



InSight

SantéSécu

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

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

DEMOGRAFISCHER WANDEL: Alters- und Pflegeheime bereiten sich vor. **ALTERS- UND PFLEGEHEIME:** Transparenz lautet das Ziel. **PFLEGELEISTUNGEN:** Jeder Handschlag zählt. **LES FAITS D'ENQUÊTE:** 6.187 formulaires et 80.431 pages pour dépouiller. **AUF EINEN BLICK:** Projekt „Einführung einer Kostenträgerrechnung für Alters- und Pflegeeinrichtungen.“ **QUALITÄT UND LEISTUNG:** Kostenträgerrechnung sorgt für klaren Überblick. **ZWEI FRAGEN AN:** Wie denken die Projektbeteiligten? **QSR-RADIO-PROTECTION:** Expliquer le nombre des examens radiologiques. **PLAN ALCOOL:** Agir ensemble contre l'alcool. **DAS SPITAL DER ZUKUNFT:** Papierlos und transparent.

Demografischer Wandel: Alters- und Pflegeheime bereiten sich vor

Wie lassen sich die Leistungen in stationären Alters- und Pflegeheimen vereinheitlicht erfassen? Dieser Frage ist ein Projekt gewidmet, das 2008 von den Ministerien für Familie und Soziale Sicherheit in Auftrag gegeben wurde.

Ziel der Projekt-Kooperation ist es, die Transparenz zu Leistungs- und Kostenstrukturen zu verbessern, sowie die Leistungsfähigkeit zum Wohl der pflegebedürftigen Menschen in Luxemburg langfristig zu sichern.

Zukunftsfähige Pflegelösungen. Das nationale Pflegesystem muss sich im Hinblick auf den demographischen Wandel neuen Herausforderungen stellen. Es gilt, zukunftsfähige Pflegelösungen einzuführen und kontinuierlich weiter zu entwickeln. Berechnungen des europäischen Statistikamtes Eurostat zufolge wird in Luxemburg 2030 der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung auf über 30 Prozent steigen. 2008 lag er noch bei 14 Prozent. Einerseits wird dies eine Ausweitung des Gesamt-Pflegebedarfs nach sich ziehen und andererseits den Schwerpunkt in der



Versorgung und somit das Leistungsspektrum in der stationären Pflege nachhaltig verschieben. Insbesondere ist mit einer signifikanten Erhöhung des Versorgungsanspruchs für Demenzerkrankte zu rechnen. In der Altersgruppe mit den meisten Leistungsempfängern (80–90-Jährige) war die Demenzerkrankung schon 2008 bei nahezu 30 Prozent Hauptursache einer Pflegeabhängigkeit.

Klare Leistungserfassung. Die Kosten der erbrachten Pflegeleistungen verteilen sich heute auf mehrere Kostenträger wie zum Beispiel auf die CNS-Pflege- und Krankenversicherung und die Bewohner im Rahmen des von ihnen zu zahlenden „Prix de Pension“. Um dieses System sowohl für Bewohner, Einrichtungen und die beitragszahlende Bevölkerung stabil, zukunftssicher und verständlich zu entwickeln, ist eine klare Beschreibung und Erfassung der tatsächlich erbrachten Pflege erforderlich. Durch diese Transparenz wird nicht zuletzt auch die Qualität der Pflege für die Pflegebedürftigen auf hohem Niveau unterstützt.

Kostenträgerrechnung neu gefasst. In den letzten beiden Jahren wurden nun notwendige Instrumente entwickelt, um die verschiedenen Kosten einer Einrichtung ins Verhältnis sowohl zu den erbrachten Leistungen als auch zu den verschiedenen Einnahmen zu setzen. Dazu zählen eine einheitliche Leistungserhebung in allen Einrichtungen und ein analytisches Buchführungssystem (Kostenträgerrechnung). Als konkretes Ergebnis hat diese Analyse bereits gezeigt, dass pflegebedingte hauswirtschaftliche Leistungen („tâches domestiques“) weiterhin zum Teil durch die Pflegeversicherung zu erstatten sind.

Analytische Buchführung ist Pflicht. Seit 2010 ist die Umsetzung der analytischen Buchführung für alle Luxemburger Alters- und Pflegeheime verpflichtend. Im Verlauf von zwei Wochen im Mai erfolgte die erste von zukünftig regelmäßig stattfindenden landesweiten Erhebungen der erbrachten Pflegeleistungen, differenziert für Bewohner mit und ohne Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Die Ergebnisse aus Leistungserhebung und analytischer Buchführung werden den stationären Einrichtungen, den Trägerverbänden, der COPAS und den Kostenträgern gleichermaßen dienen, um das Pflegesystem hochwertig und finanzierbar weiter zu entwickeln. Dies ist ein beispielhafter Ansatz und zugleich eine Chance, den großen Herausforderungen der Pflege adäquat und verantwortungsvoll in der Zukunft begegnen zu können.

*(Georges Schroeder,
Direktor der Inspection générale de la sécurité sociale, IGSS)*



Zukunftsfähige Konzepte sind gefragt, denn 2030 werden mehr als 30 Prozent der Luxemburger älter als 65 Jahre sein.



Auf einen Blick

Projekt „Einführung der Kostenträgerrechnung in Alters- und Pflegeeinrichtungen“

Auftraggeber:	Ministère de la sécurité sociale (MSS), Ministère de la famille et de l'intégration (MiFa)
Auftragnehmer:	PricewaterhouseCoopers (PwC) in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Jena und TNS-Ilres (Marktforschungsinstitut)
Projektdauer:	Juli 2009 – März 2011
Vorbereitende Pilotstudie:	März 2008 – Juni 2009
Projektleitung:	Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS)
Beteiligte Organisationen:	MSS, MiFa, Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance (CEO), Caisse Nationale de la Santé (CNS), Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins (COPAS)
Arbeitsweise:	Vier Arbeitsgruppen erarbeiteten die Projektschwerpunkte.

Ziel	Status	Nächste Schritte
Kostenträgerrechnung (KTR) ist als neues Instrument entwickelt und für die Anwendung erprobt.	KTR-Systematik entwickelt und vereinbart; Umsetzung ist in Vorbereitung.	2010: Die CNS baut die KTR-Datenbank auf; KTR-Testlauf in drei Einrichtungen. 2011: Erste landesweite KTR wird auf Basis der 2010 erhobenen Finanz- und Leistungsdaten erstellt.
Einheitlicher analytischer Kontenrahmen zur Zuordnung von Kosten und Kostenstellen ist in Gebrauch.	Der Kontenrahmen ist vereinbart.	2010: Durch Einführung des Plan Comptable Normalisé (PCN) ab 2011 ist die Zuordnung des analytischen Kontenrahmens auch auf PCN-Konten noch abzustimmen.
Die einheitliche Leistungserhebung ist sichergestellt.	Der Erhebungsbogen ist erstellt. Erste Erhebungsphase in allen Einrichtungen wurde im Mai 2010 abgeschlossen.	2010: Weitere Erhebungen im August und November. 2011: Vier Erhebungen finden im Gesamtjahr statt. Erste Anpassung des Erhebungsbogens wird erfolgen.
Es gelten neue Regeln zur Finanzierung von Tâches Domestiques.	Bereits 2009 vereinbart (siehe Art. 357, Abs. 2 Code de la sécurité sociale, CSS)	
Langfristige Zuständigkeiten zur Durchführung von KTR und Leistungserhebung sind vereinbart.	In Bearbeitung.	2010: Ein Comité de Suivi berät die Zuständigkeiten und Prozeduren zur langfristigen Durchführung von KTR und Leistungserhebung nach Projektende.



