
8365/AB XXIV. GP

Eingelangt am 08.07.2011

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

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung



**BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT**

Alois Stöger
Bundesminister

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

GZ: BMG-11001/0189-I/A/15/2011

Wien, am 7. Juli 2011

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 8558/J der Abgeordneten Mag. Stadler, Ursula Haubner, Kolleginnen und Kollegen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend wird im Hinblick auf den zu fast 100% gegebenen KV-Schutz der österreichischen Bevölkerung festgehalten, dass die notwendigen ärztlichen Behandlungen ohne Einschränkung auf bestimmte medizinische Gebiete - somit auch für den Bereich der Palliativmedizin - als Leistungen der Krankenversicherung vorgesehen sind. Das gilt auch für die Versorgung mit Medikamenten, psychotherapeutische Hilfe usw.

Die Palliativmedizin kommt vor allem im Rahmen von Krankenhausaufenthalten zum Einsatz; der Beitrag der Krankenversicherung zur Anstaltspflege besteht in der

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

Leistung eines Pauschalbeitrages an die Landesgesundheitsfonds. Sofern ärztliche Behandlungen und andere medizinische Leistungen außerhalb von Krankenanstalten als palliativmedizinische Versorgung notwendig sein sollten, können die Versicherungsträger auch bei gegebener Rechtslage Expert/inn/en als Vertragspartner/innen heranziehen.

Als Leistung der Krankenversicherung ausgeschlossen ist jedoch eine bloße Pflege. Da die Abgrenzung von Krankheitsfällen gegenüber Pflegefällen zwar nicht immer leicht fällt, aber eine grundsätzliche Beschränkung des Aufgabengebietes der Krankenversicherung darstellt, ist diesbezüglich keine gesetzliche Änderung vorstellbar, die eine Verbesserung der Situation im Sinne der erhobenen Forderungen bringt. Für die notwendige Pflege aufzukommen, obliegt vielmehr den Institutionen des jeweiligen Bundeslandes als Träger der Sozialhilfe.

Frage 1:

Dem Bundesministerium für Gesundheit sind Konzepte aus sechs Bundesländern bekannt (Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol). Unabhängig davon gibt es in allen Bundesländern Einrichtungen zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in unterschiedlichem Ausmaß und Ausbaugrad (ich verweise auf meine Antwort zu Frage 15).

Frage 2:

Die Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativversorgung war von Mai 2005 bis Mai 2006 im Gesundheitsressort eingerichtet, bestand aus 36 Personen und tagte im oben genannten Zeitraum insgesamt sechsmal; zusätzlich gab es zwei Unterarbeitsgruppen:

Die Unterarbeitsgruppe „Grundsätze und Vorgaben“ befasste sich mit allgemein gültigen Grundsätzen für den Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich und mit einem Maßnahmenprogramm für die „In-Gang-Setzung“ eines bundesweit abgestimmten Umsetzungsprozesses; sie bestand aus 22 Personen (die zum Teil auch Mitglieder der Arbeitsgruppe und der anderen Unterarbeitsgruppe waren) und tagte im Zeitraum November 2005 bis April 2006 fünfmal.

Die Unterarbeitsgruppe „Finanzierung“ befasste sich mit den Themenbereichen Kosten und Finanzierung einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, bestand ebenfalls aus 22 Personen (die zum Teil auch Mitglieder der Arbeitsgruppe und der anderen Unterarbeitsgruppe waren) und tagte im Zeitraum Jänner bis Mai 2006 dreimal.

Fragen 3 und 4:

Der Bericht der Arbeitsgruppe, in welchem die Ziele und Ergebnisse dargestellt sind, ist dem Parlament zugeleitet worden:

http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIII/III/III_00157/imfname_113114.pdf

Fragen 5 und 6:

Festzuhalten ist, dass die Umsetzung der Verankerung der Palliativmedizin im § 6 Z 11 der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006, BGBl. II Nr. 286/2006, in Kraft seit 01.02.2007, bereits erfolgt ist.

Das bedeutet, dass im Rahmen der allgemeinärztlichen Ausbildung die Befähigung zur selbstständigen Ausübung der Allgemeinmedizin durch den geregelten Erwerb und Nachweis von für die gewissenhafte Betreuung von Patientinnen und Patienten notwendigen Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten, insbesondere auch in der palliativmedizinischen Versorgung, erfolgt.

Gleiches gilt für die fachärztliche Ausbildung gemäß § 11 Z 9 der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006.

Das Gesundheits- und Krankenpflegerecht sieht als Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegehilfe) die Möglichkeit einer vertiefenden Weiterbildung in der Palliativpflege vor.

