



InSight

SantéSécu

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

Liebe Leserinnen und Leser,

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

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

ZEHN JAHRE PFLEGEVERSICHERUNG: Erfolgsspur stetig gehalten. **LA LOI SUR L'ASSURANCE DEPENDANCE:** Dix ans déjà. **ALTEN- UND PFLEGEHEIME:** Letzte Vorbereitungen zur analytischen Buchführung. **HELLEF DOHEEM:** Verzahnung von ambulant und stationär. **GESUNDHEITSKONFERENZEN:** Vers un Plan national Santé. **GESONDHEETSKEES:** 5.500 Telefonanfragen täglich. **MAISON MEDICALES:** Wintermonate mit hohen Patientenzahlen. **PARUTION:** Code de la Sécurité Sociale, édition 2007. **NACHRICHTEN AUS EUROPA:** Zum Verfallsdatum der nationalen Arzneimittel-Vorräte.

Zehn Jahre Pflegeversicherung: Erfolgsspur stetig gehalten

Aus dem heutigen Versorgungsalltag ist die Pflegeversicherung als fünfte Säule des sozialen Sicherungssystems nicht mehr wegzudenken. Die Bilanz nach zehn Jahren zeigt, der damals eingeschlagene Weg war richtig und unumgänglich. Ein Rückblick von Sozialminister Mars di Bartolomeo.

Neuer Pfeiler des Generationenvertrags. 1998 bestand die absolute Notwendigkeit, eine Pflegeversicherung einzuführen. Eine neue Form der nachhaltigen Betreuung Pflegebedürftiger war dringend vonnöten. In Luxemburg war es – wie in allen modernen Gesellschaftssystemen – zu Umwälzungen in der traditionellen Familienorganisation gekommen. Neue Strukturen mussten geschaffen werden, um den traditionellen Generationenvertrag zu ergänzen und die Betreuung älterer Familienmitglieder auf eine sichere Basis zu stellen.



Landesweit soll sich die Qualität der Pflege auf einem einheitlich hohen Niveau einrichten. Dieses Ziel hat sich die Qualitätskommission „Pflege“ auf die Fahnen geschrieben.

Hohe Akzeptanz. Die Zielsetzung ist aufgegangen und der Großteil der Pflegebedürftigen kann heute im gewohnten häuslichen Umfeld weiter leben. Der Ausbau der ambulanten Pflegenetze hat dies ermöglicht. Die Akzeptanz bei der Bevölkerung ist hoch, die Leistungen sehr generös, auch im Vergleich zu den wenigen anderen Ländern, die ebenfalls eine Pflegeversicherung haben. Wir sind froh, dass sich durch die Pflegeversicherung die stationäre und ambulante Pflege deutlich ausbauen ließen. Im Bereich des Angebots und der Leistungen hat sich ein sehr starkes Wachstum ergeben. Zahlreiche Arbeitsplätze sind neu entstanden.

Finanzierung. Langfristig wird es darum gehen, die Finanzen durch Transparenz, Kontrolle und Qualität auf eine sichere Basis zu stellen. Durch die Reform von 2006 kann die Pflegeversicherung wie in ihrer Aufbauphase wieder Reserven bilden. In Luxemburg kommt als Besonderheit hinzu, dass wir eine Zwei- und keine Dreiparteienfinanzierung haben. Arbeitgeber sind als solche nicht beitragspflichtig. Die Kosten tragen zu 40 Prozent der Staat und den Rest die Versicherten.

Qualitätssicherung: Seit 2005 steht die Pflegequalität verstärkt im Fokus. Zu diesem Zweck wurde 2007 die Qualitätskommission „Pflege“ ins Leben gerufen. Sie setzt sich zusammen aus Mitgliedern der Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance (CEO), des Gesundheits- und Familienministeriums, des Dachverbandes der Pflegeversicherung (COPAS) und Patientenvertretern. Ihre Aufgabe besteht darin, die Einführung systematischer Qualitätsmanagementelemente im Pflegebereich einzufordern und zu begleiten.

