



Datenerhebung 2013

Mag.^a Leena Pelttari, MSc (Palliative Care)
Mag.^a Anna H. Pissarek
Dipl. Ing. Peter Zottele, MBA

Mit freundlicher Unterstützung der
WIENER STÄDTISCHEN Versicherung AG Vienna Insurance Group



INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT.....	3
DEFINITIONEN.....	4
ABKÜRZUNGEN.....	5
ERGEBNISSE DER DATENERHEBUNG 2013.....	6
1. Hospiz- und Palliativeinrichtungen in den Bundesländern 2013	6
2. Hospiz- und Palliativbetreuung 2013.....	10
3. Ehren- und hauptamtliche MitarbeiterInnen 2013	14
4. Hospiz- und Palliativeinrichtungen im Vergleich 2011 – 2013.....	17
STELLUNGNAHME OPG UND DVHÖ ZUM RECHT AUF HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG IN ÖSTERREICH.....	20
ABGESTUFTE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG.....	22

HOSPIZ ÖSTERREICH

Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen

Vorwort

HOSPIZ ÖSTERREICH, der Dachverband von ca. 290 Hospiz- und Palliativeinrichtungen, führt seit 2005 jährlich eine bundesweite Datenerhebung bei allen Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich durch. Damit will HOSPIZ ÖSTERREICH die geleistete Arbeit der haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen sichtbar machen und den jeweils aktuellen Stand der Flächendeckung abbilden, um das Ziel, die Verwirklichung einer abgestuften flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung, konsequent verfolgen zu können. Österreich hat auf dem Gebiet der Datenerfassung im Bereich Hospiz- und Palliative Care durch die Arbeit des Dachverbandes Hospiz Österreich in den letzten Jahren eine beachtliche Entwicklung gemacht und auch international positives Feedback erhalten. Europaweit liegen wir mit diesen Zahlen im guten Mittelfeld.

Die gute Qualität der Daten ist nur möglich, weil unzählige Menschen zusammenarbeiten.

Zuerst möchten wir allen MitarbeiterInnen herzlich danken, die täglich Schwerkranke und Sterbende sowie ihre Angehörigen liebevoll und kompetent betreuen und begleiten und sich zugleich die Mühe machen, das Getane sorgfältig zu dokumentieren, sei es in hauptamtlicher oder ehrenamtlicher Funktion.

Weiters sei all jenen gedankt, die diese Aufzeichnungen weiter verarbeiten, den EDV Abteilungen einzelner Institutionen, den Verantwortlichen in den Geschäftsstellen der landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativeinrichtungen und jenen, die die Daten in die Datenbank des Dachverbandes Hospiz Österreich eingeben und für die Richtigkeit der jeweiligen Bundesländerdaten verantwortlich sind. Vielen Dank auch an Thomas Dorner, der seit vielen Jahren an der Programmierung und Auswertung unserer zentralen Datenbank arbeitet.

Ein herzliches Dankeschön auch an die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group für die Unterstützung der österreichweiten Datenerhebung!

Es freut uns sehr, die detaillierten Daten aus der Datenerhebung 2013 im Folgenden präsentieren zu können.

Im Anschluss finden Sie unsere Forderungen für die Maßnahmen, die notwendig sind, damit Hospiz und Palliative Care für alle, die es brauchen, erreichbar, leistbar und zugänglich wird.

Mit besten Grüßen

Waltraud Klasnic
Präsidentin

Leena Pelttari
Geschäftsführerin

Anna H. Pissarek
Projektleitung

Peter Zottele
Verantwortung IT

Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

Definitionen der einzelnen Bausteine nach ÖBIG

Palliativstation

Die Palliativstation ist eine innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus eigenständige Station, die auf die Versorgung von Palliativpatientinnen/-patienten spezialisiert ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die Patientinnen/Patienten und deren Angehörige.

Stationäres Hospiz

Das stationäre Hospiz ist eine Einrichtung mit einer eigenen Organisationsstruktur, die einer stationären Pflegeeinrichtung zugeordnet sein kann. Es werden Palliativpatientinnen/-patienten in der letzten Lebensphase betreut, bei denen eine Behandlung im Akutkrankenhaus nicht erforderlich und eine Betreuung zu Hause oder in einem Pflegeheim nicht mehr möglich ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die Patientinnen/Patienten und deren Angehörige.

Tageshospiz

Das Tageshospiz bietet Palliativpatientinnen/-patienten die Möglichkeit, tagsüber außerhalb ihrer gewohnten Umgebung an verschiedenen Aktivitäten teilzuhaben. Es bietet Behandlung, Beratung und Begleitung durch ein multiprofessionelles Team mit Unterstützung durch ehrenamtlich Tätige. Zusätzliche psychosoziale und therapeutische Angebote dienen dazu, den Tag zu gestalten und die Gemeinschaft gleichermaßen Betroffener zu erleben.

Palliativkonsiliardienst

Der Palliativkonsiliardienst wird von einem multiprofessionell zusammengesetzten Team im Krankenhaus gebildet und wendet sich in erster Linie an das betreuende ärztliche Personal und Pflegepersonen in den Stationen und in den Ambulanzen, erst in zweiter Linie an die Patientinnen/Patienten und deren Angehörige. Der Dienst ist beratend tätig und bietet seine Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitlicher Pflege und psychosozialer Begleitung an. Entscheidungen über die durchzuführenden Maßnahmen und deren Umsetzung obliegen dem betreuenden ärztlichen Personal und den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern.

Mobiles Palliativteam

Das mobile Palliativteam ist ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das sich in erster Linie an die Betreuenden zu Hause und im Heim wendet (z. B. ärztliches Personal, Pflegepersonen, Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Angehörige). Es ist beratend und anleitend tätig und bietet seine Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung an. Die Beratung durch das Palliativteam kann auch von der Patientin/vom Patienten selbst in Anspruch genommen werden. In Absprache mit den Betreuenden kann auch eine gezielte Einbindung in die Pflege und Betreuung erfolgen.

Hospizteam

Das Hospizteam besteht aus qualifizierten ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen/-begleitern und mindestens einer hauptamtlichen koordinierenden Fachkraft. Es bietet Palliativpatientinnen/-patienten und Angehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung in der Zeit der Krankheit, des Schmerzes, des Abschieds und der Trauer. Das mobile Hospizteam versteht sich als Teil eines umfassenden Betreuungsnetzwerkes und arbeitet eng mit anderen Fachdiensten in der palliativen Versorgung zusammen.

Definitionen nach Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) – Geschäftsbereich Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) 2006

Im Folgenden verwendete Abkürzungen:

AKH	Allgemeines Krankenhaus
LPH	Landespflegeheim
MPT	Mobiles Palliativteam
PKD	Palliativkonsiliardienst
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Ergebnisse der Datenerhebung 2013 von Hospiz Österreich

1. Hospiz- und Palliativeinrichtungen in den Bundesländern 2013

1.1. Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2013 in Österreich gesamt

In Österreich gab es Ende 2013 insgesamt **291** Hospiz- und Palliativeinrichtungen. (s. Abb. 1)

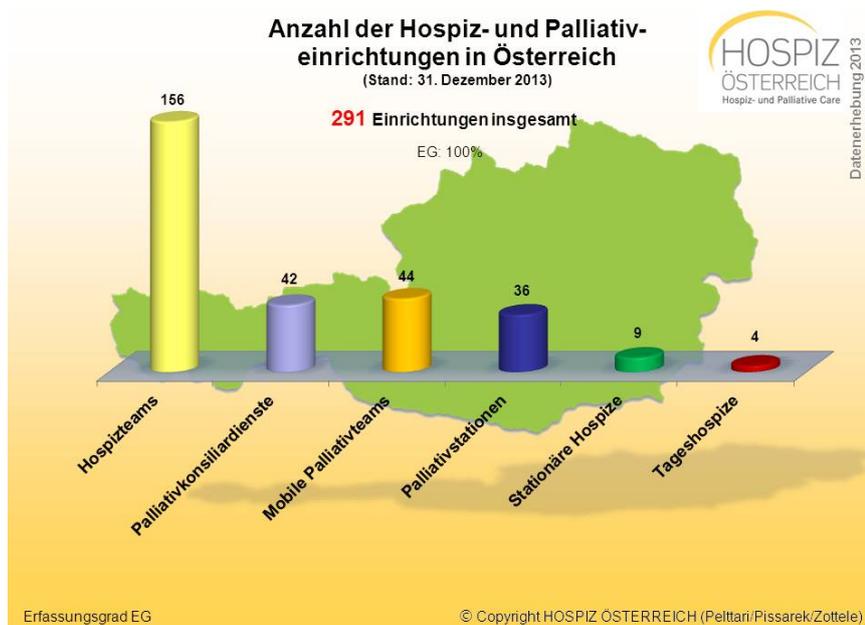


Abb. 1: Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen Österreichs 2013
Erfassungsgrad 100 %

1.2. Anzahl der Hospizteams 2013

In Österreich waren Ende 2013 insgesamt **3.283** ehrenamtliche MitarbeiterInnen in **156** Hospizteams und in der jeweiligen landeskoordinierenden Organisation tätig. Davon waren **87%** Frauen und **13%** Männer. (s. Abb. 2)

