

<p><b>§ 4 HosPalFG, Erläuterungen</b></p>	<p><b>Das in Abs. 2 Z 5 normierte Ziel dient der Unterstützung der Länder bei Finanzierung von Vorsorge- und Informationsgesprächen über die Errichtung einer Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung</b> - wie beispielsweise im Rahmen des <b>VSD Vorsorgedialog®</b> oder <b>vergleichbarer Instrumente</b> - damit das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen beachtet werden kann und sie bei der <b>vorausschauenden Planung</b> der Betreuung <b>für die letzte Lebensphase</b> bestmöglich unterstützt werden können. Diese Maßnahme <b>kann</b> gemäß Abs. 3, auch wenn sie im Rahmen der <b>Grundversorgung</b> erbracht wird, mit den <b>Zweckzuschüssen</b> verrechnet werden. Auch hier ist darauf zu achten, dass die dafür verwendeten <b>Mittel nicht dem Aus- und Aufbau der Versorgungsangebote entgegenstehen</b>.</p>	
<p><b>Qualitätskriterien</b></p>		
<p><i>Definition des Angebots</i></p>	<p><b>VSD Vorsorgedialog®<sup>1</sup> bei Förderung aus HosPal-Fonds</b></p> <p>Der VSD® ist ein Instrument der vorausschauenden Planung, es handelt sich dabei um einen strukturierten Kommunikationsprozess anhand eines standardisierten Gesprächsleitfadens zur Durchführung von Gesprächen mit entscheidungsfähigen <u>Palliativpatientinnen und Palliativpatienten</u> bzw. um die Erfassung des mutmaßlichen Willens bei nicht mehr entscheidungsfähigen <u>Palliativpatientinnen und Palliativpatienten</u><sup>2</sup> zur Erhebung und Dokumentation der Wünsche und des Willens am Lebensende. Im Gespräch können Palliativpatientinnen/-patienten medizinisch indizierte Maßnahmen befürworten oder ablehnen.</p>	<p><b>Weitere Vorsorge- und Informationsgespräche bei Förderung aus HosPal-Fonds</b></p> <p>Vorsorge- und Informationsgespräche dienen der Bewusstseinsbildung und Willensäußerung entscheidungsfähiger <u>Palliativpatientinnen und Palliativpatienten</u> bzw. der Erfassung des mutmaßlichen Willens bei nicht mehr entscheidungsfähigen <u>Palliativpatientinnen und Palliativpatienten</u> im Sinne einer vorausschauenden Planung über den Einsatz medizinischer und/oder pflegerischer Maßnahmen in der letzten Lebensphase (Terminalphase) inklusive der Möglichkeit ihrer Ablehnung.</p>
<p><i>förderbare Zielgruppe aus HosPal-Fondsmitteln</i></p>	<p>für Palliativpatientinnen und Palliativpatienten; zur Identifizierung von Palliativpatientinnen/-patienten kann z. B. das Tool <i>Surprise Question (SQ + SQ2)</i><sup>3</sup> herangezogen werden - durch</p>	<p>für Palliativpatientinnen und Palliativpatienten; zur Identifizierung von Palliativpatientinnen/-patienten kann z. B. das Tool <i>Surprise Question (SQ + SQ2)</i><sup>3</sup> herangezogen werden - durch</p>

<sup>1</sup> Förderung aus HosPal-Fondsmitteln eingeschränkt auf Palliativpatientinnen/-patienten und damit Änderung der ursächlichen Zielgruppe des VSD® (alle Klientinnen/Klienten der mobilen Betreuung und Pflege [Hauskrankenpflege], alle Bewohner:innen von Alten- und Pflegeheimen nach Heimeintritt) sowie abgeänderte Minutenwerte in der Kategorie *Personal*; siehe auch <https://www.hospiz.at/fachwelt/vorsorgedialog/>

<sup>2</sup> Wenn der oder die Palliativpatient:in zum Zeitpunkt des VSD®-Gesprächs entscheidungsfähig ist, handelt es sich beim VSD® um eine andere Patientenverfügung (§ 8 Patientenverfügungs-Gesetz). Es handelt sich jedoch um keine verbindliche Patientenverfügung, da die Formalkriterien für eine solche nicht erfüllt sind. Ist der oder die Palliativpatient:in zum Zeitpunkt der Erstellung nicht mehr entscheidungsfähig, handelt es sich beim VSD® um die Dokumentation des mutmaßlichen Patientenwillens, an dem sich das Betreuungsteam orientieren soll.

<sup>3</sup> S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (<https://register.awmf.org/de/start>) HINWEIS: Die Leitlinie wurde seit mehr als 5 Jahren nicht aktualisiert, sie wird zurzeit bearbeitet).

