



Foto: karepa – Fotolia

# Mit Praktikerwissen eine harte Controlling-Nuss knacken

## Statis e. V. – clevere Überwachung der Honorarabrechnung im MVZ durch pragmatische Lösungsansätze

**U**rsachenforschung: Die drei Quellen des Verdrusses. In der Praxis zeigt sich, dass

*Eine besondere Herausforderung für Klinik-MVZ stellt erfahrungsgemäß die Honorarabrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung dar, die für Kliniken in der Regel ungewohnt ist. Die Etablierung eines aussagekräftigen Controlling-Systems birgt besondere Schwierigkeiten. Die Honorarabrechnung mit der GKV gleicht daher in vielen Klinik-MVZ eher einer „blackbox“, die regelmäßig mehr oder minder unangenehme Überraschungen erzeugt.*



Oliver Frielingsdorf  
1. Vorsitzender  
Statis e. V.  
Köln

insbesondere drei Aspekte ein zuverlässiges und aussagekräftiges monatliches Honorar-Controlling im GKV-Bereich eines Klinik-MVZ erschweren.

### Problem 1: Unbekannte Auszahlungsquote

Die Abrechnung von GKV-Honoraren im ambulanten Gesundheitswesen ist dadurch geprägt, dass in den meisten Fachrichtungen ein Großteil der ärztlichen Leistungen einer sogenannten Honorarbudgetierung unterliegt. Dies bedeutet, dass die von einem MVZ-Arzt zur Abrechnung gebrachte Leistungsmenge nur anteilig vergütet wird. Alle siebzehn KVen gewähren hierzu jedem Arzt ein Honorarbudget, bei dessen Überschreitung es zu Honorarkürzungen kommt. Eine Ausnahme stellen Ärzte dar, die einer unbudgetierten Fachrichtung angehören (beispielsweise der Strahlentherapie).

Um das im MVZ zu erwartende KV-Honorar zu ermitteln, ist daher für jeden einzelnen MVZ-Arzt die Kenntnis seiner individuellen

Auszahlungsquoten (vergleiche Definition) unverzichtbar. Da sich die Honorarbudgets der MVZ-Ärzte stets auf den Zeitraum eines Quartals beziehen, kann das Ausmaß der Budgetüberschreitung (und damit seine Auszahlungsquote) grundsätzlich erst nach Quartalsende zuverlässig bestimmt werden. Erst dann ist bekannt, welche Leistungsmenge jeder MVZ-Arzt zur Abrechnung gebracht hat und in welchem Ausmaß er sein Honorar-Budget überschritten hat.

In einigen KVen kommt erschwerend hinzu, dass auch das Honorarbudget erst am Ende des Quartals ermittelt und bekannt gegeben wird. Gleiches gilt häufig für die Auszahlungspunktwerte, die sich unter anderem auch danach richten, welche Leistungsmengen andere Ärzte derselben Fachrichtung im abgelaufenen Quartal zur Abrechnung gebracht haben. Es sind dann mehrere zur Ermittlung der Auszahlungsquote benötigte Größen während des noch laufenden Quartals unbekannt.

## „Auszahlungsquote“

Überschreitet ein MVZ-Arzt das ihm von der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellte Honorarbudget (in den meisten KVen als „Regelleistungsvolumen“ bezeichnet), sinkt seine Auszahlungsquote – definiert als das Verhältnis von ausgezahltem Honorar zu abgerechneter Leistungsmenge – unter 100 %. Beispiel: Arzt Dr. A hat im abgeschlossenen Quartal 55.000 Euro an Leistungen zur Abrechnung gebracht und erhält hierfür von der KV ein Honorar in Höhe von 42.000 Euro gutgeschrieben. Die individuelle Auszahlungsquote für Dr. A beträgt somit 76,4 %.

### Problem 2: Degressive Entwicklung der Leistungsabrechnung im Quartalsverlauf

Die zweite Herausforderung für ein aussagekräftiges Honorarcontrolling im Klinik-MVZ besteht darin, dass die Leistungsabrechnung über die dreizehn Quartalswochen sich in den meisten Fachrichtungen nicht linear entwickelt, sondern degressiv (► Abb. 1). Dies ist unter anderem zurückzuführen auf die sogenannten Grundpauschalen, die für die meisten Fachrichtungen einmalig im Quartal beim Erstkontakt mit einem Patienten abgerechnet werden. Folgekontakte zu einem Patienten im selben Quartal haben nicht mehr dieselbe wirtschaftliche Bedeutung, was sich in der typisch degressiven Abrechnungskurve niederschlägt.

