

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung

- über das Gesundheitssystem
- über das Grossherzogtum Luxemburg

Kurzer Überblick und Merkmale

Rahmen und Struktur des Systems

- über die Zuständigkeit und ihre Aufgaben
- die Protagonisten des Gesundheitswesens:
 - o die Gesundheitsberufe
 - o die Strukturen des Gesundheitssystems

Synoptische Sicht des Systems

Organisation

- über die Leitung und die Steuerung
- über die Aktionen im Gesundheitsbereich
- über den Einsatz der Mittel

Über die Pflegeempfänger

Über die Finanzierung

Vorläufige Schlussfolgerungen

Bibliographie

EINLEITUNG

Über das Gesundheitswesen

Ein Gesundheitssystem ist die Gesamtheit aller öffentlichen und privaten Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen in einem Land, deren Auftrag darin besteht unter den dortigen politischen und institutionellen Rahmenbedingungen auf die Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit hinzuarbeiten.

Die Gesundheitssysteme umfassen sowohl die individuelle als auch die bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung, aber auch Massnahmen, mit denen andere Politikbereiche dazu veranlasst werden sollen, in ihrer Arbeit an den sozialen wie auch den umweltbedingten und ökonomischen Determinanten von Gesundheit anzusetzen.

Die Gesundheitssysteme überschreiten den Rahmen der reinen Gesundheitsversorgung und fördern die Bereiche Krankheitsprävention und

Gesundheitsförderung und sind bestrebt andere Politikbereiche zur Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte in ihrem Handeln zu veranlassen.

Die Gesundheitssysteme benötigen für die Gestaltung ihrer Angebote ein ganzheitliches Konzept, das eine Abstimmung zwischen einer Vielzahl von Leistungsanbietern, Institutionen und Bereichen im öffentlichen wie auch privaten Sektor gewährleistet und die primäre Gesundheitsversorgung, Einrichtungen für Akutversorgung und Weiterversorgung, Altenheime, Wohnsitz des Leistungsempfängers u.a. umfasst.

(Organisation Mondiale de la Santé, extraits de la Charte de Tallin, signée à Tallin (Estonie) le 27 juin 2008)⁷

Über das Grossherzogtum Luxemburg

Luxemburg hat eine Gesamtfläche von 2.586 km², die Einwohnerzahl beträgt 0,49 Millionen (2006)⁶, mit einer Bevölkerungsdichte von etwa 175 Einwohner pro km². Die Altersstruktur zeigt auf, dass Luxemburg eine relativ junge Bevölkerung hat: 18,4% sind jünger als 15 Jahre und 14,1% sind älter als 65 Jahre (2006)⁶. Im Jahr 2006 belief sich die Geburtenrate auf 18,4 pro 1000 Einwohner⁶ und die Kindersterblichkeitsrate ist mit 2,5 pro 1000 Lebendgeburten eine der niedrigsten in Europa. Die Lebenserwartung bei der Geburt wird auf 76,9 Jahre für die Männer und auf 81,9 Jahre für die Frauen geschätzt und ist damit geringfügig niedriger als in den Nachbarländern⁶.

Kurzer Überblick und Merkmale

Das Gesundheitssystem eines Landes stellt eine Emulation seiner Geschichte dar und das luxemburgische System macht darin keine Ausnahme.

Gemäss dem Regierungsprogramm kommt dem Gesundheitsministerium die Aufgabe zu, das Gesundheitssystem zu steuern und zu koordinieren, die festgesetzten Ziele umzusetzen, deren Werte zugrunde liegen wie Solidarität, Universalität, nachhaltige Entwicklung, Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsversorgung und Behandlung u.a. und verfügt zu diesem Zweck über eine Vielzahl von Mitteln. Dies war nicht immer so.

In der Tat wurde dieses Ministerium, abgesehen von einem kurzen in Erscheinung treten unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg, erst mittels eines Staatssekretariats im Jahre 1956 ins Leben gerufen. Die wichtigste Behörde des Gesundheitsministeriums, die Gesundheitsdirektion, konnte sich allerdings erst Ende des 20. Jahrhunderts wirklich entwickeln.

Vorher und während einer sehr langen Zeit war der Gesundheitsbereich ein „patchwork“ von vorwiegend privaten Initiativen die auf der liberalen Medizin und Wohltätigkeitsinstitutionen basierten, welche sich nach und nach vom Fürsorgeamt zum Dienstleistungsanbieter entwickelten, dank der progressiven Verbreitung der Krankenversicherungen, denen ursprünglich das bismarcksche Modell zugrunde lag.

Bis zum Ende der sechziger Jahre war die Rolle des Gesundheitsministeriums, zusammen mit dem Ärztekollegium und später mit der Gesundheitsdirektion, darauf begrenzt, die öffentliche Gesundheit zu überwachen, die wenigen Anstalten zu leiten welche der Staat ersatzweise ins Leben gerufen hatte – wie die Irrenanstalt, die Sanatorien für Tuberkulosekranke u.a., das Thermalbad – und die Aufgaben verschiedener Organismen zu überwachen, welche für die öffentliche Gesundheit zwar unabdingbar waren aber deren Finanzierung nicht von den Krankenkassen übernommen wurde, sondern vom Staat übernommen werden musste.

Erst ab den siebziger Jahren hat der Staat vermehrt die Mitfinanzierung der Gesundheitsstrukturen und der Krankenkassen übernommen. Gleichzeitig hat der Staat, mittels Gesetzgebung, der Gesundheitsdirektion die Rolle einer Kontrollinstanz des öffentlichen Gesundheitsbereiches übertragen und nach und nach ein legislatives Netzwerk erstellt, besonders im Bereich der Ausübung der Gesundheitsberufe, der Organisation der Notfallmedizin, der Krankenhausplanung, der Aufsicht des Mutterschutzes, der Säuglingspflege und später der Schulmedizin sowie der Arbeitsschutzbestimmungen. Auf diese Weise hat der Staat nebenbei seine ihm zukommende Rolle der Steuerung des Gesundheitswesens übernommen.

Der Staat als Garant der Werte, aber auch einer nachhaltigen Finanzierung und Entwicklung, hat so nach und nach die soziale Sicherheit und den Gesundheitsbereich in Angriff genommen, immer im Hinblick auf eine einvernehmliche Entwicklung deren Hauptmerkmale derzeit folgende sind:

- allumfassende Absicherung der Bevölkerung mittels obligatorischer, gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung,
- überwiegend liberale Ausübung der Medizin, mit dem Arzt als Initiator aller von den Krankenkassen zu erstattenden Dienstleistungen,
- obligatorische Konvention mit allen Leistungserbringern welche einen Gesundheitsberuf oder eine Aktivität im Gesundheitsbereich ausüben,
- freie Auswahl des Dienstleisters seitens des Patienten und direkten Zugang zur fachärztlichen Behandlung,
- Krankenhausplanung sowie Zulassung und Überwachung von Arzneimitteln und des Arzneimittelgesetzes,
- gleiche Behandlung für alle Leistungserbringer (juristische oder natürliche Person), ungeachtet ihres Status’.

Das luxemburgische Gesundheitssystem 2009

RESUMIERTES PANORAMA

Schematische Vision

VORMUND-
SCHAFT

ABGEORDNETENKAMMER

REGIERUNG

Verschiedene Ministerien erfüllen unerlässliche Aufgaben im Gesundheitsbereich

GESUNDHEIT	Konzept des Gesundheitssystems und Bekämpfung von Krankheiten ; Politik, Gesetzgebung und Koordination
SOZIALE SICHERHEIT	Krankenversicherung , Pflegeversicherung und andere Bereiche der sozialen Sicherheit
ACKERBAU	Nahrungsmittelkette, Forstwirtschaft und -umwelt
UMWELT	Luft, Bekämpfung der Luftverschmutzung
NAT. ERZIEHUNG	Ausbildung zu Gesundheitsberufen
FAMILIE	Soziale Solidarität, Integration, 3. Alter
INNERE ANGELEG.	Hilfsdienste im Vorfeld der Krankenhausdienste ; Wasserverwaltung
BUDGET	Finanzielle Partizipation seitens des Staates

Figure 1

Es handelt sich um eine **integrierte Gesundheitspolitik** unter der Autorität der Regierung und deren natürliche **Koordinationsrolle** dem **Gesundheitsministerium** zukommt

Aufgaben

*Plan**

*Do**

Aufgaben des Gesundheitsministeriums

Konzept : Planung, Engineering und Koordination
Gesetzgebung : Strukturen, Aktivitäten und Gesundheitsberufe
Finanzierung : via Staatsbudget und subsidiar zur Sozialen Sicherheit
Ermächtigungen : Dienstleister und Sanitärstrukturen
Implementierung und Delegation der Aktionen
Kontrolle, Evaluation, fortlaufende Verbesserung

Check

Figure 2
*Cycle d'après Deming

Source des figures : Ministère de la Santé, Carte sanitaire 4^{ème} édition

GROSSHERZOGTUM LUXEMBURG : PANORAMA DES LUXEMBURGISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS 2009
 Roger CONSRUCK, Gesundheitsministerium, Luxemburg

Man unterscheidet:

- **die natürlichen (physischen) Personen**, die mehrheitlich einen der reglementierten Gesundheitsberufe ausüben und nachfolgend als Gesundheitsfachkräfte bezeichnet sind, ohne jedoch die Einbringung anderer engagierter Personen zu vergessen, welche insbesondere ehrenamtlich tätig sind, wie z.B. die Sanitäter des Zivilschutzes (der Rettungswagen) oder Personen die sich um die Propagation des Gesundheitsbewusstseins bemühen oder die sich die Interessenvertretung der Kranken zur Aufgabe gemacht haben, aber auch all jene Personen die im Gesundheitsbereich arbeiten ohne einen der reglementierten Gesundheitsberufe auszuüben.
- **die juristischen Personen**, d.h. welche die Organisationen ausmachen die unter verschiedenen Formen - öffentlich oder privat – die Leitung und die Verantwortung der Gesundheitsstrukturen ausüben und insbesondere :
 - o der Krankenhäuser und der konventionierten Vereinigungen
 - o der Standesvertretungen wie das Ärztekollegium oder der Oberste Rat der Gesundheitsberufe
 - o der vom Gesetz bestimmten Kommissionen, wie z.B. der Ständige Ausschuss des Gesundheitssektors (CPH)

Um diese synthetische Beschreibung des luxemburgischen Gesundheitssystems verständlicher zu gestalten, wird nachfolgend nur die Rede von natürlichen Personen sein, die einen Gesundheitsberuf ausüben sowie der juristischen Personen welche die gängigsten Gesundheitsstrukturen vertreten.

