

Bachelorarbeit

Palliativpflege – Ist und Soll Zustand in Österreich

Medizinische Universität Graz

Bachelorstudiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Lehrveranstaltung: Palliativpflege und Hospiz

Begutachter

Herr Mag. Dr. med. univ. Erwin Horst Pilgram

Institut für Pflegewissenschaft

Billrothgassgasse 6/18010 Graz

eingereicht von

Julia Colvin

Datum der Abgabe:

Sep. 2015

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 20. Sep. 2015

Unterschrift: Julia Colvin eh

Inhaltsverzeichnis:

| | |
|---|----|
| 1. Einleitung..... | 4 |
| 1.1. Begründung der Themenwahl..... | 4 |
| 1.2. Zielsetzung, Fragestellung und Methodenwahl..... | 6 |
| 2. Palliative Care..... | 7 |
| 2.1. Kennzeichen für Palliative Care..... | 8 |
| 3. Palliativversorgung..... | 8 |
| 3.1. Geschichtlicher Überblick mit primären Fokus auf Österreich..... | 8 |
| 3.2. Politische Organisation und Verteilung..... | 11 |
| 3.3. Versorgung in der Steiermark..... | 12 |
| 4. Aus- und Weiterbildung..... | 15 |
| 4.1. Interdisziplinärer Lehrgang für Palliative Care..... | 16 |
| 4.2. Wissen ist nicht alles..... | 19 |
| 5.Forderungen der WHA..... | 20 |
| 5.1. Hospiz und Palliative Care für alle..... | 22 |
| 5.2.Barrieren der Palliativpflege..... | 24 |
| 5.3.Lücken bei Hospiz- und Palliativversorgung..... | 25 |
| 6. Zusammenfassende Darstellung..... | 26 |
| 7.Literaturverzeichnis..... | 28 |
| 8. Abbildungsverzeichnis..... | 30 |

1. Einleitung:

*Ein Punkt nur ist es, kaum ein Schmerz,
nur ein Gefühl, empfunden eben;
Und dennoch spricht es stets darein,
Und dennoch stört es dich zu leben.*

*Wenn du es anderen klagen willst,
so kannst du's nicht in Worte fassen.
Du sagst es dir selber: "Es ist nichts!"
Und dennoch will es dich nicht lassen.*

*So seltsam fremd wird dir die Welt,
Und lies verlässt dich alles Hoffen,
Bis du es endlich, endlich weißt,
Daß dich des Todes Pfeil getroffen.
(Ungar 2007, S. 28).*

Dieses Gedicht, *Beginn des Endes*, von Theodor Storm (1817-1888) bringt eine Thematik vor Augen, die man in der Gesellschaft, aber sogar in der Gesundheits- und Krankenpflege, gerne vergisst. Die Betreuung schwer kranker und sterbender Menschen in der Pflege wurde lange Zeit verdrängt. Der Titel „Gesundheits- und Krankenpflege“ zeigt einen Schwerpunkt in bezug auf die Gesundheit. Diese zu erhalten, zu verbessern, zu schützen und Krankheiten zu verhüten, sollte die Devise sein. Trotzdem bildet das Thema Palliativ Pflege einen der wichtigsten Basisbereiche der Pflege.

1.1. Begründung der Themenwahl

In den letzten Jahren wurde das Thema „würdevolles Sterben“ immer wichtiger für mich. Egal ob im Altenwohnheim oder auf der Gynäkologie, überall hört man von Palliativpatienten. Symptome einer schweren Erkrankung können dadurch gelindert

werden. Durch die Palliativbetreuung wird ein würdevoller Abschied bei unheilbaren Erkrankungen ermöglicht. Wie schon Cicely Saunder sagte: „*Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben*“ (Student, Napiwotzky 2011, S. 4). In der Palliativ Care gibt es neben der persönlichen Haltung jedes einzelnen, auch noch viel anderes zu lernen. Konkrete Fertigkeiten und eine Vielzahl an Wissensbeständen, die als gute Basis für die Palliativ Care dient, müssen erworben werden. Hierbei geht es nicht nur um spezialisierte Palliativ-Care-Einrichtungen, sondern alle Pflegepersonen müssen im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeiten immer für die Herausforderung der Betreuung schwerst kranker und sterbender Menschen vorbereitet sein (Pleschberger, Heimerl et al. 2005, S.11).

1.2. Zielsetzung, Fragestellung und Methodenwahl

Ziel dieser Arbeit ist es, die Palliativversorgung in der Steiermark, sowie auch in Österreichisch grundsätzlich parallel zu erfassen. Der Grundstein einer qualitativ hochwertigen Versorgung liegt in der Ausbildung. Hierbei lege ich einen Schwerpunkt auf die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Österreich. Daneben die Maßnahmen, die gesetzt werden müssen, um eine hochwertige Palliativversorgung zu gewährleisten. Neben der Ausbildung des Pflegepersonals und einer multidisziplinären Zusammenarbeit, sind verschiedene bedürfnisorientierte Betreuungsmöglichkeiten ein wichtiger Baustein für eine qualitative Betreuung. Um einen guten Überblick zu bieten, werden die Versorgungsmöglichkeiten der Steiermark näher beschrieben. Ich möchte mich in dieser Arbeit mit den Barrieren in der Betreuung für palliativ bedürftige Patienten befassen. Folgende Fragestellungen ergeben sich:

- Welche Palliativpflegeversorgungsrichtungen gibt es in Österreich und wo sind ihre Grenzen?
- Welche ambulanten Pflegemöglichkeiten gibt es in Österreich ?
- Wie sieht die Ausbildung für die Palliativpflege in Österreich aus?
- Was sind die Inhalte der angebotenen Seminare bzw. Ausbildungen, die es in Österreich dazu gibt?

2. Palliative Care

Die WHO bezeichnet Palliative Care bzw. Palliativmedizin als einen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Diese Erkrankungen sind nicht heilbar, progredient und mit begrenzter Lebenserwartung. Durch Vorbeugung und Linderung des Leidens, wird das Ziel verfolgt, präventiv Schmerzen und andere körperliche, psychologische und spirituelle Beschwerden zu behandeln (WHO Palliative care solid facts 2004, S.14). Diese Behandlung berücksichtigt darüber hinaus auch die Bedürfnisse der Angehörigen, vor und nach dem Tod des Patienten. Es wird Wert gelegt auf eine individuelle Behandlung des Patienten, und das rund um die Uhr, durch ein multidisziplinäres Team, in der Umgebung seiner Wahl (Bausewein, Roller, et al. 2007, S. 3 – 4). Die methodische Handlungsweise der Hospizarbeit hat sich mit dem Begriff Palliative Care durchgesetzt. Diese Behandlungsmethode setzt das Hospiz-Konzept um, unabhängig vom Ort und kulturellen Zusammenhang. Hospizarbeit bedeutet, Menschen ein Sterben in Geborgenheit zu ermöglichen. „Palliativ“ stammt aus dem lateinischen „pallium“, der Mantel. Folglich wird Palliative Care als liebevolle, umhüllende Fürsorge für Menschen in der letzten Lebensphase definiert (Student, Napiwotzky 2011, S. 7 – 10). Die formalen Strukturen von Palliative Care sind sehr unterschiedlich. Allerdings kann man einheitliche Kennzeichen klar erkennen.

