

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Hauptgesichtspunkte des Entwurfes:

Im Regierungsprogramm der XXVII. Legislaturperiode („Aus Verantwortung für Österreich.“ – Regierungsprogramm 2020 – 2024) wird die Palliativ- und Hospizpflege als besondere Form der Pflege bezeichnet, die versucht, Menschen mit unheilbaren Krankheiten ein Lebensende in Würde zu ermöglichen.

Die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie Erwachsenen umfasst die aktive Betreuung der körperlichen, psychisch-emotionalen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse vom Zeitpunkt der Diagnosestellung an und gewinnt aufgrund der zunehmenden Anzahl chronisch kranker und multimorbider Menschen jeden Alters wesentlich an Bedeutung.

Da es in dieser schwierigen Zeit unkomplizierte und vor allem eine sichere Stütze für unheilbar erkrankte Menschen und ihre An- und Zugehörigen braucht, ist vorgesehen, dass die Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung auf sichere Beine gestellt und in die Regelfinanzierung überführt werden soll.

In einem ersten Schritt sollen daher mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf der österreichweite, bedarfsgerechte und flächendeckende Aus- und Aufbau sowie die Sicherung des laufenden Betriebes des modular abgestuften Versorgungsangebotes unter Erarbeitung und Einhaltung bestimmter Qualitätskriterien und -indikatoren in nicht LKF-finanzierten Bereichen der Hospiz- und Palliativversorgung unterstützt werden. Dies entspricht auch einer Weiterführung und Weiterentwicklung der Umsetzung der Empfehlungen der parlamentarischen Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“, aufgrund derer ab dem Jahr 2017 im Pflegefondsgesetz, BGBl. I Nr. 57/2011 idF BGBl. I Nr. 113/2021, verankert wurde, dass für die Finanzausgleichsperiode 2017 bis 2021 jährlich ein zweckgebundener Zuschuss zur Verfügung gestellt werden soll. Die darin vorgesehene Drittelfinanzierungslösung Bund, Länder und Träger der Sozialversicherung soll beibehalten werden.

Weiter zu fördern ist jedenfalls die Freiwilligenarbeit, die eine wertvolle Stütze sowohl für die Betroffenen als auch für das System der Hospiz- und Palliativversorgung darstellt. Das derzeit auch spendenbasierte System soll zu einem durch die öffentliche Hand geförderten System weiterentwickelt werden, das die Einhaltung von Mindeststandards sichert.

Vor diesem Hintergrund sollen mit dem gegenständlichen Gesetzesvorschlag folgende Maßnahmen gesetzt werden:

Der gegenständliche Gesetzesvorschlag bezweckt die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Gewährung von Zweckzuschüssen gemäß §§ 12 und 13 des Finanz-Verfassungsgesetzes 1948 (F-VG 1948), BGBl. Nr. 45/1948, als Unterstützungsangebot an die Länder für Maßnahmen und Zielsetzungen im Rahmen bestimmter modular abgestufter Versorgungsangebote in der Hospiz- und Palliativversorgung im Langzeitpflege- und -betreuungsbereich.

Finanzielle Erläuterungen:

Die Bundesmittel aus dem Hospiz- und Palliativfonds werden aus Budgetmitteln des Bundes (UG 21) aufgebracht. Für die Unterstützung der Erfüllung des Zielwerts des Ausbaugrads des Hospiz- und Palliativangebotes sind die Gesamtkosten in allen Bereichen zugrunde zu legen. Diesbezüglich ist eine Drittelfinanzierungslösung Bund, Länder und Träger der Sozialversicherung vorgesehen.

Die Zweckzuschüsse werden vom Bund direkt an die Länder zur Anweisung gebracht. Die von den Trägern der Sozialversicherung zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel werden direkt von diesen an die Länder zur Anweisung gebracht. Von den Ländern wird ein Drittel der Gesamtkosten selbst getragen.

Die Dotierung des Fonds für den Bundesanteil für die Jahre 2022 bis 2024 von insgesamt 108 Millionen Euro ergibt sich aus nachstehender Tabelle:

	2022	2023	2024
Zweckzuschüsse (1/3 des Aufwandes)	21 Mio. EUR	36 Mio. EUR	51 Mio. EUR

Ab dem Jahr 2025 soll der jährliche Zweckzuschuss mit der Aufwertungszahl gemäß § 108 Abs. 2 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der jeweils geltenden Fassung, angepasst werden. Basis bildet der Zweckzuschuss des jeweiligen Vorjahres.

Kompetenzgrundlage:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht gründet sich der vorgeschlagene Gesetzesentwurf auf Art. 10 Abs. 1 Z 4 B-VG (Bundesfinanzen), §§ 12 und 13 F-VG 1948 (zweckgebundene Bundeszuschüsse), Art. 17 B-VG (Privatwirtschaftsverwaltung) und in Bezug auf § 10 Hospiz- und Palliativfondsgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 13 B-VG (sonstige Statistik).

Die Koordinationskompetenz in Pflegeangelegenheiten kommt dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß Teil 2 Abschnitt M Z 5 der Anlage zu § 2 des Bundesministeriengesetzes 1986, BGBl. Nr. 76/1986 idF BGBl. I Nr. 148/2021, zu.

Die Verwaltung des Bundesvermögens kommt dem Bundesministerium für Finanzen gemäß Teil 2 Abschnitt G Z 6 der Anlage zu § 2 des Bundesministeriengesetzes 1986, BGBl. Nr. 76/1986 idF BGBl. I Nr. 148/2021, zu.

