

gene Modell als „völlig abstrakte, von trivialen ökonomischen Weisheiten geprägte Betrachtungsweise“. Dr. Boris Augurzky vom RWI verteidigte dagegen die Idee des Zertifikatehandels. Ob dies am Ende nur ein Irrweg sein wird und ganz andere Modelle benötigt werden, um eine sinnvolle Steuerung zu erreichen, diskutierten neben Hasenbein und Dr. Augurzky noch Bernd Molzberger, Geschäftsführer der cusanus Trägergesellschaft trier mbh und der Marienhaus GmbH Waldbreitbach, Dr. Gerhard M. Sontheimer, Vorstandsvorsitzender der Gesundheit Nordhessen Holding AG, Kassel, sowie Rolf Stuppardt, Herausgeber der Zeitschrift „Welt der Krankenversicherung“ und langjähriges Mitglied

des Gemeinsamen Bundesausschusses. Es wird nicht verwundern, dass die Suche nach einer gemeinsamen für Kassen und Leistungserbringer verträglichen Lösung auch nach den „Augsburger Perspektiven“ andauern wird.

Weitere Informationen wie Bilder und Videos zum Kongress „Augsburger Perspektiven“ gibt es im Internet auf www.augsburger-perspektiven.de. ■

Raphael Doderer, Leiter Stabsstelle Unternehmenskommunikation und Marketing am Klinikum Augsburg/Bruno G. Winitzer, Leiter Akademie für Gesundheitsberufe am Klinikum Augsburg und Organisator des Kongresses „Augsburger Perspektiven“ ■

nen die Studierenden in dem Kurs „Simulation Gesundheitsmanagement“ (www.mecum-sigma.de) die Grundlagen von Gesundheitspolitik und -management kennen, treffen sich mit den Experten aus dem Vorstand und dem Aufsichtsrat des Klinikums der Universität München und erarbeiten schließlich selbst ein Projekt am Klinikum.

Im Wintersemester 2011/2012 beschäftigten sich die Studenten mit dem betriebswirtschaftlichen Bewusstsein der ärztlichen Mitarbeiter und konnten dabei Verbesserungspotenzial in den innerbetrieblichen Feedback-Mechanismen sowie im Bereich der Dokumentationsfertigkeiten aufdecken. 307 ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nahmen an einer Online-Umfrage teil, in der die alltägliche Dokumentation und DRG-Kodierung sowie die Informationspolitik bezüglich der aktuellen wirtschaftlichen Situation innerhalb der Kliniken analysiert wurde.

Es zeigte sich, dass die Bedeutung einer korrekten Leistungsdokumentation den Befragten durchaus bewusst war. So wurde der persönliche Einfluss auf die Erlöse der Klinik als hoch bis sehr hoch eingeschätzt. Trotzdem zeigte sich sowohl im Rahmen der Selbsteinschätzung als auch bei einem objektiven Wissenstest ein unzureichendes Wissen bezüglich der Grundlagen des Abrechnungssystems. Ärzte, die regelmäßig Schulungen besuchen oder bereits an einer MDK-Prüfung in der Klinik teilgenommen haben, schnitten signifikant besser ab. Das Interesse der befragten Mitarbeiter an der wirtschaftlichen Situation ihrer Klinik war groß, sodass knapp 90 Prozent der Teilnehmer eine regelmäßige Aufklärung hierzu wünschten. Dem gegenüber stand die Angabe, dass 24 Prozent der Befragten sich überhaupt nicht informiert fühlten. Auch das Feedback bezüglich ihrer Dokumentations- und Kodierungstätigkeit beurteilten fast drei von vier Assistenzärzten und immerhin einige Chef- und Oberärzte als noch nicht ausreichend.