1) über die Gesundheitsberufe (natürliche Personen)

Allgemeines: Erlaubnis einen Gesundheitsberuf auszuüben und Berufsausübung

Jede Gesundheitsfachkraft die einen der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe im Grossherzogtum Luxemburg ausüben möchte (Ärzte, Apotheker und andere Gesundheitsberufe) brauchen hierzu eine Zulassung des Gesundheitsministers.

Diese Zulassung kann nur aufgrund der Anerkennung des jeweiligen Originalzeugnisses durch das Erziehungsministerium erteilt werden. Das Erziehungsministerium erteilt auch die Anerkennung der ausländischen Diplome. Die Diplome welche in einem Land der europäischen Union ausgestellt wurden, fallen unter die Bestimmungen der europäischen Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen; dies ist nicht der Fall für Diplome die in einem Drittland ausgestellt wurden.

Der Gesundheitsminister erteilt die Erlaubnis zur Berufsausbildung in dem Beruf für welchen der Antragsteller die Anerkennung seines Diploms in Luxemburg erhalten hat, auf schriftliche Anfrage des Antragstellers hin sowie aufgrund der gesetzlichen Verfügungen und der Ausführungsbestimmungen

welche die verschiedenen Gesundheitsberufe regeln. Diese beziehen sich vorwiegend auf die Ehrenhaftigkeit des Antragstellers, auf seine dem Land entsprechenden Sprachkenntnisse und auf die obligatorische Weiterbildung.

Die Ausübung der Gesundheitsberufe ist gesetzlich geregelt und die respektiven Ausführungsbestimmungen regeln das spezifische Ausübungsspektrum der einzelnen Gesundheitsberufe.

Die Konformitätskontrolle bezüglich der gesetzlichen Verfügungen und der Ausführungsbestimmungen der Gesundheitsberufe fällt, ungeachtet der Verpflichtungen die eventuell dem Arbeitgeber obliegen, der Gesundheitsdirektion, *Abteilung Kurativmedizin*, soweit es die Ärzte und andere Gesundheitsberufe betrifft, und der *Abteilung für Apothekenwesen und Arzneimittel* sofern es den Apothekerberuf betrifft.

Die Gesundheitsfachkräfte unterstehen ebenfalls der disziplinarischen Autorität ihrer jeweiligen Standesvertretung, entweder dem Ärztekollegium (für Ärzte und Apotheker) oder dem Obersten Rat der Gesundheitsberufe. Die jeweiligen Standesvertretungen erlassen ebenfalls Regeln der medizinischen Deontologie für die Gesundheitsberufe die in ihren respektiven Zuständigkeitsbereich fallen.

Ausserdem ist die Erlaubnis zur Berufsausübung automatisch und verbindlich an eine Konvention mit dem Dachverband der Krankenkassen (UCM) (Gesundheitskassen?) gebunden, was soviel heisst wie dass jede Gesundheitsfachkraft an die respektive Konvention zwischen der UCM und den Vertretern seines Berufsstandes gebunden ist. Dies hat zur Folge dass kein Leistungsträger andere Tarife festsetzen kann als diejenigen die für seinen Berufsstand ausgehandelt wurden. Träger der Konformitätskontrolle bezüglich der Ausübung der Gesundheitsberufe im Zusammenhang mit den Vorschriften des Amtes für soziale Sicherheit, ist das ärztliche Aufsichtsamt (*Contrôle médical*) welches der Generalinspektion des Amtes für soziale Sicherheit untersteht.

- **die Arztberufe**

a) Gesetzgebung

Gesetze:

Gesetz vom 29. April 1983 betreffend die Ausübung des Arzt-, des Zahnarzt- und des Tierarztberufes (in seiner abgeänderten Fassung)

Gesetz vom 8. Juni 1999 betreffen das Ärztekollegium (*Collège Médical*)

Ausführungsbestimmungen:

Grossherzogliches Reglement vom 10. Juni 1997, welches die Prozedur zur Erlangung der Erlaubnis zur Berufsausübung des Arzt- und Zahnarztberufes bestimmt.

Grossherzogliches Reglement vom 10. Juni 1997 über die Aufstellung der Liste der in Luxemburg anerkannten medizinischen Fachbereiche sowie die Bestimmung der Ausbildungsbedingungen im Hinblick auf die Anerkennung dieser Titel (in seiner abgeänderten Fassung).

Grossherzogliches Reglement vom 25. November 1983 betreffend die Bedingungen und Modalitäten der Dienstleistungen des Arztes und des Zahnarztes.

Grossherzogliches Reglement vom 30. Mai 1996 welches die Modalitäten der Vertretung in der Medizin und der Zahnmedizin bestimmt, sowie die Prozedur zur Erlangung der Erlaubnis die Vertretungen zu tätigen (in seiner abgeänderten Fassung).

Grossherzogliches Reglement vom 17. Juni 1993 welches die Liste der Ausstattungen und Apparate bestimmt, die von den Ärzten und Zahnärzten ausschliesslich für den Gebrauch in ihren medizinischen Praxen angeschafft werden dürfen.

Ministerielles Reglement vom 20. Dezember 1993 welches die Liste der Laboruntersuchungen bestimmt, die die Ärzte in ihrer Praxis vornehmen dürfen (in seiner abgeänderten Fassung).

Grossherzogliches Reglement vom 10. September 2004 über die Bezeichnung der ansteckenden oder übertragbaren Krankheiten welche einer obligatorischen Deklaration unterliegen.

Grossherzogliches Reglement vom 17. November 2004, welches die Liste der Diplome, Bescheinigungen und anderen Arzttitel bestimmt, so wie im abgeänderten Gesetz vom 29. April 1983 über die Ausübung des Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztberufes vorgesehen.

Grossherzogliches Reglement vom 17. November 2004, welches die Liste der Diplome, Bescheinigungen und anderen Zahnarzttitel bestimmt, so wie im abgeänderten Gesetz vom 29. April 1983 über die Ausübung des Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztberufes vorgesehen.

Ministerielles Reglement vom 7. Juli 2005 über die Anerkennung des Deontologiekodex (code de déontologie) betreffend den Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztberuf, welcher vom Ärztekollegium (Collège Médical) erlassen worden ist.

Quelle: Gesundheitsministerium, Gesundheitskodex; Kompilation durch die Abteilung für Gesundheitsberufe.

b) Klassifizierung und Demographie; aktive Ärzte 2006

Kategorien	Frauen	Männer	Total
Allgemeinärzte	150	275	425
Fachärzte*	241	688	929
Zahnärzte	108	254	362
TOTAL 2006	499	1217	1716

*Aufteilung nach Fachrichtung	Anzahl	*Aufteilung nach Fachrichtung	Anzahl
Allgemein-Chirurgie	63	Klinische Biologie	8
Anästhesie- u. Intensivmedizin	83	Lungenheilkunde	15
Anatomie Pathologie	10	Mikrobiologie	4
Arbeitsmedizin	25	Nephrologie	5
Augenheilkunde	48	Neurologie	26
Biologische Hämatologie	1	Neurochirurgie	9
Elektroradiologie	10	Neuropsychiatrie	12
Endokrinologie, Stoffwechselkrank.	3	Nuklearmedizin	10
Funktionelle Rehabilitation	15	Orthopädie	37
Gastro-Enterologie	15	Plastische Chirurgie	10
Gefässchirurgie	1	Pneumologie	3
Gynäkologie u. Geburtshilfe	67	Psychiatrie	59
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	38	Radiodiagnostik	48
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	28	Radiotherapie	5
Innere Medizin	109	Rheumatologie	15
Kardiologie und Angiologie	32	Stomatologie	6
Kardiovaskular-Chirurgie	3	Thoraxchirurgie	1
Kinderchirurgie	4	Urologie	22
Kinderheilkunde	66	Volksgesundheit	1
Kinderpsychiatrie	6	Zahn-, Mund- u. Kieferchir.	5

Quelle: Gesundheitsministerium, Direktion, Abt. Gesundheitsstatistiken

- die übrigen Gesundheitsberufe

a) Gesetzgebung

Gesetze:

Gesetz vom 26. März 1992 betreffend die Ausübung und Aufwertung verschiedener Gesundheitsberufe (in seiner abgeänderten Form).

