



InSight

SantéSécu

INFORMATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DU MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Gesondheet fir jiddereen
Fir méi Qualitéit an Effizienz



SONDERAUSGABE

Liebe Leserinnen und Leser,

WAS BIETET INSIGHT SANTÉ SÉCU? Zahlen und Fakten rund um das Gesetzesprojekt zur Gesundheitsreform. **WARUM?** Zahlreiche Fragen zur Gestalt des Reformprojektes stellen sich. **Was wird sich ändern?** Der Insight SantéSécu bietet Antwort auf die dringlichsten Fragen. **FÜR WEN?** Für alle Akteure des luxemburgischen Gesundheitswesens. **LESERMEINUNGEN ERWÜNSCHT?** Unbedingt, bitte per Kontakt-E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu

Gesundheit für alle: Die Angebotsqualität erhalten



Copyright photo: © SIP

Gesundheitsminister
Mars Di Bartolomeo

Eine Reform der Organisation und der Finanzierung des Gesundheitssystems ist von ihrer Natur her ein sensibles Unterfangen. Sie berührt fundamentale Fragen des Wohlergehens einer ganzen Bevölkerung.

Unsere Krankenversicherung ist auf Solidarität und sozialen Zusammenhalt gegründet. Das heißt: Jeder leistet im Rahmen seiner Möglichkeiten seinen Beitrag und kann im gleichen Zug Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen. Das vorgeschlagene Reformprojekt möchte diese Werte erhalten. Es möchte garantieren, dass unser Gesundheitssystem seine herausragende Eigenschaft bewahrt, hervorragende medizinische Versorgung für die Bevölkerung bereit zu stellen.

Die Reform unseres Gesundheitssystems will nicht nur den Auswirkungen der Wirtschaftskrise die Stirn bieten, sondern auch die bessere Koordination der Leistungsaktivitäten anregen. So lautet nicht umsonst das Motto der Reform „Qualität und Effizienz fördern“.



Warum? Weil es notwendig ist, viele verschiedene Impulse zu setzen und zwar für eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure; für eine intelligente Nutzung der Ressourcen; für eine transparente und standardisierte Dokumentation sowie für eine geplante und koordinierte Entwicklung von Kompetenzzentren und anderen Einrichtungen der Versorgungslandschaft.

Alle diese Etappenziele tragen dazu bei, die Effizienz und Qualität unseres Gesundheitssystems zu fördern.

Die Reform des Gesundheitssystems, die wir in dieser Sonderausgabe des Insight SantéSécu präsentieren, ist nicht nur eine schlichte Finanzierungsfrage. Seit jeher baut unser Gesundheitssystem auf der partnerschaftlichen Kooperation aller Akteure miteinander auf. Das soll auch so bleiben. Wir setzen auf den konstruktiven Dialog mit den Ärzten und allen anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Gemeinsam mit ihnen wollen wir es schaffen, dass unser Gesundheitssystem auf seinem hohem Qualitätsniveau bezahlbar bleibt. Darüber hinaus zielen verschiedene strukturelle Maßnahmen der Reform darauf, die Versorgungsqualität nicht nur zu sichern sondern auch zu verbessern. Es handelt sich bei weitem nicht allein

darum, Einnahmen und Ausgaben in eine Balance zu bringen, indem an der Beitragsschraube gedreht wird oder Leistungen beschnitten werden. Diese Reform umfasst weit mehr und um sie in ihren vielen Dimensionen zu umreißen, möchten wir mit der vorliegenden Publikation die vorgeschlagenen organisatorischen und strukturellen Maßnahmen sachgerecht präsentieren und offene Fragen klären.

(Mars Di Bartolomeo)

“*The aim of health system governance reforms is to influence the performance of the health system by reorganizing steering, management and organizational features.*

Prof. Lars Eric Kjekshus



INHALT

PRIMÄRVERSORGUNG

Aktuelle Lage.....	4
Hausärztliche Versorgung	4
Hausarztmodell.....	4
Die Maisons médicales (Ärztzentren) und Polikliniken	4
Integrierte Versorgung	5
Prävention	5

DOKUMENTATION

Warum ein System der Dokumentation und Information?.....	11
Kodieren	11
Dokumentationspflicht.....	11
Patientenakte	12
Indikatoren für Qualität, Effektivität und Effizienz	12
Agence nationale des informations partagées.....	13

VERSORGUNGSLANDSCHAFT

Aktuelle Lage.....	6
Die ärztliche Berufsausübung.....	6
Ärztliches Statut	6
Obligatorische Konventionierung.....	6
Ambulante Chirurgie	7
Leitlinien und beste medizinische Praxis	7
Stationäre Versorgung.....	7
Kompetenzbündelung.....	7
Spitalplan.....	7
Einbinden der Belegärzte	8
Koordinierungsarzt	8
Normkodex im Spital	8
Medikamentenversorgung der Zukunft	8
Substitution möglich.....	8
Preisgestaltung der Arzneien in Luxemburg	9
Laboratorien	9
Automatisierung der Routineanalytik	9
Kooperationsbildung.....	9
Privater Sektor	10
Zukünftige Finanzierbarkeit gewährleisten.....	10

REFORM DER KRANKENVERSICHERUNG

Finanzielle Situation	14
Abbau des Defizits.....	14
Erhöhung der Beiträge	14
Einsparungen bei den Tarifen der Leistungserbringer	14
Erhöhung der Eigenbeteiligung	15
Arzthonorare	15
Nomenklatur.....	15
Anpassung verschiedener Arzthonorare	15
Direkte Übernahme von Sachleistungen	15
1. Klasse	16
Finanzierung der Hospitäler	16
Budgetisierung	16
Analytische Buchführung.....	16
Kontroll- und Steuerungsorgane	17
Die Nomenklatur-Kommission.....	17
Der Conseil scientifique.....	17
Die Cellule d'expertise médicale.....	17
Die Commission de surveillance.....	17
Mutterschaftsversicherung.....	18
Zentrale Frage.....	18
Historischer Hintergrund	18
Die aktuelle Reform	18
Warum dieser Wechsel?	18
Der intendierte Mehrwert.....	19
Was gilt ab wann?.....	20
Und wie geht es nun weiter?	21



PRIMÄRVERSORGUNG



Aktuelle Lage: Der Sektor der Primärversorgung umfasst alle Gesundheitsberufe und Versorgungseinrichtungen, die die Basis- und Akutversorgung sicherstellen. In Verbindung mit den anderen Spezialsektoren der Gesundheitsversorgung gewährleistet er eine kontinuierliche und durchgehende Betreuung. Derzeit fördert unser Gesundheitssystem die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern der verschiedenen Versorgungsebenen nicht genügend. Die Kooperation ist jedoch für eine umfassende medizinische Betreuung des Patienten unverzichtbar. Zudem erfahren die Berufe, die der Primärversorgung zugerechnet werden, noch zu wenig Wertschätzung, obwohl ihnen eine zentrale Rolle als Akteure und Schnittstellen zwischen den verschiedenen Ebenen zukommt.

