

d'Land: *Conseil supérieur des certaines professions de santé: Das klingt, als sei Ihre Organisation für ein paar ausgewählte Berufe zuständig. Tatsächlich aber sind es 24 Berufe und 15 000 darin Aktive. Woher kommt der Name?*

Romain Poos (RP): Er geht auf ein Gesetz von 1992 zurück. In Vorgesprächen dazu fanden Arzt/innen, mit einem Conseil supérieur des professions de santé wären auch Mediziner/innen und Zahnmediziner/innen gemeint, für die jedoch der Collège médical zuständig ist. Also pochten sie darauf, dass es „certaines professions de santé“ heißen müsse.

War das auch eine Standesfrage?

RP: Auch, ja. Ich weiß, dass damals lange debattiert wurde, wie das Gremium heißen soll.

Der Conseil supérieur ist demnach für die 24 Berufe das, was der Collège médical für Arzt/innen, Zahnärzt/innen, Apotheker/innen und neuerdings auch für die Psychotherapeut/innen ist?

RP: Die bei uns vertretenen Berufe reichen von Krankenpfleger/innen über Physiotherapeut/innen und Osteopath/innen bis hin zu Hebammen. Wir vertreten einerseits die Interessen dieser Professionen gegenüber der Politik – mit Stellungnahmen, welche die Berufsausübung, die Ausbildung und die Reglementierung der Berufe betreffen. Zum anderen wacht der Conseil supérieur über die ordnungsgemäße Ausübung der Berufe und die Einhaltung des Code de déontologie. Der Collège médical macht das Verschiedene für seine Mitglieder. Ein wichtiger Unterschied besteht darin, dass der Collège médical eine juristische Person ist. Der Conseil supérieur hingegen ist ein nicht-autarkes Organ, das der Gesundheitsminister als direkter Ansprechpartner dient. Und der Collège médical ist aber viel älter als wir, seine Ursprünge gehen auf das Jahr 1818 zurück.

Stören Sie Standesüberlegungen, welcher Beruf wohnen gehören will?

RP: Die Entscheidung darüber treffen weder wir noch der Collège médical. Das legt das Gesundheitsministerium fest. Fakt ist aber, dass der Conseil supérieur des certaines professions de santé in der Öffentlichkeit nur wenig bekannt ist. Das stört uns, und deshalb freut uns, dass die Gesundheitsministerin ihn aufwerten will. Das hat Paulette Lenert am Gesundheitsrat gesagt. Die Aufwertung ist auch wichtig, weil es zurecht viel Bewegung in den Gesundheitsberufen gibt.

Krankenpfleger/innen sind die Helden in der Corona-Pandemie. Wahrscheinlich weiß die große Mehrheit der Bevölkerung Bescheid über die prekäre Personallage in den Spitälern.

Oliver Koch (OK): Stimmt, aber es geht nicht nur um die Spitäler. Es gibt eine ständige Entwicklung in den Gesundheitsberufen. Sie wachsen, ergänzen sich und lösen einander vielleicht irgendwann ab. Früher gab es den Aide senior. Seine Arbeiten wurden beispielsweise vom Auxiliaire de vie und dem Aide-soignant übernommen, und der Aide senior lief aus. Oder nehmen wir den Masseur-Kinésithérapeute: 36 gibt es zurzeit noch, aber 1 296 Kinesiotherapeuten, was nicht dasselbe ist. Gleichzeitig zeichnen neue Berufe sich ab. Von der Akupunktur wird viel gesprochen und der Conseil supérieur erhält sehr viele Anfragen wie: „Ich bin Kiné, habe aber auch Studien in Akupunktur absolviert. Darf ich das in Luxemburg kombinieren anbieten?“ Andere Berufe, die vielleicht definiert werden müssten, sind die der Musiktherapeut/innen, der Hygienefachkräfte und der Préparateur en pharmacie. Auf diesen Gebieten arbeiten nicht wenige.

Wenn es einerseits Knappheit gibt, sich andererseits neue Berufe abzeichnen – muss dann entscheiden werden, was nötig ist? Muss man das steuern?

