



InSight

SantéSecu

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 Koordination. Für Wen? Für alle Akteure des luxemburgischen Gesundheitswesens.

LESERMEINUNGEN ERWÜNSCHT?

Unbedingt, bitte per E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu

WEITERE WEB-INFORMATIONEN:

www.ms.etat.lu
www.mss.public.lu

INHALT - CONTENU

ANTIBIOTIKA: Chance und Risiko zugleich. **ANTIBIOTIQUES** dans l'élevage animal. **GESUNDHEITSKASSE:** Junge Verwaltung mit langer Tradition. **EU-PATIENTENRICHTLINIE:** Was ändert sich? **SPITALPLAN 2013:** „Work in progress“ – Teil 1. **PLAN HOSPITALIER 2013 :** « Work in progress » – 1^{re} partie. **2012:** Europa will aktiv altern. **10. BIS 13. MAI 2012:** Weltpflegekongress. **ALTENPFLEGEKRÄFTE:** Wie viele sind emotional erschöpft? **LA CELLULE D'EXPERTISE MÉDICALE** a complété son équipe. **KRANKENPFLEGEHELFER (AIDE-SOIGNANT):** Berufsbild mit Zukunft. **AUSBILDUNGSPLÄTZE FEHLEN:** Nur etwa jeder dritte Bewerber kommt zum Zug. **SONDER-SITUATION:** Rentenreform in Luxemburg.

Antibiotika: Chance und Risiko zugleich

Werden Antibiotika zu oft oder fehlerhaft eingesetzt, entwickeln Bakterienstämme Resistenzen. Mittlerweile entstehen sogar immer mehr multiresistente Keime. Sinnvolle Nutzung lautet deswegen die Maxime. Luxemburgs Verbrauch ist jedoch noch deutlich überhöht.

Resistenzbildung. Antibiotikaresistenz entsteht, wenn Bakterienstämme eine Widerstandsfähigkeit gegen ein Antibiotikum entwickeln, gegen das sie vorher empfindlich waren. Dieses Phänomen scheint sich rasant und bedrohlich auszubreiten, da immer mehr Erreger auf Antibiotika resistent sind. Dazu gehören Erreger wie der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA), Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE), Extended-Spectrum-Betalaktamase (ESBL)-bildende Enterobacteriaceae, aber auch multiresistente Pneumokokken. Die Therapie von Infektionen wird damit zunehmend schwieriger und unberechenbarer, vor allem im Krankenhausbereich. Aber auch im ambulanten Bereich zeigt die Resistenzentwicklung einen ansteigenden Trend.

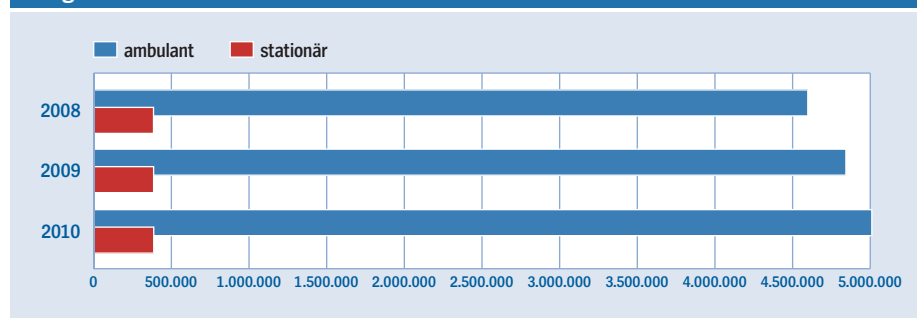
Folge des Antibiotikaverbrauchs. Es ist davon auszugehen, dass der Antibiotikaverbrauch die bakterielle Resistenzentwicklung hervorruft. Je mehr Antibiotika eingesetzt werden, desto größer wird der Selektionsdruck, der zum Auftreten



von Antibiotika-resistenten Bakterien führt. Mehrere Beobachtungen unterstützen diesen kausalen Zusammenhang. Der Einsatz von Antibiotika spielt somit eine Schlüsselrolle für die Resistenzentwicklung.

Multiresistenzen. Die Auswahl der noch wirksamen Substanzen in bestimmten Therapiesituationen ist tatsächlich kleiner geworden. Mittlerweile gibt es Krankheitserreger, die gegen eine Vielzahl antibiotischer Wirkstoffe Resistenzen entwickelt haben (multiresistente Erreger). Auch die so genannten Reserveantibiotika sind in vielen Fällen nicht mehr wirksam. Gründe für diese Entwicklung sind intensive und ungezielte Antibiotikagaben in der Humanmedizin. Aber auch der Einsatz von Antibiotika in der Tiermedizin kann eine sehr viel größere Rolle spielen als bisher angenommen wurde. So stellte schon vor Jahren die Europäische Arzneimittelagentur fest (siehe Literaturtipps), dass alle Antibiotika (außer den Pleuromutilinen), die in der Tiermedizin zum Einsatz kommen, mit humanmedizinischen Präparaten verwandt oder sogar identisch sind. Aus diesem Grund können sie Kreuz- oder Co-Resistenzen hervorrufen.

Vergleich des ambulanten und stationären Antibiotikaverbrauchs



Quelle: Gesundheitsministerium

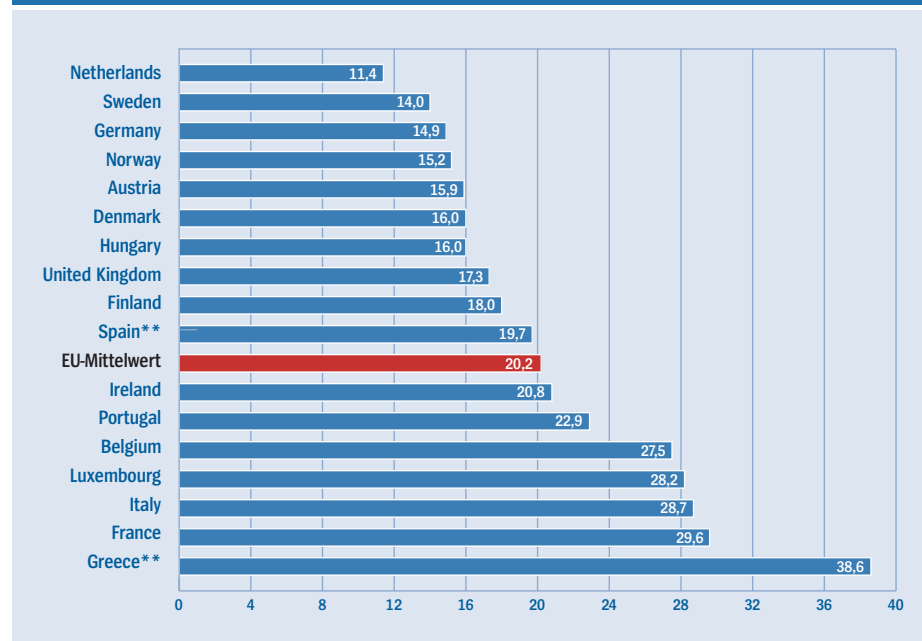
Einsatz von Antibiotika oft irrational. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt in ihrem Strategie-Bericht zur Eindämmung der Antibiotikaresistenzen fest, dass die Verschreibung von Antibiotika in Spitälern „oft irrational“ sei (siehe Literaturtipps). Studien haben belegt, dass ein erheblicher Anteil der Verschreibungen von Antibiotika als inadäquat gilt. Das heißt, dass das Spektrum des Antibiotikums zu breit oder zu eng war oder Dosierung und/oder Therapie-Dauer falsch waren.

Im ambulanten Bereich ist die Situation ebenfalls problematisch. Eine Vergleichsstudie konnte einen Zusammenhang herstellen zwischen dem Verbrauch von Penizillinen und der unterschiedlichen Resistenzlage bei Pneumokokken in verschiedenen Ländern. Saisonal lässt sich beobachten, dass die Zahl der Antibiotikaverschreibungen auch im Zusammenhang mit den durch Viren verursachten Grippewellen ansteigt. Dies lässt den Rückschluss auf inadäquate Antibiotikatherapien zu.



