



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 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

LE MÉDECIN RÉFÉRENT : Une opportunité unique. **ROADMAP « SEIN »** : Des standards internationaux pour le traitement de cancer du sein. **SPITALPLAN 2013** : „Work in progress“ – Teil 2. **PLAN HOSPITALIER 2013** : « Work in progress » – 2^e partie. **DER ALTE MENSCH IM KRANKENHAUS** : Was benötigt er? **QUADRIPARTITE** : Gesundheitsreform weiter auf Kurs halten. **LA MICRO-SIMULATION** dans le domaine de la sécurité sociale. **WELTPFLEGEKONGRESS** : Bedeutung der Selbstfürsorge wächst. **WER? WAS? WO? / PERSONNAGES ET POSTES** : Agence eSanté / Direction de la Santé **DATENKOMMUNIKATION IM GESUNDHEITSWESEN** : HL7-Weiterbildungsangebote.

NEU: INHALTSREGISTER.

Von nun an erhalten Sie parallel zum Infoletter immer ein aktualisiertes Inhaltsregister aller Ausgaben von Insight SantéSécu.

Le médecin référent: Une opportunité unique

La majorité des médecins qui adhèrent au dispositif du médecin référent considèrent que c'est un outil pour améliorer le système des soins de santé. Cette vue est confirmée par des résultats d'études scientifiques sur le concept du médecin référent de la AOK au Bade-Wurtemberg. Au Luxembourg le dispositif du médecin référent démarre au cours de la première quinzaine de juillet 2012.

Recommandation pour le règlement grand-ducal. La réforme des soins de santé, entrée en vigueur en janvier 2011, a pour objectif l'amélioration de la coopération et de la coordination entre les acteurs de la santé et une meilleure utilisation des ressources disponibles. Dans ce contexte, le médecin référent est un acteur essentiel pour la réalisation de ces objectifs. Pour l'introduction définitive du médecin



réfèrent, il manquait une définition concrète. A cette fin, la commission de nomenclature s'est réunie ce 6 juin 2012 pour discuter quatre points importants pour la mise en place du dispositif. Après les discussions, une recommandation a été faite au Ministre en vue de la rédaction du règlement grand-ducal afférent.

Phase de démarrage et population visée. Tout d'abord le dispositif du médecin référent entre en juillet 2012 dans une phase de démarrage, qui durera jusqu'au 30 juin 2015. A l'issue de ces trois années, le dispositif sera évalué et il sera à ce moment décidé si le projet a atteint les objectifs à travers les expériences acquises. Le dispositif du médecin référent différenciera pendant cette phase de démarrage :

- Les personnes se situant dans la tranche d'âge entre 18 et 70 ans,
- Les personnes atteintes d'une maladie grave et chronique et les personnes âgées de plus de 70 ans. Une maladie sera déterminée comme grave et chronique selon un référentiel reconnu (ex. : diabète, Alzheimer, Mucoviscidose,...)

Deux actes seront prévus à cette fin dans la tarification du médecin référent qui se traduisent par l'établissement du « résumé-patient », qui doit établir une vision globale et complète de l'état de santé du patient afin de garantir la continuité des soins.

La gestion électronique. Un point très important, sur lequel un travail prioritaire sera fait, consiste en la dématérialisation des flux de données et de documents entre les médecins et la CNS. En effet, la mise en œuvre de la gestion électronique par le dossier de soins partagé (DSP) assurera un fonctionnement optimal du dispositif.

La fiche de prévention. Un autre outil, à côté du « résumé-patient », dont le médecin référent devrait disposer dans le but de mieux conseiller et informer le patient en matière de prise en charge préventive (examens de dépistage, vaccins,...) est la fiche de prévention. Un acte pour l'établissement et la gestion de la fiche de prévention verra le jour à partir du 1^{er} janvier 2014. Cette fiche devrait alors être considérée comme une consultation dans le cadre d'un programme de médecine préventive des personnes âgées de 18-70 ans. Ce programme sera élaboré par la Direction de la Santé en collaboration avec la CNS.

Les enfants et le médecin référent. Il a été proposé de renoncer à ce stade à l'intégration des enfants non-atteints d'une affection de longue durée dans le dispositif du médecin référent, étant donné qu'il existe déjà le suivi post-natal de l'enfant. Certaines incohérences subsistent dans la nomenclature des médecins pédiatres et devront être révisées plus en profondeur. Pour combler cette lacune pendant la phase de démarrage, certains examens pédiatriques vont être revalorisés.



Foto: Christian Schwier - Fotolia.com

Pas de médecin référent pour les enfants – Cette option est réservée, pour l'instant, aux enfants atteints de maladies graves et chroniques.



Suivi professionnel. La CNS est d'avis que l'introduction du médecin référent représente une opportunité unique pour la prise en charge et le suivi professionnel des maladies graves et chroniques ainsi que pour le système de santé en général.

(Paul Schmit, Président de la CNS)

■ **Webtipp:**

Des informations plus détaillées sur les études effectuées par les universités de Heidelberg et Francfort-sur-le-Main quant au principe du médecin référent de la AOK de Bade-Wurtemberg peuvent être consultées sous le lien suivant:

www.hzv-aktuell.de

Roadmap « Sein » : vers une qualité reconnue selon les standards internationaux pour le cancer du sein»

Toutes les femmes luxembourgeoises doivent pouvoir bénéficier des meilleurs soins possibles, selon les standards internationaux pour le traitement du cancer du sein au Luxembourg. C'est l'objectif de la Roadmap « Sein ». Le Dr Françoise Berthet de la Direction de la Santé en explique les détails.

Quel est le but de la Roadmap ?

La Roadmap « Sein » 2012-2015 a pour objectif d'amener le dépistage, le diagnostic et la prise en charge du cancer du sein au Luxembourg à un niveau de performance correspondant aux standards internationaux. Il existe des recommandations de bonnes pratiques en la matière, établies par les sociétés savantes et/ou les organisations internationales, mais ces recommandations ne sont pas uniformément adoptées au Luxembourg. Par ailleurs, de grandes variations dans la prise en charge des patientes ont été documentées par un audit réalisé à la demande du Ministère de la Santé en 2010-2011. Ces décalages sont également observés dans le cadre du suivi des participantes au Programme Mammographie (voir lien 1). Aujourd'hui, bien que notre système de documentation ne permette pas d'identifier les causes de telles variations, ni de mesurer leur impact (positif ou négatif) pour les patientes, leur existence indique qu'il y a un potentiel d'amélioration de la prise en charge.



Foto: privat

Dr Françoise Berthet



Il faut donc concevoir un réel système de promotion de la qualité pour le dépistage, le diagnostic et le traitement du cancer du sein, afin que les praticiens soient en mesure de prodiguer, pour chaque femme concernée, les meilleurs soins possibles. Des dispositions de documentation standardisée de ces activités au sein des établissements hospitaliers devaient également être prises pour plusieurs raisons. D'abord dans le but de comprendre les causes des variations observées, mais aussi afin de permettre une rétro-information individuelle des praticiens et des hôpitaux, une analyse des pratiques et de l'impact des actions entreprises ainsi que des comparaisons nationales et internationales. La Roadmap « Sein » 2012-2015 n'est rien d'autre que le plan d'action, à l'échelle nationale, pour la mise en place d'un tel système de qualité, intégrant de manière progressive sur une période de trois ans les recommandations de bonnes pratiques dans le contexte de notre système de santé. Ce qui implique non seulement les médecins et les établissements hospitaliers, mais responsabilise également des administrations (Direction de la Santé et Programme Mammographie, Laboratoire National de Santé, CNS, ...) et des établissements publics comme le CRP-Santé. Ce plan d'action mène, pour les établissements qui en auront atteint les objectifs en 2015, à l'agrément comme « Centre de compétence sein » au sens de la loi portant réforme du système de santé du 17 décembre 2010.