WAS REGELT DIE REFORM ZUKÜNFTIG?

Hausärztliche Versorgung: Aufgewertet und gefördert

Hausarztmodell. Die Einführung des Hausarztmodells, das Patient und Arzt freiwillig wählen können, zielt darauf, die Behandlung des Patienten besser zu organisieren und koordinieren. Der Patient – als Akteur und Partner – kann sich über die gesamte Dauer seiner Behandlung begleiten lassen und seinen Hausarzt mit der Beaufsichtigung seines Behandlungspfades im Gesundheits- und Pflegesystem betrauen. Die elektronische sektorenübergreifende Patientenakte (siehe Seite 12), zu der der Patient seinem Hausarzt den Zugriff gewähren kann, ist eines der Instrumente, das diese Begleitung erleichtert. Die Qualifikationen, Rechte und Pflichten des Hausarztes wird ein großherzogliches Reglement noch festlegen. Die Modalitäten, wie ein Patient seinen Hausarzt benennen, wechseln oder abberufen kann, werden per Konvention geregelt; desgleichen auch alle Regelungen zur freiwilligen Teilnahme des Arztes am Hausarztmodell und seiner Vertretung im Fall der Abwesenheit.

Die Maisons médicales (Ärztezentren) und Polikliniken. Die Maisons médicales, die 2009 durch das luxemburgische Ministerium für Gesundheit eingerichtet wurden, sind eine erste Anlaufstelle für Patienten und sollen den Bereitschaftsdienst des Krankenhauses entlasten. Ihre Funktionsweise (Anzahl der Besuche, Art der Krankheiten, weitere Behandlung der Patienten) sowie ihre Auswirkung auf die Inanspruchnahme von Polikliniken und ärztlichem Bereitschaftsdienst werden zurzeit untersucht. Die Reform wird die Reglemen-



rierung und Standardisierung der Bereitschaftsdienste ermöglichen, damit Patienten im Bedarfsfall in die Maisons médicales überwiesen werden können. Des Weiteren erhalten solche innovativen Projekte Unterstützung, die sich mit patientennaher Versorgung befassen und in Gebieten mit geringer medizinischer Versorgung angesiedelt sind.

Integrierte Versorgung (filières de soins). Der Gesetzentwurf betont besonders die Planung und Steuerung von integrierten Versorgungs-Netzwerken. Zur Gewährleistung einer planbaren standardisierten Vernetzung der medizinischen Behandlungspfade gehören die

Primärversorgung, der ambulante Sektor, die medizinischen Abteilungen im Krankenhaus, die Kompetenzzentren sowie der Bereich der Alten- und Langzeitpflege. Ferner werden die Leistungen der Krankenversicherung genauer definiert und bei Bedarf mit den verschiedenen Leistungen der Pflegeversicherung abgestimmt. Der nationale Krankenhausplan wird die Integrierte Versorgung zukünftig in die Planung mit aufnehmen. Die sektorübergreifende Patientenakte (siehe Seite 12) wird die Möglichkeiten der Koordination zwischen den verschiedenen Leistungsträgern zusätzlich verbessern.

*Primary care guarantees
continuity of person-focused
(not disease-orientated)
care over time.*

Prof. Barbara Starfield²

Prävention. Im Zuge der gestärkten Primärversorgung wird auch die Prävention weiter ausgebaut. Die Reform sieht zudem vor, dass die CNS (Gesundheitskasse) neben den gemeinsam mit der Direction de la santé (Gesundheitsdirektion des Gesundheitsministeriums) entwickelten Vorsorgeprogramme eigene Initiativen zur Prävention entwickeln kann. Die Modalitäten zur Realisierung und Finanzierung der Vorsorgeprogramme werden durch Vereinbarungen zwischen den Ministerien für soziale Sicherheit und Gesundheit, der CNS und bei Bedarf spezialisierten Fachstellen festgelegt. Ihre Evaluation findet mittels der neuen Bestimmungen zur Dokumentation von Diagnose und Gesundheitsleistungen statt.



VERSORGUNGSLANDSCHAFT

Aktuelle Lage. Unser Gesundheitssystem ist für seine Nutzer und seine Leistungserbringer eines der attraktivsten unter den OECD-Mitgliedsländern. Dennoch schneidet Luxemburg im Vergleich zu zahlreichen Ländern in mehreren Bereichen nicht besonders positiv ab. Diese Bereiche betreffen die ambulante chirurgische Behandlung genauso wie die Standardisierung von Behandlungsprozeduren und den Anteil der Leistungserbringer, die „best practice“-Erkenntnisse in der medizinischen Praxis umsetzen. Ebenso gibt es in Luxemburg Nachholbedarf bei der Entwicklung von integrierten Versorgungsstrukturen sowie der Qualität und Vollständigkeit medizinischer Dokumentation.

DIE AUSWIRKUNGEN DER REFORM

Die ärztliche Berufsausübung: Akzente auf Effizienz und Qualität

Ärztliches Statut: Die Reform hält an der obligatorischen Aushandlung der Behandlungstarife zwischen den Ärzten und der Sécurité sociale fest, erweitert das Gesetz jedoch um die Möglichkeit neuer Vertragsformen (Freiberufler, Angestellte, Pauschalzahlung (vacation) oder Kopfpauschale (capitation)). Mit Blick auf die medizinischen Fachgebiete und die Krankenhausbehandlungen, die im Krankenhausplan vorgesehen sind, wird ein Zulassungsmodus für Krankenhausärzte eingeführt. Dieser soll die Entwicklung eines differenzierten und komplementären Leistungsangebots ermöglichen und insbesondere integrierte Pflegestrukturen und Kompetenzzentren fördern.

Obligatorische Konventionierung. Es ist nicht vorgesehen, die obligatorische Konventionierung der Ärzte in Frage zu stellen. In der Tat hat dieses System sein Ziel erreicht, die Kommerzialisierung des Versorgungsangebots zu verhindern und keine Zweiklassenmedizin zuzulassen. Es gewährleistet der gesamten versicherten Bevölkerung den identischen und qualitativ sehr hochwertigen Zugang zu Gesundheitsleistungen, ohne nach Verdienst zu unterscheiden. Den Leistungsanbietern garantiert die obligatorische Konventionierung ebenfalls Sicherheiten: der Automatismus der Konvention, die garantierte Übernahme der erbrachten und verschriebenen Leistungen sowie eine stabile Anzahl an Patienten.



