



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

# InSight

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

## SantéSécu

Gesondheet fir jiddereen  
Fir méi Qualitéit an Effizienz



Dezember 2012

SONDERAUSGABE

## Liebe Leserinnen und Leser,

**WAS BIETET DIE DEZEMBERAUSGABE 2012?** Als Sonderausgabe ist diese Ausgabe von Insight SantéSécu einzig der Krankenhausplanung gewidmet. Sie gibt einen Überblick über die zentralen Inhalte des Expertenberichts „Plan hospitalier 2013“, den die Schweizer Beratungsfirma Lenz erstellt hat. Auf den Erkenntnissen dieses Berichts wird das großherzogliche Reglement zum Spitalplan 2013 fußen. So wendet sich diese Sonderausgabe nicht nur an die Akteure des luxemburgischen Gesundheitswesens, sondern ganz besonders an Ärztinnen und Ärzte, das Personal der Krankenhausverwaltungen und des Pflegebereichs. **LESERMEINUNGEN ERWÜNSCHT?** Unbedingt, bitte per Kontakt-E-Mail: [insight.santesecu@mss.etat.lu](mailto:insight.santesecu@mss.etat.lu)

## Spitalplan 2013: „Nicht alles überall“

Kompetenzen gebündelt anbieten – dies ist ein Kernanliegen des neuen Spitalplans.



Foto: SP  
Gesundheitsminister  
Mars Di Bartolomeo

**Paradigmenwechsel.** Am 16. Dezember 2010 verabschiedete die Abgeordnetenkammer die Reform unseres Gesundheitssystems. Ein wesentlicher Bestandteil der damals beschlossenen Reform ist die Ausarbeitung und Umsetzung eines neuen Spitalplanes. Erste Konturen für die Neufassung der Krankenhausplanung zeichnen sich nun ab: Unter der Prämisse „Nicht alles überall!“ sollen zukünftig nicht alle medizinischen Leistungen fast ausnahmslos an jedem Klinik-Standort angeboten werden, sondern in Konzentrationsfeldern gebündelt werden. Unnötige Doppelstrukturen sollen so vermieden und die Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern wachsen. Denn eine Konzentration von Kompetenzen und Leistungen fördert nicht nur die Qualität der Gesundheitsversorgung, sondern auch den effizienten Ressourceneinsatz.



**Konzentrationsfelder vergeben.** Um Konzentrationsfelder an Krankenhäuser vergeben zu können, müssen zuvor die Leistungsbereiche identifiziert werden, die sich für eine Bündelung eignen. Ebenso müssen Kriterien für die Vergabe definiert werden. Da dies ein neuartiger Prozess in der luxemburgischen Krankenhauswelt ist, hat das Ministerium mit der Firma Lenz Beratungen aus Zürich auf ein sowohl national wie auch international anerkanntes Expertenteam zurückgegriffen. Lenz Beratungen hat einigen luxemburgischen Krankenhäusern bereits in jüngster Vergangenheit beratend zur Seite gestanden und genießt einen hohen Vertrauensgrad im Sektor. Das Beratungsteam der Firma Lenz hat nun seine Arbeiten zum „Plan hospitalier 2013“ abgeschlossen und der Ergebnisbericht wird in Kürze veröffentlicht.

**Klare Empfehlungen** für Mengen- und Kompetenzbündelungen an bestimmten Klinikstandorten finden sich im Expertenbericht „Plan Hospitalier 2013“. Die Vorschläge basieren auf Analysen der medizinischen Aktivitäten in den vergangenen Jahren und auf Prognosen des Leistungsbedarfs bis ins Jahr 2020 hinein. Dabei haben die Autoren des Berichts berücksichtigt, dass ihre Empfehlungen einer zukunftsorientierten und qualitativ hochwertigen inländischen Gesundheitsversorgung gerecht werden müssen. Wir sind froh, dass seit Beginn des Projektes Wert darauf gelegt wurde, die einzelnen Akteure und Leistungserbringer zeitig über den gewählten Ansatz zu informieren und im Dialog in die Vorgehensweise einzubeziehen.

**Bestehende Gleichgewichte erhalten.** Nun verfolgt der Spitalplan auf der einen Seite das Ziel, in der nationalen Krankenhauslandschaft einen Paradigmenwechsel zu vollziehen, indem Struktur- und Mindestmengen vorgegeben und Kompetenzen gebündelt werden. Auf der anderen Seite liegt es mir jedoch auch sehr am Herzen, dass Bewährtes erhalten bleibt und bestehende Gleichgewichte, dort wo sie sinnvoll sind, nicht in Frage gestellt werden. Ein gut funktionierender Gesundheitssektor ist für eine auf Solidarität fußende Gesellschaft von sehr hoher Bedeutung und Wichtigkeit. Daher wird auch in Zukunft mein Augenmerk darauf liegen, dass dieser dynamische und innovative Sektor, der nicht zuletzt eine wichtige Basis und Quelle für qualifizierte Arbeitsplätze ist, sich gesund entwickelt.

*Mars Di Bartolomeo*



## INHALT

### SPITALPLAN 2013

Nicht alles überall ..... 1

### AKUTSOMATIK

Auf einen Blick ..... 4

Krankenhausplanung ..... 4

Leistungsbilanz ..... 5

Prognose für 2020 ..... 6

Zukünftiges Leistungsangebot ..... 6

### REHABILITATION

Auf einen Blick ..... 9

Behandlungsform ..... 9

Ist-Situation ..... 10

Prognose für 2020 ..... 11

Leistungsangebot ..... 11

### PSYCHIATRIE

Auf einen Blick ..... 14

Neue Versorgungsformen ..... 14

### SPEZIALGEBIETE

Auf einen Blick ..... 16

Nofalldienst ..... 16

Intensivmedizin ..... 17

Pädiatrie ..... 18

Akutgeriatrie ..... 18

### QUALITÄTSMESSUNG

Was wird evaluiert? ..... 19

Straffe Umsetzung ..... 19

### VOM AUSLAND AUS GESEHEN

Interview mit Dr. Max J. Lenz und  
Prof. Dieter Conen ..... 21

### KONKRET UND KLAR: WAS WIRD SICH ÄNDERN?

Werden Zuständigkeiten verändert? ..... 24

Gefährdet der Spitalplan die Arbeitsplätze  
von Krankenhausmitarbeitern? ..... 24

Was ändert sich für Ärzte? ..... 25

Haben Ärzte durch die Schaffung von  
Konzentrationsfeldern Einkommenseinbußen  
zu erwarten? ..... 25

Welche Auswirkungen hat der Spitalplan  
auf die Arbeit der Krankenhausverwaltungen? ... 25

Ändert sich etwas für Patienten? ..... 25

Gibt es Effekte auf die Arbeit der CNS? ..... 26

Sind Auswirkungen des Spitalplans auf den  
Gesamt-Gesundheitsetat zu erwarten? ..... 26

Welche Vorarbeiten leistet der Spitalplan  
zur Vorbereitung auf die europäische  
Patientendirektive? ..... 26

Impressum ..... 26

### CARTOON

... Ich dachte, Ihre Klinik kann alles ..... 27



## AKUTSOMATIK: KEIN MASSIVER BETTENABBAU BIS 2020

### Auf einen Blick: Worauf zielen die Lösungsvorschläge?

- **Verbesserung der Datenqualität:** Die Kostenträger werden zukünftig validierte und nachvollziehbare Leistungs- und Kostenzahlen einfordern und vergleichen. Ferner wird die Erhebung von spezifischen Qualitätsdaten in Form von Registern sowie Struktur-, Prozess- und Outcomedaten für jedes Konzentrationsfeld obligatorisch eingeführt.
- **Steigerung der Effizienz:** Bettenkapazitäten bleiben auf stabilem Niveau erhalten oder werden entsprechend des kalkulierten Bedarfs moderat reduziert und dies auch angesichts der errechneten Fallzahlsteigerung bis 2020. Im Bereich der Intensivmedizin erfolgt eine Stabilisierung der Kapazitäten (vgl. Seite 17 dieser Sonderausgabe).
- **Konzentration:** Vier bis acht Prozent der Fälle aus acht klinischen Bereichen werden in Konzentrationsfeldern gebündelt, um die medizinische Qualität zu steigern und die Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Gleichfalls werden die Voraussetzungen geschaffen, um zukünftig weitere Konzentrationen in medizinisch und gesundheitspolitisch relevanten Bereichen durchführen zu können.

