



Alois Stöger  
Bundesminister

Frau  
Präsidentin des Nationalrates  
Mag.<sup>a</sup> Barbara Prammer  
Parlament  
1017 Wien

XXIV. GP.-NR  
14680 /AB  
05. Aug. 2013  
zu 14987J

GZ: BMG-11001/0184-I/A/15/2013

Wien, am 2. August 2013

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 14987/J der Abgeordneten Dr. Belakowitsch-Jenewein und weiterer Abgeordneter** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

**Frage 1:**

Während der laufenden Gesetzgebungsperiode sind vielfältige Aktivitäten und Maßnahmen zum Ausbau der palliativen Versorgung gesetzt und umgesetzt worden. Zum einen wurden die Rahmenbedingungen auf Bundesebene kontinuierlich verbessert, zum anderen ist der Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung auf Ebene der Bundesländer kontinuierlich vorangeschritten.

Auf Bundesebene wurden während der XXIV. Gesetzgebungsperiode folgende Schritte zum Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung in Österreich gesetzt:

- Im Jahr 2009 wurde für das österreichweite Projekt „Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH)“ von Hospiz Österreich ein Beirat eingerichtet, in dem das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mitwirkt. Bislang wurden Richtlinien erstellt, die alle betroffenen Zielgruppen (Bewohner/innen, Angehörige, Leitende, Pflegekräfte, Ärztinnen/Ärzte, Seelsorger/innen, psychosoziale Berufe und Ehrenamtliche) erfassen und in den Dimensionen von Pflege, Medizin, psychosozialer und spiritueller Betreuung und Begleitung die Ziele beschreiben. Weiters wurden eine Modellarchitektur

für die Umsetzung von Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen sowie eine modellhafte Beschreibung des Organisationsentwicklungsprozesses und Schulungsangebote dazu erarbeitet, ein Curriculum Palliative Geriatrie und Schulungsangebote entwickelt sowie viel Erfahrung aus den Pilotprojekten in den Bundesländern gesammelt. Das Projekt wird u.a. vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) gefördert (siehe <http://www.hospiz.at/> unter Alten- und Pflegeheime).

- Die Integration des Konzepts der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in den ÖSG 2010 war ein wichtiger Schritt zur besseren Verankerung dieses Bereichs in der österreichischen Versorgungslandschaft und wird zur Forcierung des weiteren Auf- und Ausbaus der Versorgung beitragen. Das Konzept wurde auch in den ÖSG 2012 übernommen, siehe ÖSG 2012, Seite 102 ff, herunterzuladen auf der Seite: [http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Planung/Oesterreichischer\\_Strukturplan\\_Gesundheit\\_OeSG\\_2012](http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2012)
- In den Jahren 2010 und 2011 wurden im Rahmen des von mir initiierten Kindergesundheitsdialogs eine Problemanalyse und Lösungsansätze für Kinderhospizarbeit und pädiatrische Palliative Care erarbeitet. Die Ergebnisse sind in Ziel 19 der Kinder- und Jugend-Gesundheitsstrategie 2011 eingeflossen, siehe [http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Kinder\\_und\\_Jugendgesundheit/Kinder\\_und\\_Jugendgesundheitsstrategie/](http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Kinder_und_Jugendgesundheit/Kinder_und_Jugendgesundheitsstrategie/). In der Folge hat das BMG 2012 ein Konzept für die „Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene“ in Auftrag gegeben, welches die derzeitige Versorgungssituation in Österreich beschreibt und den Versorgungsbedarf sowie die nötige Versorgung auf Basis internationaler Standards darstellt. Das Konzept wird in den nächsten Monaten veröffentlicht werden.
- Zur Förderung der Qualitätssicherung in Hospiz- und Palliativeinrichtungen wurde im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur ein „Prozesshandbuch für Hospiz- und Palliativeinrichtungen“ erarbeitet und im Herbst 2012 der Fachöffentlichkeit vorgestellt, das die Arbeit in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen unterstützen und fördern wird. Als Handlungsanleitung für die Praxis trägt es zu einer österreichweit qualitativ vergleichbaren Hospiz- und Palliativversorgung bei. Darüber hinaus stellt es einen Vorreiter für Standards zur Förderung der Prozessqualität und somit einen Meilenstein der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheits- (und Sozial-)system dar. Es wendet sich primär an die in den Einrichtungen Arbeitenden, vermittelt aber auch Berufstätigen in jenen Strukturen, die mit dem Hospiz- und Palliativbereich vernetzt sind, Information und Einblick in die Tätigkeit dieses spezifischen Versorgungsbereiches. Das Handbuch steht zum Download zur Verfügung ([http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Planung/Hospiz\\_und\\_Palliativversorgung\\_in\\_Oesterreich](http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich)).