Ambulante Chirurgie. Die Entwicklung der ambulanten Chirurgie wird im Rahmen verschiedener Maßnahmen gefördert: durch die Anpassung der Nomenklatur, die Standardisierung von Prozessen und der Organisation integrierter Versorgung sowie einer besseren Koordination zwischen stationärem und ambulatem Sektor. Die Entwicklung der ambulanten Behandlungspraktiken kann durch die neuen Bestimmungen zur Leistungsdokumentation präzise nachgewiesen werden. Zudem kann die Schaffung oder die Erweiterung von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen zur medizinischen Versorgung Spezialbehandlungen im Bereich ambulanter Chirurgie ermöglichen. Die bisherigen 1.Klasse-Arzttarife haben Anreize zu längeren Krankenhausaufenthalten geboten, was sich durch die Reform ebenso ändern soll (siehe Seite 16).

Leitlinien und beste medizinische Praxis. Der Conseil scientifique (Wissenschaftsbeirat) erarbeitet medizinische Leitlinien und Empfehlungen bester medizinischer Praxis („best practice“) und bringt diese zur Anwendung. Er wird dabei von der neu zu gründenden Cellule d’expertise médicale (siehe Seite 17) unterstützt.

Stationäre Versorgung: Integriert und ganzheitlich

Kompetenzbündelung. Luxemburg besitzt fünf allgemeine Krankenhäuser, die zwischen 256 und 652 Betten haben. Mit Ausnahme der Zithaklinik, die weder Gynäkologie/Geburtshilfe noch Kinderheilkunde aufweist, decken die vier übrigen Krankenhäuser alle medizinischen Disziplinen ab. Gewünscht ist eine weitergehende Spezialisierung, sowohl aus Kosten- als auch Qualitätsgründen. Hierbei ist vor allem an Tumorbehandlungen und an orthopädische Eingriffe zu denken. Ferner ist ein systematischer Ausbau der ambulanten Chirurgie vorgesehen. Darüberhinaus sollen die Krankenhäuser Verbindungen mit Einrichtungen außerhalb des Krankenhaussektors aufbauen, um so die Ganzheitlichkeit der Behandlung im Sinne einer integrierten Versorgung sicherzustellen.

Spitalplan. Die Finanzierung der Krankenhäuser ist an den Spitalplan gekoppelt. Die Erstellung des Spitalplans besitzt daher eine vorrangige Bedeutung für die Ausgaben der Gesundheitskasse. Der Spitalplan muss ein bevölkerungsgerechtes Angebot für die jeweils kommenden fünf Jahre aufstellen und dabei nach Möglichkeit Redundanzen verhindern und grenzüberschreitende Kooperationen in der Großregion berücksichtigen. Solange die Krankenhäuser budgetisiert bleiben, ist der Spitalplan das wichtigste Instrument zur Förderung der Spezialisierung der Krankenhäuser. Dabei sollen Mindestsollmengen, innovative Behandlungsformen und Angebote außerhalb des Krankenhauses stärker Beachtung finden.



Einbinden der Belegärzte. Das in Luxemburg bestehende Belegarztsystem ist infolge der Zusammenlegung von Krankenhäusern mit Problemen behaftet. Die Führung eines Krankenhauses mit mehreren hundert Betten und über 1.000 Beschäftigten setzt eine organisatorische Disziplin voraus, die mit Belegärzten ohne klar umschriebene Pflichten nur schwerlich erzielt werden kann. Die Folgen sind Kosteneffizienz und Qualitätsrisiken. Der Gesetzentwurf

sieht daher vor, dass Belegärzte die internen Bestimmungen des Krankenhauses beachten müssen, insbesondere hinsichtlich der Kontinuität der Versorgung, der Dokumentationspflichten, der Teilnahme an qualitätsverbessernden Maßnahmen und der Vermeidung von Risiken, der interprofessionellen Zusammenarbeit und des effizienten Mitteleinsatzes.

“*External factors may be the most likely and appropriate way to change some aspects of hospitals and hospitals system’.*

Prof. Martin McKee³

Koordinierungsarzt. Die Reform sieht vor, dass gewisse Ärzte mit Koordinationsaufgaben im Interesse des Krankenhauses beauftragt werden können. Diese Ärzte müssen eng mit der Direktion, insbesondere mit dem medizinischen Direktor, zusammenarbeiten. Die Aufgaben der „médecins coordinateurs“ umfassen die Optimierung der Arbeitsabläufe im Krankenhaus, die Überwachung des Mitteleinsatzes und die Verbesserung der Behandlungsschemata aus Sicht der Patientenbedürfnisse.

Normkodex im Spital. Die von den Spitälern zu gewährleistenden Qualitätsnormen bleiben weiterhin auf hohem Niveau. Allein hinsichtlich der Prozess- und Ergebnisqualität werden sie weiter präzisiert und durch die Anforderung einer Behandlungsdokumentation auf international anerkanntem Standard ergänzt.

Medikamentenversorgung der Zukunft: Gleiche Wirkung – reduzierter Preis

Substitution möglich. Während der zehnjährigen Periode, in welcher ein Originalpräparat nicht kopiert werden darf, verkauft die Pharmaindustrie ihr Medikament ohne Konkurrenz. Sie hat so die Chance, ihre Forschungs- und Entwicklungsinvestitionen zu rentabilisieren. Nach dieser Zeitspanne können Kopien hergestellt werden, die qualitätsidentischen Standards folgen und so vollwertig sind wie das Ursprungsmedikament. Durch die Konkurrenz sinkt der Preis.

Die Krankenversicherung möchte nun den behandelnden Arzt dazu anregen, Medikamente aus der Gruppe der nicht patentgeschützten Arzneien zu verschreiben. Zum einen, weil sie den Beweis ihrer Wirksamkeit erbracht haben. Zum anderen, weil sie weniger kostspielig sind als viele der vergleichbaren neuen Medikamente, deren Sicherheitsprofil aber weniger bekannt ist.



Wenn ein Rezept auf ein nicht patentgeschütztes Medikament ausgestellt ist und dem Apotheker überreicht wird, kann er ein weniger teures Medikament mit demselben Wirkstoff, derselben Dosierung und derselben pharmazeutischen Form zur Substitution vorschlagen. Akzeptiert der Versicherte den Ersatz nicht, so wird sich seine Zuzahlung erhöhen.

Preisgestaltung der Arzneien in Luxemburg. Die pharmazeutische Industrie entscheidet im Alleingang, wie sie den luxemburgischen Markt beliefert. So werden annähernd 80 Prozent der Medikamente, die über die Krankenversicherung in Anspruch genommen werden, aus Belgien importiert. Für diese Verpackungen leitet sich der luxemburgische Verkaufspreis direkt vom belgischen ab.

“Reference pricing combined with other approaches may be a valuable means of containing costs without harm to patient well-being.”

Prof. Sebastian Schmeeweiss⁴

Die internationalen Studien stellen fest, dass der belgische Verkaufspreis dem europäischen Mittelwert entspricht, oft aber auch darunter liegt, ganz im Gegensatz beispielsweise zu den deutschen Verkaufspreisen, die weit darüber liegen.

