Diplomarbeit

Palliativmedizinische Versorgungs- und Organisationsstrukturen
-
ein Vergleich zwischen Österreich und Frankreich

an der
Medizinischen Universität Graz

Name:	Ulfrid Amberger
Matrikelnummer:	0211232
zur Erlangung des akademischen Grades:	Doktor der gesamten Heilkunde (Dr. med. univ.)
Kliniken:	Allgemeine Anästhesiologie und Intensivmedizin Unité de soins palliatifs - Centre hospitalier universitaire de Lyon Sud
unter der Anleitung von:	Ao. Univ. Prof. Dr. Andreas Sandner-Kiesling Dr. Imke Strohscheer, MSc Dr. Marilène Filbet

Graz, im November 2009

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, im November 2009

Vorwort

Der Vergleich von palliativmedizinischen Systemen zweier oder mehrerer Staaten hat in den letzten Jahren vermehrt Einzug in wissenschaftliche Arbeiten gehalten, mit dem Ziel, den Ausbau und die Organisation palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen zu verbessern. Es erschien mir im Zusammenhang damit sinnvoll, den Vorschlag von Fr. Dr. Imke Strohscheer anzunehmen, meinen Studienaufenthalt in Lyon/Frankreich während meines sechsten Studienjahres mit der Verfassung einer Diplomarbeit zu kombinieren, welche die palliativmedizinischen Systeme von Österreich und Frankreich vergleicht. Im Rahmen eines sechswöchigen Praktikums auf der Unité de soins palliatifs des Centre hospitalier universitaire de Lyon Sud hatte ich die Möglichkeit, durch Vorortrecherche und Observation mein schon zuvor durch Literatur- und Internetrecherche erarbeitetes Wissen zu vertiefen, zu präzisieren und zu korrigieren.

Die Idee, eine Arbeit zu verfassen, die sich mit dem Gesundheitssystem, in dem ich als Arzt tätig sein werde, und einem Teilbereich daraus, dem palliativmedizinischen System, genau auseinandersetzt, erschien mir interessant und sympathisch, da es meines Erachtens Sinn macht, zu wissen, wer gesundheitspolitische Entscheidungen trifft, wie diese umgesetzt werden, wer welche Strukturen finanziert bzw. organisiert und welche Probleme und Hindernisse sich von unterschiedlichsten Seiten stellen. Überdies war es aufschlussreich zu erfahren, wie ähnlich Gesundheitssysteme / palliativmedizinische Systeme in zwei politisch unterschiedlich regierten Ländern von Weitem aussehen können, wie sich bei näherer Betrachtung doch starke Differenzen bemerken lassen, und wie daraus resultierend klar wird, dass stets mehrere Möglichkeiten zur Erarbeitung eines gleichen Ziels, dem Aufbau und der Erhaltung eines funktionierenden Gesundheitswesens, existieren.

Die Wendung der männlichen Form, wie sie in dieser Arbeit verwendet wird, erleichtert die Lesbarkeit, bezieht aber sinngemäß auch immer die weibliche Form mit ein.

Danksagungen

Ich bedanke mich herzlich bei Fr. Dr. Imke Strohscheer für ihre kompetente und engagierte Betreuung und Beratung, auf die ich mich trotz privater und beruflicher Veränderungen während des Erstellens dieser Diplomarbeit stets verlassen konnte.

Ebenso dankbar bin ich Hr. Prof. Dr. Andreas Sandner-Kiesling für seine entgegenkommende Unterstützung beim Abschluss dieser Arbeit.

Mein Dank gilt auch Dr. Marilène Filbet und ihrem Team, die mich herzlich an der Unité de soins palliatifs des CHLS aufgenommen haben und mir durch Gespräche und Hilfestellung hinsichtlich französischsprachiger Literatursuche zur Seite standen.
Je remercie bien Dr. Marilène Filbet et son équipe qui m'acceuillaient cordialement à l'Unité de soins palliatifs du CHLS et qui m'assistaient en discutant et à la recherche de literature française.

Überdies möchte ich meinen Dank meiner Familie und meinen Freunden aussprechen, welche mich während des Verfassens dieser Arbeit in jeglicher Beziehung gefördert und unterstützt haben. Hierbei gilt mein Dank besonders meiner Mutter Gudrun für Korrekturarbeiten, meinem Vater Walter für die Unterstützung bei der Koordination beim Abschluss dieser Arbeit, meiner Tante Helga und meinem Onkel Thomas für Übersetzungshilfe ins Englische.

Zusammenfassung

In dieser Diplomarbeit werden die palliativmedizinischen Versorgungs- und Organisationsstrukturen, sowie die Systeme in welche sie eingebettet sind, von Österreich und Frankreich beschrieben und verglichen. Durch Betrachtung der Stärken beider Länder soll die Möglichkeit eines Lerneffekts erwogen und so die Fehlerquellen im Auf- und Ausbau eines palliativmedizinischen Netzwerks verringert werden.

Methoden:

Anfangs mussten epidemiologische Daten bezogen auf die Länder, deren Gesundheitssysteme, die darin enthaltenen palliativmedizinischen Versorgungseinrichtung und deren Organisationsstrukturen mittels Literaturrecherche und Observation erhoben werden. Diese Daten wurden mittels CATWOE - einer Methode aus der Versorgungsforschung - analysiert und anschließend verglichen.

Theoretischer Teil:

Zur Analyse von Systemen müssen die jeweiligen Umfelder, in denen sie funktionieren, betrachtet werden. Daher beginnt der theoretische Teil mit einem groben Umriss von Länderdaten, gefolgt von einer genaueren Beschreibung der Gesundheitssysteme und endet mit der detaillierten Darstellung der palliativmedizinischen Systeme beider Länder.

Diskussion:

Zu Beginn dieses Kapitels erfolgt eine Reflexion hinsichtlich der Sinnhaftigkeit eines Ländervergleichs und der dazu in dieser Arbeit verwendeten Methoden. Dann werden die Unterschiede auf den verschiedenen Ebenen zwischen Österreich und Frankreich, welche das palliativmedizinische System beeinflussen, besprochen und dahingehend untersucht, ob ein Lernprozess stattfinden könnte bzw. ob die Existenz von jeweiligen Strukturen einen Veränderungsvorschlag im anderen Land darstellen könnten und wo Schwierigkeiten bestehen könnten. Hierbei handelt es sich stets um Überlegungen, ohne evidenzbasierte Datenlage:

- Eine bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung ist in gebirgigen und dünn besiedelten Regionen Österreichs schwerer zu erzielen.
- Die österreichischen Wertehaltungen hinsichtlich Religiosität, Euthanasie und ehrenamtlicher Mitarbeit unterscheiden sich von der französischen.
- Hinsichtlich Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und des palliativmedizinischen Systems finden Vor- und Nachteile auf Grund der unterschiedlichen Regierungsformen der Länder: Zentralismus in Frankreich bzw. Föderalismus in Österreich.
- Die ambulante Krankenversorgung spielt in Frankreich eine größere Rolle als in Österreich.
- In Österreich liegen mit dem Bericht „abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung" des ÖBIGs konkrete Strukturqualitätskriterien vor, jedoch keine Umsetzungsstrategien. In Frankreich existieren nur Empfehlungen.
- Einzelne Versorgungsstrukturen, wie die Hospitalisation à domicile - HAD und die lits identifiés de soins palliatifs - LISPs existieren nur in Frankreich, Hospize und Tageshospize lediglich in Österreich.

Konklusionen:

Dieses Kapitel stellt eine kurze Zusammenfassung der Stärken beider Länder auf den unterschiedlichen besprochenen Ebenen dar, von denen einige unter Berücksichtigung mehrerer Einflussfaktoren eventuell als Anstoß für einen Lernprozess dienen könnten:

Stärken Österreichs:	Stärken Frankreichs:
	Geographische Situation
Expandierendes und gut aufgestelltes System von Ehrenamtlichen	Hohe Bereitschaft zu ehrenamtlicher Arbeit
Bedarfsgerechtere regionale Flächendeckung durch Dezentralisierung der Bedarfsplanung	Einheitlichere Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems und v.a. des palliativmedizinischen Systems
Höhere Zahl an Betten auf Palliativstationen	Höhere Zahl an Palliativbetten insgesamt (LISPs) – fragliche Qualitätssicherung
Genauere Strukturqualitätskriterien im palliativmedizinischen Bereich	
Existenz von Hospizen und Tageshospizen	Existenz einer gut etablierten Heimkrankenpflege (Hospitalisation à domicile – HAD)

Abstract

This diploma thesis describes and compares the supply and organizational structures of palliative care, as well as the systems they are part of, in Austria and France. By examining and comparing the strengths of both countries, the possibility of a learning-effect should be taken into consideration in order to reduce the sources of errors in the construction and the expansion of the palliative medical network.

Methods:

The first step was to collect epidemiological data concerning the countries‘ characteristics, their health care systems and their palliative care systems had to be collected via literature research and observation. This data has been analyzed using CATWOE, a method of Health Services Research, and compared afterwards.

Theoretical part:

In order to analyze systems it is important to consider the environment they are set in. For this reason the theoretical part starts with a brief outline of countries‘ characteristics. The second part includes a more detailed description of the health care systems and an exact characterization of the palliative care systems of both countries.

Discussion:

Initially the importance of an international comparison and the therefore used methods are presented. Then the differences on the different layers between Austria and France, which influence the palliative care system, are discussed and scrutinized. With regard to a possible learning effect the existence of particular structures could present a proposal of transformation and reciprocal exchange of both countries. These are suggestions without evidence based data:

- An ubiquitous supply, which meets the demands of the population, is harder to provide in the mountainous and sparsely populated areas of Austria.
- The Austrian moral standards regarding religiousness, euthanasia and voluntary work are different from the French ones.

- Concerning the organisation and financing of the health care system and the palliative care system you can find advantages and disadvantages due to the different types of governments: centralism in France and federalism in Austria
- Outpatient care plays a major role in France.
- In the report of the ÖBIG „abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung“ precise quality criteria for Austria but no possible implementation strategies are mentioned. In France you can only find recommendations.
- Certain structures, like the Hospitalisation à domicile - HAD and the lits identifiés de soins palliatifs – LISPs only exist in France, hospices and day care hospices only in Austria. The higher number of palliative-beds in France should be regarded critically due to arguable quality management.

Conclusions:

This chapter presents a brief summary of the strengths of both countries on the different levels. Most of them could serve as a trigger for a learning process:

Strengths of Austria:	Strengths of France:
	Geographical situation
Expanding and efficient system of volunteers	High willingness for volunteering
More adequate regional comprehensive blanket because of decentralisation of demand planning	More standardised organisation and financing of the health care system and mainly the palliative care system
Higher number of beds in palliative care units	Higher total number of palliative-beds - if quality can be guaranteed
Precise quality criteria for the palliative care system	
Existence of hospices and day-care-hospices	Existence of an efficient home care service (Hospitalisation à domicile – HAD)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort ii
Danksagungen iii
Zusammenfassung iv
Abstract vi
Inhaltsverzeichnis viii
Glossar und Abkürzungen xi
Abbildungsverzeichnis xii
Tabellenverzeichnis xiii
1 Einleitung 1
2 Methoden 2
2.1 Epidemiologische Datenerfassung und Aufbau der Arbeit: 2
2.2 Observationsstudie: 2
2.3 Auswertung der Daten mittels CATWOE: 3
3 Theoretischer Teil - Österreich: 4
3.1 Länderbeschreibung Österreich: 4
3.1.1 Einige Fakten im Überblick: 4
3.1.2 Politik: 4
3.1.3 Religion und Kultur – einige Eckdaten: 5
3.1.4 Demographie: 5
3.1.5 Wirtschaft: 6
3.2 Gesundheitssystem Österreich: 8
3.2.1 Customer: 8
3.2.2 Actor: 8
3.2.3 Transformation: 9
3.2.4 Weltanschauung: 10
3.2.5 Owners: 11
3.2.5.1 Trägerschaften von Krankenanstalten: 11
3.2.5.2 Körperschaften auf politischer Ebene: 12
3.2.6 Environmental constraints: 14
3.2.6.1 Finanzierung: 14
3.2.6.2 Pläne im Gesundheitssystem: 16
3.2.6.3 Gesundheitsreformen: 16
3.3 Beschreibung des Palliativsystems in Österreich: 17
3.3.1 Geschichtlicher Rückblick: 17
3.3.2 Customer: 18
3.3.3 Actor: 19
3.3.4 Transformation: 20
3.3.4.1 Palliativstationen: 20
3.3.4.2 Stationäres Hospiz: 21
3.3.4.3 Tageshospiz: 22
3.3.4.4 Palliativ-Konsiliardienst: 22
3.3.4.5 Mobiles Palliativteam: 23
3.3.4.6 Hospizteam: 24
3.3.5 Weltanschauung: 25
3.3.6 Owners: 26
3.3.6.1 Regierung: 26
3.3.6.2 Träger der einzelnen Versorgungseinrichtungen: 26
3.3.6.3 Versicherungsträger: 27
3.3.6.4 Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH: 27

3.3.6.5 OPG: 27
3.3.7 Environmental Constraints: 28
3.3.7.1 Länderspezifische Einflussfaktoren: 28
3.3.7.2 Finanzierung: 28
3.3.7.3 Umsetzung des ÖBIG - Konzepts: 29
3.3.7.4 Erwartete/geplante Entwicklungen: 29
4 Theoretischer Teil - Frankreich 31
4.1 Länderbeschreibung Frankreich: 31
4.1.1 Einige Fakten im Überblick: 31
4.1.2 Politik: 31
4.1.3 Demographie: 32
4.1.4 Religion und Kultur – einige Eckdaten: 33
4.1.5 Wirtschaft: 34
4.2 Gesundheitssystem Frankreich: 35
4.2.1 Customer: 35
4.2.2 Actors: 35
4.2.3 Transformation: 36
4.2.4 Weltanschauung: 37
4.2.5 Owners: 38
4.2.5.1 Trägerschaften der Krankenanstalten: 38
4.2.5.2 Körperschaften auf politischer Ebene: 39
4.2.6 Environmental constraints: 41
4.2.6.1 Finanzierung: 41
4.2.6.2 Gesundheitsreformen: 43
4.3 Beschreibung des palliativmedizinischen Systems in Frankreich: 44
4.3.1 Geschichtlicher Rückblick: 44
4.3.2 Customer: 46
4.3.3 Actor: 46
4.3.4 Transformation: 47
4.3.4.1 Unité de soins palliatives – USP: 47
4.3.4.2 Lits identifiés de soins palliatifs - LISP: 49
4.3.4.3 Equipe mobile de soins palliatifs - EMSP: 49
4.3.4.4 Réseaux de soins palliatifs: 50
4.3.4.5 Hospitalisation à domicile - HAD: 51
4.3.4.6 Ehrenamtliche: 52
4.3.5 Weltanschauung: 52
4.3.6 Owners: 53
4.3.6.1 Regierung und Gesundheitsministerium: 53
4.3.6.2 Versicherungsträger: 53
4.3.6.3 Träger der einzelnen Versorgungseinrichtungen: 54
4.3.6.4 SFAP: 54
4.3.6.5 UNASP und JAMALV: 55
4.3.7 Environmental constraints: 55
4.3.7.1 Länderspezifische Einflussfaktoren: 55
4.3.7.2 Finanzierung: 55
4.3.7.3 Gesetzliche Grundlagen: 56
4.3.7.4 Pläne der Regierung seit 1999: 56
4.3.7.5 Erwartete/geplante Entwicklungen: 58
5 Diskussion: 59
5.1 Einleitung: 59
5.2 Methoden: 59

5.2.1 Sinnhaftigkeit eines Ländervergleichs: 59
5.2.2 Epidemiologische Datenerfassung: 60
5.2.3 CATWOE: 60
5.3 Länderspezifische Einflussfaktoren: 61
5.3.1 Geographie: 61
5.3.2 Wertehaltungen der Bevölkerung: 61
5.3.2.1 Religiosität: 61
5.3.2.2 Euthanasie: 61
5.3.2.3 Bereitschaft zu ehrenamtlicher Tätigkeit: 62
5.4 Einflussfaktoren auf Ebene des Gesundheitssystems: 62
5.4.1 Zentralismus – Föderalismus: 62
5.4.2 Ambulante – stationäre Versorgung: 65
5.5 Einflussfaktoren auf Ebene des palliativmedizinischen Systems: 65
5.5.1 Stand der Umsetzung vorhandener Konzepte: 65
5.5.2 Versorgungseinrichtungen im palliativmedizinischen Bereich: 66
5.5.2.1 Anzahl der verfügbaren Palliativbetten: 66
5.5.2.2 Hospize: 67
5.5.2.3 Tageshospize: 68
5.5.2.4 Mobile palliativmedizinische Dienste und Konsiliardienste: 69
5.5.2.5 HAD – Hospitalisation à domicile: 69
5.5.2.6 Ehrenamtliche: 70
6 Konklusionen: 71
7 Literaturverzeichnis: 73

Glossar und Abkürzungen

ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Frauen und Jugend
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction d'hospitalisation et de l'organisation de soins
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DDASS	Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales
DRASS	Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales
EBM	Evidence Based Medicine
EMSP	Equipe mobile de soins palliatifs
ETC	Equivalent temps complèt
GÖG	Gesundheit Österreich Gesellschaft mbH
HAD	Hospitalisation à domicile
JAMALV	Jusqu'à la mort accompanger la vie
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LISP	Lits identifiés de soins palliatifs
ONDAM	Objectifs nationaux des dépenses d'Assurance maladie
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalten - und Großgeräteplan
ÖPG	Österreichische Palliativgesellschaft
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PCU	Palliative Care Unit
RSP	Reseau de soins palliatifs
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A	Tarification à l'acitvité
UNASP	Union nationale des associations pour le développement des soins palliatifs
USP	Unité de soins palliatifs
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WVS	World Value Study

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alterspyramide Österreich 2008 6
Abbildung 2: Alterspyramide Österreich 2050 6
Abbildung 3: Alterspyramide Frankreich 2008 33
Abbildung 4: Alterspyramide Frankreich 2050 33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: CATWOE 3
Tabelle 2: Prozent- und Mandatsverteilung der momentan im Nationalrat vertretenen Parteien 5
Tabelle 3: Anzahl der Krankenanstalten in Österreich – Statistik Austria 2007 9
Tabelle 4: Anzahl der Ärzte in Österreich - Statistik Austria 2007 9
Tabelle 5: Rechtsträger österreichischer Krankenanstalten: Stand Dezember 2007 – STATISTIK AUSTRIA 12
Tabelle 6: Öffentliche und private Ausgaben im Gesundheitssystem 2007 - STATISTIK AUSTRIA 15
Tabelle 7: Hospiz und Palliativbetreuung - HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG 2004 19
Tabelle 8: Bedarfsrichtwerte für Versorgungsangebote der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung bis zum Jahr 2010 30
Tabelle 9: Mandatsverteilung der 2009 in der Nationalversammlung vertretenen Parteien 32
Tabelle 10: Établissements de santé ayant des capacités d'hospitalisation 2007 – INSEE – Institut national de la statistique et des études économiques 36
Tabelle 11: Effectifs des professions de santé 2007 – INSEE – Institut national de la statistique et des études économiques 36
Tabelle 12:Anzahl der Krankenanstalten 2006 nach ihrem jeweiligen Rechtsstatus 38
Tabelle 13: Consommation de soins et de biens médicaux - DREES, Comptes de la santé 42
Tabelle 14: Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen in Frankreich 47
Tabelle 15: Entwicklung der Anzahl an palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen seit 1999 - Bilans de la DHOS (69) 56
Tabelle 16: 2002 fixierte Ziele und die erzielten Ergebnisse 2007 – Bilans de la DHOS (69) 57

1 Einleitung

„Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen, sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art." (Übersetzung der WHO-Definition für Palliativmedizin von 2002 der „Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin – DGP" im Juli 2008)

Die „European Association for Palliative Care – EAPC" unterteilt Palliative Care – PC – in eine *palliativmedizinische Grundhaltung*, die von allen im Gesundheitswesen Tätigen beherzigt werden sollte, eine *allgemeine PC*, welche basale palliativmedizinische Therapieschemata für alle Ärzte beinhaltet (Schmerztherapie, Atemnot), die *spezielle PC*, die von palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen angeboten wird, und die *Centers of excellence*, in denen darüber hinaus noch Ausbildung und Forschung einen Schwerpunkt darstellen. (pers. Mittteilung I. Strohscheer)

Die Palliativmedizin hat in Österreich noch mit vielen Schwierigkeiten bezüglich der Stellung im Gesundheitssystem, ihrer Akzeptanz in professionellen Kreisen, dem Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung, der Finanzierung und der regionalen und nationalen Organisation zu kämpfen. Eine flächendeckende, palliativmedizinische Versorgung wird aber auf Grund des Alterns der Gesellschaft und dem damit verbundenen vermehrten Auftreten von malignen und anderen fortschreitenden Erkrankungen in Zukunft eine wichtige Rolle spielen. Da an dem Auf- bzw. Ausbau palliativmedizinischer Einrichtungen nicht nur in Österreich, sondern auch in den meisten anderen Ländern der EU gearbeitet wird, erscheint es aus versorgungsmedizinischer Sicht sinnvoll deren Leistungen in diesem Bereich zu vergleichen, um die Erarbeitung eines funktionierenden Systems im Sinne von gegenseitigem Lernen zu verbessern bzw. zu beschleunigen.

Ich vergleiche das österreichische mit dem französischen System der Palliativmedizin und analysiere, in welchen Teilbereichen sich das System Österreichs vom französischen unterscheidet und wo Lernprozesse stattfinden könnten. Dies erfolgte im Rahmen einer von der Medizinischen Universität Graz betreuten Diplomarbeit in Kooperation mit der Unité de soins palliatifs des Centre hospitalier universitaire - Lyon Sud.

2 Methoden

In diesem folgenden Abschnitt wird der Aufbau der Arbeit erläutert, die Wahl der wissenschaftlichen Methoden dargelegt und diese werden dann beschrieben:

2.1 Epidemiologische Datenerfassung und Aufbau der Arbeit:

Der theoretische Teil dieser Diplomarbeit besteht in der Beschreibung der erfassten Daten des Landes, des Gesundheitssystems und des palliativmedizinischen Versorgungssystems von Frankreich und Österreich. Da ein spezielles Versorgungssystem nicht für sich alleine besteht, sondern einen Teil des Gesundheitssystems und damit zum Teil auch eine Angelegenheit des staatlichen Gesundheitssystems darstellt, besteht die Notwendigkeit diese Ebenen in Anbetracht der vorhandenen Einflüsse auch kurz zu beschreiben.

Die Daten wurden durch Recherche in Fachliteratur, welche sich mit Versorgungsforschung hinsichtlich Palliativmedizin befasst, Internetrecherche und Observation im palliativmedizinischen Bereich erarbeitet. Die Teilbereiche, welche sich mit den Gesundheitssystemen und den palliativmedizinischen Systemen beider Länder beschäftigen und den Hauptfokus des theoretischen Abschnitts der Arbeit darstellen, wurden mittels der CATWOE - Methode strukturiert.

In der Diskussion wurden dann selbstständig Faktoren der unterschiedlichen Ebenen erarbeitet, welche das Palliativsystem beeinflussen, die Stärken und Schwächen beider Länder aufgezeigt und Konklusionen gezogen, welche Versorgungs- und Organisationsstrukturen unter Berücksichtigung des jeweiligen Umfelds theoretisch übernommen werden könnten.

2.2 Observationsstudie:

Da Teile dieser Diplomarbeit im Rahmen eines sechswöchigen Studienaufenthalts an der Unité de soins palliatifs des Centre Hospitalier - Universitaire de Lyon Sud verfasst wurden, bestand die Möglichkeit vor Ort einen tieferen Einblick in die Versorgung, die Organisation und die Umsetzung der Palliativmedizin in Frankreich zu gewinnen. Diese im praktischen Alltag erfahrenen Fakten haben den durch Recherche erarbeiteten Teil der Arbeit ergänzt.

2.3 Auswertung der Daten mittels CATWOE:

CATWOE ist eine anerkannte Methode der qualitativen Forschung, deren Anwendung auch zu Erfassung von Versorgungsdaten im Gesundheitssystem sinnvoll erscheint. Sie wurde 1990 von Peter Checkland und Jim Scholes veröffentlicht und stellt eine übersichtliche Möglichkeit dar, ein komplexes System strukturiert zu beschreiben (1). Die Customer, Actor, Transformation, Weltanschauung, Owners, Environmental Constraints – Methode (CATWOE) erschien daher in dieser Arbeit zur Beschreibung des Palliativsystem und des Gesundheitssystems in Österreich und Frankreich als angemessen.

Customer	Die Zielgruppe innerhalb eines Systems. Personen, welche entweder Nutzen oder Schaden aus dem System ziehen.
Actor	Die Personengruppe, welche in diesem System die Tätigkeiten ausführt, welche für die Transformation notwendig sind.
Transformation	Beschreibung der Umsetzung von Input in Output.
Weltanschauung	Welches Weltbild liegt der Transformation zu Grunde. Beschreibt die Werte, die eine Transformation sinnhaft machen.
Owners	Die Personengruppe, welche über die Ablehnung oder Ausführung der Transformation bestimmen kann, in der Regel die finanziell Verantwortlichen.
Environmental Constraints	Die Grenzen und Einflüsse, die auf die Transformation einwirken, diese beschleunigen oder verzögern.

Tabelle 1: CATWOE

Um die Weltanschauung, die den Aus- und Aufbau der palliativmedizinischen Systeme in Österreich und Frankreich mit beeinflussen, beschreiben und vergleichen zu können, werden Daten aus der „World Value Study – WVS“ (2) verarbeitet. Diese Studie befasst sich mit den Unterschieden in den Wertvorstellungen verschiedener Staaten.

