

BULLETIN de la



SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Fondé en 1864

4/99

PROPHAC

La Construction de notre succès au fil des années.

1er mai 1946 Fondation de la Société au 25, rue Baudoin - HOLLERICH
par Monsieur Philippe ZIRNHELD (Senior) et Charles Montburn.
Publication au Mémorial No. 34 du 13 juin 1946

Premières représentations:

Cilag	1er	février	1946
Agpharm 10	avril	1946	
Sapos	24	septembre	1946

1er janvier	1975	Monsieur Théo ZIRNHELD succède à son père aux fonctions de gérant.
1er mai	1964	Introduction des premiers BIOCHEMICA TEST-COMBINATION
1er janvier	1972	Monsieur Pierre KUTTEN devient chef du département DIAGNOSTICA.
27 mars	1976	Nomination de Monsieur Nicolas SCHINTGEN aux fonctions de fondé de pouvoir.
Décembre	1981	Vente du premier analyseur de biochimie, le HITACHI 705
26 juillet	1982	Informatisation de la compatibilité et de la gestion.
15 octobre	1992	Engagement de Monsieur Marc SCHMIT en tant que pharmacien responsable.
1er mai	1996	Engagement de Monsieur Philippe ZIRNHELD comme Directeur-Adjoint.

Aujourd'hui, vingt-sept employés construisent tous les jours le succès de la PROPHAC S.à r.l., Nous représentons, au Luxembourg, les Laboratoires Pharmaceutiques suivants:

MEDECINES HUMAINE

Byk Belga
Ciba Vision Optalmics
Dr. Rentschler
Pierre Fabre Medicaments
Schwarz Pharma
Yamanouchi

MEDECINE VETERINAIRE

Vetoquinol
Merial GmbH

DIAGNOSTICA

Roche Diagnostics



Philippe ZIRNHELD	Nico OURTH	Jean-Paul HEIM	Marc SCHMIT
Eugène HALSDORF	Denis PUTZ		

BULLETIN

de la

Société des Sciences Médicales
du Grand-Duché de Luxembourg

4

1999

**Bulletin de la Société des Sciences Médicales
du Grand-Duché de Luxembourg**
Publié sous la direction du Conseil d'Administration
de la Société des Sciences Médicales, Section des Sciences Médicales
de l'Institut Grand-Ducal

Conseil d'Administration de la Société des Sciences Médicales:

Président: Prof. H. Metz FRCP (Edin.)
Vice-président: Prof. R. Wennig
Secrétaire général: Dr. M. Schroeder
Membres: Dr. R. Blum;
Prof. M. Dicato FRCP (Edin.); Dr. A. Kerschen; Dr. R. Stein;
Dr. G. Theves; J. M. Halsdorf (pharmacien);
Dr. R. Welter (coopté); Dr. R. Putzeys; Dr. M. Keipes

Bulletin de la Société des Sciences Médicales:

Administration: Dr. M. Schroeder, Secrétaire général,
72, rue de Schoenfels, L-8151 Bridel,
Tél. 33 96 08 - Fax 33 96 08 Tél. 021 28 20 29
Rédaction: Prof. M.-A. Dicato, Rédacteur en chef,
manuscripts Dr. G. Theves, Rédacteur
Publicité: Optimed S.à.r.l
24a, rue de Remich
L-5471 Wellenstein
Tél. ++352 647621
Fax ++352 69762132

Le Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg publie des articles en français, en allemand et en anglais. Les auteurs sont priés de remettre leurs manuscrits, dactylographiés en double ou triple interligne et en deux exemplaires, au rédacteur en chef.

Les références, classées par ordre alphabétique, doivent comporter dans l'ordre;

a) Le nom des auteurs et les initiales de leurs prénoms. b) le titre du travail, c) le nom du journal, d) le tome, e) la première page de l'article, f) l'année de parution. Pour les citations d'ouvrages, une référence comportera dans l'ordre, outre les noms des auteurs et le titre du livre: a) la ville, b) l'année de parution, c) le nom de la maison d'édition.

Il est recommandé aux auteurs que les articles soient succincts et, Si possible, précédés d'un résumé en anglais. Tous les articles seront lus par le rédacteur et un consultant-spécialiste.

Les articles n'engagent que leurs signataires, et sauf avis spécial les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement la position de la Société des Sciences Médicales.

The Bulletin is published two or three times per year and accepts articles in french, german and english. The authors are invited to submit the original copy and a duplicate, typed doublespaced, to the editor. The references, in alphabetical order should conform to the style of the Index Medicus: Surname and initials of authors, title of article, name of journal, volume number, first page and year.

All the articles, which should be succinct, are reviewed by the editor and a member of the editorial board.

Copyright 1999 by Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.

Inhaltsverzeichnis

Editorial	9
Marc Bruck	
Intervention de Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale lors du 10e Congrès International CALASS	11
Carlo Wagner	
Futurcare. Le Nouveau défi.	21
Dr. Jean-Jacques Wirtz	
Home Care - Ein Konzept und seine Umsetzung	31
Ellen Runge Carine Schaack, Oliver Bens	
Warum wird Home Care zum Thema?	32
Fresenius Kabi - Vom Produkt zum Home Care Serviceprovider	33
Les soins à domicile au Luxembourg	35
L'activité innovative du Groupe CPL	
Aktivität und Regeneration	41
Prinzipien moderner orthopädischer Rehabilitation	
Dr. Thomas Wessinghage	
Reha im benachbarten Deutschland	45
Prof. Dr. Manfred Steinbach	
Die Bedeutung der Elektronikversicherung im Gesundheitswesen	49
Gerhard Fecker	
Datenverarbeitung im Bereich des Gesundheitswesens	55
Marc Bruck	
Outsourcing	57
Vor- und Nachteile eines solchen Prozesses im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit aus der Sicht eines technischen Dienstleisters im Krankenhaus	
Boris Chen	
Integriertes Dokumentenmanagement - Schlüsseltechnologie für erfolgreiche Unternehmen und Organisationen im Gesundheitswesen	65
Michael Frihs	

Editorial

„Forum Gesundheit“

„Grenzüberschreitende wirtschaftliche Kooperation im Bereich des Gesundheitswesens“

Marc Bruck

Der Kongress „Calass'99“ (Congrès de L'Association Latin des Systèmes de Santé) versuchte, eine Bestandsaufnahme der neuen Orientierungen im Gesundheitswesen vorzunehmen: Die Vielfalt der Themen, die Diskussionsbereitschaft der Zuhörerschaft und die Qualität der Vortragenden waren Garant genug, dass der Themenbereich umfassend und auf hohem wissenschaftlichem Niveau abgehandelt werden konnte.

Warum sich also auf den lateinsprachigen Raum beschränken? - zumal in einer Zeit in der das Englische längst eindeutig die „Fachsprache“ der Medizin und der ihr angegliederten Fächer ist? - zumal an einem Ort, wie Luxemburg, der, seit jeher durch seine grenzüberschreitenden Aktivitäten der sogenannten „Großregion“ verpflichtet war.

Das von der „Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg“ gemeinsam mit Optimed initiierte „Forum Gesundheit“ sollte denn auch allen Teilnehmern am Kongress und seinen Satelittenveranstaltungen die willkommenen Gelegenheit bieten derartige grenzüberschreitende Themen anzuschneiden: Das Gesundheitswesen in Luxembourg ebenso wie

in der Großregion selbst, sieht einer sehr regen Phase der Umstrukturierung, des Umbruchs und der Neugestaltung entgegen - wer wird die Entscheidungen prägen?

Welches werden die überregionalen Auswirkungen sein?

Welche Stellungen, welchen Stellenwert bekommen Medizin, Prävention, Rehabilitation und andere Bereiche der Krankenpflege in Zukunft?

Welche Rolle wird den Instituten, den Krankenkassen und Versicherungen in diesem Umfeld zukommen?

Welches wird die zukünftige Stellung von Lehre, Forschung und Wirtschaft in diesem neuen Kraftfeld der Großregion sein?

Die Vorträge der Themenbereiche des „Forum Gesundheit“ gaben auf diese Vielfalt der Fragen sehr pertinente Antworten die sich in zwei Sondernummern des „Bulletin“ der „Société des Sciences Médicales“ nachlesen lassen: Mein Dank gilt allen Mitarbeitern die Beiträge zu diesen Sondernummern geleistet haben, nicht zuletzt aber ganz besonders den Sponsoren ohne deren finanzkräftige Mithilfe diese Vielfalt der Themen nie hätte erschlossen werden können.

Das „Forum Gesundheit“ wird auch in Zukunft weiterbestehen bleiben und sich in vielfältiger Form aktuellen Themen aus dem Bereich des Gesundheitswesens widmen - es soll dadurch eine Plattform geschaffen werden, die es einem breiten Publikum aus allen Fachbereichen der medizinischen Praxis, ermöglicht, in grenzüberschreitender Kooperation aktiven Kontakt und projektbezogene Aktivitäten aufzubauen.

Die Grossregion - eine Idee wird zur Realität

In einem Moment da die Europäische Union immer breitere Konturen annimmt, und in dem die BeNeLux-Staaten noch an gemeinsamen Konzepten arbeiten, erscheint es schon recht wagemutig an eine weitere wirtschaftliche und kulturelle Gemeinschaft zu denken, zumal diese, obwohl sie schon seit geraumer Zeit besteht und als grosse Grenzregion auf eine lange Zeit historischer wie kultureller Gemeinsamkeit zurückblicken kann, eigentlich noch immer ihre konkrete Identität sucht.

Aus Saar-Lor-Lux wurde die Grossregion: sie umfasst in ihrer weitesten Konzeption das Saarland, die Lorraine, Luxemburg sowie Teile von Rheinland-Pfalz, Wallonien (die belgische Provinz Luxemburg) und die Teilregionen Moselle und Meurthe-et-Moselle, will aber auch die deutschsprachige Gemeinschaft in Belgien einbeziehen.

In einem Kommentar, den der Präsident der ABBL, Paul Meyers, kürzlich im „Luxemburger Wort“ veröffentlichte,

wird kritisch bewertet: *„Schliesslich gibt es kaum einen Bereich, in dem die Vernetzung innerhalb der Grossregion so ausgeprägt ist wie auf dem Arbeitsmarkt mit seinen zigtausend Grenzgängerinnen und Grenzgängern. Der Saar-Lor-Lux-Raum belegt mit seinen Pendlerströmen Rang 1 in Europa. ... Die Grenzgänger sind allgegenwärtig und aus unsrer Wirtschaft nicht mehr wegzudenken. Ansonsten würden ganze ... Bereiche wie der Gesundheitsbereich schlicht und einfach zusammenbrechen.“*

Unser Dank gilt allen Sponsoren des FORUM Gesundheit - CALASS '99

Berlinische Leben, Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois, Diomed, Domaine Max Lahr et Fils, Dräger, Filenet, Gerelux, Hexal AG, HSBC Trinkaus & Burkhard, Janssen-Cilag, Metessa, Microdata, Pharmacia & Upjohn, Physicians World, Profac, Scancar Luxembourg, Schweitzer Versicherungen S.à r.l., Tela Versicherungen, TGM GmbH International

Intervention de Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale Carlo Wagner lors du 10e Congrès international CALASS (23 septembre 1999)

**Monsieur le Président de l'ALASS,
Mesdames,
Messieurs,**

C'est un grand plaisir pour moi de vous souhaiter, au nom du Gouvernement luxembourgeois, la bienvenue à Luxembourg à l'occasion du Xe congrès de votre association.

Apporter une contribution à cette manifestation dont le contenu est très riche et éminemment important pour tous ceux qui travaillent dans le domaine de la santé et vous donner un bref aperçu de notre système de santé et de notre système de protection sociale est un honneur alors que cette intervention est la première dans ma carrière encore jeune de Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale. J'en suis d'autant plus ravi que je puisse m'exprimer devant une assistance aussi prestigieuse.

Aujourd'hui, la santé et sa protection touchent de nombreux secteurs qui relèvent de responsabilités politiques différentes: l'environnement, l'éducation, la famille pour ne citer que ceux-là et ceux évidemment de la santé et de la sécurité sociale qui sont les premiers concernés.

La stratégie européenne de la Santé pour tous de l'Organisation mondiale de la santé met l'accent sur la collabo-

ration multisectorielle pour la santé, et elle en fait même un de ses buts.

L'intégration de la santé dans les diverses politiques sera aussi un principe de base du futur programme communautaire en matière de santé en réponse au nouvel article du Traité d'Amsterdam qui prévoit que «les exigences en matière de protection de la santé doivent être une composante des autres politiques de la Communauté.

Ces nouvelles orientations sont un défi considérable pour nous tous, mais aussi un stimulant puissant parce que notre travail sera certainement plus efficace et son résultat plus durable à moyen et à long terme.

Des lois récentes introduisent déjà une collaboration formelle entre les ministères de la santé et de la sécurité sociale pour des sujets concernant l'assurance maladie. Je cite en exemple:

-la loi de 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé : elle prévoit que des programmes de médecine préventive peuvent être élaborés par la direction de la Santé en collaboration avec l'Union des caisses de maladie;

-ou encore la loi de 1998 sur les hôpitaux, qui institue une commission per-

manente pour le secteur hospitalier en tant qu'organe consultatif des ministres de la Santé et de la Sécurité Sociale.

Cette parenté étroite trouve maintenant une autre assise solide, puisque les deux départements viennent d'être confiés à un même titulaire lors de la récente constitution du nouveau Gouvernement.

La protection de la santé est inscrite dans notre Constitution. Elle est garantie par un ensemble de lois et de règlements portant:

- sur la santé publique, notamment: l'hygiène publique, les maladies transmissibles et plus généralement tous les contrôles sanitaires, mais aussi sur des mesures de médecine préventive, comme la surveillance médicale de la grossesse et des enfants en bas âge, la santé à l'école et la santé au travail;

- sur l'exercice des professions de santé, la responsabilité de la formation étant partagée avec le ministère de l'Education Nationale depuis 1995;

- sur l'organisation hospitalière et le financement des établissements hospitaliers, l'organisation des laboratoires d'analyses médicales et de l'aide médicale urgente;

- sur la distribution des médicaments et autres dispositifs médicaux;

- sur la protection sociale de la population en cas de maladie et enfin

- sur l'organisation des administrations de la santé et de la sécurité sociale.

Les lois de la direction de la Santé et du Laboratoire national de santé, d'une

part et celles de l'inspection générale et du contrôle médical de la sécurité sociale, d'autre part définissent les missions de contrôle, de surveillance, de conseil et d'action de ces administrations.

Au Luxembourg, l'organisation des systèmes de santé et de sécurité sociale est centralisée, pour la raison évidente de la petite taille du pays, même si la protection de la santé publique est confiée, par la loi, à l'autorité locale, c'est à dire aux bourgmestres des communes.

La tutelle et le contrôle de l'Etat s'opèrent dans un contexte largement déterminé par 4 caractéristiques:

- 1) Le libre exercice de la profession médicale, qui est pratiquement la règle. En effet, les médecins salariés sont l'exception dans notre pays, en dehors de l'administration publique, de deux établissements hospitaliers et des services santé au travail.

Dans les hôpitaux, un contrat d'agrément lie les médecins „libéraux“ et les établissements où ils exercent.

Certaines mesures de médecine préventive sont confiées aux médecins dans leur cabinet privé, comme par exemple l'examen prénuptial, la surveillance médicale de la grossesse et des enfants en bas âge, les vaccinations, le dépistage précoce du cancer du sein.

Ces médecins indépendants assurent des vacations auprès des services de médecine préventive, par ex. ceux chargés du dépistage des maladies respiratoires, des consultations de nourrissons et de la santé à l'école.

Cependant, très peu de professionnels de la santé ont le statut d'indépendant en dehors des médecins, des pharmaciens et des kinésithérapeutes.

2^e caractéristique: le rôle étendu du secteur privé:

Les services de médecine préventive et sociale sont presque tous gérés soit par des organismes privés, comme les services de santé au travail ou par des associations privées sans but lucratif.

Ces associations sont notamment gestionnaires des services de dépistage des maladies respiratoires, des services de santé scolaire, des services de soins à domicile et des services de santé mentale communautaire.

L'agrément et les relations avec l'Etat font l'objet de lois.

Dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, le service public assure:

- le dépistage des déficiences visuelles et auditives auprès des enfants en bas âge par des professionnels spécialisés
- la médecine dentaire dans les écoles primaires
- le service de santé dans les écoles secondaires
- la supervision du programme élargi de vaccination
- la coordination du programme national de dépistage précoce du cancer du sein
- les grandes campagnes d'éducation en santé et la gestion des initiatives de promotion de la santé comme le projet « Communes-santé », et « Hôpitaux-amis des bébés ».

L'information de la population revêt une importance capitale, parce que les

mesures de médecine préventive n'ont pas de caractère obligatoire dans notre pays, à l'exception de l'examen prénuptial et de la santé au travail.

Par ailleurs, dans le secteur hospitalier, même les hôpitaux publics sont actuellement gérés selon les principes du droit privé, et la loi ne fait pas de discrimination en fonction du statut de l'hôpital.

Depuis quelques années, le secteur hospitalier connaît un système de budgétisation. L'assurance maladie négocie chaque année avec chaque hôpital un budget.

Ce budget doit couvrir toutes les activités autorisées en vertu de la législation hospitalière ainsi que l'amortissement des investissements, dans la mesure où les amortissements n'ont pas été pris en charge par les pouvoirs publics. L'assurance maladie verse chaque mois à l'hôpital un douzième de ses frais fixes, c'est à dire des frais non liés à son activité.

Ces frais représentent quelque 78 pour cent du total des frais des hôpitaux. Les frais directement proportionnels à l'activité sont payés en fonction des unités d'oeuvre accomplies dans les différentes entités fonctionnelles de l'hôpital.

En ce qui concerne la sécurité sociale, s'ajoutent comme caractéristiques:

3) la gestion paritaire du système d'assurance maladie

4) la couverture presque générale de la population par l'assurance, caractéristiques sur lesquelles je reviendrai par après.

Il faut relever encore la fonction consultative très importante, confiée par la loi à deux organes réunissant toutes les professions de la santé :

- le Collège médical qui rassemble les médecins, les médecins dentistes et les pharmaciens
- et le Conseil supérieur de certaines professions de santé qui rassemble toutes les autres professions de la santé.

En simplifiant la présentation du volet économique de la santé, on pourrait dire:

- que le département de la santé assure le financement de la médecine préventive et sociale ainsi que de l'infrastructure hospitalière,

- tandis que l'assurance maladie assure celui de la médecine curative, tout en élargissant ses prestations à certaines mesures de médecine préventive, qui font partie alors des services fournis par les médecins dans leur cabinet privé. La surveillance médicale de la grossesse et des enfants en bas âge, le programme national de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie et le programme de vaccination contre l'hépatite B en sont des exemples.

Le secteur de la santé connaît des développements multiples et importants, qui demandent des stratégies nouvelles, délibérées et plus volontaristes.

Ce congrès de l'ALASS est une preuve manifeste que les professionnels qu'elle réunit sont prêts à participer à cette réflexion.

Vos débats rejoignent largement nos préoccupations nationales et certains

points clés du nouveau programme gouvernemental et fourniront sans doute des arguments pour les développements que nous poursuivons

1. Une nouvelle loi sur les établissements hospitaliers a été adoptée l'année dernière, et le plan hospitalier devra être redéfini à court terme. Par ailleurs, le Gouvernement a fixé un objectif précis en matière de lits aigus.

2. Les soins palliatifs seront largement étendus tant en milieu hospitalier que dans la communauté.

3. La réforme de la psychiatrie a été entamée avec une décentralisation des services hospitaliers de psychiatrie et le développement des services de santé mentale communautaires.

Il me semble important aussi de consacrer davantage d'attention à la prévention dans le domaine de la santé mentale alors que celle-ci est déjà une priorité du Gouvernement dans le domaine de la toxicomanie en particulier.

4. Le nouveau programme gouvernemental met l'accent sur l'intensification de la promotion de la santé basée sur la stratégie de la Santé pour tous de l'OMS. Elle (cette stratégie) esquisse des programmes d'action pour lutter contre les facteurs de risque connus et le dépistage précoce de maladies qui sont les premières causes de mortalité dans notre pays (par exemple: les maladies cardio- et cérébro-vasculaires, certains cancers, le cancer du poumon chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes étant les premiers dans la mortalité cancéreuse ainsi que les accidents de la circulation).

La stratégie de la promotion de la santé nous amène non seulement à réfléchir sur la répartition des ressources entre la prévention et la prise en charge de la maladie, mais elle invite également le secteur des soins à revoir son approche. L'initiative «Hôpital-santé» en est une approche très concrète.

5. Aujourd'hui, la formation continue est éminemment importante et les professions de la santé étaient certainement parmi les premières à le reconnaître. Elle doit être le souci des concernés tout comme elle est une priorité du Gouvernement, qui veillera à ce qu'elle soit réalisée effectivement pour tous les professionnels du secteur de la santé.

Enfin, dans un environnement de plus en plus contraignant, une réponse adéquate à la demande des patients et la qualité des soins peuvent être garanties seulement au prix d'une connaissance fondée de la situation et d'une évaluation constante des interventions. Et le programme de votre congrès vient à l'appui de cette constatation! Le développement de nos systèmes d'information en santé et d'évaluation doit être notre préoccupation commune, immédiate.

Même si la sagesse populaire dit que „la santé n'a pas de prix“ elle a tout de même un coût et j'arrive maintenant à vous entretenir du système luxembourgeois de prise en charge des soins de santé.

