

## 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 eine unkomplizierte und vor allem 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 Gesetzentwurf der österreichweite, bedarfsgerechte und flächendeckende Aus- und Aufbau sowie die Sicherung des laufenden Betriebes in Bereichen der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgungsangebote, die nicht unter die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung fallen (im Folgenden: LKF-finanziert) unter Erarbeitung und Einhaltung bestimmter Qualitätskriterien und -indikatoren unterstützt werden, wobei der gegenständliche Gesetzentwurf als Folgeverordnung des § 2 Abs. 2a Pflegefondsgesetzes – PFG, BGBl. I Nr. 57/2011, anzusehen ist. 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. Es ist beabsichtigt, die Drittelfinanzierungslösung Bund, Länder und Träger der Sozialversicherung des Pflegefondsgesetzes beizubehalten.

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 und durch Spenden unterstützten System weiterentwickelt werden, das die Einhaltung von Mindeststandards sichert. Die Unterstützung durch Spenden erfolgt dabei nicht nur monetär, sondern auch in Form von unentgeltlicher Arbeitszeit der ehrenamtlichen Tätigkeit.

Durch die vorgeschlagene Neuregelung des § 117 Z 2 ASVG und der Parallelregelungen in den Sondergesetzen soll eine entsprechende Klarstellung dahingehend erfolgen, dass Krankenbehandlung auch im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung stattfindet und folglich vom Schutzbereich der Krankenversicherung umfasst wird.

#### **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, durch das die Kompetenzverteilung nicht berührt wird.

#### **Finanzielle Erläuterungen:**

Die Bundesmittel aus dem Hospiz- und Palliativfonds werden aus Budgetmitteln des Bundes (UG 21) aufgebracht; die Bedeckung kann durch Umschichtungen im Bundeshaushalt gewährleistet werden. Für die Unterstützung der Erfüllung des Zielwerts des Ausbaugrads des Hospiz- und Palliativangebotes sind die Gesamtkosten in allen Bereichen zugrunde zu legen. Diesbezüglich wird von einer Einigung über eine Drittelfinanzierungslösung Bund, Länder und Träger der Sozialversicherung ausgegangen.

Die Zweckzuschüsse werden vom Bund – unter der Prämisse einer Vereinbarung zwischen Bund, dem jeweiligen Land und den Trägern der Sozialversicherung – direkt an die den Zweckzuschuss in Anspruch

nehmenden Länder zur Anweisung gebracht. Die von den Trägern der Sozialversicherung zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel werden direkt von diesen an die den Zweckzuschuss in Anspruch nehmenden Länder zur Anweisung gebracht. Von den Ländern wird mindestens 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<br>(1/3 des<br>Aufwandes) | 21 Mio. EUR | 36 Mio. EUR | 51 Mio. EUR |

Ab dem Jahr 2025 soll der Betrag des Zweckzuschusses jährlich erhöht werden. An die Stelle des Betrages von 2024 (51 Mio. EUR) tritt mit Wirkung vom 1. Jänner 2025 – und in der Folge mit Wirkung vom 1. Jänner jeden Jahres – der mit der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Aufwertungszahl gemäß § 108 Abs. 2 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der jeweils geltenden Fassung, durch Multiplikation vervielfachte und auf voll 10 Cent gerundete Betrag, wobei der Vervielfachung der für das jeweils vorangegangene Jahr ermittelte und gerundete Betrag zugrunde zu legen ist.

#### **Kompetenzgrundlage:**

In kompetenzrechtlicher Hinsicht gründet sich der vorgeschlagene Gesetzentwurf auf §§ 12 und 13 F-VG 1948 (zweckgebundene Bundeszuschüsse), in Bezug auf § 10 des Hospiz- und Palliativfondsgesetzes auf Art. 10 Abs. 1 Z 13 B-VG (sonstige Statistik) und in Bezug auf Artikel 2 bis Artikel 5 auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG (Sozialversicherungswesen).

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 Angelegenheiten der Sozialversicherung einschließlich der Krankenversicherung und der Unfallversicherung kommen dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß Teil 2 Abschnitt M Z 2 der Anlage zu § 2 des Bundesministeriengesetzes 1986, BGBl. Nr. 76/1986 idF BGBl. I Nr. 148/2021, zu.

Die Angelegenheiten der Finanzverfassung kommen dem Bundesministerium für Finanzen gemäß Teil 2 Abschnitt G Z 1 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 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 unabhängig ihrer Grunderkrankung als auch deren An- und Zugehörige 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 Ergänzung – und damit einhergehend die Entlastung – der Grundversorgung im Rahmen des Akutbereiches, des Langzeitpflegebereiches und des Familienbereiches als besonders bedeutsam erachtet werden, wobei diese Bereiche zur Verbesserung der Betreuung ihrer Palliativpatienten und –patientinnen gestärkt werden sollen. Diese Ziele sollen durch Umsetzung eines österreichweiten, bedarfsgerechten und nach einheitlichen Kriterien organisierten Hospiz- und Palliativversorgungsangebotes – eingeschränkt auf die im Gesetz explizit festgelegten Bereiche – erreicht werden.

**Zu § 2:**

§ 2 enthält Definitionen der im Gesetz verwendeten Begriffe.

In Z 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. Die Verwendung der Begrifflichkeiten „Palliativpatient und -patientin“ wird in der Hospiz- und Palliativversorgung unabhängig vom Setting verwendet und ist nicht auf den Akutbereich beschränkt.