Auf Ebene des Bundes bzw. der Bundesgesundheitsagentur wird seit dem Jahr 2002 der Auf- und Ausbau der Palliativversorgung laufend begleitet, gesteuert, vernetzt und unterstützt. Im Jahr 2004 wurde im Auftrag des Gesundheitsressorts das umfassende Hospiz- und Palliativversorgungskonzept mit sechs Bausteinen erstellt (http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Konzept_zur_abgestuften_Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich). Seit 2005 erstreckt sich die laufende Begleitung, Steuerung, Vernetzung und Unterstützung im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur auf den gesamten Hospiz- und Palliativbereich. Die Arbeit erfolgt in Form der Bereitstellung von Informationsmaterialien, der Organisation von Vernetzungstreffen und Diskussionsforen, gegebenenfalls Einzelberatung, sowie Monitoring der Entwicklung der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Kooperation mit dem Dachverband Hospiz Österreich und der Österreichischen Palliativgesellschaft.

Derzeit wird im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur ein Qualitätshandbuch mit dem 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 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, nachdem davor jahrelang kein diesbezügliches Einvernehmen mit den ÖSG-Verhandlungspartnern (alle Bundesländer und Sozialversicherung) erzielbar gewesen war.

Weitere Maßnahmen zur Vernetzung, Qualitätssicherung und Öffentlichkeitsarbeit erfolgen auf Ebene der Bundesländer.

Frage 7:

Im Regierungsprogramm 2008 - 2013 ist zum Ausbau der palliativen Versorgung vereinbart: „Entsprechend dem ÖBIG Bericht zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich ist die Angebotsentwicklung an mobilen Hospiz- und Palliativteams und -Konsiliardiensten, Hospiz- und Palliativbetten (auch in Heimen) und Tageshospizen umzusetzen.“

(<http://www.austria.gv.at/DocView.axd?CobId=32965>, Seite 195).

Fragen 8 und 9:

Die Umsetzung liegt im Bereich der Bundesländer (Krankenanstalten- und Sozialbereich) und hängt von deren jeweiligen Möglichkeiten und Prioritätensetzungen ab. Angesichts des derzeitigen Umsetzungsstandes ist davon auszugehen, dass die Umsetzung bis 2012 noch nicht in allen Bundesländern vollständig abgeschlossen sein wird bzw. hängt der Zeitpunkt der Umsetzung für ganz Österreich von der weiteren Entwicklung in den einzelnen Bundesländern ab.

Der Umsetzungsstand Anfang 2010 stellte sich folgendermaßen dar:

- Stationärer Bereich: Betrachtet man die Palliativstationen und die stationären Hospize zusammen, 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).
- Mobile Palliativteams: Die bedarfsnotwendigen Kapazitäten sind (ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten von speziell qualifiziertem Personal) bundesweit gut zur Hälfte umgesetzt. Die unterschiedlichen Umsetzungsgrade in den Bundesländern sind insbesondere auf die grundsätzlich fehlende Finanzierungsregelung zurückzuführen. In der Steiermark (beinahe 90% 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 bzw. ist der angestrebte Richtwert über ganz Österreich gesehen erreicht. Aufholbedarf besteht in allen Bundesländern nach wie vor im Bereich der hauptamtlichen Koordinationspersonen.

Fragen 10 und 11:

Da die Umsetzung einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung nicht im Bereich des Bundes, sondern im Wesentlichen im Krankenanstalten- und im Sozialbereich der Länder liegt, sind von Verhandlungen zwischen Ressorts auf Bundesebene keine Ergebnisse zu erwarten. Dass die Umsetzung aller Versorgungsbereiche inklusive einer geregelten Finanzierung auf Landesebene machbar ist, zeigt das Beispiel Steiermark. Im Bereich der Krankenanstalten, an deren Finanzierung der Bund beteiligt ist, ist die Finanzierung der Palliativversorgungsstrukturen bereits seit dem Jahr 2002 durch entsprechende LKF-Abrechnungsregelungen festgelegt.

Frage 12:

Die Finanzierung einer österreichweit gleichwertigen und flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung ist aufgrund der geltenden Zuständigkeiten im Wesentlichen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich auf Länderebene zu regeln. Zur Erreichung einer flächendeckenden Versorgung liegen bundesweite Bedarfsschätzungen vor. Zur Erreichung einer gleichwertigen Versorgung gibt es Definitionen und Qualitätskriterien für die einzelnen Bereiche („Bausteine“) der Versorgung. Darüber hinaus werden, wie bereits erwähnt (ich verweise auf meine Ausführungen zu den Fragen 5 und 6), laufend Begleitungs-, Steuerungs-, Vernetzungs- und Unterstützungsarbeiten geleistet und es ist ein Qualitätshandbuch in Vorbereitung.

Frage 13:

Maßnahmen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Hospiz- und Palliativversorgungseinrichtungen sind Angelegenheit der Träger dieser Einrichtungen bzw. der Länder. Allerdings wird auch das bereits erwähnte Qualitätshandbuch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Hospiz- und Palliativversorgungseinrichtungen in der Abwicklung ihrer Arbeitsabläufe unterstützen.

