

POSITIONS-



AKTIONSPAPIER

GUT VERSORGT BIS ZULETZT

PALLIATIVE CARE IN DER HAUSKRANKENPFLEGE



ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

Aus Liebe zum Menschen.

EINLEITUNG	4
WICHTIGE ECKPFEILER EINER GELINGENDEN VERSORGUNG BIS ZULETZT IN DER HÄUSLICHEN VERSORGUNG	5
1. ORGANISATION & SELBSTVERSTÄNDNIS DER HAUSKRANKENPFLEGE IN DER PALLIATIVE CARE	6
2. ZUSAMMENARBEIT UND KOOPERATION IN DER PALLIATIVE CARE	7
3. FACHKOMPETENZ IN DER VERSORGUNG STERBENDER MENSCHEN UND IHRER ANGEHÖRIGEN	8
4. RAHMENBEDINGUNGEN & FINANZIERUNG	9
5. FORDERUNGEN AN DIE GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIK	11

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber und Verleger: Österreichisches Rotes Kreuz, Wiedner Hauptstraße 32, 1040 Wien, ZVR-Zahl: 432857691, Tel.: 01/589 00-0, Internet: www.roteskreuz.at.

Für den Inhalt verantwortlich: Österreichisches Rotes Kreuz, Gesundheits- und Soziale Dienste.

Redaktion: Elvira Appel, Margret Dertnig, Werner Glantschnig, Peter Grünwald, Dorothea Hadrigan, Katharina Heimerl, Werner Kerschbaum, Harald Pfertner, Emilie Tschida, Klaus Wegleitner, Monika Wild.

Fotos: Fotolia. **Produktion:** Info-Media, 1010 Wien, office@info-media.at. **Grafik:** Evelyn Felber.

Lektorat: Florian Praxmarer. © Österreichisches Rotes Kreuz, 2008

Der Inhalt des Aktions- und Positionspapiers wurde im Rahmen des Projektes „Gut versorgt bis zuletzt – Palliative Care in der Hauskrankenpflege des Österreichischen Roten Kreuzes“ erarbeitet. Das von 2005–2008 laufende Projekt wurde vom Generalsekretariat des ÖRK beauftragt und von der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt/Palliative Care und OrganisationEthik (IFF Wien) wissenschaftlich begleitet.

GUT VERSORGT BIS ZULETZT PALLIATIVE CARE IN DER HAUSKRANKENPFLEGE.

Die Mehrheit der ÖsterreicherInnen wünscht sich, zu Hause zu sterben. Allerdings sind wir von der Erfüllung dieses Wunsches so weit entfernt wie noch nie: Österreichweit sterben fast 70 % aller Menschen in Institutionen wie dem Krankenhaus oder dem Pflegeheim.

Eine der wichtigsten Ressourcen für ein Leben und Sterben in Würde zu Hause stellen die Hauskrankenpflege und die mobilen sozialen Dienste dar. Das Rote Kreuz hat sich daher entschlossen, im Bereich Gesundheits- und Soziale Dienste in die Weiterentwicklung der Palliative Care zu investieren. Das vorliegende Positions- und Aktionspapier stellt nun die Ergebnisse dieses Palliative-Care-Prozesses vor.

Was ist Palliative Care?

„... ist ein Ansatz, mit dem die Lebensqualität von PatientInnen und ihren Familien in der letzten Lebensphase verbessert werden soll, wenn sie mit einer lebensbedrohlichen Krankheit und den damit verbundenen Problemen konfrontiert sind. Dies soll durch Vorsorge und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen und fehlerlose Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen erfolgen.“ (WHO 2002)

Was brauchen unsere KlientInnen, um zu Hause bis zuletzt gut versorgt zu werden?