Gesetz vom 11. Januar 1995 über die Neuordnung der öffentlichen und privaten Krankenpflege(-rinnen)schulen und über die Regulierung der Zusammenarbeit zwischen dem Erziehungsministerium und dem Gesundheitsministerium.

Ausführungsbestimmungen:

Grossherzogliches Reglement vom 11. Juli 1969 über die Ausführung der Artikel 1 und 5 des Gesetzes vom 18. November 1967 über die Reglementierung verschiedener paramedizinischer Berufe, betreffend den Beruf des **Pflegedienstleiters** (infirmier hospitalier gradué) (in seiner abgeänderten Fassung).

Grossherzogliches Reglement vom 15. Juli 1969 über die Ausführung der Artikel 1 und 5 des Gesetzes vom 18. November 1967 über die Reglementierung verschiedener paramedizinischer Berufe, betreffend den Beruf des **Sozialhygienearbeiters** (assistant d'hygiène social) (in seiner abgeänderten Fassung).

Grossherzogliches Reglement vom 15. Juli 1969 über die Ausführung der Artikel 1 und 5 des Gesetzes vom 18. November 1967 über die Reglementierung verschiedener paramedizinischer Berufe, betreffend den Beruf des **Laboranten** (in seiner abgeänderten Fassung).

Grossherzogliches Reglement vom 24. September 1969 über die Ausführung der Artikel 1 und 5 des Gesetzes vom 18. November 1967 über die Reglementierung verschiedener paramedizinischer Berufe, betreffend den Beruf des **medizinischen Bademeisters** (in seiner abgeänderten Fassung).

Grossherzogliches Reglement vom 24. September 1969 über die Ausführung der Artikel 1 und 5 des Gesetzes vom 18. November 1967 über die Reglementierung verschiedener paramedizinischer Berufe, betreffend den Beruf des **Physiotherapeuten** (in seiner abgeänderten Fassung).

Grossherzogliches Reglement vom 24. September 1969 über die Ausführung der Artikel 1 und 5 des Gesetzes vom 18. November 1967 über die Reglementierung verschiedener paramedizinischer Berufe, betreffend den Beruf des **Kinderpflegers** (in seiner abgeänderten Fassung).

Grossherzogliches Reglement vom 30. Juni 1970 über die Ausführung der Artikel 1 und 5 des Gesetzes vom 18. November 1967 über die Reglementierung verschiedener paramedizinischer Berufe, betreffend den Beruf des **Logopäden** (in seiner abgeänderten Fassung).

Grossherzogliches Reglement vom 23. März 1979 über die Reglementierung der Studien des psychiatrischen Krankenpflegers und Festlegung des Aufgabenbereiches und der Berufstechniken des **psychiatrischen Krankenpflegers** (in seiner abgeänderten Form).

Grossherzogliches Reglement vom 29. August 1979 und des 18. März 1981 über die Reglementierung der Studien und des Aufgabenbereiches des Berufes des **medizinisch-technischen Assistenten (für Labor und Chirurgie)** (in seiner abgeänderten Fassung).

Grossherzogliches Reglement vom 11. Dezember 1981 über die Studien und den Aufgabenbereich des Berufes der **Hebamme** (in seiner abgeänderten Form).

Grossherzogliches Reglement vom 14. Mai 1996 betreffend die Einführung einer permanenten Beratungskommission welche zum Ziel hat, den Erziehungsminister und den Gesundheitsminister in

allen Fragen zu Ausbildung, Statut und ordnungsgemässer Ausübung der Gesundheitsberufe zu beraten.

Grossherzogliches Reglement vom 21. Januar 1998 über die Ausübung des **Krankenpflegeberufes**.

Grossherzogliches Reglement vom 18. April 2000 welches die Prozedur zum Erhalt der Erlaubnis auf Berufsausübung der Gesundheitsberufe im Grossherzogtum Luxemburg festlegt.

Grossherzogliches Reglement vom 15. Februar 2002 welches den Beruf des **Ergotherapeuten** regelt.

Grossherzogliches Reglement vom 25. Juli 2002 welches den Beruf des **Krankenpflegehelfers** regelt.

Grossherzogliches Reglement vom 20. September 2002 welches für den Beruf des Krankenpflegehelfers die Anerkennungsmodalitäten ausländischer Diplome regelt.

Grossherzogliches Reglement vom 9. Mai 2003 über die Ausübung des Berufes des **medizinisch technischen Radiologieassistenten**.

Grossherzogliches Reglement vom 22. August 2003 welches den Beruf des **Diätassistent** regelt.

Grossherzogliche Reglemente für folgende Berufe sind in Ausarbeitung: Psychomotoriker, Heilpädagoge, Psychotherapeut und Chiropraktiker.

Quelle: Gesundheitsministerium, Gesundheitskodex; Kompilation durch die Abteilung für Gesundheitsberufe.

b) Demographie der übrigen, aktiven, Gesundheitsberufe 2006
b 1) Aufteilung nach Nationalität und Geschlecht

		Nationalität										Total
		Sonstige		B		D		F		L		
		Geschlecht		Geschlecht		Geschlecht		Geschlecht		Geschlecht		
		W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	
Berufsbezeichnung		187	41	27	1	303	39	517	66	829	115	2125
Krankenpflegehelfer												
Krankenpflegehelfer für Psych.		1	.	2	.	.	.	.	.	31	18	52
M. T. A. für Chirurgie		7	3	8	3	17	26	22	4	40	19	149
M. T. Laborassistent		7	1	.	.	17	1	7	1	128	38	200
M. T. A. für Radiologie		4	8	.	1	2	1	64	56	63	36	235
Sozialhygienearbeiter		1	.	9	1	1	.	1	.	96	11	120
Altenfleger		1	.	1	.	1	.	.	.	21	2	26
Sozialarbeiter		11	3	47	11	5	3	.	.	176	39	295
Diätassistent		2	.	9	.	1	.	6	.	26	3	47
Ergotherapeut		4	.	43	7	30	15	19	6	73	5	202
Krankenpfleger		206	35	567	115	619	213	796	137	1218	165	4071
K'pfl. für Anästhesie und Rea.		13	8	10	10	24	41	23	17	108	95	349
Kinderkrankenpfleger		8	.	17	1	41	.	29	.	127	1	224
Pflegedienstleiter		1	.	11	3	2	1	11	3	78	44	154
Psychiatrie- Krankenpfleger		10	6	14	5	2	7	26	7	97	50	224
Laborant		2	.	74	27	.	.	35	7	87	22	254
Massieur u. mediz. Bademeister		1	1	.	.	6	23	.	.	3	10	44
Physiotherapeut		15	16	98	90	26	11	16	20	110	87	489
Logopäde		4	.	9	.	1	.	.	.	33	2	49
Orthoptist		.	.	.	.	1	.	3	.	5	1	10
Heilpädagoge		.	.	.	.	.	.	.	.	27	2	29
Psychomotoriker		4	.	3	.	.	.	2	1	18	.	28
Hebamme		7	.	38	1	.	.	42	.	71	.	159
Total	2006	496	122	987	276	1099	381	1619	325	3465	765	9535

b 2) Aufteilung nach Arbeitsgebiet und Geschlecht

		Aktivitätsbereich						Total	
		Freiberuflich		Akutkrankenhäuser		Einrichtungen für mittlere- u. Langzeit-Verweildauer			
		Geschlecht		Geschlecht		Geschlecht			
		F	M	F	M	F			M
Berufsbezeichnung									
Krankenlegehelfer		422	60	490	78	951	124	2125	
Krankenpflegehelfer für Psychiatrie		4	.	25	17	5	1	52	
M. T. A. für Chirurgie		.	1	94	53	.	1	149	
M. T. Laborassistent									
M. T. A. für Radiologie		5	2	128	100	.	.	235	
Sozialhygienearbeiter		96	11	7	.	5	1	120	
Altenfleger		3	.	.	.	21	2	26	
Sozialarbeiter		204	50	29	4	6	2	295	
Diätassistent		24	1	18	2	2	.	47	
Ergotherapeut		71	12	54	9	44	12	202	
Krankenpfleger		790	134	2007	396	609	135	4071	
K'pfl. für Anästhesie und Reanimation		4	9	173	160	1	2	349	
Kinderkrankenpfleger		54	1	161	1	7	.	224	
Pflegedienstleiter		57	21	37	16	9	14	154	
Psych. Krankenpfleger		23	12	122	60	4	3	224	
Laborant		90	20	108	36	.	.	254	
Masseur u. medizinischer Bademeister		10	34	.	.	.	.	44	
Physiotherapeut		178	162	67	42	20	20	489	
Logopäde		38	2	8	.	1	.	49	
Orthoptist		9	1	.	.	.	.	10	
Heilpädagoge		27	2	.	.	.	.	29	
Psychomotoriker		18	1	9	.	.	.	28	
Hebamme		5	.	153	1	.	.	159	
Total	2006	2205	554	3776	998	1685	317	9535	

Quelle: Gesundheitsministerium, Direktion, Abt. Gesundheitsstatistiken

2) die Strukturen des Gesundheitssystems

Allgemeines: Zulassungen, Leistungsrahmen und Kontrolle

Wie auch die Pflegefachkräfte eine Zulassung zur Ausübung eines Gesundheitsberufes brauchen, benötigen auch die Gesundheitsstrukturen des Grossherzogtums eine Erlaubnis auf Erschaffung, Inbetriebnahme und/oder Betreibung.

