



Stubenring 1, 1010 Wien  
DVR: 0017001

**AUSKUNFT**

Mag.a Judith Strunz  
Tel: (01) 711 00 DW 2257  
Fax: +43 (1) 7158258  
Judith.Strunz@sozialministerium.at

E-Mail Antworten sind bitte unter Anführung  
der Geschäftszahl an die E-Mail Adresse  
post@sozialministerium.at zu richten.

**GZ: BMASK-10001/0373-I/A/4/2014**

Wien, 10.09.2014

**Betreff: Stellungnahme des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zum Gegenstand der Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ (Beschluss vom 2. Juli 2014 aufgrund eines Antrags gemäß § 40 Abs. 1 GOG)**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Unter Bezugnahme auf das Schreiben vom 3. Juli 2014, GZ 13563.0020/1-L1.3/2014, betreffend das Ersuchen um schriftliche Stellungnahme zum Gegenstand der Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ (Punkt 4 des Antrags), nimmt das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz wie folgt Stellung:

*Gesetzliche Regelungen betreffend Palliative Care und/oder Hospizwesen*

Die Bereiche der Palliativmedizin sowie des Hospizwesens fallen berufsrechtlich vorrangig in den Tätigkeitsbereich der Ärzte und des (diplomierten) Pflegepersonals.

- **Ärztegesetz idF. BGBl. I Nr. 50/2014, Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 idF. BGBl. II Nr. 286/2006**
- **Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GUKG) idF. BGBl. I Nr. 185/2013, FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung idF. BGBl. II Nr. 200/2008**

- **Art 15a Vereinbarung (Bund - Länder), Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, idF. BGBl. I Nr. 199/2013**
- **Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz idF. BGBl. I Nr. 81/2013**
- **Pflegefondsgesetz idF. BGBl. I Nr. 173/2013**

Widmung des Zweckzuschusses

§ 3 (1) Der Zweckzuschuss gemäß § 2 Abs. 2 wird für die Sicherung sowie für den Aus- und Aufbau der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen der Länder im Bereich der Langzeitpflege zum laufenden Betrieb gewährt und zwar für Angebote

- a. an mobilen Betreuungs- und Pflegediensten;
- b. an stationären Betreuungs- und Pflegediensten;
- c. an teilstationärer Tagesbetreuung;
- d. an Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen;
- e. eines Case- und Caremanagements;
- f. an alternativen Wohnformen.

(4) Mobile Dienste im Sinne dieses Bundesgesetzes sind Angebote

- a. sozialer Betreuung oder
- b. Pflege oder
- c. der Unterstützung bei der Haushaltsführung oder
- d. der **Hospiz- und Palliativbetreuung**

- **Schwerarbeitsverordnung, idF. BGBl. II Nr. 201/2013**

Als „besonders belastende Berufstätigkeit“ wird die Tätigkeit der berufsbedingten Pflege von erkrankten oder behinderten Menschen mit besonderem Behandlungs- oder Pflegebedarf im Hospiz bzw. Palliativmedizindienst vom Verordnungsgeber miterfasst (Art. 1 Z 5).

- Auf eine in diesem Zusammenhang ergangene Empfehlung des Europarates, **Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, Recommendation 1418 (1999)**<sup>1</sup>, wird hingewiesen.
- **UN-Behindertenrechtskonvention**
  - Vordringlicher Zweck, die Menschenrechte und Grundfreiheiten von Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.
  - In Umsetzung dieser Konvention hat die österreichische Bundesregierung 2012 den Nationalen Aktionsplan Behinderung 2012 - 2020 beschlossen, der die behindertenpolitischen Leitlinien bis 2020 beinhaltet.

Der Nationale Aktionsplan enthält als Maßnahme unter anderem eine Erhöhung des Angebots an mobilen Hospiz- und Palliativteams und Palliativkonsiliardiensten, Hospiz- und Palliativbetten (auch in Heimen) und Tageshospizen (Maßnahme 208).

*Budget, Förderungen oder sonstige Unterstützungen betreffend Palliative Care und Hospizwesen von staatlicher Seite*

Einleitend darf auf die grundsätzliche Zuständigkeit der Länder (z.B. Richtlinien des Landes NÖ für die Förderung von stationärem Hospiz – gem. § 43b NÖ Sozialhilfegesetz 2000) sowie auf die Ressortzuständigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit verwiesen werden.

Zur Sicherstellung und Weiterentwicklung des österreichischen Pflegevorsorgesystems wurde seitens des Sozialministeriums im September 2011 eine **Reformarbeitsgruppe Pflege** eingerichtet, die in 17 Sitzungen bis Ende 2012 tagte. Ziel war es, Überlegungen zur Finanzierung der Pflegevorsorge anzustellen sowie Optimierungspotentiale im bestehenden Pflegesystem aufzuzeigen.

In dieser Arbeitsgruppe wurden gemeinsam von Bund, Ländern und Gemeinden in intensiven Arbeitsgesprächen mit allen Stakeholdern des Pflegebereiches Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Pflegesystems in Österreich entwickelt, an deren Umsetzung nun schrittweise gearbeitet wird und die bereits in verschiedenen Maßnahmen ihre Umsetzung fanden (z.B. Einführung einer Pflegekarenz bzw. Pflegeteilzeit mit Rechtsanspruch auf ein Pflegekarenzgeld).

Die **LandessozialreferentInnenkonferenz** begrüßte unter Bezugnahme auf ihren Beschluss vom 14. Juni 2012 (VSt-6657/42 vom 15.6.2012) die Empfehlungen der Reformarbeitsgruppe Pflege zur Verbesserung des Pflegeangebots, Attraktivierung der Pflegeberufe, Optimierungen und Finanzierung in Österreich. Insbesondere die demographische Entwicklung und die steigende Erwartungshaltung der Bevölkerung machen diese gemeinsamen Empfehlungen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung notwendig. Damit ist ein weiterer Schritt zum gemeinsamen Ziel der Qualitäts- und Versorgungssicherheit der Pflege und Betreuung gelungen (Tagung am 19. Dezember 2012, Beschluss VSt-6657/59).

Die Schwerpunkte der **Empfehlungen** liegen auf folgenden Bereichen der österreichischen Langzeitpflege:

#### **Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungsangebote**

Gemeinsame Angebots-, Qualitäts- und Versorgungsziele; Casemanagement; Hospiz und Palliative Care; Demenz; Prävention und Mobilisierung; Reha-statt-Pflege.