- Im Frühjahr 2013 hat das BMG das Projekt „Der Stellenwert von Tageshospizen im Kontext der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich sowie geriatrischer teilstationärer Angebote“ in Auftrag gegeben. Tageshospize sind ein Baustein des abgestuften Versorgungskonzepts und bieten jenen, die die Nacht in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können, Entlastung während des Tages mit dem Ziel, Lebensqualität und Selbstständigkeit von Palliativpatient/inn/en zu fördern, Akutkrankenhäuser zu entlasten und den Angehörigen zu helfen. Im Rahmen des Projekts wird der internationale Forschungsstand zu Tageshospizen mit nationalen Evaluationsergebnissen verknüpft und damit eine Grundlage für den Ausbau dieses Versorgungssegments und dessen Verbesserung geschaffen.
- Für den gesamten Bereich der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung werden im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur laufend begleitende, steuernde, unterstützende und vernetzende Aktivitäten geleistet (z.B. in Form von Informationsmaterialien, Vernetzungstreffen und Diskussionsforen, ggf. Einzelberatung). Die Entwicklung in diesem Bereich unterliegt einem kontinuierlichen Monitoring (in Kooperation mit dem Dachverband Hospiz Österreich und der Österreichischen Palliativgesellschaft).

Die Umsetzung der Palliativ- und Hospizversorgung liegt im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer:

Die quantitativen Entwicklungen zum Ausbau der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung während der laufenden Gesetzgebungsperiode sind in der als Beilage angeschlossenen Tabelle für die Jahre 2008 und 2011 (letztverfügbare Daten) dargestellt. Aufgrund von Rückmeldungen aus den Bundesländern Anfang 2013 (siehe dazu unten) konnten einige Zahlen auch für den Zeitpunkt Anfang 2013 ergänzt werden. Die Tabelle zeigt, dass es in fast allen Bereichen der Hospiz- und Palliativversorgung im Beobachtungszeitraum zu deutlichen Zunahmen der Versorgungsangebote kam, jedenfalls in all jenen Bereichen, die dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind.

Um detaillierte Informationen über den Versorgungsstatus sowie die Planungen der Bundesländer aus erster Hand zu erhalten, habe ich die Länder im Frühjahr 2011 um Statusberichte zum Umsetzungsstand sowie zu den weiteren geplanten Maßnahmen und weiters im Winter 2012/2013 um ein entsprechendes Update ersucht.

Aus den Antwortschreiben der Bundesländer geht klar hervor, dass die Hospiz- und Palliativversorgung ein großes Anliegen ist und bereits viel auf diesem Sektor geleistet wurde. Neben der großen Bedeutung dieses Versorgungsbereichs wird die Notwendigkeit zum weiteren Ausbau unterstrichen.

Die Länder weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Aufnahme der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in den ÖSG 2010 die Wichtigkeit dieses Versorgungsbereichs für das Gesundheitswesen verdeutlicht und als Meilenstein bezeichnet werden kann.

Zusammenfassend kann folgender Überblick über die Bundesländer gegeben werden:

- Burgenland: Die Grundlage bildet der „Hospizplan Burgenland - integrative Palliativversorgung im Burgenland“ aus 2004. Der Landtag forderte im November 2004 die Landesregierung auf, auf Basis dieses Hospizplans eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Hospiz- und Palliativdiensten sicherzustellen. Das Burgenland hat in der Versorgung von Palliativpatient/inn/en den Fokus auf ein mobiles Palliativversorgungsnetzwerk gelegt (mit der Begründung, dass das Burgenland österreichweit den größten Anteil an zu Hause Sterbenden aufweist) und ist in der Umsetzung davon geleitet, möglichst keine zusätzlichen Institutionen zu schaffen. Die flächendeckende organisatorische und personelle Infrastruktur wurde schrittweise ausgebaut. Es gibt eine Landeskoordination und vier Regionalkoordinationen. Es wurden „Richtlinien des Landes Burgenland für die mobile Hospiz- und Palliativversorgung“ (kurz: HPV-Richtlinien) erarbeitet. Die Finanzierung der Leistungen erfolgt derzeit durch Subventionen des Landes.
- Kärnten: Die Grundlage bilden die Kärntner Landes-Krankenanstaltenpläne 2002 und 2009. Die Versorgung von Palliativpatient/inn/en wird durch Palliativstationen, Mobile Palliativteams und Hospizteams realisiert. Die Versorgung im stationären und mobilen Bereich wird als durchaus zufriedenstellend eingeschätzt, wiewohl ein weiterer Ausbau zu verfolgen sein wird, insbesondere im Bereich der Mobilien Palliativteams. Die Bausteine Stationäres Hospiz und Tageshospiz werden in Kärnten nicht umgesetzt (mit der Begründung, dass dadurch in der ländlichen Struktur nur künstliche Brücken in der Versorgungskette geschaffen würden). Die Finanzierung der Mobilien Palliativteams erfolgte zuerst über Strukturmittelförderung, später über Reformpool-Mittel des Kärntner Gesundheitsfonds. Seit 2009 gibt es eine Regelfinanzierung durch Mittel des Kärntner Gesundheitsfonds.
- Niederösterreich: Die Grundlage bildet das „Integrierte Hospiz- und Palliativversorgungskonzept für NÖ“, das 2005 beschlossen wurde. Die Planungen des Landes für Hospizteams, Stationäre Hospize und Mobile Palliativteams seien zu 100% und bei den Palliativstationen zu 82% umgesetzt. Die fehlenden 18% werden im Zuge der Neu- und Umbauten in den NÖ Landeskliniken sukzessive realisiert werden (bis 2017 ist die Einrichtung von weiteren 36 Palliativ-Betten in den Landeskliniken geplant). Weiters läuft das Projekt „Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim“ in 17 Pflegeheimen in NÖ. Vom NÖGUS sind sieben Palliative-Care-Beauftragte in allen Landesteilen eingesetzt. Die Umsetzung und Finanzierung der Palliativversorgung erfolgt im Rahmen