Besonderer Teil

Zu § 1:

Der nach Abs. 1 einzurichtende Fonds, der die Bezeichnung „Hospiz- und Palliativfonds“ trägt, hat keine eigene Rechtspersönlichkeit. Er soll seine Leistungen ab dem Jahr 2022 in Form von zweckgebundenen Zuschüssen gemäß §§ 12 und 13 des Finanz-Verfassungsgesetzes 1948 (F-VG 1948), BGBl. Nr. 45/1948 in der jeweils geltenden Fassung, erbringen.

In Abs. 2 werden die wesentlichen Zielsetzungen, aufgrund derer der Bund ein Angebot zur finanziellen Unterstützung der Länder für die Hospiz- und Palliativversorgung im Langzeitpflege- und -betreuungsbereich schafft, das von diesen für die Zielerreichung verwendet oder jenen Trägern zur Verfügung gestellt werden kann, die im Rahmen ihrer Angebote diese Ziele erreichen, normiert. Zweck der finanziellen Unterstützungsangebote an die Länder ist, dass diese die Hospiz- und Palliativversorgung der betroffenen Personen – darunter sind sowohl die Palliativpatienten und -patientinnen als auch deren An- und Zugehörigen zu verstehen – sicherstellen, da einerseits die (räumliche) Erreichbarkeit, (formale) Zugänglichkeit und Leistbarkeit der Unterstützungsleistungen, die an die besonderen Bedürfnisse der Betroffenen angepasst sind, andererseits aber auch die Entlastung der Grundversorgung im Rahmen des Akutbereiches, des Langzeitpflegebereiches und des Familienbereiches als besonders bedeutsam erachtet werden.

Zu § 2:

§ 2 enthält Definitionen der im Gesetz verwendeten Begriffe.

In Abs. 1 wird zwischen pädiatrischen und erwachsenen Palliativpatienten und -patientinnen unterschieden, da der Betreuungsansatz ein jeweils anderer ist. Die Zeitspanne der Betreuung von Erwachsenen in modular abgestuften Versorgungsangeboten ist deutlich kürzer als bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, bei denen oftmals gleichzeitig eine kurative und palliative Versorgung möglich ist. Auch die Krankheitssymptome von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ändern sich im jüngeren Alter oft rascher als im Erwachsenenalter, wobei die Versorgung neben dem Alter auch auf den Entwicklungsstand der betroffenen Person ausgerichtet zu sein hat. Unter die Lebensqualität beeinträchtigende Symptome sind beispielsweise Schmerzen, Übelkeit, Atemnot oder Fatigue zu verstehen. Mit der verbalen Differenzierung von Versorgungsangeboten, bei der die nicht näher bezeichneten Angebote jene für Erwachsene darstellen und die mit der vorangehenden Bezeichnung „pädiatrisch“ oder „Kinder“ jene für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, wird dem unterschiedlichen Bedarf der jeweiligen Altersgruppen Rechnung getragen.

In Abs. 2 wird der Kreis der An- und Zugehörigen definiert. Bei diesen handelt es sich um dem engen Umfeld der Palliativpatienten und -patientinnen zugehörige Menschen wie die Familie (Kinder und Eltern, Ehe- bzw. eingetragene oder Lebenspartner oder Lebenspartnerin), Verwandte (in auf- oder absteigender Linie) und durch anderwärtige enge soziale Beziehung Nahestehende (beispielsweise Freunde oder Nachbarn).

Als Grundversorgung im Sinne des Abs. 3 wird die Hospiz- und Palliativversorgung, die im Akutbereich durch Krankenhäuser, im Langzeitpflegebereich durch Alten- und Pflegeeinrichtungen und im Familienbereich durch niedergelassene Allgemein- und Fachärzte und -ärztinnen, mobile Dienste und Therapeuten und Therapeutinnen erbracht wird, verstanden.

Bei den in Abs. 4 bezeichneten Versorgungsangeboten handelt es sich um Leistungen im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung, wovon mobile Palliativteams und mobile Kinder-Palliativteams, Palliativkonsiliardienste, Palliativstationen, (mobile) Hospizteams und Kinder-Hospizteams, Tageshospize sowie stationäre Hospize und stationäre Kinder-Hospize umfasst sind. Palliativbetten für erwachsene Palliativpatienten und -patientinnen in Palliativstationen zählen zwar ebenfalls zum modular abgestuften Versorgungsangebot, sind jedoch bereits im Rahmen der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) finanziert.

Die in den Abs. 5 und 6 definierten Palliativteams für Erwachsene bzw. Kinder-Palliativteams für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stellen mobile Unterstützungsangebote vorwiegend für die Betreuenden der Palliativpatienten und -patientinnen dar. Das multiprofessionell zusammengesetzte Team unterstützt mit fachlicher Expertise zur Palliativversorgung (Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosoziale Begleitung) und ergänzt die bereits bestehende Basisversorgung durch Anleitung und Beratung in allen Versorgungskontexten. Das Angebot wendet sich in erster Linie an die Betreuenden von Palliativpatienten und -patientinnen, unterstützt aber auch die Palliativpatienten und -patientinnen selbst. Die unterstützten Betreuenden können An- und Zugehörige, aber auch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Gesundheits- und Sozialversorgung (Hausärzte und -ärztinnen, Pflege- und Betreuungspersonen) außerhalb, aber auf Anfrage auch innerhalb des Krankenhauses sein. Ziel ist es, den Verbleib der Palliativpatienten und -patientinnen in der vertrauten Umgebung (Zuhause, im stationären (Kinder-)Hospiz oder auch in Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen) zu ermöglichen, Krankenhausaufenthalte so weit wie möglich zu reduzieren, bei Übergängen zwischen Krankenhaus und häuslicher Betreuung zu helfen und die Lebensqualität zu erhalten.

