

Stellungnahme der Österreichischen Palliativgesellschaft zum Regierungsprogramm, betreffend das Thema Pflege/Palliativversorgung

Die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) unterstützt als interprofessionelle wissenschaftliche Vereinigung aller Berufsgruppen, die mit der Betreuung schwerkranker Patient*innen mit fortgeschrittenem Leiden befasst sind, Fortbildung, praktische Ausübung und Forschung in der Palliative Care. Daher begrüßt der Vorstand der OPG, dass im Regierungsprogramm den Herausforderungen Palliativversorgung sowie der Pflege insgesamt mit einem Bündel an Maßnahmen begegnet werden soll.

In der Folge wird zu einzelnen Punkten des Regierungsprogramms Stellung genommen.

Pflegebedürftigkeit als „unberechenbares Risiko“ trifft vor allem jüngere Menschen und deren Familien. Besonders in der Palliative Care nimmt durch den medizinischen Fortschritt die Anzahl der Menschen zu, deren unheilbare Erkrankung zu einer sich über Monate und Jahre erstreckenden chronischen wird. Diese Menschen benötigen häufig auch stationäre Betreuung. Ein Hospiz ist entweder nicht notwendig, möglich oder zur Verfügung und Pflegeheime bieten aufgrund des Fokus auf Hochaltrigkeit, dementielle Erkrankungen oder kognitive Einschränkungen selten eine gute Alternative.

Ausreichende, mobile Betreuungsformen (z.B. Tagesbetreuungen, während Lebenspartner*innen ihrem Beruf nachgehen, Kinder versorgen) sind derzeit für diese Altersgruppen, bei denen es auch um Menschen geht, die als Eltern selbst eigentlich noch Betreuungspflichten hätten, keine leistbare Alternative.

Die Einführung von **Community Nurses** zur vorbeugenden und begleitenden Beratung der älter werdenden Bevölkerung, kann zu Vorausplanung beitragen und so das „unberechenbare Risiko“ für diese ältere Altersgruppe senken.

Ein **ausgeweitetes Angebot an Beratung und Information** setzt eine Erhebung und Koordination vieler, schon derzeit bestehender Beratungsangebote (z.B. Projekte Demenz,...) voraus, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.

Grundlegende Reform der Pflege:

Eine Voraussetzung um eine nachhaltig wirksame Reform der Pflege zu gewährleisten, wäre eine Erhebung über die Gründe, die einerseits die geringe Attraktivität des Pflegeberufs bewirken, und die andererseits selbst bei jenen, die diesen Beruf ergriffen haben, zum häufigen Ausstieg aus Pflegeberufen führen.

Diese Ergebnisse können dann in eine eventuelle, weitere Ausbildungsreform sowie eine Imagesteigerung in der Gesellschaft, eine Gestaltung von attraktiven Arbeitsplätzen und eine der Wertigkeit und Wichtigkeit der Tätigkeit entsprechende Honorierung der Leistungen einfließen.

Eine Imagesteigerung muss auch in der Anerkennung von notwendigem Fachwissen und -expertise stattfinden. (siehe Qualifikationsprofile Beilage)

Viele Kompetenzerweiterungen der GuKG Novelle 2016, die mit einer Zunahme der Arbeitszufriedenheit zugleich eine Entbürokratisierung darstellen würden, werden nach wie vor nicht umgesetzt (z.B. Verordnungsbefugnisse für Inkontinenzprodukte, Wundversorgung,...)

Eine Erweiterung der Befugnisse, wie in der GuKG Novelle 2016 für Spezialisierungen (siehe Vorschläge für Palliativpflege in der Beilage zu Qualifikationsprofilen) gefordert, scheint derzeit nicht einmal mehr geplant zu sein.

Zur **Erweiterung und Flexibilisierung des Ausbildungsangebots** wird zu bedenken gegeben, dass noch nicht einmal die Folgen der GuKG Novelle 2016 abzuschätzen sind. Dafür besteht schon jetzt ein Kompetenz- und Delegationschaos zwischen unterschiedlichen Pflegeberufen untereinander und Pflegeberufen und der Medizin.

