

Stellungnahme zum Kommuniqué der Enquete-Kommission zum Thema „Würde am Ende des Lebens“

Zusammenfassung

Hospiz Österreich, der Dachverband von rund 290 österreichischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen, seine überregionalen Mitglieder Caritas, Österreichisches Rotes Kreuz und Vinzenz Gruppe sowie die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) wissen sich der Lebensqualität bis zuletzt und einem weitgehend schmerzfreien Leben und Sterben in Würde verpflichtet. Gemeinsam geben wir zum Kommuniqué der Enquete-Kommission zum Thema „Würde am Ende des Lebens“ folgende Stellungnahme ab:

Wir treten dafür ein, dass Hospiz- und Palliativversorgung bundesweit flächendeckend umgesetzt wird und für alle Menschen (jeden Alters), die sie brauchen, erreichbar, zugänglich und leistbar ist.

In Österreich gibt es ein breites Bekenntnis zur Verbesserung der Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen durch eine angemessene Hospiz- und Palliativversorgung. Die politischen Absichten zur Einführung einer flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung sind bereits klar formuliert, und die Historie (vgl. Anhang 1) zeigt, dass wesentliche erste Schritte gesetzt wurden.

Allerdings ist die Hospiz- und Palliativversorgung im österreichischen Versorgungssystem noch nicht ausreichend verankert. Wesentliche Voraussetzungen dafür, dass eine dem Bedarf und den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechende Hospiz- und Palliativversorgung etabliert werden kann, fehlen noch:

1. Verankerung eines **Rechtsanspruches** auf Betreuung durch Hospiz- und Palliativeinrichtungen für schwerkranke und sterbende Menschen
2. Österreichweite **Klärung der Zuständigkeiten** für die Umsetzung und die Finanzierung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen

3. Einigung auf eine Finanzierungslösung und Einführung einer **österreichweit gesicherten Regelfinanzierung für alle Angebote** der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche
4. Die **umfassende Integration von Hospizkultur und Palliative Care in die Grundversorgung**: Senioren- und Pflegeeinrichtungen, Tageseinrichtungen, Hauskrankenpflege, Krankenhäuser, Einrichtungen für Kinder- und Jugendheilkunde und Versorgungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung muss forciert werden.
5. Schaffung eines **Facharztes/einer Fachärztin für Palliativmedizin**, um die langfristige Qualität in der palliativmedizinischen Versorgung zu ermöglichen und zu sichern.
6. Alle an der Betreuung beteiligten Ehrenamtlichen und Berufsgruppen sind **interprofessionell zu qualifizieren**.
7. Die Unterstützungsangebote für **pflegende und trauernde Angehörige** müssen erweitert und zusätzliche Angebote geschaffen werden.

Vor dem Hintergrund unserer Erfahrungen im Bereich Hospiz und Palliative Care¹ zeigt sich sehr deutlich, dass mit dem bestehenden österreichischen Rechtsrahmen eine sehr gute Grundlage zur Umsetzung des Rechts auf ein Sterben in Würde gegeben ist.

Wir sprechen uns daher klar und deutlich für die Beibehaltung der gegenwärtigen Gesetzeslage aus. Eine Legalisierung von Tötung auf Verlangen oder der Beihilfe zur Selbsttötung wird entschieden abgelehnt.

¹ Hospiz und Palliative Care bezieht sich auf den international verwendeten Begriff „ hospice and palliative care“. Hospiz und Palliative Care ist als Einheit zu sehen und umfasst die ganzheitliche Betreuung und Begleitung: ehrenamtliche Hospizbegleitung ebenso wie Palliativmedizin, Palliativpflege und palliative psychosozial-spirituelle Betreuung.

Hospiz Österreich, der Dachverband von rund 290 österreichischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen, seine überregionalen Mitglieder Caritas, Österreichisches Rotes Kreuz und Vinzenz Gruppe sowie die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) geben gemeinsam zum Kommuniqué der Enquete-Kommission zum Thema „Würde am Ende des Lebens“ folgende Stellungnahme ab:

Status der Hospiz- und Palliativversorgung, Möglichkeiten zum Ausbau

1.1. Aktueller Versorgungsstand

Trotz vieler Bemühungen von Dachverband Hospiz Österreich, Österreichischer Palliativgesellschaft, Trägerorganisationen, Einzelpersonen und einzelner Stakeholder sind die Angebote noch nicht in ausreichender Anzahl vorhanden, so dass **viele Betroffene unversorgt bleiben müssen**.