Pflegeleistungen: Jeder Handgriff zählt

Zwei Tage lang haben Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von 49 luxemburgischen Alters- und Pflegeheimen aufgeschrieben, welche pflegerischen Einzeltätigkeiten sie während eines Arbeitstages verrichtet haben. Warum dies notwendig war, erklärt Pflegewissenschaftler Prof. Olaf Scupin.

Konzeptionelle Fehler vermieden. Das Großherzogtum Luxemburg hat mit der Einführung der Pflegeversicherung einen gesellschaftlich wichtigen Schritt zur Absicherung des sozialen Risikos der Pflegebedürftigkeit beschritten. Dabei hat der Gesetzgeber wesentliche konzeptionelle Fehler anderer europäischer Staaten vermieden. So wurden zum Beispiel keine drei Pflegestufen eingeführt, wie sie in Deutschland gelten. Schließlich erscheint es eben auch aus pflegewissenschaftlicher Perspektive problematisch, die individuelle Pflegebedürftigkeit eines Menschen über drei Stufen abbilden zu wollen.

Einzelleistungsabrechnung. Luxemburg entschied sich für den Weg der Einzelleistungsabrechnung. Dieses Vorgehen ist systemimmanent mit dem Risiko der Tätigkeitsausweitung verbunden, wenn diese nach den Anforderungen der Pflegeversicherung erbracht und bestätigt werden. Ebenso kommt es zu „Vermischungen“ pflegerischer, hauswirtschaftlicher und soziokultureller Leistungen, die nicht immer eindeutig einem Kostenträger, dem Finanzierer der Leistungen, zugeordnet werden können. Dies ist einer der Gründe, warum das Großherzogtum Transparenz in das Leistungsgeschehen per systematischer Leistungserhebung bringen möchte. Dieser Weg ist vorbildlich und sollte über die Grenzen Luxemburgs hinaus ausstrahlen.

Messen aller Einzel-Arbeitsschritte. Der Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Jena in Deutschland erhielt im Jahre 2008 den Auftrag die Entwicklung eines Leistungserhebungsbogens und die Durchführung der Leistungserhebung wissenschaftlich zu begleiten. Die Erfassung und Auswertung von Tätigkeiten wird allgemein seit geraumer Zeit mit quantitativen Verfahren der empirischen Sozialforschung praktiziert. Das Messen einzelner Arbeitsschritte und zwar von der Kleinstfunktion bis hin zu Prozessen wird als Tätigkeitserfassung beziehungsweise -analyse bezeichnet. Hierbei werden alle erbrachten Leistungen schriftlich dokumentiert. Diese Tätigkeitsdokumentation kann per Selbstaufschreibung durch die Mitarbeiterinnen oder per Fremdaufschreibung durch externe Begleiter erfolgen. Für die Umsetzung des Projektes in Luxemburg wurde die Methode der Selbstaufschreibung gewählt. Der Vergleich der erfassten Daten über mehrere Jahre gilt in Forschung und Pflegepraxis als ideal, um objektive Daten über einen längeren Zeitverlauf zu vergleichen und daraus Entwicklungen im Pflegesystem abzulesen.



Selbstdokumentation der Leistungen. Für die Erfassung der pflegerischen, hauswirtschaftlichen und anderer Leistungen sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen laufend die von ihnen durchgeführten Maßnahmen im speziell entwickelten Erhebungsbogen protokollieren. Die Entscheidung, die Dokumentation von den Mitarbeitern der Einrichtungen selbst vornehmen zu lassen, war alternativlos, sollte doch das gesamte Leistungsgeschehen über einen Zeitraum von viermal zwei Tagen im Jahr erhoben werden. Eine Erfassung in Form der Beobachtung durch Projektpersonal schied von vornherein aus Kostengründen aus, da das Projektbudget den hiermit verbundenen Personalaufwand nicht widerspiegelt hätte. Um einen adäquaten Umgang mit den Erhebungsbögen und daraus resultierend eine ausreichende Datenquelle sicherzustellen, erfolgte die Datenerhebung allerdings unter kontinuierlicher Unterstützung externer Projektbegleiter, die für diese Aufgabe vor dem Einsatz entsprechend geschult worden waren.

Die Vorteile der Selbstaufschreibung liegen generell darin, dass die Arbeitswelt über eine längere Zeit (viermal zwei Tage pro Jahr) beobachtet werden kann, ohne dass dafür zusätzliche hohe Kosten entstehen. Weiterführende Belastungen entstehen für die Einrichtungen dadurch, dass die Durchführung vor Ort organisiert werden muss. Ferner müssen die Mitarbeiter geschult werden, in welcher Weise sie das Leistungsgeschehen protokollieren müssen. Darüber hinaus sind nur noch für die Planung der Erfassung, der Betreuung des erhebenden Personals und die Auswertung der Daten zusätzliche qualifizierte Fachkräfte erforderlich. Die Beschäftigten aus dem Untersuchungsbereich sind somit am Zustandekommen der Erhebungsergebnisse weitgehend selbst beteiligt und entscheiden maßgeblich über die Dokumentationsqualität die Untersuchungsergebnisse mit. Dadurch entsteht eine höhere Akzeptanz im Praxisfeld als bei der Fremdaufschreibung.

Praktische Umsetzung. Nach einer Pilotphase im Jahre 2008 fand im Mai dieses Jahres die erste Vollerhebung pflegerischer und hauswirtschaftlicher Leistungen in allen Alters- und Pflegeheimen Luxemburgs statt. Insgesamt wurden 49 Einrichtungen durch zwölf wissenschaftliche Mitarbeiter bei der Umsetzung unterstützt. In jeder Einrichtung wurde der Erhebungsbogen zwei Tage lang ausgefüllt. Die Mitarbeiterinnen zeigten sich hoch motiviert und sorgten überwiegend für eine hohe Qualität beim Ausfüllen des Erhebungsbogens. Da die Erhebung parallel zum „normalen Pflegealltag“ erfolgte, bedeutete dies eine zusätzliche Belastung für die Einrichtungen.

Keine Mitarbeiterkontrolle. Überwiegend wurde die Erhebung durch eine ausgezeichnete Organisation auf Seiten der Einrichtungen sichergestellt. Gleichwohl bestand ein hoher kommunikativer Aufwand für das Management und die Fachhochschule Jena, die Pflege-Mitarbeiter dahingehend zu beruhigen, dass die Erfassung



Foto: bilderbox.com

Welche Einzelleistungen fallen in der Pflege tagtäglich an? Luxemburgs Pflegekräfte haben datailliert zwei Tage lang darüber Buch geführt.



nicht der Kontrolle ihrer Arbeitstätigkeiten diene. Bleibt abschließend zu hoffen, dass die Entwicklungen, die sich aus den Erhebungsergebnissen ableiten lassen, weiter zur Stabilisierung der schon aktuell hohen Pflegequalität beitragen werden.

(Prof. Dr. Olaf Scupin, Fachhochschule Jena)

■ **Nähere Informationen:**

olaf.scupin@fh-jena.de

Les faits d'enquête :

6.187 formulaires et 80.431 pages pour dépouiller

Rapport de terrain de la première vague d'enquête par TNS ILRES
(Institut luxembourgeois de recherches sociales et d'études de marché)

La première vague d'enquête a eu lieu du 17 au 30 mai 2010. 6.187 formulaires d'enquête ont été remis par les responsables du terrain; 80.431 pages de relevé d'activité ont été scannées endéans une dizaine de jours. 5% des formulaires ont dû être revus et corrigés lors de cette opération (post it, tâches, pages collantes, formulaires pliés...) qui a pris 2 semaines.