Le système de prise en charge des soins de santé s'inscrit dans le cadre de la sécurité sociale et plus particulièrement de l'assurance maladie qui cou-

vre la quasi totalité de la population résidente et, même, au-delà de nos frontières bon nombre de travailleurs frontaliers et les membres de leur famille.

La sécurité sociale luxembourgeoise est obligatoire pour toute personne exerçant une occupation professionnelle et pour toute personne touchant un revenu de remplacement, tel une pension, des indemnités de chômage ou des indemnités de maladie. Le bénéfice de l'assurance maladie s'étend aux membres de la famille de l'assuré, qui ne seraient pas autrement couverts. En fait, seuls échappent à l'assurance maladie luxembourgeoise les fonctionnaires d'institutions ou d'organismes internationaux travaillant à Luxembourg mais qui bénéficient de leur propre système d'assurance maladie.

Les règles de l'assurance maladie luxembourgeoise sont identiques pour tout le monde tant au niveau du financement, qu'au niveau du système de prise en charge. C'est donc un système quasiment universel, ce qui n'est pas sans importance pour les prestataires de soins de santé en raison du lien que la législation organise entre ces prestataires et l'assurance maladie.

En effet, le système luxembourgeois de prise en charge des soins de santé se caractérise par deux principes fondamentaux:

- D'un côté, la liberté pour l'assuré de choisir son médecin, son pharmacien son hôpital;
- d'un autre côté, un système de conventionnement obligatoire : tout prestataire de soins de santé autorisé à exercer

l'art de guérir au Luxembourg appartient obligatoirement au système institué par la législation sur l'assurance maladie.

Des conventions, négociées entre les groupements représentatifs des prestataires de soins de santé et les caisses de maladie déterminent les modalités de la collaboration et, surtout, déterminent les tarifs applicables.

Les tarifs fixés doivent être respectés par les prestataires; de son côté la caisse de maladie prend en charge la prestation d'après ce tarif.

En règle générale, l'assuré se verra donc remboursé le montant qu'il a payé à son médecin ou à son pharmacien.

L'assurance maladie est gérée par les partenaires sociaux et l'Etat, qui participe à raison de quelque 36 pour cent au financement des prestations, le restant étant couvert par des cotisations à charge des assurés et de leurs employeurs. Les gestionnaires ont l'obligation de présenter un budget équilibré pour l'assurance maladie.

A cet effet ils disposent d'un certain nombre de moyens:

- Ils mènent, nous l'avons vu, les négociations tarifaires avec les prestataires de soins de santé.

- Ils fixent dans le cadre des statuts les règles applicables aux assurés. Ces règles s'expriment:

- dans le refus de prendre en charge des prestations qui ne correspondent pas aux principes d'une médication économique, c'est à dire des prestations de pure convenance personnelle;

- elles s'expriment encore dans la né-

cessité d'une autorisation préalable de la prestation par le contrôle médical de la sécurité sociale ou le respect de certains délais;

- les statuts peuvent fixer des taux de participation à charge des assurés sur certaines prestations. Malgré l'introduction d'une multitude de participations, notamment pour les visites et consultations de médecins, les produits pharmaceutiques ou les prestations des kinésithérapeutes, pour ne citer que ces exemples, le taux de remboursement global de l'assurance maladie se situe autour de 90% des dépenses de soins de santé effectuées par les assurés.

- A côté du pouvoir statuaire et du pouvoir de négociation, les gestionnaires disposent finalement du pouvoir de fixer les taux de cotisation applicables. Evidemment, ce n'est pas facile de réunir les intérêts divergents autour de mêmes objectifs. Evidemment, les groupements représentatifs des prestataires défendront-ils les intérêts de leurs affiliés; évidemment, les syndicats allégueront-ils que des participations trop élevées se feront au détriment des couches les plus défavorisées de la population. Evidemment, les employeurs démontreront qu'une augmentation des cotisations nuira à la compétitivité internationale de leurs entreprises. En somme, chacun essaie de défendre ses propres intérêts.

Pour réunir sur un même dénominateur tous ces intérêts divergents, le Gouvernement réunit annuellement au sein d'une action concertée, d'une quadripartite, toutes les parties intéres-

sées au système de santé. Ce comité quadripartite est appelé à examiner l'évolution financière, à proposer des mesures afin d'améliorer l'efficacité du système de santé en tenant compte des besoins de la population, des évolutions des techniques médicales et des ressources du pays.

Le mot clé est celui de la maîtrise des coûts. Toutefois, il faut l'avouer, l'établissement de références médicales opposables élaborées à partir de critères scientifiquement reconnus et permettant d'identifier les soins et prescriptions dépassant l'utile et le nécessaire ainsi que l'institution d'un système de sanctions applicables en cas de non observation de ces références s'avère comme un parcours parsemé d'embûches.

A l'instar de tous les systèmes d'assurance maladie, le système luxembourgeois connaît périodiquement des accès de fièvre, se manifestant dans des impasses financières. Nos experts prévoient une nouvelle impasse pour la fin de cette année-ci, qui, à défaut d'une médication appropriée en temps utile, atteindra des degrés alarmants au cours de l'année prochaine. Dès lors, j'ai convoqué pour le mois prochain la quadripartite, afin qu'ensemble, prestataires de soins, syndicats, employeurs et Gouvernement, nous établissions le diagnostic et qu'ensemble nous recherchions les remèdes appropriés.

Une cause supplémentaire d'inquiétude pour notre système de soins de santé est la jurisprudence de la Cour de Justice Européenne qui dans ses arrêts Decker et Kohll a ébranlé certaines

de nos règles bien établies en ce qui concerne la prise en charge des prestations de soins de santé fournies à l'étranger au profit d'assurés luxembourgeois.

Certes, le Luxembourg connaît traditionnellement, à défaut d'une structure universitaire, un nombre élevé de traitements à l'étranger. Mais ces traitements devaient être autorisés par le Contrôle médical de la sécurité sociale dans l'hypothèse où le traitement n'était pas possible au Luxembourg ou s'il pouvait être réalisé avec plus de chances de succès à l'étranger. La prise en charge se faisait d'après les tarifs applicables dans le pays du traitement.

Or, dorénavant d'après la jurisprudence Kohll et Decker, l'assuré peut s'adresser, même sans autorisation préalable, à un prestataire à l'étranger et obtenir quand même le remboursement des prestations d'après le tarif luxembourgeois.

A terme, ce développement risque de mettre en cause les rapports traditionnels des prestataires avec l'assurance maladie. A cet effet, nous avons entamé une réflexion sur l'évolution future de ces rapports et une commission spéciale a été créée afin d'étudier les conséquences.

Comme dernier point, je voudrais aborder, à la demande des organisateurs de ce congrès, le sujet de l'assurance dépendance, introduite au Luxembourg depuis le 1er janvier de cette année.

Cette nouvelle branche de la sécurité sociale vise à couvrir les aides et soins

dans les actes essentiels de la vie comme la nutrition, l'hygiène et la mobilité de personnes âgées ou de personnes handicapées, qui ont perdu leur autonomie et qui, de ce fait, requièrent pour les gestes de la vie courante l'assistance d'une tierce personne.

L'assurance maladie luxembourgeoise exclut de son champ d'application ces aides et soins. Cependant, les dépenses occasionnées par la dépendance dépassent le plus souvent les moyens des personnes concernées ou de leur famille.

Tout comme l'assurance maladie, l'assurance dépendance repose sur le principe de l'affiliation obligatoire de toute personne exerçant une occupation professionnelle ou touchant une pension et la protection des membres de sa famille, ne bénéficiant pas autrement d'une couverture contre le risque.

En cas de maintien à domicile, l'assurance dépendance prend en charge les prestations dispensées par un réseau d'aides et de soins, les appareils et, le cas échéant, les adaptations du logement. Si des aides et soins sont pris en charge directement par sa famille, l'intéressé peut bénéficier, en lieu et place des prestations en nature, d'une prestation en espèces.

En cas d'hébergement dans une institution, les aides et soins facturés par l'établissement d'aides et de soins sont pris en charge. Seuls les frais de logement et de nourriture restent à charge de l'intéressé.

Pour déterminer les aides et soins requis par la personnes dépendante, une

cellule d'évaluation multidisciplinaire composée de médecins, de psychologues, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes et d'infirmières détermine sur base d'un questionnaire la nature et la durée des besoins et établit un plan de prise en charge. Les prestations de l'assurance dépendance sont payées sur base de ce plan.

Les frais de l'assurance sont couverts principalement par une contribution dépendance. Tout assuré participe à raison de 1 % de l'ensemble de ses revenus, y compris les revenus sur la fortune, au financement de l'assurance pension. Les employeurs ne participent pas directement au financement de la nouvelle branche de risque, mais indirectement par le biais d'une contribution sur leur consommation en énergie électrique. Finalement, l'Etat assume 45% des dépenses.

Après un semestre d'expérience, il serait certainement prématuré de tirer des enseignements. Tout au plus peut-on parler de certaines difficultés de démarrage.

Les difficultés majeures, rencontrées dans la phase de démarrage sont avant tout le nombre important d'évaluations individuelles à réaliser - quelque 8 000 dossiers à examiner - et la pénurie des lits de soins. Souvent, l'attente pour le placement en institution s'avère trop longue pour les personnes concernées et leurs familles.

Le développement du maintien à domicile n'aura qu'à moyen et à long terme une incidence sur le secteur stationnaire. Certaines structures, comme les centres intégrés pour personnes

âgées, ne peuvent pas, à défaut d'une dotation en personnel approprié, accueillir directement des personnes dépendantes.

Compte tenu des expériences acquises, nous escomptons tirer au terme de l'année prochaine un bilan, pour en dégager au niveau politique les conclusions qui s'indiquent.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Telles sont les grandes lignes de l'action des pouvoirs publics luxembourgeois dans les domaines de la Santé et de la Sécurité sociale. J'espère que mes développements vont contribuer à enrichir les débats que vous aurez, mais aussi que les réflexions que vous allez mener pourront enrichir le cheminement des systèmes de santé et de sécurité sociale luxembourgeois. Dans ce sens, je souhaite à votre Congrès des débats fructueux ainsi que le succès qu'il mérite.

Je vous remercie de votre aimable attention.

Futurcare. Le nouveau défi.

Dr Jean-Jacques WIRTZ
Médecin psychiatre au CHNP

L'amélioration de la qualité de soins est une question prioritaire pour tous. L'amélioration de la qualité de soins est une question prioritaire pour tous les dispensateurs de soins tout comme d'ailleurs pour les instances gouvernementales. Nous savons que le personnel infirmier et les autres dispensateurs de soins jouent un rôle capital dans le traitement et les soins apportés aux patients psychotiques.

Futurcare devrait apporter de nouvelles visions. L'évaluation de l'efficacité d'un traitement constitue en cela un ingrédient essentiel. Il existe depuis longtemps divers instruments pour évaluer des aspects spécifiques, le plus souvent isolés, symptomatologie, état mental, facultés et déficits; ce qui faisait défaut c'est un instrument d'évaluation intégré qui soit utilisable dans la pratique quotidienne par une équipe, en particulier par le personnel infirmier.

Avec Futurcare Janssen met donc à la disposition des professionnels, en particulier le personnel infirmier, un instrument qui permet d'apprécier de manière longitudinale des domaines significatifs pour le patient, ce qui permet à ce même personnel de mieux planifier les interventions qui s'imposeront.

Le caractère continu de soins dans la schizophrénie.

La prise en charge de troubles psychiques dont la personne saine n'a aucune expérience personnelle, n'est pas évidente. Pour le patient qui est dans une position centrale le vécu psychotique, bien que étant un vécu réel, reste un vécu troublant, puisqu'il est confronté à une expérience qui se situe hors d'une réalité partagée.

La confrontation au vécu psychotique est complexe, ceci aussi bien pour le patient que pour les infirmiers. Le patient veut comprendre une maladie que le thérapeute, même s'il connaît bien la pathologie, n'intègre pas dans toutes ses facettes. La compréhension d'une pathologie doit néanmoins rester possible et nous ne pouvons y parvenir que si nous sommes en mesure de spécifier les troubles qui sont les symptômes et si nous pouvons évaluer la gravité d'un trouble.

En plus, un diagnostic précoce et exact joue un rôle important: il est la résultante d'une bonne compréhension et nous permet de répondre aux questions légitimes du patient qui veut savoir pourquoi il a des difficultés, pourquoi il va mal. Il permet également et ceci est capital d'établir et de continuer un traitement adéquat et correct.

L'évolution de la maladie impliquera la nécessité d'adaptation de la thérapie et de la prise en charge. Pour suivre la maladie nous avons donc besoin d'un instrument d'évaluation pratique et quotidien. Une évaluation objective permet aux personnes de communiquer sans erreur ce qui doit aider le patient, qui, en état psychotique, manque de toute évidence naturelle. Si nous faisons des efforts sur tous ces éléments nous arrivons à une amélioration générale des soins et en fin de compte à une meilleure compréhension de la maladie.

Il est de très grande importance que tous les partenaires sont inclus dans ce programme que devient Futurcare et il est évident que le patient est et restera toujours personne centrale, les dispensateurs de soins, psychiatre, généraliste et la famille intervenant à des niveaux différents

Risperdal et le caractère continu des soins.

Futurcare est un programme, qui implique l'intervenant actif, qui est la firme pharmaceutique. Janssen a développé différents neuroleptiques et assez récemment le produit neuroleptique RISPERDAL, qui est un antipsychotique de première ligne agissant aussi bien sur le vécu psychotique floride que sur les troubles négatifs exprimant une évolution chronique résiduelle avec éléments déficitaires.

Nous allons voir au fur de la présentation Futurcare à quel niveau la firme pharmaceutique constitue un partenaire important. Janssen établit au départ

une relation avec des hôpitaux susceptibles de devenir avantageux pour les deux. La réussite du programme dépendra cependant essentiellement du degré d'implication de partenaires spécifiques, en particulier le personnel infirmier, mais également les patients qui sont des partenaires importants

Futurcare: Structure globale.

Je vais vous présenter d'abord la structure globale de Futurcare, qui consiste dans deux grandes parties: Futur. Ed et Futur. It. La toile de fond de Futur. It. est le PECC: psychoses evaluation tool for common use by care givers, sujet que j'entamerai dans un instant. L'élément le plus important en est un paquet software qui a été développé par le partenaire Janssen et qui permet aux infirmiers de facilement enregistrer les évaluations, ceci au fur et à mesure du suivi et d'une personne schizophrène. Rétroactivement il sera possible de retracer le vécu psychotique de patients moyennant de graphiques, que la software est en mesure de produire et de suivre l'évolution du patient au travers des différentes phases de traitement, évolution après différents types de traitement, différents neuroleptiques, l'évolution en hospitalisation aigue, la réhabilitation, le suivi en extrahospitalier.

Le nombre total d'hôpitaux au Luxembourg et en Belgique, qui utilisent le programme est actuellement de 12. Les données qui sont recueillies dans chaque hôpital seront centralisées par réseau à l'Université de Gant, ceS qui permettra en fin de compte le recueil d'une bande de données considérables

dans le domaine traitement de psychotiques et suivi de patients schizophrènes et donc des analyses cliniques approfondies. Les différents centres pourront comparer leurs propres résultats à ceux obtenus dans d'autres hôpitaux.

La valeur surajoutée de ce feedback multiple permet des conclusions au niveau prise en charge de patients tout comme au niveau hôpital: les directives thérapeutiques qui pourront en résulter devraient améliorer la qualité de soins.

Le deuxième volet est Futur. Ed, qui consiste en la réalisation et la mise à disposition de programmes de formation, programmes qui pourront être adaptés en fonction des demandes et besoins actuels.

Partenariat = FuturCare

Le projet constitue donc effectivement un partenariat entre Janssen Cilag et des hôpitaux ou centres, la visée étant que les deux partenaires puissent devenir des bénéficiaires. Dans cette optique Futur. It et Futur. Ed doivent nécessairement être considérés comme un ensemble non divisible : Futur. Ed est à charge de travail de la firme pharmaceutique, Futur. It est à charge de dispensateurs de soins en milieu hospitalier.

Un programme pour tous les partenaires.

Au niveau du psychiatre: une évaluation objective du traitement permettra l'adaptation judicieuse de la prise en charge notamment neuroleptique dans une direction déterminée.

Au niveau infirmier, dispensateur de soins: deux points forts, la formation d'une part, une meilleure guidance du patient d'autre part

Au niveau du médecin généraliste: Futurcare devrait contribuer à une meilleure compréhension de la maladie permettant une guidance plus optimale.

Famille et patient: meilleure compréhension, traitement adapté, pronostic amélioré

Futur. It

C'est la mise à disposition du logiciel intégré utilisé pour l'évaluation et le suivi de patients schizophrènes. Quels patients seront évalués : tous les patients atteints d'une maladie psychotique. Le malade Futurcare est le patient présentant le diagnostic de schizophrénie, le patient où il y a possibilité de suivi dans le temps, possibilité de resocialisation.

Quand évaluer ? Lors de l'hospitalisation il y a toujours évaluation, par la suite lors du suivi une évaluation tous les 3 mois est programmée, une évaluation complémentaire s'impose lors d'événements sérieux, également lors de transfert de service et quand le patient quitte l'hôpital. Pendant le suivi ambulatoire le bilan tous les 3 mois est requis.

L'information recueillie par logiciel Futur. It consistera en deux parties : d'une part des informations de base, qui ne seront complétées qu'une seule fois (plusieurs données comme e.a. sexe, date de naissance, état civil, éducation, diagnostic, nombres d'hospita-

lisation, autres pathologies). La deuxième partie est en fait la plus importante et correspond aux évaluations selon PECC.

PECC

Le PECC je vais vous le présenter en détail. PECC, ce qui signifie, psychosocial evaluation tool for common use by care givers, est un questionnaire conçu qui permet aux dispensateurs de soins d'évaluer de manière pratique et rapide les patients sur différents plans notamment

- symptômes
- effets secondaires
- EWS
- Activités de la vie quotidienne
- Objectifs personnels

L'évaluation s'effectue d'une part sur base d'un interview spécifique et d'autre part du suivi journalier.

Le PEC a été développé et validé en collaboration avec le professeur Peuskens et le Dr De Heerdt, ainsi que 40 infirmiers psychiatriques travaillant à St. Joseph Kortenberg, hôpital universitaire flamand de UCL.

Il s'agit d'un instrument d'évaluation qualifié « state of the art », actuellement utilisé dans de multiples centres dit centres d'excellence et le modèle sera prochainement validé au niveau européen. PECC est également utilisé dans des cliniques psychiatriques au Japon.

Je tiens à souligner que l'évaluation ne se fait non seulement par interviews, mais également par l'observation directe dans les situations réelles, éva-

luation in vivo, qui se fait de manière continue et à long terme par le personnel infirmier.

Les objectifs de l'évaluation clinique sont d'une part l'examen psychiatrique, la confirmation du diagnostic établi, mais surtout l'adaptation du plan thérapeutique individuel en fonction des résultats obtenus.

La confrontation des données et résultats obtenus dans différents centres devraient permettre une discussion approfondie et mise en question éventuelle de schémas thérapeutiques de centres considérés individuellement et qui sont comparés à d'autres centres supposés aptes. Il est évident que les résultats ne pourront être validés que dans la mesure où il existe une fiabilité entre les différents investigateurs non seulement dans un centre donné, mais également entre les investigateurs de tous les centres participant à Futurcare.

PECC: 6 domaines

Alors voilà les différents items qui devront être évalués dans le programme PECC:

• SYMPTÔMES (20 + 3)

- symptômes positifs
 - délire
 - folie des grandeurs
 - hallucinations
 - contenu inhabituel de la pensée
- symptômes négatifs
 - retard moteur
 - affect émoussé
 - pauvreté des rapports
 - retrait social passif
 - apathie

- symptômes dépressifs
- anxiété
- dépression
- sentiments de culpabilité
- préoccupation somatique
- symptômes excitatoires
- excitation
- maîtrise faible des impulsions
- hostilité
- refus de coopérer
- symptômes cognitifs
- difficultés de penser de manière abstraite
- désorientation
- désorganisation conceptuelle
- manque d'attention, repliement sur soi
- perception de la maladie:
 - symptômes
 - causes
- intention suicidaire

Chacun de ces 23 items doit être évalué selon la gravité des troubles constatés par codification de 1 à 7,

1. signifiant que le trouble est absent,
2. signifiant douteux, à la limite de la normalité,
3. symptôme présent mais peu fréquent, mais sans impact sur le fonctionnement et ainsi de suite jusqu'à
4. ce qui signifierait fréquent, extrêmement gênant, perturbe tous les domaines de fonctionnement, gravité, surveillance nécessaire.

• EFFETS SECONDAIRES (20)

Sont également évalués les effets secondaires, ceci sur une échelle de 1 - 4, effets secondaires relatifs aux effets consécutifs à l'utilisation de médica-

ments pendant la semaine écoulée. Ils sont au nombre de 20 et sont plus précisément

- les effets secondaires extrapyramidaux (p.ex. Parkinsonisme, dystonie, dyskinésie)
- les effets secondaires anticholinergiques (p.ex. bouche sèche, vision trouble)
- autres effets secondaires, comme p.ex. vertige, somnolence, dysfonctionnement sexuel, gain de poids, TA.

• PRODROMES (5)

Sont également évalués les prodromes qui sont les signes avantcoureurs d'une éventuelle décompensation.

