

Gesondheet fir jiddereen

Priorität für mehr Qualität und nachhaltige Absicherung.

Was sind die Hauptvorteile unseres Gesundheitssystems?

Was können wir verbessern?

Weshalb eine Gesundheitsreform?

Was bringt die Reform?

Was wird sich für wen ändern?

Das sind wohl die Hauptfragen, die sich viele zur Zeit stellen.

Wir wollen auf diese Fragen eine Antwort geben.

Die Vorteile unseres Gesundheitssystems:

- 1) Dank der allgemeinen Versicherung haben alle freien Zugang zu den gleichen qualitativ guten Leistungen unabhängig vom Einkommen. In Luxemburg wird man auch ohne Zusatzversicherung gleich gut von allen Ärzten und in allen Krankenhäusern behandelt.
- 2) Solidarische Finanzierung proportional zum Einkommen. Solidarität zwischen reich und arm, jung und alt, gesund und krank.
- 3) Finanzierung durch Versicherte, Betriebe und Staat.
- 4) Keine Selektion gemäß Risiko.
- 5) Niedrige Beiträge für Versicherte und Betriebe vor allem durch starkes Engagement des Staates. Zum Vergleich: Unsere Beiträge liegen heute bei 5,4% (2,7% für Betriebe, 2,7% für Versicherte, der Staat trägt rund 40% der Ausgaben). In Deutschland werden die Beiträge ab 1. Januar 2011 bei 15,5% liegen.
- 6) Ärzte, Personal und andere Gesundheitsberufler verfügen dank Konventionierung und Kollektivverträgen über ein gutes Einkommen.
- 7) Die Eigenbeteiligung der Patienten ist bescheiden und gehört weltweit zu den niedrigsten überhaupt.

Diese Errungenschaften wollen wir absichern.

Um dieses so wertvolle System abzusichern, muss jeder mit anpacken. Weil unser System aber weiter verbessert werden kann und muss, genügt es nicht, am Bewährten festzuhalten. Es sind darüber hinaus eine Reihe von Veränderungen notwendig.

Finanzierung dauerhaft absichern !

Unser Gesundheitssystem hat sich in den letzten 15 Jahren besonders durch neue und moderne Krankenhäuser stark verbessert, so dass die Gesundheitsversorgung als sehr gut bezeichnet werden kann. Parallel dazu haben sich aber auch die Kosten stark weiterentwickelt. Die Steigerungsraten lagen 2003 noch bei rund 10%. In den letzten Jahren konnten sie jedoch bereits leicht unter 6% stabilisiert werden.

In wirtschaftlich guten Zeiten mit einem im internationalen Vergleich extrem starken Wachstum der Beschäftigung (und damit der Beitragszahlungen an die Gesundheitskasse), war diese Kostenentwicklung noch zu verkraften. In wirtschaftlich schwierigen Zeiten verlangsamten sich jedoch die Einnahmen der Gesundheitskasse, und selbst bei einer baldigen Erholung der Weltwirtschaft sind Wachstumsraten wie die der Vergangenheit für Luxemburg kaum zu erwarten.

Wollen wir die Trümpfe unseres Gesundheitssystems auch in schwierigen Zeiten aufrechterhalten, müssen wir die Entwicklung der Ausgaben im Griff behalten. Gelingt uns dies nicht, wird das bewährte System zusehends in Frage gestellt.

Simplistische und sozial sehr ungerechte und unverträgliche Rezepte werden dann zum Zug kommen:

- Leistungsabbau
- Höhere Eigenbeteiligungen
- Notwendigkeit von teuren Zusatzversicherungen
- Zweiklassenmedizin (wer viel Geld hat, kann sich alles leisten, wer arm ist, muss auf eine Reihe von Leistungen verzichten).

Diese einfachen aber gefährlichen Lösungen wollen wir nicht. Wir wollen nicht 2 verschiedene Gesundheitssysteme!

Diese Art von Zweiklassenmedizin setzen die Befürworter undifferenzierter Sozialkürzungen und liberaler Eigenverantwortlichkeit zur Zeit in Deutschland durch. In Frankreich werden seit Jahren die Defizite der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Patienten abgewälzt, von denen viele sich die Zusatzversicherungen nicht mehr leisten können und somit keinen Zugang mehr zu Medikamenten, Untersuchungen und Behandlungen haben.

Um unser solidarisches Gesundheitssystem nachhaltig abzusichern, wollen wir mit der Reform:

- die krisenbedingten Defizite auffangen;
- die langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheit durch eine wirksamere Organisation, mehr Effizienz, Transparenz und dadurch auch mehr Qualität sichern.