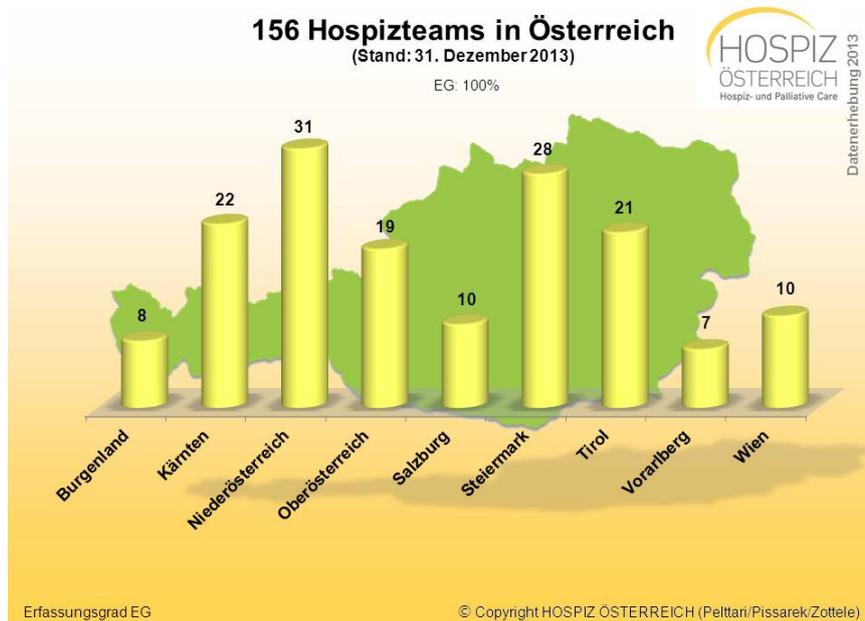


Abb. 2: Ehrenamtliche Hospizteams in Österreich im Jahr 2013

1.3. Anzahl der Palliativkonsiliardienste 2013

In Österreich waren Ende 2013 insgesamt **42** Palliativkonsiliardienste tätig. Davon sind - bezogen auf die Organisationsstruktur - einige alleinstehend, der Großteil eine Kombination PKD/MPT (v.a. in Niederösterreich) und wenige in Verbindung mit einer Palliativstation. (s. Abb. 3)

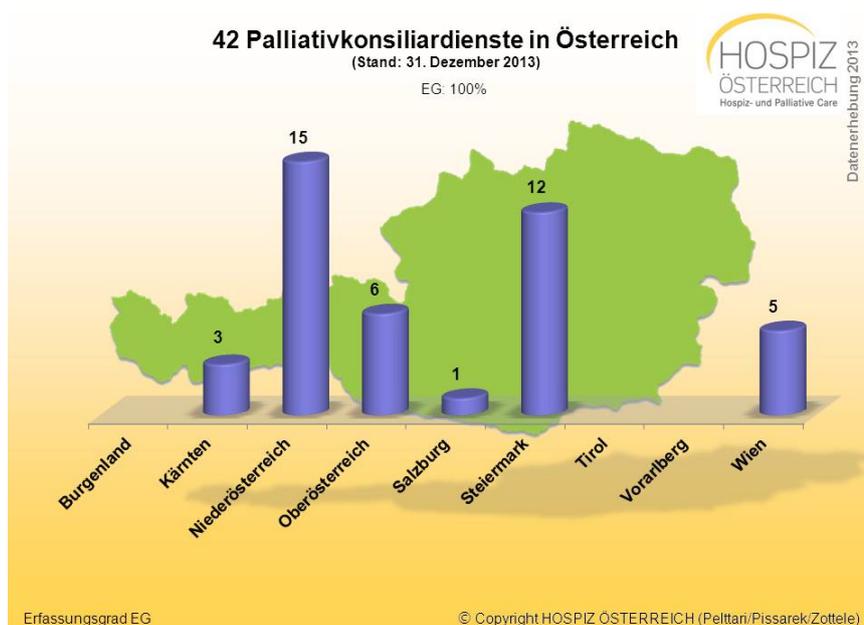


Abb. 3: Palliativkonsiliardienste in Österreich im Jahr 2013

1.4. Anzahl der Mobilen Palliativteams 2013

In Österreich waren Ende 2013 insgesamt **44** Mobile Palliativteams tätig, davon einige als kombiniertes Team PKD/MPT (vgl. 1.3). Mobile Palliativteams ermöglichen die Betreuung zuhause bis zuletzt, die sich viele Menschen in Österreich wünschen. (s. Abb. 4)

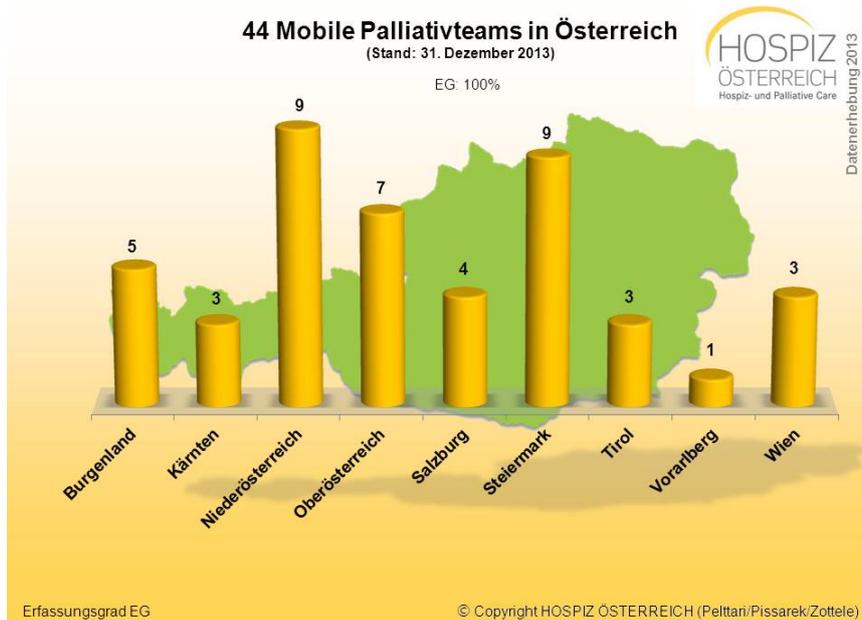


Abb. 4: Mobile Palliativteams in Österreich im Jahr 2013

1.5. Anzahl der Palliativstationen und Palliativeinheiten 2013

In Österreich gab es Ende 2013 insgesamt **36** Palliativstationen bzw. Palliativeinheiten. Palliativeinheiten (1 in der Steiermark, 3 in Tirol) sind Teil von onkologischen oder internen Abteilungen und verfügen über 2-4 Betten (s. Abb. 5)

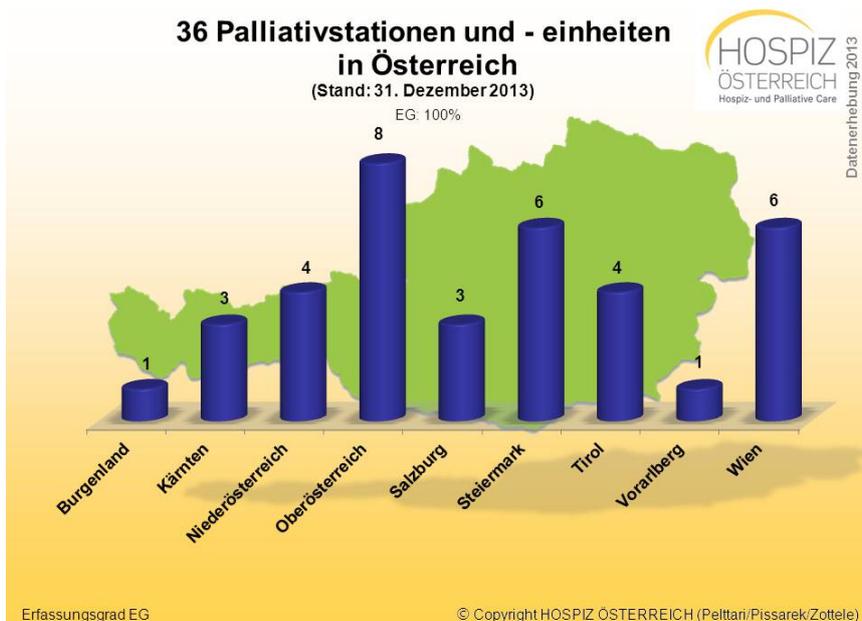


Abb. 5: Palliativstationen/-einheiten in Österreich im Jahr 2013

1.6. Anzahl der Stationären Hospize und Hospizstationen im Pflegeheim 2013

In Österreich gab es im Jahr 2013 insgesamt **2** Stationäre Hospize und **7** Hospizstationen in Pflegeheimen in Niederösterreich. Hier bedarf es dringend des weiteren Ausbaus. (s. Abb. 6)