Afin d'éviter lors des prochaines vagues d'enquête une hausse de ce taux d' „erreur“, chaque établissement devra s'assurer que leur responsable 'maison' de l'enquête délivre les formulaires en main propre à chaque collaborateur lors de son début de service sur base du plan de travail qui doit inclure tous les collaborateurs actifs; ces derniers remettront personnellement le formulaire correctement rempli à la fin de leur service au responsable qui le vérifie pour le valider définitivement.

Les travaux de validation des données sont en cours et vont nécessiter à peu près 3 semaines. 49 établissements ont participé pendant chaque fois 48 heures – 2 journées de travail: 288 collaborateurs impliqués pour le plus grand et 49 pour le plus petit établissement.

Les premières analyses statistiques pour cette vague auront lieu fin juin ; le rapport final sera le fruit de la compilation des 4 vagues d'enquête – 1 semaine complète de 7 jours de travail.

Lors de chaque vague d'enquête est établi une analyse pour l'ensemble des établissements (benchmark - accessible à tous) et une analyse distincte par établissement (accessible au seul établissement concerné).

Les résultats sont établis dans leur ensemble avec en complément la distinction entre PV (assuré dépendance) et NPV (non-assuré dépendance) ; le détail (temps moyen, variance etc.) est calculé pour chaque acte singulier et pour chaque catégorie de prestations.

(Charles Margue, TNS ILRES)



Qualität und Leistung: Kostenträgerrechnung sorgt für Überblick

Ein transparentes und betriebswirtschaftliches Analyseverfahren, die sogenannte Kostenträgerrechnung, wird zukünftig den stationären Alters- und Pflegeeinrichtungen helfen, ihre Leistungskraft abzubilden und zu bewerten. Sie ist kombinierbar mit der ab 2011 für alle Einrichtungen geltenden normierten Buchführung (PCN).

Ökonomische Analyse. Die nun kürzlich zum ersten Mal von den Pflegekräften dokumentierten Leistungsdaten bilden zusammen mit den Kosten und Erlösen eines Heimes die Basis der Kostenträgerrechnung (KTR). Das neuartige Analyseverfahren hat die Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) in Zusammenarbeit mit der COPAS (Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins), der Gesundheits- und Pflegekasse (CNS), der IGSS (Inspection générale de la sécurité sociale) und dem Familienministerium, sowie der CEO im Sozialministerium (Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance) entwickelt. Die mittlerweile mengenmäßig erfassten pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen fließen zusammen mit den betriebswirtschaftlichen Ergebnissen (Kosten und Erlöse) der einzelnen Einrichtungen in die neu entwickelte KTR ein. Sie ermöglicht die ökonomische Analyse und Auswertung.

Differenzierte Erfassung. Kosten und Erlöse werden dazu in einem analytischen Kontenrahmen standardisiert erfasst und getrennt nach Kostenarten (wie etwa Personal- oder Immobilienkosten) und Kostenstellen (zum Beispiel Administration, Pflege, Küche) aufgeführt. Leistungs- und Buchhaltungsdaten werden abschließend in der KTR miteinander verknüpft und bezogen auf den Leistungskomplex (beispielsweise Grundpflege, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Leistungen) analysiert.

Instrument zur betriebswirtschaftlichen Analyse. Die Verknüpfung von Buchhaltungsdaten und Leistungsdaten in der KTR erlaubt eine differenzierte Zuordnung von Kosten und Erlösen zu Leistungskomplexen und ermöglicht so auch die Analyse einzelner Kostenträger-Positionen (zum Beispiel der CNS-Pflegeversicherung, der CNS-Krankenversicherung, privater Versicherungen oder von Privatpersonen). Somit können neben den offiziell mit der CNS abrechenbaren Pflegeleistungen auch alle weiteren relevanten Dienstleistungen ermittelt und analysiert werden, die die Einrichtungen für Ihre Bewohner erbringen. Dies bedeutet einerseits einen gewissen Arbeitsaufwand für die Heime. Andererseits erhalten sie damit ein Instrument, das ihnen eine individuelle, detaillierte betriebswirtschaftliche Analyse ermöglicht. Die KTR, so die Auffassung von PwC, wird den stationären Einrichtungen, Trägerverbänden und Kostenträgern als zukünftiges Steuerungs- und Planungs-



Foto: bilderbox.com

Wie hoch sind die Kosten für die Grund- oder Behandlungspflege, wie hoch für die hauswirtschaftlichen Leistungen? Die Kostenträgerrechnung gibt darüber detailliert Auskunft.



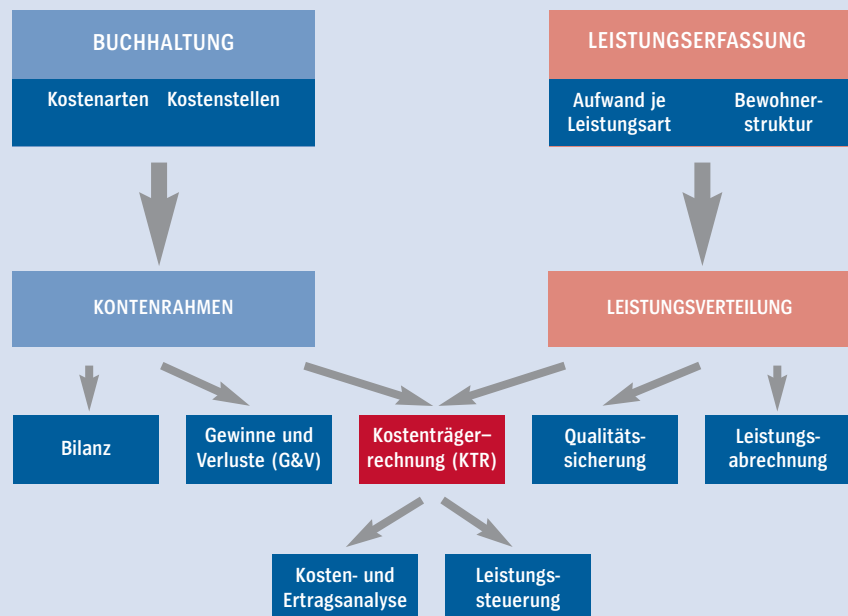
instrument dienen und somit einen relevanten Beitrag zur Kostensteuerung und Finanzierung des Luxemburger Pflegesektors leisten.

Genormte Buchführung. Ab 2011 wird auf nationaler Ebene der neue „Plan Comptable Normalisé“ (PCN) für den konventionierten Sektor operativ eingeführt, von dem alle Einrichtungen betroffen sind. Dies wurde bei der Entwicklung der KTR berücksichtigt, so dass auch diese Umstellung nahtlos erfolgen kann.

(Michael Hauer, Senior Manager, und Pierre Mangers, Direktor bei PricewaterhouseCoopers)

Leistung und Ertrag – wie stehen sie zueinander?

Daten-Erfassungsstränge bei der analytischen Buchführung



Zentrales Element der analytischen Buchführung ist die Kostenträgerrechnung (KTR). In ihr verbinden sich die beiden Erfassungsstränge dieser Buchführung: die Kosten mit den Leistungen. Anfang 2011 wird die KTR erste verwertbare Informationen liefern können, um Preise und Leistungen besser aufeinander abstimmen zu können.

Quelle: PwC – Projekt Analytische Buchführung, Kostenträgerrechnung



Zwei Fragen an: Wie denken die Projektbeteiligten?