Unser Gesundheitssystem muss fit gemacht werden für die Herausforderungen die sich durch die Alterung der Gesellschaft, neue Krankheitsbilder aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklungen und den medizinischen und pharmazeutischen Fortschritt in Zukunft stellen werden. Desweiteren muss sich unser Gesundheitssystem auch der Grossregion hin öffnen, wo es sicherlich von Kooperationen und Synergien profitieren kann, sich aber auch dem Wettbewerb „Qualität zu einem guten Preis“ stellen muss.

Im Klartext heißt dies, dass die Reform sich nicht mit kurzfristigen, budgetären Maßnahmen begnügt, sondern tiefgreifendere strukturelle Reformen angeht.

Gesundheitsförderung und Prävention.

Nach dem Motto „Vorsorgen ist besser als heilen“ wird mit dem Gesetz die Prävention weiter ausgebaut.

Die Gesundheitskasse wird neben den gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium entwickelten Programmen eigene Initiativen zur Förderung der Gesundheitsvorsorge entwickeln können.

Hausdokter a Pediator als Guide fir de Patient.

Mit dem neuen Gesetz soll die medizinische Grundversorgung ausgebaut und verbessert werden. Die Hausärzte und Kinderärzte, die den Patienten am besten kennen, sollen eine größere Rolle in Sachen Gesundheitsförderung, Präventivmedizin, Früherkennung von Krankheiten, Beratung und Begleitung des Patienten spielen.

Der Vertrauens- oder Familienarzt wird auf freiwilliger Basis eingeführt.

Durch eine gute Partnerschaft mit dem Hausarzt bzw. Kinderarzt, bleibt dem Patienten in manchen Fällen ein Spießrutenlaufen von Spezialist zu Spezialist erspart. Desweiteren kann der Patient seinem Hausarzt sein persönliches Patientendossier anvertrauen. Zur Förderung einer flächendeckenden Grundversorgung durch die Allgemeinärzte wird in Zukunft auch die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinärzten (z.b. in Gemeinschaftspraxen) vom Staat gefördert.

Förderung der ambulanten Behandlung.

Die ambulante Chirurgie ist in Luxemburg im Vergleich zu unseren Nachbarländern unterentwickelt. Viel zu oft werden Patienten hospitalisiert, obwohl sie ohne Qualitätsverlust (im Gegenteil!) innerhalb weniger Stunden ambulant behandelt und ohne Risiko wieder nach Hause gehen könnten.

Heute wird die Hospitalisierung u.a. durch die 1. Klasse-Arztarife begünstigt. Dabei geht es nicht darum Krankenhäusern Einnahmen oder den Ärzten zusätzliche Entgelte zu verwehren, sondern diese Mittel zielgerechter einzusetzen.

Klare Richtlinien und positive Anreize werden u.a. die ambulante Chirurgie in Bereichen, in denen sie sich im Ausland nahezu zu 100% durchgesetzt hat, gefördert.

Mehr Qualität durch Kompetenzbündelung, Spezialisierung und Transparenz.

Das Reformprojekt strebt ein Mehr an Qualität durch eine bessere Strukturierung und Organisation des Gesundheitswesens an.

Dem „Jeder für sich“ und „Alles überall“ setzt die Reform ein „Gemeinsam werden wir besser“ entgegen.

Wie werden wir das erreichen?

- 1) durch bessere Information über Aktivitäten und Resultate in allen Bereichen der Gesundheit. Das setzt ein harmonisiertes Dokumentationssystem voraus, das die Reform bringen wird. Die heutigen offensichtlichen Informationsdefizite werden beseitigt. Diese Dokumentation liefert Antworten auf die Frage: „Wer erhält welche Behandlung aus welchen Gründen in welcher Struktur von welchen Ärzten und mit welchen Ergebnissen?“ Das Dokumentationssystem erlaubt eine bessere Koordinierung der Patientenbetreuung und eine besser Steuerung des gesamten Gesundheitssystems;
- 2) durch Kompetenzbündelung und Spezialisierung. In Bereichen, in denen wir die Zusammenarbeit gewagt haben, konnten wir die hervorragende Qualität erreichen.

Beispiele:

- Herzchirurgiezentrum
- Rehasentrum
- Radiotherapiezentrum.