	<p>ärztliche Einschätzung bzw. vom multidisziplinären Behandlungsteam zu entscheiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliativpatientinnen/-patienten in der mobilen Betreuung und Pflege, die <b>nicht von einem Mobilen Palliativteam (MPT)</b> (mit-)betreut werden</li> <li>• Palliativpatientinnen/-patienten eines Alten- und Pflegeheims, die <b>nicht von einem MPT</b> (mit-)betreut werden</li> <li>• <u>nicht</u> für Palliativpatientinnen/-patienten, die über eine verbindliche Patientenverfügung, Sterbeverfügung verfügen</li> </ul>	<p>ärztliche Einschätzung bzw. vom multidisziplinären Behandlungsteam zu entscheiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliativpatientinnen/-patienten in der mobilen Betreuung und Pflege, die <b>nicht von einem Mobilen Palliativteam (MPT)</b> (mit-)betreut werden</li> <li>• Palliativpatientinnen/-patienten eines Alten- und Pflegeheims, die <b>nicht von einem MPT</b> (mit-)betreut werden</li> <li>• <u>nicht</u> für Palliativpatientinnen/-patienten, die über eine verbindliche Patienten- oder Sterbeverfügung, ggf. auch einen VSD® verfügen</li> </ul>
<i>Auftrag und Ziel</i>	<p>Initiieren und Unterstützen eines Kommunikationsprozesses zum Thema letzte Lebensphase, Sterben und Tod. Vorgabe der <u>gleichzeitigen zeitlichen</u> Anwesenheit von Palliativpatient:in mit Ärztin/Arzt <u>und</u> DGKP</p>	<p>Bewusstseinsbildung und Willensäußerung bzw. Erfassung des mutmaßlichen Willens bei nicht mehr entscheidungsfähigen Palliativpatientinnen/-patienten, vorausschauende Planungen über den Einsatz medizinischer und/oder pflegerischer Maßnahmen in der letzten Lebensphase. <u>Optional auch in zeitlicher Nähe hintereinandergeschaltet:</u> Palliativpatient:in mit DGKP und Palliativpatient:in mit Ärztin/Arzt</p>
<i>Personal</i>	<p><b>Mobile Betreuungs- und Pflegedienste / Alten- und Pflegeheim:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ärztin/Arzt</b> (Allgemeinmediziner:in, Fachärztin/Facharzt)</li> <li>• VSD®-Gespräch: 60 min. (inkl. max. 15 min. Dokumentation)</li> </ul> <p><b>Summe: 60 Minuten</b></p> <p><b>Alten- und Pflegeheim:</b> <b><u>Förderung durch HosPaIFG ausschließlich für freiberuflich tätige Allgemeinmediziner:innen bzw. Fachärztinnen/-ärzte</u></b></p>	<p><b>Mobile Betreuungs- und Pflegedienste / Alten- und Pflegeheim:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ärztin/Arzt:</b> vorzugsweise dauerhaft betreuende:r (Haus-) Ärztin/-Arzt (Allgemeinmediziner:in, Fachärztin/Facharzt)</li> <li>• Gespräch 40 min. inkl. Dokumentation</li> </ul> <p><b>Summe: 40 Minuten</b></p> <p><b>Alten- und Pflegeheim:</b> <b><u>Förderung durch HosPaIFG ausschließlich für freiberuflich tätige Allgemeinmediziner:innen bzw. Fachärztinnen/-ärzte</u></b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DGKP</b> mit Hospiz- und Palliativqualifikation (siehe Personalqualifikation) und zumindest fünfjähriger Berufserfahrung</li> </ul> <p><b>Mobile Betreuungs- und Pflegedienste:</b></p> <p>VSD®-Gespräch: 45 min.  Dokumentation VSD®-Gespräch: 15 min.  Vor- und Nachbereitungszeit inkl.  Koordination/Doku/Administration: 120 min.  2 Reflexionsgespräche<sup>4</sup>: à 15 Minuten: 30 min.</p> <p><b>Summe: 210 Minuten</b></p> <p><b>Alten- und Pflegeheim: <u>keine Förderung durch HosPaIFG</u></b></p> <p><u>DVHÖ-Empfehlung</u>: zzgl. Moderation durch:  DGKP, Psychologin/Psychologe, Sozialarbeiter:in</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DGKP</b></li> </ul> <p><b>Mobile Betreuungs- und Pflegedienste:</b></p> <p>Informations- und Vorsorgegespräch: 30 min.  Dokumentation: 10 min.  Vor- und Nachbereitungszeit inkl.  Koordination: 30 min.</p> <p><b>Summe: 70 Minuten</b></p> <p><b>Alten- und Pflegeheim: <u>keine Förderung durch HosPaIFG</u></b></p>
<p><i>Personalqualifikation für DGKP</i></p>	<p><b>Mobile Betreuungs- und Pflegedienste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Workshop HPC Mobil im Rahmen von HPC Mobil (24 Stunden) / für DGKP in Nicht HPC-Mobil-Organisationen mindestens 16 Stunden (siehe Kriterienkatalog) <u>und</u></li> <li>• eintägiger VSD®-Workshop</li> <li>• <u>Empfehlung</u>: Interprofessioneller Palliativbasislehrgang (168 UE + 40h Praktikum, 30 ECTS)</li> </ul>	<p><b>Mobile Betreuungs- und Pflegedienste / Alten- Pflegeheim:</b></p> <p><u>Empfehlung</u>:</p> <p>DGKP mit Hospiz- und Palliativqualifikation zumindest im Ausmaß von 16 Stunden für DGKP, die das Gespräch tatsächlich durchführen bezogen auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• palliativmedizinische Aspekte (z. B. Sterbephasen, Behandlungsindikation, Therapiezieländerung, „comfort terminal care“ (CTC), sichere Todeszeichen)</li> <li>• palliativpflegerische Themen (z. B. symptomlindernde Maßnahmen, Bedürfnisorientierung, Ernährung am Lebensende, Umgang mit Verstorbenen)</li> </ul>