Vision: Angesichts des demographischen Wandels muss die Problematik der alternenden Gesellschaft aus verschiedenen Richtungen angegangen werden. Städtebauplanung und Familienpolitik stehen hier genauso in der Pflicht wie Demographie- oder Demenzforschung. Ebenso kommt der Gesundheitsprävention stetig größere Bedeutung zu. Zur besten Versorgung unserer älter werdenden Bürger muss sich die Angebotspalette diversifizieren. Fehlplatzierungen sollten der Vergangenheit angehören. Hier werden im Rahmen der Konzentrierten Aktion, die im Bereich der Pflegeversicherung genauso ihren Weg finden wird, wie in der Gesundheitskasse, die notwendigen Stellschrauben zu bewegen sein.

(Mars di Bartolomeo, Gesundheits- und Sozialminister)

Webtipp:

Informationen rund um die Pflegeversicherung finden sich unter:

■ mss.public.lu



La loi sur l'assurance dépendance: Dix ans déjà !

En 1993, à l'initiative et sous la conduite de Mady Delvaux, Ministre de la Sécurité sociale commençaient les premiers travaux de recherche et de réflexion sur cette nouvelle branche que la loi du 19 juin 1998 allait introduire dans la Sécurité sociale. La loi entrera en application le 1er janvier 1999.



Ein neues Standbein für unseren Generationenvertrag konnte mit der Pflegeversicherung geschaffen werden.

Une innovation. A beaucoup d'égards, l'assurance dépendance représente une innovation. L'idée fondamentale qui a guidé son élaboration est le respect de l'autonomie de la personne, même lorsqu'elle est vulnérable.

Les quatre principes que les auteurs se sont donnés pour rédiger la loi découlent de ce concept fondamental: réhabilitation avant prise en charge, priorité au maintien à domicile avant hébergement en établissement, priorité aux prestations en nature avant prestations en espèces, continuité des soins.

La personne dépendante a reçu, avec l'assurance dépendance, un droit individuel et inconditionnel à des aides et soins de longue durée, correspondant précisément à ses besoins.

Rappelons que la dépendance est définie comme « l'état d'une personne qui, en raison d'une maladie physique mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature, présente un besoin d'aide important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie ». La loi s'adresse à toutes les personnes assurées en matière d'assurance maladie au Luxembourg.

L'introduction de la loi va susciter beaucoup d'espairs mais aussi beaucoup de scepticisme. Des débuts difficiles, rappelant les douze travaux d'Hercule allaient décevoir les espairs des uns et renforcer le scepticisme des autres. Ce qui fut surtout épinglé est la lenteur du traitement des dossiers. Cependant, la ténacité et l'enthousiasme de tous les acteurs allaient se révéler rapidement payants.

Commission de qualité des prestations. Un premier bilan en 2001 mettra en évidence des faiblesses qui allaient être corrigées par une modification de la loi, votée en décembre 2005. Elle entrera en application au 1er janvier 2007. La loi modifiée ne remet nullement en cause les fondements du départ. Au contraire, elle introduit plusieurs dispositions pragmatiques augmentant l'efficacité de la loi au service du citoyen. En introduisant la commission de qualité des prestations, la loi modifiée ajoute à la générosité incontestable des prestations de l'assurance, l'indispensable concept de qualité. De grands espairs se fondent sur les travaux de cette commission dont l'objectif est de définir des standards garantissant la qualité des aides et soins accordés.



Seit Bestehen der Pflegeversicherung hat die Pflegebranche große Wachstumsimpulse erhalten. Zahlreiche neue Arbeitsplätze sind entstanden.

Délais de traitement des dossiers. Depuis 2005, la Cellule d'évaluation et d'orientation, chargée de l'évaluation de l'état de dépendance des demandeurs, avec le soutien de la Caisse nationale de Santé, organisme gestionnaire, concentre tous ses efforts à diminuer les délais de traitement des dossiers. Ces efforts sont couronnés de succès. Les stocks diminuent de mois en mois et il est maintenant possible de dire qu'aucun demandeur de prestations n'attend plus de quatre mois avant de voir son dossier traité.

Grand dynamisme. Au cours de ces trois dernières années, la vie de l'assurance dépendance, s'engageant dans un processus d'excellence, se caractérise par un grand dynamisme. On ne compte plus les initiatives d'amélioration, chacune d'elle orientée vers un meilleur service au citoyen: démarche d'autoévaluation, réalisation d'une étude de satisfaction, rédaction d'une charte de valeurs, définition d'une vision et d'objectifs stratégiques, construction d'un nouvel organigramme, élaboration d'une charte d'accueil, amélioration des procédures et du système informatique.