Die in Abs. 7 definierten Palliativkonsiliardienste stellen Unterstützungsangebote und Beratung durch multiprofessionelle Teams in Krankenhäusern dar, die direkt vom ärztlichen und pflegerischen Personal der Abteilungen, Stationen und Ambulanzen in Krankenhäusern in Anspruch genommen werden können. Auftrag ist es, spezielle palliativmedizinische, -pflegerische, psychosoziale und kommunikative Expertise und Kompetenzen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen und Entscheidungsprozesse zu unterstützen, wobei Entscheidungen über die durchzuführenden Maßnahmen und deren Umsetzung dem ärztlichen und pflegerischen Personal obliegen. Erst in zweiter Linie wendet sich der Palliativkonsiliardienst an die Palliativpatienten und -patientinnen und deren An- und Zugehörige. In Abstimmung mit den Primärbetreuenden kann der Palliativkonsiliardienst medizinische, pflegerische, therapeutische und/oder soziale Maßnahmen bei den Palliativpatienten und -patientinnen durchführen. Der Dienst ist als eigenständiges Angebot entweder einer Palliativstation zugeordnet oder bildet eine eigene Organisationseinheit, die auch krankenhausesübergreifend tätig sein kann.

Die in Abs. 8 und 9 definierten Hospizteams für Erwachsene bzw. Kinder-Hospizteams für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und ihrer An- und Zugehörigen stellen mobile Versorgungsangebote zur individuellen und bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen überdies alters- und entwicklungsadäquate Begleitung und Beratung von Betroffenen in allen Versorgungskontexten wie beispielsweise im Zuhause, im Krankenhaus, im stationären (Kinder-)Hospiz, in der Betreuungseinrichtung, im Kindergarten oder in der Schule dar. Diese Teams – bestehend aus qualifizierten ehrenamtlich tätigen Hospizbegleiter und -begleiterinnen, die von einer hauptamtlich tätigen Koordinationsperson koordiniert werden – sollen die Lebensqualität der Palliativpatienten und -patientinnen verbessern und die kontinuierliche Betreuung sowie reibungslose Versorgungsübergänge sichern. Dabei bieten sie den Palliativpatienten und -patientinnen und ihren An- und Zugehörigen mitmenschliche Begleitung in der Zeit der Krankheit, des Schmerzes, des Abschieds und der Trauer.

Bei den in Abs. 10 genannten Tageshospizen handelt es sich um Einrichtungen, die mobilen bzw. transportfähigen Palliativpatienten und -patientinnen tagsüber Behandlung, Beratung und Begleitung anbieten. Sie dienen dazu, den Tag psychosozial und therapeutisch zu gestalten, die Gemeinschaft gleichermaßen Betroffener zu erleben und damit gleichzeitig soziale Isolation zu verhindern. Überdies werden An- und Zugehörige entlastet. Soweit bekannt, besteht dieses Versorgungsangebot derzeit ausschließlich für Erwachsene, der Wortlaut ist bewusst weit gefasst, damit auch die zukünftige Weiterentwicklung des Angebotes für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene darunter subsumierbar sind.

Die in Abs. 11 und 12 definierten stationären Hospize für Erwachsene bzw. stationären Kinder-Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und ihrer An- und Zugehörigen sind stationäre Einrichtungen, die auf eine längerfristige Betreuung bis zum Tod von Palliativpatienten und -patientinnen spezialisiert sind und in denen diese aufgenommen werden, um professionelle Unterstützung und Entlastung zu erhalten. Ausgerichtet ist die Betreuung in der letzten Lebensphase auf Palliativpatienten und -patientinnen mit komplexer pflegerischer, psychosozialer oder medizinischer Symptomatik und

hohem Betreuungsaufwand, wenn die Aufnahme in ein Akut-Krankenhaus nicht erforderlich, die Betreuung zu Hause oder im nicht spezialisierten Pflegeheim jedoch nicht möglich ist. Die An- und Zugehörigen werden auch über den Tod des oder der Erkrankten hinaus begleitet.

Gemäß Abs. 13 zielen Qualitätskriterien und -indikatoren darauf ab, österreichweit gleiche Versorgungsstandards der modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung zu erreichen.

Der in Abs. 14 definierte Auf- und Ausbaugrad zeigt den für die Erfüllung des Zielwerts des Ausbaugrads der modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung zu erreichenden Fortschritt an und ergibt sich aus einem Vergleich des Versorgungs- und Umsetzungsstandes im Referenzjahr mit dem Versorgungs- und Umsetzungsstand im Zieljahr.

Das in Abs. 15 definierte Referenzjahr stellt die Ausgangsbasis zur Überprüfung der Erfüllung des Zielwerts des Ausbaugrads in der modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung dar.

Das in Abs. 16 definierte Zieljahr ist das von den Ländern für die Erfüllung des Zielwerts des Ausbaugrads zu erreichende Jahr in der modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung.

Zu § 3:

§ 3 regelt die Bereitstellung der finanziellen Mittel durch den Bund und stellt die gesetzliche Grundlage für die Zurverfügungstellung von Zweckzuschüssen gemäß §§ 12 und 13 F-VG 1948 an die Länder zur Unterstützung bei den Ausgaben im Zusammenhang mit den Maßnahmen für die Hospiz- und Palliativversorgung dar.