Großverbraucher Luxemburg. Seit mehreren Jahren werden im Rahmen eines öffentlich geförderten Projekts (European Surveillance of Antimicrobial Consumption, ESAC) Verbrauchsdaten publiziert. Der Antibiotikaverbrauch im ambulanten Sektor in Luxemburg lag 2009 unverändert seit 1997 im oberen Drittel. Seit 2007 ist ein Aufwärtstrend zu verspüren und 2010 sind die Gesamttagesdosen pro 1.000 Einwohner von 28,2 auf 28,6 (plus 1,5 Prozent) gestiegen. Dagegen ist das Hochverbraucherland Frankreich von 29,6 auf 28,2 (minus 4,7 Prozent) zurück gefallen. Somit ist zu erwarten, dass das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) welches das ESAC-Projekt übernommen hat, ein Länderranking publizieren wird, in dem Luxemburg in der Spitzengruppe platziert ist. Den Antibiotikaeinsatz im Klinikbereich erfasst ESAC ebenso. Auch hier ist der Verbrauch im Vergleich zu einigen europäischen Ländern hoch. Jedoch ist kein Aufwärtstrend erkennbar. Mengenmäßig werden etwa 7,5 Prozent der Gesamtantibiotika-Tagesdosen in Spitälern eingesetzt.

Vergleich des Antibiotikaverbrauchs pro 1.000 Einwohner und Tag in verschiedenen europäischen Ländern 2009



Quelle: Gesundheitsministerium



Antibiotika in der Tiermedizin. Ähnlich wie das Projekt ESAC wurde letztes Jahr das European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption (ESVAC) ins Leben gerufen. Ersten Berichten zufolge bestehen auch hier große quantitative und qualitative Unterschiede bei der Antibiotikaaanwendung in der Tiermedizin. Luxemburg wird dieses Jahr zum ersten Mal Daten einreichen.

(Marcel Bruch, PhD, Pharmakologe, Gesundheitsministerium)

■ **Literturtipps:**

EMA (1999): Antibiotic Resistance in the European Union Associated with Therapeutic use of Veterinary Medicines Report and Qualitative Risk Assessment. Report and Qualitative Risk Assesment by the Committee for Veterinary Medicinal Products. www.ema.europa.eu

World Health Organization. Hospitals: recommendations for intervention. WHO global strategy for containment of antimicrobial resistance. Geneva: WHO, 2001: 31-35.

Näheres zu Antibiotikatherapien in der Humanmedizin unter:
www.conseil-scientifique.lu/index.php?id=64

Antibiotiques dans l'élevage animal

Quels volumes d'antibiotiques sont utilisés au Luxembourg ? Est-il possible de trouver des résidus dans la viande ? Quels sont les contrôles effectués ?

Au niveau national il n'existe pas encore de données précises permettant une vue d'ensemble concernant l'usage d'antibiotiques dans les étables du Luxembourg. Néanmoins, dans chaque exploitation il existe un registre des médicaments dans lequel doivent être introduits tous les traitements médicamenteux administrés aux animaux producteurs de denrées alimentaires avec les délais d'attente. Des contrôles réguliers sont effectués pour garantir le respect de cette exigence et la qualité des denrées alimentaires commercialisées.

Accessibilité. Au niveau de la Communauté Européenne l'administration des médicaments en général et des antibiotiques en particulier est strictement réglementée. Au Luxembourg la délivrance des antibiotiques, tout comme celle des autres médicaments vétérinaires, se fait sous prescription vétérinaire exclusivement dans les pharmacies. Toutefois, les médecins-vétérinaires sont autorisés à détenir un stock de médicaments vétérinaires y compris des antibiotiques pour le traitement des animaux auxquels ils donnent les soins. Ils doivent cependant s'approvisionner via une pharmacie ouverte au public dans le Grand-Duché de Luxembourg.



Foto: Kzenon - Fotolia.com

Des contrôles réguliers assurent que la viande produite au Luxembourg arrive sans résidu sur le marché.



Les grossistes. Au Luxembourg, la distribution des médicaments vétérinaires via les pharmacies est assurée par les grossistes. Néanmoins, il faut considérer qu'un certain pourcentage d'antibiotiques utilisé en médecine vétérinaire est importé de l'étranger sur prescription d'un vétérinaire prestataire de service.

Statistiques. Suite à la problématique de l'antibiorésistance, des efforts sont néanmoins consentis de la part des Autorités nationales pour établir des bases de données afin d'obtenir une meilleure appréciation du volume des antibiotiques utilisés, et de leur variation au fil des années. A terme, ceci permettra de quantifier la part de l'antibiorésistance due à l'utilisation des médicaments vétérinaires par rapport aux médicaments à usage humain.

Lutter contre les infections. Les antibiotiques sont utilisés en médecine vétérinaire pour lutter contre les infections bactériennes en détruisant les bactéries responsables de l'infection ou en inhibant la multiplication de ces dernières. La recherche développe continuellement des antibiotiques plus performants avec des effets secondaires limités et permettant de contourner les résistances existantes.

Situation juridique. Pour les antibiotiques destinés à traiter des animaux producteurs de denrées alimentaires, l'autorisation de mise sur le marché n'est accordée qu'après la détermination d'un délai d'attente. Le délai d'attente est la période qu'il faut attendre pour que l'antibiotique administré ait disparu des parties comestibles de l'animal ou qu'il soit en dessous de la limite maximale de résidus. Cette limite maximale de résidus est la quantité de la substance pouvant être présente dans un aliment de façon à ce que la somme totale de toutes les limites maximales de cette substance dans tous les aliments d'une ration normale d'une personne ne soit pas supérieure à la dose journalière acceptable. La dose journalière acceptable est la quantité de cet antibiotique pouvant être ingérée via une ration alimentaire normale par une personne durant toute sa vie sans provoquer des effets néfastes pour sa santé.

Limites maximales. Les limites maximales de résidus sont zéro ou insignifiantes. Il faut en effet savoir qu'ici le zéro dépend de la sensibilité de l'analyse. Or les analyses deviennent de plus en plus performantes et trouvent des concentrations de plus en plus faibles. Ce qui est encore zéro aujourd'hui peut devenir positif demain si l'analyse s'améliore. Les analyses actuelles permettent de détecter par exemple un morceau de sucre dans un pétrolier de six millions de litres. Il est donc évident que personne ne peut garantir qu'après un traitement il ne reste plus aucune trace d'antibiotiques. Une telle exigence empêcherait la mise sur le marché d'antibiotiques et par conséquent le traitement des animaux malades. Par ailleurs dans certains cas des petites



quantités de ces substances ou de substances très similaires sont produites naturellement par l'organisme des animaux et sont détectées par les analyses. Le législateur a donc du mettre en place des limites acceptables qui sont fondées sur des expériences de plusieurs années avec des grandes marges de sécurité.

Les contrôles. La délivrance d'antibiotiques ne peut se faire que sur prescription d'un vétérinaire et l'administration des antibiotiques par le vétérinaire ou par l'exploitant doit être enregistrée dans le registre des médicaments de l'exploitation avec le délai d'attente correspondant. Ces registres sont contrôlés régulièrement par les instances de contrôle officielles.

Délai d'attente avant abattage. Lors de la remise d'un animal à l'abattoir l'exploitant doit signer une déclaration que les délais d'attentes ont bien été respectés. Le contrôle de résidus en général et des antibiotiques en particulier, se fait conformément à la directive européenne 96/23 qui prescrit un certain nombre de prélèvements à plusieurs niveaux pour toutes les espèces. Le nombre et la répartition des échantillons pour 2010 peuvent être consultés dans le rapport d'activités du ministère de l'agriculture (voir « Liens » ci-après).

Résultats conformes. On peut retenir que les quantités d'antibiotiques consommées via la viande sont pratiquement égales à zéro ou insignifiantes et qu'il n'y a certainement pas à ce niveau une influence sur la propagation de l'antibiorésistance. En effet pour cela il faut un contact entre un antibiotique et une flore bactérienne pouvant se développer ce qui n'est certainement pas le cas pour la viande, où des précautions maximales sont prises tout au long de la chaîne de production pour qu'il n'y ait ni antibiotiques ni développement de flore bactérienne.

*(Dr Félix Wildschutz und Dr Jean Brasseur,
Administration des services vétérinaires)*

■ **Liens:**

Le nombre et la répartition des échantillons de denrées alimentaires pour 2010 peuvent être consultés dans le rapport d'activités du ministère de l'agriculture à la page X-40 à l'adresse suivante :

www.ma.public.lu/ministere/rapport/rapbudg2010.pdf



Importiertes Fleisch – welchen Kontrollen unterliegt es?