Mit Ende 2013 stellt sich der Status der **spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen** für Erwachsene in Österreich wie folgt dar. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei diesen Zahlen um Gesamtwerte für alle Bundesländer in Österreich handelt und die erreichten Bedarfsdeckungen in den einzelnen Ländern zum Teil erheblich von diesen Werten abweichen, insbesondere in Bezug auf Stationäre Hospize.

Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene – österreichweite Bedarfsdeckung 2013

Hospiz- und Palliativeinrichtungen*	Bedarf 2013**	Umsetzungsstand Ende 2013	Bedarfsdeckung Ende 2013*** (gerundet)
Palliativstationen (Betten)	340	307	90 %
Stationäre Hospize (Betten)	170	87	51 %
Tageshospize	9	4	44 %
Palliativkonsiliardienste	123	42	34 %
Mobile Palliativteams (VZÄ)	273	191	70 %
Hospizteams	213	156	73 %

* Eine österreichweite verbindliche Finanzierung existiert nur für Palliativstationen (LKF-System)

** entsprechend der im Jahr 2006 von ÖBIG veröffentlichten Bedarfsrichtwerte

*** Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei diesen Zahlen um Gesamtwerte für alle Bundesländer in Österreich handelt und die erreichten Bedarfsdeckungen in den einzelnen Ländern zum Teil erheblich von diesen Werten abweichen, insbesondere in Bezug auf Stationäre Hospize.

Basis: Zahlen Statistik Austria, Stand 1. Jänner 2014: Bevölkerungszahl für Österreich: 8.507.786 Menschen

VZÄ = Vollzeitäquivalent(e)

© Dachverband Hospiz Österreich

Für die **Begleitung und Betreuung von lebensverkürzend erkrankten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie ihrer Familien** sind bislang erste mobile und stationäre Angebote entstanden. Dieser Versorgungsbereich steckt aber noch immer in den „Kinderschuh“. Mit der Beauftragung und Veröffentlichung eines Versorgungs-Konzepts durch das Gesundheitsministerium und der Einrichtung eines eigenen Bereichs im Dachverband Hospiz Österreich sind wesentliche Voraussetzungen gegeben, um die Entwicklung dieses Versorgungsbereichs weiter voranzutreiben.

Die **Alten- und Pflegeheime in Österreich** leisten einen erheblichen Beitrag zur Hospiz- und Palliativversorgung. Um den sich daraus ergebenden Anforderungen gerecht zu werden, wurde vom Dachverband Hospiz Österreich beginnend mit 2004/2005 ein Projekt „Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen“ (HPCPH) entwickelt, das sowohl palliative Fachexpertise als auch Hospizkultur in die Pflegeheime bringt. Der Kern des Projekts ist ein **Organisationsentwicklungsprozess** im Heim auf Basis der von Hospiz Österreich entwickelten und empfohlenen Richtlinien und darin integriert **Fortbildung** von bis zu 80% ALLER HeimitarbeiterInnen (alle Berufsgruppen) nach dem Curriculum Palliative Geriatrie.

Derzeit haben 50 Heime in Vorarlberg, NÖ, Salzburg, Steiermark, Kärnten, Burgenland und Wien den Integrationsprozess HPCPH abgeschlossen, in 33 wird er gerade durchgeführt, 11 weitere beginnen 2015. Die Kosten des zweijährigen Organisationsentwicklungsprozesses zu HPCPH und die Schulungen in Palliativer Geriatrie müssen derzeit von den Heimen selber finanziert werden und benötigen dringend eine öffentliche Finanzierung und Unterstützung.

1.2. Hospiz und Palliative Care in den Bereichen Bildung und Forschung

In der Grundausbildung der Gesundheitsberufe

Pflege: 60 Stunden Palliativpflege in der Grundausbildung Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) gemäß GuKG

Medizin: verpflichtende Lehrveranstaltungen zu Palliativmedizin in geringem Ausmaß im Studium der Humanmedizin an den medizinischen Universitäten in Wien und Graz und der PMU in Salzburg; Wahlangebote an der Med Uni Innsbruck.