- eines Reformpoolprojektes. 2012 erhielt die NÖ Hospiz- und Palliativversorgung den ersten österreichischen Preis in der Kategorie gesundheitspolitische Modellfunktion (INTEGRI) für Leistungen in der integrierten Versorgung.
- Oberösterreich: Für 2013/2014 ist die Einrichtung einer weiteren Palliativstation mit neun Betten geplant. Noch unversorgte Bezirke im Mühlviertel sollen im Laufe des Jahres 2013 durch ein Mobiles Palliativteam versorgt werden. Hospizteams sind in allen oberösterreichischen Bezirken eingerichtet. Die Finanzierung der Mobilen Palliativteams erfolgt über Strukturmittel.
  - Salzburg: Auf Basis eines Beschlusses der Salzburger Gesundheitsplattform wird derzeit ein Konzept für die mittelfristige Realisierung einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung erstellt bzw. soll im Rahmen der Überarbeitung des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG Salzburg) die Soll-Entwicklung für das Land Salzburg in einem partnerschaftlichen Planungsprozess erarbeitet werden. Die Finanzierung der Tageshospize erfolgt über Strukturmittel und wurde ab 2013 aufgestockt.
  - Steiermark: Hospiz- und Palliativeinrichtungen sind im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG Steiermark) verankert und in der Versorgungslandschaft weitgehend etabliert. Mit dem Start des letzten Mobilen Palliativteams wird der Vollausbau - ausgenommen die Stationären Hospize - im Jahr 2013 erreicht. Die Stagnation in der Realisierung weiterer Stationärer Hospize könnte bei Vorliegen einer Finanzierungsregelung im neuen Pflegefonds beendet werden. Es gibt eine Koordinationsstelle „Koordination Palliativbetreuung Steiermark“. Seit 2009 werden die Hospiz- und Palliativeinrichtungen aus Mitteln des Gesundheitsfonds Steiermark regelfinanziert.
  - Tirol: Die Grundlagen bilden der Tiroler Krankenanstaltenplan 2009, das Reformpoolprojekt „Palliativ- und Hospizversorgung Tirol - Modellprojekte Lienz und Reutte“, der „Strukturplan Pflege 2012 - 2022“ mit Planungen für den Palliativ- und Hospizbereich, speziell im ambulanten Bereich, und das Konzept der Tiroler Hospizgemeinschaft für ein Hospizhaus in Innsbruck. Es wird von einem Drei-Säulen-Modell ausgegangen: stationäre palliativmedizinische Versorgung (Palliativbetten), ambulante Palliativ- und Hospizversorgung, Hospizhaus (Zentrum der Hospizbewegung mit Palliativstation und Mobilem Palliativteam), Tageshospiz, Bildungsakademie, Koordination aller Hospizteams). In allen Bezirken soll es kombinierte Teams (Mobile Palliativteams und Palliativkonsiliardienst) geben. Derzeit stehen zwei weitere Palliativstationen kurz vor der Umsetzung (im Endausbau soll es sechs Palliativstationen mit insgesamt 40 Betten geben). Ab 2013 sollen nach und nach alle noch nicht versorgten Bezirke Tirols ein Palliativteam erhalten, das die ambulante Betreuung verbessert und in den Bezirkskrankenhäusern palliativkonsiliarische Aufgaben abdeckt. Die Finanzierung für zwei Mobile Palliativteams (inkl. Palliativkonsiliardienst) erfolgt für die Pilotphase von zwei Jahren modellfinanziert je zur Hälfte aus Mitteln des Reformpools des Tiroler Gesundheitsfonds und der Sozialversicherung. Alle bestehenden Mobilen Palliativteams sollen in die Regelfinanzierung übergeführt werden (finanziert

durch Gesundheitsbereich und Sozialversicherung). Die hauptamtlichen regionalen Koordinationen der Hospizgruppen werden überwiegend aus Spendengeldern finanziert. Derzeit arbeitet eine Arbeitsgruppe an einem Konzept für die landesweite Etablierung von Palliativ- und Hospizversorgung mit einer einheitlichen und nachhaltig gültigen Finanzierung.

- Vorarlberg: Die Grundlage bildet das Konzept „Für alle, die es brauchen - Integrierte Palliative Versorgung“. Es ist eine enge Verzahnung der unterschiedlichen Module und eine Vernetzung und Kooperation aller Beteiligten vorgesehen. Damit der überwiegende Teil der Sterbenden in der Grund- und Regelversorgung fachlich gut versorgt werden kann, gibt es umfangreiche interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungsangebote, 2012 erstmals auch einen Palliativlehrgang für die Pflegehilfe, einen weiteren im Herbst 2013. Geplant ist eine Aufstockung der bestehenden Palliativstation. Weiters hat Vorarlberg (neben NÖ) eine Vorreiterfunktion bei der Umsetzung des Projekts „Palliative Care in Pflegeheimen“. Die Finanzierung des Mobilien Palliativteams erfolgt durch den Vorarlberger Gesundheitsfonds, Krankenversicherungsträger und Caritas Vorarlberg. Die Hospizteams werden vom Land und von den Gemeinden finanziert.
- Wien: Bis 2020 sollen noch weitere Palliativbetten eingerichtet werden, im Endausbau soll es 92 Betten geben. Die Mobilien Palliativteams werden von der Stadt Wien im Wege des Fonds Soziales Wien finanziert.

## Frage 2:

Der Umsetzungsgrad für die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung kann nicht für jedes Angebotssegment gleichermaßen eingeschätzt werden, sondern nur für jene Bereiche, für die der Bedarfsrichtwert gut operationalisierbar ist - das sind Palliativstationen, Stationäre Hospize, Mobile Palliativteams und Hospizteams, da hierfür entsprechende Messgrößen (im stationären Bereich: Betten, im mobilen Bereich: Personal) verwendet werden können.