In Z 2 wird der Kreis der An- und Zugehörigen definiert. Bei der Definition der Angehörigen wird auf jene in § 123 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der geltenden Fassung, angeführte Personen verwiesen. Bei den Zugehörigen handelt es sich – in Abgrenzung zu den Angehörigen – um dem engen Umfeld der Palliativpatienten und -patientinnen zugehörige Menschen wie die weitere Familie (Lebenspartner oder Lebenspartnerin), weitere Verwandte (in auf- oder absteigender Linie) und durch anderwärtige enge soziale Beziehung Nahestehende (beispielsweise Freunde oder Nachbarn) sowie Vertrauenspersonen.

Das in Z 3 bezeichnete modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgungsangebot umfasst die Grundversorgung und das spezialisierte Versorgungsangebot als Ergänzung dieser. Zum spezialisierten Versorgungsangebot zählen mobile Palliativteams und mobile Kinder-Palliativteams, Palliativkonsiliardienste, (mobile) Hospizteams und Kinder-Hospizteams, Tageshospize, stationäre Hospize und stationäre Kinder-Hospize. Weiters werden davon die im Rahmen des Leistungsorientierten Krankenanstaltensystems (LKF-)finanzierten Angebote umfasst, für die mangels Aufnahme in den Anwendungsbereich des Hospiz- und Palliativfondsgesetzes kein Zweckzuschuss gewährt wird: Palliativbetten für erwachsene Palliativpatienten und -patientinnen in Palliativstationen und pädiatrische Palliativbetten. Diese aufgrund der bereits bestehenden Finanzierung im Rahmen dieses Gesetzes nicht zweckbezugsbasierten Versorgungsangebote werden aus diesem Grunde im Gesetz weder erwähnt noch legaldefiniert; nähere Informationen zu diesen sind dem als „LKF-Handbuch“ bezeichneten Handbuch „LKF-Modell 2021 für den stationären Bereich“ (BMSGPK, 2021 – insbesondere auf den Seiten 24-26) sowie dem „ÖSG 2027 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017“ (Bund, Länder, Sozialversicherung, 2017 inklusive der bis 1. Oktober 2021 beschlossenen Anpassungen – insbesondere auf den Seiten 127-177) zu entnehmen.

Ein Spezifikum aller zehn spezialisierten Versorgungsangebote ist, dass sie – unabhängig der Finanzierung – auch Trauerangebote für Betreuende bzw. An- und Zugehörige umfassen.

Als Grundversorgung im Sinne des Z 4 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 Betreuungs- und Pflegedienste und Therapeuten und Therapeutinnen erbracht wird, verstanden.

Die in den Z 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 in der 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 (teil-)stationären Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen) zu ermöglichen, Krankenhausaufenthalte so weit wie möglich zu reduzieren, bei Übergängen zwischen

Krankenhaus und häuslicher Betreuung oder Betreuung in (teil-)stationären Einrichtungen zu helfen und die Lebensqualität zu erhalten.

Die in Z 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 krankenhausübergreifend tätig sein kann. In der Praxis kommen auch kombinierte Teams zum Einsatz, die aus den beiden spezialisierten Angeboten Palliativkonsiliardienst und mobilen Palliativteam gebildet werden. Kombinierte Teams agieren im und außerhalb des Krankenhauses entsprechend des Tätigkeitsspektrums beider spezialisierter Hospiz- und Palliativangebote.

Die in Z 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 (teil-)stationären Langzeitpflege- und Betreuungseinrichtung, im Kindergarten oder in der Schule dar. Diese Teams – bestehend aus qualifizierten ehrenamtlich und nicht ehrenamtlich tätigen Hospizbegleitern und -begleiterinnen, die von einer nicht ehrenamtlich 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 Z 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. Dieses Versorgungsangebot ist derzeit ausschließlich für Erwachsene in der Broschüre bzw. Expertenkonzept „Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene“ definiert. Der Wortlaut ist bewusst weit gefasst, damit auch die zukünftige Weiterentwicklung des Angebotes für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene darunter subsumierbar sind.

Die in Z 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 und wiederkehrende Betreuung auch 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 Pflegeheim jedoch nicht möglich ist. Die An- und Zugehörigen werden auch über den Tod des oder der Erkrankten hinaus begleitet.

Gemäß Z 13 zielen Qualitätskriterien und -indikatoren darauf ab, österreichweit gleiche Mindestversorgungsstandards der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung zu erreichen. Sie umfassen die zu erfüllenden Merkmale hinsichtlich der Personalausstattung und Qualifikation sowie der technischen und räumlichen Ausstattung der Leistungsangebote.

Der in Z 14 definierte Auf- und Ausbaugrad zeigt den für die Erfüllung des Zielwerts des Auf- und Ausbaus der spezialisierten 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 Z 15 definierte Referenzjahr stellt die Ausgangsbasis zur Überprüfung der Erfüllung des Zielwerts des Ausbaugrads in der spezialisierten, nicht LKF-finanzierten Hospiz- und Palliativversorgung dar.



Das in Z 16 definierte Zieljahr ist das von den Ländern für die Erfüllung des Zielwerts des Ausbaugrads zu erreichende Jahr in der spezialisierten, nicht LKF-finanzierten 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. Ab dem Jahr 2025 soll der Betrag des Zweckzuschusses jährlich erhöht werden. An die Stelle des Betrages von 2024 (51 Mio. EUR) tritt mit Wirkung vom 1. Jänner 2025 – und in der Folge mit Wirkung vom 1. Jänner jedes Jahres – der mit der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Aufwertungszahl gemäß § 108 Abs. 2 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der jeweils geltenden Fassung, durch Multiplikation vervielfachte und auf voll 10 Cent gerundete Betrag, wobei der Vervielfachung der für das jeweils vorangegangene Jahr ermittelte und gerundete Betrag zugrunde zu legen ist. Die Mittel des Hospiz- und Palliativfonds stammen aus Budgetmitteln des Bundes (UG 21); die Bedeckung kann durch Umschichtungen im Bundeshaushalt gewährleistet werden.

