



NEWSLETTER

Nr. 4 / November 2009

Ziel und Zweck der Schweizerischen Gesellschaft für Medizincontrolling (SGfM):

- Die Förderung und Weiterentwicklung des Medizincontrollings.
- Die Förderung, Aus- und Weiterbildung der Medizincontroller.
- Die Förderung der schweizerischen und internationalen Zusammenarbeit und die Verbesserung des Informationsaustausches der im Medizincontrolling Tätigen.
- Die Erarbeitung von Grundlagen und Empfehlungen für bedeutende Teilgebiete des Medizincontrollings.
- Die Unterstützung bei der Umsetzung von Änderungen und Erneuerungen in den für das Medizincontrolling relevanten Bereichen

Berufsbild: Medizincontroller

Zweimal im Jahr erhalten die Mitglieder der schweizerischen Gesellschaft für Medizincontrolling den hier vorliegenden Newsletter, der aktuelle Themen aus dem Bereich der Spitaldaten, des Controllings, der Rechnungsprüfung, aber auch der Qualitätssicherung bietet. Die vorliegende Ausgabe enthält die Inhalte des Referates von Herr Thomas von Allmen (Kanton BS) zum revidierten KVG und den BFS-Statistiken. Ein zweiter Beitrag kommt von Herrn Dr. Erwin Horndasch aus Deutschland, welcher die Art und den Umfang der Rechnungsprüfung einer deutschen Spitalrechnung aufzeigt. Im Anhang dieser Ausgabe erhalten Sie eine gelungene Darstellung des Berufsbildes des Medizincontrollers. Dieser Artikel wurde in der Zeitschrift KU- Gesundheitsmanagement von Dr. Erwin Horndasch publiziert. Die Mitglieder des Vorstands der SGfM sind der Meinung, dass das dort skizzierte Bild des Medizincontrollers auf schweizerische Verhältnisse übertragen werden kann. Die Aufteilung in operatives und strategisches Controlling ist sinnvoll. Wir gehen davon aus, dass in der Schweiz eine noch stärkere Vermischung der einzelnen

Tätigkeiten des Medizin-controllers, der Codierfachkräfte und anderer im Medizincontrolling tätiger Berufe stattfindet. Dies ist gerade in kleineren Institutionen anzutreffen.

An dieser Stelle möchte ich Sie auf unsere kommende Fortbildungsveranstaltung am 10.02.2010 hinweisen. Die Veranstaltung wird voraussichtlich in Bern stattfinden. Das Thema lautet „Was lernen wir aus APDRG für die SwissDRG's“. Wir haben hierzu drei Referate vorgesehen, die die Thematik aus Sicht der Finanzen, aus Sicht der Codierung und aus Sicht der an der Entwicklung APDRG beteiligten Personen ausgerichtet ist. Die Einladung und das Programm werden Ihnen in den kommenden Wochen zugestellt.



Dr. Simon Hölzer
Präsident der SGfM

Ihr Simon Hölzer

Datenströme

Revidiertes KVG und BFS-Statistiken Datenströme wohin?

Was macht der Kanton mit den Daten 2009 der neuen Statistik (Planung)?

Thomas von Allmen
Gesundheitsdepartement des
Kantons Basel-Stadt
Referat SGfM Fortbildung 25.03.09

Einleitung

Der im schweizerischen Gesundheitswesen stetig steigende Kostendruck führt dazu, dass die Leistungserbringung in Spitälern immer detaillierter aufgezeigt und dokumentiert werden muss. Aufgrund dieser Tatsache steigt der Bedarf zur Datenerhebung kontinuierlich an. Verschiedenste Institutionen wie Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Gesundheit, Kantone und Krankenversicherer melden diesbezüglich ihre Dokumentationswünsche an. Den Kantonen ist dieser Sachverhalt, welcher bei den Spitälern zu einem erhöhten administrativen Aufwand führt und dessen Nutzen vordergründig nicht im einzelnen Spital anfällt, durchaus bewusst. Die Kantone sind aber nicht nur aus eigenem Interesse an einer möglichst guten Datenerhebung und -dokumentation interessiert, sondern sind auch durch das revidierte Krankenversicherungsgesetz (KVG) dazu verpflichtet. Es gilt aber klar das Prinzip:

So viel Daten wie nötig, so wenig wie möglich!

