

Stellungnahme des Dachverbandes Hospiz Österreich¹

an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
zum Entwurf des Hospiz- und Palliativfondsgesetzes - HosPalFG

Geschäftszahl 2021-0.726.195

Der Dachverband Hospiz Österreich bedankt sich beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz für die Möglichkeit der Abgabe einer Stellungnahme zum Entwurf des Bundesgesetzes, mit dem ein Hospiz- und Palliativfonds eingerichtet wird und Zweckzuschüsse an die Länder zur finanziellen Unterstützung der Hospiz- und Palliativversorgung im Langzeitpflege- und -betreuungsbereich ab dem Jahr 2022 gewährt werden (Hospiz- und Palliativfondsgesetz – HosPalFG). Wir kommen dieser Einladung gerne nach und übermitteln unsere dahingehenden Anmerkungen.

Hospiz Österreich ist der Dachverband von rund 390 Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Ordentliche Mitglieder des Dachverbandes sind die landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativorganisationen Österreichs, Institutionen, und Bildungseinrichtungen aus dem Hospiz- und Palliativbereich in allen Bundesländern. Überregionale Mitglieder sind die Caritas Österreich, die Diakonie Österreich, MOKI Österreich, das Österreichische Rote Kreuz und die Vinzenz Gruppe. Als österreichweite Kompetenz- und Beratungsstelle übernimmt Hospiz Österreich seit 1993 die bundesländerübergreifende Gesamtkoordination. Ziel der Bemühungen des Dachverbandes ist es, den schwerkranken und sterbenden Menschen in Österreich eine hohe Lebensqualität bis zuletzt zu ermöglichen und An- und Zugehörige zu entlasten. Der Dachverband Hospiz Österreich ist gemeinnützig, überparteilich und überkonfessionell.

Mit dem Entwurf des Hospiz- und Palliativfonds-Gesetzes liegt nun die Grundlage vor, auf deren Basis der Vollausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in den nächsten Jahren umgesetzt werden kann. Hospiz Österreich ist als Dachverband der Hospiz- und Palliativ-einrichtungen erfreut, dass nach vielen Jahren der Diskussionen, Überzeugungsarbeit und des Einforderns dieser große und wichtige Schritt gesetzt wird. Schließlich geht um die Interessen der schwerkranken, sterbenden und trauernden Menschen in Österreich, sowie um deren An- und Zugehörige. Sie haben erstmals Aussicht, künftig in ganz Österreich eine gleichwertige, zugängliche, erreichbare sowie leistbare Hospiz- und Palliativversorgung vorzufinden. Der Bund, die Bundesländer und die Sozialversicherung tragen dafür Sorge, dass die dafür notwendigen Strukturen und Einrichtungen vorgehalten werden.

¹ *Arbeitsgruppe (alphabetisch): Dr. Karl W. Bitschnau MAS, MMag. Christof Eisl, Dr. in Christina Grebe MSc, Mag. Werner Mühlböck MBA, Mag.^a Claudia Nemeth, Mag.^a Leena Pelttari MSc, Sonja Thalinger MSc und Dr. in Karin Zoufal.*

Umsetzung mit Rücksicht auf das Gewachsene

In den letzten 25 Jahren sind dank des unbeugbaren Engagements vieler Menschen und Organisationen und dank der Spendenbereitschaft in der Bevölkerung und der Unterstützung von Sponsoren viele Einrichtungen für Palliativ-Patient*innen geschaffen worden. Mangels Finanzierungsbeiträgen der öffentlichen Hand sind regional sehr unterschiedliche Finanzierungsmodelle entstanden. Erst das neue Hospiz- und Palliativfondsgesetz schafft die Möglichkeit einer einheitlichen und zuverlässigen Finanzierung durch die öffentliche Hand. Gleichwohl gilt es in der nächsten Entwicklungsphase mit Bedacht vorzugehen, um Gewachsenes nicht zu schädigen und das nach wie vor stark ausgeprägte Engagement einzubremsen. Das wäre insbesondere der Fall, wenn überbordende bürokratische Anforderungen (z.B. die Dokumentationsanforderungen §§ 9, 10 und 11; Tarifgestaltung und Abrechnungsmodi) und einengende Vorgaben die notwendigen Spielräume verantwortungsvoller Arbeit für die Betroffenen beeinträchtigen würden.