Die Festlegung der Höhe 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 einer im Sinne des § 2 Abs. 2a PFG angestrebten Weiterführung der Drittelteilung von Bund, Ländern und Träger der Sozialversicherung, 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<br>(1/3 des Aufwandes) | 21 Mio. EUR | 36 Mio. EUR  | 51 Mio. EUR  |

In Abs. 2 wird als Voraussetzung für die Bereitstellung der Bundesmittel ein auf jeweiliger Landesebene zu erzielendes Einvernehmen mittels zu treffender Vereinbarung im Rahmen der Zielsteuerung auf Landesebene zwischen den Zielsteuerungspartnern – Bund, Land und Träger der Sozialversicherung – festgelegt. Es wird davon ausgegangen, dass die finanziellen Mittel für die von den Ländern nachgewiesenen Aufwendungen durch Bund, Länder und Träger der Sozialversicherung zu gleichen Teilen aufgebracht werden – jedenfalls vom den Zweckzuschuss in Anspruch nehmenden Land mindestens in selber Höhe der Bundesmittel und von den Trägern der Sozialversicherung maximal bis zur selben Höhe der Bundesmittel. Als Orientierungshilfe kann die bisher bestehende Verwaltungsvereinbarung zu § 2 Abs. 2a PFG herangezogen werden. Allfällige bereits bestehende Übereinkommen/Vereinbarungen auf Landesebene über Aufwendungen der Träger der Sozialversicherung im Bereich der Hospiz- und Palliativbetreuung können wie bisher gemäß § 2 Abs. 2a PFG zwischen Land und Sozialversicherung bilateral berücksichtigt werden. Davon ausgenommen sind medizinische Leistungen der Sozialversicherung (zB Kosten der ärztlichen Hilfe, der therapeutischen und medikamentösen Versorgung, für Heilbehelfe und Hilfsmittel sowie Kosten der medizinischen Hauskrankenpflege). Weiters wird die Akzeptanz der Vereinbarungspartner über die vom Bund festgelegten Bedingungen sowie eine Einigung über den Umfang der Mitbestimmungs- und Kontrollrechte im Rahmen der Bedingungen vorausgesetzt.

Abs. 3 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 der §§ 13 Abs. 4 und 14 Abs. 6 übertragbar sein sollen.

Gemäß Abs. 4 erfolgt die Verteilung des Zweckzuschusses auf die Länder nach dem gemäß § 10 Abs. 7 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 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 des spezialisierten Versorgungsangebotes, die nicht im Rahmen des Leistungsorientierten Krankenanstaltensystems (LKF-)finanziert sind, was auch im Teilsatz des Abs. 2 klargestellt wird. Es wird davon ausgegangen, dass LKF-finanzierte Angebote gemäß ÖSG-Vorgaben weiterhin zur Verfügung gestellt werden und keine Verschiebung zu Lasten des Zweckzuschusses erfolgt, es sei denn, diese Verschiebungen basieren auf im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit von den Zielsteuerungspartnern (Bund, Länder, Träger der Sozialversicherung) getroffenen Beschlüssen.

Das in Abs. 1 Z 1 normierte Ziel dient der Unterstützung der Länder bei Finanzierung von qualitätssichernden Maßnahmen und Maßnahmen zur qualitativen Weiterentwicklung.

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 (insbesondere Personalkosten, Fahrtkosten, Supervision, Betriebs- und Investitionskosten) 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 den modular abgestuften Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung gem. Abs. 2 und 3 für die in der Hospiz- und Palliativversorgung nicht ehrenamtlich und ehrenamtlich tätigen Personen, wie beispielsweise für die Qualifikation im Bereich (pädiatrische) Palliative Care, für den Lehrgang zur Befähigung von ehrenamtlichen Hospizbegleiter und –begleiterinnen oder für den Universitätslehrgang Palliative Care und vergleichbare Bildungsangebote auch im Rahmen der Erwachsenenbildung. Es wird davon ausgegangen, dass die finanziellen Mittel auch für Projekte für Aus-, Fort- und Weiterbildung im Rahmen der Grundversorgung, wie beispielsweise Hospiz und Palliative Care in Pflegeheimen (HPCPH), Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause (HPC Mobil) sowie Schulungen für Schmerztherapie und Symptomkontrolle, verwendet werden können, wobei als Orientierungshilfe die bisher bestehende Verwaltungsvereinbarung zu § 2 Abs. 2a PFG herangezogen werden kann. Es ist jedoch darauf zu achten, dass die dafür verwendeten Mittel nicht dem Aus- und Aufbau der Versorgungsangebote entgegenstehen.

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 im Rahmen des VSD Vorsorgedialog® oder vergleichbarer Instrumente, damit das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen beachtet werden kann und sie bei der vorausschauenden Planung der Betreuung für die letzte Lebensphase bestmöglich unterstützt werden können. Diese Maßnahme kann gemäß Abs. 3, auch wenn sie im Rahmen der Grundversorgung erbracht wird, mit den Zweckzuschüssen verrechnet werden. Auch hier ist darauf zu achten, dass die dafür verwendeten Mittel nicht dem Aus- und Aufbau der Versorgungsangebote entgegenstehen.

