

XXIV. GP.-NR

7867 J

- 4. März 2011

ANFRAGE

der Abgeordneten Grünwald, Öllinger, Freundinnen und Freunde

an den Bundesminister für Gesundheit

betreffend Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in den Bundesländern

Ein Sterben in Würde mit kompetenter Betreuung und Begleitung ist das Hauptanliegen der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung. Eine gute Grundversorgung und spezialisierte Hospiz- und Palliativeinrichtungen müssen für alle, die sie brauchen, in ganz Österreich flächendeckend verfügbar sein. Dazu bekennt sich die Regierung auch im aktuellen Regierungsprogramm¹.

Seit den 90iger Jahren des 20. Jahrhunderts wuchsen in Österreichs Bundesländern² zahlreiche Hospizinitiativen, meist aus dem Engagement Einzelner, die sich - je nach Mentalität und vorhandenen Strukturen - mehr zentral oder dezentral organisierten. Mit Ende des 20. Jahrhunderts begannen sich die lokalen Initiativen in Landesverbänden zusammenzuschließen.

Die folgende Tabelle gibt einen kurzen Überblick über die Geschichte bzw. den Ausbau in den einzelnen Bundesländern.

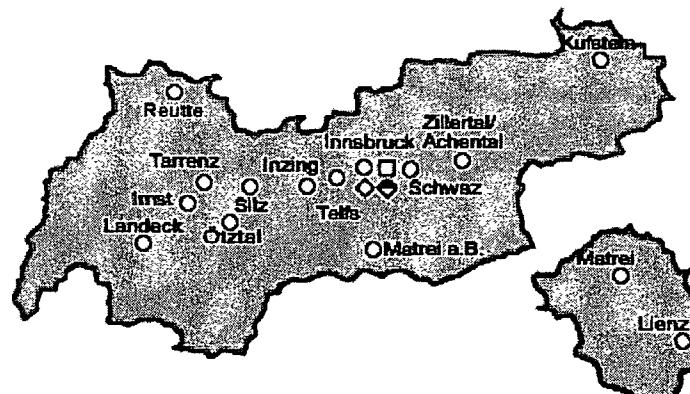
Geschichte	Aktueller Stand ³
<p>In Vorarlberg begann 1994 der landesweite strukturelle Aufbau der Hospizbewegung. Trägerin ist die Caritas mit Unterstützung des Landes Vorarlberg. Zeitgleich beginnt das Bildungshaus Batschuns mit dem ersten Lehrgang „Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung“. Bereits 10 Jahre zuvor wurden zusammen mit der Kath. Kirche Strukturen für Kranken- und Sterbebegleitung in Krankenhäusern geschaffen.</p>	 <p>The map shows the outline of the state of Vorarlberg with several locations marked: Bregenz, Bregenzerwald, Dornbirn, Hohenems, Götzis, Feldkirch, and Bludenz. A legend to the right identifies the symbols:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hospizdienst ehrenamtlich (Circle) Mobiles Palliativteam (Square) Tageshospiz (Triangle) Palliativkonsilberatung (Diamond) Stationäres Hospiz (Inverted triangle) Palliativstationen/-einheiten (Pentagon)

¹ Quelle: Kapitel: Soziales - Optimale Infrastruktur nach den Wünschen der Betroffenen, S. 104, www.austria.gv.at/DocView.aspx?CobId=19542

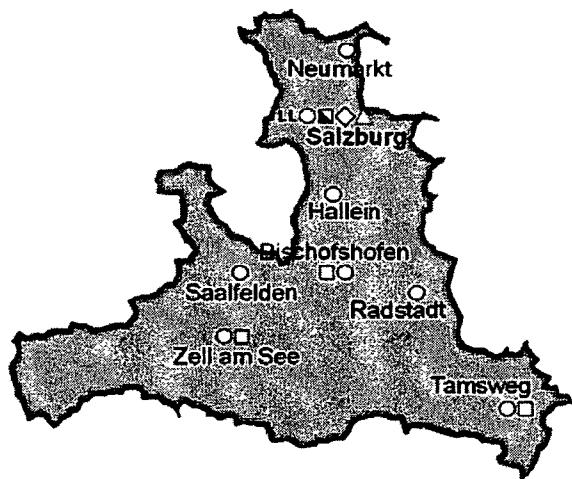
² http://www.hospiz.at/pdf_dl/broschuere_hospizgeschichte.pdf: Hospizgeschichte in Österreich

