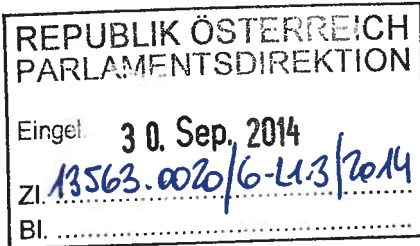


Parlamentsdirektion
Dr. Karl Renner-Ring 3
1017 Wien



Organisationseinheit: BMG - II/A/7
(Rechtsangelegenheiten in der
Kranken- und Unfallversicherung)
Sachbearbeiter/in: Mag. Andrea Schönhuber
E-Mail: andrea.schoenhuber@bmg.gv.at
Telefon: +43 (1) 71100-4592
Fax: +43 (1) 711004575
Geschäftszahl: BMG-96111/0023-II/A/2014
Datum: 22.09.2014
Ihr Zeichen:

Ihr Schreiben vom 3. Juli 2014, GZ 13563.0020/1-L1.3/2014

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zu Ihrem Schreiben vom 3. Juli 2014, in der unter anderem das ho. Ressort zur Äußerung zum Beschluss der Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ vom 2. Juli 2014 *insbesondere zum Status, zu den rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen sowie zu den Möglichkeiten zum Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung* ersucht wird, erstattet das Bundesministerium für Gesundheit folgende Stellungnahme:

1. Rechtliche Rahmenbedingungen

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

Die Hospizversorgung ist Teil der Pflegeversorgung und somit unter Art. 15 B-VG zu subsumieren, wonach die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz in die Zuständigkeit der Länder fällt. Der Hospizbereich ist somit dem Sozialbereich zuzurechnen. Für die notwendige Pflege aufzukommen, obliegt den Institutionen des jeweiligen Bundeslandes als Träger der Sozialhilfe.

Die notwendige medizinische Behandlung im Rahmen der Palliativversorgung ist hingegen dem Sozialversicherungswesen zuzuordnen (Art 10 Abs. 1 Z 11 B-VG). Für die Gesetzgebung und Vollziehung ist demnach der Bund zuständig. In diesem Zusammenhang weisen wir hinsichtlich der Träger der Sozialversicherung darauf hin, dass die dieselben in Österreich Körperschaften öffentlichen Rechtes mit eigener Rechtspersönlichkeit sind, die vom Gesetzgeber nach den Grundsätzen der

Selbstverwaltung eingerichtet sind und deren Geschäftsführung durch autonome Verwaltungskörper wahrzunehmen ist. Weder die Krankenversicherungsträger noch die anderen Träger der Sozialversicherung unterstehen dem Weisungsrecht eines Ministeriums oder einer anderen Behörde.

Hinsichtlich der Palliativversorgung durch die Krankenversicherungsträger wird weiters Folgendes festgehalten:

Notwendige ärztliche Behandlungen sind ohne Einschränkung auf bestimmte medizinische Gebiete – somit auch für den Bereich der Palliativmedizin – und ohne Differenzierung nach dem jeweiligen Alter der eine Behandlung benötigenden Personen als Leistungen der Krankenversicherung vorgesehen, *sowohl* im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer Krankenanstalt *als auch* im Rahmen einer ärztlichen Hilfe im niedergelassenen Bereich. Das gilt auch für die Versorgung mit Medikamenten, Schmerztherapie, psychotherapeutische Hilfe usw.. Voraussetzung für die Gewährung von Krankenbehandlung ist gemäß § 120 ASVG der Eintritt des Versicherungsfalles der Krankheit, wobei „Krankheit“ als „regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht“, definiert ist. Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Diese gesetzliche Anordnung wurde durch die Rechtsprechung dahin gehend erweiternd interpretiert, dass als Ziel der Krankenbehandlung nicht eine vollständige und endgültige Heilung des/der Erkrankten erforderlich ist, sondern es genügt, wenn eine bloße Besserung oder gar nur eine Vermeidung einer Verschlechterung des Leidens oder auch eine bloße Schmerzlinderung bezweckt wird. Im Rahmen dieser Aufgabenstellung übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung somit die entstehenden Kosten für die Behandlung auch schwerstkranker Patient/inn/en.

Im Gegensatz zu all diesen Formen der Krankenbehandlung ist aber die bloße Pflege (Hospizbetreuung) als Leistung der Krankenversicherung aufgrund der verfassungsrechtlichen Kompetenzlage ausgeschlossen. Insofern besteht diesbezüglich eine grundsätzliche Beschränkung des Aufgabengebietes der Krankenversicherung. Für die notwendige Pflege aufzukommen, obliegt – wie bereits oben erwähnt – den Institutionen des jeweiligen Bundeslandes als Träger der Sozialhilfe. Festzuhalten bleibt, dass die Abgrenzung von Krankenbehandlung und Pflege im Einzelfall nicht immer leicht fällt.