3 Theoretischer Teil - Österreich:

3.1 Länderbeschreibung Österreich:

Da politische, demographische, soziokulturelle und wirtschaftliche Gegebenheiten eines Staates das Gesundheitssystem, welches auch die palliativmedizinischen Strukturen inkludiert, stark beeinflussen, werden diese in folgenden Kapitel grob umrissen. Wie schon erwähnt kann ein Subsystem nicht ohne die Beschreibung des Umfelds, in dem es angesiedelt ist, analysiert werden. Gleiches gilt im Kapitel 4.1 für Frankreich.

3.1.1 Einige Fakten im Überblick:

Österreich bildet als deutschsprachiger, mitteleuropäischer Binnenstaat Grenzen mit acht Nachbarländern. Die Fläche von 83.871 km² gliedert sich in neun Bundesländer in denen mit 1. Juli 2008 8.348.233 Menschen lebten. Der Regierungssitz befindet sich in der Hauptstadt Wien, im mit Abstand größten Ballungsraum des Landes. Zu ca. 60% besteht die „Alpenrepublik“ aus gebirgigem Gebiet, dessen höchste Erhebung der Großglockner mit 3.798m darstellt. Seit 1955 ist Österreich Mitglied der Vereinten Nationen, seit 1995 Mitglied der EU (3, 4).

3.1.2 Politik:

Das exekutive Oberhaupt der föderalen, parlamentarisch-demokratischen Republik Österreich ist der direkt vom Volk alle sechs Jahre gewählte Bundespräsident, seit 2004 Heinz Fischer, und der von ihm in Form des Bundeskanzlers eingesetzte Regierungschef, seit 2008 Werner Faymann (SPÖ). Im Zweikammersystem des Parlaments - bestehend aus Nationalrat (183 Abgeordnete; je nach gewählter Parteistärke verteilt) und Bundesrat (Vertreter der Bundesländer) - werden Gesetze vorgeschlagen und bei dafür stimmender Mehrheit verabschiedet. Auf Bundeländerebene beschließt der Landtag über Bereiche wie zum Beispiel Soziales, Infrastruktur, Kultur, Umwelt (3, 4).
Tabelle 1 gibt die prozentuelle Verteilung der Wählerstimmen und die Zahl der Mandate im Parlament nach der Nationalratswahl 2008 an:

Partei	Wahlergebnis Nationalratswahlen 2008
SPÖ (Sozialistische Partei Österreichs)	29,3% - 57 Mandate im Nationalrat
ÖVP (österreichische Volkspartei)	26,0% - 51 Mandate im Nationalrat
FPÖ (freiheitliche Partei Österreich)	17,5% - 34 Mandate im Nationalrat
BZÖ (Bündnis Zukunft Österreich)	10,7% - 21 Mandate im Nationalrat
Grüne	10,4% - 20 Mandate im Nationalrat

Tabelle 2: Prozent- und Mandatsverteilung im Nationalrat 2008

Momentan bildet eine Koalition aus SPÖ und ÖVP die Regierung (5).

3.1.3 Religion und Kultur – einige Eckdaten:

Das Ergebnis der letzten Zählung 2001 ergab, dass 74,1% der österreichischen Bevölkerung der römisch-katholischen Kirche angehören, 4,6% sind evangelischen Bekenntnisses und 2,2% sind Anhänger orthodoxer christlicher Glaubensrichtungen. Mit 4,3% stellt der muslimische Glaube die größte nicht – christliche Religionsgemeinschaft dar. 5% entfallen auf andere Überzeugungen. 12% aller Österreicher leben ohne offizielles Glaubensbekenntnis (3, 4).

Ein Drittel der österreichischen Bevölkerung ist der Auffassung, dass die Kirche Antworten auf moralische Fragestellungen gibt. 80% der Menschen sehen sich selbst als religiös (2).

3.1.4 Demographie:

Österreich hat eine Einwohnerdichte von 99,5 Einwohnern pro km². Für die nächsten 20 Jahre prognostiziert „Statistik Austria“ noch ein etwa ausgewogenes Verhältnis zwischen Geburten und Sterbefällen, danach werden mehr Menschen sterben, als zur Welt kommen, was in Zukunft zu einem höheren Altersdurchschnitt der Bevölkerung führen wird (dargestellt in den Alterspyramiden 2008 und 2050). Das weitere Wachstum der Bevölkerung kann nur durch eine sinnvolle Einwanderungspolitik garantiert werden, sofern die mittlere Geburtenrate von 1,4 (EU-Durchschnitt: 1,52) Kindern pro Frau nicht unerwartet steigen sollte (6, 7). Die Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung, momentan bei Frauen 82,1 Jahre und bei Männern 76,4 Jahre, steigt stetig, was ebenfalls zu einer größeren Anzahl an alten Menschen in Zukunft beiträgt (8). In der Statistik der häufigsten Todesursachen stehen in Österreich Herz-Kreislauf-Erkrankungen an erster Stelle, gefolgt von Krebserkrankungen und spezifischen Organerkrankungen (9).

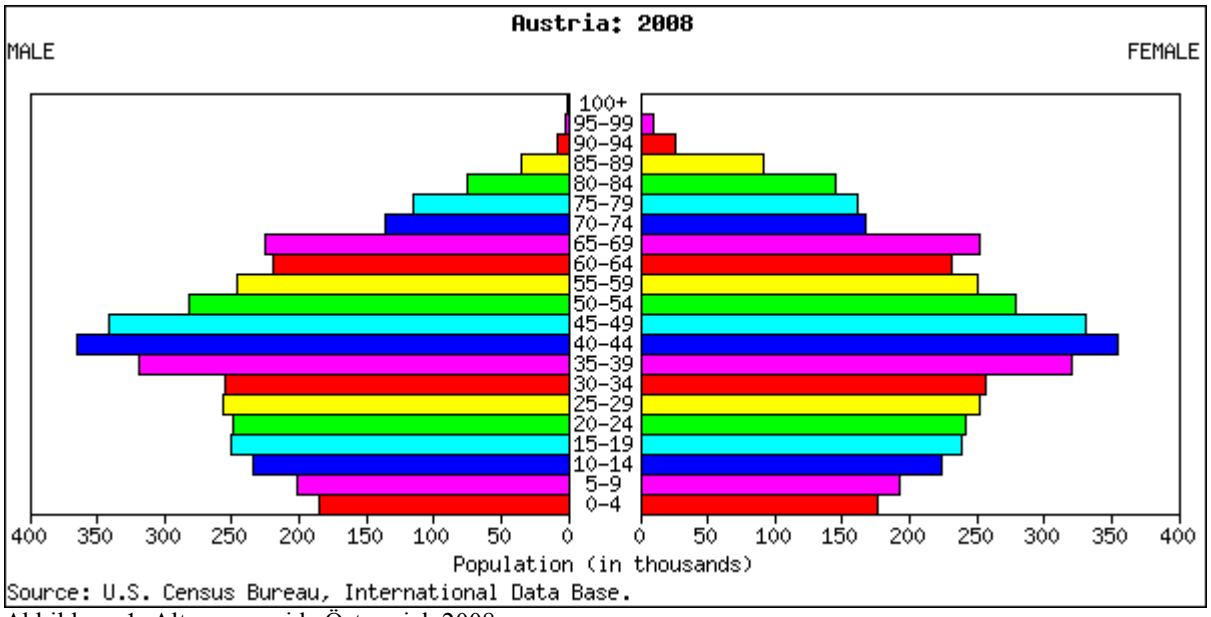

Abbildung 1: Alterspyramide Österreich 2008

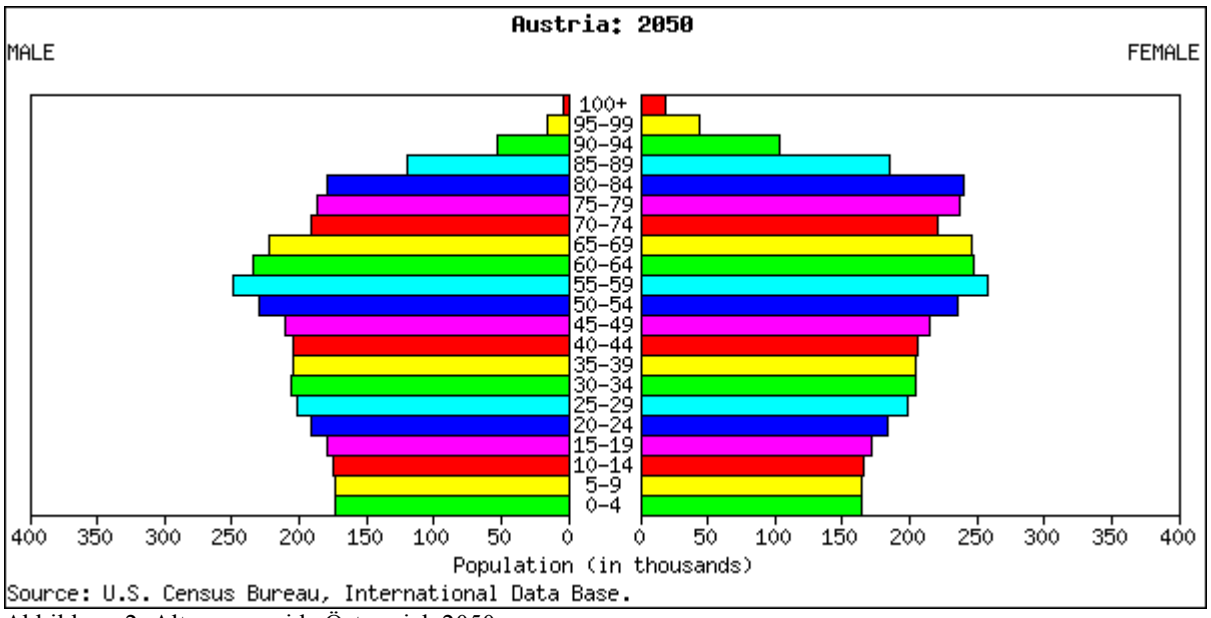

Abbildung 2: Alterspyramide Österreich 2050

3.1.5 Wirtschaft:

Der größte Teil der österreichischen Wirtschaftsleistungen, die 2008 von 3.493.000 Menschen erbracht wurden, fallen mit 67% in den Sektor der Dienstleistungen, die Industrie folgt mit 27,5% und 5,5% kommen aus dem Primärsektor (zum Beispiel: Landwirtschaft, Fischerei).

Das Bruttoinlandsprodukt – BIP, als gängigstes Maß für die wirtschaftliche Leistung in einem bestimmten Zeitraum, belief sich in Österreich 2008 auf 432,4 Milliarden Euro, was einen pro Kopf BIP von 39.200 Euro entspricht. Das durchschnittliche jährliche Wachstum

von 3,7% des BIP kann als Maß für das Wirtschaftswachstum herangezogen werden und zeigt sich seit 1995 als stabil, hat sich aber schon 2008 auf Grund von Schwierigkeiten am internationalen Finanzmarkt auf 1,4% verringert. Im internationalen Vergleich ist das Vermögen und Einkommen unter der Bevölkerung relativ gleichmäßig verteilt (Gini-Index: 0,26). 2008 waren 3,7% der potentiell Erwerbsfähigen arbeitslos (3, 4).

3.2 Gesundheitssystem Österreich:

In diesem Abschnitt folgt eine kurze Beschreibung des österreichischen Gesundheitssystems nach CATWOE, was in dieser Arbeit insofern von Bedeutung ist, da palliativmedizinische Einrichtungen darin einen Baustein darstellen, der nicht davon unabhängig gesehen werden kann. Der gleiche Hintergrund gilt in Kapitel 4.2 für die Beschreibung des französischen Gesundheitssystems.

3.2.1 Customer:

Jeder Mensch, der medizinische Hilfe in welcher Hinsicht auch immer (Prävention, stationäre/ambulante Betreuung) benötigt, gilt als potentieller „Kunde“ des Gesundheitssystems in Österreich (10).

3.2.2 Actor:

Um die Anbieter der österreichischen Gesundheitsversorgung darstellen zu können, bedarf es einer grundsätzlichen Unterscheidung zweier Aufgabenbereiche:
Der Bund, die Länder, Sozialversicherungsträger und andere Köperschaften sind in Bereichen wie beispielsweise Public Health, Gesundheitsprävention, Organisation, Finanzierung tätig, arbeiten also nicht direkt mit dem Patienten. Genauere Details zu ihren Aufgabenbereichen siehe im Abschnitt 3.2.5.
In stationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitssystems werden direkt Leistungen am Patienten durchgeführt. Dazu zählen im stationären Bereich Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtung und Einrichtungen zur Langzeitbetreuung, die ambulante Betreuung übernehmen neben niedergelassenen Ärzten Ambulatorien, Krankenanstalten, Notarztteams, Zahnärzte.
In all diesen Teilbereichen des österreichischen Gesundheitssystems, sowohl die Planung, Organisation als auch die Durchführung betreffend, muss des Weiteren zwischen Gesundheitsleistung und Sozialleistung unterschieden werden, was im Abschnitt Owners noch genauer besprochen wird (10, 11).
Folgende Tabellen sollen eine Größenvorstellung von den in Österreich verfügbaren stationären Angeboten und bediensteten Ärzte in der Gesundheitsversorgung geben:

Art der Krankenanstalt	Anzahl der Krankenanstalten	Anzahl der aufgestellten Betten	Anzahl der Betten auf 100.000 Einw.
Allgemeine Krankenanstalten	103	41.818	503
Sonderkranken-anstalten	102	15.828	190
Pflegeanstalten für chronisch Kranke	13	2.213	27
Sanatorien	52	4.697	56
Total	**270**	**64.556**	**776**

Tabelle 3: Anzahl der Krankenanstalten in Österreich – Statistik Austria 2007

Art des Arztes	Anzahl in Österreich	Anzahl auf 100.000 Einw.
Ärzte für Allgemeinmedizin	12.725	153
Fachärzte	18.450	221,9
Ärzte in Ausbildung/Turnus	6.468	77,8
Total (außer Zahnärzte)	**37.643**	**452,7**
Zahnärzte	4.490	54
Total incl. Zahnärzte	42.133	506,7

Tabelle 4: Anzahl der Ärzte in Österreich - Statistik Austria 2007

Von den in Österreich tätigen Ärzten sind rund 20.000 (54%) in Krankenanstalten angestellt, ca. 17.000 (46%) arbeiten im niedergelassenen Bereich. Sowohl die Ärztedichte von rund 453 Ärzten/100.000 Einwohnern, als auch die Bettendichte mit 776 Betten/100.000 Einwohner befinden sich im europäischen Vergleich über dem Durchschnitt (12, 13).

3.2.3 Transformation:

Organisation, Planung, Finanzierung, Evaluierung im Gesundheitssystem, also jene Teilbereiche des Gesundheitswesens, die nicht direkt Behandlungen anbieten, erfolgen auf politischer Ebene durch Bund, Länder, Sozialversicherungen. Die genauen Aufgabenzuteilungen und deren Umsetzung in den einzelnen Institutionen werden im Abschnitt „Owners“ dieses Kapitels besprochen.

Ein genaues Eingehen auf die jeweilige Umsetzung von Gesundheitsleistungen in den unterschiedlichen Einrichtungen, die direkt mit Patienten arbeiten, würde den sinnvollen Rahmen dieser Arbeit sprengen und erscheint hinsichtlich Berührungspunkten mit palliativmedizinischen Strukturen (deren Umsetzungen im Kapitel 3.3.4 beschrieben sind) als nicht relevant, weshalb hier nur einige generelle Bemerkungen und Zahlen angeführt seien:

Als gemeinsame Ausgangsposition in den unterschiedlichen Einrichtungen kann ein Patient, der einer Untersuchung und/oder Therapie welcher Art auch immer bedarf, angenommen werden. Das Ergebnis sollte stets ein Patient sein, der die für ihn notwendige Betreuung erhalten hat.

Im ambulanten Bereich wird zumeist ein niedergelassener Allgemeinarzt aufgesucht, der entweder die medizinische Leistung selbst durchführt bzw. den Patienten an Spezialisten / niedergelassene Fachärzte bzw. Fachambulanzen zuweist. Für Zusatzversicherte besteht freie Arztwahl, sie sind also nicht davon abhängig, mit welchen Kassen ein Arzt in Vertrag steht. In stationäre Versorgungseinrichtungen werden Patienten aufgenommen, wenn ihr Gesundheitszustand oder die Behandlung einer längerfristigen Betreuung bedarf. Dies wird durch zuweisende Ärzte oder die jeweiligen Spitalsambulanzen in Absprache mit der auf Station tätigen Ärzte entschieden.

Anhand der prozentuellen Verteilung von Ärzten zwischen niedergelassenen und stationären Bereich und der Geldflüsse für Gesundheitsleistungen lässt sich eine krankenanstaltenzentrierte Versorgungssituation in Österreich erkennen.

2006 wurden 2.583.544 stationäre Aufenthalte verzeichnet, wobei die durchschnittliche Aufenthaltsdauer, welche seit 1989 stetig sinkt, bei 6,9 Tagen liegt. Die Hauptgründe für eine stationäre Aufnahme sind in absteigender Häufigkeit Krankheiten des kardiovaskulären Systems, Tumorerkrankungen, Skelett-Muskel-Bindegewebs-erkrankungen, Unfälle im Sinne von Verletzungen und Vergiftungen und Erkrankungen des Verdauungstraktes (14).

3.2.4 Weltanschauung:

Wenn in einem Land ein Gesundheitssystem existiert, welches als ein politisches Anliegen gesehen wird und ein großer Teil der Bevölkerung als Anbieter oder Kunde in dieses System involviert ist, kann man davon ausgehen, dass die Erhaltung von Gesundheit, Behandlung von Krankheit, die Verbesserung der Lebensqualität und die Vermeidung von Leid bedeutende Grundwerte der Gesellschaft darstellen, denen sie durch ein flächendeckendes Angebot eines hochwertigen, effektiven und effizienten Gesundheitswesens, wie es die Gesundheitsreform 2005 fordert, gerecht werden will (15).

Gesundheitsversorgung soll im Sinne eines Sozialstaates allen Bürgern im gleichen Maße kostenlos zugänglich sein, was durch die verpflichtende Sozialversicherung, mit einem Erfassungsgrad von 98,8% der Bevölkerung, zu gewährleisten versucht wird (16).

Kostenreduktion und Effizienzsteigerung sollen die nachhaltige Sicherstellung des Gesundheitssystems garantieren und sind mittlerweile zu prägenden Prinzipien in dessen Planung, Entwicklung und Durchführung geworden. Starke Einsparungen können jedoch zu Qualitätseinbußen in der Betreuung von Patienten führen, die vermieden werden müssen.

Die österreichische Bevölkerung zeigt laut WVS im Ländervergleich sehr hohe Zufriedenheit hinsichtlich der sozialen Versorgung und des Ausbaus des Gesundheitssystems. Auch das Sozialversicherungssystem wird als zufrieden stellend gesehen (2, 17).

3.2.5 Owners:

Grundsätzlich müssen bei der Beschreibung der Trägerschaften der Gesundheitsversorgung in Österreich (wie schon in den Abschnitten „Actors“ und „Transformation“ erwähnt) zwei Gruppen unterschieden werden:

Einerseits jene Anbieter, die Gesundheitsleistungen am Patienten anbieten (in 3.2.5.1 dargestellt), wie öffentliche, privat-gemeinnützige und privat-gewinnorientierte Krankenanstalten, niedergelassene Ärzte, Ambulatorien, Ambulanzen, andererseits Körperschaften (in 3.2.5.2 dargestellt), welche für Planung, Organisation, Ausbau, Qualitätssicherung, Gesetzgebung, Finanzierung im Gesundheitswesen zuständig sind, wie der Bund, die Länder, die Sozialversicherungsträger.

In Österreich gilt es des Weiteren zu unterscheiden, ob Gesundheitsangebote, was ihre Planung, Umsetzung und Finanzierung betrifft, in den Verantwortungsbereich der Gesundheitspolitik oder der Sozialpolitik fallen. Für alle akutmedizinischen Einrichtungen ist hinsichtlich der Planung von Organisation und Finanzierung das „Bundesministerium für Gesundheit – BMG“ zuständig. Das „Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz – BMASK“ hingegen übernimmt die Bereitstellung und Finanzierung von Langzeitpflegeeinrichtungen, Pflegeheimen, Heimpflege.

3.2.5.1 Trägerschaften von Krankenanstalten:

Wie in vielen anderen Ländern Europas ist ein Trend zu erkennen, Krankenanstalten zu privatisieren, dennoch sind momentan noch die meisten Versorgungsangebote öffentliche Einrichtungen (17). In Tabelle 4 sind die Ende 2007 vorhandenen Trägerschaften von Krankenanstalten in Österreich mit ihrer jeweiligen Anzahl an Einrichtungen angeführt.

Als weitere Information ist ihre tatsächliche Leistungskapazität im österreichischen Gesundheitsangebot, im Sinne von zur Verfügung stehenden Betten, dargestellt (11).

Rechtsträger	**Anzahl der Kranken - anstalten**	**% der Kranken - anstalten**	**Zahl der verfüg- baren Betten**	**% der verfüg- baren Betten**
Bund	10	3,7	579	0,9
Länder, Ländergesellschaften	89	33	34.831	54
Gemeindeverbände, Gemeinden, Gemeindegesellschaften	19	7	5.112	7,9
Krankenkassen und Fürsorgeverbände	8	3	1.133	1,8
Unfall-, Pensionsversicherungsanstalten	32	11,9	5.006	7,8
Geistliche Orden, Glaubensgemeinschaften	42	15,6	10.941	16,9
Vereine, Stiftungen	12	4,4	1.137	1,7
Privatpersonen, Privatgesellschaften	58	21,4	5.817	9
Insgesamt	**270**	**100**	**64.556**	**100**

Tabelle 5: Rechtsträger österreichischer Krankenanstalten: Stand Dezember 2007 – STATISTIK AUSTRIA

3.2.5.2 Körperschaften auf politischer Ebene:

Hinsichtlich der Planung, Organisation, Finanzierung, Ausbau und Qualitätskontrolle des Gesundheitssystems sind die Aufgaben zwischen Bund und Ländern mit ihren jeweiligen Institutionen für bestimmte Zuständigkeitsbereiche aufgeteilt. Während auf Bundesebene zwar Gesetze verabschiedet werden und die Umsetzung derer beaufsichtigt wird, obliegt den Ländern, im Sinne eines föderalistischen Staates, ihre jeweilige Durchführung und Verwaltung. Im Krankenanstaltswesen beschließt der Bund lediglich Grundsatzgesetze, die Ausführungsgesetze werden auf Länderebene individuell entworfen und umgesetzt. Auch die Geldmittel kommen aus so genannten Länderfonds. Diese Dezentralisierung des Gesundheitssystems führt zwischen einzelnen Ländern zu Unterschieden in der Gesundheitsversorgung, wovon auch das palliativmedizinische System betroffen ist.

In die nationale Planung werden vom Gesundheitsministerium eingesetzte Expertenkomitees, die Sozialversicherungsträger, sowie Interessensvertreter, wie die Ärztekammer und die Apothekerkammer, mit einbezogen (10, 11, 18). Die Rollen der einzelnen Körperschaften werden in folgendem Abschnitt besprochen:

Auf Bundesebene ist das BMG für die Gesetzesvorschläge im akuten Bereich des Gesundheitssystems zuständig, das BMASK für den Langzeit- und Pflegebereich. Diese Anträge werden durch Abstimmung im Nationalrat beschlossen oder abgelehnt. Daneben sind in das Gesundheitssystem noch das „Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung – BMWF“ hinsichtlich Ausbildung in medizinischen Berufen und das „Bundesministerium für Finanzen – BMF“ beim Finanzausgleich involviert (10, 11).
Zur Ausarbeitung, Umsetzung und Kontrolle von Vorschlägen und Beschlüssen bedient sich das BMG zahlreicher Unterabteilungen, von denen hier nur die wichtigsten erwähnt werden sollen:

- Oberster Sanitätsrat – OSR:

Diese aus Professionellen aller medizinischen Fachbereiche zusammengesetzte Körperschaft berät das BMG in medizinischen Grundsatzfragen und erstellt Gutachten hinsichtlich ärztlicher Tätigkeiten und EBM. Das BMG ist ihm nicht weisungsgebunden (10).

- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen - ÖBIG:

Dieser Geschäftsbereich der „Gesundheit Österreich GmbH – GÖG“ übernimmt als Expertengremium für das BMG die Evaluierung und Organisationsplanung von Gesundheitsstrukturen und legt dementsprechende Pläne vor (z.B.: ÖKAP/GGP, ÖSG, abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich 2004).
Auf Ebene der Bundesländer, wo die Gesetze und Versorgungsaufträge umgesetzt werden, stellt die Landesregierung die höchste Sanitätsbehörde dar, welche vom Landessanitätsrat, der regional eine ähnliche Position einnimmt wie der OSR national, unterstützt wird.
Die Ärztekammer, die Apothekerkammer und die Patientenanwaltschaft vertreten auf Bundes- und Bundesländerebene die Interessen der jeweiligen Gruppen, wenn Gesetzesentwürfe, Vertragsabschlüsse und Reformen diskutiert werden (10,19).

- Österreichische Sozialversicherungen:

Die österreichische Sozialversicherung ist eine Pflichtversicherung, die sich aus Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung zusammensetzt. Finanziert werden die Krankenkassen durch Zahlungen der Versicherten bzw. deren Arbeitgeber durch prozentuell zum jeweiligen Einkommen berechnete Beiträge bis zu einer bestimmten Obergrenze. Welchem Versicherungsträger man zugehört, ergibt sich aus

dem Wohnsitz und dem Berufsfeld des Einzelnen. Etwa ein Drittel der österreichischen Bevölkerung hat eine private Krankenzusatzversicherung, welche größeren Komfort bei stationären Aufenthalten und die freie Arztwahl bezahlt.