³ <http://www.hospiz.at/>

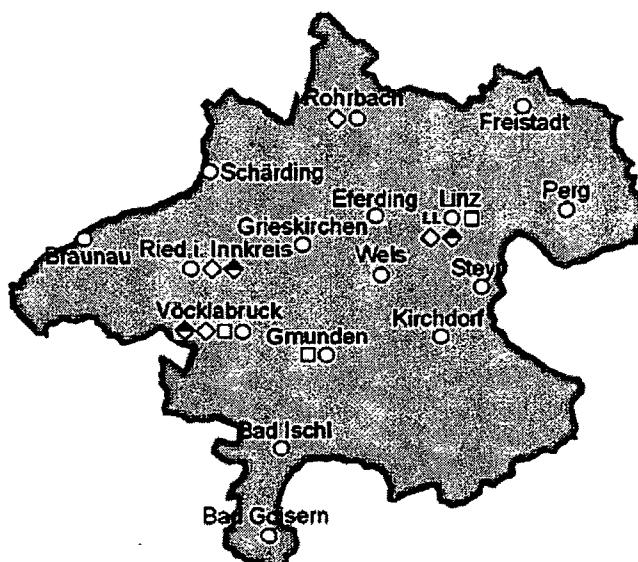
In Tirol wurde 1992 die „Tiroler Hospiz-Gemeinschaft/Verein der Caritas für Sterbegleitung und Lebensbeistand“ gegründet. 1993 wurde mit einem ambulanten Team begonnen, PatientInnen zu Hause zu betreuen. 1998 wurde ein Stationäres Hospiz im KH der Barmherzigen Schwestern in Innsbruck eingerichtet.



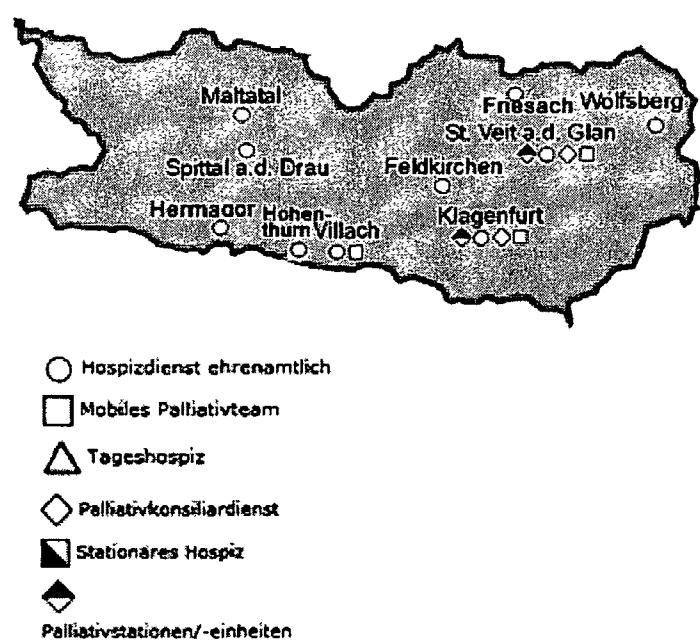
In Salzburg wurde die Gründung der Hospizbewegung von der Caritas initiiert, um 1994 als eigenständiger überkonfessioneller „Verein für Lebensbegleitung und Sterbebeistand“ etabliert zu werden. Zunächst waren die HospizmitarbeiterInnen ausschließlich ambulant tätig. 2000 wurde das österreichweit 1. Modell eines Tageshospizes im Kleingmainerhof eröffnet.



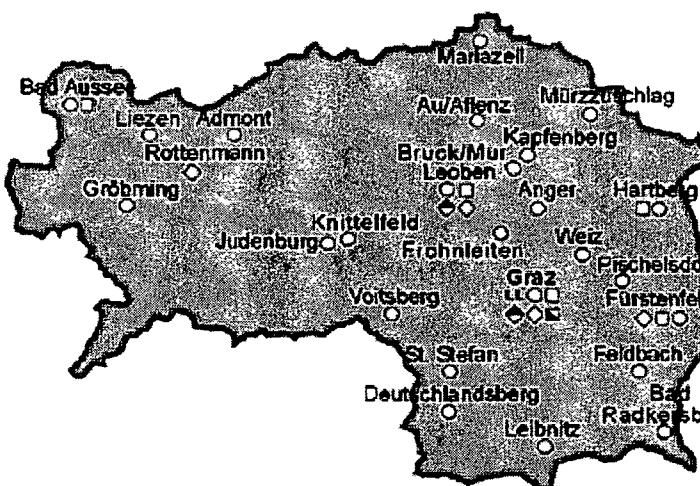
In Oberösterreich wurde in einer Kirchenzeitung bereits 1977 ein Artikel anlässlich des 10-jährigen internationalen Hospiztages veröffentlicht. 1994 wurde der Verein „Hospizbewegung OÖ“ gegründet. Mit gezielter Öffentlichkeitsarbeit wurde der Hospizgedanke verbreitet, 1996 ein ambulanter Hospizdienst begonnen. Ab 1996 gab es im KH der Elisabethinen „Integrierte Hospizbetreuung – Multidisziplinäre Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen“.