Innerhalb der Europäischen Union (EU) ist geregelt, dass jedes Mitgliedsland sein zum Export in die EU vorgesehenes Fleisch entsprechend der gemeinschaftlichen Regelungen auf Rückstände kontrolliert. Die luxemburgische Veterinärverwaltung analysiert generell das in nationalen Schlachthäusern gewonnene Fleisch (siehe vorheriger Artikel „ANTIBIOTIQUES dans l'élevage animal“). Sie kann stichprobenartig Fleisch aus anderen EU-Staaten untersuchen, sofern ein Verdacht auf Regelverstoß besteht.

Import-Fleisch, das Nicht-EU-Länder produziert haben, kann nur mit Zertifikat die Grenzen der EU passieren. Die Lieferung und die Papiere werden von der Veterinärverwaltung an den Einfuhrkontrollstellen überprüft, und es werden stichprobenartig Untersuchungen auf Rückstände durchgeführt. Sodann zirkuliert das Fleisch in freiem Handel innerhalb der EU. Über das luxemburgische Cargocenter gelangten 2010 2.000 Tonnen Fleisch in die EU. Praktisch 100 Prozent dieses Fleisches ist für Betriebe außerhalb des Großherzogtums bestimmt. Wieviel davon wieder in Luxemburgs Supermärkten landet, ist statistisch aufgrund des freien Handelsverkehrs nicht ermittelbar.

(Redaktion Insight SantéSécu)



Foto: Privat

Paul Schmit nimmt es „sportlich“. Als CNS-Präsident hat er in den ersten Wochen seiner Präsidentschaft bereits wichtige Weichenstellungen vollzogen.

Gesundheitskasse: Junge Verwaltung mit langer Tradition

Welche Herausforderungen wird die CNS in nächster Zukunft anpacken? Welche Vorhaben sind prioritär geplant? Ein Interview mit dem neuen CNS-Präsidenten Paul Schmit.

Was sind Ihre ersten Eindrücke von der CNS, nachdem Sie im Oktober die Präsidentschaft übernommen haben?

Zunächst einmal fällt auf, dass es sich bei der CNS um eine sehr junge Verwaltung mit einer doch sehr großen Tradition handelt. Jung in dem Sinn, dass die CNS ja erst vor etwas mehr als drei Jahren durch das Gesetz über den Einheitsstatut entstanden ist. Damals wurden die Verwaltungsstrukturen der Union des caisses de maladies (UCM) mit denen der „alten“ Krankenkassen des Privatsektors fusioniert. Mit großer Tradition ist die CNS ausgestattet, weil dieser geschichtliche Hintergrund auch in der alltäglichen Arbeit immer noch stark zum Vorschein kommt: Beispielsweise sind die interne Struktur und die verschiedenen Arbeitsprozesse noch immer sehr von der Vor-CNS-Zeit geprägt.



Weiterhin ist bemerkenswert, dass die CNS in der kurzen Zeit ihres Bestehens zwei größere Reformen zu schultern hatte, nämlich neben dem genannten Einheitsstatut auch die Gesundheitsreform, die zwar Ende 2010 die legislativen Hürden genommen hatte, deren Umsetzung jedoch einen mehrjährigen Prozess erfordert.

Dann ist die CNS mit fast 450 Mitarbeitern nicht nur die größte, sondern wohl auch die komplexeste Verwaltung der sozialen Sicherheit. Zahlreiche wertvolle Fachkenntnisse sind hier gebündelt und helfen uns dabei, das besondere Spannungsfeld, in dem sich die CNS bewegt, zu bewältigen. Denn jeder Bürger oder Versicherte stellt sehr hohe Erwartungen an die Leistungen der CNS und an die Effizienz ihrer Verwaltung. Daneben besteht ein komplexes Zusammenspiel von Leistungserbringern mit ihren jeweiligen inhaltlichen und finanziellen (An)Forderungen, die umrahmt werden müssen.

Auch wird die CNS-Gouvernance in einem tripartiten Modell stark von national- und sozialpartnerschaftlichen politischen Fragen geprägt.

Nicht zuletzt, leben wir in einem schwierigen finanziellen Kontext, wo es gilt, die zur Verfügung stehenden Mittel möglichst sinnvoll und effizient einzusetzen.

Was waren die Anfangsprioritäten in den ersten Wochen Ihrer Präsidentschaft?

Zum Einen galt es einige wichtige Elemente der genannten Gesundheitsreform weiterzubringen, und dies vor allem im Sinne eines effizienten und transparenten Zusammenspiels zwischen Comité directeur der CNS und der internen Verwaltungsleitung. In diesem Zusammenhang ging es vor allem um die Umsetzung des Referenzarztmodells. Hier konnte kurz vor Jahresende die entsprechende Konvention zwischen CNS und dem Ärzteverband AMMD abgeschlossen werden. Die entsprechenden Tarifverhandlungen laufen zur Zeit noch.

Des Weiteren hat die CNS sich aktiv in die Umsetzung des „Tiers payant social“ oder auch für die Gründung der neuen „Agence e-Santé“ eingesetzt.

Dazu kamen die „Routineaufgaben“ wie etwa der Haushaltsentwurf für das Jahr 2012, verschiedene Verhandlungen zu Konventionen und Tarifierungen mit den Leistungserbringern und vieles mehr. CNS-intern galt es für mich, und gilt es an sich noch immer, die Organisation in ihren Funktionsweisen und Arbeitsabläufen besser kennen zu lernen und einen guten Kontakt zu den Mitarbeitern auf den verschiedenen Verantwortungsebenen aufzubauen. Die Zuständigkeiten und die interne Organisation wurden bereits punktuell angepasst.

Zum anderen wurde ein Planungsprozess mit dem Comité directeur gestartet, der zur Aufstellung von mehrjährigen Zielen und Handlungsschritten führen soll.

Welches sind die längerfristigen Zielvorgaben?

Der Comité directeur und die CNS-Direktion haben zurzeit sechs prioritäre Handlungsebenen festgehalten:



Erstens soll sich die CNS möglichst gut auf die anstehenden Rahmenvertrags- und Tarifverhandlungen einstellen: 2012 ist ein sehr wichtiges Jahr, da die „enveloppe budgétaire globale“ der Krankenhäuser zum ersten Mal berechnet werden muss, Konventionsverhandlungen mit Ärzten, Krankenhäusern und Laboratorien geführt werden sollen, um nur die wichtigsten Punkte zu nennen.

Zweitens beabsichtigt die Gesundheitskasse eine bessere Kontrolle und Planbarkeit des finanziellen Rahmens zu erreichen. Ziel ist es, besonders auf der Kostenebene bessere Berechnungsmodelle zu entwickeln, also die internen Kontrollprozesse und das Finanzreporting zu verbessern.

Drittens plant die CNS ein globales Projekt zur Verbesserung der Dienste für die Versicherten und Patienten. Hierbei wird es unter anderem um die Informations- und Kommunikationsstrategie auch über elektronische Medien gehen. Die Überarbeitung der Statuten und der Korrespondenz mit den Versicherten ist ferner vorgesehen. Schließlich müssen die Vorgaben zu verstärkter Transparenz und Informationspflicht, wie sie die europäische Patientendirektive vorschreibt, umgesetzt werden.

Als Viertes beabsichtigt die CNS, ihre Verwaltungsprozesse zu harmonisieren und zu rationalisieren. Hier besteht ein großes Modernisierungspotential, da viele Abläufe in der CNS noch ganz oft aus „Handarbeit“ bestehen. Eine Verbesserung dieser Situation ist die Basis für effizienteres Controlling und die Vermeidung von Fehlern.

Fünftens planen wir insbesondere in die Fach- und Führungskompetenz der leitenden Mitarbeiter zu investieren. Hierzu gehören optimierte Informationswege und Weiterbildung, bessere interne Koordination oder auch mehr interne Mobilität.

Und sechstens geht die CNS aktiv gegen „Fraude et abus“ vor. Hierfür braucht sie unter anderem ein effizientes Prozessmanagement, ein Zusammenspiel der Ressourcen auf der Verwaltungs-, der juristischen und auch der statistischen Ebene sowie eine gute Zusammenarbeit mit dem Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS).

Gibt es Ziele, die die CNS dazu parallel anpacken wird und die mittelfristig von Bedeutung sind?