Wir ersuchen den Gesetzgeber daher, in der Ausgestaltung des Gesetzes darauf Rücksicht zu nehmen. In Folge kommt es dann den Verantwortlichen im Bund, in der Sozialversicherung und in den Ländern zu, entsprechend umsichtig vorzugehen. Darauf wäre insbesondere bei der Planung (§§ 7 und 9) und bei der Tarifgestaltung (§8) Rücksicht zu nehmen. Oberstes Ziel ist, dass möglichst viel von den zur Verfügung gestellten Mitteln bei den Palliativ-Patient*innen und ihren An- und Zugehörigen ankommt, und möglichst wenig davon für Administration verwendet werden muss.

Hospiz- und Palliativversorgung für alle, die es brauchen

Verbesserung in der Grundversorgung

Ein großer Teil der Palliativ-Patient*innen wird in Einrichtungen der Grundversorgung betreut. Der Gesetzesentwurf benennt die Grundversorgung zwar im Rahmen der Definitionen (§2 (3 und 4)) nicht jedoch, wenn es um die Mittelverwendung geht (§4). Zudem entspricht die Definition der Grundversorgung in §2 (3) nicht der im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung gängigen Definition, jene in den Erläuterungen ist eindeutig und korrekt. Gemäß dieser zählen zur Grundversorgung: die häusliche Versorgung, Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen und Akutkrankenhäuser (ausgenommen Palliativstationen).

Der Dachverband Hospiz Österreich ersucht um Klarstellung dieses Punktes und um Sicherstellung, dass bestehende Projekte zur Verbesserung in der Grundversorgung wie Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim (HPCPH), HPC Mobil und HPC im Krankenhaus (im Aufbau) sowie HPC in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen (in Planung) sowie Entlastungspflege bei pädiatrischen Palliativ-Patient*innen künftig aus Mitteln des Hospiz- und Palliativfonds gefördert werden. Dafür ist in den Bestimmungen des Gesetzes (z.B. §4) Sorge zu tragen.

Unabhängig von Grunderkrankung

Die Hospiz- und Palliativversorgung hat sich aus der Sorge um und für onkologische Patient*innen entwickelt. Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich herausgestellt, dass auch Patient*innen mit anderen Grunderkrankungen vom Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung profitieren und diese Art von Versorgung brauchen, um ein gutes Leben bis zuletzt führen zu können. Daher ist dafür Sorge zu tragen, dass **alle**, die es

brauchen, Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung haben – unabhängig von der zugrunde liegenden Grunderkrankung.

Die Finanzierung ALLER Versorgungsangebote muss kostendeckend sichergestellt sein

Es gilt, alle Versorgungsangebote der modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene und für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zu finanzieren und auch in Zukunft bedarfsdeckend sicher zu stellen.

Hospiz Österreich als starker Partner für Planung, Qualitätsentwicklung und Interessensausgleich

Das Hospiz- und Palliativfondsgesetz beabsichtigt, „das derzeit auch spendenbasierte System“ „zu einem durch die öffentliche Hand geförderten System“ weiterzuentwickeln, das die Einhaltung von Mindeststandards sichert“ (vgl. Kurzinformationen zum Hospiz- und Palliativfondsgesetz). Dazu ist zu sagen, dass der Dachverband Hospiz Österreich seit mehr als zwei Jahrzehnten verbindliche Standards für die Hospiz- und Palliativversorgung entwickelt und weitere essenzielle Aufgaben im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung österreichweit erfüllt. Die derzeitigen Aufgabenbereiche des Dachverbandes Hospiz Österreich im Überblick:

Beratungs- und Kompetenzzentrum für Hospiz- und Palliativarbeit und innovative Projekte

- in der spezialisierten Versorgung für Erwachsene
- in der spezialisierten Versorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
- in der Grundversorgung (Alten- und Pflegeheime, mobile Betreuung zuhause, Krankenhaus und für Menschen mit Behinderung)
- in der Bildung