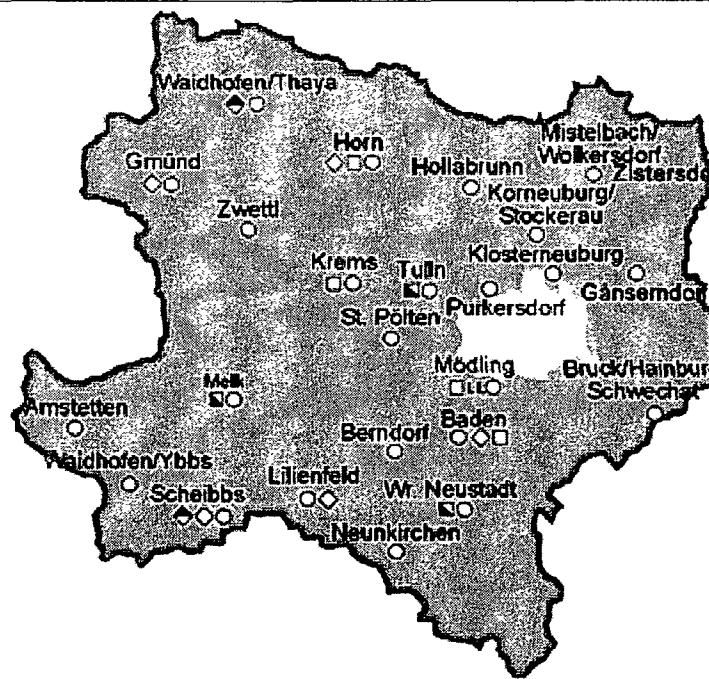
In Kärnten wurde im Rahmen der Caritas und des Diakoniewerkes seit den 80iger Jahren Basis-Bildungsarbeit geleistet. 1997 wurde die „Hospizbewegung Kärnten“ als überparteilicher und überkonfessioneller Verein gegründet. Autonome ambulante Hospizteams standen als Ergänzung zu den bereits vorhandenen medizinischen und sozialen Diensten in mehreren Bezirken zur Verfügung.



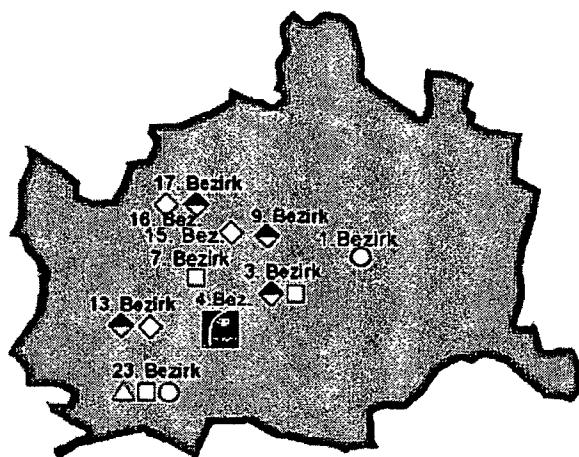
In der Steiermark ist über die Erwachsenenbildung und innerbetriebliche Fortbildungen in Krankenhäusern seit den 70iger Jahren der Hospizgedanke verbreitet worden. 1993 wurde der „Hospizverein Steiermark“ gegründet. Kennzeichnend ist die enge Zusammenarbeit mit allen politischen Parteien im Land. Durch die langjährige Aufbuarbeit und gezielte Öffentlichkeitsarbeit konnten Entscheidungsträger aus verschiedenen Tätigkeits- und Berufsfeldern, im Besonderen im Gesundheitswesen, von der Hospizidee überzeugt werden.