Wir haben auf der Ebene des CNS-Direktionskomitees und der Verwaltungsdirektion festgehalten, dass bis zum Sommer detailliertere Zielvorgaben mit Handlungsschritten und Zielvorgaben auszuarbeiten sind. Daneben sind aber verschiedene Richtungsvorgaben bereits festgehalten worden: So wird sich die CNS beispielsweise aktiver mit politischen Dossiers befassen, die die Gesundheitskasse direkt und indirekt betreffen. Dies ist einerseits Ergebnis der mit dem Einheitsstatut verbundenen Zukunftsvisionen. Andererseits ist es auch eine Konsequenz, die sich aus den Spannungen im Rahmen der Gesundheitsreform ergeben hat. Konkret heißt dies, dass die CNS ihre Vorstellungen zur beabsichtigten Revision des Spitalplanes einbringen wird genauso wie zur geplanten Reform der Pflegeversicherung und der Evaluation der Einheitsstatut-Einführung.



Wie ist es Ihnen persönlich in den ersten Monaten in der CNS ergangen?

Eine CNS-Präsidentschaft ist wohl per se auf fachlicher, politischer oder persönlicher Ebene immer „sportlich“. Ich bin froh, dass angesichts der zahlreichen Herausforderungen bereits einige wichtige Weichenstellungen vorgenommen werden konnten. Ich konnte hierbei auf den Rat der Comité directeur-Mitglieder, der CNS-Direktion, von Kollegen aus anderen Verwaltungen oder auch von meinen beiden Vorgängern, den Herren Feider und Kieffer, zurückgreifen. Mein Dank gilt allen CNS-Mitarbeitern, die mir geholfen haben und weiterhin helfen werden, die Abläufe und Strukturen Zug um Zug kennen zu lernen sowie einige kritische Klippen zu umschiffen. Nur gemeinsam können wir die anspruchsvollen Ziele umsetzen, die die CNS fit für die Zukunft machen.

(Redaktion Insight SantéSécu)

■ Webtipp:

Die Gesundheitskasse findet sich im Internet unter:
www.cns.lu

EU-Patientenrichtlinie: Was ändert sich?

Zum Stichtag 25. Oktober 2013 muss die EU-Patientenrichtlinie, die im März 2011 das EU-Parlament passierte, in nationales Recht umgesetzt sein. Was wird sich dadurch für Luxemburgs Gesundheitswesen ändern?

Mobilität nach wie vor möglich. Für den Luxemburger Patienten ändert sich nicht viel, was seine Mobilität angeht. Im Grunde genommen wandelt die neue Richtlinie die in Luxemburg bestens bekannte sogenannte „KOHLL-DECKER-Rechtsprechung“ in positives Recht um. Danach war es bislang möglich innerhalb der Europäischen Union Gesundheitsdienstleitungen unter gewissen Rahmenbedingungen in Anspruch zu nehmen. Die neue Richtlinie verändert also nicht alle Prozeduren in Luxemburg. Bislang bestehende Verfahren erhalten jetzt nur einen klaren gesetzlichen Rahmen: So erhält Luxemburg – genau wie alle anderen EU-Länder auch – die Möglichkeit, ein System einzurichten, das klar regelt, welche grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen einer Vorabgenehmigung bedürfen, sollen die Kosten von der Krankenkasse erstattet werden. Dies ist besonders für stationäre Behandlungen relevant oder für Gesundheitsversorgung, die einem besonderen Planungsbedarf unterliegt.



Eine Liste der Gesundheitsdienstleistungen, die einer Vorabgenehmigung im Sinne der Richtlinie unterliegen, wird rechtzeitig öffentlich zugänglich gemacht werden.

Neu ist. Durch die Richtlinie sind die EU-Staaten verpflichtet, die Transparenz ihrer Gesundheitssysteme merklich zu erhöhen. Dieser Punkt nimmt in der Richtlinie einen bedeutenden Stellenwert ein. Denn nur dort, wo Transparenz herrscht, können Erstattungsverfahren durch die nationalen Krankenversicherungen grenzüberschreitend berechenbar ablaufen. Weiterhin ist eine Informationspflicht gegenüber den Patienten zwingend vorgeschrieben.

Kontaktpunkte. So ist jedes Land verpflichtet, nationale Kontaktpunkte einzurichten, bei denen Patienten alle notwendigen Informationen für eine Auslandsbehandlung erhalten können. Derzeit ist noch unklar, wo die Kontaktpunkte im Großherzogtum angesiedelt sein werden. Zur Diskussion steht ebenso noch, ob es einen nationalen Kontaktpunkt oder mehrere geben wird. Informationen rund um nationale und internationale Patientenrechte sowie zu verschiedenen Themenfeldern sollen Patienten dort erhalten können. Antworten auf folgende Fragen wird es dort beispielsweise geben:

- Welche Qualitäts- und Sicherheitsnormen bestehen im Behandlungsland?
- Welche Regelungen enthalten die EG-Verordnung n°883/2004 und die neue EU-Richtlinie zu Behandlungskosten und Erstattungsprozeduren bei grenzüberschreitender Versorgung?
- Welche juristischen und administrativen Prozeduren stehen im Streitfall oder bei Wiedergutmachungsprozeduren zur Verfügung?

Leistungserbringer in der Pflicht. Neben dieser Informationspflicht durch nationale Kontaktpunkte, sind die EU-Mitgliedstaaten aufgefordert sicherzustellen, dass andere Akteure, so besonders die Ärzte und Krankenhäuser, für mehr Transparenz sorgen und zwar in folgenden Bereichen:

- Der Patient soll genau über alle therapeutischen Optionen informiert werden und er muss Kenntnis erhalten, wie es um die Qualität und Sicherheit der angebotenen Leistungen bestellt ist.
- Der Preis der Behandlung, sowie etwaige Zuzahlungen des Patienten müssen im Vorfeld einer Behandlung stets bekannt sein.
- Die Rechnung soll deutlich den Inhalt der Behandlung darstellen und sich nicht auf abstrakte Codes begrenzen, was wichtig für eine Kostenerstattung bei Behandlungen im Ausland ist.
- Die gleichen Honorare gelten sowohl für Patienten aus dem Inland wie aus dem EU-Ausland.



Was ist noch zu tun? Besonders arbeitsintensiv wird die Umsetzung der Transparenzverpflichtungen in luxemburgisches Recht sein. Behandlungsmöglichkeiten und -qualität müssen nachvollziehbar werden, genauso wie administrative und juristische Prozeduren sowie vor allem die Kostenseite der Gesundheitsversorgung. Wichtige Voraussetzungen wurden schon in der Gesundheitsreform mit dem Gesetz vom 17. Dezember 2010 geschaffen. So besteht nun beispielsweise die Grundlage für eine verbesserte medizinische Dokumentation. Auch das Projekt „comptabilité analytique“ zielt in Richtung Kostentransparenz in den Krankenhäusern. Die zuständigen Verwaltungen prüfen derzeit dazu parallel, welche gesetzlichen Maßnahmen des Weiteren anstehen, um die Richtlinie in nationales Recht umzusetzen. InSight SantéSécu wird in Zukunft regelmäßig über den Fortschritt der Aktivitäten zur Umsetzung der Richtlinie berichten.

*(Amélie Becker und Marianne Scholl,
beide Inspection générale de la sécurité sociale, IGSS)*

■ **Webtipp:**

Der Text der Richtlinie findet sich unter:

www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0007+0+DOC+XML+V0//FR&language=FR



Spitalplan 2013: „Work in progress“

Teil 1

In den kommenden Ausgaben des Insight SantéSécu werden wir über die Fortschritte berichten, die sich durch die kontinuierliche Arbeit am neuen Spitalplan ergeben haben. In dieser Ausgabe starten wir mit Teil 1.

Spitalplan 2013: Ziele und Methodik

Ausgangslage. Das Gesundheitsministerium beabsichtigt, 2013 einen neuen Spitalplan in Kraft zu setzen. Damit werden wesentliche Teile der Gesundheitsreform, von 2010 umgesetzt.

Ziele Spitalplan 2013.

- Für die gesamte Bevölkerung und die Grenzgänger wird eine zeitgemäße medizinische Versorgung in hoher Qualität sichergestellt.
- Unnötige Doppelstrukturen sollen vermieden und die Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern gestärkt werden.
- Die Bündelung von Kompetenzen und Leistungen wird die Qualität der Gesundheitsversorgung und den effizienten Ressourceneinsatz fördern.
- Die für alle gleiche Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung ist Ausdruck unseres solidarischen Gesundheitssystems und bleibt auf jeden Fall erhalten.
- Kompetenzbündelung und Schwerpunktbildung helfen, die Leistungsspektren der Spitäler anhand medizinischer und ökonomischer Kriterien prozessorientiert zu strukturieren.
- Die Umsetzung der notwendigen Strukturänderungen erfolgt schrittweise unter Einhaltung angemessener Übergangsfristen.

