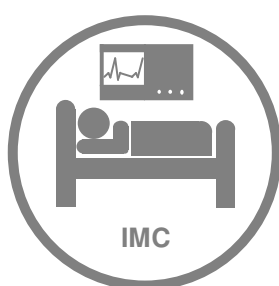
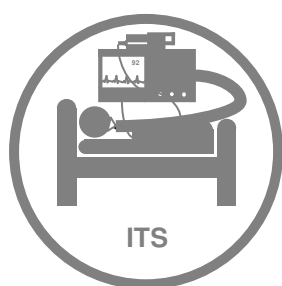


Bauministerkonferenz
Konferenz der für Städtebau, Bau- und Wohnungswesen
zuständigen Minister und Senatoren der Länder
(ARGEBAU)

Ausschuss für Staatlichen Hochbau
Fachkommission Bau- und Kostenplanung
- Netzwerk Krankenhausbau -



- Planungshilfe -

Palliativstationen

Baulich-funktionale Anforderungen

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

Projektmitglieder

Bundesland	Name	Kontakt
Bayern	Dipl.-Ing./Betriebswirt Wolfgang Baumann (ab September 2010) Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern Franz-Josef-Strauß-Ring 4 80539 München BD'in Dipl.-Ing. Architektin Doris Liane Lackerbauer (bis September 2010)	wolfgang.baumann@stmi.bayern.de Tel: +49(089)2192-3393
Mecklenburg-Vorpommern	Dipl.-Ing. Kerstin Lindig Ministerium für Verkehr, Bau und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern Referatsgruppe Staatshochbau und Liegenschaften Schlossstraße 6-8 19053 Schwerin	kerstin.lindig@vm.mv-regierung.de Tel: +49(385)588-8147
Niedersachsen	BD'in Dipl.-Ing. Elisabeth Meyer-Pfeffermann Architektin BDA-AKG OFD Niedersachsen - Bau und Liegenschaften - Referatsleiterin Krankenhausbau Waterloostraße 4 30169 Hannover Dipl.-Ing. Architektin Cordula Müller (bis Mai 2010) Dipl.-Ing. Stefan Sommer - KH-Betriebstechnik - (ab März 2011)	Elisabeth.Pfeffermann@ofd-bl.niedersachsen.de Tel: +49(511)101-2918
Thüringen (Projektleitung)	BD Dipl.-Ing. Architekt Mathias Heller Thüringer Ministerium für Bau, Landesentwicklung und Verkehr Referat Hochschulbau, Zubau, Land, Controlling Werner-Seelenbinder-Straße 8 99096 Erfurt	mathias.heller@tmbvl.thueringen.de Tel: +49(361)37 91-341
Rheinland-Pfalz	Dipl.-Ing. Günther Gries Landesbetrieb Liegenschafts- und Baubetreuung Prüfgruppe Z-Bau Rheinstraße 4E 55116 Mainz	GriesGuenther.Zentrale@lbbnet.de Tel: +49(6131)20 496-383
Bremen	Dipl.-Ing. Architektin Petra Albers (bis Juli 2009)	
Schleswig-Holstein	Dipl.-Ing. Architektin Kerstin Hagelgans (bis September 2009)	

„High Person, Low Technology“

Dame Cicely Saunders (1918 - 2005)

Grundsätze der Palliativmedizin, 1977

1 Vorwort

Der „Ausschuss für Staatlichen Hochbau (**ASH**) der Bauminister-Konferenz - Arbeitsgemeinschaft der für Städtebau, Bau- und Wohnungswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (**ARGEBAU**)“ hat auf seiner Sitzung am 27. Januar 2009 dem Projektantrag des **Netzwerks Krankenhausbau** der Fachkommission Bau- und Kostenplanung (**FKBuK**) zugestimmt.

Der im Netzwerk Krankenhausbau erkannte **Bedarf** an einer Untersuchung der baulichen und strukturellen Anforderungen an **palliativmedizinische Einrichtungen als stationäre Unterbringungsform in das Krankenhaus** und ihrer organisatorischen Einbindung mündete in diesen Projektgruppen-Antrag.

Ziel war es, eine **Planungshilfe** zu erstellen **mit Hinweisen und Empfehlungen für die bauliche und strukturelle Planung einschließlich Ausstattungsmerkmalen** palliativmedizinischer Einrichtungen im staatlichen und im geförderten Krankenhausbau. Das vorliegende **Ergebnis** ist die Auswertung bisher gebauter Palliativstationen.

Das Projekt mit dem Arbeitstitel - Palliativmedizin in der Krankenversorgung - hat während der Bearbeitung eine Konkretisierung in **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen** erfahren.

Der vorliegende Beitrag ist eine **Ergänzung** in der Reihe der Planungshilfen „Pfleger“ des länderübergreifenden Netzwerkes Krankenhausbau der FKBuK. Bisherige Planungshilfen sind „Allgemeinpflege, 2002“, „Intensivmedizin, 2002“ sowie „Neuordnung der Pflege mit Schwerpunkt IMC, 2008“. Die in ausgewählten Bundesländern in der Praxis gewonnenen Erkenntnisse wurden zusammengeführt und sind somit für alle Bundesländer nutzbar.

Die Planungshilfe gibt Krankenhausträgern wie Bedarfsberatern, Gebäudeplanern als auch Prüfenden **Orientierungswerte** hinsichtlich **Standards und Qualitäten** für die Beratung und Abstimmung von Krankenhaus-Baumaßnahmen an die Hand, die zu sparsamen und wirtschaftlichen, aber auch prozessorientierten, patienten- und pflegegerechten Entwurfslösungen beitragen können.

Unser besonderer Dank gilt allen die geholfen haben, diese Planungshilfe inhaltlich anzureichern und in Form zu bringen.

Diese Planungshilfe kann im Download-Bereich des Informationssystems der Bauministerkonferenz unter **www.is-argebau.de** herunter geladen werden. Irgendwelche Ansprüche oder Forderungen, etwa im Zuge der öffentlichen Förderung oder für die Erteilung der Konzession, können aus dieser Planungshilfe nicht abgeleitet werden.

Inhaltsverzeichnis

Projektmitglieder	2
1 Vorwort	4
2 Projektintention	6
3 Bedeutung und Organisation der Palliativmedizin	7
3.1 Aufgabe in der Krankenversorgung	7
3.2 Begriffsdefinitionen	8
3.3 Medizinische und pflegerische Aspekte	11
3.4 Ethische Aspekte	11
3.5 Palliative Versorgung allgemein	12
3.6 Zentrum für Palliativmedizin	14
3.7 Kinderpalliativversorgung	14
3.8 Lehre, Aus-, Fort- und Weiterbildung	15
3.9 Forschung	15
4 Baulich-funktionale Anforderungen	16
4.1 Einordnung der Palliativmedizin in die stationäre Krankenversorgung	16
4.2 Standort, Zuordnung und Größe	16
4.3 Allgemeine Raumanforderungen	17
4.4 Stationsschema	17
4.5 Räumliche Ausstattung, Gestaltung, Möblierung	18
4.6 Innen- und Außenbezüge	18
4.7 Hygieneanforderungen	19
4.8 Anforderungen für Lehre und Forschung	19
5 Raumprogramm - Nutzflächen und Ausstattung	20
5.1 Haupträume	20
5.2 Nebenräume	24
5.3 Erschließungsräume	26
5.4 Personalräume	27
6 Resümee	29
Literaturverzeichnis	31
Abkürzungsverzeichnis	33
Interviewpartner	34
Anhang	37
1. Beispielsammlung (Projektportraits)	37
2. Evaluierungsdaten zu den untersuchten Palliativstationen	71
Impressum	72

2 Projektintention

Diese Planungshilfe dient der Programmplanung und Programmbeurteilung von Palliativstationen in Krankenhäusern aller Versorgungsstufen. Sie soll funktionsgerechte Lösungen aufzeigen, die unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse auf den Gebieten der Palliativmedizin, der Palliativpflege und der patientengerechten Unterbringung eine optimale Nutzung der Flächen ermöglichen.

Die Planungshilfe dient ausschließlich der Orientierung bei der Planung und Beurteilung von Palliativstationen hinsichtlich Funktion und Nutzfläche sowie – als Besonderheit für diesen speziellen Bereich – der Ausgestaltung und Einrichtung der einzelnen Räume. Insbesondere bei der Einrichtung einer Palliativstation in vorhandener Bausubstanz ist stets auf die Bedingungen des Einzelfalls einzugehen.

Aus den Auswertungen der vorliegenden Veröffentlichungen und Literatur zum Thema Palliativmedizin wurde ein Fragenkatalog erarbeitet, der Grundlage für insgesamt 21 Interviews war.

Der qualitativ geprägte Interviewleitfaden war Basis für Gespräche mit der Ärzteschaft und Pflegedienstleitungen an Palliativstationen, mit Krankenhausträgern (kommunal, konfessionell, privat, freigemeinnützig, staatliche Universitätskliniken), mit Fachministerien Verbänden, wie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. sowie der Stiftung Deutsche Krebshilfe e. V.

Die Ergebnisse wurden in eine Auswertungsmatrix übertragen. Hieraus lassen sich grundsätzliche Aussagen und Angaben über „Bedeutung und Organisation der Palliativmedizin“ (Abschnitt 2 der Planungshilfe), zu „baulich-funktionalen Anforderungen“ (Abschnitt 3) und zum „Raumprogramm“ (Abschnitt 4) ableiten. Es zeigte sich in der Auswertungsmatrix eine große Übereinstimmung, sodass - aus der Praxis für die Praxis - Empfehlungen für die Einrichtung von Palliativstationen formuliert werden konnten.

In Abschnitt 5 „Resümee“ finden sich die Schlussfolgerungen und ein Blick auf Tendenzen in der palliativmedizinischen Betreuung.

Im „Anhang“ sind ausgewählte Beispiele von Palliativstationen mit Raumprogramm, Erläuterungen, Grundrissen und Fotos aufgeführt.

Die Auswertungsmatrix der Evaluierungsdaten zu den untersuchten Palliativstationen ist nur im internen Teil des Informationssystems der Bauministerkonferenz unter www.is-argebau.de verfügbar.

3 Bedeutung und Organisation der Palliativmedizin

3.1 Aufgabe in der Krankenversorgung

Bis weit in die Neuzeit musste sich die Medizin mit begrenzten Kenntnissen und Möglichkeiten auf Linderung von Krankheitsbeschwerden und der Begleitung der Erkrankten beschränken. Entsprechend gestaltete sich die Pflege der Patienten, die meist im familiären Umfeld stattfand. Durch die Entwicklung der Medizin und Pharmazie im 19. und 20. Jahrhundert wurde zunehmend eine heilende (kurative) Krankenversorgung möglich und rückte zusehends in das Zentrum pflegerischer Tätigkeit.

Im Interview stellte Prof. Urs Leonhardt (Chefarzt Innere Medizin/Palliativ im Friederikenstift Hannover) insbesondere die hiesige Situation nach dem 2. Weltkrieg heraus. Die Mediziner verpflichteten sich vorrangig des Heilens. Mit Tod in den Krankenhäusern wollte nach den Kriegswirren und dem organisierten millionenfachen Verbrechen an der Menschlichkeit niemand etwas zu tun haben. Erst die von außen an die Krankenhäuser drängende Hospizbewegung beförderte das Umdenken auch in der stationären Krankenversorgung und mündete schließlich in die aktuelle Entwicklung.

Zitat Prof. Leonhardt:

„Die Betreuung und Begleitung Schwerkranker und Sterbender ist seit jeher eine ureigene ärztliche Aufgabe und Verpflichtung. Sie ist allerdings im Laufe des letzten Jahrhunderts eher in den Hintergrund ärztlichen Handelns gerückt. Die Gründe hierfür waren vielfältig. Die Medizin und vor allem die Medizin im Krankenhaus hatte sich mit den vielen neu entwickelten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren eher der Heilung und der Lebensverlängerung verschrieben, sie fokussierte sich stark auf die Behandlung von Krankheiten. Die persönliche Befindlichkeit und die Lebensqualität des Betroffenen traten in den Hintergrund. Sterben und Tod wurden in erster Linie als Versagen ärztlicher Bemühungen und ärztlicher Anstrengung wahrgenommen und zudem - wie in vielen anderen Lebensbereichen - schlicht verdrängt. All dies zusammen hatte dazu geführt, dass viele Schwerkranke und Sterbende kaum noch eine Chance auf eine angemessene Versorgung und ärztliche Betreuung hatten. Wären sie adäquat versorgt gewesen, wäre die Entwicklung der Palliativmedizin nicht nötig gewesen.

Mit der Hospizbewegung und Entwicklung der Palliativmedizin setzte seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts ein allmähliches Umdenken ein. Zu einer adäquaten Palliativversorgung gehören heute multiprofessionelle Netzwerke, die unter anderem aus ambulanten Palliativdiensten, Hospizen und Palliativstationen bestehen. Palliativstationen helfen - im gewissen Sinne wie eine akute Interventionsstation - weiter, wenn die häusliche Versorgung aus den unterschiedlichsten Gründen nicht mehr aufrecht zu erhalten ist. Die Auswirkungen der dargestellten Entwicklung sind in verschiedensten Bereichen aufzeigbar und belegbar.“

Vor diesem Hintergrund gründete Cicely Saunders 1967 nach dem Vorbild früherer Sterbehospize das St. Christopher's Hospiz in London-Sydenham, die Keimzelle der modernen Hospizbewegung. Später stellte sie erstmals wesentliche Grundsätze der Palliativmedizin auf. Die erste deutsche Palliativstation wurde 1983 in Köln eröffnet. Im Ge-

gensatz zur reinen kurativen Behandlung stehen somit in der Palliativmedizin die Linderung der durch die Erkrankung hervorgerufenen Beschwerden und die ärztliche, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung des Patienten und seines unmittelbaren sozialen Umfeldes bis zum Ableben im Vordergrund.

3.2 Begriffsdefinitionen

Die Begriffsdefinitionen zur stationären Krankenversorgung in der Planungshilfe „Neuordnung der Pflege“ (Juni 2008) der ARGEBAU werden wie folgt ergänzt:

Palliativpflege, Funktionsstelle 2.01 - Allgemeinpflege

Es handelt sich hierbei um spezielle Allgemeinpflegeeinheiten, in denen Patienten in der terminalen Phase unter besonderen Bedingungen gepflegt werden können. Ziel ist dabei, die den Patienten belastenden Symptome einzudämmen.

DIN 13080

Pschyrembel, Medizinisches Wörterbuch (angelehnt)

Palliation (Linderung, aus lat. pallium (Mantel) bzw. palliare (mit einem Mantel umhüllen, verbergen)) bezeichnet allgemein eine medizinische Maßnahme, deren primäres Ziel nicht der Erhalt, die Genesung oder die Wiederherstellung der normalen Körperfunktionen, sondern deren bestmögliche Anpassung an die gegebenen physiologischen Verhältnisse ist, ohne gegen die zugrundeliegende Erkrankung selbst zu wirken.

Wikipedia, Die freie Enzyklopädie

Palliativmedizin ist ein „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen“. Sie hilft „durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung der Patienten bei Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“.

Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Palliativmedizin ist „die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten (voranschreitenden), weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht“.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)

Das Ende einer Krankheit kann sich über eine sehr unterschiedlich lange Zeitspanne erstrecken. Dabei wird allgemein unterschieden:

- eine Rehabilitationsphase (Monate bis Jahre)

- einer Präterminalphase ("die letzten Wochen")
- die Terminalphase ("die letzten Tage") sowie
- die Finalphase (Sterbephase, "die letzten Stunden")

Die **Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)** ist eine neue Versorgungsform, die im Jahr 2007 im Rahmen der Gesundheitsreform in das Sozialgesetzbuch V als Leistungsanspruch gesetzlich Krankenkassen aufgenommen wurde. SAPV erbringen multiprofessionelle Palliative Care Teams. Sie ist nicht Bestandteil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, sondern wird als vertragliche Vereinbarung direkt zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen vereinbart. SAPV ist nicht als Einzelleistungen operationalisierbar und enthält regelhaft keine Leistungen der Primärversorgung (Grund- und Behandlungspflege).

Die **Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)** erfolgt durch Haus- und Fachärzte und ambulante Pflegedienste mit palliativmedizinischer Fortbildung und erweiterten Kenntnissen in diesem Bereich.

Das oben genannte vorrangige Ziel der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V, nämlich schwer Erkrankten eine Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen, gilt auch als gleichrangiges Ziel der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV).

Die Finanzierung der Stationären und der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erfolgt nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V - Gesetzliche Krankenversicherung - und ist Pflichtleistung im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Finanzierung der palliativmedizinischen Versorgung erfolgt zurzeit aus unterschiedlichen Quellen. Palliativstationen werden entweder wie andere Krankenhausabteilungen nach Fallpauschalen (DRG) - seit 2007 ergänzt um ein Zusatzentgelt - finanziert oder als besondere Einrichtungen nach Tagessätzen, die vom jeweiligen Krankenhaus mit den Kostenträgern frei verhandelt werden.

SGB V

Hospiz

In Abgrenzung zur Palliativmedizin versteht man unter Hospiz (lat. hospitium = Herberge, metaphorisch Ruheplatz) nicht nur eine spezielle Pflegeeinrichtung, die Sterbende im Sinne der Palliativpflege umfassend versorgt, sondern auch ein Konzept der ganzheitlichen Sterbe- und Trauerbegleitung.