• STRESSEURS PSYCHOSOCIAUX (5)

Il existe une corrélation manifeste entre les facteurs psychosociaux et les risques de rechute. Apprendre à reconnaître et à faire face autrement à ces sources de tension peut aider à éviter une rechute.

• OBJECTIFS PROPRES (5)

• ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE (5)

Sont évaluées également les activités de la vie quotidienne de même que les objectifs propres : on demande au patient de citer 5 objectifs ou situations qui mettent le patient mal-à-l'aise ou qu'il voudrait modifier dans sa vie. On évalue continuellement où se situe le patient par rapport à ces objectifs (p.ex. habitat, travail occupation, finances, possibilités d'établir une relation, vécu émotionnel).

Futur. It

Je pense vous avoir présenté Futur. It : concrètement il s'agit d'un logiciel intégré et convivial, qui permet l'évaluation optimale et le suivi à long terme du patient schizophrène.

Il s'agit également d'un module d'analyses incorporé d'une part au niveau de patients considérés individuellement et d'autre part du groupe de patients considérés comme un ensemble.

Futur. It permet donc une information rétroactive pour comparer les résultats obtenus de manière anonyme.

Cette comparaison d'un centre par rapport à d'autres centres se fait moyennant connection à un serveur central par le biais d'un réseau.

Futur. It

La centrale pour ce qu'il en est des centres belges ou luxembourgeois est située dans un service de l'Université de Gand. Il est évident qu'il existe une garantie de protection stricte de la vie privée de patients, ceci moyennant ce qu'on appell « Trusted Third Party ». L'évaluation globale de toutes les données est sous la supervision d'une commission scientifique.

Il est évident que les études qui pourront être faites seront d'autant plus valides que les évaluations de patients individuels auront été continues, ce qui signifie qu'elles auront été faites au moins 4 fois par an.

Dans la mesure que Futurcare sera utilisé dans des centres du monde entier, on peut envisager que Futurcare deviendra Futurcare international.

Futur. Ed

Futur. Ed : Formation

Je reviens au volet Futur. Ed, Ed signifiant évidemment éducation et plus précisément formation. Etant donné que c'est le personnel infirmier qui encadre et suit le schizophrène en premier lieu, il est évident que c'est ce personnel qui devra être bénéficiaire de Futur. Ed. Il est en effet important de souligner que le programme Futurcare ne s'adresse pas en premier lieu aux médecins psychiatres, mais effectivement au personnel infirmier. Et voilà ce qui est réellement innovateur: une firme pharmaceutique propose un programme d'évaluation et des études qui seraient destinés à un personnel infirmier. Il va de soi que ce même personnel doit être bénéficiaire de tout un ensemble de programmes formation, non seulement en ce qui concerne le PECC, mais également dans les domaines soins intégrés dans la psychose. Il s'agit en fait d'une formation de base pour les dispensateurs de soins, formation qui inclut e.a. les connaissances actuelles dans les domaines t dans les domaines soins intégrés dans la psychose. Il s'agit en fait d'une formation de base pour les dispensateurs de soins, formation qui inclut e.a. les connaissances actuelles dans les domaines

- épidémiologie
- détection précoce
- origine de psychose
- modèle de vulnérabilité stress
- traitement de la psychose
- psycho-éducation
- intervention psycho-sociale

S'il est possible d'améliorer la qualité de soins au niveau de l'hôpital, il sera également possible d'assumer un rôle formateur vis-à-vis d'autres intervenants lors du suivi: le généraliste est mentionné, mais on peut envisager que les membres de la famille et le patient lui-même deviendront secondairement bénéficiaires de Futur. Ed, ceci moyennant toutes les formes de psycho-éducation, mais également moyennant la relation, le contact et la communication, qui s'établira entre infirmier et patient.

Formation

Parmi les formations complémentaires qui peuvent être proposées aux dispensateurs de soins, j'aimerais citer:

- la gestion du traitement: comment apprendre au patient à suivre de manière optimale son traitement médicamenteux
- la gestion du traitement: comment apprendre au patient à suivre de manière optimale son traitement médicamenteux
- le programme guidance lors de l'éveil: il s'agit d'un projet dans le cadre duquel le personnel soignant et la famille peuvent collaborer d'une manière interactive pour trouver des réponses aux problèmes pratiques qui se posent chez un schizophrène qui s'éveille après un épisode psychotique aigu
- gestion des symptômes: je mentionnerai le programme gestion des symptômes traitant des questions comment faire face aux symptômes psychotiques:

- reconnaître et agir aux signaux d'avertissement
- gérer les symptômes persistants
- comment éviter les drogues

- les modules Lieberman pour ront être proposés dans ce cadre de formation Futur. Ed. les modules Lieberman pour ront être proposés dans ce cadre de formation Futur. Ed.
- guidance psycho-sociale: il s'agit de cours de perfectionnement pour le personnel soignant, formation théorique, mais aussi pratique, p.ex. comment travailler individuellement avec des patients, comment accompagner des familles
- guidance psycho-sociale: il s'agit de cours de perfectionnement pour le personnel soignant, formation théorique, mais aussi pratique, p.ex. comment travailler individuellement avec des patients, comment accompagner des familles
- enfin, et ce la pourra intéresser différentes personnes Futur. Ed propose des cours de case pour Windows, Lotus, Word, Excel.

Il est important de souligner que le principe Train the Trainer est toujours préconisé : il s'agira d'enseigner à des personnes cibles, le personnel infirmier des aptitudes pratiques qui leur permettront de transmettre sur tous les plans leur formation à d'autres personnes hors de l'hôpital. La famille et le patient seront les premiers visés, mais on pourrait envisager d'autres niveaux et notamment la psycho-éducation dans les écoles.

Futur. Ed : Formation

Futur. Ed peut, si demande y avait, s'adresser à d'autres professionnels dans l'hôpital: je mentionnerai

- le management up-date, qui est un cours de gestion pour la direction
- drug use review, traitant de l'évaluation de l'usage de médicaments pour toutes les affections psychiatriques dans l'hôpital, cours qui s'adressera aux pharmaciens hospitaliers

Partenariat = Projet Futurcare

Je vous ai présenté Futur. Ed et Futur. It qui font partie intégrante du projet Futurcare. Il est évident que l'ensemble du projet, qui est programmé sur une période de 3 ans, ne pourra aboutir que dans la mesure où il y a un partenariat qui est respecté. Il est évident que le choix du médicament, qui sera prescrit lors du traitement restera toujours libre. La première phase de Futurcare a commencé en avril à l'Université Catholique UCL Kortenberg, mais à l'heure actuelle douze cliniques psychiatriques dit centres d'excellence participent activement à Futurcare. Le soutien total est apporté par Janssen-Cilag à chaque centre, ceci en fournissant le matériel PC et les logiciels et en gérant la partie formation.

Le cadre de collaboration

Le cadre de collaboration est représenté par le présent schéma, qui situe l'institution psychiatrique au centre. Sa contribution sera d'inclure les patients cibles dans le programme, ce qui signifie évaluation des patients selon

le protocole Futur. It. Toutes les données seront centralisées et analysées de manière anonymes non pas directement par la firme pharmaceutique, mais par un groupe d'experts. Voilà les données du partenariat. L'institution psychiatrique au centre s'efforcera à suivre le patient ambulatoire ou alors gardera des liens vis-à-vis des psychiatres traitant le même patient en pratique privée.

Le caractère continu des soins dans la schizophrénie

Je reviens pour terminer à la première présentation: j'espère qu'aux vues de ce que j'ai pu vous présenter vous allez convenir avec ma conclusion que le programme Futurcare n'est non seulement fort intéressant, mais devrait contribuer de façon substantielle à ce que notre but final commun soit atteint: il s'agira d'aider efficacement le patient, d'aboutir à des réponses positives aux problèmes suscités par la maladie mentale et plus précisément la schizophrénie. L'expérience encore assez récente me permet de dire que les réactions du personnel des services de réhabilitation du CHNP sont très positives puisque je peux constater un engagement sincère et un effort sérieux de la part des infirmiers à satisfaire les demandes. Futurcare constitue sans aucun doute un supplément de travail, supplément qui semble néanmoins être accepté vu l'aide concrète que le programme fournit dans le travail journalier dans le service de réhabilitation. Si Futurcare contribuera à ce que le vécu de la personne schizophrène est mieux compris par le personnel soignant, il

est certainement possible de donner une réponse positive au patient, qui veut lui-même comprendre la maladie et plus précisément son mode de vivre psychotique.

Littérature:

Daly J. M., Kemeny N.E.
Metastatic Cancer to the Liver in
DeVita Jr. V. T., Hellman S.,
Rosenberg S.A.
Cancer – Principles and Practice of
Oncology
5th Edition 1997
Lippincott – Raven, Philadelphia,
New York
p. 2565 -2570

Grote R., Schmoll E., Döhring W.,
Reimer P., Dralle H.
Die Chemoembolisation von
Karzinoidmetastasen in der Leber
Rofo Fortschr Geb Roentgenstr
Neuen
Bildgeb Verfahr 1990 ; 153(5) : 595 –
600

Hemingway A.P., Allison D.J.
Complications of embolization : ana-
lysis of 410 procedures
Radiology 1988 ; 166(3) : 669 – 672

Huppert P.E., Geissler F., Duda S.H.,
Lauchart W., Dette S., Dietz K.,
Brambs H.-J., Claussen C.D.
Chemoembolisation des hepatozel-
lulären
Karzinoms: Computertomographische
Befunde ud klinische Resultate bei
prospektiv repetitiver Therapie
Fortschr. Röntgenstr. 1994 ; 160 : 425
- 432

Jacob E.T., Shapira Z.,Morag B.,
Rubinstein Z.
Hepatic Infarction and Gallbladder
Necrosis
Complicating Arterial Embolization

for Bleeding Duodenal Ulcer
Digestive Diseases and Sciences
1979; 24 : 482 – 484

Rump A.F.E., Botvinik-Helling S.,
Theisohn M., Biederbick W.,
Schierholz J.M., Stemmler M.,
Fischbach R., Heindel W.,
Lackner L., Klaus W.
Pharmakokinetics of Intraarterial
Mitomycin C in the
Chemoembolisation Treatment of
Liver Metastases
Gen Pharmac 1996 ; 27 : 669 – 61

Schultheis K.H., Gebhardt C.,
Schwemmle K., Richter E.I.,
Schumacher F.
Chemoembolisation kolorektaler
Lebermetastasen
Zentralbl Chir 1990 ; 115(15) : 933 –
947

Seifart W., Waigand J., Booss H.J.,
Slisow W., Uhlig F.
Chemoembolisation der A. hepatica
kombiniert mit inraportaler
Zytostatikum-Infusion—ein neues
Konzept für die regionale
Chemotherapie von Lebermetastasen
Arch Geschwulstforsch 1986 ; 56(6) :
445 - 450

Shiina S., Tagawa K., Niwa Y.,
Unuma T., Komatsu Y., Yoshiura K.,
Hamada E.,

Home Care

Ein Konzept und seine Umsetzung

Vortragende: E. Runge, C. Schaack, O. Bens
Einführung: M. Bruck

Die Versorgung der Patienten in ihrer häuslichen Umgebung, die ambulante Pflege und Therapie, sind Themen die im Bereich des Gesundheitswesens immer mehr an Bedeutung gewinnen. Das in Zusammenarbeit mit Fresenius und dem Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois organisierte Symposium im Rahmen des «Forum Gesundheit» ermöglichte es, auf Basis des Vortrages der Gesundheitsökonomie E. Runge und der weiteren, im folgenden zusammengefassten Beiträge von Frau Claudine Schaack (Apothekerin bei CPL) und Herrn Oliver Bens (CPL), ein Bild der aktuellen Situation in Deutschland und in Luxemburg zu dokumentieren.

Die abschliessende Diskussion, mit den Teilnehmern des Konferenzzyklus hinterliess den sehr positiven Eindruck, dass alle im Gesundheitswesen tätigen Verantwortlichen sich der Problematik wohl bewusst sind. Weitere Lösungen müssen dennoch gesucht, angeboten aber auch angewendet werden.

M. Bruck

Warum wird Home Care zum Thema?

Die Frage nach der Finanzierbarkeit aller Gesundheitsgüter unter dem Primat der Beitragssatzstabilität wird für jede Regierung zum Dauerbrenner. Die Einnahmen der Krankenkassen steigen nicht wie die Ausgaben. Das Bewusstsein der Patienten ändert sich. Immer mehr Patienten, die immer älter und kränker werden suchen alternative Versorgungskonzepte ausserhalb von Krankenhaus und Pflegeheim. Die Nachfrage nach Therapie und Versorgungsverfahren im häuslichen Umfeld nimmt zu. Dazu trägt vermehrt auch die Öffentlichkeitsarbeit von Verbänden und Selbsthilfegruppen bei. Ärzte und Industrie haben den Bedarf nach neuen therapeutischen Versorgungsformen erkannt. So sind z. B.:

- Haemodialyse und Peritonealdialyse
- Enterale oder parenterale Ernährungstherapie
- Infusionstherapie: Chemotherapie, Schmerztherapie, Antibiotikatherapie
- Versorgung chronischer Wunden
- Stomatherapie
- Behandlung von Herzinsuffizienz
- Inkontinenzversorgung
- Diabetes
- Sauerstofftherapie

heute auch zu Hause selbstverständlich geworden.

Der Trend zu einer horizontalen Integration (Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen) wird derzeit noch blockiert. Die Gründe hierfür sind: Bestandswahrung und Partikularinteressen von den kassenärztlichen Vereinigungen, Kammern u. Verbän-

den. Man will neue Organisationsstrukturen vermeiden. Gerade die Vermeidungsstrategie macht Home Care aber auch zum Thema.

E. Runge

Fresenius Kabi „Vom Produkt- zum Home Care Serviceprovider“

Zusammenfassung

Auch Pharmaunternehmen orientieren sich heute mehr denn je nach den gesundheitspolitischen Vorgaben. Hochaktuelle legislative Entwicklungen (Strukturreform 2000) mit weitreichenden Auswirkungen auf die Branche stehen deshalb im Mittelpunkt vieler Entscheidungen.

Verzahnung ambulant und stationär, flexible Vertragsgestaltung der Leistungserbringer mit den Kostenträgern, globale Budgetierung, Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und Qualitätsmanagement als Herzstück der Reform führen auch zu neuen Organisationsmodellen im Gesundheitswesen. Folglich verändern Anbieter von Gesundheitsgütern und Dienstleistungen ihre Strukturen bei der Krankenbehandlung und erweitern und verändern ihren Leistungsbereich - aber auch beim Patienten wächst zunehmend die Nachfrage nach Lebensgestaltungshilfen, nach Lebensqualität und aktiver Mitverantwortung während einer Erkrankung.

Darum bemühen sich alle Partner in dem bestehenden Gesundheitsmarkt Synergien zu erreichen, um die Bedürfnisse des Patienten über die medizinische Versorgung hinaus zu erfüllen. Auch deshalb entsteht ein wachsender Markt für eine Kombination

aus Dienstleistungen und Produkt. Wie gross die damit verbundene Herausforderung ist, hängt in erster Linie davon ab, inwieweit die Dienstleistungen durch Versicherungen oder öffentliche Träger finanziell abgedeckt werden. Über die eigentliche Frage: Wann und mit wem man Synergien eingeht, um den grösstmöglichen Nutzen zu erzielen, entscheiden Kompetenz und Produktportfolio eines Marktanbieters. Deshalb beschränken sich Pharmaunternehmen von heute nicht mehr ausschliesslich auf das Produkt, sondern befassen sich immer mehr damit, Dienstleistung, Sachleistung und soziale Leistung (Beratung) aufeinander abzustimmen.

Die Kernkompetenzen von Fresenius Kabi entsprechen dem Anforderungsprofil Partnerin einem Gesundheitsmarkt mit wachsender Dienstleistung z.B. Home Care zu werden durch eine Patientenversorgung mit ganzheitlichem Ansatz. Durch langjährige Erfahrung als weltweiter Spezialist für klinische Ernährung und Infusionstherapie, kann Fresenius Kabi Produkte und vielfältige Dienstleistungen individuell den Bedarf des Patienten/Kunden anpassen.

Darüber hinaus sind umfangreiche Erkenntnisse (Home Care) aus den

über Jahre gewachsenen Kontakten zu Sozialdiensten, Pflegediensten, Wohlfahrtsverbänden und Kostenträgern (interne Kompetenz) notwendige Voraussetzungen, um neue Versorgungsstrukturen zu etablieren - und dies um so mehr, da man durch gesetzliche Veränderungen auf Strukturen nicht mehr verzichten kann.

Was ist Home Care? Was verstehen wir unter Home Care? Home Care wörtlich mit häuslicher Pflege zu übersetzen ist sicher zu wenig, wird dem Sinn und der Bedeutung des engl. „to take care of someone“ nicht gerecht, darin steckt viel mehr! Darin steckt Pflege, ja aber auch ärztliche Behandlung und Therapie, darin steckt das gesamte Management der Versorgung von Patienten, die zuhause sind, einschliesslich der Belieferung mit Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel. Ein Netzwerk aller am Versorgungsprozess Beteiligten zur Versorgung des Patienten z. B. nach Klinikaufenthalt bzw. um diesen zu vermeiden. Im Fokus steht die ganzheitliche Betrachtung des Patienten in seinem familiären und sozialen Umfeld.

In unserem Selbstverständnis der Fresenius Kabi sind wir heute schon professionell als Home Care Service-provider am Markt und akzeptiert. Wir managen einen kompletten Versorgungsprozess, völlig unabhängig an welchem Ort sich der Patient befindet. Es ist immer der Patient um den sich alles dreht. Fresenius Kabi ist grundsätzlich zur Kooperation bereit und flexibel genug, um an den unterschiedlichen Stufen der Versorgungskette selbst einzusteigen oder mit Partnern

zu kooperieren. Entscheidend ist, dass das Netzwerk „arbeitet“.

Ergebnisorientierung bzgl. Qualität und Kosten sind Voraussetzung um Marktpartner zu werden.

Um heute glaubwürdiger Partner gegenüber den Kostenträgern und der Politik zu sein, nutzt es nicht mehr sich nur als Visionär neuer Strukturen zu verstehen, Fakten zählen! So werden Kriterien der Ökonomie und der Qualität wichtigste Parameter neuer Strukturen. Es gilt den Beweis antreten zu können, dass eine Versorgungsstruktur z. B. die einer Home Care Struktur bei definierter Qualität kosteneinsparend wirkt und somit auch der Solidargemeinschaft einen Nutzen bringt. Nutzen im Sinne einer Stabilisierung der Beitragssätze der Krankenkassen.

Um Home Care als Pharmaunternehmen zu etablieren braucht man ausreichende Ressourcen, um die nötige Beharrlichkeit an den Tag legen zu können, um an strategisch richtigen Entscheidungen festhalten zu können, auch wenn sich die operative Umsetzung schwieriger gestaltet oder langsamer umgesetzt wird als geplant. Man muss es wirklich wollen, genau planen und genau rechnen - denn „Alle“ müssen etwas davon haben. Und eines ist sicher man darf nichts überstürzen auch wenn der Wettlauf ins 21. Jahrhundert begonnen hat.

Ellen Runge

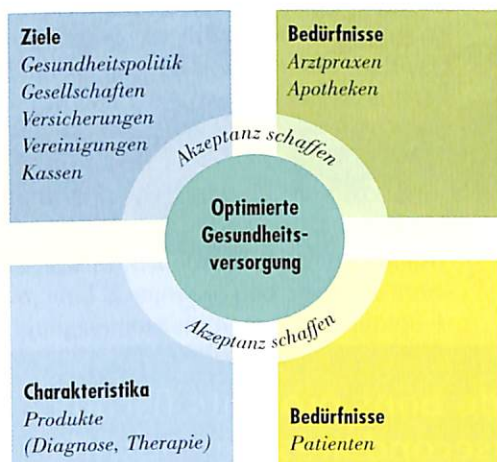
Medical Education

ein wichtiger Baustein zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung.

Wir bieten Entwicklung, Vorbereitung und Umsetzung medizinischer Fortbildungen.

Mit professionellen medizinischen Weiterbildungs- und Schulungsmaßnahmen schaffen wir die Informations- und Wissensgrundlage für eine qualifizierte Gesundheitsversorgung. Diese Programme nennen wir Medical Education.

Physicians World berücksichtigt die Bedürfnisse verschiedener Gruppen.