Bilan positif. De ses dix ans d'application, la loi sur l'assurance dépendance peut, sans hésiter tirer un bilan positif. Près de 100.000 demandes de prestations ont été introduites et traitées. Actuellement, plus de 10.000 personnes bénéficient de prestations, qu'elles soient en nature, en espèces ou une combinaison des deux formes. Pour l'heure, plus de 33.000 aides techniques sont mises gratuitement à disposition dans l'ensemble du pays.

Croissance remarquable. Les opportunités offertes par l'assurance dépendance ont également permis un développement sans précédent des prestataires d'aides et de soins de longue durée. Au cours des dix années, on a vu ainsi le nombre des emplois dans le secteur se multiplier. Cette croissance a surtout caractérisé le secteur du maintien à domicile, où le nombre de soignants a quasi quintuplé depuis l'introduction de la loi.

Grands défis. Mais l'assurance dépendance reste confrontée à de grands défis dont le plus important est certes d'assurer sa viabilité à long terme. Gageons que l'esprit constructif et positif de tous les acteurs les relèvera, comme ce fut le cas jusqu'à présent. Rendez-vous est donné pour le vingtième anniversaire!

(Andrée Kerger, Cellule d'évaluation et d'orientation)

Webtipp :

■ www.mss.public.lu

Falls Sie inhaltliche Anregungen oder
Kommentare haben oder den
Newsletter abbestellen möchten:
E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu



Alten- und Pflegeheime: Letzte Vorbereitungen zur analytischen Buchführung

Ein neues System zur Buchführung soll im Januar 2010 in allen Alten- und Pflegeheime Luxemburgs Einzug halten. Alle Beteiligten erhoffen sich davon mehr Transparenz und Übereinklang von Leistung und Preis.

Klare Zuordnung von Leistungen. Seit März 2008 arbeiten die Ministerien für Familie und Soziale Sicherheit intensiv an einer verbesserten Preisgestaltung und Bedarfsplanung der stationären Alten- und Pflegeheime. Mit sachkundiger Unterstützung von Finanzfachleuten und pflegewissenschaftlichen Experten der Firma PricewaterhouseCoopers und den Universitäten Jena und Osnabrück wurde in den vergangenen zwölf Monaten das Konzept einer Kostenträgerrechnung entwickelt. Dies erlaubt die Eingruppierung sämtlicher Leistungen eines Pflegeheims in bestimmte Kategorien wie Pflegeleistungen, Hauswirtschaft, psychosoziale Unterstützung. Daneben ist eine Zuordnung der zuständigen Kostenträger (CNS, Assurance Dépendance, FNS, Anteil des Bewohners) ebenfalls möglich.

Verteilungsschlüssel erstellt. In neun Einrichtungen dokumentierten die Mitarbeiter innerhalb einer Beobachtungswoche minutiös sämtliche Leistungen und ordneten diese in Zusammenarbeit mit den Experten den Leistungskategorien zu. Knifflig wurde es vor allem dort, wo keine eindeutige Zuordnung möglich war, wie etwa im Falle der Bestellung und Verteilung des Verbrauchs- und Pflegematerials oder bei Reinigung von medizinischen Geräten oder Regalen. Im Ergebnis entstand ein Verteilungsschlüssel, der die genaue Leistungszuordnung in jeder Einrichtung ermöglicht und auch unterschiedliche Pflegekonzepte und Bewohnerprofile mit berücksichtigt.

Zweiter Praxistest in 2009. Das neue Modell der analytischen Buchführung wird aktuell nochmals einem Praxistest unterzogen, bevor es zum 1. Januar 2010 in allen Einrichtungen verbindlich eingeführt wird. Von der transparenten Preisgestaltung profitieren Alten- und Pflegeheime, Gesundheitskasse und Pflegeversicherung, der Staat und die Bewohner gleichermaßen. Man kann sich dann sicher sein, dass sich angebotene Leistungen und ihr Preis entsprechen.

(Dr. Jürgen Hohmann, KomPart/IGSS)



Was kostet die Pflege?

Ein neues Buchführungssystem wird ab 2010 Transparenz und Klarheit bringen.



Hëllef Doheem: Verzahnung von ambulant und stationär

Seit 2003 praktiziert die „Stiftung Hëllef Doheem“ Brücken- und Bezugspflege. So sorgt sie mit den beiden Pflegekonzepten „Infirmière de liaison“ und „Infirmière de référence“ für beständige Qualitätssicherung in der Pflege ihrer Klienten.

