

Vermeidung von Steuerungsverlusten durch Kompetenzbündelung strategischer Stabsbereiche

Konvergenzphase, Vertragsmanagement und wachsender Wettbewerb des Krankenhausmarktes führen zu gestiegenen Anforderungen an das Personal. Diesen kann nur mit zunehmender Professionalisierung des Krankenhauspersonals, insbesondere in den Verwaltungsabteilungen, begegnet werden. Wer das Wissen seiner Mitarbeiter zu komplexen betriebswirtschaftlichen Zusammenhängen nicht verlieren bzw. dieses Wissen gezielt fördern möchte, entwickelt neue, aufbauorganisatorische Formen der Stabsabteilungen.

STEUERUNG · VERWALTUNG · ABTEILUNGSZUSAMMENFÜHRUNG · AUFBAUORGANISATION · PROFESSIONALITÄT

Vielfältige Anforderungen für Mitarbeiter auf Grund veränderter Krankenhausfinanzierung

Der Erfolgsdruck auf die Kliniken durch das Ende der Konvergenzphase und die Komplexität des DRG-Systems führt zunehmend Mitarbeiter der mittleren Führungsebene mit Steuerungs- und Koordinationsfunktion an die Grenzen ihrer Sachkompetenz. Von dieser Hierarchieebene im Unternehmen werden gezielte Konzepte, Handlungsoptionen und generelle Lösungsmodelle komplexer Struktur verlangt.

Einzelne Mitarbeiter wie auch die bisherigen administrativen Abteilungsstrukturen der Kliniken sind nicht mehr adäquat auf die Anforderungen im Sinne eines effektiven Zusammenwirkens des übergreifenden Know-hows ausgerichtet.

Der Verlust von Qualität und Stringenz im Sinne einer Reduktion der Steuerungsfähigkeit in den Abteilungen nimmt zu. Ansätze einer multiprofessionellen Zusammenarbeit sind in den Kliniken gewünscht, verpuffen jedoch bekanntlich an den sogenannten Schnittstellen.

Veränderung der Aufbauorganisation als alternativer Lösungsansatz

Ziel ist es, die steigende Komplexität der externen Anforderungen an das Krankenhaus sowie die bekannten Probleme des althergebrachten Burgendenkens durch Überwindung der Abteilungsgrenzen aufzulösen.

Bei Betrachtung der typischen Strukturen der Verwaltungsabteilungen in Kliniken unterscheidet man traditionelle Bereiche wie z. B.

- Personalabteilung
- Finanz- und Rechnungswesen, Geschäftsbuchhaltung
- Ambulante und stationäre Abrechnung
- Patientenaufnahme
- Allgemeine Verwaltung und Direktion.

Diese Bereiche existieren im Rahmen der patientenbezogenen Verwaltungstätigkeiten, unabhängig von der Form des Finanzierungssystems, von jeher. Die folgenden Bereiche entstan-

den zunehmend, um den ordnungspolitischen Anforderungen gerecht zu werden:

- Medizincontrolling
- Kodierassistenz
- Controlling
- Qualitätsmanagement.

Viel Sachkompetenz und wenig Bewegung

Die Zusammenarbeit aller Verwaltungsabteilungen ist gewollter Konsens, eine systematische Nutzung der abteilungsübergreifenden Synergien eher selten.

Zur Erreichung einer hohen Qualität innerhalb der Verwaltungsprozesse muss umgedacht werden, um Kosten- und Erlöspotenziale zu heben. Gute Ergebnisse sind nur dann zu erzielen, wenn bekannte Fehler durch intensivierte Zusammenarbeit auf Dauer abgestellt werden können.

Die bisherigen aufbauorganisatorischen Strukturen als einzelne Stabsabteilungen konnten keine innovativen Gesamtkonzepte im Sinne einer deutlichen Qualitätsverbesserung über die Schnittstellen zu anderen Abteilungen hinaus entwickeln.

Maßnahmen für verkürzte Forderungsreichweiten im Sinne einer Liquiditätsverbesserung oder eine vollständige Datenerfassung bei der Patientenaufnahme zur Vermeidung der Datennachfassung beim Zeitpunkt der Abrechnung waren innerhalb der Abteilungsgrenzen zum Scheitern verurteilt. Eine Vielzahl weiterer Beispiele ist Mitarbeitern der genannten Abteilungen aus der täglichen Praxis bekannt.

Neue Formen übergreifender Abteilungsorganisation

Bei Feststellung der beschriebenen Probleme werden zunehmend Fragen im Hinblick auf eine sinnvolle Bündelung der meist strategischen Stabsabteilungen gestellt. Die traditionellen Liniensektoren bleiben in den meisten Kliniken von Veränderungen unberührt. Die Lösung für bestehende Qualitätsmängel in den Verwaltungsprozessen sollte rückwärts angedacht werden. Bei Festlegung der Zielsetzung und Qualität, die die Verwaltungsprozesse erfüllen sollen, müssen das Zusammenspiel

der Einzelabteilungen und die Bedingungen für das Eintreten der richtigen Qualität (z. B. zeitnahe und nicht zu beanstandende Abrechnung) definiert werden.