Im Übrigen haben die Krankenversicherungsträger kaum Einfluss auf palliativmedizinische Behandlungsangebote, da die Palliativmedizin vor allem im Rahmen von Krankenhausaufenthalten zum Einsatz kommt und der Beitrag der Krankenversicherung zur Anstaltspflege lediglich in einem Pauschalbeitrag an die Landesgesundheitsfonds besteht.

2. Finanzielle Rahmenbedingungen

Die Finanzierung der Palliativ- und Hospizversorgung spiegelt die kompetenzrechtlichen Gegebenheiten wider.

Hinsichtlich der Finanzierung der Palliativversorgung wird Folgendes ausgeführt: Das österreichische Krankenversicherungsrecht ist nach dem *Sachleistungsprinzip* organisiert, d.h. die Versicherungsträger sind dazu aufgerufen, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Versicherten und Angehörigen durch den Abschluss von Verträgen mit den Gesundheitsdienstleistungsanbieter/inne/n zu gewährleisten.

Im niedergelassenen Bereich geschieht dies primär durch den Abschluss von Gesamtverträgen zwischen Krankenversicherung und Ärztekammern. Diese beinhalten unter anderem die Ansprüche der Vertragspartner/innen auf Vergütung ihrer ärztlichen Leistungen. Auf Grundlage der Gesamtverträge werden von den Versicherungsträgern Einzelverträge mit Ärztinnen und Ärzten bzw. Vertrags-Gruppenpraxen abgeschlossen. Somit können die Versicherten und ihre Angehörigen die erforderlichen (palliativ)medizinischen Leistungen als Sachleistungen bei den Vertragspartner/inne/n der Versicherungsträger bzw. in deren eigenen Einrichtungen – dies in der Regel ohne Zuzahlung – in Anspruch nehmen.

Die rechtlichen Beziehungen zu den meisten Krankenanstalten (so genannte „Fondskrankenanstalten“) werden durch einen Staatsvertrag nach Art. 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes geregelt, welcher zwischen dem Bund und den Bundesländern jeweils für mehrere Jahre abgeschlossen wird. Dies hat seine Ursache darin, dass nach der österreichischen Bundesverfassung Angelegenheiten der Sozialversicherung Bundessache sind, während die Kompetenz für Krankenanstalten im Wesentlichen bei den einzelnen Bundesländern liegt. Nach diesem Staatsvertrag sind die Fondskrankenanstalten zur Behandlung der Sozialversicherten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen verpflichtet. Die gesetzliche Krankenversicherung hat im Gegenzug dazu in ihrer Gesamtheit einen jährlichen Pauschalbetrag in einen Fonds einzuzahlen, der sodann entsprechend der von den einzelnen Krankenanstalten erbrachten Leistungen nach einem Punktesystem aufgeteilt wird („Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF“). Mit der genannten Pauschalzahlung sind *alle* im Bereich einer Krankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse erbrachten Leistungen (im stationären, teilstationären, tagesklinischen *und* ambulanten Bereich), somit auch alle Leistungen im Zusammenhang mit der Palliativversorgung, aus Sicht der leistungszuständigen Krankenversicherungsträger abgegolten.

Festzuhalten bleibt, dass Palliativstationen in Akutkrankenanstalten seit dem Jahr 2002 im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung regelfinanziert werden.

Alle anderen Angebote der Palliativ- und Hospizversorgung werden je nach Bundesland aus unterschiedlichen Quellen und nach unterschiedlichen Modellen finanziert (z.B. als Reformpool-Projekte). Eine Regelfinanzierung gibt es erst in einigen Bundesländern für ausgewählte Versorgungsangebote.

3. Bisherige Aktivitäten und Maßnahmen auf Bundesebene

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 (siehe dazu Punkt 4).

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 (siehe Punkt 1). 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). Siehe dazu auch Punkt 4.
- **2005-2006** war – infolge der Vier-Parteien-EntschlieÙung vom 10. Dezember 2004 – die „Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativbetreuung“ im Gesundheitsressort eingerichtet. Die Arbeitsgruppe, der Vertreter/innen 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 (Bewohner/innen, Angehörige, Leitende, Pflegekräfte, Ärzte/Ärztinnen, Seelsorger/innen, 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, herunterzuladen auf der Seite: 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/Kinder_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).

- **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).

4. Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

Palliative Grundversorgung soll in allen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens geleistet werden. Dazu ist es erforderlich, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf dem Gebiet der Palliative Care zu qualifizieren.

Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung stellt darüber hinaus in komplexen Situationen und bei schwierigen Fragestellungen zusätzliche Angebote zur Verfügung, die auf individuelle und unterschiedliche Bedarfs- und Bedürfnislagen abgestimmt sind, und schließt die Lücken in der Regelversorgung.

Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung ergänzt mit ihren sechs spezialisierten Leistungsangeboten die Einrichtungen und Dienstleister/innen im Gesundheits- und Sozialwesen:

- Palliativstationen übernehmen die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigen können und die spezielle ärztliche Expertise erfordern.
- Stationäre Hospize versorgen rund um die Uhr Palliativpatienten und -patientinnen in besonders komplexen Situationen, in denen die pflegerische und psychosoziale Betreuung im Vordergrund steht.
- Tageshospize betreuen Palliativpatienten und -patientinnen, die den Großteil der Zeit in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können, tagsüber und entlasten damit das betreuende Umfeld.
- Palliativkonsiliardienste unterstützen Mitarbeiter/innen der Abteilungen und Ambulanzen im Krankenhaus mit fachlicher Expertise in der Betreuung von Palliativpatienten und -patientinnen.
- Mobile Palliativteams unterstützen Mitarbeiter/innen der Gesundheits- und Sozialversorgung außerhalb des Krankenhauses mit fachlicher Expertise in der Betreuung von Palliativpatienten und -patientinnen.

- Hospizteams begleiten Palliativpatienten und -patientinnen sowie An- und Zugehörige in allen Versorgungskontexten.

Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativversorgung

Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
Einrichtung/ Dienstleister		Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Akut- bereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ- konsiliardienste	Palliativ- stationen
	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
	Niedergelassene (Fach)- Ärzeschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therape- uten ...			Tageshospize
„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle		

Quellen: HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG 2004

5. Status der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung auf Ebene der Bundesländer

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 folgende Tabelle zeigt.

Grundsätzlich sind alle Angebote entsprechend dem Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich vorhanden. Der jeweilige regionale Bedarf steht

in engem Zusammenhang mit dem Status und der Entwicklung der Regelversorgung, insbesondere dem Bereich der Primärversorgung, und ist mit den Angeboten in der Regelversorgung laufend abzustimmen.

Gemäß den Festlegungen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 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 (ÖSG 2012, S. 102).

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); die Ergebnisse nach Bundesländern müssen noch evaluiert werden und können derzeit noch nicht verwendet werden

6. Herausforderungen bei der Umsetzung einer flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung

Eine wesentliche Herausforderung bei der Umsetzung der Hospiz- und Palliativversorgung sind die bereits eingangs erwähnte Kompetenzersplitterung und damit die 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.

Eine Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich ist wegen der Zuständigkeit der Länder für die Pflege vorrangig auf Länderebene zielführend.

7. Ausblick

Der Auf- und Ausbau neuer Versorgungsangebote muss aus mittelfristiger Perspektiven (d.h. mindestens 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.

Ganz allgemein ist zur Ausbildung der Angehörigen der in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen Folgendes festzuhalten:

Für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe sehen die Ausbildungsverordnungen unter anderem folgendes Ausbildungsziel vor (vgl. z. B. § 2 Z 3 GuK-AV, § 3 Z 3 PflH-AV, § 2 Abs. 1 Z 3 MMHm-AV ...):

„Vermittlung einer geistigen Grundhaltung der Achtung vor dem Leben, der Würde und den Grundrechten jedes Menschen, ungeachtet der Nationalität, der ethnischen Zugehörigkeit, der Religion, der Hautfarbe, des Alters, des Geschlechts, der Sprache, der politischen Einstellung und der sozialen Zugehörigkeit, und eines verantwortungsbewussten, selbständigen und humanen Umganges mit gesunden, behinderten, kranken und sterbenden Menschen“

Für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegehilfe) ist in den entsprechenden Ausbildungsverordnungen das Unterrichtsfach „Palliativpflege“ verpflichtend vorgesehen.


Darüber hinaus ist für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in der GuK-Weiterbildungsverordnung für den Erwerb erweiternder und vertiefender Kenntnisse und Fertigkeiten in der Palliativversorgung eine Weiterbildung „Palliativpflege“ vorgesehen.

In der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 (ÄAO 2006), BGBl. II Nr. 286/2006, ist Palliativmedizin bereits derzeit verankert (Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin: § 6 Z 11 „palliativmedizinische Versorgung“; Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt: § 11 Z 9 „Palliativmedizin“) und wird selbstverständlich auch in der neuen Ärzteausbildung enthalten sein.

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.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Bundesminister:
Dr. Günter Porsch

Signaturwert	McZIKEZSaHp51dI0dlsYf6e/Q9Z33TxYVz7wYKj8Bz5I32qCU4rn3E//ywesRkHBP UDjwqGzCDzSw8tl3HYtRzqnfYW/WOnZYyco2mITtKirTDjDu5L37WlUo+eSFVdR1x VZSGZhFJWpX1112ZnO1LJD5YQS9c3y3xq+2NBldU=	
	Unterzeichner	serialNumber=756257306404,CN=Bundesministerium f. Gesundheit,O=Bundesministerium f. Gesundheit,C=AT
	Datum/Zeit-UTC	2014-09-23T08:15:08+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.	540369
	Parameter	etsi-bka-moa-1.0
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.	
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: http://www.signaturpruefung.gv.at	