In Abs. 1 wird die Verteilung des Gesamtbetrages von 108 Millionen Euro auf den Zeitraum 2022 bis 2024 festgelegt, für den die finanziellen Mittel zur Erreichung der in § 1 Abs. 2 definierten Ziele zweckgebunden zur Verfügung gestellt werden. Die Mittel des Hospiz- und Palliativfonds stammen aus Budgetmitteln des Bundes (UG 21).

Die Festlegung der bereitgestellten Mittel ergeben sich auf Basis der von der Gesundheit Österreich GmbH durchgeführten Studie „Regelfinanzierung in der Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene“ aus 2021, der in den Qualitätskriterien festgelegten Bedarfsrichtwerten, welche der Broschüre der Gesundheit Österreich GmbH betreffend die „Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene“ (2014) zu entnehmen sind und aus dem vom Dachverband Hospiz Österreich erstellten Bericht „Hospiz- und Palliativversorgung – Empfehlungen des Dachverbandes Hospiz Österreich zur Umsetzung der Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Österreich“ (2015).

Für die Unterstützung zur Finanzierung zur Erfüllung des Zielwerts des Ausbaugrads des Hospiz- und Palliativversorgungsangebotes sind die Gesamtkosten in allen Bereichen zugrunde zu legen. Ausgehend von der in Abs. 2 normierten Drittelteilung von Bund, Ländern und Träger der Sozialversicherungen, sind die Gesamtkosten durch 3 zu dividieren und kaufmännisch zu runden. Aus diesen Berechnungen ergeben sich die im Gesetz normierten Beträge für das jeweilige Jahr (Angaben in Euro):

	2022	2023	2024
Gesamtaufwand	63 Mio. EUR	108 Mio. EUR	153 Mio. EUR
Zweckzuschüsse (1/3 des Aufwandes)	21 Mio. EUR	36 Mio. EUR	51 Mio. EUR

Ab dem Jahr 2025 soll der jährliche Zweckzuschuss mit der Aufwertungszahl gemäß § 108 Abs. 2 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der jeweils geltenden Fassung, angepasst werden. Basis bildet der Zweckzuschuss des jeweiligen Vorjahres.

In Abs. 3 wird klargestellt, dass die finanziellen Mittel für die von den Ländern nachgewiesenen Aufwendungen durch Bund, Länder und Träger der Sozialversicherung zu gleichen Teilen aufgebracht werden. Die Träger der Sozialversicherung wenden Beträge in selber Höhe der Bundesmittel auf. Diesbezüglich ist ein Beschluss der Konferenz der Sozialversicherungsträger des Dachverbandes zu fassen.

Abs. 4 besagt, dass nur jene Mittel zur Verfügung gestellt werden können, die im Fonds unter Berücksichtigung des Verteilungsschlüssels vorhanden sind. Bei den in § 3 Abs. 1 angegebenen Beträgen handelt es sich somit um Höchstbeträge, wobei verbleibende Restbeträge im Sinne des§§ 13 Abs. 4 und 14 Abs. 6 übertragbar sein sollen.

Gemäß Abs. 5 erfolgt die Verteilung des Zweckzuschusses auf die Länder nach dem gemäß dem Finanzausgleichsgesetz 2017 (FAG 2017), BGBl. I Nr. 116/2016 in der jeweils geltenden Fassung, für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Schlüssel der Wohnbevölkerung. Im Falle, dass statt einer Verlängerung des FAG 2017 ein neues Finanzausgleichsgesetz an dessen Stelle tritt, so gilt der in diesem für das jeweilige Kalenderjahr festgelegte Wohnbevölkerungsschlüssel. Der Wohnbevölkerungsschlüssel ist heranzuziehen, da die Bedarfszahlen zu den modular abgestuften Versorgungsangeboten in den Qualitätskriterien je Million Einwohner und Einwohnerinnen erfasst werden.

Zu § 4:

In Abs. 1 wird klargestellt, dass die Mittel ausschließlich für die in Z 1 bis 5 genannten Maßnahmen in den gemäß Abs. 2 genannten modular abgestuften Versorgungsangeboten zweckgewidmet sind. Es handelt sich dabei um alle Angebote, die nicht im Rahmen der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) finanziert sind. Es wird davon ausgegangen, dass LKF-finanzierte Angebote aufrecht erhalten bleiben und keine Verschiebung zu Lasten des Zweckzuschusses erfolgt, es sei denn, diese Verschiebungen basieren auf im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit von den Partnern getroffenen Beschlüssen.

Das in Abs. 1 normierte Ziel dient der Unterstützung der Länder bei Finanzierung von qualitätssichernden Maßnahmen.

Die in Abs. 1 Z 2 und Z 3 normierten Ziele eröffnen für die Länder als kostentragende Gebietskörperschaften die Möglichkeit der Verwendung der finanziellen Mittel für den österreichweiten, bedarfsgerechten und flächendeckenden Aus- und Aufbau (samt Investitionen in tatsächlicher Höhe), für den laufenden Betrieb und die Sicherung der Hospiz- und Palliativversorgung, damit für Palliativpatienten und -patientinnen sowie ihre An- und Zugehörigen ein entsprechendes Angebot zur Verfügung gestellt werden kann.

Das in Abs. 1 Z 4 normierte Ziel dient der Unterstützung der Länder bei Finanzierung und Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in allen modular abgestuften Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung gem. § 2 Abs. 4 für die in der Hospiz- und Palliativversorgung haupt- und ehrenamtlich tätigen Personen, wie beispielsweise für die Qualifikation im Bereich (pädiatrische) Palliative Care oder für den Lehrgang zur Befähigung von ehrenamtlichen Hospizbegleiter und -begleiterinnen.