Der Hauptverband besteht aus Vertretern aller Versicherungsträger, und stellt als Dachverband den wichtigsten Diskussionspartner der Ärztekammer in der Verhandlung über Vertragsgrundlagen zwischen Sozialversicherungen und Ärzten dar. Verträge mit Krankenkassen, welche dann individuell auf Länderebene beschlossen werden, sind für Ärzte notwendig, da 98,9% der Bevölkerung versichert sind (10, 11,).

Die Sozialversicherungsträger verwalten sich selbst, während das BMG und das BMASK lediglich eine Aufsichtstätigkeit ausüben (20). Die Einnahmen der öffentlichen Krankenversicherungen beliefen sich im Jahr 2008 auf 13,658 Mrd. Euro, welche zu 82,9% von Versicherungsbeiträgen stammen. Die Ausgaben befanden sich bei 13,790 Mrd. Euro, was einer Negativbilanz von 132 Millionen Euro entspricht (16).

3.2.6 Environmental constraints:

Finanzierbarkeit bei steigenden Kosten, höhere Leistungseffizienz, Qualitätsverbesserung in der medizinischen Versorgung und klar definierte überregionale Zielsetzungen stellen einige der Schwierigkeiten dar, denen sich die Verantwortlichen im Gesundheitssystem heute und in Zukunft stellen müssen. Im Umgang damit wurden und werden Pläne entworfen, Reformen durchgeführt und Modelle eingesetzt. Die wichtigsten und aktuellsten Fakten hinsichtlich der Finanzierung und aktueller Programm- und Reforminhalten des Gesundheitswesens in Österreich, werden in folgendem Kapitel besprochen:

3.2.6.1 Finanzierung:

2007 wurden österreichweit insgesamt 27.453 Mio. Euro für Gesundheitsleistungen ausgegeben, was 10,1 % des BIP entspricht. Davon entfallen 95,2% auf laufende Ausgaben, wie stationäre und ambulante Versorgung, 4,8% wurden für Investitionen, wie Ausstattung von Krankenanstalten, aufgebracht. Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt zu 76,4% aus öffentlichen und zu 23,6% aus privaten Quellen. Von Ersteren übernehmen die Sozialversicherungen den Hauptanteil während der Bund, die Länder und die Gemeinden über Steuergelder den Rest erstatten. Zweitere werden von Versicherungen, Haushalten und anderen Organisationen privater Natur und Selbstbehalten gespeist (21).

Tabelle 5 soll eine Vorstellung über die Verteilung der laufenden Ausgaben, abzüglich der Investitionen, im Gesundheitssystem geben:

Ausgaben für	**öffentliche Mittel in Mio. Euro und %**	**private Mittel in Mio. Euro und %**
Stationäre Aufenthalte	9.272 / 45,7	1.677 / 30,6
Ambulante Versorgung	5.077 / 25	1.701 / 31,1
Medikamente	2.924 / 14,4	1.767 / 32,3
Langzeitpflege	1.696 / 8,4	
Prävention, Verwaltung, Transport, Betriebsarzt, andere	1.322 / 6,5	333 / 6
Total	**20.291 / 100**	**5.478 / 100**

Tabelle 6: Öffentliche und private Ausgaben im Gesundheitssystem 2007 - STATISTIK AUSTRIA

Man kann grundsätzlich festhalten, dass die Ausgaben in allen Bereichen des Gesundheitssystems jährlich steigen. Angesichts der demographischen Situation (Alterung der Bevölkerung) und der Entwicklung von neuen, teureren Technologien in der Medizin ist davon auszugehen, dass die Kosten weiter ansteigen werden und konkrete Pläne zur langfristigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems entworfen werden müssen.
Die Geldflüsse zwischen den einzelnen Teilnehmern im Gesundheitssystem sind komplex und deren nähere Beschreibung im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter von Relevanz.

- <u>„Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung – LKF“:</u>

In öffentlichen österreichischen Krankenanstalten werden stationäre Aufenthalte seit 1997 nach dem „System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung – LKF“ abgerechnet. Die am Patienten tatsächlich erbrachten Leistungen, die von den zugrunde liegenden Krankheiten, erforderlichen Therapien und Untersuchungen abhängen, werden in einem Punktesystem erfasst und bezahlt. Dies hat die zuvor verwendeten Tagespauschalen abgelöst. Diese neue Abrechnungsmethode bietet zum ersten Mal die Möglichkeit einer genauen Erfassung von Daten bezüglich Leistungen am Patienten, welche hinsichtlich der Schwerpunktlegung in Planung und Entwicklung von Bedarfsrichtlinien bedeutend sind. Die Anzahl der Krankenhaustage und die Aufenthaltsdauer konnten durch Einführung des LKF-Systems trotz ansteigender Zahl an stationären Aufenthalten reduziert werden. Dieses Finanzierungsmodell wird jedes Jahr weiterentwickelt, die Ausgaben und Bedürfnisse evaluiert und den unterschiedlichen Standorten und Disziplinen neu angepasst (10, 11, 22).

3.2.6.2 Pläne im Gesundheitssystem:

- „Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan - ÖKAP/GGP“ und „Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG“:

Der von einem Expertenkomitee des ÖBIG 1997 entworfene und vom Bund in Kraft gesetzte ÖKAP gibt die Standorte von Krankenanstalten, deren vorgeschriebene Fächerstruktur, die Zahl der anzubietenden Betten, sowie die maximale Bettenanzahl pro Fachrichtung in einem Bundesland an. Im GGP finden sich die Vorschriften für die technologisch-maschinelle Ausstattung in medizinischen Einrichtungen. Der Plan wird regelmäßig evaluiert und an die aktuellen Bedürfnisse des Gesundheitssystems angepasst. Die verbindliche Umsetzung ist Aufgabe der jeweiligen Landesregierungen. Seit 2006 ist dieser Plan in den ÖSG übergegangen, welcher bis 2010 umgesetzt werden soll und genauere Details hinsichtlich der Planung des regionalen Ausbaus beinhaltet, sowie mehr Rücksicht auf die ambulante Krankenversorgung nimmt (10, 23).

3.2.6.3 Gesundheitsreformen:

Die „Gesundheitsreform 2005“ beinhaltet nach Art. 15a B-VG Übereinkünfte bezüglich der Sicherstellung des Angebots einer qualitativ hochwertigen, effektiven und effizienten, allen frei zugänglichen und gleichwertigen Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Rücksichtnahme auf Kostenreduktion und Anbetracht einer langfristigen Finanzierbarkeit.
Die drei Hauptangriffspunkte in der Umsetzung dieser Ziele sind (15):

- Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und Erreichung einer besseren Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens (Einrichtung von Bundesgesundheitskommission und Gesundheitsplattformen in den Ländern)
- Längerfristige Sicherstellung der Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens durch Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung im Gesundheitswesen
- Unterstützung von Vorsorgemaßnahmen und flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen

2008 wurde beschlossen, die Ziele der Gesundheitsreform 2005 bis 2013 weiter zu führen.

3.3 Beschreibung des Palliativsystems in Österreich:

Dieser Teil der Arbeit befasst sich mit der geschichtlichen Entwicklung der österreichischen Palliativbewegung, das Palliativsystem wird unter Einsatz von CATWOE analysiert und die Perspektiven sowie Pläne für die Zukunft geschildert.

3.3.1 Geschichtlicher Rückblick:

Die ersten Forderungen nach einer Betreuung von Sterbenden wurden zum Großteil von Mitarbeitern der Caritas und von Pflegepersonal in den 70er Jahren gestellt. Durch Vorträge von Pionieren auf dem Gebiet der Sterbebegleitung, wie Elisabeth Kübler-Ross, wurden professionelle Kreise erstmalig für die Thematik sensibilisiert, Palliativbetreuung blieb jedoch noch bis in die 80er ein großteils unbekannter Begriff. Erste Lehrveranstaltungen, Erfahrungsberichte und Publikationen der nächsten Jahre machten auf die Notwendigkeit über das Wissen und die Institutionen eines palliativmedizinischen Systems aufmerksam, die Forderungen danach scheiterten aber häufig an der Finanzierung. Erste Palliativbetten an der Anästhesie des Krankenhauses des göttlichen Heilands in Wien wurden 1985 implementiert, die erste Palliativstation im selben Krankenhaus 1992 eröffnet, die erste universitäre palliativmedizinische Einrichtung entstand 2003 im LKH Graz.

Der Umgang mit dem Tod und dem Sterben blieb in der österreichischen Öffentlichkeit bis in die späten 80-er ein Tabuthema, wozu auch der damalige Direktor der Wiener Caritas treffend bemerkte: “Der Wiener will nichts vom Sterben wissen!“. Ereignisse wie die Morde an terminal Kranken durch Personal des Krankenhauses in Lainz 1988 und eine Fernsehkampagne des ORF 1992 – Sterben in Österreich – erregten erstmals publikes Interesse und Aufmerksamkeit. Durch diese öffentlichen Diskussionen und die Einberufung von Expertenkomitees wurde die Planung und Errichtung eines Systems zur Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden auch zu einem Anliegen der Bevölkerung. 1993 wurde der Dachverband Hospiz Österreich gegründet, eine Dachorganisation der Hospizvereine. Ein weiterer Schritt in Richtung Etablierung im Gesundheitssystem war die Gründung der interdisziplinären „österreichischen Palliativgesellschaft – OPG“ 1998, welche sich die Ausbildung, Forschung und die Vernetzung mit der Akutmedizin zur Aufgabe machte. Ein offizieller Teil des Gesundheitssystems wurde die Palliativmedizin mit der Aufnahme in den ÖKAP/GGP 1999, das ÖBIG veröffentlichte im selben Jahr einen ersten Bericht bzgl. geforderter

Strukturqualitätskriterien. Die Vereinbarung und Planung des flächendeckenden Aus- und Aufbaus von palliativmedizinischen Strukturen in den Akutkrankenhäusern wurde 2001 konkretisiert. Die Einführung von anerkannten Diplomen, wie der „Diplom-Palliativlehrgang für Ärzte“ 1999 und der „Universitätslehrgang Palliative Care“ 2000, sollten die Qualität in der Ausbildung sichern. 2001 wurde die Integrierung der Palliativmedizin in das LKF - System gesetzlich beschlossen, um eine Finanzierung sicher zu stellen. In weiterer Folge entstanden in den nächsten Jahren die ersten mobilen Palliativteams und Tageshospize unterschiedlicher Zahl und Organisation in den einzelnen Bundesländern; eine einheitliche nationale Planung, welche Einrichtungen wo gebraucht werden, existierte nicht. Im Bericht „abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich 2004“, welche der ÖBIG im Auftrag des BMG veröffentlichte, wurden klare nationale Richtlinien bzgl. der einheitlichen Planung des Palliativsystems, der einzelnen Teilbereiche und deren Ausstattung vorgegeben. Die Umsetzung des Plans geschieht auf Länderebene, mit der Idee, die jeweiligen regionalen Bedürfnisse besser berücksichtigen zu können, was aber ebenfalls zu unterschiedlich schnell fortschreitender Entwicklung geführt hat (25, 26).

Momentan hat die Entwicklung des palliativmedizinischen Systems mit der nicht klar definierten Finanzierungszuständigkeit, der Positionierung zwischen Gesundheitssystem und Sozialsystem und der ungenauen Aufgabenzuteilung bzgl. des Auf- und Ausbaus zwischen Bund und Ländern zu kämpfen. Um diesen Schwierigkeiten zu begegnen wurden neuerlich Arbeitsgruppen gebildet, Parlamentsanträge (2004 und 2008) eingebracht und teilweise Gesetze verabschiedet, die den schrittweisen Ausbau der palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen bis 2012 in Anlehnung an das ÖBIG-Konzept von 2004 garantieren sollen.

3.3.2 Customer:

Die Beanspruchung einer palliativmedizinischen Einrichtung ist in Österreich grundsätzlich allen Menschen zugedacht, die an einer fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung leiden bzw. deren Tod unmittelbar bevorsteht, wenn eine professionelle palliativmedizinische Betreuung die Linderung physischen, psychischen oder sozialen Leidens verspricht. Je nach Symptomen, den medizinischen und psychosozialen Indikationen muss entschieden werden, welche Einrichtungen für die jeweilige Situation passend erscheint. Die Aufnahme erfolgt nach Aufklärung über die jeweilige unheilbare Krankheitssituation sowie die Möglichkeiten und Ziele der Versorgungsstruktur und der

Einholung des Einverständnisses des Patienten bzw. eines Stellvertreters. Auch die Angehörigen der Betroffenen werden von bestimmten Stellen psychisch und sozial unterstützt (27).

3.3.3 Actor:

Die palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen in Österreich bestehen aus verschiedenen Teilbereichen, die jeweils unterschiedliche Aufgaben in der Akut- oder Langzeitbetreuung einnehmen. Sie unterteilen sich in einen stationären palliativmedizinischen Bereich auf Palliativstationen und (Tages)hospizen, sowie den palliativmedizinischen Konsiliardienst in Spitälern und in ambulante palliativmedizinische Betreuung durch mobile Palliativteams und ehrenamtliche Begleitung durch Hospizteams.
Die Zusammenarbeit der einzelnen Bereiche untereinander sowie auch die mit akutmedizinischen Strukturen wird als unumgänglich angesehen, um für die Patienten die bestmögliche Betreuung zu gewährleisten und fließende Übergänge zwischen den einzelnen Betreuungseinrichtungen zu ermöglichen (27).
Die institutionellen Zugehörigkeiten der einzelnen Teilbereiche des palliativen Netzwerks in Österreich sind unterschiedlich. Während Palliativstationen und der palliativmedizinische Konsiliardienst im Organisationsbereich von Krankenanstalten liegen, werden die anderen Teilstrukturen von unterschiedlichen Institutionen, wie z.B. Rotem Kreuz, Caritas oder anderen Trägern getragen. Die einzelnen Versorgungsstrukturen und deren Organisationszugehörigkeiten werden im Abschnitt „Transformation“ dieser Arbeit im Detail besprochen. Tabelle 6 stellt die einzelnen Bereiche im Überblick dar:

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">Hospiz- und Palliativbetreuung

Beratende/unterstützende Angebote betreuende Angebote</td></tr>
<tr><td>Akutbereich:

Krankenhäuser</td><td rowspan="3">Hospizteams</td><td>Palliativkonsiliardienst</td><td>Palliativstationen</td></tr>
<tr><td>Langzeitbereich:
Alten- und Pflegeheime</td><td rowspan="2">Mobile Palliativteams</td><td>Stationäre Hospize</td></tr>
<tr><td>Familienbereich:
zu Hause, niedergel. Arzt, mobile Dienste, Therapeut</td><td>Tageshospize</td></tr>
</table>

Tabelle 7: Hospiz und Palliativbetreuung - HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG 2004

3.3.4 Transformation:

Alle Teilstrukturen, welche im Folgenden beschrieben werden, arbeiten unter Berücksichtigung der WHO-Definition von Palliativmedizin (Übersetzung „Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin – DGP“, siehe Einleitung).

Wichtig ist die Vernetzung der einzelnen Institutionen untereinander, das Wissen über den eigenen Zuständigkeitsbereich und den der anderen, um Patienten komplikationslose Übergänge zwischen den adäquaten Versorgungsstrukturen zu ermöglichen. Die Grenzen in der Zuständigkeit sind fließend und die Kooperationen unter den einzelnen Einrichtungen vielseitig, weshalb eine exakte Rollenzuteilung nur theoretisch möglich ist. Es liegt auch im Interesse aller tätigen Personen, Palliative Care in professionellen Kreisen weiter zu etablieren und den Bekanntheitsgrad hinsichtlich der Existenz und des Tätigkeitsfeldes in der Bevölkerung weiter zu erhöhen.

3.3.4.1 Palliativstationen:

Laut einer vom Dachverband „Hospiz Österreich“ veröffentlichten Statistik (28) gab es am 31.1.2008 24 stationäre palliativmedizinische Einrichtungen, die großteils als eigenständige Stationen innerhalb eines Akutkrankenhauses und teilweise als Hospize in Kooperation mit Krankenanstalten funktionieren. Standardmäßig beinhalten Palliativstationen acht bis vierzehn Betten, je nach regionalen Anforderungen sind aber auch weniger als acht möglich. Insgesamt stehen österreichweit 213 Betten (26,6/Mio. Einwohner) zur Verfügung, wobei die Empfehlung des ÖBIG - Konzepts 480 Palliativbetten (die Hälfte davon in Hospizen) vorsieht (60/Mio. Einwohner) (29). Regional findet man in der flächendeckenden Versorgung große Unterschiede, da die Umsetzung dieser nationalen Kriterien auf Bundesländerebene liegt.

Die Zielgruppe von Palliativstationen sind Patienten jedes Alters, deren komplexe Krankheitssituation aus medizinischer, pflegerischer oder psychosozialer Sicht einer stationären und spezialisierten palliativmedizinischen Betreuung bedarf, die in einem anderen Setting nicht gewährleistet werden kann. Patienten bzw. deren Angehörige oder Stellvertreter müssen über die unheilbare Krankheit und die Möglichkeiten und Ziele einer Palliativstation aufgeklärt sein und in die Aufnahme einwilligen (27).

Das multiprofessionelle Team muss sich nach den vom ÖBIG 2004 definierten, verbindlichen Qualitätskriterien aus ärztlichem Personal (1 VZÄ je 5 Betten), diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (1,2 VZÄ je 1 Bett)

Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern (je 6 Wochenstunden pro Patient) bestehen. Des Weiteren müssen Ergotherapeuten, Logopäden, Diätassistenten, Seelsorger verschiedener Konfessionen und ehrenamtlich Tätige zur Verfügung stehen. Um im palliativmedizinischen Bereich tätig sein zu können, müssen zuvor von allen Teammitgliedern spezielle Ausbildungen absolviert werden. In weiteren Abschnitten der Arbeit wird der Ausdruck „multiprofessionelles Team“ verwendet, in dem stets alle hier erwähnten Berufsgruppen enthalten sind. Universitäre palliativmedizinische Einrichtungen sollen auch die Ausbildung von Studenten und Ärzten übernehmen. Palliativstationen sind im Krankenhausbedarfsplan enthalten (29). Die Finanzierung von Palliativstationen erfolgt als Bestandteil von öffentlichen Krankenanstalten nach der LKF. Innerhalb dieses Systems nehmen die palliativmedizinischen Leistungen einen Sonderbereich mit tageweiser Bepunktung ein, da eine leistungsbezogene Punktevergabe (wie 2001 berechnet wurde) nicht anwendbar ist. Dieser Tagessatz ist derzeit unterschiedlich kostendeckend.

3.3.4.2 Stationäres Hospiz:

Stationäre Hospize sind selbstständige Organisationseinheiten, die gegebenenfalls im Rahmen einer stationären Pflegeeinrichtung bestehen können und mindestens acht Betten zur Verfügung stellen. Je nach regionalen Erfordernissen sind auch kleinere Einheiten mit wenigstens vier Betten möglich. Laut „Hospiz Österreich“ gab es am 31.1.2008 sechs stationäre Hospize mit insgesamt 42 Betten (5,25/Mio. Einwohner) (28).

In stationären Hospizen werden erwachsene Patienten jeglichen Alters in ihrer letzten Lebensphase aufgenommen, deren gesundheitliche Situation eine Betreuung zu Hause bzw. in Pflegeheimen nicht zulässt, eine Behandlung auf einer Palliativstation in einem Akutkrankenhaus aber nicht erfordert. Kriterien, die eine Aufnahme verlangen, können medizinischer, pflegerischer, oder psychosozialer Art sein. Darüber hinaus müssen Patienten bzw. deren Angehörige oder Stellvertreter in die Aufnahme einwilligen und über die unheilbare Krankheit und die Ziele eines stationären Hospizes aufgeklärt sein (26, 27).

Da im Unterschied zu den anderen Bereichen der Versorgung Österreichs stationäre Hospize nicht als Teil des Gesundheitssystems sondern als soziale Einrichtung, und Aufenthalte darin nicht als Behandlungsfall sondern als Pflegefall gelten, müssen die Kosten zum Teil, rund 40 Euro pro Tag (der Rest der rund 300 Euro wird von anderen Trägern bezahlt), vom Patienten selbst oder dessen sozialem Umfeld getragen werden. Falls die Finanzierung aus diesen Quellen nicht ausreicht, wird der Rest von der Sozialhilfe bezahlt (30).

3.3.4.3 Tageshospiz:

Nach der aktuellsten Statistik des Dachverbandes „Hospiz Österreich“ (28) gab es Ende 2006 in Österreich lediglich 2 Tageshospize, jeweils eines in Wien und Salzburg. Danach wurde noch ein weiteres in Graz eröffnet. Sie stellen eine eigens organisierte Einheit in Kopplung an eine andere Institution dar und sollten mindestens sechs Betten zur Verfügung haben.

Tageshospize dienen der Betreuung von Menschen jeder Altersgruppe, die mobil bzw. transportfähig sind. Es werden Betreuungsmaßnahmen durchgeführt, die keiner stationären Aufnahme bedürfen. Die Patienten müssen über den Fortschritt ihrer Erkrankung informiert sein und in die Aufnahme einwilligen, wenn sie dieses Angebot beanspruchen wollen. Auch die Angehörigen können betreut und beraten werden.

Zwei Personen des Pflegepersonals haben während der Betriebszeiten stets anwesend zu sein, ärztliches Personal prompt verfügbar. Psychosoziale Betreuer, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Diätassistenten, Seelsorger verschiedener Konfessionen und ehrenamtlich Tätige sollten ebenfalls verfügbar sein.

Die Aufgabe von Tageshospizen ist die Entlastung für die Betroffenen selbst und deren Angehörige. Sie bieten neben medizinischer und psychosozialer Beratung und Behandlung die Möglichkeit, den Tag außerhalb der gewohnten Umgebung zu verbringen und mit in ähnlichem Maße Betroffenen an verschiedenen Aktivitäten teilzunehmen. Dies soll die Lebensqualität verbessern, soziale Isolation verhindern, zur Selbstständigkeit motivieren, Krankenhausaufenthalte, sofern möglich, verhindern oder hinauszuzögern.

Eingegliedert in eine übergeordnete Institution arbeiten Tageshospize autonom mit einem eigenen multiprofessionellen Team.

Tageshospize finanzieren sich zum Großteil aus Spendengeldern. Um die Inanspruchnahme jedem Menschen in gleichem Maße zu ermöglichen, ist nur ein Beitrag von sieben Euro am Tag zu entrichten. Sozialversicherungsträger übernehmen einen Teil der ärztlichen Behandlungskosten (26, 27, 29).

3.3.4.4 Palliativkonsiliardienst:

Die Verfügbarkeit eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes, bestehend aus einem multiprofessionellen Team, muss nach den Strukturqualitätskriterien des ÖBIG – Konzepts innerhalb einer Krankenanstalt pro 250 Betten vorhanden sein. Ende 2007 gab es in Österreich 30 Palliativkonsiliardienste (31).

Die Zielgruppe des palliativmedizinischen Konsiliardienstes stellen in erster Linie die Betreuer von Palliativpatienten, mit einer komplexen medizinischen oder pflegerischen Problematik, die palliativmedizinisches Fachwissen erfordert, dar. Erst in zweiter Linie wendet sich diese Einheit beratend an die Betroffenen und ihre Angehörigen.
Der Palliativkonsiliardienst besteht aus einem multiprofessionellen Team, die Besetzung kann jedoch nach dem aktuellen Bedarf variieren.
Die Aufgabe besteht in der Bereitstellung von palliativmedizinischem Fachwissen in akutmedizinischen Stationen/Ambulanzen. Dies soll die Behandlung verbessern und die Entscheidung, ob Patienten entlassen, auf eine Palliativstation aufgenommen, zu Hause, im Pflegeheim oder ambulant weiter betreut werden, erleichtern. Wenn es die örtlichen Ansprüche erfordern, kann ein Palliativkonsiliardienst auch außerhalb des Krankenhauses im Sinne einer Beratung tätig werden.
Die Kosten werden aus den Gesundheitsfonds der Länder gedeckt. (26, 27, 29)

3.3.4.5 Mobiles Palliativteam:

Im Dezember 2007 fanden sich in Österreich 31 mobile Palliativteams (31). Diese sind mobile, multiprofessionelle Teams, die rund um die Uhr, sieben Tage die Woche in Bereitschaft stehen.
Das Team wendet sich in erster Instanz durch palliativmedizinische Beratung und Anleitung an die professionellen Betreuer von Patienten zu Hause oder in Pflegeheimen. Diese sind zumeist Hausärzte, Pflegepersonen, Behindertenbetreuer oder Altenfachbetreuer. In zweiter Instanz richtet sich die fachliche Beratung auch an die Patienten selbst und deren Angehörige. Das Team kann bei Bedarf angefordert werden.
Die Verfügbarkeit aller Mitglieder des multiprofessionellen Teams muss gesichert sein, die Zusammensetzung kann aber nach den Ansprüchen der jeweiligen Situation variieren.
Die Aufgabe der mobilen Palliativteams ist die Beratung, insbesondere hinsichtlich adäquater Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung. Palliativmedizinisches und –pflegerisches Fachwissen soll dem betreuenden Umfeld zur Verfügung gestellt werden. So soll durch professionelle Anleitung vor Ort der Zustand der Patienten verbessert werden. Ziel ist es, die Patienten nicht in eine stationäre Institution aufnehmen zu müssen, bzw. eine frühere Entlassung aus einer solchen zu ermöglichen und den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung zu optimieren. Im Einzelfall besteht auch die Möglichkeit für das Teams selbst betreuend tätig zu werden. (26, 27)

Ca. 70% aller Österreicher möchten laut einer 2001 durchgeführten Umfrage zu Hause oder in vertrauter Umgebung sterben. Die tatsächliche Zahl der zu Hause versterbenden Menschen beläuft sich allerdings nur auf 30%, die restlichen 70% versterben in stationären Einrichtungen (26). Die Etablierung von mobilen Palliativteams könnte den Anteil an Menschen, die zu Hause versterben können, unter Umständen erhöhen. Insofern liegt es nahe, dass der Ausbau der mobilen Palliativteams forciert werden sollte, da dies einerseits den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werden würde, andererseits auch zu einer finanziellen Entlastung führen könnte.