In erster Linie umfasst es die Betreuung final erkrankter Menschen in ihrer häuslichen Umgebung, aber auch im stationären Bereich.

Es gibt ambulante, teilstationäre und stationär tätige Hospizvereinigungen.

Die Finanzierung der stationären Hospizleistungen erfolgt im Gegensatz zur Palliativstation nach dem SGB XI - Soziale Pflegeversicherung -. Die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten, das heißt des anerkannten Tagesbedarfssatzes, unter Anrechnung der Leistungen aus der Pflegekasse zu übernehmen (für Kinderhospize übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen 95 Prozent). Der Eigenanteil der stationären Hospize wird damit auf zehn bzw. auf fünf Prozent begrenzt.

Im ambulanten Bereich wird von den Krankenkassen die Hospizbetreuung unterstützt, indem Koordinationsstellen für Hospizdienste finanziert werden. Die ärztliche und pflegerische Betreuung ist allerdings bis jetzt nicht in der Regelversorgung vorgesehen, so dass hier nur einzelne Modellprojekte existieren. An vielen Stellen sind Kostenvereinbarungen mit sehr unterschiedlichen Finanzierungs- und Versorgungsmodellen zur integrierten Versorgung getroffen worden.

Wikipedia, Die freie Enzyklopädie

SGB XI

3.3 Medizinische und pflegerische Aspekte

Palliativmedizin beschränkt sich nicht auf onkologische Krankheitsbilder. Sie widmet sich vielmehr allen lebensbedrohenden bzw. lebensverkürzenden Erkrankungen. Dabei ist das Hauptziel die Erhaltung von Lebensqualität durch Kontrolle von Symptomen. Dies geschieht zum einen durch direkten Einfluss auf das Fortschreiten der Krankheit selber, zum anderen durch Vermeidung oder Behandlung krankheits- und therapiebedingter Nebenwirkungen und Komplikationen. Über die reine medizinische Versorgung (physische Aspekte) mit lebensverlängernden und lindernden Therapiemöglichkeiten hinaus leistet sie die Betreuung psychischer, sozialer und spiritueller Bedürfnisse, auch im Umfeld des Patienten (Angehörige, Betreuungsteam).

3.4 Ethische Aspekte

Durch die Art der Erkrankungen und der umfassenden Betreuung des Patienten wie seines unmittelbaren sozialen Umfelds nehmen ethische Aspekte an Wichtigkeit zu. Dabei berühren die Besonderheiten der Arzt-Patientenbeziehung spezielle Probleme der Kommunikation und Ethik. Die Fragen zu den Grenzen der Behandlung rücken in den Mittelpunkt. Die Selbstbestimmung des Patienten mit Entscheidungen am Lebensende gewinnt an Bedeutung. Sterbebeistand und Sterbebetreuung spielen eine wichtige Rolle.

Psychosoziale Begleitung

Sie umfasst vielfältige Aspekte der Betreuung und Begleitung und geht über den emotionalen Beistand der Sterbenden und ihrer Angehörigen deutlich hinaus.

Spirituelle Beistand

Er öffnet sich dem natürlichen Bedürfnis von Sterbenden, Fragen nach dem Sinn von Leben, Tod und Sterben und dem Danach zu stellen.

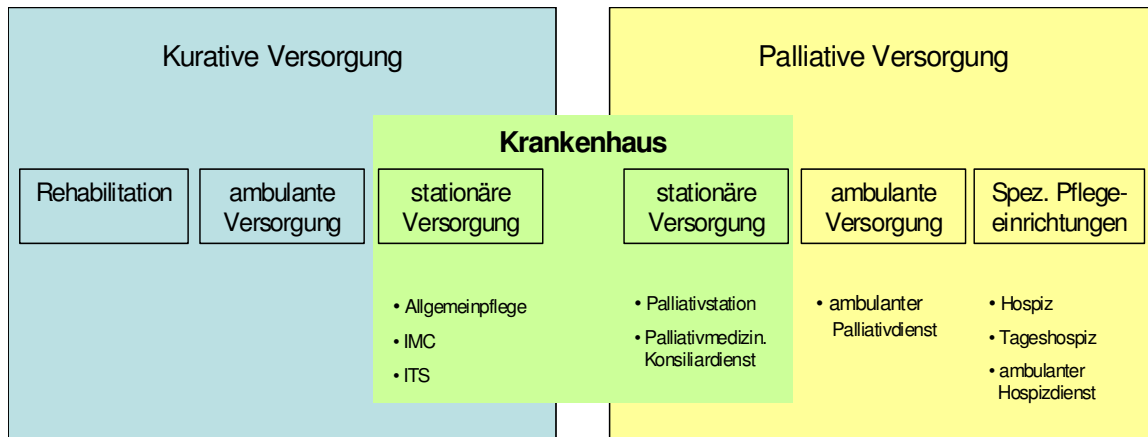
Verbesserung der Lebensqualität

Ganzheitliche Leidenslinderung durch die modernen Verfahren der Palliativmedizin hat höchste Priorität für würdig gelebte letzte Tage.

Persönliche Wünsche der Sterbenden stehen an erster Stelle (z.B. Tagesablauf, Nachtaktivität, Ruhe oder Gesellschaft, therapeutische Maßnahmen etc.).

3.5 Palliative Versorgung allgemein

Für eine umfassende Betreuung der Patienten ist eine sektorübergreifende palliativmedizinische Versorgung erforderlich. Die Abgrenzung zur kurativen Behandlung und Gliederung der palliativen Versorgung ist im folgenden Schema dargestellt. Die Abgrenzung wird unter anderem auch durch die Unterschiedlichkeit in der Finanzierung und Kosten-erstattung geprägt.



Stationäre Versorgung

Palliativstationen

Auf der Palliativstation - als spezielle Versorgungseinheit in einem Krankenhaus - werden Patienten mit inkurablen fortgeschrittenen Erkrankungen und Symptomen, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, unter ärztlicher Verantwortung durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam betreut. Die Betreuung richtet sich auf die Bedürfnisse und Beschwerden körperlicher, seelischer, sozialer und spiritueller Art. Diese Abteilung leistet mit ihrer Spezialisierung die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Palliativpatienten. Dazu ist ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Team in einem Netzwerk erforderlich, das sich aus hierfür qualifizierten Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, Seelsorgern, Psychologen und weiteren Therapeuten, ergänzt durch ehrenamtliche Hospizhelfer, zusammensetzt. Palliativstationen dienen als Kompetenzzentren/Palliativstützpunkte einer sektorübergreifenden palliativmedizinischen Versorgung.

Ziel ist die Linderung krankheits- und therapiebedingter Beschwerden sowie die Stabilisierung der Krankheits- und Betreuungssituation, um den Erkrankten wieder in die häusliche Umgebung entlassen zu können.

Palliativmedizinischer Konsiliardienst

Unabhängig davon, ob Krankenhäuser über eine Palliativstation verfügen, können palliativmedizinische Konsiliardienste eingerichtet werden, die auf Anforderung z. B. durch die jeweilige Fachabteilung, des verantwortlichen Arztes oder des beteiligten Pflegedienstes zur Unterstützung der Betreuung von Palliativpatienten auf Allgemeinstationen hinzugezogen werden.

Ambulante Versorgung

Ambulante Palliativdienste

Ist bei dem Palliativpatienten keine stationäre Behandlung erforderlich und die Betreuung in häuslicher Umgebung möglich, so können ambulante Palliativdienste (z.B. im Rahmen von SAPV oder AAPV) die palliativpflegerischen und medizinischen Maßnahmen in Ergänzung zur ambulanten Versorgung durch Pflegedienste und Hausärzte übernehmen.

Diese Dienste übernehmen eine Teil- oder Vollversorgung und leiten bei Bedarf die Angehörigen bei medizinisch-pflegerischer Tätigkeit an. Sie leisten in Einzelfällen auch die psychosoziale Begleitung sowie sozialrechtliche Beratung und Hilfestellung. Dies sollte in Kooperation mit Hausarzt, Palliativstation eines Krankenhauses, schmerztherapeutischer Einrichtung, Hospiz, oder anderen Fachdisziplinen einer Klinik geschehen. Bei der SAPV ist eine 24-stündige Verfügbarkeit gewährleistet.

Spezialisierte Pflegeeinrichtungen

Hospiz

Für Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung bei eng begrenzter Lebenserwartung, die keiner stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, bei denen aber auch keine ambulante Betreuung möglich ist, stehen eigenständige Einrichtungen, sogenannte Hospize, zur Verfügung. Der Schwerpunkt liegt dort in der Schmerztherapie, Symptomkontrolle und in der palliativ-pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Betreuung bis zum Tod. Dies erfolgt durch niedergelassene Ärzte, palliativmedizinisch geschultes hauptamtliches Pflegepersonal und ehrenamtliche Mitarbeiter.

Palliative Versorgung ist Bestandteil einer umfassend verstandenen Hospizarbeit. Die Verbesserung der Lebensqualität erfolgt somit durch das multidisziplinäre Zusammenwirken von Pflegekräften, Ärzten, Sozialarbeitern, Theologen und Hospizhelfern.

Tageshospiz

Um dem Patienten möglichst die häusliche Umgebung zu erhalten, ist die Betreuung dieser Patienten auch im Tageshospiz möglich. Schwerpunkt ist hier palliativpflegerische und -medizinische sowie psychosoziale Betreuung von Patienten und Angehörigen. Die medizinische Betreuung verrichtet dann der Hausarzt.

Ambulanter Hospizdienst

Ambulante Hospizdienste leisten vor allem psychosoziale Unterstützung für Betroffene und Angehörige durch geschulte ehrenamtliche Hospizhelfer und hauptamtliche Koordinationskräfte. Eine Erweiterung durch hauptamtliche (examinierte) Pflegekräfte zu einem ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienst bzw. Hospiz- und Palliativpflegedienst (mit 24-Stunden-Rufbereitschaft) ist möglich.

3.6 Zentrum für Palliativmedizin

Zentren für Palliativmedizin sind sektorenübergreifende, inhaltlich umfassende palliativmedizinische Einrichtungen. Neben einer Palliativstation und Konsiliardienst werden tagesklinische Betreuung und ambulanter Palliativdienst angeboten. Angehörige können durch Trauerberatungsstellen betreut werden. Für betreuendes Fachpersonal und ehrenamtliche Helfer stehen Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen zur Verfügung (z.B. in Verbindung mit Akademien für Palliativmedizin). Teilweise wird hier auch Forschung betrieben.

3.7 Kinderpalliativversorgung

Auf Grund spezifischer sowie komplexer lebensverkürzender Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ergeben sich drei unterschiedlich ausgeprägte Bereiche einer umfassenden Versorgung von Betroffenen und Familien:

- Flächendeckende ambulante Versorgung aller betroffenen Kinder und Jugendlichen durch Kinderpalliativteams, die auch den palliativmedizinischen Dienst in den Kinderkliniken übernehmen (Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung SAPPV).
- Stationäre Versorgung in einer Kinderpalliativstation mit hohem pflegerischem Aufwand bis zur Beatmung während schwerster Krankheitskrisen. Aufgabe in Aus- und Weiterbildung. Anbindung an Forschung und Lehre wegen hoher Anforderungen an ärztliche, pflegerische und psychosoziale Kompetenz. Der Bedarf an reinen Kinderpalliativstationen zwischen einer stationären Krankenhausbehandlung und einem Hospiz wird gering eingeschätzt, da die Fallzahlen glücklicherweise niedrig sind und die Krankheitsbilder nicht so breit gefächert sind, wie in der Erwachsenenpflege. Onkologische und Stoffwechselerkrankungen sind hier am häufigsten. Leistungszahlen und Einzugsgebiete sprechen nur für eine punktuelle Installation dieser Einrichtungen. Daneben ist ein mehrfacher Wechsel des betreuenden Personals für die Kinder nicht erwünscht. So übernehmen in der Regel die bestehenden Kinderkliniken im Rahmen ihrer Aufgabenstellung weiterhin die medizinische und pflegerische Versorgung schwerkranker und sterbender Kinder und Jugendlicher. Bundesweit existiert bisher nur eine Einrichtung (Datteln), eine weitere ist in Planung (München-Großhadern).
- Kinderhospizversorgung durch ambulante Kinderhospizdienste und stationäre Kinderhospize (bisher weitgehend spendenfinanziert).

3.8 Lehre, Aus-, Fort- und Weiterbildung

Alle klinischen Arbeitsbereiche können mit der Versorgung nicht heilbarer und sterbender Patienten konfrontiert werden. Deshalb ist eine grundlegende Ausbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals für eine qualitativ hochwertige Betreuung von Palliativpatienten und für die Professionalität aller beteiligten Berufsgruppen von essentieller Bedeutung. In der Ausbildung von pflegerischen Fachkräften werden Kenntnisse der Palliativversorgung vermittelt und für diese Berufsgruppen bestehen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Palliative Care.

Seit dem Jahr 2006 ist gemäß Weiterbildungsverordnung die Erlangung der Zusatzqualifikation „Palliativmediziner“ möglich.

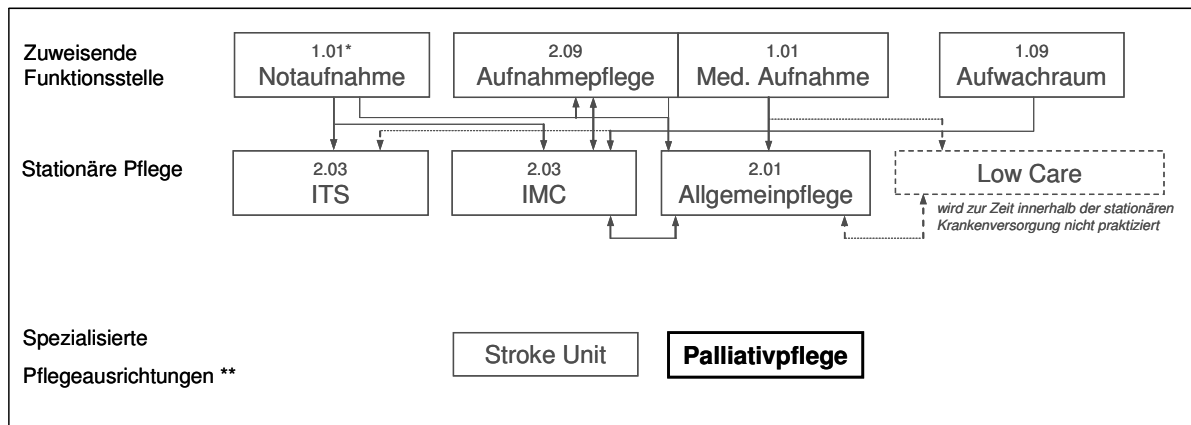
Mit der Änderung der ärztlichen Approbationsordnung 2009 wurde die Palliativmedizin als Pflichtfach zum integralen Bestandteil des Medizinstudiums. Allerdings werden erst ab dem 2. Staatsexamen Oktober 2014 die Medizinstudenten verbindliche Leistungsnachweise im Fach Schmerz- und Palliativmedizin erbringen müssen. Da im Jahr 2010 bundesweit erst sechs Lehrstühle für Palliativmedizin einschließlich pädiatrischer Palliativmedizin eingerichtet sind, werden auch künftig die Palliativstationen den wesentlichen Anteil für Aus-, Fort- und Weiterbildung leisten, bieten sie doch als Kristallisationspunkte für diese speziellen Patienten ideale Voraussetzungen zum Erwerb und zur Vertiefung palliativmedizinischer Kenntnisse und Fähigkeiten. Darüber hinaus ergibt sich durch die Zusammenarbeit mit ambulanten Palliativdiensten und der palliativen Versorgung in spezialisierten Pflegeeinrichtungen eine Multiplikatorenwirkung sowohl für das eigene Krankenhaus als auch für die Betreuung unheilbar Kranker außerhalb.

3.9 Forschung

In den Kernbereichen der Palliativversorgung und Hospizarbeit besteht ein hoher Forschungsbedarf. Dies ist zum einen in der noch jungen Tradition dieser Gebiete und der Interdisziplinarität der Themen begründet. Zum anderen lassen relativ geringe Patientenzahlen und hohe Abbruchraten nur kleine Studien zu. Auch die eingeschränkten kognitiven und körperlichen Funktionen mit sehr niedriger Belastbarkeit der Patienten erschweren die Forschungsarbeiten oder verhindern diese in fortgeschrittenen Krankheitsstadien. Die zunehmende Geltung und Ausbreitung der Palliativversorgung macht jedoch die Notwendigkeit besserer wissenschaftlicher Absicherung und Begleitung deutlich. Dies gilt besonders für den Nachweis der Effektivität der Therapieverfahren, Definition von Versorgungszielen, Wertigkeit von Versorgungsstrukturen oder Formulierung von Qualitätskriterien.

4 Baulich-funktionale Anforderungen

4.1 Einordnung der Palliativmedizin in die stationäre Krankenversorgung



* Funktionsstellen gem. DIN 13080 ** ohne spezialisierte Pflegeausrichtungen mit Zuordnungsmöglichkeiten nach DIN 13080 (z.B. 2.04 Akutdialyse)

4.2 Standort, Zuordnung und Größe

Palliativmedizin ist fächerübergreifend. Die organisatorische Zuordnung zu einer Fachdisziplin ist sinnvoll, aber nicht zwingend (ggf. interdisziplinäre Abteilung mit wechselnder Leitung). Hierbei kann es sich um Abteilungen für Anästhesiologie, Innere Medizin, Hämatologie/Onkologie, Neurologie oder Strahlentherapie aber auch um andere Fachdisziplinen handeln.