#### **Pflegende Angehörige**

Pflegekarenz und -teilzeit; Frauen als pflegende Angehörige; Pflegende Kinder und Jugendliche; Erhöhung der Selbständigkeit im häuslichen Umfeld.

## Personal

Personalbedarf; Ausbildungsinitiative; Personalausbildung; Erhaltung der Arbeitsfähigkeit.

## Finanzierung

Steuerfinanzierung statt Pflegesozialversicherung; Abkehr von Sozialhilfelogik, Vermögens-einsatz und Regress; Kostenprognose.

In diesen Empfehlungen, zu denen sich der Bund gleichermaßen wie die Länder bekennen, wurde explizit die Weiterentwicklung gemeinsamer Angebots-, Qualitäts- und Versorgungsziele der Länder festgehalten. Ebenso von eminenter Bedeutung ist, dass eine auftretende Pflegebedürftigkeit die Menschen in Österreich nicht zusätzlich belasten soll.

Das Thema Hospiz und Palliative Care war und ist, nicht zuletzt durch die Zusammenarbeit mit der Österreichischen Palliativgesellschaft und Hospiz Österreich, ein stets präsenter Faktor in all diesen Arbeitsprozessen.

So wurde diesem bedeutsamen Themenkreis in den Empfehlungen ein eigenes Kapitel gewidmet. Das Sozialministerium unterstützt Hospiz Österreich insbesondere bei der Implementierung von Hospiz und Palliative Care in Pflegeheimen (Projekt HPCPH) sowie durch die Mitarbeit im Beirat Hospiz und Palliative Care in Pflegeheimen.

Als wesentlicher Schritt wurde im Jahr 2011 ein **Pflegefonds** eingerichtet, der die Länder und Gemeinden beim Aus- und Aufbau sowie bei der Sicherung der Langzeitpflege unterstützt.

Der durch das Pflegefondsgesetz (PFG), BGBl. I Nr. 57/2011, beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz eingerichtete Pflegefonds stellt finanzielle Zweckzuschüsse zur Unterstützung der Bundesländer für den Aus- und Aufbau bzw. der Sicherung eines bedarfsgerechten Dienstleistungsangebotes im Bereich der Langzeitpflege zur Verfügung.

Über den Pflegefonds beteiligt sich der Bund - zusätzlich zu den Geldern über den Finanzausgleich - maßgeblich an den Kosten für die Sicherung sowie den bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege. So gewährt der Pflegefonds für die Jahre 2011 bis 2016 insgesamt € 1,335 Milliarden.

Der Wichtigkeit der Hospizkultur in Österreich wurde mit der im August 2013 in Kraft getretenen **Novelle zum Pflegefondsgesetz**, BGBl. I Nr. 173/2013, Rechnung getragen. Die Länder und Gemeinden erhalten für die Jahre 2015 und 2016 weitere Fondsmittel in Höhe von € 650 Millionen, die auch für mobile Hospiz- und Palliativversorgung verwendet werden können. Zudem dürfen die Zweckzuschüsse auch zur Finanzierung innovativer Projekte herangezogen werden, wobei hier der Kinderhospiz- und Kinderpalliativbetreuung prioritäre Bedeutung zukommt.

Durch die Aufnahme von innovativen Maßnahmen soll sichergestellt werden, dass in Anbetracht der sich ständig ändernden Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege zeitgerecht auf

neue Anforderungen reagiert werden kann. Bund, Länder und Gemeinden wollen mit der verstärkten Förderung von innovativen Maßnahmen Anreize schaffen, neue Wege zu beschreiten und Erfahrungen zu sammeln.

Auch das **Regierungsprogramm** der laufenden Legislaturperiode bekennt sich dazu, dass - um das Ziel einer gesicherten Verfügbarkeit von mobiler und stationärer Hospizbetreuung, auch für Kinder, zu erreichen - entsprechend der Bedarfserhebung des österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheit (ÖBIG) eine gemeinsame Finanzierung durch Bund, Länder und Sozialversicherungen entwickelt werden soll.

Im Rahmen des Regierungsprogrammes wurde als Offensivmaßnahme festgelegt, dass das Pflegegeld und der Pflegefonds als zentrale Säulen der Pflegefinanzierung durch den Bund beibehalten und weiterentwickelt werden sollen. So soll es zu einer Verlängerung des Pflegefonds um die Jahre 2017 und 2018 mit einer Dotierung von jeweils € 350 Millionen/Jahr und somit seit Einführung des Pflegefonds zu einer Gesamtdotierung von über € 2 Milliarden kommen.

Das Sozialministerium unterstützt durch die Mittel des Pflegefonds ausschließlich den Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung, welcher nicht in der Kompetenz des Gesundheitsressorts (wie etwa Krankenanstalten oder stationäre Hospize) liegt. Dabei handelt es sich um mobile Palliativteams und mobile Hospizteams. Zudem dürfen die Fondsmittel auch zur Finanzierung innovativer Projekte herangezogen werden, wobei hier der Kinderhospiz- und Kinderpalliativbetreuung prioritäre Bedeutung zukommt.

Durch den Einsatz geriatrischer Konsiliardienste soll eine Intensivierung der ärztlichen Betreuungsmöglichkeiten in den Langzeitpflegeeinrichtungen vor Ort erreicht werden. Hierbei handelt es sich allerdings um einen Schnittstellenbereich zwischen den Sozialressorts der Länder und dem Gesundheitsressort.

Aus Sicht des Sozialministeriums kann bemerkt werden, dass die Länder die Zweckzuschüsse gemäß Pflegefondsgesetz (PFG) auch für Hospiz und Palliative Care Leistungen, welche in Pflegeheimen erbracht werden, verwenden können. Dies liegt aber ausschließlich in der Kompetenz der Bundesländer.

Gemäß § 4 PFG haben die Länder die ihnen zufließenden Mittel für die in § 3 Abs. 1 und 2 angeführten Aufgaben zu verwenden (§ 2 Abs. 2). Die Verteilung der Mittel richtet sich primär nach den Erfordernissen sowie den in regionaler Zusammenarbeit mit den Städten, Gemeinden und sonstigen Sozialhilfeträgern zu erstellenden und dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz alljährlich bis 31. Oktober für das Folgejahr, erstmals bis 31. Oktober 2011 für das Jahr 2012, vorzulegenden **Sicherungs-, Aus- und Aufbauplänen der Länder**.

**Im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung wurden seitens der Länder in den Sicherungs-, Aus- und Aufbauplänen für 2014 folgende Leistungen angeführt:**

*Burgenland*

- Mobile Leistungen:
  - Mobile Hospiz- und Palliativleistungen wurden 2013 ebenfalls in die Regelversorgung übernommen und entsprechende Richtlinien dafür erlassen. Im Jahr 2014 ist ebenfalls eine Ausweitung dieses Bereiches vorgesehen.