Trägerorganisationen stellen das Personal und die Ausstattung eines mobilen Palliativteams. Da die Organisation der verschiedenen Teams individuell gestaltet ist, sei eine Möglichkeit am Beispiel des mobilen Palliativteams Graz gezeigt: Das Landeskrankenhaus Graz stellt ärztliches Personal und bedarfsweise Räumlichkeiten, Sozialarbeiter und Sekretäre zur Verfügung, Hospizvereine ehrenamtliche Mitarbeiter mit deren Koordinationspersonen und andere Anbieter ambulanter Dienste (z.B. Rotes Kreuz) das Pflegepersonal (32). Eine einheitlichere Organisation ist ab dem Jahr 2009 geplant, wurde bis jetzt aber nicht umgesetzt.

Die Finanzierung erfolgt, je nach jeweiligem Team, durch das Land, Krankenkassen, Eigenmittel der Träger sowie aus Spendengeldern. Insofern ist der Zugang allen Patienten in gleichem Maße gesichert.

3.3.4.6 Hospizteam:

Ende 2007 wurden in Österreich 135 Hospizteams erfasst (31).

Die Betreuung durch Hospizteams können Palliativpatienten jeden Alters, deren Angehörige und Trauernde in Anspruch nehmen. Wenn ein Wunsch nach Begleitung besteht, kann diese auf Anfrage angefordert werden.

Eine hauptamtliche Fachkraft (0,5 VZÄ) koordiniert ein Team, das aus mindestens zehn ehrenamtlichen Mitarbeitern, Hospizbegleitern, besteht. Der Hauptamtliche muss eine abgeschlossene Ausbildung und Berufserfahrung in einem Sozial- oder Gesundheitsberuf vorweisen können.

Mobile Hospizteams können in allen Sektoren der palliativmedizinischen Versorgung tätig werden. Ihre Aufgabe besteht in der Beratung und Begleitung von Patienten und deren Angehörigen in der Zeit der Krankheit, des Abschieds und der Trauer, um die Lebensqualität durch psychosoziale und emotionale Entlastung zu verbessern. Die einzelnen Hospizvereine, welche die Hospizteams stellen, arbeiten unabhängig und werden

unter Dachgesellschaften länderweit zusammengefasst. Diese wiederum sind Teil des Dachverbandes „Hospiz Österreich“ (26, 27, 29).
Die Finanzierung, welche trotz der großteils ehrenamtlichen Tätigkeit notwendig ist, erfolgt durch Eigenmittel der Träger (Mitgliedsbeiträge) und Spendengelder.
Die Ausbildung von Ehrenamtlichen wurde 2001 vom Dachverband Hospiz Österreich standardisiert und als Voraussetzung zur Mitarbeit festgelegt. Sie umfasst Grundkenntnisse im Umgang mit Palliativpatienten, die in ca. 70 Stunden Theorie und 40 Stunden Praxis vermittelt werden (33). Laut Dachverband waren im Dezember 2007 in Österreich 2749 ehrenamtliche Mitarbeiter tätig (31).

3.3.5 Weltanschauung:

In diesem Abschnitt werden einige Erhebungen aus der WVS – World Value Study (2) hinsichtlich der österreichischen Wertehaltung dargestellt, welche im Zusammenhang mit dem Ausbau eines einem palliativmedizinischen Systems und der Teilnahme an einem solchen von Relevanz sein könnten:
Die Hauptaufgabe aller palliativmedizinischen Leistungen besteht in der Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen, was auch ein wesentliches Ziel des Gesundheitswesens an sich darstellt und überdies, im Sinne eines Nehmens von Leid, als Inhalt einer christlichen Wertehaltung, welche ein Großteil der österreichischen Bevölkerung teilt, gesehen wird.
Laut der WVS sehen 30,9% der Österreicher Euthanasie niemals als eine zurecht-fertigende Variante am Lebensende an. Der Ausbau von Palliative Care kann in keinen direkten Zusammenhang mit der Sichtweise über Euthanasie gebracht werden.
Der Wille, die Situation von älteren und kranken Menschen sowie Menschen mit Behinderung im Land selbstständig zu verbessern, ist bei mehr als der Hälfte aller Österreicher klar erkennbar. Als stärkste Beweggründe dafür werden die Sympathie für ältere Menschen und ein moralisches Pflichtgefühl, diesen Bevölkerungsgruppen zu helfen, angegeben. Sowohl die Mitgliedschaft bei sozialen Organisationen, welche alte Menschen oder Menschen mit Behinderung betreuen, mit ca. 6% der Bevölkerung, sowie die Bereitschaft zur ehrenamtlichen Mitarbeit mit ca. 2% sind dennoch eher als gering anzusehen.

3.3.6 Owners:

3.3.6.1 Regierung:

Die Planung einer flächendeckenden Versorgung, deren Finanzierung und Organisation im Akutbereich (z.B. in öffentlichen Krankenanstalten) erfolgt in Österreich auf nationaler Ebene im Rahmen von Parlamentsbeschlüssen. Gesundheitsleistungen, die den sozialen Bereich des Gesundheitswesens betreffen (z.B. stationäres Hospiz) sind Angelegenheit der Länder, welche ebenfalls für die regionale Bedarfsanpassung palliativer Einrichtungen zuständig sind (10).

Das „Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen – ÖBIG", welches einen Geschäftsbereich der „Gesundheit Österreich Gesellschaft mbH - GÖG" darstellt, nimmt in der Planung des Palliativversorgungsnetzwerks eine wichtige Rolle ein. Diese vom „Bundesministerium für Gesundheit – BMG" beauftragte Expertenkommission, bestehend aus Personen, die im Palliativsystem in Österreich tätig sind, hat im Bericht **„**Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich 2004" die Strukturqualitätskriterien für eine flächendeckende Versorgung festgelegt. Gesetzliche Beschlüsse hinsichtlich des Aus- und Aufbaus des palliativmedizinischen Systems sollten nach dessen Vorgaben erfolgen, weswegen dieser Bericht eine wichtige Rolle hinsichtlich der Organisation des Auf- und Ausbaus von Palliative Care spielt. Da die Umsetzung dieser national von der Regierung beschlossenen Forderungen auf Bundesländerebene passiert, kommt es bzgl. der Flächendeckung zu großen regionalen Unterschieden. Der eigentliche Sinn der regionalen Umsetzung wäre es gewesen, die jeweiligen Bedürfnisse vor Ort besser einschätzen zu können und dementsprechend zu agieren. Derzeit stellt es sich hingegen so dar, dass die Umsetzung von der Bereitschaft der jeweiligen Landesregierung abhängt, finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen und dem Engagement der verantwortlichen Personen. (34)

3.3.6.2 Träger der einzelnen Versorgungseinrichtungen:

Die unterschiedlichen palliativmedizinischen Einrichtungen werden verschiedenen Trägerschaften zugeordnet. Während die Palliativstationen und der palliativmedizinische Konsiliardienst in den Organisationsbereich von öffentlichen Krankenanstalten fallen, sind die anderen Versorgungsstrukturen unterschiedlichsten Trägern zugeordnet. Hospize, Tageshospize, mobile Palliativteams und Hospizteams werden entweder ebenfalls von Krankenanstalten oder von Organisationen wie der Caritas oder dem Roten Kreuz geleitet. Diese uneinheitliche Zuständigkeitsverteilung hinsichtlich der verantwortlichen

Trägerschaften führt zu Schwierigkeiten in der Organisation einer bedarfsgerechten, flächendeckenden Versorgung, sowie deren Finanzierung.

3.3.6.3 Versicherungsträger:

Im Akutbereich der Palliativstationen wird die Basisversorgung durch den Sozialversicherungsbeitrag abgedeckt. Hinsichtlich des Aufkommens für Kosten durch die Krankenversicherungen gibt es hierbei kaum Unterschiede zu anderen Teilbereichen des Gesundheitssystems. Für die übrigen palliativmedizinischen Leistungen werden Teilbeiträge erstattet. Die Betreuung in Hospizeinrichtungen fällt in den Bereich sozialer Leistungen und wird somit nicht von den Krankenkassen bezahlt. (34)

3.3.6.4 Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH:

Diese 1993 gegründete überparteiliche und überkonfessionelle NGO vereint unter sich österreichweit über 200 stationäre und ambulante Institutionen, die palliativmedizinische Dienste anbieten. Der Verband hat sich die Öffentlichkeitsarbeit (z.B.: jährlicher Hospiz - und Palliativführer), die interinstitutionelle Vernetzung, die Aus- und Fortbildung und die internationale Zusammenarbeit mit ähnlichen Vereinigungen anderer Länder zur Aufgabe gemacht. Der Vorstand wird aus interdisziplinären Vertretern aller Bundesländer gebildet. Teilweise gibt es landesweit wieder eine koordinierende Organisation (z.B. Steiermark), welche eng mit den jeweiligen Landesregierungen zusammenarbeitet. (26, 35)

3.3.6.5 OPG:

Die „österreichische Palliativgesellschaft – OPG“ wurde 1998 als Verein von Professionellen aus unterschiedlichen Berufsgruppen (Ärzten, Pflegepersonal, Theologen, u.a.) gegründet. In den Tätigkeitsbereich fallen laut Vereinsstatuten die Entwicklung einer regional und institutionell angepassten palliativen Versorgung, die Aus- und Fortbildung, die Forschung, der Erfahrungsaustausch und die Verbreitung des Wissens über Palliativmedizin in professionellen Kreisen und Öffentlichkeit. Die Gesellschaft versteht sich als Fachgesellschaft aller in der Palliativmedizin/-pflege tätiger Personen. (36)

3.3.7 Environmental Constraints:

3.3.7.1 Länderspezifische Einflussfaktoren:

Folgende im ÖBIG – Konzept aufgelistete Einflüsse sagen für die Zukunft einen höheren Bedarf an palliativmedizinischen Versorgungseinrichtungen voraus: (29)

- Demographie: Die Anzahl an alten Menschen wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weiter stark ansteigen (siehe: Alterspyramide)
- Krankheitsinzidenzen: Auf Grund der höheren Lebenserwartung werden mehr Neoplasien und andere unheilbare Krankheiten erwartet.
- breiteres Krankheitsspektrum: Auch Nicht-Tumorerkrankungen werden zu einem größeren Teilbereich in ein palliativmedizinisches Setting eingebunden werden.
- soziales Umfeld: kleinere Familien, Singlehaushalte und der stärkere Individualismus in unserer Gesellschaft werden dazu führen, dass die Alters- und Krankenversorgung zukünftig öfter von professionell Tätigen übernommen werden muss.
- technische Fortschritte in der Medizin und somit ein längeres Patientenüberleben und eine steigende Lebenserwartung

Dass der Ausbau des palliativmedizinischen Systems eine zukünftige Notwendigkeit darstellt, geht aus den erwähnten Gründen klar hervor, konkrete Voraussagen hinsichtlich des Bedarfs lassen sich jedoch aus obigen Punkten nicht tätigen.

3.3.7.2 Finanzierung:

Die finanzielle Zuständigkeit für palliativmedizinische Leistungen ist nicht eindeutig geklärt. Zum einen Teil fallen sie in den Gesundheitssektor, wofür die Kosten der Bund zu tragen hat, zum anderen Teil in den Sozialbereich, dessen Finanzierung die Länder übernehmen. Abgesehen von Palliativstationen, die über die LKF-Strukturen abgerechnet werden, existieren keine Regelungen hinsichtlich einer einheitlichen Finanzierung des Großteils der palliativmedizinischen Teilbereiche. Die vielen unterschiedlichen Finanzierungsmodelle für extramurale palliativmedizinische Einrichtungen, die große Zahl an unterschiedlichen Geldgebern, welche für die Kostendeckung zuständig sind und die vorhandene Abhängigkeit von Spendengeldern, stellen Schwierigkeiten beim effektiven Aufbau eines flächendeckenden Hospiz- und Palliativsystems dar.

3.3.7.3 Umsetzung des ÖBIG - Konzepts:

Große Schwierigkeiten bestehen, weil die Umsetzung des vom ÖBIG 2004 vorgegebenen nationalen Plansolls an palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen auf Länderebene erfolgt, was zu großen regionalen Schwankungen hinsichtlich der flächendeckenden Bedarfsanpassung führt. Es existieren keine konkreten Umsetzungsstrategien und keine Mechanismen zur Qualitätssicherung.

3.3.7.4 Erwartete/geplante Entwicklungen:

Um den vom ÖBIG erarbeiteten Plan „abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich 2004“ umsetzen zu können (siehe Tabelle 7) wurde 2008 die Forderung nach einer bundesweiten Koordinationsstelle sowie einer Koordination in den Bundesländern zur Bedarfsanpassung im Parlament eingebracht. Inwieweit diese Forderung allerdings die Finanzierungshoheit der Bundesländer beeinflussen soll, ist ungeklärt

Des Weiteren wurde von Expertenteams des „Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen – ÖBIG“ eine klare politische Stellungnahme hinsichtlich der Zugehörigkeit zum Gesundheitsbereich bzw. dem Sozialbereich gefordert, um die einheitliche, kostendeckende Finanzierung und den weiteren Ausbau des Palliativsystems garantieren zu können.

Durch einen besseren Ausbau v. a. der mobilen palliativen Dienste wird ein Entlastungseffekt auf das Gesundheitssystem erwartet, da die stationäre Betreuung von Menschen in einem terminalen Krankheitsstadium weniger häufig notwendig sein wird. Für Fälle, in denen sich eine stationäre Aufnahme nicht vermeiden lässt, wären spezialisierte Bereiche vorhanden (Palliativstationen, stationäre Hospize), die eine adäquate Versorgung anbieten können und unter Umständen dazu führen, dass belastende und kostenintensive Therapien im Akutbereich vermieden werden können.

Diese Strukturqualitätskriterien legen lediglich Standards für die spezielle palliativmedizinische Versorgung fest. Es gibt bislang keine Empfehlungen für die allgemeine Palliative Care, welche jedoch eine weitaus größere Zielgruppe zu betreuen hätte. Bislang existieren auch keine Strategien, wie diese Strukturqualitätskriterien eingehalten werden sollten.

2005 wurde im Rahmen der Gesundheitsreform beschlossen eine Bundesgesundheitskommission mit Vertretern aus Bund, Ländern und Sozialversicherungen zu gründen, welche eine überregionale Planung von Organisation

und Finanzierung des Gesundheitssystems zu Aufgabe hat, um so eine konkretere nationale Zielsetzung und eine erfolgreichere Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen garantieren zu können (15). Diese Maßnahme könnte auch der Palliativmedizin zu Gute kommen, da sie auf das Problem der Aufgabenzuteilung zwischen Bund und Land abzielt.

Baustein	**Empfohlener Bedarfsrichtwert bis 2010**	**Einzugs-/Versorgungsgebiet**
Palliativstation	60 Betten je Mio. Einwohner, Aufteilung nach regionalen Gegebenheiten [1]	Mind. 200.000 EW
Stationäres Hospiz		Geographisch zusammengehörige Regionen
Tageshospiz	Bedarf an Einrichtungen bzw. Betreuungsplätzen noch nicht einschätzbar[2]	Mind. 150.000 EW Nur im Ballungsraum sinnvoll
Palliativkonsiliardienst	Für jedes Krankenhaus im Bedarfsfall verfügbar Jeder Palliativstation muss ein Palliativkonsiliardienst angegliedert sein	Krankenhaus bzw. regionaler Krankenhausverbund
Mobiles Palliativteam	1 Team[3] je 140.000 EW	Mind. 140.000 EW (abhängig von geographischen Gegebenheiten sind aber auch kleinere Versorgungsgebiete möglich, jedoch nicht unter 80.000 EW)
Hospizteam	1 Team[3] je 40.000 EW	Ca. 40.000 Einwohner

Tabelle 8: Bedarfsrichtwerte für Versorgungsangebote der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung bis zum Jahr 2010

1 Langfristig sollten diese 60 Betten je Mio. Einwohner etwa jeweils zur Hälfte auf Palliativstationen und stationäre Hospize aufgeteilt werden. In der ersten Phase des Auf- und Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung kommt jedenfalls den Palliativstationen im Rahmen ihrer Leistungserbringung verstärkt Bildungs- und Forschungsfunktion
zu.
2 Empfohlen wird die Installierung von Pilotprojekten und deren Evaluierung.
3 Die Mindestpersonalausstattung eines Teams ist jeweils in den Strukturqualitätskriterien festgelegt.
Quelle: Arbeitsgruppe/ÖBIG 2004

4 Theoretischer Teil - Frankreich

4.1 Länderbeschreibung Frankreich:

In diesem Kapitel wird Frankreich kurz hinsichtlich politischer, wirtschaftlicher, soziokultureller, demographischer und legislativer Fakten beschrieben:

4.1.1 Einige Fakten im Überblick:

Mit einer Einwohnerzahl von 62.448.977 im Jänner 2009 und einer Fläche von 543.965 km² unterteilt sich das französische Festland, „la France metropolitaine“, in 22 Regionen mit insgesamt 96 Départements bzw. 36.679 Gemeinden. Das Land bildet Grenzen mit Belgien, Luxemburg, Deutschland, der Schweiz, Italien, Monaco, Spanien, Andorra und grenzt an die Nordsee, den Atlantik, den Ärmelkanal und an das Mittelmeer. Die weitesten Teile des Gebietes sind flach bis leicht hügelig, im Osten bilden die Französischen Alpen (Mont Blanc – 4,807m), im Süden die Pyrenäen die höchsten Erhebungen. In Paris, der Hauptstadt und größtem Ballungsraum des Landes, befindet sich der Regierungssitz. Inkludiert man die Überseegebiete, Guadeloupe, Martinique, Französisch Guyana und Réunion, beläuft sich die Population auf 65,073,482 bei einer Fläche von 643,427 km².

Frankreich gehört der UNO seit deren Gründung 1945 an und hat einen ständigen Sitz im Weltsicherheitsrat. Als Gründungsmitglied der EWG 1957 war Frankreich auch an der Unterzeichnung des Vertrags über die Europäische Union in Maastricht 1992 als ein solches beteiligt (37, 38).

4.1.2 Politik:

Frankreich gilt als zentralistisch organisierte Demokratie mit semipräsidentiellem Regierungssystem. Der direkt vom Volk alle fünf Jahre gewählte Staatspräsident, seit 2007 Nicolas Sarkozy (UMP), und der vom Parlament vorgeschlagene und von ihm ernannte Premierminister, Francois Fillon (UMP), welcher die Minister entsendet, teilen sich die Verantwortung über die Exekutive. Das für die Legislative verantwortliche Parlament setzt sich aus dem Nationalrat (Assemblée nationale) mit 577 direkt gewählten Abgeordneten und dem Senat mit 311 indirekt gewählten Mitgliedern zusammen. Deren Aufgabe besteht

in der Erarbeitung von Gesetzen, deren Verabschiedung, sowie in der Kontrolle der Regierung (37, 38).

Partei	Nationalversammlung 2007 – 2012
Union pour un mouvement populaire	313 Sitze
Parti socialiste	186 Sitze
Nouveau centre	22 Sitze
Divers gauche	15 Sitze
Parti communiste français	15 Sitze
Divers droite	8 Sitze
Rest	18 Sitze

Tabelle 9: Mandatsverteilung der 2009 in der Nationalversammlung vertretenen Parteien

4.1.3 Demographie:

Auf dem französischen Festland lebten im Jänner 2009 62.448.977 Menschen, was einer Bevölkerungsdichte von 114,8 Einwohnern pro km² entspricht. Im Jahr 2008 kamen 834.000 Geburten auf 543.500 Sterbefälle, was mit einem Plus von 290,500 bei gleich bleibender Tendenz der Überalterung der Gesellschaft entgegenwirken könnte (siehe Abbildungen 3 und 4). Mit einer Geburtenrate von 2,01 Kindern pro Frau kommen in Frankreich mehr Kinder zur Welt als in anderen Staaten der EU (EU - Durchschnitt: 1,52) (39).

Die durchschnittliche Lebenserwartung der französischen Bevölkerung beträgt momentan für Frauen 84,2 Jahre und für Männer 77,7 Jahre und unterliegt einem stetigen Wachstum, was einen Zuwachs an alten Menschen in Zukunft verspricht.

Als häufigste zum Tod führende Krankheiten in Frankreich finden sich Krebserkrankungen an erster Stelle, gefolgt von Herzkreislauferkrankungen und Erkrankungen des Respirationstraktes. Damit ist Frankreich das einzige Land der EU, in dem Erkrankungen des kardiovaskulären Systems nicht die häufigste Todesursache darstellen (40).

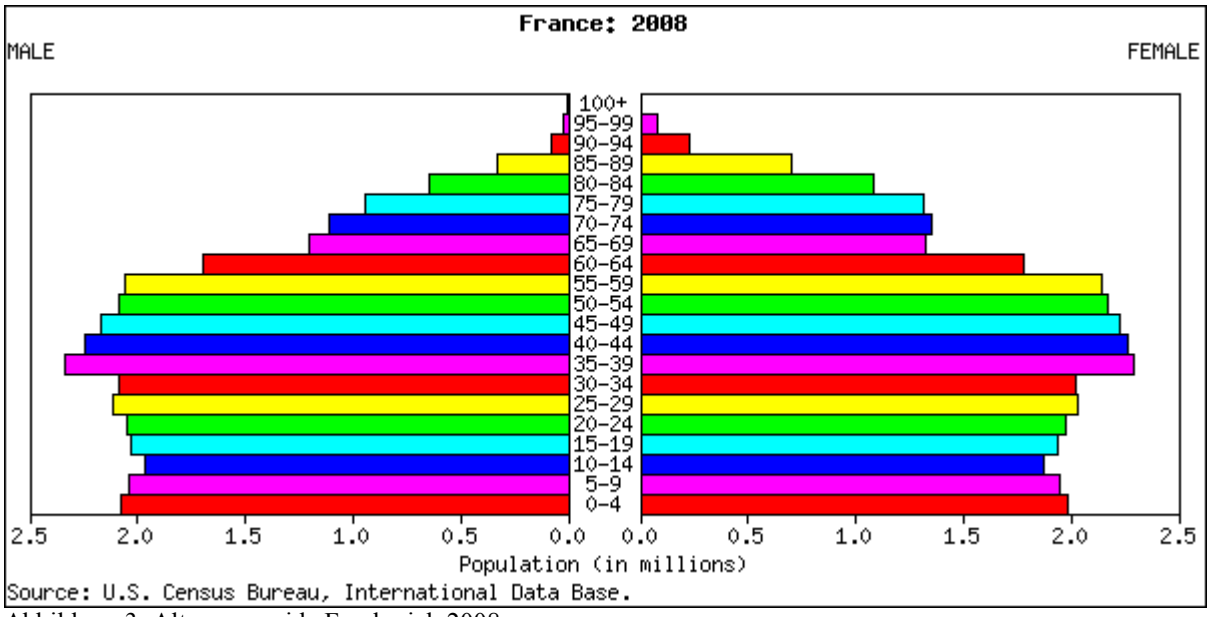

Abbildung 3: Alterspyramide Frankreich 2008

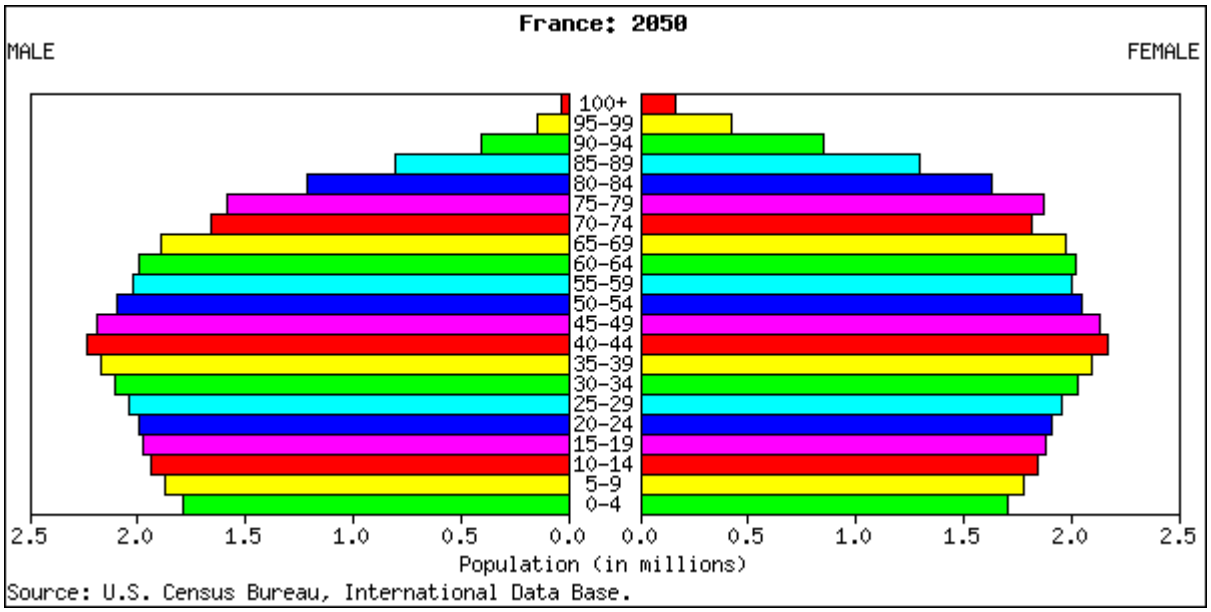

Abbildung 4: Alterspyramide Frankreich 2050

4.1.4 Religion und Kultur – einige Eckdaten:

Da Frankreich als laizistischer Staat (vollkommene gesetzliche Trennung von Kirche und Staat) keine offizielle Erhebung hinsichtlich des religiösen Bekenntnisses der Bevölkerung durchführt, findet man sehr divergierende Daten in den unterschiedlichen Umfragen und Studien. Dennoch kann man festhalten, dass der Großteil der französischen Bevölkerung dem katholischen Glauben angehört. Zahlen variieren zwischen 91,8% (WVS) und 83% - 88% (CIA – The World Factbook). Zwischen 4% und 42% der Menschen gaben an, keiner Glaubensrichtung anzugehören. 1% bis 10% bekennen sich zum muslimischen, 1% bis 3% zum protestantischen und etwa 1% zum jüdischen Glauben (37, 38).