Dieser degressive Effekt ist umso stärker ausgeprägt, desto häufiger die Patienten im Durchschnitt in das MVZ kommen. Besonders stark degressiv entwickelt sich also die Leistungsabrechnung in MVZ, in denen Krankheiten über einen längeren Zeitraum regelmäßig behandelt werden, häufig also beispielsweise in MVZ mit internistischem Schwerpunkt. In Fachrichtungen, die durch Einzelkontakte zum Patienten geprägt sind

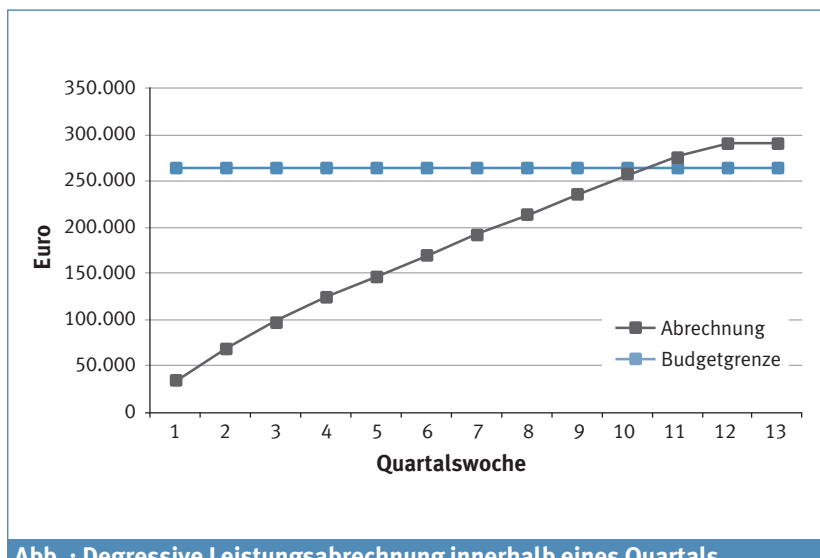


Abb. 1: Degressive Leistungsabrechnung innerhalb eines Quartals

(beispielsweise Augenheilkunde oder Dermatologie), oder in Fachrichtungen, deren Grundpauschale nur einen relativ geringen Anteil am Gesamthonorar ausmacht (beispielsweise Strahlentherapeuten), entwickelt sich das Abrechnungsvolumen im Gegensatz dazu im Quartalsverlauf annähernd linear. Eine stark degressive Entwicklung der Leistungsabrechnung über das Quartal erschwert die monatliche Prognose des zu erwartenden Honorars deutlich.

Hinzu kommt, dass die KVen am Ende des Quartals verschiedene Gebührenordnungsziffern automatisch zusetzen. Zu nennen ist zum Beispiel die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung, die die KV einem Facharzt für jeden Patienten gutschreibt, der ausschließlich eine Basisversorgung erhalten hat. Zu nennen ist auch der sogenannte Wirtschaftlichkeitsbonus, der Ärzten gutgeschrieben wird, die nur in begrenztem Umfang Laboruntersuchungen ausgelöst haben. Diese von der KV zugesetzten Honorare können naturgemäß aus eigenen Zahlen des Klinik-MVZ nur mit erheblichem Aufwand hergeleitet werden.

### Problem 3: Degressive Entwicklung der Fallzahlen im Quartalsverlauf

Eine weitere wichtige Größe neben dem erwirtschafteten Honorar ist in Klinik-MVZ regelmäßig auch die Patientenzahl. Im stationären Bereich verweilen die Patienten über einen eindeutig messbaren Zeit-

raum (zwischen Aufnahme und Entlassung) im Krankenhaus, so dass Patientenanzahl und durchschnittliche Verweildauer zu jedem Zeitpunkt leicht ermittelt werden können. Diese Kennziffern sind wichtige Controlling-Größen zur Überwachung und Steuerung des Leistungsgeschehens im Krankenhaus. MVZ-Patienten kommen jedoch nur zu Einzelterminen in das MVZ und dies teilweise mehrfach im Quartal oder sogar über das gesamte Jahr hinweg. In gängigen Abrechnungssystemen wird bei einem Quartals-Erstkontakt ein sogenannter „Behandlungsfall“ (vergleiche Definition) eröffnet. ►

## „Behandlungsfall“

Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis (beziehungsweise dasselbe MVZ) in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse. Ein Behandlungsfall umfasst damit die gesamte Behandlung eines Patienten innerhalb eines Quartals, auch wenn sie von mehreren Ärzten desselben MVZ erbracht wird. Kommt derselbe Patient wegen derselben Erkrankung im Folgequartal erneut, wird erneut ein Behandlungsfall ausgelöst.