OK: Es gibt Berufe, die essenziell sind, wie die Krankenpfleger/innen. Von ihnen zählt Luxemburg die 6 000. Über Bereiche wie den der Hygienefachkräfte oder die Akupunktur müsste politisch entschieden werden, ob das eigenständige Berufe sein sollen oder Zusatzqualifikationen. Also ob, um bei dem Beispiel zu bleiben, ein

Kiné auch Akupunktur anbieten kann, wenn er diese oder jene Diplome hat, und ob das vom Ministerium anerkannt werden soll oder nicht. Dass diese Entwicklung geschieht, ist wichtig, sie hat nichts mit Wildwuchs zu tun.

„Die Ankündigung des Premiers, dass sich noch diesen Monat gleich sechs Minister/innen allein mit der Anil treffen würden, hat andere Verbände vor den Kopf gestoßen“

Premier Xavier Bettel hat im Silvester-Interview auf RTL angekündigt, noch diesen Monat würden sich gleich sechs Minister/innen mit dem Krankenpflegerverband Anil treffen. Dort soll besprochen werden, wie dieser Beruf aufgewertet werden kann. Meinen Sie, dass diese Frage kurzfristig beantwortet wird?

RP: Uns hat die Ankündigung des Premiers überrascht und unter unseren Mitgliedern hat sie Wellen geschlagen. Wie es scheint, ist ein Treffen allein mit der Anil geplant, aber sie vertritt nur einen Beruf! Dagegen wurde am Gesundheitstisch festgehalten, die Aufwertung als Berufe übergreifendes Paket anzugehen. Das war ein Vorschlag von uns, dem die Gesundheitsministerin zugestimmt hat. Paulette Lenert hatte auch erklärt, dass der Conseil supérieur am Gesundheitstisch die Interessen seiner 24 Mitgliedsverbände vertritt, denn manche hatten gefragt: „Wieso sitzen wir dort nicht?“ Diese Verbände fühlen sich durch die Ankündigung des Premiers nun vor den Kopf gestoßen.

OK: Hinzu kommt, dass diese Paket-Betrachtung zwar vereinbart wurde, aber seitdem kein Wort darüber zu vernehmen war, wie es weitergehen soll. Vielleicht wird im Ministerium daran gearbeitet. Wir erfahren jedoch nichts darüber.

Was meinen Sie mit „Paket“?

RP: Im Raum steht ja, die Krankenpflegerausbildung an der Universität anzusiedeln und mit einem Bachelor abschließen zu lassen. Das unterstützen wir. Masterstudiengänge für weiterführende Spezialisierungen ebenfalls. Aber die Frage stellt sich, was im Gesundheitswesen, im Pflege- und Sozialbereich konkret gebraucht wird. Die Anforderungen ändern sich, es findet ein „Task shifting“ statt. Es gibt Tätigkeiten, die verschiedene komplex sind. Manche kann ein Aide-soignant ausführen, komplexere ein Krankenpfleger, noch spezialisiertere dann entsprechend spezialisierte Berufe. Wir sind der Meinung, dass man noch einen zusätzlichen Beruf einführen sollte – an der Basis, dort wo es früher den Aide senior gab. Den Aide-soignant dagegen sollte man ein bisschen aufwerten.

Das klingt ziemlich abstrakt.

OK: Das ist eine Frage der „Attributionen“: Was in jedem Gesundheitsberuf gemacht werden darf und was nicht, ist in großherzoglichen Verordnungen geregelt. Wie viel Änderungsbedarf besteht, sieht man unter anderem daran, dass diese Verordnungen für die einzelnen Berufe schon alt sind. Sie datieren von 1998, 2003, 2007. Eine sogar von 1969. Die müssen alle überarbeitet werden, in der heutigen Welt dürfte keine älter als zwei oder drei Jahre sein. Das Task shifting muss reguliert sein. Es muss auch zwischen Mediziner/innen und Gesundheitsberufen stattfinden. Ein Fachkrankenpfleger für Anästhesie übernimmt dann Aufgaben vom Facharzt für Anästhesie, ob im Operationssaal, auf einer Intensivstation oder im Samu. Die Berufe müssen miteinander ver-

zählt arbeiten, nicht nebeneinander. Das muss immer wieder nachjustiert werden und man muss stets das Gesamtgefüge mitbetrachten. Das meinen wir mit dem Paket-Ansatz.