Eine christliche Wertehaltung wurde in der WVS (2) relativ selten als wichtiger Aspekt im Leben angegeben, was sich zum Teil auf den seit rund 100 Jahren in Frankreich bestehenden Laizismus zurückführen lässt, wodurch Religion gesetzlich von Staatsangelegenheiten getrennt wird. Dies spiegelt sich auch in den folgenden Zahlen wieder, die im internationalen Vergleich stets unter dem mittleren Bereich liegen: Rund ein Drittel der französischen Bürger vertritt die Ansicht, die Kirche gäbe Antwort bei moralischen Problemstellungen. Weniger als die Hälfte der Bevölkerung sieht sich als religiös. Aus den erwähnten Fakten und Zahlen lässt sich schlussfolgern, dass kirchliche Institutionen in Frankreich nicht wesentlich den Auf- und Ausbau eines palliativmedizinischen Systems, der eine Staatsangelegenheit darstellt, beeinflussen, was historisch auch erkennbar ist.

4.1.5 Wirtschaft:

Die französische Wirtschaft ist seit jeher stark von staatlichen Eingriffen und Regulierungen geprägt, was sich in den letzten Jahren im Sinne vermehrter Privatisierung von Unternehmen jedoch verringert hat.

Der mit 71,8% größte Teil der ca. 28,5 Mio. Erwerbstätigen waren im Jahr 2005 im Sektor der Dienstleistungen (tertiärer Sektor) beschäftigt. 24,3% arbeiteten im industriellen Bereich und lediglich 3,8% waren im Primärsektor tätig. Die Arbeitslosenrate lag 2008 bei 7,4%.

Das Bruttoinlandsprodukt des Landes belief sich 2008 auf 2,978 Milliarden Euro, was einem pro Kopf BIP von 32,700 Euro entspricht. Das durchschnittliche Wirtschaftwachstum von 2,1% hat sich im letzten Jahr wegen internationaler wirtschaftlicher Schwierigkeiten auf 0,7% verringert. Die Vermögensverteilung in der französischen Bevölkerung ist verglichen mit EU-Ländern ausgeglichen (Gini-Index: 0,32) (37, 38).

4.2 Gesundheitssystem Frankreich:

Dieses Kapitel der Arbeit beschreibt das Gesundheitssystem von Frankreich mittels CATWOE.

4.2.1 Customer:

Das französische Gesundheitssystem ist im gleichen Maße allen Einwohnern Frankreichs zugänglich, die einer Betreuung im Rahmen eines medizinischen Problems oder einer gesundheitlichen Fragestellung, welcher Art auch immer, bedürfen. Auch Bürger anderer Nationalitäten können die französischen Gesundheitseinrichtungen in Anspruch nehmen, die Kostenerstattung erfolgt dann jedoch über die Sozialversicherungssysteme der jeweiligen Länder (41).

4.2.2 Actors:

Wieder gilt die Unterscheidung (wie im Gesundheitssystem Österreichs) zwischen Stellen, die Gesundheitsleistungen ausführen und solchen, die das Gesundheitssystem planen.
Die ambulante Versorgung im Gesundheitswesen gewährleisten zu einem Großteil niedergelassene Ärzte. Krankenanstalten decken durch den Ambulanzbetrieb lediglich 15% aller nicht stationären Gesundheitsleistungen (42). Daneben existieren Ambulatorien, Zahnärzte, Heimpflegebetreuung, Physiotherapeuten und andere.
Stationäre Patienten werden durch Krankenanstalten, Rehabilitationszentren und Langzeitpflegeeinrichtungen für alte und behinderte Menschen behandelt und/oder betreut.
Die Krankenanstalten in Frankreich können öffentlichen, privat-gemeinnützigen oder privat-gewinnorientierten Charakters sein. Darunter gibt es einige Kliniken, die nur auf bestimmte Fachrichtungen spezialisiert sind.
In den Tabellen 9 bzw. 10 sind die Krankenanstalten mit ihrer jeweiligen Bettenzahl und die Anzahl der in Frankreich tätigen Ärzte ersichtlich:

Art der Krankenanstalt	Anzahl der Krankenanstalten	Anzahl der aufgestellten Betten	Anzahl der Betten auf 100.000 Einw.
Allgemeine Krankenanstalten	867	273.582	444
Spezialisierte Krankenanstalten	2.567	217.894	354
Einrichtungen für Langzeitaufenthalte	95	5.775	9
Total	**3.223 / 3.529**	**497.251**	**808**

Tabelle 10: Établissements de santé ayant des capacités d'hospitalisation 2007 – INSEE – Institut national de la statistique et des études économiques

Hinsichtlich der Bettendichte befindet sich Frankreich leicht über dem europäischen Durchschnitt.

Art des Arztes	Anzahl in Frankreich	Anzahl/100.000 Einwohner
Allgemeinmediziner (Médecins généralistes)	101.549	165
Fachärzte (Médecins spécialistes)	106.642	173
Total	**208.191**	**338**

Tabelle 11: Effectifs des professions de santé 2007 – INSEE – Institut national de la statistique et des études économiques

Von allen in Frankreich bediensteten Ärzten sind 122.103 (rund 59%) in ihrer Praxis bzw. einer Gruppenpraxis tätig, davon sind 56% Allgemeinmediziner, 86.088 (rund 41%) arbeiten in öffentlichen und privaten Krankenanstalten, darunter 62% Fachärzte. In Krankenhäusern arbeiten zusätzlich noch rund 21.000 „Internes" (vergleichbar mit österreichischen Assistenzärzten; in der Statistik nicht angeführt, weil sie noch im Rahmen der universitären Ausbildung tätig sind, die in Frankreich bis zum Ende der Facharztausbildung dauert) (44, 45).

Institutionen, welche Leistungen im Gesundheitssystem nicht direkt am Patienten durchführen, sondern in der Organisation tätig sind, wie Parlament, Ministerien und Sozialversicherungsträger werden im Kapitel „Owners" näher erläutert.

4.2.3 Transformation:

Im ambulanten und stationären Bereich unterscheidet sich in Frankreich die Umsetzung von Gesundheitsleistungen nicht grundlegend von der anderer Länder: Ein Patient bedarf einer Hilfestellung durch medizinisches Personal, sei es Sinne einer Beratung, einer Untersuchung oder einer Therapie. Im Rahmen der Transformation sollte den Bedürfnissen

des Patienten in bestmöglicher und Kosten sparendster Weise nachgekommen werden und dieser daraufhin wieder aus der jeweiligen Institution entlassen werden können. Die Ergebnisse können je nach initialen Bedürfnissen des Patienten stark variieren. Diese Umsetzung erfolgt jenseits dieses groben Schemas in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen auf unterschiedliche Art und Weise, was aber hier nicht weiter erläutert wird. Einige Frankreich spezifische Daten werden genannt, die im Zusammenhang mit Durchführung von Leistungen im Gesundheitswesen von Bedeutung erscheinen:

Im Jahr 2007 wurden in französischen Krankhäusern rund 25.060.000 stationäre Aufenthalte mit einer mittleren Dauer von 5,9 Tagen registriert. Die mittlere Aufenthaltsdauer ist nach starkem Rückgang in den letzten zehn Jahren auch 2008 noch leicht im Sinken (46).

Am öftesten werden Patienten auf Grund von Tumorerkrankungen aufgenommen, gefolgt von Herz-Kreislauferkrankungen, Unfällen jeglicher Art und Erkrankungen des Verdauungsapparates (47).

In Frankreich steht es den Menschen frei direkt einen Facharzt aufzusuchen ohne Überweisung von einem Allgemeinmediziner (42).

Planung, Finanzierung und ähnliche Aufgaben im Gesundheitswesen, welche Politik, Sozialversicherungsträger und verwandte Institutionen ausführen, werden zusammen mit der Beschreibung derer im Kapitel „Owners“ besprochen.

4.2.4 Weltanschauung:

Erhaltung von Gesundheit, Bekämpfung und Vorbeugung von Krankheit durch ein funktionierendes Gesundheitswesen werden als Voraussetzung für das Bestehen und das Funktionieren eines Gesundheitssystems angesehen. Angesichts dieser Wertehaltung unterscheidet sich Frankreich nicht von Österreich oder anderen Ländern der EU.

Die Berücksichtigung der Kosteneffizienz gewinnt in allen Bereichen der Versorgung zunehmend an Bedeutung, um ein den Ansprüchen und Anforderungen gerecht werdendes Gesundheitssystem in Zukunft garantieren zu können. Gleichwertige Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen ist durch das Sozialversicherungssystem weitgehend gesichert (siehe 4.2.5.2).

Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und dem Sozialversicherungssystem in der französischen Bevölkerung kann als relativ hoch beschrieben werden (2).

4.2.5 Owners:

Wie schon in vorherigen Kapiteln erfolgt auch hier die Unterteilung in den Bereich, in dem Gesundheitsleistung in stationärer oder ambulanter Versorgung (4.2.5.1) angeboten wird, und die Ebene der Organisation, Finanzierung, Umsetzung auf politischem Niveau (4.2.5.2):

4.2.5.1 Trägerschaften der Krankenanstalten:

Nur rund ein Drittel aller Krankhäuser in Frankreich sind öffentlich (Secteur public), der Rest sind private gemeinnützige (Établissements privés à but non lucratif) oder private gewinnorientierte Einrichtungen (Établissements privés à but lucratif). Circa zwei Drittel aller Betten werden jedoch von öffentlichen Einrichtungen gestellt. Die meisten privat gemeinnützigen Anstalten nehmen an der öffentlichen Gesundheitsversorgung teil und werden, ihre Finanzierung betreffend, als solche gewertet (PSPH - participant au service public hospitalier). Die Trägerschaften der privaten Einrichtungen ohne Gewinnorientierung sind zumeist Stiftungen, religiöse Organisationen oder Versicherungsanstalten (48).

Tabelle 11 gibt die Anzahl der Krankenanstalten 2006 nach ihrem jeweiligen Rechtsstatus an und veranschaulicht den prozentuellen Anteil an der landesweiten Bettenkapazität:

Rechtsstatus	**Anzahl der Krankenanstalten**	**% der Krankenanstalten**	**Anzahl der verfügbaren Betten**	**% der verfügbaren Betten**
Secteur public	1.006	35	291.483	65
Établissement privé à but non lucratif - PSHP	565	19,7	50.791	11,3
Établissement privé à but non lucratif – non PSHP	239	8,2	12.132	2,7
Établissement privé à but lucratif	1067	37,1	94.099	21
Total	2877	100	448.505	100

Tabelle 12:Anzahl der Krankenanstalten 2006 nach ihrem jeweiligen Rechtsstatus

4.2.5.2 Körperschaften auf politischer Ebene:

- Regierung und Gesundheitsministerium:

Legislative Entscheidungen im Gesundheitswesen werden von der parlamentarischen Mehrheit getroffen. Diese Gesetze werden im Sinne einer zentralistischen Staatsform auch in allen Regionen und Départements, unter Berücksichtigung der lokalen Bedürfnisse, umgesetzt. Dafür zuständig sind regionalen Stellen (DRASS, DDASS, ARH – siehe im Anschluss), die den Ministerien weisungsgebunden sind.

Als planendes und durchführendes Organ gilt im Gesundheitswesen das Ministerium für Gesundheit und Sport. Das Gesundheitsministerium - „Ministère de la santé et des sports" setzt die Regierungspolitik hinsichtlich Public Health, Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens, Krankenversicherungssystem und sportliche Angelegenheiten um. Dies erfolgt in Zusammenarbeit mit anderen für Teilbereiche zuständigen Ministerien, wie dem Sozialministerium, Umweltministerium, Arbeitsministerium (41, 42).

- DHOS und DGS:

Diese zwei Organisationsstrukturen unterstehen dem Autoritätsbereich des „Ministère de la santé et des sports".

Die Zuständigkeitsbereiche der „Direction générale de la santé – DGS" sind die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung sowie die Reduktion von Mortalität und Morbidität, andere Bereiche des Public Health und die Sicherung eines gleichen Zugangs zum Gesundheitssystem für alle Bürger.

Die „Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – DHOS" hat die Aufgabe die Organisation, das Funktionieren und die Finanzierung von Gesundheitseinrichtungen, und damit auch palliativmedizinischer Strukturen, zu planen und zu evaluieren. Außerdem obliegen ihr alle Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsberufe.

Beide, die DGS und die DHOS, untergliedern sich wieder in mehrere Abteilungen mit speziellen Zuständigkeitsbereichen (42, 49).

Zur Beratung der Ministerien existierten noch einige nationale Expertenkomitees, die Richtlinien spezieller Teilbereiche des Gesundheitswesens, wie Public Health (Le Haut Comité de Santé Public - HCSP) oder Sicherheit medizinischer Produkte ausarbeiten.

- Verantwortliche Stellen auf regionaler Ebene:

Die Umsetzung der Gesetze erfolgt durch die „Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales – DRASS“ auf regionaler Ebene und die „Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales – DDASS“ auf Ebene der Departements. Diese zwei dem Gesundheitsministerium direkt unterstellten Institutionen sind für die Ausführung von parlamentarisch beschlossenen Gesetzen auf lokalem Niveau zuständig. Die DRASS und die DDASS sind sogenannte „Services déconcentrés“, welche in Frankreich in vielen politischen Bereichen regionale Behörden im Auftrag nationaler Ministerien darstellen.
Um die Umsetzung von Gesetzesbeschlüssen weiter zu dezentralisierten und damit den regionalen Bedürfnissen besser nachkommen zu können, wurden 1994 die „Agences régionales de l'hospitalisation – ARH“ gegründet, welche sich aus nationalen und regionalen Professionellen des Gesundheitswesens sowie aus Vertretern der Sozialversicherungsträger zusammensetzen und im Speziellen mit der regionalen Krankenanstaltenplanung beauftragt sind.
Die Gemeinden – „Municipés“ sind verantwortlich für Umsetzung der staatlichen Gesetze für alle Aspekte des Public Health (41, 42).

Die „Ordres de médecins“ – die französischen Ärztekammern vertreten auf nationaler und regionaler Ebene die Interessen der Ärzteschaft in Diskussion mit den Krankenkassen und den zuständigen offiziellen Stellen. Zur Berufsausübung als Arzt wird eine Mitgliedschaft vorausgesetzt.

- Sozialversicherung in Frankreich:

Die verpflichtende Sozialversicherung, die 99,9% der Bevölkerung absichert (50), unterteilt sich in vier Bereiche: Krankenversicherung und Unfallversicherung, welche von den zuständigen Krankenkassen bezahlt werden, Pensionsversicherung und Familienbeihilfe mit ihren jeweiligen Kassen. Die Berufsgruppe bestimmt die Zugehörigkeit zu einem gewissen „Régime“ – Versicherungssystem. Ein „Régime“ beinhaltet die Vertragsbasis zwischen Kassen, Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Es können in einem „Régime“ mehrere Kassen unter Vertrag stehen, aber jede Kasse nur in einem „Régime“. 80% der französischen Bevölkerung gehört dem „Régime général“, dem „allgemeinen System“, an. Dieses finanziert die „Caisse nationale de l’Assurance maladie – CNAMTS“, die nationale Krankenkasse, welche in vielen regionalen Unterabteilungen

verwaltet wird. Daneben existieren weitere Régimes für spezielle Berufsgruppen, wie Bauern, Selbstständige, Studenten.
Die Krankenkassen übernehmen in Frankreich lediglich rund 75% der anfallenden Kosten, weswegen rund an die 87% der Bevölkerung zusatzversichert (mutuelles) sind (50). Bei Bedürftigen werden zum Teil auch 100% der Kosten erstattet.
Die Kassen finanzieren sich durch Sozialversicherungsabgaben, die zu einem Großteil vom Arbeitgeber und zu einem Anteil vom Arbeitnehmer bezahlt werden. Weitere Mittel kommen aus der Staatskasse durch allgemeine Sozialabgaben – "Contribution sociale généralisée" und zweckgewidmete Steuereinnahmen (z.B.: Tabaksteuer) (51). 2007 nahmen alle Krankenkassen zusammengefasst 167,6 Mrd. Euro ein, während sich ihre Ausgaben auf 172,7 Mrd. Euro beliefen, was einem Minus von 5,1 Mrd. Euro entspricht (52). Da schon seit Jahren eine Negativbilanz nicht vermieden werden konnte, legt das Parlament seit 1996 jährlich die „Objectifs nationaux des dépenses d'Assurance maladie – ONDAM", einen genauen Budgetplan für die Krankenversicherung, vor, welcher aber regelmäßig nicht eingehalten werden kann.
An der verhältnismäßig hohen steuerlichen Finanzierungsbeteiligung, der konkreten Budgetlimitierung im Parlament und der Kontrollautorität durch Einrichtungen wie die DRASS (siehe oben), lässt sich deutlich der starke staatliche Einfluss auf das Krankenversicherungssystem feststellen (42).

4.2.6 Environmental constraints:

Wie in den meisten europäischen Ländern steigen auch in Frankreich die Ausgaben im Gesundheitswesen jährlich schneller als das Bruttoinlandsprodukt - BIP. Die Problematik der langfristigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems stellt das Hauptthema aller Reformen seit schon über 30 Jahren dar.

4.2.6.1 Finanzierung:

206,6 Mrd. Euro wurden im Jahr 2007 in Frankreich für laufende Leistungen im Gesundheitswesen, wie stationäre und ambulante Versorgung, Medikamente, Krankentransporte aufgebracht. Das entspricht 10,9% des BIPs und liegt im europäischen Vergleich im Spitzenfeld. 76,6% davon werden aus öffentlicher Hand,

Sozialversicherungen und Staat bezahlt, den Rest erbringen Zusatzversicherung (zu 7,9%), private Haushalte (zu 8,5%) (41, 53).
Wie viele Mittel in welchen Leistungsbereich fließen, wird in Tabelle 12 dargestellt:

Ausgaben für:	**Geldmittel in Mio. Euro und %**
Stationäre Aufenthalte	72.700 / 35,2
Ambulante Versorgung	45.100 / 21,8
Medikamente	42.900 / 20,8
Prävention, Verwaltung, Transport, Betriebsarzt, andere	45.900 / 22,2
insgesamt	206.600 / 100

Tabelle 13: Consommation de soins et de biens médicaux - DREES, Comptes de la santé

Die exakte Beschreibung der Geldflüsse ist im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter von Bedeutung.
Die langfristige Finanzierung des Gesundheitssystems gestaltet sich in Frankreich, wie in den meisten europäischen Ländern, auf Grund regelmäßig ansteigender Kosten als schwierig. Durch Erhöhung der Medikamentenpreise und Arzttarife, sowie eine Verkürzung der Arbeitszeit in der Periode 2002 – 2003 konnte der Kostenzuwachs zumindest im Anstieg seines jährlichen Zuwachses gebremst werden. Das "Loi de Financement de la Sécurité Sociale – LFSS", dessen Bestandteil auch die "ONDAM" sind, wird seit 1995 vom Parlament jährlich neu verabschiedet. Es beinhaltet genaue Vorgaben hinsichtlich der Ausgaben und des Budgets der Sozialversicherungen für das folgende Jahr (41, 42).

- Finanzierungsmodell der Krankenanstalten: Tarification à l'activité – T2A ":

Die „Tarification à l'activité – T2A" ist ein leistungsbezogenes Finanzierungsmodell, welches 2005 in Frankreich eingeführt wurde und bis 2012 vollständig ins Gesundheitssystem integriert sein soll. Momentan werden nur internistische, chirurgische und gynäkologische-geburtshilfliche Stationen zu 100% über die T2A abgerechnet. Fixe Tarife für Krankheitsbilder und der damit verbundenen medizinischen und pflegerischen Betreuung werden kalkuliert und bezahlt. Davor wurden Fixbeträge für Patienten einer bestimmten Fachrichtung, durch die „dotation globale", erstattet. Erfahrungsberichte anderer Länder zeigen, dass die Einführung eines T2A-ähnlichen Modells zwar zu einer Reduktion der Kosten geführt hat, sich aber negativ auf die Qualität der Pflege im Sinne

möglichst kurzer Aufenthalte oder geringer Zahl an Leistungen am Patienten auswirken kann, was es als Herausforderung für die nächsten Jahre zu vermeiden gilt (54).

4.2.6.2 Gesundheitsreformen:

Die Kosteneindämmung stellt seit über 30 Jahren das Hauptthema im Rahmen von Reformen im französischen Gesundheitssystem dar. Der staatliche Einfluss auf das Sozialversicherungssystem und die Notwendigkeit ausgewogener Entscheidungskompetenzen zwischen nationalen und regionalen Stellen im Gesundheitswesen wurde ebenfalls stets diskutiert. Weitere Themen der Reformen der letzten Jahre waren die gleichwertige Zugänglichkeit für alle Bevölkerungsschichten, Qualitätsverbesserung und Sicherheitserhöhung im Gesundheitswesen sowie der Ausbau des Sektors für Public Health (41).

- Die Réforme – Juppé 1996 - (De-)zentralisierung des Gesundheitssystems:

Da Frankreich, als zentralistisch regierter Staat, nationale Gesetzgebungen für alle Regionen des Landes gleich geltend macht, kam es auf Grund der unterschiedlichen demographischen Situation zu Schwierigkeiten hinsichtlich einer bedarfsgerechten Flächendeckung. Daher versuchte der damalige Premierminister Alain Juppé als einen Hauptbestandteil seines „plan Juppé“ das System stärker zu dezentralisierten, um den regionalen Bedürfnissen eher gerecht werden zu können. Dagegen wurde darin die Finanzierungspolitik der Sozialversicherungen wieder sehr stark unter staatlichen Einfluss und parlamentarische Entscheidung gestellt (42).

Die Gesundheitsreform des Jahres 2004 beinhaltet als Hauptpunkte die Qualitätsverbesserung der Versorgungsangebote bei gleichzeitiger Kostenreduktion, eine genauere Verteilung der Verantwortungsbereiche und die genaue Bemessung der Finanzmittel der Sozialversicherungen.
Das „Loi Bachelot“, welches im Jahr 2009 heftige Proteste seitens Professioneller im Gesundheitsbereich auslöste, sieht vor, die Posten im Krankenhausvorstand nicht mehr durch Mediziner sondern durch Professionelle aus der Wirtschaft zu besetzen. Kritik entstand aus der Tatsache, dass Ärzte und Pflegepersonal öffentliche Krankenhäuser nicht als Wirtschaftsunternehmen sehen wollen.

4.3 Beschreibung des palliativmedizinischen Systems in Frankreich:

Dieser Abschnitt setzt sich mit der Entwicklung des palliativmedizinischen Systems in Frankreich auseinander, analysiert dessen Aufbau und Strukturen nach CATWOE und stellt die erwarteten Entwicklungen, den Aus- und Aufbau betreffend, dar.

4.3.1 Geschichtlicher Rückblick:

Im Jahre 1842 gründete Jeanne Garnier in Lyon die erste Institution zur Unterstützung von unheilbar Kranken namens „les Dames du Calvaire“. 1874 wurde in Paris die zweite Hospizeinrichtung ins Leben gerufen, welche nach Umbenennung und Übersiedlung 1971 als erste als Teil eines öffentlichen Krankenhaussystems anerkannt wurde und bis heute unter dem Namen „Maison Médicale Jeanne Garnier“ mit 81 Betten Frankreichs größte palliativmedizinische Einrichtung darstellt.

Das Wort „Hospice“ wird im Französischen stets mit einer geringschätzigen Bezeichnung für Altersheime assoziiert und heute kaum noch verwendet. Aus diesem Grund prägte der kanadische Arzt Balfour Mount, der 1974 nach Lehraufenthalten im “St. Christopher‘s Hospice“ in England die erste universitäre Unité de soins palliatifs – USP, das Royal Victoria Hospital in Montréal/Kanada gründete, den Begriff „soins palliatifs“. Da viele französische Pflegekräfte in Kanada, wo die Entwicklung und Forschung im Bereich der Betreuung von terminal Kranken schon weiter fortgeschritten war, ihre palliativmedizinische Ausbildung absolvierten, wurde diese Bezeichnung nach Frankreich importiert.

Ende der 70er Jahre entstanden erste „Associations de soins palliatifs“, welche sich ethischer Fragen am Lebensende annahmen und sich gegen Euthanasie und sinnloses Therapieren im Rahmen des Sterbeprozesses auflehnten. Der palliativmedizinische Grundgedanke wurde in der “Charte de soins palliatifs et de l’accompagnement“ verankert.

Père Patrick Verspieren trieb ab 1973, nach Ausbildungsaufenthalten im „St. Christopher’s Hospice“, die Entwicklung und die öffentliche Debatte um die Betreuung von Menschen am Ende des Lebens in Frankreich voran und prangerte 1984, nach Gründung des “Comité Consultatif d'Ethique Médicale“, den Umgang mit z.B. Opioiden am Lebensende in den französischen Krankenhäuser an.

1986 veröffentlichte ein multidisziplinäres Arbeitsteam im Auftrag des Gesundheitsministers ein Rundschreiben, das „Circulaire Laroque“, das Palliative Care in

Frankreich erstmals genau definierte und Empfehlungen hinsichtlich Versorgungsstrukturen, Aufgabenbereiche, Lehre und Forschung vorgab. Infolgedessen wurde im nächsten Jahr die erste USP in Paris gegründet, welcher bald weitere Strukturen wie „Equipe mobile de soins palliatifs – EMSP“ und „Hospitalisation à domicile – HAD“ folgten.