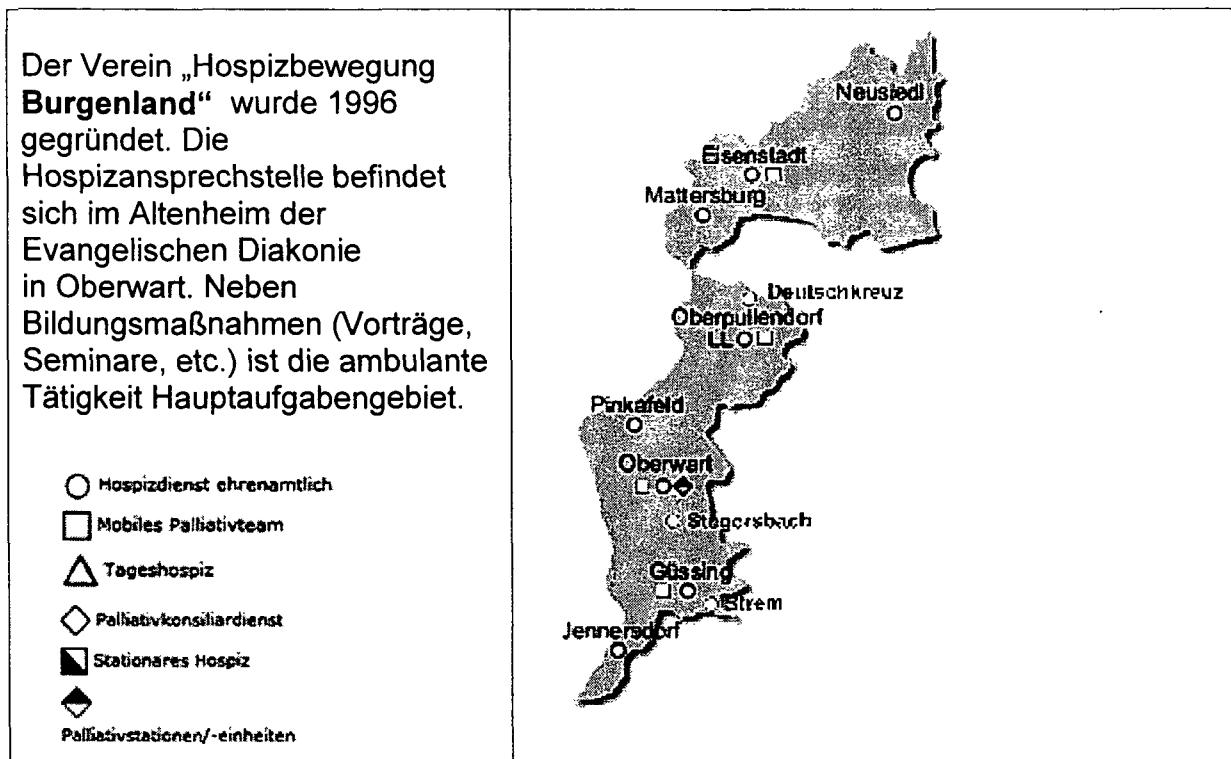
Die Hospizlandschaft in Niederösterreich ist geprägt von zahlreichen autonomen Hospizinitiativen und –vereinen. Die ersten Initiativen wurden in Baden (1993), Mödling und St. Pölten begründet. Verschiedene Organisationen bildeten eine „Plattform Hospiz“, um den Aufbau eines mobilen Hospizdienstes in enger Kooperation mit stationärer Sterbebegleitung in KH und Pflegeeinrichtungen zu unterstützen.



Bereits 1985 wurden in Wien in der Krankenanstalt des Göttlichen Heilands zehn Betten für Schmerztherapiezwecke (v.a. KrebspatientInnen) gewidmet. 1992 wurde dort die erste Hospizstation Österreichs als Teil der Abteilung für Anästhesie eröffnet. 1995 wurde im Rahmen eines Modellversuchs am Geriatriezentrum Wienerwald (GZW) ein stationäres Hospiz mit 20 Betten eröffnet, die Caritas Socialis eröffnete bald darauf das CS-Hospiz Rennweg.



- Hospizdienst ehrenamtlich
- Mobiles Palliativteam
- △ Tageshospiz
- ◇ Palliativkonsiliardienst
- Stationäres Hospiz
- ◆ Palliativstationen/-einheiten