Postgraduate in Hospiz und Palliative Care

Medizin: Zusatzdiplom Palliativmedizin (70 Stunden) seit 2007

Zwei universitäre Ausbildungen in Hospiz und Palliative Care für *alle* Berufsgruppen in Hospiz und Palliative Care:

- Internationaler Universitätslehrgang Palliative Care - organisiert von der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF Wien)
- Universitätslehrgang Palliative Care - gemeinsam organisiert von Hospiz Österreich, Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU) Salzburg und dem Bildungs- und Konferenzzentrum St. Virgil Salzburg

Ausbildung für Ehrenamtliche

Ehrenamtliche HospizbegleiterInnen werden nach dem Curriculum von Hospiz Österreich (80 Unterrichtseinheiten Theorie, 40 Stunden Praktikum) geschult. Im Jahr 2013 hat Hospiz Österreich ein Aufbaucurriculum für ehrenamtliche Kinder-HospizbegleiterInnen entwickelt und herausgegeben. Ein österreichweites Curriculum für Trauerbegleitung wurde 2014 von der Bundesarbeitsgemeinschaft Trauerbegleitung erarbeitet.

Forschung und Lehre

Lehrstühle für den Bereich Hospiz und Palliative Care:

- **Alpen Adria Universität Klagenfurt, Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung mit Standort Wien (IFF):** ein Lehrstuhl für Palliative Care und Organisationsethik, zwei assoziierte Professorinnen Palliative Care, ein Assistenzprofessor Palliative Care (alle nicht medizinisch)
- **Medizinische Universität Wien:** Lehrstuhl für Palliativmedizin seit 2005; seit 01.10.2013 erste Klinische Abteilung für Palliativmedizin am AKH Wien
- **Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg (PMU):** Stiftungsprofessur für Interdisziplinäre Versorgungsforschung in der Palliative Care (50% Lehrstuhl Pflegewissenschaft, 50% Lehrstuhl Medizin)

1.3. Notwendigkeit für den Ausbau

Wir treten dafür ein, dass Hospiz- und Palliativversorgung bundesweit flächendeckend umgesetzt wird und für alle Menschen (jeden Alters), die sie brauchen, erreichbar, zugänglich und leistbar ist.

In Österreich gibt es ein breites Bekenntnis zur Verbesserung der Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen durch eine angemessene Hospiz- und Pallia-

tivversorgung. Die politischen Absichten *zur* Einführung einer flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung sind bereits klar formuliert, und die Historie (siehe Anhang 1) zeigt, dass wesentliche erste Schritte gesetzt wurden.

Allerdings ist die Hospiz- und Palliativversorgung im österreichischen Versorgungssystem noch nicht ausreichend verankert. Wesentliche Voraussetzungen dafür, dass eine dem Bedarf und den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechende Hospiz- und Palliativversorgung etabliert werden kann, fehlen noch:

1. Verankerung eines **Rechtsanspruches** auf Betreuung durch Hospiz- und Palliativeinrichtungen für schwerkranke und sterbende Menschen
2. Österreichweite **Klärung der Zuständigkeiten** für die Umsetzung und die Finanzierung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen
3. Einigung auf eine Finanzierungslösung und Einführung einer österreichweit **gesicherten Regelfinanzierung** für alle Angebote der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche
4. Die umfassende Integration von Hospizkultur und Palliative Care in der **Grundversorgung**: Senioren- und Pflegeeinrichtungen, Tageseinrichtungen, Hauskrankenpflege, Krankenhäuser, Einrichtungen für Kinder- und Jugendheilkunde und Versorgungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung muss forciert werden.
5. Schaffung **eines Facharztes/einer Fachärztin** für Palliativmedizin, um die langfristige Qualität in der palliativmedizinischen Versorgung zu ermöglichen und zu sichern.
6. Alle an der Betreuung beteiligten Ehrenamtlichen und Berufsgruppen müssen **interprofessionell qualifiziert** werden.
7. Die Unterstützungsangebote für pflegende und trauernde **Angehörige** müssen erweitert und zusätzliche Angebote geschaffen werden.

Diese Forderungen werden auch international bereits seit Jahren formuliert, und wurden im Mai 2014 erneuert durch folgende Organisationen/Papiere:

- Positionspapier der wPCA (worldwide palliative care alliance) „Palliative care: a needed and essential service within universal health coverage“ vom 23. Mai 2014. Dort heißt es: „The wPCA strongly supports the ethos and principles of universal health coverage and calls on policy makers to ensure that equitable access to, availability

and usage of palliative care is included in all plans to progress towards universal health coverage.“².