Das in Abs. 2 Z 5 normierte Ziel dient der Unterstützung der Länder bei Finanzierung von Vorsorge- und Informationsgesprächen über die Errichtung einer Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, wie beispielsweise dem VSD Vorsorgedialog®, damit das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen beachtet werden kann und sie bei der vorausschauenden Planung der Betreuung für die letzte Lebensphase bestmöglich unterstützt werden können. Mit der Vorsorgevollmacht im Sinne des § 260 Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), JGS Nr. 946/1811 in der jeweils geltenden Fassung, soll eine Person festgelegt werden, die bei Verlust der Entscheidungsfähigkeit als Bevollmächtigter oder Bevollmächtigte für einen Palliativpatienten oder eine Palliativpatientin entscheiden und ihn oder sie vertreten kann. Mit der Patientenverfügung gemäß Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG), BGBl. I Nr. 55/2006 in der jeweils geltenden Fassung, können Palliativpatienten und -patientinnen im Voraus in bestimmte medizinische Behandlungen einwilligen oder diese ablehnen für den Fall, dass zum Zeitpunkt der Behandlung keine Entscheidungsfähigkeit besteht. Dass es sich bei dieser Maßnahme um eine handelt, die auch im Bereich der Grundversorgung und nicht ausschließlich in den modular abgestuften Versorgungsangeboten durchgeführt wird, schadet nicht.

Durch die in Abs. 2 taxativ aufgezählten Angebote, die durch die Begriffsbestimmungen gemäß § 2 konkretisiert werden, soll sichergestellt werden, dass die Mittel nur für diese zur Verfügung gestellt und verwendet werden können. Sinn der Schaffung eines Hospiz- und Palliativfonds ist es nicht, Betten beispielsweise in stationären Pflegeeinrichtungen in Hospiz- oder Palliativbetten umzuwidmen und das Angebot im Langzeitpflegebereich dadurch zu reduzieren.

In Abs. 3 wird klargestellt, dass der Anspruch der einzelnen Person auf eine Leistung der Krankenversicherung dadurch nicht berührt wird.

Zu § 5:

§ 5 knüpft die Gewährung von Zweckzuschüssen an mit dem gewidmeten Zweck zusammenhängende Bedingungen, wie in § 13 F-VG 1948 vorgesehen.

Voraussetzung für den Erhalt der Zweckzuschüsse ist gemäß Abs. 1 die Erfüllung der in den §§ 6 bis 12 näher definierten Voraussetzungen.

Abs. 2 legt fest, dass die Überprüfung der Einhaltung der Bedingungen gemäß Abs. 1 durch den Bund wahrgenommen wird. Die Beauftragung der Gesundheit Österreich GmbH als externe Dienstleisterin ist dabei möglich.

Zu § 6:

Die in § 6 enthaltenen Regelungen zum Qualitätsmanagement setzen die in § 4 Abs. 1 Z 1 normierte Maßnahme um. Dabei ist der Begriff Qualitätsmanagement als Ersatz und Synonym des Begriffes Qualitätssicherung und wird nach der internationalen Norm DIN EN ISO 9000:2000 definiert als „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zur Leitung und Lenkung einer Organisation bezüglich Qualität“.

In Abs. 1 wird geregelt, dass die vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz als externe Dienstleisterin beauftragte Gesundheit Österreich GmbH in Zusammenarbeit mit den Ländern und den Trägern der Sozialversicherung zu erreichende Qualitätskriterien bis Ende des Jahres 2022 erstellen soll. Für die hierfür erforderliche Abstimmung bieten sich im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit die auf Landesebene eingerichteten Gremien an.

Gemäß Abs. 2 sollen die Kriterien und Indikatoren als Mindeststandards insbesondere für bestimmte Bereiche erarbeitet und im Jahr 2023 von den Ländern umgesetzt werden, wobei gemäß Abs. 3 die Verpflichtung zur Einhaltung ab 2024 besteht und die Messung der Einhaltung im Zuge der Abrechnung erfolgt. Es wird klargestellt, dass die Einhaltung der Qualitätskriterien durch die Träger und somit die umfassende Qualitätskontrolle diesen gegenüber bei den Ländern liegt. Die Empfehlung der Inanspruchnahme eines Angebots der modularen abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung erfolgt in der Regel im Rahmen eines Case- und Caremanagements – wie beispielsweise durch Palliativkonsiliardienste –, die Entscheidung hierüber obliegt jedoch den Palliativpatienten und –patientinnen oder deren An- und Zugehörigen.

In Abs. 4 findet sich die Verordnungsermächtigung.

Zu § 7:

Die in § 7 enthaltenen Regelungen zum quantitativen Ausbau tragen der Zweckwidmung gemäß § 4 Abs. 1 Z 2 Rechnung. In Abs. 1 wird festgelegt, dass die vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz beauftragte Gesundheit Österreich GmbH in Zusammenarbeit mit den Ländern und den Trägern der Sozialversicherung zu erreichende Auf- und Ausbaugrade für den vollständigen Aus- und Aufbau der modular abgestuften Versorgungsangebote in der Hospiz- und Palliativversorgung festlegen soll. Dabei sollen sowohl die Ausgangsbasis bezogen auf ein Referenzjahr (Ist-Stand) sowie ein Zielwert bezogen auf ein Zieljahr (Soll-Stand) festgelegt werden. Bei der Erarbeitung ist ein von den Ländern vor der im Rahmen dieses Bundesgesetzes erreichter Auf- und Ausbaugrad entsprechend zu berücksichtigen, da jene Länder, die bereits in entsprechende Ausbaumaßnahmen investiert haben, nicht benachteiligt werden sollen gegenüber Ländern, die in diesem Bereich weniger Investitionen getätigt haben. Für die hierfür erforderliche Abstimmung bieten sich im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit die auf Landesebene eingerichteten Gremien an.

