



Parlamentsdirektion
Parlament
1017 Wien

Organisationseinheit: BMG - I/A/15 (Ministerrat)
Sachbearbeiter/in: Elke Wyszata
E-Mail: elke.wyszata@bmg.gv.at
Telefon: +43 (1) 71100-4894
Fax:
Geschäftszahl: BMG-11000/0046-I/A/15/2014
Datum: 25.08.2014

E-Mail:
NR-AUS-PETBI.Stellungnahme@parlament.gv.at

Bürgerinitiative Nr. 48 betr. "An der Hand - nicht durch die Hand eines Menschen sterben!"

Sehr geehrte Damen und Herren!

Unter Bezugnahme auf das Schreiben vom **11. Juli 2014, GZ. 17020.0025/44-L1.3/2014**, teilt das Bundesministerium für Gesundheit zu der im Betreff genannten Petition Folgendes mit:

Es ist allgemeiner Konsens, dass Palliative Care ein etabliertes Konzept ist, das vor allem auf den Erhalt der Lebensqualität von unheilbar kranken Menschen am Ende ihres Lebens sowie auch deren Angehörigen abzielt.

Das Gesundheitsressort und alle Bundesländer setzen seit nunmehr 15 Jahren kontinuierlich vielfältige Aktivitäten und Maßnahmen zum Auf- und Ausbau einer flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung. Zum einen wurden die Rahmenbedingungen auf Bundesebene kontinuierlich verbessert, zum anderen ist der Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung auf Ebene der Bundesländer kontinuierlich vorangeschritten.

Kompetenzrechtliche Situation:

Die Rechts- und Kompetenzsituation im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung ist fragmentiert, woraus sich unterschiedliche Verantwortlichkeiten ableiten lassen:

- Palliativversorgung ist ein medizinisches Angebot und ist dem Gesundheitswesen zuzuordnen.
 - Dabei ist für die Palliativversorgung im niedergelassenen Bereich die Sozialversicherung in ihrer Eigenschaft als Selbstverwaltungskörper 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 Pflegeanstaltenwesen und fällt damit unter Art. 12 B-VG (Grundsatzgesetzgebung Bund, Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung Länder).
- 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.

Aktivitäten und Maßnahmen auf Bundesebene:

Aus kompetenzrechtlicher Sicht kann die Bundesebene für den flächendeckenden Auf- und Ausbau von Versorgungsangeboten im Hospiz- und Palliativbereich keine bestimmende Einflussnahme ausüben, da die Zuständigkeit im Wesentlichen bei den Ländern bzw. der Sozialversicherung liegt. 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

Auf Bundesebene wurden insbesondere folgende Schritte zum Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung in Österreich gesetzt:

- **1999** wurde die Palliativ- und Hospizversorgung im damaligen Österreichischen Krankenanstaltenplan erstmals strukturiert thematisiert.
- **2001** wurden erstmals Palliativstationen in Akutkrankenanstalten im damaligen Österreichischen Krankenanstaltenplan geplant. Mittlerweile ist dieser Versorgungsbereich selbstverständlicher Planungsinhalt in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) der Bundesländer.
- **2002** wurden die ersten Palliativstationen in Akutkrankenanstalten eingerichtet. Gleichzeitig wurde die Regelfinanzierung von Palliativstationen im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) beschlossen und ist seither sichergestellt.
- **Seit 2002** wird der Auf- und Ausbau der Palliativversorgung im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur laufend begleitet, gesteuert, vernetzt und mit Beratung unterstützt.
- **2004** wurde erstmals ein umfassendes Hospiz- und Palliativversorgungskonzept mit sechs Typen von Angeboten („Bausteinen“) einer abgestuften Hospiz- und

Palliativversorgung erstellt (Palliativstation, Stationäres Hospiz, Tageshospiz, Palliativkonsiliardienst, Mobiles Palliativteam, Hospizteam) (siehe http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem/Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich).