Diese Zulassungen gründen auf den spezifischen gesetzlichen Vorlagen welche die Bedingungen und Prozeduren festlegen und die Aktivitätsspektren der einzelnen Einrichtungen festlegen. Sie streben eine gewisse Anzahl von Voraussetzung an, die es ermöglichen qualitativ hochwertige Dienstleistungen zu garantieren.

Die jeweiligen Gesetzesvorlagen sind in einem Gesetzbuch für den Gesundheitsbereich (*Code de la Santé*) zusammengetragen und werden regelmässig aktualisiert; sie sind nachfolgend unverbindlich und ohne Anspruch auf Vollständigkeit, zitiert. Sie können auf der Internetseite der Regierung nachgeschlagen werden, später auch auf der Webseite des „Portail Santé“ resp. unter *Legilux* (http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/compilation/code_sante/).

Die Krankenhäuser, die Apotheken, die Versorgungsnetzwerke für Hilfe und Pflege (*Netzwerk für Hilfe und Pflege (Versorgungs- und Hilfsnetzwerk ???)*) und besonders die medizinischen Untersuchungslabore unterstehen somit der Zulassung und der Aufsicht des Gesundheitsministers, wohingegen die Kontrolle auf Einhaltung der ihnen auferlegten Bestimmungen, der Gesundheitsdirektion und ihrer verschiedenen Abteilungen untersteht, insbesondere der Abteilung für Kurativmedizin, der Abteilung für Strahlenschutz und der Abteilung für Apothekenwesen und Arzneimittel.

Die Langzeitpflegestrukturen unterstehen dem Familienministerium.

- über die Krankenhäuser

a) Gesetzgebung

Gesetz vom 28. August 1998 betreffend die Krankenhäuser.

Gesetz vom 21. November 1980 über die Organisation der Gesundheitsdirektion (in seiner abgeänderten Form)

Gesetz vom 27. Februar 1986 betreffend den medizinischen Notfalldienst (in seiner abgeänderten Form)

Gesetz vom 28. Mai 1988 betreffend die Einweisung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen in eine geschlossene Anstalt oder psychiatrische Abteilung (in seiner abgeänderten Form)

b) Kenndaten und Klassifizierung dieser Strukturen und Aktivitätsrahmen

Siehe Seite 15 unter: „soins de 2e ligne; „der Krankenhaussektor“)

- über die konventionierten Dienstleistungen

Aus diversen Ursachen ist die Finanzierung einiger Dienstleistungen seitens verschiedener Zweige/ Abteilungen des Amtes für Soziale Sicherheit und insbesondere der Krankenkassen nicht gewährleistet, so dass der Staat sehr oft, in Ermangelung anderer Finanzierungsmöglichkeiten, verschiedene Dienstleistungen im Gesundheitsbereich tragen muss .

Da es dem Staat personell gesehen unmöglich ist, all diese Aufgaben und Funktionen zu übernehmen, delegiert er diese teils an bestehende, teils an eigens zu diesem Zweck gegründete Vereine oder Organismen. Das Gesundheitsministerium und die Gesundheitsdirektion schliessen zu diesem Zweck Zulieferverträge (*convention de sous-traitance*) ab.

Diese konventionierten Dienstleistungsbetriebe legen in einem Jahresbericht Rechenschaft über ihre Aktivitäten ab, der insbesondere für die Abgeordnetenkommission bestimmt ist, aber auch der Öffentlichkeit zugänglich ist.

Obwohl das Spektrum der Aktivitäten dieser konventionierten Dienstleistungsbetriebe sehr breit gefächert ist, sind ihre Aufgaben doch häufig im präventiven und palliativen Bereich der Sozialmedizin angesiedelt. Meist handelt es sich um innovative Initiativen die, wenn sie sich bewährt haben, sehr oft in den Bereich der von der Krankenkasse zu erstattenden Leistungen integriert werden.

Momentan sind folgende Dienste mit dem Gesundheitsministerium konventioniert:

- Dienstleistungen mit allgemeiner Bestimmung , wie z.B. die Interessenvertretung der Patienten (*Patientevertriedung*)
- Dienstleistungen mit spezifischer Bestimmung, wie z.B. „*Hëllef fir de Puppelchen*“ (Hilfe für den Säugling), die Dienststelle für Früherkennung und Rehabilitation, die Dienststelle für medizinisch-therapeutische Einstufung und Koordination, ALUPSE (misshandelte Kinder), Verband für psychosoziale und medizinische Betreuung (Säuglingsfürsorge)
- Initiativen die sich in Dienst von verschiedenen Gruppen von chronisch erkrankten Mitmenschen stellen, wie z.B.
 - o Krebs (Luxemburgische Stiftung zur Krebsbekämpfung - *Fondation Luxembourgeoise contre le cancer*)
 - o Herz-Kreislauferkrankungen (Verein der herzkranken Sportler)
 - o Diabetes (Luxemburgischer Verein der Diabetiker)
 - o Verhaltensauffälligkeiten (Psychiatrische Versorgungsstrukturen)
 - o Drogenabhängigkeit (Strukturen für Drogensüchtige)

Mit der Entwicklung, ab 2009, der Krankenkassenunion zu einer Nationalen Gesundheitskasse, ist es sehr wahrscheinlich dass eine bestimmte Anzahl dieser Dienstleistungsstrukturen nach und nach in den Reigen der vom Amt für soziale Sicherheit finanzierten Strukturen eingegliedert werden, wie dies z.B. 2007 der Fall war für die psychiatrischen Versorgungsstrukturen.

- über die Apotheken

a) Gesetzgebung

b)

Gesetz vom 4. Juli 1984 betreffend das Apothekenwesen.

Gesetz vom 31. Juli 1991 welches die Bedingungen zur Erlaubnis auf Berufsausübung des Apothekerberufes regelt.

c) Strukturen, Anzahl und Aktivitätsspektrum

Die Apotheken vertreiben, mit gesetzlich festgelegter Exklusivität, mehrheitlich verschreibungspflichtige Medikamente, aber auch freiverkäufliche Gesundheitsprodukte (Para-Pharmazeutische Produkte). Man unterscheidet zwischen Krankenhausapotheken, welche ausschliesslich, bis auf wenige gesetzlich geregelte Ausnahmen, nur die stationären Patienten beliefern und den der Öffentlichkeit zugänglichen traditionellen Apotheken.

Wie der Krankenhaussektor, entspricht der Apothekensektor einer bestimmten Planstruktur (planifié) und garantiert der Bevölkerung die Kontinuität ihrer Dienstleistungen. Die Anzahl der öffentlichen Apotheken, von denen einige eine staatliche Konzession haben, ist auf 1 Apotheke pro 5000 Einwohner begrenzt.

- über die medizinischen Untersuchungslabore

d) Gesetzgebung

Gesetz vom 16. Juli 1984 betreffend die medizinischen Untersuchungslabore.

Grossherzogliches Reglement vom 18. Dezember 1998 welches die Disziplinen eines medizinisch-biologischen Untersuchungslabors festlegt und die spezialisierte Ausbildung des Laborleiters regelt..

e) Eigenheiten und Klassifizierung dieser Strukturen und Aktivitätsspektrum

Diese Strukturen sind die Einzigen, die von Gesetzes her befugt sind, ausschliesslich auf ärztliche Verschreibung, folgende Untersuchungen vorzunehmen: biologische und chemische, physiologische oder pathologische Analysen, Untersuchungen von Flüssigkeiten, Gewebe, Gaze resp. Zellen einschliesslich ihrer Inhalte sowie andere im menschlichen Körper enthaltene Mikro-Organismen.

Auch wenn man im Zuge einer Klassifizierung das LNS (Nationales staatliches Untersuchungslabor), die Krankenhauslabore und die privaten Untersuchungslabore unterscheidet, muss man wissen dass, ausgenommen einiger weniger spezifischen Untersuchungen wie z.B. die Anatomo-Pathologie im LNS, die Aktivitäten all dieser Untersuchungslabore sich weitgehend überschneiden. Allerdings variieren die Finanzierungsmodalitäten für die

gleichen Untersuchungen sehr stark, obwohl alle Analysen von der Krankenkassenunion erstattet werden.

Im Gegensatz zu den Krankenhäusern und den Apotheken, deren Anzahl aufgrund von Bedarfsschätzungen innerhalb der Bevölkerung gesetzlich festgelegt ist, gibt es für die medizinischen Untersuchungslabore keine festgelegten Planstrukturen und deren Anzahl, besonders der privaten Labore, die Logik des Marktgesetzes reflektiert. Alle medizinischen Untersuchungslabore unterliegen der gleichen Qualitätskontrolle.

- über die Vorbeugung im Gesundheitsbereich

Darunter versteht man die Gesamtheit der Massnahmen die eingesetzt werden um die öffentliche Gesundheitslehre und die Gesundheitsrisiken zu überwachen. Diese Vorbeugemassnahmen, welche der Gesundheitsdirektion unterstehen, streben besonders die Prävention, die Ortung und die Intervention im Falle von konkreten Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit an.