## Krankenhausplanung: Akutspitäler bilden „Löwenanteil“

**Gesundheitsreform.** Am 16. Dezember 2010 hat die Abgeordnetenkammer die «Gesundheitsreform» verabschiedet. Sie trat generell ab dem 1. Januar 2011 in Kraft. Die Krankenhausplanung und mit ihr die Neufassung des Spitalplans nehmen im Gesundheitsreformgesetz einen bedeutenden Part ein. Der akutsomatische Bereich macht hierbei den „Löwenanteil“ aus.

**Redundanzen verhindern:** Die Finanzierung der Krankenhäuser ist an den Krankenhausplan gekoppelt. Damit hat der Krankenhausplan unmittelbare Auswirkungen auf die Ausgaben der Gesundheitskasse (CNS) und nicht nur das: Solange nicht auf eine Leistungsfinanzierung umgestellt wird, hängen von ihm auch Investitionsentscheidungen im stationären Sektor ab. Mit dem neuen Spitalplan muss ein bevölkerungsgerechtes, solidarisches und qualitativvolles Angebot für die Bevölkerung für die Zukunft garantiert werden. Dazu sollen Redundanzen verhindert und grenzüberschreitende Kooperationen in der Großregion berücksichtigt werden.



## AKUTSOMATIK

**Ziele Akutsomatik.** Ausgehend von den allgemeinen Reformzielen zum „Plan Hospitalier 2013“ wurden mehrer Einzelziele für die Akutspitäler abgeleitet. Es gilt:

- durch erhöhte Transparenz der Leistungsangebote den Zugang zu akutsomatischen Behandlungen zu optimieren;
- die Indikationsstellung zu verbessern;
- „primäre und sekundäre Fehlbelegung“ abzubauen;
- Effizienz und Effektivität zu steigern;
- die Patientensicherheit zu erhöhen;
- Gerechtigkeit und Chancengleichheit für die Patienten zu verbessern;
- die Patientenzentriertheit zu fördern;
- Überkapazitäten abzubauen;
- den Rettungsdienst zu optimieren;
- den Notfalldienst zu verbessern und zu straffen;
- die Schnittstellen zu prä- und poststationären Prozessen zu optimieren;
- Leistungsspektren zu straffen.

## Leistungsbilanz: Behandlung Älterer dominiert



Foto: WavebreakMediaMicro - Fotolia.com

Bei der Spitalbehandlung dominieren schon heute Patienten über 60 Jahre.

**Statistik.** Im Jahr 2009 beanspruchten etwa 77.000 in Luxemburg lebende Personen einen stationären Krankenhausaufenthalt mit mindestens einer Übernachtung, was einer jährlichen Hospitalisationsrate (HR) von rund 1.400 Hospitalisationen auf 10.000 luxemburgische Einwohner entspricht. Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAD) aller stationären Aufenthalte betrug 7,7 Tage. Ferner wurden knapp 4.000 Grenzgänger in einem luxemburgischen Krankenhaus stationär behandelt. Jeder Dritte der 60-bis 79jährigen wurde einmal jährlich im Krankenhaus behandelt, in der Altersgruppe über 80 Jahre waren es mehr als die Hälfte. Von den jüngeren Altersgruppen musste jährlich nur etwa jeder Zehnte stationär behandelt werden.

**Zukünftig mehr ältere Patienten.** Die meisten Krankenhausbehandlungen erhalten Personen ab dem 60. Lebensjahr. Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung werden sich in den kommenden Jahren die Proportionen weiter zu den älteren Generationen verschieben. Das heißt, der Anteil der über 59jährigen Patienten an den Behandlungen und Pflegetagen wird sich weiter erhöhen.



## AKUTSOMATIK

**Wer macht was?** Das Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) und das Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) sind mit einem Anteil von je einem Viertel aller akutstationären Fälle die größten Leistungserbringer in Luxemburg gefolgt vom Centre Hospitalier du Nord (CHdN) und dem Centre Hospitalier de Kirchberg (HK) mit rund 15 Prozent. Die Clinique Bohler weist den höchsten Anteil von Grenzgängern aus, was auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass Grenzgänger im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen überproportional Leistungen der Geburtshilfe in Luxemburg beanspruchen.

## Prognose für 2020: Einflussfaktoren sind entscheidend

**Hospitalisationsrate.** Haupteinflussfaktoren für die Entwicklung der Hospitalisationsrate sind die demografische, die medizintechnische und die epidemiologische Entwicklung. Daneben spielen aber auch ökonomische Entwicklungen eine Rolle. Das heißt, ob beispielsweise eine Behandlung ambulant oder stationär erbracht wird, kann auch davon beeinflusst sein, ob der ambulante oder der stationäre Tarif günstiger ist. Auf der Grundlage dieser Einflussfaktoren konnte die Beratungsfirma Lenz mithilfe eines in der Schweiz bewährten Prognosemodells für Luxemburg errechnen, dass bis 2020 kein massiver Bettenabbau notwendig sein wird.

## Zukünftiges Leistungsangebot: Orientiert an Ergebnissen

**Paradigmenwechsel.** Die Planung wird sich zukünftig an geänderten Prämissen orientieren. Streng zukunfts- und nutzenorientiert soll sie erfolgen. Auf Leistungen und Ergebnisse wird sie sich beziehen und Erkenntnisse über Mangelsituationen mit einbeziehen. Ebenso wird sie auf Transparenz und Leistungskonzentration fokussiert vorgehen. Auf der Basis dieser Orientierungsleitsätze ist ein Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung vorgesehen.

**Mindestsollmengen und Kompetenzbündelung.** Solange keine qualitäts- und leistungsorientierte Finanzierung eingeführt ist, sondern die Krankenhausfinanzierung über eine strukturorientierte Budgetplanung im Rahmen der Verhandlungen zwischen CNS und Krankenhäusern erfolgt, ist der „Plan Hospitalier“ ein wichtiges Steuerungsinstrument.



## AKUTSOMATIK

Ihm kommt die Aufgabe zu, die Qualität in der Versorgung zu fördern, zur Spezialisierung und Differenzierung des Leistungsangebots der Krankenhäuser beizutragen und auch Investitionen und Leistungen die Richtung vorzugeben. Dabei wird in Zukunft Mindestsollmengen stärkeres Gewicht beigemessen, genau so wie innovativen Behandlungsformen im Inland und Angeboten außerhalb des stationären Bereichs. Der „Plan Hospitalier 2013“ soll zudem eine weitere Kompetenzbündelung in speziell ausgesuchten Konzentrationsfeldern in der stationären Gesundheitsversorgung bewirken.