Die Verweildauer in den Spitälern sinkt, die Folge davon ist unübersehbar: Die KlientInnen, die unsere MitarbeiterInnen in der Hauskrankenpflege übernehmen, sind in zunehmendem Maße schwer krank und damit immer öfter PalliativpatientInnen. Sie haben einen hohen und oft komplexen Pflege- und Betreuungsbedarf. Aber auch der Anteil an Hochbetagten in der Betreuung zu Hause nimmt zu. Damit steigen die Anforderungen an die fachlichen Kompetenzen der Pflegenden. Die Notwendigkeit, die strukturellen Rahmenbedingungen an den neuen Versorgungsbedarf anzupassen, ist offensichtlich.

Die Unterstützung der Angehörigen ist dabei besonders wichtig: Jede Pflegesituation stellt eine große Veränderung für das Zusammenleben dar und betrifft alle Familienmitglieder. Das ganze Leben ist auf die Pflege ausgerichtet. Die KlientInnen und ihre Angehörigen brauchen in dieser Situation vor allem eines: ein Versorgungsnetzwerk, das Sicherheit gibt, das vorausschauend und gut abgestimmt Unterstützung anbietet. Miteinander reden und sich miteinander abstimmen hat in diesem Moment Priorität. Personelle Kontinuität aufseiten der Hauskrankenpflege hilft, die sozialen Beziehungen und das Familiensystem zu stabilisieren.

Die Begegnung und Konfrontation mit Sterben und Tod ist für alle Beteiligten eine existenzielle Erfahrung. Es braucht daher in der Praxis der häuslichen Versorgung Räume und Zeiten für Trauer und Abschied von den Verstorbenen – sowohl für die Angehörigen als auch für die MitarbeiterInnen der HKP.

WICHTIGE ECKPFEILER EINER GELINGENDEN VERSORGUNG BIS ZULETZT IN DER HÄUSLICHEN VERSORGUNG

1 ORGANISATION UND SELBST-VERSTÄNDNIS DER HKP

- ✓ Palliative Care für alle, die es brauchen
- ✓ Die Familie als Zielgruppe
- ✓ Palliative Care braucht ein Team
- ✓ Flexibilität in palliativen Betreuungssituationen
- ✓ Ethische Entscheidungen gemeinsam tragen

MASSNAHMENVORSCHLÄGE
DES ROTEN KREUZES

2 ZUSAMMENARBEIT UND KOOPERATIONEN

- ✓ Zusammenarbeit mit den HausärztInnen
- ✓ Zusammenarbeit mit mobilen Palliative-Care-Teams
- ✓ Pflegerische und medizinische Überleitung aus dem und in das Krankenhaus
- ✓ Zusammenarbeit mit und Einbinden von freiwilligen MitarbeiterInnen
- ✓ Regeln der Zusammenarbeit mit NotärztInnen

MASSNAHMENVORSCHLÄGE
DES ROTEN KREUZES

GUT VERSORGT BIS ZULETZT IN DER HAUSKRANKENPFLEGE

3 FACHKOMPETENZ IN DER PALLIATIVE CARE

- ✓ Wie viel Kompetenz in der Palliativpflege brauchen die MitarbeiterInnen der Hauskrankenpflege?

MASSNAHMENVORSCHLÄGE
DES ROTEN KREUZES

4 RAHMENBEDINGUNGEN & FINANZIERUNG

- ✓ Ambulante Versorgung ist von der öffentlichen Hand stärker zu fördern
- ✓ Öffentlichkeitsarbeit über die Leistungen der häuslichen Pflege & Versorgung in der letzten Lebensphase
- ✓ Finanzierung von Organisations- und Koordinationszeiten
- ✓ Organisation und Verordnung von Heilbehelfen und Pflegehilfsmitteln
- ✓ Ausweitung der Regelung zur Beschleunigung des Pflegegeld-prozederes