RP: Der Gesundheitstisch hat darüber mit Blick auf die künftige Gesundheitsversorgung diskutiert. Die Ministerin fragte: „Wie sehen die Gesprächspartner das?“ Zum Beispiel auf die ambulante Chirurgie bezogen, über die viel gesprochen wird und die ganz sicher weiterentwickelt werden muss. Da gab es eine gewisse Aufregung, weil ich in Frage stelle, dass ambulante Strukturen organisiert werden sollen, wie der Ärzteverband das gern hätte. Ginge es nach der AMMD, würden die Ärzte diese Strukturen selber managen.

Die AMMD stellt sich das nicht mehr in Ko-Gestion mit den Kliniken vor? Das hatte sie im Herbst 2019 gesagt.

RP: Jetzt hat sie gesagt: „Wir sind der Organisator davon.“ Ko-Gestion wurde am Gesundheitstisch eine zweite Möglichkeit genannt. Und eine dritte, dass die Spitäler und ihr Verband FHL die aus den Kliniken ausgelagerten Tätigkeiten koordinieren. Wir sind klar für die dritte.

Warum?

RP: Ein guter Arzt ist nicht automatisch ein guter Manager. Nur bei Koordination durch die Kliniken wäre sichergestellt, dass die Abläufe richtig funktionieren und unter Beachtung der Regeln von Hygiene und Sicherheit. Dazu gehört für uns auch, dass in diesen neuen Strukturen alle unter dem gleichen Statut arbeiten müssen – dem Salarial. Auch die Arzt/innen.

Sie wollen eine Salarialmedizin auch in allen Krankenhäusern?

RP: Nein, nur in den „Antennen“, wenn wir die mal so nennen wollen. Auslagerung hieße einerseits, leichtere Chirurgie in die Antennen zu geben, aber auch Medizin, die man ambulant machen kann, von verschiedenen Chemotherapien bis hin zur Diagnostik. Angefangen hätte die Diskussion ja mit den Kernspintomografen. Nun sieht es so aus, als würden im Ban de Gaspé zur Diagnostik entstehen. Wir finden das keine schlechte Entwicklung. Aber geführt werden sollten diese Einrichtungen von den Kliniken. Wo erstens jeder angestellt sein sollte und wo es zweitens weisungsbefugte Chefs für den medizinischen und den pflegerischen Bereich geben muss.

Die AMMD hatte argumentiert, von Arzt/innen geführte Strukturen außerhalb der „schwerfälligen“ Spitäler würden das Luxemburger Gesundheitswesen attraktiv halten für Mediziner/innen aus dem Ausland.

OK: Wer aus einer Klinik im Ausland kommt, wird jahrelang einen Arbeitgeber gewohnt und will eher nicht auf sich alleine gestellt arbeiten. Junge Ärztinnen sagen: „Ich arbeite gerne Vollzeit in einer Struktur, aber wenn ich Kinder bekomme, möchte ich auf halbtags ruhen, später vielleicht auf 75 Prozent zurück.“ Es gehört auch zu einer Rekrutierungsperspektive, Angebote zu machen. Sowohl Freiberuflichkeit als auch Salarial in einem Spital sowie Salarial in einer ambulanten Struktur, wie sie sich nach unserem Verständnis jedes Spital zulegen sollte.

Aber steckt in „Auslagerung“ nicht auch die Idee, das Angebot über Land zu diversifizieren, also ziemlich viele dieser Strukturen zu schaffen?

RP: Deshalb würde nach unserem Modell die etwas weniger komplexe Versorgung aus den Spitälern in die Antennen ausgelagert. Über die Antennen hinaus sollte man Arzt/innen und Gesundheitsberufen die Möglichkeit geben, Gesundheitszentren zu eröffnen. Ich sage mal: große Praxen. Die wären über Land verteilt. Da wären zum Beispiel zwei Allgemeinmediziner drin, ein Kinderarzt und ein Internist drin. Zwei Kinés wären dabei, und es brauchte eine Mindestausstattung an Technik, Ultraschall und Herz-Ultraschall etc. Idealerweise wäre eine Apotheke in der Nähe. In den Zentren würden alle unter einem Vertrag arbeiten. Dafür würde eine gewisse Autonomie gelten, das Gesundheitsministerium

müsste aber festlegen, was in den Zentren gemacht werden kann und was nicht.