*Niederösterreich*

- Ziele 2014:
  - Stationäre Dienste  
Schulungen mit Schwerpunkten Pflege und Betreuung dementer Menschen und palliativer Pflege und Betreuung
  - Kurzzeit- und Übergangspflege  
Vertiefung des Palliative-Care-Gedankens in Pflegeheimen durch regionale Veranstaltungen unter Einbindung der niedergelassenen Ärzte

*Oberösterreich*

- Pilotierung und Evaluierung des Konzepts „integrierte (sektorenübergreifende) Versorgung von demenziell erkrankten Personen in OÖ“

*Steiermark*

- Mobile Leistungen
  - Mobile Hospizteams sind landesweit ausgebaut
  - Sicherung: Valorisierung der Basisförderung
  - Sicherung: Mobile Palliativteams sind landesweit ausgebaut
  - Aufbau: Projekt zum Aufbau eines mobilen Palliativteams für Kinder und Jugendliche

*Tirol*

- Mobile Leistungen:
  - Im Bereich der mobilen Dienste ist vorgesehen, die bisher im Rahmen eines Pilotprojektes in zwei Bezirken angebotenen mobilen Hospiz- und Palliativdienste auf weitere zwei Bezirke auszudehnen.

## Wien

- Mobile Leistungen
  - Ausbau um ein mobiles Palliativteam

## Vorarlberg

- Keine Pläne

## Salzburg

- Keine Pläne

Mit der Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung gibt es erstmals einheitliche Grundlagen für die Erfassung des Angebotes sozialer Dienste.

In der am 27.05.2014 mit Vertretern der Länder, der Statistik Österreich und des Bundes stattgefundenen Besprechung betreffend offene Fragen zu Pflegefonds und Pflegedienstleistungsstatistik wurde auch der Bereich der Hospiz- und Palliativbetreuung als neuer Leistungsbereich für die Aufnahme in die Pflegedienstleistungsstatistik behandelt.

## Status

Die WHO definiert Palliative Care als „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO-Definition 2002, Übersetzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin).

**Zielgruppe der Hospiz- und Palliativversorgung** sind unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen (= Palliativpatientinnen und -patienten) wie auch ihre An- und Zugehörigen.

Das auf die unterschiedlichen Bedürfnislagen abgestimmte Versorgungssystem schließt mit spezialisierten Aufgaben und die Grundversorgung ergänzenden Angeboten, den sechs sogenannten Bausteinen, die Lücken in der Regelversorgung:

**Palliativstationen** übernehmen die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigen können und die besondere ärztliche Expertise erfordern.

**Stationäre Hospize** versorgen stationär, wenn die pflegerische und psychosoziale Betreuung stärker in den Vordergrund tritt.

**Tageshospize** bieten jenen, die vorwiegend in ihrer gewohnten Umgebung versorgt werden können, tageweise Betreuung und ihren An-/Zugehörigen Entlastung während des Tages.

**Mobile Palliativteams** und **Palliativkonsiliardienste** unterstützen die anderen Gesundheitsdienstleister in der Betreuung der Palliativpatienten und ihrer An-/Zugehörigen und beraten fachlich.

**Hospizteams** begleiten mit ehrenamtlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Palliativpatienten und ihre An-/Zugehörigen in allen Versorgungskontexten bis hin zur Trauerbegleitung.

Die „Bausteine“ fügen sich in das etablierte Versorgungssystem ein.

Die **abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung** wurde als spezieller Versorgungsbereich im „Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2010“ empfohlen bzw. zur Orientierung angeboten: „Es müssen nicht in allen Bundesländern unbedingt alle unten dargestellten Bausteine umgesetzt werden, vielmehr soll die Hospiz- und Palliativversorgung in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen entwickelt werden. Dabei sind auch organisatorische Kombinationen der dargestellten Bausteine denkbar“ (ÖSG 2010, 89).

Versorgungsangebote, die „Bausteine“ der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativbetreuung			
	Grundversorgung	Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung	
	Traditionelle Dienstleister	Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativkonsiliardienste
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		Stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach)-Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...		Mobile Palliativteams
	„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle	Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle	

Quellen: HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG 2004

Quelle: GÖG/ÖBIG 2012 – Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen

## Kinderhospiz

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt benötigen rund 1.000 Kinder und Jugendliche (0-18 Jahre) in Österreich spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung. Die Pflege und Betreuung solcher lebensverkürzend erkrankter Kinder bringt andere bzw. erweiterte Anforderungen mit sich, als dies bei Erwachsenen der Fall ist (Eltern, Geschwister, Schulbildung, etc.). Eine Übertragung der regulären abgestuften HPC- Versorgung ist auf diese Personengruppe nicht ohne weiteres möglich.

Neben der palliativen Grundversorgung, die von etablierten DienstleisterInnen erbracht wird (Krankenhäuser, Spezialambulanzen, usw.), werden zur **Schließung bestehender Versorgungslücken** folgende spezielle Angebote genannt:

1. Mobile Kinder-Palliativteams
2. Kinder-Hospizteams (ebenfalls mobil)
3. Stationäre Kinder-Hospize
4. Pädiatrische Palliativbetten.

Die Kosten eines solchen Lückenschlusses werden in der nachstehenden Tabelle dargestellt.

Versorgungsangebot	Bedarf	Kapazitäten	jährliche Kosten je Einheit	laufende Gesamtkosten pro Jahr
Mobiles Kinder-Palliativteam	mind. 1 Team je BL	9 bis 12 Teams	450.000,-	4.860.000,- bis 5.400.000,-
Kinder-Hospizteam	mind. 1 Team je BL	9 bis 12 Teams	40.000,-	360.000,- bis 480.000,-
Stationäres Kinder-Hospiz	2-3 Einrichtungen	16 Betten	177.400,-	2.838.400,-
Pädiatrische Palliativbetten	an jeder KiJu-Abt.	43 Betten	225.600,-	9.700.800,-
<b>Gesamt</b>				<b>16.949.200,- bis 18.419.200,-</b>

Quellen: BMG – Kostenstellenstatistik 2011, Kalkulationen einzelner Einrichtungen und Dienste; GÖG-eigene Berechnungen

Quelle: Ergebnisbericht der GÖG zum Thema Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Systemkonform könnten die mobilen Kinder-Palliativteams, die Kinder-Hospizteams und allenfalls die Kosten für stationäre Kinder-Hospize im Pflegefonds Berücksichtigung finden.

