



InSight

SantéSécu

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

Liebe Leserinnen und Leser,

WAS BIETET INSIGHT SANTÉ SÉCU? Zahlen, Fakten, News aus dem Sozial- und Gesundheitsministerium. **WARUM?** Mehr Einblick, mehr Transparenz und bessere Koordinierung. Für Wen? Für alle Akteure des luxemburgischen Gesundheitswesens. **LESERMEINUNGEN ERWÜNSCHT?** Unbedingt, bitte per Kontakt-E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu

WEITERE WEB-INFORMATIONEN: www.ms.etat.lu · www.mss.public.lu

PROZEDUREN-KLASSIFIKATION: Welches System passt? **WECHSEL AN DER SPITZE DER CNS:** Paul Schmit übernimmt das Ruder. **EINIGUNGSPROZESS GESTEMMT:** Jean-Marie Feider geht in Ruhestand. **VOLLKOSTENMODELL:** Alle Ausgaben im Fokus. **HILFE IM KONFLIKTFALL:** Mediatoren vermitteln zwischen Arzt und Patient. **ENQUÊTE:** Les patients évaluent leurs médecins. **PATIENTENVERTRETUNGEN:** Gemeinsam statt einsam? **ORGANSPENDEN:** Dem Verlust einen Sinn geben.

Prozeduren-Klassifikation: Welches System passt?

Luxemburg benötigt eine neue Prozedurenklassifikation. Sie soll zweierlei leisten: Den Bedürfnissen der Leistungserbringer entsprechen und die Erfassung von Gesundheitsdaten für nationale und internationale Zwecke erleichtern.

Seminar am 28. September. Das Gesetz vom 17. Dezember 2010 zur Reform des Gesundheitssystems in Luxemburg gibt den Rahmen vor: Die medizinische Dokumentation soll verbessert werden. Auch die neue europäische Richtlinie zu grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen – sie soll bis Ende Oktober 2013 in nationales Recht umgesetzt werden – verlangt Transparenz in der Dokumentation. In einem Seminar am 28. September soll nun über alle Aspekte der dringend benötigten neuen Prozedurenklassifikation diskutiert werden, um eine schnelle Entscheidung zu ermöglichen. So sieht die Tagesordnung viele Themen vor, die die Auswahl des neuen Klassifikationssystems erleichtern sollen. Insofern wird es um folgende zentrale Frage-



stellungen gehen: Welche Anforderungen muss eine moderne Prozedurenklassifikation vor dem Hintergrund internationaler Standards erfüllen? Wo steht die luxemburgische Nomenklatur im Vergleich zu anderen international erprobten und neu entwickelten Systemen? Welche jüngeren supranationalen Entwicklungen der verschiedenen Prozedurenklassifikationen gibt es? Und welche Erfahrungen liegen über Einführungsprozesse und Anwendung der verschiedenen Prozedurenklassifikationen vor?

Ziele der neuen Klassifikation. Bei einer Tagung Anfang Juli im Rahmen des Vorbereitungsprozesses, diskutierten Gesundheitsexperten und Leistungserbringer konstruktiv und offen die Erwartungen der Akteure an ein neues Klassifikationssystem. Konsens herrschte über die Ziele einer leistungsfähigen Dokumentation. Sie müsse den Bedürfnissen des Staates, der Krankenkasse sowie der Leistungserbringer gerecht werden und gleichzeitig die Patientenrechte berücksichtigen. Ebenso solle ein bewährtes ausländisches System als Basis gewählt werden, das auf die Bedürfnisse Luxemburgs angepasst werde. Es sei jedoch keineswegs geplant, ausländische Honorarsysteme auf Luxemburg zu übertragen, so die Position aller am Entscheidungsprozess beteiligten staatlichen Institutionen. Die Festlegung der Honorartarife sei vielmehr Aufgabe der Nomenklatur-Kommission. In diesem Zusammenhang bekräftigten die Ärztevertreter, dass sich eine Klassifikation an wissenschaftlichen Kriterien orientieren solle und keineswegs an honorartechnischen. Zur Diskussion stehen zwei bestehende sowie ein internationales Klassifikationssystem, das derzeit in Arbeit ist:

CCAM. Die französische «Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)» besteht aus einem siebenstelligen Hauptcode. Er ist unterteilt in einen vierstelligen vielachsigen Teilcode, welcher durchgängig Anatomie (Stellen 1 und 2), Basisverfahren (Stelle 3) und Zugang/Technik (Stelle 4) codiert und drei rein aufzählende Stellen. Die Codes sind in einem Prozedurenkatalog zusammengestellt. Die CCAM besteht aus 16 Kapiteln, die nach Organsystemen geordnet sind. Das 17. Kapitel führt Handlungen ohne Organzuordnung auf und das 18. Kapitel beschreibt Zusatzhandlungen. Insgesamt sind in ihr 7.100 medizinische und zahnmedizinische Schlüsselnummern enthalten. Ein besonderes Kennzeichen der CCAM ist eine ebenfalls weitgehende terminologische Standardisierung der Prozedurenbeschreibungen (libellés). Die CCAM zeichnet sich durch eine differenzierte Erläuterung ihrer Struktur sowie ihr einfaches und durchgängiges Konstruktionsprinzip aus. Die regelmäßige Pflege des Instruments zeigt sich auch in der Häufigkeit ihrer Aktualisierung, so ist seit Mai 2011 die Version 24 der CCAM maßgebend. Als Kodierhilfe existieren ein erprobtes Handbuch sowie mehrere Software-Produkte. Einige luxemburgische Spitäler nutzten die CCAM bereits zur Dokumentation unterschiedlicher ausgewählter Fachbereiche (zum Beispiel Radiologie, Orthopädie, Chirurgie).