Die CNS (Gesundheitskasse) profitiert insofern von der Tatsache, dass das belgische Krankenversicherungs-Institut INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) effizient die Medikamentenpreise aushandelt, bevor sie in die belgische Positivliste aufgenommen werden.

Laboratorien: Finanzierbarkeit erhalten

Automatisierung der Routineanalytik. Im Rahmen der anstehenden Gesundheitsreform hat das Thema der teilweisen Umstrukturierung der Landschaft der Laboratorien, seien es die privaten oder diejenigen der Krankenhäuser, bereits für heftige und kontroverse Diskussionen in der Öffentlichkeit gesorgt. Der technische Fortschritt in diesem Bereich und die damit immer weiter fortschreitende Umsetzung moderner Automatisierungskonzepte, insbesondere in der Routineanalytik, ermöglichen erhebliche Einsparungen bei den Betreibern von Laboratorien. Nichtsdestotrotz sind seit den letzten Jahren erhebliche Steigerungsraten auf der Ausgabenseite für medizinische Analysen zu verzeichnen. Die Gesundheitsreform hat es sich daher zur Aufgabe gemacht, dieser Entwicklung mit der konsequenten Umsetzung verschiedener Maßnahmen entgegenzuwirken.

Kooperationsbildung. Auf Seiten der Krankenhäuser wurde bereits mehrmals die Bereitschaft signalisiert, Maßnahmen zu einer Zusammenlegung von Aktivitätsbereichen der einzelnen Standorte zu treffen, um somit neue Synergien mit dem Potential einer beträchtlichen Kostenreduktion umzusetzen. Von der technischen, organisatorischen und logistischen Seite her wäre es ohne Weiteres denkbar, den größten Teil unserer gesamten Laborarbeiten der Krankenhäuser zentralisiert abzuwickeln. Da solch ein Lösungsansatz zur Kostenreduktion allerdings



mit größeren Einschnitten in die Personalstruktur verbunden ist, sollten solche Umstellungen nur längerfristig geplant und umgesetzt werden. Eine verbesserte Arbeitsteilung zwischen den Krankenhauslaboratorien sollte hingegen jedoch sofort angestrebt werden, um die stationären Analysen kostengünstiger und qualitativ besser durchführen zu können.

Privater Sektor. Die privaten Laboratorien haben in den letzten Jahren vor allem im ambulanten Bereich eine hohe Zunahme an Aktivitäten erfahren. Dies hat bei gleichbleibenden Tarifen zu einer proportionalen Steigerung der Kosten zu Lasten der Gesundheitskasse im ambulanten Bereich geführt. Eine rasante Entwicklung der Analyseroboter und deren gezielter Einsatz haben eine signifikante Senkung der Herstellungspreise für die privaten Betreiber von medizinischen Analyselaboratorien ermöglicht. Man kann außerdem davon ausgehen, dass sich Abschreibungen und Investitionen im Bereich der privaten Laboratorien in einem, im Vergleich mit den Krankenhäusern, überschaubaren Rahmen bewegen. Deshalb kann auch eine ausdifferenzierte Kürzung der Tarife nicht einseitig und ohne Diskussionsvorschlag abgelehnt werden.

Eine rasante Entwicklung der Analyseroboter und deren gezielter Einsatz haben eine signifikante Senkung der Herstellungspreise für die privaten Betreiber von medizinischen Analyselaboratorien ermöglicht. Man kann außerdem davon ausgehen, dass sich Abschreibungen und Investitionen im Bereich der privaten Laboratorien in einem, im Vergleich mit den Krankenhäusern, überschaubaren Rahmen bewegen. Deshalb kann auch eine ausdifferenzierte Kürzung der Tarife nicht einseitig und ohne Diskussionsvorschlag abgelehnt werden.

An equitable system of health care delivery appears to remain a core objective in most EU Member States with comprehensive and universal coverage and with proposed health system reforms that usually quote equity preservation or improvement as an important goal.

European Commission⁵

Zukünftige Finanzierbarkeit gewährleisten. Es wird in den kommenden Wochen und Monaten darauf ankommen zum Wohle des Patienten, mit den Krankenhausträgern, den privaten Laboratorien und den Personalvertretungen gemeinsam in konstruktivem und offenem Dialog neue, finanzierbare Wege in die Zukunft einzuschlagen.



DOKUMENTATION

Warum ein System der Dokumentation und Information?

Die Gesundheitsversorgung in Luxemburg basiert nicht mehr auf der schlichten Beziehung zwischen Arzt und Patient, wie es beispielsweise im 19. Jahrhundert der Fall war. Heute haben wir es vielmehr mit einem komplexen System zu tun, in dem Leistungen aus verschiedenen medizinischen Fachgebieten und Gesundheitsberufen verschiedener Ausrichtung abgerufen werden. Das heißt, die Gesundheitsversorgung basiert mehr und mehr auf der Arbeit eines Teams. Sie ist insofern bemüht, Formen der Integrierten Versorgung aufzubauen, sowohl im ambulanten wie auch stationären Bereich. Ein derartiges System kann nicht effizient funktionieren, wenn es nicht auf die Hilfe eines Dokumentations- und Informationssystems zurückgreifen kann, das die Koordination der Patientenbetreuung und die Steuerung des gesamten Gesundheitssystems auf nationaler Ebene ermöglicht.

DIE REFORMPLÄNE

Kodieren: Standards für mehr Effizienz

Dokumentationspflicht. Die Reform sieht eine Dokumentationspflicht im vertraglich vereinbarten Rahmen für die Diagnose und die erbrachten Leistungen vor. Desgleichen müssen auch die Modalitäten der Übertragung, der Kommunikation und des Zugriffs auf administrative und medizinische Daten für den Patienten und seine Rechtsvertreter, für die von ihm benannten Leistungserbringer, für die CNS (Gesundheitskasse), den Contrôle médical (Medizinischen Kontrolldienst) oder auch die Direction de la santé (Gesundheitsdirektion) festgelegt werden. Die Bestimmungen zur Dokumentation und zur Übertragung von Daten gelten von nun an sowohl für den Krankenhaussektor als auch für die nicht an das Krankenhaus gebundenen Leistungserbringer. Zudem müssen die Modalitäten der Dokumentation aller Aktivitäten der Krankenhäuser den Normen und Standards entsprechen, die durch eine entsprechende Verfügung festgelegt wurden. Diese Normen können unter anderem die verwendeten Leistungskataloge, die Identifikation des Leistungserbringers, die genauen Umstände der erbrachten Leistungen wie auch die Verschlüsselung der Daten betreffen. Diese Informationen werden der sektorübergreifenden Patientenakte beigelegt, die durch die Agence nationale des informations partagées (siehe Seite 13) im Rahmen des entsprechenden Gesetzesentwurfes definiert wird.