La directive relative aux soins de santé transfrontaliers entrera en vigueur à partir d'octobre 2013 avec, à la clé, une mobilité accrue des patients. Comment faut-il situer l'importance de la Roadmap dans ce contexte ?

La Directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (2011/24/UE) donne au patient le droit à des soins de santé transfrontaliers sûrs et de qualité. L'Etat membre qui dispense le traitement, a l'obligation de veiller au respect des normes et orientations de qualité et de sécurité qu'il établit. De plus, le patient a le droit à une information quant à ces normes par un point de contact national et par les prestataires.

Dans cette perspective, la Roadmap « Sein » 2012-2015 définissant par année les standards d'organisation du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge du cancer du sein constituera pour le patient une source d'information concernant les normes et orientations de qualité en la matière, qu'il pourra confronter aux standards en application dans d'autres pays de l'UE.

Afin de préserver à terme une offre de soins nationale de qualité, le niveau de performance de notre système se doit d'être reconnu à l'échelle de la grande région. La mise en œuvre de la Roadmap « Sein » et de ses dispositions en matière de documentation des activités nous en donne les moyens.



Quels sont les auteurs de la Roadmap et quels standards sont à la base des travaux ?

La Roadmap est le fruit d'un travail de concertation de plus de 6 mois de la Direction de la Santé avec un groupe de médecins praticiens (spécialistes en radiologie, gynécologie/chirurgie, anatomo-pathologie, oncologie, radiothérapie, et autres) invités sur base de leur implication et de leur expérience clinique en matière de cancer du sein au Luxembourg. Ce travail de concertation a été élargi en juillet 2011 à l'ensemble des acteurs institutionnels et administratifs ainsi qu'à une représentation des patientes à l'occasion d'un workshop participatif.

Le travail de concertation a principalement utilisé les référentiels européens existants (voir lien 2) concernant le dépistage, le diagnostic et le traitement du cancer du sein comme base de discussion, et a consulté les recommandations nationales de nombreux pays dans certains domaines spécifiques (voir lien 3). De plus, les critères utilisés dans divers pays européens pour la reconnaissance ou l'agrément de « cliniques de sein » (BE), de « centres du sein » (CH), ou de Brustzentren (DE) ont été considérés.

Est-ce que la Roadmap a tenu compte de l'expérience et des suggestions des acteurs du terrain ?

Toutes les contributions des médecins et des établissements hospitaliers ont été enregistrées, analysées et discutées lors de la démarche d'élaboration de la Roadmap.

Nous pouvons affirmer que plus de 90% des recommandations formulées dans la Roadmap Sein 2012-2015 ont été adoptées de manière consensuelle lors du travail de concertation avec les prestataires. Il s'agit par exemple de la documentation standardisée au niveau national, de la transparence des données relatives à la prise en charge des cancers du sein, de la « consultation d'imagerie du sein », de la réunion de concertation pluridisciplinaire systématique avec participation de tous les acteurs concernés, des délais à respecter tout au long de la prise en charge, du rôle de la « breast care nurse », de la standardisation et des modalités de communication des résultats anatomo-pathologiques, pour ne citer que quelques exemples. L'atelier participatif du 2 juillet 2011 a en outre permis d'intégrer diverses propositions complémentaires.

La concertation en groupe restreint n'a par contre pas permis de trouver un consensus sur certaines recommandations qui bénéficient pourtant d'une reconnaissance à l'étranger et paraissent essentielles à la Direction de la Santé pour soutenir la spécialisation des intervenants en matière de pathologie mammaire, comme le critère de volume opératoire minimum à respecter pour les équipes chirurgicales désireuses de faire partie d'un (futur) centre de compétence.



Certains médecins disent que la Roadmap ne s'appuie pas sur des bases scientifiques ? Quelle est votre réponse ?

Les référentiels européens et internationaux qui ont alimenté la Roadmap se basent sur divers niveaux d'évidence scientifique et des opinions d'experts. Les études scientifiques analysant l'impact de diverses modalités de dépistage, de diagnostic et de prise en charge du cancer du sein sur le taux de survie, le taux de récurrence et la qualité de vie des patientes en fonction du stade de la maladie ont permis des avancées thérapeutiques majeures au cours des 30 dernières années, avec une diminution de la mortalité et de la morbidité liée au cancer du sein dans nos populations ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie des patientes.

D'autres études, portant sur l'organisation de la prise en charge des patientes, peuvent être plus difficilement interprétables en raison de la difficulté à identifier, à sélectionner et à contrôler toutes les variables pouvant influencer le résultat de cette prise en charge dans un système complexe. Cependant, des études sérieuses et bien étayées conduites dans divers pays et systèmes de santé ont clairement démontré le bénéfice, pour les patientes, des mesures suivantes : la tenue systématique de réunions de concertation pluridisciplinaire, de la constitution d'équipes expérimentées dédiées à la prise en charge du cancer du sein, le respect des délais diagnostiques et thérapeutiques, l'établissement et le respect de référentiels du processus de prise en charge et de liaison avec le secteur des soins primaires, ou une documentation standardisée avec suivi d'indicateurs de résultats, pour ne citer que quelques exemples.

Le bénéfice de la mise en place d'une organisation spécifique pour la prise en charge du cancer du sein pour les patientes a donc amené de nombreux pays à proposer des critères qualitatifs et quantitatifs pour l'agrément ou la certification de structures et d'équipes dédiées à cette prise en charge. Ces critères reposent sur l'évidence scientifique ainsi que sur des critères d'efficacité qui peuvent varier d'un système à l'autre. Les expériences de ces pays en termes de résultats pour les patientes (survie, qualité de vie entre autres), n'ont à ce jour pas remis ces choix en question.

La Roadmap met-elle des entraves au libre choix du médecin par le patient ou restreint-elle la liberté thérapeutique du médecin ?

La liberté de la patiente de choisir le médecin auquel elle désire confier sa santé ne sera en rien limitée par la Roadmap, bien au contraire. En effet, en mettant à la disposition des femmes des informations relatives aux recommandations en matière de prise en charge et d'organisation des soins concernant le cancer du sein au Luxembourg, la Roadmap leur permet de procéder à un choix informé.



Le cancer du sein étant une maladie complexe, de nombreux praticiens sont appelés à rassembler leurs compétences autour de chaque patiente. La Roadmap prévoit la constitution d'équipes pluridisciplinaires afin que la coordination des soins entre ces divers acteurs soit optimale. Mais aucune contrainte n'entravera le choix d'une patiente si elle préfère une prise en charge par un médecin en-dehors de cette équipe.

Quant à la liberté d'exercice du médecin, elle n'est pas remise en question : les médecins choisiront volontairement, au sein de leur établissement hospitalier, de constituer ou de rejoindre, selon leur spécialité, une équipe de prise en charge des aspects diagnostiques ou thérapeutiques du cancer du sein, en toute connaissance des recommandations en matière de qualité, de sécurité, et de documentation de cette activité. Ce choix constitue pour eux l'opportunité d'une spécialisation de leur activité dans le domaine du sein et d'une reconnaissance de cette professionnalisation. Aucune disposition ne prévoit cependant de limiter l'exercice des médecins qui ne feraient pas ce choix et ne seraient pas intégrés dans les futurs « centres de compétence ».