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. So eine Umwidmung zu Lasten des Angebotes in stationären Alten- und Pflegeheimen als erforderlich angesehen wird, wäre dies im Rahmen der Planung entsprechend darzulegen und bedarf es eines Einvernehmens der Zielsteuerungspartner im Sinne des § 3 Abs. 2.

Abs. 3 legt fest, dass die Zweckzuschüsse für die in Abs. 1 Z 4 und Z 5 angeführten Maßnahmen (Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Vorsorge- und Informationsgespräche) auch im Rahmen der Grundversorgung verwendet und abgerechnet werden können, es sei denn, diese Maßnahmen werden anderweit finanziert, was dem Verbot der Doppelverrechnung gemäß § 14 Abs. 8 widersprechen würde.

In Abs. 4 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. Diese sind ausschließlich im Falle der Inanspruchnahme der Zweckzuschüsse von den Ländern einzuhalten, da die bestehende Kompetenzverteilung durch dieses Bundesgesetz nicht berührt wird.

Voraussetzung für den Erhalt der Zweckzuschüsse ist die Erfüllung der in den §§ 6 bis 12 näher definierten Bedingungen.

Bei diesen wird insbesondere zwischen den inhaltlichen Bedingungen (§§ 6, 7 und 8 betreffend Qualität, quantitativem Auf- und Ausbau sowie Tarife) und den administrativen Bedingungen (§§ 9, 10, 11 und 12 betreffend Planung, Statistik, Berichtswesen inklusive Monitoring und Evaluierung sowie Kontrollmöglichkeiten) unterschieden. Mit diesen wird auch den Empfehlungen des Rechnungshofes Rechnung getragen.

Den folgenden Bestimmungen betreffend die Bedingungen vorausgreifend wird klargestellt, dass die Erarbeitung der in Folge umzusetzenden Bedingungen in Zusammenarbeit und im Einvernehmen mit den Ländern (unter anderem vertreten durch Expertinnen und Experten sowohl aus dem Gesundheitsbereich als auch den Pflegebereich) und den Trägern der Sozialversicherung im Rahmen der nach § 3 Abs. 2 getroffenen Vereinbarung zu erfolgen hat, wobei auch die Expertise der Stakeholder (beispielsweise des Dachverbands Hospiz Österreich, Trägerorganisationen und Sozialpartner) im Hospiz- und Palliativversorgungsbereich eingeholt werden kann. Im Rahmen der Erarbeitung von Qualitätskriterien und der für die Datenbank zu erhebenden und übermittelnden Parameter ist die Vereinigung, die für das gesamte Bundesgebiet als Dachorganisation konstituiert ist und die Mehrzahl der Hospiz- und Palliativorganisationen als Mitglieder hat, zwingend miteinzubeziehen.

Für die hiefür zwischen dem Bund und den Ländern sowie den Trägern der Sozialversicherung erforderliche Herstellung des Einvernehmens im Rahmen der nach § 3 Abs. 2 getroffenen Vereinbarung bietet sich die Nutzung der im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit auf Landesebene eingerichteten Gremien an. Es ist sicherzustellen, dass in den jeweiligen Gremien bezüglich Palliativversorgung fachkundige Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Verhandlungsmandat aus den Landeszielsteuerungs-Gremien entsandt werden.

#### **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 zu verstehen 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 beauftragte Gesundheit Österreich GmbH in Zusammenarbeit und im Einvernehmen gemäß der nach § 3 Abs. 2 getroffenen Vereinbarung mit den Ländern und den Trägern der Sozialversicherung zu erreichende Qualitätskriterien bis Ende des Jahres 2022 für den Bereich des modular abgestuften Versorgungsangebotes gemäß § 4 Abs. 2 erstellen soll, wobei auch die Vereinigung, die für das gesamte Bundesgebiet als Dachorganisation konstituiert ist und die Mehrzahl der Hospiz- und Palliativorganisationen als Mitglieder hat, miteinzubeziehen ist. Zu diesem Zweck kann der Dachorganisation eine gesonderte Förderung zur Verfügung gestellt werden. Die größte Dachorganisation ist derzeit der Dachverband Hospiz Österreich, dessen Expertise somit in die Erarbeitung der Qualitätskriterien einzufließen hat. Als Diskussionsgrundlage für die Erarbeitung können die Unterlagen „Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene“ (BMG 2015), Experten-Konzept „Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene“ (BMG 2013), Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen (BMG 2012) sowie „Empfehlungen des Dachverbandes Hospiz Österreich zur Umsetzung der Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Österreich“ (Hospiz Österreich 2015) herangezogen werden. Auch soll im Rahmen der Zusammenarbeit eine Abstimmung mit den Qualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit erfolgen. Die einvernehmlich festgelegten Qualitätskriterien sind von den Ländern im Jahr 2023 schrittweise umzusetzen, weshalb dieses Jahr als Übergangsjahr betrachtet wird.

Gemäß Abs. 2 sollen die Kriterien und Indikatoren als Mindeststandards insbesondere für bestimmte Bereiche erarbeitet werden. Dazu zählen unter anderem die Zugangskriterien, im Rahmen derer abgegrenzt wird, unter welchen Voraussetzungen es sich um einen Hospiz- und/oder Palliativfall handelt

und nach welchen Kriterien dieser im Rahmen des HosPalFG abgerechnet wird. Weitere Bereiche sind die Personalausstattung und –qualifikation, die Infrastruktur sowie das Leistungsangebot und dessen Größenordnung.