- Resolution der WHA, (World Health Assembly – Weltgesundheitsversammlung) „Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care“ vom 23. Mai 2014. Die WHA stellt damit klare Anforderungen an die WHO und die Mitgliedsstaaten zur Sicherstellung der Palliativversorgung durch: Entwicklung einer nationalen Strategie zur Palliativversorgung, Bereitstellung von ausreichenden (finanziellen und personellen Ressourcen für die Palliativversorgung im Gesundheitswesen, Unterstützung von Ehrenamtlichen und pflegenden Angehörigen, Ausbildung auf der Ebene der allgemeinen, schwerpunktmäßigen und spezialisierten Palliativversorgung, etc.³

² vgl. <http://www.thewpca.org/latest-news/palliative-care-and-uhc/> (Zugriff zuletzt am 8.9.2014).

³ vgl. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf (Zugriff zuletzt am 8.9.2014).

Empfehlungen der parlamentarischen Versammlung des Europarats Nr. 1418/99

Die Empfehlung Nr. 1418/99 drückt deutliche und klare Positionen aus, welche nichts an Gültigkeit verloren haben, und von uns deshalb auch vollinhaltlich unterstützt werden.

Die weitere Empfehlung des Europarates „Rec (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und –pflegerischen Versorgung“ beinhaltet die Beschreibungen aller wesentlichen Strukturen, welche für eine gelingende und gelebte Hospiz- und Palliativkultur notwendig sind (was in der Empfehlung 1418/99 im Punkt 4. noch als Mangel beschrieben wurde).

- Bereits 1999 wurden in der Empfehlung Nr. 1418/99 die Sicherstellung der notwendigen Maßnahmen und der „Schutz des Anrechts“ auf angemessene Hospiz- und Palliativbetreuung für schwerkranke und sterbende Menschen gefordert. Ebenso wird dort gefordert, die „Würde von Todkranken und Sterbenden“ in jeder Hinsicht zu achten und zu schützen – u.a. durch die Bekräftigung des Verbotes der vorsätzlichen Tötung von Todkranken oder Sterbenden“, dem wir uns ebenfalls vollinhaltlich anschließen.

Wir weisen in diesem Zusammenhang auch auf den **All-Parteien-Beschluss des Österreichischen Nationalrates aus dem Jahr 2001 zum Thema „Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung und Ablehnung von Tötung auf Verlangen“** hin und fordern eine Bestätigung und Bekräftigung dieses Beschlusses im Nationalrat.

Patientenverfügung; Diskussion über Vorsorgevollmacht

- **Jeder Bürgerin und jedem Bürger** soll es möglich sein, eine Patientenverfügung abzuschließen. Dies beinhaltet einerseits eine allgemein verständliche Informationsvermittlung über die Möglichkeit des Abschlusses und der **Sinnhaftigkeit** einer Patientenverfügung, andererseits **kostenlose wohnortnahe Beratungsangebote** zu Fragen rund um die Patientenverfügung, aber **auch zu anderen Vorsorge- und Vertretungsmöglichkeiten** (wie **Vorsorgevollmacht, Vertretungsbefugnis, Sachwalterschaft**).
- Derzeit fallen für den Abschluss der verbindlichen Patientenverfügung, der qualifizierten Vorsorgevollmacht⁴ und der Vertretungsbefugnis für Angehörige teilweise hohe

⁴ Gemeint sind hier Vorsorgevollmachten zur Regelung außergewöhnlicher Angelegenheiten, wie die Bestimmung des Wohnortes (Bsp. Heimaufnahme), die Einwilligung in schwere medizinische Eingriffe (größere Operationen, Chemotherapie, PEG-Sonde ...) sowie Vermögensangelegenheiten, die über das gewöhnliche Maß hinaus gehen.

Kosten an. Es sollte geprüft werden, wie hier Förderungsmöglichkeiten geschaffen werden, insbesondere für Menschen mit niedrigerem Einkommen. Für die involvierten ExpertInnen (ÄrztInnen und NotarInnen/RechtsanwältInnen) ist **eine dem Aufwand entsprechende Leistungsabgeltung** bzw. eine Finanzierung sicherzustellen.

