

Klinikrundbrief

Inhaltsverzeichnis

A. Rechtsprechung

- I. BSG, Urt. v. 17.09.2013: Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt auch für nachstationäre Krankenhausbehandlung
- II. BAG, Urt. v. 16.10.2013: Auch zum Berufsbild eines (leitenden) Oberarztes gehören Bereitschaftsdienste
- III. LAG Niedersachsen, Urt. v. 17.04.2013: Verstoß gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung kann außerordentliche Kündigung des Chefarztes rechtfertigen
- IV. VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 04.02.2013: „Synovektomie-Hüftgelenk“ kein notwendiger methodischer Bestandteil einer Alloarthroplastik

B. Betriebswirtschaft

Klinik-MVZ: Objektive Messung der ärztlichen Leistung mit Kennzahlen

A. Rechtsprechung

I. Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt auch für nachstationäre Krankenhausbehandlung

Mit Urteil vom 17.09.2013 (Az. B 1 KR 51/12 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) zum Verhältnis zwischen nachstationärer Krankenhausbehandlung und vertragsärztlicher Behandlung entschieden, dass Behandlungen nach § 115a SGB V nur dann erforderlich sind, wenn es der besonderen Mittel des Krankenhauses hierfür bedarf.

Gegenstand des Rechtsstreits war der Vergütungsanspruch für eine simultane Radiochemotherapie. Das klagende Klinikum behandelte die bei der beklagten Krankenkasse versicherte Patientin zunächst vom 01. bis 11.07.2008 stationär mit acht Einheiten Hochvoltstrahlentherapie und einem Zyklus Chemotherapie. Danach wurde die Versicherte entlassen und in der Zeit vom 14. bis 22.07.2008

mit weiteren 7 Einheiten Strahlentherapie und einem weiteren Zyklus Chemotherapie behandelt. Anschließend wurde die simultane Radiochemotherapie bei der Klägerin, die auch zur ambulanten Strahlentherapie ermächtigt war, gestützt auf die Ermächtigung, bis zum 19.08.2008 fortgeführt. Die Klinik verlangte für die Behandlung in der Zeit bis zum 22.07.2008 eine Vergütung von insgesamt 10.229,49 € für die Fallpauschale DRG E08B. Diese sieht in ihrer Leistungslegende u.a. „mehr als 9 Bestrahlungen“ vor. Die Krankenkasse vergütete nur die Fallpauschale E08C, die neben einer kürzeren Verweildauer u.a. „weniger als 10 Bestrahlungen“ vorsieht. Dagegen wehrte sich die Klägerin mit der Begründung, dass hinsichtlich der Fallpauschale auch die nachstationär erbrachten Bestrahlungsleistungen zu berücksichtigen seien.

Dieser Rechtsansicht trat das BSG letztendlich entgegen. Mit den Fallpauschalen werden gem. § 7 S. 1 Nr. 1 KHEntgG alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen Krankenhausleistungen vergütet. Gemäß § 1 S. 1 KHEntgG gehören hierzu die voll- und teilstationären Leistungen. Nicht nach diesem System werden vor- und nachstationäre Leistungen vergütet. Deren Vergütung ist in § 115a SGB V und § 8 Abs. 2 S. 3 KHEntgG geregelt. Voraussetzung für die Vergütungsfähigkeit ist nach § 8 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG, dass die Summe aus stationären Belegungstagen und vor- und nachstationären Behandlungstragen die Grenzverweildauer der jeweiligen Fallpauschale überschreitet. Wortlaut, System und Zweck dieser Regelungen begründen nicht die Möglichkeit, durch Leistungen, die im Rahmen einer nachstationären Versorgung erbracht werden, eine abweichende Fallpauschale abzurechnen. Die Fallpauschalen wirken sich nur auf die Vergütungsfähigkeit der vor- und nachstationären Leistungen hinsichtlich der Voraussetzung der Überschreitung der Grenzverweildauer aus, nicht aber umgekehrt. Leistungen, die als vor- oder nachstationäre Leistungen erbracht werden, führen nicht dazu, dass eine andere Fallpauschale abgerechnet werden kann. Sind die Voraussetzungen nach §§ 115a SGB V, § 8 Abs. 2 KHEntgG nicht erfüllt, deckt die betreffende Fallpauschale die gesamte Behandlung inklusive teil- sowie vor- und nachstationärer Behandlungen mit ab. Aus diesem Grund müssen auch alle sonstigen Leistungsbestandteile der Fallpauschale im Rahmen der voll- und/oder teilstationären Versorgung erbracht worden sein. Da hier nur 8 Bestrahlungen vollstationär erbracht wurden, bestand nur ein Anspruch auf Vergütung der Fallpauschale E08C.