Gemäß Abs. 3 besteht die Verpflichtung zur Einhaltung ab 2024, wobei 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 und im Einvernehmen gemäß der nach § 3 Abs. 2 getroffenen Vereinbarung 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. Referenz- und Zieljahr wurden aufgrund der Stellungnahmen der Länder und Stakeholder mit den Zeithorizonten der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) harmonisiert: Als Referenzjahr wurde 2020, als Zieljahr 2025 festgelegt. Die Erarbeitung soll bis 30. Juni 2023 erfolgen, um den Ländern die Berücksichtigung bei der Planung für 2024, die bis 31. Dezember 2023 zu aktualisieren ist, zu ermöglichen. Bei der Erarbeitung ist ein von den Ländern vor der im Rahmen dieses Bundesgesetzes erreichter Auf- und Ausbaugrad – und damit verbunden Aufwendungen für den laufenden Betrieb im Sinne des § 4 Abs. 1 Z 3 – 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 gemäß § 4 Abs. 2 einzeln festzulegen ist. Bei der Festlegung gilt es jedoch, regionale Gegebenheiten und demografische, topografische sowie geografische Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Im gemeinsamen Einvernehmen soll daher erarbeitet werden, welche modular abgestuften Versorgungsangebote im jeweiligen Land in welchem Umfang benötigt werden und daher auf- und ausgebaut werden sollen, wobei die Gewichtung dem Land obliegt.

Da im Rahmen des HosPalFG lediglich die in § 4 Abs. 2 taxativ aufgezählten Versorgungsangebote und damit nur ein Teil des gesamten spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgungsangebotes zweckbezuschusst wird, ist ein Überblick über das gesamte spezialisierte Versorgungsangebot (inklusive der LKF-finanzierten Angebote) nicht gegeben. Um ein Gesamtbild des Hospiz- und Palliativversorgungsmodells zu erhalten, können die Daten der LKF-finanzierten Angebote aus den jeweiligen Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) herangezogen und mitbetrachtet werden, wobei unterschiedliche Darstellungen in Kauf zu nehmen sind. Die Länder sollen gemäß Abs. 3 ab 2024 zur Einhaltung des für das jeweilige Jahr festgelegten Auf- und Ausbaugrads verpflichtet werden, wobei die Messung der Einhaltung im Zuge der Abrechnung erfolgen soll.

In Abs. 4 findet sich dazu 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 und im Einvernehmen gemäß der nach § 3 Abs. 2 getroffenen Vereinbarung mit den Ländern und den Trägern der Sozialversicherung einheitliche Parameter für die Gestaltung von Tarifen zu erstellen, die durch entsprechende Richtwerte zum Zwecke der größtmöglichen Harmonisierung definiert werden sollen. Es sollen einheitliche Richtwerte als Durchschnittswerte bezogen auf die Parameter für die Länder festgelegt werden. Diese Richtwerte sollen dabei unter Berücksichtigung der regionalen



Besonderheiten sowohl unter- als auch überschritten werden können. Bei der in weiteren Folge durch die Länder festzulegenden Kostenbeiträge sollen – um dem Ziel des Gesetzes gemäß § 1 Abs. 2 Rechnung zu tragen, wonach Palliativpatienten und –patientinnen und deren An- und Zugehörigen ihren besonderen Bedürfnissen angepasste Unterstützungsleistungen erreichbar, zugänglich und leistbar angeboten werden können sollen – ökonomische Gründe in Zusammenhang mit Tarifen keine Zugangshürde darstellen.

Es wird überdies klargestellt, dass es sich bei den Tarifen im Sinne des § 8 ausschließlich um solche handelt, die von den Leistungserbringern in der Hospiz- und Palliativversorgung dem Land in Rechnung gestellt werden; Tarife zwischen den Leistungserbringern und der Krankenversicherung bzw. dem Land und der Krankenversicherung werden von dieser Bestimmung nicht berührt. In Abs. 2 werden Bereiche aufgezählt, die zumindest im Rahmen des Erarbeitungsprozesses der Parameter – die der Vergleichbarkeit und Transparenz der durch die Richtwerte beschriebenen Tarife dienen sollen – zu diskutieren und berücksichtigen sind: Leistungs- und Verrechnungseinheiten unter Berücksichtigung von Personalkosten (die insbesondere die Gliederung nach Berufsgruppen, Gehaltsstufen und Arbeitszeitmodellen sowie Aus- und Weiterbildungskosten beinhalten), Einsatzzeiten inklusive Fahrzeiten, Investitions- und Infrastrukturkosten (insbesondere für Gebäude, Ausstattung und Mobilität) sowie Verwaltungskosten.

Gemäß Abs. 3 soll für die Länder eine Verpflichtung zur Zugrundelegung bei der Tarifgestaltung der im Jahr 2023 erarbeiteten Parameter und der Richtwerte ab dem Jahr 2024 bestehen. Die Richtwerte sollen als harmonisierendes 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 festgelegt werden. Die Planungsunterlagen sollen als „Bedarfs- und Entwicklungspläne in der Hospiz- und Palliativversorgung“ bezeichnet werden und bis 2025 für einen Zeitraum von drei Jahren, ab 2025 für einen Zeitraum von zumindest fünf Jahren erstellt und jährlich aktualisiert werden.

Die Planungsunterlagen sind dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz jährlich im Vorhinein vorzulegen.

Erstmalig sind die einen Zeitraum von drei Jahren umfassenden – noch formlos zu erstellenden – Planungsunterlagen für 2023 bis 2025 bis spätestens 31. Dezember 2022 (Z 1) zu übermitteln und jährlich zu aktualisieren; insbesondere im Jahr 2023 sind in die nunmehr gemäß Abs. 4 einheitlich gestalteten Planungsunterlagen die bis 30. Juni 2023 gemäß Abs. 3 festgelegten Auf- und Ausbaugrade in die aktualisierte Planung per 31. Dezember 2023 aufzunehmen.