Foto: Konstantin Suvajin - Fotolia.com

Welche Prozedurenklassifikation ist für Luxemburg geeignet? Sie muss vielen Bedürfnissen gerecht werden: Leistungserbringer, Krankenkasse und Staat müssen daraus notwendiges Datenmaterial ziehen können.



ICD10-PCS. Für Luxemburgs Ärzte ist durchaus bedeutend, dies betonten sie auf der vorbereitenden Sitzung Anfang Juli, dass eine Klassifikation gewählt werden möge, die international verbreitet ist, wie etwa das «Procedure Coding System, PCS», ein umfassender Prozedurenschlüssel, der ab Oktober 2013 in den USA zum Einsatz kommen wird und international auf Interesse stößt. Die vielachsige Prozedurenklassifikation besteht aus einem siebenstelligen, alphanumerischen Code, wobei die erste Stelle den Anwendungsbereich beschreibt. Die Belegung der Stellen zwei bis sieben ist vom gewählten Bereich der ersten Stelle abhängig. Je nach Bereich werden Begriffe wie Intervention, Humananatomie, Zugang und Hilfsmittel codiert. PCS-Basistabellen dienen zur sinnvollen Verschlüsselung von Codekombinationen. Eine hierarchische Darstellung wie auch eine schlichte Auflistung der zur Kodierung zugelassenen Codes ist hier nicht vorhanden. Unterstützung findet der Anwender durch Definitionen zu den verwendeten Begriffen, ein Schulungshandbuch und ein alphabetisches Verzeichnis.

Mit ihren über 60.000 Positionen ist sie extrem detailliert und bildet alle Prozeduren komplett ab; es stellt sich aber die Frage nach Lesbarkeit und praktischer Anwendung eines solch voluminösen Dokumentes. Ein weiterer Nachteil der PCS, so heißt es in Fachkreisen, ist, dass sie über eine eher synthetische Sprache verfügt, die sich weit entfernt von der klinischen Sprache bewegt.

ICHI. Die WHO ist derzeit bestrebt, eine internationale Klassifikation auszuarbeiten: die «International Classification of Health Interventions (ICHI)», die inspiriert von der französischen CCAM und der «Canadian Classification of Health Interventions (CCI)» eine siebenstellige vielachsige Codestruktur aufweist. Die ICHI wird es in einer Beta-Version Ende dieses Jahres geben. Abgesehen von einigen notwendigen Ergänzungen wird sie im Wesentlichen soweit wie möglich auf das kontrollierte Vokabular der ICD-9-CM Version 3 zurückgreifen.

Viele europäische Länder benutzen bis heute die inzwischen veraltete ICD-9-CM, darunter Belgien, Italien, Spanien und auch die Schweiz. Als Nachfolgeversion der ICD-9-CM Version 3 wäre die zukünftige ICHI eine denkbare Lösung. Deren Entwicklung basiert jedoch auf der Bereitschaft von WHO-Mitgliedsländern finanziell zu ihrer Entwicklung beizutragen, da sie auf der Agenda der WHO keine oberste Priorität einnimmt. Die Schweiz prüft derzeit, ob eine Klassifikation auf der Basis von CCAM oder ICHI sinnvoll sein könnte. Auch Deutschland überlegt, langfristig seinen «Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)» auf der Basis der ICHI neu zu justieren. Für Luxemburg empfiehlt es sich durchaus die internationalen Entwicklungen eng zu verfolgen.



■ Webtipps:

Eine Onlineversion und weiterführende Informationen zur CCAM in französischer Sprache unter:
<http://www.atih.sante.fr/?id=00031000000>

Die englischsprachige Originalfassung ICD-10-PCS findet sich zum Download unter:
http://www.cms.gov/ICD10/13_2010_ICD10PCS.asp

Susanne, Hanser, Abbildbarkeit von Inhalten des OPS-301 mit den Methodiken der Prozedurenklassifikationen PCS und CCAM. Entwurf für eine neue deutsche Prozedurenklassifikation.

Pdf der Dissertation im Internet unter:

www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/1499/.../SH_Abbildbarkeit OPS.pdf

Näheres zu ICHI auf der Seite der WHO unter:

<http://www.who.int/classifications/ichi/en/>

Wechsel an der Spitze der CNS: Paul Schmit übernimmt das Ruder

Bei der Caisse nationale de santé (CNS) steht ein Führungswechsel an. Jean-Marie Feider übergibt nach vier Jahren zum 1. Oktober die Präsidentschaft der Gesundheitskasse an Paul Schmit von der Inspection générale de la sécurité sociale.

Seit zwanzig Jahren arbeitet der 46jährige Diplom-Physiker Paul Schmit im luxemburgischen Sozial- und Gesundheitswesen. Davon brachte er sein berufliches Engagement die letzten drei Jahre bei der Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) ein.

Neben internen Aufgaben auf der Leitungsebene der IGSS, engagierte er sich für die Verbesserung von Qualität und Management im Gesundheitswesen. Er koordinierte gleichzeitig die Entwicklung der Reform der Krankenversicherung. Nach der Verabschiedung der „réforme du système de soins de santé“ im Dezember letzten Jahres widmete sich Paul Schmit schwerpunktmäßig der Umsetzung der einzelnen komplexen Reformschritte.

