
7783/AB XXIV. GP

Eingelangt am 04.05.2011

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung



Alois Stöger
Bundesminister

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag.^a Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0087-II/A/9/2011

Wien, am 3. Mai 2011

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 7867/J der Abgeordneten Grünewald, Öllinger, Freundinnen und Freunde** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Frage 1:

Betrachtet man die Palliativstationen und die stationären Hospize zusammen als stationären Versorgungsbereich, so sind die bedarfsnotwendigen Kapazitäten mit Ende 2009 bundesweit mittlerweile zu 60% umgesetzt, Ende 2008 waren es 54%. Aufgrund der Finanzierungssituation ist der Ausbaugrad im Bereich der LKF-finanzierten Palliativstationen mit 71,5% Ende 2009 (67% Ende 2008) nach wie vor deutlich höher als bei den nicht regelfinanzierten stationären Hospizen mit bundesweit 37,7% Ende 2009 (27,5% Ende 2008).

Während es Ende 2008 österreichweit 46 Hospizbetten gab, waren es Ende 2009 bereits 63 Hospizbetten. Unter der Voraussetzung der derzeitigen Entwicklungsgeschwindigkeit könnte der Bettenstand 2008 in etwa drei Jahren verdoppelt sein.

Hospizbetten können aufgrund der Zuständigkeit hierfür nur durch die Bundesländer umgesetzt werden. Stationäre Hospize sind bislang in drei Bundesländern umgesetzt (Niederösterreich: sechs Einrichtungen mit insgesamt 43 Betten in Form von Hospizstationen in Pflegeheimen; Salzburg: eine Einrichtung mit 8 Betten; Steiermark: eine Einrichtung mit 12 Betten). In den Bundesländern Kärnten und Oberösterreich wird kein Bedarf für stationäre Hospizstrukturen gesehen und sie finden daher dezidiert keine Berücksichtigung in den Planungen dieser Bundesländer. In Kärnten wirkt sich dies bereits mit höheren Kapazitäten in Palliativstationen aus (ich verweise dazu auch auf die Tabelle in der Antwort zu Frage 5).

Die laufenden Kosten für ein Hospizbett wurden von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2006 mit rund 100.000 Euro pro Jahr geschätzt (Preisbasis 2006). Dementsprechend bedeutet eine Verdoppelung des Bettenstandes 2008, also zusätzliche 46 Betten, zusätzliche Kosten von rd. 5,1 Mio. Euro jährlich (100.000 Euro plus 10% je Bett).

Ein Vollausbau entsprechend der Bedarfsrechnung von insgesamt österreichweit 167 Betten erfordert rein rechnerisch 104 zusätzliche Betten, die jährlich zusätzlich rd. 11,4 Mio. Euro kosten würden. Da der errechnete Bedarf in Niederösterreich allerdings bereits um 11 Betten überschritten ist, ergibt sich für die anderen Bundesländer ein Zusatzbedarf von insgesamt 115 Betten bzw. ca. 12,65 Mio. Euro zusätzliche Kosten.

Der Bedarfsdeckungsgrad mit Hospizbetten bzw. die jährlichen Zusatzkosten für den noch nicht gedeckten Gesamtbedarf stellen sich nach Bundesländern wie folgt dar:

	Ist 2009	Soll	Bedarfs- deckung	Zusätzlicher Bedarf	Zusätzliche jährliche Kosten bei Deckung des Gesamtbedarfs in €
Burgenland	0	6	0,0%	6	Ca. 660.000,-
Kärnten	0	11	0,0%	11	Ca. 1,210.000,-
Niederösterreich	43	32	134,4%	---	---
Oberösterreich	0	28	0,0%	28	Ca. 3,080.000,-
Salzburg	8	11	72,7%	3	Ca. 330.000,-
Steiermark	12	24	50,0%	12	Ca. 1,320.000,-
Tirol	0	14	0,0%	14	Ca. 1,540.000,-
Vorarlberg	0	7	0,0%	7	Ca. 770.000,-
Wien	0	34	0,0%	34	Ca. 3,740.000,-
Österreich	63	167	37,7%	115	Ca. 12,650.000,-

Frage 2:

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Zuständigkeiten gesetzlich eindeutig bestimmt sind, es ist allerdings ein Zusammenwirken von Bund und Ländern erforderlich. Von einer Abstimmung zwischen Ressorts bzw. mit der Sozialversicherung und den Ländern alleine ist kein zielführendes Ergebnis zu erwarten, solange die Finanzierung nicht geklärt ist. Die Finanzierungsvereinbarungen werden aus derzeitiger Perspektive frühestens im Rahmen des nächsten Finanzausgleichs möglich sein.