<sup>4</sup> Reflexionsgespräche: Reflexion mit Ärztin/Arzt bzw. weiteren an Pflege und Betreuung beteiligten Pflege- und Betreuungspersonen

	<p><b>Alten- und Pflegeheim:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Workshop Palliative Geriatrie im Rahmen von HPCPH (36 Stunden) / Weiterbildung für DGKP in Nicht-HPCPH-Heimen mindestens 16 Stunden (siehe Kriterienkatalog) <u>und</u></li> <li>• eintägiger VSD®-Workshop</li> <li>• <u>Empfehlung:</u> Interprofessioneller Palliativbasislehrgang (168 UE + 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• juristische Hintergründe (z. B. rechtliche Qualifikation eines Vorsorgegesprächs, mutmaßlicher Patientenwille, Erwachsenenvertretung, Dokumentation)</li> <li>• Kommunikation und Gesprächsführung (z. B. Ankündigung bzw. Vorbereitung der betroffenen Person, Gesprächseröffnung und -verlauf, Fragetechniken)</li> </ul>
<p><i>Personalqualifikation Ärztinnen/Ärzte</i></p>	<p><b>Mobile Betreuungs- und Pflegedienste / Alten- und Pflegeheim:</b></p> <p><u>Empfehlung:</u></p> <p>Zusatzqualifikation Palliative Care z. B. Interprofessionellen Palliativ-Basislehrgang</p> <p>Zusatzqualifikation zumindest im Ausmaß von 16 Stunden für Ärztinnen/Ärzte, die das Gespräch tatsächlich durchführen bezogen auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• palliativmedizinische Aspekte (z. B. Sterbephasen, Behandlungsindikation, Therapiezieländerung, „comfort terminal care“ (CTC), sichere Todeszeichen)</li> <li>• palliativpflegerische Themen (z. B. symptomlindernde Maßnahmen, Bedürfnisorientierung, Ernährung am Lebensende, Umgang mit Verstorbenen)</li> <li>• juristische Hintergründe (z. B. rechtliche Qualifikation eines Vorsorgegesprächs, mutmaßlicher Patientenwille, Erwachsenenvertretung, Dokumentation)</li> <li>• Kommunikation und Gesprächsführung (z. B. Ankündigung bzw. Vorbereitung der betroffenen Person, Gesprächseröffnung und -verlauf, Fragetechniken)</li> </ul>	<p><b>Mobile Betreuungs- und Pflegedienste / Alten- und Pflegeheim:</b></p> <p><u>Empfehlung:</u></p> <p>Zusatzqualifikation Palliative Care z. B. Interprofessionellen Palliativ-Basislehrgang</p> <p>Zusatzqualifikation zumindest im Ausmaß von 16 Stunden für Ärztinnen/Ärzte, die das Gespräch tatsächlich durchführen bezogen auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• palliativmedizinische Aspekte (z. B. Sterbephasen, Behandlungsindikation, Therapiezieländerung, „comfort terminal care“ (CTC), sichere Todeszeichen)</li> <li>• palliativpflegerische Themen (z. B. symptomlindernde Maßnahmen, Bedürfnisorientierung, Ernährung am Lebensende, Umgang mit Verstorbenen)</li> <li>• juristische Hintergründe (z. B. rechtliche Qualifikation eines Vorsorgegesprächs, mutmaßlicher Patientenwille, Erwachsenenvertretung, Dokumentation)</li> <li>• Kommunikation und Gesprächsführung (z. B. Ankündigung bzw. Vorbereitung der betroffenen Person, Gesprächseröffnung und -verlauf, Fragetechniken)</li> </ul>