- **2005-2006** war – infolge der Vier-Parteien-EntschlieÙung vom 10.12.2004 – die „Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativbetreuung“ im Gesundheitsressort eingerichtet. Die Arbeitsgruppe, der VertreterInnen aus dem Gesundheits- und dem Sozialbereich auf Bundes- und Länderebene sowie der Sozialversicherung angehörten, bestätigte das Konzept aus 2004 vollinhaltlich. Seither orientiert sich der Auf- und Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung in den Bundesländern stark an diesem Konzept, obwohl es keine verpflichtende Grundlage darstellt.
- **Seit 2005** ist in den jeweils gültigen Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zwischen dem Bund und allen Bundesländern vereinbart, dass eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Versorgung im Hospiz- und Palliativbereich prioritär umzusetzen ist.
- **Seit 2005** erstreckt sich die laufende Begleitung, Steuerung, Vernetzung und Unterstützung im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur auf den gesamten Palliativ- und Hospizbereich (Informationsmaterialien, Vernetzungstreffen und Diskussionsforen, ggf. Einzelberatung, sowie Monitoring der Entwicklungen in Kooperation mit dem Dachverband Hospiz Österreich und der Österreichischen Palliativgesellschaft).
- **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 seither mitwirkt. Bislang wurden u.a. Richtlinien erstellt, die alle betroffenen Zielgruppen (BewohnerInnen, Angehörige, Leitende, Pflegekräfte, ÄrztInnen, SeelsorgerInnen, psychosoziale Berufe und Ehrenamtliche) erfassen und in den Dimensionen von Pflege, Medizin, psychosozialer und spiritueller Betreuung und Begleitung die Ziele beschreiben. Weiters wurde 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).
- **2010** wurde das Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2010) integriert – als wichtiger Schritt zur besseren Verankerung dieses Bereichs in der österreichischen Versorgungslandschaft. Das Konzept wurde auch in den ÖSG 2012 übernommen (siehe ÖSG 2012, Seite 102 ff, herunterladen 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)).

Entsprechend den Festlegungen im ÖSG 2012 müssen nicht in allen Bundesländern alle dargestellten Angebote umgesetzt werden, vielmehr soll die Hospiz- und Palliativversorgung in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen entwickelt werden. Dabei sind auch organisatorische Kombinationen der dargestellten Angebote denkbar.

- **2010-2011** wurden im Rahmen des von Bundesminister Stöger 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/Kind er und Jugendgesundheitsstrategie/](http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Kinder_und_Jugendgesundheit/Kind_er_und_Jugendgesundheitsstrategie/)).
- **2012** wurde das im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur erstellte „Prozesshandbuch für Hospiz- und Palliativeinrichtungen“ veröffentlicht. Es soll die Arbeit in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen unterstützen und fördern und trägt als Handlungsanleitung für die Praxis zu einer österreichweit qualitativ vergleichbaren Hospiz- und Palliativversorgung bei. 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 Herunterladen zur Verfügung, siehe [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)).
- **2012-2013** wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ein Expertenkonzept für die „Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene“ erarbeitet, welches die derzeitige Versorgungssituation in Österreich beschreibt und den Versorgungsbedarf sowie die nötige Versorgung auf Basis internationaler Standards darstellt (siehe [http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung und spezielle Versorgungsbereiche/Hospiz und Palliativversorgung in Oesterreich](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich)).

Aktivitäten und Maßnahmen auf Länderebene:

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

Alle Bundesländer haben entsprechende Konzepte und Planungsgrundlagen entwickelt. In allen Bundesländern schreitet der Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung kontinuierlich voran, wie die folgenden Tabellen zeigen:

Anzahl der Einrichtungen und Dienste der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung 2005, 2012 (nach Bundesländern) und 2013

Bundesland	Palliativstation	Stationäres Hospiz	Tageshospiz	Palliativkonsiliar-dienst	Mobiles Palliativteam	Hospizteam	Gesamt
2005							
Österreich	18	7	2	26	16	106	175
Ende 2012							
Burgenland	1	0	0	0	5	8	14
Kärnten	3	0	0	3	3	17	26
Niederösterreich ¹	4	7	0	15	10	31	67
Oberösterreich	6	0	0	5	5	19	35
Salzburg	3	1	1	1	4	9	19
Steiermark	6	1	1	10	8	30	56
Tirol ²	1	0	0	0	3	19	23
Vorarlberg	1	0	0	0	1	7	9
Wien	6	0	1	4	3	9	23
Österreich	31	9	3	38	42	149	272
Ende 2013							
Österreich	36	9	4	42	44	156	291

¹ Stationäres Hospiz: Hospizstationen in Pflegeheimen

² Palliativstation: ohne Palliativeinheiten in den Bezirkskrankenhäusern Schwaz, Kufstein und Lienz

Quellen:

für 2005: Hospiz- und Palliativführer Österreich, Bundespressedienst; GÖG/ÖBIG

für 2012: Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH; GÖG/ÖBIG

für 2013: Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH (http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2013.pdf)

Herausforderungen bei der Umsetzung einer flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung:

Eine wesentliche Herausforderung bei der Umsetzung der Hospiz- und Palliativversorgung ist die bereits eingangs erwähnte Kompetenzsplittung und die damit nicht immer klaren Zuständigkeiten für die Finanzierung. Nach wie vor ist lediglich die Finanzierung der Palliativstationen durch das bundesweit einheitliche System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) geregelt. Die Finanzierung der übrigen Bereiche ist äußerst heterogen bzw. gibt es nahezu in jedem Bundesland andere und nicht immer nachhaltige Finanzierungsregelungen. Allerdings bemühen sich einige Bundesländer zunehmend um die Etablierung einer Regelfinanzierung, zumindest für ausgewählte Versorgungsangebote.