Darüber hinaus bestand auch neben der Fallpauschale E08C kein Anspruch auf Vergütung der weiteren Leistungen nach der Entlassung bis zum 22.07.2008, denn es fehlte an der Erforderlichkeit einer nachstationären Leistungserbringung. Zwar ist für nachstationäre Leistungen nach § 115a Abs. 1 SGB V - anders, als es der Wortlaut der Norm nahelegt - eine erneute „vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung“ nicht notwendig. Es handelte sich in dem entschiedenen Fall auch um einen „medizinisch geeigneten Fall“ zur nachstationären Versorgung i.S.d. § 115a SGB V, um die Behandlungserfolge der Krankenhaus-

behandlung zu festigen oder zu sichern. Die Voraussetzungen nach § 115a SGB V lagen mithin vor.

Allerdings war nachstationäre Leistungserbringung nicht erforderlich, da auch bei nachstationären Behandlungen die Grundsätze der Leistungserbringung des sozialen Krankenversicherungsrechts, insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs. 1 SGB V) und der daraus hervorgehende Vorrang vertragsärztlicher vor stationärer Versorgung (§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V) zu beachten sind. Die nachstationäre Behandlung ist im engeren Sinne Teil der Krankenhausbehandlung, da sie schon nur im engen Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung zulässig ist und als Annex zu dieser auch den Qualitätsvoraussetzungen für Krankenhausleistungen und nicht jenen der vertragsärztlichen Versorgung unterfällt. Auch für vor- und nachstationäre Leistungen gilt daher das Vorrangverhältnis ambulanter Versorgung. Daran ändern auch die später eingefügten Regelungen des § 115a Abs. 1 S. 2 und 3 SGB V nichts, die es erlauben, vor- und nachstationäre Leistungen durch niedergelassene Vertragsärzte – auch in deren Arztpraxis – erbringen zu lassen. Denn auch wenn vor- und nachstationäre Leistungen ambulant erbracht werden können, bleiben sie im Kern und auf Rechtsebene betrachtet stationäre Leistungen. Die nachstationäre Versorgung mit Bestrahlungsleistungen und einer weiteren Chemotherapie nach der Entlassung war dem Sachverhalt nach nicht erforderlich, da die Klägerin die Leistung auf Grundlage ihrer Ermächtigung ambulant ebenso gut hätte erbringen können, um eine Sicherung und Festigung des Behandlungserfolges zu erreichen.

Das BSG hat mit der Entscheidung die Einordnung von vor- und nachstationären Leistungen in das gewachsene rechtliche Gefüge, das dem Grunde nach nicht auf sektorübergreifende Leistungen ausgelegt ist, vorangebracht und für ein Stück mehr Klarheit gesorgt. Vor- und nachstationäre Leistungen sind stationäre Leistungen. Unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung, die auf tatsächlicher Ebene auch durch vertragsärztliche Leistungserbringer mit vertragsärztlichen Mitteln erfolgen kann, ist auf rechtlicher Ebene die Einordnung als stationäre Leistung maßgeblich und daher strikt zu beachten. Daraus erwächst auch die Folge der Nachrangigkeit gegenüber der ambulanten Leistungserbringung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und gibt auch den Abrechnungsweg vor. Die Krankenhäuser sind daher gehalten, im Einzelfall zu prüfen, dass zum einen die Voraussetzungen des § 115a Abs. 1 Nr. 2 SGB V erfüllt sind und zum anderen die Sicherung und Festigung des Behandlungserfolges der Krankenhausbehandlung nicht ebenso gut auf ambulantem Wege erreicht werden kann. Über die ausschlaggebenden Umstände, die zur Annahme einer vor- bzw. nachstationären Behandlung führen, ist die Krankenkasse zu informieren, damit sich gegebenenfalls die Erforderlichkeit durch den MDK fristgerecht prüfen lassen kann.