Ohne gleich von jedem Arzt einen wirtschaftswissenschaftlichen Hochschulabschluss zu fordern, schlussfolgerten die Medizinstudenten in ihrem Beratungsprozess, dass eine noch besse-

Optimierung des Berichtswesens

Medizinstudenten entwickeln ein innovatives Konzept

Auch wenn ein Großteil der Mediziner rein klinisch tätig ist und sich nicht primär mit Fragen zur Wirtschaftlichkeit befasst, ist die gegenseitige Beeinflussung der Bereiche Medizin und Ökonomie offensichtlich. Spätestens seit der Einführung des G-DRG-Systems hat der klinisch tätige Arzt nicht nur eine Verantwortung für die Leistung, sondern auch für die daran geknüpften Erlöse. Neben einem verantwortungsvollen Umgang mit diagnostischen und therapeutischen Ressourcen hat in zunehmendem Maße die korrekte Dokumentation und Kodierung der erbrachten Leistungen eine große Bedeutung für den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses. Sie stellt die Grundvoraussetzung für die Abrechnung mit den Kostenträgern dar. Gerade hier können Mängel zu einer unzureichenden Vergütung oder zu Rückforderungen im Rahmen einer Fallprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) führen. Andererseits beeinflusst die wirtschaftliche Lage eines Klinikums mehr und mehr

die Arbeit der Ärzte im Rahmen des Alltagsgeschäftes. Durch unterschiedliche Sparmaßnahmen, Budgetkürzungen oder Stellenabbau werden die Mediziner automatisch mit den Folgen ökonomischer Zwänge konfrontiert und zu kosteneffizientem Arbeiten angehalten.

Dass die Rolle des Arztes im Gesundheitssystem weit über die reine medizinische Expertise hinausreicht, ist schon längst kein Geheimnis mehr. So verdeutlicht zum Beispiel der 2005 als „CanMEDS: Physician Competency Framework“ veröffentlichte Kompetenzkatalog des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, dass kommunikative, soziale, aber auch wirtschaftliche Fähigkeiten ebenso wichtig sind.¹⁾ Moderne medizinische Curricula wie das der Ludwig-Maximilians-Universität München (MeCuM – Medizinisches Curriculum München) tragen dieser Idee Rechnung, indem sie den medizinischen Nachwuchs bereits während des Studiums auf die vielfältigen Anforderungen im späteren Berufsleben vorbereiten. So ler-

re Integration des notwendigen Wissens in das Studium und in die innerbetriebliche Fortbildung essenziell ist, um die den Kliniken zustehenden Erlöse zu optimieren. Letztendlich konnten sie drei Bereiche identifizieren, denen in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zukommt:

1. ein leicht verständliches Berichtswesen, das regelmäßiges „Feedback“ garantiert;
2. eine auf den Ausbildungsstand angepasste mehrstufige Mitarbeiterschulung;
3. ein innovatives „Anreizsystem“.

Der Hauptteil ihres Projekts konzentrierte sich auf die Neuorientierung des Berichtswesens im Klinikum. Dabei wurde ein standardisiertes, knappes und übersichtliches Reporting-Tool entwickelt, das einige der im Controlling verwendeten Kennzahlen (Fallzahl, Gesamtkosten, durchschnittliche Verweildauer, Auslastung, CMI) monatlich für die Mitarbeiter jeder Station auf nur einer Seite anschaulich aufbereitet. Hierdurch soll das zweifelsohne bei einem Großteil der Ärzteschaft vorhandene Interesse an der wirtschaftlichen Lage ihrer Klinik unterstützt und gefördert werden. Die Erkenntnisse der studentischen Beratung führten schließlich zu einer Neugestaltung des Berichtswesens am Klinikum der Universität München. Während das bisherige „Reporting“ vor allem Stärken bei der Budgetplanung und der Überwachung von Erreichungsgraden unterschiedlicher Planwerte hatte, orientiert sich das neue Berichtswesen deutlich stärker an den Bedürfnissen des klinisch tätigen Arztes mit dem besonderen Fokus auf das Leistungsgeschehen.

Zudem durchlaufen Ärzte des Klinikums der Universität München ein dreistufiges Fortbildungskonzept, in welchem die krankenhausesökonomischen Zusammenhänge erläutert werden. Kommt es zur Fallprüfung durch den MDK, so wird diese unter Teilnahme des Stationsarztes und des Oberarztes der jeweiligen Klinik durchgeführt.