OK: Das Modell ist natürlich eine Gratwanderung. Wir wollen, dass die Spitäler lebensfähig bleiben und gestärkt werden. In der Pandemie haben sie ihre Krisenfestigkeit bewiesen. Es kann nicht darum gehen, den ambulanten Bereich so attraktiv zu machen, dass niemand mehr im Spital arbeiten will. Und wenn wir sagen, „Salarialmedizin“, wollen wir niemanden da reindrücken. Der Begriff ist hochpolitisch in Luxemburg, da geht keiner gern heran. Man sollte aber dort, wo es Sinn macht, offen dafür sein. Zum Beispiel in den Antennen. Und man muss mit den Gemeinschaftspraxen aufpassen, dass die Gesundheit nicht zum Geschäft wird. Natürlich soll da jeder sein Geld verdienen können, sich aber nicht an der Gesellschaft bereichern.

RP: Unser Vorschlag soll ein Anstoß sein und kontrovers diskutiert werden. Leider wird die Gruppenpraxis-Idee oft zu einseitig verstanden. Gynäkologen sagen zum Beispiel, wir tun uns zu zweit oder zu dritt zusammen. Schaffen zwei Ultraschallapparate an, stellen zwei Hebammen ein und vielleicht noch einen Kiné für prä- und postnatale Behandlungen, und damit haben wir eine Gruppenpraxis. Da sage ich: Wieso sollten nicht zwei Hebammen sich zusammenschließen und zwei Gynäkologen einstellen? Die Linien müssen klar sein. Was dem einen ermöglicht wird, es müsste auch für den anderen gelten. Heute wird es gerne so gesehen, dass die Mediziner die anderen einstellt. So geht das aber nicht.

„Wieso sollten nicht zwei Hebammen sich zusammenschließen und zwei Gynäkologen einstellen? Was dem einen ermöglicht wird, müsste auch für den anderen gelten“

Der Conseil supérieur hat dafür plädiert, für die Ausbildung an der Universität eine „Fakultät für Medizin, Pflege- und Gesundheitswissenschaften“ einzurichten. Als vor zehn Jahren an der Uni das Nachdenken über einen Medizinstudiengang begann, kam man zum Schluss, eine Fakultät sei zu groß. So viele Ärzte brauche Luxemburg nicht. Man hielt eine spezialisierte Medical School für besser. Wie passt Ihre Fakultäts-Idee dazu?

OK: Wie groß der Bedarf ist, wird man ermitteln müssen; vielleicht ist er größer als damals angenommen. Fakt ist, dass man hier ausbilden muss. Das geht nur in Verbindung mit den Spitalern vor Ort, aber auch in der Großregion. Die Uni Luxemburg könnte sagen, sie arbeitet mit den vier großen Akut-Krankenhausruppen zusammen, aber auch mit dem Rehazenter, dem CHNP, und sie geht Kooperationen mit Kliniken im Ausland ein. Und mit anderen Universitäten. Das müsste auf eine ganz neue Basis gestellt werden. Man würde nicht eine große Universitätsklinik benötigen, sondern mehrere Kliniken im Verbund. Die Ausbildung auszuweiten, daran kommt man nicht vorbei. Wir haben ein echtes Problem, die Rekrutierung im Ausland läuft auf Raubbau an den Nachbarn hinaus. Zudem hat die Weltgesundheitsorganisation ihren Mitgliedstaaten – darunter Luxemburg – das strategische Ziel gesetzt, die Rekrutierung im Ausland bis 2030 um 50 Prozent herunterscherzen. Und das sind wir wieder bei den Erörterungen zu Beginn unseres Gesprächs: Es

wird viel geredet, und vielleicht laufen Arbeiten im Hintergrund. Wir sehen aber nichts davon.

Was würde bei all diesen Veränderungen aus dem Conseil supérieur des certaines professions de santé – den Paulette Lenert ja aufwerten will?