(Françoise Berthet, Direction de la Santé)

■ Liens:

1. Scharpantgen A, Robert I, Weber G, et al. Bulletin de liaison Programme Mammographie 2006 à 2010. Ministère de la Santé, Mai 2012.

Disponible sous <http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/rester-bonne-sante/cancer-prevention-depistage>

2. European Society of Breast cancer Specialists – EUSOMA. The requirements of a specialist breast cancer unit. 2010.

Accessible sous <http://www.eusoma.org/doc/EusomaBURequirements2010.pdf>

3. European Breast Cancer Network (EBCN). Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth Edition, 2006. Accessible sous http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/cancer/fp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf



Spitalplan 2013: „Work in progress“

Teil 2

Auf welchem Stand befinden sich die Arbeiten am neuen Spitalplan? Mit Teil 2 der Rubrik „Spitalplan 2013: Work in progress“ setzt Insight SantéSécu die Berichterstattung über die Entstehung des „Plan hospitalier“ fort.

Worum geht es? Derzeit stellen Krankenhaus- und Gesundheitsexperten das Material zusammen für einen Bericht an den Minister. Dieser wird Vorschläge enthalten, wie der neue Krankenhausplan gestaltet werden sollte. Dabei steht das Ziel an oberster Stelle, für die kommenden fünf Jahre weiterhin ein qualitativvolles Angebot für die gesamte Bevölkerung bereit zu stellen.

Was ist bereits erarbeitet? Ende letzten Jahres – zu Beginn der Arbeiten – wurde vor allem die Vorgehensweise und Methodik festgelegt. Sie orientiert sich nun an vorhandenen, evidenzbasierten Erfahrungen und Lösungsansätzen vor allem aus Projekten in der Schweiz. Sie wurde auf die nationalen Begebenheiten sowie die Datenlage in Luxemburgs Krankenhaussektor abgestimmt. Dabei beruhen sämtliche Analysen, die bisher gemacht worden sind und noch gemacht werden, auf den vorhandenen medizinischen Datensätzen zur stationären Leistungserbringung in Luxemburg aus dem Jahre 2009 sowie aus zusätzlichen Erhebungen bei den Krankenhäusern.

Diese zusätzlichen Datenerhebungen bezüglich der Akutsomatik werden zur Zeit in enger und konstruktiver Zusammenarbeit mit sämtlichen Krankenhäusern durchgeführt. Am 4. Juni hat diesbezüglich eine Informationsversammlung mit dem Expertenteam und Vertretern der Kliniken stattgefunden. Die zusätzlichen Daten werden demnächst zur Verfügung stehen und dann zeitnah ausgewertet und den Expertengremien für Schlussfolgerungen zur Verfügung gestellt.

Leistungsanalyse. Auf Basis der vorhandenen und dieser speziell erhobenen und ausgewerteten Daten wird als erstes eine Analyse der geleisteten Aktivitäten im Krankenhaussektor erstellt. Sie wird die aktuellen medizinischen Aktivitäten der stationären Leistungserbringer in den vorgehaltenen Infrastrukturen sowie die Patientenströme

innerhalb Luxemburgs und auch grenzüberschreitend abbilden. Solch eine Analyse wird parallel auch für die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie erstellt.

Leistungsprognose. Darauf aufbauend wird für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie eine Prognose über den Bedarf an medizinischen Leistungen bis zum Jahr 2020 in Luxemburg errechnet. Für die Prognose werden verschiedene Einflussfaktoren wie Demographie, Medizintechnik, Epidemiologie oder ökonomische Faktoren, die alle bereits auf luxemburgische Verhältnisse heruntergebrochen wurden, mit einkalkuliert.

Empfehlungen für Kliniken. Aufgrund dieser vielschichtigen Analysen wird ein Expertengutachten mit Empfehlungen für die zukünftigen Leistungsspektren der Krankenhäuser erstellt. Ziel dabei wird sein, soweit wie möglich Redundanzen zu verhindern und grenzüberschreitende Kooperationen in der Großregion zu berücksichtigen. Es sollen aber auch Mindestsollmengen, innovative Behandlungsformen und Angebote außerhalb des stationären Bereichs stärkere Beachtung finden. Der „Plan Hospitalier“ soll zudem eine Kompetenzbündelung als Konzentration bestimmter Leistungen in der stationären Gesundheitsversorgung bewirken.

Evaluation und Intervention. Schließlich wird ein Evaluations- und Interventionskonzept erarbeitet, um ein zeitnahes Monitoring der Umsetzung des Krankenhausplanes zu gewährleisten. Der neue Krankenhausplan wird als Prozess zu verstehen sein, dessen Auswirkungen fortlaufend überprüft und gegebenenfalls auch korrigiert werden. Ziel ist es, im Laufe des Herbstes dieses Jahres den Expertenbericht vorliegen zu haben, auf dessen Basis der neue Krankenhausplan erstellt wird.

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



Plan hospitalier 2013 : « Work in progress »

Partie 2

Quel est l'état d'avancement des travaux d'élaboration du nouveau plan hospitalier ? Avec la seconde partie de la rubrique Plan hospitalier 2013 : « Work in progress », Insight SantéSécu poursuit sa mission d'information sur l'élaboration du nouveau plan hospitalier.

De quoi s'agit-il ? Actuellement, des experts du secteur hospitalier et médical procèdent à une collecte de données pour établir un rapport destiné au ministre. Ce document regroupera des propositions pour le nouveau plan hospitalier. L'objectif prioritaire, pour les cinq années à venir, est de maintenir une offre de qualité répondant aux besoins de l'ensemble de la population luxembourgeoise.

Qu'est-ce qui a déjà été fait ? À la fin de l'année passée, au début des travaux, on a essentiellement déterminé la procédure et la méthode à suivre. La méthode retenue s'inspire des approches et solutions développées dans le cadre d'une médecine fondée sur des preuves, par analogie à des projets réalisés en Suisse notamment. Elle a été adaptée en respectant le contexte spécifique de notre pays et les données du secteur hospitalier luxembourgeois. Les analyses déjà réalisées ou prévues, se basent sur des données médicales existantes relatives aux prestations médicales en milieu hospitalier de l'année 2009, et sur des données supplémentaires recueillies auprès des établissements hospitaliers luxembourgeois.

Cette collecte supplémentaire de données relative au domaine des soins aigus est actuellement menée en coopération étroite avec l'ensemble des établissements hospitaliers dans un contexte de partenariat constructif. Dans ce cadre-là, une réunion d'information avec l'équipe des experts et les représentants des hôpitaux a eu lieu le 4 juin dernier. Les nouvelles données, disponibles prochainement, seront analysées dans les meilleurs délais pour être soumises aux comités d'experts en charge d'élaborer des conclusions.

Analyse des prestations. Dans une première approche, une analyse des activités menées dans le secteur hospitalier sera effectuée sur la base des données existantes et des données spécialement collectées et analysées. Elle aura pour but de donner un aperçu des activités médicales des prestataires de soins stationnaires dans les services ou

structures et d'identifier les flux de patients à l'intérieur du Luxembourg et les flux de patients frontaliers. Cette analyse sera menée parallèlement dans les domaines de la réhabilitation et de la psychiatrie.

Prévisions. Pour les domaines soins aigus, réhabilitation et psychiatrie, ces analyses permettront ensuite d'établir des prévisions en termes de besoins de soins de santé au Luxembourg jusqu'à l'année 2020. Les prévisions tiendront compte des éléments d'impact tels que la démographie, la technologie médicale, l'épidémiologie ou les facteurs économiques, tous déjà adaptés au contexte luxembourgeois.