1. Gesetzliche Grundlagen

Stellvertretend für eine Vielzahl von gesetzlichen Bestimmungen sollen hier nur zwei, drei Beispiele angefügt werden. Der Art. 39 Abs. 2^{ter} hält z.B. fest, dass der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit erlassen muss. Der Art. 49 Abs. 8 KVG führt aus, dass der Bund in Zusammenarbeit mit den Kanto-

nen Betriebsvergleiche insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität anordnet. Weitere Bestimmungen finden sich in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zu Themen wie Versorgungsplanung, Einbezug der Investitionskosten etc. All diese Angaben müssen erhoben werden, um die entsprechenden gesetzlichen Anforderungen überhaupt erfüllen zu können.

2. Laufende Arbeiten auf GDK-Ebene

Um der Datenflut etwas Einhalt zu gebieten, wird auf der Ebene der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) versucht, möglichst einheitliche Anforderungen an die Datenerhebungen (Spitalplanung, Qualität etc.) zu definieren. Um die Problematik der verschiedenen Themen kurz aufzuzeigen, sei hier die Diskussion um den Ausweis der Wirtschaftlichkeit etwas näher ausgeführt.

In der betriebswirtschaftlichen Literatur wird auf der einfachsten Ebene die Wirtschaftlichkeit wie folgt definiert:

$$\text{Wirtschaftlichkeit} = \frac{\text{Ertrag}}{\text{Aufwand}}$$

Grundsätzlich ist diese Definition auch im Kontext des Gesundheitswesens anwendbar, doch sieht man auf den zweiten Blick, dass es nicht um diese rein statische Betrachtung gehen kann, ohne dass die Qualität der damit erbrachten Leistungen in einen sinnvollen Zusammenhang gebracht werden kann.

Hier gilt es effektiv sehr genau hinzuschauen, um sinnvolle Indikatoren bzw. Parameter zu definieren und zu monitorisieren.

3. Laufende Arbeiten im Kanton Basel-Stadt

Oberstes Ziel des Kantons Basel-Stadt ist nach wie vor die Sicherstellung einer hochstehenden medizinischen Versorgung der baselstädtischen Bevölkerung unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und Qualität. Um dies auch weiterhin gewährleisten zu können, wurden im Kanton Basel-Stadt mehrere ineinandergreifende Projekte lanciert. Mit den Projekten Qualitätsmonitoring, kostenneutrale Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung und Überarbeitung der Bedarfsplanung soll sichergestellt werden,

dass der Kanton Basel-Stadt auf die geplante Umstellung auf Fallpauschalen (SwissDRG) auf den 1. Januar 2012 adäquat vorbereitet sein wird.

4. Weiteres Vorgehen / Ausblick

Die kurz vorgestellten Projekte sollen im Laufe der Jahre 2009/2010 abgeschlossen werden. Um eine möglichst reibungslose Einführung der verschiedenen Instrumente im Kanton BS zu gewährleisten, ist der Einbezug sämtlicher kantonalen Leistungserbringer vorgesehen, sodass auch für die notwendige Implementierung und Schulung innerhalb der Institutionen das nötige Know-how vorhanden sein wird.

Obwohl bei näherer Betrachtung die Notwendigkeit zur vermehrten Datenerfassung und -erhebung durchaus ersichtlich wird (gesetzlicher Auftrag, Steuerung Gesamtsystem, Leistungsdokumentation etc.) gilt auch hier, wie in vielen anderen Bereichen, dass

weniger oft mehr ist!

Doch darf dieses „weniger“ nicht dazu verleiten, kaum oder nur ungenügende Daten zur Verfügung zu stellen.