Vorgehen. Ziel des Gesundheitsministeriums ist es, die Grundlagen zum neuen „Plan Hospitalier“ bis Mitte Juli 2012 zu erarbeiten und ab 2013 in Kraft zu setzen. Die Firma LENZ Beratungen und Dienstleistungen AG, Zürich, wurde beauftragt, in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium und unter Einbezug der wichtigsten Partner des luxemburgischen Spitalsektors Planungsgrundlagen zum großherzoglichen Reglement „Plan Hospitalier“ zu erarbeiten. Sie wird ebenso einen Bericht zur aktuellen und zukünftigen Leistungserbringung in

der Akutsomatik, der Psychiatrie und Rehabilitation mit einem entsprechenden Evaluationskonzept vorlegen.

Analysen, Prognosen und die Bildung von Leistungsgruppen zur Vergabe an die Spitäler werden auf den vorhandenen landeseigenen medizinischen Datensätzen zur stationären Leistungserbringung im Jahre 2009 sowie Referenzwerten aus der Schweiz basieren. Die methodischen Grundlagen beruhen auf einem im Kanton Zürich 2009/2010 entwickelten Verfahren, das sich inzwischen in den meisten Kantonen der Schweiz bestens bewährt hat, und das bei der Leistungsvergabe Qualitätsindikatoren berücksichtigt.

Die Prognosen für den zukünftigen Leistungsbedarf (2020) stützen sich auf wissenschaftlich fundierte Einflussfaktoren, die zum Teil die schweizerischen Rahmenbedingungen berücksichtigen und deshalb gemeinsam mit den Luxemburger Experten an die landeseigenen Verhältnisse angepasst werden. Das gilt insbesondere auch für Struktur- und Qualitätskriterien, an die die zukünftige Leistungsvergabe geknüpft wird.

Die Auswirkungen der Spitalplanung auf die Versorgungssicherheit einerseits und auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung andererseits sollen anhand vordefinierter Messgrößen zeitnah überprüft werden. So können rechtzeitig eventuell notwendige Korrekturen vorgenommen werden. Dazu bedarf es der Etablierung eines entsprechenden Monitorings und der Entwicklung eines Evaluations- und Interventionskonzeptes, welches sich als integraler Bestandteil des „Plan Hospitalier“ versteht.

Über den Projektverlauf wird Sie in den nächsten Monaten regelmäßig Insight SantéSécu informieren.

(Frank Gansen, 1^{er} Conseiller de Gouvernement,
Ministère de la Santé)



Plan hospitalier 2013 : « Work in progress »

1^{re} partie

Les prochaines éditions de l'Insight SantéSécu vous informeront des progrès accomplis lors des travaux d'élaboration continue du nouveau plan hospitalier. Dans la présente édition, nous abordons la 1^{re} partie.

Plan hospitalier 2013: Objectifs et méthodologie

Situation initiale. Le Ministère de la Santé prévoit une entrée en vigueur pour l'année 2013 d'un nouveau plan hospitalier qui aura comme but de mettre en œuvre certaines mesures centrales retenues lors de la réforme de notre système de soins de santé en 2010.

Objectifs du plan hospitalier 2013.

- Des soins médicaux modernes de haute qualité seront assurés pour la totalité de la population résidente ainsi que pour les frontaliers.
- Les activités et structures redondantes devront être réduites par une plus grande coopération entre tous les acteurs du secteur.
- La qualité des soins de santé et une utilisation plus efficiente des ressources seront encouragées par la concentration des compétences de certaines activités médicales.
- L'accès équitable aux soins de santé restera l'expression de notre système de soins de santé solidaire.
- La concentration des compétences et l'établissement de priorités contribueront à structurer l'offre des prestations des hôpitaux en se fondant sur des critères médicaux et économiques.
- La mise en œuvre des modifications structurelles nécessaires sera réalisée graduellement en tenant compte de délais de transition appropriés.

Méthodologie. Le Ministère de la Santé a comme objectif d'élaborer les bases fondamentales du nouveau plan hospitalier d'ici la mi-juillet 2012. La mise en vigueur est prévue pour 2013. La société LENZ Beratungen und Dienstleistungen AG, Zurich, a été chargée d'élaborer les fondements de la planification du règlement grand-ducal «Plan hospitalier», en collaboration avec le Ministère de la Santé et ce en impliquant les partenaires du secteur hospitalier luxembourgeois. La société LENZ rédigera également un rapport relatif aux prestations actuelles et futures dans les domaines de la médecine somatique aiguë, de la

psychiatrie et de la réhabilitation. Ce rapport intégrera un concept d'évaluation adéquat.

Les analyses, les prévisions ainsi que l'élaboration de la définition de l'activité médicale des hôpitaux se fonderont sur des données relatives aux prestations médicales stationnaires effectuées en milieu hospitalier luxembourgeois durant l'année 2009, ainsi que sur des données de référence émanant de la Suisse. Les bases méthodologiques reposent sur une méthodologie développée dans le canton de Zurich en 2009/2010 qui entretemps a fait ses preuves dans la plupart des cantons suisses pour l'adjudication de prestations respectant les indicateurs de qualité.

Les prévisions pour les besoins de soins de santé futurs (année 2020) s'appuient sur des facteurs d'impact scientifique étayés qui tiennent partiellement compte des valeurs de référence suisses et qui seront adaptées, en collaboration avec les experts luxembourgeois, au contexte luxembourgeois. Ceci s'applique en particulier aux critères structurels et qualitatifs auxquels l'organisation future des prestations sera liée.

Les répercussions de la planification hospitalière sur la sécurité de la prise en charge et sur la qualité des soins d'une part, et sur l'efficacité du système d'autre part doivent être mesurées dans des délais rapprochés par des moyens et des outils prédéfinis afin que des corrections éventuellement nécessaires puissent y être apportées. Ceci nécessite l'établissement d'un processus de suivi adéquat ainsi que le développement d'un concept d'évaluation et d'intervention qui fera partie intégrante du plan hospitalier. Les prochaines éditions de l'Insight vont fournir davantage d'informations sur l'évolution du projet « Plan Hospitalier » .

(Frank Gansen, 1^{er} Conseiller de Gouvernement,
Ministère de la Santé)



2012: Europa will aktiv altern

Die Europäische Kommission hat für das Jahr 2012 das Motto „Aktiv Altern und Solidarität zwischen den Generationen“ ausgerufen. Europaweit finden dazu Veranstaltungen statt, so auch in Luxemburg.

Demografischer Wandel. Die Europäische Union befindet sich in einem Prozess starker demografischer Alterung. Auch in Luxemburg wird der Prozentsatz der über 65-Jährigen kontinuierlich ansteigen. Laut Prognose des nationalen Instituts für Statistik und ökonomische Forschung (STATEC) wird die Zahl der über 65-Jährigen von derzeit 14 auf 25 Prozent im Jahr 2060 steigen.

Engagiert im Alter. Angesichts dieser Bevölkerungsentwicklung ist Ziel des Europäischen Jahres 2012 älteren Menschen dabei zu helfen, eine aktive Rolle in der Gesellschaft einzunehmen. Ob es im Bereich der Gesundheitsvorbeugung, der Erwachsenenbildung oder des ehrenamtlichen Engagements ist, ob bei der Freizeitgestaltung, im Bereich der Mobilität, bei Dienstleistungen oder im Sozial-, Hilfe- und Pflegebereich – ältere Menschen sollten voll am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Das heißt, sie sollten möglichst gesund älter werden, mehr Erfüllung in Arbeit oder anderem Engagement finden können, sich im täglichen Leben unabhängiger und als Bürger eingebundener fühlen. Dies setzt voraus, dass gesellschaftliche Bereiche entsprechend angepasst werden, damit aktives Altern möglich ist.

Solidarität zwischen Jung und Alt. Altern ist ebenfalls der Schlüssel zur Wahrung der Solidarität zwischen den Generationen. Die älteren Menschen verfügen über wertvolle Fähigkeiten und Erfahrungen, von denen die jüngere Generation profitieren kann. Das europäische Jahr will hierauf ebenso die allgemeine Aufmerksamkeit lenken.