Einerseits wird eine ganzheitliche, einfühlsame Versorgung gewünscht, andererseits werden laufend neue Abstufungen und Ausbildungsformen geschaffen, die einen einzigen pflegebedürftigen Menschen zum Spielball der unterschiedlichsten, kompetenzabgestuften Behandler*innen/Pfleger*innen werden lassen.

Zudem besteht die Gefahr, dass überwiegend auf „billige“ wenig bis schlecht ausgebildete Pflegeassistentenberufe gesetzt wird, während die „teure“ gehobene Ausbildung der DGKP aus Kostengründen nur noch für Kontroll- und Überwachungsfunktionen der Assistentenberufe herangezogen wird.

Zu den Plänen, eine **Pflegelehre** einzuführen, wird besonders auf die Gefahr der psychischen Überforderung junger Menschen hingewiesen. Auch für diese Maßnahme bzw. die Ausgestaltung einer derartigen Lehre scheint das Erheben der Gründe für den häufigen Ausstieg aus Pflegeberufen eine wichtige Voraussetzung.

Zudem fördert eine Lehre wohl weniger das Image in Bezug auf Fachwissen und Expertise, als die Tendenz zu niedriger Entlohnung!

Im Sinne der Qualität wird darauf hingewiesen, dass die nur zweijährige PFA - Ausbildung aktuell fast so viele Kompetenzen vermitteln soll, wie die bisherige, dreijährige DGKP-Ausbildung.

Ausbau von mobiler Pflege und Betreuung

Der Ausbau von mobiler Pflege und Betreuung entspricht trotz hoher Herausforderungen in der Umsetzung den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen am besten.

Allerdings wird „**so viel wie möglich daheim und ambulant – so wenig wie nötig stationär**“ nur durch einen völligen Umbau der jetzigen Finanzierungsstrukturen möglich werden. Es kann keine Kostenwahrheit geben, solange die Betreuung pflegebedürftiger Menschen in unterschiedlichen Versorgungskontexten aus unterschiedlichen „Töpfen“ finanziert ist. (z.B. Therapien im Akutkrankenhaus für Krankenkassen günstiger, als ambulant; Transportkosten und vorläufige „Leerstände“ im Pflegeheimbett oder ambulanter Versorgung... Dies ist nicht nur finanzieller Irrsinn sondern auch menschlich: gerade im Bereich der Palliative Care, wo die letzte Zeit mit den Angehörigen so wertvoll ist).

Tagesbetreuungen und **dezentrale Angebote**: Derzeit werden laufend große, zentrale Einrichtungen gebaut. Die Kosten des Transports zu und von Betreuungseinrichtungen stellen häufig ein Problem für die Betroffenen dar. Tagesbetreuung wäre auch in der Palliative Care wichtig. Ein **pflegefreier Tag** (oder auch eine Entlastungsnacht) trügen zur Unterstützung pflegender Angehöriger bei.

Bei der **Entwicklung eines Pflegegeldsystems** wird nochmal auf die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Kindern und jungen Erwachsenen, die noch Betreuungspflichten hätten, hingewiesen. Der **Pflegegeldeinstufungsprozess** ist nach wie vor medizinlastig: Die Pflegegeldbegutachtung wird überwiegend von Ärzt*innen als Nebeneinkommen genutzt, obwohl der Pflegebedarf medizinisch häufig nicht richtig eingeschätzt wird (in beide „Richtungen“)

24h Betreuung für mehrere Kund*innen: Voraussetzung sind ausgearbeitete und eingehaltene Qualitätskriterien für die Personenbetreuung (24h Betreuung). Hier trifft die mobile Palliativbetreuung auf die diversesten Umstände, die durch unklare, teils widersprüchlich interpretierbare Gesetzeslagen (Hausbetreuungsgesetz, GuKG, Ärztegesetz,...), ausgedehnte Graubereiche und individuell unterschiedlichste Betreuungssituationen hervorgerufen sind. An dieser Stelle wird auch auf die ethischen Implikationen der 24h Betreuung hingewiesen!