Frage 3:

Die Umsetzung gefasster Beschlüsse liegt nicht im Bereich der Bundesregierung, sondern im Wesentlichen im Gesundheits- und im Sozialbereich der Länder. Das Bundesministerium für Gesundheit setzt sich seit vielen Jahren im Rahmen seiner Möglichkeiten intensiv für den flächendeckenden Auf- und Ausbau der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung ein.

So wurde die Palliativversorgung in Akutkrankenanstalten bereits im Jahr 1999 im damaligen Österreichischen Krankenanstaltenplan zum ersten Mal thematisiert und 2001 erstmals geplant. Seit 2002 gibt es dafür entsprechende Abrechnungsregelungen im System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Ebenfalls seit 2002 wird der Auf- und Ausbau der Palliativversorgung im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur laufend begleitet, gesteuert, vernetzt und unterstützt.

Im Jahr 2004 wurde im Auftrag des Gesundheitsressorts das umfassende Hospiz- und Palliativversorgungskonzept mit sechs Bausteinen erstellt. Die laufende Begleitung, Steuerung, Vernetzung und Unterstützung erstreckt sich seit 2005 auf den gesamten Hospiz- und Palliativbereich (Informationsmaterialien, Vernetzungstreffen, Diskussionsforen, ggf. Einzelberatung) inklusive Monitoring der Entwicklung in Kooperation mit dem Dachverband Hospiz Österreich und der Österreichischen Palliativgesellschaft. In den Jahren 2005 und 2006 war darüber hinaus die Bund-Länder-Arbeitsgruppe aufgrund der Entschließung des Nationalrates vom 10. Dezember 2004 im Gesundheitsressort eingerichtet.

Derzeit wird im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur ein Qualitätshandbuch mit Fokus auf Prozessqualität erstellt, das die Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Abwicklung ihrer Arbeitsabläufe unterstützen wird. Dabei werden abgestimmte und umsetzbare Rahmenvorgaben zu Kernprozessen der Einrichtungen festgelegt und damit Grundlagen für eine österreichweit gleichwertige Versorgung geschaffen.

Ziel eines weiteren derzeit laufenden Projektes im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ist es, Schritte zu setzen, die dazu geeignet sind, die Rahmenbedingungen für eine abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung zu verbessern und damit eine flächendeckende Umsetzung zu unterstützen. Dabei wird die Situation in den Bundesländern mit dem Fokus auf umgesetzte Lösungen und auftretende Probleme erhoben. Darauf aufbauend soll ein Maßnahmenpaket festgelegt werden.

Schließlich konnte im Herbst 2010 ein wesentlicher Meilenstein dahingehend gesetzt werden, dass das Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2010 verankert wurde.

Frage 4:

Die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe aus dem Jahr 2006 liegen vor bzw. sind bekannt. Die weiteren bereits erfolgten und noch laufenden Aktivitäten des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesgesundheitsagentur wurden bereits dargestellt. Ein wesentliches Umsetzungshindernis sind ungelöste Finanzierungsfragen, die grundsätzlich auf Länderebene gelöst werden könnten, wie das Beispiel Steiermark zeigt. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind dadurch zu erklären, dass die Bundesländer im Wesentlichen allein für die Umsetzung zuständig sind und unterschiedliche Prioritäten setzen.

Frage 5:

Der Soll-Ist-Vergleich für ausgewählte Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung stellte sich Ende 2009 wie folgt dar:

Bundesland	Palliativstation ¹			Stationäres Hospiz ¹			Mobiles Palliativteam ²			Hospizteam ³		
	Soll 2010	Ist 2009	Soll/Ist (%)	Soll 2010	Ist 2009	Soll/Ist (%)	Soll 2010	Ist 2009	Soll/Ist (%)	Soll 2010	Ist 2009	Soll/Ist (%)
Burgenland	11	8	72,7	6	0	0,0	9,13	1,25	13,7	71	126	177,5
Kärnten	22	32	145,5	11	0	0,0	17,98	9,00	50,1	140	158	113,0
NÖ	64	29	45,3	32	43	134,4	51,68	31,20	60,4	402	574	142,8
OÖ	56	48	85,7	28	0	0,0	45,36	12,69	28,0	353	330	93,5
Salzburg	21	17	81,0	11	8	72,7	17,03	9,46	55,5	132	121	91,3
Steiermark	48	33	68,8	24	12	50,0	38,84	33,28	85,7	302	658	217,8
Tirol	28	13	46,4	14	0	0,0	22,72	5,00	22,0	177	262	148,3
Vorarlberg	15	10	66,7	7	0	0,0	11,86	2,45	20,7	92	196	212,5
Wien	68	48	70,6	34	0	0,0	54,60	39,70	72,7	425	221	52,0
Österreich	333	238	71,5	167	63	37,7	269,2	144,0	53,5	2.094	2.646	126,4