Ausblick:

Der Auf- und Ausbau neuer Versorgungsangebote muss aus mittelfristiger Perspektive (d.h. mind. 20 Jahre) gesehen werden – 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 Konzept der spezialisierten abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung 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. Das Konzept ist „erst“ zehn Jahre alt und wird seit 2004 (hinsichtlich Palliativstationen bereits seit 2002) in allen Bundesländern schrittweise umgesetzt. Weitere Ausbaumaßnahmen in den nächsten Jahren sind bereits konkret geplant.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung:

Voraussetzung für die Gewährung von Krankenbehandlung auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung ist gemäß § 120 ASVG der Eintritt des Versicherungsfalles der Krankheit, wobei „Krankheit“ als „regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht“, definiert ist. Schmerzbehandlung ist beispielsweise vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst.

Notwendige ärztliche Behandlungen sind ohne Einschränkung auf bestimmte medizinische Gebiete – somit auch für den Bereich der Palliativmedizin – als Leistungen der Krankenversicherung vorgesehen, sowohl im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer Krankenanstalt als auch im Rahmen einer ärztlichen Hilfe und der dieser gleichgestellten Leistungen im niedergelassenen Bereich oder die Versorgung mit Medikamenten (auch zur Schmerztherapie) und Heilbehelfen.

Im Gegensatz zu all diesen Formen der Krankenbehandlung ist eine bloße Pflege (Hospizbetreuung) als Leistung der Krankenversicherung nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung sondern fällt gemäß der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung in die Zuständigkeit der Länder als Träger der Sozialhilfe.

Wenngleich die Abgrenzung von Krankenbehandlung und Pflege nicht immer leichtfällt und Zweifelsfälle auch mit einer noch so detaillierten Regelung nicht beseitigt werden könnten, so hat sich die Praxis doch an dieser verfassungsrechtlich vorgegebenen Differenzierung zu orientieren.

Soweit nach der dargestellten Rechtslage die Krankenversicherungsträger zur Erbringung von Leistungen verpflichtet sind, kommen sie dieser Verpflichtung nach Wahrnehmung durch das Bundesministerium für Gesundheit nach. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass die den Ländern zukommenden Aufgaben, nicht in unzulässiger Weise der gesetzlichen Krankenversicherung überantwortet werden.

Durch das Patientenverfügungsgesetz (PatVG), BGBl. I Nr. 55/2006 wurde im Interesse des Selbstbestimmungsrechts und der Rechtssicherheit eine klare Vorgabe über die Voraussetzungen der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung geschaffen. Damit wurde ein Instrument zum selbstbestimmten Umgang mit zukünftigen Szenarien eines Krankheitszustandes geschaffen, das auch die Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, die darin getroffene Anordnung zu befolgen. Weiters wird auf die einschlägigen Bestimmungen des Strafgesetzbuches (StGB) hingewiesen.

In der Rechtsordnung ist umfassend verankert (schon beginnend mit § 16 ABGB), über Europäische Menschenrechtskonvention bis hin zu § 110 StGB, dass (medizinische) Eingriffe in die körperliche Integrität eines Menschen dessen Einwilligung voraussetzen.

Wird die Einwilligung nicht erteilt oder fällt sie weg, ist der Eingriff von Anfang an oder ab Wegfall der Einwilligung rechtswidrig und gerichtlich strafbar.

Durch das PatVG wird sichergestellt, dass nach Wegfall von Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit antizipierte Entscheidungen zur Nichteinwilligung in eine Behandlung Beachtung zu finden haben. Dies kann dazu führen, dass z.B. Entscheidungen, bei irreversiblen Koma eine künstliche Beatmung nicht weiter zu führen, durch die BehandlerInnen zu befolgen sind. Die Beatmung ist abzusetzen.

Der Wortlaut der Initiative „durch die Hand“ hätte zur Folge, dass derartige antizipierte Entscheidungen der Patientin/des Patienten nicht mehr zu berücksichtigen sind, bedarf es doch einer aktiven Handlung, die künstliche Beatmung zu beenden.

Die Initiative wird daher abgelehnt, wie überhaupt Vorsicht im Umgang mit der Schaffung neuen Verfassungsrechts geboten ist (qualifizierte Erfordernisse des Zustandekommens).

Das Patientenverfügungsgesetz und Strafrecht mit dem Verbot von Tötung auf Verlangen und Mitwirkung am Selbstmord reichen absolut aus.

Für den Bundesminister:
Petra Woller

Elektronisch gefertigt