

Anfrage

der Abgeordneten Dr. Helga Krismer-Huber

gemäß § 39 Abs 2 LGO 2001


an Frau Landesrätin Mag. Karin Scheele

betreffend **Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Niederösterreich**

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.

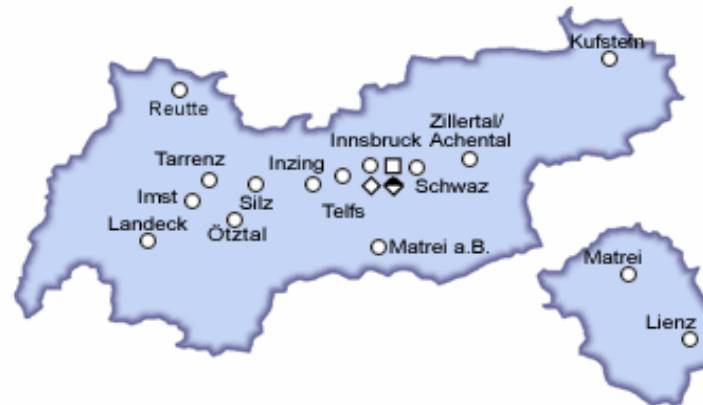
| Geschichte | Aktueller Stand ³ |
|---|--|
| <p>In Vorarlberg begann 1994 der landesweite strukturelle Aufbau der Hospizbewegung. Trägerin ist die Caritas mit Unterstützung des Landes Vorarlberg. Zeitgleich beginnt das Bildungshaus Batschuns mit dem ersten Lehrgang „Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung“. Bereits 10 Jahre zuvor wurden zusammen mit der Kath. Kirche Strukturen für Kranken- und Sterbebegleitung in Krankenhäusern geschaffen.</p> |  |

¹ Quelle: Kapitel: Soziales - Optimale Infrastruktur nach den Wünschen der Betroffenen, S. 104, www.austria.gv.at/DocView.axd?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 Sterbebegleitung 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 Klingmainerhof 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 Aufbauarbeit 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 Schmerztherapie zwecke (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

Der Verein „Hospizbewegung **Burgenland**“ wurde 1996 gegründet. Die Hospizansprechstelle befindet sich im Altenheim der Evangelischen Diakonie in Oberwart. Neben Bildungsmaßnahmen (Vorträge, Seminare, etc.) ist die ambulante Tätigkeit Hauptaufgabengebiet.

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

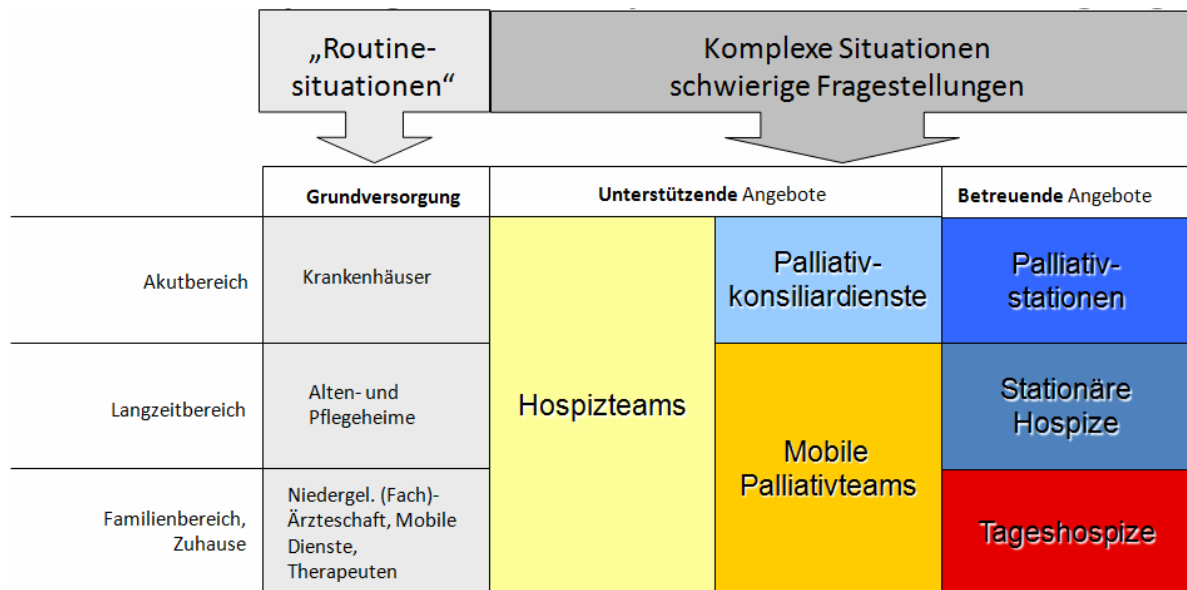


Die Zeit bis 1999 kann als „Pionierphase“, in welcher Einzelinitiativen stattfanden, bezeichnet werden, dieser folgte eine „Aufbauphase“ zwischen 2000 und 2004, in welcher Palliativstationen erstmals im Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) verankert wurden. Seit 2005 erfolgt die Integration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