<i>Infrastruktur</i>	ruhiger Besprechungsraum	ruhiges gewohntes Umfeld
<i>Leistungen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstinformation der Palliativpatientin bzw. des Palliativpatienten zum VSD® durch DGKP und ggf. mit An- und Zugehörigen/Erwachsenenvertreter:in</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstinformation Palliativpatientin bzw. des Palliativpatienten und ggf. von An- und Zugehörigen/Erwachsenenvertreter:in zu den <u>Möglichkeiten der Gestaltung der Versorgung am Lebensende</u> (z. B. Unterlassung medizinisch-pflegerischer Interventionen, Möglichkeit einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratungsgespräch zum VSD® mit Palliativpatient:in und ggf. mit Angehörigen/ Erwachsenenvertreter:in durch DGKP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhebung und Dokumentation des Patientenwillens</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung zwischen Ärztin/Arzt und DGKP vor dem VSD®-Gespräch</li> </ul>	-
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vor- und Aufbereitung der Unterlagen zur Erstellung des VSD® (Befunde, Diagnosen, Medikamente, etc.) durch DGKP vor dem VSD®-Gespräch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorbereitung aus der Patientendokumentation (Pflege- und medizinische Dokumentation)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminkoordination mit allen Beteiligten durch DGKP (und Raumorganisation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminkoordination durch DGKP mit Palliativpatient:in, Ärztin/Arzt und ggf. An- und Zugehörigen/Erwachsenenvertreter:in (Heim: Raumorganisation)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung des VSD®-Gesprächs gemäß Gesprächsleitfaden:</li> </ul> <p><u>Personenbezogene Informationen:</u></p> <p>Personendaten (Name, SV-Nr., Vertrauensperson, etc.)  Klärung der Entscheidungsfähigkeit der Palliativpatientin/-des Palliativpatienten (entscheidungsfähig, mutmaßlicher Wille, Erwachsenenvertretung, Vorsorgebevollmächtigte:r)  Vorliegen von Instrumenten zur Selbstbestimmung: (verbindliche) Patientenverfügung, Sterbeverfügung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung des Vorsorge- und Informationsgesprächs:</li> </ul> <p><u>Personenbezogene Informationen:</u></p> <p>Patientendaten (Name, SV-Nr., Vertrauensperson, etc.)  Klärung der Entscheidungsfähigkeit der Palliativpatientin des Palliativpatienten (entscheidungsfähig, mutmaßlicher Wille, Erwachsenenvertretung, Vorsorgebevollmächtigte:r)  Vorliegen von Instrumenten zur Selbstbestimmung: (verbindliche) Patientenverfügung, Sterbeverfügung</p>