- 1 Zahlenangaben beziehen sich auf Betten. Der Soll-Stand wurde auf Basis der Bedarfsrichtwerte ermittelt (60 Betten je Million Einwohner 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 der Bedarfsrichtwerte ermittelt (1 Team, bestehend aus 4,5 VZÄ, je 140.000 Einwohner).
- 3 Zahlenangaben beziehen sich auf ehrenamtliche Mitarbeiter/innen (EA). Der Soll-Stand wurde auf Basis der Bedarfsrichtwerte ermittelt (1 Team, bestehend aus zehn EA, je 40.000 Einwohner).

Die Bedarfsdeckungsgrade können wie folgt interpretiert werden:

- Zum stationären Versorgungsbereich verweise ich auf meine Ausführungen zu Frage 1.
- Die bedarfsnotwendigen Kapazitäten an mobilen Palliativteams sind (ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten von speziell qualifiziertem Personal) bundesweit gut zur Hälfte umgesetzt. Die unterschiedlichen Umsetzungsgrade in den Bun-

desländern sind insbesondere auf die grundsätzlich fehlende Finanzierungsregelung zurückzuführen. In der Steiermark (beinahe 90 Prozent Bedarfsdeckung) wurde die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung ab 2009 in eine Regelfinanzierung übergeführt, die mobilen Palliativteams in Kärnten werden ebenfalls regelfinanziert.

- 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 über ganz Österreich gesehen erreicht. Die errechneten Umsetzungsgrade (Soll/Ist in %) sind mit Vorsicht zu interpretieren, da weder der Richtwert noch der Iststand im Bereich der Ehrenamtlichen mit einem Stundenausmaß hinterlegt ist.

Nachholbedarf besteht nach wie vor im Bundesland Wien, in dem im Vergleich zu den restlichen Bundesländern kaum Tradition bezüglich ehrenamtlicher Tätigkeit besteht. Hier sind ehrenamtliche Teams - im Gegensatz zu den anderen Bundesländern, in denen die Hospizteams aus einer eigenen Bewegung heraus entstanden sind - direkt an andere Bausteine (z.B. Palliativstationen oder mobile Palliativteams) angedockt. Allerdings sind hier im Jahr 2009 drei neue Teams entstanden, wodurch sich der Umsetzungsgrad wesentlich erhöht hat (von etwa 30 Prozent im Jahr 2008 auf nunmehr 52 Prozent).

Aufholbedarf besteht in allen Bundesländern nach wie vor im Bereich der hauptamtlichen Koordinationspersonen. Bundesweit kommen auf zehn Ehrenamtliche lediglich 0,16 VZÄ Koordination - der Richtwert beträgt 0,5 VZÄ.

Auf folgende Besonderheiten im Zusammenhang mit dem Bedarf und dem Umsetzungsgrad wird hingewiesen:

- Im Bereich der mobilen Palliativteams und der Hospizteams sind bei der Ermittlung des Umsetzungsgrades die personellen Ressourcen heranzuziehen. Da die Teamgrößen (aus organisatorischen Gründen, aufgrund regionaler Gegebenheiten) in der Praxis vielfach von der in den Qualitätskriterien definierten „Muster“-Teamgröße abweichen, erweist sich ein Soll-Ist-Vergleich auf Basis von Teams als nicht aussagekräftig.
- Zu Palliativkonsiliardiensten liegen nach wie vor noch zu wenige Erfahrungen in Bezug auf organisatorische Eingliederung und Dimensionierung vor. Die grundsätzliche Forderung, einen derartigen Dienst für jedes Krankenhaus im Bedarfsfall verfügbar zu haben, ist aber nach wie vor aufrecht zu halten.