Recommandations pour les cliniques. Ces analyses pluridimensionnelles serviront à établir un avis d'expert et à formuler des recommandations concernant le futur éventail de soins proposés par les hôpitaux. L'objectif est d'éviter autant que possible les redondances et de tenir compte des coopérations transfrontalières dans la Grande Région. Il s'agira par ailleurs de définir des seuils minima d'objectifs à atteindre, et d'encourager des formes de traitement innovantes et des offres de soins en ambulatoire. Le plan hospitalier doit en outre permettre des synergies en concentrant certaines activités stationnaires dans le domaine des soins médicaux.

Évaluation et intervention. Enfin, un concept d'évaluation et d'intervention sera élaboré afin de garantir un suivi rapproché de la mise en œuvre du plan hospitalier. Le nouveau plan hospitalier doit être considéré comme un processus, dont les effets devront faire l'objet d'un contrôle régulier et qui doivent être corrigés, si nécessaire. L'objectif est d'obtenir au cours de l'automne prochain le rapport des experts sur la base duquel le nouveau plan hospitalier sera développé.

*(Frank Gansen, Premier Conseiller de Gouvernement,
Ministère de la Santé)*



Der alte Mensch im Krankenhaus: Was benötigt er?

Die stationäre Behandlung des älteren, oft polymorbiden Patienten sollte interdisziplinär erfolgen. So lautete das Fazit der siebten nationalen Gesundheitskonferenz Ende Juni in Bad Mondorf.

Handlungsbedarf. „Ältere Patienten sind anders und benötigen komplexere Behandlungspfade“, brachte Minister Mars Di Bartolomeo das Konferenzthema auf den Punkt. Besonders in der Notaufnahme der Kliniken zeige sich, dass ältere Patienten oft neben ihrem Hauptproblem vier bis fünf Komorbiditäten aufwiesen. Mit Zahlen untermauerte Marie-Lise Lair, Directrice du Centre d'Etudes en Santé au sein du CRP-Santé, dass das Bewusstsein für die besonderen Bedürfnisse älterer Patienten stärker als bisher Einzug in den luxemburgischen Klinikalltag finden sollte. Rund 45 Prozent aller Krankenhauspatienten seien über 65 Jahre alt, repräsentierten aber nur 14 Prozent der Bevölkerung. Sie benötigten Pflege von durchschnittlich 230 Minuten pro Kliniktag, im Schnitt rund 45 Minuten mehr als 14- bis 65jährige. 35 Prozent der Betten in den Akutkrankenhäusern seien belegt mit Patienten, die älter als 65 Jahre seien. Durchschnittlich 558 Personen über 65 Jahre suchten pro Monat die Notaufnahme in einer der fünf Akutkliniken auf. Knapp 30 Prozent aller Operationen entfielen auf Patienten, die älter als 65 sind. Rund 15 Prozent der Krankenhausentlassenen beantragten Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Keine Zeit verlieren. Marie-Lise Lair appellierte an die Verantwortlichen, keine Zeit zu verlieren mit der Organisation geriatrischer Begutachtung älterer Patienten direkt bei der Aufnahme in eine Klinik. Hiermit nur bei den über 80jährigen zu starten, sei zu wenig. Typische geriatrische Probleme wie etwa die Polypathologien seien bereits bei Patienten ab 65 Jahren vermehrt feststellbar. Frakturpatienten kämen oft mit zahlreichen anderen Krankheiten in die Notaufnahme. Beispielsweise würden bereits 18 Prozent der 65- bis 69jährigen Krankenhauspatienten zusätzlich an Diabetes leiden, davon 5,6 Prozent unbehandelt. Mehr als 30 Prozent der 50- bis 69jährigen seien stark übergewichtig, Arthrose, Herzinsuffizienz, degenerative Hirnerkrankungen kämen hinzu. Bestehe zusätzlich eine dementielle Erkrankung, sei eine geriatrische Parallelversorgung nahezu unumgänglich. Sechs geriatrische Spezialangebote sehe der aktuelle Spitalplan derzeit vor. Allerdings praktizierten nur sehr wenige geriatrische Fachärzte in Luxemburg. Einen nationalen Aktionsplan zur Förderung des geriatrischen Assessments werde das Gesundheitsministerium konzipieren, stellte Minister Di Bartolomeo heraus, um die Geriatrie stärker in Luxemburg zu verankern. Die geriatrische Aus- und Fortbildung müsse darin einen wichtigen Anteil einnehmen.



Foto: Herby (Herbert) Me - Fotolia.com

Leidet ein alter Mensch im Krankenhaus zusätzlich noch an Demenz, ist ein geriatrisches Assessment nahezu unumgänglich.



Versorgung Demenzkranker: Die besondere Verantwortung, die zukünftig vermehrt auf Kliniken in der Versorgung von Demenzkranken zukomme, betonte Thomas Jungen, Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland. Bereits heute seien 10 bis 15 Prozent der Klinikpatienten dementiell erkrankt mit ansteigender Tendenz. Jeder dritte 80jährige leide an Demenz. Aus diesem Grund hätten die katholischen Kliniken im Saarland das Projekt Demenz im Krankenhaus (Dem-i-K) 2011 ins Leben gerufen. Oberstes Ziel sei, die Akutversorgung dementer Patienten zu verbessern. Zu diesem Zweck seien 95 000 Euro pro Klinikstandort in die Fortbildung von Pflegekräften und Ärzten investiert worden. Nicht nur interdisziplinäre Konsile für Ärzte, sondern auch Pflegekonsile seien eingerichtet worden. Auch milieutherapeutische Maßnahmen wie Fingerfood oder Aktivierungskisten seien nun fester Bestandteil im Rahmen von Dem-i-K. So gebe es auch ein Demenzcafé, in dem Patienten in Wohnzimmeratmosphäre den Medizinaltag vergessen könnten. Die Erfahrung zeige, so Jungen, dass die Patienten dadurch ruhiger werden und Medikamente eingespart werden könnten.

Enttabuisieren. Angesichts von rund 6.000 Demenzkranken in Luxemburg, so Dr. Carine Federspiel, Vizepräsidentin der Alzheimergesellschaft Luxemburgs, sei das Thema zu enttabuisieren. Aufklärung sei nötig, genauso wie die richtigen Diagnostikinstrumente. Ein Kriterienkatalog müsse erstellt werden, der anzeige, ob ein alter Patient bei Vorstellung in der Klinik neben seinem gesundheitlichen Hauptproblem auch geriatrisch bedürftig sei. Ein mobiles geriatrisch geschultes Team könne den Patienten dann parallel betreuen.

Nofallmedizin. Seine zehnjährigen Erfahrungen aus der Behandlung Älterer in der Notfallmedizin brachte Prof. Jacques Boddaert von der Klinik Pitié-Salpêtrière, Paris in die Diskussion ein. Kämen ältere Patienten in die Notaufnahme mit Oberschenkelhalsbruch und einer zusätzlichen Demenz, so würden sie in seiner Klinik sofort orthogeriatrisch betreut. Das routinemäßig beigeschaltete geriatrische Assessment erbringe sehr gute Ergebnisse. Komplikationen träten deutlich seltener auf.

Behandlungspfade. Auf die Bedeutung interdisziplinären Vorgehens wies ebenso PD Dr. Werner Hofmann, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, hin. Geriatrische Patienten benötigten interdisziplinäre Behandlungspfade. Einzelmaßnahmen müssten regelmäßig auf ihren Erfolg überprüft werden. Von der Notaufnahme würden Geriatrie-Patienten idealerweise direkt in die für sie geeignete Versorgungsstruktur übergeleitet werden. „Der richtige Patient muss an den richtigen Ort“, unterstrich Dr. René Dondelinger, Präsident der geronto-geriatrischen Gesellschaft Luxemburgs, diesen Ansatz.