- Wir unterstützen die **Evaluierung** der derzeit gelebten Praxis beim Abschließen einer Patientenverfügung. Wir hoffen, dass nach Vorliegen der zweiten Evaluierungsergebnisse der „Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach Inkraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG)“ durch das Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM)⁵ das auch von uns vertretene Anliegen einer deutlichen Vereinfachung für den Abschluss einer verbindlichen Patientenverfügung Unterstützung finden wird. Ein Aspekt, der **klarer geregelt** werden muss, ist der Zeitpunkt, in dem die Vollmacht an den Vollmachtnehmer/die Vollmachtnehmerin übergeht (ärztliches Gutachten – wie rasch muss dieses erstellt werden, wie verbindlich ist das und wer erstellt es). Genauso gehört klar geregelt, wie trotz vorhandenem Gutachten über fehlende Einsichts- und Geschäftsfähigkeit bei einem Widerruf vorzugehen ist.
- Die Patientenverfügung bzw. Formen der gesetzlichen Vertretung (Vorsorgevollmacht, Sachwalterverfügung, Sachwalterschaft, Vertretungsbefugnis für Angehörige) sind in der Gesellschaft noch **viel zu wenig bekannt**. Durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit (bspw. bundesweite Kampagne) sollte auf die Sinnhaftigkeit und die Möglichkeiten des Abschlusses der Patientenverfügung (inkl. Vorsorgevollmacht) hingewiesen werden.
- Die Dokumentation des Vorhandenseins der Patientenverfügung und Nachweise gesetzlicher Vertretungen sollten bundesweit in **einem Register** gewährleistet sein. In ELGA soll nur das Faktum, dass eine Patientenverfügung bzw. eine Vorsorgevollmacht vorliegt, personenbezogen dokumentiert werden. Die derzeit laufenden Bemühungen in diese Richtung werden unterstützt.
- Die Vermittlung der Inhalte des Patientenverfügungs-Gesetzes und der Anwendbarkeit im Alltag soll verpflichtender Teil der Ausbildung von ärztlichem und nicht ärztlichem Personal sein.

⁵ <http://ierm.univie.ac.at/forschung/projekte/abgeschlossene-projekte/patvg/>.

Prüfung der Möglichkeit der verfassungsrechtlichen Verankerung

- **strafrechtlicher Normen, insb. des Verbots der Tötung auf Verlangen sowie**
- **eines sozialen Grundrechts auf würdevolles Sterben⁶**

Die in Österreich bestehende Gesetzeslage zu diesem Themenfeld besteht im Wesentlichen aus folgenden Bestimmungen:

- Art. 2 der Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) normiert das Recht auf Leben und stellt ein notstandsfestes Recht im Gefüge der EMRK dar, es darf demnach auch bei Vorliegen der Bedingungen des Art. 15 EMRK nicht außer Kraft gesetzt werden. Nach herrschender Lehre und Judikatur gewährt Art. 2 EMRK kein „Recht zu Sterben“.
- Patientencharta⁷: Art. 15 sieht vor, dass in stationären Einrichtungen ein Sterben in Würde zu ermöglichen ist. Auch dabei ist dem Gebot der bestmöglichen Schmerztherapie Rechnung zu tragen. Vertrauenspersonen der Patienten und Patientinnen ist Gelegenheit zum Kontakt mit Sterbenden zu geben. Andererseits sind Personen vom Kontakt auszuschließen, wenn der Sterbende dies wünscht.
- Die aktive Tötung eines Menschen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen (Tötung auf Verlangen § 77 StGB) hin steht ebenso unter Strafe wie die Mitwirkung an einer Selbsttötung (Mitwirkung am Selbstmord § 78 StGB).
- Die österreichische Rechtsordnung sieht ein Verbot der eigenmächtigen Heilbehandlung vor (§ 110 StGB): Kein Patient und keine Patientin dürfen ohne Einwilligung (außer bei Gefahr im Verzug) oder – abgesehen von gesetzlich geregelten Fällen des Behandlungszwanges – gegen seinen oder ihren ausdrücklichen Willen behandelt werden. Die einwilligungsfähige Person hat das Recht, durch die Behandlungsverweigerung den Abbruch einer Therapie zu erzwingen, selbst wenn dies ihren Tod herbeiführen könnte (Sterben zulassen oder in früherer Terminologie: „passive Sterbehilfe“)⁸, ebenfalls normiert in Art. 17 Patientencharta. Es ist daher in Österreich nicht nur erlaubt, sondern bei eindeutigem Patientenwillen sogar geboten, das Sterben zuzulassen.

⁶ Siehe dazu die Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende, Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Wien, 2011.

⁷ Vereinbarung gemäß Art 15 a B-VG zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta), 2006.

⁸ Siehe dazu die Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende, Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Wien, 2011.