II. Auch zum Berufsbild eines (leitenden) Oberarztes gehören Bereitschaftsdienste

Dies ergibt sich aus einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts (BAG) vom 16.10.2013 (Az. 10 AZR 9/13). Ein auf der Grundlage des TV-Ärzte/VKA als leitender Oberarzt beschäftigter Neurologe strebte mit dem Rechtsstreit die Feststellung an, dass sein Arbeitgeber, ein Klinikum, nicht berechtigt sei, ihn zu Bereitschaftsdiensten heranzuziehen. Er vertrat die Auffassung, dass er nicht im Wege der Einteilung zu Bereitschaftsdiensten zur Erbringung „typischer Assistenzarztstätigkeiten“ herangezogen werden könne. Zwar könnten Oberärzte – wie in dem Klinikum auch üblich – zu Hintergrunddiensten eingeteilt werden. Die ärztliche Grundversorgung im Rahmen von Bereitschaftsdiensten sei jedoch typisch für Assistenzärzte, nicht hingegen für leitende Oberärzte.

Das BAG folgte der Argumentation des leitenden Oberarztes im Ergebnis nicht. Es beschäftigt sich in seinem Urteil ausführlich mit der Frage, welche Aufgaben und Leistungen zum typischen Berufsbild eines Arztes zählen. In diesem Zusammenhang stellte das BAG Folgendes fest:

Eine gesetzliche Regelung sei nicht ersichtlich, nach der ein Oberarzt nur dann zur Ableistung von Bereitschaftsdiensten verpflichtet werden dürfe, wenn die ärztliche Grundversorgung durch einen nachgeordneten Arzt sichergestellt werde. §§ 7 Abs. 6, 10 Abs. 1 TV-Ärzte/VKA verpflichte zudem Ärzte zur Erbringung von Bereitschaftsdiensten. Eine Differenzierung zwischen (leitenden) Oberärzten einerseits und nachgeordneten Ärzten andererseits findet sich im TV-Ärzte/VKA indes nicht. Damit aber gehörten Bereitschaftsdienste zum typischen ärztlichen Berufsbild, so das BAG. Das Klinikum könne im Rahmen seines arbeitgeberseitigen Direktionsrechts dem leitenden Oberarzt alle Tätigkeiten zuweisen, die mit seiner Stellung verbunden seien. Auch ein Oberarzt sei „zunächst einmal Arzt“. Neben seiner Kernaufgabe als Arzt, sich fachgerecht um die Heilung der Patienten zu bemühen, kämen einem Oberarzt auch Überwachungs- und Beaufsichtigungsfunktionen gegenüber Assistenzärzten zu. Diese würden damit auch Bestandteil des Aufgabengebietes, ohne dass damit die Kernaufgabe als Arzt entfielen oder eingeschränkt würde. Der klagende Oberarzt sei daher verpflichtet, der Einteilung zum Bereitschaftsdienst Folge zu leisten.

Wenn das BAG weiter ausführt, dass ein Arbeitgeber in engen Grenzen – in Not- und Ausnahmesituationen - sogar berechtigt sei, ohne Einverständnis des Arbeitnehmers auch Tätigkeiten zuzuweisen, die vertraglich nicht geschuldet sind, öffnet es Krankenhäusern die Möglichkeit, ärztliches Personal unabhängig von ihrer Stellung zu Bereitschaftsdiensten auch dann heranzuziehen, wenn die aktuelle Personaldecke (ohne Zutun des Krankenhauses) eine anderweitige Besetzung der Bereitschaftsdienste nicht zulässt; sofern dies die Ausnahme bleibt. Selbstver-

ständig sind stets der arbeitsrechtliche Gleichbehandlungsgrundsatz und das Maßregelungsverbot zu beachten.

Mit dieser Entscheidung ist nunmehr eindeutig geklärt, dass Bereitschaftsdienste typischerweise zum Berufsbild eines (leitenden) Oberarztes gehören. Einer Einteilung zum Bereitschaftsdienst kann jedoch im Einzelfall eine individualvertragliche Vereinbarung entgegenstehen.

III. Verstoß gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung kann außerordentliche Kündigung des Chefarztes rechtfertigen

Das Landesarbeitsgericht (LAG) Niedersachsen hat mit Urteil vom 17.04.2013 (Az. 2 Sa 179/12) festgestellt, dass eine unzulässige Privatliquidation nach § 4 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durch einen liquidationsberechtigten Chefarzt einen Grund für eine außerordentliche Kündigung darstellen kann.