Diese Zusammenarbeit verlangen wir in Sachen

- Krebsbehandlung
- Hirnschlaganfall
- Neuro- und Rücken Chirurgie
- Transplantationen,

und überall dort, wo kleine Stückzahlen die Zusammenarbeit auf nationaler Ebene notwendig machen.

Die systematische Dokumentation, die Kompetenzzentren und die Förderung des bestmöglichen Pflegestandards im Teamwork werden für mehr Transparenz und Qualität sorgen.

Therapiefreiheit, aber bitte die bestmögliche Therapie !!

Das Gesetz stellt die freie Arztwahl nicht in Frage und hypothekiert auch das Prinzip der Therapiefreiheit nicht.

Wir wollen diese Begriffe jedoch durch das Recht des Patienten auf die bestmögliche Therapie ergänzen.

Genau wie es heute normal ist, dass ein akuter Herzpatient im Herzzentrum behandelt wird, soll morgen garantiert werden, dass eine komplexe Krebschirurgie, eine riskante Rückenoperation oder etwa ein Hirnschlag in spezialisierten Abteilungen behandelt werden, die den höchsten internationalen Standards entsprechen. Wir können es nicht verantworten, dass z.B. ein Brustkrebs von einem Arzt operiert wird, der dies nur alle 4 Jahre macht, zumal die europäischen Richtlinien von mindestens 50 Eingriffen im Jahr ausgehen, um optimale Qualität zu sichern.

Genauso können wir es nicht verantworten, dass ein Hirnschlag in der falschen Klinik oder in der falschen Abteilung landet, und der Patient deshalb schwerwiegende bleibende Schäden oder sogar sein Leben riskiert.

Deshalb: freie Arztwahl ja!
Therapiefreiheit ja!

Aber bitte mit der nötigen Qualitätsgarantie für den Patienten.

Teamwork in unseren Spitälern.

Das Gesetz will die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren in unseren Kliniken verbessern.

Außer im CHL und anderen nationalen Zentren, wo die Ärzte angestellt sind und einen Arbeitsvertrag haben, arbeiten in den anderen Kliniken die Ärzte gemäß liberalem Statut.

Da das Spital von morgen jedoch als „Ganzes“ im Teamwork funktionieren soll, bringt das Gesetz eine Reihe von Klärungen im Verhältnis zwischen Spitaldirektionen und Ärzten:

- der Koordinierungsarzt wird eingeführt. Er ist das Bindeglied zwischen Direktion und seinen Kollegen;
- die Rolle des Klinikarztes wird definiert. Der liberale Arzt im Krankenhaus hat zwar weiterhin Therapiefreiheit, hat aber auch die internen Richtlinien sowie die Hausordnung der Klinik zu respektieren.
- Dokumentationspflicht, Teilnahme an qualitätsverbessernden Maßnahmen, Vermeidung von Risiken und effizienter Einsatz der zu Verfügung stehenden Mittel werden von ihm erwartet. All diese Erfordernisse entsprechen international gültigen Qualitätsstandards, sind auch fester Bestandteil der liberalen Ausübung des Arztberufes und haben nichts mit Verstaatlichung zu tun.

Gleichwertige Medikamente zu niedrigeren Preisen.

Neue Medikamente dürfen während einer Periode von 10 Jahren nicht kopiert werden. Dies erlaubt es der Pharmaindustrie Forschungs- und Entwicklungsinvestitionen zu rentabilisieren und zum Teil substantielle Gewinne zu machen. Nach dieser Periode kann das Medikament auch von anderen Firmen produziert werden, und die Preise sinken.

Wir wollen, dass diese Preissenkungen bei der Gesundheitskasse und beim Patienten ankommen. Deshalb soll erstens bei wissenschaftlich belegter Gleichwertigkeit das billigere Medikament vom Arzt verschrieben werden.

Geschieht dies nicht, soll zweitens der Apotheker dem Patienten das billigere, genauso gute Medikament anbieten. In beiden Fällen sparen der Patient (niedrigere Eigenbeteiligung) und die Kasse. Statt in die Taschen der Pharmaindustrie zu zahlen, bleiben die Ersparnisse bei den Versicherten und der Kasse.

Dieses Konzept wird seit Jahren ohne Probleme in vielen Ländern praktiziert.

Mehrfachanalysen durch elektronische Patientenakte verhindern.

Das Gesetzesprojekt will die elektronische Gesundheitsakte für Patienten einzuführen. Diese Akte soll den Ärzten und dem Gesundheitspersonal eine sinnvolle Information über die Gesundheit ihrer Patienten und die erbrachten medizinischen und pflegerischen Leistungen zur Verfügung stellen. Das Dossier wird progressiv aufgebaut und strukturiert, Laboranalysen und Radiologiebilder werden prioritär verfügbar sein. Durch die medizinische Austauschakte soll die Sicherheit und die Kontinuität der Versorgung gefördert werden.