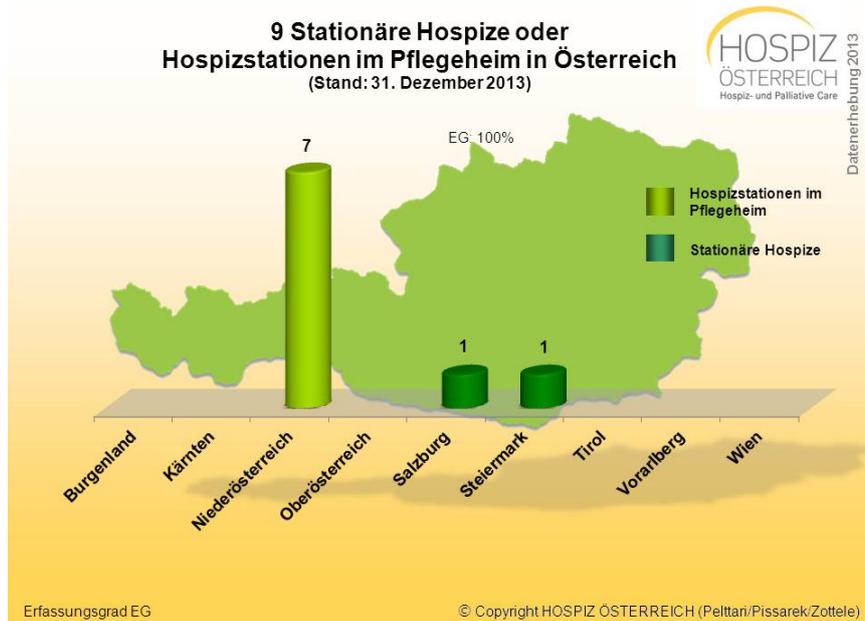


Abb. 6: Stationäre Hospize/Hospizstationen in Pflegeheimen im Jahr 2013

1.7. Anzahl der Tageshospize 2013

In Österreich gab es im Jahr 2013 insgesamt nur **4** Tageshospize, je eines in Salzburg, in Graz, Wien und neu in St Pölten. (s. Abb. 7)

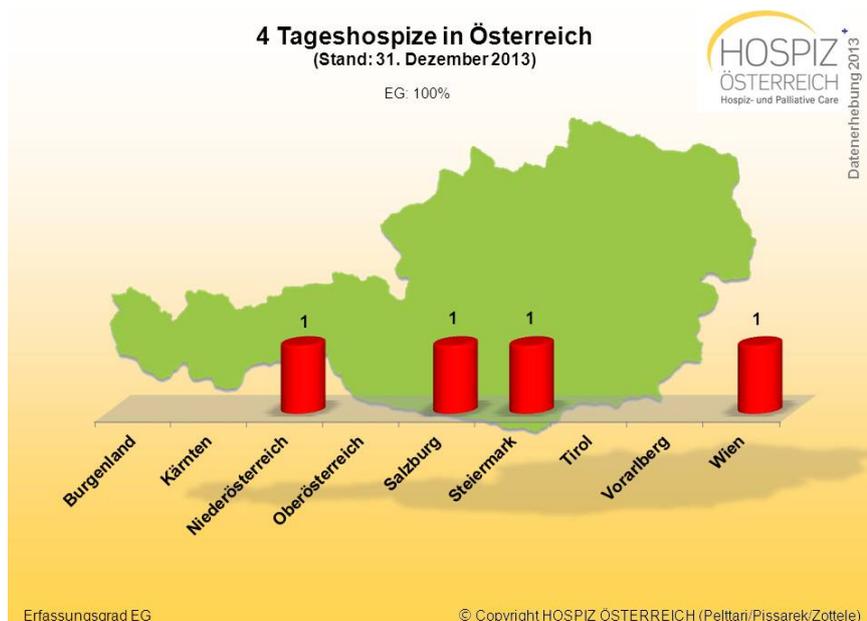


Abb. 7: Tageshospize in Österreich im Jahr 2013

2. Hospiz- und Palliativbetreuung 2013

2.1. Anzahl Hospiz – und Palliativbetten 2013

In Österreich standen Ende 2013 für Schwerkranke und Sterbende insgesamt 394 Hospiz- und Palliativbetten zur Verfügung. Im Palliativbereich stehen derzeit somit 307 Betten und im Hospizbereich 87 Betten zur Verfügung. (s. Abb. 8)

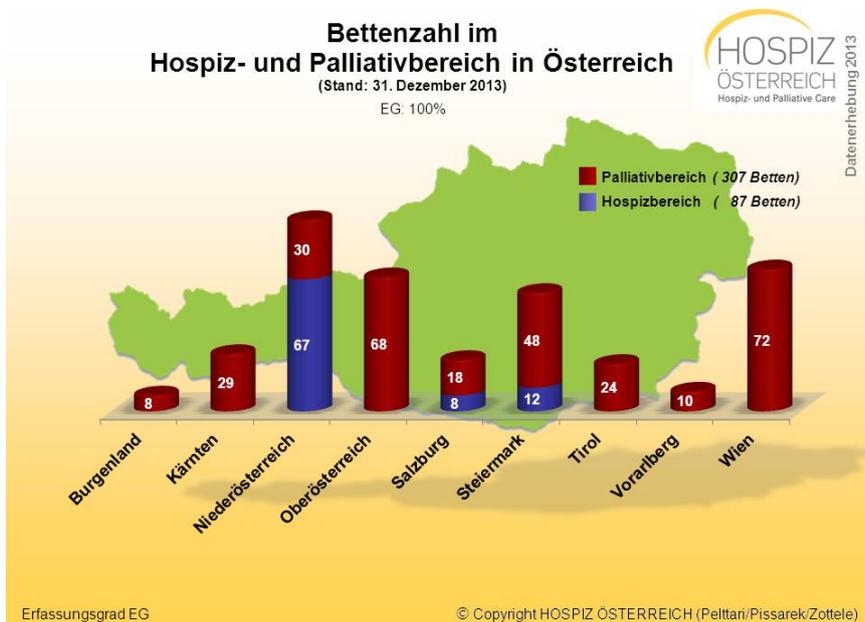


Abb.8: Hospiz- und Palliativbetten in Österreich im Jahr 2013

2.2. Anzahl der betreuten PatientInnen 2013 (Mehrfachnennungen)

Stationäre und mobile Betreuung und Begleitung gehen oft ineinander über bzw. wechseln sich ab. Das benötigt viel Koordination und Kooperation zwischen den einzelnen Einrichtungen. Aufgrund der Betreuung und Begleitung in mehreren Einrichtungen können die Zahlen der betreuten PatientInnen nicht direkt zusammengezählt werden, da sie Mehrfachnennungen beinhalten. Im Schnitt rechnet man pro betreutem Patient/betreuter Patientin zwischen 3-5 Angehörige, die implizit „mitbetreut“ werden. (s. Abb. 9)

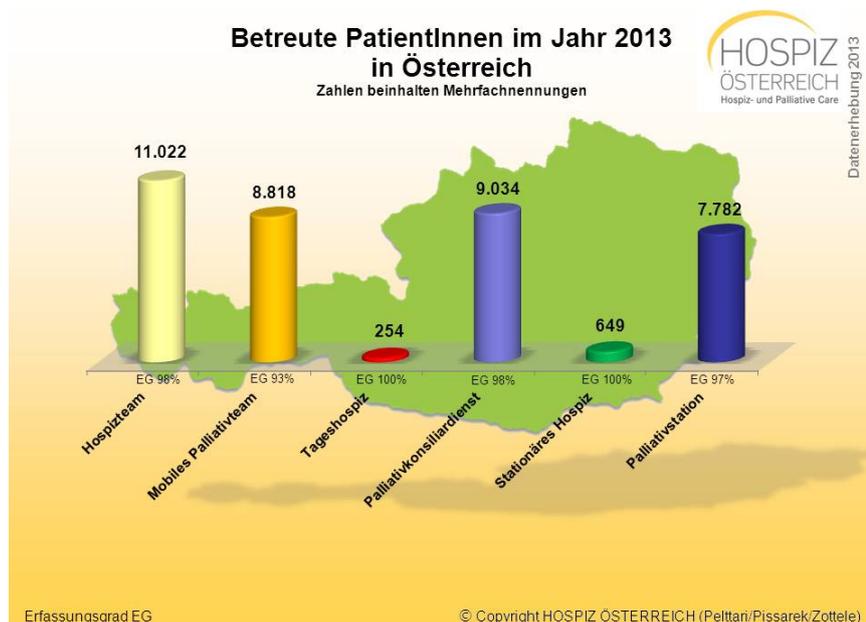


Abb. 9: Im Jahr 2013 betreute PatientInnen in Österreich

2.3. Trauerbegleitungen von Angehörigen 2013

Trauerbegleitungen beziehen sich auf Begleitungen von Angehörigen nach dem Tod des Patienten/der Patientin unabhängig davon, ob schon vorher eine Begleitung stattgefunden hat. Die Zahlen beinhalten auch Begleitungen in Trauergruppen. (s. Abb. 10)