Ab dem Jahr 2025 (Z 2) sollen die Unterlagen bis spätestens zum 30. Juni für die jeweiligen fünf Folgejahre vorgelegt und jährlich aktualisiert werden, sohin im Jahr 2025 für die Jahre 2026 bis 2030, im Jahr 2026 für die Jahre 2027 bis 2031 usw.

Gemäß Abs. 2 haben die Planungsunterlagen ab dem Jahr 2025 (Abs. 1 Z 2) zumindest die in Abs. 2 festgelegten, besonders bedeutsamen Inhalte als zahlenmäßige Auflistung und verbale Beschreibung zu enthalten. Optional können in die Planungsunterlagen Angaben zu Palliativstationen und pädiatrischen Palliativbetten einbezogen werden, um mit den Daten der LKF-finanzierten spezialisierten Versorgungsangebote – die auch den jeweiligen Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) zu entnehmen sind – ein umfassendes Gesamtbild zentral darzustellen.

Gemäß Abs. 4 hat die vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz beauftragte Gesundheit Österreich in Zusammenarbeit und im Einvernehmen gemäß der nach § 3 Abs. 2 getroffenen Vereinbarung mit den Ländern und den Trägern der Sozialversicherung eine einheitliche Gestaltung der Planungsunterlage bis Ende 2022 zu erarbeiten, um eine Vergleichbarkeit der ab 2023 zu erstellenden Planungsunterlagen gemäß Abs. 1 Z 2 zu gewährleisten.

Abs. 5 enthält dazu 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 soll eine einheitliche, vergleichbare und transparente Datenlage im Interesse aller Gebietskörperschaften und Stakeholder geschaffen werden. Aus diesem Grund sieht Abs. 1 die Einrichtung und Führung einer Hospiz- und Palliativdatenbank durch die vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zu beauftragende Gesundheit Österreich GmbH vor.

Abs. 2 legt fest, dass die Länder im Jahr 2023 erstmalig Daten zu erheben und jeweils bis zum 30. Juni, erstmalig ab dem Jahr 2024, Daten rückwirkend für das Jahr 2023 unentgeltlich auf elektronischem Weg an die Gesundheit Österreich GmbH zu übermitteln haben.

Abs. 3 legt den Rahmen der zu übermittelnden Parameter, die auch für eine (epidemiologische) Bedarfsplanung von Bedeutung sind, fest. Aufgrund der Stellungnahmen im Begutachtungsverfahren in Hinblick auf die Anregung, dass die Tradition der Datenerhebung des Dachverbandes Hospiz Österreich fortgeführt werden soll, um Vergleiche und Entwicklungen in Zeitreihen weiterhin darstellen zu können, wurden die Parameter ergänzt. Von der Verfügbarkeit der bereits im Rahmen der Statistik des Dachverbandes Hospiz Österreich in der Vergangenheit erhobenen Parameter wird somit ausgegangen. Etwaige Adaptierungen der Parameter je Patienten- bzw. Patientinnengruppe (Erwachsene, Kinder/Jugendliche/junge Erwachsene) bzw. je Versorgungsangebot werden jedoch als erforderlich angesehen und im Rahmen der weiteren Abstimmung oder mangels Herstellung des Einvernehmens mittels Verordnung konkretisiert. Auch die Erweiterung dieser Daten sowie eine etwaige Änderung von Zeitraumdaten („im jeweiligen Kalenderjahr“) – wodurch Mehrfachnennungen in Kauf genommen werden – auf Stichtagsdaten wird nicht ausgeschlossen. Optional können in die Hospiz- und Palliativdatenbank Angaben zu Palliativstationen und pädiatrischen Palliativbetten einbezogen werden bzw. sind die Daten möglichst im Rahmen der Krankenanstalten-Statistik zu erheben, um mit den Daten der LKF-finanzierten spezialisierten Versorgungsangebote – die auch den jeweiligen Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) zu entnehmen sind – ein umfassendes Gesamtbild zentral darzustellen.

Abs. 4 konkretisiert die Berichtspflichten der Gesundheit Österreich GmbH und verpflichtet diese, für den Bund, die Länder und die Träger der Sozialversicherung einen Zugang zur Datenbank unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen einzurichten, damit diese ihre eigenen Daten – welche sie in die Hospiz- und Palliativdatenbank eingemeldet haben – abrufen können.

Abs. 5 legt hinsichtlich der Einrichtung der Datenbank und Festlegung der Zugriffskriterien gemäß Abs. 4 sowie zur Erarbeitung der zu erhebenden und zu übermittelnden Parameter in Entsprechung des Abs. 3 dazu fest, dass die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz in Zusammenarbeit und im Einvernehmen mit den Ländern und den Trägern der Sozialversicherung im Rahmen der nach § 3 Abs. 2 getroffenen Vereinbarung die zu erhebenden und übermittelnden Parameter gemäß Abs. 4 bis 31. Dezember 2022 zu erarbeiten hat und dass einvernehmlich Zugriffsmöglichkeiten für Dritte bzw. die Kriterien für eine allfällige Veröffentlichung unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen festgelegt werden sollen. Dabei ist auch jene Vereinigung, die für das gesamte Bundesgebiet als Dachorganisation konstituiert ist und die Mehrzahl der Hospiz- und Palliativorganisationen als Mitglieder hat, miteinzubeziehen. Zu diesem Zweck kann der Dachorganisation eine gesonderte Förderung zur Verfügung gestellt werden. Die größte Dachorganisation ist derzeit der Dachverband Hospiz Österreich, dessen Expertise somit in die Erarbeitung der zu erhebenden und zu übermittelnden Parameter einzufließen hat. Es wird davon ausgegangen, dass die technische Einrichtung der Datenbank spätestens mit Ende des Jahres 2023 finalisiert werden soll, so dass den Ländern die Einmeldung ihrer Daten ab 01. Jänner 2024 für das Jahr 2023 möglich sein soll.

