

# Seite an Seite: Finanz- und Medizincontrolling auf dem Weg zur erfolgreichen Zusammenarbeit

**In Deutschland müssen alle Spitäler spätestens ab Anfang 2004 über das leistungsorientierte Patientenklassifikationssystem G-DRGs abrechnen. Je nach Diagnose des Patienten erhält das Spital neu eine bestimmte, diagnosebasierte Fallpauschale. Die grosse Mehrheit der Spitäler ist, wie wir im Folgenden erfahren, zum Schluss gekommen, dass zusätzlich zum Finanz- ein Medizincontrolling nötig ist, um unter den neuen Rahmenbedingungen zu überleben. Doch auf dem Weg zu dieser Einsicht gab es einige Hindernisse zu überwinden.**

**Gerrit Frühauf**

**B**is Ende 2003 konnten die Krankenhäuser in Deutschland stationäre Leistungen über tagesgleiche Pflegesätze und/oder – für einige definierte, überwiegend operative Leistungskomplexe – über Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen.

Daneben unterlag das «System Krankenhaus» in den vergangenen

Jahren und Jahrzehnten trotz vieler Gesundheitssystemreformen und Stabilisierungsgesetze nur selten strukturellen Veränderungen. Eine zentrale Managementaufgabe bestand bis dato deshalb darin, mit dem rigiden Budget zurechtzukommen und die Erlöse zu sichern.

In diesem Kontext musste das Controlling vor allem Aufgaben wie die interne Budgetierung, das Kostencontrolling, die Erstellung von Kennzahlensystemen, das Personalcontrolling sowie Branchen-, Umwelt- und Unternehmensanalysen übernehmen. Diese Aufgaben konnten vom betriebswirtschaftlichen Finanzcontrolling erfolgreich bewältigt werden.

## **Neues Entgeltsystem schafft Veränderungsbedarf**

Ab Anfang 2004 müssen alle deutschen Akutkrankenhäuser sämtliche voll- und teilstationären Behandlungsfälle über ein diagnosegestütztes Fallpauschalensystem (G-DRGs) abrechnen. Dieses System ermöglicht es, Leistungen strukturiert abzubilden und dabei auch Komplexitäten und Komorbiditäten zu berücksichtigen, sofern die Fälle korrekt einer der bundesweit einheitlichen Fallgruppen zugeordnet werden<sup>1</sup>. Voraussetzung dazu ist eine hohe Dokumentations- und Kodierungsqualität für Diagnosen, Prozeduren und andere Patientendaten.

Diese neue Art der Erlösbemessung ist nicht die x-te Variante eines bekannten Nullsummenspiels, sondern stösst weit reichende Veränderungsprozesse in den Krankenhäusern an. Das neue System schafft Leistungstransparenz nach innen und nach aussen, was neue, aufwändige Managementaufgaben mit sich bringt:



Gerrit Frühauf

Kurz- und mittelfristig steht eine Vielzahl klinischer Prozesse auf dem Prüfstand. Zur Steuerung sind künftig deshalb neben ökonomischen auch differenzierte medizinische Fakten nötig.

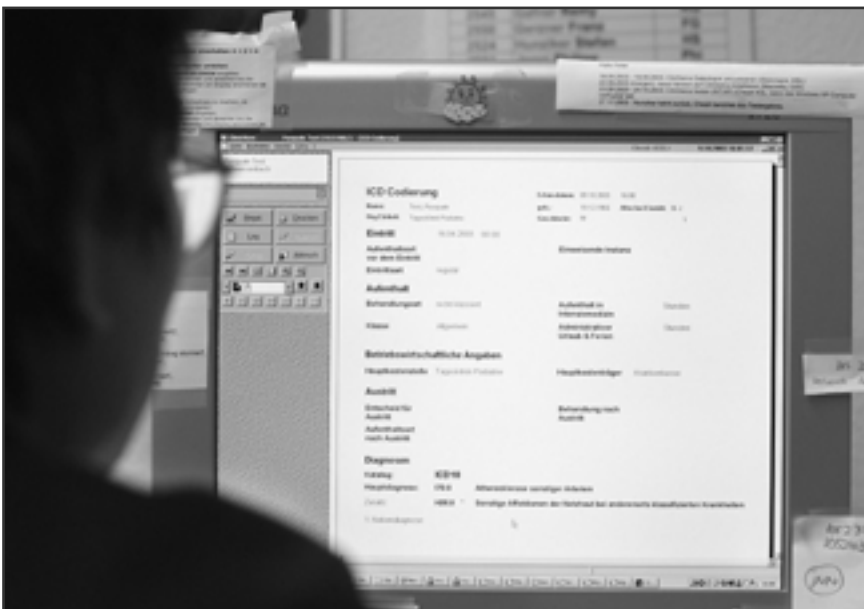
Um diesen neuen Anforderungen gerecht zu werden, hat sich ein neues Steuerungsinstrument, das Medizincontrolling, entwickelt.

