
Vorwort

Medizinisches Controlling ist eine junge Disziplin, aber sie ist heutzutage unverzichtbar: Umbau des Gesundheitswesens, Vernetzung von Untersuchung und Behandlung der Patienten, Umstellung der Finanzierung auf Fallpauschalen und Qualitätssicherung sind aktuelle Themen, die sich gegenseitig bedingen. Seit Kostenminimierung und zugleich Effizienzsteigerung der medizinischen Versorgung mit Einführung der DRGs erzwungen wurden, gibt es das „Medizinische Controlling“ allenthalben neu. Es ist nicht Buchhaltung, nicht nur Management, nicht Logistik, nicht Pflegeoptimierung, nicht Behandlungsplanung, nicht Abrechnung, es ist eine neue interdisziplinäre, sozusagen ganzheitliche Betrachtungsweise des Medizingeschehens. Medizinisches Controlling darf keinen der genannten Gesichtspunkte außer Acht lassen, ist aber nicht Verwaltung, nicht technischer Dienst, nicht reine Dienstleistung, sondern eine neue Technik, die auf der Basis des Medizingeschehens der Steuerung des Ganzen dient. Einerseits hat es seine Quellen tief im täglichen Geschehen „vor Ort“, andererseits dient es der Leitung aller Bereiche zur Entscheidungsfindung auf gesicherter Grundlage. Es verlangt daher sowohl detaillierten medizinischen Sachverstand als auch strategisches und konzeptionelles Denken. Es beschäftigt Ärzte, Pflegepersonal, Dokumentare, Statistiker, Analysten und Informatiker.

Aus meiner Sicht, der Sicht eines Pioniers der medizinischen Informatik als Lehre von Dokumentation und Datenverarbeitung, ist diese Entwicklung höchst erfreulich. Denn erstmals seit Jahrzehnten der Fehlentwicklung der „Krankenhaus-Informationssysteme“ (KIS) zur optimalen Unterstützung der Verwaltung (im Wesentlichen ohne Berücksichtigung der Belange von Ärzten und Pflegepersonal) stehen damit wieder die medizinischen Originaldaten, die echten Behandlungsdaten im Mittelpunkt des Interesses, die verschiedenen Stadien der Diagnostik, die Prozeduren und die medizinischen Ergebnisse. Schon seit Ende der sechziger Jahre habe ich gepredigt: Man kann aus dem EKG-Befund die Abrechnungsnotwendigkeiten ermitteln, aber nicht aus der Abrechnungsziffer den Befund. Originaldaten sind wichtig, nicht die Abrechnungskataloge. Jetzt – endlich – ist es so weit. Das medizini-

sche Controlling muss sich vor allem auch um die zuverlässige, fehlerfreie und prozessunterstützende Dokumentation der medizinischen Primärdaten, um die Krankengeschichte kümmern. Dort liegen die Quellen zur Beurteilung des Geschehens. Deswegen gibt es auch erstmals ernst zu nehmende Aussichten auf die Durchsetzung elektronischer Patientenakten. Sie versprechen Arbeitserleichterung für alle Beteiligten, für die Ärzte, das Pflegepersonal und sie garantieren dem Controlling eine zuverlässige Datenbasis. Nur wenn die Primärdaten aus dem Prozessgeschehen unmittelbar abgeleitet werden können, sind sie, wenn sekundär klassifiziert und aggregiert, brauchbar zur Qualitätskontrolle und strategischen Entscheidungsfindung. Werden sie ohne Rückwirkung auf das aktuelle Behandlungsgeschehen als Zusatzarbeit vom Personal verlangt, sind sie umso schlechter, je intelligenter die Beteiligten sind: Clevere Mitarbeiter kennen einige Schlüssel auswendig, die unbeanstandet durch die Prüfungen laufen, deren Verwendung bei selteneren Fällen Arbeit spart, mit denen sie nicht auffallen. Statt des mühseligen Aufsuchens in systematischen Katalogen (auch wenn durch die seinerzeit von uns gelieferten praxisnahen Thesauri erleichtert) nimmt man, das ist nur allzu verständlich, lieber diese unauffälligen Ausweichschlüssel. An der Inzidenz solcher Schlüssel kann man dann zwar die Urlaubspläne der verantwortlichen Mitarbeiter ablesen (das wurde publiziert), aber man sollte tunlichst von solchen Daten nicht Kostenplanung oder strategische Entscheidungen abhängig machen. Deswegen muss sich das medizinische Controlling vordringlich um die Sicherung einer guten Datenbasis, die prozessunterstützende, arbeitserleichternde medizinische Dokumentation kümmern. Sinnvoller IT-Einsatz in einer elektronischen Patientenakte, z. B. zur Behandlungsplanung, Leistungsanforderung, Ergebnisrückmeldung, programmierten Befundschreibung, Verbesserung entscheidungsrelevanter Information, kann zugleich die Arbeit massiv erleichtern, die Versorgungsqualität verbessern und, quasi als Abfallprodukt, gute, aus dem Prozess gewonnene, sozusagen in der Esse der Praxis gehärtete Daten liefern. Diese Einsicht wächst und damit auch das einschlägige Software-Angebot. Wiederholt habe ich darauf hingewiesen, dass nicht der Arzt oder eine Hilfskraft verschlüsseln sollten, sondern dass es erstrebenswert ist, die Originalbefunde, auch die diktierten, durch moderne Informationstechnologie und Textverarbeitung zur automatischen Gewinnung von Schlüsseln und Kennziffern heranzuziehen. Das ist nachweislich fehlerfreier als alle manuellen Verfahren. Ich gehe davon aus, dass mich die Autoren, weil sie dieses „ceterum censeo“ von mir kennen, zum Vorwort aufgefordert haben – und ich habe mich darüber gefreut.

Die Autoren sind Praktiker und maßgebliche Mitgestalter der neuen
Zunft, nachdenklich und unkonventionell in ihren Ansichten. Sie sind
erfolgreich sowohl in der Routine als auch in der ganz neuen Wissen-
schaft und Lehre vom Medizinischen Controlling.

Von ganzem Herzen wünsche ich diesem so nötigen Buch weite Ver-
breitung, den Autoren positive Rückkopplung und Anregungen. Ich
bin sicher, dieses Werk hilft dem neuen, wichtigen Gebiet „Medizini-
sches Controlling“ zum Erfolg beim Bemühen um Aufrechterhaltung
hoher Versorgungsqualität bei minimierten Kosten.

Tausenstein, im Oktober 2004

Prof. em. Dr. med. Wolfgang Giere

Ehemaliger Direktor des Zentrums der Medizinischen Informatik des
Klinikums der J. W. Goethe-Universität Frankfurt