



Foto: Getty Images/dolgachov

Medizincontrolling Chancen für Gestalter

Das Medizincontrolling ist nach 20 Jahren erwachsen geworden. Es wird sich weiter wandeln. Veränderung ist dringend geboten, um den neuen Herausforderungen zu begegnen.

Von Dr. Nikolai von Schroeders

Gerade mal 20 Jahre gibt es in deutschen Krankenhäusern das Berufsbild des Medizincontrollers. Ein Zeitraum voller Veränderungen in den Tätigkeitsbereichen, in der Qualifikation der eingesetzten Mitarbeiter und in der organisatorischen Einordnung in den Kliniken. Diese Bewegung wird bleiben, vermutlich noch deutlich größer werden. Der Mix aus einem massiven Mangel an qualifiziertem Personal einerseits und der geänderten Erwartung an die Abläufe und die Abrechnungspraxis im Krankenhaus andererseits werden diesen Wandel be-

fördern. Große Chancen und Herausforderungen bieten sich deshalb künftig für Menschen, die im Krankenhaus gestaltend tätig sein möchten.

Keimzelle des Medizincontrollings war die Abkehr von der tagesgleichen Vergütung stationärer Krankenhausleistungen hin zu pauschalierten Abrechnungen. In den Kliniken suchte man nach Ärzten, die sich organisatorisch geschickt anstellten und ein gewisses Gefühl für Zahlen hatten. Affinität zum Umgang mit IT, Excel und Datenbanken war darüber hinaus gern gesehen.

Für diese Ärzte war ein Wechsel ins Medizincontrolling um das Jahr 2000 in der Regel verbunden mit einer wesentlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Geregelte Arbeitszeiten, der Wegfall von Nachtdiensten und nicht zuletzt das Ausbrechen aus autoritären Hierarchien machte die Tätigkeit attraktiv, Aufbruchsstimmung entstand.

In der Regel waren die Medizincontroller als Stabstellen bei den Geschäftsführungen angeordnet und somit außerhalb der hierarchischen Strukturen recht frei in ihrer Arbeit. Inhaltlich durften

und mussten sie ihre Tätigkeitsfelder selbst definieren, aufbauen und sich die notwendigen Kenntnisse selbst erarbeiten. So entstanden schnell Netzwerke über die Grenzen der einzelnen Kliniken hinweg. Fort- und Weiterbildungen gestalteten die Medizincontroller kollegial. Alle schon damals im Medizincontrolling Tätigen werden sich an die improvisierten Veranstaltungen in Tagungsräumen und Hörsälen erinnern, in denen stets viel Neues berichtet und intensiv diskutiert wurde. Die Tools waren handgemacht, Excel war meistens die Basis für Analysen und viele Ärzte stiegen tief in die Technik von Grouper-Software und DRG-Algorithmen ein.

Unvorstellbar war für viele (Chef-)Ärzte damals, dass ein auf Diagnose- und Prozedurencodes basierendes System Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen herstellen könnte. Oft wurde mit Verve darauf verwiesen, dass die jeweils behandelten Patienten mit Sicherheit wesentlich schwerer krank seien als

die des zum Vergleich herangezogenen Mitbewerbers. Inzwischen wissen sie es besser. Große Anteile der Arbeitszeit verwendeten die frischen Medizincontroller auf Schulungen der ärztlichen Kollegen. Diese waren für die Primärkodierung und auch für das MDK-Verfahren zuständig. Beliebt war das nicht und die Qualität gelinde gesagt unterschiedlich.

Erfolgreiche Kliniken stellten frühzeitig Ressourcen bereit

Kliniken, die sich frühzeitig positionierten und notwendige Ressourcen für Kodierung und Abrechnung auch außerhalb des ärztlichen Dienstes bereitstellten, profitieren davon noch heute. Die Optimierung der Abrechnung durch „sportliche Kodierung“ bot noch massenhaft Schlupflöcher, um die Leistungen der eigenen Klinik oder Abteilung besser darzustellen, als sie tatsächlich gewesen ist. Noch war der MDK fachlich weit hinter den Medizincontrollern der Kran-

kenhäuser, sodass Kliniken mit gutem Know-how in puncto DRG und Abrechnungssystem erhebliche Vorteile gegenüber den Krankenkassen erreichen konnten.