## **Das Medizincontrolling entwickelt sich**

Anfangs war es vor allem die Sicherung der Dokumentations- und Kodierungsqualität fallbezogener Diagnosen und Prozeduren, die dem Medizincontroller/der Medizincontrollerin anvertraut wurde. Im Zuge des schrittweisen Umstiegs der Krankenhäuser auf das neue Abrechnungssystem haben die Medi-

<sup>1</sup> Jeder Fallgruppe ist ein Relativgewicht zugeordnet; durch Multiplikation dieses Relativgewichts mit dem Basiswert für das Relativgewicht 1 kann die Pauschale berechnet werden. Grundlage für die Berechnung der Relativgewichte und des Basiswertes bilden durchschnittliche Behandlungskosten. Für Besonderheiten können bundesweit einheitliche Zu- und Abschläge verrechnet werden.

Die Fotos im Schwerpunktteil dieses Heftes stammen aus dem Kantonshospital Luzern. Wir danken dem Medizin- und Pflegeinformatiker, Dr. med. Cecil Cheah, sowie seinen Ansprechpartnern aus Medizin und Pflege, herzlich für die Bereitschaft, sich für die Aufnahmen zur Verfügung zu stellen.



zincontroller dann mitgeholfen, die für die Budgetverhandlungen neuer Prägung nötigen Unterlagen bereitzustellen; viele haben sich auch an den Verhandlungen mit den Kostenträgern beteiligt. Dort, wo die DRGs auf freiwilliger Basis bereits früher eingeführt wurden, managen die Medizincontroller bereits heute das Abrechnungs- und Erlöscontrolling. Einige wenige haben sich auch schon

der klinischen Prozesse angenommen, die unter dem Kostendruck, den die DRGs erzeugen, restrukturiert werden müssen. Dazu kommen neue, vielfältige Aufgaben des Qualitätsmanagements.

*Tabelle 1* zeigt ein mögliches Aufgabenportfolio des Medizincontrollings. Organisatorisch ist das Medizincontrolling in bundesweit rund zwei Dritteln der Fälle als eigene

Stabsstelle neben dem betriebswirtschaftlichen Controlling eingerichtet worden.

### Ein konfliktreicher Weg

Heute hat sich in den meisten Krankenhäusern die Einsicht durchgesetzt, dass es ein Medizincontrolling braucht. In bisher rund 70 Prozent der Krankenhäuser wurde ein Medizincontrolling eingerichtet. Doch der Weg bis dahin war nicht frei von Konflikten.

Wichtigstes *Konfliktfeld* war jenes zwischen *Finanz- und Medizincontrolling* (siehe Abschnitt «Controlling im Wandel»): Dort, wo bisherige Aufgaben des Finanzcontrolling in der DRG-Dynamik sozusagen eine medizinische Dimension erhalten haben, sollten jetzt plötzlich von Ökonomekenntnissen unbeelegte Ärzte in verantwortlicher Stelle zumindest mitsteuern. Dadurch hat sich eine gewisse Konkurrenzsituation ergeben. Verschärft wurde diese Konkurrenzsituation noch dadurch, dass das Medizincontrolling im Unterschied zum Finanzcontrolling oft aus der Linienhierarchie herausgenommen und als Stabsstelle an die Krankenhausleitung angebunden wurde. Dies hat beim Finanzcontrolling Ängste geweckt, an Terrain oder an Einfluss in der Krankenhausverwaltung zu verlieren.