2.1. Kennzeichen für Palliative Care

Die Prinzipien von Palliative Care sind durch einfühlsame Umgangsformen mit sterbenskranken Menschen und ihren Angehörigen gekennzeichnet. Es gibt 5 Kennzeichen, die weltweit gemeinsam zu finden sind:

- *„ Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Dienstes (...)*
- *Der Gruppe der Betroffenen steht ein interdisziplinäres Team zur Verfügung (...)*
- *Die Mitarbeit von freiwilligen Begleiterinnen und Begleitern (...)*
- *Die guten Kenntnisse in der Symptomkontrolle (...)*
- *Die Kontinuität der Fürsorge für die betroffene Gruppe.“* (Student, Napiwotzky 2011, S. 9).

Der Dachverband Hospiz Österreich und Österreichische Palliativgesellschaft haben im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen im Jahr 2004, sich mit dem Thema Hospiz- und Palliativversorgung auseinander gesetzt. Neben dem Konzept einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, das später in „Versorgung in der Steiermark“ näher definiert wird, zählen zu den zentralen Inhalten, Grundsätzen und Charakteristika der Hospiz- und Palliativbetreuung folgende Maßnahmen:

- die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität mittels eines ganzheitlichen Betreuungsansatzes
- man zielt auf eine individuelle Betreuung, wobei die Bedürfnisse der Patientin/ des Patienten im Mittelpunkt stehen
- das Recht auf Selbstbestimmung wird geachtet
- Sterben in vertrauter Umgebung
- Angehörige werden in die Betreuung integriert
- ein kurativer Ansatz wird bei der Behandlung nicht mehr verfolgt
- ein multiprofessionell zusammengesetztes Team steht zur Verfügung. Es besteht aus qualifiziertem ärztlichem Personal, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeitern, Seelsorger/innen und ehrenamtlich Tätigen. Spezialisierte Fachkräfte werden bei Bedarf mit einbezogen
- Unter Abwägung von Nutzen und Belastung werden Entscheidungen unter Einbeziehung von Patientin/ Patienten, Angehörigen und Team getroffen (shared decision making)
- eine kontinuierliche qualifizierte Betreuung
- die Betreuung erfolgt durch eine vorausschauende Planung (advance care planning) und bindet eine Trauerbegleitung der Angehörigen auch nach dem Tod des Patienten mit ein.
- die Basis der Betreuung wird von ehrenamtlich Tätigen getragen
- Aus-, Fort- und Weiterbildung der Beteiligten muss von den qualifizierten Fachkräften übernommen werden
- es wird auch Wert gelegt auf Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit (ÖBIG 2004, S. 1-3)

3. Palliativversorgung

Häufig wird Palliative Care als eine neue Disziplin beschrieben. Dies ist aber nicht der Fall, vielmehr ist es vermutlich eine der ältesten Disziplinen überhaupt. In den frühen Jahrhunderten gab es kaum kurative Ansätze. Es ging lediglich um das verringern von Leid und Menschen auf ihrem letzten Weg zu begleiten. Neu ist hingegen, die effiziente Schmerztherapie, Symptomlinderung und die Kenntnisnahme von elementaren Bedürfnissen schwer Kranker und Sterbender (Kränzle, Schmid, et al. 2011, S. 7).

Im folgenden Kapitel wird die Geschichte der Palliativpflege mit Schwerpunkt auf Österreich im speziellen Steiermark betrachtet.

3.1. Geschichtlicher Überblick mit primären Fokus auf Österreich

Cicely Saunders gilt neben Elisabeth Kübler-Ross als die Gründerin der modernen Hospizbewegung. In ihrer Arbeit als Krankenschwester, war sie mit einer unzureichenden Behandlung von Krebskranken konfrontiert. Sie erkannte, dass Schmerzfreiheit ein zentrales Anliegen der Patienten ist. Durch den Wunsch nach Veränderung, studierte sie Medizin und beeinflusste mit ihrem Grundgedanken „Low tech and high touch“ maßgeblich die gesamte Hospizbewegung (Kratschmar, Teuschl 2008, S. 11-12). Mit diesem einfachen Satz brachte sie einen Schwerpunkt auf ein Minimum an Technik und ein Maximum an Nähe und Zuwendung. Gerade in der letzten Lebensphase sollten die körperlichen, seelischen, sozialen und religiösen Bedürfnisse eines Menschen im Mittelpunkt stehen. Ihr Gedanke war es, durch eine gute Pflege, hervorragende palliativ-medizinische Versorgung und vor allem durch ein mitmenschliches Begleiten sollten Schwerkranke und Sterbende würdevoll begleitet werden (Godzik 2011, S.43). Heute repräsentiert die europäische Gesellschaft für Palliativmedizin, gegründet 1988, über 30.000 Einzelmitglieder und ist in über 200 Ländern etabliert. In Österreich ist der Dachverband Hospiz seit 2008 Mitglied der European Association of Palliative Care (Kratschmar, Teuschl 2008, S. 11-12). Organisiert sind die Hospizdienste und Palliativeinrichtungen von dem 1993

gegründeten Dachverband „Hospiz Österreich“. Ehrenamtliche, engagierte Persönlichkeiten waren maßgeblich an der Entwicklung beteiligt. Heute gibt es rund 3000 ehrenamtliche Hospizhelfer (Kratschmar, Teuschl 2008, S. 12).

Der Begriff Hospiz wurde bereits zur Zeit der Römer verwendet. Damals gab es in Hospizen für Bedürftige, Kranke und Sterbende eine Unterkunft, Verpflegung und Hilfe. Heute sind in Österreich einige der ehemaligen Hospize zu Palliativstationen umgewandelt worden. Trotz der Umwandlung, ist der Name Hospiz erhalten geblieben, da in Österreich damit die respektvolle, achtsame Betreuung von sterbenden Menschen verbunden wird (Nagele, Feichtner 2009, S. 20-24). In der Hospiz- und Palliativversorgung liegt Österreich im europäischen Mittelfeld mit rund 307 Einrichtungen (Stand 2013). Dies sind willkommene Entwicklungen, wenn man berücksichtigt, dass bis in die 1980er Jahre der Hospizbegriff in der österreichischen Öffentlichkeit weitgehend unbekannt gewesen ist (Kratschmar, Teuschl 2008, S. 12). Ende der Siebziger Jahre, haben Mitarbeiter des Bildungshauses Mariatrost in Graz, gemeinsam mit dem Österreichischen Krankenpflegeverband, Fortbildungen („Werkwochen“) organisiert und entwickelt. 1977 wurde von Elisabeth Kübler-Ross in der steirischen Akademie ein Seminar zur „Utopie Gesundheit“ abgehalten. Dr. Paul Becker begleitete sie und hielt in der Folge, zahlreiche Seminare und Veranstaltungen in der Steiermark und in ganz Österreich ab. Diese Starreferenten wurden bewusst hinzugezogen, um die Öffentlichkeit zu sensibilisieren und um den Umgang mit Sterbenden und Schwerkranken zu thematisieren. 1978/79 veranstaltete die Leiterin der Lehranstalt für Sozialberufe der Caritas in Wien, Frau Hildegard Teuschl CS, erstmalig einen Kurs für Sterbebegleitung (Höfler 2001, S. 8). Frau Teuschl sagt: *„Ab diesem Zeitpunkt wird das Thema in die Ausbildungspläne der Alten- Familien- und Heimhelferinnen aufgenommen“* (Höfler 2001, S. 8). Bis zum tatsächlichen Entstehen einer Hospizbewegung war es ein weiter Weg. Einzelne engagierte Personen gründeten 1983 die Arbeitsgemeinschaft „Haus des Friedens“, mit dem Ziel, ein Hospiz zu errichten. Sie sahen sich als helfende Gruppe, die um alte, schwerkranke und einsam sterbende Menschen bemüht waren. *„1987 betreuten 60 aktive MitarbeiterInnen in Krankenhäusern, Seniorenheimen, Pflegeheimen und in Wohnungen Bedürftige, finanziert durch Mitgliedsbeiträge, Flohmärkte, div. Erlöse, Spenden aber auch einzelne Beiträge der Gemeinde Wien. Ein Informationsblatt,*