Eine Palliativstation ist als in sich abgeschlossene Einheit in das Krankenhaus zu integrieren. Die mögliche räumliche Einordnung innerhalb des Krankenhauses ist sorgfältig hinsichtlich der Lage zu den Fachdisziplinen zu untersuchen. In unmittelbarer Nähe sollten insbesondere die oben genannten Fachdisziplinen und die Intensivmedizin sowie die Radioonkologie interdisziplinär angebunden sein.

Es sollte die Möglichkeit bestehen, Patienten problemlos und witterungsgeschützt zu therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen innerhalb des Krankenhauses zu transportieren. Eine Mitnutzung der zentralen Krankenseinrichtungen ist zu ermöglichen.

Die Palliativstation definiert sich aus dem Pflege- und Betreuungsaufwand und sollte 8 bis 12 Betten haben. 10 bis 12 Betten sind aus wirtschaftlichen Gründen vorzuziehen, einem patientengerechteren Arbeiten entsprechen eher 8 bis 10 Betten. Es sind wegen des Krankheitsbildes überwiegend Einzelzimmer mit zugeordneter Sanitärzelle (evtl. ein Zweibettzimmer) zu schaffen.

4.3 Allgemeine Raumanforderungen

Im Gegensatz zur Allgemeinpflege sind neben der sehr viel individuelleren pflegerischen Betreuung in Einzelzimmern eine Reihe von Besonderheiten zu beachten.

Barrierefreie Erreichbarkeit und Nutzung, einschließlich der Außenräume, sind zu gewährleisten. Der Patientenbereich ist insgesamt funktionell und pflegegerecht auszubilden - alle Räume sollen für kleine Rollstühle, wie sie innerhalb der Wohnung gebraucht werden, bzw. Rollatoren befahrbar sein. Es müssen nicht alle Räume den Standards für behindertengerechtes Bauen entsprechen.

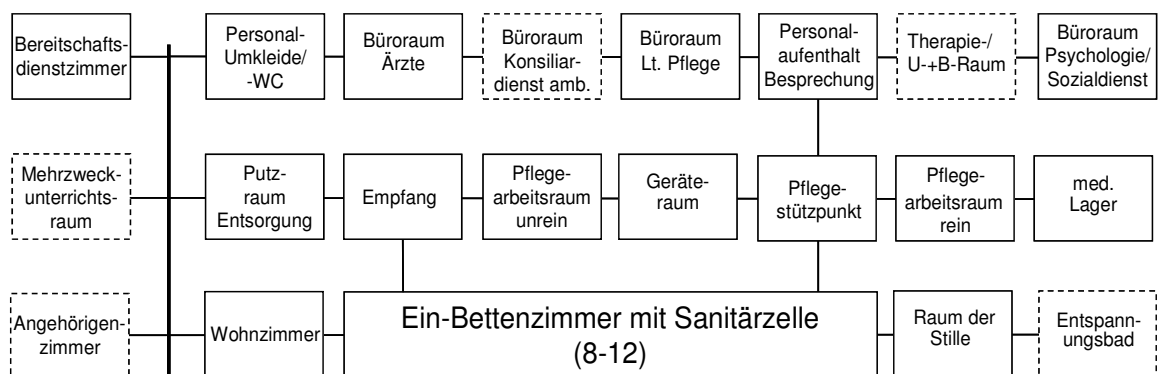
Eine Palliativstation ist kompakt zu planen, die Wege für Patienten und Personal sind übersichtlich und kurz zu halten.

Die architektonische Konzeption hat eine klare Zonierung der Funktionen zu berücksichtigen.

Der Empfangsbereich sowie Arzträume, Seminarraum, Personal- und Technikräume sind vom ruhigeren Bereich mit den Patientenzimmern, Behandlungsräumen und dem Raum der Stille räumlich zu trennen.

Für Angehörige besteht der Bedarf, auf der Station zu verweilen, deshalb sind Übernachtungs- und Aufenthaltsmöglichkeiten für Angehörige im Patientenzimmer (ggf. in einem separaten Zimmer) zu schaffen.

4.4 Stationsschema



4.5 Räumliche Ausstattung, Gestaltung, Möblierung

Der Innenbereich der Palliativstation ist adäquat der hier betreuten Palliativpatienten und ihrer Angehörigen zu gestalten. Einerseits sind alle Möglichkeiten eines Krankenhauses zur Verfügung zu stellen, andererseits gilt es, die räumliche Gestaltung wohnlicher und die Atmosphäre ruhiger auszubilden. Das Ziel, der Station einen besonders angenehmen Charakter zu verleihen, ohne die hygienisch-pflegerischen Anforderungen zu vernachlässigen, wird durch haptisch angenehme Oberflächen erreicht. Der Innenarchitektur ist besondere Bedeutung zuzumessen.

Eine warme und freundliche Farbgebung verbessert das Behaglichkeitsgefühl. Sie schafft eine belebende Umgebung, die zur psychischen Stabilisierung der Patienten und Angehörigen beitragen kann. In den Patientenzimmern entsteht durch die Farbgebung der Wände und Ausstattungsgegenstände (Möbel, Vorhänge/Jalousien etc.) je nach Sonnenstand ein Wechselspiel von Licht und Farben im Raum. Die Wandoberflächen sollten individuell gestaltet werden, sowohl in Farbe als auch in der Frage des Oberflächenmaterials.

Bequemes und leicht bewegliches Mobiliar (Holz- oder Korbmöbel) vervollständigt die Ausstrahlung der gewählten Wand- und Bodenoberflächen. Empfehlenswert ist ein fahrbares Sideboard, welches als Betttisch, zum Essen oder zum Lesen nutzbar ist. Ein Pflegesessel ist ein wichtiges Element der aktivierenden Pflege.

Da ein Teil der Patienten überwiegend im Bett liegt, sollte die Möglichkeit geschaffen werden, Bilder, Tücher oder ähnliches an der Decke anzubringen. Hilfreich ist auch eine umlaufende Bilderleiste. Zudem sollte es möglich sein, die Zimmer mit persönlichen Gegenständen auszustatten.

Die öffentlichen Bereiche sind ansprechend zu gestalten.

Entsprechend der Nutzung können verschiedene warme und haptisch angenehme Bodenbeläge eingesetzt werden: z. B. Parkett in den Patientenbereichen, Teppichboden im Raum der Stille. Die Fußböden müssen qualitativ hochwertig und leicht zu reinigen sein.

4.6 Innen- und Außenbezüge

Von den Patientenbetten aus sollte ein Ausblick ins Grüne gewährleistet sein (niedrige Fensterbrüstungen). Dem Gemeinschaftsbereich und jedem Patientenzimmer sind nach Möglichkeit separate Freisitze zuzuordnen (Garten, Dachterrasse oder Terrasse). Als Bodenbelag bieten sich schnell trocknende und fußwarme Holzdielen an. Diese müssen bettenbefahrbar sein (rollenfähiger Oberbelag, tragfähige Unterkonstruktion). Die Anpflanzung von Hecken zwischen den Patiententerrassen schafft Intimität/Individualität ohne abzuschotten. Sie sorgen gleichzeitig für den nötigen Windschutz.

Der Gemeinschaftsgarten dient auch als Kommunikationsbereich für Picknick, Feiern usw. Die Nähe zu einem Patientengarten ist sinnvoll.

4.7 Hygieneanforderungen

Die baulichen Hygieneanforderungen in einer Palliativstation unterscheiden sich nicht von denen einer Allgemeinpflegestation.

Das spezifische Hygieneverhalten kann über den Hygieneplan der Station organisiert werden. Bei immungeschwächten Patienten kann ggf. eine Umkehrisolation aufgehoben werden. Die Einzelzimmer auf einer Palliativstation haben den Vorteil, dass individuell auf ORSA/MRSA-infizierte und immungeschwächte Patienten reagiert werden kann. Ein humanes Miteinander ohne Gefährdung von Patienten und Angehörigen kann so ermöglicht werden.

4.8 Anforderungen für Lehre und Forschung

In Palliativstationen mit Lehre und Forschung sind der notwendige zusätzliche Seminarraum und die Büros mit zu berücksichtigen. Diese können neben der Ausbildung in diesem Fachgebiet auch der Weiterbildung dienen.

Gesonderte Flächenansätze für Bedside-Teaching sind nicht erforderlich, die Einbettzimmer bieten hierfür ausreichend Raum.

5 Raumprogramm - Nutzflächen und Ausstattung

Für eine normale Palliativstation ergibt sich aus den nachfolgenden Flächenansätzen bei 10 Betten in Einzelzimmerunterbringung ein Flächenbedarf von ca. 460 bis 530 m² (ohne bedarfsabhängige Räume). Das ergibt einen Flächenbedarf von ca. 50 m² pro Bett, bei Umsetzung des vollständigen Raumprogramms.

5.1 Haupträume

Patientenzimmer

Das Einbettzimmer ist so zu bemessen, dass ein Beistellbett oder ein Schlafsofa für Angehörige Platz findet. Fläche für einen Pflegesessel, für Hilfsmittel (Rollstuhl, Toilettenstuhl etc.) ist vorzusehen.

Die Patientenzimmer sind so anzuordnen, dass unerwünschte Blendung und Aufheizung vermieden wird. Für wirksamen außen liegenden Sonnenschutz ist zu sorgen.

Besondere Ausstattungen der Patientenzimmer:

- elektrisch verstellbare Pflegebetten (Holzgestellbetten mit ausfahrbaren Gittern) und verschiedene Spezialmatratzen nach Bedarf auf der Station zur Dekubitusprophylaxe und Lagerung von Schmerzpatienten (bei Bedarf Wechseldruckmatratzen)
- Pflegesessel (kipptbarer und bequemer Komfort)
- individuelle dimmbare Beleuchtung (Stehlampe, Wandleuchte)
- Pflegematerialien in Rollwagen oder Einbauschränk
- Sitzecke/Besucherecke
- Tisch
- bequeme und leicht bewegliche Sitzmöbel (ggf. auch für die Außennutzung geeignet)
- Einbaukühlschränk
- Tresor
- Radio/TV-Einheit (ohne Kopfhörer nutzbar)
- umlaufende Bilderleiste

Sanitärzelle am Patientenzimmer

In Größe und Ausstattung muss die Sanitärzelle mindestens pflegegerecht und barrierefrei ausgestattet sein, um eine Hilfestellung bei allen pflegerischen Tätigkeiten zu ermöglichen:

- Die Dusche ist bodengleich mit Duschvorhang und ggf. mit Duschschrücke auszuführen.
- Als praktikabel haben sich mobile Duschstühle (keine Klappsitze) bewährt.
- WC und Waschbecken sind rollstuhlunterfahrbar (zumindest einseitig) auszubilden.
- Der Spiegel soll ausreichend groß, leicht getönt und abdeckbar sein. Kippspiegel sind aus Hygiene- und Kostengründen nicht zu empfehlen.

Wohnbereich mit Küche (Patienten/Angehörige)

Der Aufenthaltsbereich (Wohnzimmer) ist zentral anzuordnen und soll vielfältige Nutzungen ermöglichen:

- Aufenthalt und Kommunikation von Patienten, Angehörigen und Pflegekräften
- Abhalten von Gruppentherapien
- Speisen bereiten
- Ausrichten kleiner Feiern
- Fernsehen / Musik hören

Der Ausstattungsstandard ist aufgrund der spezifischen Nutzung höher als im Patientenaufenthaltsraum der Allgemeinpflege. Die Atmosphäre soll wohnlich sein. Für Kinder gibt es individuelle Spiel- und Beschäftigungsangebote. Günstig sind kombinierbare Sitzgruppen.

Neben der Stationsküche ist eine Patientenküche sinnvoll, in der für die Patienten auch von Angehörigen speziell etwas zubereitet werden kann. Zweckmäßig ist es, neben der Küchenzeile den Essbereich anzuordnen.

Raum der Stille

Dieser Raum ist sowohl für Patienten und Besucher, als auch für das Personal gedacht und kann verschiedene Funktionen erfüllen:

- Andachtsraum
- Therapieraum (Klangraum / Entspannungsraum / Lichtraum / Musiktherapie)
- Verabschiedung
- Personalgespräche

Es gibt die Möglichkeit, sich in einer besonderen Raumatmosphäre zurückzuziehen oder auch ein ungestörtes vertrauliches Gespräch zu führen. Als Platz und Gelegenheit für Spiritualität ist der Raum stimmungsvoll zu gestalten und auszustatten (Licht, Wand- und Deckenbehänge, Sitzgelegenheiten etc.).

Behandlungs- und Therapieräume

Auf der Station werden folgende Untersuchungen/Behandlungen durchgeführt:

- klinische Diagnostik
- Assessment
- Ultraschall
- Punktionen/Katheteranlagen
- Chemotherapie
- medizinische Schmerztherapie und Symptomkontrolle/ -linderung
- spezielle palliativpflegerische Betreuung
- Physiotherapie

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen

- psychosoziale Betreuung
- spirituelle Begleitung
- Musik-/ Kunsttherapie etc.

Räume für die somatische oder psychotherapeutische Behandlung sind nur erforderlich, wenn die Station überwiegend mit Zweibettzimmern ausgestattet ist.

Da die Patienten nicht nur von Ärzten, Schwestern und Pflegern, sondern auch von Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten behandelt werden und Sozialarbeiter, Seelsorger sowie ehrenamtliche Helfer die Besetzung der Palliativstation ergänzen, sind hierfür berufsübergreifende, multifunktional nutzbare Räumlichkeiten vorzusehen. Ein spezieller Raum wie Musikzimmer oder Klangraum kann das Angebot ergänzen. Er muss lebbar sein und sich an der gewohnten Wohnsituation der Gesellschaft orientieren.

Manche Therapien können in Gruppen durchgeführt werden, hierfür kann das „Wohnzimmer“ genutzt werden.

Bauliche und Technische Anforderungen

Die Gebäudetechnik der Palliativstation entspricht den funktionellen Anforderungen einer Allgemeinpflegestation.

Heizung, Lüftung, Kühlung, Sanitär

Analog zur Allgemeinpflege ist eine mechanische Lüftung der Patientenzimmer nicht generell erforderlich.

Bei Patienten der Palliativpflege ist in erhöhtem Maß mit Stoffwechselproblemen und unangenehmen olfaktorischen Emissionen zu rechnen. Daher sollte die nach DIN benötigte Zuluftmenge für die angrenzende Sanitärzelle sinnvollerweise in das Patientenzimmer eingebracht und die Abluft über die Sanitärzelle abgeführt werden. Ist diese Voraussetzung nicht gegeben, wird wenigstens bei einem Teil der Zimmer eine mechanische Lüftungsanlage empfohlen. Dadurch sind auch eventuelle Anforderungen an Raucherzimmer abgedeckt.

Separate Raucherzimmer sind nicht zu empfehlen.

Die innen liegenden Räume und Räume mit erhöhtem Luftwechselbedarf (Seminarraum) sind an eine zentrale Belüftungs- und Abluftanlage anzuschließen.

Es ist zu berücksichtigen, dass die Patienten aufgrund Ihrer Erkrankung ein erhöhtes Behaglichkeitsempfinden hinsichtlich Wärme und Kälte haben. Die Heizung der Patientenzimmer muss individuell regelbar sein. Dem sommerlichen Wärmeschutz kommt eine besondere Bedeutung zu. Es kann bei entsprechender Gebäudeexposition selektiv Bedarf nach Kühlung der Bettzimmer im Sommer bestehen.

Die Duschanlagen der Bäder sind mit thermostatisch geregelten Einhebelmischern auszustatten. Als Duschabtrennung sind Duschvorhänge gegenüber festen Kabinenabtrennungen vorzuziehen. So ist einerseits die Barrierefreiheit gewährleistet um Hilfestellung zu ermöglichen und andererseits ist diese Lösung, bei Integration der Duschvorhänge in das Wäschemanagement, auch hygienisch vorteilhaft.

Medizinische Gase

In den Patientenzimmern sind an jedem Patientenbett ein Anschluss für Druckluft und ein Anschluss für Sauerstoff vorzusehen. Dies ist damit begründet, dass die Patienten oft schlecht Luft bekommen und teilweise abgesaugt werden müssen (ggf. Inhalation). Ein weiterer Grund ist die Zunahme von pulmonal erkrankten Patienten.

Aus psychologischen und visuellen Gründen wird eine Abdeckung der Medienschiene (Schiebe- bzw. Klappblenden) empfohlen.

Elektrotechnik

Auf eine stimmungsvolle Lichtplanung im Patientenzimmer und in der Sanitärzelle ist zu achten. Hier können dimmbare Einzelleuchten Akzente setzen. Radio, Fernsehen und Internetzugang sollte in jedem Patientenzimmer möglich sein.

Medizinische Geräteausstattung

Die Geräteausstattung unterscheidet sich nicht von der in einer Allgemeinpflegestation. Perfusoren, Infusionspumpen und Ernährungspumpen sind nach Bedarf vorzuhalten. Monitorüberwachung ist nur selten erforderlich, im Bedarfsfall mit solitären Geräten.