Ein weiteres Hindernis auf dem Weg zur Anerkennung des Medizincontrollings war das schon immer vorhandene, auch bisher nur vermeintlich gesunde, gegenseitige *Misstrauen von Verwaltung und Medizin* im Krankenhaus. Auch das *Verhältnis der Medizincontroller zu ihren klinisch tätigen Kollegen* hat sich als kritisch erwiesen: Nicht selten werden Medizincontroller von der klinischen Ärzteschaft als Abtrünnige gesehen, die sozusagen die Fronten gewechselt haben. Das hat der Durchsetzungskraft der Medizincontroller im Hinblick auf angestrebte Veränderungen in den Kliniken und Abteilungen geschadet.

Ein weiteres Hindernis vor allem für kleine Institutionen waren die *Kosten*: Ein knappes Drittel der deutschen Krankenhäuser, die meisten davon kleinere Häuser, haben bisher

Tabelle 1:

**Aufgabenfeld des Medizincontrollings**

- Interne Beratung als Servicedienstleistung
- Koordination und Schnittstellenmanagement
- Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Optimierung der medizinischen Dokumentation
- Unterstützung bei der Einführung des DRG-Systems
- DRG-Kennzahlensystem und DRG-Berichtswesen
- Erlös- und Abrechnungsmanagement
- Vorbereitung von Budgetverhandlungen
- Klinische Pfade und Behandlungsstandards
- Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsmanagement
- Prozess- und Projektmanagement
- Organisationsentwicklung
- EDV-Weiterentwicklung im Krankenhaus
- Kommunikation mit niedergelassenen Fachärzten, Medizinischem Dienst der Krankenkassen (MDK), Kostenträgern
- Management im Rahmen einer integrierten Versorgung (DMP: Disease-Management-Programme)

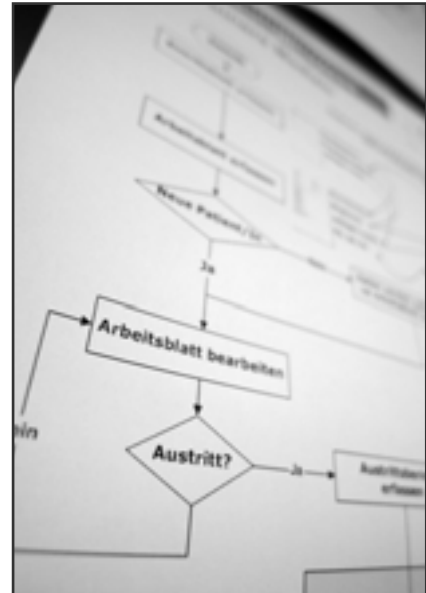


Tabelle 2:

**Wem nutzt das Medizincontrolling?**

Das Medizincontrolling nutzt

- dem Krankenhaus
  - durch präzise Leistungs- und Erlösplanung
  - durch Beteiligung an der Erlössicherung
  - durch Verbesserung der betrieblichen Abläufe
  - durch verbesserte Kommunikation zwischen Medizin und Ökonomie
- den Patienten
  - durch patientenzentrierte, effizientere Behandlungsabläufe
  - durch transparente Informationen über angebotene Krankenhausleistungen
  - durch Qualitätssicherung und -management.

schaftlichen Techniken zu lösende Managementaufgaben wird es immer das Wissen, das Können und die Erfahrung der Krankenhausbetriebswirte brauchen.

Zusätzlich müssen sich die Krankenhäuser im Zuge der DRG-Einführung aber den neuen Herausforderungen stellen, welche die Möglichkeiten des betriebswirtschaftlichen Controllings überschreiten. Gar nicht so selten ist das Management zunächst davon ausgegangen, dass die eigentlich fachfremden Anforderungen durch das bestehende betriebswirtschaftliche Controlling einfach miterfüllt werden könnten. Dies hat sich jedoch unter Kosten- und Nutzens Gesichtspunkten als unrealistisch herausgestellt. Auch die klinisch tätige Ärzteschaft ist angesichts ihrer Überbelastung in der Patientenversorgung und des faktischen Ärztemangels nicht in der Lage, die neuen Aufgaben mit zu übernehmen. Die Lösung kann daher nur darin bestehen, eigens rekrutierte Medizincontroller dafür zu gewinnen.