1990 wurde die „SFAP - Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs“ gegründet. Diese entstand aus dem Zusammenschluss von mehreren, schon seit 1983 die Entwicklung von Palliative Care vorantreibenden, Vereine, wie „Jusqu'à la mort acompagner la vie – JAMALV“ oder „Union nationale des Associations pour le développement de soins palliatifs – UNASP“ und der Annäherung derer an professionelle Kreise im Gesundheitssystem. Solche Vereinigungen waren und sind in Frankreich stets sehr aktiv für die Sterbebegleitung eingetreten.

Palliative Care wird 1991 zu einem Fixbestandteil von öffentlichen Krankenanstalten. Zwischen 1991 und 1993 wurde der aktuelle Entwicklungsstand vom Gesundheitsministerium (durch Dr. Henri Delbecque) erstmals evaluiert. 1998 legte Bernhard Kouchner (secrétaire d'Etat chargé de la santé) einen Dreijahresplan 1999-2001 vor, der die palliativmedizinische Ausbildung forcieren und neue Versorgungsstrukturen schaffen sollte. 1999 wurde die gesetzliche Grundlage des Rechts auf Palliative Care am Lebensende jedes Einzelnen geschaffen. 2002 startete das „programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005“ (siehe 4.3.7.4).

Die Debatte um die Legalisierung von Euthanasie wurde wieder ins Leben gerufen, als sich im September 2003 der tetraplegische Vincent Humbert von seiner Mutter das Leben nehmen ließ. Die Forderung wurde aber 2005 durch einen neuerlichen Gesetzesbeschluss – La loi Leonetti - einstimmig abgelehnt. In diesem Gesetzestext wurden dafür die Pflichten der Ärzte und die Rechte der Patienten im Rahmen einer palliativmedizinischen Betreuung wieder genau definiert. Ende 2004 wurde eine Bilanz über das „Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005“ von der DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins) veröffentlicht. 2008 kam es zu einer neuerlichen politischen und medialen Euthanasiedebatte, nachdem Chantal Sébire aufgrund einer Krebserkrankung die aktive Sterbehilfe forderte.

Im März 2008 wurde vom Gesundheitsministerium (der DHOS) in einem Bericht neuerlich das genaue Vorgehen hinsichtlich der Organisation in allen Teilbereichen des palliativmedizinischen Versorgungssystems veröffentlicht.

Im Juni 2008 wurde vom Präsidenten Nicolas Sarkozy das „Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012“ angekündigt, in welches rund 230 Mio. Euro investiert werden sollten. Man kann grundsätzlich festhalten, dass sich in den letzten zehn Jahren, seit der gesetzlichen Verankerung des Rechts auf palliativmedizinische Versorgung und dem Entwurf des ersten Dreijahresplans 1999-2002, ein starker Zuwachs an Versorgungsstrukturen zu verzeichnen ist (26, 55, 56).

4.3.2 Customer:

Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen müssen in Frankreich jedem Menschen zur Verfügung stehen, der sich im terminalen Stadium einer unheilbaren Krankheit befindet und dessen Symptome professioneller Hilfestellung bedürfen. Die Linderung von physischem Leid, die Betreuung von psychischen Problemen, die Erleichterung sozialer Schwierigkeiten und der adäquate Umgang mit den spirituellen Bedürfnissen eines Menschen, unter Berücksichtigung der kulturellen Herkunft, stehen im Mittelpunkt des Aufgabengebiets. Die Wahl der zuständigen Einrichtung muss in jedem Fall speziell getroffen werden, wobei die Symptomatik des Patienten, das Alter, die jeweilige private Versorgungssituation, sowie der Wille des Patienten selbst in die Entscheidung mit einbezogen werden sollten. Die Aufnahme erfolgt nach Zustimmung des Patienten oder eines Verwandten bzw. gesetzlichen Vormunds, wobei der Sinn, die Möglichkeiten und die Ziele einer palliativmedizinischen Betreuung von Anfang an klar definiert sein müssen. Neben der Hilfestellung, die dem Betroffenen selbst zu Gute kommt, werden auch die Angehörigen, falls notwendig, psychosozial betreut. Sie können diesen Dienst, welcher schon im Vorhinein auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt festgelegt werden kann, bei Bedarf beanspruchen.

4.3.3 Actor:

Die palliativmedizinischen Leistungen werden von unterschiedlichen Versorgungsstrukturen angeboten: den Unités de soins palliatifs und den Lits identifiés aux soins palliatifs, als stationäre Einrichtungen sowie den Equipes mobiles de soins palliatifs, den Reseaux de soins palliatifs und der Hospitalisation à domicile als mobile Einheiten (siehe 4.3.4). Deren Teams haben ihre Aufgaben in unterschiedlichen Bereichen: Sie behandeln Patienten entweder selbst oder stellen die palliativmedizinische und pflegerische Expertise den jeweiligen Betreuenden in passender Form zur Verfügung. Als besonders

wichtig wird die Kooperation der verschiedenen Teilbereiche erachtet, um den Patienten die Aufnahme in die am besten geeignete Versorgungseinrichtung zum richtigen Zeitpunkt zu ermöglichen und einen fließenden Übergang zwischen stationärer und Heimbetreuung zu sichern. Diese Vernetzung, die ebenfalls mit akut-medizinischen Bereichen des Gesundheitssystems bestehen sollte, setzt die Kenntnis über den jeweiligen Zuständigkeitsbereich und die Möglichkeiten der anderen Betreuungsstrukturen voraus.

	Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen	
	Beratende/unterstützende Angebote	betreuende Angebote
Stationärer Bereich: Krankenhäuser	EMSP	USP, LISP
Familienbereich: Zu Hause; Niedergelassene (Fach-) Ärzte, mobile Dienste, Therapeuten	Reseaux de soins palliatifs	HAD

Tabelle 14: Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen in **Frankreich**

4.3.4 Transformation:

Dieser Abschnitt beinhaltet die Beschreibung der einzelnen palliativmedizinischen Einrichtungen Frankreichs und erläutert die Rolle der Ehrenamtlichen.
Gehandelt wird in allen Teilbereichen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin (siehe Einleitung)

4.3.4.1 Unité de soins palliatives – USP:

Nach der Bilanz des Ministère de la Santé (57) gab es im Dezember 2007 in Frankreich 90 Unités de soins palliatives - USPs, welche insgesamt 942 Betten zur Verfügung stellten. Eine Palliativstation sollte laut Empfehlung des Ministère de la santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative über mindestens zehn Betten verfügen (58). USPs sind spezialisierte Einheiten, in denen ein multiprofessionelles Team für die Betreuung von Patienten zuständig ist. Neben der Patientenbetreuung ist auch die Aus- und Fortbildung von im medizinischen Bereich Tätigen und die Forschung Aufgabe dieser Stationen.
Aufgenommen werden Patienten jeden Alters, deren Krankheitssituation eine stationäre, professionelle, palliative Behandlung in medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Hinsicht erfordert. Dies kann als notwendig angesehen werden, wenn die Lebensqualität (medizinisch, psychisch, sozial) in der aktuellen Betreuungseinrichtung sich drastisch

verschlechtert, sich die bisher Betreuenden der Patienten der Aufgabe nicht mehr gewachsen sehen, oder eine schwerwiegende ethische Entscheidung getroffen werden muss. Je nach Situation kann entschieden werden, ob ein Aufenthalt schon von Beginn an zeitlich begrenzt wird oder nicht. Bezüglich der palliativmedizinischen Aus- und Fortbildung stellen Ärzte, Pflegepersonal und Medizinstudenten die Zielgruppe einer USP dar.

Um eine Sicherstellung einer palliativen Betreuung in einer USP gewährleisten zu können, sollte das multiprofessionelle Team laut Empfehlung (58) aus ärztlichem Personal (2,5 VZÄ pro 10 Betten; davon eine Person mit langjähriger palliativmedizinischer Erfahrung), diplomiertem Pflegepersonal (10 VZÄ pro 10 Betten) Pflegehelfern (10 VZÄ pro 10 Betten), Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern (je 1 VZÄ pro 10 Betten) und Ehrenamtlichen bestehen. Je nach Bedarf und Möglichkeit können auch Musik- und Kunsttherapeuten auf Station tätig sein.

Es steht auch eine 24-Stunden-Telefonbereitschaft zur Verfügung. Eine weitere wichtige Aufgabe besteht in der engen Zusammenarbeit mit anderen Stationen in einer Krankenanstalt, mit den EMSP - Equipes mobiles de soins palliatifs, der HAD - Hospitalisation à docmicile und Ehrenamtlichen.

Ebenfalls wird von einigen USPs die Möglichkeit des hôpital de jour – Tagesklinik angeboten. Patienten kommen einen Tag, eventuell eine Nacht, um auf Station die notwendigen Therapien zu erhalten und können daraufhin wieder entlassen werden.

Unités de soins palliatifs sind staatliche Einrichtungen, welche als autonome Stationen innerhalb einer Krankenanstalt organisiert sind. Jede Region des Landes muss innerhalb einer Universitätsklinik bzw. eines Krankenhauses (in Kooperation mit einer onkologischen Abteilung) eine palliativmedizinische Abteilung anbieten. Die Zahl der Einrichtungen und deren Kapazitäten richten sich nach den jeweiligen regionalen Bedürfnissen, welche im "SROS - schéma régional d'organisation sanitaire" verankert sind.

Da USPs Einrichtungen in staatlichen Krankenhäusern darstellen, werden die Kosten, bis auf 11 Euro täglich (Krankenhauspauschale), von den Krankenkassen übernommen und sind somit allen sozialen Schichten in gleichem Maße zugänglich (26, 60).

4.3.4.2 Lits identifiés de soins palliatifs - LISP:

Zusätzlich zu den USPs gibt es als weitere stationäre palliativmedizinische Betreuungsstruktur Betten auf unterschiedlichen Stationen, die für terminalkranke Patienten reserviert sind. Diese lits identifiés de soins palliatifs – LISPs sollen USP nicht ersetzen oder entlasten, sondern wurden eingeführt, um für die Patienten eine Kontinuität in ihrer palliativmedizinischen Betreuung gewährleisten zu können. Die Betreuung von Patienten, die in diesem Bereich stationär behandelt werden, erfolgt in einer Kombination zwischen dem vor Ort tätigen Team und den EMSP, welches je nach Erfordernissen die notwendigen palliativmedizinischen Fachkräfte einsetzt.

Im Dezember 2007 belief sich die Zahl der LISP in Frankreich auf 3060 Betten, was 49/ Mio. Einwohner entspricht (57).

4.3.4.3 Equipe mobile de soins palliatifs - EMSP:

Ein „Equipe mobile de soins palliatifs – EMSP“ ist ein multiprofessionelles, mobiles Team, das innerhalb einer Krankenanstalt die spezialisierte palliativmedizinische Beratung von Ärzten und Pflegepersonal übernimmt. Nach der aktuellsten Bilanz gab es 2007 in Frankreich 337 solcher Teams. (57)

In erster Linie richtet sich die Beratung im Falle einer palliativmedizinischen Fragestellung an das den Patienten betreuende Personal.

Ein EMSP ist ein multidisziplinäres Team, welches aus einem fixen und einem den situativen Ansprüchen angepassten Teil besteht. Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Psychologen und Sekretäre müssen vorhanden sein, während Physiotherapeuten und Sozialarbeiter im Bedarfsfall hinzugeholt werden können. Ehrenamtliche stellen auch einen Anteil des Teams dar. Für das Team selbst muss zwei Mal im Monat eine Supervision verfügbar sein.

Die Hauptaufgabe des EMSP ist die Bereitstellung von palliativmedizinischer, palliativpflegerischer und psychosozialer Expertise auf allen Abteilungen einer Krankenanstalt für das dort betreuende Personal zum Wohle des Patienten. So soll die Entscheidung über Aufnahme auf eine USP, Entlassung in eine andere Betreuungsstruktur, Weiterbehandlung von Patienten in LISPs erleichtert werden. Auch bei Problemstellung ethischer Natur kann ein EMSP mit einbezogen werden. Als weitere Aufgabe wird in Zusammenarbeit mit einer USP auch die Vermittlung palliativmedizinischen Fachwissens gesehen. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (USP, Reseau de soins palliatifs)

des palliativmedizinischen Systems ist ein wichtiger Aufgabenpunkt, um die bestmögliche Zuteilung der Patienten in die jeweiligen Teilbereiche besser koordinieren zu können. Auch eine telefonische Bereitschaft muss sichergestellt sein. Der Dienst muss mindestens fünf von sieben Tagen in der Woche verfügbar sein.
Ein EMSP ist nach Möglichkeit in einem Krankenhaus angesiedelt, welches auch über eine USP oder Palliativbetten verfügt. Wenn es notwendig erscheint und die geographischen Gegebenheiten es ermöglichen, kann ein EMSP auch den Bedarf von mehreren Krankenanstalten abdecken. Die Verantwortung liegt bei einer ärztlichen Person mit vertiefter palliativmedizinischer Ausbildung, welche auch für die Koordination und die Führung des Teams zuständig ist (26, 58, 60).

4.3.4.4 Réseaux de soins palliatifs:

„Réseaux de soins palliatifs“ sind mobile multidisziplinäre Teams, welche die palliativmedizinische Beratung von Professionellen und Angehörigen, die einen terminal kranken Menschen zu Hause betreuen, übernehmen. Die Bilanz 2007 des DHOS gibt es in Frankreich zu diesem Zeitpunkt 113 RSPs (57).
Die Zielgruppe eines RSP sind Menschen, welche an einer Krankheit in einem terminalen Stadium leiden, deren Situation aber eine stationäre Aufnahme nicht erfordert. Zu den professionellen Betreuern, welche diese Leistung in Anspruch nehmen können, zählen hauptsächlich Hausärzte und Pflegekräfte. Dieser Dienst kann zu Hause und in allen anderen längerfristigen Pflegeeinrichtung (z.B.: Pflegeheimen, Altersheimen) von allen Erwähnten angefordert werden. Das multidisziplinäre Team eines Reseau übernimmt keine pflegerischen Aufgaben. Die Funktion besteht in der Beratung der Betroffenen und deren Betreuer, welche für die tatsächliche Pflege zuständig sind, hinsichtlich der bestmöglichen palliativmedizinischen und pflegerischen sowie psychosozialen Betreuung. Auch die Organisation der Aufnahme von Patienten in das Netzwerk nach stationärer Entlassung, die reibungslose Koordination zwischen den unterschiedlichen Institutionen, die Koordination der RSPs untereinander, die Aus- und Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit, eine 24/7-Rufbereitschaft zur Bewältigung von akuten Krisen und die Evaluation der eigenen Arbeit sind Teil des Aufgabenbereichs.
Réseaux de soins palliatifs sind selbstständige Organisationen, mit autonomer Wahl von Zahl und Art der Mitarbeiter. Sie sind somit die einzige Teilstruktur, die nicht staatlich organisiert wird. Da sie durch die Zusammenarbeit von Professionellen aus unterschiedlichsten Berufsgruppen funktionieren und nebenbei auch Ehrenamtliche

beschäftigen, ist es Arbeitsgruppen der SFAP bis heute nur schwer möglich gewesen, einen einheitlichen rechtlichen Status für diese Einrichtungen zu finden. Für die Zukunft ist aber geplant, die RSPs in den nationalen Plan der palliativmedizinischen Planung einzubeziehen, um eine einheitliche Organisation gewährleisten zu können.
Die Finanzierung der RSPs erfolgt durch staatliche (regionale und nationale) Förderungen und spezielle Geldmitteln der sozialen Krankenversicherung. Die Höhe dieser Gelder wird regelmäßig neu ausgehandelt und ändert sich jährlich. Sie werden nicht in den staatlichen Finanzplan des Palliativnetzwerks einberechnet werden (26, 60).

4.3.4.5 Hospitalisation à domicile - HAD:

Das „Krankenhaus zu Hause" stellt medizinische, psychologische und pflegerische Leistungen zu Hause zur Verfügung. Es handelt sich nicht um eine ausschließlich palliativmedizinisch tätige Organisation, sondern sie erbringt auch andere Gesundheitsleitungen, jedoch fallen etwa 30% - 40% der Gesamttätigkeit in die palliative Betreuung. Laut einer auf der Homepage der HAD veröffentlichen Statistik existierten 2007 in Frankreich 204 solcher Einrichtungen (61).
Multiprofessionelle Teams erbringen Leistungen aus allen medizinischen Teilbereichen, welche zu Hause erfolgen können, um eine „Entwurzelung" der Patienten zu verhindern bzw. diesem bei bestehendem Wunsch die ehest mögliche Rückkehr nach Hause zu ermöglichen. Der größte Teil der Patienten kommt aus dem Bereich der Onkologie, wo auch der palliativmedizinische Teil angesiedelt ist, gefolgt von Menschen mit neurodegenerativen und anderen chronischen Krankheiten. Die Interventionen werden in punktuell-einmalige und länger andauernde, mit oder ohne zeitliche Begrenzung eingeteilt.
Ein HAD ist eine in Krankenanstalten eingegliederte Funktionseinheit. Dies sind zu 45% öffentliche, zu 37% öffentlich finanzierte private Krankenhäuser. Die restlichen 18% fallen auf privat zu finanzierende Anstalten (60).
Von 124 HADs im Jahre 2005 ist die Zahl bis 2007 schnell auf 204 angestiegen. Dies könnte daraus resultieren, dass medizinische Heimbetreuung weniger als die stationäre Behandlung kostet. Als Teilbereich von Krankenanstalten werden HADs aus deren Budget finanziert und kann somit von allen Gesellschaftsschichten gleichermaßen genutzt werden.
Da laut Umfrage (62) ähnlich wie in Österreich 70% aller Menschen in Frankreich sich wünschen zu Hause zu sterben und es tatsächlich nur 30% sind, besteht ein erhöhter Bedarf an Koordination und Bereitstellung von palliativmedizinischem Fachwissen außerhalb von USPs.

4.3.4.6 Ehrenamtliche:

Ehrenamtliche, die wie beschrieben in allen palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen tätig sein können, müssen Mitglied einer von der SFAP anerkannten Organisation sein und dort eine entsprechende Ausbildung absolviert haben. Diese Ausbildung, welche landesweit standardisiert ist und von den einzelnen Vereinigungen angeboten wird, vermittelt Prinzipien hinsichtlich des notwendigen Respekts, der philosophischen und religiösen Meinung des Begleiteten, seiner Privatsphäre und seiner Würde gegenüber. Ehrenamtliche Mitarbeiter können im Einverständnis mit dem Patienten ihre Hilfestellung im Sinne von Gesprächen oder einfach nur durch persönliche Anwesenheit anbieten. Diese Begleitung konzentriert sich auf den psychosozialen Bereich und darf nicht mit ärztlichen oder pflegerischen Tätigkeiten interferieren (63).
2008 waren etwa 5000 ehrenamtliche Mitarbeiter als Mitglieder von rund 200 Vereinen tätig (64).

4.3.5 Weltanschauung:

Die generelle Wertehaltung der im palliativmedizinischen Bereich Tätigen in Frankreich weicht von der in Österreich bzw. in anderen westlichen Ländern nicht ab:
Die Ablehnung von Euthanasie in Frankreich ist laut der WVS aber als weniger stark einzustufen als in vergleichbaren europäischen Ländern (2). Lediglich 12,4% der Befragten geben sie als nie zu rechtfertigende Möglichkeit am Lebensende an. Dabei wurde die Legalisierung von aktiver Sterbehilfe in Politik, Gesellschaft und Medien in den letzten Jahren mehrmals heftig diskutiert (siehe 4.3.1).
Ein Großteil der französischen Bevölkerung gibt an, alten und kranken Menschen helfen zu wollen. Die Motivation, die Situation kranker oder alter Menschen zu verbessern, wird in einer moralischen Verpflichtung und in einem gesamtgesellschaftlichen Interesse gesehen.
Ehrenamtliche Mitarbeiter stellen stets einen Teil eines palliativmedizinischen Teams dar und können in allen Versorgungsstrukturen zur psychosozialen und spirituellen Begleitung von Palliativpatienten tätig werden. Der Prozentsatz der Franzosen, die einer ehrenamtlichen sozialen Organisation zur Unterstützung von Alten und Kranken angehören, stellt sich, im Vergleich zur moralischen Bereitschaft und dem gesellschaftlichen Interesse zu helfen, mit ca. 6% als eher gering dar. Die tatsächliche aktive Mitarbeit als Mitglied einer solchen Organisation liegt mit 4% noch niedriger.

4.3.6 Owners:

4.3.6.1 Regierung und Gesundheitsministerium:

Der Auf- und Ausbau, die Organisation und die Finanzierung palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen werden, wie alle Entscheidungen im Gesundheitswesen, parlamentarisch beschlossen. Das „Ministère de la santé et des sports“ ist für die Planung und Umsetzung dieser Entscheidungen verantwortlich. Die Direction générale de la santé - DGS, die Direction d'hospitalisation et de l'organisation de soins - DHOS und das „Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement“ (siehe im Anschluss) erarbeiten Berichte hinsichtlich Bedarfsrichtlinien zur möglichen Umsetzung der Pläne und evaluieren schon vorhandene Strukturen. Da die DHOS eher als die DGS für Aufgaben hinsichtlich Organisation, Funktionieren und Finanzierung von Gesundheitseinrichtungen, und damit auch palliativmedizinischer Strukturen, zuständig ist, stellt sie den Hauptvermittler zwischen Politik und praktischer Umsetzung dar (42, 49).

- „Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement“:

Diese 44-köpfige Expertenkomitee, darunter Vertreter der Politik, des Gesundheitssystem und der SFAP, wurde 2002 im Rahmen der Verabschiedung des zweiten Dreijahresplans 2002-2005 zum Auf- und Ausbau von Palliative Care vom Gesundheitsministerium gegründet. Seine Aufgabe besteht in der Analyse von Angebot und Nachfrage an palliativmedizinischen Einrichtungen und der auf diesen Ergebnissen basierenden Erarbeitung von konkreten Plänen. Außerdem soll die Umsetzung dieser Pläne überwacht und notwendige Aktualisierungen und Konkretisierung durchgeführt werden (65).

4.3.6.2 Versicherungsträger:

Die französischen Krankenversicherungen übernehmen im palliativmedizinischen Bereich die Kosten für die Betreuung in Unités de soins palliatifs - USP, die Equipes mobiles de soins palliatifs - EMSP, die Lits identifiés de soins palliatifs - LISP und die Hospitalisation à domicile - HAD. Insofern gibt es keinen Unterschied in der Kostendeckung palliativmedizinischer Leistungen im Vergleich zu den Gesundheitsleistungen anderer Disziplinen. Die Reseaux de soins palliatifs - RSP werden zum Teil auch von den

Sozialversicherungen finanziert, wobei das Ausmaß nicht konkret geregelt ist, dem Patienten entstehen jedoch keine Kosten.
Auch die Ausbildung von Ehrenamtlichen wird zu einem großen Teil von den Kassen übernommen (26).

4.3.6.3 Träger der einzelnen Versorgungseinrichtungen:

Die Unités de soins palliatifs, die Equipes mobiles de soins palliatifs, die Lits identifiés de soins palliatifs und die Hospitalisation à domicile stellen Einrichtungen dar, die in öffentliche finanzierte Krankenanstalten eingegliedert sind und somit deren Verwaltungsrichtlinien folgen. Die Reseaux de soins palliatifs sind eigenständige, private Einrichtungen.

4.3.6.4 SFAP:

Die „Societé française d'accompagnement et de soins palliatifs – SFAP" wurde 1990 gegründet und vereinigt als Dachorganisation der Associations de soins palliatifs die Hauptvertreter der palliativmedizinischen Bewegung Frankreichs. Zu ihren Mitgliedern zählen mehr als 5000 Professionelle aus allen palliativmedizinischen Tätigkeitsbereichen. An die 200 Vereinigungen, die Sterbebegleitung anbieten, werden mit ihren ca. 25000 Mitgliedern auch darunter zusammengefasst. Als Dachorganisation stellt die SFAP auch den Hauptansprechpartner für Politik und Krankenkassen dar.
Die SFAP sieht, in Zusammenarbeit mit den entsprechenden politischen Vertretern, ihre Rolle in der Entwicklung von Plänen zum Ausbau palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen und der Qualitätsverbesserung der schon vorhandenen Einrichtungen. Dies wird in 5 Arbeitsgruppen mit Vertretern unterschiedlicher Berufsgruppen, mit den Schwerpunkten „Auf- und Ausbau des palliativmedizinischen Systems", „Lebensqualität in palliativmedizinischen Einrichtungen", „Ausbildung", „ethische Reflexion und Forschung" und „Information und Kommunikation – Öffentlichkeitsarbeit" umgesetzt (26, 66).

4.3.6.5 UNASP und JAMALV:

Diese zwei Vereine „Union nationale des associations pour le développement des soins palliatifs – UNASP“ und „Jusqu’à la mort accompagner la vie – JAMALV“ gelten als die größten Ehrenamtlicheninstitutionen des Landes, welche unter sich wieder viele kleinere zusammenfassen. Sie sind mit ihren Gründungsjahren 1984 bzw. 1983 auch die ältesten Gruppierungen, die sich für das Vorantreiben der Palliativbewegung in Frankreich stark gemacht haben. Sie waren es, die im Jahre 1990 die SFAP ins Leben gerufen haben (26,67).

4.3.7 Environmental constraints:

4.3.7.1 Länderspezifische Einflussfaktoren:

Die wachsende Zahl alter Menschen, die Tatsache, dass Krebserkrankungen die häufigste Todesursache darstellen, deren Zahl in Zukunft aufgrund des höheren Lebensalters noch zunehmen wird, der immer größer werdende Individualismus in der Gesellschaft und ein längeres Patientenüberleben durch moderne Technologien in der Medizin prognostizieren für Frankreich, ähnlich wie für Österreich, einen erhöhten Bedarf an palliativmedizinischen Einrichtungen.