Patientenakte. Das Gesetzesprojekt zur Reform des Gesundheitssystems sieht vor, eine sektorübergreifend nutzbare elektronische Gesundheitsakte für Patienten einzuführen. Diese Akte soll den Leistungserbringern eine sinnvolle Information über die Gesundheit ihrer Patienten zur Verfügung stellen. Sie soll progressiv aufgebaut und strukturiert werden, ohne jedoch die gesamte verfügbare Dokumentation zu sammeln. Durch diese Austauschakte soll die Sicherheit und die Kontinuität der Versorgung gefördert werden. Langfristig erhoffen sich alle Beteiligten davon eine bessere Koordination der Patientenversorgung. Sie wird allerdings immer nur als komplementäres Hilfsmittel zur Akte der Leistungserbringer fungieren und diese keinesfalls ersetzen.

Der Patient, sein Hausarzt, die behandelnden Ärzte und auch andere Leistungserbringer, sollten Zugang erhalten. Um die Verantwortung des Patienten für seine Gesundheit zu stärken, ist vorgesehen einen Bereich für den Patienten innerhalb der Akte einzurichten, um dort einen Hinweis auf beispielsweise Medikamentenunverträglichkeit zu platzieren. Auch wird der Patient die Möglichkeit haben, die Zugriffsrechte zu beschränken sowie die Zugriffe auf seine Daten von Leistungserbringern nachzuverfolgen.

Indikatoren für Qualität, Effektivität und Effizienz. Um das Gesundheitssystem korrekt steuern zu können, müssen die Verantwortlichen der verschiedenen Gesundheitsinstitutionen, der CNS und der Ministerien für Gesundheit und Soziale Sicherheit eine Sammlung von Statistiken vorlegen, anhand derer verschiedene Aspekte der Patientenbehandlung nachverfolgt werden können. Sie müssen gleichfalls Zahlen vorlegen können, die eine Antwort auf die Frage geben: Wer erhält welche Behandlung, aus welchen Gründen, von welchen Gesundheitsberufen, innerhalb welcher Strukturen und was sind die Ergebnisse der Behandlung?

An erster Stelle betreffen die jetzt verfügbaren Daten die Gründe, aus denen Patienten behandelt werden, insbesondere im Krankenhaus. Aktuell wird allein die Diagnostik zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung durch drei Positionen der WHO-Klassifikation ICD 10 erfasst. Das ist nach Auffassung von Experten nicht präzise genug, um epidemiologische Analysen erstellen zu können. Zusätzlich ist es unumgänglich, Verfahren einzuführen, mit deren Hilfe Daten im Bereich der Krankenhäuser und der Ärzte von CNS-Seite aus validiert werden können.

Des Weiteren geht es darum, die Behandlungen zu beschreiben, die der Patient erhalten hat, geordnet wenn möglich nach den Einzelstufen der Behandlung. Derzeit sind letztendlich nur die Daten auswertbar, die die Rückerstattung von Gesundheitsleistungen betreffen, wie beispielsweise die Honorarabrechnungen.

Die ärztlichen Honorarabrechnungen enthalten die Nomenklatur-Codes für die medizinische Behandlung. Diese Nomenklaturen stellen gleichzeitig eine Prozedurenklassifikation dar. Leider ist die Nutzungsmöglichkeit dieser Nomenklaturen für Vergleichsstudien zur medizinischen Behandlungsqualität sehr begrenzt. Diese Mängel wurden klar erkennbar im Rahmen der Pilotstudie zur Applikation der QSR-Methode (Qualitätssicherung durch Routinedaten)



auf Operationen an der Hüfte und dem Knie. Mangels einer modernen internationalen Klassifikation der medizinischen Prozeduren existiert in Europa eine einzige etablierte Klassifikation, die modernen Klassifikationsprinzipien folgt, und zwar die französische Klassifikation CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux). Diese Klassifikation wird zur Einführung in Luxemburg geprüft.

Agence nationale des informations partagées. Das Reformprojekt sieht vor, eine nationale Agentur für sektorübergreifende elektronische Gesundheitsinformationssysteme, die „Agence nationale des informations partagées“, zu schaffen. Die Agentur ist eine notwendige organisatorische Voraussetzung, um einerseits die eSanté Plattform und ihre Anwendungen ebenso wie die sektorübergreifende Patientenakte zu implementieren und zu betreiben, sowie um andererseits die Interoperabilität der elektronischen Informationssysteme im Gesundheitssystem voranzutreiben. Die Agentur soll ein wesentliches Steuerungsinstrument werden im Bereich der elektronischen Informationssysteme im Gesundheitswesen. Sie soll einen Masterplan zur Förderung der Interoperabilität der Informationssysteme ausarbeiten. Die Schlüsselakteure des Gesundheitssektors und Vertreter der Patienten werden in die Gremien der Agentur eingebunden.



By 2015, European Commission and Member States will equip Europeans with secure online access to their medical health data.

Neelie Kroes⁶



REFORM DER KRANKENVERSICHERUNG

Finanzielle Situation: Nach einigen Jahren, in denen sich der Haushalt der Krankenversicherung in einem prekären Gleichgewicht befand, hat die wirtschaftliche Krise und die daraus resultierende angespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt seit 2009 einen substantiellen Rückgang der Beitragseinnahmen hervorgerufen. Für 2010 konnte die Situation durch das Herabsetzen der gesetzlichen Mindestreserve in der Krankenversicherung entschärft werden. Diese Reserve wird Schritt für Schritt wieder aufgefüllt werden, damit bis zum 1. Januar 2013 die gesetzlich vorgeschriebene Mindesthöhe erneut erreicht ist. Darüber hinaus sind zwischen 2001 und 2010 die Gesundheitsausgaben durchschnittlich alljährlich um 5,1 Prozent bei konstantem Index gestiegen. Wenn nun keine wirksamen strukturellen Maßnahmen zur Reform der Organisation des Gesundheitssystems ergriffen werden, riskieren wir, dass das kumulierte Defizit für den Zeitraum 2009 bis 2014 auf mehrere hundert Millionen Euro anwachsen wird. Es ist dringend notwendig, zum jetzigen Zeitpunkt zu reagieren.

WAS SIEHT DIE REFORM VOR?

Abbau des Defizits: Jeder leistet seinen Beitrag

Erhöhung der Beiträge. Der Gesetzesentwurf sieht eine bescheidene Beitragserhöhung vor. Mit Hilfe dieser Maßnahme soll das Defizit um 50 Millionen abgebaut werden.