In Abs. 2 wird die Darstellung des Aus- und Ausbaugrades konkretisiert. Es soll zum Ausdruck gebracht werden, dass dieser je modular abgestuften Versorgungsangebot einzeln festzulegen ist.

Die Länder sollen gemäß Abs. 3 ab 2024 zur Einhaltung des für das jeweilige Jahr festgelegten Auf- und Ausbaugrades verpflichtet werden, wobei die Messung der Einhaltung im Zuge der Abrechnung erfolgen soll.

In Abs. 4 findet sich die Verordnungsermächtigung.

Zu § 8:

Die Praxis zeigt, dass die Tarifsysteme der Länder innerhalb desselben Angebots in Bezug auf die einzelnen Parameter sehr unterschiedlich gestaltet sind, was Transparenz und eine länderübergreifende Vergleichbarkeit vermissen lässt. Aus diesem Grund hat die vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz beauftragte Gesundheit Österreich GmbH in Zusammenarbeit mit den Ländern und den Trägern der Sozialversicherung einheitliche Parameter für die Gestaltung von Tarifen zu erstellen, die durch entsprechende Standardsätze zum Zwecke der größtmöglichen Harmonisierung definiert werden sollen. Für die hierfür erforderliche Abstimmung bieten sich im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit die auf Landesebene eingerichteten Gremien an.

In Abs. 2 werden Bereiche aufgezählt, die zumindest im Rahmen des Erarbeitungsprozesses der Parameter zu diskutieren und berücksichtigen sind.

Gemäß Abs. 3 soll für die Länder eine Verpflichtung zur Zugrundelegung bei der Tarifgestaltung der im Jahr 2023 erarbeiteten Parameter und der Standardsätze ab dem Jahr 2024 bestehen. Die Standardsätze

sollen als einheitliches Finanzierungsinstrument je nach modular abgestuftem Angebot dienen. Abs. 4 enthält dazu eine Verordnungsermächtigung.

Zu § 9:

In Abs. 1 soll die Verpflichtung der Länder zur zukunftsorientierten Planung für einen Zeitraum von zumindest fünf Jahren festgelegt werden, die zu erstellen und aktualisieren ist und dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz jährlich bis spätestens zum 30. Juni für die Folgejahre, erstmalig bis zum 30. Juni 2022, vorzulegen ist und zumindest die in Abs. 2 festgelegten, besonders bedeutsamen Inhalte als zahlenmäßige Auflistung und verbale Beschreibung zu enthalten hat, wobei gemäß Abs. 3 ab 2024 die gemäß § 7 festgelegten Auf- und Ausbaugrade in die Planungsunterlagen aufzunehmen sind. Hierfür bieten sich im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit die auf Landesebene eingerichteten Gremien an.

Gemäß Abs. 4 hat die vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz beauftragte Gesundheit Österreich unter Einbeziehung der Länder und der Träger der Sozialversicherung eine einheitliche Gestaltung der Planungsunterlage festzulegen, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Abs. 5 enthält dazu sowie im Falle des fehlenden Einvernehmens eine Verordnungsermächtigung.

Zu § 10:

§ 10 hat die Schaffung fundierter Datengrundlagen als Basis für die bedarfsadäquate Planung und Weiterentwicklung der Versorgungsangebote der Hospiz- und Palliativbetreuung nach den Kriterien der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zum Ziel. Dabei liegt eine einheitliche, vergleichbare und transparente Datenlage im Interesse aller Gebietskörperschaften und Stakeholder. Aus diesem Grund sieht Abs. 1 die Einrichtung und Führung einer Hospiz- und Palliativdatenbank durch einen vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zu beauftragenden Dienstleister (Gesundheit Österreich GmbH) vor.

Abs. 2 legt fest, dass die Länder jeweils bis zum 30. Juni, erstmalig ab dem Jahr 2023, Daten zu erheben und elektronisch, unentgeltlich sowie vollständig an die Gesundheit Österreich GmbH zu übermitteln haben.

Abs. 3 legt die zumindest zu übermittelnden Parameter fest, die gemäß Abs. 4 in einer Verordnung konkretisiert und festgelegt werden können.

Abs. 4 enthält insbesondere zu den Parametern gemäß Abs. 3 eine Verordnungsermächtigung.

Abs. 5 konkretisiert die Berichtspflichten der Gesundheit Österreich GmbH und verpflichtet diese, jährlich eine unentgeltliche statistische Auswertung aus der Hospiz- und Palliativdatenbank zur Verfügung zu stellen.

Zu § 11:

§ 11 normiert Verpflichtungen der Länder über Abweichungen zu den gemäß § 9 vorgelegten Planungsunterlagen zu berichten und diese zu begründen sowie an Berichtswesen, an der Erstellung von Monitoringberichten und des Evaluierungsberichtes mitzuwirken. Die Festlegung detaillierter Bestimmungen hinsichtlich Ablauf und Inhalt ist durch Verordnung möglich.