Alle Behandlungsfälle werden am Quartalsende geschlossen – unabhängig davon, ob die Patientenbehandlung im Folgequartal fortgesetzt wird. Kommt der Patient im Folgequartal erneut in das MVZ, wird für denselben Patienten ein neuer Behandlungsfall eröffnet. Eine „Verweildauer“ (analog zum stationären Bereich) kann somit für ambulante MVZ-Patienten im Regelfall nicht ermittelt werden.

Da viele im ambulanten Bereich wirtschaftlich relevante Größen (beispielsweise das Honorarbudget und die Anzahl der Grundpauschalen) auf den Behandlungsfall Bezug nehmen, wird daher üblicherweise anstelle der Patientenzahl die Zahl der Behandlungsfälle zur Grundlage eines Controlling-Systems gemacht. Da ein Behandlungsfall bei einem Quartals-Erstkontakt eröffnet wird, verläuft auch die Anzahl der offenen Behandlungsfälle (analog zur Entwicklung der Leistungsabrechnung) über ein Quartal hinweg in der Regel nicht linear, sondern mehr oder weniger stark degressiv. Werden in einem MVZ zum Beispiel längerfristig oder chronisch kranke Patienten behandelt oder werden Behandlungsserien mit mehreren Arzt-Patienten-Kontakten im selben Quartal durchgeführt, so werden in den ersten Wochen eines jeden Quartals überproportional viele Behandlungsfälle eröffnet.

Ein Rückgang der neu eröffneten Behandlungsfälle im Februar und im März gegenüber dem Januar (als erstem Quartalsmonat) muss also keineswegs zwangsläufig als Alarmsignal verstanden werden, sondern ist je nach Fachgruppenkonstellation im MVZ der zu erwartende Normalfall.

Da gemäß Definition ein Patient auch dann nur einen einzigen Behandlungsfall auslöst, wenn er innerhalb eines Quartals von mehreren Ärzten behandelt wird, und da dieser Behandlungsfall zudem demjenigen Arzt zugeschrieben wird, der den Erstkontakt mit dem Patienten hatte, taugt die Behandlungsfallzahl ausschließlich zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Gesamt-MVZ. Wird eine Kenn-

## „Arztfall“

Der Arztfall ist definiert in § 21 Abs. 1b Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMVÄ) und umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte. Wird ein Patient in einem MVZ von mehreren MVZ-Ärzten gemeinsam behandelt, werden mehrere Arztfälle ausgelöst – jedoch nur ein einziger Behandlungsfall. Die Summe aller Arztfälle in einem MVZ legt umso deutlicher oberhalb der Behandlungsfallzahl, desto intensiver MVZ-Patienten kooperativ beziehungsweise interdisziplinär betreut werden.

zahl zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit der einzelnen Ärzte benötigt, muss auf den sogenannten „Arztfall“ (vergleiche Definition) zurückgegriffen werden.

### Qualität und Verfügbarkeit der eigenen Abrechnungsdaten

Möchte ein Klinik-MVZ auf der Basis der eigenen GKV-Abrechnungsdaten ein aussagekräftiges und tragfähiges Abrechnungs-Controlling einrichten, so muss die Qualität dieser Abrechnungsdaten bestimmte Mindestanforderung erfüllen. Erfahrungsgemäß weisen jedoch die MVZ-eigenen Abrechnungsdaten in vielen Klinik-MVZ aufgrund einer fehlerhaften Abrechnungspraxis erhebliche Mängel auf.