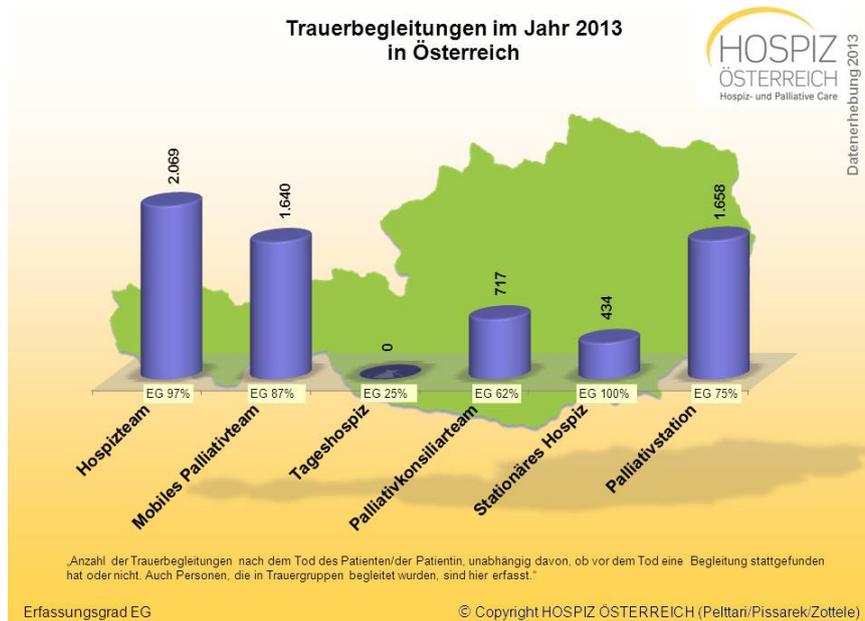


Abb.10: Trauerbegleitung 2013

2.4. Durchschnittsalter der 2013 betreuten PatientInnen

Das Durchschnittsalter von Hospiz- und PalliativpatientInnen liegt zwischen **67,6** Jahren (Frauen im Tageshospiz) und **74** Jahren (Frauen, von ehrenamtlichen Hospizteams betreut). Die Betreuung von betroffenen Kindern und Jugendlichen wird noch nicht systematisch erfasst. (s. Abb. 11)

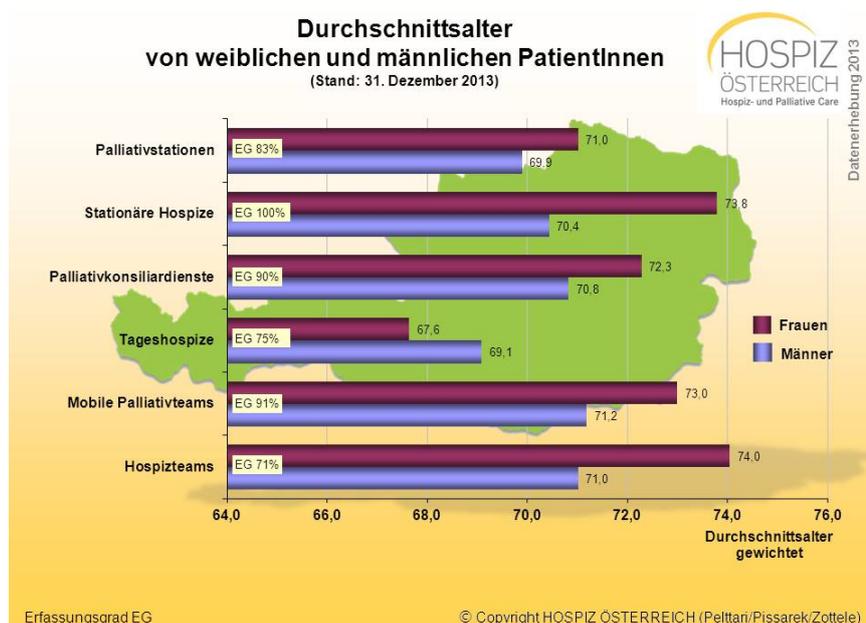


Abb.11: Durchschnittsalter der PatientInnen 2013

2.5. Verstorbene – entlassene – am 31.12. in Betreuung befindliche PatientInnen

Die Grafik zeigt, welcher Anteil der jeweils betreuten PatientInnen in den einzelnen Einrichtungstypen in Betreuung verstarb, aus der Betreuung entlassen wurde oder per 31.12. in Betreuung war. Gemäß ihrem Auftrag ist der Anteil der in Betreuung verstorbenen PatientInnen in den stationären Hospizen und Hospizstationen am höchsten. (s. Abb. 12)

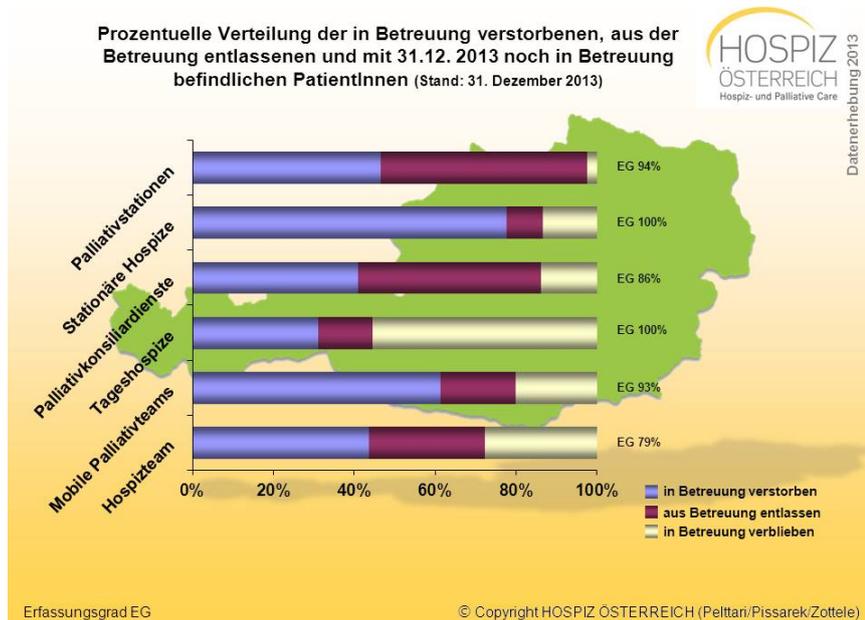


Abb.12: PatientInnen: verstorben, entlassen, in Betreuung per 31.12.2013

2.6. Geschlechterverteilung der PatientInnen 2013

Der Frauenanteil überwiegt bei den von Hospizteams und Mobilien Palliativteams Betreuten. Die restlichen Betreuungseinrichtungen weisen heuer zum ersten Mal ein beinahe ausgewogenes Geschlechterverhältnis bei den betreuten PatientInnen auf. (s. Abb. 13)

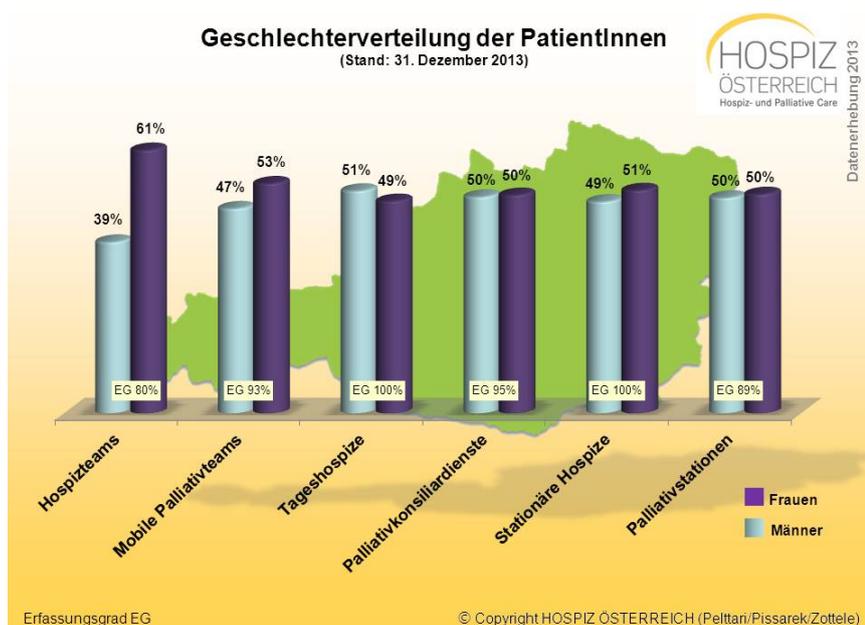


Abb.13: Geschlechterverteilung der PatientInnen 2013

2.7. Erkrankungen der PalliativpatientInnen 2013

Der Anteil der nicht-onkologischen PatientInnen liegt zwischen **14%** (Stationäre Hospize) und **43%** (Tageshospize). Eine kontinuierliche leichte Zunahme dieser PatientInnengruppe ist im Vergleich mit Vorjahreszahlen zu beobachten. Das entspricht der internationalen Entwicklung, Hospiz und Palliativbetreuung allen, die es brauchen, zugänglich zu machen. (s. Abb. 14)