Gleichzeitig mit der Einführung des Fallpauschalensystems wurde auch eine neue Form der Überprüfung von Krankenhausrechnungen durch die Kostenträger mit eingeführt. Dabei wird unterschieden zwischen Einzelfallprüfungen und Stichprobenprüfungen. Bei den Einzelfallprüfungen wird eine einzelne Abrechnung nur aufgrund einer konkreten Auffälligkeit durch die Krankenkasse geprüft. Bei den Stichprobenprüfungen erfolgt die Abrechnungsprüfung anhand einer vorher gezogenen Stichprobe. Prüfinstanz in beiden Fällen ist bei den gesetzlich Versicherten der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). Formal ist der MDK eine unabhängige Prüfinstanz zwischen Krankenhaus und Krankenkasse und in der Wahrung seiner Aufgaben nur seinem ärztlichen Gewissen unterworfen.

Bedeutsam in der alltäglichen Praxis sind die Einzelfallprüfungen. Dabei wird in der Auffälligkeit unterschieden zwischen der Prüfung der Kodierung und der Prüfung der Dauer der Behandlung. Eine weitere Differenzierung der Verweildauerprüfung erfolgt in den Begriffen primäre und sekundäre Fehlbelegung. Bei der primären Fehlbelegung hätte der Patient gar nicht stationär behandelt werden dürfen, sondern nur ambulant. Bei der sekundären Fehlbelegung war der Patient zu lange im Krankenhaus.

Rechnungsprüfung

DRGs und Rechnungsprüfung Ein Erfahrungsbericht über den Wandel von der Kodierprüfung hin zur Verweildauerprüfung

E. Horndasch

Referat Controllingtagung 18.06.09

Ab dem 01.01.2004 erfolgte nach einer schrittweisen Einführung die flächendeckende Anwendung des DRG-Systems in Deutschland im somatischen Bereich.

Die tägliche Prüfpraxis hat ergeben, dass zu Beginn der Prüfungen die Rahmenbedingungen nicht eindeutig genug formuliert waren. So war z.B. unklar ob für die Prüfung eine bestimmte Frist vorzusehen war, ob die Prüfung anhand schriftlicher Unterlagen oder vor Ort vorzunehmen war. Zudem waren die Kodierregeln noch unscharf, ebenso fehlten für viele Diagnosen und Prozeduren klar voneinander abgrenzbare Codes. Dies alles führte zu einer Flut von Prüfanfragen, die mit dem vorhandenen Personal weder beim MDK noch bei den Krankenhäusern zu bewältigen war. Das DRG-System ist als lernendes System konzipiert. Mit ansteigender Lernkurve verbesserten sich die Kodierung und auch die Abbildung von Fällen im DRG-System. Die Prüfpraxis der Krankenkassen hat sich deshalb wegen zunehmender Erfolglosigkeit der

Kodierprüfung auf die Verweildauerprüfung verlagert. Der Gesetzgeber hat auf die häufigen Prüfungen reagiert und eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro (ab dem 25.03.2009) eingeführt. Diese muss von den Kassen bei erfolgloser Prüfung an das Krankenhaus bezahlt werden.

Ein weiterer Aspekt ist die öffentliche Diskussion der Abrechnungsprüfung. Von Krankenkassenseite wird in entsprechenden Presseveröffentlichungen den Krankenhäusern bewusste Falschabrechnung vorgeworfen. Gleichzeitig werden durch interessierte Medien Krankenhäuser kriminalisiert. Dabei werden je nach Standpunkt völlig unterschiedliche Beträge als möglicher Schaden für das Gesundheitswesen genannt. Die Zahlen reichen von ca. 30 über 300 bis zu 650 Millionen Euro „Schaden“ pro Jahr. Die zur Rückzahlung fälligen Beträge pro geprüften Fall liegen bei 400 bis 1000 Euro. Die Prüfquote selbst liegt bei knapp über 10% aller Fälle. Aus den Zahlen von 2007 ergibt sich aus diversen Umfragen, dass der weitaus häufigste Prüfgrund die Prüfung der Verweildauer ist. Die Prüfung der Kodierung machte 2007 nur noch einen Anteil von 23,0% aus.