WANN IST LEISTUNGSKONZENTRATION SINNVOLL?	
Kriterien für Konzentration	Erläuterung
Seltenheit, niedrige Fallzahlen	Niedrige Fallzahlen können je nach Bereich zwischen circa 100 und 1.500 Eingriffen/Behandlungen pro Jahr liegen.
Hohes Innovationspotenzial	Die Verfahren werden weiter entwickelt – zum Beispiel mittels minimal-invasiver chirurgischer Techniken und interventionell-radiologischen Methoden.
Hoher personeller Aufwand	Intensive multidisziplinäre Zusammenarbeit sowie interdisziplinäres Support-Team (Tumorboard, Adipositasteam) sind erforderlich.
Komplexe Behandlungsverfahren	Die Behandlung erfordert hohe Expertise. Voraussetzungen für die Planung einer erfolgreichen Behandlung sind zum Beispiel interdisziplinäre Teams, Tumorboards sowie die diagnostischen Disziplinen (Neuro-) Radiologie, Pathologie, Rehabilitation etc.
Wirksamkeit und Nutzen	Die für den Konzentrationsprozess ausgewählten Verfahren sind Standardverfahren der modernen kurativen Medizin. Es bestehen für diese keine alternativen Verfahren mit gleichwertiger Wirksamkeit.
Kosten der Leistung	Die Kosten sind hoch – auch wegen der zum Teil relativ hohen Komplikationsrate und der daraus resultierenden Kosten.
Konkurrenzfähigkeit	Eine Erhöhung der Fallzahlen pro Zentrum durch Konzentration wird die Qualität und die Kompetenzbildung deutlich steigern sowie Komplikationsraten senken.



## AKUTSOMATIK

**Konzentrationsfelder.** Der Expertenbericht hat mehrere Bereiche identifiziert, um in ihnen Konzentrationsfelder aufzubauen:

- Komplexe Viszeralchirurgie, bestehend aus Oesophagusresektion, Pankreasresektion, Leberchirurgie, Operation des tiefen Rektums, komplexe bariatrische Chirurgie
- Stroke (Schlaganfall)
- Carotischirurgie
- Intrakranielle Chirurgie
- Lungen-, Brust-, Mediastinal-Tumorchirurgie
- Mamma (Tumorchirurgie)



Foto: Gennadiy Puznyakov - Fotolia.com

In mehreren Zentren wird sich zukünftig chirurgische Kompetenz konzentrieren.

Der neue Spitalplan wird bestimmen müssen, welche Krankenhäuser in welchen Feldern in Zukunft aktiv sein werden. Vorausblickend ist zu bemerken, dass die Neuzuteilungen über die Konzentrationsfelder keinen Bedarf für zusätzliche Betten hervorrufen.





## REHABILITATION: DATEN ÜBER AUSLANDSBEHANDLUNGEN FEHLEN

### Auf einen Blick: Worauf zielen die Lösungsvorschläge?

- **Steigerung der Transparenz:** Für In- und Auslandsbehandlungen sind nachvollziehbare Leistungs- und Kostenzahlen zu erheben und auszuwerten.
- **Steigerung der Effizienz:** Bedarfsspezifische Indikationskriterien kommen zur Anwendung und die engere Zusammenarbeit zwischen Akutsomatik und Rehabilitation wird verpflichtend.
- **Steigerung der Effektivität:** Differenzierte Angebote sollen die Effektivität der Rehabilitation erhöhen.

## Behandlungsform: Interdisziplinär statt singulär

**Koordination der Therapien.** Nicht alle aus der somatischen Akutpflege entlassenen Patienten kehren direkt in ihre gewohnte Umgebung zurück. Damit sie ein optimales Behandlungsergebnis erreichen, benötigen sie zuvor die therapeutischen Möglichkeiten von spezialisierten rehabilitativen Einrichtungen wie geriatrischen Rehazentren oder organspezifischen Rehabilitationseinrichtungen. Dort sollten medizinische, soziale, berufliche, technische und pädagogische Maßnahmen koordiniert zum Einsatz kommen im Sinne eines multiprofessionellen, interdisziplinären und integrativen Ansatzes.

**Ziele.** Im Vordergrund einer Rehabilitation steht die weiterführende Funktionsverbesserung erkrankter Organe oder Gewebe. Damit die Betroffenen weitgehend unabhängig an allen Lebensbereichen teilnehmen können und in ihrer Lebensgestaltung so frei wie möglich werden, sollten sie in ihrer Rehabilitationsphase zu maximaler Eigenaktivität kommen. Ferner geht es in der Rehabilitation darum, folgende Ziele zu erreichen:

- Prävention von Sekundärkomplikationen wie Kontrakturen, Dekubitus, Schulterdystrophie
- Prävention einer drohenden Behinderung, Beseitigung oder Abschwächung einer Behinderung
- Vermeidung einer Verschlechterung der Behinderung und einer daraus folgenden Hospitalisation in der Akutsomatik



## REHABILITATION

- Erlernen von Kompensationsmechanismen und -strategien
- Reduktion der krankheits- oder unfallbedingten Minderung der Lebensqualität durch gezielte Reduktion der symptombedingten Beschwerden, Verbesserung der Funktionen und Integration beziehungsweise Reintegration der Betroffenen
- Förderung der Eigenverantwortung nach vorheriger intensiver Information des Patienten über sein Krankheitsbild
- Wiedereingliederung ins berufliche und soziale Umfeld



Foto: Robert Krieschke - Fotolia.com

Eigenaktivität – zentraler Bestandteil jeder Rehabilitation.

**Integriert in die Behandlungskette** sollte die Rehabilitation stattfinden auch und vor allem dann, wenn der Patient stationär oder ambulant in einer von der Akutklinik getrennt arbeitenden Rehabilitationseinrichtung behandelt wird. Eine gezielte Bereinigung der Schnittstellen insbesondere zwischen akuter Stroke-Behandlung und Neurorehabilitation ist anzustreben und muss erreicht werden.

## Ist-Situation: Hälfte der Behandlungen erfolgt im Ausland

**97prozentige Auslastung der Inlandskapazitäten.** Etwa 50 Prozent des Rehabilitationsbedarfs werden aktuell im Inland abgedeckt. Dafür stehen 72 Betten im Centre national de Rééducation et Fonctionnelle et de Réadaptation und insgesamt 105 Betten für die polyvalente geriatrische Rehabilitation verteilt auf Hôpital intercommunal de Steinfort (HIS), Centre Hospitalier Emile Mayrisch (site Dudelange, CHEM), ZithaKlinik, Luxembourg und dem Centre Hospitalier du Nord in Ettelbruck zur Verfügung. Es kann davon ausgegangen werden, dass die im Inland vorhandenen Rehabilitationsbetten zu circa 97 Prozent ausgelastet sind auch aufgrund der vergleichsweise langen Behandlungsdauern. Im Jahr 2009 wurden insgesamt circa 1.500 rehabilitative Behandlungen durchgeführt. Dies entspricht einer Hospitalisationsrate von 30,5 Patienten auf 10.000 Einwohner. Knapp ein Drittel der Leistungen wurden im Rehazenter erbracht, je 22 Prozent im CHEM und im HIS. In den luxemburgischen Krankenhäusern arbeiteten mit Stichtag 1. Januar 2012 zwanzig Rehamediziner in den entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen und -abteilungen.