RP: Die Frage stellt sich ganz akut: Ende 2021 sind wieder Wahlen zum Conseil supérieur. Weil sie per Briefwahl ablaufen, müssen spätestens im August/September dafür Annoncen in den Zeitungen geschaltet werden. Da gelten Fristen. Wie der Conseil supérieur funktioniert, regelt eine Ausführungsbestimmung zum Gesetz von 1992, aber allein sie zu ändern, reicht nicht. Man muss auch an das Gesetz selber gehen, was natürlich dauert. Ändert sich das nicht rechtzeitig, müssen die Wahlen dem alten Schema folgen, aber das wird den Realitäten der Berufe schon lange nicht mehr gerecht. Es gibt für jeden bei uns vertretenen Beruf commissions professionnelles, die jedoch nach einem Prorata-System von 1992 besetzt werden und die Realität, wie gesagt, schon lange nicht mehr abbilden. Krankenpfleger zum Beispiel arbeiten im Spital, in Alten- und Pflegeheimen, in Pflegenetzwerken, aber auch freiberuflich ganz allein oder mit anderen zusammen. Dem müssen unsere Gremien eigentlich Rechnung tragen, können es aber noch nicht. Darauf weisen wir seit Jahren hin. Am Gesundheitstisch wurde ein Gesetzentwurf angekündigt, der das ändern soll. Auf ihn warten wir.

OK: Die Aufwertung des Conseil supérieur ist auch eine Frage der Finanzierung. Romain sitzt hier im Ehrenamt, er investiert als Fröhrentner 20 Stunden die Woche, weil er unsere Sache gut findet. So machen das auch andere hier im Büro, fast alles läuft ehrenamtlich. Auf die Dauer geht das nicht gut. Nötig wäre zum Beispiel auch, dass der Conseil supérieur im Weiterbildungsbereich eine stärkere Rolle spielt. Weich gibt es in Luxemburg keine obligatorische Weiterbildung für die Arzt/innen, für die Gesundheitsberufe nur in Ausnahmefällen. Sie wäre aber sehr wichtig. Die Weiterbildung müsste der Conseil supérieur – beziehungsweise der Collège médical für seine Mitglieder – validieren, beziehungsweise Akkreditierungen vornehmen.

RP: Hinzu kommt, dass der Conseil supérieur über die Einhaltung des Code de déontologie wachen muss.

Gibt es viele Klagen?

RP: Früher ging es vor allem um Verstöße gegen das Verbot, für sich Werbung zu machen. Im Code de déontologie des Collège médical für die Ärzte steht es noch immer, aus unserem wurde es 2018 entfernt. Denn wie will man damit umgehen? Vor fünf Jahren war ich zweimal die Woche mit Füllen befasst, wo auf einem Sportplatz eine Bandenwerbung für einen Kiné hing. Das ist vorbei, denn man hätte im Grunde auch Werbung verbieten müssen, die über Facebook läuft. Heute sind aus den Klagen vor allem Anfragen geworden: Kann ich als Kiné auch Akupunktur machen? Ist Physiotherapie in Kombination mit Osteopathie erlaubt? Aber auch: Kann eine Praxis für Podologie an eine Personalgesellschaft überschrieben werden?

OK: Viele wollen im Rahmen von Kooperationen tätig sein, wollen abgesichert sein, wenn sie krank werden, oder ihre Tätigkeit ihren Lebensphasen anpassen. Deshalb wollen sie in Sozietäten arbeiten. Das kommt nun immer mehr, solche Anfragen erreichen uns zwei bis drei Mal die Woche.

Wird es demnächst womöglich einen großen Collège des professions de santé geben, der zuständig für alle wäre? Für die Arzt/innen wie für die Gesundheitsberufe?

OK: Wir stellen nicht den Collège medical in Frage, das steht uns gar nicht zu. In der Vergangenheit gab es mal politische Überlegungen, ein Rahmengesetz für Collège médical und Conseil supérieur zu schaffen, sie wurden aber aufgegeben. Der Conseil supérieur müsste zu einem Collège des professions de santé régentées werden. Mit einer eigenen Rechtspersönlichkeit und einem kleinen, aber effizienten Verwaltungsapparat. Darin müsste jeder seiner Mitgliedsberufe vertreten und die relevanten Sektoren müssten berücksichtigt sein. ●