Im Stadtkrankenhaus Schwabach, einem kleinen Haus in der Nähe von Nürnberg, war 2004 die Kodierung noch zu 2/3 der Prüfgrund, im Jahre 2007 war sie es nur noch bei 30% aller Fälle. In den letzten beiden Jahren konnten wir in Schwabach wieder einen leichten Anstieg der Kodierprüfung verzeichnen. Ob dieser Trend auch in ganz Deutschland vorlag, lässt sich erst nach Veröffentlichung der entsprechenden Zahlen beantworten. Bei den Anfragen kam es in den Jahren 2004 - 2008 in 33% zu einer Änderung der Rechnung. Der durchschnittliche Änderungsbetrag lag zwar im Jahr 2008 mit 233 Euro unter dem deutschen Schnitt. Bei der Vielzahl der geprüften Fälle ergaben sich jedoch trotzdem für unser Haus in der Summe Rückzahlungsbeträge im sechsstelligen Euro-Bereich.

Termine/Veranstaltungen

Anlass	Datum	Ort	Thematiken
1. Fortbildungsveranstaltung	17.01.2006	Kantonsspital Winterthur	- TARMED im Wandel der Zeit - DRG, Auswirkungen der Kodierung auf die Kostenrechnung
2. Fortbildungsveranstaltung	31.03.2006	Privatklinik Bethanien, ZH	- German-DRG (G-DRG) - Die medizinische Behandlungskette unter DRG; Gewinner und Verlierer
3. Fortbildungsveranstaltung	21.06.2006	Universitäts-spital, Basel	- Mehr Wettbewerb dank pauschaler Leistungsvergütung? - SwissDRG – Chance für neue Spitalstrategien? - SwissDRG – Netzwerkspitäler und ihr Einfluß auf künftige Erträge
4. Fortbildungsveranstaltung	21.11.2006	Inselspital Bern	- REKOLE, KTR und SwissDRG - Erkenntnisse aus DRG-Analysen aus Sicht Garanten, Kantone, Spitäler
5. Fortbildungs-veranstaltung (in Zusammenarbeit mit dem Internationalen Controller Verein, AK Gesundheitswesen Schweiz)	14.03.2007	Universitäts-spital, ZH	- Aufgaben, Ziele SGfM/Aufgaben, Ziele ICV - Die Leiden eines Finanzchefs im Spital - vom Medizincontrolling.../...zum Controlling - DRG und Rehabilitation/DRG und Berichtswesen - Controlling und Qualität/Controlling und Verrechnungssätze
6. Fortbildungsveranstaltung	19.06.2007	Hotel Aarauerhof, Aarau	- Management-Informationssysteme (MIS) in der Schweiz - Benchmark der MIS-Systeme: die bekanntesten Firmen stellen ihre Produkte vor
Swiss-DRG-Forum	24.09.2007	Basel	- Ausstellerstand der SGfM
7. Fortbildungsveranstaltung Anschliessend Generalversammlung	22.11.2007	Privatklinik Bethanien, ZH	- Der schweizweite Spitalvergleich von comparis.ch - Aufbau eine Medizincontrollings in der SR RWS - Curriculum Medizincontrolling Deutschland
8. Fortbildungsveranstaltung	28.05.2008	Hirslanden Klinik Aarau	- „Nationale Qualitätsinitiative(n): Vielfalt oder Wirrwarr?“
9. Fortbildungsveranstaltung	25.03.2009	Universitätsklinik Basel	- Revidiertes KVG und BFS-Statistiken - Datenströme wohin?
Controlling-Tagung	18.06.2009	Inselspital Bern	- Controlling im Gesundheitswesen - Schweiz - Deutschland – Österreich: - Effiziente Medizin mit Blick auf die Kosten