Wer bezahlt? Jean-Paul Juchem, Finanzexperte bei der CNS, machte deutlich, dass über den Weg der Budgetisierung der Krankenhäuser mobile geriatrische Assessment-Teams sowie geriatrische Rehabilitation finanziert werden. Problematisch sei derweilen noch die Finanzierung der hauptberuflich tätigen Geriater, da die Nomenklatur der medizinischen Leistungen außer dem geriatrischen Assessment keine speziellen Tarifpositionen für die Geriatrie vorsehe. Eine Evaluation der in verschiedenen Krankenhäusern eingeführten Modellversuche geriatrischer Betreuung könnte noch weitere Klarheit bei der Definition des künftigen Geriatrie-Konzeptes bringen, insbesondere was die Notwendigkeit geriatrischer Akutabteilungen angehe.

Schwachstelle Kommunikation. Auf die geplante Institution des Referenzarztes wurde bei der Konferenz allgemein große Hoffnung gesetzt. Mit Hilfe des Vertrauensarztes und der elektronischen geteilten Patientenakte könne die Kommunikation zwischen Ärzten, Familien und Patienten über eventuelle Multimorbiditäten und deren Medikation älterer Patienten verbessert werden. Ebenso könne der Referenzarzt einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass die gesundheitliche Versorgung geriatrischer Patienten vernetzt und nicht isoliert erfolge. „Das Referenzarztmodell wird uns auch weitere Erkenntnisse zu den Polypathologien in Luxemburg bringen“, betonte der Minister. „Wir müssen bei der Versorgung Älterer im Netzwerk arbeiten, auch hier wird zukünftig dem Referenzarzt große Bedeutung zukommen“, hob Dr. Federspiel hervor.

(Dr. Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

■ **Webtipp:**

Die Vortragsfolien der 7. Nationalen Gesundheitskonferenz können im Netz heruntergeladen werden unter:

www.sante.lu/Exposés

Näheres zum Projekt „Demenz im Krankenhaus (Dem-i-K)“ der katholischen Krankenhäuser Saarland unter:

www.dem-i-k.de



Quadripartite: Gesundheitsreform weiter auf Kurs halten

Eine Bilanz der Gesundheitsreform, die Fortentwicklung des stationären Sektors sowie die EU-Patientenrichtlinie – diese Themen standen im Mittelpunkt der diesjährigen Frühlings-Quadripartite.

Primärsektor stärken. „Die Ziele der im Oktober 2010 gestarteten Gesundheitsreform werden wir konsequent weiterverfolgen“. Dies betonte Minister Mars Di Bartolomeo bilanzierend auf der jüngsten Frühlingsquadripartite. Dem zustimmend herrschte Konsens zwischen Regierungsvertretern, Sozialpartnern und Leistungsträgern, dass die Primärmedizin – wie das Reformgesetz es vorsehe – unter anderem durch Einführung des Referenzarztes zu stärken sei (vergleiche Artikel auf Seite 1f). Auch die Krankenhäuser sollten bei ihren Anstrengungen, enger zu kooperieren und Kompetenzen zu bündeln, weiterhin intensiv unterstützt werden. Große Aufmerksamkeit brachten die Tagungsteilnehmer in diesem Zusammenhang auch den geplanten strukturellen Regelungen entgegen, wie sie im neuen Spitalplan festgelegt sein werden (siehe Artikel auf Seite 8). Ein Punkt lag den Ärzten besonders am Herzen: der Ausbau der Ambulanzmedizin.

Ambulante Chirurgie. Vor allem die ambulante Chirurgie müsse stärkeres Gewicht erhalten, stellten die Ärztevertreter heraus. Nur so könne Luxemburgs Medizin nach Einführung der neuen EU-Richtlinien zum grenzüberschreitenden Patientenverkehr ab dem 25. Oktober 2013 konkurrenzfähig bleiben. Das benachbarte Ausland, vor allem Frankreich, sei hier weiter fortgeschritten. Ebenso müsse die Standardisierung medizinischer Leistungen zügig vorangetrieben werden, damit die nationalen Kontaktstellen, wie es die EU-Richtlinie vorschreibe, alle notwendigen Informationen bereit halten könnten, um Interessenten über Luxemburgs medizinisches Leistungsspektrum informieren zu können. Hier dürfe kein Informationsgefälle zwischen Luxemburg und dem benachbarten Ausland entstehen, betonten die Ärzte. Wie Amélie Becker von der Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) berichtete, widme sich eine nationale Arbeitsgruppe ausschließlich der Frage, welche Informationen an den Info-Kontaktstellen für Patienten aus dem In- und Ausland bereit stehen sollten und in welcher Form.

EU-Patientenrichtlinie. Auch die anderen Parteien bekräftigten, dass die verbleibende Zeit bis Oktober 2013 zur Umsetzung der EU-Patientenrichtlinie effektiv genutzt werden solle. Auf Hochtouren liefen die Vorbereitungen zur Implementierung der Richtlinie seit Monaten, stellte Amélie Becker klar. Zahlreiche Arbeitsgruppen



Foto: Gina Sanders - Fotolia.com

Wichtiges Element der Gesundheitsreform: Ab 1. Juli können Patienten einen Arzt der Wahl zum Referenzarzt wählen.



tagten parallel in unterschiedlichen Zusammensetzungen. Momentan seien die Juristen gefordert und prüften, ob die EU-Richtlinie es erforderlich mache, dass nationale Gesetze, Statuten oder Nomenklaturen geändert oder ergänzt werden müssten.

Rückerstattung. Dem Thema Rückerstattung widme sich eine weitere Arbeitsgruppe, wie Amélie Becker ausführte. Die Gruppe kläre derzeit, welcher rechtliche Rahmen bestehen muss, damit ab dem 25. Oktober 2013 die CNS entsprechend den Vorgaben der Direktive Auslandsbehandlungen rückerstatten kann.

Gesetzentwurf. Alle Arbeitsergebnisse, so Amélie Becker, werden in einen Gesetzestext zur Umsetzung der Direktive einfließen. Er werde alle Gremien rechtzeitig durchlaufen, damit er am 25. Oktober 2013 verabschiedet auf dem Tisch liegen kann.

Stationärer Sektor. Welche Ergebnisse hat die Gesundheitsreform im Bereich des stationären Sektors erbracht und welche Schritte liegen an? Zu dieser Frage bezog Jean-Paul Juchem, Krankenhausexperte bei der Gesundheitskasse (CNS) Stellung. Wie er ausführte, gebe das Gesundheitsreformgesetz von 2010 der CNS die Möglichkeit, gewisse Krankenhausaktivitäten nur dann zu finanzieren, wenn sie von mehreren Kliniken gemeinsam erbracht werden. So seien in den derzeit laufenden Vertragsverhandlungen mit der Spitalsföderation drei Bereiche identifiziert worden, die sich für ein gemeinsames Vorgehen im Klinikverbund anbieten: Informatik, Labor und Einkauf. Im Bereich Einkauf würden derzeit je nach Krankenhaus zwischen 15 und 20 Prozent aller Verbrauchsgüter über einen zentralen Einkauf beschafft. Ziel sei, diesen Prozentsatz mittelfristig auf 50 Prozent zu steigern.