Kund*innen haben Wahlfreiheit und Eigenaktivität. Pflegebedürftige Menschen sind – auch wenn es nicht gerne gehört wird - bedürftig, verletzlich und befinden sich meist in einer Situation größter Angewiesenheit. Sie als „Kund*innen“ zu bezeichnen täuscht eine freie Entscheidungsfähigkeit vor, die diese Menschen in der Realität nicht haben. „Kund*innen“ können sich einer Situation, in der sie sich in ihrer Würde verletzt sehen, entziehen. Aber um die Würde von verletzlichen, bedürftigen, auf Hilfe angewiesenen Menschen aufrechtzuerhalten – gerade dafür brauchen wir beste Ausbildungsqualität und je nach Ursache spezielle Fachexpertise (Weiterbildungen, Spezialisierungen z. B. Palliative Care, ...)

Personaloffensive

Ohne ausreichende **Attraktivierung des Berufsbildes** in allen Bereichen (Ansehen, Rahmen- und Arbeitsbedingungen, Honorierung) ist zu befürchten, dass überwiegend Fachkräfte aus dem Ausland nach Österreich abgezogen werden. Dies führt dazu, dass alte, verletzbare Menschen mit oft eingeschränkter Wahrnehmung von Personen gepflegt werden, deren sprachliche Eigenheiten bis Defizite zusätzlich zu den kulturellen Unterschieden, selbst bei bester Fachausbildung im Heimatland, zu einer Zunahme der Verständigungsprobleme mit den ihnen anvertrauten Menschen führen. Beispielsweise können validierende Maßnahmen im Demenzbereich dadurch kaum gesetzt werden. Gerade auch im Bereich der Palliative Care sind hier häufige Defizite zu beobachten.

Für die entsprechenden Ursprungsländer bedeutet dies zudem einen unverantwortlichen Braindrain und führt in den dortigen Gesellschaften zu massiven

Problemen in Bezug auf die eigene Alten- und Krankenversorgung (siehe derzeitige Praxis Deutschland/Albanien).

Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen: wöchentliches Soll auf 38 Stunden senken; geteilte Dienste nur in absoluten Ausnahmesituationen; Nachtdienstgutstunden von zwei auf vier Stunden erhöhen. Dadurch kommen auch Pflegepersonen, die mehrere Nachtdienste im Monat machen, dann auf zwei zusammenhängende, vollständig freie Tage. Außerdem muss vor allem für Vollzeitbeschäftigte die Möglichkeit bestehen, „lange“ Zehn- bis besser Zwölf - Stundendienste zu wählen. *(Derzeit wird der „Schlaftag“, an dem immerhin von Mitternacht bis zur morgendlichen Dienstübergabe gearbeitet wird, überwiegend als freier Tag gerechnet. Versuchen Sie einmal einen Dienstplan mit mehrmals zwei zusammenhängenden, freien Tagen, wie andere Menschen an Wochenenden regelmäßig auch haben, zu erstellen, wenn überwiegend kurze Dienste (bis acht Stunden) und mehrere Nachtdienste im Monat zu leisten sind. Es wird Ihnen nicht gelingen!)*

Vereinfachung von Nostrifizierungen und Aufnahme von Pflegeberufen in die Mangelberufsliste: Diese Maßnahmen dürfen auch in der Not nicht auf Kosten der Pflegequalität gehen: Grundvoraussetzungen sind sehr gute Deutschkenntnisse und Anpassungen an Fachwissen durch Weiterbildungen, insbesondere im Bereich der Palliative Care. Gerade in der Altenpflege stellt das Wissen über kulturelle und traditionelle Grundlagen wie Bräuche, Lieder, Gedichte,... eine Voraussetzung zu gelingender Pflege dar.

Sinngemäß gelten die Bedenken bzgl. des Abzugs von Fachkräften aus anderen Ländern auch hier.

Palliativ- und Hospizpflege: (Siehe auch Beilage: Nationale Qualifikationsprofile Palliative Care)

Es muss zwischen den Anforderungen der unterschiedlichen Versorgungskontexte unterschieden und abgestuft sowohl interprofessionell wie interstrukturell aus- und weitergebildet werden.