Öffentlichkeitsarbeit und Informationsbroschüren

z.B. www.hospiz.at, www.kinder-hospiz.at, Angehörigenbroschüre „Begleiten bis zuletzt“)

Beratung der österreichischen Bevölkerung

- zu Hospiz und Palliative Care und Trauerbegleitung
- zu Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung
- zu Patientenverfügung
- zu Bildungsangeboten

Koordination einer österreichweit abgestimmten Entwicklung und Vorgangsweise

inkl. Kooperation mit Gesundheit Österreich

Österreichweite Vernetzung

- Hospiz- und Palliativorganisationen und Mitarbeiter*innen
- Landeskoordinierende Organisationen
- überregionale Mitglieder: Caritas Österreich, Diakonie Österreich, MOKI Österreich, Österreichisches Rotes Kreuz, Vinzenz-Gruppe

Ansprechpartner für (politische) Entscheidungsträger

Bereitstellung und Entwicklung von Fachexpertise

z.B. Mitarbeit an Rechtsinstrumenten wie der Patientenverfügung und Entwicklung des Vorsorgedialogs

Qualitätssicherung und -entwicklung

Österreichweite Datenerhebung mit Hospiz- und Palliativdatenbank

Leitung des Universitätslehrgangs Palliative Care

gemeinsam mit PMU Salzburg und St. Virgil und Bildungsarbeit

Internationale Zusammenarbeit, Kooperationen und Projekte

Initiierung von Forschungsprojekten

Der Dachverband Hospiz Österreich engagiert sich seit mehr als zwei Jahrzehnten für die Entwicklung einer hohen Qualität in der Hospiz- und Palliativversorgung und wird sich auch weiter dafür engagieren. Dieses Engagement tangiert im HosPalFG die §§ 6 (Qualitätsmanagement), 7 und 9 (Planung), 8 (Tarife), 10 (Datenerhebung und Statistik) sowie 11 (Berichtswesen, Monitoring und Evaluierung). Wir ersuchen den Gesetzgeber daher, diese Aufgabe des Dachverbandes Hospiz Österreich durch ein starkes Mandat und entsprechende Förderung zu unterstützen.

Zudem ist der Dachverband Hospiz Österreich ein Ort des Interessenausgleichs der Mitgliedsorganisationen und als Vertretung dieser Organisationen eine wichtige Stimme für die Interessen und Anliegen der schwerkranken, sterbenden und trauernden Menschen in Österreich. Diese unverzichtbare Rolle des Dachverbandes sollte in den Bestimmungen des Hospiz- und Palliativfondsgesetzes Berücksichtigung finden. Es ist sehr wichtig für die Finanzierung dieser bundesländerübergreifende Gesamtkoordination Sorge zu tragen.

Hospiz- und Palliativbeirat

Wir schlagen vor, einen Hospiz- und Palliativbeirat zu installieren, der die Gesundheit Österreich GmbH bei den Aufgaben, die sich aus diesem Gesetz ergeben, berät und unterstützt und Partner in den bevorstehenden Entscheidungsprozessen ist. In diesem Beirat sollen jedenfalls der Dachverband Hospiz Österreich und die Österreichische Palliativgesellschaft vertreten sein. Ein solcher Beirat bringt Fachwissen im Bereich Hospiz und Palliative Care, Kenntnis der Versorgungslandschaft und der Bedürfnisse von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihrer An- und Zugehörigen ein. Damit wird sichergestellt, dass Festlegungen im Bereich der quantitativen Planung, der Qualität, der Evaluierung etc. nicht ausschließlich von den Financiers definiert werden. Die gewachsene Expertise und das Knowhow sind unverzichtbar für die gute weitere Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Die Gesundheit Österreich GmbH soll verpflichtend die Zustimmung, zumindest aber die Expertise des Hospiz- und Palliativbeirates zu folgenden Themen einholen: Auf- und Ausbauplanung, Dateninterpretation, Evaluierung, Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren.