Klinikausbauten. Die Deckelung der Krankenhausaussgaben, die seit der Gesundheitsreform von 2010 verbindlich gelte, zwingt zu größerer Vorsicht bei der Planung von Krankenhausausbauten, führte Juchem weiter aus. Ein Blick über die letzten zehn Jahre zeige, dass die größten Kosten- und Budgetsteigerungen im stationären Sektor durch Neu- und Umbauten bewirkt worden seien. In diesem Zeitraum hätten Baumaßnahmen in vier Krankenhäusern stattgefunden: im Hôpital Kirchberg, Hôpital St Louis Ettelbruck, in der Geburtsklinik Bohler und dem RehaCenter. So sei das Budget für das Hôpital Kirchberg um 20,4 Prozent im Jahr 2003 und 20,0 Prozent im Jahr 2004 gestiegen, für St. Louis um 26,7 Prozent im Jahr 2004, für Bohler um 19,0 Prozent im Jahr 2006 und für das RehaCenter um 39,7 Prozent im Jahr 2007.

Fusionen unter den Kliniken. Auch die im vergangenen Jahrzehnt vollzogenen Fusionen zeigten unter Kostengesichtspunkten, so Juchem, kein einheitliches Bild. Im Fall des Zusammenschlusses von Centre hospitalier de Luxembourg

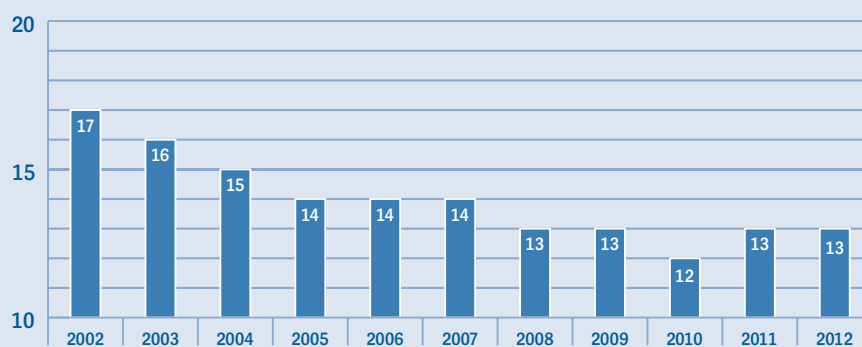


Foto: Vllewi - Fotolia.com

Baumaßnahmen in Krankenhäusern sind die Kostentreiber Nummer 1.



Fusionen im Kliniksektor lassen Anzahl der Krankenhäuser sinken



Quelle: CNS

(CHL) mit der Klinik Eich sei die Fusion im Jahr 2004 von kostenintensiven Neu- und Umbauten begleitet worden. Die beiden Fusionen im Süden des Landes hätten leichte Einsparungen infolge der Zusammenlegung der Entbindungsabteilungen und der Stilllegung des OP-Bereichs in Düdelingen erbracht. Die Folgen der Fusion im Norden des Landes seien noch nicht abschätzbar. Allgemein gelte jedoch, dass präzise medizinische Konzepte vonnöten seien, damit Doppelgleisigkeiten vermieden werden und Kompetenzsteigerungen nicht nur Qualitäts-, sondern auch Effizienzzuwachs erbringen könnten. Unter diesem Vorzeichen seien auch die sechs Krankenhäuser zu beurteilen, die weniger als 80 durchschnittlich belegte Betten aufweisen. Obwohl in den meisten Fällen Kooperationen mit größeren Krankenhäusern bestünden, besäßen diese kleinen Häuser alle eigene Verwaltungsstrukturen und arbeiteten in diesem Bereich doppelgleisig zu ihren Kooperationspartnern.

Substitution von Medikamenten. Mit einem Appell von Gesundheitsminister Mars Di Bartolomeo an die Ärzte, die Apotheker zukünftig bei der Substitution von Medikamenten nicht allein zu lassen, sondern tatkräftig zu unterstützen, schloss die Frühlings-Quadrupartite. Die nächste Sitzung dieses Gremiums wird am 24. Oktober 2012 stattfinden.

(Dr. Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

■ Webtipp:

Näheres zur Gesundheitsreform auf dem Portail Santé <http://www.sante.public.lu/fr/index.html>

In Deutsch unter:

<http://www.sante.public.lu/fr/dossiers/2010/gesundheitsreform/index.html>

In Französisch unter:

<http://www.sante.public.lu/fr/dossiers/2010/reforme-sante/index.html>



Foto: Kadmy - Fotolia.com

Welches Medikament soll es sein?
Ideal ist, wenn Apotheker und Ärzte bei der Medikamentensubstitution Hand in Hand arbeiten.



La microsimulation dans le domaine de la sécurité sociale

Un modèle de microsimulation peut être construit afin de simuler l'impact d'un changement dans les politiques de redistribution, fiscales, sociales ou de pensions. Des modèles de microsimulations sont également utilisés dans d'autres disciplines, comme la démographie ou les transports. Dans le domaine du transport, on peut par exemple simuler la fluidité du trafic en fonction du réglage des feux de signalisation et du nombre de voitures présentes dans le trafic.

Les prérequis. Pour réaliser des microsimulations, il faut disposer de données fiables qui peuvent provenir notamment d'enquêtes représentatives ou de fichiers administratifs, comme ceux gérés par la sécurité sociale, caractérisés par une diversité des données. Or les données disponibles contiennent parfois des valeurs manquantes ou incohérentes comme par exemple une cause d'hospitalisation inconnue alors que le patient a subi une opération lourde. Dans un tel cas elles ne peuvent pas être utilisées ou que partiellement suite à des adaptations préalables.

Variantes. Selon les besoins, la simulation peut être réalisée avant ou après la mise en place d'une nouvelle politique:

Si la microsimulation est réalisée avant la mise en place, elle peut servir d'aide à la décision. Lorsqu'il existe deux solutions envisageables à même coût, on peut simuler l'impact des deux solutions et choisir celle qui présente le meilleur résultat.

Définition

La microsimulation est une technique de modélisation informatique qui agit au niveau d'une entité : personne, ménage, véhicule, entreprise... Chaque entité est représentée moyennant un identifiant unique et des caractéristiques personnelles (par exemple: une liste de personnes reprenant l'âge, le sexe, l'état civil, le revenu). Un ensemble de règles est appliqué aux entités afin de simuler des modifications dans leurs caractéristiques.

Ces règles peuvent être soit déterministes, comme une modification des impôts à payer suite à un changement de la politique fiscale, soit stochastiques, comme la possibilité de mourir, de donner naissance ou de déménager.

Le résultat obtenu est une estimation des conséquences possibles résultant de l'application des règles à un moment donné ou sur une ou plusieurs périodes. Cette estimation permet de tirer des conclusions à un niveau agrégé, notamment au niveau d'un pays, mais également de constater des changements dans la distribution des caractéristiques, notamment la distribution des revenus.



Si la microsimulation est réalisée après la mise en place on peut simuler l'impact de la réforme à longue durée. On peut par exemple simuler l'effet d'une réforme des pensions pour la jeune génération actuelle au moment où elle prend sa retraite.

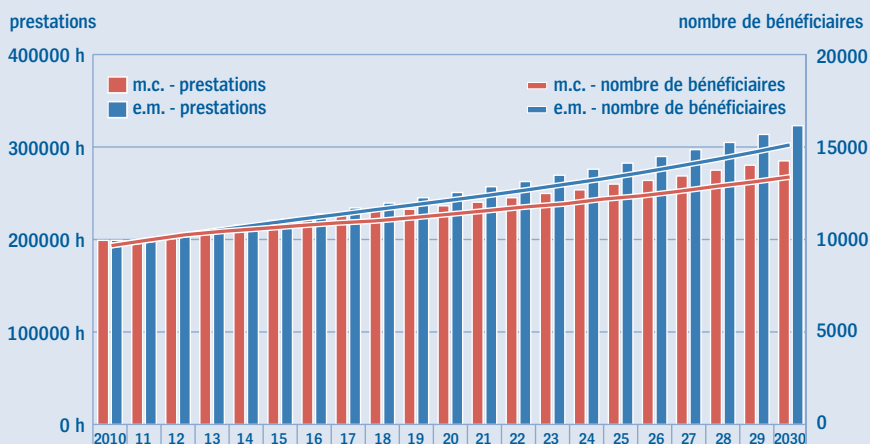
La microsimulation arithmétique statique. Différentes catégories de microsimulation existent. Tout d'abord, citons la microsimulation arithmétique statique. Ce type de modèle permet de simuler l'impact d'une réforme en supposant cependant que les individus ne se comportent pas différemment suite au changement imposé.