Langfristig wird sich eine bessere Koordination der Patientenversorgung erhofft. Durch Kostentransparenz werden darüber hinaus kostspielige und unnütze Mehrfachanalysen verhindert.

Der Patient, sein Hausarzt, die behandelnden Ärzte und auch andere Leistungserbringer, sollten Zugang zu der elektronischen Patientenakte erhalten.

Vorteile der elektronischen Informationssysteme gemeinsam nutzen!

Das Reformprojekt sieht vor, eine nationale Agentur für sektorübergreifende elektronische Gesundheitsinformationssysteme zu schaffen. Die Agentur ist eine notwendige organisatorische Voraussetzung, um die notwendigen Instrumente einer modernen und sicheren medizinischen Datenverarbeitung im Rahmen der e-santé Plattform wie zum Beispiel die Patientenakte zu implementieren und zu betreiben. Andererseits wird sie die Interoperabilität der elektronischen Informationssysteme im Gesundheitssystem vorantreiben.

Die Agentur soll ein wesentliches Steuerungsinstrument werden im Bereich der elektronischen Informationssysteme im Gesundheitswesen. Die Schlüsselakteure des Gesundheitssektors und Vertreter der Patienten werden in die Gremien der Agentur eingebunden.

Die partnerschaftliche Ausrichtung unseres Gesundheitssystems erhalten

Unser Gesundheitssystem basiert einerseits auf der Sozialpartnerschaft zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern und andererseits auf der Versorgungspartnerschaft zwischen Gesundheitsanbietern und der Gesundheitskasse. Diese beiden Standbeine des „luxemburger Modells“ müssen erhalten bleiben.

Die Krankenversicherung beruht auf der tripartiten Zusammenarbeit zwischen Salariat, Patronat und Staat, die sich Verantwortung, Finanzierung und Steuerung teilen und gemeinsam für ein Gleichgewicht zwischen einerseits Versorgung und Qualität und andererseits Finanzierbarkeit und Kostenkontrolle sorgen müssen. Es ist in Zeiten wirtschaftlicher Krisen und struktureller Reformen nicht einfach dieses Gleichgewicht zu erhalten. Trotzdem kann sich keine der drei Parteien ihrer Verantwortung entziehen! Neben der kurzfristigen finanziellen Stabilisierung muss vor allem die mittel- und langfristige Konsolidierung und Steuerbarkeit des Gesundheitssystems im Vordergrund stehen.

Genauso wichtig ist die Partnerschaft auf der die konventionelle Bindung zwischen Gesundheitskasse und den verschiedenen Gesundheitsversorgern (Ärzte, Krankenhäuser, liberale Gesundheitsversorger, Pflegedienste, ...) beruht. Auch wenn verschiedene Steuerungs- und Koordinationsmechanismen einem sich verändernden Gesundheitssystem angepasst werden müssen, so wird die Grundausrichtung unserer Gesundheitssystems nicht in Frage gestellt.

Laut der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung OECD gilt unser System europaweit als eines der liberalsten und am wenigsten zentral koordinierten Systeme. Freie Arztwahl, Therapiefreiheit sowie unternehmerische Freiheit der Ärzte und Krankenhäuser haben eine zentrale Bedeutung. Diese Freiheiten können aber keine absoluten Freiheiten sein, sondern müssen dem Interesse des Patienten und der nachhaltigen Absicherung eines effizienten und qualitativ hochwertigen Gesundheitssystems untergeordnet sein.

Viele Bestimmungen des neuen Gesetzes unterstreichen, dass diese Partnerschaft nicht in Frage gestellt wird.

So sollen zum Beispiel Krankenhäuser und Ärzte aktiv am Aufbau und an der Steuerung der sektorübergreifenden Plattform für elektronische Gesundheitssysteme beteiligt werden.

Die Zusammensetzung der Nomenklaturkommission soll in Zukunft paritätisch erfolgen. Es steht ausser Frage, dass die im neuen Gesetz vorgesehenen Ausführungsbestimmungen, wie etwa des Koordinierungsarztes oder der Kompetenzzentren, in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten und Krankenhäusern im Sinne der Patienten ausgearbeitet werden sollten.

Gute Leistungen durch stabile Finanzen sichern!