Kompetenz und Leistung von Physicians World:

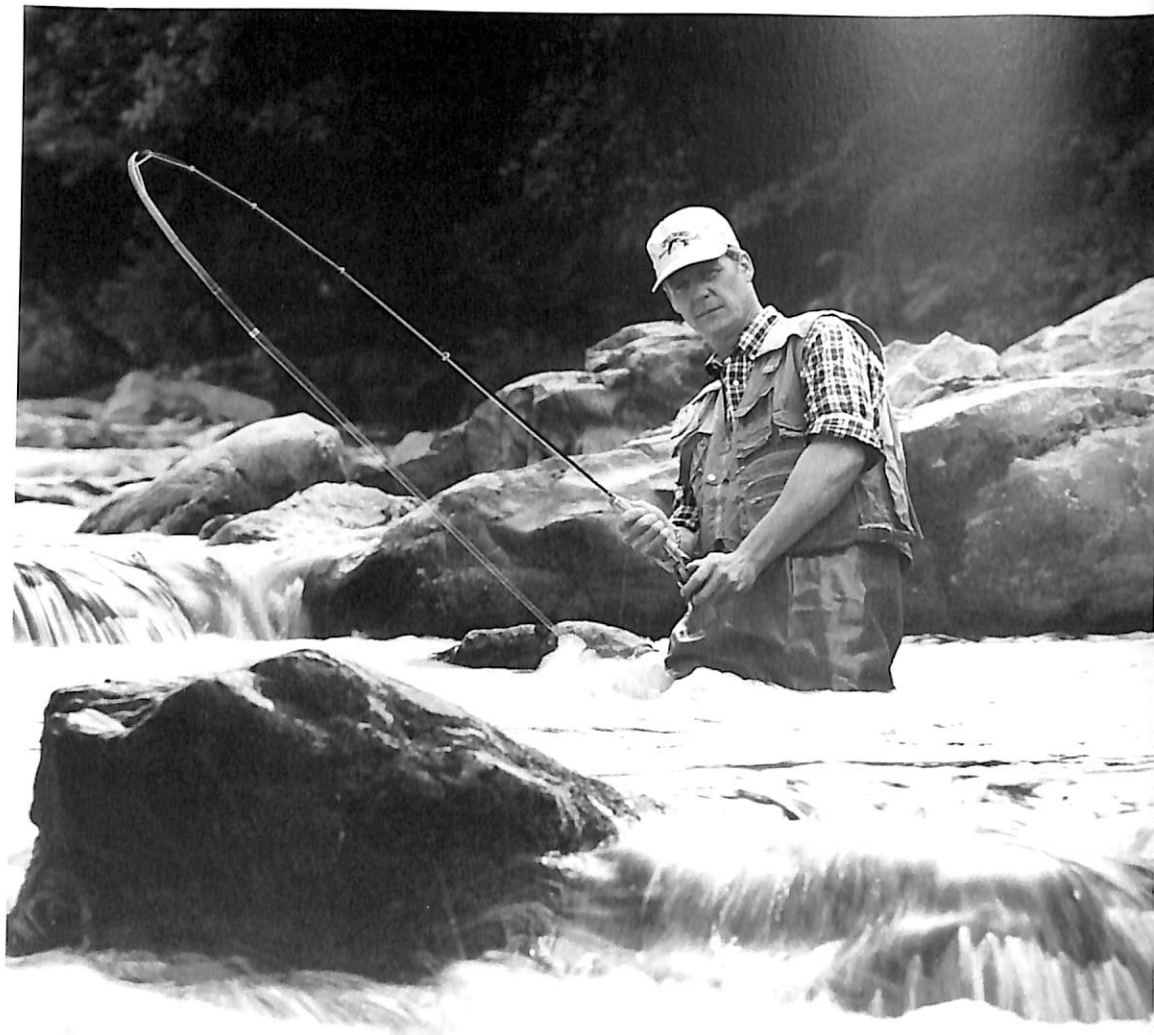
- Langjährige Erfahrung in den meisten Pharma- und Medizintechnikbereichen
- Bedarfsorientierte Schulungsprogramme
- Umfangreiches Know-how erfolgreicher Produkteinführungen
- Professionelle medizinische Ausbildung (CME = continuous medical education)
- Leistungen mit Gütesiegel

Ihr Ansprechpartner: Dr. Edgar Ingold

Physicians World GmbH
Erzbergerstraße 18
D-68165 Mannheim
Telefon ++49/621/4261-190
Telefax ++49/621/4261-666



Physicians World GmbH



GREY

**Aujourd'hui de bons produits fiscaux
peuvent avoir des effets secondaires très positifs
sur votre bien-être et votre avenir.**

En matière de fiscalité, nul n'a envie de nager en eaux troubles.
C'est la raison pour laquelle la BIL vous propose une gamme très complète
de produits fiscaux. N'hésitez surtout pas à rencontrer l'un de nos conseillers.

Vous choisirez avec lui les solutions les plus appropriées
pour vous et ainsi tout sera clair comme de l'eau de roche.

BANQUE INTERNATIONALE
A LUXEMBOURG



Société anonyme, fondée en 1856, 69 route d'Esch, L-2953 Luxembourg

Tél. : 4590-1 - Fax : 4590-2010

<http://www.bil.lu> - e-mail : contact@bil-dexia.com



Fort- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich mit Physicians World

Fort- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich mit Physicians World

Wie in vielen anderen Berufen ist es auch für den Arzt von größter Wichtigkeit, sich über neue Entwicklungen in seinem Fachgebiet, z.B. bezüglich Diagnose und Therapie, auf dem Laufenden zu halten.

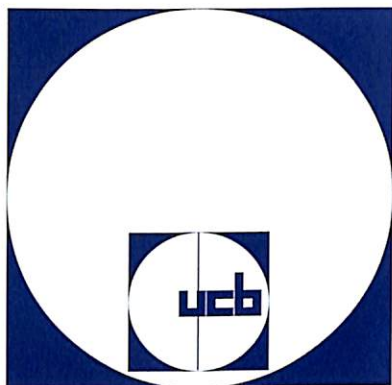
Ausgelernt hat ein Arzt nie. Gemäß der ärztlichen Berufsordnung in Deutschland hat jeder Mediziner die Pflicht, auch nach Abschluß seines Studiums, sich beruflich weiterzubilden. Auf welche Art und Weise er dies tut, liegt dabei größtenteils im Ermessen des einzelnen Arztes. Ein Zwang oder eine Pflicht die Fortbildung zu dokumentieren und zu belegen, wie es etwa in der Schweiz oder in den USA der Fall ist, ist von der Bundesärztekammer derzeit nicht gegeben. Vielmehr soll der Arzt über Motivation für seine eigene Fortbildung begeistert werden. Neben der Lektüre von Fachzeitschriften und Publikationen, sind Kongresse und spezielle Fortbildungsveranstaltungen die Hauptquelle zur Weiterbildung. Das Medium Internet spielt in dieser Hinsicht in Zukunft sicher eine zunehmende Rolle.

Heute werden etwa zwei von drei Fortbildungsveranstaltungen unter Beteiligung der Pharmaindustrie durchgeführt. Häufig werden dabei auch direkt Produkte der Pharmahersteller beworben. Qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildungsprogramme sollen dem Arzt die Möglichkeit bieten auch nach dem Studium, mit den Entwicklungen in der Medizin und besonders bei praxisrelevanten Themen und Fragestellungen seines Fachgebiets Schritt halten zu können. Im Sinne von Qualitäts- und Risi-

komanagementaspekten ergeben sich eine Reihe von Forderungen an die Fortbildungsprogramme. Sie sollten auf die Bedürfnisse der Zielgruppe eingehen, problemorientiert und praxisrelevant sein, den aktuellen Kenntnisstand darstellen und den fachlichen Austausch zwischen Referent und Teilnehmer ermöglichen. Vollständigkeit, Ausgewogenheit und Neutralität sind dabei wichtige Qualitätsmerkmale.

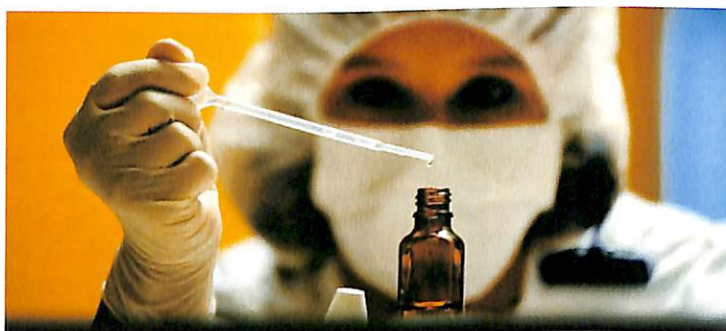
Mit der Vorgabe, diesen Anforderungen zu entsprechen, entwickelt Physicians World als unabhängiger Anbieter in den USA seit über 20 Jahren und nun auch in Deutschland / Europa Fortbildungsprogramme für Ärzte und andere Gruppen im Gesundheitsbereich. Die Programme erfüllen die Anforderungen für "Continuing Medical Education" (CME), was in Amerika mit der Vergabe von sogenannten Kreditpunkten, mit Hilfe derer die Fortbildung belegt wird, verbunden ist. Sehr häufig werden die Programme in Abstimmung mit Fachgesellschaften wie z.B. National Lung and Blood Institute, American Diabetes Association oder International Osteoporosis Foundation entwickelt. Die Wege über die die Schulungsinhalte den Interessenten angeboten werden, sind vielfältig und reichen von Publikationen, Reviews, Newsletters, über Symposien, Seminare, Workshops, Audiokonferenzen, bis hin zu Video, CD-Rom und Internet.

Nur durch kontinuierliche Weiterbildung wird eine qualitativ hochwertige Medizin gewährleistet. "Medical Education" in diesem Sinne ist in zunehmendem Maße ein wichtiger Baustein in der Verbesserung der Gesundheitsversorgung.



VOTRE PARTENAIRE SANTÉ

**ZYERTEC®
BONEFOS®
NOOTROPIL®
BIOFENAC®
SOMATOSTATINE UCB®**



S.A. UCB N.V. SECTEUR PHARMA
1420 BRAINE-L'ALLEUD
Verd.-Distr.-Vert. :

S.A. UCB Pharma N.V.
1180 BRUXELLES • BRUSSEL • BRÜSSEL

Erfolg ist keine Zufallsgröße

In turbulenten Zeiten mit komplexen Szenarien liegt es kaum mehr in den Möglichkeiten eines Einzelnen erfolgreich zu sein.

Es braucht einen Partner mit Systemdenken, Partner, die Wissen mit Erfahrung kombinieren und den Wandel als eine gemeinsame Herausforderung verstehen.

Eine handvoll Gründe, weshalb OPTIMED für Sie der richtige Partner ist:

competence • Das Wissen und die Erfahrung der Besten setzen wir ein, um für unsere Kunden hervorragende Lösungen zu erarbeiten.

consulting • Wir beraten Kunden und entwickeln mit ihnen strategische Lösungen, die einen Vorsprung im Markt sichern.

communication • Wir sind unserer Leitlinie verpflichtet, unseren Kunden und deren Kunden zuzuhören, die Probleme zu verstehen und die Lösung gemeinsam zu erarbeiten.

contact • Wir machen aus Marktbeteiligten Partner zum gemeinsamen Nutzen.

change • Der Fortschritt lebt vom ständigen Wandel. Wir gestalten ihn mit.

Seit 01.01.2000 ist Optimed S.à.r.l. der exclusive Vertriebspartner von DIOMED für das Großherzogtum Luxemburg. Patientenaufklärung und Dokumentation ist ein wesentlicher Bestandteil des Risk Management von Ärzten.

Das Diomed-Patientenaufklärungssystem wurde von Prof. Weißbauer als Justitiar des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen entwickelt. Seit zwei Jahrzehnten hat es sich millionenfach bewährt.

Die Vorteile des Diomed-Trennsystems:

- Der Patient kann den Informationsteil behalten. Er kann wichtige Informationen wie z.B. Verhaltensweisen jederzeit nachlesen.
- Übersichtlicher Dokumentationsteil, d.h. wichtige Fakten der Aufklärung auf einen Blick.
- Schnelles Handling. Alle Bögen sind an der Trennlinie perforiert und gelocht.
- Die Krankenakte wird reduziert

Fordern Sie weitere Informationen an über:

OPTIMED S.à.r.l.
24a, rue de Remich
L-5471 Wellenstein
Telefon 00352 697621
Telefax 00352 697621-32
email schweitzer@sl.lu

Neupogen[®]

filgrastim

G-CSF

For rapid recovery after optimal chemotherapy



Island of Neutropenia Michele Angelo Petrone. First published in the Lancet, Medicine and art section, vol 348. July 20 1996

Improving survival with innovative and intensified chemotherapy regimens is a key therapy objective for cancer patients.¹ Neupogen allows this challenge to be met by improving haematopoietic support.²

References

1. Crown J, Norton L. Ann Oncol 1995; 6(Suppl 4): S21-6.
2. Bezwa W, Seymour L, Dansey RD. J Clin Oncol 1995; 13: 2483-9.

AMGEN

Neue Möglichkeiten im Risk-Management durch zielgruppenorientierte Konzeptionen

Die Versicherungssituation im europäischen Binnenmarkt verändert sich schnell und permanent. Insbesondere durch gesellschaftliche Umwandlungen, durch die Veränderung der Verhaltensstruktur von Patienten etc. bedarf die Versicherungsstruktur der Ärzte einer Modifikation.

Wer ist

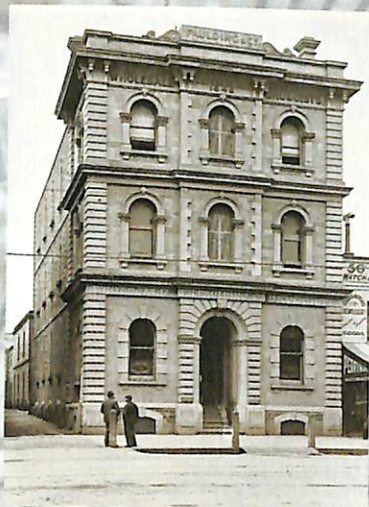
Schweitzer Versicherungen S.à r.l.?

Schweitzer Versicherungen S.à r.l. ist ein internationaler Assekuranzmakler mit Sitz in Luxemburg. Als Makler vertreten wir ausschließlich die Interessen unserer Klienten und entwickeln in Zusammenarbeit mit renommierten Gesellschaften aus der Versicherungs- und Vermögensanlagebranche sowie Bankhäusern innovative Deckungskonzepte und Strategien, die Klienten unter dem Gesichtspunkt des optimalen Preis-Leistungsverhältnisses, eine aus einer Hand gesteuerte Vorsorgebetreuung bieten. Die Entwicklung dieser Vorsorgekonzepte erfolgt nach den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe auf individueller Basis.

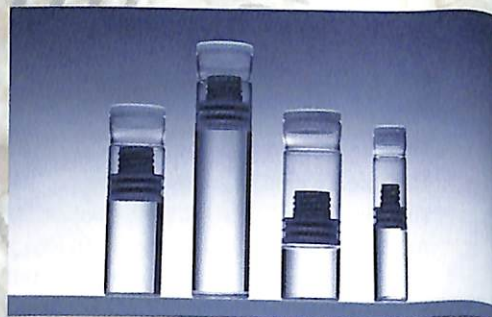
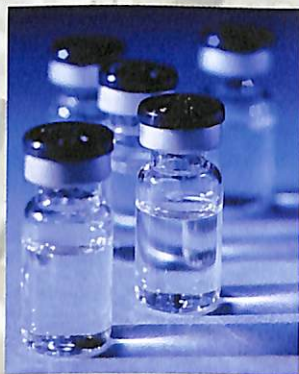
Beispielsweise hat Schweitzer Versicherungen S.à r.l. mit der Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg eine unter Ausnutzung aller steuerlichen Vorteile, den heutigen Anforderungen angepaßte Vorsorgeinitiative initiiert, die eine Optimierung der Versicherungsleistungen für den Berufsstand Arzt bietet. Möglich war "LUX MEDICAL CARE" durch die Kooperation mit weltweit führenden Versicherungsunternehmen, z.B. der

AXA Colonia. Diese Kooperation wird auch in Zukunft dafür Sorge tragen, daß aktuelle Probleme, die Beobachtung von Risiken und das damit in Verbindung stehende Risk-Management, Marktveränderungen usw. umgehend kompetent und unkompliziert für die individuellen Belange und Interessen unserer Klienten Berücksichtigung finden werden. Wir sind jederzeit erreichbar, im Hinblick auf Problemlösungen oder Abwicklung von Schadensfällen ein erheblicher Nutzen.

* Desweiteren bietet Schweitzer Versicherungen S.à r.l. Deckungskonzepte für Krankengymnasten (Lux Kiné Care), Tierärzte und Apotheker an.



*Tradition
and
Innovation*



sa Faulding Pharmaceuticals nv
Rue des Trois Arbres 16
Driebomenstraat 16
Bruxelles 1180 Brussel (Belgium)
Telephone + 32 2 332 03 15
Facsimile + 32 2 332 19 67



ONCO-TAIN®
et
ONCO-VIAL®

*Votre partenaire en
oncologie*

Les soins à domicile au Luxembourg

- l'activité innovante du groupe CPL

Le groupe CPL dispose de diverses sociétés filiales définies par leurs activités:

La société ACTESSA, représentée par le service délégation médicale, garantit une information de qualité aux intervenants du secteur Santé.

La division CPL Pharma, 1^{re} grossiste pharmaceutique assure la distribution des produits pharmaceutiques vers les PHARMACIES et les HÔPITAUX.

La société Bourgeois, de par son Service « Conseils pour soins à domicile », fournisseur agréé auprès de l'Union des Caisses de Maladie, propose aux personnes dépendantes la plus large gamme de produits de soins à domicile et apporte les conseils d'utilisation adéquats pour une réinsertion optimale du malade à la maison. En coordination avec les médecins, les pharmaciens et les infirmiers des réseaux de soins à domicile (SAD), les délégués spécialisés du service conseils pour soins à domicile recherchent les solutions adaptées aux besoins des patients.

Le personnel hospitalier, du médecin aux infirmiers, ne peut pas être au courant de toute la multitude des produits disponibles. D'autre part, ce personnel ne connaît pas le milieu et l'en-

tourage dans lequel va dorénavant évoluer le patient.

Ce milieu qui sera différent pour chaque patient, joue un rôle primordial dans le choix de produits adaptés.

Les structures d'aide et de soins à domicile, déjà existantes et fonctionnelles depuis de nombreuses années, sont actuellement en cours de développement afin de mieux répondre aux besoins de ce nouveau type de patient.

Les infirmiers et infirmières, les assistantes sociales et autres personnes actives dans ce cadre ont un rôle très important au contact direct du patient et de son entourage, à l'écoute de ses besoins.

Leur compétence est donc indispensable dans la définition des produits utiles au patient.

Afin d'apporter un soutien dans le suivi des patients, le Groupe Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois, Société Bourgeois S.à r.l., fournisseur agréé auprès de l'union des caisses de maladie, a constitué le Service: conseils pour soins à domicile (SAD).

Le but du service SAD est d'être en mesure d'apporter au patient, depuis l'hôpital à partir du moment où la sortie est prévue et au domicile du patient,

et ce pendant toute la durée de sa maladie, tous les produits et toutes informations utiles.

Pour assurer et garantir ce service dans les meilleures conditions possibles le service SAD dispose de plusieurs atouts:

1. Au niveau des produits

- un accès direct aux informations relatives à une multitude de produits par des contacts réguliers avec de nombreux fabricants et fournisseurs.
- Une spécialisation particulière dans certains domaines permet d'assurer un traitement particulièrement adapté aux besoins individuels du patient.
- La connaissance médicale du milieu hospitalier comme du secteur extra-hospitalier permet de proposer de multiples alternatives dans les produits.

Le service SAD recherche et propose un choix de matériel spécifique à chaque cas. Parmi les produits qui lui sont proposés, le patient aidé de son entourage pourra faire son choix.

2. Au niveau de la formation

Le service SAD est en mesure de diffuser les informations relatives aux produits à tous les intervenants: des prescripteurs, via les services infirmiers de SAD, jusqu'au patient lui-même et à son entourage.

Les médecins, aussi bien dans le secteur hospitalier, que pratiquant en cabinet (le médecin de famille du patient), sont régulièrement visités et informés des dernières nouveautés par des délégués spécialisés.

Les services de soins à domicile peuvent également disposer de tout renseignement pratique quant aux divers produits.

3. Entreprendre la formation du patient pour l'utilisation des produits et rester en contact direct avec l'entourage familial.

Le patient est formé à l'emploi correct de ses produits de soins. Cette formation peut et doit dans certains cas s'étendre à l'entourage du patient: famille, infirmière de SAD,...

Le patient et son entourage ont un interlocuteur direct qui reste à leur disposition en cas de question supplémentaire ou d'imprévu.

Autre intervenant dans le secteur extra-hospitalier, le pharmacien est en contact journalier direct avec le groupe CPL et pourra transmettre informations ou produits au patient de son voisinage.

4. Au niveau de la continuité et du suivi

Le service conseil SAD s'assure par des visites répétées en début de traitement, puis à la demande par la suite, que le produit fourni correspond bien aux besoins et à l'attente du patient, que l'utilisation se fait dans des conditions optimales.

Pour les appareils, le service technique intervient dans les 4 à 8 heures en cas de panne. Des appareils de remplacement sont disponibles et mis en place en cas d'utilité.

Si les besoins du patient évoluent, il pourra faire appel au service SAD. En

accord avec les organismes de soins et/ou le médecin de nouveaux produits pourront être proposés.

Un exemple

« Conseils pour Soins à domicile »

Le cas de Monsieur P.

Le 10 juillet 1999, le Docteur B., chirurgien ORL a directement contacté notre service Conseils pour Soins à domicile par l'intermédiaire de notre déléguée médicale, Melle BROMAN, pour fixer un rendez-vous le lendemain à la Clinique X de Luxembourg avec son patient.

Le médecin nous a décrit le cas de Monsieur P.

Il s'agit d'un patient trachéotomisé lors de l'opération chirurgicale d'une tumeur diffuse de la de la mandibule droite. De plus, le patient est provisoirement alimenté par nutrition entérale par sonde gastrique PEG en prévision de traitements ultérieurs par radiothérapie susceptibles de restreindre toute alimentation par voie orale.