Zu diesem Zweck wurden eine Reihe von gesetzlichen Massnahmen erstellt, welche folgende Punkte regelt:

- internationale Gesundheitsordnung
- Lebensmittel und Trinkwasser
- Schadstoffe und gentechnisch veränderte Organismen
- Strahlenschutz
- Suchtprävention (Drogen, Alkohol, Tabak)
- Impfungen und Präventivmedizin
- Bluttransfusion, Organ- und Gewebeentnahme sowie Entnahme von menschlichen Zellen zur Applikation am Menschen
- medizinische Apparate

Die entsprechenden Gesetzesvorlagen sind in einem Gesetzbuch für den Gesundheitsbereich (*Code de la Santé*) zusammengetragen und können auf der Internetseite der Regierung unter Legilux nachgeschlagen werden. (http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/compilation/code_sante/).

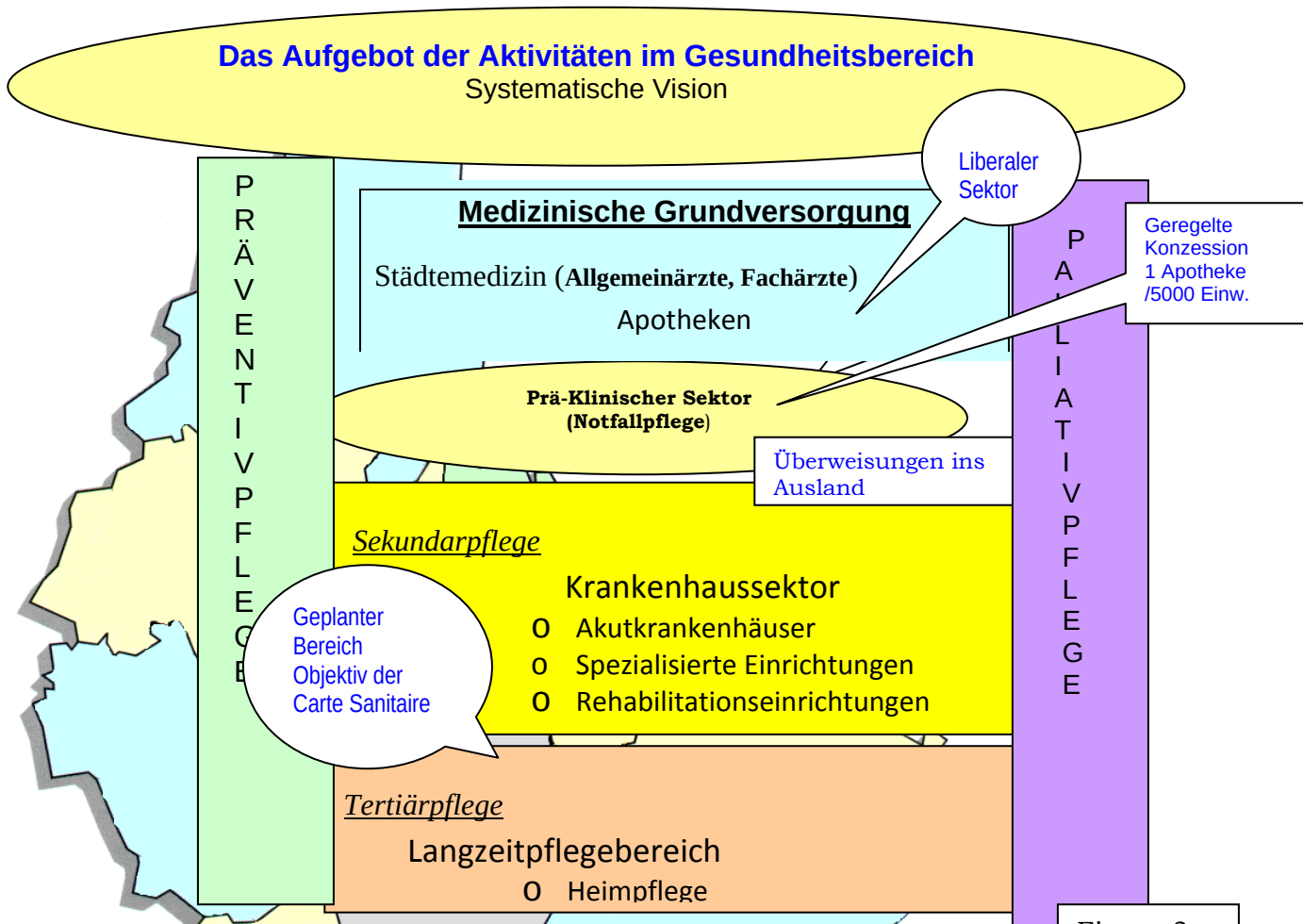


Figure 3

Kurze Beschreibung und Merkmale des Systems

	Beteiligte Zahlen 2004	Basis der Ausübung	Rechenschafts- berichte der Aktivitäten / Überwachung	Kontinuität der Pflege Notfallbereich
Primär Städtemedizin (freiberuflicher Sektor)	6300 Dienstleister in der ambulanten Pflege davon : 318 Allgemeinärzte 792 Fachärzte 84 Apotheken	○ Zulassungen zur Berufsausübung ○ Gesetzgebung betr. Berufsausübung ○ Konventionen ○ Deontologie ○ Limitierte Ausstattung	Kein Rechenschaftsbericht Überwachung durch die Gesundheitsdirektion (DMC) Contrôle médical	Freiwilliger Ersatzdienst Notdienst und nächtlicher Ersatzdienst
Sekundär Krankenhaussektor (geplanter Sektor)	7133 Krankenhausmitarbeiter in 2 lokalen K'häusern 7 Allgemeink'häusern 4 nationale Einrichtungen 1 spezialisierte Einricht. 1 Rekonvaleszenzeinricht.	○ K'hausgesetzgebung ○ Gesetzgebung betr. den Notdienst ○ Spitalplan ○ Finanzierungsgesetzgebung ○ Budgetierung ○ Normen	- Carte sanitaire - IGSS-Bericht Überwachung durch die Gesundheitsdirektion (DMC) Contrôle médical	Notfalldienst der Krankenhäuser
Tertiär Sozialsektor und Pflegeversicherung (geplanter Sektor, Tritt ab bestimmter Pflegestufe in Kraft)	4103 Mitarbeiter 2 Netzwerk zur Aufrechterhaltung zu Hause xx Langzeiteinrichtungen x Besondere Dienste der Sozialmedizin	○ Gesetzgebung der Pflegeversicherung ○ Gesetzgebung ASFT ○ Zulassung ○ Konventionen	Rechenschaftsbericht zur Pflegeversicherung (Bericht IGSS) Überwachung durch das Familienministerium und die Gesundheitsdirektion	
Präventivpflege	Gesundheitsdirektion & konventionierte Sub-Unternehmer	○ Spezifische Gesetzgebung ○ Konventionen (c.f UCM Mammographieprogramm)	- Tätigkeitsbericht des Gesundheitsministeriums und der Gesundheitsdirektion	
Palliativpflege	Diese Pflegedienste werden von den primären, sekundären und tertiären Leistungserbringern gewährleistet			

Source figure et tableau : Ministère de la Santé, Carte sanitaire 4^{ème} édition

Tableau 1

Organisation

- über die Verwaltung und die Steuerung

Das Gesundheitssystem umfasst Dienstleistungen sowohl an Einzelpersonen und an der Gesamtbevölkerung als auch Tätigkeiten welche die Politik und die Massnahmen anderer Bereiche betreffen, um gemeinsam gegenüber den Determinanten von sozialen- umwelt- und ökonomischen Bereichen der Gesundheit zu agieren. Daher darf man diese verschiedenen Aktionen nicht isoliert betrachten, sondern als ergänzendes Mittel um die angestrebten Objekte im Gesundheitsbereich zu erreichen.

Um diese Objekte zu erreichen müssen die parallel geführten Aktionen koordiniert und in eine kohärente Strategie eingebunden werden. Da dies nicht spontan machbar ist bedarf es einer Führerschaft, die sicherlich nicht autoritär sein darf, sondern verhandlungsfähig und wegweisend sein muss.

Diese Aufgabe, die von Natur aus dem Gesundheitsministerium zukommt, besteht darin die vielfältigen Aktionen im Gesundheitsbereich zu dirigieren und die Rolle aller Beteiligten, ob individuell oder institutionalisiert, zusammenzubringen, um ihre respektiven Bemühungen zum Wohle der Dienstleistungsempfänger zu potenzieren. Aufgabe ist es ausserdem, den Fortschritt zu messen und die Leistungen zu vergleichen, Verbesserungsvorschläge zu machen und den Fortbestand des Systems zu garantieren, insbesondere die Kontrolle der nicht unbeträchtlichen Kosten die durch all diese Aktivitäten entstehen, aber auch darauf bedacht zu sein den Gesundheitsaspekt in alle strategischen Bereiche zu integrieren, auch wenn diese in den Zuständigkeitsbereich eines anderen Ministeriums fallen.

- über die Aktionen im Gesundheitsbereich

Im Bezug auf ihre Auswirkungen, kann man die Aktionen im Gesundheitsbereich einteilen in präventive, kurative und palliative Massnahmen.

Die **präventiven Aktionen**: sie finden in allen Lebensbereichen und Aufenthaltsorten der Bevölkerung statt, ob zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz, auf der Strasse oder in den Krankenhäusern. Es sind kollektive und individuelle Massnahmen, medizinischer- oder nicht-medizinischer Art, welche dazu beitragen Krankheiten vorzubeugen, ihre Auswirkungen zu verringern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Diese Aktionen und Massnahmen, welche auch die Gesundheitsförderung beinhalten, sind entweder allgemeiner Natur , wenn sie die Gesamtbevölkerung betreffen, oder sie sind gezielt auf bestimmte Risikogruppen gerichtet.

