

CAFRAD – Benchmark Radiologie

Ökonomische Forderungen und Zwänge beeinflussen in erheblichem Maße die beteiligten Kolleginnen und Kollegen in Ihrer klinischen Tätigkeit – dieser Sachverhalt wurde bereits bei den ersten Arbeitsbesprechungen des CAFRAD nach seiner Gründung im Jahr 2008 schnell deutlich. Deshalb hat das Chefarztforum beschlossen, hierzu eigene belastbare Daten im Rahmen eines Benchmarkprojekts zu erheben.

Warum wurde der Benchmark begonnen?

Die Auswirkungen der ökonomischen Zwänge des Gesundheitswesens führen in vielen Kliniken dazu, dass Kosteneinsparungen ein Dauerthema geworden sind. Radiologische Abteilungen werden in vielen Fällen vorwiegend aus dieser Perspektive betrachtet und umfassende Erlösbeobachtungen sind eher die Ausnahme. Klinikverwaltungen beauftragen mitunter externe Berater zur Kostenanalyse mit dem Ziel von Kosteneinsparungen, die

dann Kennzahlen für Personal präsentieren, deren Herkunft und Anwendbarkeit unklar bleiben. Eine andere Entwicklung stellen kontinuierliche Leistungsausweitungen beispielsweise in Notaufnahmen dar, ohne dass Personal für die Leistungserbringung zugeteilt wird. Deshalb hat das CAFRAD beschlossen, sukzessive eigene belastbare Daten innerhalb des Forums zu erheben und diese intern zur Verfügung zu stellen.

Wie wird der Benchmark durchgeführt?

Die Datenerhebung erfolgt seit 2008 innerhalb des CAFRAD anonymisiert mit einem abgestimmten Dokumentationsbogen, der jeweils bis zur Jahresmitte abgegeben werden kann. Die Eingaben werden in der Geschäftsstelle der DRG anonymisiert. Die Auswertung erfolgt wissenschaftlich begleitet durch Prof. Jörg Schlüchtermann (Universität Bayreuth, BWL V). In der Herbsttagung des CAFRAD werden die Ergebnisse vorgestellt und an

die Teilnehmer anonym verteilt. Regelmäßig abgeleitete Kennzahlen sind beispielsweise die erbrachten Leistungen in GOÄ-Punkten pro MTRA oder Arzt. Mit diesen Kennziffern kann die Effizienz des Personaleinsatzes beurteilt werden. Von den über 200 im CAFRAD registrierten leitenden Radiologen/innen nehmen ca. 60–90 aktiv am Benchmark teil. Der Benchmark stellt damit innerhalb der Radiologie in Deutschland die umfassendste Datenerhebung zu diesem Thema dar.

Welche Erkenntnisse konnten gewonnen werden?

Zunächst könnte man annehmen, dass basierend auf der seit langer Zeit etablierten GOÄ die Leistungsdokumentation relativ einheitlich sein sollte. Bei den ersten Auswertungen zeigte sich jedoch eine erstaunliche Heterogenität der Daten, wie zum Beispiel im Falle der Personalkosten pro GOÄ-Punkt bei aufsteigender Bettenzahl (siehe [Abb. 1](#)) und der GOÄ-Punkte pro Untersuchung (siehe [Abb. 2](#)), wie hier für das Jahr 2012 dargestellt:

Eine weiterführende Analyse im CAFRAD ergab, dass identische Leistungen stark unterschiedlich dokumentiert werden. Nachfolgend wurden Anstrengungen unternommen die Dokumentation zu homogenisieren, was die Mehrheit der Beteiligten zunehmend berücksichtigt. Durch eine Überdokumentation von Leistungen wird bei identischem Mengengerüst das Ergebnis der Produktivitätskennziffern aktuell noch zu Ungunsten der homogen dokumentierenden Teilnehmer verändert.