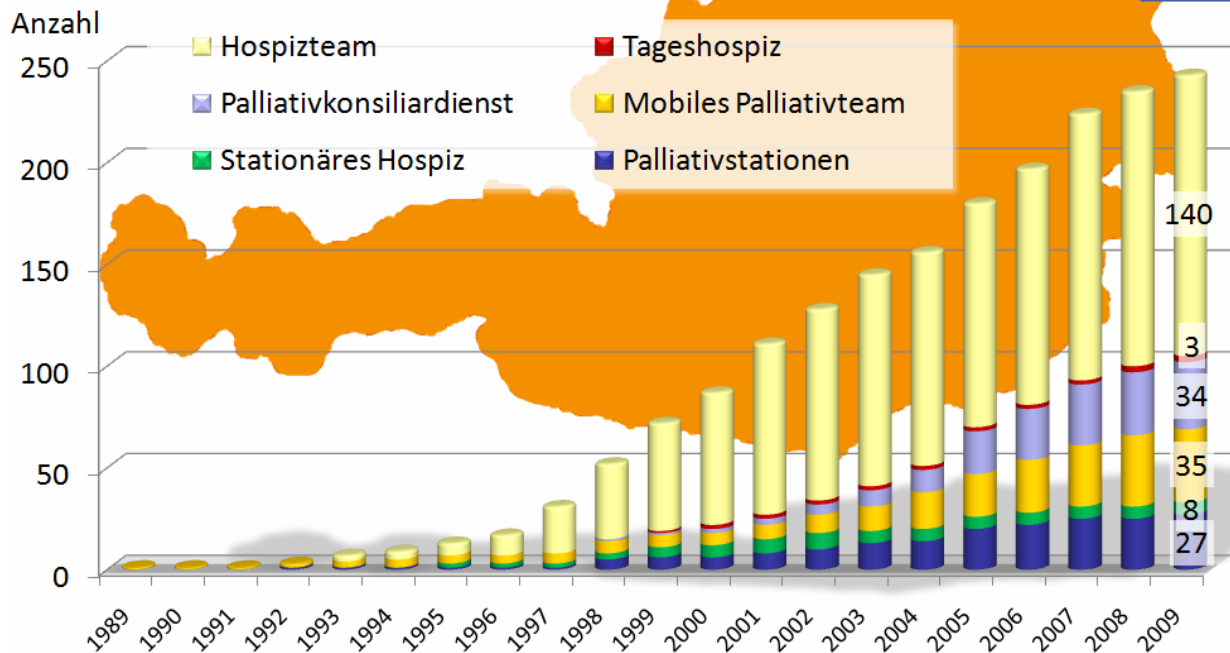
Humane und qualitativ gute Sterbebegleitung kann in einem modernen Sozialstaat allerdings nicht vorwiegend Agenda von Banken, Mäzenen und karitativen Organisationen sein. Eine Verantwortung der Länder ist gegeben.

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

Hospiz- und Palliativeinrichtungen Österreich 1989 - 2009



© Copyright HOSPIZ ÖSTERREICH (Pelttari/Pissarek/Zottele)

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 (BGBl. 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

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/oesg_2010_-_gesamt_stand_26.11.2010.pdf, Seiten 88-91

einzu beziehen. Eine bundesweite Koordinationsstelle, die eng mit den 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 Gefertigte stellt daher an Landesrätin Mag. Karin Scheele folgende