Brückenpflege. Für die „Stiftung Hëllef Doheem“ ist die Kontinuität der Pflege ein zentrales Element der Pflegequalität. So wurde bereits 2003 damit begonnen, das Konzept der „Infirmières de liaison“ zu implementieren, das nach dem Prinzip der Brückenpflege entwickelt wurde. Mittlerweile koordiniert ein Team von sechs Brückenkrankenschwestern in allen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen Luxemburgs die Transfermodalitäten der Stiftungsklienten beim Wechsel vom stationären in den ambulanten Bereich. Heutzutage stellen die „infirmières de liaison“ ohne Zweifel ein wichtiges Bindeglied zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor dar, da sie unter anderem medizinische und pflegerelevante Informationen weiterleiten, Hilfsmittel und ärztliche Verordnungen vor der Krankentlassung organisieren, sowie Informationsgespräche mit Klienten und Angehörigen durchführen.

Bezugspflege. Auch die Etablierung der „infirmière de référence“ gehört zu den wichtigen strukturellen und qualitativen Elementen der Stiftung und lehnt sich an Prinzipien der Bezugspflege an. Hierbei wird jeder Krankenschwester eine begrenzte Anzahl an Klienten zugeordnet, für die sie die pflegerische Aufsicht wahrnimmt. Ihre Aufgaben ergeben sich aus der aktiven und proaktiven Ausübung der berufsspezifischen Fachkompetenzen („rôle propre“). Im Rahmen von Pflegevisiten erstellt die Krankenschwester den Pflegeplan und evaluiert die Pflegemaßnahmen des interdisziplinären Teams. Sie fungiert als Kontaktperson für den behandelnden Arzt und steht als Ressource für die anderen Teammitglieder zur Verfügung.

Qualitätssicherung. Sowohl die Funktionen der „infirmières de liaison“ als auch die der „infirmières de référence“ haben sich als Bestandteil der Pflegequalitätssicherung bei der „Stiftung Hëllef Doheem“ bewährt und sind mittlerweile in der Versorgungspraxis fest etabliert.

(Pierrette Biver, Stiftung Hëllef Doheem)

Webtipp

■ www.shd.lu



Kontinuität und Koordination der Pflege sind wichtige Konzeptelemente bei „Hëllef Doheem“.



Gesundheitskonferenz: Vers un Plan national Santé

Seit vier Jahren finden auf Initiative von Gesundheitsminister Mars Di Bartolomeo jährlich nationale Gesundheitskonferenzen statt. Bei der jüngsten Konferenz am 4. März in Mondorf wurde eine erste Bilanz gezogen.

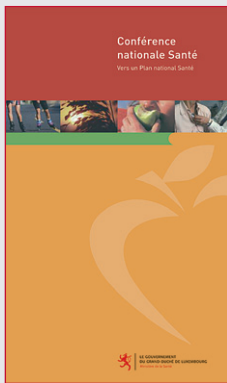
Nationaler Gesundheitsplan. Wie bei den drei vorherigen Konferenzen wurden bei der vierten Konferenz nicht nur neue Projekte auf kommunaler, regionaler und schulischer Ebene vorgestellt, sondern auch die Resultate der in den letzten Jahren unternommenen Schritte präsentiert. Das Ziel der Gesundheitskonferenz lautete von Anbeginn an, mit Hilfe aller Akteure des Gesundheitswesens, einen nationalen Gesundheitsplan auszuarbeiten und diesen nach und nach in die Praxis umzusetzen.

Die Elemente dieses nationalen Gesundheitsprogrammes sind nun als Zwischenbilanz der Gesundheitskonferenzen in einer Broschüre festgehalten, die ebenfalls in Mondorf präsentiert wurde. Auf 97 Seiten lässt die Publikation mit dem Titel „Conférence nationale Santé. Vers un Plan national Santé“ verschiedene Akteure des Gesundheitswesens zu Wort kommen, dokumentiert Fortschritte und beleuchtet Themen, die im Mittelpunkt des nationalen Gesundheitsplanes stehen, wie etwa Früherkennung (Darm- und Gebärmutterhalskrebs), Prävention (Antitabakgesetz, Alkoholverbot für unter 16-Jährige), gesundheitsfördernde Maßnahmen und das Erweitern des bereits verstärkt vorhandenen Gesundheitsbewusstseins.