## REHABILITATION

# Prognose für 2020: Acht Prozent mehr Reha-Bedarf

**Zunahme des orthopädischen Rehabedarfs.** 2020, so die Leistungsprognose des Expertenberichts, ist von einer um 8 Prozent höheren Hospitalisationsrate in der Rehabilitation auszugehen. Diese Steigerungsrate gilt insbesondere für die orthopädische (muskuloskelettale) und die kardiovaskuläre Rehabilitation, etwas abgeschwächt auch für die neurologische und polyvalente Rehabilitation. Eine älter werdende Bevölkerung mit zunehmenden degenerativen Gelenkerkrankungen und daraus resultierenden vermehrten operativen Eingriffen benötigt vor allem mehr stationäre orthopädische Rehabilitation.

# Leistungsangebot: Zukünftig fünf Rehabereiche

**Kapazitäten rascher zur Verfügung stellen.** Das zukünftige Leistungsangebot wird den prognostizierten Bedarf berücksichtigen, wobei die vorhandenen Infrastrukturen rational genutzt werden müssen. Die nahtlose Übernahme von rehabilitationsbedürftigen Patienten an der Schnittstelle zwischen Rehabilitation und Akutsomatik muss überprüft und zukünftig gewährleistet sein. Auch die Entlassung von Patienten, deren Rehabilitationspotenzial ausgeschöpft ist, in nachgeordnete Pflegeinstitutionen muss auf den Prüfstand, damit die Kapazitäten für die eigentliche Rehabilitation rascher wieder zur Verfügung stehen. Ein Richtlinienprogramm wird hierfür Kriterien festlegen.

**Weitere Differenzierung nötig.** Der Expertenbericht geht davon aus, dass für die Ausgestaltung des zukünftigen Leistungsangebots in der luxemburgischen Rehabilitationsversorgung eine weitere Differenzierung, wie sie in der internationalen Entwicklung vorgegeben ist, nicht zu umgehen sein wird. Dabei sollte in der Folge von wenigstens fünf Rehabilitationsbereichen ausgegangen werden:

- Geriatrische Rehabilitation
- Kardiovaskuläre Rehabilitation
- Orthopädische (muskuloskelettale) Rehabilitation
- Neurologische Rehabilitation
- Andere Rehabilitation



## REHABILITATION

**Auslandsrehabilitation.** Bereits heute wird ein beträchtlicher Teil der luxemburgischen Bevölkerung im Ausland rehabilitiert. Aufgrund fehlender aussagekräftiger Leistungs- und Kostendaten für das In- und Ausland ist zurzeit ein Kostenvergleich zwischen in- und ausländischer Rehabilitation jedoch nicht oder nur sehr begrenzt möglich. Für die verglichenen Institutionen sind weder der Personalschlüssel, die Qualifikation des Personals, noch die Indikationen, auch nicht die tatsächlich erbrachten Leistungen, die Minuten je Therapieart pro Patient und Tag und deren Qualität bekannt. Es wird eine Daten-, Kosten- und Qualitätserhebung empfohlen, um hier eine Basis zu schaffen, um zeitnah entsprechende Investitionsprojekte prüfen zu können.

**Neurologische Rehabilitation.** Um die Behandlungskette für Patienten mit schwersten neurologischen Beeinträchtigungen möglichst effizient zu gestalten, bedarf es einer engen Zusammenarbeit zwischen den Stroke-Units und den vorhandenen Rehabilitationseinrichtungen. Ferner sollte zur Qualitätssicherung sowie zur Auslastung der vorzuhaltenden

Infrastruktur ein gewisses Mindestvolumen an neurologischen Rehabilitationspatienten behandelt werden. Eine aussagekräftige Ergebnisdokumentation ist hier notwendig, um Investitionsentscheidungen abklären zu können.

**Ausbau orthopädischer Rehabilitation.** Zudem wird in der orthopädischen Rehabilitation die ambulante Rehabilitation zunehmend an Bedeutung gewinnen. Einem weiteren stationären inländischen Ausbau des Angebotes sollte auch hier eine Dokumentation des Ergebnisses vorausgehen – in ähnlicher Weise wie bei der neurologischen Reha.



Foto: Robert Kneschke - Fotolia.com

Ambulante Rehabilitation im orthopädischen Bereich wird an Bedeutung gewinnen.

**Die weitere Kapazitätsplanung** kann, wenn die erwähnten Forderungen zur Struktur- und Leistungsanalyse umgesetzt werden, auf ein rationales nutzenorientiertes Fundament einer Gesamt-Reha gestellt werden.

**Bündelung von Kompetenzen.** Auch die Rehabilitation hat wie die Akutsomatik einen relativ hohen Spezialisierungsgrad erreicht, insbesondere in den Bereichen Rekonvaleszenz, Nachbehandlung oder Palliative Care. Unnötige Doppelstrukturen, Verzettelungen des Angebotes sollen weitestgehend vermieden und die Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern gestärkt werden. Die vorhandene Infrastruktur des Reha-Zenters kann für die Schwerstbehinderten entsprechend der Planung eingesetzt werden. Die Verlegung von nicht mehr zu rehabilitierenden Patienten in Langzeiteinrichtungen schafft zusätzliche Möglichkeiten für die Akutrehabilitation. Die Bündelung von Kompetenzen und Leistungen wird die



## THEMA

---

Qualität der Versorgung und den effizienten Ressourceneinsatz fördern. Schwerpunktbildung hilft, die Leistungsspektren der Spitäler anhand medizinischer und ökonomischer Kriterien zu strukturieren.

**Erstellen von Rehabilitationskriterien.** Es wird notwendig sein, die Art und Weise der Bewilligung einer Rehabilitation durch den Arzt oder die Ärztin des medizinischen Kontrolldienstes zu überdenken und gleichzeitig die verschiedenen Facetten und Phasen der Rehabilitation präziser zu definieren und Ein- und Ausschlusskriterien festzuhalten. Das Vorhandensein von Rehabilitationskriterien ermöglicht es den Institutionen, das Rehabilitationsangebot zu steuern und Informationen über die Resultate der Rehabilitation im In- und Ausland einzufordern.

**Schrittweise Umsetzung.** Die Umsetzung der notwendigen Strukturänderungen wird schrittweise in einem noch zu bestimmenden Zeitraum erfolgen.



## PSYCHIATRIE: DAUER DER AUFENTHALTE VERRINGERN

### Auf einen Blick: Worauf zielen die Lösungsvorschläge?

- Weiterentwicklung des bestehenden Psychiatriekonzeptes
- Steigerung der Effizienz und Effektivität des Ressourceneinsatzes durch eine bessere Abtrennung der Langzeitpflege von der Akut- und rehabilitativen Psychiatrie
- Optimierung der koordinierten Versorgung durch zu entwickelnde Behandlungspfade
- Bedarfsgerechter Ausbau der forensischen Psychiatrie

## Neue Versorgungsformen: Ambulant und teilstationär

**Kooperation verbessern.** Die Notwendigkeit, die psychiatrische Versorgung zu planen, gewann in den letzten Jahren an Bedeutung. Zwar hat Luxemburg seit 2005 einen Versorgungsstand erreicht, der mit anderen (west-)europäischen Ländern vergleichbar ist. Gleichwohl bedarf es kontinuierlicher Anstrengungen, das Erreichte nicht nur zu halten, sondern dynamisch weiter zu entwickeln. In der Akutpsychiatrie ist die qualitative und quantitative Ausstattung der Fachabteilungen gut bis sehr gut. Des Weiteren hat das Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) den Wandel von einem Asyl zum Rehabilitationsspital vollzogen. Die Zusammenarbeit mit Fachpersonal aus anderen Sektoren der psychiatrischen Versorgung ist und bleibt verbesserungswürdig. Der Jugendpsychiatrie muss auch in Zukunft eine große Bedeutung zukommen. Betroffen sind Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren, die vor allem an Verhaltensauffälligkeiten und Problemen mit sozialer Anpassung leiden. Viele Einweisungen erfolgen durch gerichtliche Anordnung mit einer Übertragung des elterlichen Sorgerechts an das behandelnde Haus.