Durch die Wirtschaftskrise und eine ohnehin starke Entwicklung der Gesundheitsausgaben ist die Gesundheitskasse mit einem Defizit konfrontiert, der, würden wir nicht handeln, in den nächsten Jahren mehrere hundert Millionen Euro erreichen könnte.

Deshalb ist ein weiteres Ziel der Reform die kurz- und mittelfristige Wiederherstellung des finanziellen Gleichgewichts der Gesundheitskasse.

Auf einseitige und schmerzhaft Maßnahmen wird hier verzichtet. Vielmehr soll jeder einen durchaus verkraftbaren Beitrag leisten.

Versicherte, Betriebe und Staat beteiligen sich über eine leichte Beitragserhöhung an der Finanzierung.

Die Spitäler leisten ihren Beitrag durch eine deutliche Begrenzung der Ausgaben. Für 2010 und 2011 wächst der Haushalt der Spitäler lediglich um 3% statt wie bisher 6%.

Das Projekt sieht ausserdem vor, dass die allgemeinen Tarife der Ärzte für 2 Jahre nicht erhöht werden.

Nicht in Frage gestellt ist die Indexanpassung der Tarife.

Darüber hinaus werden vereinzelte Tarife wie z.B. die Miete von verschiedenen medizinischen Apparaten gesenkt.

Apotheker und Privatlabore müssen ebenfalls einen Beitrag zur Gesundung der Kasse leisten. Außerdem laufen Verhandlungen mit der Pharmaindustrie, die deutliche Ersparnisse bringen könnten.

Mittelfristig werden die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen der effizienteren Nutzung der zur Verfügung stehenden Mittel dienen (Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen, vernünftige Entwicklung der Zahl der Ärzte, Zusammenarbeit und Spezialisierung der Spitäler, rationeller und richtiger Gebrauch der Medikamente, Reform der Ärztenomenklaturen, elektronische Patientenakte, Förderung der ambulanten Behandlung, usw).

Nur wenn wir bereit sind, die finanzielle Lage der Gesundheitskasse nachhaltig abzusichern, können die heutigen ausgezeichneten Leistungen gewährleistet bleiben. Tun wir nichts, verliert jeder dabei: der Patient genauso wie die Gesundheitsberufler.

Tiers payant social für Patienten in Notlage.

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

Gesetz soll Fehlentwicklungen korrigieren.

Die Reform will außerdem auf eine Reihe von kontraproduktiven Fehlentwicklungen reagieren.

So will sie eine Diskussion über die Arzthonorarzuschläge einleiten, die an die 1. Klasse-Klinikzimmer gebunden sind. Die Zuschläge von 66% auf die Arzthonorare von denen

allerdings nur ein kleiner Teil der Ärzte profitiert, sind lediglich an die Unterbringung des Patienten in einem 1-Bettzimmer gebunden. Sie bringen in ihrer jetzigen Form dem Patienten keine zusätzliche medizinische Leistung oder Nutzen. Darüber hinaus verleiten sie zu Hospitalisierungen auch da wo keine notwendig sind.

Es ist nicht geplant diese Zuschläge ersatzlos abzuschaffen. Vielmehr sind Verhandlungen über eine sinnvollere und gerechtere Nutzung dieser Mittel zu führen.

Außerdem wird die Mutterschaftsversicherung (assurance-maternité) in die Gesundheitskasse integriert. Dies wird eine bessere Verwaltung dieses Bereiches ermöglichen und verschiedene Fehlentwicklungen verhindern. Der Staat wird auch weiterhin für die Ausgaben dieses Bereiches geradestehen.

Die Erneuerung der Nomenklatur soll dafür sorgen, dass in Zukunft die Arztleistungen sowohl innerhalb wie auch ausserhalb des Krankenhauses gerechter vergütet werden, indem Elemente wie der medizinische Fortschritt, der Zeitfaktor oder die Komplexität der jeweiligen Eingriffe stärker berücksichtigt werden.

Schließlich wird der Patient in Zukunft besser und regelmäßig über die Leistungen und deren Kosten, die von der Gesundheitskasse übernommen werden, informiert.

Unsere Gesundheit ist das wichtigste Gut, das wir haben. Sie zu erhalten und jedem, unabhängig von seinem Einkommenssituation, dauerhaft den Zugang zu der bestmöglichen Gesundheitsversorgung zu garantieren ist das Hauptziel der Reform.

Wenn jeder einen bescheidenen Beitrag dazu leistet, sind diese Zielsetzungen durchaus realistisch.

Mars di Bartolomeo