Une déléguée spécialisée en appareillage pour patients trachéotomisés s'est donc rendu le 11 juillet 1999 au sein de l'établissement hospitalier et a accompagné le médecin auprès du patient qui a été informé:

- du type de matériel qui lui serait remis dès son retour à domicile prévu le 15 juillet 1999
- et qu'une formation pratique au maniement des appareils et accessoires livrés aurait lieu sur place (en présence de l'infirmière de soins à domicile).

Le médecin a alors établi une ordonnance médicale reprenant le détail des produits:

- aspirateur trachéal
- sonde d'aspiration (2-3/j. pdt 3 mois) + diagnostic.

Puis le médecin s'informant des différents produits de nutrition entérale par sonde gastrique disponibles en dehors du secteur hospitalier a rédigé une ordonnance détaillant un régime alimentaire approprié à la pathologie du patient et à l'évolution de son traitement:

- produits de nutrition:
x' 500 ml 2/j pdt 3 mois
x'' 200 ml 5/j pdt 3 mois
- accessoires: tubulures pour connexion à la sonde gastrique + diagnostic.

Remarque: Les procédures administratives étant différentes selon les produits prescrits le service SAD est à même d'informer les prescripteurs sur les modalités.

De plus, le type de traitement médicamenteux entraînant des risques de régurgitation pour le patient, le médecin a prescrit une alimentation entérale par pompe de nutrition. Ce dispositif portable permettant une prise alimentaire étalée dans le temps sans contraintes pour la vie active et les déplacements du patient.

L'ordonnance était donc:

- pompe de nutrition entérale
- diagnostic.

Remarque: Les accessoires indispensables (porte-sérum, ...) sont souvent prescrits, rarement pris en charge.

En résumé: Le service SAD dispose de 3 ordonnances » nécessitant des traitements administratifs différents.

1.Ordonnance « Produit trachéo »:

- Demande d'accord préalable UCM pour l'aspirateur trachéal
- Pas de demande d'accord UCM pour les accessoires

2.Ordonnance « Produits de nutrition entérale »

- Demande d'accord préalable UCM
- Remarque: Remboursement 60 % des produits de nutrition pour les patients:
 - néoplasie sphère ORL
 - sclérose en plaques

3.Ordonnance « Pompe de nutrition »

- Procédure particulière SMA / Assurance maladie.

Procédure particulière SMA:

En théorie, le patient ne peut plus être fourni directement par les fournisseurs agréés UCM. En effet, muni de son ordonnance, le patient doit se déplacer jusqu'au Service Moyens Accessoires (Luxembourg) afin d'obtenir le matériel prescrit. Le SMA vérifie la disponibilité du matériel demandé (gestionnaire du stock UCM) et se charge de le fournir au patient.

En cas d'indisponibilité, le SMA doit

être en mesure

- de contacter les fournisseurs de la place pour obtenir la meilleure offre du marché luxembourgeois relative au produit recherché.
- d'acheter le dispositif correspondant et
- de le fournir au patient.

En réalité, c'est souvent le fournisseur désigné qui livre le dispositif et qui facture cette livraison-formation directement au SMA

On peut dès lors s'interroger sur le degré d'urgence accordé à chaque cas particulier, les procédures administratives (lourdes) contraignantes ne définissent pas ces critères. De plus, la transparence dans le choix des produits et des prestataires reste à être démontré - le respect des modalités doit être établi -.

Dans la pratique, les fournisseurs agréés respectent le service au patient et au médecin et mettent à disposition gratuitement les produits de soins nécessaires et entreprennent ultérieurement les démarches administratives en lieu et place du patient.

Monsieur P. a été livré le 15 juillet 1999. Le jour de son retour à domicile: une déléguée spécialisée en produits de TRACHEO et une déléguée spécialisée en produits de nutrition lui ont fourni les informations pratiques et restent disponibles (GSM) en cas de problèmes particuliers.

Remarque: Il faut signaler ici que les procédures administratives font que l'autorisation de mise à disposition du

dispositif médical émanant du SMA (par fax) ne parvient que quelques jours à quelques semaines plus tard - l'original de cette autorisation n'est pas expédié simultanément...

Précisons qu'un autocollant numéroté SMA joint à cet envoi doit être aors apposé sur l'appareil (déjà livré) et oblige à une visite supplémentaire chez le patient.

Le service technique assure le remplacement des dispositifs en cas de panne.

Remarque: On peut également noter l'absence de procédures UCM/SMA en cas de problèmes techniques liés aux appareillages médicaux. En effet, le patient (ou les infirmiers des institutions) contacte directement le fournisseur pour toute révision ou réparation.

Il est à noter que certains patients ou responsables médicaux d'institutions en viennent à acquérir personnellement le matériel nécessaire sans attendre les conclusions d'un traitement administratif hypothétique...

En conclusion, le service SAD assure:

- l'information du prescripteur
 - au niveau des produits
 - aux niveaux administratifs
- la formation du patient
- les livraisons régulières

et maintient un contact permanent avec les différents partenaires.

Aktivität und Regeneration – Prinzipien moderner Orthopädischer Rehabilitation

Problem: Epidemiologie/Demographie

Dr. Thomas Wessinghage

Arzt für Orthopädie

Arzt für Physikalische/Rehabilitative Medizin

Chefarzt der Rehaklinik Saarschleife

In Europa werden bis zum Jahre 2006 ca. 25% aller Menschen älter als 60 Jahre sein. Die Bevölkerungsgruppe jenseits von 65 Jahren wird auf ca. 75 Mio anwachsen, davon 20 Mio., die über 80 Jahre alt sein werden. In der Bundesrepublik Deutschland werden bis zum Jahre 2020 ca. 300 000 Mitbürger über 80 Jahre alt sein.

In der Bundesrepublik Deutschland entfallen ca. 50% der Krankenhauspflgetage auf Menschen jenseits des 65. Lebensjahres (bei nur 16% Anteil dieser Gruppe an der Gesamtbevölkerung). 34% aller Krankheitstage entstehen durch Ursachen, die in bezug zum muskuloskelettalen System (Bewegungsapparat) stehen. Ein Arbeitgeber rechnet mit einer durchschnittlichen Ausfallzeit durch Rückenschmerzen von etwa 20 Tagen. An indirekten Krankheitskosten entstehen pro Tag DM 800 - 1000,-, die sich nur auf Lohnfortzahlung, Produktionsausfall etc. beziehen, nicht jedoch auf die direkten Behandlungskosten.

Pro Tag ereignen sich in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 700 und 1000 Herzinfarkte. In einem besonderen Licht erscheint diese Zahl, wenn man bedenkt, dass 40% aller Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch

Prävention beeinflussbar sind. Der Bundesrepublik Deutschland entsteht durch krankheitsbedingte Ausfallzeiten ein jährlicher Verlust des Bruttosozialproduktes in Höhe von ca. DM 78 Milliarden. In dieser Zahl sind die Behandlungskosten nicht enthalten. Allein bei dem Indikationskomplex Migräne / Kopfschmerz liegen die direkten Kosten jährlich bei DM 429 Mio., die indirekten Kosten bei DM 4,5 Mrd..

Problem:

Veränderung des Lebensstils

Die genetische Entwicklung des Menschen über Jahrtausende bis zur Neuzeit verlief in Anpassung an die Lebensumstände geradlinig. Erst das Einsetzen der industriellen Revolution des 19. Jahrhunderts, viel stärker noch der elektronischen Revolution im ausgehenden 20. Jahrhundert hat eine erhebliche Diskrepanz zwischen genetischer Bestimmung und tatsächlichen Lebensumständen des Menschen ausgelöst. Sitzen wird zur lebensdominierenden Körperhaltung.

Die Veränderung der Lebensweise des Menschen in so kurzer Zeit und in so großem Umfang, daß die steigende Prävalenz der genannten zivilisationsbedingten Erkrankungen als zwangs-

läufige Folge angesehen werden muss. Heute muss unter anderem von einem Absinken des Grundumsatzes unter das biologisch notwendige Minimum (Hollmann) ausgegangen werden, während die Wochenarbeitszeit noch vor etwas mehr als 100 Jahren 12 Stunden betrug und das Bruttosozialinlandsprodukt zu 99% durch körperliche Arbeit erstellt wurde (heute 5-7%).

Veränderte Anforderungen an die Rehabilitation

Die jahrhundertelange Dominanz passiver Behandlungsformen in der haus- und fachärztlichen Behandlung, gerade auch im Kurwesen der klassischen Heilbäder findet sich ursprünglich auch in der Rehabilitation, die auf eine kaiserliche Verkündung aus dem Jahre 1881 und die Gründung der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter im Jahre 1909 zurückgeht. Die bis heute geltende Reichsversicherungsordnung wurde 1911 verkündet und trat 1912 - 1914 in Kraft.

Unter Berücksichtigung der Prämisse, dass (körperliche und geistige) Aktivität funktionserhaltend wirken, haben sich Bedeutung und Inhalte der modernen Rehabilitation, nicht zuletzt auch der orthopädischen Rehabilitation, deutlich verändert.

Körperliche Leiden drängen den Betroffenen in eine Patientenrolle, die überwiegend von Inaktivität und Passivität bestimmt wird, da er ja behandelt wird. Die aus der Inaktivität und dem körperlichen und geistigen Funktionsverlust resultierenden Konsequenzen sind raschere Alterung, so-

ziale Vereinsamung (Cocooning) und Pflegebedürftigkeit. Diese Tendenz wird unterstützt durch die moderne Lebensweise, die durch den Einsatz technisch-elektronischer Hilfsmittel die Bewegung im Alltagsleben weitgehend überflüssig macht.

Aufgaben der Medizin heute

In der Rehabilitation wird heute ein ganzheitlicher fachübergreifender Behandlungsansatz vertreten, in dem die verschiedenen Aspekte der Kausalkette Impairment-Disability-Handicap Berücksichtigung finden. In die orthopädische Rehabilitation fließen Einflüsse aus neurologischen, kardiologischen, psychologischen und anderen Behandlungskonzepten ein. Wichtige, für den Gesamtrehabilitationsverlauf mitentscheidende Nebenleiden müssen mitbehandelt werden.

Auch in der Organisationsform der orthopädischen Rehabilitation werden mehr Flexibilität und mehr Individualität, z.B. durch eine Verknüpfung ambulant / teilstationär / stationär, angestrebt. Sogar eine Zweiteilung des Heilverfahrens, z.B. bei längerfristig notwendiger Entlastung einer frakturierten bzw. operierten Extremität wird erfolgreich praktiziert.

Aktive Therapieformen nutzen

Ein wesentlicher, vielleicht der wesentlichste Schritt zur Anpassung der orthopädischen Rehabilitation an moderne Erfordernisse wird in dem Grundsatz "aktive vor passiven Behandlungsinhalten" zusammengefasst. Die Ballung passiver und das gleich-

zeitige Fehlen aktiver Behandlungsmethoden hat die Rehabilitation ins Gerde gebracht. Nur die Zahl der Massagen und Fangopackungen zu erhöhen, kann nicht die Antwort auf verstärkte Bemühungen um eine verbesserte Qualität der stationären Rehabilitation sein.

Die Krankengymnastik in Einzel- und Gruppenbehandlungen ist statt dessen ins Zentrum der orthopädischen Rehabilitation gerückt. Der Sportlehrer mit Zusatzqualifikation "Rehabilitation" ist als medizinischer Heilberuf (bislang nur) im Rehabilitationsteam integriert. Seine Aufgabe ist unter anderem die Erhaltung und Verbesserung der lokomotorischen Fähigkeiten der Patienten, die zu mehr Selbständigkeit und besseren Chancen bei der Bewältigung der Belastungen des Alltagslebens (sog. ADL-Techniken). Ergotherapeuten, Diätassistenten, ggf. Logopäden und auch Masseure / Medizinische Bademeister runden das vom Arzt geführte Behandlungsteam ab.

Die durch die modernen Behandlungsmaßnahmen erworbene Selbständigkeit des/r Patienten/in beinhaltet auch eine größere Unabhängigkeit von medizinischen Versorgungssystemen, die Verminderung von Medikamentenverbrauch und ambulanten Behandlungen und ist insofern ein wesentlicher Schritt zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Auch bei älteren Menschen stellt sich heute nicht mehr die Frage, ob sie trainierbar sind, sondern wie ein körperliches Training optimal zu dosieren ist. Das bezieht sich nicht nur auf orthopä-

dische Inhalte. Die Wahrscheinlichkeit eines Herzinfarktes wurde bei 40- bis 50-jährigen Männern durch ein Training, bei dem wöchentlich 1500 bis 2000 kcal verbraucht wurden, um 50% reduziert. Selbst bei 70-bis 80-jährigen Menschen scheint es möglich, eine Lebensverlängerung um einige Jahre zu erzielen.

Psychologische Aspekte körperlicher Aktivität wie z.B. die Stärkung des Vertrauens in die Funktionstüchtigkeit der eigenen Person und des eigenen Körpers, das Überwinden der Krankenrolle, das Vermeiden von Passivität und Hilflosigkeit finden ihren Niederschlag in der ganzheitlichen Konzeption des orthopädischen Heilverfahrens. Etliche chronische Leiden, vor allen die Wirbelsäulen beschwerden, weisen ja bekanntermaßen eine starke psychologische Komponente auf – sowohl in bezug auf die Somatisierung psychologischer Störungen als auch der Wesensveränderung aufgrund eines chronischen Leidens.

Jede psychotherapeutische Betreuung erfordert die aktive Auseinandersetzung und Bearbeitung der eigenen Leiden durch den Betroffenen. Körperliche Aktivität kann diesen therapeutischen Zugang fördern. Zudem ist die stimmungsaufhellende Wirkung von Ausdauertraining wissenschaftlich nachgewiesen.

Ein mitentscheidender Faktor für den langfristigen Erfolg der Rehabilitation mündet in der Frage, ob es während des stationären Aufenthaltes gelungen ist, den/die Patienten/in während des Heilverfahrens für ein anschließendes,

eigenverantwortliches Gesundheitstraining zu motivieren.

Rehabilitation: Seminar für eigenverantwortliches Gesundheitstraining

Ein für den Gesamterfolg der Rehabilitation mitentscheidender Zeitpunkt ist das Ende des Heilverfahrens. Heute wird ein möglichst nahtloser Übergang von der Therapie zur Eigen-(Freizeit-)aktivität angestrebt.

Die Beeinflussung des Risiko verhaltens großer Bevölkerungsschichten durch gesundheitliche Aufklärung – idealerweise in Verbindung mit der Möglichkeit zur Eigenrealisation – stellt ein Hauptproblem der Gesundheitspolitik nicht nur in Deutschland dar. Diese wichtige, zukunftsorientierte Aufgabe kann die vertragsärztliche Praxis heute nicht mehr in befriedigendem Maße leisten. Zu kurz ist die durchschnittliche Dauer des Arzt-Patienten-Kontaktes, zu sehr ist das Patientengespräch zugunsten der technischen Medizin in den Hintergrund getreten. Präventionsleistungen sind aus dem Lastenheft der gesetzlichen Krankenversicherungen gestrichen worden. Insofern kommt der Rehabilitation eine zukunftsorientierte, wichtige Aufgabe für die Fortentwicklung der modernen Gesellschaft, nicht nur der Medizin, zu.

Zusammenfassend könnte man das (gegenüber früheren Jahren deutlich verkürzte) orthopädische Heilverfahren als Seminar beschreiben, in dem weniger der kurzfristige Behandlungserfolg gesucht wird, sondern im Rahmen dessen Anleitungen für eine

aktive Lebens- und Freizeitgestaltung (z.B. für sitzend arbeitende Menschen) gegeben werden und der/die Patient/in zu entsprechender Umsetzung nach Beendigung des stationären Aufenthaltes motiviert wird.

Reha im benachbarten Deutschland

Prof. Dr. med M. Steinbach
Ärztlicher Direktor der Johannesbad Rehakliniken AG
Präsident Deutscher Heilbäderverband

Reha in Deutschland ist durch die Vorgaben in der Sozialgesetzgebung anders gewachsen als in anderen Ländern, sie ist daher in mancher Hinsicht auch anders. Man wird abzuwarten haben, ob das zusammenwachsende Europa mit seinen formalen und informellen Harmonisierungen hier Angleichung bedingen wird.

Historisch ist die Reha schon früh auf der Bildfläche erschienen, Blindheit und Taubheit sind Vorreiter. Pädagogische Probleme standen im Mittelpunkt. Mit den Weltkriegen entwickelte sich die Krüppelfürsorge, später ergaben sich Versorgungsgesetze. Den entscheidenden Durchbruch gab es erst in den 50er Jahren mit den modernen Sozialgesetzen, wobei sich die für uns typische Trennung ergab. Die Rentenversicherung bemüht sich mit ihren Rehamassnahmen um den Erhalt oder die Wiedergewinnung der Erwerbsfähigkeit – "Reha für die Rente" als Leitgedanke. Die Krankenversicherung bemüht sich für die verbliebende Bevölkerung um Vermeidung von Behinderungen und "Reha vor Pflegebedürftigkeit". Es liegt auf der Hand, daß sich damit Altersunterschiede in beiden Versicherungssystemen ergeben. Besonders die Rentenversicherung hat eine große Zahl von eigenen Rehakliniken vor und hat sich lange

Zeit im wesentlichen auf stationäre Rehabilitation beschränkt. Es ist müßig, hier die ebenfalls bedeutsame berufliche Rehabilitation zu erwähnen, die auf hohem Niveau organisiert ist. Die Krankenversicherung hat bisher in einer ersten Stufe Rehamassnahmen betreiben lassen, die hausärztlich im Zuge der Krankenbehandlung verschrieben und ambulant geboten wurden. Mit den neuen Gesetzesvorhaben soll die hausärztliche verordnete Rehamassnahme nicht mehr Reha genannt werden. Stattdessen: Ärztliche Behandlung, weil der Rehabegriff entgegen der WHO-Definition und ICIDH nur noch bestimmten Institutionen vorbehalten bleiben soll. Sodann hatte die Krankenkasse im gestaffelten Einsatz, von Schwere und Umständen abhängig, die Möglichkeit, die ambulante Kur im Kurort oder die Rehaklinik vorzusehen. In einer Zeit noch geringerer ökonomischer Enge haben sich zweifellos im stationären Sektor Überkapazitäten entwickelt, von denen beinahe unser gesamtes Gesundheitswesen lückenlos betroffen ist (Krankenhäuser, Arzttzahlen, Berufsniederlassungen usw.).

In der Folge gab es Gesetze mit vorwiegend Sparcharakter, die zwar oft auch strukturelle genannt wurden, aber

den Kern der Ursachen kaum je getroffen haben. So sind in Kliniken und der Kurortambulanz (offene Badekur und Kompaktkur) Einbrüche um bis zu 50% erfolgt, die jetzt durch Aus- und Umwegstrategien nur z. T. gemildert sind. Kurorte gehen vermehrt Wege des gesundheitlichen Tourismus, und auch Kliniken haben solche Lösungen nicht ausgespart.

Die historische Entwicklung hat es mit sich gebracht, daß Rehabilitation kaum an Universitäten etabliert war und kaum gelehrt wurde. Das Gros der Kliniken lag wohnortfern, von den rund 1300 Rehakliniken, die bis vor kurzem gezählt wurden, liegt mehr als die Hälfte in Kurorten, aber auch viele andere liegen wohnortfern und oft in der Idylle – was heute tendenziös gern wohnortfern und "auf der grünen Wiese" genannt wird. Sie finden unter der rund 330 Kurorten sehr viele, in denen z. T. sogar mehrere Kliniken der Rentenversicherung liegen. Man hat sich sicher etwas dabei gedacht und nicht nur eventuell günstigere Baupreise als im Ballungsgebiet vor Augen gehabt.

Die BfA (Angestelltenrentenversicherung) hat in einer Umfrage bei ihren Versicherten erfahren, daß mehrheitlich die wohnortferne und zudem auch die stationäre Reha bevorzugt und mit guten Gründen argumentiert wird. Im Gegensatz dazu wird von vielen und maßgeblichen Politikern so gesprochen, als läge das Heil in der Wohnortnähe, deren rehabilitative Gestaltung nun auch mit Gründungsofferten

im neuen Gesetzesvorhaben (Reform 2000) nachzulesen ist.

Die Reha-Klinik, die hohe Qualität bieten soll, braucht eine gewisse Größe und sie muß fachlich spezialisiert sein. 30 Rehabetten im Krankenhaus, für 4 Abteilungen zuständig, das bringt auch unter dem Gesichtspunkt notwendiger Frühreha nicht viel.

Da ist der Patient in dieser frühen Phase auf der angestammten Fachabteilung besser aufgehoben, von der aus Reha zu organisieren ist. Selbst die Fachkliniken –etwa Orthopädie– denkt inzwischen daran, noch innere Spezialisierungen vorzunehmen. Auch von Herzreha kenne ich solche Subspezialisierungen, die für Patient und die Qualifikation des Personals Vorteile bringen.

Auf Dauer sehe ich in unserem Lande 2 Prinzipien gleichzeitig wirken, deren Ausgang ich noch nicht absehen kann.

Zum einen ist man bemüht, Reha wieder stärker an die Akutversorgung heranzuführen, also etwa im Krankenhaus oder der wohnortnahen Rehaambulanz. Dabei hören manche schon das Gras wachsen, in dem sie die Anschlußheilbehandlung zukünftig (wieder?) am Krankenhaus und als Krankenhausleistung sehen, während sonstige Heilverfahren Reha bleiben. Merkwürdigerweise finden sich in Entwurfstexten der neuen Gesetzlichkeit immer wieder nach dem Wort "Rehabilitation" anhängende Bemerkungen wie "inclusive der Anschlußheilbehandlung", was in Hearings auch zu hellhöriger Beantwortung geführt hat.