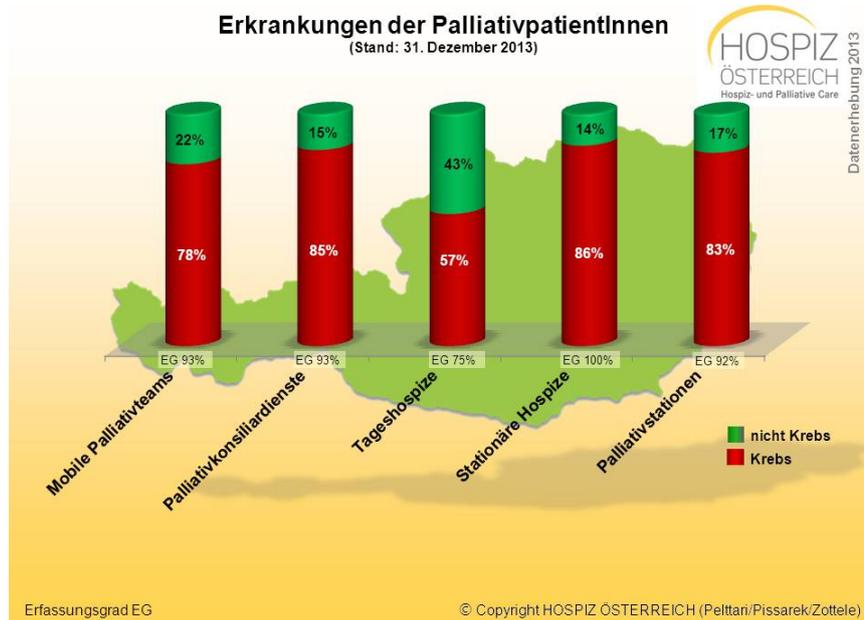


Abb.14: Erkrankungen der PalliativpatientInnen 2013

3. Ehren- und hauptamtliche MitarbeiterInnen 2013

3.1. Anzahl der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen 2013

In Österreich waren Ende 2013 insgesamt **3.283** ehrenamtliche MitarbeiterInnen in **156** Hospizteams und in den landeskoordinierenden Organisationen tätig. Davon waren **87%** Frauen und **13%** Männer. (Abb. 15)

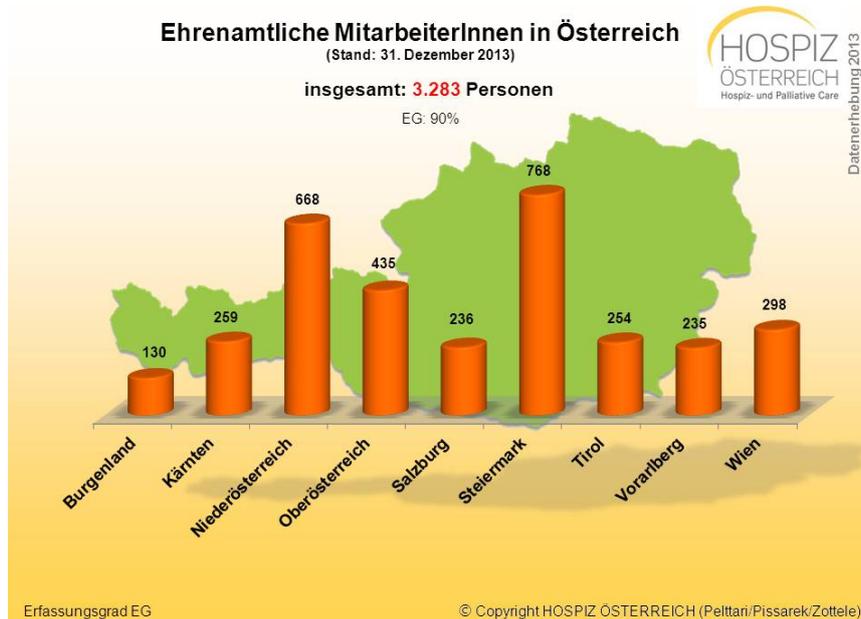


Abb.15: Anzahl ehrenamtliche MitarbeiterInnen 2012

3.2. Zeitaufwand ehrenamtlicher MitarbeiterInnen 2013

3.263 ehrenamtliche MitarbeiterInnen haben insgesamt **385.596 Stunden** unbezahlte Arbeit geleistet, **61 % (d.h. 236.813 Stunden)** davon direkt in der Begleitung Schwerkranker, Sterbender und von deren Angehörigen. Diese Arbeit wird nur von qualifizierten MitarbeiterInnen, die nach den Standards von HOSPIZ ÖSTERREICH ausgebildet worden sind, durchgeführt. Der Bereich „sonstige“ umfasst: Supervision und Weiterbildung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, Einsatz bei Fundraising, Beratung, administrativen Tätigkeiten usw.. Die 39% beinhalten auch die 28.608 Stunden, die 2013 auf Ebene der landeskoordinierenden Organisationen und des Dachverbandes Hospiz Österreich ehrenamtlich erbracht wurden. (s. Abb. 16)

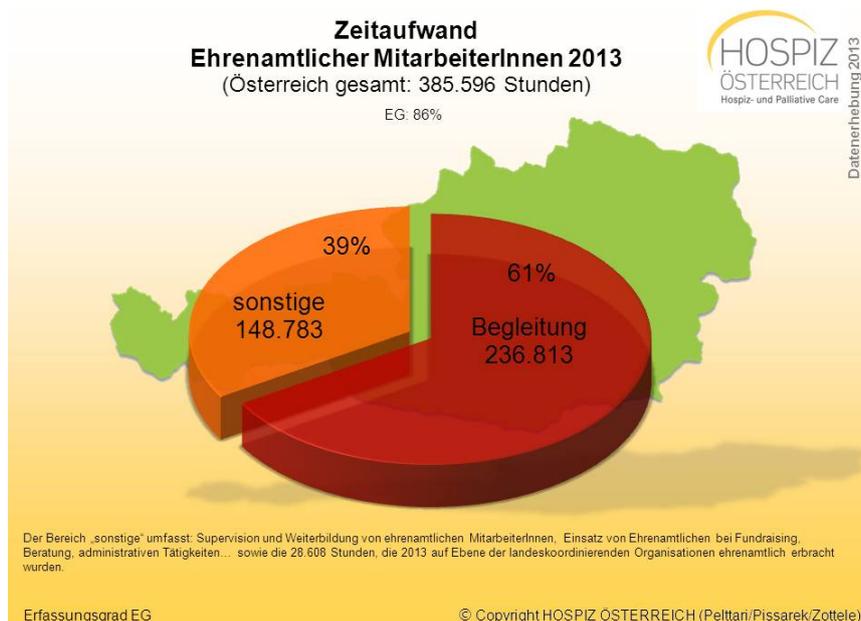


Abb. 16: Zeitaufwand ehrenamtlicher MitarbeiterInnen im Jahr 2013

3.3. Anzahl der hauptamtlichen MitarbeiterInnen 2013 (VZÄ)

Ende 2013 gab es in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich insgesamt **994** Beschäftigte, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten. Als Vollzeit wird hier ein Beschäftigungsausmaß von 40 Stunden pro Woche angenommen. Die Anzahl der tatsächlich in diesem Bereich tätigen Personen liegt deutlich höher, da der Anteil an Teilzeitbeschäftigten hoch ist und manche Einrichtungen (v.a. MPT) bestimmte Leistungen auf Honorarbasis abgeben, die dann nicht unter den VZÄ erfasst werden. Das gilt für ärztliche Dienstleitungen ebenso wie für die Arbeit von PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen und SeelsorgerInnen. Sie stehen bei Bedarf zur Verfügung, sind aber nicht fix angestellt bzw. man teilt sich diese Dienste mit anderen Einrichtungen. (s. Abb. 17)

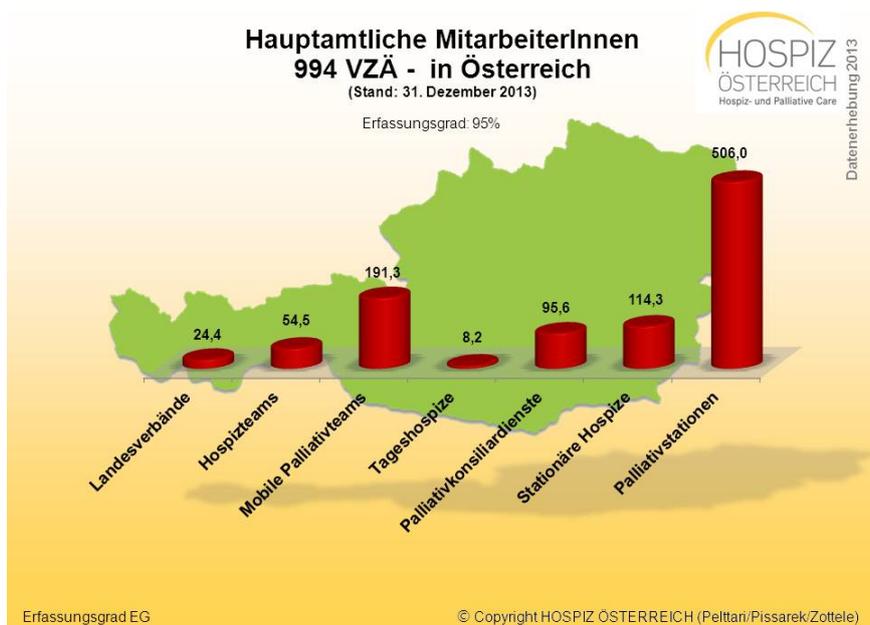


Abb. 17: Hauptamtliche MitarbeiterInnen (VZÄ) in Österreich im Jahr 2013

3.4. Anzahl der hauptamtlichen MitarbeiterInnen 2013 (Personen, Mehrfachnennungen)

Ende 2013 arbeiteten in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich **1.819** Personen hauptamtlich. Diese Zahl beinhaltet Mehrfachnennungen, da fallweise Personen in mehreren Einrichtungen tätig sind (Beispiel: im MPT und PKD oder im PKD und der Palliativstation). (s. Abb. 18)

