

Zusatzqualifikation

Eine neue ärztliche Tätigkeit: Der Medizincontroller

In der Terminologie der Medizin und in betriebswirtschaftlichen Zusammenhängen zu Hause

Von Dr. Erwin Horndasch

Die Einführung des Fallpauschalensystems (DRG-System) in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2003 bzw. 2004 hat zu einer Vielzahl von Veränderungen in der Krankenhauslandschaft geführt. Eine davon ist die Entstehung des Medizincontrollings und des neuen Berufs des Medizincontrollers.

Erste Anfänge des Medizincontrollings reichen zurück in die Zeit der Vergütung über Fallpauschalen und Sonderentgelte, die vor allem in der chirurgischen Medizin zur Vergütung stationärer Krankenhausbehandlungen verwendet wurden. Damit gab es zum ersten Mal definierte Entgelte für definierte Leistungen. Fortschrittliche Krankenhäuser haben schon damals die Notwendigkeit erkannt, die Kosten und Erlöse ihrer Leistungen zu bewerten. Bei der Durchführung dieser Bewertung stieß man jedoch auf ein Problem.

Mediziner und Kaufleute in den Kliniken redeten in unterschiedlichen Sprachen miteinander und konnten sich deshalb oft nicht verständigen. Zur Lösung dieses Problems wurden Personen gesucht, die sowohl die Terminologie der Medizin beherrschten, denen aber auch betriebswirtschaftliche Zusammenhänge nicht fremd waren. Dieser Prozess kann als Geburtsstunde des modernen Medizincontrollings bezeichnet werden. Einerseits erkannten immer mehr Krankenträger die Notwen-

digkeit einer solchen Entwicklung. Andererseits war es in Zeiten gedeckelter Budgets schwierig, für die zu schaffenden Positionen ausreichend Mittel zur Verfügung zu stellen.

Nicht nur die Fallpauschalen

Aber nicht nur die Fallpauschalen haben diese Entwicklung bewirkt. Beschleunigt wurde der Prozess durch die zeitgleich mit den Fallpauschalen eingeführte Rechnungsprüfung durch die Kostenträger und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Der damit verbundene Aufwand war mit dem vorhandenen Personal nicht zu bewältigen und musste zur Vermeidung von deutlichen Erlösrückgängen vor allem in Form von Rückzahlungen an speziell dafür geschultes Personal delegiert werden.

Bei Rechnungsprüfungen werden medizinische Sachverhalte diskutiert, aber unter Berücksichtigung von sozialrechtlichen und sozialmedizinischen Aspekten. Dafür ist einerseits ärztliches Hintergrundwissen, andererseits aber auch Expertise im Sozial- und Verwaltungsrecht sowie Kommunikationsfähigkeit und Verhandlungsgeschick erforderlich.

Infrage kommen für die genannten Positionen demnach Personen, die sowohl über medizinisches als auch über betriebswirtschaftliches und verwaltungstechnisches Wissen verfü-

gen. Für Mediziner ist es möglich, sich die erwähnten Zusatzqualifikationen anzueignen. Schwieriger ist es für Nichtmediziner 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 Zahl an Angeboten zum Erwerb der medizinischen Zusatzqualifikationen für Nichtmediziner überschaubar bleibt. Zum anderen kann der wichtigste Aspekt der ärztlichen Qualifikation nicht im Rahmen einer medizinischen Zusatzqualifikation für Nichtmediziner 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. 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 Chefarzten 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 aufseiten der Krankenversicherungen entsprechend ärztliches Know-how erforderlich.

Operativ und strategisch

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 Aufteilung 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 letztendlich 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, Krankenhaus umschau 12/2008).

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 vorhan-



Ein Medizincontroller muss Kenntnisse der Medizin und Betriebswirtschaft vereinen.
Foto: BilderBox

dener Eingruppierungsmerkmale niedrigere Gehälter zahlen. 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 Krankenträger 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 entsprechend 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.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) bemüht sich derzeit als entsprechende Fachgesellschaft, spezifische ärztliche Aspekte der Tätigkeit eines Medizincontrollers von nichtärztlichen abzugrenzen. Dabei stößt sie auf ähnliche Probleme in der Differenzierung wie in der aktuellen Diskussion zu Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen.

Verantwortung bleibt beim Arzt

Nach den gängigen Vorschriften ist der behandelnde Arzt letztverantwortlich für die Dokumentation der kodierten Diagnosen und Prozeduren (Kodierregel DKR D001: Die Auflistung der Diagnosen bzw. Prozeduren liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes). Die Tätigkeit des Kodierens (und ggf. auch die Dokumentation) kann zwar delegiert werden, aber nicht die Verantwortung. In diesen Kontext reiht sich auch ein Urteil des Sächsischen Landesarbeitsgerichts vom 1. Dezember 2010 (Az.: 2 Sa 56/10) ein, welches die Kündigung eines Chefarztes wegen unterlassener Kodierung für rechtmäßig erachtete. Auch wenn die Konsequenzen (Kündigung) aus Fehlverhalten (keine Kodierung) als unverhältnismäßig hoch erscheinen mögen, so ist doch die grundsätzliche Tendenz klar.

Den Stellenwert der ordnungsgemäßen Abrechnung hat mittlerweile auch die berufspolitische Vertretung der Ärzteschaft erkannt. So haben sich der Workshop „Niedergelassene Ärzte“ im Vorfeld zum 70. Bayerischen Ärztetag und der Ärztetag selbst dazu im Oktober 2011 ausführlich mit dem Thema befasst. Dabei wurden auch Beschlüsse zum Ablauf des MDK-Prüfverfahrens gefasst, die sich mit der wichtigen Rolle des Arztes im Prüfverfahren beschäftigen.

Vor diesem Hintergrund ist es umso unverständlicher, dass Verwaltungen und Arbeitgeber versuchen, den ärztlichen Medizincontroller als Verwaltungskraft und nicht als Arzt einzugruppieren und zu vergüten.

Ein weiterer und nicht zu unterschätzender Vorteil bei der Besetzung von Stellen im Medizincontrolling durch klinisch erfahrene Ärzte und Fachärzte ist die damit verbundene langjährige Tätigkeit in der Patientenversorgung. Mit dem Erfahrungsschatz der selbst geleisteten Arbeit am Patienten und den Nacht- und Wochenenddiensten lässt sich die Arbeitsbelastung der Stationsärzte besser einschätzen als nur vom grünen Tisch aus ohne eigene Erfahrungen.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass Medizincontroller in der Regel Ärzte mit fundierten betriebswirtschaftlichen Zusatzqualifikationen sind. Davon abzugrenzen sind nichtärztliche Medizincontroller, Kodierfachkräfte und andere im Medizincontrolling tätige Berufe. Dies drückt sich auch aus in der Bezeichnung Medizincontrolling, die sowohl die medizinische Qualifikation als auch den Aspekt der betriebswirtschaftlichen Kompetenz im Namen führt. Aus diesem Grund sind Medizincontroller genauso wie die Ärzte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in den artspezifischen Tarifverträgen zu berücksichtigen bzw. ist der entsprechende Tarifvertrag anzuwenden.

ZUM AUTOR

Dr. Erwin Horndasch ist Mitglied im Landesvorstand des MB Bayern und Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM).

redaktion@marburger-bund.de

Anzeige