Fragen 6 und 7:

Wie die Tabelle bei der Beantwortung zu Frage 5 zeigt, sind die Erfüllungsgrade zu den einzelnen Bausteinen in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Sie liegen aber teilweise durchaus weit über 50%, teilweise ist der Bedarf auch schon - zumindest nahezu - gedeckt (z.B. bei den Hospizteams in allen Bundesländern außer Wien, bei den Palliativstationen in Kärnten, bei stationären Hospizen in Niederösterreich und Salzburg, bei den mobilen Palliativteams in der Steiermark). Jedes Bundesland hat alle Bausteine (mit Ausnahme der stationären Hospize und der Tageshospize) zumindest ansatzweise realisiert, wie der Stand der Anzahl der Einrichtungen und Dienste der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung vom Dezember 2009 zeigt:

Bundesland	Palliativstation	Stationäres Hospiz	Tageshospiz	Palliativkonsiliardienst	Mobiles Palliativteam	Hospizteam	Gesamt
Burgenland	1	0	0	0	4	11	16
Kärnten	3	0	0	3	3	13	22
Niederösterreich	4	6 ¹	0	13	9	30	62
Oberösterreich	5	0	0	4	3	18	30
Salzburg	3	1	1	1	4	8	18
Steiermark	4	1	1	9	7	28	50
Tirol	1	0	0	0	1	18	20
Vorarlberg	1	0	0	0	1	7	9
Wien	5	0	1	4	3	7	20
Österreich	27	8	3	34	35	140	247

¹ Hospizstationen in Pflegeheimen

Wie bereits oben ausgeführt, liegen die primären Gründe für die Nicht-Erreichung der Ziele (siehe Tabelle in der Antwort zu Frage 5) in ungelösten Finanzierungsfragen. Welche Ziele zeitgerecht (bis 2012) noch erreicht werden können und wann eine Regelfinanzierung für alle Einrichtungen bestehen wird, hängt von den Prioritäten und finanziellen Möglichkeiten der einzelnen Bundesländer - auch vor dem Hintergrund der Auswirkungen der Wirtschaftskrise - ab.

Frage 8:

Das „Modell Steiermark“ ist zweifellos ein Modell guter Praxis, auf welches ich selbstverständlich bei gegebenen Anlässen immer wieder verweise. Die unterschiedlichen Versorgungsintensitäten und Mängel in der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung sind in den bereits angeführten Tabellen dargestellt. Ein seriöses Ranking kann nicht erstellt werden, weil jedes Bundesland andere Schwerpunkte setzt, die nicht gegeneinander aufgewogen werden können.

Frage 9:

Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass notwendige ärztliche Behandlungen ohne Einschränkung auf bestimmte medizinische Gebiete - somit auch für den Bereich der Palliativmedizin - ohnehin als Leistungen der Krankenver-

sicherung vorgesehen sind, sowohl im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer Krankenanstalt als auch im Rahmen einer ärztlichen Hilfe im niedergelassenen Bereich. Das gilt auch für die Versorgung mit Medikamenten, Schmerztherapie, psychotherapeutische Hilfe usw. Alle diese Leistungen stehen ohne Rücksicht auf das Alter zu - also auch für Kinder; für sie braucht im Krankenversicherungsrecht keine gesonderte rechtliche Grundlage geschaffen werden. Im Gegensatz zu all diesen Formen der Krankenbehandlung ist eine bloße Pflege (Hospizbetreuung) als Leistung der Krankenversicherung ausgeschlossen. Insofern besteht eine grundsätzliche Beschränkung des Aufgabengebietes der Krankenversicherung. Für die notwendige Pflege aufzukommen, obliegt den Institutionen des jeweiligen Bundeslandes als Träger der Sozialhilfe.

Kinderhospizarbeit und pädiatrische Palliative Care werden im Rahmen des von mir initiierten Kindergesundheitsdialoges behandelt. Anlass dafür ist, dass Österreich hinsichtlich einer ausreichenden diesbezüglichen Versorgung - etwa im Vergleich mit Deutschland - ganz am Anfang steht. Es gibt erst wenige Strukturen bzw. Einrichtungen mit Modellprojektcharakter, z.B. das Kinderpalliativnetzwerk in Oberösterreich oder das Kinderhospiz „Sterntalerhof“ im Burgenland, die weitestgehend vom Engagement einzelner Personen und finanziell von Spenden abhängig sind.