In den Empfehlungen der **Reformarbeitsgruppe Pflege** wurde betreffend Hospiz und Palliative Care unter anderem die Ausarbeitung eines konkreten Organisations- und Finanzierungskonzepts (M8) als Maßnahme formuliert. Im Sinne einer Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungsangebote sollte die Zielgruppe Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene trotz quantitativ geringer Zahl nicht vernachlässigt werden, zumal diese Thematik auch insbesondere die Maßnahme 18 der Empfehlungen (Anstreben von Entlastungsmaßnahmen von pflegenden Angehörigen) betrifft.

Durch die **Novellierung des Pflegefondsgesetzes (PFG)** wird die Finanzierung von qualitätssichernden Maßnahmen und innovativen Projekten eingeführt bzw. forciert werden. Hospiz-

und Palliativversorgung kann darunter fallen, selbst wenn Kinder und Jugendliche nicht die primäre Zielgruppe des PFG darstellen.

Hinzuweisen ist, dass hierbei lediglich die beiden **mobilen Leistungen** (in der Tabelle gelb hinterlegt) berücksichtigt werden. Stationäre Kinderhospize bzw. pädiatrische Palliativbetten sind hingegen dem Gesundheitsbereich zuzuordnen.

### *Ausbau von Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen*

Das Hospiz Österreich hat zu gegenständlicher Thematik folgende Stellungnahme abgegeben:

Krankheitsverläufe im Alter haben sich in den letzten zehn Jahren sehr stark verändert. Alten- und Pflegeheime in Österreich sind in zunehmendem Maße mit der veränderten Situation konfrontiert, dass viele alte Menschen in immer schlechterem Zustand, multimorbid und oftmals an Demenz erkrankt ins Pflegeheim kommen.

Die BewohnerInnen brauchen palliative Betreuung auf der Ebene der Medizin, der Pflege, der therapeutischen und spirituellen Begleitung vom ersten Tag der Betreuung und Begleitung an.

Die Pflegenden sind oftmals in Situationen, wo sie keine andere Wahl haben, als in ein Krankenhaus zu überweisen. Vermeidbare Krankenhaustransporte bedeuten Qualitätsminderung für die BewohnerInnen, Belastung für die Pflegenden, aber auch für die Angehörigen und sind mit hohen Kosten verbunden, die vermeidbar wären.

Dieser Ansatz von Hospiz Österreich zielt nicht auf die Schaffung neuer stationärer Hospizeinrichtungen ab, sondern vielmehr wird Hospiz- und Palliative Care-Kultur in bestehende Institutionen integriert und somit zu einem Bestandteil des Alltags aller BewohnerInnen und Beschäftigten des Hauses.

#### **Weitere Problemlagen**

Einige Problemlagen, die in der Folge beschrieben werden, verschärfen die Arbeitssituation in den Alten- und Pflegeheimen für alle Beteiligten, führen zu weniger Lebensqualität bei den BewohnerInnen und ihren An- und Zugehörigen und verursachen hohe, unnötige Kosten:

- Pflegeschlüssel
- BewohnerInnen kommen in schlechterem Zustand ins Heim
- Betreuenden fehlt eine palliative Aus- und Fortbildung
- Strukturell fehlt in der Organisation Hospizkultur und Palliative Care
- Mangelhafte medizinische und palliativmedizinische Versorgung belastet die Pflege

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, bedarf es laufender Fortbildungsmaßnahmen der MitarbeiterInnen, z.B. gibt es von Hospiz Österreich dafür ein Curriculum.

Erforderlich ist auch eine stärkere Bewusstmachung der Familienhospizkarenz sowie der psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuungsangebote für pflegende Angehörige, die zum Zweck der Betreuung und Begleitung sterbender Angehöriger oder schwerst erkrankter Kinder ihre Arbeitszeit reduzieren oder sich kenzieren lassen können.

Die Implementierung von Hospiz und Palliative Care in österreichischen Altenwohn- und Pflegeheimen (HPCPH) als Organisationsentwicklungsprozess ist von großer qualitativer Bedeutung für die pflegebedürftige Person und ihr gesamtes soziales Umfeld.

Wie die Erfahrungen aus den bisherigen Modellheimen zeigen, können folgende positive Auswirkungen aufgezeigt werden:

- Verbesserte Schmerz- und Symptomkontrolle steigert die Lebensqualität der pflegebedürftigen Personen (vor allem auch bei BewohnerInnen mit Demenzerkrankung) und in weiterer Folge auch die ihrer Angehörigen.
- Psychische und physische Belastungen der Betreuungskräfte können reduziert werden, dadurch kommt es zu einer geringeren Zahl an Krankenständen und weniger Personalfuktuation.
- Entlastung des Budgets durch eine Reduktion der Aufenthalte in Akutspitälern sowie durch Vermeidung unnötiger Krankenhaustransporte.

Nach Angaben des Dachverbandes Hospiz Österreich haben von den rund 800 Altenwohn- und Pflegeheimen derzeit über 40 HPCPH in ihr Haus integriert. Es wird angestrebt, den Ausbau in den nächsten zehn Jahren dahingehend voranzutreiben, dass in mindestens zwei Drittel aller Heime pro Bundesland HPCPH gelebt wird.

Die Kosten für Hospiz und Palliativ Care in Alten und Pflegeheimen (HPCPH) würden sich lt. Hospiz Österreich jährlich auf rd. € 2,2 Millionen bzw. rd. € 36.000 pro Einrichtungen belaufen (zusätzlich entstünden pro Jahr Koordinierungskosten in der Höhe von rd. € 100.000).