Ausblick: nächste Veranstaltung im Jahr 2010

Die nächste Fortbildungsveranstaltung wird voraussichtlich am 10.02.2010 stattfinden.
Bitte beachten Sie unsere Ausschreibung auf der Homepage www.medizincontroller.ch

Impressum/Kontakt

Gründungsdatum: 20.10.2005
Jährliche Mitgliederversammlung

Präsident: Dr. Simon Hölzer

Geschäftsstelle
Schweizerische Gesellschaft
für Medizincontrolling
Haslerstrasse 21, CH-3008 Bern
Sekretariat, Sylvia Luca
Tel: +41 31 310 05 50/ Fax: +41 31 310 05 57
e-Mail: sekretariat@medizincontroller.ch
Web: www.medizincontroller.ch



Der Medizincontroller – eine Standortbestimmung

Über welche Qualifikationen muss ein Medizincontroller verfügen?

Erste Anfänge des Medizincontrollings reichen zurück in die Zeit der Vergütung über Fallpauschalen und Sonderentgelte. Fortschrittliche Krankenhäuser haben schon damals die Notwendigkeit erkannt, die Kosten und Erlöse ihrer Leistungen zu bewerten. Dieser Prozess kann als

Die Einführung des Fallpauschalensystems (DRG-System) hat zu einer Vielzahl von Veränderungen in der Krankenhauslandschaft geführt. Eine davon ist die Entstehung des Medizincontrollings und des Berufes Medizincontroller. Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) sieht deshalb als Vertretung der im Medizincontrolling tätigen Personen die Zeit gekommen, das Berufsbild des Medizincontrollers zu definieren. Dabei wird ausdrücklich die bisherige Dynamik in diesem Berufsfeld berücksichtigt.

Geburtsstunde des modernen Medizincontrollings bezeichnet werden. Beschleunigt wurde der Prozess durch die zeitgleich mit den Fallpauschalen eingeführte Rechnungsprüfung durch die Kostenträger und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Notwendig: Medizinisches Know-How

Die sich daraus ergebenden Anforderungen sind nur von Personen zu bewältigen, die einerseits über ärztliches Hintergrundwissen, andererseits aber auch über Expertise im Sozial- und Verwaltungsrecht sowie Kommunikationsfähigkeit und Verhandlungsgeschick verfügen.

Für Mediziner ist es möglich, sich diese Zusatzqualifikationen anzueignen. Schwieriger ist es für Nicht-Mediziner, medizinische Zusatzqualifikationen zu erwerben.

Zwei Aspekte sprechen für diesen Sachverhalt. Zum einen ist das Angebot an entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten für Mediziner schier unendlich groß, während die Anzahl an Angeboten zum Erwerb der medizinischen Zusatzqualifikationen für Nicht-Mediziner überschaubar bleibt. Zum anderen kann der wichtigste Aspekt der ärztlichen Qualifikation nicht im Rahmen einer medizinischen Zusatzqualifikation für Nicht-Mediziner erworben werden: nämlich die Berufserfahrung als Arzt.

Betrachtet man die Herkunft der medizinischen Qualifikation der Medizincontroller, dann können unterschiedliche Strömungen ausgemacht werden. Für klassische Kodiertätigkeiten und die einfache Bearbeitung von Rechnungsprüfungen ist oftmals entsprechend weitergebildetes Personal aus dem Pflegedienst oder dem medizinischen Assistenzbereich zu finden.

Die Standortbestimmung wurde am 5. Juli 2009 vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V. (DGfM) verabschiedet. Vorstandsmitglieder der DGfM sind Dr. med. Sascha Baller M.Sc., Gerrit Frühauf M.Sc., Frank Galm, Dr. Steffen Gramminger M.A., Dr. med. Eva Heiler, Dr. med. Erwin Horndasch, Dr. med. Jörg Noetzel MBA, Jannis Radeleff, Dr. med. Nikolai von Schroeders und Maik Werner.