Der Ausbaugrad im Bereich der Palliativstationen ist aufgrund der Finanzierungssituation (seit 2002 LKF-finanziert) mit knapp 78% deutlich höher als bei den nicht regelfinanzierten Stationären Hospizen (bundesweit rund 40%). Allerdings wird die Berücksichtigung der Hospizversorgung im Pflegefonds des Sozialbereichs einen Anstoß für den weiteren Ausbau bewirken. So setzt sich etwa die Initiative „Hospiz Horizont“ in Oberösterreich für die Errichtung eines Stationären Hospizes ein (vgl. [www.hospiz-horizont.at](http://www.hospiz-horizont.at)).

Die bedarfsnotwendigen Kapazitäten an Mobilien Palliativteams sind (ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten von speziell qualifiziertem Personal) bundesweit mittlerweile zu 63% umgesetzt.

Die unterschiedlichen Umsetzungsgrade in den Bundesländern sind insbesondere auf die grundsätzlich fehlende Finanzierungsregelung in einzelnen Bundesländern zurückzuführen. In der Steiermark (mit mittlerweile einer rechnerischen Bedarfsdeckung von 105%) wurde die Hospiz- und Palliativversorgung ab dem Jahr 2009 in eine Regelfinanzierung übergeführt, die Mobilien Palliativteams in Kärnten sind ebenfalls regelfinanziert. In Oberösterreich wird eine flächendeckende mobile Palliativversorgung bis zum Jahr 2014 angestrebt.

Die Hospizteams sind in Bezug auf die ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen österreichweit gut ausgebaut. Der angestrebte Richtwert von zehn bis zwölf Ehrenamtlichen je 40.000 Einwohner/innen ist österreichweit betrachtet erreicht. Aufholbedarf besteht in allen Bundesländern nach wie vor im Bereich der hauptamtlichen Koordinationspersonen.

#### Soll-Ist-Vergleich für ausgewählte Hospiz- und Palliativversorgungsangebote per 31.12.2011

Bundesland	Palliativstation <sup>1</sup>			Stationäres Hospiz <sup>1</sup>			Mobiles Palliativteam <sup>2</sup>			Hospizteam <sup>3</sup>		
	Soll 2011	Ist 2011	Soll/Ist (%)	Soll 2011	Ist 2011	Soll/Ist (%)	Soll 2011	Ist 2011	Soll/Ist (%)	Soll 2011	Ist 2011	Soll/Ist (%)
Burgenland	11	8	72,7	6	0	0,0	9,16	2,71	29,5	71	142	199,4
Kärnten	22	32	145,5	11	0	0,0	17,94	12,00	66,9	140	289	207,1
NÖ	64	30	46,9	32	48	150,0	51,81	37,36	72,1	403	565	140,2
OÖ	57	60	105,3	28	0	0,0	45,41	13,17	29,0	353	383	108,5
Salzburg	21	18	85,7	11	8	72,7	17,09	8,69	52,4	133	123	92,5
Steiermark	48	37	77,1	24	12	50,0	38,91	40,71	104,6	303	714	235,9
Tirol	28	13	46,4	14	0	0,0	22,82	9,80	42,9	178	234	131,8
Vorarlberg	15	10	66,7	7	0	0,0	11,89	2,60	21,9	92	201	217,3
Wien	69	53	76,8	34	0	0,0	55,10	44,07	80,0	429	221	51,6
Österreich	335	261	77,7	167	68	40,5	270,13	171,11	63,4	2.102	2.872	136,7

1 Zahlenangaben beziehen sich auf Betten. Der Soll-Stand wurde auf Basis der Bedarfsrichtwerte ermittelt (60 Betten je Million EW für den stationären Bereich – aufgeteilt zu 2/3 auf Palliativstationen, d. s. 40 Betten je Mio. EW, und 1/3 auf Stationäre Hospize, d. s. 20 Betten je Mio. EW).

2 Zahlenangaben beziehen sich auf Vollzeitäquivalente (VZÄ). Der Soll-Stand wurde auf Basis des Bedarfsrichtwertes ermittelt (1 Team, bestehend aus 4,5 VZÄ, je 140.000 EW).

3 Zahlenangaben beziehen sich auf ehrenamtliche Mitarbeiter/innen (EA). Der Soll-Stand wurde auf Basis des Bedarfsrichtwertes ermittelt (1 Team, bestehend aus 10 EA, je 40.000 EW).