Als durch die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes die Ressource Arzt knapper wurde, verlagerte sich die Arbeit der Kodierung und Erlössicherung mehr und mehr in neu geschaffene Kodierabteilungen. In diesem Zuge spaltete sich die Gruppe der ärztlichen Medizincontroller: Ein Teil entwickelte sich hin zum operativ Verantwortlichen für Erlössicherung. Andere entwickelten sich in strategische Bereiche der Krankenhausorganisation, viele von ihnen sind heute ärztliche Geschäftsführer.

Letztere sind mit ihrem tiefen Verständnis für die Zusammenhänge von Medizin und Ökonomie wertvolle Partner für die kaufmännischen Klinikleitungen. In ihre Verantwortungsbereiche fallen sämtliche Themenfelder im Krankenhaus, bei denen es um medizinische

» Für mich bedeutet
Kommunikation, ehrlich
und transparent zu sein
und zuhören zu können. «

Der Alltag in Krankenhäusern ist komplex, die Zeit oft knapp. Wie schaffen Sie es dennoch, eine gute Präventionskultur aufzubauen?

Sylvia Langer,
Geschäftsführerin,
BG Klinikum Hamburg

Effektive Ansatzpunkte sind Kommunikation und Führung. Wer als Führungskraft eine Basis für wertschätzenden Austausch mit dem Team schafft und für Transparenz und kontinuierliche Entwicklung sorgt, erreicht das Ziel:
Sicher. Gesund. Miteinander.

Wir unterstützen Sie dabei mit vielen Werkzeugen aus unserer Toolbox: www.kommitmensch.de/toolbox

FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN

kommitmensch
bgw-online.de/kommitmensch

 **BGW**
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege



Inhalte, Prozesse, Erlöse und um die strategische Ausrichtung und die Positionierung im Marktumfeld geht. Das ärztliche Selbstverständnis einer Fokussierung auf ein medizinisch optimales Leistungsangebot kann dabei helfen – aber auch den Erwartungen von Kassen, Klinikträgern und dem Gesetzgeber entgegenstehen.

Die Herausforderungen für medizinische Manager sind je nach Struktur der Kliniken von starken Gegensätzen geprägt: Dringend notwendige Änderungen der Organisationsstrukturen scheinen in gewinnfokussierten und wirtschaftlich streng geführten Kliniken zu gelingen – kaum hingegen in Häusern, die nach wie vor am Einfluss von Lokalpolitik und statuserhaltenden internen Strukturen scheitern. Im operativen Medizincontrolling bedeutet dies, manchmal am Rande des ethisch und moralisch Vertretbaren aktiv zu sein – oder aber akzeptieren zu müssen, dass Veränderungsblockaden eine erfolgreiche Strategie sind und die eigene Energie oft nutzlos investiert wird. Manchen Kliniken gelingt ein Zwischenweg: Ein Change hin zu echter Prozessorientierung, ohne dabei ihre Kernaufgabe einer guten Patientenversorgung mit Raum für menschliche Zuwendung aus den Augen zu verlieren. Dies zu schaffen wird zum relevanten Faktor in der Mitarbeitergewinnung und -bindung, nicht nur im Medizincontrolling.

Berufsausbildung für Kodierer fehlt nach wie vor

Parallel zu diesem Spagat zwischen gegensätzlichen und beidseits schwierigen Optionen ist der Frust über kaum mehr zu bewältigenden Anfragen der Krankenkassen massiv gewachsen. Manchen Medizincontroller hat dieser Kampf gegen Windmühlen auf den Weg zurück in die Medizin getrieben.

Hinsichtlich des Nachwuchses sind nach wie vor Menschen mit Erfahrung im Krankenhaus – sei es in Medizin oder in der Pflege – besonders prädestiniert für den Einsatz im Medizincontrolling. Das Verständnis der Krankenhausprozesse ist eine wichtige Voraussetzung, die nur schwer theoretisch erlernt werden kann. Vermehrt entstehen aber auch

Studiengänge, um Menschen ohne Vorbildung im Gesundheitsbereich Kenntnisse in Medizin und Management zu vermitteln, sodass sie im Medizincontrolling eingesetzt werden können. Nach wie vor fehlt eine Berufsausbildung für Kodierfachkräfte.