Die Implementierung aller Details der Gesundheitsreform in die Verwaltungsabläufe ist auch für die CNS nach wie vor eine große Herausforderung. Die fundierten Kenntnisse aller Reformeinzel Schritte, die Paul Schmit im Laufe des Reformprozesses erworben hat, werden ihm bei diesem Aufgabenbereich sehr hilfreich sein. Auch wird er



Paul Schmit, zukünftiger
Präsident der CNS



seine langjährigen Erfahrungen in Führungspositionen unter anderem bei der Stiftung „Hellef Doheem“ gut einbringen können. Ebenso kann er auf Fachwissen zurückgreifen, das er durch MBA- und Risikomanagement-Diplomabschlüsse erworben hat.

„Ungern lassen wir Paul Schmit ziehen. Doch wir freuen uns natürlich mit ihm über die neue berufliche Herausforderung und wünschen ihm für die zukünftige Tätigkeit alles Gute und viel Erfolg und freuen uns auch auf eine fruchtbare Zusammenarbeit,“ so Raymond Wagener über den anstehenden Personalwechsel, den auch die IGSS durch den Weggang Paul Schmits betreffen wird.

(Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

Einigungsprozess gestemmt...

Im Januar 1975 startete Jean-Marie Feider seine Karriere bei der luxemburgischen Sozialversicherung. 32 Jahre später übernahm der gelernte Jurist die Präsidentschaft der Union des Caisses de Maladie (UCM).

2009 meisterte er die größte Herausforderung seines Berufslebens: die Zusammenlegung der Krankenversicherungen aufgrund des Statut unique. Die UCM wandelte sich zur Caisse nationale de santé (CNS). In diesem verwaltungs- und personalpolitisch hochkomplexen Einigungsprozess hatte sich Feider zum Ziel gesetzt, die eher behördliche UCM auf den Weg zu einer modernen dienstleistungsorientierten öffentlichen Einrichtung zu bringen. In diesem Sinne verbesserte er den Kundenservice, die Öffentlichkeitsarbeit und leitete das verstärkte Engagement der Gesundheitskeess im präventivmedizinischen Bereich ein. Die Ausgabenseite verlor er dabei nie aus dem Blick.

«Jemmi», wie ihn seine Freunde nennen, träumte früher vom Richteramt, doch der Krankenversicherungssektor hat ihn nicht losgelassen. Hier hat er wichtige Weichen gestellt. Und auch der „Association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale“ (ALOSS) wird er noch länger die Treue halten. Im Ruhestand wird er Zeit für seine Hobbys finden: Weite Reisen, Gärtnern und Kochen zählen zu seinen Leidenschaften. Dafür alles Gute, Jemmi.

Mars Di Bartolomeo



Jean-Marie Feider leitete den Wandel der UCM zur Gesundheitskasse ein.



Vollkostenmodell: Alle Ausgaben im Fokus

Was kostet ein Spitalaufenthalt? Um diese Frage korrekt beantworten zu können, soll das Vollkostenmodell in Luxemburgs Kliniken eingeführt werden. Ziel dabei ist, mehr Transparenz ins Ausgabengeschehen zu bringen. Ein Interview mit Krankenhausexperte Jean-Paul Juchem.

■ 1. Was bedeutet Full-Cost-Modell, also Vollkostenmodell?

Aus Sicht der CNS bedeutet das Vollkostenmodell, dass alle für die CNS relevanten Ausgaben in Verbindung mit einem Spitalaufenthalt erfasst werden sollen. Hierzu ist es notwendig, sowohl die Kostenerfassung patientenbezogen zu gestalten, als auch die Arztkosten mit in Betracht zu ziehen. Wegen des in Luxemburg bestehenden Belegarztsystems, werden ärztliche Leistungen im Krankenhaus getrennt über Honorare von der CNS vergütet. Die Arzthonorare, die während eines Spitalaufenthaltes angefallen sind, können allerdings auf Seiten der CNS zusammengefasst und dem Krankenhausaufenthalt zugeordnet werden. Um die Informationslage der Spitäler hinsichtlich der von der CNS getragenen Ärztkosten zu verbessern, sieht das Gesundheitsreformgesetz von 2010 vor, dass die Spitäler in Zukunft von der CNS über die von ihr vergüteten ärztlichen Leistungen bei Spitalbehandlungen informiert werden.

■ 2. Warum soll es in den Krankenhäusern eingeführt werden?

Die Spitäler in Luxemburg werden seit 1995 budgetisiert. Zu diesem Zweck ist in allen Kliniken eine Kostenstellenrechnung eingeführt worden. Sie dient als Grundlage für die wiederkehrenden Budgetverhandlungen. Die Forderung nach zunehmender Transparenz, insbesondere im Vergleich mit dem Ausland, aber auch im zwischenbetrieblichen Spitalvergleich, zwingt zum Ausbau der Kostenstellenrechnung, wobei es letztlich darum geht, die Kosten eines individuellen Krankenhausaufenthaltes zu ermitteln. Derzeit verfügt die CNS nur über Durchschnittskosten pro Kostenstelle, unter Ausschluss der Ärztkosten.

■ 3. Wie stehen die Spitäler zu diesem Modell?

Aus Diskussionen mit den Krankenhäusern geht hervor, dass die Verfeinerung der Kostenrechnung mit Hinblick auf die Vergleichbarkeit von Leistungen auf allgemeine Zustimmung stößt. Die eingeführte Deckelung der Spitalbudgets vergrößert außerdem den Druck, mehr Kostentransparenz auch unter den Spitalern herzustellen.