Damit kein Mißverständnis aufkommt; Einen Bedarf an wohnortnaher Rehabilitation gibt es, aber hier droht auch ein ruinöser Verteilungskampf, der ökonomisch und fachlich längst nicht mit den in "Evidence based medicine" gesetzten Maßstäben entschieden wird. Und die andere Tendenz, auch sie nicht zuletzt vor dem Hintergrund von Verteilung zu sehen, sucht stärkere Trennung und klarere Definition. Hier ärztliche Behandlung, in der nichts Reha genannt werden soll, auch wenn sie es ist, dort Reha als hoffentlich gleichwertige Institution präzise abgesetzt, und vor allem noch Vorsorge und Prävention, die angeblich mit Reha nichts zu tun habe. Diese Position mag für ein Unfallopfer oder Operierten und seine folgenden Behinderungen noch weitgehend richtig sein, bei chronischen Krankheiten stimmt die Trennung nicht mehr, Man denke an eine Coxarthrose als chronische Krankheit in der Orthopädie. Das Symptom der Krankheit ist seine Behinderung. Was ist bei den fälligen Maßnahmen Vorsorge, was ist Reha? Es ist immer beides, der Begriff der Tertiärprävention beschreibt dies weltweit. Und sieht man sich die Behandlung an, sie sieht sich bei enger und weiter Behandlungskonzeption (ganzheitlich) verdammt ähnlich. Vielleicht ist die politisch gewollte Unterscheidung in der Orthopädie deutlicher in ihrer Unstimmigkeit als in anderen Disziplinen.

Als Nervendoktor sehe ich wohl, daß in anderen Disziplinen auch andere Probleme anzutreffend sind. Neurologische Reha reicht heute stellenweise sehr ins akute Feld ein, komätöse Patienten in der Rehaklinik, auch psy-

chosomatische Medizin hat besondere Abgrenzungsprobleme zwischen Akut und Reha.

Muß man also zukünftig mehr der trennenden oder der vereinigenden Definition und Pragmatik Chancen geben? Fest steht aber für mich, daß Rehabilitieren nicht wie selbstverständlich und überwiegend in die Wohnortnähe muß, daß Reha-Einrichtungen nur in einer bestimmten Größenordnung und in fachspezifistischer Anordnung eine qualifizierte, ökonomische und den Erwartungen der Patienten gerecht werdende Arbeit leisten können.

Zum Schluß ein paar Bemerkungen als Bäderpräsident: Zuletzt gab es rund 200 000 ambulante Kuren, von denen etwa 70-80% klar als Rehakuren ausgewiesen waren. Nun soll es zukünftig nach einer merkwürdigen Regel laufen, wenn das vorgesehene Gesetz sich durchsetzt. Ambulante Vorsorge im Kurort ist unstrittig. Bei Reha heißt es, daß die bisherige Rehakur nun Vorsorgekur heißen soll und vollinhaltlich im Vorsorgeparagrafen erscheinen soll. Zugleich aber heißt es: Wenn eine Verschlimmerung einer chronischen Krankheit drohe, dann Vorsorge, wenn eine Behinderung zu überwinden ist, dann Reha. Nun denken Sie an das genannte Knie. Da ist doch etwas unstimmt. Die Interpretation der anstehenden Texte ist von maßgeblicher Seite her freundlich und wohlwollend, die Texte sind aber auch ungünstig auslegbar. Die ambulante Kur wird sich so ausweisen, daß sie berechtigter Kritik standhalten kann, dafür finden sich wichtige Passage im neuen "15 Punkte-Programms Deutschen Heilbä-

derverbandes". Unberechtigter Kritik aber wird zurückgewiesen, und zwar argumentativ. Der vielbescholtene Tango nach Fango. Der ihn als politische Polemik aufgegriffen hat, muß Reha mißverstanden haben, und er käme nie auf die Idee, die Krankschreibung auszumerzen, weil auch Krankgeschriebene die Nacht bei fremden Damen, den Abend in der Disco oder den Tag auf Nachbars Baustelle zubringen.

Was die Tilgung des Namens "Kur" im Gesetz anbetrifft, so wird kurseitig mit tiefem Bedauern und keineswegs einstimmig hingenommen. Wir gehen davon aus, daß der Patient nach wie vor von Kur sprechen wird, wenn er "Maßnahmen am Kurort" erhält, denn dieser unhandliche Begriff wird auch für uns im Sprachgebrauch kaum populär werden. Marketing braucht die "Kur".

Die Bedeutung der Elektronikversicherung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland

Gerhard Fecker

Tela-Versicherung, Rödelheimer Landstraße 44-48, 60487 Frankfurt

Luxemburg ist geradezu prädestiniert, darzustellen, was auch für den Wirtschaftsraum Saar-Lor-Lux von einiger Bedeutung sein kann; es ist doch nahezu Verpflichtung, das regionale Umfeld zumindest insoweit zu berücksichtigen, daß die Möglichkeit besteht, „über den Gartenzaun zu schauen“, was denn in Teilen des Gesundheitswesens der Nachbar so macht.

Die TELA VAG ist der z.Zt. einzige Spezialversicherer in Deutschland für elektronische Systeme.

Das Unternehmen ist im Jahre 1926 als reine SIEMENS-Tochter gegründet worden. Heute sind zusätzlich die ALLIANZ-Holding und die MunichRe an der TELA VAG beteiligt. Zur technischen und damit auch versicherungstechnischen Entwicklung der letzten siebenzig Jahre: Als es in der Bundesrepublik Deutschland schon üblich war, daß eine elektrische Schreibmaschine für 2.000,— DM regelmäßig gewartet und mittels einer „Schwachstromanlagenversicherung“ (so die antiquierte Bezeichnung für die heutige Elektronikversicherung) versichert wurde, gab es für Anlagen der Medizintechnik, wie z. B. Röntgenanlagen mit damals durchaus

schon üblichen Bildverstärkern, die auch damals schon mehrere Hunderttausend DM wert waren, weder die Möglichkeit einer Wartung (die Hersteller hatten sowas gar nicht im Angebot) noch eine Spezialversicherung, die auf die Spezifika der Medizintechnik einging (wie denn auch; teilweise wird der Strom auf mehrere Kilovolt hochtransformiert - also nichts für eine „Schwachstromanlagenversicherung“!). Lange bevor die Hersteller bezüglich der Wartung aus ihrem Tiefschlaf erwachten, wurde die Spezialversicherung für die Medizintechnik „erfunden“.

Als ordentlicher Versicherer löste man das mittels einer Klausel, die ergänzend zum Grundbedingungswerk hier namentlich auf die Vakuumartikel wie Ventile und - mit bis heute zunehmender Bedeutung - Röhren einging: Die Spezialversicherung für Medizintechnik war damit geboren!

Die Hersteller: Erst mit den Computertomografen der ersten Generation - also vor etwas über zwanzig Jahren - wurde die Wartungsbedürftigkeit der Technik und damit auch die Wertschöpfungsmöglichkeit für die Hersteller von diesen erkannt und gegen die mächtigen Widerstände des

Marktes um- und durchgesetzt; waren es doch schon damals horrenden Summen, die für eine vorbeugende, werterhaltende Wartung verlangt wurden: *ca. 10% des Neuwertes per anno!*

Dem gegenüber stand ein Versicherungsbeitrag, der bei ein bis zwei Prozent des Neuwertes per anno lag. Die Versicherung gab es schon und sie galt ohnehin als „Reparaturversicherung“! Warum sollte man also neben der Versicherung die teure Wartung bezahlen - gab es doch scheinbar die Möglichkeit, Wartungsleistungen auf die Spezialversicherung abzuwälzen - und das für ca. 10% dessen, was für den Wartungsvertrag aufzuwenden war. Das machte es den Herstellern nicht leichter, den Wartungsvertrag durchzusetzen. Für die Versicherer hatte es z.T. verheerende wirtschaftliche Folgen, wenn er aus seinem kleinen Budget Wartungsleistungen bezahlte. Es galt also, den Schaden zu minimieren: Die Versicherer stellten in ihrem Bedingungswerk klar, daß im Rahmen des Versicherungsvertrages keine Leistungen erbracht werden, die üblicherweise im Rahmen eines (Voll-) Wartungsvertrages geleistet werden. Das war nun kein cleverer Schachzug der Assekuranz, wie man meinen könnte - nein: Es ist liegt in der Natur jeder Sachversicherung, daß der Schaden (nicht: Störung) unvorhergesehen eintreten muß. Nun wird auch der Nichtfachmann einsehen: Wenn eine technische Einrichtung - z.B. ein Auto - nicht regelmäßig gewartet wird, ist der Schaden vorprogrammiert!

Nach der reinen Lehre haben der Versicherungs- und der (Full-)Service-

oder Wartungsvertrag nichts miteinander zu tun - aber: Sie ergänzen sich in geradezu idealer Weise!

Die Finanzierung des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland

Die Finanzierung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland wird im Wesentlichen - wenn man von Zuschüssen für Forschung und Entwicklung z.B. bei Universitätskliniken absieht - durch die Krankenkassen gesichert. Damit sind nicht nur die öffentlichen und Betriebskrankenkassen sondern auch die Privatversicherungen gemeint. Daraus kann unmittelbar abgeleitet werden, daß bis auf Ausnahmen - z.B. die grundgesetzliche Zusage von ärztlichen Leistungen z. B. auch an Obdachlose - versicherungstechnische Grundsätze aus dem Bereich der Personenversicherung gelten. Es ist unmittelbar einzusehen, daß hier nicht das Spiel der freien Marktwirtschaft gelten kann, d.h. es gibt Regularien durch die öffentliche Hand.

Diese Regularien gehen von z.B. der verbindlichen Festlegung, welche Arzneien verschrieben werden dürfen bis zu Empfehlungen, daß bei Arzneien mit gleichen Inhaltsstoffen die zu verschreiben ist, die billiger ist als die andere - trotzdem sind Pharmazeutika in der Bundesrepublik Deutschland mit am teuersten weltweit. Das führt dazu, daß selbst Apotheken mit reimportierten Arzneien handeln. Weiterhin haben die Pflegesätze pro Krankenhausbett/Tag, die vor Jahren ausgehandelt wurden, die sogenannte „Deckelung“ erfahren, d.h. nur innerhalb eines fest-

geschriebenen Rahmens kann der Pflegesatz marginal angehoben werden. Kurz und knapp: Wenn noch vor Jahrzehnten galt, daß das gesamte technische Equipment ausgetauscht wurde, sobald ein neuer Chefarzt seinen Dienst antrat, so herrscht heute das Prinzip der äußerst knappen Mittel. Das führt nicht nur zum Outsourcing von ganzen Bereichen wie z.B. der Sterilisation und des Gerätemanagements sondern in der Tat zur Überlegung, ob man sich in einzelnen Krankenhäusern überhaupt noch eine Haftpflichtversicherung leisten kann!

Der sehr enge finanzielle Rahmen läßt kaum Raum für unerwartete - also:

nicht geplante - Ausgaben. Hier ist - wie bei vielen Dienstleistern überhaupt - die Besonderheit anzumerken, daß - anders als bei der produzierenden Industrie - der Betriebsabrechnungsbogen (BAB) erst nachträglich erstellt werden kann. Ob denn die Einnahmen die Ausgaben decken, stellt sich erst nach Ablauf einer Abrechnungsperiode heraus. Die Prinzipien der kaufmännischen Kalkulation werden also weitgehend durch das bei der öffentlichen Hand noch immer übliche kame-ralistische Prinzip ersetzt. Der Verwaltungsdirektor hat nur das Problem, daß er nicht einfach einen Nachtrags-haushalt erstellen lassen kann, da er niemanden hat, den er zusätzlich zur Kasse bitten kann.

Anders der frei praktizierende Radiologe (um den Facharzt herauszuheben, der wohl das umfangreichste - und damit wertintensivste - Equipment braucht): Er kann zumindest eine Vor-

kalkulation durchführen, die ihm in aller Regel hilft, die Einhaltung seiner wegen des Equipments meist umfangreichen finanziellen Verpflichtungen zu sichern.

Bei der zugegebenermaßen stark vereinfachten Darstellung der Finanzierung ist das Problem der Erneuerung des Maschinenparks nicht angerissen.

Deutlich wird ist aber, daß die Planbarkeit aller auch nicht unmittelbar planbaren Ausgaben von geradezu essentieller Bedeutung ist. Bei der Auflösung des (scheinbaren) Widerspruchs fällt natürlich dem Versicherungsmetier eine große Bedeutung zu:

Die Sachversicherung hilft jedem Versicherungsnehmer - also dem Kunden der Versicherungsgesellschaft - gegen planbares geringes Entgelt finanziell vor unerwarteten Ausgaben (in beliebiger Größenordnung) geschützt zu sein. Also ist die Sachversicherung die Planungshilfe z.B. des Verwaltungsdirektors überhaupt!

Die Sachversicherung im Gesundheitswesen der BRD

Nach vorherrschender Lehrmeinung ist Versicherung das Bereithalten von Geld für im Einzelnen zufällige insgesamt jedoch schätzbare Aufwendungen für Schäden!

Mit anderen Worten: Die Versicherer wissen ungefähr, für welche Schäden wieviel Aufwendungen anfallen werden - Sie wissen nur nicht, wen es treffen wird! Zwei Anmerkungen: In der Tat ist das Bereithalten schon die eigentliche Dienstleistung - es kommt

im Einzelnen eben nicht darauf an, ob für einen Kunden Aufwendungen anfallen oder nicht; wichtig ist, daß für den definierten Schadenfall Geld vorgehalten wird! Warum hebt die Sachversicherung auf den Begriff des Sachschaden ab? Nun in der Lebensversicherung als Unterfall der Personenversicherung gibt es z.B. auch die Ausbildungs- und die Aussteuerversicherung. Für beide Begriffe kann der Begriff „Schaden“ zumindest nicht verallgemeinert werden.

Und ein Letztes: Der an anderer Stelle schon hervorgehobene Begriff der „Unvorhersehbarkeit“ eines Schadens trifft bei der Lebensversicherung nicht zu: Jeder weiß, daß unser Leben endlich ist.

Die Sachversicherung ist der Oberbegriff für z.B. Feuer-, Einbruchdiebstahl-, Leitungswasser-, Sturm-, Hagel-, aber eben auch Elektronikversicherung. Was aber beinhaltet die

Elektronikversicherung in der BRD?

Die Elektronikversicherung ist eine Spezialversicherung für elektronische Anlagen. Sie gestiert sich jedoch als Mehrspartenversicherer (analog einem Kompositversicherer), da sie neben der Sachversicherung noch eine Reihe an flankierenden Versicherungen bereithält.

Es handelt sich im Wesentlichen um die Software- (früher: Datenträger-) Versicherung, die Elektronik-Betriebsunterbrechungs-Versicherung (mit und ohne Feuer-BU) und als Unterfall der BU-Versicherung die Mehrkostenversicherung, die Versicherung der Netze

und natürlich die Vermengung der Begriffe innerhalb frei auszuhandelnder General- oder Rahmenverträge.

Zur Elektronik-Sachversicherung: Bis zur Erfindung der sogenannten Allgefahrendeckung war die Elektronikversicherung die einzige ihrer Art, die mit den Risikoausschlüssen werben konnte, da die an den Fingern einer Hand aufgezählt werden können. Alle namentlich aufgeführten Risiken stellen nur einen Beispielkatalog dar, der noch beliebig erweitert werden kann, da alles, was nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist, solange als versichert gilt, als da keine rechtlichen Vorschriften dem entgegenstehen (z.B. Vorsatz des Versicherungsnehmers ist zwingend nicht versicherbar).

Der Einfachheit halber werden bei den Risiken drei Risikogruppen gebildet:

- Elementarschäden
- Schäden durch den Menschen
- Schäden durch die Technik (Strom)

Unter Elementarschäden versteht man die Gefahren Feuer, Einbruchdiebstahl und Leitungswasser. Die dafür bereits bestehenden Grundbedingungswerke geben aber auch nicht das her, was die Elektronikversicherung auch in ihrem ureigenen Bereich bietet:

Z.B. gehören zum Begriff „Feuer“ der Elektronikversicherung auch die sog. „Läpperschäden“, die im Rahmen der Feuerversicherung ausdrücklich ausgeschlossen sind; das sind Seng-, Glimm-, Ruß- und Schmorschäden.

Elektronische Geräte brennen nur dann lichterloh, wenn alles drum herum auch brennt; die Regel ist doch,

daß es nach z.B. verschmorter Isolierung riecht - der Betreiber macht dann das Türchen auf, damit ja Sauerstoff an den Brandherd kommt... Bei Einbruchdiebstahl ist z.B. auch der sog. „einfache Diebstahl“ mitversichert. Das schließt das Grundbedingungswerk zu dieser Sparte aus; dort müssen regelmäßige Räume oder Behälter erbrochen oder mit Nachschlüsseln geöffnet werden - und das im Krankenhaus, das rund um die Uhr frei zugänglich sein muß! Nun klagt sicher niemand einen Computertomographen - aber PCs, Laptops, Handies etc.

Noch gravierender werden die Unterschiede bei der Leitungswasserversicherung: Nicht nur, daß dort auch wirklich Leitungswasser gemeint ist - nein: dort ist auch ausdrücklich Schmutz- und Putzwasser von der Versicherung ausgeschlossen. Im Rahmen der Elektronikversicherung ist unter dem Begriff „Wasser“ Feuchtigkeit aller Art zu verstehen. Ob es sich nun um die Tasse Kaffee (oder Bier, Wasser, Obstsaft) handelt, die versehentlich z.B. in eine Tastatur entleert wird, oder erhöhte Luftfeuchtigkeit oder Körperflüssigkeiten.

Der Risikogruppe, die innerhalb der Elektronikversicherung ca. 85 % sowohl der Schadenanzahl wie der Schadenaufwendungen verursacht ist: Der Mensch! Wenn schon bei der Aufzählung der Unterschiede in der Elementardeckung die Spezialversicherung deutlich geworden sein sollte: Hier wird der Beweis erbracht! Da Begriffe wie „unsachgemäße Handhabung“ juristisch nicht definiert sind, ist

als Oberbegriff die „Fahrlässigkeit“ anzuwenden, unter dem sämtliches menschliches Versagen solange eingebunden werden kann, solange keine Absicht - sprich: Vorsatz - vorliegt. Während „Vorsatz“ des Versicherungsnehmers nach dem deutschen Versicherungsvertragsgesetz (VG) zwingend nicht versicherbar ist, ist die gleichlautende gesetzliche Bestimmung für „grobe Fahrlässigkeit“ abdingbar. D.h.: man unterscheidet eben nicht zwischen „grober“ und „leichter“ Fahrlässigkeit - die daraus resultierenden Schäden werden in jedem Fall (und gehen damit der Beweislast für „grobe Fahrlässigkeit“ aus dem Wege!) bezahlt. Und noch etwas: Es ist in der Bundesrepublik Deutschland quasi Gewohnheitsrecht, daß Mitarbeiter des Versicherungsnehmers - in diesem Fall MTA's, Krankenschwester und -pfleger, Reinigungspersonal aber auch angestellte Ärzte - nur dann in Regreß genommen werden, wenn der Versicherungsnehmer dies ausdrücklich wünscht!

Last but not least der Bereich, der mit technischem Umfeld genauso umschrieben werden kann wie mit der Tatsache, daß die versicherten Anlagen unter Strom stehen. Da kommen Begriffe wie Kurzschluß, Überspannung, Induktion aber auch indirekter Blitzschlag ins Spiel. Dazu nur ein Beispiel:

Gemeint ist, daß z.B. Kurzschluß kein autonomes Risiko darstellt - es kann (und ist häufig) eine Schadenursache sein; soll heißen, daß der Kurzschluß selbst nicht versichert ist, sondern die daraus resultierenden Schäden. Deut-

lich wird das ganz einfach dadurch, daß die Berührung des + und des -Pols an sich noch kein Schaden ist: erst die daraus entstehende Auswirkung auf die Anlage oder Teile derselben können einen Schaden darstellen. Bei aller Theorie: Wichtig für den Anwender und Versicherungsnehmer ist: Der Schaden durch Kurzschluß ist versichert!

Ausschlußtatbestände Material-, Konstruktions- und Ausführungsfehler sind genauso wenig versichert wie Verschleiß! Die ersten Begriffe gehören in den Bereich der Herstellergarantie und der letzte in den Bereich der Wartung.

Nach dem geltenden Recht in der Bundesrepublik Deutschland kann (natürlich) kein privatrechtliches Unternehmen wie eine Versicherungsgesellschaft Schäden bezahlen, deren Ursache im Krieg oder „Innerer Unruhe“ liegt. Für den Begriff der „Inneren Unruhe“ gilt, daß dieser genau vom Staat zu deklarieren ist wie der Krieg - dies ist nach 1945 in Deutschland genau aus dem Grund nicht passiert, da sonst auch der Staat haften müßte. So handelt es sich um „Vorsatz Dritter“. Schäden durch Erdbeben wie durch Kernenergie werden nicht bezahlt.