Der Dachverband Hospiz Österreich hat im März 2013 folgende Kostenkalkulation betreffend einen Österreich weiten Ausbau von Hospiz- und Palliativeinrichtungen bis zum Jahre 2020 übermittelt:

Kosten Hospiz- und Palliativeinrichtungen Österreich							
Ausbaustand Ende 2011 - Vollausbau 2020							
EINRICHTUNGSART	BEDARF	STAND	KOSTEN <sup>3</sup>			KOSTENDIFFERENZ <sup>6</sup> 2011 - 2020	
	2020 <sup>1</sup>	2011 <sup>2</sup>	pro Einheit <sup>4</sup>	2011 <sup>5</sup>	2020		
PALLIATIVEINRICHTUNGEN							
Mobile Palliativteams (n)	62	40	€ 340.000	pro Jahr	€ 13.600.000	€ 21.080.000	€ 7.480.000
Palliativstationen (Betten)	350	261	€ 520	pro Tag	€ 49.537.800	€ 66.430.000	€ 16.892.200
Palliativkonsiliardienste (n)	120	38	€ 135.000	pro Jahr	€ 5.130.000	€ 16.200.000	€ 11.070.000
<b>Gesamt Palliativ</b>					<b>€ 68.267.800</b>	<b>€ 103.710.000</b>	<b>€ 35.442.200</b>
Gesamt OHNE Palliativstationen					€ 18.730.000	€ 37.280.000	€ 18.550.000
HOSPIZEINRICHTUNGEN							
Hospizteams (n)	218	146	€ 49.000	pro Jahr	€ 7.154.000	€ 10.682.000	€ 3.528.000
Tageshospize (Plätze)	54	15	€ 230	pro Tag	€ 862.500	€ 4.533.300	€ 3.670.800
Stationäre Hospize (Betten)	175	68	€ 415	pro Tag	€ 10.300.300	€ 26.508.125	€ 16.207.825
<b>Gesamt Hospiz</b>					<b>€ 18.316.800</b>	<b>€ 41.723.425</b>	<b>€ 23.406.625</b>
KOORDINATION							
Landeskoordinationen (n)	9	2	€ 250.000	pro Jahr	€ 500.000	€ 2.250.000	€ 1.750.000
Bundeskoordination (n)	1	0	€ 250.000	pro Jahr	€ -	€ 250.000	€ 250.000
<b>Gesamt Koordination</b>					<b>€ 500.000</b>	<b>€ 2.500.000</b>	<b>€ 2.000.000</b>
<b>GESAMT</b>					<b>€ 87.084.600</b>	<b>€ 147.933.425</b>	<b>€ 60.848.825</b>
Gesamt OHNE Palliativstationen					€ 37.546.800	€ 81.503.425	€ 43.956.625
LEGENDE							
<sup>1</sup> Bericht Arbeitsgruppe Hospiz- / Palliativversorgung (ÖBIG/GÖG i.A. des BMGF 2006, Tab. 5.1, S.31) Bedarf nach Einwohner 2020: 8.732.990 (Quelle: Statistik Austria), neue Bedarfszahlen sind geplant							
<sup>2</sup> Datenerhebung HOSPIZ ÖSTERREICH 2011							
<sup>3</sup> Preisbasis 2011 ohne Valorisierung							
<sup>4</sup> Berechnungsgrundlage sind Vollkosten auf Basis der Strukturqualitätskriterien							
<sup>5</sup> Ist-Besetzung teilweise deutlich unter den Strukturqualitätskriterien							
<sup>6</sup> Die tatsächliche Kostendifferenz liegt aufgrund der Unterbesetzung 2011 höher							

Tabelle 3: Kosten Hospiz- und Palliativeinrichtungen Österreich Ausbaustand 2011 – Vollausbau 2020

### Hochaltrige und Lebensqualität im Alter

In weitere Folge soll nun in erster Linie, nicht zuletzt auch im Lichte der demografischen Entwicklung, auf **ältere bzw. hochbetagte Menschen** Bezug genommen werden. Letztlich betrifft die „Würde am Ende des Lebens“ jeden Menschen. Ein vorsorgender, solidarischer und einführender, nicht in erster Linie an ökonomischen Kriterien gemessener Umgang damit macht unsere Gesellschaft zu einer Gesellschaft, in der Würde auch gelebt werden kann.

Die Vision der Begründerin der modernen Hospizbewegung, die letzte Lebensphase so human wie möglich zu gestalten und in die bestehenden Gesundheits- und Sozialsysteme zu integrieren, hat in Österreich bis jetzt viele Früchte getragen: So hat in den letzten Jahrzehnten eine Fülle von Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen (Bund/Länder/Städte/Gemeinden), in verschiedensten Settings (Spitäler, Alten- und Pflegeheime, soziale Dienstleister, religiöse Institutionen, gemeinnützige Vereine, Schulen, in den einschlägigen Aus- und Weiterbildungen ebenso wie in informellen Netzwerken) dazu beigetragen, für viele Menschen ein humanes, würdevolles Sterben zu ermöglichen.

## **Hintergrund – Sterben im 21. Jahrhundert in Österreich**

Die in den letzten Jahrzehnten in der Medizin gemachten Fortschritte haben die gesundheitliche Versorgung in unserem Teil der Welt und damit auch die Lebenserwartung in zuvor nicht gekanntem Ausmaß gesteigert.

Die Zahl der Gestorbenen lag in den 1980er und 1990er Jahren in Österreich bei Ø 85.000 pro Jahr. Im Jahr 2004 wurde mit 74.292 die bisher geringste Zahl der Sterbefälle registriert. Seither stieg die Zahl der Gestorbenen wieder an. Im Jahr 2013 waren 79.526 Sterbefälle zu beobachten, davon mehr als zwei Drittel 70 Jahre und älter, 40% sogar über 85.<sup>(11)</sup>

Mit der Verschiebung des Sterbens in das hohe Lebensalter zeigte sich, dass der quantitative Zuwachs an Leben oft nicht mit einer entsprechenden Qualität der gewonnenen Lebenszeit einhergeht. In dieser Situation wächst auch die Angst, am Lebensende entweder einer hoch technisierten „Apparatemedizin“ ausgeliefert zu sein oder aber infolge Ressourcenknappheit nur mehr die notwendigste Versorgung zu erhalten und möglicherweise „unwürdig“ sterben zu müssen.

## **Lebensqualität in der letzten Lebensphase: Wie leben und sterben Hochaltrige?**

In der Altersgruppe 85+ leben 43% in Einpersonenhaushalten, wobei die Zahl der alleinlebenden Frauen ab dem achtzigsten Lebensjahr doppelt so hoch ist wie die der Männer. Informelle Hilfs- und Unterstützungsleistungen bis hin zur Sterbebegleitung kommen in vielen Fällen aus der Nachbarschaft. Wie eine kürzlich abgeschlossene Studie<sup>(1)</sup> zeigt, handelt es sich bei den Unterstützenden meist um Menschen der gleichen Altersgruppe bzw. aus einem ähnlichen sozialen Umfeld wie die Unterstützten. Durch nachbarschaftliche bzw. freundschaftliche Unterstützung wird in diesem Alter dem Risiko der Vereinsamung und sozialen Isolation entgegengewirkt.