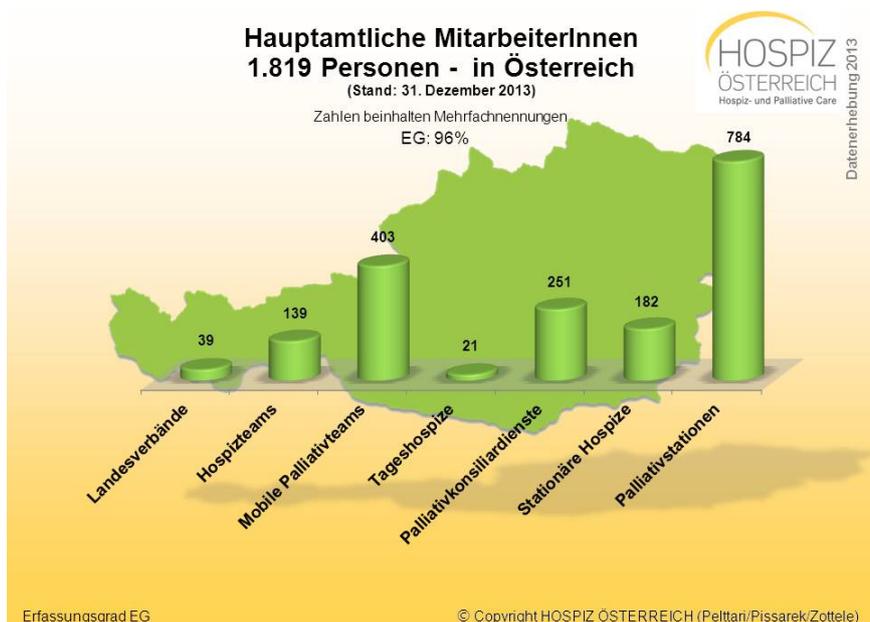


Abb. 18: Hauptamtliche MitarbeiterInnen (Personen, Mehrfachnennungen) in Österreich im Jahr 2013
© Dachverband Hospiz Österreich

3.5. Hauptamtliche MitarbeiterInnen nach Berufsgruppen 2013

Pflegepersonen sind mit Abstand (**67%**) die größte Berufsgruppe, gefolgt von ÄrztInnen (**15%**), SozialarbeiterInnen (**3%**), je **2%** PsychotherapeutInnen und PhysiotherapeutInnen sowie **1%** SeelsorgerInnen. Der Bereich „Sonstige“ (**10%**) umfasst PflegehelferInnen, administratives Personal, z.B. SekretärInnen und auch die KoordinatorInnen der steirischen Mobilen Palliativteams.(s. Abb. 19)

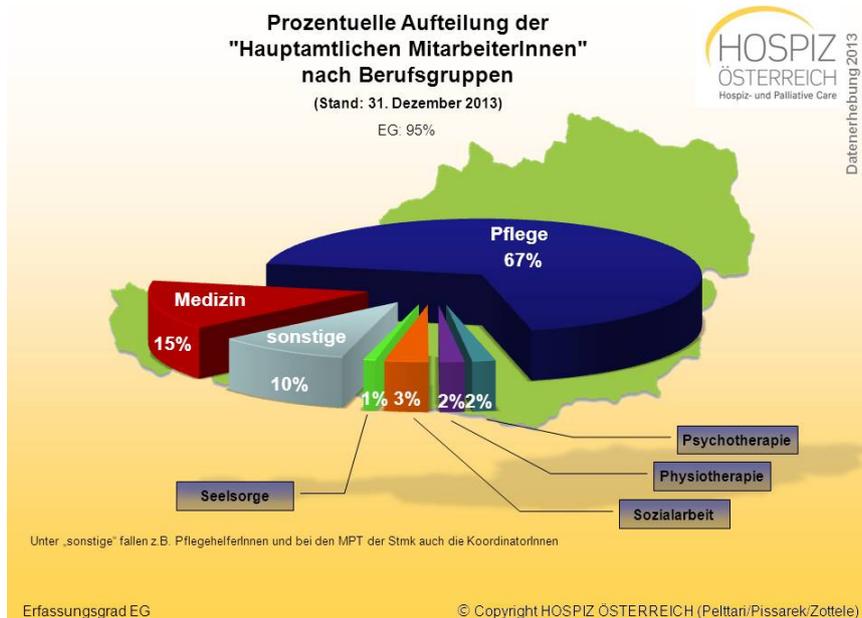


Abb. 19: Hauptamtliche MitarbeiterInnen nach Berufsgruppen 2013

3.6. Personalstruktur (VZÄ) in den Bausteinen 2013

Diese Grafik zeigt die Verteilung der Berufsgruppen in den einzelnen Einrichtungsarten. (s. Abb. 20)

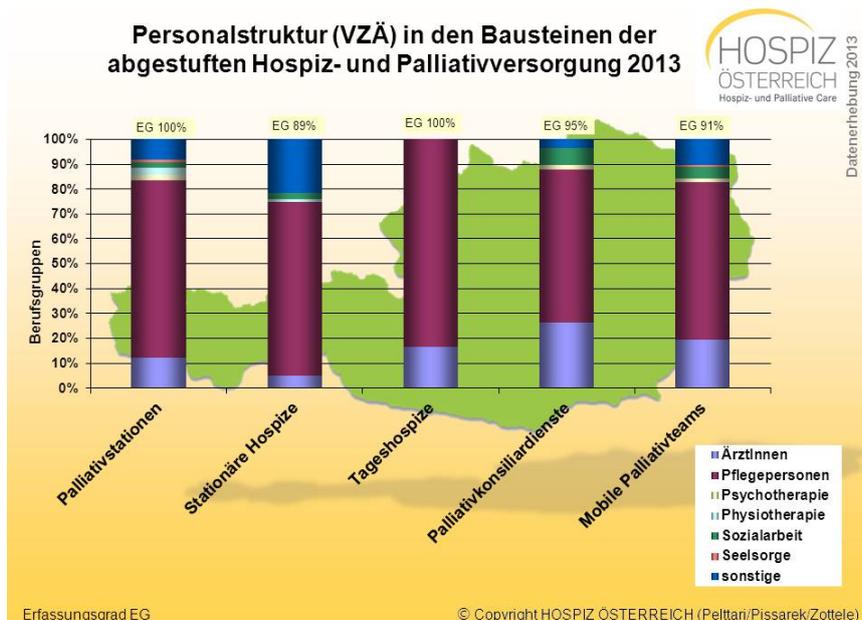


Abb. 20: Personalstruktur 2013

4. Hospiz- und Palliativeinrichtungen im Vergleich 2011 – 2013

4.1. Hauptamtliche MitarbeiterInnen (Personen) 2011 - 2013

Diese Grafik zeigt die Entwicklung der Anzahl der hauptamtlichen MitarbeiterInnen (Personen). Diese Zahlen beinhalten Mehrfachnennungen (vgl. 3.4.). (s. Abb. 21)

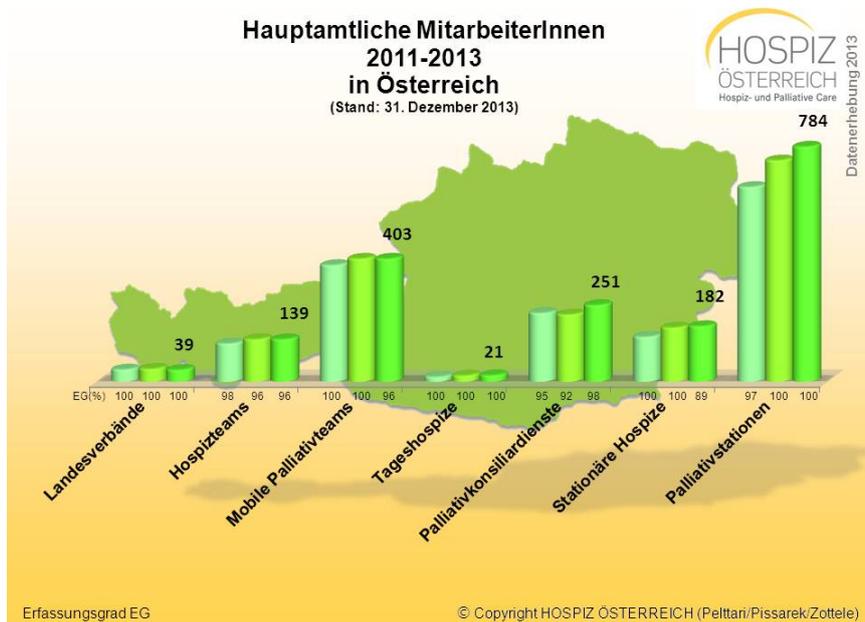


Abb. 21: Hauptamtliche MitarbeiterInnen (Personen) 2011 - 2013

4.2. Hauptamtliche MitarbeiterInnen (VZÄ) 2011 - 2013

Diese Grafik zeigt die Entwicklung der Anzahl der hauptamtlichen MitarbeiterInnen, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten. Als Vollzeit wird hier ein Beschäftigungsausmaß von 40 Stunden pro Woche angenommen. (Abb. 22). Die Anzahl der tatsächlich in diesem Bereich tätigen Personen liegt deutlich höher, da der Anteil an Teilzeitbeschäftigten hoch ist und manche Einrichtungen (v.a. Mobile Palliativteams) bestimmte Leistungen auf Honorarbasis abgeben, die dann nicht unter den VZÄ erfasst werden. Das gilt für ärztliche Dienstleitungen ebenso wie für die Arbeit von PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen und SeelsorgerInnen. Sie stehen bei Bedarf zur Verfügung, sind aber nicht fix angestellt bzw. man teilt sich diese Dienste mit anderen Einrichtungen.