Paradigmenwechsel fortführen. Einigkeit herrschte unter den rund 250 Teilnehmern der vierten Konferenz, dass der Paradigmenwechsel der letzten fünf Jahre, bestehend aus einer verstärkt präventiven und nicht ausschließlich kurativen Medizin weiter getrieben werden soll. Das nationale Gesundheitsprogramm werde dazu beitragen, so Minister Di Bartolomeo, dass mit Hilfe aller Beteiligten das bislang in diesem Bereich aufgebaute Leistungsnetz vergrößert werden könne, die Initiativen ausgebaut und das Konzept der Förderung und Vorbeugung entscheidend weitergebracht werden müsse.

(Frank Gansen, Gesundheitsministerium)

■ Die Broschüre ist erhältlich bei nadine.vivani@ms.etat.lu.



Nun in Broschürenform
erhältlich: Das nationale
Gesundheitsprogramm
Luxemburgs.



Gesondheetskees: 5.500 Telefonanfragen täglich

Interview mit Jean-Marie Feider; Direktor der Caisse nationale de la Santé (CNS)

Am 1 Januar ist aus der Union des Caisses de Maladie (UCM) die Caisse Nationale de la Santé (CNS) geworden. Die ersten Wochen haben gezeigt: Die Umorientierung verlangt Versicherten und Beschäftigten viel ab.



„Der Dank gilt allen, die zusätzlich Arbeit investiert haben, um den Wandel zur Gesundheitskasse zu begleiten“, so Jean Marie Feider, Direktor der Gesundheitskasse.

■ Wie waren die ersten Wochen in der CNS?

Wir hatten uns auf den Übergang zur CNS intensiv vorbereitet. Einige unerwartete Übergangsschwierigkeiten gab es trotzdem: So übertraf die Telefonnachfrage alle unsere Erwartungen. 5.500 Anrufe täglich gingen ein. Das waren mehr als doppelt so viele Nachfragen, wie die bisherigen sieben Vorgänger-Institutionen zu beantworten hatten. Dennoch ist die Einschätzung der Lage positiv zu werten: Die informatischen Systeme haben bisher den Anforderungen standgehalten und wenn es zu Verzögerungen kam, haben wir sie inzwischen wieder eingeholt.

■ Wie haben die Versicherten auf den Wechsel reagiert?

Sehr unterschiedlich, wobei die Engpässe in der Telefonie für alle derzeit noch ein großes Problem darstellen. Ich denke, sobald die Telefonprobleme gelöst sind, die neuen Regelungen im Krankengeld Eingang in die Gewohnheiten der Versicherten gefunden haben und es zu keinen Verzögerungen in der Auszahlung der Leistungen kommt, können wir den weiteren Ausbau unserer Serviceleistungen generell vorantreiben.

■ Die CNS-Mitarbeiter setzen sich nun aus vielen zuvor getrennt arbeitenden Einheiten zusammen. Wie orientieren sich die Beschäftigten an den neuen Arbeitsplätzen?

Alle 464 Mitarbeiter, die es wünschten, sowie Verantwortliche des Ministeriums und der IGSS konnten intern bei der Ausarbeitung der „best practice“ mitarbeiten. Der Dank gilt allen, die hier freiwillig und zusätzlich Zeit investiert haben. Daneben erforderte die Umsetzung des CNS-Organigramms eine neugeordnete Hierarchie, wobei erworbenen „Rechten“ im Personalstatut, soweit dies möglich, war Rechnung getragen wurde.

■ Wie werden die Mitarbeiter zu einem großen CNS-Team zusammenwachsen können?

In einer nächsten Etappe werden wir versuchen, das Zugehörigkeitsgefühl der Mitarbeiter zur CNS nachhaltig zu stärken. Dieses Ziel wird durch Ausbildungsgänge, unsere interne Mitarbeiterzeitung „Megafon“ und auch durch ein Betriebsfest angestrebt, das im Frühjahr stattfinden wird. Auch habe ich grundsätzlich ein positives



Die Konsolidierung des Übergangs steht derzeit bei der Gesundheitskasse noch ganz oben auf der Agenda.

Verhältnis zu allen Arten von Belegschaftseinrichtungen, die sich konstruktiv auf das Betriebsklima auswirken, wenn die Forderungen und Möglichkeiten, sie umzusetzen, realistisch sind. Vorschläge aus der Belegschaft sind willkommen.