Ein Hinweis auf Fehlrechnungen liefern die Fehlerprotokolle (je nach KV zum Beispiel als Regelwerksprotokoll oder als Richtigstellungsmittel bezeichnet). Einige KVen liefern diese Fehlerprotokolle automatisch als Anlage zum Honorarbescheid mit, andere KVen stellen sie nur auf Anfrage zur Verfügung. Ist dieses Fehlerprotokoll sehr umfangreich, sind die zugrunde liegenden Abrechnungsdaten des MVZ

für ein seriöses Controlling unbrauchbar. Die Fehlerprotokolle sollten daher als wichtige Information eingestuft und stets mit den betroffenen Ärzten durchgegangen werden, um Fehler in der Abrechnung zu identifizieren und abzustellen. Erfahrungsgemäß ist die Abrechnungsqualität in Klinik-MVZ geringer, wenn eines der etablierten Praxisverwaltungssysteme zur Abrechnung genutzt wird. Denn in diesen Systemen ist zumeist ein Regelwerks-Modul enthalten, welches fehlerhafte Abrechnungseingaben zu einem beträchtlichen Teil unterbindet. Selbstentwickelte Lösungen innerhalb des Krankenhausinformatik-Systems bleiben hinsichtlich der erzeugten Datenqualität (und meist auch hinsichtlich der Anwenderfreundlichkeit) deutlich hinter etablierten Praxisverwaltungssystemen zurück.

Zu überprüfen und zu bedenken sind hinsichtlich der Qualität und Nutzbarkeit der MVZ-eigenen Abrechnungsdaten auch die Abrechnungsprozesse im MVZ. Erfolgt die Abrechnung der Leistungen nicht kontinuierlich (beispielsweise täglich), kann im laufenden Quartal naturgemäß nicht zu jedem Zeitpunkt auf aussagekräftige und vollständige Abrechnungsdaten zurückgegriffen werden.

Schließlich ist festzulegen, auf welche Weise und in welchem Rhythmus die für ein GKV-Abrechnungs-Controlling erforderlichen Abrechnungsdaten eingezogen werden sollen. Eine Möglichkeit besteht darin, monatlich eine Testabrechnung mittels des Abrechnungsmoduls zu erstellen. Es wird dabei ein KV-konformer Abrechnungsdatensatz erzeugt, der alle bis zu diesem Zeitpunkt angelegten Behandlungsfälle und alle bis zu diesem Zeitpunkt abgerechneten Gebührenordnungspositionen enthält. Eine Alternative besteht darin, ohne Rückgriff auf eine (gegebenfalls aufwendige) Testabrechnung die benötigten Daten mittels Statistik-Modul aus der EDV direkt am Bildschirm in einem digitalen Datenformat zu exportieren. Auch hier sind die Nutzer etablierter Praxisverwaltungssysteme häufig im Vorteil, weil diese Systeme in der



Regel umfangreiche Statistik-Module zur Verfügung stellen.

### **Praktikable Lösungsmöglichkeiten für ein Abrechnungs-Controlling**

Um die Auswirkungen der Honorarbudgetierung in einem Controlling-Prozess zu erfassen, hat es sich in der Praxis als praktikabel erwiesen, für jeden MVZ-Arzt eine individuelle Auszahlungsquote zu hinterlegen. Diese Auszahlungsquote kann in einigen KVen aus dem Honorarbescheid ermittelt werden. Voraussetzung ist, dass die zuständige KV im Honorarbescheid die je MVZ-Arzt abgerechnete Leistungsmenge ausweist und ebenso das je Arzt erzielte Honorar. Aus diesen beiden Größen lässt sich die individuelle Auszahlungsquote jedes einzelnen MVZ-Arztes durch Rückrechnung ermitteln (vergleiche Definition).

Bei Rückgriff auf KV-Daten (sofern überhaupt vorhanden) zur Ermittlung von arztindividuellen Auszahlungsquoten ist jedoch erfahrungsgemäß Vorsicht geboten. Denn manche KVen weisen in ihren Honorar-Bescheiden das erwirtschaftete Honorar nur scheinbar arztindividuell aus. Tatsächlich legen manche KVen (zum Beispiel in Nordrhein oder Niedersachsen) für die Darstellung der je Arzt erzielten Honorare hilfsweise für alle MVZ-Ärzte eine identische, über das gesamte MVZ gemittelte Budgetauslastung zugrunde. Die aus derartigen Zahlen hergeleitete Auszahlungsquote wäre für Controllingzwecke ungeeignet, weil die Budgetauslastung des einzelnen Arztes (deren Berücksichtigung ja gerade Ziel der Bemühungen ist) aus den Ausgangsdaten der KV eliminiert wurde. Es ist nicht immer leicht, die Brauchbarkeit der diesbezüglichen KV-Angaben zu ermitteln, weshalb zur Einrichtung eines Abrechnungscontrollings die Unterstützung durch einen spezialisierten Fachberater sinnvoll sein kann. Gleiches gilt, sofern die zuständige KV Angaben für die einzelnen Ärzte grundsätzlich nicht zur Verfügung stellt.