Im Rahmen der Präventivpflege unterscheidet man klassischerweise, zwar etwas künstlich dargestellt aber doch sehr anschaulich :

- *die primäre Vorbeugung* : sie hat zum Ziel dem Auftreten von Krankheiten vorzubeugen; die Massnahmen sind im wesentlichen kollektiver und nicht medizinischer Natur und auf die Umwelt (Luft, Wasser, Nahrungsmittelkette, Strahlenschutz), auf die Hygiene des Lebensumfeldes, auf die Gesundheitserziehung und auf das Einwirken auf die Lebensart (Bekämpfung der Fettleibigkeit, Alkohol- Tabak- und Drogenabhängigkeit) ausgerichtet, im Gegensatz zu den medizinischen Massnahmen wo das Hauptaugenmerk auf die Impfungen gelegt ist. In Luxemburg fallen die nicht-medizinischen Präventionsmassnahmen in den Zuständigkeitsbereich verschiedener Ministerien, die alle mit den diversen Abteilungen der Gesundheitsdirektion zusammenarbeiten, besonders mit der Abteilung „Sanitätsinspektion“ und den Abteilungen für Präventivmedizin, Strahlenschutz, Schulmedizin und Arbeitsmedizin.
- *unter sekundärer Vorbeugung* versteht man das frühzeitige Eingreifen bei Personen oder Risikogruppen im Hinblick auf Vermeidung, besonders durch Früherkennung, von Krankheiten und folgeschweren Schäden und Leiden. In Luxemburg fallen diese Massnahmen ebenfalls in den Zuständigkeitsbereich der Gesundheitsdirektion (Abteilungen für Schulmedizin und Arbeitsmedizin). Ein Vorzeigeprojekt ist das „Mammographie-Projekt“ welches die Früherkennung und Betreuung von Brustkrebspatientinnen zum Ziel hat. Andere Programme im Rahmen der Früherkennung von Krebserkrankungen und Herz-Kreislaufferkrankungen sind in Arbeit: der Erfolg und die Zweckmässigkeit solcher Programme sind abhängig von der Zuverlässigkeit der Prüfverfahren, ihrer Wirksamkeit und Zumutbarkeit sowie der Möglichkeiten die die Früherkennung bietet.
- *die tertiäre Vorbeugung* : darunter versteht man die Massnahmen welche die vermeidbaren Komplikationen einer schon bestehenden Pathologie umfassen. Diese Massnahmen beziehen sich meistens auf Einzelpersonen, können aber auch bereits erkrankte Risikogruppen betreffen. Solche Massnahmen sind z.B. die Gratisverteilung von Einwegspritzen an Drogenabhängige um somit der Gefahr vorzubeugen sich mit dem Hepatitis-B oder C-Virus oder dem HI-Virus zu infizieren, was bei dieser Bevölkerungsgruppe häufig der Fall ist.

Die **Präventivpflege** ist Teil der globalen Aktionen im Gesundheitsbereich und hat oft einen grösseren Impakt auf die Wahrnehmung wenn sie mit den kurativen und palliativen Pflegemassnahmen einhergeht, weil der Leistungsempfänger und sein Umfeld in einem solchen Fall sensibler und aufnahmebereiter sind.

Die **Kurativpflege** hat das definitive Ausmerzen der Krankheit zum Ziel und betrifft vor allem Beteiligte der Primär- resp. Sekundärversorgung, genau wie übrigens die Palliativpflege. Die Kurativpflege mobilisiert nicht nur die Mehrzahl der Gesundheitsfachkräfte, sondern auch die überwiegende Anzahl der verfügbaren Mittel an diagnostischen und therapeutischen Infrastrukturen und Apparaturen, aber auch die finanziellen Mittel. Alle Beobachter sind sich darin einig, dass Luxemburg eines der am besten ausgestatteten Länder ist, was die erwähnten Mittel betrifft. ^{1,5}

Wenn die Pflege nicht oder nicht mehr kurativer Natur ist, übernimmt die **Palliativpflege** die Ablösung. Darunter versteht man die ständige Pflege welche es erlaubt den bestmöglichen Gesundheitszustand bei chronischen

Erkrankungen zu bewahren, z.B. bei Diabetes. Hierzu zählt aber auch die Pflege am Lebensende. Das Parlament hat kürzlich ein Gesetz erlassen welches das Recht auf Palliativpflege für jede Person mit einer unheilbaren und lebensbedrohlichen Erkrankung oder die sich in der terminalen Phase ihres Lebens befindet.

Der Gesetzgeber sieht folgende Definition vor:

„Die Palliativpflege besteht aus zusammenhängenden und kontinuierliche Pflegemassnahmen, welche von einem interdisziplinären Pflgeteam, in einer respektvollen und würdigen Atmosphäre erfolgen . Schwerpunkt dieser Pflegemassnahmen ist die Verbesserung der körperlichen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse des Kranken sowie die Unterstützung ihrer Angehörigen. Sie beinhaltet die Schmerzlinderung und die Verringerung der psychologischen Belastungen. Die Behandlung kann sowohl in einem Krankenhaus oder einer anderen Pflegestruktur als auch am Wohnsitz des Kranken erfolgen, in letzterem Fall in enger Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus.

- über die Bereitstellung der Mittel

- Die primäre Pflegebereich: Städtemedizin, Apotheke, ambulanter Pflegedienst und Rettungsdienst.

Abgesehen von der Notfallmedizin, wird die medizinische Primärbehandlung nicht vom Staat geplant (planifier) und organisiert , sondern sie findet auf liberaler Basis in den ärztlichen Sprechstunden zu den ausgeschilderten Öffnungszeiten und laut der festgelegten Zugangsmodalitäten (*modalités d'accès*) statt.

Um jedoch die Kontinuität dieser Dienstleistungen über die Öffnungszeiten hinaus zu garantieren, hat das Gesundheitsministerium, mittels einer Konvention mit dem Ärzteverband, einen ärztlichen Ersatz- und Notdienst erstellt, der nachts und an den Wochenenden funktioniert.

Das gleiche gilt für den Zugang zu den Apotheken, während die Heimpflegedienste ihrerseits einen Bereitschaftsdienst 24/24 Stunden garantieren.

Ungeachtet anderer Informationsträger, insbesondere der Presse, werden alle Informationen die den notärztlichen Bereitschaftsdienst betreffen, über die Telefonnummer 112 der Notrufzentrale erteilt, welcher ebenfalls den Rettungsdienst regelt, der fortwährend vom Ambulanznetzwerk des Zivilschutzes respektiv, für das ihm unterstellte Territorium, von der Berufsfeuerwehr der Stadt Luxemburg, übernommen wird.

- Die sekundäre Pflegebereich : der Krankenhaussektor

Das Gesetz vom 27. Februar 1986 betreffend den ärztlichen Notdienst und seine Ausführungsbestimmungen verfügen dass in jeder der drei Krankenhausregionen ein Krankenhaus den ärztlichen Notdienst garantiert und zu diesem Zweck über eine mobile notärztliche Antenne (SAMU) und die zum Einsatz notwendigen Geräte und Personal sowie über eine Poliklinik verfügt. Diese Einrichtung wird vervollständigt durch verschiedene Abteilungen (Herzchirurgie und interventionelle Kardiologie, Neurochirurgie) oder bestimmte auf nationaler Ebene verfügbare Apparate, die kontinuierlich in Bereitschaft stehen.

Das Gesetz vom 28. August 1998 betreffend die Krankenhausstrukturen definiert die Rolle der verschiedenen Krankenhäuser und regelt die Organisation dieses planbaren Sektors, unter anderem:

- die Koordinierung der Einrichtungen, der diversen Statuten die allerdings den gleichen Planungs-, Organisations- und Finanzierungsregeln unterworfen sind, fällt in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsministers welche eine beratende Funktion in der Permanenten Kommission für den Krankenhaussektor (CPH) hat,
- die Kontrolle fällt in den Zuständigkeitsbereich der Gesundheitsdirektion.

Dieses Gesetz entwickelt und plant aber auch die Krankenhauslandschaft des Landes, mit Hilfe eines iterativen Spitalplans (*plan hospitalier*) der sich auf die Angaben der *Carte Sanitaire* stützt.

Der Spitalplan ist ein Instrument, welches anstrebt das Angebot der Nachfrage im Krankenpflegedienst anzugleichen in dem er die bestmögliche Effizienz der Dienstleistungen im Gesundheitsbereich zu einem vertretbaren Kostenpunkt sucht, besonders in dem er einer Streuung der Mittel und Kompetenzen vorbeugt und indem er die Strukturen derart gestaltet dass die Sicherheit und die optimale Kontinuität der Pflege allzeit gewährleistet sind.

Er legt folglich die sanitären Regionen, die Einrichtungen, Krankenhausabteilungen und Bettenzahl mitsamt ihrer Klassifizierung und die medizintechnischen Grossgeräte.