Die Krankenhäuser haben bereits in der Vergangenheit sowohl direkte als auch indirekte Kosten erfasst. Die Neuerung liegt in der Verfeinerung der bestehenden Kostenstellenrechnung. Sie soll ermöglichen, dass einem individuellen Spitalaufenthalt



Foto: Gina Sanders - Fotolia.com

Was kostet der Klinikaufenthalt bezogen auf den Einzelpatienten? Per Vollkostenmodell können die Kliniken hierauf Antwort geben.



eine möglichst präzise Kostenschätzung zugeordnet werden kann. Zu diesem Zweck müssen Einzelkostenerfassungen pro Patient bei besonders teurem Verbrauchsmaterial eingeführt werden. Ebenso muss – in gewissen Fällen – der Personaleinsatz gemessen und auf den individuellen Patienten bezogen werden, so beispielsweise im OP-Bereich. Hierzu sind organisatorische und EDV-technische Vorkehrungen in den Kliniken zu treffen.

■ **4. Wie weit sind die dafür vorgesehenen Vorarbeiten und Umsetzungsschritte gediehen?**

Das Ministerium für Soziale Sicherheit hat Anfang Juli 2011 einen Beratungsauftrag ausgeschrieben, der die Standardisierung des Kontenplans und die Vereinheitlichung der Regeln der analytischen Buchführung zum Gegenstand hat. Ziel dabei ist, ein Kalkulationshandbuch für die Ermittlung der Kosten eines Spitalaufenthaltes aufzustellen. Das Projekt ist auf die Zeit bis zum 31. Januar 2013 anberaumt und sieht die aktive Beteiligung der in der Entente des Hôpitaux Luxembourgeois vereinigten Krankenhäuser vor.

Gleichzeitig wird die medizinische Dokumentation in den Spitälern ausgebaut. Es nützt nichts, die Kosten von Spitalaufenthalten einander gegenüberzustellen, wenn das damit verbundene medizinische Leistungsgeschehen außer Acht bleibt. Hierzu wird es notwendig sein, Diagnosen und Prozeduren in ausreichender Zahl und Präzision zu erheben. In diesem Zusammenhang wird die Einrichtung von medizinischen Dokumentationsstellen in den Kliniken derzeit erwogen. Erst die Zusammenführung von Kostendaten und medizinischen Daten wird die Frage der Vergleichbarkeit von Spitalaufenthalten ermöglichen.

(Jean-Paul Juchem, Caisse Nationale de Santé)



Hilfe im Konfliktfall: Mediatoren vermitteln zwischen Arzt und Patient

Konflikte im Gesundheitswesen lassen sich häufig einfacher mit Hilfe von Mediatoren lösen. Der vom Gesundheitsminister rezent vorgelegte Gesetzesvorentwurf über die Rechte und Pflichten des Patienten schlägt deshalb vor, Strukturen für eine Mediationskultur einzurichten.

Konfliktpotential wächst. In der modernen Medizin nimmt die Komplexität der Abläufe zu. Immer intensivere Interaktionen zwischen Patienten und Leistungserbringern sind dadurch erforderlich. Gleichzeitig stehen die Gesundheitssysteme weltweit unter erhöhtem Druck, effizient mit der Zeit der Leistungserbringer und den vorhandenen Mitteln umzugehen. Es besteht eine Spannungslage, in der sich naturgemäß Konflikte entwickeln können über reelle oder vermutete Fehlbehandlung oder auch aufgrund von Kommunikationsproblemen zwischen Patienten und Leistungserbringern.

Außergerichtliche Einigung. Gerade im Gesundheitssektor, wo es für den Patienten oft um existenzielle Fragen geht, sind Konfliktsituationen häufig emotional besonders befrachtet. Die Mediation kann in diesem Zusammenhang ein außergerichtliches Verfahren zur raschen unbürokratischen Einigung anbieten, das auf die Bedürfnisse der Patienten und Leistungserbringer zugeschnitten ist. Sie sollte als ein strukturiertes, freiwilliges Verfahren zur konstruktiven Beilegung eines Konfliktes stattfinden. Dabei versuchen die Konfliktparteien mit Unterstützung einer dritten überparteilichen Person, dem Mediator, zu einer gemeinsamen Vereinbarung zu gelangen. Der Mediator trifft dabei keine eigenen Entscheidungen bezüglich des Konflikts, sondern ist lediglich für das Verfahren verantwortlich.

Nationale und lokale Mediationsstellen. Der Gesetzesvorentwurf über die Rechte und Pflichten der Patienten schlägt nach belgischem Modell vor, lokale Mediatoren in den Krankenhäusern zu benennen. Auch ist die Schaffung einer nationalen Mediationsstelle vorgesehen, welche sich hauptsächlich an die Gesundheitsdienstleister außerhalb des Krankenhausbereichs richtet. Diese nationale Mediationsstelle soll sich des Weiteren um die Koordination aller Mediationsstellen kümmern.

Konflikthintergründe aufdecken. Die Mediationsstrukturen können sowohl von den Patienten als auch von den Leistungserbringern in Anspruch genommen werden. Das Ziel des Verfahrens ist, die Konflikthintergründe im Rahmen



Foto: Sandor Jackal - Fotolia.com

Nicht immer ist der Weg zum Gericht nötig. Mediatoren helfen, Streitfragen im Vorfeld zu klären.



eines Dialogprozesses aufzudecken, zu besprechen und so eine Lösung des Problems zu bewirken. Dabei behalten die Gesprächspartner ihre Selbstverantwortung. Im Gegensatz zum Gerichtsverfahren steht die Frage nach einer eventuellen Schuld nicht zwingend im Vordergrund. Das Mediationsverfahren erlaubt auch die Berücksichtigung von Interessenlagen, die in einem Zivilprozess unbeachtet bleiben würden. Es unterliegt der Verschwiegenheitspflicht und findet außerhalb der Öffentlichkeit eines Gerichtsverfahrens statt. Die Mediation ist auch in der Regel schneller und finanziell überschaubarer als eine gerichtliche Konfrontation.