**Lange Aufenthaltsdauer.** Im Jahre 2009 wurden in den psychiatrischen Einrichtungen Luxemburgs 6.057 Patienten mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von 29,6 Tagen an rund 180.000 Pflegetagen behandelt. Im Ausland wurden 684 stationäre Patienten versorgt. Mit knapp 1.800 Fällen bildeten Erkrankungen aus der Gruppe Alkohol den Hauptanteil.



## THEMA

Insgesamt 5.492 Fälle entfielen auf den akutpsychiatrischen Bereich in einem der Akutkrankenhäuser und 565 Fälle auf die psychiatrische Rehabilitation im Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP). Diese rehabilitativen Fälle wiesen eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 145 Tagen auf und wurden von Patienten mit einem Durchschnittsalter von 41,6 Jahren beansprucht. Die meisten Psychiatriebehandlungen erhalten Erwachsene im Alter von 18 bis 59 Jahre, gefolgt von den über 60jährigen, deren Anteil 21 Prozent ausmacht.



Foto: I/DESIGN - Fotolia.com

Jugendpsychiatrie hat auch zukünftig einen besonderen Stellenwert.

**Akutspitäler ergänzen.** Aufgrund sozialer Entwicklungen steigt die Überweisungszahl aus den Abteilungen der Akutkrankenhäuser ins CHNP von Jahr zu Jahr. Damit leistet das CHNP einen unverzichtbaren Beitrag, um die psychiatrischen Einrichtungen in den Akutspitälern zu entlasten, damit sie auf Notfälle flexibel reagieren können.

**Reduzierbar.** Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern sind in jedem Diagnosebereich der Psychiatrie reduzierbar, so das Fazit der Expertenanalyse. Besonders Patienten könnten von kürzeren Aufenthaltsdauern profitieren. Ambulante, teilstationäre und an individuelle Bedürfnisse angepasste Angebote sowie flexiblere Übergänge zwischen ambulante, teilstationärem und stationärem Sektor können die Aufenthaltsdauern senken. Hier liegt Potenzial für die Ablösung von starren wochenlangen Programmen durch attraktivere nicht-stationäre Angebote.

**Psychiatrisch betreute Wohnstrukturen.** Wer stationäre psychiatrische Betten abbauen möchte, muss parallel an anderer Stelle Betten oder Versorgungsstrukturen aufbauen, die Langzeitpatienten oder chronisch Kranke aufnehmen. Die Finanzierung solcher Einrichtungen sollte entsprechend der Einschätzung der Experten in Zukunft sachgerechter erfolgen als bisher. Insbesondere bei Drogen- und Alkoholpatienten im späten Stadium, wie etwa bei Patienten mit Korsakow-Syndrom, einer Form der Gedächtnisstörung, sei eine rein ambulante Betreuung unrealistisch. Hier seien eher psychiatrisch betreute Wohnstrukturen und/oder pflegeheimähnliche psychiatrische Institutionen vorzusehen.

**Das Hoch- und Herunterfahren** der jeweiligen Strukturen muss parallel geschehen. In diesem Zusammenhang empfiehlt der Expertenbericht den Ausbau einer dezentralen und/oder ambulanten Versorgung in den Bereichen:

- Dominant ambulante Versorgung von Alkoholkranken
- Dominant ambulante Versorgung von Drogenkranken
- Ambulante Nachbetreuung der zwangseingewiesenen jugendpsychiatrischen Fälle
- Dominant ambulante Versorgung somatoformer Störungen
- Dominant ambulante Betreuung psychotischer Patienten



## SPEZIALGEBIETE: KOMPETENZEN KONZENTRIEREN

### Auf einen Blick: Worauf zielen die Lösungsvorschläge?

**Notfalldienst:** Steuerung der „Notfallströme“ erfolgt zukünftig streng diagnosespezifisch (Beispiel: Stroke)

**Intensivmedizin:** Da die Anzahl der Intensivbetten nicht nur ausreichend, sondern auch weit über dem mitteleuropäischen Mittelwert liegt, ist der Fokus darauf gerichtet, die Prozesse (zum Beispiel Einweisung auf und Verlegung von der Intensivstation) zu optimieren.

**Pädiatrie:** Typisch pädiatrisch erkrankte Kinder, die länger als drei Tage stationär behandelt werden müssen, werden in einer pädiatrischen Abteilung oder Klinik (CHL) versorgt.

**Kinderchirurgie:** Pädiatrische Eingriffe bei Kindern unter sechs Jahren erfolgen nur im Beisein eines Kinderanästhesisten.

**Pädiatrische und neonatologische Intensivmedizin:** Sie erfolgt im CHL.

**Geriatric:** Details zur Versorgung akutgeriatrischer Patienten und ihrer Rehabilitation werden in einem zukünftigen Geriatriekonzept erarbeitet.

## Notfalldienst

**Fehlfahrten vermeiden.** Die Notfallversorgung in der Stadt Luxemburg erfolgt zurzeit alternierend zwischen den drei Krankenhäusern in Luxemburg-Stadt. Es gibt keine Klinik, die im Zentrum für 365 Tage und 24 Stunden Notfalldienst leistet. Dies führt im schlimmsten Fall zu Fehlfahrten bei Patienten, welche privat ins Krankenhaus transportiert werden. Dies ist vor allem ein Problem bei zeitkritischen Vorfällen wie einem Stroke und sollte behoben werden. Liegt der Verdacht auf eine schwerwiegende Erkrankung wie Schlaganfall oder Herzinfarkt vor, müssen die Patienten ohne zeitliche Verzögerung an den richtigen Behandlungsort gelangen, zum Beispiel bei Herzinfarkt direkt ins INCCI! Eine entsprechende Sensibilisierung und Aufklärung der Bevölkerung ist hier vonnöten. Auch sollte die direkte und korrekte Zuweisung von Patienten über die dem Service de Garde vorgelagerten Dienste erfolgen.





## SPEZIALGEBIETE

# Intensivmedizin

**Demografischer Wandel.** Die Fallzahl intensivmedizinischer Behandlung wird sich aufgrund der demografischen Entwicklung der Bevölkerung kontinuierlich nach oben entwickeln. Eine Vermehrung der Intensivbetten ist mittelfristig nicht angezeigt, da die vorhandenen Kapazitäten einen Anstieg in der Intensivpflege bewältigen können.