Seminare und Gesprächsrunden schafften Öffentlichkeit. Es wurde bald erkannt, dass sich ein Hospiz noch nicht verwirklichen lässt“ (Höfler 2001, S. 9). Der finanzielle Aspekt stellte eine große Problematik dar. Weiters war der Hospizgedanke noch nicht wirklich im Bewusstsein der Bevölkerung verankert (Höfler 2001, S. 9). Auf Initiative des deutschen Arztes Dr. Paul Becker wurde 1987 die Österreich-Sektion der IGSL gegründet. Dies war somit die erste internationale Vernetzung mittels der *Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung* (IGSL). Ihre Hauptanliegen waren:

- Aus- und Weiterbildung (über Symposien, Seminare, interdisziplinäre Lehrgänge)
- Integration von Sterbebegleitungsseminare in der Schwesternausbildung
- Verbesserung der Kommunikation und Bewusstseinsbildende Maßnahmen
- Schaffung von Pflegeeinrichtungen wie Hospizen oder Palliativstationen.

Lange Zeit musste man für eine professionelle Aus- oder Fortbildung in der Palliativmedizin oder Palliativpflege sich im Ausland weiter qualifizieren. Dabei konnte man von Arzneimittelherstellern unterstützt werden und vor Ort in Hospizen, u.a. in England und später in Deutschland sich mit der Thematik beschäftigen. Herr Dr. Aigner hatte damals wahrgenommen, dass die Bildungsarbeit ein großes Anliegen war. Jedoch gab es größeres Interesse von Seiten der Pflegenden als von Seiten der Ärzte. Der seit 1988 angebotene Lehrgang für „Lebens- Sterbe- und Trauerbegleitung“ von der Caritas-Lehranstalt, erhielt erst 1995 die Anerkennung als Speziallehrgang gem. §63a SchOG., vom österreichischen Unterrichtsministerium. Das Ausbildungskonzept ist ein einjähriger, interdisziplinärer Lehrgang mit 200 Kurs- und Praktikumsstunden. In Graz, Salzburg, Innsbruck und Batschuns begannen 1993 interdisziplinäre Lehrgänge. Im Zusammenhang damit, kamen neuerliche Gespräche über die Gründung von Hospizvereinen zustande (Höfler 2001, S. 12-13). *„Im Jahre 1995 wurde im Rahmen eines Modellversuchs, nach zweijähriger Vorbereitung, einer interdisziplinären Arbeitsgruppe am Geriatriezentrum am Wienerwald, (GZW) ein stationäres Hospiz mit 20 Betten eröffnet. Dieses Hospiz stellt die erste derartige Einrichtung im Bereich des Wiener Krankenanstaltenverbundes dar“* (Höfler 2001, S. 17). 1997 wurde das Lehrfach Palliativpflege in der Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuKG

1997) verankert. Ein Jahr danach wurden interdisziplinäre Palliativlehrgänge für hauptamtliche Ärzte, Seelsorger und Vertreter anderer psychosozialer Berufe durchgeführt. Es ist erfreulich, dass Verantwortungsträger in der Politik und Institutionen sich mittlerweile zum Hospizgedanken bekennen und finanzielle Mittel zur Verfügung stellen. Familienhospizkarenz wurde 2002 von der österreichischen Bundesregierung eingeführt. Man kann deutlich das öffentliche Anliegen und die Verbesserung der Bedingungen für Menschen in deren letzter Lebensphase erkennen (Kratschmar, Teuschl 2008, S. 12 – 13).

3.2. Politische Organisation und Verteilung

Eine Palliativversorgung muss fester Bestandteil des staatlichen Gesundheitssystems sein und spezielle Programme bzw. Leitfäden für Krebs-, Aids- oder geriatrische Patienten bereitstellen. Die Regierung sollte, laut Empfehlung der WHO, eine Bedarfsanalyse durchführen um die Notwendigkeit von Dienstleistungen, deren Ausmaß und die nötige Qualifikation des Personals dafür in Erfahrung zu bringen. Man kann durch diese Erhebung in weiterer Folge, auch die Maßnahmen für Ausbildungsstätten von verschiedenen Berufen, sowie für Freiwilligenarbeit festlegen. Auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse müssen nationale oder regionale Regierungen, in enger Zusammenarbeit mit Fachleuten, Patienten und deren Angehörigen, Entwürfe erstellen und implementieren, um eine umfassende Palliativversorgung zu gewährleisten. Als Teil dieses Entwicklungsprozesses, müssen rechtliche, soziale, wirtschaftliche, kulturelle, Verwaltungs- und/ oder physische Barrieren erkannt werden und diese bestmöglich reduziert werden. Solche Barrieren können oft zur einer mangelhaften Umsetzung in der Qualitätsverbesserung führen. Die Rechtsvorschriften sollen Opiate und andere Medikamente umfassen, die besonders verschreibungspflichtig sind. Eine Angst vor Suchtgefahr sollte nicht den Zugang zu notwendigen und effektiven Medikamenten behindern. Die WHO empfiehlt, um die Kontrolle für eine qualitative Palliativversorgung zu gewährleisten, einen „Minimum data set“ (MDS, Mindestdatensatz), sollten zumindest auf nationaler Ebene, aufgebaut werden. Aufgrund der Brisanz von Gleichberechtigung, sollte ein besonderes Augenmerk auf

unterprivilegierte Gruppen (zum Beispiel Häftlinge, Obdachlose, Flüchtlinge, Lernbehinderte) und auf kulturelle und ethnische Unterschiede in den Bedürfnissen der Patienten gelegt werden. Ebenso wichtig ist die Aufmerksamkeit in bezug auf Kinder, die palliativ versorgt werden müssen. Pflegekräfte haben das Recht auf eine faire Vergütung und Anerkennung ihrer Arbeit. Weiters wird empfohlen, dass ein nationaler Jahresbericht über die Organisationen und die Arbeitsweise der Palliativversorgung veröffentlicht werden sollte (Europarat: Council of Europe 2003 S.12 - 13).