MASSNAHMENVORSCHLÄGE
DES ROTEN KREUZES

5 FORDERUNGEN AN DIE GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIK

1. ORGANISATION & SELBSTVERSTÄNDNIS DER HAUSKRANKENPFLEGE IN DER PALLIATIVE CARE

■ Palliative Care für alle, die es brauchen

Palliativversorgung im ambulanten Bereich darf sich nicht ausschließlich auf onkologische PatientInnen beschränken. Auch alten und hochbetagten KlientInnen soll die bestmögliche Palliativversorgung zur Verfügung gestellt werden. Palliative Care beginnt, wenn klar ist, dass der Patient/die Patientin unheilbar krank ist oder aufgrund anderer Ursachen leidet und eine begrenzte Lebenserwartung hat. Sie bezieht sich daher nicht nur auf die letzten Wochen und Tage im Leben eines Menschen.

■ Die Familie als Zielgruppe der Pflege

Wenn ein Mensch schwer krank ist oder stirbt, ist immer ein ganzes System betroffen: Eltern, Kinder PartnerInnen, FreundInnen und Nachbarn. Einerseits helfen diese Menschen in der Pflege, andererseits trauern sie selbst und brauchen Unterstützung und Begleitung durch das professionelle Team – von dem Moment an, wo klar ist, dass der Klient/die Klientin unheilbar erkrankt ist. Palliative Care in der Hauskrankenpflege ist daher eine Dienstleistung, die sich an das gesamte soziale System richten muss.

■ Palliative Care braucht ein Team

Wenn ein Mensch schwer krank ist oder stirbt, so braucht er oder sie Begleitung oder Betreuung rund um die Uhr. Diese Aufgabe erfordert eine gute Zusammenarbeit mit und die Unterstützung von vorhandenen Angehörigen, insbesondere aber die Nutzung der unterschiedlichen, sich ergänzenden Kompetenzen und Perspektiven im Team der Hauskrankenpflege. Die Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft muss gesichert sein, Übergaben und gemeinsame Entscheidungen, die alle im Team tragen, müssen gewährleistet sein.

■ Flexibilität in palliativen Betreuungssituationen

Wenn ein Mensch schwer krank ist oder stirbt, so hat er meist einen komplexen Betreuungsbedarf. Der Tod hält sich nicht an Dienstpläne. Die Hauskrankenpflege braucht die Möglichkeit, auch einmal länger beim Klienten/bei der Klientin zu bleiben. Flexible Dienstpläne sind daher gefordert. Und sie braucht Entlastungsangebote, wie zum Beispiel Supervision.

■ Ethische Entscheidungen gemeinsam tragen

Wenn ein Mensch zu Hause bleiben und auch dort sterben will, so braucht er dazu „Verbündete“, Menschen – Angehörige und Professionelle – die ihn in dieser Zeit begleiten, auch wenn es schwierig wird. Damit verbunden sind Entscheidungen möglichst gemeinsam zu tragen. Dazu braucht es viel Entschlossenheit der Betreuenden und Besprechungszeiten, in denen man gemeinsam zu Entscheidungen kommt, die dann auch halten – im Sinne von ethischen Fallbesprechungen.

DAMIT DIE VERSORGUNG VON SCHWER KRANKEN UND STERBENDEN MENSCHEN BIS ZULETZT GELINGT, SCHLÄGT DAS ROTE KREUZ FOLGENDE MASSNAHMEN VOR:

1. Die fachliche, kommunikative und soziale Kompetenz für Gespräche mit Betroffenen ist aufzubauen.
2. Die Begleitung von Familien in Krisensituationen in der Versorgung am Lebensende soll integraler Bestandteil eines Leistungsangebotes von Trägerorganisationen sein.
3. Gute palliative Betreuung braucht Zeit: Zeit für Gespräche mit den Betroffenen, Zeit für Trauerbegleitung und für Beratung der Angehörigen, Zeit für gute Absprachen zwischen den Kooperationspartnern. Diese Zeit muss als notwendige Dienstleistung anerkannt und finanziert werden.
4. Die Betreuungszeiten müssen ausgedehnt werden. Die öffentliche Hand muss dafür die finanziellen Mittel bereitstellen. Schwer kranke und sterbende Menschen brauchen jemanden in Rufbereitschaft, rund um die Uhr.
5. Regelmäßige Fallbesprechungen mit anderen an der Betreuung beteiligten Kooperationspartnern sind anzustreben.

