

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.