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V., Rohrbacher Straße 92/1, 69115 Heidelberg, E-Mail: auskunft@medizincontroller.de, Homepage: www.medizincontroller.de

In den Leitungsebenen der Abteilungen für Medizincontrolling sind vermehrt Ärzte mit klinischer Berufserfahrung oder Fachärzte zu finden. Hintergrund für diese Entwicklung ist die für Kliniken erforderliche strategische Leistungsentwicklung und Leistungssteuerung. Für die klinikinterne Kommunikation mit Chefärzten und medizinischen Abteilungsleitern erscheint eine medizinisch fachliche Kompetenz erforderlich. Nicht nur Methoden müssen verstanden werden, der Medizincontroller muss sie auch in einem modernen Krankenhaus evidenzbasiert bewerten können. Auch Krankenversicherungen suchen zunehmend Ärzte für den Aufbau entsprechender Abteilungen. Auf Kostenträgerseite besteht die Hoffnung, Selektivverträge mit den Leistungserbringern abschließen zu können. Für die Erstellung und medizinisch-inhaltliche Bewertung solcher Verträge ist auch auf Seite der Krankenversicherungen entsprechend ärztliches Know-how erforderlich.

Operatives und strategisches Controlling

In diesen Überlegungen spiegelt sich auch die Differenzierung des Medizincontrollings wider. Im operativen Medizincontrolling wird überwiegend das Tagesgeschäft bearbeitet. Dies betrifft die ordnungsgemäße Dokumentation, Kodierung und Abrechnung der Krankenhausbehandlungen und die Auseinandersetzung mit den Kostenträgern im Rahmen der Rechnungsprüfungen. Das strategische Medizincontrolling hingegen beschäftigt sich vor allem mit der inhaltlichen Ausgestaltung des Leistungsspektrums, der Prozessoptimierung und der systematischen Unternehmensentwicklung der Krankenhäuser.

Im Sprachgebrauch ist diese Auf-

teilung noch nicht so stringent umgesetzt. Hier wird oft nur von der Position des oder dem Beruf des Medizincontrollers gesprochen, ohne den genauen Verantwortungsbereich mit zu benennen. Damit verbunden sind eine Unsicherheit und eine Diskussion innerhalb der Fachkreise, welche Anforderungen an einen Medizincontroller zu stellen sind.

Aus den genannten Ausführungen lässt sich schlussfolgern, dass für Kodiertätigkeiten im Normalfall entsprechend weitergebildetes Pflege- und Assistenzpersonal ausreichend ist. Spätestens bei der Rechnungsprüfung und der Auseinandersetzung mit den Kostenträgern muss letztinstanzlich eine ärztliche Entscheidungsebene stehen.

Auf der Ebene des strategischen Medizincontrollings ist eine klinische Ausbildung, ggf. mit Facharztanerkennung, gefordert. Diese Auffassung beruht auf einer ausgiebigen Analyse der besetzten Stellen und deren Profile, ausführlichen Gesprächen mit Personalberatern, die entsprechende Positionen vermitteln und nicht zuletzt dem Studium der einschlägigen Literatur zum Thema (siehe auch „Welche Kompetenzen brauchen

Führungskräfte?“, Frank Altmeyer, KU Gesundheitsmanagement 12/2008).

Der goldene Mittelweg?

Unter dem Aspekt des Ärztemangels und des damit verbundenen höheren Gehaltsniveaus für die verbliebenen Ärzte haben einige Krankenhäuser versucht, einen Mittelweg zu gehen, indem sie nichtärztliches medizinisches Personal als Medizincontroller eingestellt haben und mangels vorhandener Eingruppierungsmerkmale niedrigere Gehälter zahlten. Dieser Weg hat sich häufig als Sackgasse erwiesen und wird zunehmend wieder verlassen. Auf der anderen Seite hat durch den Mangel an entsprechendem Personal das Gehaltsniveau für Medizincontroller eine ähnliche Höhe wie für Fachärzte und Oberärzte erreicht, so dass viele Krankenhausträger für ein Facharztgehalt auch einen entsprechend kompetenten Arzt erwarten.