Übersicht Haupträume

Raumbezeichnung	NF [m²]¹⁾	Hinweise
Einbettzimmer	19-22	je nach medizinischer Anforderung (Fläche für ein zweites Bett als Aufstellreserve berücksichtigen!)
Zweibettzimmer	22-28	pro Station nur ca. 1 bis max. 2 Zweibettzimmer
Sanitärzelle	4-5	mit pflegegerechter Ausstattung jedem Patientenzimmer zugeordnet
Wohnbereich	28	ersetzt den Patientenaufenthaltsraum, kombiniert mit Patientenküche
Raum der Stille	20	Andachtsraum / Verabschiedung / Lichtraum / Klangraum

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen

Bedarfsabhängige Haupträume

Untersuchungs- und Behandlungsraum, Therapieraum	16	kann entfallen, falls ausschließlich Einbettzimmer vorhanden nicht bettbefahrbar mit Büroarbeitsplatz für 1 Arzt, mit Waschbecken
Angehörigenzimmer	12 (9+3)	nach Möglichkeit ist ein Zimmer mit Dusche und Toilette vorzuhalten kombinierbar mit dem Bereitschaftszimmer
Aufenthalte für Rauchende		Erlaubnis zum Rauchen vom medizinisch-pflegerischen Konzept abhängig bei Einbettzimmernutzung kann dieser Raum entfallen Möglichkeit zum Rauchen im Freibereich schaffen
zusätzliche Büroräume	12-16	für einen ambulanten Konsiliardienst und ggf. weitere Aufgaben

5.2 Nebenräume

Leitstelle / Pflegestützpunkt / Sekretariat

Zentraler Punkt der Station ist die Leitstelle mit Empfangstresen. Auf abwehrende Aufbauten und Verglasungen ist zu verzichten. Der Empfangstresen kann von der Leitstelle separiert werden, günstig ist jedoch aufgrund der geringen Größe der Station eine Kombination beider.

Das Stationsdienstzimmer (Sekretariat / Administration) kann als Back-Office der Leitstelle ausgebildet werden, ausreichend PC-Anschlüsse müssen vorhanden sein.

Arbeitsraum rein

Sinnvoll ist es, diesen direkt an den Pflegestützpunkt anzubinden. Es sind ausreichend Lagermöglichkeiten für Medikamente, Verbrauchsmaterialien etc. zu berücksichtigen. Außerdem ist ein ausreichend großer Medikamenten-Tresor für die Verwahrung der Opiate notwendig.

Arbeitsraum unrein

Der Arbeitsraum ist mit einem Ausguss, einer Fäkalspüle und einem Handwaschbecken auszustatten. Ausreichende Abstellflächen für Entsorgung sind vorzuhalten.

Auf jeder Station werden Waschmaschine und Wäschetrockner benötigt, um unkompliziert die Wäsche der Patienten waschen zu können.

Abstell-/Geräteraum

In der Palliativstation besteht ein erhöhter Bedarf an Abstellflächen für:

- medizinische Geräte und Infusionsständer
- Pflegehilfsmittel und Matratzen, Lagerungshilfen
- Fahrhilfen (Rollatoren, Unterarmgehilfen, Rollstühle, Pflegestühle etc.)
- Mobiliar, Gartenmöbel, Sonnenschirme

Übersicht Nebenräume

Raumbezeichnung	NF [m²]¹⁾	Hinweise
Pflegestützpunkt mit Leitstelle und Stationszimmer	14-18 4-6 10-12	kombiniert mit Empfang vorgelagert als Back-Office
Arbeitsraum rein	10-14	mit Medikamenten-Tresor
Arbeitsraum unrein	10-12	mit Entsorgungsraum kombinierbar
Geräteraum/ Abstellraum	16	auf mehrere kleine Räume verteilt
Lager	10	medizinische Ge- und Verbrauchsgüter Wäsche Lagerung in Modulschränken (Befüllungsrhythmus 2 x wöchentlich)
Putzraum ²⁾	2-3	bis einschließlich 9 Betten in den Entsorgungsraum integriert
Entsorgungsraum	10	Lagerraum für unreines Material bzw. Abfall mit AWT-Anlage entsprechend größer bis 9 Betten inkl. Putzraumfunktion bzw. Entsorgung und unreine Arbeiten (Arbeitsraum unrein) in einem Raum
Containerfläche	2	für 2 Versorgungscontainer

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

Bedarfsabhängige Räume

Empfang		vom Pflegestützpunkt gesonderter, offener Bereich
Entspannungsbad	14	behindertengerecht; mit aufgeständerter Wanne inkl. Hebevorrichtung (oder Hub-Wanne) und/oder Dusche, mit KH-Bett befahrbar dient in erster Linie der Pflege und Entspannung der bewegungseingeschränkten Patienten atmosphärisch wohnlich und ansprechend gestaltet dimmbare Lichtsteuerung zu therapeutischen Zwecken Möglichkeit für Audiotechnik vorsehen

5.3 Erschließungsräume

Raumbezeichnung	NF [m ²] ¹⁾	Hinweise
Bettenstellfläche		1 Bett

Erschließungsräume entfallen aufgrund der Größe der Station.

5.4 Personalräume

Raumbezeichnung	NF [m ²] ¹⁾	Hinweise
Aufenthaltsraum Personal / Bespre- chungsraum	12	mit Pantry-Küche, Minimum lt. ArbStättV/ASR für 4 gleichzeitig anwe- sende Personen ausreichend evtl. auch für Besprechungen und Übergaben nutz- bar wie bei Allgemeinpflege
Bürraum Arzt	12-16	1 bzw. 2 Arbeitsplätze
Bürraum Psycholo- gie/Sozialdienst	12-16	1 bzw. 2 Arbeitsplätze empfohlen - Platz für Ge- spräche
Toilette – Personal ²⁾	2	mindestens 1 x Damen, 1 x Herren; entsprechend ArbStättV/ASR
Umkleidebereich – Personal ²⁾	0,4	bei Wechsel von Klinik- in Bereichskleidung Garderobe für Kittel und Wertschließfächer, mit Waschraum getrennt nach Damen / Herren in sehr kleinen Einheiten ggf. gemeinsamer Raum; für jede beim Schichtwechsel anwesende Person
Personalumkleide- raum mit Wasch- raum ²⁾	10 1,2 ⁵⁾	falls dezentrale Lösung bei Wechsel von Straßen- in Bereichskleidung Minimum; Umkleideraum (6m ²), Waschraum (4m ²) je Spind; inkl. Waschraum mit Dusche; entsprechend ArbStättV/ASR; nach Damen / Herren getrennt

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

Bedarfsabhängige Räume

Besprechungsraum	16-20	Personalbesprechungen / (wenn nicht mit dem Personal-Aufenthaltsraum kombinierbar)
Mehrzweckunter- richtsraum	30 ^{3) 4)}	Seminarraum für Lehre, Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung mit Möglichkeit für Einrichtung mit Tischarbeitsplätzen bzw. Reihenbestuhlung für 14 Tischarbeitsplätze; bzw. für 20 Teilnehmer bei Reihenbestuhlung auch zur Geräteeinweisung nach MedGV/MPG 1 Seminarraum für mehrere nahe liegende Einheiten ausreichend häufig außerhalb der Station
Bereitschaftszimmer	12 (9+3)	mit Bett, Schreibtisch, Waschtisch/Dusche/WC oft auch in Kombination mit dem Angehörigenzimmer genutzt ggf. außerhalb der Station

Legende

- 1) NF = Nutzfläche gerundet
- 2) Raumluftechnischer Standard ist projektbezogen zu entscheiden
- 3) Hochschulmedizin (Forschung & Lehre)
- 4) Diese Fläche wird nach DIN 13 080 bei der Funktionsstelle '6.02 Lehre' erfasst.
- 5) Diese Fläche wird nach DIN 13 080 bei der Funktionsstelle '4.03 Personalumkleiden' erfasst.

Zugrundegelegte Normen

- [1] Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) vom 19.07.2010 mit Arbeitsstättenrichtlinien (ASR)
- [2] DIN 13 080-1 Gliederung des Krankenhauses in Funktionsbereiche und Funktionsstellen; 2003-07
- [3] DIN 18 024-1 Barrierefreies Bauen Teil 2: Öffentlich zugängliche Gebäude und Arbeitsstätten; 2010-10

6 Resümee

Diese Planungshilfe gibt Hinweise für künftig zu realisierende Palliativstationen. Die Palliativmedizin ist als Disziplin noch sehr jung und vor allem in Lehre und Forschung noch im Aufbau begriffen. Die Einrichtung von Palliativstationen in der stationären Krankenversorgung gewinnt immer mehr an Bedeutung. Die bauliche Herrichtung und die Förderung dieser Maßnahmen werden aktuelle Planungsaufgaben in der Beratung und Prüfung sein.

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung wird diesen Bedarf verstärken. Die Interviews haben aber auch gezeigt, dass der Anteil jüngerer, palliativ zu betreuender Patienten relativ hoch ist. Durch den Wandel der familiären Strukturen und der nachbarschaftlichen Beziehungen ist eine Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen im häuslichen Bereich zunehmend nicht mehr leistbar. Diese Betreuung ist durch Einrichtungen der Palliativmedizin und der Hospizbewegung zu übernehmen.

Einige der im Rahmen der Ausarbeitung der vorliegenden Planungshilfe betrachteten realisierten Palliativstationen aus verschiedenen Bundesländern sind im Anhang als Beispielsammlung mit Beschreibung, Grundriss, Abbildungen und Raumprogramm aufgeführt. Die Auswertungsmatrix, in der 14 der gebauten Palliativstationen in der Einzelauswertung gelistet sind, ist für Berechtigte im internen Teil der www.is-argebau.de abzurufen.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden die Angaben von 21 Krankenhausträgern (kommunale, konfessionelle, private, freigemeinnützige Träger sowie Universitätskliniken), Ärzten und Pflegedienstleitern in Betrieb befindlicher Palliativstationen und Palliativzentren aus acht Bundesländern (BY, HB, MV, NI, NW, RP, SH, TH) sowie von Verbänden (Deutsche Krebshilfe e. V., Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.) ausgewertet.

Die im Vergleich zu den zum Zeitpunkt der Erhebung bundesweit betriebenen ca. 220 Palliativstationen (Stand 16.08.2010 lt. DGP unter www.dgpalliativmedizin.de) relativ geringe Anzahl der untersuchten Stationen lässt keine rein statistische Auswertung zu. Die mittels Fragebögen erhobenen einzelnen Daten und Fakten in der Auswertungsmatrix zeigten jedoch grundsätzliche Übereinstimmungen. Diese repräsentativen Ergebnisse erlauben eine allgemeingültige Aussage über den baulichen Bedarf, die Gestaltung und Ausstattung von Palliativstationen, jedoch nicht über Kosten und über den Mindestbedarf hinausgehende Qualitäten.

Der den Interviews zu Grunde liegende Fragebogen ist breit gefächert:

- allgemeine Aspekte
- medizinische und pflegerische Aspekte
- ethische Aspekte
- Forschung, Lehre, Ausbildung
- Standortaspekte innerhalb des Krankenhauses
- Hygieneaspekte
- bauliche Aspekte
- Bedarfsaspekte des Landes
- Förderaspekte

Bei der Auswertung wurden diese insbesondere bei den „Baulichen Aspekten“ weiter detailliert und mit Planunterlagen ergänzt.

Aus dieser Auswertungsmatrix lassen sich die wesentlichen baulichen und technischen Merkmale herauslesen, die bei der Planung einer Palliativstation zugrunde zu legen sind.

Organisatorisch sind Palliativstationen in der Regel der Inneren Medizin oder der Onkologie angegliedert. Die eigenständige Führung mit eigenständiger Abteilungsstruktur entwickelt sich davon unabhängig. Die baulich-funktionalen Anforderungen gelten unabhängig ihrer organisatorischen Einbindung.

Die Regelgröße Anzahl Betten pro Palliativstation liegt zwischen 8 und 12, Einzelzimmer sind aufgrund der besonderen Pflege- und Betreuungssituation Standard, wobei ein Zweibettzimmer pro Station zur Verfügung stehen kann.

Wegen des Erfordernisses, auch eine Betreuungsperson im Patientenzimmer unterbringen zu können, haben diese Räume in der Regel die Größe eines Allgemeinpflege-Zweibettzimmers und liegen durchschnittlich zwischen 19 und 22 m².

Das Nebenraumprogramm unterscheidet sich, was die üblichen Funktions- und Personalräume angeht, kaum vom Programm einer Allgemeinpflegestation. Allerdings kommen Räume, wie der Patientenaufenthaltsraum als „Wohnzimmer“ mit Patientenküche, ein Raum der Stille und - sofern die Möglichkeit besteht - anstatt eines Stationsbades ein Entspannungsbad hinzu.

Nicht bewährt haben sich ein extra Raucherzimmer und ein behindertengerechtes Stationsbad. Ausstattungsmerkmale wie Fußbodenheizung, Fäkalspüle in jeder Sanitärzelle und Klangraum werden nicht als Standard angesehen.

Die Versorgung der Palliativstation mit technischen Gasen entspricht der einer Allgemeinpflegestation, ebenso die hygienischen Grundanforderungen.

Der Ausstattungsstandard ist im Hinblick auf die besondere Situation der Patienten durchweg ein gehobener, der in Material und Farbe haptisch ansprechend und atmosphärisch harmonisch ausgerichtet ist.

Literaturverzeichnis

1. E. Klaschik „**Palliativmedizin Praxis**“
Leitfaden für die Palliativ-Medizinische Alltagsarbeit, 4.Auflage 2007
2. Enquete-Kommission „**Ethik und Recht der modernen Medizin**“
Zwischenbericht Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit (BT-Drs. 15/5858)
Deutscher Bundestag im Juli 2005
3. Landeskrankenhauseusschuss Hessen „**Empfehlungen über die Anforderungen für die Einrichtung von Palliativeinheiten**“
Sitzung vom 15. April 1999 in Abstimmung mit der Arbeitsgruppe Landeskrankenhausplanung
4. **Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)**
vom 31. Oktober 2003
Empfehlung der DGP zur Personalbesetzung auf Palliativstationen
vom 23. Februar 2007
Vorschlag der DGP für Raumstandards von Palliativstationen
vom 23. Februar 2007
5. K. Neuwöhner (Klinik Dr. Hancken GmbH) „**Anforderungen an eine Palliativstation**“
Internes Schreiben an OFD Hannover vom 04. Dezember 2008
6. Medizinische Hochschule Hannover „**Palliativversorgung in Niedersachsen - Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung**“
Gutachten im Auftrag des Nds. Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen vom Oktober 2004
7. „**Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen**“
Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, März 2006
8. Universität München „**Sterbebegleitung bei Kindern im häuslichen Bereich – Das Projekt HOME – Hospiz ohne Mauern**“
Klinikum der Universität München, Juni 2008
9. S. Husebø, E. Klaschik „**Palliativmedizin – Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation**“
2. überarbeitete Auflage 2003; Springer Verlag, ISBN 3-540-66605-2
10. C. Bausewein, S. Roller, R. Voltz „**Leitfaden Palliativmedizin Palliative Care**“,
ELSEVIER, 2007, ISBN 978-3-437-23311-1
11. Deutsche Krebshilfe e. V. „**Palliativmedizin**“ Die blauen Ratgeber 57,
Februar 2010; ISSN 0946-4816

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

12. S. Porchet-Munro, V. Stolba, E. Waldmann „**Den letzten Mantel mache ich selbst: Über Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care**“,
2. Auflage 2006; ISBN 3-7965-2144-4
13. E. Klaschik, F. Nauck, Radbruch, Sabatowski „**Palliativmedizin-Definitionen und Grundzüge**“,
Der Internist, 7/2000
14. G. Borasio „**Palliativmedizin - weit mehr als nur Schmerztherapie**“,
TZM News, 1/2009
15. Bayer. Staatsministerium f. Umwelt u. Gesundheit „**Fachprogramm Palliativversorgung in Krankenhäusern**“,
Stand 22.11.2010
16. Bayer. Staatsministerium f. Umwelt u. Gesundheit „**Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern**“,
September 2009
17. F. Nauck, Yansky „**Was kann/muss Forschung in der Palliativmedizin leisten?**“,
*ProVita-Symposium
Berlin 2010*
18. E. Aulbert, F. Nauck, L. Radbruch „**Lehrbuch der Palliativmedizin**“,
Stuttgart, Nachdruck 2008
19. C. Knipping „**Lehrbuch Palliative Care**“,
Huber Verlag Bern, 2006

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine Ambulante Palliativversorgung
ArbStättV	Arbeitsstättenverordnung
ARGEBAU	Arbeitsgemeinschaft der für Städtebau, Bau- und Wohnungswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder
ASH	Ausschuss für Staatlichen Hochbau der Bauministerkonferenz
ASR	Arbeitsstättenrichtlinien
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V.
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
DGSS	Deutsche Gesellschaft zur Studium des Schmerzes e. V.
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.
DIN	Deutsches Institut für Normung e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DRG	Diagnosis Related Groups (Fallpauschalen)
IGSL	Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e. V.
MedGV	Medizingeräteverordnung
MPG	Medizinproduktegesetz
MRSA	Multi-Resistenter Staphylococcus Aureus
ORSA	Oxacillin-Resistenter Staphylococcus Aureus
RKI	Robert Koch-Institut
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SAPPV	Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

Interviewpartner

Besonderer Dank gilt folgenden fachlich Beteiligten:

Bayrisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit	Frau Dr. Gabriele Hartl Herr Andreas Klinger
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin am Klinikum der Universität München Kreisklinikum Altötting	Herr Prof. Dr. Gian Domenico Borasio Herr Dr. Johannes Spes Frau Dr. Cornelia Wörösch-Koll
Klinikum Links der Weser Bremen Helios Kliniken Schwerin Klinikum Südstadt Rostock Evangelisches Diakoniewerk Friederikenstift Hannover	Herr Dr. Hans-Joachim Willenbrink Frau Barbara Annweiler Frau Dr. Beate Krammer-Steiner Herr Prof. Dr. Urs Leonardt Herr Mathias Winkelhake Herr Dr. Christian Seifert Frau Elke Reinfeld Frau Sabine Pape Frau Liane Neuss
Medizinische Hochschule Hannover Universitätsklinikum Göttingen Klinik Dr. Hancken Stade Universitätsklinikum Köln Malteser-Krankenhaus Bonn Krankenhaus Marienwörth, Bad Kreuznach DRK-Krankenhaus Kirchen/Sieg St. Nikolaus Stiftshospital Andernach	Frau Dr. Thela Wernstedt Herr Prof. Dr. Friedemann Nauck Herr Dr. Christoph Hancken Herr Dr. Klaus Maria Perrar Herr Prof. Dr. Eberhard Klaschik Herr Dr. Robert Gosenheimer Frau Dr. Cornelia Becker Herr Dr. Thomas Dyong Frau Lydia Bonn
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Rheinland-Pfalz	Herr Bernard Schumann
Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau	Frau Uta Vetter Frau Dr. Heike Schlegel-Höffner Herr Matthias Keschke
Katholisches Krankenhaus Erfurt Kreiskrankenhaus Schmalkalden St. Georg Klinikum Eisenach	Herr Dr. Hans-Joachim Bronisch Herr Dr. Thomas Günther Herr Peter Jochum

Klinikum Bad Salzungen	Herr Dr. Heinz-Dieter Eichhorn
Zentralklinik Bad Berka	Herr Dr. Martin Bosch
	Frau Dr. Christina Müller
Universitätsklinikum Jena	Herr Dr. Ulrich Wedding
Deutsche Krebshilfe e. V.	Herr Prof. Dr. Eberhard Klaschik
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V	Herr Heiner Melching
	Frau Dr. Claudia Bausewein
	Frau Dr. Wiebke Nehls
	Herr Prof. Dr. Friedemann Nauck
	Herr Prof. Dr. Raymond Voltz
	Herr Dr. Hermann Ewald

Im Vorfeld der Veröffentlichung hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) dankenswerterweise am 23.03.2011 eine Stellungnahme zum Entwurf der Planungshilfe abgegeben. Die DGP betont nochmals, dass die Planungshilfe nicht nur für neu zu bauende Palliativstationen sondern auch für die bestehenden Palliativstationen eine wesentliche Argumentationshilfe darstellt. Die punktuellen Anmerkungen der DGP waren hilfreich und sind im Wesentlichen in der Endredaktion berücksichtigt worden.

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

Anhang

1. Beispielsammlung (Projektportraits)

Folgende gebaute Palliativstationen werden in Projektportraits mit Beschreibung, Grundriss, Abbildungen und Raumprogramm dargestellt:

1. Universitätsklinikum **München-Großhadern**, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
2. Universitätsklinikum **Göttingen**, Palliativzentrum
3. Friederikenstift **Hannover**, Palliativstation
4. Dr. Hancken-Klinik **Stade**, Palliativmedizin
5. DRK Krankenhaus **Kirchen/Sieg**, Palliativstation
6. Zentralklinik **Bad Berka**, Klinik für Palliativmedizin
7. Katholisches Krankenhaus **Erfurt**, Palliativstation
8. Universitätsklinikum **Jena**, Zentrum für Palliativmedizin

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

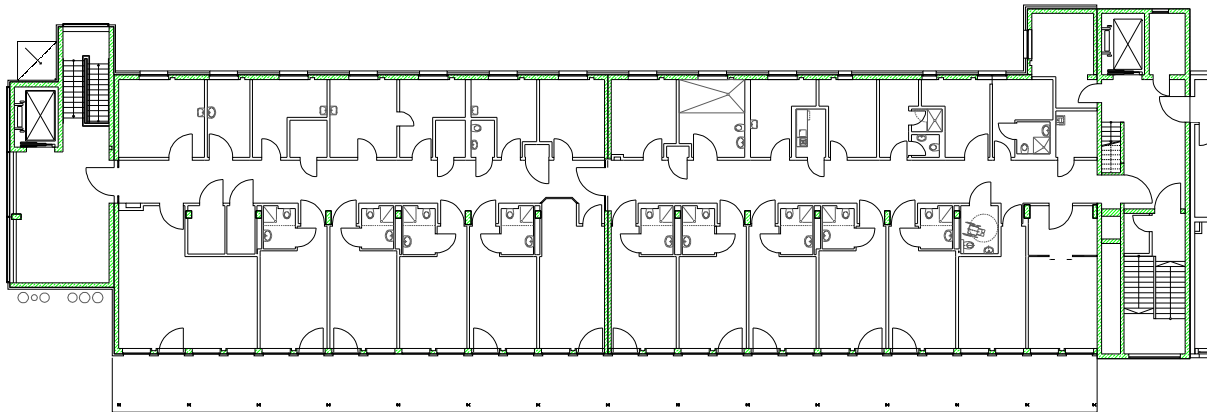
Projektportrait Nr. 1	Klinikum der Universität München-Großhadern, Bayern Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
-----------------------	---

Beschreibung

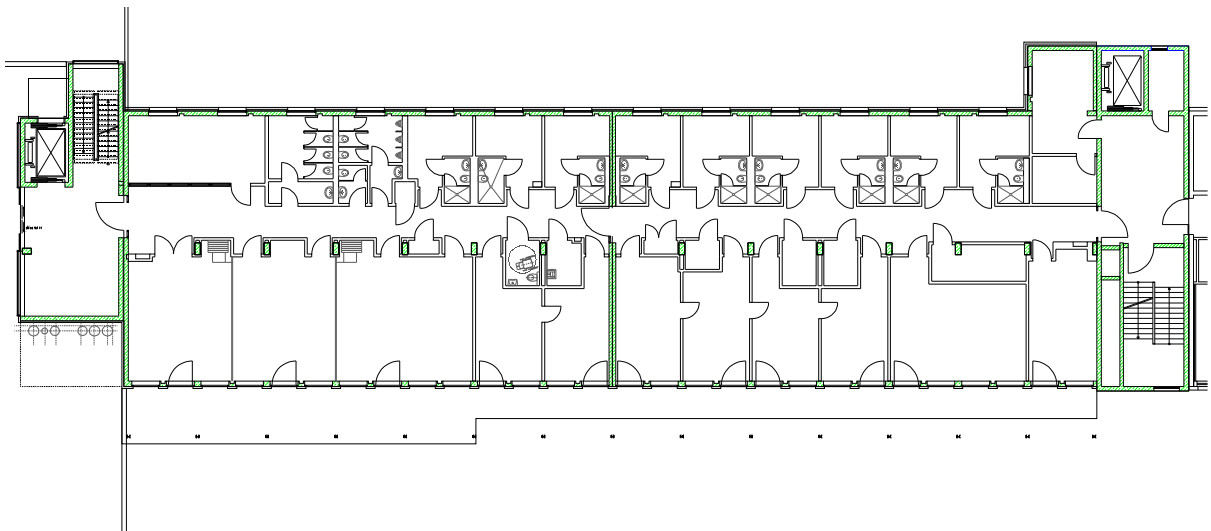
	Krankenhaus der Maximalversorgung mit 1364 Betten
Trägerschaft Träger	Universitätsklinikum Land
Inbetriebnahme	April 2004
Objektbeschreibung	Neubau als Aufstockung auf Bestand
Nutzung	Palliativmedizinisches Zentrum für stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung mit fünf Einzelzimmern und vier Zweibettzimmern. Das Zentrum beherbergt daneben auch die Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit.
Standort/Situation	Auf EG-Ebene des Gebäudes befindet sich die Palliativakademie, darüber die Palliativstation. Darunter erstrecken sich die beiden Bestandsgeschosse, im U1 die Station für Knochenmarkstransplantation und im U2 Laboratorien. Hauptzugang zur Palliativakademie erfolgt über einen repräsentativen neuen Kopfbau im Westen.
Architekturplanung	Barrierefreier Baukörper. Von der Eingangsebene ist die Akademie mit Seminar- und Verwaltungsräumen, sowie Büros zu erreichen. Hier sind auch sieben Gästezimmer untergebracht. Darüber folgen nach Süden orientiert Empfangszone, Patientenwohnzimmer, Patientenzimmer, ambulanter Bereich, sowie der Raum der Stille der Palliativstation. Auf der Nordseite sind die Arzt- und Personalräume untergebracht. An der Südseite des Bauwerks ist ein Balkon in leichter Bauweise über die gesamte Länge vorgestellt, der einen Aufenthalt im Freien ermöglicht (Orientierung ins Grüne).
Flächenkennwerte	584 m ² NF (Palliativstation), 44,9 m ² NF/Bett
Finanzierung	Das Projekt wurde mit 4,60 Mio. € von der Stiftung Deutsche Krebshilfe e. V. gefördert und trägt den Namen "Dr. Mildred Scheel Haus". Weitere 1,06 Mio. wurden aus Landesmitteln erbracht, so dass die Gesamtkosten 5,68 Mio. Euro betragen.
Technische und konstruktive Besonderheiten	Die Aufstockung auf den bestehenden Baukörper erfolgte bei laufendem Betrieb des Laborgeschosses. Überwiegend ist ein Industriparkettfußboden verlegt worden (Teilbereiche Fußbodenheizung). Allen Patientenzimmern und dem zentralen Wohnbereich sind Terrassen/Balkone zugeordnet, auf die auch Betten hinausgeschoben werden können. Auf die räumliche Gestaltung und Ausstattung nahm die Deutsche Krebshilfe e. V. großen Einfluss.

Projektportrait Nr. 1 **Klinikum der Universität München-Großhadern, Bayern**
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin

Grundrisse



Obergeschoss (Palliativstation)



Erdgeschoss (Akademie)

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen

Projektportrait Nr. 1 **Klinikum der Universität München-Großhadern, Bayern**
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin

Abbildungen



Balkone



Einbettzimmer



Wohnzimmer



Flur



Sanitärzelle



Zweibettzimmer

Projektportrait Nr. 1	Klinikum der Universität München-Großhadern, Bayern Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
-----------------------	---

Raumprogramm

Räume		(13 Planbetten)			Summe			
RG ¹⁾	NC ²⁾	Bezeichnung	KFA ³⁾	Anz. ⁴⁾	NF [m ²] ⁵⁾	NF [m ²] ⁵⁾	Ausstattungsmerkmale	
1		Haupträume			392,3	30,2 m²/Bett		
	1151	Angehörige/Bereitschaftszimmer	8	1	12,6	12,6	mit Sanitärzelle	
	1211	Wohnzimmer	4	1	46,2	46,2		
	2311	Raucherzimmer	3	1	11,9	11,9		
	3820	Teeküche	4	1	14,0	14,0		
	5920	Raum der Stille mit Vorraum	5	1	27,8	27,8		
	6113	Untersuchung	6	1	9,6	9,6		
	6113	Therapie/Untersuchung	6	1	19,9	19,9		
	6113	Musiktherapie	6	1	27,9	27,9	auf Ebene 00	
	6710	Einbett-Allgemeinpflegezimmer	6	5	20,2	101,2		
	6710	Zweibett-Allgemeinpflegezimmer	6	4	21,0	84,0		
	7145	Sanitärzelle am Patientenzimmer	6	9	4,1	37,3		
2		Nebenträume			83,7	6,4 m²/Bett		
	3983	Arbeitsraum unrein	6	1	4,2	4,2		
	3984	Pflegestützpunkt	6	1	25,4	25,4		
	4130	Lager	3	1	14,9	14,9		
	4130	Lager	3	1	11,6	11,6		
	4130	Wäschelager	3	1	5,1	5,1		
	2811	Fotokopierraum	3	1	3,2	3,2		
	7113	Toilette behindertengerecht	6	1	5,1	5,1		
	7134	Pflegebad	6	1	14,3	14,3		
3		Erschließungsräume			12,3	0,9 m²/Bett		
	7192	Putzraum	3	1	5,5	5,5		
	7312	Bettenvorbereitung	3	1	3,9	3,9		
	7371	Müllsammelraum	1	1	2,9	2,9		
4		Personalräume			135,9	10,5 m²/Bett		
	1211	Aufenthaltsraum – Personal	3	1	14,1	14,1		
	2112	Büroraum mit DV – Ärzte	4	1	12,1	12,1		
	2112	Büroraum mit DV – C3-Professor	4	1	15,1	15,1		
	2112	Büroraum mit DV – Ärzte	4	1	19,3	19,3		
	2112	Büroraum mit DV – Lt. Pflege	4	1	11,1	11,1		
	2122	Sekretariat	4	1	11,0	11,0		
	2112	Brückenteam	4	1	10,2	10,2		
	5240	Mehrzweckunterrichtsraum	3	1	25,2	(25,2)		
	7112	Toilette – Personal in der Station	5	1	2,5	2,5		
	7112	Toilette – Personal in Umkleide	5	1	1,8	(1,8)		
	7132	Dusche-Personal in Umkleide	5	1	2,0	(2,0)		
	7222	Personalumkleideraum unisex	5	1	11,6	(11,6)		
		Summe Nutzfläche				583,6 m²		44,9 m²/B
		Summe Nutzfläche weiterer Funktionsstellen				40,6 m²		

1) RG: Raumgruppe (DIN 13080)

2) NC: Nutzungscode [RBK1-PC (Version 4.2, Stand 7.2004) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

3) KFA: Kostenflächenart [RBK1-PC (Version 4.2, Stand 7.2004) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

4) Anz.: Anzahl Räume

5) NF: Nutzfläche lt. DIN 277 Teil 1 / Planungsflächen

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

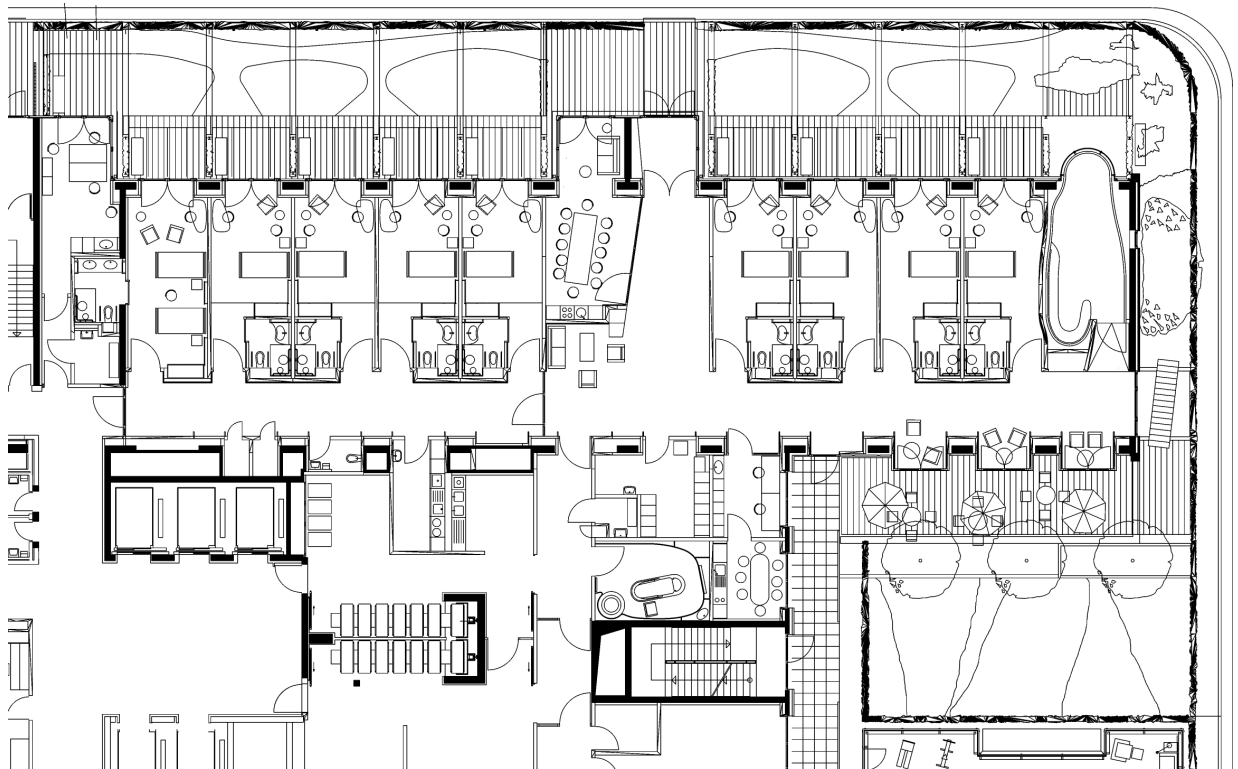
Projektportrait Nr. 2	Universitäts-Humanmedizin Göttingen (UMG), Niedersachsen Palliativzentrum
-----------------------	---