2. ZUSAMMENARBEIT UND KOOPERATIONEN IN DER PALLIATIVE CARE

Die Betreuungsverläufe von Menschen in der letzten Lebensphase sind entsprechend ihrem Bedarf als onkologisch Kranke, chronisch Kranke, Demenzkranke oder Alte und Hochbetagte sehr unterschiedlich. Dementsprechend sind jeweils unterschiedliche Formen von Kooperationen in der Betreuung aufzubauen und zu organisieren.

■ Zusammenarbeit mit den HausärztInnen

Zentral ist die Zusammenarbeit mit den HausärztInnen, sie tragen zu einer guten Schmerztherapie und Symptomkontrolle am Lebensende bei. Sie ermöglichen Handlungsspielraum für die Hauskrankenpflege, indem sie bestimmte Maßnahmen verordnen und rechtlich absichern.

■ Zusammenarbeit mit mobilen Palliative-Care-Teams

In vielen Situationen braucht es spezielles palliativpflegerisches oder palliativmedizinisches Wissen und Können. Dazu sind die mobilen Palliative-Care-Teams befähigt. Die Zusammenarbeit mit ihnen ist daher von großer Bedeutung, um einen Menschen bis zuletzt zu Hause zu versorgen.

■ Pflegerische und medizinische Überleitung aus dem und in das Krankenhaus

Immer wieder gibt es problematische Situationen am Lebensende, die nur durch eine stationäre Aufnahme ins Krankenhaus zu lösen sind. Pflegerische und medizinische Überleitung aus dem Krankenhaus und in das Krankenhaus sind ein wichtiger Eckpfeiler für die Versorgung am Lebensende.

■ Zusammenarbeit mit und Einbinden von freiwilligen MitarbeiterInnen

Auch wenn alle medizinischen und pflegerischen Maßnahmen gesetzt sind, so bleiben dennoch viele Bedürfnisse offen: Manchmal ist noch etwas zu besorgen, oft geht es um das Bedürfnis nach

Begleitung, nach Verstandenwerden oder einfach darum, dass jemand da ist, wenn es zu schwer wird. Hier kommen freiwillige MitarbeiterInnen ins Spiel. Die Zusammenarbeit mit und das Einbinden von Freiwilligen ist wertvoll, aber nicht kostenlos.

■ Regeln der Zusammenarbeit mit NotärztInnen

Die Zusammenarbeit mit den NotärztInnen zu regeln ist eine Voraussetzung für die Betreuung von PalliativpatientInnen zu Hause. Dadurch können „unnötige“ Krankenhausaufenthalte verhindert werden. Dies gelingt dann, wenn die ÄrztInnen Zugang zu den richtigen und wichtigen Informationen haben, wenn sie wissen, dass der Mensch zum Sterben zu Hause bleiben will.

DAMIT DIE VERSORGUNG VON SCHWER KRANKEN UND STERBENDEN MENSCHEN BIS ZULETZT GELINGT, SCHLÄGT DAS ROTE KREUZ FOLGENDE MASSNAHMEN VOR:

1. Komplexe Betreuungssituationen erfordern die Umsetzung von Case- und Care-Management in den jeweiligen Versorgungseinheiten. Das erfordert eine etablierte Kommunikations- und Besprechungskultur mit den jeweiligen KooperationspartnerInnen.
2. Die Schulung, Koordination und Begleitung von freiwilligen MitarbeiterInnen sind in der Versorgung bis zuletzt zu fördern.
3. Ein qualitätsgesichertes Nahtstellenmanagement ist in allen Krankenhäusern gemäß Vereinbarung Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens anzustreben.
4. Die Dokumentation bei den KlientInnen zu Hause muss für die KooperationspartnerInnen (HausärztInnen, mobiles Palliativteam) gut einsichtig sein und ihnen vermitteln, was der Wunsch der Klientin ist.
5. Besondere Dokumentationsinstrumente sollen es den NotärztInnen ermöglichen, sich rasch einen Überblick über die Lage zu verschaffen, um gute Entscheidungen im Sinne der KlientInnen treffen zu können.