Ab 2010 müssen alle Alters- und Pflegeheime Kostenträgerrechnungen (KTRs) durchführen. Welche Konsequenzen sind zu erwarten? InSight SantéSécu fragte nach:



Evandro Cimetta,
Coordinateur général
der COPAS

Evandro Cimetta, COPAS (Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins):

■ Welchen Vorteil kann die Einführung der Kostenträgerrechnung (KTR) für die stationären Pflegeeinrichtungen in Luxemburg bringen?

Cimetta: Zur Zeit ist diese Frage schwer zu beantworten. Dafür gibt es verschiedene Gründe:

- Erstens fehlt uns derzeit noch die Gesamtübersicht über die KTR-Methodik.
- Zweitens erstellt die COPAS seit mehr als zehn Jahren gemeinsam mit der Krankenversicherung, die heute Gesundheitskasse (CNS) heißt, eine nationale flächendeckende Kostenrechnung. So ist für uns nicht immer klar, welchen Zusatznutzen die KTR definitiv erbringen kann.

Nichtsdestotrotz kann die KTR eventuell zu verschiedenen Fragen Auskunft geben, die zur Zeit politisch noch nicht beantwortet sind, beispielsweise zu Investitionsüberlegungen, da bedingt durch die Einführung der KTR mehr über Kostenstrukturen diskutiert wird.

■ Welche Rolle nimmt die COPAS bei der Entwicklung der KTR ein?

Cimetta: Die COPAS versucht, ihre ganze Leistungskraft und ihr Know-How gemeinsam mit ihren Mitgliedern in den Entwicklungsprozess einzubringen, auch wenn sie manchmal kritisch damit umgeht.



Malou Kapgen,
verantwortlich im
Familienministerium
für die Division V –
Personnes âgées

Malou Kapgen, Familienministerium:

■ Inwiefern kann der einzelne Bewohner eines Heimes von der Leistungserfassung profitieren?

Kapgen: Viele Heimbewohner kennen meistens nur die Handlungen, die das Pflegepersonal im direkten Kontakt mit ihnen erbringt. Die Leistungserhebung ist so strukturiert, dass sie alle Handlungen des Pflegepersonals aufnimmt, also auch solche, die nicht im Kontakt mit der Person geschehen, wie zum Beispiel die Dokumentation für die Pflegeversicherung oder Koordinationsaufgaben. Die Resultate der Leistungserfassung werden es möglich machen, dem Bewohner ein sehr differenziertes Bild der Tätigkeiten des Pflegepersonals aufzuzeigen und werden ihm ein größeres Verständnis für die komplexen Arbeitsabläufe im Heim vermitteln. 2007 wurden bekanntlich die



„tâches domestiques“ aus dem Leistungskatalog der Pflegeversicherung heraus genommen. Im Gegenzug zu dieser gesetzlichen Änderung kündigten verschiedene Betreiberorganisationen von CIPAs (Centre Intégré pour Personnes Âgées) und Pflegeheimen ihren Bewohnern eine entsprechende Erhöhung des Pensionspreises an. Sie wiesen darauf hin, dass diese Leistungen im Sinne einer qualitativen Pflege nötig seien, jedoch bis dato nicht Bestandteil der Basisleistungen des Pensionspreises seien. Die Resultate der Pilotphase der Leistungserfassung (2008/2009) bestätigten diese Aussagen und so wurden zwischenzeitlich Neuregelungen getroffen, um den festgestellten Bedürfnissen der Pflegeversicherten Rechnung zu tragen.

■ **Die KTR gibt auch Aufschluss darüber, welche Kosten durch den Pensionspreis gedeckt werden. Was heißt das für Sie?**

Kapgen: Ich würde die Diskussion etwas komplexer angehen wollen. Es ist richtig, dass eine Kostenträgerrechnung es ermöglicht, Leistungen Kosten zuzuordnen und Kostenträger auszumachen. Kann man die Methodik der Kostenträgerrechnung als mathematisch-wissenschaftlich bezeichnen, so ist die Zuordnung von Leistungen zu Kosten und Kostenträgern meines Erachtens in letzter Instanz eine sozio-politische Konsensfindung.

Das aktuelle System beruht auf einer ganzen Reihe solcher Übereinkommen. So ist die „valeur monétaire“ ein Mittelwert der primär auf der Basis von Personalstrukturen der Trägergesellschaften sowie einer Reihe an „Overheadkosten“ jährlich verhandelt wird. Die erbrachten Leistungen werden von der Gesundheitskasse auf der Basis von Zeitkomplexen finanziert, die auf den Mittelwerten einer kanadischen Studie beruhen. Schlussendlich ist der Pensionspreis eine Pauschale, der eine Reihe an Leistungen gegenüberstehen – Leistungen die jedoch nur bedingt in konkrete Messeinheiten umgelegt werden können.

Die ganze Diskussion über die „tâches domestiques“ hat definitiv verdeutlicht, dass ab einem bestimmten Grad das gesamte System wie ein System von kommunizierenden Röhren funktioniert und Entscheidungen auf einer Ebene Konsequenzen auf einer anderen Ebene nach sich ziehen.



José Balanzategui,
Abteilungsleiter –
Assurance Dépendance
bei der Gesundheits-
kasse

José Balanzategui, CNS (Gesundheitskasse):

■ **Welche Vorteile bringt die Kostenträgerrechnung (KTR) gegenüber der bisherigen Abrechnungssystematik der Alters- und Pflegeheime?**

Balanzategui: Die Pflegeleistungen werden der CNS gegenüber mittels einer Zeitlogik abgerechnet. Dafür wird ein Stundentarif festgelegt (valeur monétaire, Artikel 395 des Code de la sécurité sociale). Dieser wird zwischen der CNS und der COPAS (Dachverband der Pflegeorganisationen) jährlich verhandelt. Die Verhandlungen beruhen



von Anfang an auf der Kalkulation der Kosten einer Pflegestunde. Die Methode für diese Ermittlung wurde im Laufe der Zeit von der CNS und der COPAS erstellt und kontinuierlich angepasst.

Die Kostenträgerrechnung verfeinert die bisherige Kalkulation des Entstehungspreises einer Pflegestunde, indem sie differenziert, ob ein Pflegeversicherter oder ein nicht Pflegeversicherter betreut wurde. So erfolgt eine Erfassung der anfallenden Kosten pro Kostenträger. Dies wird möglich dank der für die KTR eingeführten Leistungserhebung. Sie greift zudem auf real erhobene Zeiten zurück, was bisher nicht der Fall war. Das Personal wird nach einem Funktionskriterium aufgeschlüsselt und nicht mehr – wie bei der heutigen Verfahrensweise – nach einer Qualifikationslogik. Die KTR führt im Übrigen feinere Verteilungsschlüssel im Bereich der Immobilienkosten ein. Die KTR-Resultate werden die Verhandlungen zwischen CNS und COPAS sicherlich bereichern. In diesem Zusammenhang muss man erwähnen, dass eine analytische Buchführung ein vertraglich festgelegtes Vorgehen befolgt. Die KTR-Resultate müssen so gesehen immer im Kontext der Konventionen, die man sich gegeben hat, gedeutet werden.