La microsimulation statique avec modélisation des comportements, permet de simuler l'impact direct d'une réforme en tenant compte d'une modification de comportement des individus. Par exemple, lors d'une hausse importante des impôts, un certain nombre de personnes vont quitter le marché de travail ou vont le rejoindre.

Microsimulation dynamique. Finalement, citons la microsimulation dynamique. Dans un tel modèle, les individus ne peuvent pas seulement changer de comportement suite à une modification légale, mais ils peuvent également modifier leur

Évolution du nombre de bénéficiaires et des prestations (en heures) en fonction du scénario

personnes ≥ 60 ans



L'âge moyen et médian de la population 60+ restera relativement stable jusqu'en 2030, alors que leur nombre augmentera de 67% en 2030 par rapport à 2010. Le taux de dépendance de la population 60+ fluctue autour de 10% dans le scénario e.m. et connaîtra une baisse de 1.2% jusqu'en 2030 dans le scénario m.c. Suite à l'évolution démographique de la population 60+, le nombre des bénéficiaires connaîtra cependant une hausse importante dans les deux scénarios (e.m. : +65% ; m.c. : +46%). Les prestations augmenteront dans le même rythme que les bénéficiaires.

Quelle: IGSS, 2012



comportement dans le temps. On peut ainsi analyser le changement de la structure démographique de la population dans le temps en simulant entre autres la naissance, le vieillissement et la mort des individus.

Il est clair que les résultats obtenus par un modèle de microsimulation ne peuvent être réalistes et cohérents que si les données et scénarios sur lesquels se basent le modèle sont corrects, représentatifs, logiques et réalistes.

Application dans l'assurance dépendance. Un exemple pratique d'une microsimulation dynamique, à l'aide du logiciel LIAM2, fut réalisé dans le cadre de l'assurance dépendance. LIAM2 est un logiciel permettant le développement de modèles de microsimulation dynamique, qui fut développé par le Bureau fédéral du Plan de Belgique, financé et testé par l'IGSS et le Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques (CEPS/INSTEAD) et cofinancé par la Communauté Européenne.

Les plans de prise en charge des personnes dépendantes, établis entre 2001 et 2010, ont permis de déterminer les paramètres concernant la dépendance appliqués dans le modèle (taux de dépendance, diagnostic, besoin d'aide, etc. par âge et sexe). Les hypothèses sur le développement démographique se basent sur des projections faites par EUROSTAT, l'Office statistique de l'Union européenne. Si l'augmentation de l'espérance de vie de la population est indéniable, il n'existe pas de consensus sur le début des années vécues en incapacité. Pour cette raison, deux scénarios ont été retenus. Dans le premier (expansion de la morbidité (e.m.)), on suppose que, dans les années à venir, les personnes deviennent dépendantes au même âge qu'actuellement. Le nombre des années vécues en incapacité augmentera par conséquent. Dans le deuxième scénario (morbidité constante (m.c.)), on suppose que le nombre d'années vécues en incapacité reste constant, et l'âge du début de l'indépendance sera donc postposé. A l'aide de ces données et hypothèses, une estimation des bénéficiaires et prestations fut réalisée pour les personnes supérieures à 60 ans pour les années 2011 à 2030 (voir graphique ci-avant).

(Christine Weisgerber, Inspection générale de la sécurité sociale, IGSS)



Weltpflegekongress: Bedeutung der Selbstfürsorge wächst

Selbstbestimmt und gesund altern – aber wie? Diese Frage diskutierten Gesundheits- und Pflegeexperten beim 12. IOS-Weltpflegekongress.

Selbstfürsorge. Wie verschieden auch die Themenstellungen der insgesamt 70 Referenten aus 20 Ländern waren, als Leitthema kristallisierte sich an den insgesamt vier Kongresstagen die Selbstfürsorge heraus. Veranstaltet von der pflegewissenschaftlich ausgerichteten International Orem Society (IOS) fand der Kongress in Zusammenarbeit mit der Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) unter der Schirmherrschaft der luxemburgischen Regierung Mitte Mai in Luxemburg statt. Pflegewissenschaftler, Pflegende und Gesundheitsexperten waren sich einig, dass präventive und kurative Selbstfürsorge – auch Selbstpflege genannt – zunehmend an Bedeutung gewinnen wird. Für Patienten, die geistig und körperlich dazu in der Lage seien, sei Selbstpflege nicht nur medizinisch sinnvoll, sondern verdiene auch gesundheitspolitisch stärkere Beachtung.

Motivation fördern. Doch welche Schwierigkeiten es mit sich bringen kann, Patienten zu motivieren, gesundheitliche Selbstfürsorge im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu übernehmen, berichtete eindrucksvoll Prof. Dr. Beth Geden, Pflegewissenschaftlerin aus Missouri. Da gebe es beispielsweise den 69jährigen Patienten mit Diabetes II und Bluthochdruck: Bis er es schaffe, Blutzucker und Blutdruck eigenverantwortlich im Blick zu behalten, und angemessen mit Medikamenten und Lebensstil darauf zu reagieren, sei ein langer Weg zu bewältigen. Keineswegs generelle Lösungen gebe es, wie kranke Menschen zu dem für sie notwendigen gesundheitsbewussten Lebensstil geführt werden könnten. Vielmehr gelte es als Arzt oder Pflegekraft einfühlsam und individuell den Patienten auf seiner Entwicklung hin zu einer stabilen Selbstfürsorge zu begleiten.

Mehrere Phasen. Dabei, so Geden, seien mehrere Phasen zu unterscheiden, die ein chronisch kranker Patient durchlaufe, bei seiner Entwicklung hin zu bewusster Selbstpflege: Auf die Diagnose, die einen Schock und Desorientierung auslöse, folge die Verleugnung des Gehörten, gefolgt von Angst und Traurigkeit. Es schließe sich ein Ringen um Gesundheitslösungen und deren Austesten an, das optimalerweise in Akzeptanz und kontinuierlichem Gesundheitsengagement münde. Diese Phasen könnten über längere Zeiträume laufen, unterbrochen sein, Rückschritte erfahren. Um so wichtiger seien Arzt und Pflegende, die den Patienten immer wieder positiv



Foto: Gina Sanders - Fotolia.com

Gesunde Ernährung ist ein wichtiger Aspekt verantwortungsvoller Selbstfürsorge im Alter.



bestärken, sein Gesundheitsmanagement in Absprache mit dem behandelnden Arzt wahrzunehmen und konsequent beizubehalten.