Einsparungen bei den Tarifen der Leistungserbringer. Bei den Kosten der Leistungserbringer soll ein Betrag von 25 Millionen Euro eingespart werden. Folgende Maßnahmen sind vorgesehen:

Leistungserbringer	Vorgesehene Ersparnis in Euro
Begrenzung der jährlichen Zuwachsrate des globalen Budgets für den Krankenhaussektor auf 3 Prozent für 2011 und 2012 (siehe Seite 16)	10 Millionen
Gezielte Anpassung verschiedener Arzthonorare (siehe Seite 15)	8,5 Millionen
Einfrieren der „lettre-clé“ der Leistungserbringer für 2011 und 2012	3 Millionen
Reduktion der „lettre-clé“ der Laboratorien für 2011 und 2012 (siehe Seite 9)	3 Millionen
Anpassung des Medikamentenrabatts für die Krankenversicherung	0,5 Millionen

Das Prinzip der automatischen Indexanpassung der Tarife bleibt allerdings unangetastet!



Erhöhung der Eigenbeteiligung. Die CNS soll bei ihrer nächsten Generalversammlung einen Katalog von Leistungen vorlegen, für welche ab dem 1. Januar 2011 verstärkt Eigenbeteiligungen verlangt werden. Diese Maßnahmen sollen ebenfalls 25 Millionen Euro einsparen. So wie bis jetzt wird auch in Zukunft diese Eigenbeteiligung so geregelt werden, dass Patienten mit chronischen Krankheiten oder schlimmen Gesundheitsproblemen wenig belastet werden.

Arzthonorare: Nomenklatur kommt auf den Prüfstand

Nomenklatur. Seit der Reform von 1992 ist die luxemburgische Nomenklatur nach und nach vervollständigt worden, aber ohne offensichtliche und rationale Verknüpfung zu einer wissenschaftlich anerkannten Basis. Die Nomenklatur-Kommission hatte darüber hinaus weder die Mittel, noch die angepassten Werkzeuge um ihre immer komplexer werdenden Aufgaben zu erfüllen. Eine tiefgreifende Reform ist daher angebracht. Das Reformprojekt sieht vor, die Nomenklatur schrittweise zu reformieren, indem man sich an einer ausländischen Nomenklatur (siehe Seite 13) orientiert, welche gleichfalls der Klassifikation der Prozeduren dient und damit das unverzichtbare Instrument zur Dokumentation der erfolgten Behandlungsschritte mitliefert. Ebenso sollte die Nomenklatur die Dauer der einzelnen Behandlungsschritte, die technische Kompetenz und die intellektuelle Beanspruchung abbilden, genauso wie die Qualifikation des Leistungserbringers und der Ort, an dem der Behandlungsakt erfolgte. Die Nomenklatur-Kommission soll unterstützt werden durch die neu zu gründende Cellule d'expertise médicale (siehe Seite 17).

Accountability has two main characteristics: rendering an account (providing information) and then holding accountable (imposing sanctions or rewards for the accountable party).

Prof. Peter N Smith⁷

Anpassung verschiedener Arzthonorare. Der Gesetzesentwurf sieht eine gezielte Anpassung verschiedener medizinischer Akte vor. Im Visier stehen besonders solche Leistungen, für die die Krankenversicherung Kostenzunahmen festgestellt hat, welche die Entwicklung des BIP bei weitem übertreffen. Ein großherzogliches Reglement wird diese Anpassungen definieren.

Direkte Übernahme von Sachleistungen (tiers payant) durch die CNS für Patienten in Notlage. Das neue Gesetz sieht die direkte Übernahme von Sachleistungen durch die CNS vor, um Personen in sozialen Notlagen den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu garantieren und zu erleichtern. Der Versicherte kann demnach, im Falle einer begründeten und vom Sozialamt bescheinigten Sondersituation, die direkte Übernahme seiner Sachleistungen bei der Gesundheitskasse beantragen.



“*Countries are increasingly experimenting with mixed payment methods for physicians, which include elements of the different methods to maximize positive incentives and moderate negative ones.*

Joseph Kutzin⁸

1. Klasse. Das neue Gesetz verzichtet auf die explizite und exklusive Zusatzentlohnung für Ärzte, die bisher automatisch an die Versorgung im 1. Klasse-Klinikzimmer gebunden war. Diese Zuschläge von teilweise bis zu 66 Prozent bildeten nicht nur Fehlanreize zu übertrieben langen Krankenhausaufenthalten, sondern brachten dem Patienten auch keine zusätzlichen Leistungen. Diese Regelung hat jedoch nicht zum Ziel, einem Teil der Ärzteschaft substantielle Einnahmen vorzuenthalten, sondern soll die ambulante Chirurgie (siehe Seite 7) fördern. Das Gesetz bietet ferner die Möglichkeit, über Konventionsverhandlungen andere Kriterien für die Erhöhung von Arzttarifen festzulegen, welche die Zuzahlungsregelungen für persönliche Komfortleistungen im Krankenhaus fortschreiben sollen.

Finanzierung der Hospitäler: Zukünftig gilt klinikübergreifendes Globalbudget

Budgetisierung. Die seit 1995 eingeführte Budgetisierung der Krankenhäuser wird weitergeführt und sukzessive durch Pauschalen für bestimmte Behandlungen ergänzt. Vorstellbar sind beispielsweise Pauschalen für Geburtsfälle oder Dialysebehandlungen. Längerfristig wird auch Luxemburg nicht an einer pathologie- und prozedurenbezogenen Finanzierung der Krankenhäuser, wie sie bereits in Deutschland und Frankreich eingeführt ist, vorbeikommen. Die Reform sieht außerdem eine Umstellung auf Zwei-Jahresbudgets vor. Dies erlaubt der CNS die administrative Beschleunigung der Budgetverfahren und gibt andererseits der Krankenhausverwaltung eine größere Planungssicherheit. Eine weitere Neuerung stellt das globale Budget für den Krankenhaussektor dar. Demnach sollen in Zukunft die Krankenhausausgaben der CNS durch eine von der Regierung festgelegte Obergrenze beschränkt werden. Für 2011 und 2012 liegt die jährliche Zuwachsrate bei jeweils 3 Prozent.

Analytische Buchführung. Seit Einführung der Budgetisierung im Jahr 1995 sind alle Krankenhäuser zur Kostenstellenrechnung verpflichtet. Die Regeln der analytischen Buchführung sind allerdings nicht reglementarisch festgelegt worden. Dies hat zur Unschärfe der Kostendaten beigetragen und die Vergleichbarkeit der Krankenhäuser untereinander erschwert. Die Gesetzesreform überträgt die Verantwortung für die Festlegung der Regeln zur analytischen Buchführung an die CNS. Dies ist insoweit zielkonform, als die CNS in Zukunft für bestimmte Leistungen Behandlungspauschalen vorsieht.