Anfrage

1. Es gibt bekanntlich einen „Kompetenzdschungel“ zwischen Bund, Ländern, Sozial- und Gesundheitsbereich. Wie wurden in Niederösterreich die diversen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten geklärt, um langjährige Versorgungs- und Finanzierungslücken zügig abzubauen?
2. Es gibt klare Bekenntnisse der Bundesregierung zum Stellenwert der Hospiz- und Palliativversorgung. Weshalb werden Ihrer Ansicht nach gefasste Beschlüsse nur zögerlich umgesetzt?
3. Bedarf es einer Reaktivierung der Empfehlungen der Bund- / Länderarbeitsgruppe aus dem Jahr 2006, um notwendige Handlungen zu setzen?
4. Wie erklären Sie die Position Niederösterreichs im österreichweiten Länderranking bezüglich Hospiz- und Palliativversorgung?
5. Es gibt Bedarfsrichtwerte⁹ 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 Niederösterreich?
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 auf Landesebene zeitgerecht (Plan: 2012) umgesetzt werden? Welche nicht? Was sind die Gründe für die Nicht-Erreichung der Ziele? Bitte um Aufschlüsselung nach den einzelnen betreuenden und unterstützenden Angeboten.
7. Welche Kosten wurden seit 2006 in Niederösterreich in den Ausbau der Versorgung investiert? Mit welchen Kosten bis zur Erreichung des Endausbaus (Plan 2012) ist zu rechnen? Bitte um Aufschlüsselung nach den einzelnen betreuenden und unterstützenden Angeboten.

⁹http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/hos_pal_broschue_re_2007.pdf, Seite 13

8. Welche nachhaltigen und verlässlichen Finanzierungskonzepte existieren auf NÖ Landesebene?
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. Welche Aktivitäten wurden und werden diesbezüglich in Niederösterreich gesetzt? 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 auf NÖ Landesebene eine entsprechende Beschlussfassung auch in einer neuen 15a Vereinbarung (2014) geben?
11. Die aktuelle Liste mit Reformpool-Projekten¹⁰ zeigt, dass nur wenige Projekte im Bereich Hospiz/Palliativ eingereicht wurden. Woran liegt es, dass diese Möglichkeit nicht ausgeschöpft wird? Woran liegt es Ihrer Meinung nach, dass die Umsetzung von Reformpoolaktivitäten in den einzelnen Bundesländern so unterschiedlich weit fortgeschritten ist?
12. Wurden auf NÖ Landesebene Reformpoolprojekte für den Bereich eingereicht, genehmigt oder durchgeführt? Wenn ja, welche (Umsetzungsgrad)? Wenn nein, warum nicht?
13. Für Reformpoolprojekte hätten gemäß der Reformvereinbarung 2005 in den Jahren 2006 bis 2008 mindestens 185,5 Mill. EUR (Wien) bzw. 55,7 Mill. EUR (Tirol) zur Verfügung gestellt werden können. Tatsächlich wurden aber deutlich geringere Mittel beschlossen (in Wien 4,1 Mill. EUR; in Tirol 0,4 Mill. EUR¹¹), weil für den Reformpool eingesetztes Geld jene Mittel reduziert, die für die Finanzierung der Krankenanstalten und des niedergelassenen Bereichs zur Verfügung stehen. Das Instrument des Reformpools sollte im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung stärker genutzt werden. Auch würden dadurch persönliche Kontakte zwischen Vertretern von Land und Sozialversicherung geschaffen werden, die dazu beitragen können, die strikte Trennung der Sektoren des Gesundheitswesens zu überwinden. Weiters werden durch Reformpoolprojekte Sachverhalte zwischen dem Land und der Sozialversicherung thematisiert, wodurch auch gemeinsame Lösungen (z.B. für offenkundige Versorgungsdefizite) gefunden werden könnten. Wie beurteilen Sie diese Situation in Niederösterreich?

¹⁰http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/7/2/CH1072/CMS1219052161632/liste_reformpoolprojekte_stand_11._jaenner_2011_korrigiert.pdf

¹¹http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/aktuelles/presse/kurzfassungen/bund/Kurzfassung_Bund_2010_05.pdf

14. Dr. Arno Melitopoulos, Geschäftsführer Gesundheit Österreich GmbH, führte Trends und Prognosen im Pflegebereich bis zum Jahr 2030 aus¹². Diese Entwicklungen im Bereich der Demographie prognostizieren riesige Herausforderungen im Pflegebereich und daraus bedingt wird sich ein steigender Bedarf auch für den Sektor der abgestuften Palliativ- und Hospizversorgung ergeben. Wird dieser Entwicklung durch Planungen auf Seiten der Landesebene Rechnung getragen?
15. Vielfach wird von ExpertInnen eine bundesweite Koordinationsstelle, die eng mit den LandeskoordinatorInnen kooperiert, angestrebt. Ein begleitendes Monitoring würde Qualität und Fortschritt sichern, den Grad der Umsetzung eines Sollplanes evaluieren und als Motor der Entwicklung agieren. Wie stehen Sie zu dieser Idee?

¹² OTS0145 2010-07-23/14:07 Kardinal Schönborn: "In Österreich fehlt ein durchgängiges Pflege-Gesamtkonzept"