Zu § 12:

In § 12 wird die Überprüfungs- und Einsichtnahmemöglichkeit des Bundes definiert, die auch eine Bedingung für den Erhalt der Zweckzuschüsse darstellt.

Abs. 1 normiert den Vorbehalt des Bundes zur Überprüfbarkeit im Sinne des § 13 F-VG 1948 in Hinblick auf Einsatz und Auswirkungen der Zweckzuschüsse durch Monitorings und Evaluierungen im Sinne des § 11 sowie die widmungsgemäße Mittelverwendung gemäß § 4 und die Einhaltung der Bedingungen gemäß § 5. Die Überprüfung kann durch Einsicht in Unterlagen, aber auch durch Vor-Ort-Kontrollen erfolgen.

Abs. 2 sieht die Verpflichtung der Länder vor, den Bund bei der Ausübung seines Überprüfungsrechts nach Abs. 1 bestmöglich zu unterstützen.

Zu § 13:

In § 13 werden die Abwicklungsmodalitäten für die Gewährung der Zweckzuschüsse geregelt.

Abs. 1 legt fest, dass die Länder jedes Jahr längstens bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, für das die Zweckzuschüsse in Anspruch genommen werden sollen, um die Vergabe dieser beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz anzusuchen haben. Ein späteres Einlangen soll grundsätzlich nicht akzeptiert werden können. Ausnahmen können

bestehen, wenn einer Fristverlängerung auf Anfrage des Landes vorab ausdrücklich zugestimmt und eine annehmbare Nachfrist, die nicht länger als einen Kalendermonat beträgt, vereinbart wurde. Dem Ansuchen ist eine Verpflichtungserklärung beizulegen. Damit soll klargestellt werden, dass Voraussetzung für die Gewährung die widmungsgemäße Verwendung im Sinne des § 4 ist. Das beinhaltet, dass zum einen nur Maßnahmen im Zusammenhang mit den in § 4 Abs. 1 taxativ aufgezählten Versorgungsangeboten – mobile Palliativteams und mobile Kinder-Palliativteams, Palliativkonsiliardienste, (mobile) Hospizteams und Kinder-Hospizteams, Tageshospize sowie stationäre Hospize und stationäre Kinder-Hospize – mit dem Hospiz- und Palliativfonds abgerechnet werden können. Zum anderen ist die Einhaltung der in § 5 festgelegten Bedingungen Voraussetzung. Die Länder erklären somit, diese Voraussetzungen zu erfüllen. Der anzuschließenden Erklärung soll eine Abstimmung zwischen Bund, Ländern und Trägern der Sozialversicherung über die in § 5 genannten Bedingungen vorausgehen, wofür sich im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit die auf Landesebene eingerichteten Gremien anbieten. Da die Bedingungen erst ab dem Jahr 2024 zu erfüllen sind, soll diese Erklärung ebenfalls erst ab dem Jahr 2024 vorzulegen sein.

Abs. 2 konkretisiert, in welchen Jahren welche Bedingungen im Sinne des § 5 einzuhalten sind und beinhaltet Erleichterungen in den Übergangsjahren 2022 und 2023.

Abs. 3 legt fest, dass die Auszahlung der Zweckzuschüsse durch den Bundesminister/die Bundesministerin für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister/der Bundesministerin für Finanzen erfolgt. In den Übergangsjahren soll die Auszahlung als Vorleistung für das jeweils laufende Kalenderjahr im Mai zur Anweisung gebracht werden. Ab 2024 soll eine Vorleistung im Ausmaß von 50 vH bis zum Mai erfolgen, bis November sollen die von den Ländern nachgewiesenen und vom Bund anerkannten Aufwendungen für das jeweilige Vorjahr zur Anweisung gebracht werden. Das bedeutet:

Jahr	Mai	November
2022	Auszahlung 100% der dotierten Mittel	-
2023	Auszahlung 100% der dotierten Mittel	-
2024	Auszahlung 50% der dotierten Mittel	-
2025	Auszahlung 50% der dotierten Mittel	Auszahlung Betrag gemäß Abrechnung der Jahre 2022 – 2024
Ab 2026	Auszahlung 50% der dotierten Mittel	Auszahlung Betrag gemäß Abrechnung des Vorjahres

Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass bei der jeweils im November erfolgenden Auszahlung die Aufwendungen nur in der vom Land nachgewiesenen und vom Bund anerkannten Höhe zur Anweisung gebracht werden.

Mit Abs. 4 soll festgelegt werden, dass für den Fall, dass die Zweckzuschüsse für ein Kalenderjahr oder mehrere Kalenderjahre von einem Land nicht verausgabt werden, diese für höchstens drei Jahre übertragen werden können. Diese Regelung entspricht § 36 Abs. 6 Bundeshaushaltsgesetz 2013 (BHG 2013), BGBl I Nr. 67/2010, um dadurch die Möglichkeit zu schaffen, freigebiebene Mittel in eine Rücklage zuzuführen und sie zu einem späteren Zeitpunkt – höchstens drei Jahre nach Gewährung des jeweiligen Zweckzuschusses – verwenden zu können.