Auf die Frage, wo sie im Alter und mit einer unheilbaren Krankheit gepflegt werden möchten, wählten 5% das Pflegeheim, 6% das Krankenhaus, 7% war das egal. Alle anderen wünschen sich das eigene Zuhause, eine vertraute Umgebung oder die Unterstützung durch Familienangehörige. Geht es um das Sterben im Alter ohne Vorliegen einer unheilbaren Krankheit, kann von einem noch geringeren Anteil an Institutionalisierungswunsch ausgegangen werden<sup>(2)</sup>.

Die tatsächlichen Sterbeorte waren 2012 in Österreich zu 51% das Krankenhaus mit starken Ost-West Gefälle (in Wien 62%, in Vorarlberg 43% aller Verstorbenen), in knapp 17% ein Alten- und Pflegeheim (mit regionalen Schwankungen zwischen 12,8% in Wien und knapp 23% in Salzburg) (Demographisches Jahrbuch 2012).

Lebensqualität im hohen Alter wird von zwei Komponenten gestaltet: den objektiven Lage- bzw. Lebensbedingungen (wie beispielsweise der ökonomischen Lage, dem Gesundheitszustand, den sozialen Beziehungen etc.) sowie dem subjektiven (Wohl)Befinden. Selbstbestimmung und Autonomie bleiben auch mit zunehmenden Einschränkungen,

Fortschreiten von Erkrankungen und damit einhergehender Pflegebedürftigkeit wesentliche Werte.

Die Bemühungen, alten und hochbetagten Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen, können sich jedoch nicht auf die unmittelbar letzten Lebensstage beschränken. Vielmehr geht es darum, das Sterben ins Leben zu holen und die Ansprüche, die an ein würdevolles Sterben gerichtet werden, auch an das Leben alter und hochbetagter Menschen zu stellen.

Forschungsarbeiten mit hochbetagten Frauen und Männern zeigen, dass Würde in sozialen Beziehungen gewahrt oder verletzt werden kann. So verstanden, ist Würde auch sozial konstruiert und Teil eines Beziehungsgefüges. „Würdigung“ wird über soziale Beziehungen mit Menschen innerhalb und außerhalb des Pflegeheims sowie über die Anerkennungen von Lebensleistungen hergestellt. So sind hochbetagte, pflegebedürftige Menschen u.a. bestrebt, ihre Würde dadurch zu erhalten, dass sie möglichst niemandem „zur Last fallen“ und beanspruchen so Anerkennung. Durch Pflegebedürftigkeit erweist sich diese erworbene „Würde“ als vulnerabel.

Dass sich Sterbebilder (**wie** Menschen sterben wollen) verändern, zeigt eine über mehrere Jahre betriebene religionssoziologische Untersuchung über den gesellschaftlichen Wertewandel. Laut dieser Studie sank zwischen 2000 und 2010 der Anteil der Befragten, die das Sterben bewusst als Teil ihres Lebens erleben wollten, von 49 auf 38%. Der Anteil jener, die im Kreis ihrer Angehörigen sterben wollten, nahm um 14% ab (2000: 71%, 2010: 57%). Zugleich befürworteten um 6% mehr eine aktive Beendigung des Lebens (2000: 12%, 2010: 18%).<sup>(3)</sup> In diesem Kontext wird auf die besondere Bedeutung ausreichender Informationen über Patientenrechte und die zunehmende Bedeutung der Palliativmedizin und -pflege verwiesen.

### *Die Rolle des ehrenamtlichen Engagements in der Hospizbewegung*

Die Wurzeln der neuzeitlichen Hospizbewegung liegen in England, wo die Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders (1918-2005) erlebte, dass Sterbende in Krankenhäusern nicht die Betreuung erfahren, die sie brauchen. Sie gründete deshalb in London ein Hospiz (Herberge), in der unheilbar Kranke die letzte Lebensphase unterstützt (er)leben können. Von Anfang an war es Ziel der Hospizbewegung, die letzte Lebensphase so human wie möglich zu gestalten und gleichzeitig diese Haltung in die bestehenden Gesundheits- und Sozialsysteme zu integrieren. Durch Saunders wurden u.a. folgende Prinzipien aufgestellt:

- Die Behandlung der Patientin bzw. des Patienten erfolgt in der Umgebung ihrer bzw. seiner Wahl (ambulant, stationär, zu Hause, Pflegeheim o. a.) und mit einem ganzheitlichen Ansatz.
- Es gilt der Grundsatz „High person, low technology“, d. h. das Menschliche tritt in den Vordergrund, das mit viel technischem Aufwand Machbare in den Hintergrund.

- Die individuelle Behandlung erfolgt durch ein multidisziplinäres Team. Die Symptomkontrolle (Schmerzen, Durst, Luftnot und andere Symptome) erfolgt durch ÄrztInnen, fachliche Pflege durch speziell geschulte Pflegekräfte, Ehrenamtliche werden in die Behandlung integriert.
- Die kontinuierliche Betreuung der Patientin bzw. des Patienten und der Angehörigen dauert an bis zum Tod bzw. in die Trauerzeit.
- Im Vordergrund stehen die Bejahung des Lebens und die Akzeptanz von Sterben und Tod als Teil des Lebens. Der Tod wird weder beschleunigt noch hinausgezögert. Aktive Sterbehilfe wird strikt abgelehnt.

*Ehrenamtlich Tätige begleiten im Namen und als Vertretung einer Hospiz-Trägerorganisation (Hospizteam)*

Für den jeweiligen Einsatz und die Begleitung der Freiwilligen (Auftragsklärung, Informationen, Reflexion, Unterstützung, usw.) ist die hauptamtliche Hospizkoordinatorin der jeweiligen Trägerorganisation (Hospizteam) verantwortlich. Die psychosoziale Begleitung durch die Ehrenamtlichen umfasst insbesondere:

- aufmerksame Präsenz, Gespräche und gemeinsames Schweigen;
- Information und Mithilfe beim Aufbau eines individuellen Betreuungsnetzes (in enger Absprache mit der Hospizkoordinatorin);
- Aktivitäten (wie z.B. Vorlesen, miteinander Spielen, Singen, wenn gewünscht Beten), Besorgungen und Erledigungen und Entlastung von Angehörigen;
- Begleitung in der Zeit der Trauer.

Diese Tätigkeiten werden je nach Anlass zuhause, im Pflegeheim, im Tageshospiz, im stationären Hospiz und im Krankenhaus (inkl. Palliativstation) durchgeführt.