Altersfreundliche Architektur. Welch großen Einfluss die Architektur und Städteplanung auf das Leben älterer Bürger ausüben kann, verdeutlichte Rodd Bond. Als Architekt leitet er das irische Netwell Centre, das als Forschungszentrum die Auswirkungen sozialer Netzwerke sowie technologischer und umweltbedingter Gegebenheiten auf die Lebensqualität im Alter erkundet. Seiner Ansicht nach bieten die heutigen Städte kein Umfeld, das Gesundheit und Lebensqualität der älter werdenden Bewohner fördere. Um deren soziale Vernetzung zu fördern, seien beispielsweise Strukturen und Räume notwendig, in denen Ältere soziale Verbundenheit erfahren. Häuser müssten entstehen, die für ältere Bewohner genügend Platz für Informations- und Überwachungstechnik ermöglichen. Mithilfe von Wärme- oder Bewegungssensoren könnten Stürze vermieden und das Alltagsleben überwacht werden. Flexible Zimmerwände, die sich auf die Bedürfnisse ihrer Bewohner je nach Lebenssituation variabel anpassen lassen, erhöhten ebenso die Lebensqualität im Alter.

Gesunde Lebensspanne verlängern. Die gesunde Lebensphase von Frauen beträgt durchschnittlich 61 Jahre. Bei Männern sind es 60 Jahre. Diese Spanne möchte die Europäische Kommission um je zwei Jahre bis zum Jahr 2020 erhöhen. Mit dem Projekt „European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing“, kurz EIP genannt, also einem Projekt der Europäischen Innovations-Teilhaberschaft für aktives und gesundes Altern, soll ein Ideenpool für innovative Vorhaben und Forschung entstehen. „Innovative Ansätze sollen so einem größeren Fachpublikum bekannt und Doppelentwicklungen auf europäischer Ebene vermieden werden“, betonte Marianne van den Berg, Gesundheitsexpertin bei der Europäischen Kommission. Wer zukunftsweisende Ideen diskutieren möchte oder einen geeigneten Partner zur Umsetzung von Vorhaben sucht, findet hier ein Forum zum Austausch und zur Diskussion (siehe Webtipp). 524 Einreichungen konnte EIP bis Mitte Mai bereits verzeichnen. Ein Kongress im November 2012 wird über erste Aktivitäten auf dem Marktplatz des EIP berichten.

(Dr. Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

■ **Webtipps:**

Redemanuskripte des IOS-Kongresses finden sich unter:
www.ioscongress2012.lu

Näheres zur Europäischen Innovations-Teilhaberschaft für aktives und gesundes Altern (EIP) der Europäischen Kommission findet sich unter:
<https://webgate.ec.europa.eu/eipaha>



Wer? Was? Wo?

Personnages & Postes

■ Nouvelle direction pour l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (Agence eSanté)

Depuis le premier juillet **Hervé Barge** (52) préside l'Agence eSanté à titre de Directeur général. Spécialiste en ingénierie médicale, Hervé Barge a rejoint en 2000 l'Agence Régionale de Santé de Franche Comté (ARH) en tant que Directeur du Système d'Information de Santé (SIS) - Télémedecine pour y diriger des projets régionaux de système d'information et de télémedecine. Expert des problématiques de partage de l'information dans le secteur de la santé, il a mis en place des structures techniques et fonctionnelles d'animation du réseau régional. En 2006, l'ARH de Franche Comté s'est vue décerner, par « Le monde informatique », *le Prix spécial du Jury des trophées annuels de l'informatique*, soulignant la qualité de sa conduite de projet et l'innovation technologique utilisée lors des travaux sur le Dossier Médical Partagé (DMP) Franche-Comté. Hervé BARGE est également à l'origine de la création de l'institut Edouard BELIN à Besançon, un institut international des systèmes d'information de santé et de télémedecine.

■ Direction de la Santé mit neuer beigeordneter Direktorin

Seit 1. April 2012 ist Dr. Elisabeth Heisbourg beigeordnete Direktorin in der Direction de la Santé (Directeur adjoint de la Santé). Sie folgt in dieser Position auf Dr. Pierrette Huberty-Krau, die in Ruhestand gegangen ist. In ihrer neuen Funktion unterstützt sie Direktorin Dr. Danielle Hansen-Koenig bei der Leitung der Direction de la Santé und übernimmt deren Stellvertretung im Falle der Abwesenheit. Daneben wird sie weiterhin Aufgaben unter anderem bei der Landeskrankenhausbedarfsplanung und der Begutachtung von Krankenhausbauanträgen, bei der Gesetzgebung und Ausübung von Gesundheitsberufen, sowie in punkto Krankenhaushygiene wahrnehmen. Seit 1981 arbeitet die Medizinerin Elisabeth Heisbourg bei der Direktion de la Santé in der Abteilung für kurative Medizin. 1988 übernahm sie die Leitung dieser Abteilung und erwarb 1989 parallel das Spezialdiplom für Krankenhausmanagement an der Katholischen Universität Louvain.

(Redaktion Insight SantéSécu)



Foto: privat

Hervé Barge préside l'Agence eSanté depuis le premier juillet.



Foto: privat

Dr. Elisabeth Heisbourg ist seit April beigeordnete Direktorin in der Direction de la Santé.



Datenkommunikation im Gesundheitswesen: HL7-Weiterbildungsangebote

Health Level Seven® (HL7®) ist die internationale Organisation zur Definition von Standards der elektronischen Datenkommunikation im Gesundheitswesen. Sie hat Mitglieder in mehr als 55 Ländern. Luxemburgs HL7-Vertretung hat aktuell eine öffentlich zugängliche Umfrage zum HL7-Weiterbildungsbedarf gestartet. Rege Teilnahme ist ausdrücklich erwünscht.



Luxemburger Vertretung. Im April 2011 wurde HL7 Luxembourg a.s.b.l. offiziell als nationale "Affiliation" – also Vertretung – von HL7 International benannt und anerkannt. Die aktuellen Mitglieder sind (alphabetisch):

- Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL)
- Caisse nationale de Santé (CNS)
- Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins (COPAS)
- Centre de Recherche Public (CRP) Henri Tudor
- Ernst & Young
- Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)
- Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FLLAM)
- HELP
- Infomed S.A.
- La Fondation François-Elisabeth (FFE) Centre Hôpital du Kirchberg
- Neopixl S.A.
- PwC (ehemals PricewaterhouseCoopers genannt)
- Stiftung Hëllef Doheem
- Tricentenaire
- Zitha-Klinik

sowie einige private Mitglieder.

Angebot zur Weiterbildung. Nach Abschluss der Gründungsphase liegt jetzt der Fokus auf der Weiterbildung zu den Themen „HL7 Standards“ und verwandten Themenfeldern. Zur Ermittlung des Fortbildungs-Bedarfs steht aktuell ein Fragebogen auf der Luxemburger HL7-Homepage zur Verfügung (s. Webtipp). Die Trainings selbst werden in englischer Sprache stattfinden und stehen den Mitgliedern von HL7 Luxembourg, aber auch jedem Interessierten ohne Mitgliedschaft offen. Sie werden von einem professionellen HL7-zertifizierten Trainer durchgeführt und werden bestmöglich auf die Interessenten und Bedürfnisse der Teilnehmer abgestimmt.



Eine rege Beteiligung an der Bedarfsabfrage (s. Web-Tipp) ist daher sehr wichtig für die weitere Planung der Kursangebote.

(Dr. Stefan Benzschawel, Christine von Reichenbach, beide HL7 Luxemburg)

■ **Webtips:**

Zwei direkte Links führen zum Fragebogen der Weiterbildungs-Bedarfsabfrage von HL7 Luxemburg:
http://events.pwc.lu/Local/Interview/2012/HL7TrainingSurvey.nsf/CreerQuestionnaire?OpenAgent&l=HL7_Training_Survey_2012_-_Open&C=

und

<http://bit.ly/LiuZ2T>

Weiteres zu HL7 Luxemburg unter:

<http://www.hl7.lu>

Näheres zu HL7 International:

www.hl7.org

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