<i>Leistungen</i>	<p><u>Medizinische/Pflegerische Situation:</u> Hauptdiagnosen, relevante Nebendiagnosen, Therapieziel, Einschätzung des zu erwartenden Krankheitsverlaufs</p> <p><u>Willensäußerung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Willensäußerungen zum guten Leben und würdigen Sterben (medizinische und pflegerische Interventionen z. B. Ernährung, Schmerzmittel, Reanimation), zu psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse, Versterben und Begräbnis</li> </ul>	<p><u>Willensäußerung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Willensäußerungen zu Ernährung und Schmerzmittel</li> <li>• Schmerzmanagement</li> </ul>
	<p><u>Durchführung/Dokumentation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen zur Durchführung und Dokumentation des Gesprächs (Teilnehmer:innen, Beziehung zu Palliativpatient:in, Unterschriften)</li> </ul> <p><b>Krisenblatt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reanimation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztin/Ärzt: aktuelle medizinische Indikation gegeben: nein/ja, wenn ja:....</li> <li>• Palliativpatient:in: Reanimationswunsch seitens Palliativpatient:in gegeben: nein/ja (= Patient:in wird bei Befürwortung des Reanimationswunsches aufgeklärt, dass sie/er bei erfolgter Reanimation zur weiteren Versorgung ins Krankenhaus eingeliefert werden muss)</li> </ul> </li> <li>• Verlegung in ein Krankenhaus mit dem Zweck erweiterter Diagnostik und weiterer Therapiemöglichkeiten und mit dem Behandlungsziel der Linderung, z. B. Knochenbrüche, Schmerztherapie sind nicht davon betroffen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztin/Arzt: aktuelle medizinische Indikation gegeben: nein/ja, wenn ja:....</li> <li>• Palliativpatient:in: Wunsch seitens Palliativpatient:in gegeben: nein/ja</li> </ul> </li> </ul>	<p><u>Durchführung/Dokumentation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation des Patientenwillens (Teilnehmer:innen, Unterschriften der Teilnehmer:innen)</li> </ul> <p><b>Notfallblatt</b></p> <p><u>Festlegungen für die Terminalphase (analog Praxisbeispielen):</u> Voraussetzung zur Durchführung festgelegter Maßnahmen: Feststellung des Eintritts der Terminalphase und Dokumentation in der Pflegedokumentation durch Ärztin/Arzt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Reanimationswunsch am Lebensende</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ja - falls ja, kann nach erfolgreicher Reanimation und medizinischer Indikation eine Verlegung in eine Krankenanstalt notwendig werden</li> <li>- nein – falls nein, Maßnahmen, welche nicht durchzuführen sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Herzmassage</li> <li>- keine Defibrillation</li> <li>- keine Beatmung</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <u>Verlegung in Krankenanstalt in der Terminalphase:</u> ja / nein</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation des VSD®-Gesprächs im Anschluss an das Gespräch, von allen Beteiligten zu unterschreiben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation der Festlegungen, von allen Beteiligten zu unterschreiben</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluierung des VSD®-Gesprächs mit entsprechender Organisation und Durchführung (empfohlen wird halbjährlich oder bei akuter Verschlechterung des Gesundheitszustands);</li> </ul> <p><b><u>keine Förderung eines Evaluierungsgesprächs aus HosPal-Fondsmitteln</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluierung auf Wunsch der Palliativpatientin / des Palliativpatienten bzw. nach Ermessen des Behandlungs-/Betreuungsteams;</li> </ul> <p><b><u>keine Förderung eines Evaluierungsgesprächs aus HosPal-Fondsmitteln</u></b></p>
--	--	--

Ärztin/Arzt = Allgemeinmediziner:in; Fachärztin / Facharzt; DGKP = diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson; HosPalFG = Hospiz- und Palliativfondsgesetz; MPT = Mobiles Palliativteam  
HPC Mobil = Hospizkultur und Palliative Care Mobil; HPCPH = Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen

Palliativpatientinnen/-patienten sind unheilbar kranke sowie sterbende Menschen, die an einer nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen onkologischen und nichtonkologischen Erkrankung mit die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen und/oder psychosozialen Problemen leiden. Die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung stehen im Vordergrund der Versorgung ([https://goeg.at/umsetzung\\_hospalfg](https://goeg.at/umsetzung_hospalfg)).

Mobile Betreuungs- und Pflegedienste umfassen gemäß § 3 Abs. 4 Pflegefondsgesetz (PFG) Angebote der sozialen Betreuung, Pflege, Unterstützung bei der Haushaltsführung).

Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste umfassen gemäß § 3 Abs. 5 PFG Hotelleistungen (Wohnung und Verpflegung) sowie Pflege- und Betreuungsleistungen (einschließlich tagesstrukturierender Leistungen) für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen in eigens dafür geschaffenen Einrichtungen (einschließlich Hausgemeinschaften) mit durchgehender Präsenz von Betreuungs- und Pflegepersonal, hier gekürzt *Alten- und Pflegeheim* genannt.

Werden VSD® sowie weitere Vorsorge- und Informationsgespräche in/von spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen/-angeboten angewandt, können diese nicht mit Mitteln aus dem HosPal-Fonds gefördert werden. Die Inhalte des VSD® sowie weiterer Vorsorge- und Informationsgespräche stellen eine bestehende Leistung des Aufgabenspektrums der spezialisierten Versorgung dar.

Gemäß § 1 HosPalFG sind Behindertenwohnheime in der angeführten Definition der Grundversorgung nicht enthalten und § 4 Abs. 3 stellt auf Vorsorge- und Informationsgespräche in der Grundversorgung ab. Für etwaig erforderliche Vorsorgegespräche in Behindertenwohnheime sollten aufgrund der erhöhten Komplexität dieser Bedarfslage Mobile Palliativteams der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung herangezogen werden.

Quellen: VSD Vorsorgedialog®: Dachverband Hospiz Österreich (DVHÖ); Ländervertreter:innen; Arbeitsgruppe, Beschlussgremium (eingrichtet im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG); Erhebung, Be- /Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025