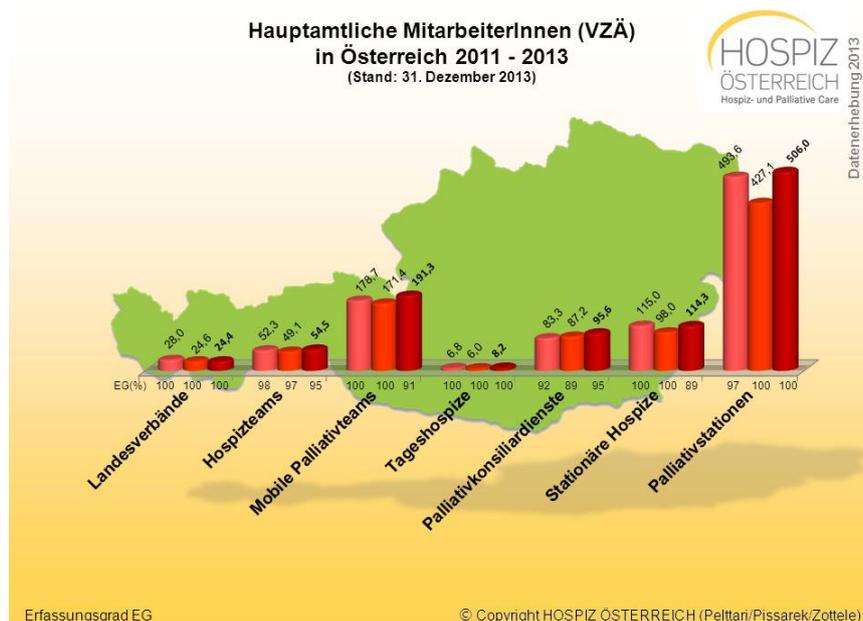


Abb. 22: Hauptamtliche MitarbeiterInnen (VZÄ) 2011 - 2013

4.3. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen 2011 - 2013

Die Zahl ehrenamtlicher MitarbeiterInnen (und der Teams) ist in den letzten Jahren relativ stabil geblieben. Einige Änderungen durch Auflösung, Zusammenlegung, Teilung und Gründung von Teams und Änderungen in der Zählweise in den Bundesländern sind zu beachten. (s. Abb. 23)

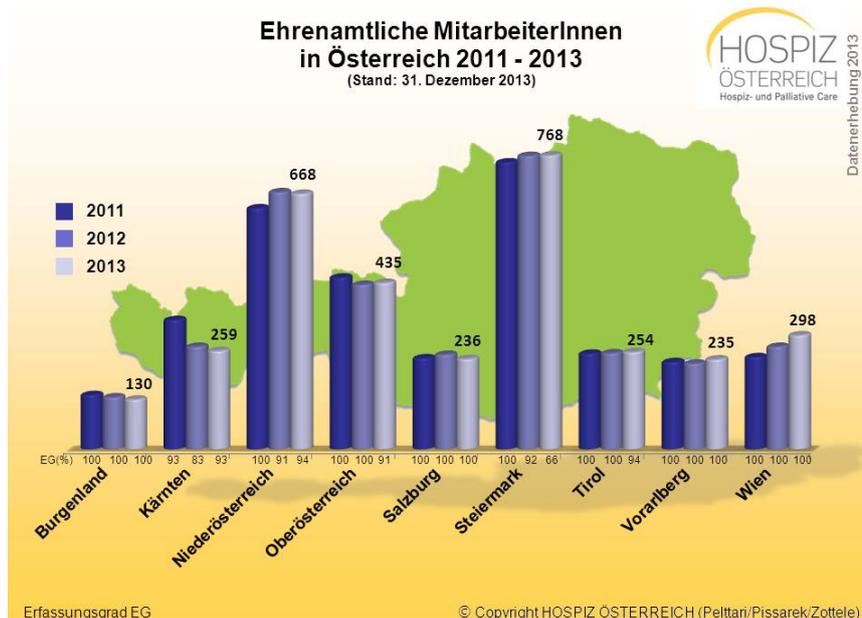


Abb. 23: Ehrenamtliche MitarbeiterInnen in Österreich im Jahr 2011 - 2013

4.4. Betreute PatientInnen 2011 - 2013

In den meisten Einrichtungen ist eine kontinuierliche Steigerung der Anzahl der betreuten PatientInnen zu beobachten. Die Zahlen der einzelnen Einrichtungsarten dürfen nicht addiert werden, da PatientInnen häufig zwischen mehreren Einrichtungen nach Bedarf wechseln. (s. Abb. 24)

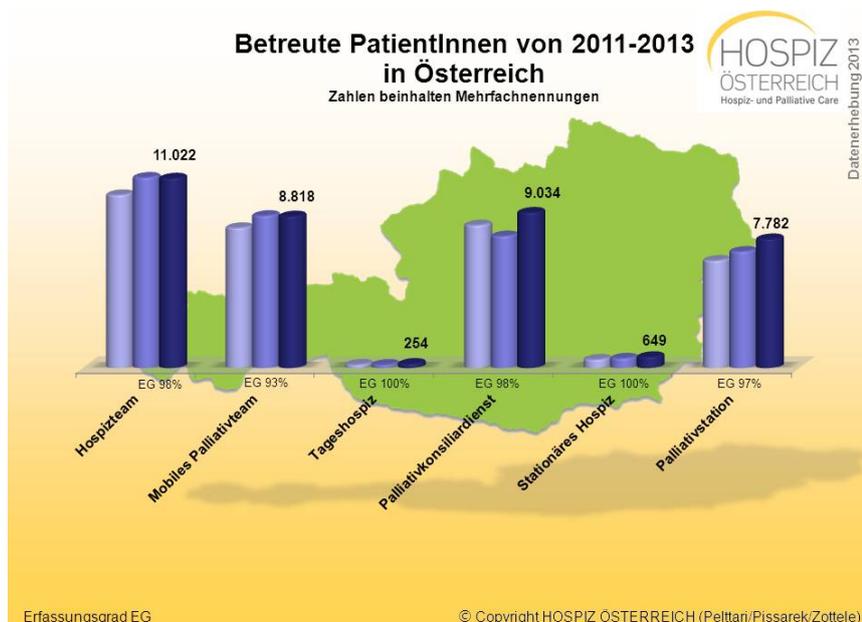


Abb. 24: Betreute PatientInnen in Österreich 2011 - 2013

4.5. Entwicklung 2011 – 2013 pro Einrichtungsart

Diese Grafik über die Anzahl der Einrichtungen zeigt, dass in den letzten drei Jahren ein leichtes Wachstum stattgefunden hat. Die Finanzierung der Einrichtungen ist nach wie vor in vielen Fällen schwierig und unzureichend. Bei den 5 neuen Palliativstationen handelt es sich in drei Fällen um neue „Palliativeinheiten“ in Tirol. Palliativeinheiten sind Teil von onkologischen oder internen Abteilungen und verfügen über 2-4 Betten (s. Abb. 25).

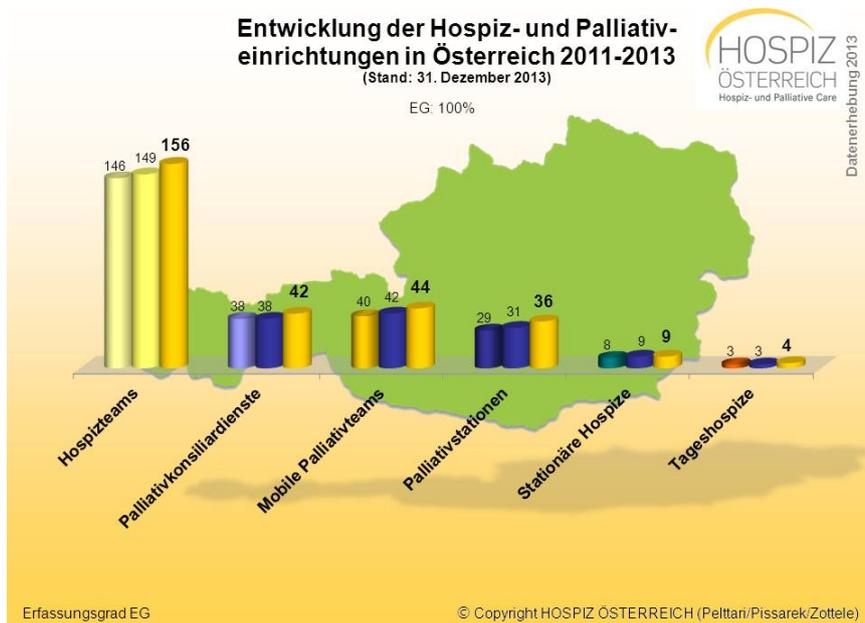


Abb. 25: Entwicklung pro Einrichtungsart 2011 - 2013

4.6. Entwicklung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 1989 – 2013

Der Vergleich 1989 – 2013 zeigt die deutliche Zunahme seit 1997 in vier Bereichen: bei den Teams der Ehrenamtlichen, bei den Mobilien Palliativteams, den Palliativstationen und den Palliativkonsiliardiensten. (s. Abb. 26)

In keinem Bereich ist österreichweit gesehen die Flächendeckung erreicht.