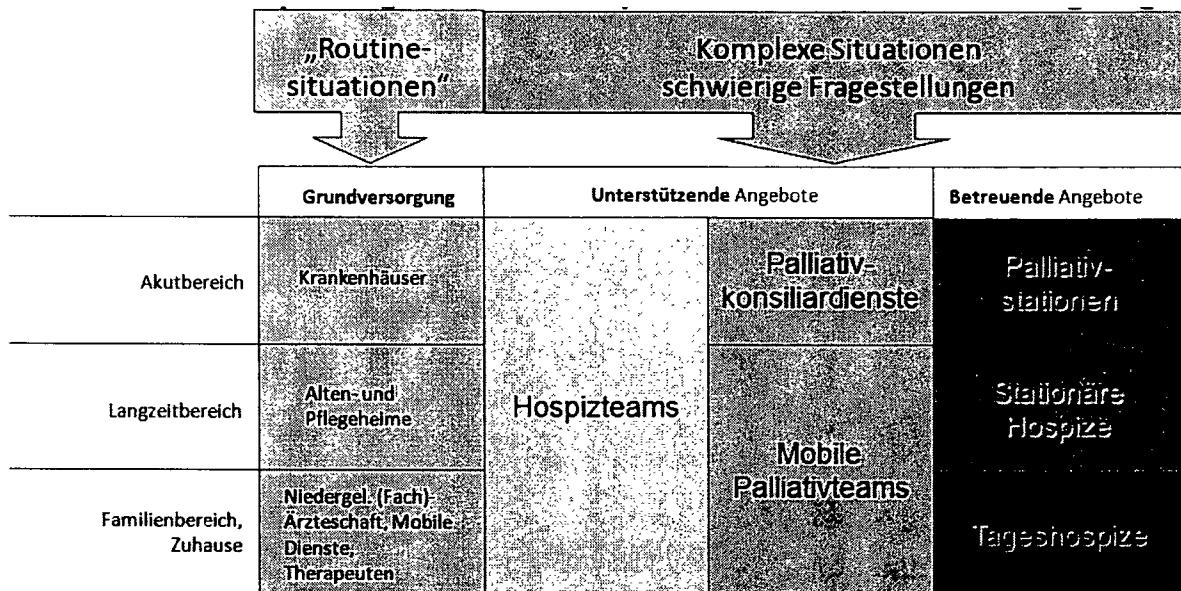


Die Zeit bis 1999 kann als „Pionierphase“, in welcher Einzelinitiativen stattfanden, bezeichnet werden, dieser folgte eine „Aufbauphase“ zwischen 2000 und 2004, in welcher Palliativstationen erstmals im Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) verankert wurden. Seit 2005 erfolgt die Integration der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung ins Gesundheitswesen.

In der seit 2005 gültigen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens haben der Bund und alle Bundesländer Einvernehmen darüber erzielt, dass "eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich einheitlich zu planen sowie prioritätär umzusetzen" ist. Weiter heißt es: "Im Sinne eines bedarfsgerechten Angebotes ist die Realisierung der übergreifenden Planung der Palliativ- und Hospizversorgung in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d.h. im stationären Akut- und Langzeitbereich, im ambulanten Bereich sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich sicherzustellen."

In diesem Zusammenhang wurde, nicht zuletzt aufgrund einer parlamentarischen Initiative der Grünen und koordiniert durch das BMG, ein Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung von einer ExpertInnengruppe erarbeitet. In dieser ExpertInnengruppe waren alle Bundesländer sowie die Organisationen Dachverband Hospiz Österreich und Österreichische Palliativgesellschaft vertreten. Dieses Konzept, bestehend aus einem Versorgungssystem mit sechs „Bausteinen“, wurde im Jahr 2006 von einer Arbeitsgruppe, in der Bund, Länder, Sozialversicherung und Ärztekammer vertreten waren, bestätigt.

Grafische Darstellung des Konzepts der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung (ÖBIG 2006):



Die „Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativversorgung“ hat 2006 das fertige Konzept für den Auf- und Ausbau sowie die Finanzierung veröffentlicht. Das Ziel, eine bundesweite flächendeckende, bedarfsgerechte und einheitliche Versorgung bis 2012 sicher zu stellen, wurde detailliert in einem Stufenplan dargelegt. Es war vorgesehen, dass die Umsetzung bis 2012 abgeschlossen ist.

Stand der Umsetzung im gesamten Bundesgebiet Ende 2009 (Zwischenstand) sowie Bedarf laut Plan (Ziel) 2012:

HOSPIZ- UND PALLIATIVEINRICHTUNGEN	Bedarf 2012	Stand Ende 2009	Umsetzung Ende 2009
Palliativstationen (n Betten)	337	244	72 %
Stationäre Hospize (n Betten)	168	63	37 %
Tageshospize (n)	9	3	33 %
Palliativkonsiliardienste (n)	124	35	28 %
Mobile Palliativteams (n) (VZÄ)	59 270	35 144	59 % 53 %
Hospizteams (n)	210	140	65%

Vor fast genau 10 Jahren, im Mai 2001, fand im Parlament die Enquete „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“ statt. Seit damals ist viel geschehen – und vieles nicht. Viele offene Punkte von damals sind noch nicht abgearbeitet, so zum Beispiel die Umsetzung eines österreichweiten Hospizplans, die Schaffung von Professuren für Palliativmedizin, Schmerztherapie und Geriatrie sowie die Schaffung von existenzsichernden Rahmenbedingungen als gesetzlichen Anspruch für jene Angehörigen von Sterbenden, die Familienhospizkarenz in Anspruch nehmen.