Mediationsgesetz. Im April 2011 wurde eine Gesetzesvorlage zur Einführung der Mediation in Zivil- und Handelssachen in die Zivilprozessordnung („Mediationsgesetz“) im Parlament eingebracht. Der Gesetzesvorentwurf über die Rechte und Pflichten des Patienten sieht deshalb vor, die generellen Aspekte der Mediation im Gesundheitswesen den Regeln des zukünftigen Mediationsgesetzes zu unterstellen. Die im Rahmen der Mediation gefundenen Lösungen wahren eher eine zukunftsfähige Beziehung zwischen den Parteien. In der Regel werden die getroffenen Vereinbarungen eher freiwillig umgesetzt. Im Rahmen des zukünftigen „Mediationsgesetzes“ ist jedoch eine Zwangsvollstreckung nach Kontrolle der Vereinbarung durch einen Richter vorgesehen.

Ziel der Einführung von Mediationsstrukturen im Gesundheitswesen ist die Schaffung von neuen Strukturen, welche eine außergerichtliche Lösung der Beschwerden und Konflikte im Dialog zwischen Leistungserbringern und Patienten vereinfachen. Unabdingliche Grundvoraussetzung der Mediation ist jedoch eine Bereitschaft der Konfliktparteien, sich auf den Mediationsprozess einzulassen.

(Mike Schwebag, Gesundheitsministerium)

■ Webtipps:

Präsentation des Gesetzesvorentwurfs über die Rechte und Pflichten des Patienten auf der 6. Nationalen Gesundheitskonferenz: <http://www.ms.public.lu/fr/actualites/2011/06/cns-2011/>

„Mediationsgesetz“ - doc. parl. n° 6272 : www.chd.lu

„Mediation im Gesundheitswesen“, „Spektrum der Mediation“, Ausgabe 35 / III. Quartal 2009: http://www.bmev.de/index.php?id=spektrum_35

„Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Un bref état de la question en Belgique“, Fondation Roi Baudouin, 2009 : <http://www.kbs-frb.be>



Enquête : les patients évaluent leurs médecins

Les patients sont particulièrement satisfaits des soins primaires délivrés au Luxembourg. C'est ce que montre une étude de l'institut de recherches TNS ILRES pour le compte du Ministère et de la Direction de la Santé.

Epidémie de grippe – Rapide accès aux soins. Cette enquête, basée sur un questionnaire standardisé de l'OCDE, a été menée auprès d'un échantillon représentatif de la population résidente au Luxembourg, de février à mars 2011. Sur le total des personnes sondées, 74% d'entre elles déclaraient s'être rendues à une consultation au cours des 3 derniers mois pour recevoir des soins. Les mois, auxquels faisait référence le questionnaire, couvraient la période de décembre 2010 à mi-mars 2011 (date de fin de l'enquête). Il est important de souligner que ce laps de temps a coïncidé avec l'existence d'une virose grippale. Cela peut certainement expliquer le nombre conséquent de consultations (46%) dans le courant du mois précédant le terrain d'enquête. Malgré ce cas particulier, l'accès aux soins reste aisé dans le Grand-Duché de Luxembourg. La moitié des personnes sondées, quel que soit leur âge, affirmait ainsi avoir vu leur médecin généraliste le jour même de la demande. Parmi ces personnes, 21% ont été reçues sans rendez-vous préalable. Les médecins font preuve d'une disponibilité certaine envers leurs patients.

Fidélité au médecin. D'ailleurs, la majorité des assurés sollicite toujours le même médecin (8 personnes interrogées sur 10). La nouvelle loi envisagée sur la mise en place d'un médecin de référence se fera très certainement sans heurts, les comportements de « fidélité » étant déjà présents.

Le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous satisfait 93% des patients. Le tableau est légèrement terni avec 7% des patients qui estiment cette attente comme problématique. Ce résultat est plus prononcé lorsqu'il s'agit d'obtenir un rendez-vous chez un spécialiste (11% d'insatisfaits). Dans un très grand nombre de pays - et le Luxembourg ne déroge pas à la règle - il est de notoriété publique que les plannings des spécialistes affichent complets sur plusieurs semaines. Avant d'être reçu par leur médecin, 42% des patients ont estimé leur attente à moins de 15 minutes. Et moins d'une personne sur 5 a patienté plus de 30 minutes.

Grande satisfaction des patients. L'enquête montre également que les médecins sont dévoués à leurs patients : ils prennent le temps nécessaire pour fournir



Foto: Gina Sanders - Fotolia.com

Les patients luxembourgeois se déclarent satisfaits avec leurs médecins et avec l'accès aux soins.



des explications compréhensibles et claires. La majorité des médecins n'hésiteraient pas à impliquer leurs patients dans les décisions relatives à leur traitement en leur laissant la possibilité de poser des questions. Les personnes interrogées ont le sentiment que leur médecin (qu'il soit généraliste ou spécialiste) les prend au sérieux. 72% des patients de généralistes se montrent satisfaits des soins reçus. Les spécialistes ne sont pas en reste avec 69% de satisfaction auprès de leurs patients. De plus toutes ces personnes n'hésiteraient pas à recommander celui à qui ils confient leur santé. A noter que le mouvement de grève des médecins généralistes suivi au mois de janvier (mois intégré dans la période de référence) n'a pas affecté la satisfaction des patients.