Die Bestimmungen des Spitalplanes streben die Gewährleistung folgender Punkte an:

- die Sicherung der einfachsten und gängigsten Pflegeleistungen soll in den bürgernahen Krankenhäusern und den Abteilungen für Basisdienste angeboten werden ,
- die umfassenderen Pflegeleistungen und/oder die spezialisierte Pflege werden in Allgemeinkrankenhäusern (*Hôpitaux généraux*) und spezialisierten Abteilungen angeboten,
- die seltenen aber hoch spezialisierten Pflegeleistungen werden in spezialisierten, nationalen Einrichtungen und Abteilungen erteilt, oder, gegebenenfalls, im Ausland in Anspruch genommen.

Der Spitalplan strebt die Komplementarität der Strukturen an und sieht vor, die Zusammenarbeit der verschiedenen Glieder in der Krankenhauskette zu verstärken und regt unter den gegebenen Umständen zu einer möglichst rationellen Kooperation an.

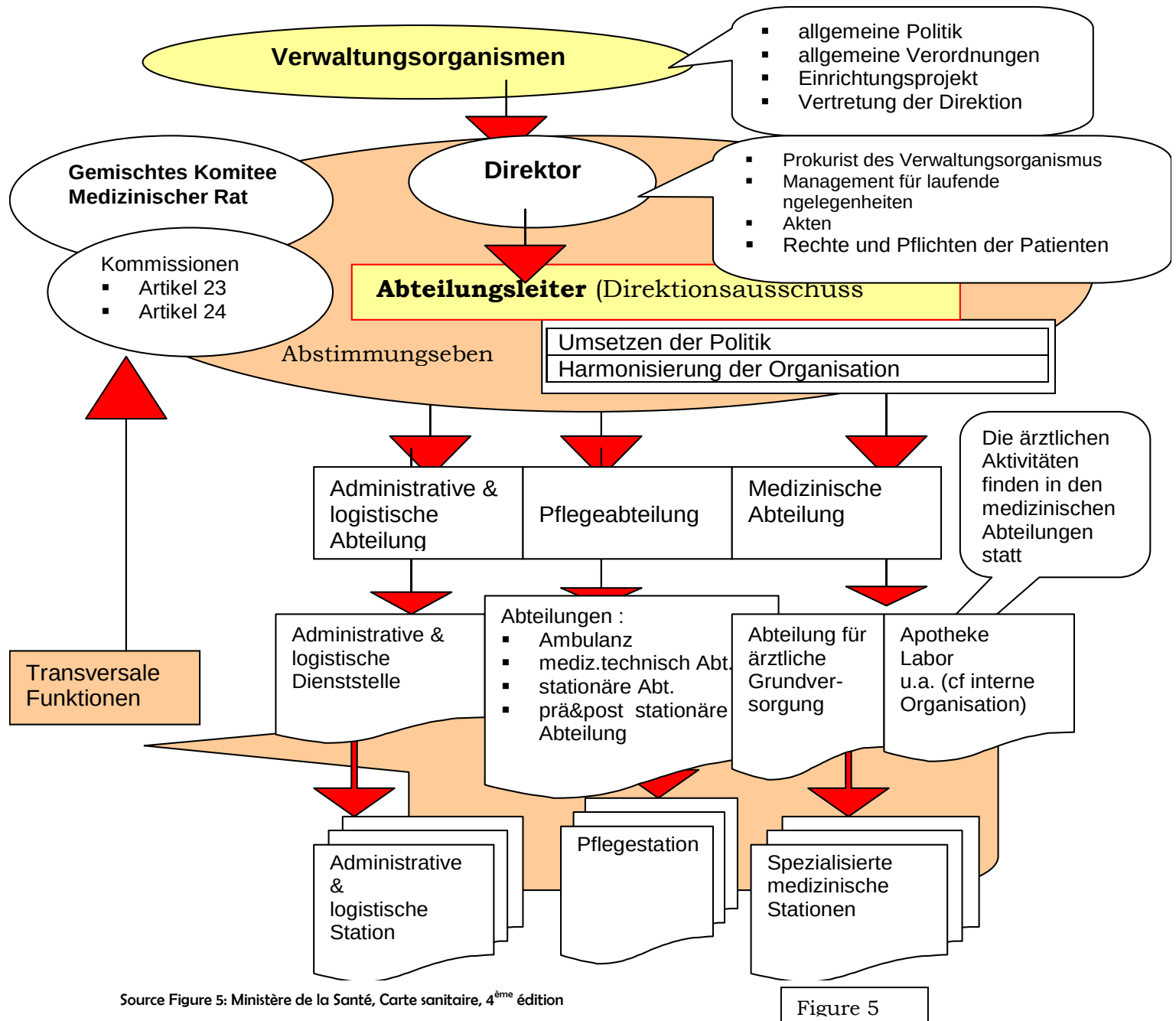
Auch wenn es keine anderen Krankenhäuser als die vom Spitalplan vorgesehenen geben kann, benötigen diese eine Betriebsgenehmigung, die für 5 Jahre gewährt wird und erneuerbar ist. Die ersten Verlängerungen für Betriebsgenehmigungen wurden 2003 erteilt. Sie sind gültig bis 2008 und erfordern folgende Verpflichtungen seitens der Verwaltungsorganismen:

- die Aktivitäten müssen in einer Art und Weise geplant und organisiert sein, dass die Betreuung jederzeit für alle Patienten zugänglich ist
- die interne Hausordnung muss vorsehen, dass keine Patienten betreut werden können deren Gesundheitszustand die (momentan) zur Verfügung stehenden Mittel überschreitet oder deren Art der Krankheit/Verletzung nicht in den Aufgabenbereich besagter Einrichtung passt, resp. dass die Überweisung, nach eventueller erster Hilfeleistung, in eine Einrichtung welche über die adäquaten Mittel zur Behandlung dieser Patienten verfügt, überwiesen werden,
- das Beachten der deontologischen und ethischen Regeln, besonders im Zusammenhang dem Werbewesen (öffentliche Werbung),
- die Teilnahme, ungeachtet der Vorschriften unter Artikel 3 des Gesetzes vom 28. August 1998 über die Krankenhausstrukturen, an einem eventuell auf nationaler Ebene organisierten Monitoring (Betriebsüberwachung) der Leistungen die seinen Tätigkeitsbereich betreffen,
- die aktive Zusammenarbeit mit den zuständigen Instanzen für sämtliche Probleme, insbesondere solche die die öffentliche Gesundheit betreffen, die in der Einrichtung auftreten können,
- das Einsetzen eines Systems das die fortwährende Qualitätsverbesserung garantiert,
- dem Gesundheitsminister eine Kopie der allgemeinen internen Geschäftsordnung („*règlement interne*“) seiner Anwendungsmodalitäten und des internen Bestimmungsprojektes („*projet d'établissement*“) zukommen zu lassen, sowie jedermann der dazu befugt ist, es vor Ort einsehen kann ,
- dem Gesundheitsminister ein für jede autorisierte Abteilung, detailliertes Abteilungprojekt, zukommen zu lassen.

Die Direktion der Krankenhäuser: der Bereich der Organisation und der Betriebsleitung sowie der Finanzierungsbereich unterstehen der Geschäftsführung (*organisme gestionnaire*). Diese definiert auch die Politik des Krankenhauses, gemäss der bestehenden Gesetzgebung, Bestimmungen und Konventionen. Unter der Geschäftsführung eines Krankenhauses versteht man das Organ welches laut juristischem Statut mit der Leitung des Krankenhauses beauftragt ist. Der Direktion des Krankenhauses steht der Direktor vor; diesem ist für jede medizinische, paramedizinische und administrative Abteilung ein Abteilungsleiter beigeordnet. Die Ärzte sind mittels eines Dienstleistungsvertrages (*contrat d'agrément*) im Krankenhaus zugelassen, ihre kollektive Vertretung ist durch den medizinischen Beirat, der aus gewählten Mitgliedern besteht, gesichert. Das Personal ist in der Regel gemäss den Bestimmungen des Kollektivvertrages angestellt, der zwischen der *Entente des Hôpitaux* (Krankenhausbündnis) und der repräsentativen Gewerkschaften des Gesundheitssektors ausgehandelt wurde; die Personalvertretung unterliegt den Bestimmungen des abgeänderten Gesetzes vom 6. Mai 1974 betreffend die gemischten Ausschüsse in den Betrieben.

Krankenhausorganisation Gesetz vom 28. August 1998 Schema

Der Gesundheitsminister koordiniert die Krankenhauseinrichtungen



Source Figure 5: Ministère de la Santé, Carte sanitaire, 4^{ème} édition

Figure 5

Die Pflegeempfänger

Um hervorzuheben dass der Pflegeempfänger letztlich der Hauptinteressenfaktor und im Grunde die Daseinsberechtigung der Krankenhäuser darstellt, hat der Gesetzgeber, in Erwartung einer generellen Gesetzgebung, die Bestimmungen betreffend die Rechte und Pflichten des Patienten in das Krankenhausgesetz von 1998 eingeschrieben; somit ist Luxemburg eines der ersten europäischen Länder welches diese Rechte formalisiert hat.