Qualifizierung von Mitarbeiter*innen

Neben der Struktur- und Prozessqualität sind es die qualifizierten Mitarbeiter*innen, die für die Qualität der Versorgung stehen und die die Einhaltung von Mindeststandards garantieren. Dies gilt sowohl für hauptamtliche als auch für ehrenamtliche Mitarbeiter*innen der modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung. Im Hinblick auf das HosPaIFG ist daher sicherzustellen, dass die Qualifizierung von Mitarbeiter*innen wesentlicher Bestandteil der Tarifikalkulationen (bzw. Globalbudgets) sind (§8).

Bildungseinrichtungen für Hospiz- und Palliative Care soll die Möglichkeit offenstehen, Förderungen aus Mitteln des Hospiz- und Palliativfonds zu beantragen. Diese Einrichtungen bilden nicht nur haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter*innen weiter, sondern sind wichtige Multiplikator*innen der Hospiz- und Palliativarbeit in Österreich. Eine zentrale Rolle hat der Universitätslehrgang Palliative Care, der seit 15 Jahren von Dachverband Hospiz Österreich, Paracelsus Medizinische Privatuniversität und St. Virgil organisiert wird. Der 6-semesterige multiprofessioneller Lehrgang (120 ECTS) gliedert sich in drei Levels: Level 1 bilden die Interprofessionellen Palliativbasislehrgänge, die in 10 Standorten in Österreich angeboten werden. Level 2 bilden die fachspezifischen Lehrgänge und Level 3 ist multiprofessionell mit Schwerpunkt Führungskompetenz und schließt mit MSc. in Palliative Care ab. Es ist sicher zu stellen, dass der Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung mit dem quantitativen und qualitativen Ausbau der Bildung einhergeht.

Zudem ist in der Planung und Finanzierung vorzusehen, dass im Zusammenhang mit der anzustrebenden *Verbesserung der Grundversorgung* die *Qualifizierung von Mitarbeiter*innen und die Förderung von Projekten* (HPCPH, HPC-Mobil, etc.) aus Mitteln des Hospiz- und Palliativfonds ermöglicht wird.

Der Vorsorgedialog

In den letzten Jahren hat der Dachverband Hospiz Österreich mit Mitarbeiter*innen aus der palliativen Praxis und namhaften Expert*innen den Vorsorgedialog® als Instrument der vorausschauenden Planung entwickelt, das auch dann noch eingesetzt werden kann, wenn die Patient*innen nicht mehr entscheidungsfähig sind. Dieses Instrument hat auch in den Gesetzesmaterialien zur Patientenverfügung und zur Vorsorgevollmacht Niederschlag gefunden. Daher schlagen wir um der Eindeutigkeit willen vor, *die Termini „Vorsorge- und Informationsgespräche“ (§§ 4(5), 9(8) und 10(6)) durch den eindeutigen Begriff Vorsorgedialog® (ggf. Vorsorgedialog lt. Dachverband Hospiz Österreich) zu ersetzen.* Intention dieses Instruments der vorausschauenden Planung ist es, mehr Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu schaffen, und die Umsetzung des Patient*innenwillens zu ermöglichen.

Gesundheit und/oder Soziales

Ein Wesensmerkmal der Hospiz- und Palliativversorgung ist der ganzheitliche Blick auf die Palliativ-Patient*innen und ihr Umfeld und bedingt daher ganzheitliche Antworten. Im Hinblick auf die Zuständigkeitsbereiche sind sowohl die Bereiche „Gesundheit“ als auch „Soziales“ umfasst. Aus der Vergangenheit wissen wir, dass die Zuteilung zum einen oder zum anderen Bereich, dieser ganzheitlichen Verantwortung oft zuwider steht. Es ist daher sorgsam darauf zu achten, dass eine gute Kommunikation der beiden Bereiche und ein Commitment im Sinne der Zielvorgaben des Gesetzes sichergestellt wird.

Trauernde

Im Sinn eines ganzheitlichen Konzepts sind Leistungen für Trauernde ein Merkmal in ALLEN Versorgungsangeboten der Hospiz- und Palliativversorgung.