Les défis du futur. D'après l'enquête on ne consulte pas systématiquement pour tout problème de santé. Ainsi, les défis du Luxembourg concernent avant tout les soins de santé primaires. Presqu'un tiers des personnes indique ne pas avoir consulté un médecin malgré l'apparition d'un problème de santé. Ce phénomène s'observe particulièrement chez les moins de 25 ans et chez les personnes ayant un niveau d'études supérieures.

Alors que 98% de la population résidente au Luxembourg est couverte par l'assurance maladie (chiffres 2010 – Ministère de la santé), l'enquête dévoile que 3% des personnes sondées se sont abstenues, pour des raisons financières, de subir un examen médical ou de suivre un traitement. Les personnes les plus touchées sont celles qui ont les revenus les plus bas ainsi que celles qui estiment que leur état de santé est mauvais. Les taux portant sur le refus de prendre des médicaments pour des raisons financières sont du même ordre de grandeur et sont proches de ceux concernant les personnes à revenu très faible.

(Skora Messaoudi und Wiebke Gumbel, TNS ILRES)

■ Liens :

Pour savoir plus :

www.tns-ilres.com/cms/Home/News/Publications/Archive/Ministere-et-Direction-de-la-Sante-%E2%80%93-OECD-2010-201.aspx



Patientenvertretungen: Gemeinsam statt einsam?

Die Gesundheitspolitik wünscht sich einen zentralen Ansprechpartner für die Belange von Patienten. Was halten einzelne Patientenvertreter von dieser Idee? InSight fragte nach.

„Jährlicher ‚journée d’échange‘
könnte Start für eine Plattform bilden.“

Die Association Luxembourgeoise du Diabète (ALD) vertritt die Meinung, dass die Gesundheitsberufe, soziale Kostenträger und Patientengruppen gleichermaßen mit in die Gesundheitspolitik einbezogen werden sollten, um ein effizientes Gesundheitssystem zu gewährleisten.

Eine gemeinsame Plattform verschiedener Patientengruppen, die unter einer chronischen Krankheit leiden, wäre sicherlich nützlich um konzertierte Stellungnahmen, wie zum Beispiel bei der Umsetzung verschiedener EU-Direktiven, ausarbeiten zu können. Auch könnte solch eine Plattform dazu beitragen, dass die einzelnen Vereinigungen leichter alle benötigten Informationen über die verschiedenen Therapie- und Betreuungsmöglichkeiten (auch im Ausland) erhalten. Damit könnten diese ihre Mitglieder besser informieren und unterstützen, besonders wenn sie unter mehreren Krankheiten leiden. Eine jährliche „Journée d’échange“ der Vereinigungen von Patienten mit einer chronischen Krankheit wäre zum Beispiel ein erster Schritt.



Sylvie PAQUET, *Chargée de direction, Maison du Diabète,*
www.ald.lu, E-Mail: diabete@pt.lu



„Fragen im Vorfeld klären!“

Kompetenzen zu bündeln und Patientenorganisationen strukturiert zu vernetzen, kann unter bestimmten Bedingungen sinnvoll sein. Formale und inhaltliche Punkte sollten jedoch im Vorfeld analysiert werden: Welche Organisationen und damit Patientengruppen soll die gemeinsame Plattform vertreten?

Unter welchem Dach kann sie angesiedelt sein? Gibt es eine Schnittmenge gemeinsamer Ziele? Wie kann diese Plattform ihre Ziele erreichen und mit welchen Ressourcen?



Die Analysen sollten dabei unter dem Leitgedanken stattfinden, dass jede Patientenorganisation ihre Spezifität behalten kann. Und: Der Patient soll im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und Kraft stehen.

Barbara Strehler, Psychologue diplômée, Département psycho-social Fondation Cancer, www.cancer.lu, E-Mail: fondation@cancer.lu

„Wir haben gemeinsame Interessen im Bereich Multimorbidität“

Begleitende Krankheiten wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Nierenerkrankung führen neben der Alzheimererkrankung zur Multimorbidität. Aus diesem Grund ergeben sich für die an Alzheimer erkrankten Menschen zusätzliche Themen und Probleme, die für sie gesundheitspolitisch von Bedeutung sind. Dazu gehören pflegeversicherungsrechtliche Fragen oder solche zur Vereinbarkeit von privater Pflege und dem Beruf der pflegenden Angehörigen, die jedoch oft unbeantwortet im Raum stehen bleiben.



Das Schaffen einer gemeinsam genutzten Patientenplattform böte den Betroffenen eine Möglichkeit sich als „Experten ihrer Krankheit“ für ihre Anliegen stark zu machen und somit ihre Interessen wirkungsvoller zu vertreten.

Jean-Marie Desbordes, Chargé de Direction, Association Luxembourg Alzheimer, www.alzheimer.lu, E-Mail: jmarie.desbordes@alzheimer.lu



„Nur gemeinsam können wir Stärke entwickeln.“

Wir als Vertreter der Association Luxembourgeoise d'aide pour les personnes atteintes de maladies Neuro-musculaires et de maladies rares (ALAN asbl) begrüßen die Initiative einer Plattform, auf der die unterschiedlichen Patientengruppen vertreten sind. Dies würde unseres Erachtens ermöglichen, neue Kontakte zu knüpfen sowie bestehende zu vertiefen. Solch eine Plattform könnte grundsätzlich ein besseres Verständnis für das Anliegen der Patientengruppen schaffen und jede Patientengruppe könnte die eigenen Interessen intensiver vertreten. Es ist uns wichtig, dass ein regelmäßiger Austausch unter den Patientenvertretungen angestrebt wird, der die Grundlage für eine wünschenswert größere Transparenz ist. Nur so ist es möglich, langfristig gemeinsam Ziele zu verfolgen und auf unsere Probleme in der Öffentlichkeit und gegenüber der Politik hinzuweisen.