■ **Wie war eigentlich Ihr ganz persönlicher Eindruck vom Verlauf der ersten vier Wochen in der CNS?**

In Bezug auf die Verantwortung, die ich zwar mit den Mitgliedern der Direktion und anderen Verantwortlichen teile, war in den letzten Wochen ein großer Stress vorhanden, aber deutlich weniger als in den vorhergegangenen Monaten. Ich wusste, dass man sich auf alle Mitarbeiter verlassen konnte und eine gemeinschaftliche Selbstverpflichtung für ein Gelingen des Übergangs vorhanden war. Ich muss auch sagen, dass die notwendigen Entscheidungen von den Verwaltungsräten, dem „Comité Stratégique de Projet“, also den Sozialpartnern, der IGSS und dem Minister, mit getragen waren.

■ **Wo sehen Sie die Prioritäten in der zukünftigen Ausrichtung der CNS?**

Kurzfristig steht die Konsolidierung des Übergangs auf dem Plan. Lang- und mittelfristig die finanzielle Absicherung des Systems im Rahmen der Wahrung des Solidaritätsprinzips. Des Weiteren die Modernisierung der Kollektivverträge mit den Leistungserbringern und der „nomenclature des actes“. Die externe und interne Kommunikation soll optimiert werden. Wir werden neue Aufgaben im Bereich der Gesundheitsvorsorge, Palliativmedizin, Pflegeversicherung, der Qualitätssicherung, sowie der Weiterentwicklung der stationären und ambulanten Versorgung in Angriff nehmen.

(Das Interview führte Dr. Beatrice Wolter, Redaktion Insight Santé Sécu)

Webtipp:

■ www.cns.lu



Maisons Médicales: Wintermonate mit hohen Patientenzahlen

Seit dem 1. Dezember 2008 versorgen die Maisons Médicales alle Bürger, die in der Nacht, an Wochenenden oder Feiertagen allgemeinmedizinische Hilfe benötigen. Was sind die ersten Erfahrungen? Ein Interview mit den koordinierenden Ärzten Dr. Fred Lech, Dr. Guy Loos und Dr. Andre Weis.



Was tun, wenn das Fieber am Wochenende steigt? Medizinische Hilfe gibt es bei den maisons médicales.

■ Warum wurden die Maisons Médicales eingerichtet?

Dr. Loos: Die Bürger sollten ein attraktives Angebot an Allgemeinmedizin erhalten während der Zeiten, in denen die Praxen der Hausärzte geschlossen sind, also abends, nachts, an Feiertagen und übers Wochenende. Als positiver Nebeneffekt ist angestrebt, dass Patienten mit allgemeinmedizinischen Problemen nicht in die Kliniken gehen und dort Zeit in Anspruch nehmen, die eigentlich für wichtige Notfälle benötigt wird. Den Hausärzten erlaubt dieses System, ihre eigenen Praxen während dieser Zeiten guten Gewissens geschlossen zu halten.

■ Nehmen die Bürger das neue Angebot an?

Dr. Lech: Ja, obwohl bisher noch keine große Werbekampagne stattgefunden hat, wurden die drei Häuser erstaunlich gut von der Bevölkerung angenommen, auch die diensthabenden Ärzte sind größtenteils zufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen.

■ Wie oft werden Hausbesuche nachgefragt und können Sie dem Wunsch immer nachkommen?

Dr. Weis: Im Norden wurden im Monat Januar mit einer Gesamtzahl von 1.091 Patienten, 306 Hausbesuche gefragt und gefahren, das entspricht also fast 30 Prozent der Patientenkontakte. Im Zentrum und im Süden ist dieser Anteil ein wenig größer. Bis auf die sehr arbeitsreiche Weihnachtswoche konnten alle berechtigten Hausbesuchswünsche immer erfüllt werden. Sollte dies einmal nicht der Fall sein, bietet der Arzt dem Patienten die für ihn sicherste und beste Alternative an.

■ Zeichnen sich Unterschiede ab zwischen den drei Maisons Médicales?