■ **Die KTR ist bislang auf den Pflegesektor begrenzt. Wäre eine Übertragung auf andere Sektoren des Gesundheitswesens denkbar ?**

Balanzategui: Das KTR-Schema ist für die Alters- und Pflegeheime erstellt worden. Die Systematik könnte man sicherlich auch auf die ambulante Pflege und auf den Behindertenbereich übertragen. Zu bemerken ist, dass das Familienministerium (MiFa) auch im Behindertenbereich eingreift. Hier zählt das MiFa Tagespauschalen in Bezug auf den Accueil socio-pédagogique. Dieser Bereich hat somit eine größere Aktivitätenvielfalt vorzuweisen als die Alters- und Pflegeheime. Die CNS und die COPAS tun sich schwer, diese Aktivitätenvielfalt buchhalterisch zu trennen. Hier könnte die Weiterführung der KTR hilfreich sein, um präzisere Kostenzuweisungen zu gewährleisten.



Christian Erang,
Directeur de la Maison
de soins An den Wisen,
Bettembourg

Christian Erang, Maison de soins An den Wisen, Bettembourg:

■ **Führt die Kostenträgerrechnung (KTR) zu einem verstärkten Wettbewerb unter den Einrichtungen?**

Erang: Isoliert betrachtet wird die Kostenträgerrechnung meiner Meinung nach wenig Einfluss auf den Wettbewerb unter den verschiedenen Trägern haben. Eine andere Brisanz bekommt sie jedoch, wenn sie mit den Leistungsdaten gekoppelt wird, welche viermal pro Jahr über 48 Stunden in sämtlichen Einrichtungen erhoben werden. Zurzeit gibt es jedoch noch keine einwandfreie juristische Klärung bezüglich der Nutzungs- und Eigentumsrechte eben dieser Leistungsdaten.



Gehen wir der Einfachheit halber von der Hypothese aus, dass all diese Fragen ausgeräumt wurden, so können die KTR und die Leistungserhebung durchaus einen Einfluss auf den Wettbewerb haben. Dieser Einfluss scheint mir jedoch gering zu bleiben. Sicherlich, die beteiligten Institutionen dürften im Rahmen ihrer eigenen Nutzungsrechte von den erhobenen Daten profitieren, um interne Prozesse und Organisationsformen zu verbessern. Das würde letztlich auch zu einer höheren Qualität und zu einem besseren Preis/Leistungsverhältnis führen – ein nicht zu unterschätzender Vorteil gegenüber der Konkurrenz. Richtig wettbewerbsinteressant wäre es allerdings, wenn eine Einrichtung zwecks Benchmarking Einblick in die (anonymisierten) Daten anderer Einrichtungen/Träger bekommen dürfte.

Dies wird jedoch nicht gewollt von allen sich im Projekt befindlichen Partnern. So werden auch weiterhin insbesondere das Pflege- und Betreuungskonzept, die Architektur der Einrichtung, die Personalstruktur sowie der angewandte Kollektivvertrag verstärkt den Wettbewerb unter den Einrichtungen beeinflussen.

■ Was sollte aus Ihrer Sicht noch an der KTR verbessert werden?

Erang: Diese gemessen am heutigen Standpunkt doch verfrühte Frage dürfen Sie mir gerne noch einmal in ein bis zwei Jahren stellen. Zum Einen ist die theoretische Entwicklung der Methodik „Kostenträgerrechnung“ mit ihren diversen Verteilungsschlüsseln und ihrer Zuordnung von Leistungen zu KTR-Positionen noch nicht abgeschlossen. Zum anderen konnte ihre Praxistauglichkeit bis dato noch nicht auf „Herz und Nieren“ geprüft werden. Ein solcher Praxistest (KTR-Testlauf) wird voraussichtlich in den kommenden Monaten in drei ausgewählten Einrichtungen, so auch in unserer Einrichtung, durchgeführt. Dabei werden gesammelte Daten der beiden ersten Leistungserhebungsperioden gemeinsam mit den abgeschlossenen Halbjahresbilanzahlen in die entwickelte Kostenträgerrechnung einfließen. Erst dann können die „ausgespuckten“ Daten auf ihre Gültigkeit und Aussagekraft hin untersucht und analysiert werden.

Ich persönlich gehe davon aus, dass dies insbesondere im partnerschaftlichen Verhältnis zwischen der Gesundheitskasse CNS und dem Trägerverband COPAS erfolgen wird, denn schließlich sollen die landesweit erhobenen Daten und Ergebnisse diesen beiden Vertragspartnern ja später als Informationsgrundlage dienen, um die zukünftige Vergütung von CNS-vergütungsrelevanten Leistungen gezielt zu verhandeln und zu entwickeln.

Abschließend kann gesagt werden, dass die KTR erst landesweit ihre Reifeprüfung bestehen muss. Ihre Struktur muss den definierten Zielen gerecht werden. Notwendige Anpassungen, sollten immer erst in der jeweiligen Folgeperiode umgesetzt werden. In diesem Sinne: Es gibt viel zu tun, packen wir's an!



Tom Streicher,
Infirmier hospitalier
gradué, Master en
Gérontologie, CEO

Tom Streicher, CEO (Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance):

■ **Inwiefern kann die Leistungserhebung im Rahmen der analytischen Buchführung die Kommunikation zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und der CEO unterstützen?**

Streicher: Bei der Leistungserhebung handelt es sich um eine quantitative Erhebung, eine Momentaufnahme. Diese Erhebung muss in angemessenen Zeitabständen wiederholt und verglichen werden. Hieraus ergibt sich, dass die CEO ein Konzept zu Qualitätsgesprächen erstellt und zukünftig die stationären Pflegeeinrichtungen aufsuchen wird. Basis für diese Qualitätsgespräche sind die Daten der Leistungserfassung und die CEO führt voraussichtlich turnusmäßig alle zwei Jahre eine Prüfung der Plausibilität der Leistungserfassung sowie der Dokumentation durch. Ziel dabei ist, Themen und Handlungsansätze, in denen Veränderungs- und/oder Informationsbedarf besteht, gemeinsam behandelt werden.

■ **Die Leistungserfassung erhebt nur Durchschnittsdaten pro Einrichtung. Inwiefern nutzen diese der CEO?**

Streicher: Mit der Leistungserhebung und dem Aufbereiten der erfassten Daten erhält die CEO relativ aussagekräftige und verständliche Daten über Zustände und Entwicklungen in den Einrichtungen. Der Vergleich zwischen den Einrichtungen wird möglich und Abweichungen werden sichtbar.

Die Menge oder Zeit einer erbrachten Leistung sagt oftmals nicht genügend über deren Sinnhaftigkeit, Qualität oder Wirkung aus. Mittels moderner Datenbanken können sämtliche pflegerischen Tätigkeiten dargestellt werden. So lassen sich etwa alle Körperpflegen in einer Einrichtung zusammenstellen oder der Aufwand für die Mobilisationen der Bewohner wird summiert.

Die quantitative Erfassung sämtlicher Leistungen erlaubt es der CEO, die vormals auch „unsichtbare“ Pflegearbeit sichtbar darzustellen. Diese Durchschnittsdaten helfen der CEO, sich einen globalen Überblick aller erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung von Pflegekonzepten oder Bewohnerprofilen zu schaffen. Ergänzend hilft auch die interne Dokumentation der jeweiligen Einrichtung. Diese Daten und Erkenntnisse bilden somit die Basis für die Qualitätsgespräche zwischen der CEO und den Einrichtungen. Ähnliche Qualitätskontrollen könnten ebenso im Bereich der ambulanten Pflegedienste und im Behindertenbereich etabliert werden.