Konkret kann dieser Austausch sich auf verschiedenartige Erfahrungen beziehen. Jeder kann von jedem lernen und doch gleichzeitig seine eigene Identität bewahren. Nur gemeinsam können wir Stärke entwickeln.

*Gaby Turmes-Kempf, ALAN asbl,
www.alan.lu, E-Mail: info@alan.lu*



Organspenden: Dem Verlust einen Sinn geben

Im europäischen Großraum sterben jeden Tag etwa 20 Menschen, weil kein rettendes Ersatzorgan gefunden werden konnte. Europas Nationen arbeiten daran, die Zahl der Organspenden zu erhöhen. Auch Luxemburg sieht sich hier in der moralischen Pflicht. Ein Bericht von Transplantationskoordinator Egide Tasch.

Solidarischer Beitrag erforderlich. Nierentransplantationen wurden in Luxemburg von 1980 bis 2009 im Centre Hospitalier de Luxembourg durchgeführt. Insgesamt 186 Nieren wurden dort verpflanzt. Parallel zu den Nierentransplantationen erfolgten auch Organentnahmen in jedem der fünf Krankenhäuser, die am nationalen Notdienst teilnehmen. Bis zum jetzigen Zeitpunkt zählen wir 154 hirntote Patienten, die Organe gespendet haben. Insgesamt konnten wir in den letzten 30 Jahren fast 500 Organe zu Transplantationszwecken weiterreichen und somit auch einen luxemburgischen Beitrag im überregionalen und internationalen Austausch leisten.

Jedes Organ zählt. In Luxemburg sind zurzeit die Organtransplantationen eingestellt. Sämtliche Anwärter für eine Organtransplantation sind in den nahe gelegenen Universitätskliniken der Nachbarländer eingeschrieben. Wir verdanken also unseren Nachbarn die Übernahme dieser schwerkranken Menschen und sind erfreut, dass unsere Mitbürger Zugang zu diesen Infrastrukturen haben mit gleichem Recht wie die Einheimischen. Die Organentnahmetätigkeit besteht allerdings weiter in Luxemburg. In den beiden letzten Jahren war diese Tätigkeit fast zum Erlahmen gekommen. Doch im ersten Halbjahr 2011 verzeichnet Luxembourg-Transplant wiederum sechs Organentnahmen. Organspenden bedeuten für uns eine große moralische Pflicht, denn wir dürfen es unseren Nachbarländern nicht überlassen, die Luxemburger Patienten zu versorgen, ohne einen entsprechenden Beitrag an Organen zu gewährleisten. In diesem solidarischen Handeln sind wir alle gefordert. Jedes Organ zählt. Jedes Organ bedeutet ein geschenktes Leben und eine Rückkehr zur Normalität für diejenigen, die dieses Spenderorgan bekommen.

Chronischer Organmangel. Wer mit Transplantationen zu tun hat, bewegt sich in einem Grenzbereich des noch knapp Möglichen. Auf der einen Seite stehen die Menschen, deren Weiterleben kaum möglich sein wird, weil eines ihrer Organe von einer Krankheit befallen ist, für die die Medizin im heutigen Zustand der Kenntnisse noch keine Lösung oder Therapie bereit hält. Auf der anderen Seite befinden sich die



Foto: beuwolf - Fotolia.com

Jedes gespendete Organ bedeutet ein geschenktes Leben. Luxemburg konnte in den letzten 30 Jahren fast 500 Organe zu Transplantationszwecken weiterreichen.



hirntoten potenziellen Organspender, für die in kürzester Zeitspanne entschieden werden muss, ob eine Spende erfolgen kann. Statistisch erfasst, warten in der Regel etwa 130 Menschen pro eine Million Einwohner auf ein Spenderorgan. Etwa drei Viertel dieser Menschen erwarten eine neue Niere, die sie von der Dialysepflicht befreit. Die traurige Realität ist, dass nur etwa die Hälfte der Anwärter ein neues Organ bekommen wird, weil es einen großen Organmangel gibt. Etliche Menschen werden sterben, ehe das rettende Organ für sie gefunden werden konnte. Im europäischen Großraum sind dies etwa 20 Menschen jeden Tag. Der chronische Organmangel hat aber noch weitere negative Konsequenzen: Eine davon ist ein florierender illegaler menschenverachtender Organhandel, dem nur entgegenzuwirken ist, indem auf internationaler Basis die Bedingungen der Organentnahmen und insbesondere die Ermittlung der potenziellen Organspender verbessert werden.

Freiwillig, anonym, ohne Entgelt. So grandios und spektakulär wie die Transplantationsmedizin auch sein mag, sie ist nur möglich, weil ein anderer Mensch und dessen Familie, freiwillig, anonym, ohne Entgelt, einer Organentnahme ihres verstorbenen hirntoten Familienangehörigen zugestimmt haben. In etlichen Fällen, obwohl sämtliche reanimatorischen Maßnahmen auf den Intensivstationen getroffen wurden, können die Ärzte im Endeffekt, nach Stunden oder nach Tagen, nur noch den totalen, unwiderruflichen Ausfall der Hirntätigkeit feststellen. Dieser Patient ist dann tot, obwohl die Lebensfähigkeit der Organe des Körpers dieses Menschen, dank der kardiopulmonalen Reanimationstechniken noch um Stunden verlängert werden kann. Dies ist erst der Zeitpunkt, an dem eine mögliche Organentnahme in Betracht gezogen wird.