Diese Vorgehensweise fällt angesichts der Ist-Situation und somit der bestehenden Mängel nicht schwer. Im Umkehrschluss erhält man zwangsläufig die notwendigen Voraussetzungen, welche zuvor erfüllt sein müssen, um eine definierte prozessuale Qualität der Verwaltungsabläufe gewährleisten zu können. Wichtig ist jedoch die Möglichkeit der Einflussnahme auf die Faktoren, da diese häufig in anderen Verwaltungsabteilungen begründet sind. Die Auflösung dieser Schnittstellen funktioniert häufig nur in der Zusammenfassung der Einzelbereiche zu gemeinsamen Stabsabteilungen.

Verbesserungen münden heute oftmals in der aufbauorganisatorischen Eingliederung der Bereiche Medizincontrolling, Controlling, Patientenaufnahme, Abrechnung, Qualitätsmanagement und Innerbetriebliche Fortbildung in interdisziplinäre Organisationsstrukturen.

Je nach Ausprägung der vorliegenden Problematik sind überwiegend zwei Varianten als gängige Modelle anzutreffen.

Variante A dient insbesondere der Förderung der Qualität der Abrechnungsprozesse und der Liquiditätsplanung sowie der Planung der medizinischen Behandlungsprozesse.

In dieser Variante werden die Bereiche Medizincontrolling, Patientenaufnahme, Abrechnung und Qualitätsmanagement zusammengefasst. Die Leitung obliegt dem Medizincontrolling in Person eines Facharztes – daneben existieren Controlling sowie die Innerbetriebliche Fortbildung eigenständig.

Variante B fördert im Wesentlichen die portfolioorientierte Leistungsplanung und dient der sachgerechten Planung der strategischen Unternehmensausrichtung.

In dieser Variante werden ebenfalls die Bereiche Medizincontrolling, Controlling, Qualitätsmanagement und Innerbetriebliche Fortbildung verbunden. Als Zweites werden die Patientenaufnahme und die Abrechnung abteilungsorganisatorisch zusammengefasst.

Auch in diesem Modell obliegt dem Medizincontrolling in Person eines Facharztes die Leitung des Bereiches. Dieser innovative Ansatz ist jedoch von der Voraussetzung abhängig, dass neben der fachärztlichen Qualifikation die ökonomischen Kenntnisse, insbesondere die budgetrechtlichen Zusammenhänge in der Leitungsfunktion, gleichzeitig vorhanden sind.

Variante B fördert durch die Zusammenführung von Medizincontrolling und Controlling vielfältige Vorteile im Sinne von gegenseitigen Plausibilisierungen aus Kodierung und Einzelkostenzuordnung. Beispielhaft sei hier die patientenbezogene Zuordnung von Blutkonserven in Kalkulationsverfahren des

Controllings genannt: Das Medizincontrolling stellt bei Datenabgleich fest, dass kein OPS-Schlüssel für die Konserve beim Patienten erfasst ist. Durch Nacherfassung wird eine Verbesserung der Kodierqualität, im günstigsten Falle sogar eine Nachfakturierung von zusätzlichen Erlösen möglich, die andernfalls unbemerkt verloren gegangen wären. Je umfangreicher die gemeinsame Zusammenarbeit dieser Bereiche wird, desto stärker werden die wechselseitigen Vorteile für die Entwicklung von gesamtkonzeptionellen Lösungen offenkundig.

Die hinter den Empfehlungen stehenden Ideen basieren einerseits auf den aus Beratungsprojekten resultierenden Anforderungen an die Personalentwicklung, andererseits auf Anforderungsprofilen, die im Rahmen von Personalvermittlungstätigkeit an zu besetzende Stellen zu richten sind.



Zusammenkommen ist ein Beginn, zusammenbleiben ein Fortschritt, zusammenarbeiten ist ein Erfolg



Henry Ford

Grundsätzlich ist zu sagen, dass ärztliche Mitarbeiter die ökonomischen Zusammenhänge innerhalb des Krankenhauses einfacher verstehen können, als andernfalls der Betriebswirt die medizinisch-prozessualen Zusammenhänge im Detail verinnerlichen könnte. Dieser Entwicklung folgend liegt in der propagierten Abteilungsveränderung jedoch nur die erste Stufe der Kompetenzbündelung

von Abteilungen. Die Zukunft wird sicherlich in einigen Kliniken auf oberer Unternehmensebene eine Kombination aus betriebswirtschaftlichem Geschäftsführer und ärztlichem Verwaltungsleiter entstehen lassen.

FAZIT

Nur wer die Chancen aus einer übergreifenden Zusammenarbeit zwischen den Verwaltungsabteilungen sowie den verwaltungsnahen Bereichen erkennt, wird in der Lage sein, die Probleme der Kliniken im Hinblick auf eine gezielte Steuerung substanziell zu lösen. Ein Verharren in bestehenden Strukturen führt oftmals nur zu einem Konservieren bestehender Provisorien, die zwar als Lösungen tituliert werden, im Kern jedoch keine sind.

Wolfgang Kormann

Adveris Unternehmensberatung GmbH
Geschäftsführer
Tel. 02 51/8 71 76-325
wolfgang.kormann@adveris.de

Rolf Quabeck

Adveris Unternehmensberatung GmbH
Berater
Tel. 02 51/8 71 76-316
rolf.quabeck@adveris.de