Die Medizinstudenten waren sich einig, dass ein tiefergehendes wirtschaftliches Verständnis helfen wird,

die Instrumente des Krankenhausmanagements nicht nur als Hindernis bei der alltäglichen Arbeit mit Patienten anzusehen. Denn letztendlich zögen Verwaltungsapparat und Ärzteschaft am selben Strang – nur eben aus einer jeweils etwas anderen Perspektive: für einen verantwortungsvollen Umgang mit den knappen Ressourcen im Gesundheitssystem und die damit bestmögliche Versorgung der Patienten.

Der Kurs „Simulation im Gesundheitsmanagement“ erlaubte es am Klinikum der Universität München, ein komplexes gesundheitsökonomisches Projekt in Form eines Beratungsprozesses zu behandeln. Die Erkenntnisse dieses Projektes wurden in das operative Geschäft implementiert.

Anmerkung

- 1) Frank, J.R. (Ed). 2005. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

Anschrift der Verfasser

*Stefan Moder, MeCuM-Mentor Projektbüro, Med. Klinik und Poliklinik IV, Klinikum der Universität München/Dr. Matthäus Bauer, Abteilung für Medizinisches Controlling am Klinikum der Universität München/
Dr. Konstantinos Dimitriadis, Neurologische Klinik am Klinikum der Universität München.
Autorenkontakt: Stefan Moder, MeCuM-Mentor e.V., Klinikum der Universität München, Med. Klinik und Poliklinik IV, Pettenkoferstraße 8a, 80336 München, stefan.moder@gmx.net*

Hygiene und Infektionsprävention

Krankenhausinfektionen: Erste klinikumsweite Langzeitzahlen

Bisher schätzen Experten die Zahl der Fälle im Jahr, in denen sich Patienten in einem deutschen Krankenhaus eine Infektion zuziehen. Diese Schätzungen basieren allerdings auf Erhebungen, die weit über zehn Jahre alt sind, nur Stationen mit einem besonders hohen Risiko oder an einem einzelnen Stichtag berücksichtigten, und sind daher entsprechend unsicher. Zudem steigt mit der Anzahl älterer und chronisch kranker Patienten insbesondere in Kliniken der Maximalversorgung der Anteil der Patienten mit einem erhöhten Infektionsrisiko. Die ALERTS-Studie am Universitätsklinikum Jena erfasste nun als ein zentrales Projekt des vom BMBF geförderten Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrums „Center for Sepsis Control and Care“ ein Jahr lang die Zahl der am Klinikum auftretenden Krankenhausinfektionen. Hierfür wurden bei fast 40 000 Patienten in den vergangenen zwölf Monaten im gesamten Klinikum

Daten weit über das übliche Krankenhausinfektionsüberwachungssystem KISS hinaus erhoben, zum Beispiel auch Daten zur Antibiotikatherapie oder zur Schwere einer Krankenhausinfektion.

Das Ergebnis: Bei 4,3 Prozent der in den ersten sechs Monaten behandelten Fälle, genau 823-mal, traten Krankenhausinfektionen auf. Die Auswertung der folgenden sechs Monate läuft noch. Laut Studienleiter Prof. Dr. Frank M. Brunkhorst sind nun die Voraussetzungen für die nächste Studienphase geschaffen, denn „ohne Ausgangswerte lässt sich der Effekt von Präventionsmaßnahmen nicht ermitteln“.

In Ergänzung zu den bestehenden Hygieneregeln werden nun Maßnahmen zur gezielten Prävention der häufigsten Krankenhausinfektionen wie Wund- oder Atemwegsinfektionen entwickelt, die auf die jeweilige Patientengruppe und die Abläufe in der Klinik zugeschnitten sind. Unter anderem werden die für die jeweilige Infektion vielversprechendsten Maßnahmen zusammengefasst, zur Verringerung der kathe-