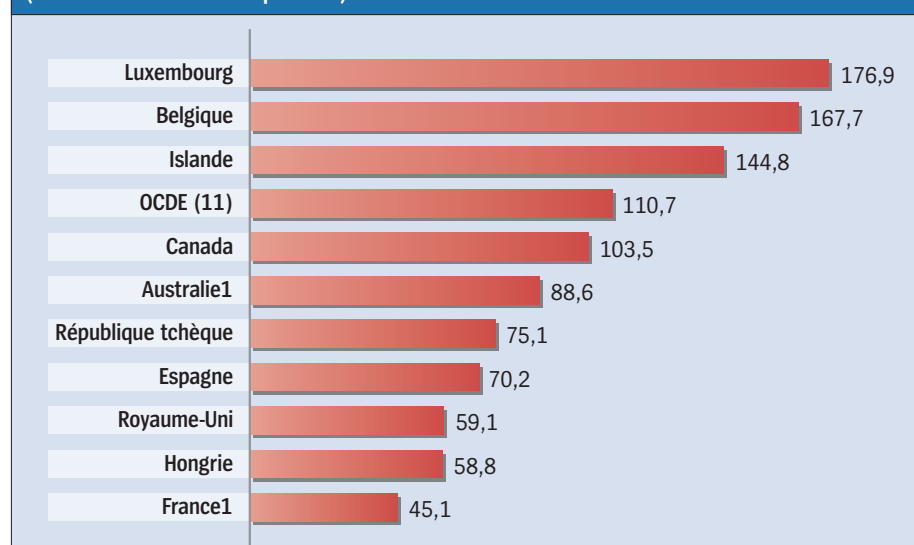
QSR-Radioprotection: Expliquer le nombre des examens radiologiques

Le système QSR (Qualitätssicherung der Stationären Versorgung mit Routinedaten), mis en place d'abord en Allemagne, puis en Autriche et en Suisse, tente d'apporter une réponse à la question suivante : comment assurer la qualité du traitement hospitalier ?

Établir des indicateurs. Le but est d'établir des indicateurs, à partir de données administratives (recensant les soins facturés), qui permettent d'évaluer les résultats des services fournis par les hôpitaux.

Étude pilote. En septembre 2009 au Luxembourg, une étude pilote a évalué la possibilité d'appliquer cette méthode. A partir des données administratives sur l'implantation de prothèses de hanches et de genoux, l'étude a montré non seulement que la qualité des soins hospitaliers est comparable au niveau étranger (en termes de taux de mortalité ou de complication après opération, de fréquence des opérations, de durée de séjour, etc.), mais aussi que les données de la Caisse nationale de santé (CNS), certes perfectibles, permettent de tirer des conclusions sur les résultats des soins médicaux.

Nombre d'exams tomодensitométriques pour 1000 habitants, 2007
(ou dernière année disponible)



1. Inclut seulement les exams réalisés en ambulatoire et dans le secteur privé (exclut ceux réalisés dans les hôpitaux publics).

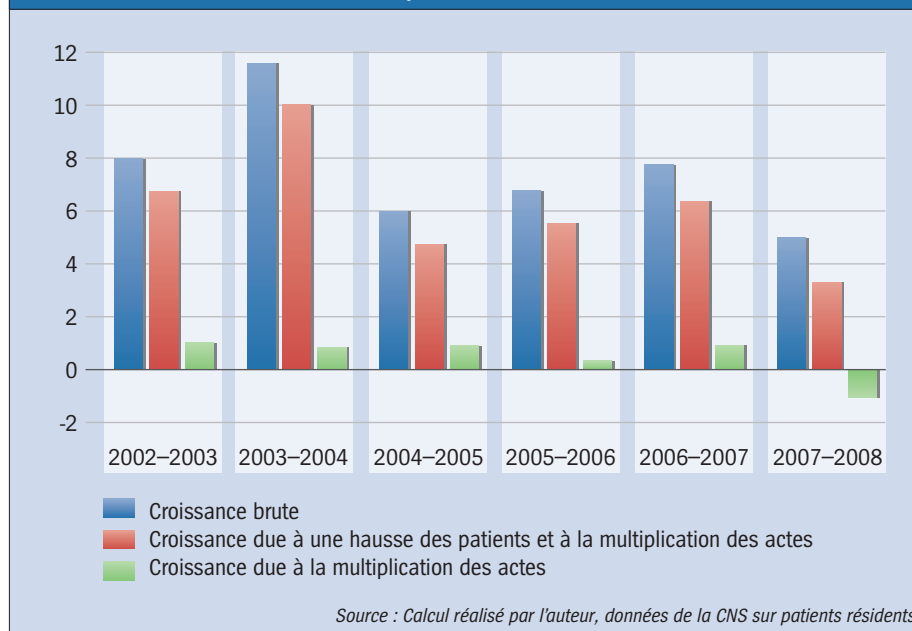
Source : Eco-Santé OCDE 2009



Les objectifs de l'étude. Suite à cette expérimentation, la méthode QSR, appelée à se répandre, a été utilisée entre mars et mai 2010 dans le cadre d'une étude sur l'imagerie médicale. En collaboration avec la Division Radioprotection du Ministère de la santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) a analysé l'évolution (de 2002 à 2008) des examens radiologiques à partir des données de la CNS. L'objectif principal est de déterminer pourquoi les examens les plus irradiants et dangereux pour la santé, notamment les scanners CT (Computed Tomography), sont réalisés de plus en plus fréquemment au Luxembourg.

Augmentation rapide. La réflexion a été engagée sur base de deux principaux constats : un nombre élevé de ce type d'examen d'imagerie est réalisé au Luxembourg, notamment par comparaison à la moyenne de 11 pays de l'OCDE (graphique 1), et ce nombre progresse chaque année. De 2002 à 2008, le nombre de scanners CT a augmenté de 54,2% ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 7,5%.

Taux de croissance des examens CT par année



Explication. Deux pistes, après avoir éliminé l'effet démographique, sont envisagées pour expliquer ces faits : comme la technique facilite le diagnostic, elle peut être utilisée dans des cas de plus en plus variés, et elle peut être banalisée, ce qui impliquerait plus d'examen, par patient, pour obtenir la bonne information.



Les premiers résultats semblent montrer que la scanographie est de plus en plus répandue (graphique 2). Une part importante de la croissance du nombre de ces examens est due à la hausse du nombre de patients, c'est donc que l'utilisation de cette modalité d'imagerie se développe au fur et à mesure des années. (Il faut noter que les résultats ne sont pas interprétables toutes choses égales par ailleurs, alors que d'autres facteurs peuvent participer à l'explication de cette croissance, par exemple une intervention chirurgicale qui implique ce type d'examen et qui serait plus pratiquée.) Par contre, la multiplication des actes, c'est-à-dire le fait de réaliser plus d'examens, par patient, pour avoir la bonne information diagnostique, participe peu à la croissance du nombre d'actes CT entre 2002 et 2008. (Les données de 2008 ne sont pas complètes, elles seront révisées au fur et à mesure que les dossiers de facturation sont traités.)

Examens sur colonne lombaire ou dorsale. L'étude, disponible prochainement, tente d'approfondir l'observation de l'évolution de la pratique radiologique concernant les examens sur colonne lombaire ou dorsale. Les résultats incluront une comparaison entre les hôpitaux et exposeront les limites de l'analyse, notamment en termes de manque de documentation médicale au Luxembourg.

*(Julie Mansuy, stagiaire à l'IGSS,
étudiante en M2 CEEPSS à l'Université de Nancy)*

■ Liens:

Pour plus d'information sur le système QSR :

http://www.mss.public.lu/publications/forum_qsr/index.html.