Beschreibung

	Krankenhaus der Maximalversorgung mit 1339 Planbetten
Trägerschaft	Stiftung Öffentlichen Rechts Georg-August-Universität Göttingen (seit 2003)
Trägerform	öffentlich
Inbetriebnahme	Januar 2007
Objektbeschreibung	Errichtung im Bestand im EG
Nutzung	Palliativstation mit 10 Betten (8 Einzel- und ein Doppelzimmer) mit jeweils Rooming-in-Möglichkeit für Angehörige. Ambulante Palliativ-Tagesklinik im 1. OG
Standort/Situation	Randständige Lage, ohne Durchgangscharakter im EG mit separatem Eingang sowie Anschluss an Zentralerschließung des Uniklinikums. Jedes Zimmer hat eine Terrasse.
Architekturplanung	bmp Architekten, Göttingen
Flächenkennwerte	494 m ² NF (Palliativstation) 49,4 m ² NF/Bett 504 m ² NF (ambulante Palliativ-Tagesklinik)
Kostenkennwerte	4,1 Mio. € Baukosten (KG 200 - 700, nur Palliativstation) 8.300,- € / m ² NF
Finanzierung	Land Niedersachsen (HBFG-Förderung/Zuwendung § 44 LHO) Dt. Krebshilfe (3,48 Mio € für Palliativstation und Tagesklinik) Förderverein und Sponsoren
Technische und konstruktive Besonderheiten	Vorhandene Zweibettzimmer Allgemeinpflgestruktur mit einer Achsbreite 3,60 m Standard-Sanitärzellen mit Steckbeckenspüle Technische Grundsanierung einschließlich Asbest und Brandschutz Eigener separater Eingang

Projektportrait Nr. 2 **Universitäts-Humanmedizin Göttingen (UMG), Niedersachsen**
Palliativzentrum

Grundriss



Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen

Projektportrait Nr. 2 **Universitäts-Humanmedizin Göttingen (UMG), Niedersachsen**
Palliativzentrum

Abbildungen



Einbettzimmer



Einbettzimmer



Treffpunkt



Blick auf Terrasse

Projektportrait Nr. 2 **Universitäts-Humanmedizin Göttingen (UMG), Niedersachsen**
Palliativzentrum

Raumprogramm

Räume		(10 Planbetten)			Summe		Ausstattungsmerkmale
RG ¹⁾	NC ²⁾	Bezeichnung	KFA ³⁾	Anz. ⁴⁾	NF [m ²] ⁵⁾	NF [m ²] ⁵⁾	
1		Haupträume			347,8		34,8 m²/Bett Flächen gemittelt
	6710	Einbett-Allgemeinpflegezimmer	6	8	22,5	180,0	
	6710	Zweibett-Allgemeinpflegezimmer	6	1	27,4	27,4	
	7133	Patientendusche (mit WC)/behindertengerecht	6	8	4,1	32,8	
	7133	Patientendusche (mit WC)/behindertengerecht	6	1	6,1	6,1	
	1212	Aufenthalt Patienten - Begegnung	4	1	28,28	28,3	
	1211	Treffpunkt	3	1	52,50	52,5	offener Raum mit Sitzgelegenheiten
	1211	Klangraum	3	1	20,7	20,7	
2		Nebenträume			57,9		5,8 m²/Bett
	3984	Schwesterndienstzimmer	6	1	10,8	10,8	
	3982	Pflegearbeitsraum	6	1	15,3	15,3	
	3983	Arbeitsraum unrein	6	1	10,6	10,6	
	7144	Baderaum	6	1	13,8	13,8	
	7192	Putzraum	5	2	3,7	7,3	Ausgussbecken
3		Erschliessungsräume			55,5		5,6 m²/Bett
	7312	Bettgestellreinigung	3	1	11,8	11,8	DIN 13080; 5.04 Bettenaufbereitung
	7312	Bettenabstellplatz/Bettenwarte	3	1	43,7	43,7	
4		Personalräume			33,2		3,3 m²/Bett
	1212	Aufenthaltsraum – Personal	4	1	10,2	10,2	Spüle
	2112	Büroraum – Arzt	4	1	20,0	20,0	
	7112	Toilette – Personal in der Station	5	1	3,0	3,0	unisex
		Summe Nutzfläche Palliativstation			494,4 m²		49,4 m²/Bett

1) RG: Raumgruppe (DIN 13080 - 2003)

2) NC: Nutzungscode 12 KFA [RBK1-PC (Version 4.2) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

3) KFA: Kostenflächenart [RBK1-PC (Version 4.2) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

4) Anz.: Anzahl Räume

5) NF: Nutzfläche lt. DIN 277 Teil 1 / Planungsflächen

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

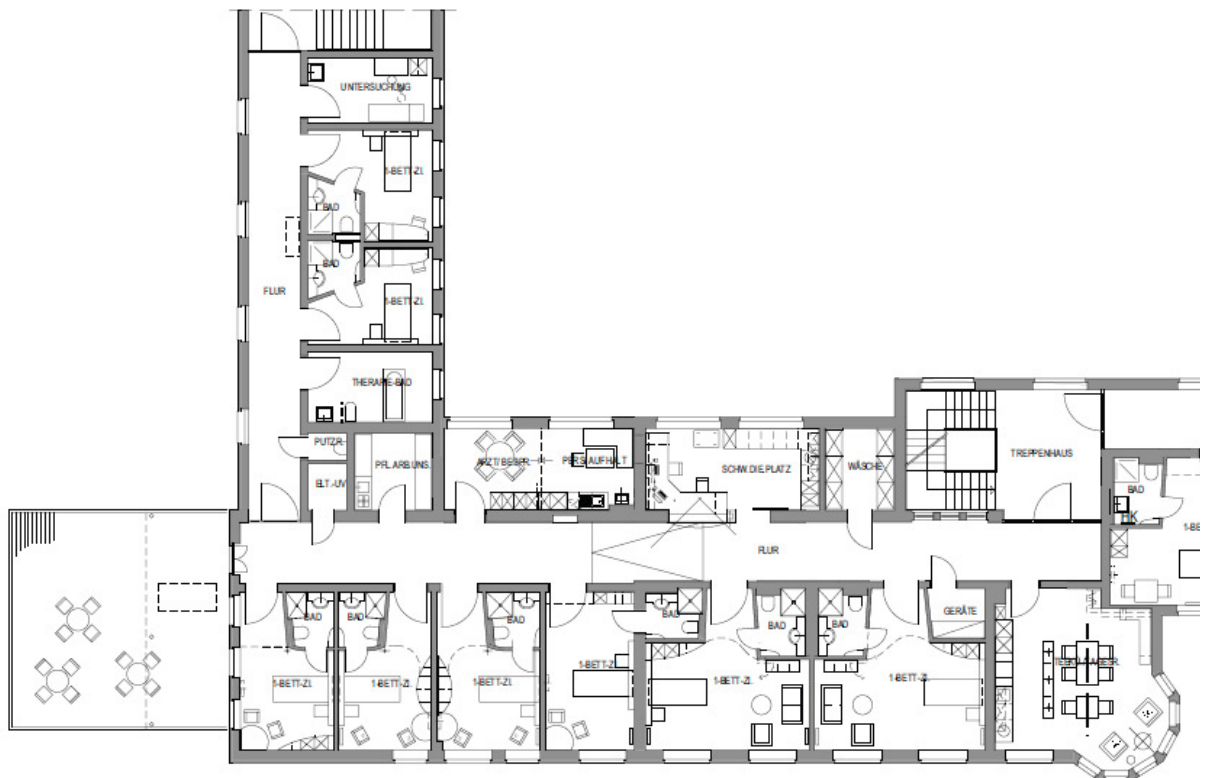
Projektportrait Nr. 3	Ev. Diakoniekrankenhaus Friederikenstift Hannover, Niedersachsen Palliativstation
-----------------------	---

Beschreibung

	Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 444 Planbetten
Trägerschaft	Ev. Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH, Hannover
Trägerform	freigemeinnützig
Inbetriebnahme	Juni 2007
Objektbeschreibung	Errichtung im Gebäudebestand einer ehemaligen Rumpfstation für Allgemeinpflege
Nutzung	Palliativstation mit 8 Einzelzimmern unterschiedlicher Größe, teilweise mit Übernachtungsmöglichkeiten von Angehörigen
Standort/Situation	Randständige über Eck Lage, in sich abgeschlossen im 2. OG am Erschließungstreppenhaus mit einer zentral vorgelagerten Dachterrasse
Architekturplanung	Schweitzer & Partner, Braunschweig
Flächenkennwerte	287 m ² NF 35,8 m ² NF/Bett 35,8 m ² NF/Bett
Kostenkennwerte	1.250.000,- € Baukosten (KG 200 - 700) 4.350,- € / m ² NF
Finanzierung	Eigenmittel des Trägers und Spenden Baufachliche Beratung durch das Land
Technische und konstruktive Besonderheiten	Konstruktiv in zwei verschiedenen Bauteilen, Rampe zum Differenzausgleich, aufgeständerte Dachterrasse, technische Sanierung

Projektportrait Nr. 3 **Ev. Diakoniekrankenhaus Friederikenstift Hannover, Niedersachsen**
Palliativstation

Grundriss



Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen

Projektportrait Nr. 3 **Ev. Diakoniekrankenhaus Friederikenstift Hannover, Niedersachsen**
Palliativstation

Abbildungen



Einbettzimmer



Terrasse überdacht



Treffpunkt



Treffpunkt

Projektportrait Nr. 3 **Ev. Diakoniekrankenhaus Friederikenstift Hannover, Niedersachsen**
Palliativstation

Raumprogramm

Räume		(8 Planbetten)			Summe		Ausstattungsmerkmale
RG ¹⁾	NC ²⁾	Bezeichnung	KFA ³⁾	Anz. ⁴⁾	NF [m ²] ⁵⁾	NF [m ²] ⁵⁾	
1		Haupträume			216,8		27,1 m²/Bett
	6113	Behandlungsraum	6	1	10,6	10,6	Waschtisch
	1212	Tagesraum/Teeküche	4	1	33,9	33,9	freistehende Arbeitsplatte
	6710	Einbett-Allgemeinpflegezimmer	6	2	26,0	52,0	KIE O ₂ , DL; Überewachungsmöglichkeit Angehörige
	6710	Einbett-Allgemeinpflegezimmer	6	2	17,7	35,4	KIE O ₂ , DL
	6710	Einbett-Allgemeinpflegezimmer	6	2	15,5	31,0	KIE O ₂ , DL
	6710	Einbett-Allgemeinpflegezimmer	6	2	13,1	26,2	KIE O ₂ , DL
	7145	Sanitärzelle am Patientenzimmer	6	8	3,5	27,7	
2		Nebenräume			50,4		6,3 m²/Bett
	3983	Arbeitsraum unrein	6	1	8,2	8,2	Steckbeckenspüle
	3984	Schwesterndienstplatz	6	1	18,6	18,6	
	4130	Geräteraum	3	1	3,6	3,6	
	4130	Lager (Wäsche)	3	1	7,2	7,2	
	7145	Therapiebad	6	1	11,4	11,4	
	7192	Putzraum	5	1	1,4	1,4	Ausgussbecken
3		Erschliessungsräume			0,0		-
4		Personalräume			19,6		2,5 m²/Bett
	1212	Aufenthaltsraum – Personal	4	1	9,8	9,8	Spüle
	2112	Arzt Besprechung	4	1	9,8	9,8	mobile Trennwand zu Aufenthalt - Personal
		Summe Nutzfläche Palliativstation			286,8 m²		35,8 m²/Bett

¹⁾ RG: Raumgruppe (DIN 13080 - 2003)

²⁾ NC: Nutzungscode 12 KFA [RBK1-PC (Version 4.2) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

³⁾ KFA: Kostenflächenart [RBK1-PC (Version 4.2) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

⁴⁾ Anz.: Anzahl Räume

⁵⁾ NF: Nutzfläche lt. DIN 277 Teil 1 / Planungsflächen

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

Projektportrait Nr. 4 Klinik Dr. Hancken Stade, Niedersachsen Palliativstation
--

Beschreibung

Medizinische Fachklinik für Tumor- und Schilddrüsenerkrankungen mit 47 Planbetten

Trägerschaft Klinik Dr. Hancken GmbH, Stade

Trägerform privat

Inbetriebnahme 1992

Objektbeschreibung Errichtung im Bestand

Nutzung Palliativstation mit 2 Einzelzimmern und 3 Zweitbettzimmern, flexibel nutzbar für Angehörige oder Patienten

Standort/Situation Randständige Lage über Eck, ohne Durchgangscharakter im 1. OG am Erschließungstreppenhaus und vorgelagertem Gemeinschaftsbalkon im Osten

Architekturplanung R. u. D. Hommelsheim Architekten, Stade

Flächenkennwerte 314 m² NF
31,4 m² NF/Bett

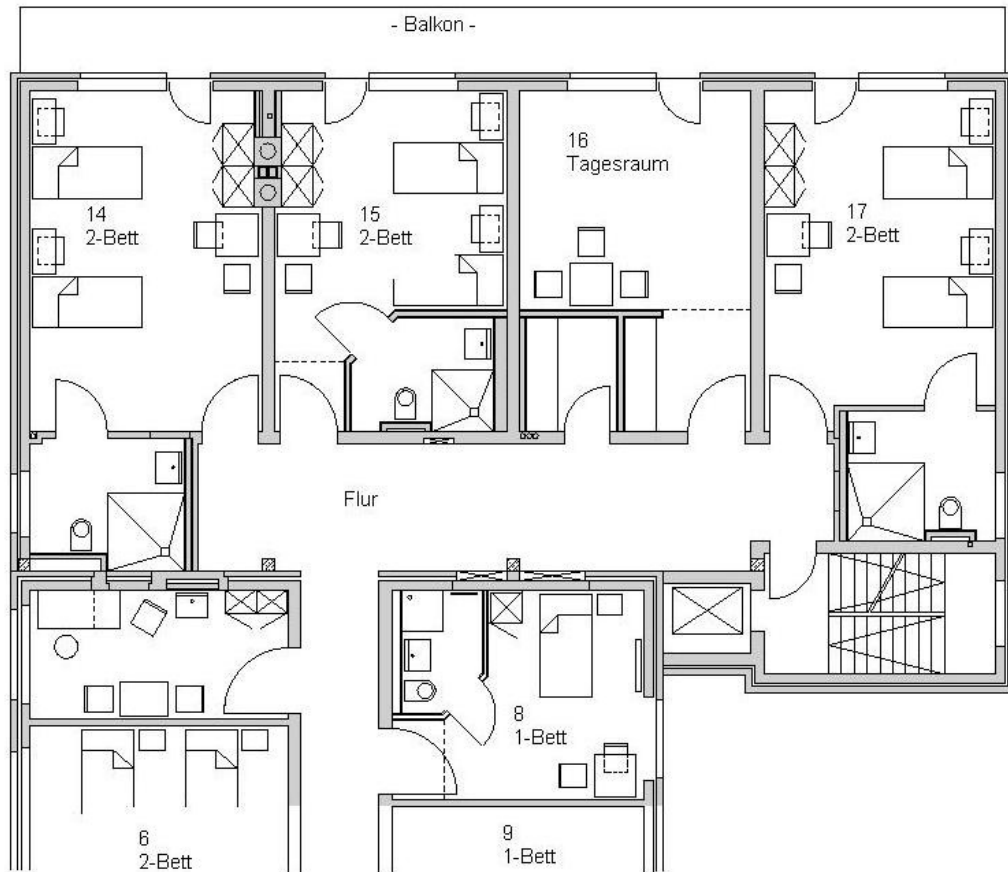
Kostenkennwerte 215.000,- € Gesamtbaukosten (KG 300 - 700)
685,- € / m² NF

Finanzierung Eigenmittel des Trägers

Technische und konstruktive Besonderheiten Umnutzung einer Allgemeinpflegestation untypischen Zuschnitts

Projektportrait Nr. 4 **Klinik Dr. Hancken Stade, Niedersachsen**
Palliativstation

Grundriss



Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau
Planungshilfe Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen

Projektportrait Nr. 4 **Klinik Dr. Hancken Stade, Niedersachsen**
Palliativstation

Abbildungen



Zweibett-Patientenzimmer mit Balkon



Esstisch im Patientenzimmer



Stationsflur mit Gedenkbuch, Wandschränke



Patienten-/Angehörigenaufenthaltsraum

Projektportrait Nr. 4 **Klinik Dr. Hancken Stade, Niedersachsen**
Palliativstation

Raumprogramm

Räume		(10 Planbetten)			Summe		Ausstattungsmerkmale
RG ¹⁾	NC ²⁾	Bezeichnung	KFA ³⁾	Anz. ⁴⁾	NF [m ²] ⁵⁾	NF [m ²] ⁵⁾	
1		Haupträume				273,0	27,3 m²/Bett
	6710	Einbett-Allgemeinpflegezimmer	6	2	16,6	33,2	
	6710	Zweibett-Allgemeinpflegezimmer	6	8	26,0	208,0	
	7145	Sanitärzelle am Patientenzimmer	6	6	5,3	31,8	
2		Nebenträume				41,1	4,1 m²/Bett
	1211	Tagesraum mit Pantry	4	1	24,70	24,7	Küchenzeile, AV
	3983	Pflegearbeitsraum unrein	6	1	3,8	3,8	
	3984	Schwesterndienstzimmer	6	1	12,6	12,6	
	4130	Lager (Material)	2			0,0	außerhalb der Station
	7145	Wannenbad	6			0,0	geplant
3		Erschliessungsräume				0,0	-
4		Personalräume				0,0	-
	2112	Büroraum mit DV – Arzt	4	1		0,0	außerhalb der Station
	2311	Besprechung Psychologe / Sozialdienst	3	1		0,0	außerhalb der Station
		Besonderheiten:					
		Summe Nutzfläche 2.03 Intensivmedizin				314,1 m²	31,4 m²/Bett

¹⁾ RG: Raumgruppe (DIN 13080 - 2003)

²⁾ NC: Nutzungscode 12 KFA [RBK1-PC (Version 4.2) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

³⁾ KFA: Kostenflächenart [RBK1-PC (Version 4.2) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

⁴⁾ Anz.: Anzahl Räume

⁵⁾ NF: Nutzfläche lt. DIN 277 Teil 1 / Planungsflächen

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

Projektportrait Nr. 5	DRK-Krankenhaus Kirchen/Sieg, Rheinland-Pfalz Palliativstation
-----------------------	--

Beschreibung

	Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 150 Planbetten
Trägerschaft	DRK-Krankenhaus GmbH
Trägerform	freigemeinnützig
Inbetriebnahme	Juni 2008
Objektbeschreibung	Umbau einer Allgemeinpflegestation
Nutzung	Palliativmedizinische Abteilung für stationäre Behandlung der Patienten mit 4 Einzelzimmern und 1 Zweibettzimmer inkl. Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige
Standort/Situation	Im südwestlichen Randbereich des Bettenhauses im 4. OG, abseits des allgemeinen Klinikbetriebes, jedoch kurze Anbindung an die übrigen Fachabteilungen des Hauses. Ein direkter Zugang in Freie ist leider weder über Balkone noch über eine Dachterrasse möglich.
Architekturplanung	Architektengruppe Naujack + Rumpfenhorst, Koblenz
Flächenkennwerte	420 m ² NF 70 m ² NF/Bett 70 m ² NF/Bett
Kostenkennwerte	797.000 € Baukosten (KG 200 - 700) 2.023 € / m ² NF
Finanzierung	573.000 € Land Rheinland-Pfalz (KHG-Förderung § 44 LHO) 224.000 € Träger
Technische und konstruktive Besonderheiten	Umbau der vorhandenen Allgemeinpflegestruktur aus Anfang der 80er Jahre (22 Planbetten in vorwiegend 3-Bett-Zimmern mit einer Achsbreite von 3,325 m) mit möglichst geringem Eingriff in die Konstruktion. Alte Nasszellen als WC mit Waschbecken waren abgängig.
Gestalterische Besonderheiten	Als Kompensation für den fehlenden Außenbereich ist der Wohnbereich relativ großzügig ausgelegt. Der Pflegestützpunkt ist bewusst offen gestaltet.