Abs. 6 enthält dazu eine Verordnungsermächtigung.

#### **Zu § 11:**

§ 11 Abs. 1 normiert Verpflichtungen der Länder über Abweichungen – beispielsweise beim Auf- und Ausbau aufgrund von unvorhergesehenen oder unabänderlichen Rahmenbedingungen – zu den gemäß § 9 vorgelegten Planungsunterlagen im Rahmen der Abrechnung gemäß § 14 durch Erklärung der widmungsgemäßen Verwendung zu berichten und diese verbal – schriftlich dargelegt – zu begründen sowie gemäß Abs. 2 und 3 an der Erstellung von Monitoringberichten, die insbesondere durch Vergleich der übermittelten Planungsunterlagen gemäß § 9 und der eingemeldeten statistischen Daten gemäß § 10 erarbeitet werden sollen, und des Evaluierungsberichtes, der im Folgejahr des Zieljahres, sohin 2026 erstellt werden soll, mitzuwirken.

Gemäß Abs. 3 soll eine Evaluierung der Zweckzuschüsse für die Jahre 2022 bis 2025 durch die Gesundheit Österreich GmbH erfolgen. Da § 7 Abs. 1 als Zieljahr für die Erfüllung des Zielwerts des Ausbaugrads der modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung das Jahr 2025 festlegt, soll diese Evaluierung im Jahr 2026 vorgenommen werden.

Abs. 4 enthält dazu eine Verordnungsermächtigung.

**Zu § 12:**

In § 12 wird die Überprüfungs- und Einsichtnahmefähigkeit des Bundes und der Träger der Sozialversicherung im Rahmen der nach § 3 Abs. 2 getroffenen Vereinbarung definiert, die auch eine Bedingung für den Erhalt der Zweckzuschüsse darstellt.

Abs. 1 normiert den Vorbehalt des Bundes und der Träger der Sozialversicherung im Rahmen der nach § 3 Abs. 2 getroffenen Vereinbarung 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-Evaluierungsgespräche erfolgen und steht nicht in Widerspruch zur Prüfung der Erklärung der widmungsgemäßen Verwendung gemäß § 14 Abs. 4. Durch die gegenständliche Bestimmung wird dem Bund und den Trägern der Sozialversicherung im Rahmen der nach § 3 Abs. 2 getroffenen Vereinbarung das Recht vorbehalten, die im Rahmen der Abrechnung durchgeführte Prüfung der widmungsgemäßen Verwendung einer späteren Kontrolle zu unterziehen. Diese soll bei Bedarf und stichprobenartig erfolgen, um den Aussagegehalt der Erklärungen überprüfen zu können. Im Rahmen der Aufbewahrungspflicht von 7 Jahren wird davon ausgegangen, dass die entsprechenden Unterlagen in diesem Zeitraum auch verfügbar sind.

Abs. 2 sieht die Verpflichtung der Länder vor, den Bund und die Träger der Sozialversicherung im Rahmen der nach § 3 Abs. 2 getroffenen Vereinbarung bei der Ausübung des 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 jedenfalls 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 gemäß § 4 Abs. 1 im Zusammenhang mit den in § 4 Abs. 2 taxativ aufgezählten Versorgungsangeboten – mobile Palliativteams und mobile Kinder-Palliativteams, Palliativkonsiliardienste, (mobile) Hospizteams und Kinder-Hospizteams, Tageshospize sowie stationäre Hospize und stationäre Kinder-Hospize – mit Ausnahme zweier Maßnahmen gemäß § 4 Abs. 3, die auch im Rahmen der Grundversorgung, 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.

Abs. 2 konkretisiert, in welchen Jahren welche Bedingungen im Sinne des § 5 einzuhalten sind und beinhaltet Erleichterungen in den Übergangsjahren 2022 und 2023. Überdies wird festgelegt, dass der Zweckzuschuss ab dem Jahr 2022 entsprechend der in § 4 festgelegten Widmung verwendet werden kann – sohin neben der im Rahmen der Bedingungen zuerst zu erarbeitender Qualitätskriterien und Aus- und Aufbaugrade auch für den laufenden Betrieb, die Finanzierung von Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie die Durchführung von Vorsorge- und Informationsgesprächen.

Abs. 3 legt fest, dass die Auszahlung der Zweckzuschüsse durch den Bundesminister bzw. die Bundesministerin für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister bzw. 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 mit Belegen nachgewiesenen und vom Bund im Rahmen der Abrechnung geprüften und dabei anerkannten Aufwendungen für das jeweilige Vorjahr in der dabei anerkannten Höhe 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 | Abrechnung für 2022 und 2023 gemäß § 14   |
| 2025    | Auszahlung 50% der dotierten Mittel | Abrechnung für 2024 gemäß § 14 und Auszahlung des Restbetrages aus 2024 in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis maximal 50% der dotierten Mittel für 2024  |
| Ab 2026 | Auszahlung 50% der dotierten Mittel | Abrechnung für das jeweilige Vorjahr (hier: 2025) gemäß § 14 und Auszahlung des Restbetrages des jeweiligen Vorjahres (hier: 2025) in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis maximal 50% der dotierten Mittel für das Vorjahr (hier: 2025) |

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, freigebliebene 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 – darunter ist auch die Nichteinhaltung der Bedingungen zu verstehen – 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 Jahres 2024 sowie in Folge des jeweiligen 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, Investitionen und Verwaltungsaufwand, mangelfrei und damit auch vollständig vorzulegen haben. Das bedeutet:

|         |  |
|---------|--|
| 2022    | -  |
| Ab 2023 | Erklärung der widmungsgemäßen Verwendung für das jeweilige 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 enthält zu Abs. 3 und Abs. 5 eine Verordnungsermächtigung.