4.3.7.2 Finanzierung:

Palliativmedizinische Leistungen werden seit 2005 zum Großteil über die „Tarification à l’activité – T2A“ abgerechnet. Dieses Abrechnungsmodell hat für palliativmedizinische Einrichtungen mehr finanzielle Mittel zu Verfügung gestellt, da nicht in Tagespauschalen, sondern aktivitätsbezogen rückvergütet wird. Außerdem stellte die Aufnahme einen weiteren Schritt in der Gleichstellung mit anderen Disziplinen im Gesundheitssystem dar. Dieses Modell wurde 2005 eingeführt und soll bis 2012 vollständig ins Gesundheitswesen integriert sein. Die mobilen Dienste werden noch über eine fixierte Jahrespauschale finanziert (68).

4.3.7.3 Gesetzliche Grundlagen:

Die Einführung von Gesetzen hinsichtlich palliativmedizinischer Versorgung und Patientenrechte hat den Ausbau von Palliative Care in den letzten zehn Jahren stark vorangetrieben (siehe Tabelle 14) und führt zur regelmäßigen Evaluierung und Neuplanung.

Anzahl	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2007	Entwicklung von 2001-2004	Entwicklung von 2004-2007
LISP	-	232	316	758	1281	1908	3075	+ 452%	+ 140%
Betten in USP	742	808	834	782	783	825	947	- 3%	+ 20%
Betten total	742	1040	1150	1540	2064	2733	4012	+ 98%	+ 94%
EMSP	184	265	291	309	317	328	340	+ 20%	+ 7%
2000 und 2006 wurden keine Werte angegeben									

Tabelle 15: Entwicklung der Anzahl an palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen seit 1999 - Bilans de la DHOS (69)

- Recht auf Palliativmedizin:

Am 9. Juni 1999 wurde das Recht auf palliativmedizinische Betreuung für jeden Menschen am Lebensende und die Verpflichtung von Krankenanstalten Palliative Care und adäquate Schmerztherapie anbieten zu müssen, gesetzlich verankert (Loi n° 99-477).

- Loi Leonetti 2005:

In diesem Gesetz, welches am 22. April 2005 in Kraft trat, wurde nach neuerlicher Debatte um aktive Sterbehilfe einstimmig beschlossen, diese nicht als legales Mittel zu gestatten. In diesem Zusammenhang definiert der Gesetzestext eindeutig die Rechte der Patienten und die Pflichten der Ärzteschaft am Lebensende. Da dieses Gesetz Euthanasie als Variante am Lebensende ausschließt, wurden die Forderungen nach Alternativen, also dem Ausbau von palliativmedizinischen Strukturen, lauter (Loi n° 2005-370).

4.3.7.4 Pläne der Regierung seit 1999:

Seit 1999 werden regelmäßig durch Expertenkomitees, seit 2002 durch das „Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement“ Pläne (siehe im Anschluss) erarbeitet, welche die aktuelle Situation der Palliative Care in Frankreich analysieren und darauf aufbauend, die zu verwirklichenden Ziele definieren. Diese Pläne wurden und werden während der Umsetzung evaluiert und teilweise konkretisiert. Nicht alle Ziele des jeweiligen Plansolls (siehe Tabelle 15) wurden erfüllt, doch konnten große Fortschritte verzeichnet werden. Außerdem gelang es, die Regierung

und die Bevölkerung für die Wichtigkeit der Installation von Palliative Care in die nationale Gesundheitspolitik zu sensibilisieren. Trotz des starken Ausbaus innerhalb der letzten Jahre gibt es immer noch stake regionale Unterschiede hinsichtlich der Dichte an palliativmedizinischen Einrichtungen.

Einrichtung	Anzahl	2002 fixierte Ziele	Dichte 2007
EMSP	340	1 EMSP für 200 000 Einwohner	1,07
LISP	3075	5 LISP für 100 000 Einwohner	4,82
USP	89	Nicht fixiert	0,14 (für 100 000 Einwohner)
Betten USP	937	Nicht fixiert	1,47 (für 100 000 Einwohner)

Tabelle 16: 2002 fixierte Ziele und die erzielten Ergebnisse 2007 – Bilans de la DHOS (69)

- Der „Plan de développement des soins palliatifs *1999-2001"* (Budget = 58 Mio. Euro):

Mit der Einführung des „Rechts auf Palliativmedizin" 1999 wurde der erste, etwas unkonkrete Dreijahresplan vorgelegt, in dem die Hauptaufgaben in der Steigerung des Bekanntheitsgrades von Palliative Care sowohl in professionellen Kreisen, als auch in der Bevölkerung, sowie im Ausbau palliativmedizinischer Strukturen gesehen werden. Ebenfalls sollen die regionalen Unterschiede hinsichtlich Zugänglichkeit verringert, die Ausbildung forciert und die Heimkrankenpflege ausgebaut werden.

- Das „Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005 (Budget = 11,5 Mio. Euro):

Dieser konkretere Plan bestand aus drei Hauptaufgabengebieten:

- Der Ausbau des Angebots an palliativmedizinischer Versorgung zu Hause
- Der Ausbau des Angebots an palliativmedizinischer Versorgung in Krankenanstalten als Aufgaben der DHOS; Einführung der LISP
- Eine Bewusstseinsschaffung in der Bevölkerung für die Möglichkeit einer palliativmedizinischen Betreuung am Lebensende, als Aufgabe der DGS (70)

- „Plan cancer 2003-2007“

2003 wurde der Ausbau der palliativmedizinischen Strukturen auch im „Plan cancer 2003-2007“ gefordert, da 90% der Patienten in palliativer Betreuung an Krebs leiden. Dies treibt den Ausbau einerseits voran, andererseits wurden Befürchtungen ausgesprochen, Palliative Care könnte auf dieses Krankheitsbild reduziert werden und spezifische palliativmedizinische Planungen im Programm „Kampf gegen Krebs“ untergehen (71).

4.3.7.5 Erwartete/geplante Entwicklungen:

- Das „programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012“ (Budget: 229 Mio. Euro):

Bis 2012 soll dieser weitere Fünfjahresplan, mit dem bisher weitaus höchsten Budget, umgesetzt werden. Er konzentriert sich wieder auf drei Hauptpunkte:

- Fortführung des Ausbaus palliativmedizinischer Strukturen in den Krankenanstalten und vermehrte Verfügbarkeit zu Hause und in anderen Einrichtungen, wie in Alters- und Pflegeheimen, weil die Franzosen die Möglichkeit haben sollen zu entscheiden, wo sie ihr Lebensende verbringen wollen und vor Ort die Mittel zur verfügbar sein müssen. Außerdem soll auch auf Aufbau von pädiatrisch-palliativmedizinischen Strukturen Wert gelegt werden.
- Aufbau einer organisierten palliativmedizinischen Ausbildung und Forschung
- Schaffung bessere Betreuungsangebote für die Angehörigen

Auch soll durch die Größe dieses Projekts eine „palliativmedizinische Kultur“ in professionellen Kreisen wie auch in der Bevölkerung weiter verbreitet werden (57).

5 Diskussion:

5.1 Einleitung:

Im folgenden Kapitel wird überlegt, warum ein Vergleich von palliativmedizinischen Systemen zweier Länder sinnvoll erscheint, auf welche Schwierigkeiten man dabei stößt und wie sich die in dieser Arbeit gewählten Methoden dafür eignen. Frankreich- und Österreichspezifische Fakten, die im theoretischen Teil erarbeitetet wurden, werden gegenübergestellt, wobei ihre Darstellung auf jene Unterschiede fokussiert, welche einen Einfluss auf die Organisation, die Finanzierung, den Ausbau und die Flächendeckung des palliativmedizinischen Systems haben. Im Rahmen dieses Vergleichs wird auf die Stärken und Schwächen beider Systeme eingegangen und es werden Überlegungen angestellt, inwieweit Modelle eines Landes, welche das palliativmedizinische System betreffen oder dieses beeinflussen, Ansatzpunkte für Veränderungsvorschläge für das jeweilig andere Land bieten könnten. Dabei soll festgestellt werden, ob Frankreich bzw. Österreich durch Anwendung oder Einführung von Strategien und Strukturen des anderen Staates profitieren könnten, bzw. aus welchen Gründen ein Lernprozess nicht funktionieren würde. Es handelt sich dabei stets um hypothetische Ansatzmöglichkeiten zur Verbesserung des Palliativsystems, die oftmals mangels Daten nicht evidenzbasiert sind, aber als Grundlage für weitere Überlegungen und Diskussionen dienen können.

Themen, welche zwar unterschiedlich, aber nicht übertragbar sind, wie geographische Gegebenheiten, die Wichtigkeit von Religion im Leben der Bevölkerung oder die Bereitschaft der Bürger sich ehrenamtlich zu engagieren, werden behandelt und ihr etwaiger Einfluss auf die Versorgungsstrukturen diskutiert.

5.2 Methoden:

5.2.1 Sinnhaftigkeit eines Ländervergleichs:

Am Auf- bzw. Ausbau einer flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung, sowie deren Organisation und Finanzierbarkeit, wird nicht nur in Österreich, sondern in den meisten anderen Ländern der EU, unter ihnen Frankreich, gearbeitet. Dabei stößt man in jedem Land unweigerlich auf Schwierigkeiten und Hindernisse vielerlei Art, wofür die Verantwortlichen in ihrem jeweiligen Umfeld Lösungsvorschläge finden müssen. Insofern erscheint es sinnvoll, Leistungen, die in anderen Ländern bereits erbracht wurden, mit den eigenen zu vergleichen, um die Etablierung eines funktionierenden Systems durch

gegenseitiges Lernen verbessern bzw. beschleunigen zu können. Einzelne Strukturen dürfen hierbei allerdings nicht isoliert betrachtet werden, die jeweiligen übergeordneten Systeme, in dieser Arbeit das Gesundheitssystem und länderspezifische Gegebenheiten, müssen stets berücksichtigt und in Überlegungen zur möglichen Übertragbarkeit von Strukturen und Strategien eingeschlossen werden.
Ähnliche zwischenstaatliche Vergleiche gelten in der medizinischen Versorgungsforschung als wissenschaftlich anerkannte Methode.

5.2.2 Epidemiologische Datenerfassung:

Bei der Datenerfassung hinsichtlich des Gesundheitssystems und des palliativmedizinischen Systems durch Recherche in Fachliteratur, Internetrecherche und Observation im palliativmedizinischen Bereich stellt das Erlangen von aktuellen Fakten die größte Schwierigkeit dar. Selbst die neuesten auffindbaren Daten, wie sie in dieser Arbeit verwendet wurden, stammen aus Zählungen, die rund zwei Jahre alt sind. Man muss daher davon ausgehen, dass die verwendete Datenlage nicht dem aktuellen Entwicklungsstand der palliativmedizinischen Versorgung entspricht. Überdies weichen gewisse Zahlen je nach Institutionen, von denen sie präsentiert werden, leicht voneinander ab.

5.2.3 CATWOE:

Um komplexe und unübersichtliche Arbeitsfelder, wie organisatorische Systeme und Gesundheitsstrukturen in großen Kontexten (z.B. ganze Länder), strukturiert beschreiben zu können, hat sich CATWOE (Customer, Actor, Transformation, Weltanschauung, Owners, Environmental Constraints), eine von Peter Checkland und Jim Scholes 1990 entwickelte und anerkannte Methode der qualitativen Forschung, deren Anwendung auch zu Erfassung von Versorgungsdaten im Gesundheitssystem sinnvoll erscheint, als angemessen erwiesen (1). Durch die Zuhilfenahme dieser Methode konnte überschaubar und zusammenhängend dargestellt werden, welche Personen und Körperschaften in ein System involviert sind, was von ihnen auf welche Art und Weise umgesetzt wird und welche Faktoren sie beeinflussen, ohne dabei relevante Informationen auszulassen.

5.3 Länderspezifische Einflussfaktoren:

5.3.1 Geographie:

Österreich erstreckt sich zu 60% auf gebirgigem Gebiet, wohingegen sich Frankreichs Landschaft zum größten Teil flach bis leicht hügelig darstellt. Die gleichwertige Zugänglichkeit zu palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen hängt mitunter von der geographischen Erreichbarkeit von stationären Einrichtungen und der möglichen Inanspruchnahme von ambulanten Diensten ab. Insofern kann man davon ausgehen, dass sich eine bedarfsgerechte gleichwertige Flächendeckung für alle Teile eines Landes effizienter gestalten lässt, wenn sowohl der Weg von Anbietern ambulanter Dienste zu den Patienten, als auch der Zugang zu stationären Einrichtungen für Patienten einfacher ist, was in Frankreich auf Grund der geographischen Situation häufiger zutrifft.
Darüber hinaus stellt die geringe Bevölkerungsdichte in den gebirgigen Regionen Österreichs ein Problem dar, den dort lebenden Menschen bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen in angemessenen Entfernungen anbieten zu können.

5.3.2 Wertehaltungen der Bevölkerung:

5.3.2.1 Religiosität:

Religion wird in Frankreich lediglich von 10,9% der Menschen als sehr wichtig angegeben, wohingegen sie von 20,2% aller Österreicher als bedeutsam gesehen wird. 30% der Franzosen beurteilen Religiosität als unwichtig in ihrer Lebensauffassung, nur 16,7% aller Österreicher. Die Meinung, religiöse Institutionen gäben Antworten auf moralische Fragestellungen, wird in beiden von rund einem Drittel der Bevölkerung befürwortet. Ein Zusammenhang zwischen Religiosität einer Bevölkerung und dem Auf- und Ausbau der palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen eines Landes konnte nicht erkannt werden.

5.3.2.2 Euthanasie:

Ob es einen Zusammenhang zwischen der Einstellung der Bevölkerung eines Landes zur Euthanasie und dem Fortschritt des Ausbaus eines palliativmedizinischen Systems gibt, ist bislang nicht bekannt. Dennoch war es bei der Analyse der WVS auffällig, dass in Frankreich lediglich 12,4% aller Bürger aktive Sterbehilfe nie als eine zu rechtfertigende Variante ansehen. In Österreich waren es im Vergleich dazu 30,9%, was eher dem europäischen Durchschnitt entspricht. Dies könnte auch Mitgrund sein, weswegen die

Debatte um die Legalisierung von Euthanasie in Frankreich immer wieder aufflammt, während in Österreich diesbezüglich anscheinend Einigkeit in der Öffentlichkeit und der politischen Diskussion besteht. Der österreichische Nationalratsbeschluss im Jahr 2001 hinsichtlich des Ausbaus palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen war eindeutig als Bekräftigung der Ablehnung von Euthanasie zu verstehen. Öffentlich findet in Österreich eine Euthanasiediskussion so gut wie nicht statt.

5.3.2.3 Bereitschaft zu ehrenamtlicher Tätigkeit:

Der Prozentsatz der Bevölkerung, der Mitglied in einer Organisation ist, die alten und behinderten Menschen ehrenamtlich Hilfestellungen anbietet, beläuft sich in Frankreich wie in Österreich auf 6%. Deutliche Unterschiede zeigen sich aber im tatsächlichen Engagement ehrenamtliche Arbeiten zu leisten, die in Frankreich mit 4% doppelt so hoch liegt wie in Österreich mit 2%. Leider existiert keine spezifische Zahl, die den prozentuellen Anteil der Tätigkeit im palliativmedizinischen System angibt, welche Rückschluss auf die in Österreich relativ höhere Dichte an Ehrenamtlichen in diesem Bereich geben könnte. Festzuhalten ist allerdings, dass der Ausbau der ehrenamtlichen Hospizdienste in Österreich rasch vorangegangen ist und Ehrenamtliche einen unverzichtbaren Baustein im palliativmedizinischen Versorgungsnetz spielen.
Die Motivation für ehrenamtliche Mitarbeit stellen in Österreich zumeist die Sympathie für ältere Menschen und die moralische Verpflichtung ihnen gegenüber dar. In Frankreich wird am häufigsten das gesamtgesellschaftliche Interesse als Beweggrund angegeben.

5.4 Einflussfaktoren auf Ebene des Gesundheitssystems:

5.4.1 Zentralismus – Föderalismus:

Dieser Unterschied könnte auch in Kapitel 6.3 auf Länderebene bearbeitet werden, weil er sich nicht nur auf das Gesundheitssystem bezieht. Da sich diese Arbeit aber zu einem größeren Teil mit dem Gesundheitssystem und dem palliativmedizinischen System auseinandersetzt, sei dieser Gegensatz in der Regierungsform auf gesundheitspolitischer Ebene dargestellt.
Obwohl beide Länder, Frankreich und Österreich, als demokratische Staaten regiert werden, finden sich bei näherer Betrachtung Unterschiede hinsichtlich der Entscheidungskompetenzen zwischen nationalen und regionalen Stellen.

In Österreich werden lediglich die grundsätzlichen Bestimmungen das Gesundheitswesen - und damit auch das palliativmedizinische System - betreffend im Parlament beschlossen, aber auf Ebene der Bundesländer ausgeführt und verwaltet. Die Abgabe der Kompetenzen an regionale Stellen entspricht der föderalistischen Regierungsform, die als Grundsatz für alle politischen Teilbereiche des Staates gilt. Die Tatsache, dass Gesetze auf Länderebene umgesetzt werden, bietet die Möglichkeit eines bedarfsgerechten Ausbaus von medizinischen Strukturen auf lokaler Ebene. Hingegen ist deren Umsetzung aber stark von der politischen Orientierung von Landesregierungen und dem persönlichen Engagement der Zuständigen abhängig, was in weiterer Folge zu Unregelmäßigkeiten in der nationalen Flächendeckung führt.

Frankreich hingegen sieht den Beschluss von Gesetzen im Gesundheitswesen, sowie deren Umsetzung und Verwaltung in allen Teilen des Landes als überregionale Aufgabe. Direkt dem Gesundheitsministerium weisungsgebundene Stellen, die „Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales – DRASS“ und die „Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales – DDASS“, sind für die Durchführung zuständig. In diesem zentralistischen System obliegt den Regionen lediglich eine geringfügige Beratungskompetenz bei der Bedarfsanpassung von lokalen Strukturen. Dies soll dazu führen, dass eine gleichwertige landesweite Flächendeckung an Versorgungsstrukturen aufgebaut werden kann, führt aber so zu einer schlechteren Anpassung an die jeweiligen regionalen Bedürfnisse. Diesbezüglich wurde in den letzten Jahren versucht, das System weiter zu dezentralisieren, zum Beispiel durch Einführung der „Agences régionales de l'hospitalisation – ARH“.

Diese unterschiedliche Art der Umsetzung von Gesetzen beeinflusst auch die Finanzierung von Strukturen im Gesundheitswesen. In Österreich existieren diesbezüglich im palliativmedizinischen Bereich, außer für Palliativstationen, bis jetzt keine zentralen Regelungen. Die daraus resultierende Vielzahl an Finanzierungsmodellen und unterschiedlichen Geldgebern erschweren den flächendeckenden Ausbau eines Palliativsystems und führen wiederum zu Unterschieden in den Bundesländern, abhängig von der durch die jeweilige Landesregierung bestimmten Budgetverteilung.

Durch die ebenfalls zentral geregelte Budgetierung ist das palliativmedizinische System in Frankreich, verglichen mit anderen Strukturen des Gesundheitssystems, von keinen zusätzlichen finanziellen Schwierigkeiten betroffen. Die einheitlichere Finanzierung hat einen positiven Einfluss auf den Fortschritt des Ausbaus eines Palliativsystems und dessen Stellung im Gesundheitswesen.

Welches dieser zwei Systeme ein Land zu regieren, dessen Gesetze zu verwalten und umzusetzen, sich letztendlich vorteilhafter für die Bevölkerung darstellt, soll hier nicht bewertet werden, da dies ein Thema wäre, welches nicht nur das Gesundheitswesen und das palliativmedizinisches System beträfe, sondern in viele politische Bereiche hineinspielen würde und nicht dem Umfang und Thema dieser Arbeit entspräche. Die Änderung des Regierungssystems eines Landes wäre unrealistisch, wohl aber können innerhalb davon gewisse Kompetenzen und Aufgaben anders verteilt werden.

Das Problem der uneinheitlichen und undurchsichtigen Finanzierung von ambulanten palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen in Österreich, ließe sich durch eine zentral geregelte Mittelverteilung, wie sie in Frankreich existiert, eindämmen. Die Überlegungen und Verhandlungen, welche Strukturen aus welchem Budget bezahlt werden, müssten nicht mehr jährlich neu geführt werden und die Abhängigkeit von nichtstaatlichen Geldern würde sich verringern. Umsetzungen von nationalen Plänen würden weniger von der politischen Situation der einzelnen Bundesländer und dem lokalen Engagement von Einzelpersonen abhängen. Außerdem wäre durch die den anderen Leistungen im Gesundheitssystem gleichwertige Vergütung auch ein weiterer Schritt in der Gleichstellung der Palliativmedizin im Gesundheitswesen erreicht. Diese „Finanzierung aus einer Hand“ ist über den palliativmedizinischen Bereich hinaus eine Diskussion, die auch andere Strukturen im österreichischen Gesundheitswesen betrifft.

Hinsichtlich der bedarfsgerechten Flächendeckung im Ausbau von palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen hat ein föderalistisches System im Gesundheitswesen, wie es in Österreich besteht, den Vorteil, besser auf die lokalen Bedürfnisse eingehen zu können. Auf diese Weise kann in dezentralen Stellen, wie den Landesregierungen in Österreich, je nach Bevölkerungsdichte, geographischer Situation und bestehenden Geldmitteln sinnvoller entschieden werden, wie man der Bedarfslage in den jeweiligen Bundesländern gerecht werden kann.

Darauf, dass zentrale Regelungen, den Ausbau von medizinischen und palliativmedizinischen Versorgungseinrichtungen betreffend, nicht auf alle Teile eines Landes gleich anzuwenden sind, wurde in Frankreich in den letzten Jahren trotz des starken parlamentarischen Einflusses in den Regionen durch Einführung ausgelagerter Stellen (DRASS, DDASS, ARH) vermehrt Rücksicht genommen. So konnte eine bessere Bedarfsanpassung erzielt werden, wobei dies nach wie vor nicht in allen Regionen erfolgreich umgesetzt wurde.

5.4.2 Ambulante – stationäre Versorgung:

An der Zahl und dem Prozentsatz der niedergelassenen Ärzte in Frankreich lässt sich ihre bedeutendere Position im Gesundheitssystem im Vergleich zu Österreich erkennen. Während in Österreich rund 46% aller Ärzte im niedergelassenen Bereich tätig sind, arbeiten in Frankreich circa 59% in Praxen. Medizinisch-ärztliche Leistungen werden folglich vermehrt in ambulanten Strukturen erbracht. Im palliativmedizinischen Bereich spielt dies insofern eine Rolle, da Modelle von Angeboten für spezialisierte Palliative Care (z.B. spezialisierte Teams, Kompetenzzentren, etc.) vermehrt für den ambulanten Bereich entwickelt werden müssen.

Selbstverständlich darf davon auch in Österreich nicht Abstand genommen werden, jedoch kann in einem krankenanstaltenkonzentrierten Gesundheitssystem davon ausgegangen werden, dass auch spezialisierte palliativmedizinische Leistungen, wie alle anderen Gesundheitsleistungen vermehrt durch an Spitäler gebundene Strukturen angeboten wird. Strukturen der spezialisierten Palliative Care sind auch dafür verantwortlich, dass ein Wissenstransfer in alle anderen Strukturen stattfindet, der eine allgemeine palliativmedizinische Versorgung gewährleisten soll.

5.5 Einflussfaktoren auf Ebene des palliativmedizinischen Systems:

5.5.1 Stand der Umsetzung vorhandener Konzepte:

Im Bericht „abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung“ des ÖBIG wurden im Jahr 2004 für Österreich erstmals konkrete Standards erarbeitet, die bis zum Jahr 2012 umgesetzt werden sollten. 2009 lässt der Fortschritt im Ausbau des palliativmedizinischen Systems in Österreich allerdings nicht erwarten, dass die vorgegebenen Kriterien in der geplanten Frist erfüllt werden. Obwohl das ÖBIG in Österreich solche Kriterien entworfen hat, bleibt weiterhin zu hinterfragen, inwieweit dies ohne konkrete Umsetzungsstrategie, notwendige Geldmittel und Qualitätssicherung sinnvoll ist. Momentan begnügt man sich häufig damit, Fristen regelmäßig hinauszuschieben und Qualitätskriterien zu modifizieren, um dem Plansoll eher gerecht zu werden, anstatt konkrete Maßnahmen zu setzen

In Frankreich existieren zwar Empfehlungen des „Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement“, wie eine flächendeckende

palliativmedizinische Versorgung aussehen sollte, diese sind jedoch wesentlich weniger konkret als in Österreich, sodass deren Umsetzungsstand schwer zu beurteilen ist.
In der Planung des Ausbaus eines Systems kann man von einem Vorteil sprechen, wenn klare Strukturqualitätskriterien und Plansolls vorliegen, die innerhalb eines gewissen Zeitraums umgesetzt werden sollten. Da diesbezüglich in Frankreich lediglich unpräzise Überlegungen vorhanden sind, würde sich der Vorschlag anbieten, Strukturqualitätskriterien, wie den vom ÖBIG ausgearbeiteten Bericht „abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung“, zu definieren, um ein konkretes Ziel vor Augen zu haben. Bei einem solchen Entwurf sollte aber auch an eine realistische Strategie zur Umsetzung solcher Standards unter Berücksichtigung der jeweiligen Finanzlage gedacht werden.
Insgesamt lässt sich jedoch festhalten, dass es in den letzten Jahren zu einem deutlichen Fortschritt in der palliativmedizinischen Versorgung in beiden Ländern gekommen ist.