Initiative der EU-Mitgliedsländer. Europaweit finden im Verlauf des Jahres 2012 besondere Veranstaltungen statt, welche die Inhalte des europäischen Jahres verdeutlichen. Luxemburg wartet mit einem besonderen Beitrag auf, dem 12. IOS-Weltkongress (siehe Textkasten auf Folgeseite).

(Fernando Ribeiro, Familienministerium, Nationaler Koordinator für das europäische Jahr des aktiven Alterns)



Foto: Yuri Arcurs - Fotolia.com

**Integriert – nicht isoliert.
Wer aktiv altert, hat Anteil am
gesellschaftlichen Leben.**



Europäisches Jahr für **aktives Altern**
und **Solidarität zwischen den Generationen 2012**



10. bis 13. Mai 2012: 12. Weltpflegekongress

Als Gastgeber des diesjährigen Weltpflegekongresses bietet Luxemburg den internationalen Teilnehmern aus Wissenschaft und Praxis einen attraktiven Rahmen.

Inhaltlich steht der Kongress im Zeichen innovativer Ansätze für die Bewältigung der drängenden demografischen und ökonomischen Herausforderungen, denen sich die Pflegesysteme zukünftig stellen müssen. Dazu wurden in enger Zusammenarbeit mit der International Orem Society (IOS) Keynote-Speaker aus den EU-Mitgliedsstaaten, aus Nordamerika sowie Asien eingeladen. Aus Luxemburg wirken Experten des Dachverbandes der Krankenpfleger Copas, der nationalen Innovations- und Forschungsagentur Luxinnovation, der Universität Luxemburg, des Forschungszentrums CRP Henri Tudor und der Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) im wissenschaftlichen Beirat des Kongresses mit. In Ergänzung zu den rund 60 Fachvorträgen behandeln spezielle Workshops Einzelthemen wie die Kostenträgerrechnung in der Pflege, Fragen des Health Technologie Assessments (HTA) oder die zukünftige Rolle der Informationstechnologie in der Pflege. Schließlich werden ausgewählte wissenschaftliche Kongressbeiträge im Bulletin luxembourgeois des questions sociales veröffentlicht werden.

Auch atmosphärisch setzt der Kongress Zeichen. Hauptveranstaltungsort ist die Abbaye Neumünster. Zusätzliche Aktivitäten finden im Hemicyle und im Casino 2000 statt. Im Rahmen des Galadiners wird der weltbekannte Jazz-Pianist Abdullah Ibrahim einen musikalischen Glanzpunkt setzen. Mit seinen 77 Jahren verkörpert er, dass musikalisches Engagement aktives Alter selbstverständlich werden lässt. Zahlreiche Tourismusaktivitäten und eine Gourmet-Reise im Anschluss an den Kongress runden das Programm ab.

(Fernando Ribeiro, Familienministerium, Nationaler Koordinator für das Europäische Jahr des Aktiven Alterns)

■ Webtipps:

Näheres zum IOS-Weltpflegekongress unter:
www.ioscongress2012.lu

Weitere Informationen zum „Europäischen Jahr für aktives Altern und der Solidarität zwischen den Generationen 2012“ sowie den entsprechend geplanten Veranstaltungen unter:
ec.europa.eu/social/ey2012.jsp?langId=de und www.luxsenior.lu



Altenpflegekräfte: Wie viele sind emotional erschöpft?

Die schweren körperlichen und psychischen Belastungen des Altenpflegepersonals sind in jüngster Zeit immer stärker ins Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt. ZithaSenior befragte seine Mitarbeiter, wie sie ihren Arbeitsalltag empfinden.

Interne wissenschaftliche Studie. Um ein objektives und realitätsnahes Bild der tatsächlichen Belastung der Mitarbeiter der ZithaSenior-Gruppe mit ihren vier Pflegeeinrichtungen zu erhalten, führte die Trägergesellschaft ZithaSenior S.A. eine interne wissenschaftliche Studie mit Hilfe validierter arbeitspsychologischer Instrumente durch. Insgesamt nahmen knapp 50 Prozent (221 Personen) der ZithaSenior-Belegschaft an der Erhebung teil. Von allen beantworteten Fragebögen stammten rund 60 Prozent von Mitarbeitern aus dem Bereich der Pflege und Betreuung.

Ergebnis. Es wurde festgestellt, dass 22 Prozent der Befragten ein erhöhtes Risiko aufzeigen, eine emotionale Erschöpfung zu entwickeln, wohingegen fünf Prozent bereits unter einer solchen leiden. Studien aus Europa berichten über ähnliche Ergebnisse mit rund 26 Prozent an Mitarbeitern, die gefährdet sind und etwa vier Prozent von bereits erschöpften Altenpflegekräften.

Arbeitsbelastung und Arbeitsklima. ZithaSenior wollte wissen, welche Ursachen für diese Entwicklung verantwortlich sind. Mit detaillierteren Analysen im Rahmen der Studie war es möglich, die Hintergründe zu beleuchten, die zu einer emotionalen Erschöpfung führen können. Die Ergebnisse legen nahe, dass zwei Faktoren ganz wesentlich beteiligt sind: hohe Arbeitsbelastung und negatives Arbeitsklima. Überhöhte Arbeitsbelastung resultiert vor allem aus aufgabenspezifischen Stressoren. Dazu zählen widersprüchliche Aufträge oder Aufgaben, die nicht in den Kompetenzbereich des Mitarbeiters fallen. Ebenso werden externale Arbeitsunterbrechungen als belastend empfunden, wenn beispielsweise ungeplant Kollegen auszuhelfen ist. Das Arbeitsklima wiederum wird vor allem durch den empfundenen sozialen Rückhalt bestimmt. Wenn die interne Kooperation innerhalb des Teams und auch mit den Vorgesetzten gut funktioniert, wird das Arbeitsklima als positiv empfunden. Große Bedeutung für ein Wohlfühl am Arbeitsplatz nehmen auch die Möglichkeit zur Partizipation, konstruktives Vorgesetztenfeedback und ein dem Mitarbeiter zugesprochenes Mitspracherecht ein.



Foto: Alexander Raitis - Fotolia.com

Können Pflegekräfte ihre Arbeit in gewissem Rahmen selbst strukturieren, sind sie vor seelischer Erschöpfung besser geschützt.



Kognitive Herausforderungen. Zudem wurde interessanterweise festgestellt, dass ein gewisses Maß an kognitiver Herausforderung in der alltäglichen Altenpflegearbeit einen schützenden Effekt vor emotionaler Erschöpfung hat. Wenn also Pflegekräfte die Möglichkeit haben, die tägliche Arbeit abwechslungsreich zu gestalten, etwa bei der Ausarbeitung von Tagesaktivitäten für einen demenzkranken Menschen oder der Planung stimulierender Pflegetätigkeiten, sind sie eher vor arbeitsbedingter seelischer Überlastung gefeit.

Aktionsplan entwickelt. Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen dieser in seiner Ganzheit sehr umfassenden Studie flossen in die Entwicklung eines für die ZithaSenior-Gruppe spezifischen Aktionsplans ein, der im Jahr 2012 konkret in die Realität umgesetzt wird. Er umfasst insgesamt fünf Punkte, wie beispielsweise die Einführung einer regelmäßig stattfindenden informellen Diskussionsplattform zwischen den Mitarbeitern und der Heimleitung oder die Erweiterung des Handlungs- und Gestaltungsraumes des einzelnen Mitarbeiters. Sein Nutzen wird anhand einer Folgerhebung im Jahr 2013 evaluiert.

*(Dr. Carine Federspiel, Jean-Paul Steinmetz, PhD,
Abteilung Recherche & Développement, ZithaSenior)*

■ **Webtipp:**

INQA Bericht zur Arbeit in der stationären Altenpflege unter:
www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Publikationen/inqa-34-arbeit-in-der-altenpflege,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf



La Cellule d'expertise médicale a complété son équipe

La Cellule d'expertise médicale (CEM) a été créée par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système des soins de santé. Ses missions principales sont les suivantes :

- le soutien technique et scientifique pour le développement de la nomenclature des actes,
- l'évaluation des prestations cliniques et des technologies de la santé sur base de la prise en compte des critères « evidence based medicine » et
- la collaboration à l'élaboration et à l'établissement de bonnes pratiques médicales, ceci en étroite collaboration avec le Conseil scientifique. Ces outils pour le médecin sont basés sur les connaissances médicales les plus actuelles.
- assurer le secrétariat de la Commission de nomenclature et du Conseil scientifique.