Zu den einzelnen Bestimmungen

ad §1: Einrichtung und Ziele des Hospiz- und Palliativfonds

Wir schlagen vor, hier einen zusätzlichen Absatz (3) einzufügen, der als weiteren Zweck benennt: *Zudem sollen mit der Gewährung von Zweckzuschüssen die Einrichtungen der Grundversorgung zur Verbesserung der Betreuung ihrer Palliativ-Patient*innen gestärkt werden.*

Außerdem sollen mit der Gewährung von Zweckzuschüssen die Qualifizierung von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen (Aus-, Fort- und Weiterbildung) gefördert werden.

ad §2: Begriffsbestimmungen

Wie oben ausgeführt wäre *der Begriff Verbesserung der „Grundversorgung“ (Absatz (3)) eindeutig zu klären* und zwar in dem Sinne, dass damit auch die häusliche Versorgung, Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen und Akutkrankenhäuser gemeint sind.

Absatz (4): die Aufzählung ist *um das Versorgungsangebot „pädiatrische Palliativbetten“ zu erweitern.*

Absatz (8): *„Nicht ehrenamtlich tätige Personen“* sind zu ersetzen durch *„hauptamtliche tätige Personen“*

Absatz (9): bitte analog zu (8) ergänzen um den Satz *„Die Koordination im Kinder-Hospizteam erfolgt über hauptamtlich tätige Personen“*

Absätze (8) und (9): hier soll in den Erläuterungen ein Verweis auf die österreichweiten Standards des Dachverbands Hospiz Österreich aufgenommen werden.

Absatz (11): Im Erläuterungstext ist von *„spezialisierten Pflegeheimen“* die Rede. Wir gehen davon aus, dass ALLE Pflegeheime im Rahmen der Grundversorgung Palliativ-Patient*innen betreuen. Deshalb ist das Projekt *„Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim (HPCPH)“* so wichtig, weil es die Qualifizierung dafür fördert und die Organisation in der Entwicklung entlang der Bedürfnisse von Palliativ-Patient*innen unterstützt. *Wir schlagen daher vor, den Begriff „spezialisierte“ im Erläuterungstext zu löschen.*

Absatz (12): *„Bis zum Tod“* soll entfallen, da Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene nur in seltenen Fällen bis zu ihrem Tod aufgenommen werden. Folgende Änderung schlagen wir daher vor: *Stationäre Kinder-Hospize sind Einrichtungen, die auf eine längerfristige und vor allem wiederkehrende Betreuung von pädiatrischen Palliativpatienten und -patientinnen spezialisiert sind und ... geboten wird.*

Absätze (14) und (15): Das Referenzjahr 2021 sollte nur zur Festlegung des Ausbaugrades herangezogen werden. Es kann aber nicht bedeuten, dass ab 2022 nur zusätzlich implementierte Strukturen (Investitionen und Betrieb) über den Hospiz- und Palliativfonds finanziert werden. Für bereits bestehende Versorgungsangebote muss der laufende Betrieb finanziell sichergestellt werden und ein unterbrechungsfreier Übergang in die neue Finanzierungslogik garantiert werden.

ad §4: Widmung der Zweckzuschüsse und Mittelverwendung

Absatz (1) 5.: Wir schlagen vor „*Vorsorge- und Informationsgesprächen*“ zu ersetzen durch „*Vorsorgedialogen*“

Absatz (2) müsste dann konsequenterweise lauten: „... modular abgestuften Versorgungsangebote“ und *einschlägige Projekte in der Grundversorgung*. Diese wären ggf. in einem neuen Absatz (4) zu spezifizieren: Organisationsentwicklungs- und Qualifizierungsprojekte in der Grundversorgung wie Hospizkultur und Palliative Care (HPC) im Pflegeheim, HPC Mobil, HPC im Krankenhaus und HPC in der Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigungen sowie Entlastungspflege für pädiatrische Palliativ-Patient*innen.