3. FACHKOMPETENZ IN DER VERSORGUNG STERBENDER MENSCHEN UND IHRER ANGEHÖRIGEN

■ Wie viel palliativpflegerische Kompetenz brauchen die MitarbeiterInnen der Hauskrankenpflege?

Neben einer persönlichen Haltung der einzelnen engagierten Pflegeperson gibt es zur Palliativpflege konkreten Lernbedarf. Es geht um konkrete Fertigkeiten und Wissensbestände zur Schmerztherapie, zur Symptomkontrolle, zu Gesprächsführung und zur Betreuung von Angehörigen – um nur die wichtigsten zu nennen. Für die Weiterbildung in Palliative Care in der Hauskrankenpflege stehen daher fünf Ziele im Vordergrund:¹

1. Das Konzept der Palliative Care kennen und im pflegerischen Alltag umsetzen.
2. Sich mit eigenen Emotionen zu Sterben, Tod und Trauer auseinandersetzen.

1) Vgl. Pleschberger, Sabine/Heimerl, Katharina: „Palliativpflege lehren und lernen. Die Pflege schwer kranker und sterbender Menschen im Kontext der Pflegeausbildungen. In: Pleschberger, Sabine/Heimerl, Katharina/Wild, Monika (Hg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas 2002, 13–27.

3. Den Pflege- und Betreuungsbedarf von unheilbar kranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen einschätzen können.
4. Adäquate pflegerische Maßnahmen kennen und durchführen/umsetzen.
5. Den Bedarf an spezialisierter Expertise erkennen, diese organisieren und einbeziehen können.

DAMIT DIE BETREUENDEN IN DER VERSORGUNG VON SCHWER KRANKEN UND STERBENDEN MENSCHEN ZU HAUSE DIE NOTWENDIGE KOMPETENZ ERWERBEN, SCHLÄGT DAS ROTE KREUZ FOLGENDE MASSNAHMEN VOR:

1. Trägerorganisationen müssen ihren MitarbeiterInnen die Möglichkeit bieten, hausintern oder extern eine Fortbildung in Palliative Care zu absolvieren.
2. Alle MitarbeiterInnen der Hauskrankenpflege sollten in ihrer Region bzw. Organisationseinheit die Möglichkeit haben, kollegiale Unterstützung von einer kompetenten Ansprechperson in Anspruch zu nehmen, die in Palliative Care ausgebildet ist.
 - Durch Begleitung in der Praxis soll die Kompetenz der MitarbeiterInnen in Palliative Care gestärkt und gehoben werden.
3. Alle diplomierten MitarbeiterInnen der Hauskrankenpflege sollten zumindest eine Basis-Fortbildung zu den Themen Palliative Care, Sterben, Tod, Trauer und Abschied absolvieren.
4. Anhand von (ethischen) Fallbesprechungen im Team sollen die Arbeitsprozesse reflektiert und Verbesserungsmöglichkeiten in der Versorgung am Lebensende entwickelt werden.

4. RAHMENBEDINGUNGEN & FINANZIERUNG

■ Ambulante Versorgung ist von der öffentlichen Hand stärker zu fördern

Wenn ein Mensch schwer krank ist oder stirbt, so hat er oder sie einen hohen Betreuungsbedarf, der mit einem höheren Betreuungsaufwand für die Hauskrankenpflege einhergeht. Derzeit wird die umfassende Pflege zu Hause jedoch nicht ausreichend von der öffentlichen Hand finanziert.² Dann bleibt oft als einzige leistbare Lösung, die KlientInnen in das Krankenhaus oder das Pflegeheim zu überweisen.