Projektportrait Nr. 5 **DRK-Krankenhaus Kirchen/Sieg, Rheinland-Pfalz**
Palliativstation

Grundriss



Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau
Planungshilfe Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen

Projektportrait Nr. 5 **DRK-Krankenhaus Kirchen/Sieg, Rheinland-Pfalz**
Palliativstation

Abbildungen



Einbettzimmer



Nasszelle



Wartebereich



Aufenthaltsbereich

Projektportrait Nr. 5 **DRK-Krankenhaus Kirchen/Sieg, Rheinland-Pfalz**
Palliativstation

Raumprogramm

Räume		(6 Planbetten)			Summe		Ausstattungsmerkmale
RG ¹⁾	NC ²⁾	Bezeichnung	KFA ³⁾	Anz. ⁴⁾	NF [m ²] ⁵⁾	NF [m ²] ⁵⁾	
1		Haupträume			244,1		40,7 m²/Bett
	6113	Behandlungsraum	6	1	13,4	13,4	
	1211	Aufenthaltsraum - Patienten	4	1	29,8	29,8	Aufenthalt
	1211	Aufenthaltsraum - Patienten	4	1	14,9	14,9	Wohnzimmer
	1211	Aufenthaltsraum - Patienten	4	1	12,7	12,7	Essbereich
	3820	Teeküche	4	1	11,2	11,2	im Aufenthaltsbereich Patienten
	6710	Einbett-Allgemeinpflegezimmer	6	1	18,6	18,6	
	7145	Sanitärzelle am Patientenzimmer	6	1	4,2	4,2	
	6710	Einbett-Allgemeinpflegezimmer	6	2	21,2	42,3	
	7145	Sanitärzelle am Patientenzimmer	6	2	5,8	11,7	
	6710	Einbett-Allgemeinpflegezimmer	6	1	18,0	18,0	
	7145	Sanitärzelle am Patientenzimmer	6	1	5,5	5,5	
	6710	Zweibett-Allgemeinpflegezimmer	6	1	32,9	32,9	
	7145	Sanitärzelle am Patientenzimmer	6	1	5,5	5,5	
	670	Angehörige/Bereitschaftszimmer	8	1	19,9	19,9	
	7145	Sanitärzelle am Angehörigenzimmer	6	1	3,7	3,7	
2		Nebenräume			102,9		17,1 m²/Bett
	6113	Schwesternzimmer	6	0	0	0	s. Pflegestützpunkt
	1430	Warten/Angehörige	3	1	11,8	11,8	
	3982	Pflegearbeitsraum rein	6	1	14,1	14,1	
	3983	Arbeitsraum unrein	6	1	14,6	14,6	inkl. Entsorgung
	3984	Pflegestützpunkt	6	1	29,8	29,8	
	4130	Geräteraum	3	1	10,2	10,2	
	4130	Lager	3	1	5,9	5,9	Materiallager
	7113	Besucher WC	6	1	2,4	2,37	
	7134	Pflegebad	6	1	14,1	14,1	
3		Erschliessungsräume			0,0		-
4		Personalräume			70,3		11,7 m²/Bett
	1211	Aufenthaltsraum – Personal/Bespr. Raum	3	1	18,0	18,0	mit Teeküche Pers.
	7112	Toilette – Personal in der Station	5	0	0	0,0	bei Umkleide
	7112	Toilette – Personal in Umkleide - D	5	1	2,1	2,1	
	7112	Toilette – Personal in Umkleide - H	5	1	1,7	1,7	
	7222	Personalumkleideraum	5	1	4,87	4,9	
	6113	Arztzimmer	6	1	16,8	16,8	
	1211	Aufenthaltsraum – Personal/Bespr. Raum	3	1	18,0	18,0	
	7112	Toilette – Personal in der Station	5	0	0,0	0,0	bei Umkleide
	7112	Toilette – Personal in Umkleide	5	1	3,9	(3,9)	bei Umkleide
	7222	Personalumkleideraum männl.	5	1	4,9	(4,9)	
	7222	Personalumkleideraum weibl.	5	0	0,0	(0,0)	in Pers.Umkl. Männl. Enth.
		Summe Nutzfläche Palliativstation			417,2 m²		69,5 m²/Bett

1) RG: Raumgruppe (DIN 13080)

2) NC: Nutzungscode [RBK1-PC (Version 4.2, Stand 7.2004) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

3) KFA: Kostenflächenart [RBK1-PC (Version 4.2, Stand 7.2004) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

4) Anz.: Anzahl Räume

5) NF: Nutzfläche lt. DIN 277 Teil 1 / Planungsflächen

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

Projektportrait Nr. 6 **Zentralklinik Bad Berka GmbH, Thüringen**

Klinik für Palliativmedizin

Beschreibung

Krankenhaus mit überregionalem Versorgungsauftrag (630 Planbetten)

Trägerschaft Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt/Saale (87,5%),
Stadt Bad Berka (12,5%)

Trägerform privat

Inbetriebnahme 2004

Objektbeschreibung Umnutzung einer Allgemeinpflagestation

Nutzung Palliativmedizinische Klinik für stationäre Behandlung der Patienten mit 10 Einzelzimmern und 2 Zweibettzimmern inkl. Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige

Standort/Situation Südöstlicher Randbereich der Zentralklinik mit ruhiger Lage und Blick ins Grüne, aber auch kurze Wege zu den anderen Klinikumsbereichen. Die Anbindung an das Klinikum erfolgt über das üppig begrünte verglaste Atrium zwischen dem Altbau und dem Bettenhaus.

Architekturplanung Architekturbüro Wilhelm, Bad Neustadt/Saale

Flächenkennwerte 834 m² NF (Palliativstation)

59,6 m² NF/Bett

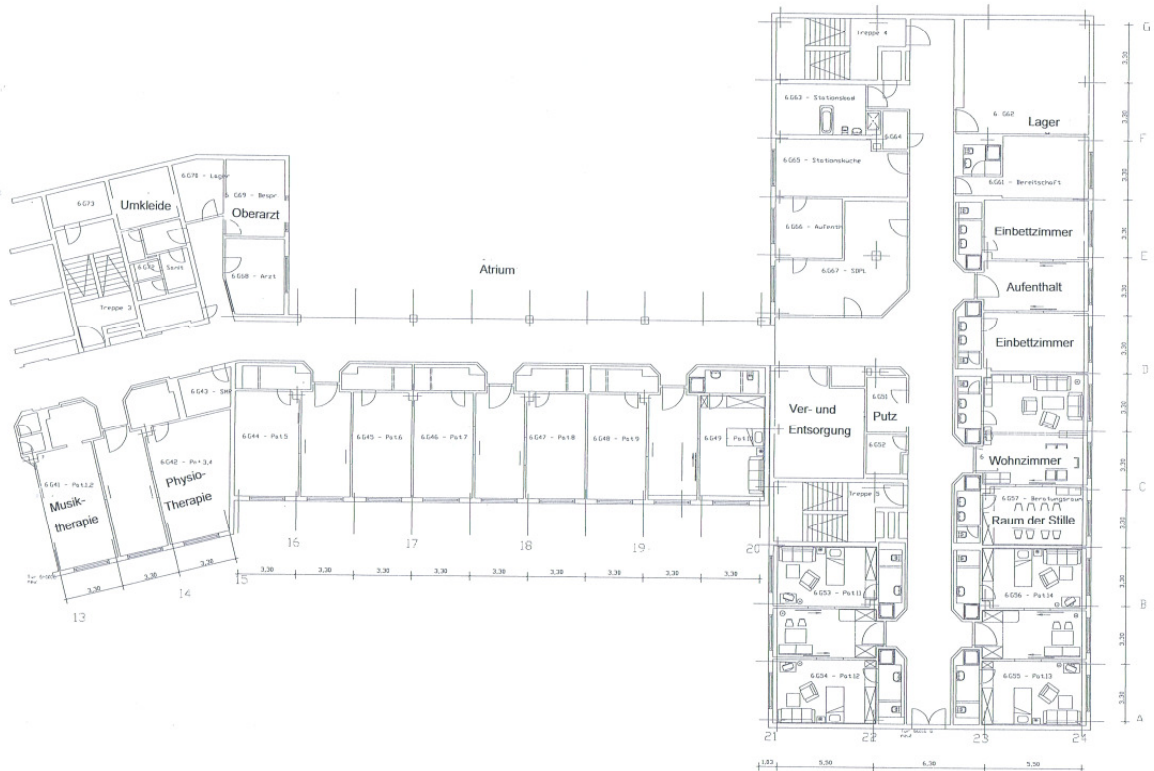
Finanzierung Umbau aus Eigenmitteln des Trägers

Technische und konstruktive Besonderheiten Die Palliativstation wurde im Jahr 2005 in einer Allgemeinpflagestation (32 Betten) des 1994/1995 errichteten Bettenhauses mit minimalem Umbauaufwand aus Eigenmitteln des Trägers eingerichtet. Daraus ergibt sich, dass Räume wie das Wohnzimmer oder Therapieräume eine zugeordnete Sanitärzelle besitzen. Die Station befindet sich im Erdgeschoss.

Gestalterische Besonderheiten Allen Patientenzimmern und dem zentralen Wohnbereich sind Terrassen zugeordnet, auf die auch Betten hinausgeschoben werden können. Zudem ist die Dachterrasse des Bettenhauses nutzbar, von der sich ein Blick ins Ilmtal ergibt.

Projektportrait Nr. 6 **Zentralklinik Bad Berka GmbH, Thüringen**
Klinik für Palliativmedizin

Grundriss



Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

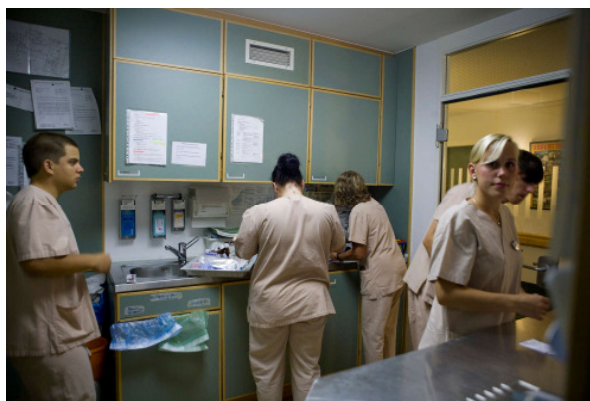
Projektportrait Nr. 6 **Zentralklinik Bad Berka GmbH, Thüringen**

Klinik für Palliativmedizin

Abbildungen



Stationsflur



Pflegearbeitsplatz rein



Terrasse



Wohnzimmer

Projektportrait Nr. 6 Zentralklinik Bad Berka GmbH, Thüringen

Klinik für Palliativmedizin

Raumprogramm

Räume		(14 Planbetten)			Summe		Ausstattungsmerkmale
RG ¹⁾	NC ²⁾	Bezeichnung	KFA ³⁾	Anz. ⁴⁾	NF [m ²] ⁵⁾	NF [m ²] ⁵⁾	
1		Haupträume			384,6		27,5 m²/Bett
	61 13	Therapie/Untersuchung	6	1	28,6	28,6	inkl. San.-Zelle
	61 13	Therapie/Untersuchung	6	1	33,6	33,6	Sportzimmer inkl. SZ
	67 10	Einbett-Allgemeinpflegezimmer	6	10	24,7	247,0	inkl. SZ; mit vorgelagerter Terrasse
	67 10	Zweibett-Allgemeinpflegezimmer	6	2	26,3	52,6	inkl. SZ; mit vorgelagerter Terrasse
	67 0	Angehörige/Bereitschaftszimmer	8	1	22,8	22,8	inkl. SZ; mit vorgelagerter Terrasse
2		Nebenträume			312,2		22,3 m²/Bett
	12 11	Aufenthaltsraum - Patienten	4	1	41,9	41,9	Wohnzimmer inkl. SZ
	12 11	Aufenthaltsraum - Patienten	4	6	17,2	103,2	zwischen je 2 Allgemeinpflegezimmern
	12 11	Aufenthaltsraum - Patienten	4	1	17,2	17,2	zwischen Sport- und Therapiezimmer
	38 20	Teeküche	4	1	22,4	22,4	Stationsküche
	39 82	Pflegearbeitsraum rein	6	1	5,4	5,4	
	39 83	Arbeitsraum unrein	6	1	4,9	4,9	
	39 84	Pflegestützpunkt	6	1	36,4	36,4	Leitstelle
	41 30	Lager	3	1	46,6	46,6	
	41 30	Lager	3	1	8,3	8,3	
	71 34	Pflegebad	6	1	15,9	15,9	
	71 45	Sanitärzelle am Patientenzimmer	6			0,0	jeweils dort enthalten
	71 45	Sanitärzelle am Bereitschaftszimmer	6			0,0	jeweils dort enthalten
	71 92	Putzraum	5	1	6,9	6,9	
		z.b.V.	5	1	3,1	3,1	
3		Erschliessungsräume			28,8		2,1 m²/Bett
	44 51	Versorgungsraum	3	1	28,8	28,8	Ver- und Entsorgung
	44 61	Entsorgungsraum	3			0,0	s.o.
4		Personalräume			108,3		7,7 m²/Bett
	12 11	Aufenthaltsraum – Personal	3	1	12,9	12,9	
	21 12	Büroraum mit DV – Mitarbeiter	4	1	23,0	23,0	SAPV (in Nachbarstation)
	21 12	Büroraum mit DV – C3-Professor	4	1	14,1	14,1	Oberarztzimmer
	21 12	Büroraum mit DV – Ärzte (x AP)	4	1	13,1	13,1	Arztzimmer
	23 11	Besprechungsraum - Angehörige	3	1	24,6	24,6	Raum der Stille inkl. SZ
	71 12	Toilette – Personal in Umkleide	5	1	11,0	(11,0)	getrennt für Damen und Herren
	72 22	Personalumkleideraum	5	1	9,6	(9,6)	DIN 13080: 4.03 Personalumkleiden
		Summe Nutzfläche			833,9 m²		59,6 m²/Bett

¹⁾ RG: Raumgruppe (DIN 13080)

²⁾ NC: Nutzungscode [RBK1-PC (Version 4.2, Stand 7.2004) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

³⁾ KFA: Kostenflächenart [RBK1-PC (Version 4.2, Stand 7.2004) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

⁴⁾ Anz.: Anzahl Räume

⁵⁾ NF: Nutzfläche lt. DIN 277 Teil 1 / Planungsflächen

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

Projektportrait Nr. 7 Katholisches Krankenhaus St. Nepomuk, Thüringen Palliativstation
--

Beschreibung

Krankenhaus mit regionalem (intermediär) Versorgungsauftrag (441 Planbetten)

Trägerschaft Katholische Hospitalvereinigung Thüringen gGmbH

Trägerform frei gemeinnützig

Inbetriebnahme 1. September 2003

Objektbeschreibung Neuplanung im Rahmen des Krankenhausneubaus als eigenständige Station

Nutzung Palliativmedizinische Station für stationäre Behandlung von 10 Patienten in 6 Einzel- und 2 Zweibettzimmern inkl. Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige

Standort/Situation Die Palliativstation befindet sich im Neubau des Krankenhauses. Mit dem Umzug verbesserten sich die Betreuungsbedingungen für die Patienten und die Arbeitsbedingungen für das Personal spürbar. Während die im September 1996 im Altstandort eingerichtete Station für 10 Patienten nur 2 Toiletten, 1 Dusche und kein Bad bot, verfügt nun jedes Patientenzimmer über eine geräumige Nasszelle, die auch mit dem Rollstuhl befahren werden kann. Es können Angehörige zur Begleitung der Patienten mit aufgenommen werden. Ein geräumiges Wohnzimmer und der Außenbereich auf der Dachterrasse ergänzen die Ausstattung. Die Station befindet sich im südlichen Bereich des KH mit Blick zum Wald. Die Anbindung an Funktionsbereiche und andere Stationen ist auf kurzen Wegen, auch per Aufzug, gegeben.