3.3. Versorgung in der Steiermark

Schon seit den Anfängen der Hospizbewegung in Österreich, wurde in der Steiermark über die Erwachsenenbildung und innerbetriebliche Fortbildung in Spitälern und Krankenhäusern, der Hospizgedanke thematisiert und verbreitet. 1993 wurde der *„Hospizverein Steiermark“* gegründet. Dabei wird stark auf die Zusammenarbeit mit allen politischen Parteien im Land Wert gelegt (Höfler 2001, S. 22). *„Hauptamtliche Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle koordinieren den Landesverband und das ambulante Hospizteam Graz. Neben den bereits landesweit vorhandenen Hospiz Teams wird ein Steiermark weiter Aufbau von ehrenamtlichen und hauptamtlich ambulanten Hospizteams angestrebt“* (Höfler 2001, S. 23). Neben Einnahmen durch Spenden und Mitgliedsbeiträgen, wird hauptsächlich durch das Land Steiermark und der Stadt Graz, diese Initiative finanziert (Höfler 2001, S. 23). Heute findet man in der Steiermark folgende Bausteine der Hospiz- und Palliativbetreuung:

- a. Hospizteam
- b. Mobiles Palliativteam und Palliativkonsiliardienste
- c. Palliativstation
- d. Stationäre Hospiz
- e. Tageshospiz (Kratschmar, Teuschl 2008, S. 23).

zu b) Das **mobile Palliativteam** und **Palliativkonsiliardienste** bieten Vorort Betreuung. Es besteht aus einem multiprofessionellen Team aus HausärztInnen, Pflegepersonen, Sozialarbeitern und mobile Dienste. Sie leisten PalliativpatientInnen und ihren Angehörigen in der Betreuung zu Hause bzw. im Heim Unterstützung, Beratung und Begleitung. Ziel dabei ist es, dass die PatientInnen in der gewohnten Umgebung belassen, und ausreichend versorgt werden können und dabei nicht ihre vertraute Umgebung aufgeben müssen (Nagele, Feichtner 2012, S. 30-31). Ein großer Bestandteil ist die Beratung und Betreuung in Bereichen der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Pflegefragen und psychosozialen Fragen. Häufige belastende Probleme sind Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und Erbrechen. Das mobile Palliativteam bietet Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragen wie Pflegegeld und Familienhospizkarenz, aber auch ganz praktisch, bei der Durchführung spezieller pflegerischer Maßnahmen. Gerade die Organisation der häuslichen Versorgung, wie die Bewältigung der Terminalphase in häuslicher Umgebung, wird in Kooperation mit dem Hausarzt gestaltet und unterstützt (Palliativbetreuung 2014).

zu c) Die **Palliativstation** ist eine angebundene oder integrierte Station im Krankenhaus auf Basis interdisziplinärerer Zusammenarbeit. Sie ist auf die Versorgung von PalliativpatientInnen/ -patienten spezialisiert und verfolgt einen holistischen Ansatz. Einige der ehemaligen Hospize sind durch die Einführung von einer leistungsbezogenen Krankenhausfinanzierung zu Palliativstationen umgewandelt worden. Ihre Aufgaben und Ziele sind die Linderung der oft vielfältigen Symptome. Nach einer Verbesserung erfolgt die Entlassung der Patientinnen und Patienten, da diese keine Langzeit-Pflegestation noch eine Sterbestation ist (Nagele, Feichtner 2012, S. 26-27).

zu d) Das **stationäre Hospiz** ist eine eigenständige Einrichtung mit einer eigenständigen Organisationsstruktur. Patientinnen und Patienten werden in ihrer letzten Lebensphase begleitet und umfassend betreut. Häufig ist keine Betreuung zu Hause mehr möglich, da eine komplexe Symptomatik mit hohem Betreuungsaufwand vorliegt. Es werden die gleichen Ziele wie auf einer Palliativstation verfolgt, wobei der Weg bis zum Ende so angenehm und persönlich wie möglich gestaltet wird. Neben der Behandlung von Schmerzen und anderen

belastenden Symptomen, werden psychosoziale Krisensituationen unterstützt (Nagele, Feichtner 2012, S. 25-26).

zu e) Das **Tageshospiz** bietet eine Entlastung und Unterstützung der Palliativpatientinnen/ - patienten, die tagsüber außerhalb ihrer gewohnten Umgebung bleiben und versorgt werden müssen. Das Tageshospiz bietet verschiedene Aktivitäten und Behandlungen, sowie Beratung und Begleitung durch ein multiprofessionelles Team für Menschen, welche diese Betreuung in Anspruch nehmen möchten. Zielgruppe dafür sind erwachsene Palliativpatientinnen und – patienten die mobil bzw. transportfähig sind. Durch die Zeit im Tageshospiz wird die Motivation und Wahrung der Selbstständigkeit gefördert (Nagele, Feichtner 2012, S. 27).

4. Aus- und Weiterbildung

Im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) wurde 1997 ein Grundstein für die Palliativpflege gelegt. Das Fach „Palliativpflege“ wurde in der Ausbildung zur „allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege“ mit einem Ausmaß von 60 Stunden in das Curriculum integriert. Bis dahin lag es im Ermessen der Lehrkraft, in wie weit er die Schüler auf dieses Thema vorbereitet hat. Auch im Altenpflegegesetz (AltPflG 2003, § 3) wurde 2003 das Thema Hospizarbeit und die umfassende Begleitung Sterbender integriert. Das Ausbildungsziel der Krankenpflegeausbildung beinhaltet die Pflege unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen, sowie der psychischen und physischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen. Zusammenfassend kann man sagen, dass in allen Grundausbildungen das Thema Palliativpflege zugenommen hat. (Pleschberger, Heimerl 2005, S. 15-18).

Für vertiefende Weiterbildung wird in Österreich ein 3 - Stufenkonzept angeboten. Die erste Stufe bildet der Interdisziplinäre Palliativ-Basislehrgang (Basiskenntnisse in Palliative Care) in Wien, St. Pölten, Linz, Wels, Salzburg, Innsbruck, Vorarlberg und Graz. Diese bieten einen Abschluss in multiprofessioneller Palliative Care. Die

nächst höhere Stufe bilden Vertiefungslehrgänge (Fachspezifische Vertiefungslehrgänge) in denen man berufs- und fachspezifische Kenntnisse sich aneignet. Diese sind Palliativmedizin, Palliativpflege, psychosozial und spirituelle Palliative Care. Die dritte und somit letzte Stufe bildet der Masterlehrgang Palliativ Care oder auch als Lehrgang für Akademische Palliativexperten/innen angeboten. Hierbei werden Kenntnisse in Führen, Entwickeln und Forschen erworben, zur multiprofessionellen Spezialisierung (Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014, S. 2-3).

4.1. Interdisziplinärer Lehrgang für Palliative Care

Dieser Lehrgang bildet die erste Stufe des Bildungsweges. Sie definieren ihre Zielgruppe als Pflegepersonen nach dem GuKG §64 aber auch ärztliche, psychologische, therapeutische und seelsorgerische Berufsgruppen sowie jene, welche Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigungen in der Sozialarbeit, im Führungsbereich im Kontext von Palliative Care bzw. ehrenamtlich tätig sind. Durch die positive Absolvierung der Weiterbildung, erhalten Pflegehelfer/innen und Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ein Zeugnis und sind zur Führung der Zusatzbezeichnung „Palliativpflege“ befähigt. Dieser Lehrgang bildet die Basis des 3- stufigen Studienmodells. Dieser Lehrgang ist im Rahmen der universitären Master Studiengänge anerkannt als „Basislehrgang Palliativ Care“ mit (18 ECTS Punkten). Es gibt unterschiedliche Organisationen die diesen Kurs anbieten, mit unterschiedlichem Teilnahmebeitrag, der sich zw. 1.850,00€ und 2.220,00€ beläuft. Man kann aber um eine staatliche Unterstützung ansuchen, dadurch könnte bei positiver Absolvierung, bis zu 75% der Kosten staatlich gefördert werden. Der Kurs ist je nach Anbieter etwas unterschiedlich aufgebaut und dauert deswegen unterschiedlich lange. Man muss mit gesamt ca. 285 UE rechnen, wobei darin 205 Theorie- und 80 Praktikumsstunden enthalten sind. Die Ausbildung ist wiederum auf drei Säulen aufgebaut. Zum einen gibt es den Theorieblock, mit umfassenden fachspezifischen Kenntnissen. Die zweite Säule bildet die Interdisziplinäre Projektarbeit. Jeder Teilnehmer/in arbeitet an einem interdisziplinären Projekt. Ziel

ist, eine Qualitätsverbesserung in der Hospiz- und Palliativarbeit zu erbringen. Weiters wird mittels dieses Projekts die Teamfähigkeit geübt und das Bearbeiten eines überschaubaren Teils von interessanten Fragestellungen erlernt. Die dritte Säule bildet ein 80 Std. Praktikum in einer anerkannten Palliativ- oder Hospizeinrichtung. Dabei soll die Anwendung des erlernten theoretischen Wissens, auf praktische Problemstellungen geboten werden (bfi Berufsförderungsinstitut 2014, S 2-3).