(de gauche à droite : Pascale Oster, Robert Wegner, Raymond Wagener, Romain Faber, Florence Romano, Jürgen Hohmann, Katharina Ludwig)

La CEM est une équipe multidisciplinaire composée comme suite :

- Deux médecins : Mme Florence ROMANO-GIRARD (détachée Direction de la Santé) et M Robert WEGNER (détaché Contrôle médical de la sécurité sociale)
- Un économiste de la santé : M Jürgen HOHMANN (IGSS)
- Deux fonctionnaires administratifs : M Romain FABER et Mme Pascale OSTER (IGSS)

La direction de la CEM est assurée actuellement par le directeur de l'IGSS, M Raymond WAGENER. Pendant les premiers mois, un soutien organisationnel est réalisé par Mme Katharina LUDWIG. La CEM est rattachée administrativement à l'IGSS, dont le directeur, ensemble avec les directeurs de la Direction de la Santé et du Contrôle médical de la sécurité sociale, forment le comité d'accompagnement de la CEM.



Krankenpflegehelfer (aide-soignant): Berufsbild mit Zukunft

In den 80er Jahren haben Pflegehelfer begonnen, nicht nur in der Langzeitpflege, sondern verstärkt auch in Krankenhäusern zu arbeiten. In den letzten Jahren wurden sie aus den Spitälern zunehmend verdrängt. Dennoch drängen viele junge Menschen in diesen Beruf.

Helfer. Seit 1970 gibt es den Beruf des Krankenpflegerhelfers in Luxemburg. Bewusst war der Wortanteil „Helfer“ zur Berufsbezeichnung gewählt worden. Der Krankenpflegehelfer sollte nicht nur den Krankenpflegern helfend zur Seite stehen, sondern auch dem Kranken selbst Hilfe gewährleisten, wann immer es nötig sein sollte.

Aufgabenausweitung. Um die 80er Jahre entstand ein eklatanter Mangel an Krankenpflegern in Luxemburg. So spielte es sich im Pflegealltag ein, dass Krankenpflegehelfer Zug um Zug zu Aufgaben eingeteilt wurden, die eigentlich nicht zu ihrem Aufgabenspektrum zählten. Sie mussten immer wieder ihre gesetzlich geregelten Befugnisse weit überschreiten. Beispielsweise wurden Pflegehelfer in dieser Zeit zu Nachtdiensten eingeteilt, die sie allein zu übernehmen hatten. Ebenso gab es bald in den Krankenhäusern keinen Bereich mehr, in dem sie nicht in vielfältigen Funktionen eingesetzt wurden, auf den Stationen genauso wie im Operationssaal oder im Entbindungsbereich.

Aufwertung des Berufs. Mitte der 90er Jahre wandten sich die Krankenpflegehelfer gegen dieses rechtlich nicht abgedeckte Überschreiten ihrer Kompetenzen und forderten eine Aufwertung des Berufes. Sie verlangten eine gesetzliche Anerkennung des Aufgabenbereichs, den sie alltäglich übernehmen mussten. Ergebnis war, dass per Règlement ihre Ausbildung von einem auf drei Ausbildungsjahre aufgestockt wurde. Dies zog jedoch nicht zwingend auch die notwendige Aufwertung und Anerkennung des Berufes nach sich.

Zunahme an Arbeitsstellen in der Langzeitpflege. Zwar stieg die Zahl der Krankenpflegehelfer in Luxemburg in den Jahren 2005 bis 2009 in der Langzeitpflege um rund 550, da zusätzliche Pflegeeinrichtungen entstanden sind. Von 2005 bis 2009 blieb dagegen die Zahl der Pflegehelfer im Krankenhaus unverändert bei 580 Angestellten. Im Krankenhaus wurden demgegenüber in diesem Zeitraum 220 Krankenpfleger zusätzlich eingestellt (siehe Tabelle).



Foto: Gina Sanders - Fotolia.com

Hilfe nicht nur für den Kranken – auch die Krankenpfleger erhalten Unterstützung vom Krankenpflegehelfer.



Entwicklung der Anzahl angestellter Krankenpfleger und -helfer (2005 bis 2009)		
	2005	2009*
Krankenpflegehelfer		
in Langzeitpflege	1.478	2.029
im Krankenhaus	580	580
Krankenpfleger		
in Langzeitpflege	2.359	2.579
im Krankenhaus	1.668	2.164

* Aktuellere Zahlen sind derzeit leider nicht verfügbar.

Quelle: ALAS

Situation in Krankenhäusern. Während also in der Langzeitpflege die Zahl der neuen Arbeitsverträge sowohl bei Pflegern als auch Pflegehelfern stieg, so nahm in den Krankenhäusern nur die Zahl der Krankenpfleger zu. Dieser aus Sicht des Berufsverbandes der Krankenpflegehelfer negative Trend scheint jedoch mit zunehmendem Kostenbewusstsein in den Kliniken abzunehmen. In der jüngsten Zeit wurden erneut vermehrt Arbeitsstellen für Krankenpflegehelfer von Krankenhäusern angeboten.

Großer Bedarf. Sicher ist, dass mehr junge Menschen seit 2002 den Beruf erlernen möchten. Diese Entwicklung ist positiv zu sehen, denn der Bedarf an Krankenpflegehelfern wächst. Die stetig älter werdende Bevölkerung lässt den Bedarf an Pflegehelfern steigen, denn Haupteinsatzfelder für diesen Beruf sind Pflegeheime, Tagesstätten für Demenzkranke oder auch der Bereich des „Maintien à domicile“.

(Adele Lang-Fiorucci, Association Luxembourgeoise des Aides-Soignants, ALAS)

■ **Webtipp:**

Näheres zur Situation der Krankenpflegehelfer in Luxemburg unter:
www.alas.lu



Ausbildungsplätze fehlen: Nur etwa jeder dritte Bewerber kommt zum Zug.

Die Nachfrage ist hoch. Von insgesamt 275 Bewerbern für die Ausbildung zum Krankenpflegehelfer beim Lycée technique pour Professions de Santé für das Schuljahr 2011-2012 konnten nur 100 die gewünschte Ausbildung beginnen. Ein Interview mit der Direktorin des Lycée Marianne Gillen.



Foto: Privat

Marianne Gillen bildet als Direktorin am Lycée technique pour Professions de Santé jährlich knapp 100 Krankenpflegehelfer aus.

Wie viele „Aide-soignants“ bilden Sie jährlich aus?

Insgesamt sind für das Schuljahr 2011-2012 330 Schüler und Schülerinnen eingeschrieben, davon 63 Kandidaten in der berufsbegleitenden Ausbildung, genannt ASECE.

Wie viele Bewerbungen für Ausbildungsplätze haben Sie? Können Sie alle interessierten Jugendlichen an Ihrer Schule aufnehmen?

Für das Schuljahr 2011-2012 lagen insgesamt 275 Bewerbungen vor. Für die Initialausbildung waren es 205 Anmeldungen und für die berufsbegleitende Ausbildung ASECE waren es 70 Kandidaten. Es wurden 80 Kandidaten in die Initialausbildung aufgenommen und 20 in die ASECE Ausbildung. Wir konnten aus verschiedenen Gründen nicht alle Bewerber aufnehmen. Einerseits haben verschiedene Kandidaten die Aufnahmekriterien nicht erfüllt oder beim „Bilan de compétences“ das nötige Profil nicht gezeigt. Andererseits stößt das Lyzeum für Gesundheitsberufe an seine Grenzen, was Lehrpersonal und Infrastrukturen betrifft. Jedes Jahr betreut der „Service de psychologie et d'orientation scolaire“, die Jugendlichen die nicht aufgenommen werden und hilft ihnen einen Ausbildungsplatz in einem anderen Beruf zu finden.

Für welche medizinischen Einsatzbereiche – Akut- oder Langzeitpflege – sind die ausgebildeten Pflegehelferinnen und -helfer geeignet?

Die ausgebildeten „Aide soignants“ sind vorbereitet sowohl für den Akutbereich wie für die Langzeitpflege.

Wo finden die Schulabgänger ihren Arbeitsplatz – eher im Akut- oder eher in der Langzeitpflege?

In den letzten Jahren wurden weit mehr Schulabgänger im Langzeitbereich eingestellt als im Akutbereich. Mein Eindruck ist, dass sich dieser Trend noch fortsetzt.