Architekt TMK Architekten Ingenieure GBR (im Neubau)

Flächenkennwerte 488 m² NF (Palliativstation)
48,8 m² NF/Bett

Finanzierung Eigenmittel des Trägers

Technische konstruktive Besonderheiten und Be- Die Palliativstation wurde aufgrund eines Kuratoriumsbeschlusses eingerichtet. Ohne fremde Hilfe oder Unterstützung wurde am alten Standort aus eigenen Mitteln eine vormals internistische 16-Betten-Station unter Verzicht auf 6 Betten in eine 10-Betten-Palliativstation umgebaut. Jetzt sind an 6 Zimmern Balkone angegliedert, für 3 Zimmer sind Balkone barrierefrei zu erreichen. Zudem ist der Transport von Betten auf die Dachterrasse möglich.

Gestalterische Besonderheiten Allen Patientenzimmern und dem zentralen Wohnbereich sind Terrassen zugeordnet, auf die auch Betten hinausgeschoben werden können.

Projektportrait Nr. 7 **Katholisches Krankenhaus St. Nepomuk, Thüringen**
Palliativstation

Grundriss



Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen

Projektportrait Nr. 7 **Katholisches Krankenhaus St. Nepomuk, Thüringen**
Palliativstation

Abbildungen



Dachgarten/Terrasse



Teamgespräch



Visite



Seelsorge

Projektportrait Nr. 7 **Katholisches Krankenhaus St. Nepomuk, Thüringen**
Palliativstation

Raumprogramm

Räume		(10 Planbetten)			Summe		Ausstattungsmerkmale
RG ¹⁾	NC ²⁾	Bezeichnung	KFA ³⁾	Anz. ⁴⁾	NF [m ²] ⁵⁾	NF [m ²] ⁵⁾	
1		Haupträume				207,9	20,8 m²/Bett ; Flächen gemittelt
		Therapie/Untersuchung	4	1	19,0	19,0	
		Einbetraum m. Wohn- u. Schlafbereich	4	1	18,3	18,3	inkl. SZ
		Einbetraum m. Wohn- u. Schlafbereich	4	1	25,2	25,2	inkl. SZ
		Einbetraum m. Wohn- u. Schlafbereich	4	1	26,1	26,1	inkl. SZ
		Einbetraum m. Wohn- u. Schlafbereich	4	1	22,3	22,3	inkl. SZ
		Einbetraum m. Wohn- u. Schlafbereich	4	1	18,9	18,9	inkl. SZ
		Zweibetraum m. Wohn- u. Schlafbereich	4	1	26,1	26,1	inkl. SZ
		Zweibetraum m. Wohn- u. Schlafbereich	4	2	26,1	52,1	inkl. SZ
2		Neberräume				146,3	14,6 m²/Bett
		Medikamente/EDV Dokumentation	2	1	14,8	14,8	
		Gemeinschaftsraum/Aufenthaltsraum	2	1	25,4	25,4	
		TeeKüche	3	1	11,4	11,4	Stationsküche
		Pflegearbeitsraum rein	4	1	7,8	7,8	
		Arbeitsraum unrein	4	1	7,5	7,5	
		Schwesterndienstplatz/Pflegestützpunkt	4	1	17,3	17,3	Leitstelle
		Geräteraum	2	1	13,8	13,8	
		Lager	2	1	13,8	13,8	
		Stationsbad	4	1	16,9	16,9	mit WC/DU
		Toilette behindertengerecht	4	1	4,6	4,6	
		Besucher-WC Damen	4	1	3,4	3,4	mit Vorraum
		Besucher-WC Herren	4	1	3,3	3,3	mit Vorraum
		Putzraum	2	1	6,4	6,4	
3		Erschliessungsräume				27,0	2,7 m²/Bett
		Versorgungsraum	2	1	13,1	13,1	
		Entsorgungsraum	2	1	13,9	13,9	
4		Personalräume				106,9	10,7 m²/Bett
		Aufenthaltsraum – Personal	2	1	12,0	12,0	
		Büroraum mit DV - Ltd. Arzt	4	1	19,6	19,6	
		Büroraum mit DV – Ärzte	4	1	18,1	18,1	Dienstraum Stationsarzt
		Dienstraum Psychologe / Seelsorger	2	1	19,0	19,0	
		Sekretariat	2	1	19,6	19,6	
		Personal-WC Damen	4	1	2,8	2,8	mit Vorraum
		Personal-WC Herren	4	1	2,8	2,8	mit Vorraum
		Personal-Umkleide Damen	2	1	6,5	6,5	
		Personal-Umkleide Herren	2	1	6,5	6,5	
		Summe Nutzfläche				488,1 m²	48,8 m²/Bett

1) RG: Raumgruppe (DIN 13080)

2) NC: Nutzungscode [RBK1-PC (Version 4.2, Stand 7.2004) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

3) KFA: Kostenflächenart [RBK1-PC (Version 4.2, Stand 7.2004) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

4) Anz.: Anzahl Räume

5) NF: Nutzfläche lt. DIN 277 Teil 1 / Planungsflächen

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

Projektportrait Nr. 8 **Universitätsklinikum Jena (UKJ), Thüringen**

Zentrum für Palliativmedizin

Beschreibung

Krankenhaus mit überregionalem Versorgungsauftrag (1471 Planbetten)

Trägerschaft Universitätsklinikum Jena, Teilkörperschaft des öffentlichen Rechts (seit 2007)

Träger Land

Inbetriebnahme November 2008

Objektbeschreibung Neubau

Nutzung Palliativstation mit 12 Betten (10 Einzel- und ein Doppelzimmer) mit jeweils Rooming-in-Möglichkeit für Angehörige in den Einzelzimmern. Ambulante Palliativ-Tagesklinik im Sockelgeschoss.

Standort/Situation Nordwestlicher Randbereich des Universitätsklinikums Jena mit separater Anfahrt, ruhiger Lage und Blick ins Grüne, aber auch kurze Wege zu den anderen Klinikumsbereichen.

Architekturplanung Thoma Architekten, Zeulenroda

Flächenkennwerte 655 m² NF (Palliativstation)
54,6 m² NF/Bett
240 m² NF (ambulante Palliativ-Tagesklinik + Forschung und Lehre)

Kostenkennwerte 3,95 Mio. € Gesamtbaukosten (KG 200 - 700)
4.322,- € / m² NF
0,23 Mio. € Ersteinrichtung

Finanzierung Freistaat Thüringen (0,75 Mio. €)
Dt. Krebshilfe (3,2 Mio. €)

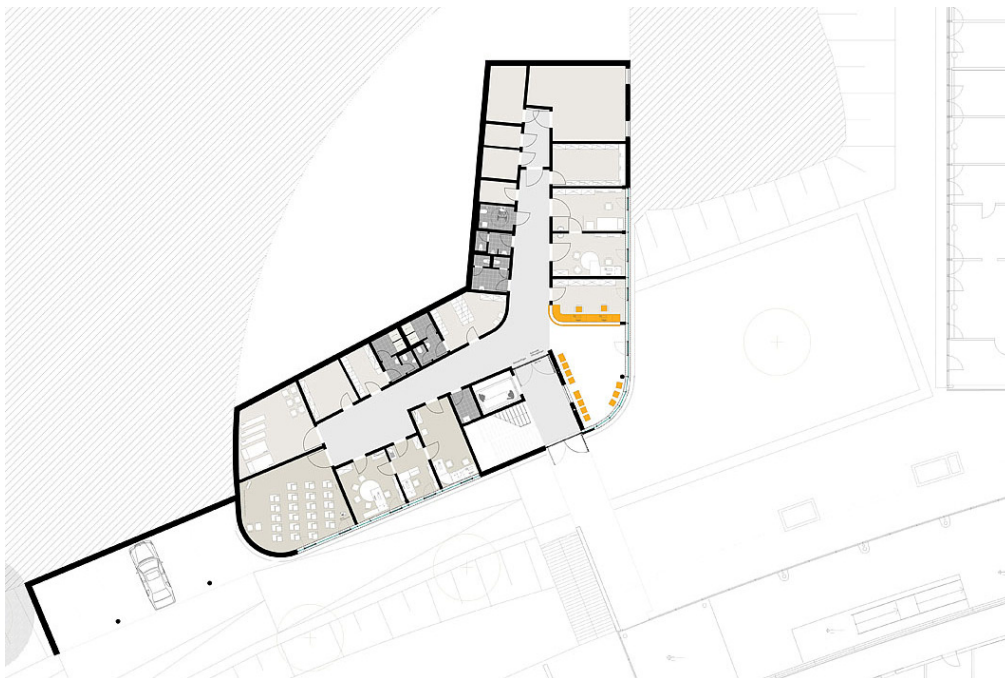
Technische und konstruktive Besonderheiten Barrierefreier, abgerundeter zweigeschossiger Baukörper, untergliedert in zwei Ebenen. Im Sockelgeschoss ist der ambulante Bereich mit Empfangszone, Arzträumen, Seminarraum, Personal- und Technikräumen untergebracht. Im Obergeschoss befinden sich die Palliativstation mit acht Einzel- und zwei Doppelzimmern sowie Behandlungsräume und der Raum der Stille. Die Anbindung des Baukörpers an die Hauptmagistrale des Klinikums wurde durch eine verglaste Brücke gelöst. Im gesamten Fußbodenbereich wurde eine individuell regelbare Fußbodenheizung verlegt. Allen Patientenzimmern und dem zentralen Wohnbereich sind Terrassen mit Holzboden zugeordnet, auf die auch Betten hinausgeschoben werden können mit Orientierung ins Grüne, auf den Hang unterhalb der Lobdeburg. Auf die räumliche Gestaltung und Ausstattung nahm die Deutsche Krebshilfe e. V. großen Einfluss.

Projektportrait Nr. 8 **Universitätsklinikum Jena (UKJ), Thüringen**
Zentrum für Palliativmedizin

Grundrisse



Obergeschoss (Palliativstation)



Grundriss Sockelgeschoss (ambulanter Bereich, Seminarraum, Büros)

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen

Projektportrait Nr. 8 **Universitätsklinikum Jena (UKJ), Thüringen**

Zentrum für Palliativmedizin

Abbildungen



Einbettzimmer



Zweibettzimmer



Raum der Stille



Wohnzimmer



Empfangstresen



Wartebereich Ambulanz

Projektportrait Nr. 8 **Universitätsklinikum Jena (UKJ), Thüringen**
Zentrum für Palliativmedizin

Raumprogramm

Räume		(12 Planbetten)				Summe	
RG ¹⁾	NC ²⁾	Bezeichnung	KFA ³⁾	Anz. ⁴⁾	NF [m ²] ⁵⁾	NF [m ²] ⁵⁾	Ausstattungsmerkmale
1		Haupträume				426,8	35,6 m²/Bett
	6113	Behandlungsraum	6	1	18,0	18,0	für ambulantes Palliativteam
	6113	Arztzimmer	6	1	18,0	18,0	für ambulantes Palliativteam
	6113	Schwesternzimmer	6	2	18,7	37,4	für ambulantes Palliativteam
	6113	Therapie/Untersuchung	6	1	18,1	18,1	
	6113	Arztdienst	6	1	17,8	17,8	
	6710	Einbett-Allgemeinpflegezimmer	6	8	22,7	181,9	
	6710	Zweibett-Allgemeinpflegezimmer	6	2	32,7	65,4	
		Angehörige/Bereitschaftszimmer	5	2	12,1	24,2	
	7145	Sanitärzelle am Patientenzimmer	6	8	4,5	35,8	
	7145	Sanitärzelle am Bereitschaftszimmer	6	2	5,1	10,2	
2		Nebenträume				253,7	21,1 m²/Bett
	1211	Aufenthaltsraum - Patienten	4	1	36,6	36,6	Wohnzimmer
	1430	Warten/Angehörige	3	1	34,4	34,4	
	3820	Teeküche	4	1	22,7	22,7	Patientenküche
	3982	Pflegearbeitsraum rein	6	1	13,8	13,8	
	3983	Arbeitsraum unrein	6	1	10,8	10,8	
	3984	Pflegestützpunkt	6	1	11,6	11,6	Leitstelle
	4130	Lager	3	1	12,3	12,3	
	4130	Lager	3	1	5,6	5,6	
	4130	Lager	3	1	8,1	8,1	
	4130	Lager	3	1	4,2	4,2	Wäsche
	4130	Abstellraum	3	1	29,8	29,8	Betten-, Stuhllager
	4210	Archiv	3	1	17,8	17,8	
	7113	Toilette behindertengerecht	6	1	4,7	4,7	
	7113	Besucher WC	6	4	4,0	16,0	
	7134	Pflegebad	6	1	17,7	17,7	
	7192	Putzraum	5	2	3,9	7,7	
3		Erschliessungsräume				10,2	0,9 m²/Bett
	4461	Entsorgungsraum	3	1	10,2	10,2	Müll
4		Personalräume				204,9	17,1 m²/Bett
	1211	Aufenthaltsraum - Personal	3	1	17,8	17,8	Palliativteam
	2112	Büroraum mit DV - Mitarbeiter	4	1	18,9	18,9	
	2112	Büroraum mit DV - C3-Professor	4	1	18,0	18,0	
	2112	Büroraum mit DV - Lt. Pflege	4	1	16,1	16,1	Sekr./Leiter Pflegedienst
	2122	Sekretariat	4	1	11,6	11,6	
	2112	Seelsorger	4	1	13,5	13,5	
	2311	Besprechungsraum - Angehörige	3	1	22,6	22,6	Raum der Stille
	5240	Mehrzweckunterrichtsraum	3	1	46,2	46,2	DIN 13080: 6.02 Lehre Seminarraum
	7112	Toilette - Personal in Umkleide	5	2	1,6	(3,2)	getrennt für Damen und Herren
	7132	Dusche-Personal in Umkleide	5	2	3,7	(7,4)	getrennt für Damen und Herren
	7222	Personalumkleideraum männl.	5	1	10,7	(10,7)	getrennt für Damen und Herren
	7222	Personalumkleideraum weibl.	5	1	18,9	(18,9)	DIN 13080: 4.03 Personalumkleiden
		Summe Nutzfläche Palliativstation				655,2 m²	54,6 m²/Bett
		Summe Nutzfläche Tagesklinik u. Forschung und Lehre				240,4 m²	

1) RG: Raumgruppe (DIN 13080)

2) NC: Nutzungscode [RBK1-PC (Version 4.2, Stand 7.2004) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

3) KFA: Kostenflächenart [RBK1-PC (Version 4.2, Stand 7.2004) Finanzministerium Baden-Württemberg, Grundlagen Wirtschaftliches Bauen (IWB); Freiburg]

4) Anz.: Anzahl Räume

5) NF: Nutzfläche lt. DIN 277 Teil 1 / Planungsflächen

Bauministerkonferenz (ARGEBAU)

FACHKOMMISSION BAU- UND KOSTENPLANUNG, Netzwerk Krankenhausbau

Planungshilfe **Palliativstationen - Baulich-funktionale Anforderungen**

2. Evaluierungsdaten zu den untersuchten Palliativstationen

Auswertungsmatrix

(Zugriff nur im internen Teil des Informationssystems der Bauministerkonferenz unter www.is-argebau.de)

1. Klinikum **Altötting**, Interdisziplinäre Palliativstation
2. Universitätsklinikum **München-Großhadern**, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
3. Universitätsklinikum **Göttingen**, Palliativzentrum
4. Friederikenstift **Hannover**, Palliativstation
5. Dr. Hancken-Klinik **Stade**, Palliativmedizin
6. Malteser-Krankenhaus **Bonn/Rhein-Sieg**, Zentrum für Palliativmedizin
7. St. Nikolaus-Stiftshospital **Andernach**, Abteilung Innere Medizin
8. Krankenhaus St. Marienwörth **Bad Kreuznach**, Palliativstation
9. DRK Krankenhaus **Kirchen/Sieg**, Palliativstation
10. Klinikum Südstadt **Rostock**, Palliativstation
11. Helios Kliniken **Schwerin**, Interdisziplinäre Palliativstation
12. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus **Kiel**, Interdisziplinäre Schmerz- und Palliativstation
13. Zentralklinik **Bad Berka**, Klinik für Palliativmedizin
14. Universitätsklinikum **Jena**, Zentrum für Palliativmedizin

Impressum

Herausgeber

Bauministerkonferenz, Konferenz der für Städtebau, Bau- und Wohnungswesen zuständigen
Minister und Senatoren der Länder (ARGEBAU)
Ausschuss für Staatlichen Hochbau
Fachkommission Bau- und Kostenplanung
Netzwerk Krankenhausbau

Redaktionsschluss

9. Mai 2011