■ Öffentlichkeitsarbeit über die Leistungen der häuslichen Pflege & Versorgung in der letzten Lebensphase

Wer noch nie einen schwer kranken oder sterbenden Angehörigen zu Hause betreut hat, weiß meist nicht, wie viel Aufwand es ist, wie viel Unterstützung gebraucht wird – und wo diese Unterstützung zu haben ist. Im Ernstfall fehlt das Wissen darum, wo Hilfe zu holen ist, und diese „Hilflosigkeit“ entmutigt Angehörige und Betroffene, und es entsteht der Eindruck, dass Betreuung zu Hause nicht leistbar ist. Das Leistungsangebot der häuslichen Pflege transparenter zu vermitteln ist eine wichtige Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit.

2) Siehe die aktuellen politischen Versuche der Pflegefinanzierung in Österreich sowie die Ansätze zur 24-Stunden-Betreuung.

■ Finanzierung von Organisations- und Koordinationszeiten

Die Leistungen der Hauskrankenpflege bestehen in erster Linie in direkten Pflegeleistungen beim Klienten/bei der Klientin. Aber das reicht nicht aus für eine gute Versorgung bis zuletzt. Es braucht ein ganzes Betreuungsnetzwerk, und dieses ist zu koordinieren und zu organisieren – eine Dienstleistung am Klienten/an der Klientin, die die Hauskrankenpflege selbstverständlich tagtäglich und insbesondere in palliativen Betreuungssituationen erbringt, ohne dass diese Dienstleistung derzeit vollständig verrechenbar wäre.

■ Organisation und Verordnung von Heilbehelfen und Pflegehilfsmitteln

Die Verweildauer in unseren Spitälern wird immer kürzer. Als Folge davon sind die KlientInnen der Hauskrankenpflege in zunehmendem Maße schwer pflegebedürftig. Damit steigt auch der Bedarf an Heilbehelfen und Pflegehilfsmitteln zu Hause, die unmittelbar und sofort gebraucht werden. Finanzielle Deckelungen und aufwändige und langwierige Bewilligungsverfahren sind für die Betroffenen nicht zumutbar.

■ Ausweitung der Regelung zur Beschleunigung des Pflegegeldprozederes

Das Verfahren zur Erhöhung des Pflegegeldes soll beschleunigt werden – unabhängig davon, ob ein spezialisiertes Palliativteam in die Betreuung mit eingebunden ist. Die Voraussetzung dafür ist, dass es Kriterien zur Einschätzung des palliativen Betreuungsbedarfs gibt.

DAMIT DIE VERSORGUNG VON SCHWER KRANKEN UND STERBENDEN MENSCHEN BIS ZULETZT FINANZIERBAR IST, SCHLÄGT DAS ROTE KREUZ FOLGENDE MASSNAHMEN VOR:

1. Dem erhöhten Betreuungsbedarf von schwer kranken und sterbenden Menschen zu Hause müssen die Rahmenbedingungen der mobilen Pflege und Betreuung Rechnung tragen, damit die erforderlichen Betreuungsstunden geleistet werden können.
2. Die erforderlichen zusätzlichen Organisations- und Koordinationszeiten in der Betreuung und Pflege am Lebensende müssen abgegolten werden.
3. Den diplomierten Pflegepersonen der Hauskrankenpflege sollte die Verordnung ausgewählter Heilbehelfe und Pflegehilfsmittel ermöglicht werden.
4. Beratungs- und Entlastungsgespräche für Betroffene und pflegende Angehörige sowie begleitende und Nachgespräche zur Trauerverarbeitung sollten im Rahmen der Hauskrankenpflege abgegolten werden.