Zum möglichen Spannungsverhältnis zwischen professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stellt die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) auf ihrer Homepage fest: „Im Interesse von Patienten und Angehörigen ist die OPG bestrebt, die Palliative Care in Österreich in allen ihren Dimensionen zu stärken und damit die interdisziplinäre Betreuung von Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen und einer dadurch begrenzten Lebenserwartung zu verbessern. Die Einbeziehung von ehrenamtlich Mitarbeitenden stellt ein wesentliches Charakteristikum dar. Diese ersetzen dabei nicht fehlende professionelle Mitarbeiter, sondern bringen eigenständige Aspekte ein, die nur durch sie geleistet werden können.“

Dadurch, dass die ehrenamtliche Mitarbeit eine tragende Säule der Hospiz- und Palliativbetreuung ist, können sich die dort Engagierten intensiv mit Tod, Sterben und Trauer auseinandersetzen und von sterbenden Menschen den (bewussten) Umgang damit lernen. Dieses Engagement ist zivilgesellschaftlich produktiv: indem es sowohl die Weiterentwicklung einer Kultur des Sterbens als auch zusätzlich zur Hilfestellung das Recht auf Partizipation bis zu-

letzt fördert. So ist es auch ein Beitrag, dass Menschen in dieser Lebensphase Lebensqualität und damit Würde als Menschenrecht bis zuletzt leben zu können.

In Österreich hat sich die Hospizbewegung seit 1989 etabliert. Begonnen als zivilgesellschaftliches Engagement einzelner Personen, entwickelte sich daraus nach und nach ein Bekenntnis der Versorgung von sterbenden Menschen durch eine angemessene Hospiz- und Palliativversorgung.

Seit 1997 ist gemäß der aktuellen **Datenerhebung des Dachverbandes Hospiz Österreich 2013** in vier Bereichen eine kontinuierliche Zunahme zu verzeichnen<sup>(4)</sup>: bei den Mobilien Palliativteams, den Palliativstationen (oder stationären Hospizen) und den Palliativkonsiliar-diensten, am stärksten jedoch bei den mobilen Hospizteams der Ehrenamtlichen. Seit 2011 hat sich die Zahl der ehrenamtlichen Mitarbeitenden (und der Teams) auf einem relativ gleichbleibenden Niveau eingependelt und lag Ende 2013 bei insgesamt 3.283 Personen, die in 156 Hospizteams sowie in den koordinierenden Organisationen tätig wären. Davon waren 87% Frauen und 13% Männer.

Insgesamt wurden 385.596 Stunden ehrenamtliche Arbeit geleistet, 61 % (d.h. 236.813 Stunden) davon direkt in der Begleitung Schwerkranker, Sterbender und von deren Angehörigen. Diese Tätigkeit wird nur von qualifizierten Ehrenamtlichen, die nach den Standards des Dachverbandes Hospiz Österreich ausgebildet worden sind, durchgeführt. Weiters umfasst das Engagement Supervision und Weiterbildung von ehrenamtlichen Mitarbeitenden, Einsatz bei Fundraising, Beratung, administrativen Tätigkeiten usw. Die restlichen 39% beinhalten auch die 28.608 Stunden, die 2013 auf Ebene der landeskoordinierenden Organisationen und des Dachverbandes Hospiz Österreich ehrenamtlich erbracht wurden.

Für die freiwillig Tätigen im Hospizbereich ist ein vorbereitender Kurs zur Befähigung in Lebens-, Trauer- und Sterbebegleitung nach den Standards von Hospiz Österreich im Ausmaß von mindestens 70 Stunden Kurs und 40 Stunden Praktikum vorgesehen<sup>(5)</sup>. Im Mittelpunkt stehen neben Selbsterfahrung (Auseinandersetzung mit persönlicher Motivation, mit schwierigen Situationen, Kommunikation, Einfühlung, Abgrenzung) Einführungen in ethische, juristische und sozial-kommunikative Fragestellungen, Basics von pflegerischen Handreichungen sowie Auseinandersetzung mit den Grundlagen der Palliativmedizin. Weiters ist diese Gruppe nach den Standards von Hospiz Österreich, dem Dachverband aller Hospizeinrichtungen, zu laufender Supervision sowie Weiterbildung verpflichtet.

Für Österreich liegen noch keine **Daten zu den in diesem Bereich freiwillig Engagierten** vor. Nach einer deutschen Untersuchung 2010<sup>(6)</sup> handelt es sich bei den in der Hospizbetreuung freiwillig Tätigen überwiegend um Frauen im höheren bzw. fortgeschrittenen Alter mit eher höherem Bildungsniveau, die zum Befragungszeitpunkt auch nicht mehr erwerbstätig waren. Bei der jetzigen Gruppe handelt es sich meist um die zweite Generation nach der ersten Pionierphase.

Weiters kommt die Untersuchung zum Ergebnis, dass die Erstkontakte v.a. durch Angehörige und bei akuten Notlagen erfolgen, oft begleitet von einem problematischen Bild von Hospiz („wenn Hospiz kommt, geht's in Kürze ans Sterben“) bzw. Informationsdefiziten. Die Heraus-

forderung dabei ist, dass es in späten Phasen nicht mehr so leicht ist, sich auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen einzustellen. So wird als eines der Studienergebnisse empfohlen, die Öffentlichkeitsarbeit für die ambulante Sterbebegleitung zu intensivieren, und dabei insbesondere Ärztinnen und Ärzte als „Türöffner“ für die Hospizbetreuung einzubinden.

Derzeit (2013 – 2016) wird unter der Leitung von Leena Pelttari, der Geschäftsführerin des Dachverbandes Hospiz Österreich, eine europaweite quantitative Studie zum Ehrenamt im Hospizbereich durchgeführt, in der auch die österreichische Situation erhoben werden wird.

### *Spezifische Aktivitäten des Sozialministeriums zu den Themen Hochaltrige und Lebensqualität im Alter*

Der **Zweite österreichische Hochaltrigenbericht** (2009) setzt sich in einem Kapitel mit der letzten Lebensphase, Leben und Sterben in Würde, Hospiz und Palliative Care auseinander.

Die 2014 publizierte **Studie Lebensqualität im Alter bis zuletzt**, die im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz durchgeführt wurde, hatte im Fokus, unter welchen Bedingungen ältere alleinlebende Menschen trotz Hilfebedürftigkeit zuhause leben und sterben können:

- Die Anzahl an Einpersonenhaushalten nimmt stetig zu, der Anteil älterer und hochbetagter Menschen darunter ebenfalls. Gerade aber die Versorgungssituation alleinlebender älterer Menschen ist durch besondere Fragilität gekennzeichnet.
- Informelle Helferinnen und Helfer wie etwa Nachbarinnen, Nachbarn, Freundinnen und Freunde, die in keinem verwandtschaftlichen Verhältnis zur alleinlebenden Person stehen, sind für diese eine wichtige Ressource.
- Sie leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung der Lebensqualität im Hinblick auf die Wahrung der persönlichen Autonomie und Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase.
- Die Mehrheit der informellen Helferinnen und Helfer hat Vorerfahrungen mit Freiwilligenarbeit im Pflege- und Sozialbereich.