WIE VIELE INTENSIVBETTEN STEHEN FÜR 100.000 EINWOHNER BEREIT?	
Land	Zahl Intensivbetten pro 100.000 Einwohner
USA	20,0 (Jahr 2004/2005)
Kanada	13,5 (2005)
Frankreich	9,3 (2004)
Großbritannien	3,5 (Jahr 2003–2005)
Belgien	21,9 (2005)
Deutschland	24,6 (2005)
Niederlande	8,4 (2006)
Spanien	8,2 (2005)
Luxemburg	32,0 (2009)
mitteleuropäischer Durchschnitt	13,3

(Zahlen zitiert nach Bericht „Plan hospitalier 2013“, Seite 117ff)

**Bettenanzahl auch zukünftig ausreichend.** 2009 verfügten die Luxemburger Krankenhäuser über 159 Intensivbetten. Damit liegt das Großherzogtum mit knapp 32 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner über dem Durchschnitt der mitteleuropäischen Länder und der Staaten Nordamerikas, die keine Unterversorgung an Intensivbetten aufweisen. Eine Vermehrung der Intensivbetten ist somit mittelfristig nicht angezeigt, da die vorhandenen Kapazitäten auch einen demografisch bedingten Anstieg der Intensivpflege bewältigen können. Vielmehr ist auf die Verbesserung der Auslastung und nicht auf die Schaffung neuer Kapazitäten zu fokussieren.

**Intermediate Care.** Analysen aus Großbritannien und den USA zeigen, dass eine strukturelle Abspaltung der intermediate Care, also der kurzfristigen Intensivüberwachung etwa nach Operationen, keine Effizienz- oder Qualitätsvorteile erbringen. Diese stellen sich vielmehr ein, wenn klinische Abläufe besser organisier sind und dadurch Ressourcen optimaler zum Einsatz kommen.



## SPEZIALGEBIETE

### Pädiatrie

**Besonderheit Kinderchirurgie.** Stationäre pädiatrische, insbesondere kinderchirurgische Patienten sind grundsätzlich in einer Kinderklinik oder kinderklinischen Abteilung eines Krankenhauses zu behandeln. Insbesondere bei chirurgischen Eingriffen ist zu bedenken, dass wenn immer es möglich ist, ein Kinderchirurg die Operation und Versorgung durchführen sollte oder diese von einem in pädiatrischer Chirurgie erfahrenen Chirurgen erfolgt. Bei Eingriffen an Kindern unter sechs Jahren muss grundsätzlich eine Kinderanästhesie gewährleistet sein, das heißt, es muss ein Team von in Kinderanästhesie erfahrenen Anästhesisten zur Verfügung stehen, inklusive der entsprechenden übrigen Infrastruktur. Die Kinderanästhesie muss bei Komplikationen über 24 Stunden postoperativ innerhalb 30 Minuten verfügbar sein.



Foto: SteffiB. - Fotolia.com

Wenn immer möglich sollten Kinder von Kinderchirurgen operiert werden.

### Akutgeriatrie

**Multimorbidität.** Grundsätzlich gehören die Diagnostik und Behandlung alter Patienten zum Grundauftrag aller Luxemburger Akutspitäler. Weil hochbetagte Menschen nicht selten auch an einer demenziellen Entwicklung leiden, benötigen sie eine angemessene interdisziplinäre geriatrisch geleitete Behandlung. Viele dieser Patienten werden meist in der Abteilung „Innere Medizin“ ohne ausgewiesene Geriatrie behandelt.

**Bedarf steigend.** Die Versorgung und Behandlung geriatrischer Patienten wird aufgrund der demografischen Alterung zunehmend wichtiger. Bei den Patienten ab 80 Jahren ist eine Zunahme von 36 Prozent bis ins Jahr 2020 zu erwarten. Angenommen die Zahl akutergeriatrischer Patienten steigt in demselben Umfang, so ergeben sich im Jahr 2020 zwischen 1.400 und 3.000 akutergeriatrische Patienten. Hierbei sind vor allem die großen Diagnosegruppen „Nervensystem“ und „Bewegungsapparat“ betroffen. Nicht alle von Krankheiten aus diesem Gebiet betroffenen Patienten benötigen eine akutergeriatrische Behandlung, aber ihr Bedarf an Leistungen wird mit einem sorgfältigen geriatrischen Assessment abgeklärt werden müssen.

**Ein detailliertes Konzept** zur Planung der akut und auch der rehabilitatorischen Versorgung von geriatrischen Patienten in Luxemburg wird im zukünftigen Geriatriekonzept erarbeitet werden.



## QUALITÄTSMESSUNG: OHNE GEHT ES NICHT

### Was wird evaluiert?

Eine Krankenhausplanung versteht sich als kontinuierlicher Prozess, der einer ständigen Überprüfung und Kontrolle bedarf. Nur so können notwendige Korrekturen erfolgen. Welche Auswirkungen hat die Planung auf die Versorgungssicherheit? Wie läuft die Umsetzung des Plan hospitalier und welche Effekte ergeben sich im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung? Diese und andere Fragen begleiten den Entwicklungsprozess. Messgrößen und Qualitätsindikatoren helfen, die zur weiteren Steuerung des stationären Sektors nötigen Antworten zu finden und zielen auf folgende Bereiche:

- Verbesserung der Datenqualität und Transparenz
- Konzeption, Erstellung und Auswertung eines Registers zur Quantifizierung der Behandlungsfälle in den Kompetenzfeldern
- Höhe der Patientenzufriedenheit
- Steigerung der (spital)ambulanten Tätigkeit
- Straffung der Leistungsspektren
- Optimierung der Notfallversorgung
- Steigerung der Effizienz
- Erhöhen der Effektivität

Die Messergebnisse dienen als Grundlage für zukünftige Leistungsvergaben.

## Straffe Umsetzung

**Phase 1.** Die Umsetzung der Evaluation gliedert sich in drei Phasen. In einem ersten Schritt wird das Evaluations- und Interventionskonzept detailliert ausgearbeitet sowie Konzeptionen für die Kompetenzfelder-Register erstellt. Dabei sind die erforderlichen Minimaldaten gemeinsam mit den Experten vor Ort zu definieren und deren Erhebung in den Krankenhäusern gemeinsam mit den Betroffenen zu initialisieren. Gleichzeitig sind die verschiedenen Auswertungskonzepte auszuarbeiten.



## QUALITÄTSMESSUNG

**Phase 2 und 3:** Ab dem Januar 2014 sind die Register in Kraft zu setzen und sämtliche Daten durch die Krankenhäuser zu erheben. Die erhobenen Daten aus dem Jahr 2014 können im Frühjahr 2015 in der dritten Umsetzungsphase erstmals validiert und ausgewertet werden. Die Analysen dienen zum Monitoring der angestrebten Ziele und sollen in Form einer aufbereiteten Dokumentation vorgelegt werden.

UMSETZUNG DES EVALUATIONS- UND INTERVENTIONSKONZEPTES	
<b>2013</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Konzept für Register</li><li>■ Analysekonzept und Interventionskonzept</li><li>■ Definition Minimaldatensatz</li><li>■ Spezifikation für Datenerhebung</li></ul>
<b>2014</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Inkraftsetzung der Register</li><li>■ Erhebung von Daten</li></ul>
<b>2015</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Datenanalyse und Dokumentation</li><li>■ Benchmarking</li><li>■ Re-Evaluation Konzept Register</li></ul>



## VOM AUSLAND AUS GESEHEN: LUXEMBURGS BESONDERHEITEN



Foto: LENZ AG

**Dr. Max Lenz:**  
„Luxemburgs Gesundheitssystem ist vom Angebot her gesteuert.“

Ein Jahr lang hat die Schweizer Beratungsfirma LENZ Luxemburgs stationären Sektor analysiert und Vorschläge für den Plan hospitalier 2013 erarbeitet. Geschäftsführer Dr. Max J. Lenz und Berater Prof. Dieter Conen sind sich einig: „Luxemburg muss sich bewegen!“

Sie haben den stationären Sektor in mehreren Schweizer Kantonen untersucht. Gibt es Gemeinsamkeiten mit Luxemburg. Wo sehen Sie Unterschiede?