Dr. Weis: Die Einzugsgebiete der drei Maisons Médicales sind so definiert, dass die Zahl der Ärzte auf die Bevölkerungsdichte abgestimmt ist. So arbeiten im Süden und Norden zwei, im Zentrum drei Ärzte. Und in dieser Proportion bewegt sich auch die Zahl der Patienten. Alle Häuser sind somit gleich belastet. Auch die entferntesten Gegenden können in der Regel gut mit Hausbesuchen versorgt werden, da jeweils nur zwischen 4,5 und 5 Prozent der Patienten hierher stammen.

■ Gibt es Krankheitsbilder, die gehäuft auftreten?

Dr. Lech: Zurzeit dominieren jahreszeitlich bedingt natürlich die Infektionskrankheiten, vor allem Erkältungen, grippale Infekte, auch Fälle von Influenza wurden behandelt, außerdem Magen-Darm-Entzündungen.



■ Warum ist gerade zwischen 7 und 8 Uhr morgens während der Öffnungstage geschlossen?

Dr. Lech: Da es sich beim Ersatzdienst der Hausärzte nicht um einen „Notdienst“ handelt war eine 24-Stundenbereitschaft nicht vorgesehen. Die Stunde morgens zwischen 7 bis 8 Uhr wird genutzt, um die Behandlungsräume zu reinigen und um gebrauchtes Material zu ersetzen, die Autos aufzutanken, also um das Ärztehaus insbesondere an Wochenenden nach einer 23-Stunden-Schicht wieder betriebsbereit zu machen.

■ Was sind Ihre erste Erfahrungen?

Dr. Lech: Im Großen und Ganzen sind die ersten Erfahrungen positiv. Eine gewisse Zurückhaltung bei der Beurteilung ist sicherlich angebracht, da die zurückliegenden Monate Dezember bis Februar erfahrungsgemäß zu den arbeitsaufwändigsten in der Allgemeinmedizin zählen. Eine genauere Einordnung der Besucherzahlen ist erst nach einem Vergleich mit den ruhigeren Sommermonaten möglich.

(Das Interview führte Dr. Beatrice Wolter, Redaktion Insight Santé Sécu)

Webtipp:

■ http://www.dmp.public.lu/actualites/2008/11/maisons_medicales/index.html



Le Code en ligne. Il sera possible sous peu de télécharger ce recueil via le site du Gouvernement en suivant le lien: www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/index.php.

Parution: Code de la Sécurité Sociale, édition 2009

Le recueil «La Sécurité sociale», édité par l'Inspection générale de la sécurité sociale a paru ce mois-ci dans les librairies au prix de 24 Euro.

Ce recueil, actualisé jusqu'en janvier 2009, comprend l'édition complète du Code de la Sécurité Sociale (CSS) ainsi que des textes non codifiés en relation directe avec la sécurité sociale.

Organisation du Code de la sécurité sociale: Le CSS se décline en 6 livres, dont les cinq premiers renvoient aux cinq branches de la sécurité sociale au Luxembourg. Le 6e livre reprend des dispositions communes :

- Livre Ier - L'assurance maladie maternité
- Livre II - L'assurance accidents
- Livre III - L'assurance pension
- Livre IV - Les prestations familiales
- Livre V - L'assurance dépendance
- Livre VI - Dispositions communes



Nachrichten aus Europa

Nationale Arzneimittel-Vorräte: Verfallsdatum ist Minimalangabe

Der luxemburgische Regierungsrat hat 2008 beschlossen, die Haltbarkeit der Arzneimittel, die für den Fall einer Pandemie gelagert werden (insbesondere Tamiflu) und allgemein sehr selten genutzt werden, über das von dem Hersteller angegebene minimale Verfallsdatum aufzubewahren und die Wirksamkeit durch regelmäßige Kontrollen durch anerkannte Laboratorien zu gewährleisten. Dadurch soll unnötiger Kostenaufwand verhindert und ein rationeller Verbrauch von Medikamenten gefördert werden.

Anlässlich des informellen EU-Gesundheitsministerrates im September 2008 im französischen Angers hatte Minister Di Bartolomeo zu dieser pragmatischen und kostensparenden Form der Vorrathaltung die Meinung der 26 Gesundheitsminister und der Kommission angefragt. Er konnte sich mehrerer positiver Reaktionen erfreuen.

Das Thema wird nun auch regelmäßig im Health Security Committee, einem Ausschuss der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (DG SANCO) und der European Agency for Medicines (EMA) behandelt.

(Anne Calteux, Attaché Santé, Bruxelles)

Impressum