(Marianne Gillen, Directrice Lycée technique pour Professions de Santé)

■ Webtipp:

Näheres zum Lycée technique pour Professions de Santé unter:
www.ltps.lu



Sondersituation: Rentenreform in Luxemburg

Die demografische Entwicklung zwingt die Regierungen der westlichen Welt allerorten zu Reformprozessen in der Rentenversicherung. Luxemburgs Regierung hat hierbei eine vielgliedrige Ausnahmesituation zu beachten.

Lebenserwartung steigt stetig. Es ist mittlerweile unumstritten, dass die Lebenserwartung in der jüngsten Vergangenheit um ein Jahr pro Jahrzehnt zunahm, und dass dieser Trend sich auch in Zukunft fortsetzen wird. Im Jahre 2020 werden die Rentenabgänger im Schnitt zwei Jahre länger ihre Rente genießen als ihre Vorgänger, welche um das Jahr 2000 in Rente gingen. Wenn man von 20 Jahren Altersruhestand ab 2000 ausgeht, bedeutet dies, dass im Jahr 2020 dieser Zeitabschnitt bei 22 Jahren liegen wird, also zehn Prozent höher, und somit auch die Rentenleistungen in dem Verhältnis ansteigen werden. Um die Jahrtausendwende zählte die Rentenversicherung in Luxemburg um die 250.000 Beitragszahler, jedoch nur 110.000 Rentenbezieher. Ausgehend von einem gemittelten Alter der Versicherten von 40 Jahren ist es ein Leichtes festzustellen, dass zwanzig Jahre später, also um 2020, die Anzahl der neuen Renten nachdrücklich zunehmen wird, wenn diese Beitragszahler zu Rentenbeziehern werden.

Hohes luxemburgisches Rentenniveau. Beide Tatsachen wurden 2001 von der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) in einem an die Regierung gerichteten wissenschaftlichen Bericht einhellig erläutert. In den Schlussfolgerungen hieß es unter anderem, dass weder die Rentenleistungen zu erhöhen seien, noch weitere neue Leistungen eingeführt werden sollten. Trotz dieser Kenntnisse beschloss der sogenannte Rententisch, bestehend aus Regierung, Sozialpartnern und politischen Parteien, die Renten ab 2002 im Durchschnitt um rund zehn Prozent zu erhöhen, einen dreizehnten Monat für Rentner einzuführen und eine Kinderpauschale für alle Frauen ab dem Alter von 60 Jahren zu gewähren.

Beiträge und Leistungen nicht in der Waage. Die Höhe der Bruttorente entspricht in Luxemburg etwa 90 Prozent des gemittelten Bruttoeinkommens eines Versicherten bei 40 Jahren Beitragsleistungen. Die Nettorente bewegt sich bei rund 100 Prozent. Die Lebenserwartung bei Renteneintritt liegt um die 20 Jahre. Es liegt also auf der Hand: Für jeden, der über einen Zeitraum von zwanzig Jahren eine Rente in Höhe des Lebensinkommens bezieht, wären 50 Prozent Rentenbeiträge



Foto: cammer - Fotolia.com

Um Luxemburgs Rentensystem weiterhin auf seinem hohem Niveau belassen zu können, sind Anpassungen vonnöten.



notwendig bei einer Lebensarbeitszeit von vierzig Jahren. Der Beitragssatz bei der Rentenversicherung ist jedoch auf 24 Prozent festgesetzt, so dass die Leistungen, die vom Rentensystem versprochen werden, im Widerspruch zu den gezahlten Beiträgen stehen. Stellt sich die Frage, wo denn nun die restlich benötigten Beiträge eigentlich herkommen, um heute die Renten finanzieren zu können. Ist ein solch ausgesprochen wundersames Finanzierungsmodell auch in Zukunft noch denkbar?

Ausgleichende Rolle der Grenzgänger und des Staates. Es sind die Grenzgänger, deren immer größer werdende Beteiligung am Luxemburger Arbeitsmarkt im Laufe der letzten zwanzig Jahre dem System die zusätzlichen Einnahmen beigesteuert hat, um die aktuellen Kosten der Rentenversicherung zu decken. Es ist jedoch mehr als zweifelhaft, dass auch in Zukunft eine immer noch größere Anzahl von Grenzgängern zur Verfügung stehen wird, um die steigenden Kosten der Renten zu finanzieren. Sollten diese Voraussetzungen nicht eintreten, müssten langfristig – gezwungenermaßen – die Beitragssätze stufenweise auf 50 Prozent erhöht werden. Nun ist der Staat mit einem Drittel an öffentlichen Steuergeldern an den Beiträgen beteiligt. Eine Verdoppelung des Beitragssatzes würde also auch eine Verdoppelung der Belastung des Staates bedeuten.

Anpassung unumgänglich. Einfache arithmetische Überlegungen genügen um festzustellen, dass das aktuelle Rentensystem in Luxemburg einer grundlegenden Anpassung bedarf. Jedoch sind die Herausforderungen, denen sich das System in den zukünftigen Jahrzehnten stellen muss, um etliches höher anzusiedeln, als das im Ausland der Fall ist. Reicht es im Prinzip im Rest von Europa aus, die Rentensysteme durch längere Lebensarbeitszeit an die wachsende Lebenserwartung der Babyboomer-Jahrgänge – also der Mitte der 1950er Jahre bis Mitte der 1960er Jahre Geborenen – anzupassen, so muss das Rentensystem in Luxemburg in Zukunft zusätzlich die Rentenleistungen der Grenzgänger gewährleisten, die größtenteils heute noch am Arbeitsmarkt teilnehmen.

Was ist geplant? In diesem Zusammenhang werden mit der anstehenden Rentenreform die Weichen für die Zukunft gestellt. Die Rentenformel wird, jedenfalls teilweise, an einen zu erwartenden Anstieg der Lebenserwartung über die nächsten 40 Jahre angepasst. So sollen die Versicherten progressiv über diesen Zeitraum ihre Lebensarbeitszeit anpassen. Des Weiteren wird auf ein beständiges Anheben der Rentenbeiträge bis zu 30 Prozent gesetzt. Schlussendlich sollen künftige Anpassungen der Rentenleistungen an die Lohnentwicklung nur noch zum Tragen kommen, wenn ausreichend Beiträge zu deren Finanzierung zur Verfügung stehen. Ob diese Anpassungen ausreichen, um das System zukunftssicher zu machen, bleibt abzuwarten.



Auf Wirtschaftsentwicklung reagieren. In Anbetracht des aktuellen ökonomischen Umfeldes ist es so gut wie unmöglich, aussagekräftige Vorhersagen über die zukünftige Wirtschaftsentwicklung des Landes zu machen. Die Reform geht von einer durchschnittlichen Wachstumsrate von drei Prozent aus, gekoppelt an eine Steigerungsrate der Anzahl der Versicherten von 1,5 Prozent. Sollte sich in Zukunft herausstellen, dass diese Annahmen zu optimistisch waren, müssen notgedrungen weitere Anpassungen vorgenommen werden. Alle fünf Jahre wird das Rentensystem einer eingehenden Prüfung unterzogen. Auf Basis eines versicherungstechnischen Berichtes wird die voraussichtliche Entwicklung über die nächsten zehn Jahre ermittelt. Anhand dieser Ergebnisse liegt es dann an der Regierung, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, sprich die Rentenbeiträge zu erhöhen oder die Rentenleistungen anzupassen.

Beruhigend hohe Finanzreserven vorhanden. Angesichts der Tatsache, dass heute die Finanzreserven des Systems weit über drei Mal die jährlichen Ausgaben decken, scheint es jedoch nicht angebracht, voreilig alle sozialen Errungenschaften des Systems über Bord zu werfen und den aktiven Versicherten und den Rentnern nicht vertretbare Bürden aufzuladen. Bei allen Anstrengungen und Vorhaben zur Absicherung des Systems werden auch in Zukunft die sozialen Ansprüche prioritär behandelt werden: Beibehalt des Lebensstandards im Alter und Abschirmung vor Armut!

(Tom Dominique, Inspection générale de la sécurité sociale)

■ **Webtipps:**

Näheres zur Rentenreform unter:

www.gouvernement.lu/dossiers/social_emploi/reforme-systeme-pension/index.html

Informationen über den „Fonds de compensation (FDC),

der mit der Verwaltung der Rentenreserven beauftragt ist, finden sich unter:

www.fdc.lu

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