Dieser sollte Arzt sein, vielfältige Klinikerfahrungen besitzen und sich zusätzlich betriebswirtschaftliches und sozialrechtliches Know-how angeeignet haben. Als Mittler zwischen ökonomischer und klinischer Welt benötigt er als weitere Schlüsselqualifikation auch eine gute Kommunikationsfähigkeit.

Sowohl das Finanz- als auch das Medizincontrolling besitzen also

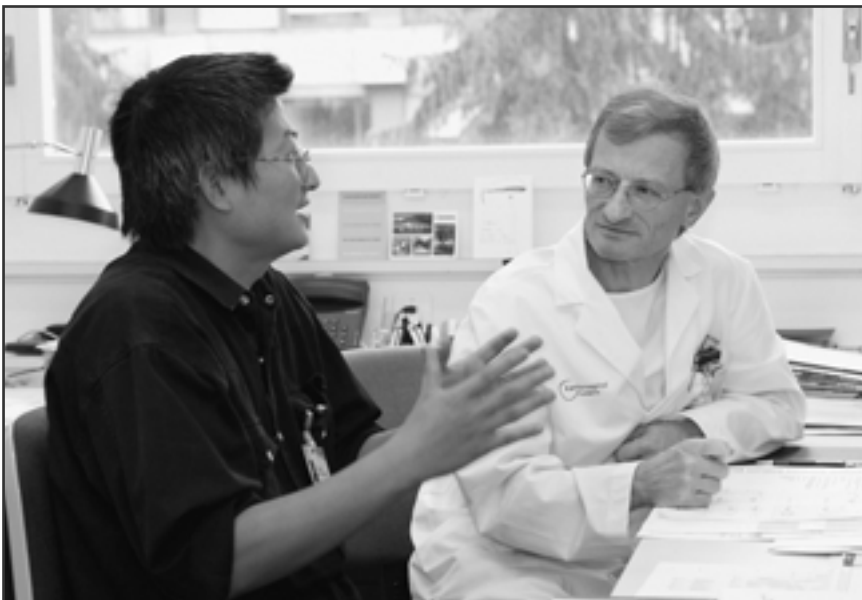
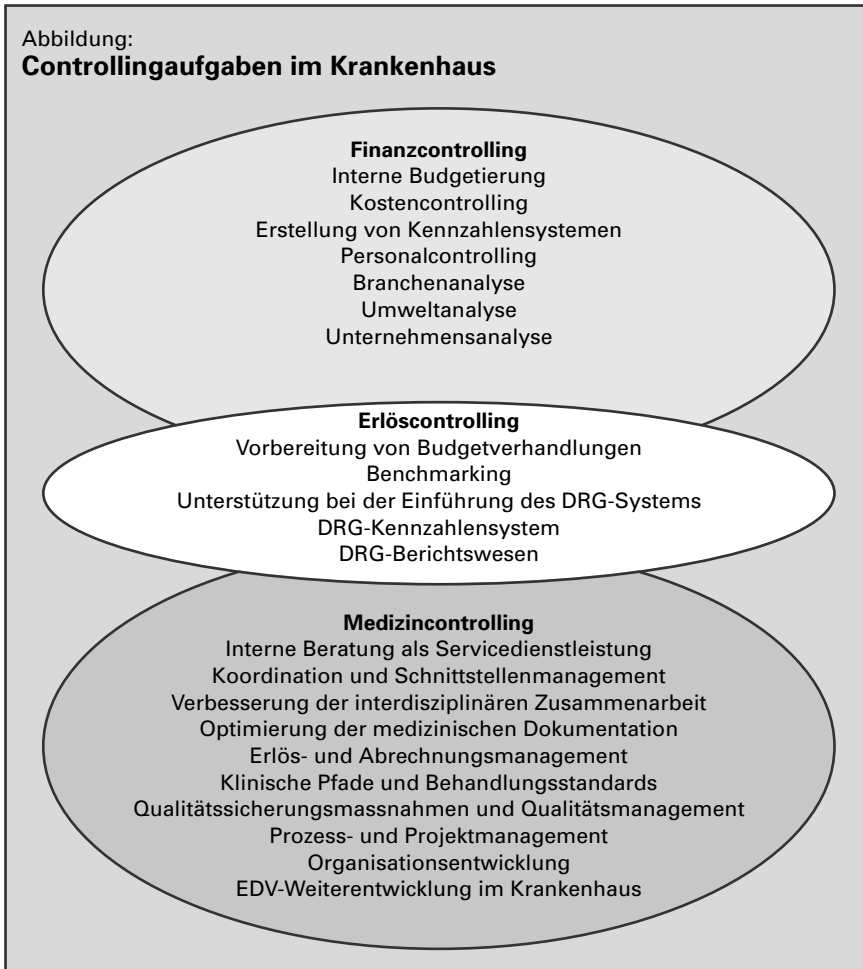