Plan National Alcool : Agir ensemble contre l'alcool

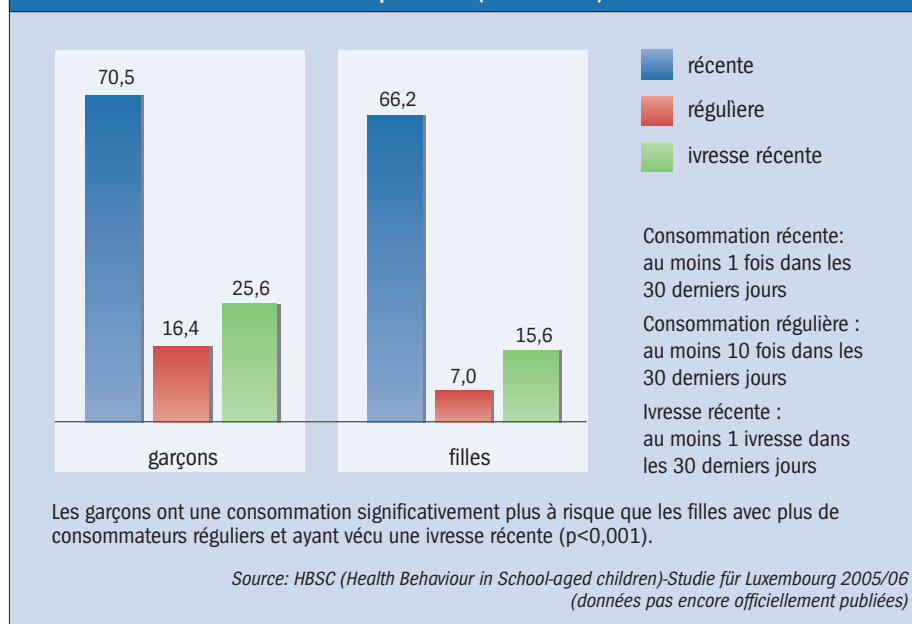
L'Union Européenne (UE) est la région du monde où l'on consomme le plus d'alcool avec en moyenne 15 litres d'alcool par adulte et par année (chiffres 2006/2007). Cela vaut aussi pour le Luxembourg. Un nouveau plan d'action national se penche sur cette problématique.

Situation européenne. La plupart des Européens boivent de l'alcool régulièrement. Seuls 15% d'entre eux se déclarent abstinents. Un peu moins de la moitié (44%) de l'alcool consommé l'est sous forme de bière, 34% sous forme de vin, et 23% sous forme de spiritueux. Le phénomène du « binge drinking » qui consiste à boire au moins 5 boissons alcoolisées lors d'une occasion donnée est répandu puisqu'il concerne environ 100 millions d'individus dans l'Union européenne. Un adulte s'y adonne en moyenne 17 fois par an.



La troisième cause de mortalité. Quant à la dépendance alcoolique, on l'estime à 5% chez les hommes, à 1% chez les femmes. Aujourd'hui, nous devons faire face à cette terrible réalité : bon nombre de nos jeunes boivent de plus en plus tôt des quantités d'alcool de plus en plus importantes. Par ailleurs, on estime que l'alcool coûte chaque année 125 milliards d'euros à l'Europe. Nombre de nos régions font aujourd'hui face à cette terrible réalité. Nos jeunes boivent en coûts tangibles totaux. L'alcool est responsable de la mort de 195.000 personnes par an au sein de l'UE. Il constitue la 3^e cause de mortalité prématurée et de maladie dans l'UE, après le TABAC et l'HTA.

Modes de consommation d'alcool par sexe (15 -18 ans)



Binge drinking. Pour la période 2008–2014, le gouvernement s'est fixé plusieurs priorités en ce qui concerne la lutte contre l'alcoolisme et contre le nouveau phénomène du « binge drinking » chez les jeunes. Il s'est engagé à proposer une législation comprenant des mesures éducatives et sociales visant à protéger les jeunes des suites d'une consommation excessive d'alcool. Des mesures seront notamment prises pour limiter les publicités pour les boissons alcoolisées, et pour œuvrer, en concertation avec les commerçants, à ce que les boissons sans alcool soient vendues moins chères que les boissons alcoolisées.

Les objectifs du plan national Alcool comprennent:

1. La protection de la jeunesse et des groupes les plus vulnérables.
2. La diminution de la consommation problématique d'alcool, qu'il s'agisse d'ivresses ponctuelles, de consommation chronique, ou de consommation inadaptée à une situation donnée.



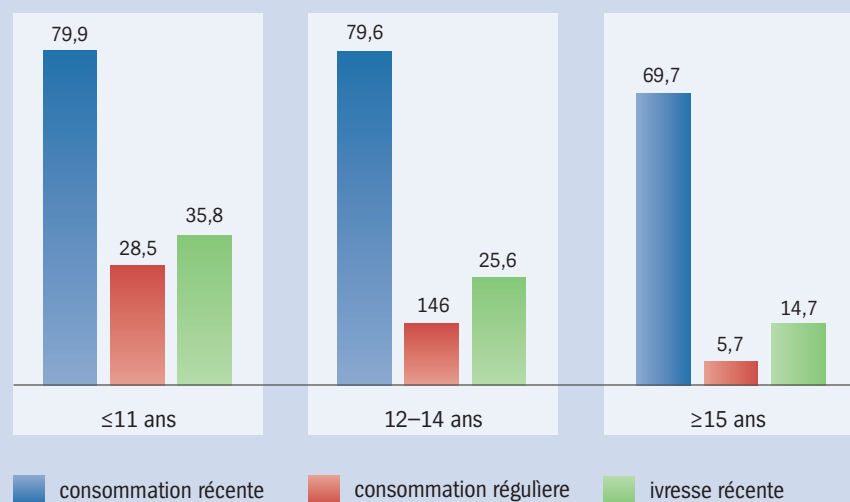
3. La diminution du nombre de personnes dépendantes de l'alcool
4. La diminution des conséquences négatives de l'alcool sur les proches et l'entourage.
5. La diminution des conséquences négatives de l'alcool sur la vie sociale et sur l'économie.
6. La collaboration entre acteurs publics et privés du domaine de l'alcool et la coordination de leurs efforts et de leurs activités, afin de coordonner la mise-en-œuvre du « programme national Alcool ».
7. La sensibilisation de la population vis-à-vis des effets négatifs de la surconsommation d'alcool de façon à ce que cette même population soutient les mesures du gouvernement.

Le Ministère de la santé a proposé quatre stratégies.

Changement de comportement. La première stratégie consiste à intervenir sur le plan de la prévention pour changer les comportements

- Sensibilisation, grâce à une information et une communication publique systématique et continue.
- Campagnes de prévention, nationales et multimédias, sur des thèmes précis, telles que « Pas d'alcool au cours de la grossesse ».

Modes de consommation selon l'âge de premier contact



Chez les jeunes de 15-18 ans, ceux qui ont eu leur premier contact avec l'alcool avant l'âge de 12 ans semblent plus nombreux à avoir un comportement potentiellement à risque avec des consommations régulières et ivresses récentes.

Source: HBSC (Health Behaviour in School-aged children)- Studie für Luxembourg 2005/06
(données pas encore officiellement publiées)



- Projets de prévention dans les écoles, les communes, les lieux de loisirs et les lieux festifs, les lieux de travail.
- Formations spécifiques pour les enseignants, les agents de prévention, les travailleurs sociaux, les personnels de soins et de santé, les parents, les forces de l'ordre.