Der Punkt 9 soll ergänzt werden um: *einschlägige Projekte und Maßnahmen zur Verbesserung in der Grundversorgung (HPCPH, HPC Mobil, HPC im Krankenhaus ...)*

Absatz (4): Wie weiter oben ausgeführt hat der Universitätslehrgang Palliative Care eine zentrale Rolle in der Qualifizierung der Mitarbeiter*innen. Wir schlagen vor, zumindest im Erläuterungstext *klarzustellen, dass hiermit u.a. Befähigungskurse für ehrenamtliche Hospiz-Begleiter*innen nach den Standards von Dachverband Hospiz Österreich, Universitätslehrgänge Palliative Care der Level I-III sowie Schulungen zum Vorsorge-dialog beinhaltet sind.*

ad §5: Bedingungen der Zweckzuschüsse

Bei der Aufzählung der Bedingungen in Absatz (1) fehlt die Bedingung, *dass Leistungen im jeweiligen Versorgungsangebot erbracht wurden*. Denn unabhängig vom Ausbaugrad fallen für das Vorhalten und Gewähren von Leistungen Kosten an, die es zu finanzieren gilt.

Absatz (1) 3: Die Kosten von Leistungen können aufgrund unterschiedlicher Bedingungen (z.B. unterschiedliche Kollektivverträge und Lebenshaltungskosten in den Bundesländern, Investitionskosten, ...) stark variieren. Deshalb muss es einheitliche Parameter für kostendeckende Tarife geben.

Wichtig scheint uns, das Tarifsystem so zu entwickeln, dass die Bedarfsorientierung gefördert wird. Das scheint uns durch vereinbarte Globalbudgets deutlich besser gegeben als durch Verrechnung von Einzelleistungen.

ad §6: Qualitätsmanagement

Mindestgrundlage sind die bestehenden Qualitätskriterien und das Prozesshandbuch für Hospiz- und Palliativeinrichtungen der Gesundheit Österreich GmbH. Diese sind österreichweit akzeptiert. Sie müssen laufend evaluiert und weiterentwickelt werden.

Wie weiter oben ausgeführt, ist der Dachverband Hospiz Österreich seit mehr als zwei Jahrzehnten eine der maßgeblichen Instanzen zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität in der Hospiz- und Palliativversorgung und Qualifizierung der haupt- und

ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen. Dies kommt in den Bestimmungen zum Qualitätsmanagement nicht zum Ausdruck. Der Dachverband Hospiz Österreich stellt auch weiterhin seine Expertise verbindlich zur Verfügung (durch Entsendung von Expert*innen in die Gremien von Gesundheit Österreich wie einen zu installierenden Hospiz- und Palliativbeirat und die Bundes-Zielsteuerungskommission) und durch Weiterführung der Hospiz- und Palliativdatenbank bzw. allenfalls Mitarbeit beim Aufbau einer neuen Hospiz- und Palliativdatenbank

ad §7: Quantitativer Auf- und Ausbau

Hier gilt wie bereits unter §6 ausgeführt: Der Dachverband Hospiz Österreich verfügt über jahrzehntelange Expertise in der Bedarfsschätzung, Planung und Umsetzung von Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung und der notwendigen Bildungsmaßnahmen. Dasselbe gilt auf Ebene der Bundesländer für die Landesverbände bzw. landeskoordinierenden Organisationen. Es wäre daher im Sinne des Gesetzes, die vorhandene Expertise und Struktur zu würdigen und für die Zukunft festzuschreiben.

Absatz (1): Das Referenzjahr 2021 sollte nur zur Festlegung des Ausbaugrades herangezogen werden. Das HosPaIFG zielt darauf ab, den Vollausbau der Hospiz- und Palliativversorgung bis 2026 zu ermöglichen. Allerdings ist darauf zu achten, dass bereits bestehende Versorgungsangebote mit Wirksamkeit des HosPaIFG zeitnah so in die Finanzierung durch den Hospiz- und Palliativfonds überführt werden, dass dadurch keine Zeiträume ohne Finanzierung entstehen oder eine Verschlechterung der Versorgung eintritt. Wir wünschen uns dabei einen wertschätzenden Umgang gegenüber den umfangreichen Vorleistungen, die viele Trägerorganisationen und engagierte Einzelpersonen erbracht haben.

ad §8: Tarife

Eine bundesweit vergleichbare Tarifstruktur für die modular abgestuften Versorgungsangebote wird grundsätzlich begrüßt. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, müssen u.s. die unterschiedliche Gehaltsstrukturen und Regelarbeitszeiten (37 oder 38 Wochenstunden vs. 40 Wochenstunden) berücksichtigt werden.