Sie beziehen sich insbesondere auf:

- die Pflicht Patientenakten zu führen, welche die betroffene Person einsehen kann und deren Inhalt gesetzlich geregelt ist,
- der Zugang zur Präventiv-, Kurativ und Palliativpflege , wenn der Gesundheitszustand des Patienten dies verlangt, im Einklang mit den Regeln der Wissenschaft und der Deontologie,
- der Schutz der Privatsphäre, der Geheimhaltungsvereinbarung, Würde und Respekt der religiösen und philosophischen Überzeugungen,
- die freie Krankenhaus- und Ärzteswahl, wenn dieser in dem betreffenden Krankenhaus seinen Beruf ausüben darf,
- das Recht auf zuverlässige Informationen den Gesundheitszustand und die vorgeschlagene Behandlung betreffend, im Hinblick auf eine Einwilligung in aller Sachkenntnis,
- die Möglichkeit in jede diagnostische oder therapeutische Massnahme einzuwilligen oder diese abzulehnen, ungeachtet der Behandlungen welche die Schmerzlinderung oder Leidensminderung anstreben,
- gleicher Zugang für alle zur Pflegequalität und zu allen Mitteln über die das Krankenhaus verfügt , ungeachtet der Prioritäten die ein Notfall voraussetzen mag
- die Schmerzlinderung und Leidenslinderung, das Aufrechterhalten der Lebensqualität und die Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen im Falle von unheilbarer und terminaler Krankheit sowie die Untersagung von zwecklosen Behandlungs- und Therapiemassnahmen
- sachgemässe Information über den Zahlungsmodus und die Kosten des Aufenthaltes die zu Lasten des Patienten gehen,
- Kenntnis über die Identität und die Qualifikation des Dienstleisters der mit dem Patienten in Kontakt kommt,
- das Recht auf Einreichung von Verbesserungsvorschlägen, Beschwerden und Klagen sowie das Recht auf deren Bearbeitung.

Kürzlich, aber in der gleichen Optik und um die Qualität der Leistungen zu fördern, hat die Krankenkassenunion zusammen mit dem Krankenhausbündnis (*Entente des Hôpitaux*) vereinbart, ein rechtsgültiges Programm zu erstellen welches systematische Massnahmen zur Patientenzufriedenheit fördert und dessen Ziel es im Besonderen ist, auf proaktive Weise auf die Ursachen der Unzufriedenheit und Klagen zu reagieren.

Diese Massnahme reiht sich in eine Reihe von Initiativen ein, welche in Ausarbeitung sind und die insbesondere darauf ausgerichtet sind die Risikofaktoren vorwegzunehmen und die Klagen und Beschwerden zu behandeln. In der Tat, ohne das Recht auf Reklamation beeinträchtigen zu

wollen, ist es wichtig möglichst präventiv zu handeln und so einer Eskalation der Unzufriedenheit vorzubeugen und unwiderrufliche Meinungsverschiedenheiten und remanente Schäden zu verhindern. Dies geschieht einerseits dank verschiedener Schulungen für die Dienstleister und, andererseits, indem man den betroffenen Patienten die Möglichkeit gibt sich auszudrücken und Verhaltensregeln aufstellt, damit er sich zu gegebener Zeit und in vorgeschriebener Reihenfolge, eventuell mit dem Beistand derjenigen die am ehesten die Misstände beheben können, angefangen bei den betroffenen Dienstleistern oder, falls dies nicht möglich ist, ihre Vorgesetzten oder einer Mediationsinstanz.

Ein Verein zur Vertretung der Patientenrechte, die „*Patientevertriebung*“ wurde mit dem Gesundheitsministerium konventioniert und hat sich zur Aufgabe gemacht zu informieren, zu orientieren und den Klagenden bei seinem Vorhaben zu unterstützen.

Auf Krankenhausebene sieht das Gesetz vor, dass der Direktor gehalten ist die an ihn gerichteten Vorschläge, Bitten und Klagen zu behandeln und zu bearbeiten.

Klagen welchen ein Verstoss gegen das Krankenhausgesetz zugrunde liegt oder, generell ein fehlerhaftes Funktionieren einer Krankenhausabteilung, werden vom Gesundheitsdirektor resp. dem eigens beauftragten Sachbearbeiter behandelt.

Klagen welche sich gegen einen Arzt richten, fallen in den Zuständigkeitsbereich des Ärztekollegiums; solche die sich gegen eine Gesundheitsfachkraft richten, fallen in den Zuständigkeitsbereich des Obersten Rates der Gesundheitsberufe (CSCPS). Diese Organe haben Disziplinalgewalt gegenüber den betroffenen Dienstleistern, allerdings können sie nicht die Probleme der Kläger lösungsorientiert behandeln respektiv ihren Forderungen, insbesondere finanzieller Art, nachkommen.

Dies ist Aufgabe der Gerichte an die sich die Kläger direkt wenden können; allerdings sind die Prozeduren langwierig, teuer und oft mit ungewissem Ausgang.

Aus diesen Gründen sucht der Gesundheitsminister momentan, in Zusammenarbeit mit den Vertretern aller beteiligter Parteien, nach einer proaktiven Strategie um unerwünschten Vorkommnissen entgegen zu wirken, aber auch um effektive Mechanismen zu erstellen, insbesondere mittels Mediation, welche zufriedenstellende Lösungen aufweisen, im Hinblick auf und mit Unterstützung bei der Entwicklung in Richtung eines verantwortlichen, verschuldensunabhängigen Systems.

Über die Finanzierung des Systems

Die Finanzierung des Systems und der Gesundheitspflegeleistungen erfolgt aus zwei wichtigen Quellen:

- dem Staat, für alles was das Gesundheitssystem betrifft
- den Krankenkassen was die Gesundheitspflege betrifft; allerdings müssen die Patienten für Letztere eine geringe Eigenleistung beitragen (weniger als 10% der Kosten).

Der Staat bestreitet die Kosten der aufsichtsführenden Verwaltung, den grössten Teil der Gesundheitsvorsorge und mit einem Anteil von 80% die Kosten für bedeutende Investitionen (Infrastrukturen und medizinisches Grossgerät). Der Staat beteiligt sich ebenfalls an Ausgaben im Zusammenhang mit Gesundheitsleistungen, via Co-Finanzierung zu 38% (2006)⁴ der obligatorischen Krankenversicherung, welche von den Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeberbeiträge finanziert werden.

Auch wenn der Anteil der Ausgaben für den Gesundheitsbereich im Verhältnis zum BIP (7,3% im Jahr 2006 gegenüber 5,6% im Jahr 1995)⁶ unterhalb des Durchschnittswertes der OCDE (8,9% im Jahr 2006)⁶ liegt, ist die Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitsbereich in Luxemburg besorgniserregend. In der Tat sind die pro Kopf Ausgaben im Gesundheitsbereich in Luxemburg die höchsten in der OCDE (2006) mit 4303 USD PPP gegenüber 2824 im Durchschnitt)⁵; wohingegen die direkten Versichertenbeiträge momentan die niedrigsten sind.

In der Tat, mehr als 90% der aus Gesundheitsleistungen entstehenden Kosten werden von der Nationalen Gesundheitskasse übernommen, finanziert vom Staat sowie von den Beiträgen der Versicherten und den Arbeitgeberbeiträgen. Diese Kosten resultieren einerseits aus den Krankenhausbewirtschaftungen (51% im Jahr 2007)⁴ sowie, andererseits, aus den Kosten welche aufgrund der ausgehandelten Konventionen mit den repräsentativen Gruppen der anderen Leistungserbringer entstehen, u.a. den Ärzten, den Apothekern, den anderen Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich sowie den Bandagisten und Herstellern von Prothesen. Die Gesundheitskasse trägt auch die im Vorfeld genehmigten Kosten für Leistungen im Ausland.

Vorläufige Schlussfolgerungen

War der Gesundheitsbereich anfangs noch karitativ ausgerichtet und lückenhaft, so hat er sich im Laufe der letzten Jahrzehnte in ein Gesundheitssystem verwandelt.

Das luxemburgische Gesundheitssystem rangiert regelmässig unter den „top 10“ der weltbesten Systeme in einschlägigen Vergleichsstudien. Seine Stärken sind insbesondere seine grosszügige Solidarität, seine Universalität, sein Gerechtigkeitskonzept, seine Reaktionsfähigkeit und sein Überangebot an zur Verfügung stehenden Mitteln; seine Schwachstellen wiederum sind sicherlich der hohe Kostenfaktor und sein Mangel an Transparenz im Hinblick auf messbare Resultate.

Auch wenn in den letzten Jahren zahlreiche Anstrengungen unternommen wurden um in die Modernisierung zu investieren, bleibt das System zu perfektionieren: hinsichtlich des Konzeptes, seiner Führung und der Koordinierung seiner Handlungen. Das System würde mit Sicherheit noch an Wertschätzung gewinnen, wenn es zunehmend in der Lage wäre, die Resultate seiner zahlreichen Handlungen anschaulicher darzustellen.

Bibliographie

- ¹ Gesundheitsministerium, Luxemburg (2006): Carte Sanitaire, 4. Auflage, Luxemburg
- ² Gesundheitsministerium, Luxemburg (2006): Gesundheitsrichtlinien, Luxemburg
- ³ Ministerium für soziale Sicherheit; IGSS (2007), Luxemburg: Allgemeiner Bericht der sozialen Sicherheit
- ⁴ Ministerium für soziale Sicherheit; IGSS (2007), Luxemburg: Bericht zur Lage der Kranken- und Mutterschaftsversicherung
- ⁵ OCDE: Wirtschaftliche Studien: Luxemburg, Band 2008/12, Juni 2008, ISBN 978-92-64-04399-2
- ⁶ OECD: OECD in Zahlen 2008; ISB 976-92-64 05 563-6
- ⁷ OMS: Charta von Tallinn (Estland), 27. Juni 2008