Es gibt glücklicherweise zumindest ein Bundesland, welches sich positiv vom Durchschnitt abhebt: Die Steiermark zeigt hier eine Vorreiterrolle, indem es 2008 gelang, die Hospiz- und Palliativeinrichtungen im Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark zu verankern⁴. Mit 2009 wurden die steirischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen sogar in die Regelfinanzierung überführt.

10 Jahre nach der parlamentarischen Enquete ist es höchst an der Zeit, die bekannten Probleme⁵ zu lösen, einheitliche und koordinierte Konzepte und konkrete Pläne, etwa nach dem Beispiel der Steiermark, vorzulegen und bundesweit umzusetzen. Die Entwicklung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 1989 – 2009⁶ zeigt: In keinem Bereich der abgestuften Versorgung existieren nachhaltige und verlässliche Finanzierungskonzepte. Vom Ziel eines geplanten Sollzustandes sind wir weit entfernt.

Es gab zwar eine deutliche Zunahme in den Bereichen Ehrenamtliche, Mobile Palliativteams, Palliativstationen und den häufig damit verbundenen Palliativkonsiliardiensten. Die Erklärung dafür ist in der gesicherten Finanzierung zu sehen: Palliativstationen sind die einzigen Einrichtungen mit einer bundesweiten Regelfinanzierung, da sie integrierter Teil von Krankenanstalten sind.

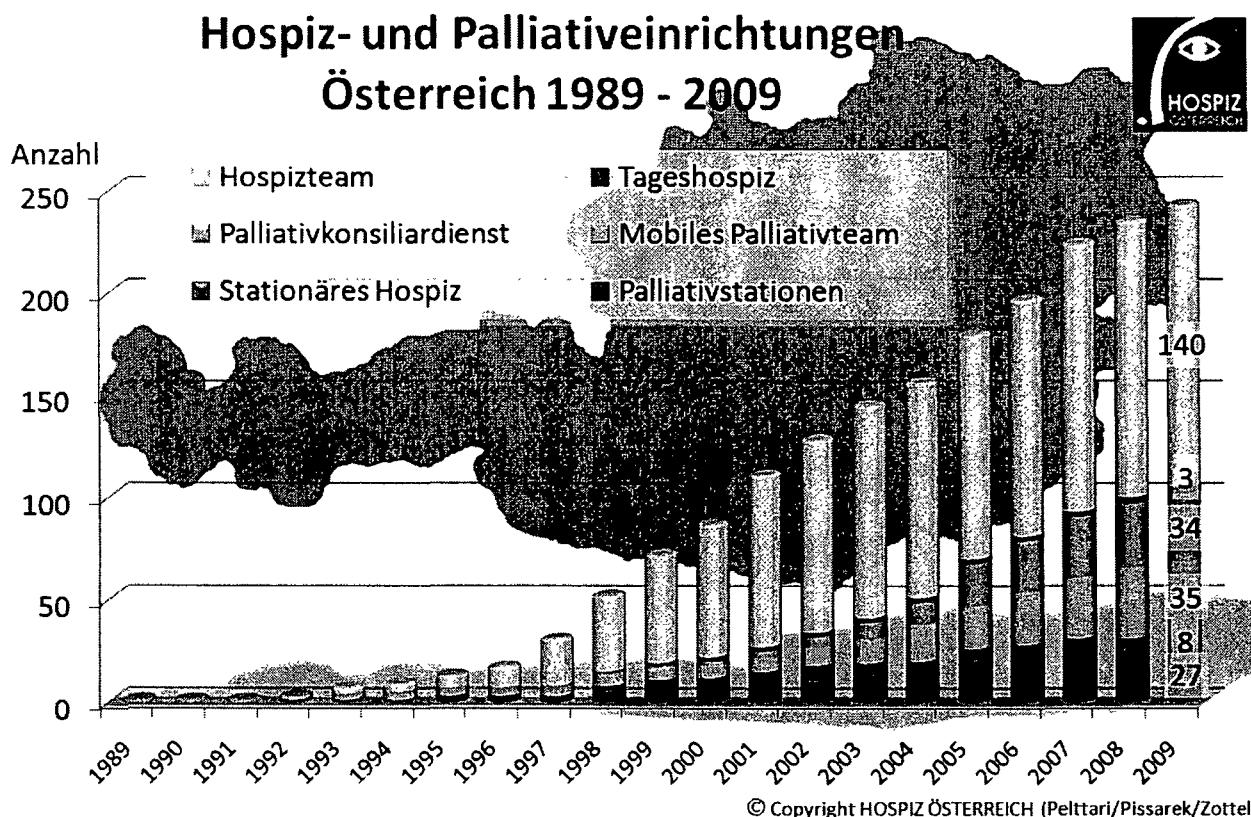
Mit Stand Ende 2009 gab es in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich insgesamt 785 Beschäftigte, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten (Vollzeit: Beschäftigungsausmaß von 40 Stunden pro Woche. Auf Grund des Anteils an Teilzeitbeschäftigten liegt die Anzahl der tatsächlich in diesem Bereich tätigen Personen deutlich höher). 3.011 ehrenamtliche MitarbeiterInnen haben im Jahr 2009 insgesamt 316.521 Stunden unbezahlte Arbeit geleistet. Diese ehrenamtlichen Teams profitieren in fast allen Bundesländern seit 2007 vom Projekt des Österreichischen Sparkassenverbandes/ERSTE Stiftung „Förderung der ehrenamtlichen Hospizbegleitung in Österreich.“