EW = EinwohnerInnen

Quelle: Hospiz- und Palliativversorgung, Monitoring 2012

Grundsätzlich korreliert der Ausbaustand der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung damit, ob eine landesweite Planung vorgenommen, zur Umsetzung eine Koordination eingesetzt und Finanzierungslösungen geschaffen wurden.

Die Bundesländer weisen in ihren Stellungnahmen (siehe dazu oben) explizit darauf hin, dass die Umsetzung der Hospiz- und Palliativversorgung dadurch beeinträchtigt wird, dass es eine Kompetenzzersplitterung und damit keine klaren Zuständigkeiten für die Finanzierung gibt. Nach wie vor ist lediglich die Finanzierung der Palliativstationen durch das LKF-System bundesweit einheitlich geregelt. Die Finanzierung der übrigen Bereiche ist äußerst heterogen.

Tatsache ist, dass die Rechts- und Kompetenzsituation fragmentiert ist, woraus sich unterschiedliche Finanzierungsverantwortlichkeiten ableiten lassen:

- Palliativversorgung ist ein medizinisches Angebot und dem Gesundheitswesen zuzuordnen.
  - Für die Palliativversorgung im niedergelassenen Bereich ist die Sozialversicherung in Form der Selbstverwaltung zuständig. Notwendige ärztliche Behandlungen sind ohne Einschränkung auf bestimmte medizinische Gebiete - somit auch für Palliativmedizin - als Leistungen der Krankenversicherung vorgesehen.
  - Die stationäre Palliativversorgung zählt kompetenzrechtlich zum Heil- und Pflegeanstellenwesen und fällt damit unter Art. 12 B-VG (Grundsatzgesetzgebung Bund, Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung Länder). Im Rahmen von Krankenhausaufenthalten wird die Palliativversorgung über die Landesgesundheitsfonds im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) abgerechnet.
- Hospizversorgung ist Teil der Pflegeversorgung und somit unter Art. 15 B-VG zu subsumieren (Gesetzgebung und Vollziehung Länder). Für die notwendige Pflege aufzukommen, obliegt den Institutionen des jeweiligen Bundeslandes als Träger der Sozialhilfe. Der Hospizbereich ist somit dem Sozialbereich zuzurechnen.

Aus kompetenzrechtlicher Sicht kann ich als Gesundheitsminister weder Hospize in das Gesundheitssystem einbeziehen noch auf den flächendeckenden Auf- und Ausbau von Versorgungsangeboten, der im Zuständigkeitsbereich der Länder bzw. der Sozialversicherung liegt, eine bestimmende Einflussnahme ausüben. Das Gesundheitsressort und die Bundesgesundheitsagentur haben jedoch im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten alles unternommen, um die Rahmenbedingungen zu verbessern, Vorleistungen zu erbringen und Unterstützung zu leisten (ich verweise auf meine Ausführungen zu Frage 1).

### **Frage 3:**

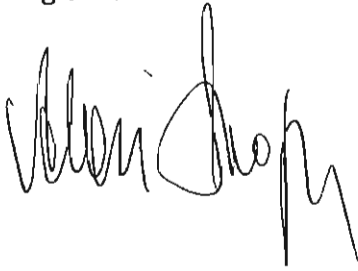
Es fehlt nicht an bestehenden Versorgungsstrukturen. Vielmehr sollen auf Hospiz- und Palliativversorgung spezialisierte Strukturen, vor allem solche im stationären Bereich, nicht neu geschaffen, sondern primär durch Umwidmung anderer stationärer Strukturen eingerichtet werden. Daher erwachsen für die Bevölkerung keine nachhaltigen Nachteile, weil es ausreichende Versorgungsangebote sowohl im stationären Bereich (insbesondere im Bereich der Inneren Medizin) als auch im Bereich der mobilen Dienste im Gesundheits- sowie im Sozialbereich für alle gibt, die eine Versorgung benötigen.