Im 2. Schritt erfolgte eine detaillierte Analyse der Daten einzelner Kliniken im Forum. Hier zeigte sich, dass individuelle lokale Verhältnisse signifikanten Einfluss auf die individuellen Ergebnisse haben, die nicht verallgemeinert werden können. Besonders hohe und auf den 1. Blick gute Produktivitätskennziffern (GOÄ-Punkte pro Arzt/MTRA u. a.) konnten bei Kliniken beobachtet werden, die mit unbesetzten Stellen, signifikanten Leistungsausweitungen oder Mangelsituationen im Personal- oder Gerätebereich arbeiten mussten.

Die aktiven Teilnehmer haben durch den Benchmark gelernt, die Leistungsdokumentation Ihrer Abteilungen aktiv zu vervollständigen und beispielsweise zeitaufwendige Sekundärleistungen wie Tumor-

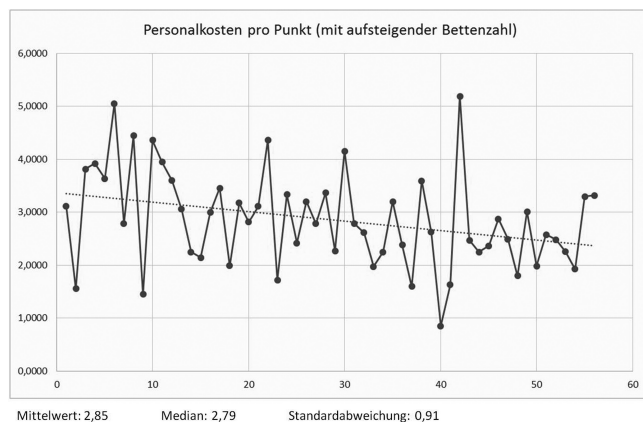


Abb. 1 Personalkosten pro GOÄ-Punkt.

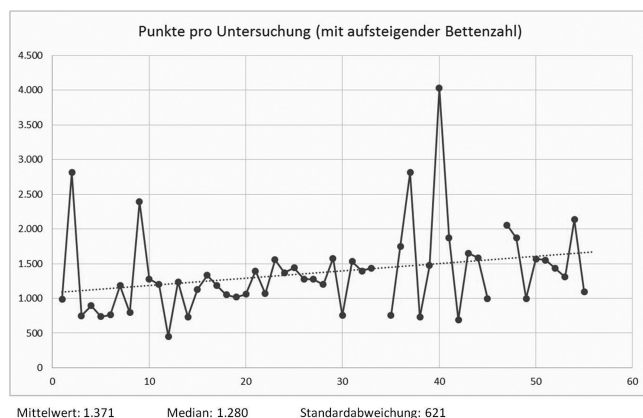


Abb. 2 GOÄ-Punkte pro Untersuchung.

board-Besprechungen zu berücksichtigen. Die jährlichen Ergebnisse geben ein gutes Feedback zur Entwicklung der Abteilungen für den aktiven Teilnehmer. In einer Publikation konnten Ergebnisse aus dem CAFRAD-Benchmark für die deutsche Radiologie vorgestellt werden (Schlüchtermann J, P. Reimer, G. Layer, J. Hierholzer und P. Landwehr, Benchmarking von Krankenhaus-Radiologien. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2013; 18: 68–75. siehe auch: <https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1330506>)

Weitere Zielsetzungen des CAFRAD Benchmark

▼ In 2013 erfolgte auf Wunsch vieler Teilnehmer bereits eine Ausweitung mit der separaten, ebenfalls anonymen Erfassung von Sachkosten als Testlauf, der präzisiert werden soll und von R. Fischbach mit koordiniert wird.

Aktuell verfolgen wir 2 Zielrichtungen.

- ▶ Die Erhebung sollte von mehr Kollegen im CAFRAD aktiv wahrgenommen

werden und dabei möglichst homogen dokumentiert werden.

- ▶ Über rein ökonomische Daten hinaus beabsichtigen wir, ab 2014 Prozessabläufe wie Wartezeiten oder Befundzeiten in den Benchmark aufzunehmen.

Das Benchmarkprojekt ist offen für alle Teilnehmer des CAFRAD, sodass der Leser im Falle einer Leitungsfunktion einer klinisch-radiologischen Abteilung die Mitgliedschaft im CAFRAD erwägen kann.

Prof. Dr. Peter Reimer, Karlsruhe