**Das Nationale Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime in Österreich** ([www.nqz-austria.at](http://www.nqz-austria.at)) soll die Lebensqualität in einem Alten- und Pflegeheim transparent machen und weiterentwickeln helfen.

- Das Zertifizierungsverfahren wurde daher von Fachpersonen aus Betreuung und Pflege speziell für die Branche entwickelt.
- Es dokumentiert, wie und mit welchen Ergebnissen sich Häuser systematisch und unter Einbindung möglichst aller Beteiligten für Lebensqualität einsetzen.

- Je eines der Qualitäts- und Ergebnisfelder lautet Sterbebegleitung und Abschied. Bewertet wird hier beispielsweise, inwieweit die kulturellen, weltanschaulichen, religiösen und individuellen Bedürfnisse sterbender Bewohnerinnen und Bewohner beachtet werden, das Sterben schmerzfrei und weitgehend angstfrei möglich ist oder der Wille der oder des Sterbenden berücksichtigt wird.

Im Zuge der Entwicklung des Nationalen Qualitätszertifikats wurde geprüft, inwieweit sich Alten- und Pflegeheime, die Hospiz und Palliative Care gemäß den vom Dachverband der Hospiz- und Palliativeinrichtungen vorgegebenen (strukturellen) Standards eingeführt haben, von Alten- und Pflegeheimen unterscheiden, die auf Qualitätsentwicklung setzen, diesen Standard aber nicht eingeführt haben. Die Begleitforschung hat ergeben, dass sich ein Unterschied nicht nachweisen lässt.

Lebens- und Sterbebegleitung gehören heute zur Kernkompetenz einer Alteneinrichtung, und ebenso wie die Beschäftigung mit dem Thema Lebensende und Sterben löst Qualitätsentwicklung einen Kulturwandel aus. Häuser, die auf Qualitätsentwicklung setzen, beschäftigen sich u.a. mit jenen Bereichen, die auch für Hospiz und Palliative Care von Bedeutung sind: die Begleitung und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, die interdisziplinäre Zusammenarbeit, das Prozessmanagement, die Einbeziehung der Angehörigen bzw. des Umfeldes und die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Darüber hinaus setzen sowohl Qualitätsentwicklung als auch Hospiz und Palliative Care auf einen möglichst hohen „Durchdringungsgrad“.

**Bewusstseinsbildende Aufklärung/Öffentlichkeitsarbeit**, die die Bereiche Würde und Menschenrechte sowie deren mögliche Verletzung und einen konstruktiven Umgang mit herausfordernden Situationen thematisiert. Themenschwerpunkte einer Broschürenreihe:

- Gewalt erkennen. Fragen und Antworten zu Gewalt an älteren Menschen
- Gewalt erkennen. Fragen und Antworten zu Demenz und Gewalt
- Gewalt erkennen. Ältere Menschen in Institutionen

Download:

[http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Seniorinnen\\_und\\_Senioren/Gewalt\\_gegen\\_aeltere\\_Menschen/](http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Seniorinnen_und_Senioren/Gewalt_gegen_aeltere_Menschen/)

#### *Zitierte und weiterführende Literatur*

1. Lebensqualität im Alter bis „zuletzt“, die Bedeutung von informeller Hilfe für einen Verbleib zu Hause von alten und hochbetagten Menschen, UMIT- Institut für Pflege und Versorgungsforschung im Auftrag BMASK, 2014, Download: [www.sozialministerium.at/site/Soziales/Seniorinnen\\_und\\_Senioren/Lebensqualitaet\\_und\\_Wuerde/](http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Seniorinnen_und_Senioren/Lebensqualitaet_und_Wuerde/)
2. Zweiter österr. Hochaltrigenbericht, BMASK, 2009, S 470 f, Download: [www.sozialministerium.at/site/Soziales/Seniorinnen\\_und\\_Senioren/Altersforschung/](http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Seniorinnen_und_Senioren/Altersforschung/)
3. Praxis Palliative Care, Heft 19/2013, S 18 f
4. Dachverband Hospiz Österreich, Datenerhebung 2013
5. [www.hospiz.at/dach/Prozesshandbuch\\_Hospiz\\_VZP.htm](http://www.hospiz.at/dach/Prozesshandbuch_Hospiz_VZP.htm)

6. „Sterben dort, wo man zuhause ist...“ Organisation und Praxis von Sterbebegleitungen in der ambulanten Hospizarbeit, Universität Augsburg, 2010
7. <http://www.wu.ac.at/npoc/competence/research/abgeschlforsh/hosp>
8. Über das Sterben, Was wir wissen, Was wir tun können, Wie wir uns darauf einstellen, Gian Domenico Borasio, dtv, 2013; S 108 f
9. Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne, Hrsg.: Wegleitner, Heimerl, Heller, HospizVerlag 2012,
10. Praxis Palliative Care, Heft 23/2014, S 10 f
11. Statistik Österreich 2014:  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html)

Mit freundlichen Grüßen  
Für den Bundesminister:

Ing. Mag. Andreas Thaller

*Elektronisch gefertigt.*

Signaturwert	VV3goU9EAGwYx1YJ55R6vhD1cbXMw/V52GO8N0/ROIVljbY1+ZQnik05PWwPp1G2ods EGGzF7lzy8l0Y3ESjYuBN5W/WAfi88VrL7CvcJj4HqQxVzUoHHMrAJiyPJoZxwtileA xz/6+gpT+0QZfjhTeH8x9Sdt999052cTr6nJQ=	
	Unterzeichner	serialNumber=373486091417,CN=BMASK,O=BM fuer Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz,C=AT
	Datum/Zeit-UTC	2014-09-10T11:12:01+02:00
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-light-02,OU=a-sign-corporate-light-02,O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH,C=AT
	Serien-Nr.	532586
	Parameter	etsi-bka-moa-1.0
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.	
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: <a href="http://www.signaturpruefung.gv.at">http://www.signaturpruefung.gv.at</a> Informationen zur Prüfung des Ausdrucks finden Sie unter: <a href="http://www.bmask.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH1052">http://www.bmask.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH1052</a>	