Humane und qualitativ gute Sterbebegleitung kann in einem modernen Sozialstaat allerdings nicht vorwiegend Agenda von Banken, Mäzenen und karitativen Organisationen sein. Eine Verantwortung der Länder ist gegeben.

⁴ www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10033672_2710512/84ca4d57/RSG-Steiermark_2008.pdf

⁵ nach Bericht Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativversorgung 2006:
http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/bericht_abgestufte_hospiz- und palliativversorgung.pdf

⁶ http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2009.pdf



Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG), erstmals 2006 als Rahmenplan für eine integrierte Gesundheitsversorgungsstruktur vereinbart, setzt mit seiner dritten, erweiterten Version ÖSG 2010⁷ mit Planungshorizont 2020 einen weiteren großen Schritt in Richtung einer umfassenden Planung des gesamten Gesundheitswesens.

Er ist verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur entsprechend der zwischen Bund und Bundesländern getroffenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBI. I Nr. 105/2008). Er spiegelt den Rahmen für Detailplanungen auf regionaler Ebene, insbesondere für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Der ÖSG 2010⁸ wurde am 26.11.2010 von der Bundesgesundheitskommission beschlossen und enthält alle "Bausteine" der abgestuften Hospiz und Palliativversorgung.

Wir brauchen einen bundesweit abgestimmten, koordinierten Prozess mit einheitlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen. Sämtliche Konzepte und Pläne müssen an regionale/geographische Gegebenheiten/Besonderheiten angepasst sein. Der Aufbau der Hospiz- und Palliativversorgung kann nur schrittweise erfolgen und sollte einen konkreten Stufenplan mit Etappenzielen enthalten. Der regionale „Wildwuchs“ mit heterogener Finanzierung (fast) ohne Vorgaben des Bundes muss aufgearbeitet werden, vorhandene (gewachsene) Strukturen sind in jeden Fall mit einzubeziehen. Eine bundesweite Koordinationsstelle, die eng mit den

⁷ http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Oesterr_eichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2010

⁸ http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH0716/CMS1136983382893/oesh_2010_gesamt_stand_26.11.2010.pdf, Seiten 88-91

LandeskoordinatorInnen kooperiert, sowie begleitendes Monitoring sichern Qualität und Fortschritt. Nur mit einem „Motor auf Bundesebene“ können die Probleme, die sich auch aufgrund der demographischen und epidemiologischen Entwicklungen ergeben, in den Griff bekommen werden.

Die unterfertigten Abgeordneten stellen daher folgende

ANFRAGE:

1. Im August 2008 wurde eine „Verdoppelung“ der Anzahl der Hospizbetten im Ministerrat beschlossen, eine leistbare Hospizversorgung für ganz Österreich war das Ziel der damaligen Gesundheitsministerin⁹. Was ist aus diesem Beschluss geworden? Wie weit ist die Umsetzung fortgeschritten? Wie sehen Ihre konkreten quantitativen Ziele aus? Bis wann kann eine „Verdoppelung“ nach damaliger Rechnung erreicht werden? Welche Kosten fallen dadurch an? Bitte um Aufschlüsselung nach Bundesländern.

2. Es gibt bekanntlich einen „Kompetenzdschungel“ zwischen Bund, Ländern, Sozial- und Gesundheitsbereich. Werden Sie eine Abstimmung der Ressorts Gesundheit und Soziales mit dem Hauptverband und den Ländern zur Klärung der eindeutigen Zuständigkeiten forcieren? Wenn ja, bis wann? Wenn nein, warum nicht?