Das Konzept der spezialisierten abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung wurde erst im Jahr 2004 entwickelt und wird seither schrittweise umgesetzt. Der Aufbau



neuer spezialisierter Versorgungsangebote hat immer mittelfristige Perspektiven (d.h. 15 bis 20 Jahre), nicht nur weil kein Bundesland über hinreichende Umsetzungskapazitäten und finanzielle Ressourcen verfügt, um alle Angebote gleichzeitig zu schaffen, sondern unter anderem etwa auch, weil das notwendige Ausbildungsangebot geschaffen und das dafür erforderliche Personal entsprechend ausgebildet werden muss.

Das Hospiz- und Palliativversorgungskonzept wurde im Zuge vieler anderer Planungen und Vorkehrungen zur Anpassung der Gesundheitsversorgung an die älter werdende Bevölkerung geschaffen und seine Umsetzung hält mit der demografischen Entwicklung Schritt.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Viktor Schöpf', written in a cursive style.

Beilage

## BEILAGE

Beilage zu Beantwortung Parl. Anfrage Nr. 14987/J. Antwort zu Frage 1

Einrichtungen und Dienste der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung - Ende 2008, Ende 2011 und Anfang 2013 (soweit verfügbar)

	Palliativstationen		Stationäre Hospiz		Tageshospiz		Palliativ-konsiliar-dienste		Mobile Palliativteams		Hospizteams		Einrichtungen insgesamt	
	Standorte	Betten	Standorte	Betten	Standorte		Dienste	Teams	Beschäftigte in VZA	Teams	Hauptamtlich Beschäftigte in VZA	Ehrenamtliche	Anzahl	
<b>Ende 2008</b>														
Burgenland	1	8						4	k.A.	11	4,0	108	16	
Kärnten	3	30					3	3	9,0	13	1,8	131	22	
Niederösterreich	4	31	4	26			11	9	27,3	30	14,3	523	58	
Oberösterreich	4	40					3	3	12,2	18	9,8	342	28	
Salzburg	3	16	1	8	1		1	4	6,8	8	2,6	136	18	
Steiermark	3	28	1	12	1		9	7	34,0	28	3,3	670	49	
Tirol	1	14						1	4,5	16	1,3	185	18	
Vorarlberg	1	10						1	2,6	7	4,1	199	9	
Wien	5	48			1		4	3	35,6	4	2,5	131	17	
<b>Österreich</b>	<b>25</b>	<b>225</b>	<b>6</b>	<b>46</b>	<b>3</b>		<b>31</b>	<b>35</b>	<b>132,0</b>	<b>135</b>	<b>43,6</b>	<b>2.425</b>	<b>235</b>	
<b>Ende 2011</b>														
Burgenland	1	8						4	2,7	8	2,4	142	13	
Kärnten	3	32					3	3	12,0	16	2,3	289	25	
Niederösterreich	4	30	6	48			15	10	37,4	31	16,6	565	66	
Oberösterreich	6	60					5	4	13,2	19	11,4	383	34	
Salzburg	3	18	1	8	1		1	4	9,0	9	2,5	123	19	
Steiermark	5	37	1	12	1		10	8	40,7	30	4,8	714	55	
Tirol	1	13						3	10,0	18	2,9	234	22	
Vorarlberg	1	10						1	2,6	7	4,2	201	9	
Wien	5	53			1		4	3	44,1	8	3,4	221	21	
<b>Österreich</b>	<b>29</b>	<b>261</b>	<b>8</b>	<b>68</b>	<b>3</b>		<b>38</b>	<b>40</b>	<b>171,4</b>	<b>146</b>	<b>50,4</b>	<b>2.872</b>	<b>264</b>	
<b>Anfang 2013 (soweit vergleichbare Angaben vorhanden)</b>														
Burgenland	1	8												
Kärnten	3	32												
Niederösterreich	4	30	7	42	1									
Oberösterreich	7	63												
Salzburg	3	18	1	8	1									
Steiermark	6	48	1	12	1									
Tirol	3	20												
Vorarlberg	1	10												
Wien	6	76			1									
<b>Österreich</b>	<b>34</b>	<b>305</b>	<b>9</b>	<b>67</b>	<b>4</b>									

VZA = Vollzeitequivalente

Quelle für 2008 und 2011: Monitoring-Berichte 2009 und 2012 im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur; Quelle für 2013: Rückmeldungen der Bundesländer Anfang 2013