Die aktiv gewesenen Schulen sind überwiegend gescheitert, nicht zuletzt weil die Krankenhäuser kaum bereit sind, Finanzmittel für eine vorausschauende Ausbildung bereitzustellen. Man behilft sich nach wie vor mit möglichst billigen Crashkursen und hofft auf das learning on the job und das Abwerben erfahrener Mitarbeiter aus anderen Krankenhäusern.

Letzteres ist inzwischen wegen des massiven Mangels an Menschen dieser Qualifikation kaum noch möglich. So besteht inzwischen die Gefahr, dass das Erlösmanagement in den nächsten Jahren schlicht aufgrund fehlenden Personals zusammenbricht. Ob das DRG-System auch deshalb durch ein einfacheres oder stark automatisiertes Abrechnungssystem ersetzt werden muss, wird die Zukunft zeigen.

Klar ist: In zehn Jahren wird es Medizincontrolling, wie wir es heute verstehen, nicht mehr geben. Vielmehr werden die Bereiche Medizinstrategie, Krankenhausorganisation, medizinische Prozesse und Qualitätsmanagement zu einem neuen Tätigkeitsgebiet verschmelzen, dessen Name noch erfunden werden muss. Sehr weit werden die Aufgaben und Verantwortungsbereiche über die heutigen Themen hinausgehen. Für Ärzte mit Qualifikationen in Ökonomie und Management kristallisieren sich infolgedessen weit spannendere Tätigkeitsfelder heraus, als wir sie heute kennen.

Themen des Erlösmanagements werden aus dem Medizincontrolling verschwinden: Wo heute noch Tausende Menschen in Kodierung, Abrechnung und Reklamationsmanagement tätig sind, wird auch im Krankenhaus die Digitalisierung zu einer kompletten Veränderung führen. Auf dem Weg dorthin werden die „altmodischen“ Medizincontroller schneller verschwunden sein als es denen lieb ist, die diesen Transformationsprozess gern verhindern wollen.

Technisch lassen sich in Kliniken mit hohem Digitalisierungsgrad schon jetzt

Kodierungen auf Basis medizinischer Daten weitgehend automatisiert ableiten. Verhindert wird die praktische Umsetzung alleine durch die Langfristigkeit des Return on Investment.

Die Notwendigkeit, dem Streit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen um einzelne Abrechnungsdetails ein Ende zu bereiten, wird kurzfristig dazu führen, dass die Politik Möglichkeiten zur Abrechnungsoptimierung ebenso bekämpft wie die Möglichkeiten von Krankenkassen, sich zulasten einzelner Krankenhäuser zu bereichern.

Medizincontroller entwickeln neue IT-Systeme

Sobald dieser Schritt gegangen ist, wird das Interesse an einer immer detaillierteren Kleinteiligkeit des DRG-Systems mit der Notwendigkeit eines immer größeren Apparats an Fachspezialisten massiv sinken. Von allen Seiten wird die Forderung kommen, das Abrechnungssystem zu vereinfachen.

Nicht absehbar ist heute, ob es dafür einen Zwischenschritt geben wird, in dem weiterhin Menschen die vereinfachte Kodierung und Abrechnung durchführen, oder ob es gelingt, ein System zu entwerfen, welches direkt in die medizinische Primärdokumentation hineingeht, Behandlungen des einzelnen Patienten aus Aufwandssicht analysiert, automatisch eine Vergütung zuweist und somit keinen Spielraum mehr für Interpretationen und Streitigkeiten lässt.

Auf dem Weg dorthin haben Medizincontroller die unfassbar spannende Aufgabe, Systeme zu entwickeln, IT-Strukturen mitzugestalten und vor allem den Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus zu helfen, den Change-Prozess mitzugehen. So wird der ohnehin schon kommunikative Beruf wieder attraktiver und kann seinen Beitrag in der ursprünglich gedachten Form leisten: eine optimale Allokation der zur Verfügung stehenden Mittel für den Bedarf der Patienten sicherzustellen.

Dr. Nikolai von Schroeders
Vorstandsvorsitzender
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling
E-Mail: nikolai.schroeders@medizincontroller.de