5.5.2 Versorgungseinrichtungen im palliativmedizinischen Bereich:

Die spezifischen Betreuungsangebote Frankreichs und Österreichs werden in diesem Teil der Diskussion auf deren Unterschiede überprüft und verglichen und es wird überlegt, ob ihre Existenz im jeweilig anderen Land, sofern nicht vorhanden, von Nutzen sein könnte bzw. inwiefern man auf Schwierigkeiten stoßen würde. Dabei muss berücksichtigt werden, dass sich in einem Land vorhandene Strukturen aus spezifischen Notwendigkeiten heraus entwickelt haben und sich in dem System bewähren, in welchem sie bestehen. Einflussfaktoren aus dem Gesundheitssystem, wie u. a. die Rollenverteilung zwischen stationärer und ambulanter Betreuung und die Kompetenz und Autorität von Pflegepersonal in der Hauskrankenpflege, die das jeweilig vorhandene Versorgungsangebot prägen, stellen einige Stolpersteine bei der Übertragbarkeit eines Strukturangebots von einem Land auf das andere dar. Dennoch kann nach Stärken bestimmter Einrichtungen gesucht und es können kritische Überlegungen hinsichtlich einer etwaigen Möglichkeit der Anwendbarkeit im anderen Land angestellt werden.

5.5.2.1 Anzahl der verfügbaren Palliativbetten:

Seit der Einführung von für Palliativpatienten reservierte Betten auf akutmedizinischen Abteilungen in Frankreich im Jahr 2001 ist die Gesamtanzahl der verfügbaren Palliativbetten stark gestiegen (siehe Tabelle 14). Die „lits identifiés de soins palliatifs“ stellen heute ca. ¾ aller palliativmedizinischen Betten dar und führten zu einer breiteren

Verfügbarkeit an palliativmedizinischer Betreuung für die Bevölkerung. Zusammen mit den Unités de soins palliatifs existierten 2001 (vor Einführung der LISPs) etwa 16,6 Betten/Mio. Einwohner und im Jahre 2007 rund 64,2/Mio. Einwohner (49,2 LISPs/Mio. Einwohner und 15 Betten in USPs/Mio. Einwohner). Diese Zahlen lassen die große Bedeutung der LISPs hinsichtlich der Kapazität an Palliativbetten in Frankreich erkennen. Daneben soll Palliativpatienten auf diese Weise ein reibungsloser Übergang zwischen palliativ- und akutmedizinsicher Betreuung ermöglicht werden. In Österreich standen 2008 auf Palliativstationen und Hospizen insgesamt 31,9 Betten/Mio. Einwohner zur Verfügung (26,6 Betten auf Palliativstationen/Mio. Einwohner und 5,25 Betten in stationären Hospizen/Mio. Einwohner).

Österreich verfügt verhältnismäßig über mehr Plätze auf Palliativstationen, die Anzahl der Betten in Frankreich, in denen palliativmedizinische Leistungen durchgeführt werden, übersteigt die in Österreich jedoch um mehr als das Doppelte. Aufgrund fehlender Strukturqualitätskriterien für die LISPs ist es jedoch zu vermuten, dass die Versorgungsqualität in diesen Betten nicht das Niveau einer spezialisierten Palliativmedizin hat. Die Gesamtzahl und der Zuwachs an Palliativbetten in Frankreich seit 2001 wären beeindruckend, doch sei auch die Tatsache zu beachten, dass die Bettenzahl auf Palliativstationen, wo eine qualitativ adäquate Therapie angeboten werden kann, seit Einführung der LISPs nur sehr gering gestiegen ist.

Die Überlegung, in Österreich palliativmedizinische Betten auf akutmedizinischen Abteilungen anzubieten, kommt also nur insofern als etwaiger Veränderungsvorschlag in Frage, sofern die Qualität der palliativmedizinischen Versorgung garantiert werden kann, was sich außerhalb von Palliativstationen auf Grund zu geringer fachlicher Expertise als schwierig darstellt. Zudem existieren derzeit keine Daten, die die Effektivität solcher „Palliativbetten“ zeigen.

5.5.2.2 Hospize:

Hospize dienen Patienten, deren Versorgung aus verschiedenen Gründen derartig aufwendig ist, dass sie im ambulanten Setting nicht gewährleistet werden kann. Diese Einrichtungen existieren in Österreich, jedoch nicht in Frankreich. Von der empfohlenen Anzahl von 30 Betten/Mio. Einwohner ist man derzeit mit 5,25 Betten/Mio. Einwohner weit entfernt, und es sind bislang auch keine Bemühungen erkennbar, die Zahl der Hospizbetten zu erhöhen. Ein Grund dafür ist sicherlich, dass im Gegensatz zu Palliativstationen, die Finanzierung unsicher ist.

In Frankreich stehen zwar Alters- und Pflegeheime zur Verfügung, in denen von der Hospitalisation à domicile – HAD oder den Réseaux de soins palliatifs – RSPs palliativmedizinische Leistungen erbracht werden können, eine spezialisierte stationäre Einrichtung für terminal Kranke außerhalb einer Unité de soins palliatifs – USP gibt es jedoch nicht.

Es könnte in Erwägung gezogen werden, stationäre Betreuungseinrichtungen, wie die österreichischen Hospize, neben Palliativstationen in Frankreich zu errichten. So würde zwischen Aufnahme auf eine Unité de soins palliatifs und einer Pflege zu Hause eine Einrichtung existieren, in der stationär auch längerfristig gewisse Schweregrade von terminalen Krankheitsbildern betreut werden könnten. Hierbei gilt es jedoch zu überlegen, ob die Qualität einer Betreuung in hospizähnlichen Einrichtungen der von der HAD zu Hause erbrachten Leistung überlegen sein kann.

5.5.2.3 Tageshospize:

In diesen Institutionen werden Betreuungsmaßnahmen durchgeführt, die keiner stationären Aufnahme bedürfen. Medizinische und psychosoziale Beratung und Behandlung werden durchgeführt, im Mittelpunkt steht jedoch die Möglichkeit, den Tag außerhalb der gewohnten Umgebung zu verbringen und mit in ähnlichem Maße Betroffenen an verschiedenen Aktivitäten teilzunehmen, sowie pflegende Angehörige zu entlasten.

Da in Frankreich keine aufgabenähnlichen Institutionen existieren, die versuchen, der sozialen Isolation von Palliativpatienten zuvor zu kommen, deren Lebensqualität zu verbessern, zur Selbstständigkeit zu motivieren und so eine stationäre Aufnahme zu verhindern oder hinauszuzögern, könnte die Einführung einer solchen Versorgungsstruktur überlegt werden. Nachdem der Sinn von Tageshospizen eher in der Entlastung der Betroffenen selbst und deren Angehörigen durch Ausbrechen aus ihrer oft belastenden Alltagssituation liegt, finden sich hierbei wenig Überschneidungen mit den Aufgabenbereichen von bereits existierenden Versorgungsstrukturen. Dabei müsste natürlich eine geregelte Finanzierung, womit die österreichischen Tagehospize zu kämpfen haben, garantiert werden können.

5.5.2.4 Mobile palliativmedizinische Dienste und Konsiliardienste:

Die mobilen Palliativteams Österreichs sind den Réseaux de soins palliatifs – RSPs in Frankreich sowohl in ihrer Aufgabe als auch in der empfohlenen Zusammensetzung des Teams gleichzusetzen. Die RSPs stellen in Frankreich die einzig nicht einheitlich staatlich organisierte und finanzierte Struktur dar, die österreichischen mobilen Palliativteams werden aber ebenso auf unterschiedliche Weise bezahlt und geregelt.

In Österreich finden sich 2007 31 mobile Palliativteams – 3,7/100.000 Einwohnern – in Frankreich zum selben Zeitpunkt 113 Reseaux de soins palliatifs, was 1,8 Teams/100.000 Menschen entspricht. Die niedrigere mobiler Teams Anzahl in Frankreich lässt sich wahrscheinlich durch das Vorhandensein der gut funktionierenden Heimkrankenpflege, der HAD, erklären.

Die Gleichheit hinsichtlich Zuständigkeit und Personalzusammensetzung trifft auch auf den palliativmedizinischen Konsiliardienst in Österreich im Vergleich mit den Équipes mobiles de soins palliatifs in Frankreich zu.

Die 2007 30 vorhandenen palliativmedizinischen Konsiliardienste in Österreich ergeben einen Vergleichswert von 3,6/100.000 Menschen. Zur selben Zeit waren in Frankreich 337 EMSP - 5,4/100.000 Einwohnern - im Einsatz. Durch das Vorhandensein der „lits identifiés de soins palliatifs“ – LISP wird diese höhere Zahl in Frankreich erklärbar.

In Österreich ist es in den letzten 2 Jahren zu einem Ausbau der mobilen Palliativteams in nahezu allen Bundesländern gekommen (pers. Mitteilung I. Strohscheer).

5.5.2.5 HAD – Hospitalisation à domicile:

Diese in Frankreich existierende und gut funktionierende Heimkrankenbetreuung wurde in den letzten vier Jahren aufgrund der Kostenersparnis durch Verkürzung und Reduktion von stationären Aufenthalten stark ausgebaut. Sie ist weitgehend etabliert und wird von vielen Patienten in Anspruch genommen.

Multiprofessionelle Teams übernehmen zu rund 40% palliativmedizinische Tätigkeiten, ärztlicher, pflegerischer und psychosozialer Art. Die Teilnahme dieses Strukturbausteins an der palliativmedizinischen Versorgung und die damit verbundene Möglichkeit, eine Vielzahl an Leistungen zu Hause zu erbringen, kann möglicherweise das geringere Vorhandensein anderer mobiler Dienste (Reseaux de soins palliatifs) und die Abwesenheit von Hospizen und Tageshospizen in Frankreich erklären.

In Österreich könnte überlegt werden, ob es sinnvoll wäre, Modelle für mobile multiprofessionelle Teams zu entwerfen, die sowohl ärztliche als auch pflegerische Tätigkeiten, im akut- und palliativmedizinischen Bereich zu Hause durchführen. Dabei stößt man jedoch unweigerlich auf das Problem, dass von der österreichischen Hauskrankenpflege auf Grund ihrer Ausbildung keine ärztlichen Leistungen erbracht werden können und der Autoritätsbereich bei selbstständigen Handlungen am Patienten der Arbeitskräfte stark eingegrenzt ist. Obwohl in der Ausbildung enthalten, kann daher Palliative Care in der Heimpflege nicht gut umgesetzt werden. Insofern und angesichts der krankenanstaltenzentrierten Versorgungssituation erscheint die Etablierung eines solchen Systems in Österreich eher problematisch.

5.5.2.6 Ehrenamtliche:

Sowohl in Österreich als auch in Frankreich können in allen palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen Ehrenamtliche in die Betreuung von Patienten mit einbezogen werden. In beiden Ländern ist eine absolvierte Ausbildung und die Mitgliedschaft in einer ehrenamtlich tätigen Vereinigung Voraussetzung, um psychosoziale und emotionale Beratung und Begleitung für Patienten bzw. deren Angehörige anzubieten. Während in Österreich eigens koordinierte Hospizteams existieren, werden Ehrenamtliche in Frankreich von der in Anspruch genommenen Versorgungseinrichtung eingesetzt und koordiniert. Dies stellt einen organisatorischen Unterschied dar, für die Patienten ist die Verfügbarkeit von ehrenamtlichen Mitarbeitern jedoch gleichwertig vorhanden.
Während in Österreich 2007 2.749 Ehrenamtliche tätig waren, was rund 33/100.000 Einwohnern entspricht, belief sich die Zahl in Frankreich mit rund 5000 Mitarbeitern lediglich auf rund 8/100.000 Menschen. Dieser Unterschied ist erstaunlich, da nach den Ergebnissen der World Value Study das Engagement der französischen Bevölkerung hinsichtlich ehrenamtlicher Tätigkeit als größer bewertet wurde. Diese Tatsache lässt den logisch erscheinenden Zusammenhang zwischen höherer Bereitschaft und größerer Anzahl an Ehrenamtlichen fraglich erscheinen. Hierbei muss allerdings beachtet werden, dass in der WVS keine genaue Differenzierung zwischen ehrenamtlicher Mitarbeit im palliativmedizinischen Bereich gegenüber anderen Gebieten des Gesundheits- und Sozialbereichs existierte. Diese Zahlen sollten auch insofern mit Vorsicht beurteilt werden, weil Erhebungen in Frankreich anscheinend nie exakt durchgeführt, sondern lediglich geschätzt wurden und an eine genaue Datenlage schwer heranzukommen ist.

6 Konklusionen:

In diesem Kapitel werden die in der Diskussion erarbeiteten Stärken, von denen einige möglicherweis als Veränderungsvorschlag in Frage kämen, beider Länder und deren Systeme kurz zusammengefasst:

- Die geographische Situation in Frankreich macht die Umsetzung einer bedarfsgerechten Flächendeckung palliativmedizinscher Versorgung einfacher.
- Zwischen dem Ausbau des palliativmedizinischen Systems und der Einstellung zu Religiosität bzw. zu Euthanasie besteht kein Zusammenhang, weshalb diese Werte hier nicht als Stärke oder Schwäche beurteilt werden.
- Die höhere Bereitschaft zu ehrenamtlicher Tätigkeit in Frankreich könnte grundsätzlich als ein Vorteil gewertet werden, die tatsächliche Zahl an Ehrenamtlichen lässt allerdings gewissen Raum für Spekulationen. Österreich hat ein expandierendes und gut aufgestelltes System von Ehrenamtlichen im Hospizwesen.
- Die föderalistische Organisation des Gesundheitswesens und des Palliativsystems in Österreich stellt hinsichtlich der Entwürfe einer bedarfsgerechten Flächendeckung eine Stärke dar, bezüglich einer einheitlich sichergestellten Finanzierung und der gleichwertigen landesweiten Umsetzung von nationalen Plänen besteht eine klare Schwäche. Umgekehrt verhält sich dies im zentralistischen System Frankreichs.
- Bei Planung des Auf- und Ausbaus eines palliativmedizinischen Systems ist das Vorhandensein definierter Strukturqualitätskriterien in Österreich von Vorteil, sofern auch eine konkretere Umsetzungsstrategie und Qualitätssicherung vorliegen würde. Das Fehlen solcher definierten Plansolls und Strukturqualitätskriterien in Frankreich kann als nachteilig bewertet werden.
- Die höhere Anzahl an palliativmedizinischen Betten seit Einführung der Lits identifiés de soins palliatifs - LISPs in Frankreich würde vorteilhaft erscheinen, sofern die Qualität der palliativmedizinischen Betreuung garantiert werden kann. Österreich stellt die höhere Zahl an Betten auf Palliativstationen.
- Als positiv kann in Österreich, trotz der Finanzierungssituation außerhalb des Gesundheitssystems, die Möglichkeit beurteilt werden, durch stationäre palliativmedizinische Langzeitpflege in Hospizen fallweise die Aufnahme auf

Palliativstationen grundsätzlich zu vermeiden und häusliche Versorgungssituationen zu entlasten. Allerdings ist die Anzahl der Hospizbetten weit entfernt vom Plansoll. Ebenso stellt sich die Existenz von Tageshospizen eventuell als vorteilhaft dar.

- Die gut funktionierende mobile Heimkrankenbetreuung, Hospitalisation à domicile - HAD, die auch palliativmedizinische Leistungen erbringt, zählt zu den Stärken Frankreichs.

7 Literaturverzeichnis:

(1) Peter Checkland, Jim Scholes: Soft Systems Methodology in Action. Wiley, New York 1999. ISBN 0-471-98605-4

(2) World Value Studie: http://www.wvsevsdb.com/wvs/WVSAnalizeQuestion.jsp (letzter Zugriff am 29.07.2009)

(3) Wikipedia - Österreich: http://de.wikipedia.org/wiki/%C3%96sterreich (Zugriff am 14.04.2009)

(4) CIA – The World Fact Book: https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/au.html (Zugriff am 14.04.2009)

(5) Bundesministerium für Inneres: Nationalratswahlen 2008: http://wahl08.bmi.gv.at (Zugriff am 15.04.2009)

(6) Statistik Austria – Geburtenrate: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html (Zugriff am 15.04.2009)

(7) Statistik Austria- Bevölkerungsprognosen: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html (Zugriff am 15.04.2009)

(8) Statistik Austria – Lebenserwartung: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html (Zugriff am 15.04.2009)

(9) Statistik Austira – Todesursachen: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html (Zugriff am 15.04.2009)

(10) Hofmarcher MM, Rack HM. *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006. ISSN 1817-6127 Vol. 8 No. 5

(11) Das Gesundheitswesen in Österreich - Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Sektion IV, Radetzkystraße 2, 1030 Wien. 4., aktualisierte Auflage, Stand: Dezember 2005. ISBN 3-900019-60-6

(12) Statistik Austria - Einrichtungen im Gesundheitswesen: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html (Zugriff am 05.05.2009)

(13) Statistik Austria - Personal im Gesundheitswesen: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html (Zugriff am 05.05.2009)

(14) Statistik Austria – stationäre Aufenthalte: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/index.htm (Zugriff am 06.05.2009)

(15) Bundesministerium für Gesundheit – Gesundheitsreform 2005: http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0717&doc=CMS1104313005110 (Zugriff am 08.05.2009)

(16) Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger; Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2009; 1030 Wien, Kundmanngasse 21; Ferdinand Berger GmbH., Wiener Straße 21 - 23, 3580 Horn

(17) Ö1 - Radiodoktor - Medizin und Gesundheit: http://oe1.orf.at/libero/130120.html (Zugriff am 08.05.2009)

(18) BMG – Ministerium: http://www.bmg.gv.at/cms/site/service.html?key=ministerium (Zugriff am 09.05.2009)

(19) ÖBIG: http://www.goeg.at/de/OEBIG.html (Zugiff am 09.05.2009)

(20) Hauptverband der Sozialversicherungsträger: http://www.hauptverband.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl:window=hvbportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=58407&p_tabid=6 (Zugriff am 09.05.2009)

(21) Statistik Austria – Gesundheitsausgaben in Österreich: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html (Zugriff am 10.05.2009)

(22) BMG – LKF-Modell 2009 : http://www.bmg.gv.at/cms/site/thema.html?channel=CH0719 (Zugriff am 09.05.2009)

(23) Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008: http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH0716/CMS1136983382893/oesg_2008_-_gesamt.pdf (Zugriff am 10.05.2009)

(24) BMG – Reformen: http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0717&doc=CMS1211801668459 (Zugriff am 10.05.2009)

(25) Hofler A E. die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. IFF – Palliative Care und organisationales Lernen. Kursbuch Palliative Care 2/2001. Wien 2001.

(26) Gronemeier R, Fink M, Globisch M, Schumann F. Helfen am Ende des Lebens – Hospizarbeit und Palliative Care in Europa, Wuppertal 2004. der hospiz verlag

(27) A Kratschmar, H Teuschl. Hospiz und Palliativführer Österreich 2007. Bundepressedienst Wien 2008.

(28) Stationäre Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich: http://www.hospiz.at/pdf_dl/statistik_ho_palbetten01_2008.pdf (Zugriff am 13.11.2008)

(29) ÖBIG. C Nemeth, I Rottenhofer. Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung Österreich. Wien 2004. (Link: http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/3/6/7/CH0716/CMS1103710970340/bericht_abgestufte_hospiz-_und_palliativversorgung.pdf)

(30) Pressekonferenz von Kurt Grünewald, Gesundheitssprecher der Grünen. Wien, am 14.3.2008: www.gruene.at/uploads/media/Gruenewald_Hospiz-PK-Papier.doc (Zugriff am 16.11.2008)

(31) Datenerhebung 2007 von Hospiz Österreich: http://www.hospiz.at/DBSQL/download/2007/Ergebnisse_Datenerhebung_2007.pdf

(32) Organisation eines mobilen Palliativteams: http://www.palliativbetreuung.at/cms/dokumente/10091820_2805595/7f7a6cd5/Handbuch%20-%20Organisation%20eines%20Mobilen%20Palliativteams.pdf (Zugriff am 17.11.2008)

(33) Standards für die Befähigung ehrenamtlicher Mitarbeiter: http://www.hospiz.at/pdf_dl/std_ea.pdf (Zugriff am 18.11.2008)

(34) Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich - Entwicklungen und aktueller Stand: http://www.palliativ-medizin.at/PP_Vortraege/baumgartner.pdf (Zugriff am 20.11.2008)

(35) Dachverband Hospiz Österreich: http://www.hospiz.at (Zugriff am 19.11.2008)

(36) Österreichische Palliativgesellschaft – OPG: http://www.palliativ.at (Zugriff am 21.11.2008)

(37) Wikipedia – Frankreich: http://fr.wikipedia.org/wiki/France (Zugriff 20.04.2009)

(38) CIA – The World Fact Book: https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/fr.html (Zugriff am 20.04.2009)

(39) Institut national de la statistique et des études économiques – INSEE – Bilan demographique:

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=IP1220&reg_id=0%23inter1 (Zugriff am 20.04.2009)

(40) Institut national de la statistique et des études économiques – INSEE – Fécondité-Espérance de vie - Mortalité: http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2&sous_theme=2 (Zugriff am 20.04.2009)

(41) B Fantino, G Ropert. Le système de la santé en France: diagnostic et propositions. Dunod, DL 2008. ISBN: 978-2-10-051505-9 (br)

(42) Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

(43) Le système de la santé en France: http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/systsan.htm#Le%20sy (Zugriff am 02.06.2009)

(44) Institut national de la statistique et des études économiques – INSEE – Effectifs de professions de santé: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06103 (Zugriff am 03.06.2009)

(45) Institut national de la statistique et des études économiques – INSEE – Établissements de santé ayant des capacités d'hospitalisation 2007: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06106 (Zugriff am 03.06.2009)

(46) L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle: http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er691.pdf (Zugriff am 05.06.2009)

(47) Institut national de la statistique et des études économiques – INSEE – Maladies - Accidents – Drogues: http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=6&sous_theme=2 (Zugriff am 05.06.2009)

(48) Les établissement de santé 2006: http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2007/usr/es2006.pdf (Zugriff am 06.06.2009)

(49) Ministère de la santé et des sports: http://www.sante-sports.gouv.fr/rubrique-technique/ministere/presentation-organigrammes/presentation-attributions-organigrammes-du-ministre-sante-sports.html (Zugriff 07.06.2009)

(50) Dépenses de santé et financement: http://fiordiliji.sourceoecd.org/pdf/health2007_fre/8107052e-5-6.pdf (Zugriff am 09.06.2009)

(51) Les chiffres clés de la sécurité sociale: http://fiordiliji.sourceoecd.org/pdf/health2007_fre/8107052e-5-6.pdf (Zugriff am 10.06.2009)

(52) LOI n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 (1): http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019942966&dateTexte (Zugriff am 10.06.2009)

(53) Institut national de la statistique et des études économiques – INSEE – Dépenses de santé: http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=6&sous_theme=3&nivgeo=0&type=2 (Zugriff am 11.06.2009)

(54) La tarification à l'activité: http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/accueil.htm (Zugriff am 12.06.2009)

(55) Les soins palliatifs en France: http://www.sfap.org/content/view/6/29 (Zugriff am 23.11.2008)

(56) Histoire de soins palliatifs: http://www.cdrnfxb.org/index.php?option=content&task=view&id=108 (Zugriff am 23.11.2008)

(57) Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012: www.elysee.fr/download/?mode=press&filename=programme_d_actions_coordonnees_soins_palliatifs.pdf (Zugriff am 25.11.2008)

(58) CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l' organisation des soins palliatifs: http://www.sfap.org/pdf/III-B6b-pdf.pdf?phpMyAdmin=bc2ee8a4f8238464f8666dac7b58453a (Zugriff am 23.11.2008)

(59) La France palliative - Confiée à Madame Marie de Hennezel Par le Ministre de la santé, de la famille et des solidarités. Janvier 2005: www.mariedehennezel.com/accueil/La%20France%20palliative.pdf (Zugriff am 26.11.2008)

(60) Rocafort J, Centeno C. EAPC Review of Palliative Care in Europe. EAPCPress, Milano 2008-08-18

(61) L'HAD en chiffres: http://www.fnehad.fr/dl/2008/07/had-en-chiffres.pdf (Zugriff am 27.11.2008)

(62) Lucien Neuwirth. Rapport d'information sur les soins palliatifs et l'accompagnement: http://www.senat.fr/rap/r98-207/r98-207.html (Zugriff am 29.11.2008)

(63) LOI no 99-477 du 9 juin 1999: http://droit.org/jo/19990610/MESX9903552L.html (Zugriff am 27.11.2008)

(64) Premières journées nationales des bénévoles d'accompagnement: www.sfap.org/pdf/III-H2-pdf.pdf (Zugriff am 28.11.2008)

(65) LA LETTRE DE LA SFAP N°20 – AUTOMNE 2005 - Et demain, quelle politique pour lessoins palliatifs et l'accompagnement?

(66) Homepage von La SFAP: http://www.sfap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=7:stick-to-the-code&catid=1:latest-news&Itemid=50 (Zugriff am 29.11.2008)

(67) Homepage von JAMALV: http://www.jalmalv.fr/histoire/mot-presidents.html (Zugriff am 29.11.2008)

(68) T2A et soins palliatifs quelles nouveautés au 1 er mars 2009? : www.sfap.org/pdf/0-L3-pdf.pdf (Zugriff am 30.11.2009)

(69) ETAT DES LIEUX DU DISPOSITIF DE SOINS PALLIATIFS AU NIVEAU NATIONAL – Synthèse. Marie-Hélène Cabé, Olivier Blandin, Gilles Poutout - octobre 2008 - Analyse du Travail Et des Mutations de l'Industrie et des Services: www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/ATEMIS_Soins_Palliatif_-_synthese.pdf (Zugriff am 02.12.2008)

(70) Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005 Objectifs du programme 2002-2005: http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/palliatif/6palliatif.htm (Zugriff 03.12.2008)

(71) Plan de cancer 2003 – 2007 Brochure: http://www.ecancer.fr/v1/fichiers/public/3_brochure_plan_cancer.pdf (Zugriff am 04.12.2008