Frage 14:

Schon derzeit sind die freiwilligen Mitglieder von Hilfsorganisationen (Rettungsdienste) beitragsfrei in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung gemäß § 176 Abs. 1 Z 7 ASVG einbezogen. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle und Berufskrankheiten, die in ursächlichem Zusammenhang mit Berufskrankheiten und Unfällen stehen, die sich bei der Ausbildung, der Übung und dem Einsatz der geschützten Tätigkeit ereignen. Bei den geschützten Tätigkeiten handelt es sich durchwegs um solche altruistischen Tätigkeiten, die in der Regel mit einem erhöhten Unfallrisiko verbunden sind.

Eine analoge Regelung für weitere Freiwilligengruppen, etwa für freiwilliges Engagement in der Hospiz- und Palliativversorgung, würde eine maßgebliche Ausweitung der Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung bedeuten und vom Grundprinzip der gesetzlichen Unfallversicherung, nämlich primär eine Ablöse der Unternehmerhaftpflicht zu sein, wegführen, zumal eine solche Ausweitung aus gleichheitsrechtlichen Überlegungen nicht auf die genannten Tätigkeiten in der Palliativversorgung beschränkt bleiben könnte.

Es gilt auch zu bedenken, dass die gesetzliche Unfallversicherung primär durch Dienstgeberbeiträge finanziert wird. Die Übernahme einer solchen artfremden Last in Bezug auf das Haftungsprivileg und den ursprünglichen Zweck der gesetzlichen Unfallversicherung durch die beitragsleistenden Unternehmen ist somit aus verfassungsrechtlicher Sicht mehr als problematisch.

Im Rahmen einer Arbeitsgruppe des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zur Frage der Verbesserung der Rahmenbedingungen für freiwilliges Engagement in Hilfsorganisationen ist das Bundesministerium für Gesundheit daher für eine Absicherung im Rahmen einer leistbaren privaten Unfallversicherung eingetreten.

Frage 15:

Mit Ausnahme der stationären Hospize und der Tageshospize hat jedes Bundesland die „Bausteine“ der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung zumindest ansatzweise realisiert, wie der Stand der Anzahl der Einrichtungen und Dienste der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung vom Dezember 2009 zeigt:

Bundesland	Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung									
	Palliativstation		Stationäres Hospiz		Tageshospiz	Palliativ-konsiliar -dienst	Mobiles Palliativteam		Hospizteam	
	Anzahl	Betten	Anzahl	Betten	Anzahl	Anzahl	Teams	Personen ¹	Teams	Personen ²
Burgenland	1	8	0	0	0	0	4	1,25	11	126
Kärnten	3	32	0	0	0	3	3	9,00	13	158
Niederösterreich	4	29	6*	43	0	13	9	31,20	30	574
Oberösterreich	5	48	0	0	0	4	3	12,69	18	330
Salzburg	3	17	1	8	1	1	4	9,46	8	121
Steiermark	4	33	1	12	1	9	7	33,28	28	658
Tirol	1	13	0	0	0	0	1	5,00	18	262
Vorarlberg	1	10	0	0	0	0	1	2,45	7	196
Wien	5	48	0	0	1	4	3	39,70	7	221
Österreich	27	238	8	63	3	34	35	144,0	140	2.646

1 Zahlenangaben beziehen sich auf Vollzeitäquivalente (VZÄ)

2 Zahlenangaben beziehen sich auf ehrenamtliche Mitarbeiter/innen

* Hospizstationen in Pflegeheimen

Die Finanzierung der bestehenden Einrichtungen erfolgt auf unterschiedliche Weise je nach Baustein bzw. Bundesland. Die Palliativstationen werden in allen Bundes-

ländern bereits seit 2002 im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) regelfinanziert. Auch die Finanzierung des Palliativkonsiliardienstes erfolgt in der Regel im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung. In der Steiermark wurden 2008 auch alle anderen „Bausteine“ in die Regelfinanzierung durch den Gesundheitsfonds übernommen. In Kärnten wurden die zuvor vier Jahre über Strukturmittel und Reformpool-Mittel finanzierten mobilen Palliativteams 2008 in die Regelfinanzierung übernommen. In Niederösterreich werden alle Bausteine bis 2012 im Rahmen eines Reformpool-Projekts finanziert, danach ist die Übernahme in die Regelfinanzierung geplant. Ansonsten erfolgt die Finanzierung – je nach „Baustein“ – teilweise im Rahmen von Reformpool-Projekten (neben Niederösterreich auch in Tirol und Vorarlberg), aus Strukturmitteln und anderen Landesmitteln (teils auch Gemeindemitteln) des Gesundheitsbereichs (Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Vorarlberg) sowie aus Landes- und Gemeindemitteln des Sozialbereichs (Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Tirol, Vorarlberg, Wien). Darüber hinaus gibt es in fast allen Bundesländern Finanzierungsanteile von Trägerorganisationen und aus Mitgliedsbeiträgen, von Stiftungen, Sponsoren und aus Spenden. In Bezug auf Heilmittel und Heilbehelfe sind darüber hinaus jedenfalls auch die Krankenkassen an der Finanzierung beteiligt.