Nicht vergessen werden darf neben den fachlichen und finanziellen Gesichtspunkten noch ein psychologischer Aspekt. Im Gespräch mit leitenden Abteilungsärzten über medizinische Inhalte wird ein ärztlicher Kollege mit entspre-

chend fundierter eigener Ausbildung in der Mehrzahl der Fälle eine bessere Akzeptanz finden als eine betriebswirtschaftlich weiterqualifizierte Pflegekraft oder ein kaufmännischer Controller mit einer medizinischen Zusatzbildung.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass Medizincontroller in der Regel Ärzte mit fundierten betriebswirtschaftlichen Zusatzqualifikationen sind. Dies drückt sich auch aus in der Bezeichnung Medizincontrolling, die sowohl die medizinische Qualifikation als auch den Aspekt der betriebswirtschaftlichen Kompetenz im Namen führt. Davon abzugrenzen sind nichtärztliche Medizincontroller, Kodierrichtlinien und andere im Medizincontrolling tätige Berufe. Bei der Weiterentwicklung des Berufsbildes des Medizincontrollers und der Etablierung von Qualitätsstandards in der Aus- und Weiterbildung entsprechenden Personals sollte dies berücksichtigt werden. ■

Dr. Erwin Horndasch
Vorstandsmitglied DGfM
Geschäftsbereichsleiter Berufspolitik

DKG: Studienkapazitäten erweitern

Berlin. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert angesichts eines gravierenden Ärztemangels, die Studienkapazitäten zu erweitern und auch das Auswahlverfahren zu ändern. Wenn nicht konsequent gegengesteuert werde, müssten bald viele Kliniken ganze Abteilungen schließen, warnte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum.

In den 2.087 deutschen Krankenhäusern fehlen inzwischen 4000 Ärzte – Tendenz steigend. Der Anteil, der Krankenhäuser, die offene Stellen nicht besetzen können, ist von 2006 bis 2008 von 28 auf 67 Prozent angestiegen. Das wirkt sich zunehmend auf die Patientenversorgung aus. Als einen wesentlichen Grund für den Ärztemangel hat die DKG die

Reduzierung der Studienkapazitäten durch die Reform der Approbationsordnung im Jahr 2002 ausgemacht. Dabei hat der Andrang auf das Medizinstudium in den letzten Jahren sogar zugenommen, während die Anzahl der Studienplätze reduziert wurde. Im Studienjahr 2002/2003 kamen 35.385 Bewerber auf 10.537 Bewerber, im Studienjahr 2007/2008 waren es schon 48.105 Bewerber auf nur 9.907 Plätze.



Georg Baum

Deshalb sei eine deutliche Ausweitung der Studienkapazitäten notwendig. Das müsse allerdings mit einer besseren personellen und finanziellen Ausstattung der Hochschulen einhergehen. In Frage zu stellen sei aber auch das immer noch von der Abiturnote geprägte Zulassungssystem.

Pflege wird befragt

Köln. Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) hat Anfang September mit dem Pflege-Thermometer 2009 die bislang bundesweit größte Befragung von Pflegefachkräften im Krankenhaus gestartet.

Die Fragen beziehen sich auf die persönliche und allgemeine berufliche Situation der Pflegenden im Krankenhaus, auf zukünftige Tätigkeitsprofile und die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung sowie auf die Arbeitsbelastung.

„Wir möchten mit dieser Untersuchung unter anderem in Erfahrung bringen, ob das vom BMG gestartete Programm auch auf den Stationen ankommt“, so Dr. Michael Isfort, Leiter der Studie. Um dies umfassend zu untersuchen, ist man auf die Kooperationsbereitschaft in den Krankenhäusern angewiesen. Fragebögen unter www.dip.de.