Gesetzlicher Rahmen. Dieses Tun im Grenzbereich des Möglichen hat natürlich viele ethisch moralische Fragen aufgeworfen, zu denen Vertreter der konfessionellen sowie der nicht konfessionellen Vereinigungen eine Antwort geben mussten. Aus diesen Überlegungen haben die politischen Kräfte der verschiedenen Länder Gesetzgebungen abgeleitet, die die Organentnahmen und Transplantationen erlaubten und sogar förderten.

Widerspruchslösung. Die meisten europäischen Länder, zu denen auch Luxemburg gehört, haben sich in ihren Gesetzgebungen auf eine Widerspruchslösung geeinigt. Sie ist dabei die am weitesten gefasste Regelung. Sie bestimmt, dass ein Verstorbener jederzeit als Spender in Frage kommt, es sei denn, er hat zu Lebzeiten ausdrücklich einer Spende widersprochen. In verschiedenen europäischen Ländern, zu denen Deutschland und die Niederlande gehören, hat der Gesetzgeber für ein Zustimmungsmodell entschieden. Die Zustimmung des Hirntoten, respektive seines



gesetzlichen Vertreters, muss vorliegen, bevor eine Organentnahme getätigt werden darf. Jeder Gesetzgeber hat natürlich in seiner Gesetzgebung auch festgehalten, nach welchen Kriterien und von wem, eine Hirntod-Diagnose festgestellt werden kann. In Luxemburg wurde dieser Teil der Gesetzgebung im Jahr 2009 revidiert und dem aktuellen Stand der medizinischen Kenntnisse angepasst.

Datenbank Eurotransplant. Wenn Organe transplantiert werden erkennt das Immunsystem des Empfängers sie sofort als Fremdkörper und wird versuchen, sie baldmöglichst abzustößeln. Hochpotente Immunsuppressiva, die die Patienten nach einer Transplantation täglich einnehmen müssen, können diesen Abstoßungsmechanismus in Schach halten. Diese Abstoßungsreaktion lässt sich zum Teil im Vorfeld abschwächen, wenn zwischen Organspender und Organempfänger Teile der Gewebeerkmale übereinstimmen. Wenn heutzutage einem hirntoten Spender die Organe entnommen werden, so geht es darum, den bestmöglichen Organempfänger nach präzisen biologischen und medizinischen Kriterien auszusuchen. Das ist die Aufgabe von Eurotransplant, einer riesigen Datenbank. Sie hat die Anwärter auf eine Organtransplantation erfasst und führt die Wartelisten für jedes Organ. Die hirntoten Organspender werden ebenfalls mit ihren medizinischen Merkmalen erfasst. Nur so lässt sich der bestmögliche Empfänger für ein Spenderorgan ermitteln. Ein internationaler Austausch von Organen ist möglich. Diesen Austausch der Organe koordiniert Eurotransplant in den Benelux-Ländern, in Deutschland, Österreich sowie Slowenien und Kroatien.

Organe in bestmöglicher Qualität. Eine weitere große Herausforderung für die Profis der Transplantationsmedizin ist die Gewährleistung der bestmöglichen Qualität der entnommenen Organe. Während der Entnahme werden die Organe von der notwendigen permanenten Durchblutung und Sauerstoffversorgung getrennt. Damit sie den anoxischen Schock mit geringfügigem Schaden überstehen können, werden die Organe mit einer speziellen Konservierungslösung, die auf 4° Celsius abgekühlt ist, blutleer gespült. So konditioniert, einzeln und steril verpackt, mit Schmelzeis umhüllt und in passende Container zwischengelagert werden sie mit Schnelltransportern zu den verschiedenen Empfängern geschickt. Die Zeit drängt immer, weil versucht wird, die Zeit, in der die Organe nicht durchblutet sind, so kurz wie nur möglich zu halten. Mit einem straff organisierten Ablauf ist dies allerdings möglich und kommt dem Empfänger des Organs zu Gute.

Spenderausweis. Eine Organentnahme mag eine sehr traurige und schmerzvolle Angelegenheit für die Familie des Verstorbenen sein. Sie ist aber auch ein großartiges Geschenk an fremde Menschen und deren Familie, weil es für diese Menschen



Foto: lassetedesignen - Fotolia.com

Die Datenbank Eurotransplant gleicht auf internationaler Ebene die biologischen Daten von Spendern und Empfängern miteinander ab.



ein Weiterleben geben wird. Wie man zur Organspende steht, ist Jedermannsache. Wichtig für uns, die in diesem Bereich tätig sind, ist dass man darüber spricht, in der Familie oder im Freundeskreis. Wenn es einmal darauf ankommen sollte, wird eine klare Positionierung für die Angehörigen erleichtern, eine Entscheidung für oder gegen eine Spende zu treffen.

Organspenderausweise „passeport de vie“ kann man im Ministère de la Santé und bei jeder Gemeindeverwaltung beziehen.

(Egide Tasch, Transplantationskoordinator, Luxembourg-Transplant)

■ **Webtipp:**

<http://www.dondorganes.public.lu/fr/index.html>

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