In Graz ist der interprofessionelle Basislehrgang, Palliative Care Steiermark, auf drei Säulen aufgebaut. Das erste Standbein bilden die Ausbildungsblöcke in einem Ausmaß von 160 UE aus den Themengebieten:

- *Palliativmedizin, -pflege und Hospizarbeit*
- *Psychosoziale Dimension v. Palliative Care*
- *Palliative Care, Ethik u. Spiritualität*
- *Palliative Sozialarbeit und Recht*
- *Team, Management, Qualität und Organisation*
- *Projektentwicklung / Einführung ins wissenschaftliche Arbeiten*
- *Reflexion, interdisziplinärer Austausch*

Durch den erfolgreichen Abschluss der Basisweiterbildung können sich Absolvent/innen für den Universitätslehrgang Palliativ Care am IFF-Institut der Alpen Adria Universität Klagenfurt, Wien oder Graz bzw. an der Medizinischen Privatuniversität Salzburg bewerben. Dies bildet die zweite Stufe des möglichen Bildungsweges. Die alternativen fachspezifischen Vertiefungslehrgänge für Palliativmedizin, Palliativpflege, Psychosoziale- spirituelle Palliative Care oder Palliative Care in der Pädiatrie. Es wird spezifisches Fachwissen vermittelt um das eigene Berufsverständnis und die fachspezifische Rolle in multiprofessionellen Teams zu vertiefen. Dadurch geschieht Palliative Symptomkontrolle auf allen Ebenen (Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014, S. 3). Während dieser Ausbildung (150 Unterrichtseinheiten und einem 40-Stündigen externen Praktikum) bekommt man ein vertieftes Wissen in folgenden Bereichen:

- *Palliative Symptomkontrolle auf allen Ebenen*

- *Schmerztherapie und Schmerzpflege, Komplementäre Behandlungs- und Pflegemethoden*
- *Psychologisch, psychiatrische und psychotherapeutische Dimensionen*
- *Vertiefung in der Pädiatrie unter Berücksichtigung systemischer und familientherapeutischer Gesetzmäßigkeiten*
- *Geriatrische und onkologische Problemstellungen der Palliative Care*
- *Organisatorische Dimensionen der Palliative Care (Organisation, Interprofessionalität, Teamarbeit, Ehrenamtlichkeit)*
- *Ethische, rechtliche, religiöse und spirituelle Dimensionen der Palliative Care*
- *Kommunikative und soziale Dimensionen (Kommunikation mit Patienten u. Angehörigen)*
- *Vertiefung wissenschaftlichen Arbeitens / Erarbeitung von Case Reports*
Verpflichtendes Praktikum von mindestens 40 Std im Hospiz/ Palliativbereich (außerhalb der eigenen Dienststelle) (Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014, S. 3)

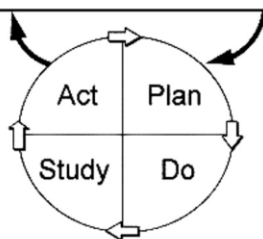
Die dritte Studienstufe ist ein interprofessioneller Aufbaulehrgang mit abschließender akademischer Graduierung zur Ausbildung von Personen in leitenden, beratenden und situativen Positionen, zur innovativen Weiterentwicklung der Palliativ Care. Operatives und Strategisches Management gilt als eines der Schwerpunkte, sowie Ressourcen- und Selbstmanagement. Eine Vertiefung in Ethik und Recht bzgl. der Palliativarbeit, Ökonomie und Sozialpolitik, Public Relation und Sozialmarketing werden angestrebt. Teil davon ist weiters das wissenschaftliche Arbeiten, Vertiefung, Reflexion und wissenschaftliche Konzepte und die Erstellung der Projektarbeit und/ oder einer Master Thesis. In 150 Unterrichtseinheiten (zwei Semester) und einer schriftlichen Projektarbeit und einer mündlichen kommissionellen Prüfung, kann die Graduierung „Akademische/r Palliativexperte/in“ erreicht werden. Parallel dazu gibt es die Möglichkeit nach 3 Semestern (mit. 225 Unterrichtseinheiten) die Graduierung zum „Master of Palliative Care“ zu erreichen. Dafür benötigt man die Erstellung einer schriftlichen Masterthesis und einer mündlichen, kommissionellen Abschlussprüfung. (Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014, S. 2-3)

4.2. Wissen ist nicht alles

Es wird immer deutlicher, dass neues Wissen über effektive Pflege selten oder nur sehr langsam zu umfassender Verbesserung der Praxis führt, ohne mit speziellen Maßnahmen diese zu implementieren. Daher versuchen viele Länder die Entwicklung systematischer Möglichkeiten zur Nutzung von Wissen zur Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen. Diese Methoden umfassen die Entwicklung von klinischen Leitlinien und Kontrollen, die Entwicklung der Gesundheitswege, Einbeziehung der Nutzer von Dienstleistungen in der Entwicklungsänderung und die Suche nach Feedback in regelmäßigen Abständen. Es ist wichtig eine Strategie zu entwickeln um Fachleute zu motivieren zusammenzuarbeiten, um die Qualität zu verbessern.

Änderungen in der Organisation, Praxis und dem Verhalten ist jedoch nicht leicht. Aktive Beteiligung von Menschen, welche Palliativbehandlungen erhalten, gestalten sich schwieriger als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, denn eine Überlastung der schwerkranken Patienten ist sehr leicht gegeben. Es ist nicht unmöglich, einige flexible Projekte und Modelle in diesem Bereich zu entwickeln. Andere Ansätze sind regelmäßige Umfragen unter den Patienten oder deren Angehörigen, über ihre Sicht der Qualität der Versorgung. Diese Ergebnisse können lokalen Bedarfsanalysen zugeführt werden und sollen somit die Planung von Dienstleistungen beeinflussen. All das, soll stetig das Interesse an Qualitätsverbesserungen steigern und kann in einem weiteren Arbeitsschritt mit vergleichbaren anderen Organisationen evaluiert werden.

**What are we trying to accomplish?
How will we know that a change is an improvement?
What changes can we make that will result in an improvement?**



(Abbildung 2
:Handlungsschemata, Who
Palliative care solid facts
2004, S.23)

Es ist wichtig einen

Überblick zu bekommen, wie gut das Betreuungssystem vor Ort funktioniert, Erheben und Bewerten was in ihr geschieht, und versuchen, es in einem wiederholten Zyklus, die Planung, Durchführung und Evaluierung festzustellen und neue Schlüsse daraus zu ziehen. Es ist wichtig sich dabei zu Fragen: Was versuchen wir zu erreichen? Woher können wir wissen, dass eine Änderung eine Verbesserung mit sich bringt? Welche Veränderungen können wir machen um zu einer Verbesserung zu kommen (Who Palliative care solid facts 2004, S.22-23)?