*Conen:*

Mehrere Gemeinsamkeiten lassen sich feststellen: Das Leistungsangebot in der Basisversorgung ist absolut vergleichbar. Die luxemburgischen Steigerungsraten in der orthopädischen Chirurgie entsprechen beim Gelenkersatzes denen der Schweiz. Die Konzentration beispielsweise der interventionellen Kardiologie, der Herzchirurgie, der Radioonkologie und auch der komplexen Neonatologie auf jeweils ein Zentrum ist auch in den untersuchten Kantonen umgesetzt.

Im Unterschied zu Luxemburg haben in der onkologischen Chirurgie, insbesondere bei den bauchchirurgischen Eingriffen wegen Speiseröhren- und Bauchspeicheldrüsenkrebs, Lebertumoren und Enddarmkrebs die Konzentrationen in den Kantonen bereits stattgefunden. Dies erfolgte nicht zuletzt wegen der geringen Fallzahl der einzelnen Erkrankungen, der häufig komplikationsanfälligen Eingriffe und der hohen personellen und infrastrukturellen Vorhalteleistungen. Gleiches gilt für die Eingriffe an der Brust wegen eines bösartigen Tumors. Konzentrationen haben in der Schweiz auch schon im Bereich der thorakalen Chirurgie, der neurochirurgischen Hirneingriffe und der gefäßchirurgischen Eingriffe an der Halsschlagader und an der krankhaft erweiterten Bauchorta stattgefunden. Die Behandlung des Schlaganfalls wird ebenfalls nur mehr in wenigen Zentren durchgeführt, damit die nötige Fallzahl pro Zentrum erreicht werden kann und die komplexe Infrastruktur in personeller und apparativer Hinsicht 24 Stunden am Tag an 365 Tagen im Jahr auch angeboten werden kann.

Im Rehabilitationsbereich unterscheiden sich die langen Aufenthaltsdauern der luxemburgischen Patientinnen und Patienten in den Rehabilitationsabteilungen, die zusätzlich noch zur Hälfte im Ausland erfolgen. Ebenso fehlt in Luxemburg noch die Spezifizierung der Rehabilitation (z.B. orthopädisch, neurologisch, kardiovaskulär) und die Dokumentation der Ergebnisqualität.

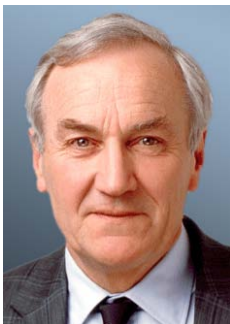


Foto: Lenz AG

**Prof. Dieter Conen:**  
„Die Interessenlagen von Kliniken und Ärzten sind nicht immer identisch.“



### VOM AUSLAND AUS GESEHEN: LUXEMBURGS BESONDERHEITEN

---

Wie schätzen Sie die luxemburgische Datenlage als externe Beobachter ein?

*Lenz:*

Die heutige Datenlage in Luxemburg entspricht derjenigen vor 1998 in der Schweiz und denjenigen vor dem Jahr 1990/1991 in Frankreich und Deutschland. Hier besteht dringender Handlungsbedarf! Ähnlich verhält es sich bei Qualitätsdaten. Es ist begrüßenswert, dass mit der Gesundheitsreform die Weichen gestellt wurden.

Anbieter- oder Resultatssteuerung: was trifft eher auf Luxemburg zu?

*Lenz:*

Luxemburg hat bislang ein angebotsgesteuertes System. Mit dem Spitalplan erhält das System jedoch erste Lenkungsinstrumente in Richtung Resultatssteuerung.

Das Vergütungssystem der Ärzte läuft in Luxemburg parallel zu dem der Kliniken? Wie schätzen Sie die Effekte ein?

*Conen:*

Aus verständlichen Gründen ist damit die Interessenlage von Ärzten und Kliniken nicht immer die gleiche. Den Kliniken fehlt die Transparenz über die Leistungserbringung. Damit fehlt ihnen auch die Planungssicherheit, wie sie Infrastruktur zur Verfügung stellen sollen und welche Auslastung sie erwarten können. Die Planung zukünftiger Leistungen wie etwa der Aus- oder Abbau von Infrastruktur wird erschwert, weil wirtschaftliche Konsequenzen für die Klinik nicht deckungsgleich sein müssen mit denen der Ärzte. Leistungen, die eine aufwändigere Infrastruktur in apparativer und personeller Hinsicht erfordern, werden eher in den Kliniken durchgeführt, obschon sie auch ambulant im privatärztlichen Setting in der eigenen Praxis erbracht werden könnten. Die Klinik müsste unter diesen Aspekten eine adäquate Abdeckung für die Benutzung ihrer Infrastruktur durch die akkreditierten Ärzte verlangen können.

Wie einschneidend sind die von Ihnen vorgeschlagenen Maßnahmen?

*Lenz:*

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind maßvoll und schrittweise realisierbar. Sie haben auf verschiedenen Ebenen durchaus Schärfe und sind ein klarer Schritt in eine neue, gewünschte Richtung, von welcher die gesamte Bevölkerung profitieren wird (Patienten und Steuerzahler). Es ist jedoch allen Beteiligten bewusst, dass weitere Schritte folgen müssen.



### VOM AUSLAND AUS GESEHEN: LUXEMBURGS BESONDERHEITEN

---

#### Gehen die Maßnahmen in Ihren Augen weit genug?

*Conen:*

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind aus meiner Sicht ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. In Zukunft sollte nämlich nicht mehr jeder alles machen, sondern nur noch das, was er am besten kann.

Die vorgeschlagenen Veränderungen im akutsomatischen Bereich richten sich auf relativ seltene Eingriffe und Behandlungen und sie verlangen einen hohen apparativen und personellen Aufwand. Sie beziehen sich auf Verfahren, die komplexe Abläufe und interdisziplinäre Teams erfordern. Außerdem sind die verursachten Kosten dieser Leistungsgruppe so hoch, dass sie nach einer Konzentration zur Erhöhung der Fallzahlen pro Zentrum verlangen. Insofern erfüllen die vorgeschlagenen Veränderungen, die übrigens mengenmäßig nur etwa sechs bis acht Prozent des gesamten Leistungsspektrums abdecken, die Voraussetzungen für eine schrittweise Verbesserung der Transparenz des Systems. Sie ermöglichen, dass Qualitätssteigerungen messbar und die Leistungserbringung effizienter werden.

Im Rehabilitationsbereich müsste eine notwendige Spezialisierung ebenso erreicht und Schnittstellenprobleme abgebaut werden. Auch sollte die Zahl der im Ausland Rehabilitierten reduziert und alles in allem ebenfalls eine größere Transparenz über den Nutzen der Rehabilitation erzielt werden.

#### Wo könnten sich Umsetzungsschwierigkeiten ergeben?

*Conen:*

Bis jetzt gibt es im luxemburgischen System kaum „normative“ Vorgaben für die Leistungserbringung. An dieser Stelle kann Widerstand entstehen, wenn die Veränderungen nicht im Dialog herbeigeführt werden können.