3. Es gibt klare Bekenntnisse der Regierung zum Stellenwert der Hospiz- und Palliativversorgung. Woran liegt es nach Ihrer Ansicht, dass die Umsetzung gefasster Beschlüsse trotzdem nicht stattfindet? Welche Rolle spielt Ihr Ressort diesbezüglich in den einzelnen Bundesländern?

4. Müssen die Empfehlungen der Bund- / Länderarbeitsgruppe aus dem Jahr 2006 reaktiviert werden, um eine Umsetzung zu erreichen? Wenn ja, was werden Sie dafür tun? Wenn nein, bis wann rechnen Sie damit, dass die Umsetzung erfolgt ist? Wie erklären Sie sich die Unterschiede in den Bundesländern?

5. Es gibt Bedarfsrichtwerte¹⁰ für das Versorgungsangebot der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, die bis 2010 erreicht werden sollten. Konnten diese erreicht werden? Wenn nein, warum nicht? Wie hoch ist der Umsetzungsgrad in den Bundesländern?

6. Der Erfüllungsgrad der bis 2012 geplanten Umsetzung einer gestuften Palliativ- und Hospizversorgung liegt meist unter 50 Prozent. Welche der Empfehlungen der Bund-/ Länderarbeitsgruppe aus dem Jahr 2006 können Ihrer Meinung nach zeitgerecht (Plan: 2012) umgesetzt werden? Welche

⁹ www.ots.at/presseaussendung/OTS_20080812 OTS0166/kdolsky-leistbare-hospizversorgung-in-ganz-osterreich-ausbauen

¹⁰ http://www.bmwf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/hos_pall_broschuer_2007.pdf, Seite 13

nicht? Was sind die Gründe für die Nicht-Erreichung der Ziele? Welche davon werden noch erreicht werden können?

7. Wann ist mit einer Regelfinanzierung für alle Einrichtungen zu rechnen?
8. Im Bereich der qualitativen und quantitativen Versorgung hat die Steiermark Pionierarbeit geleistet und rangiert im Ranking der Bundesländer an vorderster Front. Können Sie sich vorstellen, das „Modell Steiermark“ bundesweit als Vorzeigemodell zu empfehlen und zu protegieren? Können Sie uns ein Ranking der unterschiedlichen Versorgungsintensitäten und Mängel in der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung erstellen?
9. Bei den Jüngsten unserer Gesellschaft gibt es derzeit im Bereich der Hospiz- und Palliativbetreuung besonders große Mängel. Ein Auf- und Ausbau von Kinderhospizarbeit und pädiatrischer Palliative Care als Begleitung von Kindern durch stationäre und/oder ambulante Hospizteams stellt sowohl für die kranken Kinder als auch ihre Familien eine große Unterstützung und Entlastung dar. Wie ist der aktuelle Umsetzungsgrad in den einzelnen Bundesländern? Welche Ziele verfolgt Ihr Ressort, um diesen Bereich auszubauen? Welcher Zeithorizont ist anvisiert?
10. In den 15a Vereinbarungen wurde „Im Besonderen vereinbart, eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich prioritär umzusetzen. Im Rahmen der Umsetzung der integrierten Versorgung ist eine Abstimmung insbesondere zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sowie der Sozialversicherung anzustreben.“ Wird es eine entsprechende Beschlussfassung für eine neue 15a Vereinbarung ab 2014 geben?
11. Die aktuelle Liste mit Reformpool-Projekten¹¹ zeigt, dass nur wenige Projekte im Bereich Hospiz/Palliativ eingereicht wurden. Woran liegt es, dass diese Möglichkeit nicht ausgeschöpft wird? Was planen Sie zu tun, um diese Schiene besser auszubauen? Woran liegt es Ihrer Meinung nach, dass die Umsetzung von Reformpoolaktivitäten in den einzelnen Bundesländern so unterschiedlich weit fortgeschritten ist?
12. Hospiz- und Palliativbetreuungseinrichtungen müssen allen, die es brauchen, offenstehen, es braucht einen Rechtsanspruch, welcher im ASVG zu verankern ist. Bis wann wird dies nach Ihrem Ermessen erreicht sein? Was wird Ihr Ressort konkret tun, um dieses Ziel zu erreichen?
13. Eine Erhöhung der Anreize für die Inanspruchnahme der Familienhospizkarenz durch Nachjustierung des Gesetzes ist dringend notwendig. Bis wann ist damit zu rechnen? Wird es auch einen Rechtsanspruch auf Mittel aus Härtefonds geben?

¹¹http://www.bmwf.gv.at/cms/home/attachments/3/7/2/CH1072/CMS1219052161632/liste_reformpoolprojekte_stand_11_jaenner_2011_korrigiert.pdf