Abs. 7 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. 8 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. Da das HosPalFG der Bestimmung im Pflegefondsgesetz – PFG, BGBl. I Nr. 57/2001, nachfolgt, kann es im Verhältnis mit der zum Zwecke der Abrechnung in Geltung bleibenden § 2 Abs. 2a Pflegefondsgesetz zu keiner Doppelverrechnungsproblematik kommen.

Abs. 9 beinhaltet die Verpflichtung 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.

Abs. 10 legt die Abgeltung der Tätigkeit der Gesundheit Österreich GmbH fest, die aus Mitteln des Hospiz- und Palliativfonds zu ersetzen ist und wodurch sich die Höhe des Zweckzuschusses nach § 3 Abs. 1 verringert. Für die Jahre 2022 bis 2025 werden dafür insgesamt Aufwendungen in der Höhe von 970.000 EUR veranschlagt, wobei rund 120.000 EUR für die Arbeiten zum Qualitätsmanagement (§ 6), rund 70.000 EUR für die Arbeiten zu den Auf- und Ausbaugraden (§ 7), rund 75.000 EUR für die Entwicklung der Tarife (§ 8), rund 30.000 EUR für die Arbeiten zur bundesweit einheitlichen Planungsgrundlage (§ 9), rund 135.000 EUR für die Erstellung und rund 180.000 EUR für den Betrieb der Datenbank (§ 10) sowie rund je 180.000 EUR für jährliches Monitoring und Evaluierung der Zweckzuschüsse erwartet werden.

#### **Zu § 15:**

In § 15 findet sich eine Verordnungsermächtigung zum Zwecke der Festlegung der im Bundesgesetz vorgesehenen Bedingungen, um eine österreichweit einheitliche 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), des durchzuführenden Berichtswesens und der durchzuführenden Monitorings und Evaluierung (Z 6) sowie der Wertung der Abrechnungsergebnisse (Z 7) sicherzustellen.

Der Bundesminister bzw. die Bundesministerin für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister bzw. der Bundesministerin für Finanzen von dieser Ermächtigung Gebrauch machen und nähere Bestimmungen für diese Bereiche erlassen, damit entweder die mit den Ländern und Trägern der Sozialversicherung im Rahmen der nach § 3 Abs. 2 getroffenen Vereinbarung gemeinsam erarbeiteten Ergebnisse verbindlich erklärt oder im Falle von Dissens entsprechende Kriterien in diesen Bereichen festgelegt werden können. In diesem Zusammenhang wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Willensbildung des Bundesministers bzw. der Bundesministerin für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und des Bundesministers bzw. der Bundesministerin für Finanzen und demnach die Ermächtigung zur Erlassung von Verordnungen nicht an das Einvernehmen mit den Ländern und den Trägern der Sozialversicherung gebunden ist.

#### **Zu §§ 16, 17 und 18:**

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

#### **Zu den Art. 2 bis 5 (§ 117 Z 2 ASVG, § 90 Abs. 1 lit. a GSVG, § 75 Z 2 BSVG sowie § 52 Z 2 B-KUVG):**

Gemäß § 117 Z 2 ASVG und den entsprechenden Parallelregelungen in den Sondergesetzen werden als Leistungen der Krankenversicherung aus dem Versicherungsfall der Krankheit Krankenbehandlung (§§ 133 bis 137 ASVG) sowie erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege (§ 151 ASVG) oder Anstaltspflege (§§ 144 bis 150 ASVG) gewährt. Unter Krankheit ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht, zu verstehen.

Die Krankenbehandlung muss gemäß § 133 Abs. 2 ASVG ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Nach der Judikatur des Obersten Gerichtshofes ist eine notwendige Krankenbehandlung auch dann anzunehmen, wenn die

Behandlung geeignet erscheint, eine Verschlechterung des Zustandsbildes hintanzuhalten oder auch nur zur Schmerzlinderung beizutragen.

Notwendige Krankenbehandlungen sind ohne Einschränkungen auf bestimmte medizinische Gebiete – somit auch für den Bereich der Palliativversorgung – als Leistungen der Krankenversicherung vorgesehen, sowohl im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer Krankenanstalt als auch im Rahmen einer ärztlichen Hilfe im niedergelassenen Bereich. Das gilt auch zB für die Versorgung mit Medikamenten, Schmerztherapie oder psychotherapeutische Hilfe.

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt aber auch in Fällen der Unterbringung in einem Hospiz die Kosten der Krankenbehandlung (mit dem durch die oberstgerichtliche Judikatur entwickelten, oben dargestellten Begriffsinhalt) für Versicherte und deren anspruchsberechtigte Angehörige.

Durch die vorgeschlagene Neuregelung des § 117 Z 2 ASVG und der Parallelregelungen in den Sondergesetzen soll eine entsprechende Klarstellung dahingehend erfolgen, dass Krankenbehandlung auch im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung stattfindet und folglich vom Schutzbereich der Krankenversicherung umfasst wird.