*Lenz:*

Die Maßnahmen erfordern neue Instrumente und deren konsequente Handhabung seitens der Gesundheitskasse (CNS) und des Ministeriums. Freiwillig bewegt sich kaum jemand. Die Führung wird gefordert sein.



## KONKRET UND KLAR: WAS WIRD SICH ÄNDERN?

### Werden Zuständigkeiten verändert?

Ja – es werden Zuständigkeiten verändert. Bei den Krankenhäusern gibt es eine Anpassung der Angebotsstruktur. Diese soll in erster Linie im Bereich von wenigen komplexen Leistungsbe-  
reichen erfolgen – den sogenannten Konzentrationsfeldern. Sie umfassen in der Regel seltene,  
volumen- und qualitätskritische Leistungen, die mit hohen Vorhalteleistungen verbunden sind  
und deshalb wirtschaftlich aufwändig sind. Gewisse Behandlungen werden künftig in bestimm-  
ten Krankenhäusern, die die entsprechenden Anforderungen heute bereits weitgehend erfüllen,  
durchgeführt und auch nur noch dort finanziert.

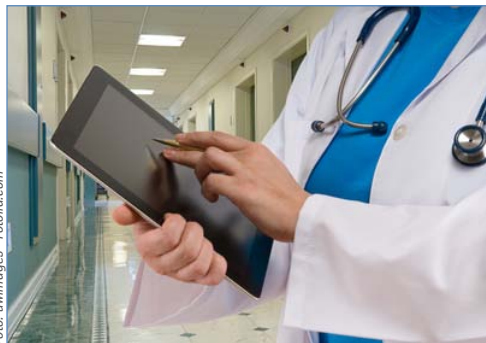


Foto: uwmimages - Fotolia.com

Nicht jeder muss alles anbie-  
ten. Sechs bis acht Prozent  
der stationären Leistungen  
werden an geeigneten Stand-  
orten konzentriert.

An den bestehenden spezialisierten «services spécialisés» (Pédiatrie, Gyné-  
cologie-obstétrique) und nationalen «services nationaux» (Cardiologie inter-  
ventionnelle et chirurgie cardiaque, Radiothérapie, Néonatalogie (intensive),  
Soins intensifs pédiatriques, Chirurgie infantile, Procréation médicalement  
assistée, Neurochirurgie, Maladies infectieuses et tropicales, Oncohématolo-  
gie, Immuno-Allergologie) wird festgehalten.

Weitere Zuständigkeitsänderungen finden bei der Gesundheitskasse (CNS)  
und im Sozial- und Gesundheitsministerium statt. Während die beiden  
Ministerien die Konzentrationsfelder auf Ebene der Nomenklaturen und  
Finanzierung definieren und konsequent umsetzen müssen, liegt es an der

CNS, diese Vorgaben in ihre Abläufe einzubinden. Das Gesundheitsministerium wird ferner die  
Erhebung von spezifischen Qualitätsdaten einführen und darauf aufbauend über zweckmäßige  
Maßnahmen transparent entscheiden.

Den Notdiensten kommt aufgrund der Leistungskonzentration bei bestimmten Notfällen,  
wie etwa bei Schlaganfällen und Herzinfarkten in Zukunft eine besondere Steuerungsrolle zu.  
Wichtig ist, dass auf keiner Stufe der Notversorgung kostbare Zeit verloren geht.

### Gefährdet der Spitalplan die Arbeitsplätze von Krankenhausmitarbeitern?

Nein. Die vorhandenen Kapazitäten sollen genutzt werden, um eine erwartete Fallzahlsteige-  
rung im stationären akutsomatischen Sektor auffangen zu können. Dies führt zu einer Arbeits-  
verdichtung und zur Veränderung der Arbeitsprozesse durch gezielte Prozessoptimierungen.





## KONKRET UND KLAR – WAS WIRD SICH ÄNDERN?

### Was ändert sich für Ärzte?

Im Bereich der Konzentrationsfelder werden Leistungen reguliert. Dabei handelt es sich um weniger als zehn Prozent der stationären Behandlungen. Einzelne Ärzte werden jedoch bestimmte Behandlungen nicht mehr oder zumindest nicht mehr im angestammten Krankenhaus durch-

führen können. Diejenigen, welche die Behandlungen in den Konzentrationsfeldern weiterhin anbieten, werden spezifische Qualitätsnachweise erbringen müssen, die zukünftig monitorisiert und verglichen werden.

So wie es bereits im benachbarten Ausland Routine ist, wird der Dokumentationsaufwand zunehmen. Hier gilt es, mit administrativen und elektronischen Hilfen, den Aufwand zu minimieren. Entscheidender Vorteil ist, dass differenziertere Dokumentation den Nutzen und Mehrwert spezifischer Leistungen nachvollziehbar macht und den Vergleich zu medizinischen Leistungen im benachbarten Ausland ermöglicht.



Foto: Tyler Olson - Fotolia.com

Nur wer die Leistungsqualität nachgewiesen hat, kann in einem Kompetenzzentrum arbeiten.

### Haben Ärzte durch die Schaffung von Konzentrationsfeldern Einkommenseinbußen zu erwarten?

Nein. Es gibt keinen Automatismus zwischen der Konzentration von medizinischen Leistungen an definierten Orten und Einkommensreduktionen bei Ärzten.

### Welche Auswirkungen hat der Spitalplan auf die Arbeit der Krankenhausverwaltungen?

Der neue Spitalplan muss innerhalb der Krankenhäuser umgesetzt werden. Wenn zum Beispiel künftig alle Schlaganfälle an definierten Standorten versorgt werden, verlangt dies eine stärkere Kooperation zwischen den Krankenhäusern und den nachbehandelnden Rehabilitationskliniken. Die Leistungskonzentration erfordert zudem entsprechende Strukturanpassungen, die auch die Verwaltungsebene umzusetzen hat.

### Ändert sich etwas für die Patienten?

Selbstverständlich. Die Behandlungsqualität wird besser und transparenter.



## KONKRET UND KLAR – WAS WIRD SICH ÄNDERN?

---

### Gibt es Effekte auf die Arbeit der Gesundheitskasse (CNS)?

Die Regeln zwischen CNS und Krankenhäusern in Bezug auf die Konzentrationsfelder, die Leistungsbereiche in der Rehabilitation und bestimmte Segmente in der Psychiatrie müssen definiert, kommuniziert, angepasst und konsequent umgesetzt werden.

### Sind Auswirkungen des Spitalplans auf den Gesamt-Gesundheits-Etat zu erwarten?

Ja – eine Quantifizierung ist jedoch auf Grund der noch mangelhaften Datenlage in Luxemburg zur Zeit sehr schwierig.

### Welche Vorarbeiten leistet der Spitalplan zur Vorbereitung auf die europäische Patientendirektive?

In spezifischen Registern zu den Konzentrationsfeldern werden zukünftig Sicherheits- und Qualitätsstandards definiert, gemessen und publiziert. Europäische Standards können dabei übernommen – oder wo sie fehlen – geschaffen werden. Durch die Register können auch die EU-Bürgerinnen und -Bürger grenzüberschreitend medizinische Leistungen vergleichen. Außerdem wird durch die konsequent eingeforderte Codierung und Dokumentation der internationale Leistungsvergleich möglich.

---

#### 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. phil. Beatrice Wolter, (KomPart); Ministère de la Sécurité Sociale, Ministère de la Santé; · **Cartoon:** Beck (www.schneeschnee.de) · **E-Mail:** insight.santesecu@mss.etat.lu