5. Forderungen der WHA

Die WHA, (World Health Assembly – Weltgesundheitsversammlung) hat in ihrer Resolution „Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care“ vom 23. Mai 2014 klare Anforderungen an die WHO und die Mitgliedsstaaten zur Sicherstellung der Palliativversorgung gestellt. Die Entwicklung einer nationalen Strategie zu einer verbesserten Palliativversorgung, die Stärkung und Umsetzung von nötigen Maßnahmen in der Palliativpflege und zur Unterstützung des Gesundheitssystems, soll zu einer kosteneffizienten und gerechten Palliativversorgung, in der Kontinuität der Pflege, auf allen Ebenen führen. Dabei sollte man einen Schwerpunkt auf die Grundversorgung und auf universelle Abdeckungsmöglichkeiten legen. Eine ausreichende inländische Finanzierung und Bereitstellung von Humanressourcen ist besonders wichtig für Palliative Care Initiativen, einschließlich die Entwicklung und Verbesserung der Palliativ Bildung und Ausbildung, Initiativen zur Qualitätsverbesserung, sowie die Unterstützung der Verfügbarkeit und angemessenen Einsatz von lebenswichtigen Medikamenten, einschließlich kontrollierten Medikamenten für das Symptom-Management. Klar wird, dass eine grundlegende Unterstützung, unter anderem durch multisektorale Partnerschaften, für Familien, ehrenamtlichen und pflegenden Angehörigen wichtig ist. Diese sollten von Pflegefachkräften unterstützt und angeleitet werden. Eine Supervision wäre dabei auch sehr wichtig. Ziel ist, dass Palliativpflege ein integraler Bestandteil der laufenden Ausbildung ist. Das Ausbildungsangebot sollte so gestalten werden, dass es im Einklang mit den herausfordernden Aufgaben und Verantwortlichkeiten steht. Daraus zieht die WHA folgende Schlüsse:

1. Grundausbildung und Weiterbildung für Palliative Care
2. Palliativ Care sollte integriert werden als ein Basis Element in der Ausbildung für Mediziner wie auch in den anderen Pflegeausbildungen. Weiters sollte es ein Bestandteil der Fortbildung des Personals im Gesundheitswesen, insbesondere dem Pflegepersonal sowie den Sozialarbeitern sein.
3. Während der Ausbildung sollte für alle Gesundheitsberufe die Möglichkeit bestehen, routinemäßig mit Patienten, die an einer lebensbedrohlichen Krankheit leiden (Onkologie, Infektiologie, Kinderheilkunde, Geriatrie, Innere Medizin), Erfahrungen zu sammeln.
4. Spezielle Palliativ Ausbildungen sollten angeboten werden, um ein Fachpersonal heranzubilden, die eine einheitliche, qualitative Versorgung und Pflege anbieten kann, die nicht nur aus Symptom Management besteht.

Der WHA ist es wichtig, dass der inländische Bedarf an Palliativversorgung, einschließlich des Medikamentenbedarfs, gut bemessen wird um ein ausreichendes Angebot zu gewährleisten, damit keine Engpässe entstehen können. Durch die jetzigen Möglichkeiten in der Schmerztherapie, ist die Regierung gefragt, diese zu überprüfen und gegebenenfalls nationale und lokale Rechtsvorschriften unter Bezugnahme der United Nations international drug control conventions zu überarbeiten. Dazu gehört auch eine Aktualisierung der nationalen Medikamentenliste für Palliativpflege, Medizin und Schmerztherapie aus der WHO Model List of Essential Medicines und aus der WHO Model List of Essential Medicines for Children. Zwischen der Regierung und den Versorgungseinrichtungen sollte eine rege Zusammenarbeit statt finden, um Dienstleistungen für Patienten sicherstellen zu können (World Health Assembl 2014, S. 3-4).

5.1. Hospiz und Palliative Care für alle

Die Hospiz Österreich, der Dachverband von rund 290 österreichischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen, seine überregionalen Mitglieder Caritas, Österreichisches Rotes Kreuz und Vinzenz Gruppe sowie die Österreichische Palliativgesellschaft

(OPG) sind sich gewisser Mängel im Hospiz- und Palliativversorgungssystem bewusst. Klare Forderungen sind

1. *Rechtsanspruch auf Betreuung durch Hospiz- und Palliativeinrichtungen*
2. *Österreichweite Klärung der Zuständigkeiten für die Umsetzung und die Finanzierung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen.*

| Hospiz- und Palliativ-einrichtungen* | Bedarf 2013** | Umsetzungsstand Ende 2013 | Bedarfsdeckung Ende 2013*** (gerundet) |
|---|----------------------|----------------------------------|---|
| Palliativstationen (Betten) | 340 | 307 | 90 % |
| Stationäre Hospize (Betten) | 170 | 87 | 51 % |
| Tageshospize | 9 | 4 | 44 % |
| Palliativkonsiliardienste | 123 | 42 | 34 % |
| Mobile Palliativteams (VZÄ) | 273 | 191 | 70 % |
| Hospizteams | 213 | 156 | 73 % |

(Abbildung 3: Hospiz- und Palliativeinrichtungen, Parlament Republik Österreich 2014)

Derzeit fehlen in Österreich im Erwachsenenbereich:

- *129 Palliativbetten*
- *192 Stationäre Hospizbetten*
- *6 Tageshospize*
- *81 Palliativkonsiliardienste*
- *18 Mobile Palliativteams (bzw. rund 103 Vollzeitkräfte)*
- *138 Hospizteams*

3. *Mobile und stationäre Einrichtungen in allen Bundesländern für die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.*
4. *Österreichweit gesicherte Regelfinanzierung für alle stationären und mobilen Hospiz- und Palliativeinrichtungen.*
5. *Hospizkultur und Palliative Care muss umfassend in die Grundversorgung integriert werden.*

6. *Ein verbindlicher Stufenplan für den flächendeckenden Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung bis zum Jahr 2020 muss alle Bundesländer miteinschließen. Über den Fortschritt in der Umsetzung soll einmal jährlich im Parlament berichtet werden. Der Dachverband Hospiz Österreich hat einen Vorschlag für die erste Ausbautappe erarbeitet.*
7. *Die wichtigste Ressource in Hospiz- und Palliative Care sind die Menschen. Förderung der geeigneten Aus- und Weiterbildung ist dringend notwendig (Hospiz Österreich, 2015).*

Die Hospiz Österreich tritt dafür ein, dass Hospiz- und Palliativversorgung bundesweit flächendeckend, für alle Menschen unabhängig von Alter oder sozialem Stand erreichbar, zugänglich und leistbar ist. Die Historie hat gezeigt, dass wesentliche Schritte bereits zur Verbesserung unternommen wurden. Allerdings ist das Versorgungssystem noch nicht ausreichend verankert. Dazu gehört die Verankerung eines Rechtsanspruches auf Betreuung durch Hospiz- und Palliativeinrichtungen. In der Grundversorgung muss eine umfassende Integration von Hospizkultur und Palliative Care in der es Senioren- und Pflegeeinrichtungen, Tageseinrichtungen, Hauskrankenpflege, Krankenhäuser, Einrichtungen für Kinder- und Jugendheilkunde und Versorgungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung vorgenommen werden. In Rahmen dessen sollte es eine Schaffung eines Facharztes/einer Fachärztin für Palliativmedizin geben, um die langfristige Qualität in der palliativmedizinischen Versorgung zu ermöglichen und zu sichern. Der Hospiz Österreich ist bewusst, dass alle an der Betreuung beteiligten Ehrenamtlichen und Berufsgruppen interprofessionell qualifiziert werden müssen. Für pflegende und trauernde Angehörige müssen Unterstützungsangebote erweitert und zusätzliche Angebote geschaffen werden (Hospiz Österreich, 2015).