Das zu erstellende Tarifsysteem muss kostendeckend² den Betrieb im Sinne eines Global Budget ermöglichen und darf nicht leistungsinduzierend sein. Grundsätzlich würde eine Vergütung über zu definierende Leistungen der Haltung von Palliative Care entgegenstehen, dass „weniger mehr ist“. Ein Hauptqualitätsmerkmal für Palliative Care ist es, ausreichend Zeit für die Anliegen der Patient*innen und An- und Zugehörigen zu haben und die Leistungen entlang der tatsächlichen Bedürfnisse und Notwendigkeiten anzubieten, nicht primär entlang von Leistungskatalogen.

Das zu erstellende Tarifsysteem darf nicht zu einem erhöhten Dokumentationsaufwand seitens der Leistungserbringer führen, der bereits jetzt schon sehr hoch ist.

Beide zuletzt angeführten Punkte begründen, warum eine Tarifbildung über Leistungskomponenten abgelehnt werden muss.

² Im Sinne der Träger der jeweiligen Einrichtungen

Eine vergleichbare Tarifstruktur kann auch über den Weg der Qualitätskriterien erreicht werden, in dem entlang der Personalqualitätskriterien unter Hinzunahme von Sach- und Fahrtkosten sowie Bildungs- und Investitionskosten standardisierte Vergütungen kalkuliert werden. So gestaltete Tarife sollten mit Bandbreiten und/oder Deckelungen versehen werden, damit die bundeslandspezifischen Gefüge der Gehalts- und Finanzierungsstrukturen stimmig bleiben können.

ad §9: Planungswesen

Jegliche Planungsarbeiten sollten auf den von der Gesundheit Österreich GmbH herausgegebenen und allgemein akzeptierten Bedarfsrichtwerten der modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung aufbauen.

Der Hinweis auf die Expertise von Hospiz Österreich (ad §7) gilt auch für das Planungswesen. Wir plädieren daher sowohl auf Bundesebene als auch Landesebene Expert*innen des Dachverbandes bzw. der jeweiligen Landesverbände verbindlich in die Planungen einzubeziehen.

Wir ersuchen um eine Differenzierung bei den Vorgaben der Planwerte, da es z.B. keinen Sinn macht, Hospizteams Diagnosen erfassen zu lassen. Auch muss es weiterhin möglich sein, Leistungen primär An- und Zugehörigen zukommen zu lassen, da so die Palliativ-Patient*innen indirekt wirksam entlastet werden.

Absatz (2) 7: Der voraussichtliche Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf lässt sich nur als Schätzwert abbilden, da der tatsächliche Bedarf von vielen nicht steuerbaren Gegebenheiten (verfügbares Personal, verfügbares Weiterbildungsangebot, ...) abhängt. Es muss sichergestellt werden, dass jedenfalls die Mittel für Aus-, Fort- und Weiterbildung ausreichend zur Verfügung stehen.

Absatz (2) 9

Bitte streichen: Diagnose gemäß ICD-Diagnosegruppen

Begründung: Diagnosen bzw. Diagnosegruppen stellen kein Planungskriterium dar. Die Zugänglichkeit der Versorgungsangebote muss für Patienten mit jeglicher Grunderkrankung gegeben sein. Eine Planbarkeit der Anteile von z. B. Patient*innen mit Tumor-Diagnosen oder Diagnosen aus dem Bereich der neurodegenerativen Erkrankungen ist nicht gegeben. Die Erfahrung zeigt, dass die Inanspruchnahme der Hospiz- und Palliativversorgungsstrukturen einem Wandel unterliegt. Zunehmend werden neben den Patient*innen mit onkologischen Erkrankungen auch chronisch kranke Menschen wie z.B. Herzinsuffizienz-Patient*innen am Lebensende auch palliativ versorgt.