- Anerkannt und ärztlich vertretbar ist es ebenso, dass schmerzlindernde Mittel auch um den Preis eventuell lebensverkürzender Risiken verabreicht werden dürfen bzw. müssen, wenn es der Patient oder die Patientin ausdrücklich oder mutmaßlich will („Therapie am Lebensende“ und in früherer Terminologie „indirekte Sterbehilfe“⁹)
- Darüber hinaus sieht die österreichische Rechtsordnung auch vor, dass die PatientInnen mit dem Instrument der Patientenverfügung (PatVG) in weitreichender Autonomie für den Fall schwerer Kommunikations- und Entscheidungsunfähigkeit unerwünschte medizinische Behandlungen ablehnen können. Und mit der gesetzlich verankerten Vorsorgevollmacht (§§ 268, 284f bis h ABGB) können die Vertretungsbefugnisse von An- und Zugehörigen gestärkt werden. Siehe diesbezüglich auch Art. 18 Patientencharta.
- Auch § 5a Abs. 1 Z9 KAKuG normiert, dass „[...] ein würdevolles Sterben [sicherzustellen] ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können“.

Vor dem Hintergrund unserer Erfahrungen im Bereich Hospiz und Palliative Care zeigt sich sehr deutlich, dass mit diesem Rechtsrahmen eine sehr gute Grundlage zur Umsetzung des Rechts auf ein Sterben in Würde gegeben ist.

Wir sprechen uns daher klar und deutlich für die Beibehaltung der gegenwärtigen Gesetzeslage aus. Eine Legalisierung von Tötung auf Verlangen oder der Beihilfe zur Selbsttötung wird entschieden abgelehnt.

Die tatsächlichen Schwierigkeiten und Probleme in Österreich sind nicht im Fehlen einer verfassungsrechtlichen Grundlage zu verorten, sondern in der Tatsache, dass es einen großen Mangel an qualitativ hochwertigen Angeboten im Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung gibt und diese vor allem nicht flächendeckend und leistbar zur Verfügung stehen¹⁰. Darüber hinaus muss Lebensqualität bis zuletzt, Schmerzerfassung und –behandlung fester Bestandteil im Versorgungssystem (etwa in den Krankenhäusern, bei der Primärversorgung und in den mobilen Diensten) werden.

Es muss daher Ziel sein, dass die Menschen jene Hilfen und Behandlungen bekommen, die sie in ihrer letzten Lebensphase benötigen. Ein sichtbares und spürbares Ergebnis der Enquete-Kommission wird es nur dann geben können, wenn Verbesserungen in der

⁹ ebda.

¹⁰ Die Vorgaben der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, wie sie vom ÖBIG im November 2004 definiert wurden, sind nach wie vor nicht in erforderlichem Umfang umgesetzt. Dies trifft auch auf die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2. Abschnitt, Artikel 3 Absatz 2 zu.

Hospiz- und Palliativbetreuung bei den schwer kranken und sterbenden Menschen auch tatsächlich ankommen.

Mit der Verankerung eines sozialen Rechtes – im Sinne eines Rechtsanspruchs - auf ein würdevolles Sterben soll erreicht werden, dass es einen flächendeckenden und leistbaren Zugang zu den Betreuungsangeboten von Hospizarbeit, Palliative Care und Palliativmedizin für alle - unabhängig von den Einkommensverhältnissen und unabhängig vom Alter - gibt. Die Ausgestaltung dieses sozialen Rechtes stellen wir uns in der Art und Weise vor, dass jeder Bürger und jede Bürgerin einen einklagbaren Rechtsanspruch auf Betreuung durch Hospiz- und Palliativdienste und -einrichtungen sowie einen Zugang zu schmerzmindernder Behandlung auf leistbarer Basis hat.

Zu Fragestellungen einer verfassungsrechtlichen Verankerung wird darüber hinaus noch auf folgende Aspekte hingewiesen:

1. In der öffentlichen Diskussion zu den Fragen des Lebensendes wird deutlich, dass hierbei in hohem Ausmaß ethische Grundsatzfragen der Gesellschaft und des Zusammenlebens insgesamt zur Sprache kommen. Der Komplexität des Themas und den weitreichenden Konsequenzen einer Gesetzgebung in diesem Bereich steht eine hohe Anfälligkeit für eine stark emotional gesteuerte „Anlass“gesetzgebung gegenüber. Ein Motiv für den Wunsch nach einer verfassungsrechtlichen Verankerung hatte hier seinen Ursprung. Es sollten daher in den Beratungen der Enquete-Kommission – jenseits der Verfassungsfrage – Überlegungen angestellt werden, durch welche Methoden oder Normen eine solche Anlassgesetzgebung auch in Zukunft weitgehend verhindert werden könnte.
2. Eine verfassungsrechtliche Verankerung eines Teiles der oben genannten Gesetzesbestimmungen könnte dazu führen, dass die dann verbleibenden einfachgesetzlichen Regelungen an Gewicht verlieren. Dies ist deshalb zu erwarten, da einfachgesetzliche Regelungen an der Verfassung gemessen und bei einem Widerspruch aufgehoben würden bzw. bei der Normanwendung einfachgesetzlicher Regelungen im Lichte der Verfassungsbestimmung zu interpretieren wären. Das könnte etwa auch zu Lasten jener Regelungen erfolgen, die das Sterben zulassen oder die Rechte der PatientInnen stärken. Ein Umstand, der nicht im Interesse der Stärkung der Würde des Menschen in seiner letzten Lebensphase liegt.
3. Es ist derzeit nicht absehbar, ob und wann das Anliegen, einen neuen Text sowie einen Grundrechtskatalog für die Österreichische Bundesverfassung zu erstellen, auf-

gegriffen wird. In diesem Zusammenhang wäre auch die Frage eines sozialen Grundrechts auf ein würdevolles Sterben im Sinne des Hospizgedankens neu zu erörtern. Hierbei wird auf die wertvollen Beratungen des Österreich-Konvents, der im Jänner 2005 seine Arbeiten abgeschlossen hat verwiesen.

Abschließend wird dem Nationalrat empfohlen, dafür Sorge zu tragen, dass die Regierung in regelmäßigen Abständen – etwa alle drei Jahre - einen Bericht über den Fortschritt im Ausbau und in der Qualitätssicherung des Hospiz- und Palliativbereichs vorlegt.

Wien, am 12. September 2014

Waltraud Klasnic, Präsidentin
Dachverband Hospiz Österreich

www.hospiz.at



Dr. Harald Retschitzegger MSc Pall. Care,
Präsident

Österreichische Palliativgesellschaft

www.palliativ.at



DDr. Michael Landau, Präsident
Caritas Österreich

www.caritas.at

Caritas

Univ.-Prof. DDr. Gerald Schöpfer, Präsident
Österreichisches Rotes Kreuz

www.rotekreuz.at



Mag.^a Anna Parr, Mitglied der Geschäftsleitung

Vinzenz Gruppe

www.vinzenzgruppe.at



Entwicklung von Hospiz und Palliative Care in Österreich

Die Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich begann in den 1980^{er} Jahren und war geprägt von Bewusstseinsbildung und Bildungsaktivitäten. Pioniere bauten in den 1990^{er} Jahren erste mobile und stationäre Einrichtungen auf. Das erste Jahrzehnt der 2000^{er} Jahre wurde Konzeptarbeiten und Plänen zur Umsetzung einer spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung gewidmet. Regierungsprogramme und Artikel-15a-Vereinbarungen versprachen einen prioritären Ausbau. Dennoch **stagnierte** die Entwicklung in den letzten Jahren, da für die Hospiz- und Palliativversorgung als Querschnittsmaterie der Bereiche Gesundheit und Soziales keine konsensuelle Vorgangsweise gefunden werden konnte.

Mit Ausnahme der Palliativstationen fehlt für die Einrichtungen der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung eine Regelfinanzierung. Im Jahr 2010 wurden alle sechs Versorgungsangebote der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung „als Empfehlung bzw. zur Orientierung“ in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) aufgenommen. Der Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich orientiert sich am Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. Zunehmend richtet sich die Aufmerksamkeit auch auf die Verbesserung der Betreuung und Begleitung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, sowie von multimorbiden hochbetagten Menschen in der letzten Lebensphase.