Es fehlt derzeit noch an einer flächendeckenden Bedarfsplanung, Qualitätskriterien sowie einer gesicherten Finanzierung. Die bisher vorliegenden Vorschläge konzentrieren sich daher auf die Definition der notwendigen Versorgungsstrukturen (Bausteine) und (Struktur-)Qualitätskriterien auf österreichweiter Ebene in Zusammenarbeit mit den bereits bestehenden Modellprojekten und den Regelversorgungssystemen unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten auf Basis der Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa (IMPaCCt) sowie der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse. Auch hierzu muss die Finanzierung der einzelnen Bausteine sichergestellt werden.

Frage 10:

Ob bzw. welche Beschlussfassung in Bezug auf die Hospiz- und Palliativversorgung in der nächsten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG enthalten sein wird, lässt sich derzeit noch nicht absehen bzw. wird das Ergebnis von dem erzielbaren Einvernehmen zwischen den Verhandlungspartnern (Bund und alle Bundesländer) abhängig sein. Seitens des Bundes wird die Thematik auch in der nächsten 15a-Vereinbarung forciert werden.

Frage 11:

Die Budgetierung und Genehmigung von Reformpoolprojekten ist Aufgabe der Landesgesundheitsplattformen, die die eingereichten Projekte inhaltlich und ökonomisch prüfen. Reformpool-Projekte werden zwischen den vom Ministerium unabhängigen Krankenversicherungsträgern (Selbstverwaltung) und dem jeweiligen Land vereinbart, sodass das Ministerium auf eine Entscheidung zu solchen Projekten keinen Einfluss hat.

Dem Bund bzw. der Bundesgesundheitsagentur ist derzeit nur die Aufgabe des laufenden begleitenden Berichtswesens zugewiesen. Die im Rahmen dessen vorgelegten Berichte werden allen Landesgesundheitsfonds und der Sozialversicherung über eine gemeinsame Informationsplattform laufend aktuell zur Verfügung gestellt. Die Bereitschaft zur Durchführung von Reformpoolprojekten, insbesondere auch solcher im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung, ist jedoch stark davon abhängig, ob eine nachhaltige Finanzierungsvereinbarung zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung erzielt und die dafür notwendigen zusätzlichen Finanzierungsmittel vereinbart werden können.

Da die wesentlichen Eckpunkte des Reformpools in der geltenden 15a-Vereinbarung festgelegt sind, können allenfalls erforderliche bzw. sinnvolle Änderungen erst im Rahmen der Verhandlungen zu einer neuen 15a-Vereinbarung diskutiert und vereinbart werden.

Fragen 12 und 13:

Palliativmedizin kommt vor allem im Rahmen von Krankenhausaufenthalten zum Einsatz und der Beitrag der Krankenversicherung zur Anstaltspflege besteht lediglich in einem Pauschalbeitrag an die Landesgesundheitsfonds. Soweit ärztliche Behandlungen und andere medizinische Leistungen außerhalb von Krankenanstalten als palliativmedizinische Versorgung notwendig sind, können die Versicherungsträger bereits auf Grund der bestehenden Rechtslage Expert/inn/en als Vertragspartner/innen heranziehen. Es besteht bereits für alle palliativmedizinischen Leistungen, die Leistungen der Krankenversicherung sein können, eine gesetzliche „Verankerung“ im ASVG.

Im Übrigen darf ich darauf hinweisen, dass die Fragen zu Angelegenheiten der Familienhospizkarenz nicht in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit fallen. Bestimmungen zur Familienhospizkarenz sind etwa - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - im Allgemeinen Pensionsgesetz, im Pensionsgesetz 1965, in den pensionsversicherungsrechtlichen Teilen der Sozialversicherungsgesetze, im Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, im Bundespflegegeldgesetz und im Familienlastenausgleichsgesetz 1967 enthalten. Eine Zuständigkeit des Bundesministers für Gesundheit ergibt sich daraus nicht.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist darauf hinzuweisen, dass mit dem 3. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009, BGBl. I Nr. 84/2009, im § 51d Abs. 3 Z 1 in Verbindung mit § 123 Abs. 7b ASVG (und in den entsprechenden Bestimmungen der sozialversicherungsrechtlichen Parallelgesetze) eine Regelung geschaffen wurde, der zufolge als beitragsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigte Angehörige von Versicherten auch Personen gelten, „die eine/n Versicherte/n mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze unter ganz überwiegender Beanspruchung ihrer Arbeitskraft nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung pflegen.“ Damit wurde ein im Regierungsprogramm der XXIV. Gesetzgebungsperiode enthaltenes Vorhaben zur besseren sozialen Absicherung von pflegenden Angehörigen in der Krankenversicherung umgesetzt.