Kontroll- und Steuerungsorgane: Klare Aufgaben zugeordnet

Die Nomenklatur-Kommission. Die Rolle der Nomenklatur-Kommission, die die Leistungen der Krankenversicherung festlegt, wird gestärkt und zwar in dem Sinne, dass sie neben der Wartung der Nomenklatur ebenso deren Anpassung an den medizinischen Fortschritt gewährleisten soll. Sie ist paritätisch zusammengesetzt aus Repräsentanten der zuständigen Ministerien, der Gesundheitskasse und den entsandten Experten der repräsentativen Organisationen der Pflegeleistungsanbieter oder ihrer berufsständischen Verbände. Im Rahmen ihrer Arbeit wird sie von der neu zu gründenden Cellule d'expertise médicale unterstützt.

Der Conseil scientifique (Wissenschaftsbeirat) setzt sich aus Fachleuten des Gesundheitswesens zusammen. Er hat die Aufgabe, medizinische Leitlinien (siehe Seite 7) auszuarbeiten und zur Anwendung zu bringen.

“Governments face continuous pressure to ensure sustainable health care financing while also stimulating and supporting innovation.

Prof. Bjørn Hofmann⁹

Die Cellule d'expertise médicale. Der zu gründenden Cellule d'expertise médicale wird unter anderem die Aufgabe zugewiesen, internationale evidenzbasierte Arzneimittelstudien und klinischen Behandlungsmethoden zu dokumentieren und somit gezielt Empfehlungen für die Erstattungsfähigkeit der Leistungen durch die CNS sowie deren Einordnung in die Nomenklatur auszusprechen. Sie arbeitet im Auftrag des Ministers für Soziale Sicherheit und Gesundheit und der CNS und unterstützt ferner die Aufgaben sowohl der Nomenklatur-Kommission als auch des Conseil Scientifique.

Die Commission de surveillance. Die Reform sieht vor, die Kontrolle und den Kampf gegen Leistungsbetrug zu verschärfen, und zwar indem von nun an die Aufgabe der Commission de surveillance sich darauf konzentrieren wird, Verletzungen der sozialen Gesetzgebung (Code de la sécurité sociale) zu untersuchen. Das Kompetenzfeld der individuellen Entscheidungen, die Tarife oder die direkte Kostenübernahme betreffend, wird auf das administrative Präsidenschaftsentscheidungsverfahren übertragen. Für die Betroffenen besteht die Möglichkeit, gegen die Entscheidung Widerspruch einzulegen.



Mutterschaftsleistungen: Integration in die allgemeine Krankenversicherung

Zentrale Frage: Gegenwärtig stellt die Mutterschaft das einzige sogenannte Sozialrisiko dar, das vom Staat parallel zur Krankenversicherung finanziert und reglementiert wird. Ist dies gerechtfertigt?

Historischer Hintergrund. Zu Beginn der siebziger Jahre stieg – relativ gesehen – die Kindersterblichkeitsrate in Luxemburg an. Als Reaktion hierauf haben die Regierungsverantwortlichen im Juli 1975 zuallererst den Mutterschutz der arbeitenden Frau verstärkt. Des Weiteren wurden schwangere Frauen in die Lage versetzt, eine systematische medizinische Betreuung für sich und das junge Kind in Anspruch zu nehmen. Parallel hat Luxemburg die Ausgaben, die mit Mutterschaftsfürsorge verbunden waren, aus dem Steueraufkommen beglichen, dem Beispiel anderer Gesundheits- und Sozialrisiken folgend wie Unfälle, schwerwiegende oder chronische Krankheiten oder Altenpflege.

Die Reform von 1992 vereinfachte Art und Verwaltung des bisherigen staatlichen Beitrags zur Absicherung bürgerlicher Risiken. Der Staat erstattete nun nicht mehr den Krankenkassen die vorgestreckten Kosten, sondern setzte sein Engagement fortan im Rahmen einer Beitragsleistung fort. Die Mutterschutzfinanzierung blieb allerdings im Rahmen dieser Reform von diesen Änderungen unberührt.

Die aktuelle Reform sieht in diesem Zusammenhang nun Folgendes vor:

- Das finanzielle Engagement des Staates verbleibt in etwa auf dem aktuellen Niveau, wird aber in seiner Art modifiziert, indem eine staatliche Beitragsleistung die bisherige Kostenerstattung ablösen soll.
- Das Niveau des Mutterschutzes bleibt auf gehobenem Level mit Bezug auf die entsprechenden europäischen Richtlinien erhalten.
- Der Staat überträgt in diesem Feld verschiedene Kompetenzen auf die CNS (Gesundheitskasse).

Warum dieser Wechsel? Die exklusive Finanzierung der Mutterschaftsleistungen durch den Staat ist eine luxemburgische Spezialität. Sie stellt zweifelsfrei eine Methode der Positiv-Diskriminierung dar, deren Berechtigung in der historischen Situation ihrer Etablierung zwingend war. Nun ist es Zeit, dies zu ändern, da die damaligen Verhältnisse heute nicht mehr gelten. Die per Sozialplan vorgesehenen Mutterschaftsleistungen haben sich gewandelt: Was sich Familienurlaub nennt, betrifft nicht mehr nur allein die Frauen. Auch hat sich die Rolle der Frauen am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft weiter entwickelt. Weiterhin machen sich die negativen Effekte der jetzigen Regelung mehr und mehr bemerkbar. Dazu zählen die fehlende



Transparenz und Flexibilität bei den Leistungen, eine verwaltungstechnische Schwerfälligkeit und die Abwesenheit eines Regulierungssystems, was als Folge eine ungünstige finanzielle Entwicklung nach sich zieht.

Die Mutterschaftsleistungen in Zahlen			
	2009		Durchschnittliche jährliche Entwicklung in Prozent (2001 bis 2009)
	in Millionen Euro	in Prozent	
Laufende Gesamtausgaben der CNS	2.076,0	100 %	6 %
Laufende Ausgaben für Mutterschaft, darunter:			
Besondere Sachleistungen	111,7	5,4 %	8,7 %
Mutterschaftsvorsorge	39,6	1,9 %	9,9 %
Mutterschaft: diverse Kosten	5,0	0,2 %	3,7 %

Quelle: Abrechnung der CNS 2009 / Tableau IGSS

Der intendierte Mehrwert: Sowohl die Gesundheitskasse, die Versicherten als auch die Sozialpartner werden von der neuen Regelung profitieren:

- Für die CNS bedeutet die Einbindung der Mutterschaftsleistungen in das Generalregime eine echte Vereinfachung ihres Verwaltungsaufwandes.
- Für die Versicherten bietet sich ein verbesserter Kontext für die Gestaltung einer kohärenten Präventivmedizin, die sich orientiert an anerkannten medizinischen und wissenschaftlichen Kriterien. Das Versorgungsangebot wird sich flexibler als bisher an die Bedürfnisse von Mutter und Kind anpassen können.
- Durch die Klärung der Kompetenzen zwischen Staat und CNS wird es Staat und Sozialpartnern möglich werden, die Kosten in den Griff zu bekommen.