5.2. Barrieren der Palliativpflege

Manche Patientinnen und –patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen erhalten keine Palliativpflege. Dies kann zustande kommen, wenn eine komplexe Kontrolle der Symptome fehlen oder wenn psychosoziale Probleme vorhanden sind. Die Gründe für Barrieren, um geeignete palliative Pflege in Anspruch nehmen zu können,

kann sich auf den behandelnden Arzt, den Patienten oder soziale Faktoren beziehen. In manchen Fällen wird der Patient zu spät im Verlauf seiner Erkrankung einer Palliativpflege zugeführt und würde von einer Behandlung nicht mehr profitieren, oder sogar nachteilig die Versorgung am Ende des Lebens beeinflussen.

Arzt: Barrieren für eine späte Überweisung:

- Schlechte Prognose
- Mangel an Kommunikationsmöglichkeiten, um über das mögliche Ende des Lebens zu reden
- Nicht verstehen oder glauben an die Palliativpflege.
- Kontrollverlust, Einkommensverlust
- Mangelnde institutionelle Standards für die Versorgung am Lebensende.

Patient:

- Vertritt die Auffassung, dass die Prognose besser ist als das, was eigentlich gesagt wurde
- Unrealistische Erwartungen an die weitere Prognose
- Angehörige des Patienten stimmen Behandlung nicht zu
- Mangel an fortgeschrittener Pflegeplanung

Soziale Faktoren:

- Ethnische Minderheiten und Sprachbarrieren
- ländliche Gemeinden mit noch geringer Versorgung
- Schlechte Ausbildung oder unterprivilegierte Patienten

Access-Faktoren:

- Hohe Kosten für die Pflege, Behandlungen und Medikamente in den Entwicklungsländern
- Keine staatlichen Subventionen für die Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern
- Kein Arzt mit Ausbildung in Palliativmedizin in Entwicklungsländern
- Gesetze und Vorschriften beschränken oder verbieten die Verwendung von Opioiden (Zeppetella 2012, S. 8-9).

5.3. Lücken bei Hospiz- und Palliativversorgung

Eine Auswahl an ParlamentarierInnen und ExpertInnen aus Österreich, haben viermal, von November 2014 bis Jänner 2015, öffentlich getagt. Sie debattierten klare Probleme in der Palliativversorgung und diskutierten zukünftige Maßnahmen zur Verbesserung. Dr. Karl Bitschnau, MAS, Vizepräsident des Dachverbandes Hospiz, sieht gewisse Hürden bevor substantielle Fortschritte erzielt werden können, da bereits in einer parlamentarischen Enquete 2001, einige Probleme erwähnt wurden, aber immer noch keiner Lösung zugeführt werden konnten. Zum Beispiel die Zuständigkeit von Bund und Ländern, sowie die Zuständigkeit des Sozial- oder Gesundheitsministeriums muss klar geklärt werden. Nur eine klar definierte Struktur in den Zuständigkeitsbereichen kann Sackgassen vermeiden. Weiters sollte gewährleistet werden, dass zuständige Personen und Gremien sich aktiv für die Umsetzung der Ziele einsetzen und diesen konsequent nachgehen. Die Finanzierung der einzelnen Bereiche muss rasch und verbindlich geklärt werden, um die Versorgung umfassend zu gewährleisten. Bereits 2006 war dieses Problem bekannt. Damals gab es das Ziel, bis 2007 die Finanzierung zu regeln, jedoch ist bis jetzt noch nichts davon verabschiedet. Die Versorgungsleistungen, die künftig durch die Sozialversicherung gedeckt werden sollen, müssen ebenso rasch definiert werden. Bitschnau fordert für Einrichtungen der Grundversorgung, Schulungen und Projekte zur qualitativen Verbesserung in der Betreuung von Patienten mit palliativem Versorgungsbedarf. Ziel ist es bis 2020 eine sehr gute Versorgung von PalliativpatientInnen und –patienten in Österreich zu erlangen. In den nächsten Monaten, bis Sommer 2015, arbeiten alle Bundesländer unter Berücksichtigung der vorliegenden Bedarfszahlen Stufenpläne zur Umsetzung von Hospiz und Palliative Care aus. Darin sollte geklärt werden wie diese 2020 aussehen sollen. Dies sollte in enger Zusammenarbeit mit den Landesverbänden ausgearbeitet werden. Geplant ist, dass die Pläne den Bundesländern zur Kenntnisnahme und zur Diskussion vorgelegt werden. Ziel ist es, jährlich Bericht über den aktuellen Stand zu erstatten, um Fortschritte sichtbar zu machen und auch tatsächlich die Ziele bis 2020 zu erreichen. In den kommenden zwei Jahren werden 36 Millionen Euro in Angebote für Hospiz - und Palliativversorgung investiert werden, auf allen Ebenen, stationär und mobil, mit dem so wichtigen Fokus auch auf Angebote für Kinder und Jugendliche (Parlament Republik Österreich 2014,5-6).

6. Zusammenfassende Darstellung

Zusammenfassend hat die Auseinandersetzung mit den Forschungsfragen zu folgenden Ergebnissen geführt: In der Vergangenheit wurden in Österreich große und wichtige Schritte gesetzt, um eine qualitative Versorgung aufzubauen. Die Sicht von Staat und Bevölkerung hat sich weitgehend verändert und eine umfassende Versorgung wird angestrebt. Leider ist es ernüchternd, dass Probleme, die schon 1987 Thema waren, heute sehr ähnlich und nicht gelöst sind. Damals mussten durch Mitgliedsbeiträge, Flohmärkte, div. Erlöse, Spenden und einzelnen Beiträge der Gemeinde Wien die Versorgung finanziert werden. Heute, 2015 ist zwar die Situation um einiges besser geworden, dennoch müssen die Zuständigkeiten für die Umsetzung und die Finanzierung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen noch immer geklärt werden. Ich persönlich finde es sehr spannend, wie sich schrittweise durch ein paar Visionäre eine Verbesserung der Versorgung aufgebaut hat. Auch wenn diese noch nicht flächendeckend ist, so bringen die jetzigen, von der Bundesregierung ergriffenen Maßnahmen, doch Hoffnung auf eine baldige Besserung der Situation. Ein positives Bewusstsein der Bevölkerung lässt sich anhand der zahlreichen ehrenamtlichen Mitarbeiter und der Spenden erkennen. Ohne diese könnte sicherlich keine umfassende Versorgung gewährleistet werden. Anhand der Forderungen des Hospiz Österreich lässt sich gut erkennen, dass von Seiten der Regierung viel Aufholbedarf besteht. Diesen Gedanken bestätigt auch die WHA in ihren klar formulierten Anforderungen aus dem Jahr 2014. Einiges davon, wie die enge Zusammenarbeit innerhalb der Organisationen, die Förderung durch multisektorale Partnerschaften oder das Palliativpflege ein integraler Bestandteil der laufenden Ausbildung ist, wurden bereits umgesetzt. Jedoch stößt man bei näherem Betrachten schnell auf einige Mängel. Dr. Karl Bitschnau bezeichnet es so: *„Der „Teppich“, den wir da in Österreich haben, ist bunt – und er soll auch bunt bleiben, aber wir müssen es unbedingt zu unserem Ziel machen, die Löcher spätestens bis 2020, also bis in fünf Jahren, zu stopfen, sprich: Hospiz- und Palliativversorgung muss für alle, die es brauchen – unabhängig von Alter und Wohnort –, erreichbar, leistbar und zugänglich sein; wie das ja auch dem Regierungsprogramm zu entnehmen ist. Parlament Republik Österreich 2014, S. 5)* Die WHA setzt klar einen