Absatz (2) 10

Bitte streichen. Begründung: Die Anzahl der zu unterstützenden An- und Zugehörigen bedarf keiner quantitativen Benennung. Hier kann man sich mit Durchschnittswerten z.B. aus den jahrelangen Zeitreihen der Datenerhebung durch den Dachverband Hospiz Österreich, bedienen. Bei der Festschreibung der Personalqualitätskriterien sollten, die mit zu betreuenden An- und Zugehörigen einkalkuliert sein. Vergleiche: Auch bei Planungen im Bereich der Kinderheilkunde wird nicht die Anzahl der mit zu betreuenden Elternteile und Geschwisterkinder berücksichtigt.

ad §10: Datenerhebung und Statistik

Eine standardisierte Datenerhebung wird begrüßt. Bitte um Beachtung unserer oben benannten Anmerkungen zur Expertise und langjährigen Erfahrung von Dachverband Hospiz Österreich zu diesem Thema.

Die in § 10 HosPaIFG angedachte neue Hospiz- und Palliativdatenbank gleicht überwiegend der bereits seit 15 Jahren bestehenden und in der Versorgungslandschaft etablierten Hospiz- und Palliativdatenbank von Dachverband Hospiz Österreich. Im europaweiten Vergleich nimmt diese Hospiz- und Palliativdatenbank eine Vorreiterrolle ein. Ausgewählte Ergebnisse wurden im Rahmen des EAPC Atlas of Palliative Care in Europe anerkannt und weltweit veröffentlicht. Seit dem Berichtsjahr 2007 werden die Ergebnisse von der Gesundheit Österreich GmbH für die Erstellung von jährlichen Monitoringberichten verwendet. Seit dem Berichtsjahr 2017 werden die Daten mit den Ländern im Rahmen von Abstimmungsgesprächen akkordiert. Somit stellt die vom Dachverband Hospiz Österreich etablierte Hospiz- und Palliativdatenbank eine wichtige Quelle an Expertise dar.

Der Dachverband Hospiz Österreich bietet eine weitere Kooperation im Bereich der Hospiz- und Palliativdatenbank mit der Gesundheit Österreich GmbH an.

Absatz (5): auch den Zielsteuerungspartnern und dem Dachverband Hospiz Österreich müssen zu jedem Zeitpunkt mindestens die für den eigenen Zuständigkeitsbereich relevanten Daten zur Verfügung stehen.

ad §15: Verordnungsermächtigung

hier wäre wünschenswert die vorletzte Zeile zu ergänzen „... nach Anhörung der Länder und der Träger der Sozialversicherung“ *sowie des Dachverbands Hospiz Österreich ...*

Abschließende Gedanken

Den Gesetzgeber und den Dachverband Hospiz Österreich verbindet die gemeinsame Sorge, dass die öffentlichen Mittel, die von den Bürger*innen für diesen Zweck aufgebracht werden, möglichst punktgenau bei schwerkranken, sterbenden und trauernden Menschen in Österreich ankommen. Gleichwohl wird die Systemumstellung sowohl von der öffentlichen Verwaltung als auch von den Dienstleistern einen enormen Kraftaufwand erfordern. Wo immer es möglich ist, ohne Qualitätsverlust und ohne die Steuerungshoheit von Bund, Ländern und Sozialversicherung zu beeinträchtigen, sollen bürokratische Vorgaben im Sinne aller Beteiligten mit Augenmaß gesetzt werden. Was in Jahrzehnten aus freien Stücken und mit viel persönlichem Engagement geschaffen wurde und international als Vorzeigemodell beachtet wird, soll gewürdigt werden und sich durch geeignete Rahmenbedingungen im Sinne dieses Gesetzes weiterentwickeln dürfen. Das erfordert v.a. in der Umsetzung eine positive Haltung zur raschen Erreichbarkeit einer qualitativ guten, wohnortnahen und leistbaren Hospiz- und Palliativversorgung und die Bereitschaft vorhandene Expertise und Strukturen einzubeziehen und zu fördern.

Wien, am 18. November 2021



Waltraud Klasnic, Präsidentin des Dachverbandes Hospiz Österreich

Stellungnahme Dachverband Hospiz Österreich zum Entwurf des HosPaIFG