Eine Zunahme ist fast ausschließlich in Zusammenhang mit gesicherter Finanzierung zu sehen, wobei österreichweit gesehen Palliativstationen die einzigen Einrichtungen mit einer Regelfinanzierung sind. Die ehrenamtlichen Teams profitieren in fast allen Bundesländern seit 2007 vom Kooperationsprojekt des Dachverbandes Hospiz Österreich mit der Österreichischen Sparkassengruppe, das der „Förderung der ehrenamtlichen Hospizbegleitung in Österreich“ gewidmet ist.

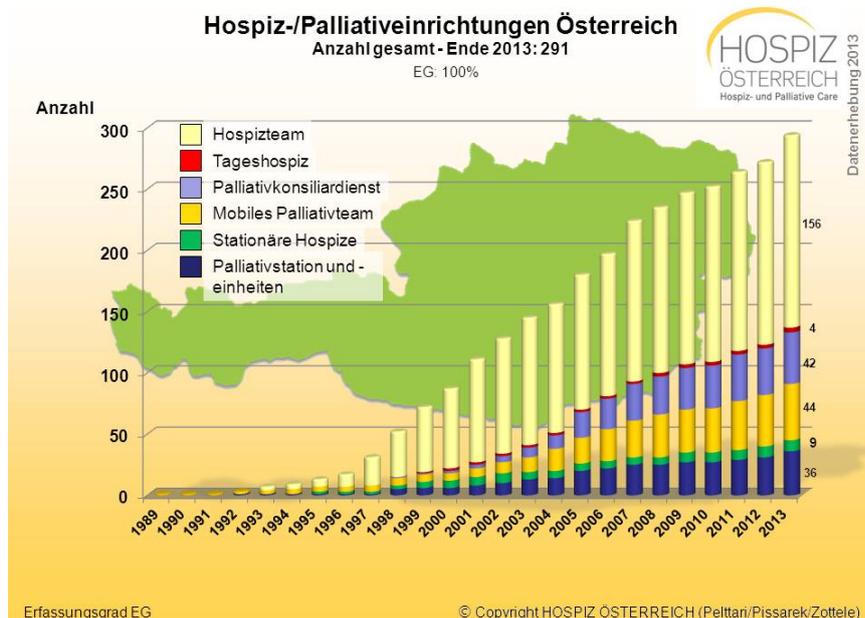


Abb. 26: Entwicklung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 1989 - 2013

Folgendes Statement wurde im April 2014 vom Dachverband Hospiz Österreich und der Österreichischen Palliativgesellschaft gemeinsam beschlossen:



Leben bis zuletzt

Die internationale Hospiz- und Palliativbewegung ist als Antwort auf die vielfältigen Nöte von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen entstanden. Wir setzen uns dafür ein, dass alles getan wird, um ein würdevolles Leben bis zuletzt zu ermöglichen – durch eine aktive und umfassende Versorgung in der letzten Lebensphase.

Dieses Angebot umfasst gleichermaßen die körperliche, emotionale, soziale und spirituelle Dimension. Aus der praktischen Arbeit mit schwerkranken PatientInnen wissen wir, dass der Wunsch nach aktiver Tötung vielfach schwindet, wenn diese Menschen wirksame Linderung und Entlastung erfahren.

Mit den in Österreich gesetzlich verankerten Möglichkeiten einer Patientenverfügung können alle Menschen in weit reichender Autonomie für den Fall späterer Kommunikations- und Entscheidungsunfähigkeit unerwünschte medizinische Behandlung ablehnen. Mit der gesetzlich verankerten Vorsorgevollmacht können die Vertretungsbefugnisse von An- und Zugehörigen gestärkt werden.

Aus folgenden Gründen sprechen wir uns klar für eine Beibehaltung der gegenwärtigen Gesetzeslage und gegen die Legalisierung von Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung aus:

- ◆ Es geht vor allem darum, Gebrechlichkeit und Leiden in eine umfassende Sicht des Menschseins zu integrieren. Hilfsbedürftigkeit widerspricht nicht der Würde des Menschen, sondern gehört zum Wesen des Menschseins, weil es zu seiner Endlichkeit gehört. Es gehört auch zum Wesen einer humanen Gesellschaft, für jene Mitglieder Sorge zu tragen, die auf andere angewiesen sind. Dem widersprechen alle gesellschaftlichen und politischen Signale, dass kranke und pflegebedürftige Menschen der Gesellschaft zur Last fallen.
- ◆ Die Gefahr des Missbrauchs ist groß, wenn Tötung auf Verlangen gesetzlich möglich wäre. Es besteht die Gefahr, dass Menschen sich dazu gedrängt fühlen.
- ◆ Menschen die Verfügungsgewalt über die Beendigung des Lebens anderer Menschen zuzusprechen, hat eine nicht übersehbare Tragweite und birgt die Gefahr der schleichenden Ausweitung der Tötung auf Verlangen auf andere PatientInnen, die nicht danach verlangen, wie aus den bisherigen Erfahrungen in Ländern mit einschlägiger Gesetzesregelung zu sehen ist. Oft ist die Not der Angehörigen bzw. des sozialen Umfelds größer als die Not der PatientInnen. Aus unserer Erfahrung wissen wir, dass die gezielte Unterstützung von Angehörigen auch PatientInnen spürbar entlasten kann.

- ◆ Vor allem auf ältere und pflegebedürftige Menschen wächst der gesellschaftliche Druck. Durch das gesetzliche Verbot der Tötung auf Verlangen werden Menschen vor diesem Druck geschützt. Niemand muss sich für sein Angewiesensein auf Pflege und Unterstützung rechtfertigen.
- ◆ Es ist zu befürchten, dass mit einer gesetzlichen Freigabe ÄrztInnen und Pflegekräfte gedrängt würden, ökonomischen Interessen nachzugeben. Die Tötung auf Verlangen widerspricht dem Berufsethos und würde das Vertrauensverhältnis zwischen PatientInnen, ÄrztInnen und Pflegekräften nachhaltig beeinträchtigen.
- ◆ Tragische Einzelerfahrungen im Umgang mit dem Sterben und mit den Grenzen der Leidensfähigkeit dürfen nicht zum Regelfall der Rechtsprechung erhoben werden.

Doch es genügt nicht Nein zu sagen zur Tötung auf Verlangen. Die Not der Betroffenen ist ernst zu nehmen. Die Gesellschaft als Ganze ist herausgefordert, diese Not zu lindern und wirksame Hilfe anzubieten.

Daher fordern wir:

- ◆ Die BürgerInnen müssen einen **Rechtsanspruch** auf Betreuung durch Hospiz- und Palliativeinrichtungen haben – verankert in der gesetzlichen Krankenversicherung.
- ◆ Die Hospiz- und Palliativversorgung muss **für alle Menschen**, die sie brauchen, erreichbar, zugänglich und leistbar sein.
- ◆ **Die umfassende Integration** von Hospiz und Palliative Care in Senioren- und Pflegeeinrichtungen, Geriatriezentren, Tageseinrichtungen, Hauskrankenpflege, Krankenhäusern, Einrichtungen für Kinder- und Jugendheilkunde und Versorgungseinrichtungen für Menschen mit Behinderung muss forciert werden.
- ◆ Alle Einrichtungen der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich müssen durch die öffentliche Hand **finanziert** werden.¹
- ◆ Alle beteiligten Ehrenamtlichen und Berufsgruppen müssen interprofessionell **qualifiziert** werden.
- ◆ Die Unterstützungsangebote für pflegende und trauernde **Angehörige** müssen erweitert und zusätzliche Angebote geschaffen werden.

„Du bist wichtig, weil du eben DU bist, du bist wichtig bis zum letzten Augenblick deines Lebens, und wir werden alles tun, damit du nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben kannst.“

Dame Cicely Saunders (1918–2005)

Wien, am 1. April 2014

¹ Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018, Kapitel 04, Länger gesund leben und arbeiten, Pflege und Betreuung, S. 53
 Quelle: <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=53264> Zugriff am 29.1.2014
 © Dachverband Hospiz Österreich

Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

	„Einfache“ Situationen	Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen		
	Grundversorgung	unterstützende Angebote		betreuende Angebote
Aktbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ- konsiliardienste	Palliativ- stationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Familienbereich Zuhause	Niedergelassene (Fach-)Ärzte Mobile Dienste Therapeuten			Tageshospize

Quelle: nach ÖBIG (2006)