weiteren Schwerpunkt auf die Grundausbildung und Weiterbildung in der Palliativ Care. Im Bereich Pflege wurde dahingehend schon einiges getan. Leider ist der Vorschlag, dass Auszubildende während ihrer Ausbildung mit palliativ betreuten Patienten Kontakt haben, noch nicht einheitlich umgesetzt worden. Im Bereich der Medizin hat man in Österreich diesbezüglich noch viel mehr nachzuholen. Gerade im Bereich der Ausbildung sind einige Herausforderungen vorhanden. Man kann sich Verhaltensstrategien bzw. Ratschläge und Tipps zurecht legen, aber am Ende soll immer der Mensch im Mittelpunkt stehen in all seiner Individualität. *„Die Kunst der palliativen Versorgung besteht ja gerade darin, den ganzen Menschen zu sehen, den Kontext im Blick zu haben und die Anschlüsse und Brücken zwischen den Personen und Professionen denkend und handelnd miteinzubeziehen. Insofern müssten weniger Funktionen, funktionales Handeln oder allein fachspezifische Wissensbestände verstärkt werden, als vielmehr ein Denken und Handeln in Prozessen in interdisziplinären Kategorien“* (Heller 2000, 22) Durch diese Arbeit ist mir klar geworden, dass dieses Denken und Handeln in Prozessen in interdisziplinären Kategorien einen viel größeren Raum einnimmt, als es mir am Anfang dieser Arbeit bewusst war. Palliativ Care ist eine Teamarbeit, die es zu einem großen Fleckerlteppich macht.

7. Literaturverzeichnis

Bausewein C., Roller S., Voltz R. (2007): Leitfaden Palliativmedizin – Palliative Care. 3. Auflage, Elsevier GmbH, München. S. 2 – 21.

bfi Berufsförderungsinstitut (2014) Interdisziplinärer Basislehrgang für Palliative Care. Weiterbildung für Pflegende nach GuKG § 64 <http://www.bfi-ooe.at/bfiweb/produkte/Fortbildungen-Weiterbildungen-0510000300/Interdisziplinärer-Basislehrgang-für-Palliative-Care-5928> (16. Jänner 2015)

Brost R., Coughin A., Cunningham D., Feldman J., Hess Jr. R., Mason J., McBride L., Perkins R., Romano C., Warren J., Wright W. (2007): Der Pflegeprozess in der Praxis. 2 Auflage, Hans Huber Verlag, Bern, S.37.

Europarat: Council of Europe 2003 Empfehlung Rec (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung.

<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=gqr2ZR0M5H8%3d&tabid=1709>

(10. April 2015)

Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG (2004): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung. Stubenring 6, 1010 Wien. S. 1 - 4.

Godzik P., (2011): Hospizlich engagiert. Erfahrungen und Impulse aus drei Jahrzehnten. Steinmann Verlag, Rosengarten bei Hamburg. S. 34.

Heller, A. (2000): Sterbebegleitung und Bedingung des Sterbens. In: Heller, A., Heimerl, K., Metz, Ch. (Hg): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten (2. erw. Aufl.) Freiburg i. Br.: Lambertus. S. 22.

Höfler A., 2001 : Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit. 2. Auflage Wien. S. 8 – 23.

Hospiz Österreich (2015) Klasnic/Pelttari: Hospiz und Palliative Care für alle
http://www.hospiz.at/pdf_dl/2015_01_PA_Enquete_Kommission.pdf (10. April 2015)

Kratschmar A., Teuschl H. (2008): Hospiz- und Palliativführer Österreich, Selbstbestimmt leben. Bis zuletzt. Bundeskanzleramt. S. 11 – 58.

Kräzle S., Schmid U., Seeger C. (2011): Palliative Care, Handbuch für Pflege und Begleitung. 4. Auflage, Springer-Verlag GmbH. S. 7 - 40.

Koordinatation Palliativbetreuung Steiermark (2014) Universitätslehrgang Palliativ Care Die Weiterbildungsmöglichkeit mit akademischem Abschluss für Hospiz und

Palliative Care. Graduierung zum „Master of Palliative Care“ und/oder „Akademischen Palliativexperten/in“

http://www.palliativbetreuung.at/cms/dokumente/10089585_2805664/429cbb52/Brosch%C3%BCre%20PalliativeCare.pdf (15. Dezember 2014)

Student J., Napiwotzky A. (2011): Palliative Care: wahrnehmen – verstehen - schützen. 2. Auflage, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart. S. 6 – 21.

Nagele S., Feichtner A. (2012): Lehrbuch der Palliativpflege. 3. Auflage, Facultas Verlag- und Buchhandels AG, Wien. S. 20 – 31.

Palliativbetreuung (2013) Mobiles Palliativteam Graz

<http://www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10088285/2964637/?qu=> (1. März 2013)

Parlament Republik Österreich (2014) Kommuniké der Enquete-Kommission zum Thema „Würde am Ende des Lebens“

http://www.hospiz.at/pdf_dl/2014_11_25_Protokoll_der_Anhoerung.pdf (5. Februar 2015)

Pleschberger S., Heimerl K., Wild M. (2005) Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, S. 11.

Pleschberger S., Heimerl K. (2005) Palliativpflege lehren und lernen. Die Pflege schwer kranker und sterbender Menschen im Kontext der Pflegeausbildung. In: Pleschberger S., Heimerl K., Wild M. (2005) Palliativpflege. Grundlagen für die Praxis. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, S. 15-18.

Unger F. (2007) Paradigma der Medizin im 21. Jahrhundert. Springer-Verlag, Heidelberg, S. 28.

World Health Assembl (2014) Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf (15. Jänner 2015)

WHO Palliative care solid facts (2004)

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf (20. Jänner 2015)

Zeppetella G. (2012), Palliative Care in Clinical Practice. Springer-Verlag, London. S. 8-9.

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kratschmar A., Teuschl H. (2008): Hospiz- und Palliativführer Österreich, Selbstbestimmt leben. Bis zuletzt. Bundeskanzleramt. S. 58.

Abbildung 2 : WHO Palliative care solid facts (2004)

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf (20. Jänner 2015), S.23

Abbildung 3 :Hospiz- und Palliativeinrichtungen, Parlament Republik Österreich (2014) Kommuniké der Enquete-Kommission zum Thema „Würde am Ende des Lebens“ http://www.hospiz.at/pdf_dl/2014_11_25_Protokoll_der_Anhoerung.pdf (5. Februar 2015)