Réduction de l'accessibilité. La deuxième stratégie comprend des interventions structurelles, visant à rendre l'alcool moins accessible. Ce sont des mesures législatives et réglementaires concernant :

- La vente :
 - Réglementation des lieux de vente.
 - Vente séparée de l'alcool.
 - Interdiction de la vente et de l'offre d'alcools forts en-dessous de l'âge de 18 ans.
- La politique des prix :
 - Interdiction de toute initiative commerciale incitant à une consommation excessive (ex. : Flat-rate parties).
 - Réduction obligatoire des prix des soft-drinks : au moins deux boissons non alcoolisées doivent être vendues moins chères que l'alcool le moins onéreux.
- Des contrôles systématiques du respect de la législation concernant la vente et l'offre de boissons alcoolisées
- La publicité : limitation de la publicité en faveur de l'alcool, y compris sur Internet.

Dépistage. La troisième stratégie les points suivants: dépistage, interventions courtes, prise-en-charge thérapeutique, suivi :

- Formations continues et spécifiques pour médecins et personnels de santé, dans les domaines de la détection précoce et des interventions légères
- Elargissement de l'offre en matière de prise en charge thérapeutique et de suivi.

Réalisation plan Alcool. La quatrième stratégie vise à la réalisation d'un programme national Alcool 2010–2014. Elle comprend la mise sur pied d'un comité de pilotage suivant et coordonnant l'application des différentes mesures du programme et le déblocage de moyens financiers pour réaliser le programme.

(Dr. Simone Steil, Médecin chef de division)

■ Liens:

Pour en savoir plus:

<http://www.sante.public.lu/fr/exposes/conference-nationale-sante/2010/5eme-conference-nationale-sante/index.html>



Foto: Kzenon - Fotolia.com

Alkohol ist Todesursache Nummer 3 in Europa. Ein umfassender Maßnahmenkatalog soll dem Alkoholmissbrauch besonders unter Jugendlichen Einhalt gebieten.



Das Spital der Zukunft: Papierlos und transparent

Ein permanenter innerer Reformprozess zeichnet die zukünftige Klinik aus. Elektronische Dokumentation wird auf Dauer das Papier verdrängen. Auf der Journée Santé Mitte Mai in Mondorf-Les-Bains entwickelten drei international renommierte Referenten ihre Visionen zum Spital der Zukunft.

Verbundbildung als Königsweg. Was ist für ein effektives Krankenhausmanagement unabdingbar? Für Prof. Dr. Rudolf Schmid, geschäftsführender Vorsitzender von drei Spitälern der Kreiskliniken Reutlingen GmbH und Professor an der Universität Hannover, steht fest, dass nicht nur klare politische Vorgaben für Effizienz sorgen. Ebenso sollten ambulante und stationäre Strukturen in einem Spital nicht nur organisatorisch, sondern auch finanziell getrennt sein. „Aber der Königsweg liegt in der Verbundbildung, in der effizienten Kooperation mehrerer Häuser miteinander“, betont Schmid. Träger-Egoismen dürften nicht den Blick auf gut strukturierte und wirtschaftliche Kooperationsmöglichkeiten verstellen. Verbundstrukturen seien überlebensfähiger und führten zu Effizienzsteigerung. Kosteneinsparungen ergäben sich zudem durch Synergiebildung. Das zeige die Erfahrung. Schmid, der selbst seit 30 Jahren im Management von Klinikgruppen beruflich aktiv ist, hält die Konzentration auf Kernleistungen im Verbund zur Qualitätsoptimierung für unabdingbar. Begleitend könne Telemedizin kooperative Strukturen technisch unterstützen.

Case-Management. Ein permanenter innerer Reformprozess werde das Spital der Zukunft begleiten, damit Qualität nicht nur erhalten bleibe, sondern auch wachsen könne. Dem Case-Management gehöre die Zukunft angesichts der stetig steigenden Anzahl chronisch Kranker und multimorbider Patienten.

Differenzierte Kodierung. Ein eindeutiges Plädoyer für die klare Kodierung von Prozeduren im Krankenhaus hielt Prof. Thomas Mansky von der Technischen Universität Berlin. Nur mit differenzierten Kodierungssystemen seien belastbare Datenanalysen zu erhalten. Beispielsweise generierten sich in Deutschland Routinedaten aus der Kodierung von 25.000 Prozeduren. In den USA verschlüsselten die Krankenhäuser 5.000 Prozeduren. Die so geschaffenen Datenpools gäben Auskunft über die Ergebnisqualität und ermöglichten im Zuge dessen, die Prozessqualität effektiver zu steuern.

Offener Umgang mit Schwächen. Das Bemühen um Qualitätsausbau sei insofern sehr hoch, da nur die besten Häuser sich auf Dauer behaupten könnten. So sei für deutsche Spitäler die Suche nach Qualitätsstärken und -defiziten existenziell. Seiner Erfahrung gemäß profitiere ein Haus davon, wenn es einmal erkannte



Foto: photoconcepts1 - Fotolia.com

Regelmäßige Selbstauditierung zeichnet das Spital der Zukunft aus. Nur so lassen sich Qualität erhalten und fördern, bekräftigten die Fachreferenten auf der Journée Santé.



Qualitätsdefizite, nicht verschweige. Vielmehr werde der selbstbewusste und offene Umgang mit Schwächen honoriert. Ein bedeutender Achtungserfolg in der Öffentlichkeit ergebe sich sogar, stellten sich nach der Offenlegung von Schwächen die initiierten spürbaren Verbesserungen ein, so Mansky. Im Übrigen stellten sich die US-Kliniken schon lange der Publikationspflicht.

Pay for Performance (p4p), die Honorierung aufgrund von Qualitätsmessdaten, rücke aufgrund klarerer Messverfahren immer weiter in den Bereich des Machbaren. Auch Langzeitergebnisse seien mittlerweile sehr gut messbar. Dennoch sei das Thema p4p international nach wie vor von hoher Brisanz.

Überkommene Regeln überprüfen. „Papierlos und transparent“, so sieht Prof. Dr. Alain de Wever von der Université Libre de Bruxelles das Spital der Zukunft. Überkommene Regeln und Abläufe seien kompromisslos zu überprüfen. So beispielsweise sei das Profil der medizinischen Berufe auf Dauer nicht zu halten. Die Feminisierung des Arztberufes erfordere mehr Teilzeitplätze. 70 Prozent der Medizinstudenten seien heute schon weiblich. Auch sollte das Hospital der Zukunft nicht allein arbeiten, sondern im Netzwerk, in das auch die Pflege mit eingebunden sein müsse. Im Rahmen von Spital-Gruppen oder fusioniert und eng vernetzt im Gefüge der sozialen Gesundheitsversorgung sollte sich die heutige Einzelklinik bewegen. Überkommene Verfahren zur Logistik und Hygiene gehörten auf den Prüfstein. Zusammenlegung sei im Hinblick auf die Logistik von Medikamenten oder Nahrungsmitteln durchaus effizient. Auch das Arzneiverteilssystem Unit-Dose sieht de Wever als Bestandteil zukünftiger Krankenhaus-Logistik.

Imagebildung. Über Öffentlichkeitsarbeit festige das Spital sein Image in der Öffentlichkeit. Nicht zu übersehen sei schlussendlich, dass nicht nur die Zufriedenheit der Patienten, sondern auch die der Angestellten wesentlich das Qualitätsklima im Innen- als auch Außenbild jeder Klinik positiv beeinflussten.

*(Dr. Beatrice Wolter,
Redaktion Insight SantéSécu)*

■ Webtipp

Folien zu den Vorträgen, die auf der Journée Santé gehalten wurden, finden sich unter:
<http://www.sante.public.lu/fr/actualites/2010/05/5e-conference-nationale-sante/index.html>