Stehen individuelle Auszahlungsquoten für die einzelnen MVZ-Ärz-

te zur Verfügung, kann das von jedem einzelnen Arzt bis zum Erhebungsstichtag erwirtschaftete Honorar durch einfache Multiplikation seines aktuellen Abrechnungsvolumens (Datenquelle eigenen EDV – siehe oben) mit der individuellen Auszahlungsquote ermittelt werden.

Stehen valide Auszahlungsquoten für die einzelnen MVZ-Ärzte nicht zur Verfügung oder weisen die MVZ-eigenen Abrechnungsdaten nicht die notwendige Datenqualität auf, so kann alternativ für jeden MVZ-Arzt anstelle der Auszahlungsquote ein Auszahlungswert hinterlegt werden. Diese Größe kann grundsätzlich ebenfalls aus dem Honorarbescheid der KV ermittelt werden, sofern eine nach Ärzten differenzierte Darstellung von der KV zur Verfügung gestellt wird und sofern die arztindividuellen KV-Zahlen nicht lediglich hilfsweise (beispielsweise durch Durchschnittsbildung aus MVZ-Zahlen) pauschaliert, sondern konkret und tatsächlich arztindividuell hergeleitet wurden. Wird das Controlling auf Fallwerten aufgesetzt, werden weder Auszahlungsquoten, noch eigene Abrechnungsdaten benötigt. Es genügt dann, die Arztfallzahlen zu ermitteln und diese mit dem Fallwert des jeweiligen Arztes zu multiplizieren. Voraussetzung ist eine saubere Ermittlung der Arztfälle, die jeweils beim Erstkontakt eines Arztes mit einem Patienten aktiviert und am Quartalsende abgeschlossen werden.

Erfahrungsgemäß sollten die benötigten Controlling-Kennzahlen (Auszahlungsquote oder Fallwert) jedes Quartal nach Eintreffen des KV-Honorarbescheides überprüft und gegebenenfalls angepasst werden, um Genauigkeit und Stabilität der Controllingergebnisse sicherzustellen beziehungsweise kontinuierlich zu verbessern. Anfällig sind die vorgestellten Controlling-Ansätze bei der Integration neuer MVZ-Ärzte sowie auch bei der Veränderung von Leistungsspektrum oder Leistungsumfang einzelner Ärzte. In diesen Fällen sind temporäre Ungenauigkeiten solange unvermeidbar, bis sich die Leistungserbringung wie-

## **Der Statis e.V.**

„Erfahrungsaustausch mit Gleichgesinnten ist unverzichtbar“. Der Statis e. V. wurde am 30. Januar 2014 zur Förderung des medizinischen und wirtschaftlichen Erfolges von sieben Klinik-MVZ gegründet. Dem Verein sind heute über 40 Klinik-MVZ angeschlossen, die im Rahmen von Praktikerzirkeln ihre Erfahrungen strukturiert untereinander austauschen. Jährliche Betriebsvergleiche ermöglichen den teilnehmenden Klinik-MVZ zudem eine zuverlässige und aussagekräftige Einschätzung der eigenen Prozessqualität und deren Wirtschaftlichkeit. Zu den Themen, die in diesem Kreise gleichgesinnter Praktiker nutzbringend diskutiert werden, zählen regelmäßig auch Abrechnungs- und Controllingthemen.

der stabilisiert und die Controlling-Kenngrößen angepasst wurden.

Eine weitere qualitative Verbesserung der beschriebenen Controlling-Ansätze besteht darin, die je nach Fachrichtung mehr oder weniger stark degressiv ausgeprägte Entwicklung von Abrechnungsvolumina und Fallzahlen über die dreizehn Wochen eines Quartals zu kompensieren beziehungsweise zu glätten. Hierzu können Korrekturfaktoren hinterlegt werden, die auf das Abrechnungsergebnis einzelner Monate angewendet werden können. Auf diese Weise sind dann auch Honorar-Hochrechnungen auf das Quartalsende möglich, die aufgrund der degressiven Abrechnung ansonsten häufig keine brauchbaren Ergebnisse liefern. ■

**Oliver Frielingsdorf**  
Statis e. V.  
Hohenstaufenring 48 – 54  
50674 Köln