hauptsächlich aus Kostengründen noch kein Medizincontrolling eingerichtet. Hier werden Kooperationen oder ein outgesourcetes Medizincontrolling möglicherweise die zielführenden Wege sein.

**Controlling im Wandel**

Das Finanzcontrolling wird es selbstverständlich auch im DRG-Zeitalter weiterhin geben müssen. Für eindeutig nur mit ökonomischen Kenntnissen sowie betriebswirt-

Abbildung:  
**Controllingaufgaben im Krankenhaus**



Fotos: Stefan Kubli, Winterthur

originär eigenständige Aufgabenbereiche und sind hiermit als Steuerungsinstrumente existenzberechtigt. Aber die dafür Zuständigen müssen im Umfeld eines massiven Verände-

rungsdrucks lernen, ihre spezifischen Koordinations- und Informationsaufgaben gemeinsam zu erfüllen. Die Steuerung der Krankenhäuser erfordert heute eine vergleichsweise

strenge Bindung an medizinische Fakten sowie eine deutliche Orientierung an der Prozess- und der Ergebnisqualität. Nur wenn das Finanz- und das Medizincontrolling erfolgreich zusammenarbeiten und ihren gemeinsamen Arbeitsbereich partnerschaftlich betreuen, kann das Medizincontrolling seinen potenziellen Nutzen für Krankenhaus und Patienten (siehe *Tabelle 2*) voll entfalten. Die *Abbildung* versucht dies schematisch zu verdeutlichen: Die alleinige Erwägung wirtschaftlicher Aspekte im neuen Entgeltsystem ist genauso unsinnig wie die Überbetonung medizinischer Gesichtspunkte.

### Wie es funktionieren kann

Eine wichtige Rolle bei der Neuordnung der Controllingfunktionen kommt den Geschäftsführungen und Verwaltungsdirektionen der Krankenhäuser zu. Wenn es ihnen gelingt, im Umstrukturierungsprozess ein Klima der Professionalität, der Transparenz sowie gegenseitiger Rücksichtnahme zu schaffen, können die beschriebenen Konflikte entschärft und Reibungsverluste vermieden werden. Die Krankenhausleitung muss dabei unmissverständliche und klare Aufgabenzuweisungen treffen und sowohl gegenüber der Administration als auch gegenüber der Medizin nachhaltig betonen, dass eine gute Zusammenarbeit unverzichtbar ist.

Als vorteilhaft für die fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Finanz- und Medizincontrolling hat sich auch die organisatorische Anbindung an dieselbe Verwaltungseinheit erwiesen. Werden diese Vorgaben von allen Beteiligten ernst genommen, kann hier eine kleine Erfolgsgeschichte zum Nutzen von Patienten und Krankenhäusern ihre Fortsetzung finden. ■

Autor:

**Gerrit Frühauf**

Medizincontroller

Klinikum der Stadt Ludwigshafen

gGmbH

Bremserstrasse 79

D-67073 Ludwigshafen am Rhein

E-Mail: gerrit.fruehauf@klilu.de