Ersatz wird zum Neuwert geboten - meist in Form von Ersatz neuer Geräte oder Ersatzteile mit dem dazugehörigen aktuellen Stundenlohn - bis auf zwei Ausnahmen:

Wenn kein Ersatz beschafft wird, darf nach geltendem Recht nur Zeitwertersatz geleistet werden. Im Bereich des

Gesundheitswesens wird - im Bereich der Vakuumartikel Ersatz geleistet, der sich nach der gehaltenen Nutzung abschreibt - außer bei Totalschäden z.B. durch Feuer, nach denen wieder voll geleistet wird.

Die Bedeutung der Elektronikversicherung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland besteht zuerst und vor allem darin, daß die Versicherung die Wiederbeschaffung bei Großschäden sicherstellt und die unüberschaubaren Rückstellungen für den alltäglichen Schaden ausschließt. Von nach wie vor besonderer Bedeutung ist jedoch die Tatsache, daß der Aufwand hierfür geplant werden kann!

Datenverarbeitung im Bereich des Gesundheitswesens

Das Beispiel SAP R/3

Die vorliegende kurze Einleitung in die Thematik der Anpassung von Softwarelösungen in die Geschäftsprozesse eines Krankenhauses beruht auf dem Vortrag von Herrn Patrick Recht (gehalten anlässlich des Calass '99 Kongresses in Luxembourg) und ist gleichermassen eine begleitende Einführung zu den Beiträgen aus den Themenbereichen die in dieser Ausgabe des „Bulletin“ erstmals veröffentlicht werden.

Marc Bruck

Die SAP AG, die in Walldorf in Deutschland angesiedelt und mittlerweile weltweit als führender Software-Anbieter tätig ist, hat mit der Anpassung ihrer R/3 Software an die Bedürfnisse des Gesundheitssektors auch in diesem Geschäftsbereich in den letzten Jahren grosse Marktanteile erarbeiten können: zu den Anwendern in Mitteleuropa zählen, neben den Grosskrankenhäusern, wie das Kantonsspital Basel und die Universitätskliniken Freiburg und Regensburg, auch kleinere Häuser wie etwa die Chirurgische Klinik Seefeld, das Ijsselland Ziekenhuis und das Centre Hospitalier de Luxembourg. Am Beispiel des grössten Krankenhauses in Luxemburg erfolgten denn auch die grundlegenden

Überlegungen zum Thema „Integration von neuen Lösungen in bestehende informatische Arbeitsarchitekturen“.

Die SAP bietet im Bereich Healthcare ein umfassendes Konzept, das, eigenen Angaben zufolge, „Krankenhäusern aller Versorgungsstufen und verwandten Gesundheitseinrichtungen bewährte Geschäftsverfahren“ zur Verfügung gestellt. Die Software ist daher in ihren Funktionen spezifisch auf diese Bereiche zugeschnitten. Unternehmensführung, Patienten- und Pflegeverwaltung werden daher ebenso berücksichtigt wie Diagnostik und Therapie (eigene Funktionen für Dokumentation, Kommunikation und Verlaufsabwicklung). Personalwirtschaft, Medizintechnik und interne Kommunikation runden das Bild der gebotenen Leistungen, deren gesamte Vielfalt und Interaktivität aus Platzgründen hier nicht angeführt und erläutert werden kann, ab.

Im Centre Hospitalier de Luxembourg wurde 1998 auf der Basis des R/3 - Konzeptes unter Einbeziehung des ISH-Med/Moduls und verschiedener hauseigener Programme das neue informatisierte Verwaltungskonzept in die Realität umgesetzt. Mehr als 650

Mitglieder des Personals haben über etwa 310 PC's Anschluss an die zentralen Funktionen die nach dem Client/Server Prinzip angeboten werden. Die Integration von R/3 erfolgte während das alte Betriebs- und Verwaltungssystem noch arbeitete.

Die Vorteile des Konzeptes liegen auf der Hand: Flexibilität, dezentraler Input und Output, Effektivität und Effizienz ermöglichen es mehr Informationen und Daten besser zu verwalten. Die Probleme, die die erstmalige Installation in einem Krankenhaus mit sich bringt, sind direkt in Beziehung zu setzen zu den Erwartungen und Vorgaben die das Konzept naturgemäss in sich birgt:

- Man kann ein neues informatisches in einem bestehenden Betrieb nur dann optimal integrieren wenn man dessen Funktionalität von innen her kennt und eine sehr genaue Definition der Vorgaben zu erstellen vermag.
- Die informatische Infrastruktur, das Hardware und seine Vernetzung, müssen optimal konzipiert und gegebenenfalls dem Stand der Technik angepasst werden.
- Alle Module die zum Konzept vorgeschlagen werden sollten auch gekauft und integriert werden - selbst wenn dies nur progressiv geschehen kann.
- Da normalerweise die Neuinstallation sich in einem älteren und möglicherweise anders konzipierten Programm gegenübergestellt sieht, ist es besonders wichtig Datenübertragungsbrücken zu erarbeiten, die es erlauben möglichst viele Daten aus

dem älteren System zu übernehmen; es gilt zu bedenken dass die Arbeitsbelastung des Personals, das ja normalerweise im alten Programm und an der Erstellung bzw. Schulung zum neuen Programm arbeitet, besonders hoch ist. Es darf ebenfalls vorausgesetzt werden dass die Schulung der Mitarbeiter im Spital besonders viel Zeit in Anspruch nimmt (in diesem Fall, waren die Stationen bis dahin nicht in die Informatik „eingebunden“, zahlreiche Mitarbeiter hatten noch nie an einem PC gearbeitet).

Alle diese Einschränkungen und Probleme müssen als generelle Schwierigkeiten angesehen werden - sie sind nicht spezifisch für R/3!

Outsourcing

Vor- und Nachteile eines solchen Prozesses im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit aus der Sicht eines technischen Dienstleisters im Krankenhaus

Boris Chen

Alaskaweg 22, 22145 Hamburg

ABSTRACT

Cost effectiveness and improvement of service quality are the main reasons for outsourcing in hospitals.

Long term relationships and customer satisfaction confirm the concept of providing complex services from external specialized companies.

There is no standard guideline to determine whether outsourcing should be preferred to inhouse service.

Outsourcing is not a guarantee for improved service and a lot of promoted advantages could theoretically also be provided by inhouse service departments. But the effectiveness of inhouse services has to be proven in comparison and competition to external providers.

The often named disadvantages of outsourcing have to be considered. Nevertheless they are also not only subject to outsourcing and can also be a problem in inhouse organisations. Furthermore a proper controlling is an important tool to eliminate most of the difficulties in outsourcing projects.

In the competition between internal and external service providers concepts of service partnerships that inte-

grate internal and external resources will be the successful ones in the long run. The main potential for improvement is the optimization of the whole process of maintenance management, instead of the mere reduction of head count. .

Formen des Outsourcing

Es existiert eine Vielzahl von ähnlichen Definitionen des Begriffes ‚Outsourcing‘. Die Frage, ob ‚Outsourcing‘ als Schlagwort den aktuellen Serviceangeboten noch gerecht wird (ein Anbieter dieser Dienstleistung spricht sogar von ‚INSourcing‘), wird hier nicht diskutiert werden. An dieser Stelle soll die reale Bedeutung für Anbieter, Kunden und den Betroffenen umrissen werden.

Aus eigener Sicht als Anbieter technischer Dienstleistungen im Krankenhaus bedeutet Outsourcing pauschal die Vergabe von technischen Dienstleistungen an externe Anbieter‘, z.B. Reparatur, Wartung, Inspektion, Dokumentation, Logistik etc.

Zur Verdeutlichung des Spektrums diene die Aufzählung einiger Vertragsvarianten aus dem Portfolio der Träger TGM GmbH:

- Personalgestellung (z.B. zur kurzfristigen Überbrückung von Personalengpässen oder Ergänzung der haus-eigenen Kapazitäten)
- Übertragung von Abteilungs- oder Gerätegruppenverantwortung
- Langfristiger Bewirtschaftungsvertrag über alle Geräte und Anlagen
- Bewirtschaftungsvertrag mit Budgetgarantie
- Betreibergesellschaft in Kooperation mit externem Anbieter
- Auslagerung der Komplett-Bewirtschaftung in separate Gesellschaft

Zu erkennen ist insbesondere an den letzten Varianten eine hohe Komplexität der Aufgaben- und Tätigkeitsfelder.

Warum Outsourcing?

Die Frage, warum Outsourcing betrieben werden sollte, ist insbesondere in der dem sozialen Gedanken verpflichteten Organisation Krankenhaus schwer gänzlich emotionsfrei diskutierbar. Outsourcing im Krankenhaus wird von den Betroffenen häufig gleichgesetzt mit dem Verlust der eigenen Arbeitsplätze oder der Unterordnung gewachsener Strukturen und bewährter Prozesse unter das Diktat eines ‚kalten‘ Profit- und Effektivitätsstrebens.

An anderer Stelle soll daher auch auf Befürchtungen dieser Art ausführlicher eingegangen werden (s. a.: ‚Vor- und Nachteile des Outsourcing‘).

Tatsache ist jedoch, daß das Auslagern von Dienstleistungen nicht nur in Deutschland, sondern weltweit in allen

Ländern mit hoch entwickelten Krankenhausstrukturen nicht nur diskutiert, sondern auch in zunehmendem Maße praktiziert wird. Das Wachstumspotential dieses Marktes ist enorm. So ist allein der Geschäftsbereich der Träger TGM GmbH in Deutschland innerhalb der letzten 4 Jahre um etwa das 4-fache auf mehr als 120 Dienstleistungs-Projekte gewachsen.

Mit zunehmender Professionalisierung müssen sich auch die internen, also hauseigenen, Serviceabteilungen dem Vergleich stellen. Aus Sicht des "Kunden" Krankenhaus ist es dabei prinzipiell nicht wesentlich, um welche Art von Dienstleister es sich handelt.

Daher stellt sich primär die Frage nach den Bedürfnissen des Kunden Krankenhaus, denn die für einen optimalen Service notwendigen Voraussetzungen sind für alle (internen oder externen) Dienstleister gleich.

Was sind nun wesentliche Beweggründe für Outsourcing?

- Schwierigere wirtschaftliche Rahmenbedingungen
- Erhöhte Komplexität der Anforderungen
- Erhöhte Leistungsansprüche an die Technikbewirtschaftung
- Nutzung externer Erfahrungs- und Leistungspotentiale (Professionalisierungsprozeß)
- Konzentration auf die (ärztlichen und pflegerischen) Kernkompetenzen
- Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander (Kosten- und Qualitätsfaktoren)

- Verantwortungsverlagerung (Risk Management)

Von Kunden wird oft als Motivation die Entlastung von notwendigen aber zeitintensiven Tätigkeiten genannt. Meist werden in diesen Fällen die hausinternen Ressourcen als nicht ausreichend angesehen.

Allein in der Medizintechnik-Bewirtschaftung eines Krankenhauses muß eine Vielzahl von externen Firmen koordiniert werden, d.h. es fallen beispielsweise jeweils Vertragsverhandlungen, Service-Calls, Leistungskontrollen, Koordination vor Ort und schließlich Dokumentation an.

Die Ansprüche an eine optimierte Technikbewirtschaftung lassen sich einfach formulieren:

- Hohe Geräte- und Anlageverfügbarkeit
- Erfüllung gesetzlicher Anforderungen
- Wirtschaftlichkeit und Transparenz

Es werden für die Vielzahl der technischen Anforderungen und Probleme in einem Krankenhaus auch oft weitere Forderungen gestellt:

- Nur ein Ansprechpartner für Teil- und Gesamtprobleme
- Eine Komplettlösung aus einer Hand

Anders formuliert: Die technische Infrastruktur muß optimal funktionieren, die dafür notwendigen Maßnahmen und die Anzahl der an dem Bewirtschaftungsprozeß Beteiligten interessieren dabei den Nutzer der Technik wenig.

Vor- und Nachteile des Outsourcing

Aus Sicht eines externen Dienstleisters müssen sich untenstehende Vorteile des Outsourcings gewiß in jeder Werbebroschüre wiederfinden. Tatsächlich werden aber auch aus Kundensicht die genannten Vorteile bestätigt.

Vorteile des Outsourcings

- Kontrollierbares Vertragsverhältnis mit Preis-Leistungstransparenz
- Planbarkeit der Kostenentwicklung (Budgetgarantie)
- Personalplanungsflexibilität
- Ausrichtung an Wirtschaftlichkeit: Benchmarking, Reporting, Management durch Kennzahlen
- Nutzung externer überregionaler Kompetenz in Technik und Management
- Optimierung gewachsener interner Strukturen
- Entlastung der internen Managementstrukturen von Routineprozessen
- Verantwortungsdelegation
- ‚Economy of scale‘
- Erhöhung des Stellenwertes der Technischen Abteilung

Es stellt sich die Frage, inwieweit diese Vorteile zwingend nur bei einem Outsourcing gelten.

Preis-Leistungstransparenz kann prinzipiell auch von internen Serviceabteilungen geliefert werden, denn sie ist in erster Regel eine Frage der Dokumentation und Analyse eigener und fremder Aktivitäten.

Aus Erfahrung ist diese Anforderung in vielen Fällen und aus den unterschiedlichsten Gründen nicht immer erfüllt.

Ein externer Dienstleister ist dagegen allein aufgrund des Vertragsverhältnisses an einer transparenten nachvollziehbaren Darstellung seiner Leistung interessiert, zumindest wenn der Vertrag eines Tages auch erneuert werden soll.

Die Personalplanungsflexibilität ist ein gewichtiges Argument: Ein Krankenhaus, das einen Techniker benötigte, um effektive Instandhaltung zu betreiben, müßte eigentlich mehr Kapazitäten vorhalten und bezahlen, um Krankheit oder Urlaub ausgleichen zu können. Ein externer Dienstleister kann aus einem Pool von Arbeitskräften schöpfen. Ein weiterer Vorteil ist, daß auch verschiedene Fachqualifikationen aus einem Reservoir von Technikern und Ingenieuren abgerufen werden können.

Die Präsenz vor Ort ist für einen externen Dienstleister selbst in kleinen Krankenhäusern möglich. Für das Haus wäre hingegen die Einstellung eines Vollzeit-Technikers nicht rentabel.

Zur Verdeutlichung sei an dieser Stelle noch eine Auswahl der typischen Antworten auf die Frage nach der Ursache für Outsourcing-Entscheidungen gegeben:

- Hohe oder stetig steigende Instandhaltungskosten
- Hohe Fehlerrate der Geräte / Anlagen
- Bedarf an Kostenoptimierung und Reinvestitionsstrategie
- Mangel an qualifiziertem Personal
- Etablierte Struktur mit Prozess- und Schnittstellendefiziten
- Fehlende Transparenz von Kosten und Leistungen
- Unklarheit über Zustand, Umfang und Standort des techn. Inventars
- Begrenzte Spielräume in der Technikbewirtschaftung aufgrund mangelnder Größe oder interner Strukturen
- Verbundlösungen (KH-Netzwerk, Technische Service Zentren)
- Konzentration auf Kernkompetenzen
- Einbeziehung externer Beratungskompetenz
- Externe Finanzierung
- Verantwortungsdelegation
- Budgetsicherheit
- Qualitätsverbesserung (Ausfallraten, Gerätestillstandszeiten)

Welche Nachteile existieren und werden häufig als Besorgnis in Verhandlungen genannt?

In der Diskussion mit Kunden begegnet man folgenden Bedenken:

Nachteile des Outsourcings

- Verlust eigener Know-how Basis in der Technik
- Verlust der Beurteilungs- und Kontrollkompetenz
- Qualitätsverlust bei mangelnder Kontrolle
- Starke Abhängigkeit vom externen Dienstleister
- Bewirtschaftung unter Profitabilitätskriterien (Marge des Dienstleisters geht dem Haus verloren)
- Interne Widerstände, Gefährdung des Betriebsklimas, Sorge um Arbeitsplatzverlust
- Position des ‚Schwächeren‘ gegenüber Dienstleistungskonzern,
- Risiko des Abflusses vertraulicher Informationen

Die genannten Nachteile können z.T. auch für eine eigene, hausinterne, Abteilung zutreffen. So ist z.B. der Verlust der Beurteilungs- und Kontrollkompetenz durchaus auch dann gegeben, wenn die Krankenhausleitung kein klares Bild über die Leistung der eigenen Serviceabteilung hat, was durchaus vorkommt.

Auch ein Know-How-Verlust kann intern bei einer Kündigung oder Pensionierung ‚des‘ eigenen Technikers des Hauses vorkommen.

Kundenerfahrungen mit der Dräger TGM widerlegen die Befürchtungen zwar, dennoch sind sie aus Sicht des externen Dienstleisters ernstzunehmen. So sind die Abhängigkeit vom Dienstleister und die für die Bewirtschafung notwendige Offenlegung von hausinternen Informationen nicht einfach wegdiskutierbar.

Das Problem der Abhängigkeit ist z.B. dadurch zu kontrollieren, daß vertraglich festgelegt wird, welche Daten bei Vertragsende (Wechsel des Dienstleisters) in welcher Form dem Kunden zu übergeben sind. Ebenso können beispielsweise in regelmäßigen Gesprächen Leistungsparameter definiert und kontrolliert werden.

Die Frage der Vertraulichkeit der gewonnenen Daten ist bei allen vertraglichen Regelungsbemühungen letztlich eben eine Vertrauensfrage. Ein Dienstleister, der an einer langfristigen Beziehung zu seinen Kunden (die sich schließlich auch über seine Leistung austauschen) interessiert ist, wird allerdings tunlichst jede Aktion unterlassen, die seine Vertrauenswürdigkeit in Frage zu stellen vermag.

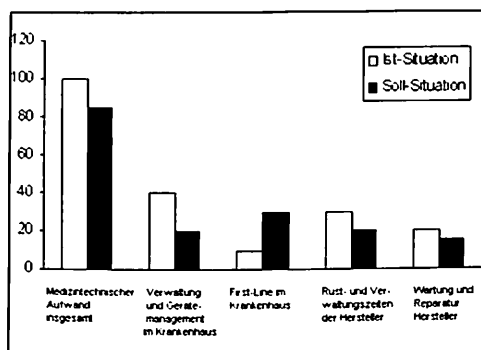


Abb. 1

Dienstleister, die das Kundenvertrauen verlieren, werden sehr schnell vom Markt verschwinden.

Die Abhängigkeit von der technischen Kompetenz hingegen ist bei jeder Form einer spezialisierten Service-Abteilung gegeben und nur durch geeignete Controlling-Instrumente zu minimieren.

Eine weiteres Problem ist die Freisetzung von Arbeitsplätzen. Abb. 1 zeigt die Umverteilung von wertmäßigen Aufwendungen nach einer Optimierung (Soll-Situation) in einem Beispiel-Krankenhaus. Man erkennt eine Zunahme der Aktivitäten im Bereich des First-Line-Service.

Diese Abarbeitung von Bagatellfällen erfordert allein schon einen höheren, auch personellen, Aufwand. In Krankenhäusern, wo dieses sogar zur Bereitstellung zusätzlicher Arbeitskräfte führt, konnte gleichzeitig sogar der Gesamtaufwand (s. Abb.1; Säulen ganz links) mittelfristig gesenkt werden, indem der Eigenanteil an Arbeiten im Krankenhaus erhöht wurde und Controllingaufgaben mit technischem Sachverstand von der Service-Abteilung übernommen wurden.

Allgemein wird sich ein externer Dienstleister auch daran messen lassen müssen, inwieweit er gegebene Strukturen optimieren kann, ohne das dabei vorhandenes Personal entlassen werden muß. Outsourcing im Krankenhaus ist daher erfahrungsgemäß eher eine Qualifikations- und Prozeßoptimierungsangelegenheit, in die das hauseigene Personal miteinzubeziehen ist.

Daher ist es auch wesentlich, auf die individuelle Situation des jeweiligen Kunden einzugehen und ein maßgeschneidertes Service-Konzept zu erstellen. Bereits vorhandene Ressourcen im Krankenhaus sind erfahrungsgemäß eine wichtige Grundlage, um als externer Dienstleister, Akzeptanz und Unterstützung zu gewinnen. Wichtig ist eine Einbindung und Zusammenarbeit von Anfang an. Dabei muß der Nutzen, den die Outsourcing-Entscheidung bringt, auch für die davon Betroffenen erkennbar sein.

Eigene Erfahrungen zeigen, daß die Einbindung und Qualifizierung von hauseigenem Personal nicht nur Vorteile für den Bewirtschaftungsprozeß bringt, sondern auch für die Mitarbeiter innerhalb des Netzwerkes der Träger TGM GmbH persönliche Perspektiven eröffnet, die in der vorangegangenen Stellung nicht gegeben waren.

So ergeben sich beispielsweise durch die internationale Ausweitung der firmeneigenen Aktivitäten auch Perspektiven für Auslandseinsätze.

Abb.1: Verlagerung der Aktivitäten nach erfolgtem Outsourcing (Musterkrankenhaus)

Dabei kommt einem Projektmanagement im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen eine wichtige Rolle zu.