Spezialisierte Palliativpflege als integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung muss im Gesundheitssystem regulär verankert und finanziert sein – nicht wie jetzt teilweise im Sozialsystem wie die Altenpflege. (Eine Finanzierung aus einem Topf, siehe oben, wäre langfristig ohnehin die einzig sinnvolle Möglichkeit, ein realistisches Bild von Kosten, Synergien und Umstrukturierungen im Bereich der Gesundheit/Pflege zu erreichen).

Neben der Betonung auf einer „**unkomplizierte und vor allem sichere Stütze**“ ist auf die nötige **FACHEXPERTISE** (siehe Qualifikationsprofile in der Beilage) hinzuweisen. Palliative Care entwickelt sich wie kaum ein anderer Bereich im Gesundheitssystem, z.B. durch die ständigen Fortschritte in der Medizin.

Ehrenamtliche Hospizbegleitung leistet sehr viel, kann aber nur eine wertvolle Ergänzung der Palliative Care sein.

Die **Finanzierung der Palliativpflege und des Hospizes** muss sich unkompliziert, unbürokratisch gestalten und sich flexibel an die individuellen Situationen von belasteten, verletzlichen Menschen anpassen lassen. Im Idealfall geht mit der Regelfinanzierung früher oder später eine Reform der Gesamtfinanzierung (siehe oben) einher.

Ad Gesundheits- und Pflegebereich stets gesamthaft betrachten: Abgesehen vom humanitären Faktor, der eine Gesamtsicht von Gesundheits- und Pflegebereich notwendig macht, wird noch einmal darauf hingewiesen, dass es keine Kostenwahrheit geben kann, solange die Betreuung pflegebedürftiger Menschen in unterschiedlichen Versorgungskontexten aus unterschiedlichen „Töpfen“ finanziert ist. Pflege ist nicht isoliert zu betrachten, sondern im Kontext sämtlicher Gesundheits- und Sozialberufe.

Ad gesamtgesellschaftlicher Auftrag: Die Diskussion über Würde des Menschen, Autonomie, (Für)sorge, Leben, Sterben und Tod gehört altersentsprechend schon in den Schulen behandelt, nicht nur vereinzelt, freiwillig über das Projekt „Hospiz macht Schule“.

Die Österreichische Palliativgesellschaft ist gerne bereit, bei der Entwicklung eines Konzeptes, um das **Bewusstsein von Arbeitgeber*innen für Lebenssituation pflegender Angehöriger** zu steigern, mitzuarbeiten. Im Palliativbereich kommen wir mit dem Familienhospizkarenzmodell von drei Monaten plus drei Monate Verlängerung und dann noch drei Monate Pflegekarenz oft aus, obwohl es ein unverhältnismäßig hoher administrativer Aufwand ist, dafür drei Anträge stellen zu müssen.

Im übrigen Pflegebereich, wo Familienhospizkarenz nicht zur Verfügung steht, wäre ein Anspruch auf ein Jahr Pflegekarenz ähnlich der Bildungskarenz für alle Angehörigen eine enorme Erleichterung.

Eine Überprüfung der Wirkungsorientierung der Dokumentationsverpflichtungen ist grundsätzlich zu befürworten, wenn die dadurch freiwerdenden Ressourcen den pflegebedürftigen Menschen dienen und nicht zu einer Personaleinsparung benutzt werden.

Die **Nutzung von Pflegedaten zu wissenschaftlichen Zwecken** wird durch die OPG ausdrücklich begrüßt. Allerdings bedarf es dabei auch einer Finanzierung, die wissenschaftliches Arbeiten und Forschung im Bereich der Pflege fördert.

Mit besten Wünschen zur Umsetzung und Gestaltung,
im Namen des Vorstands und der Vorsitzenden der AG Palliativpflege der OPG,
DGKP Manuela Wasl, MSc und DGKP Gerda Schmidt, MAS
Vorsitzende der AG Palliativpflege

Hilde Kössler

DGKP Hilde Kössler, MMSc

2. Vizepräsidentin der OPG