5. FORDERUNGEN AN DIE GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIK

Die Stärkung der ambulanten Versorgung darf nicht länger eine politische Absichtserklärung bleiben. Um den geänderten Bedarf der betroffenen Menschen zu decken, ist eine deutliche Reorganisation erforderlich. Basierend auf den Ergebnissen des Projektes „Gut versorgt bis zuletzt – Palliative Care in der Hauskrankenpflege des Österreichischen Roten Kreuzes“ sind aus Sicht des Roten Kreuzes daher folgende wichtige Themen von der Gesundheitspolitik aktiv aufzunehmen und in Maßnahmen umzusetzen:

1. Das Thema der häuslichen Versorgung, insbesondere von Schwerkranken und Sterbenden, muss in allen politischen Gremien aktiv und inhaltlich vertiefend aufgenommen werden. Eine anhaltende Engführung entlang ökonomischer Parameter ist dabei nicht wünschenswert.
 - Wir fordern daher einen regelmäßigen „runden Tisch“ mit politischen EntscheidungsträgerInnen, TrägervertreterInnen, Betroffenenorganisationen und finanzierenden Institutionen, an dem die notwendigen gesundheitspolitischen Weichenstellungen ausgehandelt werden.
2. Palliative Care muss als Leistungsanspruch für jeden Menschen in Österreich in das ASVG aufgenommen werden.
3. Der zusätzliche Betreuungsaufwand in der häuslichen Versorgung am Lebensende muss dem Bedarf entsprechend finanziert werden.
 - Besondere Bedeutung haben dabei die Anerkennung des zusätzlichen Gesprächsaufwandes und die Begleitung von Angehörigen als Leistung. Dazu gehören auch Beratungs- und Entlastungsgespräche sowie die Trauerbegleitung.
 - Der erhöhte Besprechungsbedarf im betreuenden Team ist ebenso abzugelten.
 - Entlastende und qualitätssichernde Maßnahmen wie z. B. interdisziplinäre Fallbesprechungen sowie Super- und Intervention sind abzugelten.
4. Es braucht flexiblere arbeitsrechtliche und finanzielle Modelle, um den individuellen Betreuungsverläufen in der letzten Lebensphase der betroffenen Menschen Rechnung zu tragen.
5. Die Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit (Rufbereitschaft) ist in der Versorgung am Lebensende unbedingt erforderlich und sollte trägerübergreifend organisiert werden.
6. Die erforderliche Zusammenarbeit und fachliche Abstimmung in der Versorgung zu Hause müssen strukturell verankert und finanziell abgegolten werden. Dies betrifft insbesondere die Zusammenarbeit mit HausärztInnen, NotärztInnen, mobilen Palliativteams, Freiwilligen und Krankenhäusern.
7. Die Fachkompetenz von Pflege- und Betreuungspersonen ist entsprechend dem geänderten Bedarf und den damit verbundenen Herausforderungen (Case- und Care-Management, familienbezogene Pflege, Palliative Care) auszubauen.
8. Dass gute Versorgung von schwer kranken und sterbenden Menschen auch zu Hause gelingen kann, soll öffentlichkeitswirksam vermittelt und durch breite Medienarbeit transportiert werden.

DIE GRUNDSÄTZE DES

ROTEN KREUZES

MENSCHLICHKEIT

Wir dienen Menschen, aber keinem System.

UNPARTEILICHKEIT

Wir versorgen das Opfer, aber genauso den Täter.

NEUTRALITÄT

Wir ergreifen die Initiative, aber niemals Partei.

UNABHÄNGIGKEIT

Wir gehorchen der Not, aber nicht dem König.

FREIWILLIGKEIT

Wir arbeiten rund um die Uhr,
aber nicht in die eigene Tasche.

EINHEIT

Wir haben viele Talente, aber nur eine Vision.

UNIVERSALITÄT

Wir achten Nationen, aber keine Grenzen.



ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

Aus Liebe zum Menschen.