Unter Projektmanagement verstehen wir u.a. die optimale Verzahnung von internen und externen Leistungsprozessen. Zur Verdeutlichung diene eine Zusammenfassung wesentlicher Verantwortlichkeiten eines Projektmanagers in einem Medizintechnischen Servicezentrum im Krankenhaus:

- Budgetverantwortung
- Ansprechpartner für das KH
- Ansprechpartner Herstellerservice
- Zusammenarbeit mit Herstellern
- Prozeßanalyse, Kostenkontrolle, Wirtschaftlichkeits- und Schwachstellenanalyse
- Anwendertraining
- Einkauf Ge- und Verbrauchsteile
- Jahreswirtschaftlichkeitsbericht
- Optimierte Instandhaltungsstrategie (Verträge, Ausmusterung, Gerätelebenslauf..)
- (Re-)Investitionsstrategien, Beratung
- Fachtechnische Rechnungskontrolle

Ein guter Projektmanager ist auch ein guter Unternehmer, mithin ein Unternehmer für das Krankenhaus. In diesem Zusammenhang wird deutlich, daß der Begriff ‚Outsourcing‘ die reale Dienstleistung nicht sehr treffend bezeichnet.

Qualität des Dienstleisters

Die Qualität eines Anbieters für Outsourcing im Krankenhaus läßt sich an einer Reihe von Kriterien ablesen:

- Technisches Know-how und Projektmanagement-Kompetenz
- Langfristige Instandhaltungsstrategie
- Investitionsstrategie
- Flexibilität bei Vertragsgestaltung und Dienstleistungskomponenten
- Identifikation mit Kundenproblematik / Individuelle Lösung
- Unabhängigkeit in der Wahrnehmung der Kundeninteressen
- Einbindung und Qualifikation haus-eigenen Personals
- Controlling - Instrumente
- Beratungskompetenz zur Ablauforganisation im KH
- Analyse vor Angebot
- Transparenz der Kalkulation
- Qualitätssicherung und Kostenoptimierung
- Partnerschaft mit weiteren Dienstleistern im KH

Hierbei hat das Wort Partnerschaft – obwohl im allgemeinen eher als Modewort verwendet – tatsächlich eine grundlegende Bedeutung. Ein guter externer Dienstleister wird von seinem Kunden idealerweise als Partner angesehen, der daran verdient, Ressourcen und Infrastrukturen so zu managen, daß sie den Anforderungen optimal entsprechen. Auch hier gilt, daß dieses Prinzip, so selbstverständlich es klingt, durchaus nicht Philosophie einer jeden Firma oder internen Abteilung ist.

Zusammenfassende Beurteilung

In erster Linie führen Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen und erhöhte Qualitätsmaßstäbe zu Outsourcing.

Langfristige Bindungen und Kunden-

zufriedenheit bestätigen das Konzept der Inanspruchnahme externer Dienstleister für komplexe Technikbewirtschaftung im Krankenhaus.

Es existieren keine Standard-Konzepte oder Richtlinien zur Entscheidung ‚Outsourcing statt Eigenlösung‘.

Outsourcing ist kein ‚Allheilmittel‘, viele der genannten Vorteile treffen auch auf eine sehr gut organisierte hauseigene Service-Abteilung zu.

Die Effizienz der Technikbewirtschaftung aus eigener Kraft muß sich jedoch messen und vergleichen lassen können.

Im Wettbewerb der Konzepte und Dienstleister werden sich partnerschaftliche Ansätze und integrative Lösungen (Eigen- und Fremdleistungen) durchsetzen. Rationalisierungspotentiale liegen nicht in Entlassung von Mitarbeitern, sondern in der Optimierung des gesamten Technikbewirtschaftungs-Prozesses.

Integriertes Dokumenten Management – Schlüsseltechnologie für erfolgreiche Unternehmen und Organisationen im Gesundheitswesen

Michael Frihs

FileNET GmbH, Buchholzweg 8, D 13627 Berlin

Im Zeitalter sich schnell verändernder Märkte und der sich grundlegend wandelnden Unternehmensstrukturen – häufig spricht man auch vom "Paradigmenwechsel" – stellt die schnelle Verfügbarkeit von Informationen eine herausragende Bedeutung für den Erfolg eines jeden Unternehmens dar. Seit Jahren wird die wachsende Informationsflut beschworen, die den Arbeitsalltag vieler Menschen bestimmt und der scheinbar kein Einhalt zu bieten ist. Die Diskussion um das papierlose Büroführen wir ständig in der Annahme, daß diese Flut abnimmt. Das Gegenteil ist der Fall: Zu der Lawine des Papierses gesellt sich in vielen Unternehmen heute die elektronische Informationsflut aus Office-Dokumenten und Mails. Gleichzeitig stehen viele Unternehmen und Organisationen einen steigenden Kosten- und Wettbewerbsdruck durch die Globalisierung der Märkte sowie staatliche Regulierungen speziell im Gesundheitswesen gegenüber. Hier lautet die Anforderung primär: Steigerung der Behandlungs - Effizienz bei gleichzeitiger Budget-/Kosten-Reduktion".

In diesem Zusammenhang bekommt das Thema Dokumenten Management für die Unternehmen eine Schlüssel-funktion zur Bearbeitung der anstehenden Organisationsaufgaben.

Nach den Projekten Euro- und Jahr 2000-Umstellung steht die Einführung eines umfassenden Dokumenten Managements ganz weit vorne auf der Prioritätenliste aller Unternehmen, die die elektronische Datenverarbeitung als Kernstück ihres Informationspools nutzen.

Was verbirgt sich hinter dieser Technologie? Wo liegen die Vorteile des Einsatzes? Was unterscheidet Dokumenten Management von elektronischer Archivierung? Was bedeutet *Integriertes Dokumenten Management*?

Der weltweit agierende Marktanalyst Gardner Group beziffert Kosten für manuelle Dokumentenverwaltung in Millionenhöhe.

Die Beratungsunternehmen und Marktforschungsinstitute setzen sich intensiv mit den Möglichkeiten auseinander, die neue Technologien den Unternehmen zur Steigerung der Effizienz der betriebsinternen Abläufe eröffnen. Der Druck des Wettbewerbes hat in fast allen Branchen während der vergangenen Jahre sukzessive zugenommen, da sich Märkte sowohl global als auch regional stark verändert haben.

Der Vorsprung durch schnelle Verfügbarkeit von Informationen ist

mittlerweile theoretisch belegbar und praktisch erlebbar. Jeder, der heute normaler "Informations-Verwerter" ist, kennt die von Analysten beschriebene Problematik:

Die in einem nicht automatisierten Büroumfeld tätigen Sachbearbeiter, Neudeutsch auch "KnowledgeWorker" genannt, verwenden nach Studien der *Gardner Group* rund 20 % ihrer Arbeitszeit für das Management eingehender und ausgehender Dokumente. Eine von *Nielson* durchgeführte Untersuchung belegt, daß die Kosten für die Suche eines falsch abgelegten Dokumentes bis zu 200 DM betragen. Immer noch wird jedes Dokument in den Büros im Schnitt bis zu 11 Mal kopiert. Keine Frage, daß so in jedem Jahr Billionen von nicht elektronischen Dokumenten erzeugt werden.

Die *Gardner Group* hat in diesem Zusammenhang ermittelt, daß in einem typischen Unternehmen mit 1.000 Mitarbeitern durch manuelle Dokumentenverwaltung jährliche Kosten in Höhe von rund 20 Millionen Mark verursacht werden.

Mit der schrittweisen Einführung von relationalen Datenbanken begann die Aufteilung der verfügbaren Daten in strukturierte und unstrukturierte Informationen. Durch den Einsatz von Informationsdatenbanken werden auch am Ende der neunziger Jahre in den Unternehmen nur rund 20 Prozent aller Informationen in strukturierter Form vorliegen. Das allgemeine Problem: "Wie verwalte ich meine Objektbezogenen (hier z.B. Patient)

Informationen und wie finde sie nach bestimmten Kriterien wieder" gilt innerhalb der Datenverarbeitung generell als gelöst.

80 Prozent aller Informationen liegen allerdings unstrukturiert in Geschäftsdokumenten vor, die aus unterschiedlichsten Quellen kommen: Als Papier, Fax-Dokument, elektronisches Dokument (Office-Dateien) Computer Report, Microfilm, Mail oder sogar als Video-/Audio-Information. Von diesen Informationen sind viele geschäftskritisch, das heißt die Notwendigkeit einer ständigen Verfügbarkeit ist extrem hoch.

Durch die mit der Einführung elektronischer Werkzeuge schnelle Präsenz von Informationen verkürzen sich häufig die geforderten Bearbeitungszeiten. Deshalb muß beispielsweise ein schnelles Wiederfinden der Information sichergestellt sein eine große Herausforderung für die Infra- und Organisationsstruktur der Unternehmen.

Vom elektronischen Archiv zum Dokumenten Management

Die Zielsetzung der Unternehmen, möglichst viele Informationen auf engstem Raum zugriffsbereit zu halten, hat bereits vor mehr als einem Jahrzehnt zu einem vermehrten Einsatz von elektronischen Archivierungstechnologien geführt. Texte, Grafiken und Bilder einzuscannen und "papierfrei" im Archiv abzulegen und einem definierten Personenkreis zeitgleich zugänglich zu machen, war und ist ein guter Einstieg in das Gebiet des

Dokumenten-Managements. Platzraubende Archive, lange Zugriffszeiten und zusätzliche Personalkosten konnten nach dem Einsatz von elektronischen Archiven eingespart werden.

Doch der gemäß namhafter Analysten jährlich weltweit um ca. 30 % wachsende Markt des Dokumenten Managements enthält mehr als nur reine Archivierung, denn der Bearbeitungsprozeß eines Dokumentes beginnt schon bei seiner Entstehung als elektronische Datei.

Hinzu kommt, daß sich die Unternehmen heute mehr um die Verbesserung des Kundenservice kümmern oder die Ausweitung ihres Geschäftes ohne zusätzliche Neueinstellungen betreiben müssen. Beschleunigte Produkteinführungen (Eines der wichtigsten Argumente für die gesamte Pharmazeutische Industrie) und die Übereinstimmung mit rechtlichen und behördlichen Regeln und Auflagen stellen die Betriebe vor zusätzliche Herausforderungen.

Im Zeitalter der Globalisierung von Märkten muß durch Verbesserung der internen Arbeitsabläufe und Aufbau von Informations-Infrastrukturen ein höchst effizientes Arbeiten ermöglicht werden, das die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens nicht nur erhält, sondern hilft, strategische Wettbewerbsvorteile zu erreichen.

Ausschlaggebend für den Erfolg eines jeden Unternehmens ist in diesem Szenario, daß die richtige Information dem richtigen Mitarbeiter am richtigen Ort zur richtigen Zeit zur Verfügung steht. Eine Zielsetzung, die über

den Einsatz des Integrierten Dokumenten Managements zu verwirklichen ist.

Hier werden existente, funktionale Bereiche zusammengeführt und als Ganzes gesehen:

Das Dokumenten Imaging / die Archivierung sorgt für die Elektronifizierung der Papier-/Film-/Audiodokumente. Hier sind die wichtigsten Entscheidungsfaktoren:

- Kosteneinsparung bei Lagerkapazitäten wegen Einsparung in Büro/Lagerräumen
- Kosteneinsparung wegen Vermeidung von Dokumentenredundanz (Jedes Originaldokument wird 4 – 10mal kopiert)
- Staatlich anerkannte Revisionssicherheit der Langzeitarchive (Aufbewahrungsfristen > 30 Jahre)

Die **Workflow**-Komponenten ermöglichen den Versand und die Bearbeitung von Dokumenten unternehmensweit/ global und lassen sie zu steuerbaren Vorgangsobjekten werden. Die entscheidenden Kriterien für den Einsatz von Workflow-Systemen liegen in der Beschleunigung der Bearbeitung von Vorgängen (z.B. Antragssachbearbeitung Rehabilitationsmaßnahmen etc.).

Die Produkte des **Elektronischen Dokumenten Managements** haben zum Ziel, alle elektronischen Dokumente - gleich welcher Herkunft - gemeinsam verwalten und damit den unmittelbaren Zugriff auf aktuelle und korrekte Informationen zu gewährleisten. Typische Anwendungsfälle aus dem Gesundheitswesen liegen hier

z.B. im gesamten Bereich der medizinischen Befunddokumentation.

Die drei Anwendungsbereiche ergänzen sich in idealer Weise und gehen ineinander über – wir sprechen deshalb auch von konvergenten Technologien.

Nachfolgend sind einige im Gesundheitswesen sich abzeichnende Anwendungsfälle für Dokumenten Management Systeme benannt:

- **Krankenhäuser/Kliniken:**

- Elektronische Patienten-Akte
 - Rechnungswesen (z.B. SAP R/3)

- **Sozialversicherungen:**

- Antragsbearbeitung
 - Mitglieder Service
 - Risk-Management
 - Regreßforderungen
 - Versicherten-Akten

- **Gesundheitsorganisationen**

- Verbände
 - Allg. Geschäftstätigkeiten
 - Mitglieder Service

- **Ärzte/ Arztpraxen**

- Virtuelles Schreibbüro

Die Verbindung von Applikationsbereichen zu einer integrierten Produktfamilie ist ein entscheidendes Merkmal zur Beurteilung des Produktangebotes. FileNET hat mit seiner Software Panagon als einer der ersten Anbieter den Schritt zum Integrierten Dokumenten Management vollzogen.

Neue Software-Generation ebnet den Weg zum Integrierten Dokumenten-Management.

Der integrierte Produktansatz liefert das Konzept, um in Unternehmen eine

Infrastruktur zur Verwaltung von beliebigen digitalen Informationen und Geschäftsprozessen innerhalb einer offenen Systemarchitektur aufzubauen.

Dem stand in der Vergangenheit die Tatsache im Wege, daß für die unterschiedlichen Funktionsbereiche auch verschiedene Systeme zum Einsatz kommen mußten. Dies führte zu einer ganzen Reihe von Problemen, die ein wirkliches Dokumenten Management verhinderten:

- Informationsinseln entstanden
- Nur Teilprobleme wurden gelöst
- Training, Administration und Verwaltung waren unterschiedlich
- Installation war aufwendig
- Integration war langwierig und aufwendig

Heute können diese Themen durch den Einsatz von Panagon, der Software für das Integrierte Dokumenten Management, als gelöst betrachtet werden:

- Es gibt die Lösung eines Anbieters, die komplett integriert ist
- Die Betriebskosten werden reduziert
- Es gibt den transparenten Zugriff auf alle Informationsarten
- Die Implementierung ist einfach
- Kaufmännische und informationstechnische Anforderungen werden erfüllt. Dabei hat der Anwender den großen Vorteil, unter einer einheitlichen Oberfläche arbeiten zu können.

Die Argumente für das Integrierte Dokumenten Management sind im besonderen aus betriebswirtschaftlicher Sicht überzeugend: Die Lieferung nach dem "Alles-aus-einer-Hand-Prinzip"

bedeutet weniger Vereinbarungen mit Produkt- und Serviceanbietern.

Die Anforderungen an die Mitarbeiterqualifikation werden in einigen Bereichen geringer. Trainingskosten lassen sich reduzieren.

Die Verteilung der Software gestaltet sich besser und effizienter; schließlich sind durch die Partnerschaft mit nur einem Lieferanten bessere Einkaufskonditionen erzielbar.

Der integrierte Gedanke des Konzeptes ist in technischer Hinsicht durchgängig: Unabhängig vom Dokumententyp erfolgt IDM in Client/Server und Web-Umgebungen, also auch in der "neuen IT-Welt".

Überzeugende Vorteile des IDM

Die IDM-Software-Produkte bieten in jeder Beziehung eine hervorragende Plattform für eine neuartige Steuerung der Arbeitsprozesse im Unternehmen:

Die Kosten für die Anwendungs-Integration werden reduziert, da alle notwendigen Komponenten geliefert werden oder das Produkt bereits integriert ist. Die Applikationsentwicklung ist insgesamt schnell, zukunftsicher und kostengünstig. Management, Administration, Wartung und Support werden durch einheitliche Werkzeuge wesentlich vereinfacht.

Die Softwareverteilung erfolgt durch die Nutzung von Web Browser Desktops schneller und preiswerter.

Die Benutzung ist durch bekannte MS Windows Explorer oder Web Browser leicht. Die Oberfläche der Software ist einheitlich.

Perspektiven

Die Markt für das Integrierte Dokumenten Management wird während der nächsten Jahre drastisch wachsen. Um die Informationsmengen schnell und sicher bewältigen zu können, muß die Verarbeitung ohne Medienbrüche erfolgen. Die Integration der verschiedenen Dokumentenarten spielt deshalb schon heute - und in der Zukunft noch mehr - eine entscheidende Rolle.

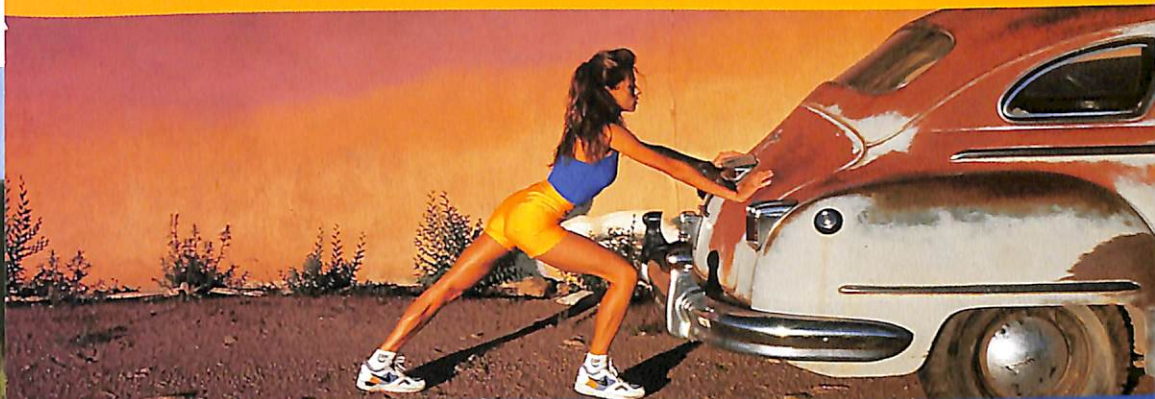
Nur wenn jeder Mitarbeiter die richtige Information zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort erhält, können die Unternehmen im Wettbewerb bestehen.



ASSURANCE & ASSISTANCE

EXTRA BONUS
50%
par Prämie
BON CONDUCTEUR

DIE GANZ SCHLAUEN KOMMEN IMMER SICHER NACH HAUSE



... IN EINEM ERSATZWAGEN, DER SCHON
AN ORT UND STELLE BEREITSTEHT.

Wenn es kracht, ist es schon zu spät: ein Unfall ist schnell passiert! Wir stellen Ihnen ein neues Ersatzfahrzeug zur Verfügung - und zwar sofort! In dem Moment, wo Ihr eigener verunfallter Wagen abgeschleppt wird, steht das Ersatzauto schon an Ort und Stelle bereit! Und im Ausland übernehmen wir eine ganze Reihe der Nebenkosten, die bei einem Unfall entstehen können.

Für die unfallfreien Fahrer haben wir jetzt eine besonders gute Nachricht! Ab sofort erhalten Sie eine Ermäßigung auf Ihre Kaskoversicherung, die bis zu 50% der normalen Prämie betragen kann. Und falls Sie doch einmal einen Unfall haben, berechnen wir die Neueinstufung in der Bonus-Malus-Tabelle nicht mehr nach einer allgemein gültigen Pauschale, sondern auf Grundlage des wirklich entstandenen Schadens!

Aber Autoflex ist weit mehr als nur eine einfache Kaskoversicherung. Mit der obligatorischen Autohaftpflichtversicherung, der Unfallversicherung und dem Rechtsschutz haben wir für Sie ein Versicherungspaket geschnürt, das Sie in jeder Situation optimal schützt.

Service total, fairer Preis und globaler Versicherungsschutz... Für einen Kostenvoranschlag, oder wenn Sie an weiteren Informationen interessiert sind, steht Ihnen Ihr Versicherungsagent der Bâloise gerne zur Verfügung. Oder rufen Sie uns an unter der Nummer 290 190 290!

 **Bâloise**
Assurances

MAT SECHERHEET MEI FREED UM LIEWEN

Zone d'activité Cloche d'Or - 1, rue Emile Bian - L-1235 Luxembourg - Tel.: 290 190-1 - Fax: 290 592
47, rue Prince Henri - L-9047 Ettelbruck - Tel.: 81 69 79-1 - Fax: 81 90 60

VOLVO

SWEDISH IS SAFE. AND BEAUTIFUL.



Volvo S80

Il y a quelques années encore, les Volvos étaient surtout connues pour leur robustesse. Aujourd'hui, elles sont également élues pour leurs formes. Ainsi, en 1999, la Volvo S80 n'a pas seulement reçu le European Security Award, chose somme toute banale pour une Volvo, mais elle a également été récompensée par le European Design Award.

Et si l'Award du meilleur service au client existait, nous serions sûrement nominés. Car, afin de vous faciliter la vie, nous avons adapté nos heures d'ouverture à votre emploi du temps, nous mettons à votre disposition une voiture de remplacement, instrument de travail indispensable pour les médecins, et nous vous proposons un service «Airport» unique au Luxembourg.

Heures d'ouverture Scancar Luxembourg: 06h00 - 22h00

SCANCAR
N O R D

2, PORTE DES ARDENNES
L-9145 ERPELDANGE-ETTELBRUCK
TEL.: 81 22 55-1 FAX: 81 22 55-22
E-MAIL: scancarn@pt.lu

SCANCAR
LUXEMBOURG

18, RUE DES PEUPLIERS
L-2328 LUXEMBOURG-HAMM
TEL.: 43 96 96-1 FAX: 43 96 76
E-MAIL: scancar@pt.lu