Abs. 5 legt die Rechtsfolgen bei fehlender Erfüllung der Bedingungen fest. Dabei soll die Einhaltung von Qualitätskriterien und -indikatoren und der Tarifgestaltung zwingend sein, da im Falle der Nichterfüllung des entsprechenden Mindeststandards ein Zweckzuschuss zur Gänze nicht zustehen soll. Abweichungen beim Auf- und Ausbaugrad sollen zu einer prozentuellen Anpassung des Auszahlungsbetrages im Ausmaß der jeweiligen Erfüllung führen, wobei hierbei auf § 14 Abs. 5 zu verweisen ist und insbesondere gemeint ist, dass wenn beispielsweise ein Ausbaugrad nur im Umfang von 80 vH erreicht wird, lediglich 80 vH des für das jeweilige Jahr zur Verfügung stehenden Betrages zur Anweisung zu bringen sind. Bei mangelnder Mitwirkung bei Planung, Statistik, Berichtswesen und Überprüfung soll der Bund berechtigt sein, die Auszahlung der zukünftigen Zweckzuschüsse zurückzuhalten bis die entsprechenden Bedingungen erfüllt werden.

Abs. 6 regelt unter Verweis auf § 14 Abs. 8, dass nicht widmungsgemäß verwendete Mittel zurückzufordern sind oder die Rückzahlungsverpflichtungen mit allenfalls weiteren auszahlenden Zweckzuschüssen aufzurechnen sind. Das bedeutet, dass der Aufrechnungsbetrag bei der Anweisung der zukünftigen Auszahlung in Abzug zu bringen ist.

Zu § 14:

In § 14 werden die Abrechnungsmodalitäten der von den Ländern geleisteten Aufwendungen gemäß Abs. 1 für die zweckgewidmete Mittelverwendung gemäß § 4 unter Einhaltung der Bedingungen gemäß § 5 geregelt. Die Aufwendungen sollen auch Investitionen umfassen, die im entsprechenden Jahr aufgewendet wurden und die zu einer Erweiterung des Angebotes geführt haben.

Abs. 2 legt fest, dass die Abrechnung für die Übergangsjahre 2022 und 2023 gemeinsam im Jahr 2024 erfolgt und ab dem Jahr 2024 jährlich im Folgejahr für das jeweilige Vorjahr durchgeführt wird. Das bedeutet:

2022	-
2023	-
2024	Abrechnung der Jahre 2022 und 2023
Ab 2025	Abrechnung des Vorjahres

Gemäß Abs. 3 sollen die Länder eine Erklärung der widmungsgemäßen Verwendung für ein Kalenderjahr jährlich bis zum 30. September des jeweiligen Folgejahres abzugeben und Nachweise, gegliedert nach Personalaufwand, Sachaufwand und Investitionen, mangelfrei und damit auch vollständig vorzulegen haben. Das bedeutet:

2022	-
Ab 2023	Erklärung der widmungsgemäßen Verwendung für das Vorjahr

Abs. 4 konkretisiert, welche weiteren Informationen der Abrechnung zugrunde gelegt werden, um die Richtigkeit und Plausibilität der Angaben festzustellen.

Abs. 5 regelt mögliche Ergebnisse der jährlichen Abrechnung und wie in diesen Fällen damit umzugehen ist.

Abs. 6 wurde in Entsprechung zu § 36 Abs. 6 Bundeshaushaltsgesetz 2013 (BHG 2013), BGBl I Nr. 67/2010, aufgenommen. Durch die Zuführung in eine Rücklage wird die Möglichkeit geschaffen, dass freigebliebene Mittel gegebenenfalls – abhängig von den Ergebnissen der jeweiligen Budgetverhandlungen – verwendet werden können.

Abs. 7 verpflichtet das Land zur Sicherstellung, dass es zu keiner Doppelverrechnung mit anderen zur Verfügung stehenden Finanzierungstöpfen (beispielsweise Verrechnung mit Mitteln der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, Ersatz der Aufwendungen (auch) aus anderen Zweckzuschüssen wie dem Pflegefonds) kommt.

Abs. 8 beinhaltet den Vorbehalt des Bundes, die widmungsgemäße Verwendung in Entsprechung des § 12 jederzeit bis zu 7 Jahre nach Durchführung der Abrechnung zu überprüfen und die Auszahlungen bei widmungswidriger Verwendung, bei Nichterfüllung der Bedingungen, bei nicht den Tatsachen entsprechenden Angaben oder im Falle einer Doppelverrechnung zurückzufordern. Neben der Möglichkeit der Rückforderung soll auch die Aufrechnungsmöglichkeit mit zukünftig auszubehaltenden Zweckzuschüssen aus dem Hospiz- und Palliativfonds gemäß § 13 Abs. 5 bestehen, wenn diese Tatbestände während der Laufzeit dieses Gesetzes bekannt werden. Sowohl für die Rückforderung als auch für die Aufrechnung gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen.

Zu § 15:

In § 15 findet sich eine Verordnungsermächtigung zum Zweck der Sicherstellung einer österreichweit einheitlichen Vorgehensweise in den Bereichen des Qualitätsmanagements (Z 1), der Auf- und Ausbaugrade (Z 2), der Tarife (Z 3), der Planungsunterlagen (Z 4), der für die Hospiz- und Palliativdatenbank zu erhebenden und übermittelnden Daten (Z 5) sowie der durchzuführenden Monitorings und Evaluierung (Z 6). Nach Anhörung der Länder kann der Bundesminister/die Bundesministerin für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister/der Bundesministerin für Finanzen detaillierte Bestimmungen für diese Bereiche erlassen, damit entweder die mit den Ländern und Trägern der Sozialversicherung gemeinsam erarbeiteten Ergebnisse verbindlich erklärt oder im Falle von Dissens entsprechende Kriterien in diesen Bereichen festgelegt werden können.

Zu §§ 16, 17 und 18:

In §§ 16, 17 und 18 finden sich Schlussbestimmungen in Hinblick auf die Vollziehung des Gesetzes, Verweisungen und Inkrafttreten.