Was gilt ab wann?

Das Reformgesetz tritt generell ab dem 1. Januar 2011 in Kraft. Ausgenommen sind folgende Punkte:

- Änderung des Erstattungssystems für Medikamente und Substitutionsmöglichkeiten durch gleichwertige nicht patentgeschützte Arzneimittel
- Anwendung der Erstattungsregeln des ambulanten Sektors für Krankenhauslaboranalysen, die dort für nichtstationäre Patienten erbracht werden.

Diese Instrumente werden ein Jahr später am 1. Januar 2012 in Kraft treten, damit genügend Zeit bleibt, um diese Maßnahmen adäquat vorzubereiten und die Versicherten im Vorfeld hinreichend darüber zu informieren.

Eine weitere Reihe von Änderungen kann erst in Kraft treten, nachdem verschiedene großherzogliche Reglements publiziert oder die Statuten der CNS, verschiedene Konventionen oder Nomenklaturen geändert wurden. Die folgende Auflistung zeigt, welche Bereiche von der Reform betroffen sind.

Was steht wo?		
1	Änderung die Versicherungspflicht und Beiträge betreffend	Art. 2.1, 29, 32, 33, 38, 150, 240 und 377 CSS
2	Integration der Mutterschaftsleistungen in die Krankenversicherung	Art. 8, 17 und 31 CSS, art 12 Gesetzesentwurf
3	Hausarztprinzip – Einführung der Integrierten Versorgung (filiales de soins)	Art. 19.1, 19bis und 23.2 CSS
4	Schrittweise Anpassung der Nomenklaturen	Art. 19.3, 65 und 66 CSS
5	Neuregelungen der Arzneimittelversorgung	Art. 22bis und 22ter CSS
6	Ausweitung des Sachleistungsprinzips (tiers payant)	Art. 24 CSS
7	Schaffung und Neugestaltung von verschiedenen Organen des Gesundheitswesens	Art. 47, 60ter, 65.8, 65.13, 65bis, 69, 70, 71 (abgeschafft), 72, 72bis (abgeschafft), 73, 73bis, 146,2, 393, 393bis, 393ter, 418, 454 CSS
8	Dokumentationspflichten	Art. 60quater CSS
9	Neuregelungen der Konventionen mit den Leistungserbringern	Art. 64 CSS
10	Umgestaltung des Spitalsektors	Art. 74 und 79 CSS
11	Finanzielle Maßnahmen	Art. 22, 28, 30, 65, 67-70 und 74 CSS
12	Änderung des Krankenhausgesetzes vom 28. August 1998	Art. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 18, 19, 23, 26, 26bis, 29, 31 und 33 Krankenhausgesetz
13	Sonstige Maßnahmen	Art. 10, 12, 84.4, 172.1.7 und 350.6 CSS

Unter folgendem Link können Sie eine detailliertere Tafel einsehen:
www.mss.public.lu/publications/infoletter/il016/reforme_systeme_soins_sante.pdf



Und wie geht es nun weiter?

Das in diesem Insight SantéSécu vorgestellte Gesetzesprojekt wurde am 1. Oktober 2010 von der Regierung in der Abgeordnetenversammlung deponiert. Dort wird es vom Gesundheits- und Sozialversicherungsausschuss (Commission de la Santé et de la Sécurité sociale) in den kommenden Wochen diskutiert und begutachtet werden. Dafür kann der Ausschuss sowohl externe Fachleute als auch außerparlamentarische Gremien zu Rate ziehen. Auch der Staatsrat wird den Entwurf noch auf Kompatibilität mit dem geltenden Recht überprüfen. Auf dieser Basis kann der zuständige Ausschuss noch Änderungsvorschläge einbringen und das Gesetzesprojekt der Abgeordnetenversammlung zur Diskussion und Abstimmung vorlegen. Es ist folglich das Parlament, das nun über das vorgelegte Gesetzesprojekt entscheidet. Ein noch in diesem Jahr verabschiedetes Gesetz könnte so die erforderliche Basis liefern, mit der Umsetzung der Reform unseres Gesundheitssystems im kommenden Jahr zu beginnen.

Quellen der Zitate:

- 1 **Prof. Lars Eric Kjekshus**
Centre for Innovation in Health Management, University of Leeds
Kjekshus: Changing demands for institutional management. In: Nordic Health Care Systems (WHO, 2009), p. 275
- 2 **Prof. Barbara Starfield**
John Hopkins Bloomberg School of Public Health
Starfield, B. (1998) Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press.
- 3 **Martin McKee**, Prof. of European Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine
Dr. Judith Healy, Regulatory Institution Network, The Australian National University, Canberra
McKee M & Healy J eds (2002) Hospitals in a Changing Europe Open University Press, Buckingham & Philadelphia, p. 11
- 4 **Prof. Sebastian Schneeweiss**, Harvard School of Public Health
Schneeweiss, S. Pharmaceutical cost containment with reference based pricing: time for refinements Canadian Medical Association Journal, 167, 1250-51
- 5 **European Commission**
Council Conclusions on common values and principles in European Union health systems (2006/C 146/01). Official Journal of the European Union, 22 June 2006.
- 6 **Neelie Kroes**, European Commissioner for Digital Agenda
EU - Digital Agenda 2020, released on May 19, 2010
- 7 **Peter N Smith**, Professor of Economics and Finance, University of York Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I. Performance measurement for health system performance improvement: experiences, challenges and prospects. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008
Council Conclusions on common values and principles in European Union health systems (2006/C 146/01). Official Journal of the European Union, 22 June 2006.
- 8 **Joseph Kutzin**, World Health Organization, Regional office for Europe.
Kutzin J. Health financing policy: a guide for decision-makers. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008
- 9 **Prof. Bjørn Hofmann**, Prof. of Medical Ethics, University of Oslo
Hoffman B. Is there a technological imperative in health care? International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2002, 18:675-689.

Impressum

Herausgeber Ministère de la Santé et Ministère de la Sécurité sociale du Luxembourg · **Verantwortlich** Mars Di Bartolomeo, Ministre · **Beauftragter des Herausgebers** KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG Bonn · **Redaktion** Dr. Beatrice Wolter (KomPart); Ministère de la Sécurité Sociale, Ministère de la Santé; E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu

Wir danken allen Autoren aus den Ministerien für Gesundheit und Soziale Sicherheit, der IGSS (Inspection générale de la sécurité sociale) sowie der CNS (Gesundheitskasse) dafür, die zentralen Vorhaben des Gesetzes für den Insight zusammengefasst zu haben. Danke an Dr. Françoise Berthet, Frank Gansen, Dr. Jürgen Hohmann, Jean-Paul Juchem, Geneviève Klepper, Réne Krippes, Pascale Oster, Barbara Rousseau, Paul Schmit, Marianne Scholl, Mike Schwebag, Dr. Raymond Wagener