Seit Entstehen der Hospizbewegung und der Gründung des Dachverbandes Hospiz Österreich (1993) sowie der Österreichischen Palliativgesellschaft (1999) sind wesentliche Schritte zur Implementierung der Hospiz- und Palliativversorgung in der österreichischen Versorgungslandschaft gesetzt worden, wie insbesondere:

- Systematische Verankerung der Palliativmedizin im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) unter dem Titel „Hospiz“ (1999)
- Konkrete Planung des flächendeckenden Auf- und Ausbaus von Palliativeinheiten in den Akutkrankenhäusern im ÖKAP/GGP (2001)
- Vier-Parteien-Beschluss bei der Parlamentarischen Enquete „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbegleitung in Österreich“ mit dem Appell „Für optimale Sterbegleitung zu sorgen“ (2001)
- Einführung der Familienhospizkarenz (2002)
- Erarbeitung des Konzepts der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung (2004)

- Beginn des Projektes „Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen“ vom Dachverband Hospiz Österreich: diese bringt sowohl palliative Fachexpertise als auch Hospizkultur in die Pflegeheime (2004/2005)
- Vereinbarung zwischen Bund und Ländern, abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung einheitlich zu planen und prioritär umzusetzen (2005) ¹¹
- Bestätigung des Konzepts der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung durch eine Arbeitsgruppe, bestehend aus VertreterInnen von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Ärztekammer (2006) ¹²
- Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes (2006)
- Erweiterung der Familienhospizkarenz auf die Betreuung schwerkranker Kinder bis zu 9 Monaten(2006)
- Herausgabe einer Broschüre über die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung (2007)
- Vorsorgevollmacht und Angehörigenvertretung im Sachwalterrechtsänderungsgesetz verankert (2007)
- Erklärung der österreichischen Bundesregierung, die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung umzusetzen. (2008) ¹³
- Vereinbarung zwischen Bund und Ländern, abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung prioritär umzusetzen (2008) ¹⁴
- Integration des Konzepts der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit, ÖSG (2010)
- Herausgabe eines Prozesshandbuchs für die Hospiz- und Palliativeinrichtungen (2012)
- Entwicklung und Veröffentlichung eines Konzepts für die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (2013)
- Erklärung der österreichischen Bundesregierung, eine gemeinsame Finanzierung für die mobile und stationäre Hospizbetreuung zu entwickeln (2013) ¹⁵
- Abrechnungsmöglichkeit von mobilen Diensten der Hospiz- und Palliativbetreuung über den Pflegefonds ¹⁶; explizite Erwähnung von Kinderhospiz- und Kinderpalliativbetreuung in den Erläuterungen zum Pflegefondsgesetz ¹⁷ (2013)

¹¹ Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Artikel 3, Abs. 2 (BGBl. I Nr. 73/2005).

¹² Fazit der Arbeitsgruppe: „Die verfügbaren Fakten und die bestehenden Lösungen sind eine mehr als ausreichende Basis für eine zügige Umsetzung einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung.“

¹³ Regierungsprogramm 2008-2013. Gemeinsam für Österreich. Kapitel „Gesundheit“, Punkt 7. „Ausbau der palliativen Versorgung“.

¹⁴ Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Artikel 3, Abs. 2: „Im Besonderen wird 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.“ (BGBl. I Nr. 105/2008, geändert mit BGBl. I Nr. 199/2013).

¹⁵ Erfolgreich. Österreich. Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung für die Jahre 2013 bis 2018, Kapitel „Länger gesund leben und arbeiten“ – Ziel „Bedarfsgerechte Ausbildung und bessere Versorgung“: „Um das Ziel einer gesicherten Verfügbarkeit von mobiler und stationärer Hospizbetreuung, auch für Kinder, zu erreichen, soll entsprechend der Bedarfserhebung des österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheit (ÖBIG) eine gemeinsame Finanzierung durch Bund, Länder und Sozialversicherungen entwickelt werden.“

¹⁶ Bundesgesetz, mit dem ein Pflegefonds eingerichtet und ein Zweckzuschuss an die Länder zur Sicherung und zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege für die Jahre 2011 bis 2016 gewährt wird (Pflegefondsgesetz – PFG). BGBl. I Nr. 57/2011, geändert mit BGBl. I Nr. 173/2013.

- Einführung des Anspruchs auf Pflegekarenzgeld bei Familienhospizkarenz (2014)
- 50 Heime in Vorarlberg, NÖ, Salzburg, Steiermark, Kärnten, Burgenland und Wien haben den Integrationsprozess HPCPH abgeschlossen und 33 sind im Laufen, 11 weitere beginnen 2015 (2014)

¹⁷ „Priorität bei der Umsetzung innovativer Maßnahmen hat weiters die Kinderhospiz- und Kinderpalliativbetreuung.“ (2323 der Beilagen XXIV. GP - Regierungsvorlage – Erläuterungen)