Dem Urteil lag ein Rechtsstreit über eine außerordentliche Kündigung ohne vorherige Abmahnung eines Chefarztes zugrunde, der Herzschrittmacher-Implantationen trotz seiner Urlaubsabwesenheit zum Zeitpunkt der Leistungserbringung als wahlärztliche Leistungen abgerechnet hatte, ohne dass mit den entsprechenden Patienten eine konkrete Vertretervereinbarung abgeschlossen worden war.

Das Arbeitsgericht (ArbG) Braunschweig hatte der Klage des Chefarztes in Erster Instanz stattgegeben (Urt. v. 10.01.2012, Az.: 2 Ca 361/11) und festgestellt, dass das Arbeitsverhältnis durch die außerordentliche Kündigung nicht aufgelöst worden sei. Das ArbG Braunschweig hat diese Entscheidung im Wesentlichen darauf gestützt, dass die Nichtbeachtung der Schriftform, die bei Abschluss einer Vertretervereinbarung zu wahren ist, keine derart gravierende Vertragsverletzung sei, dass darin ein Grund zur außerordentlichen Kündigung gesehen werden könne. Auch sei für den Chefarzt nicht erkennbar gewesen, dass sein Verhalten kündigungsbegründend sein könne. Hiergegen wandte sich der beklagte Klinikträger mit der Berufung.

Das LAG Niedersachsen stellt hingegen fest, dass die außerordentliche Kündigung wirksam sei. Der vom Klinikträger vorgetragene Sachverhalt begründe als Abrechnungsbetrug einen wichtigen Grund für eine außerordentliche Kündigung des Chefarztes nach § 626 Abs. 1 BGB, so das Gericht. Der Chefarzt habe gegenüber den Patienten/Krankenkassen über das Vorliegen der den geltend gemachten Zahlungsanspruch begründenden Tasachen getäuscht; mit Rechnungstellung habe er konkludent behauptet, dass die Voraussetzungen zur Abrechnung der Leistungen erfüllt seien, so das Gericht weiter.

„Gemäß § 4 Abs. 2 GOÄ kann der Arzt Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Leistung erbracht wurden. Hierfür reicht es allerdings nicht aus, dass der Chefarzt allgemeine organisatorische Weisungen gibt oder die Mitarbeiter sorgfältig auswählt oder überwacht. Er muss vielmehr an der Leistungserbringung im Einzelfall mitwirken und die nach der jeweiligen Art der Leistung gebotene Aufsicht führen. Eine derartige Aufsicht setzt aber – wenn schon nicht Anwesenheit – dann jedenfalls die Möglichkeit, unverzüglich persönlich einwirken zu können, voraus. Dagegen reicht es nicht aus, dass der Chefarzt die Behandlung nur supervisiert und fachlich begleitet.“

Die Urlaubsabwesenheit des Chefarztes hat das LAG Niedersachsen als einen Fall der vorhersehbaren Verhinderung bewertet, nicht zuletzt auch deshalb, weil es in der Klinik langjährige Praxis gewesen ist, dass Herzschrittmacherimplantationen immer durch einen anderen Arzt als den Chefarzt durchgeführt worden sind. In Fällen vorhersehbarer Verhinderung ist jedoch der Abschluss einer Stellvertretervereinbarung im Wege der Individualvereinbarung erforderlich. Vor Abschluss einer solchen Vereinbarung bestehen besondere Aufklärungspflichten. Der Patient ist frühestmöglich darüber zu unterrichten, dass der Wahlarzt verhindert ist und ein bestimmter Vertreter zu den vereinbarten Bedingungen die wahlärztliche Behandlung übernehmen kann. Ihm muss die alternative Option aufgezeigt werden, auf die wahlärztliche Behandlung verzichten und sich ohne zusätzliche Kosten durch den diensthabenden Arzt behandeln lassen zu können. Dem Patienten ist ebenfalls die Möglichkeit zu eröffnen, die Behandlung bis zur Rückkehr des Chefarztes zu verschieben.

Das LAG Niedersachsen sieht in dem Verhalten des Chefarztes zudem einen Verstoß gegen die arbeitsvertragliche Rücksichtnahmepflicht. Aus dieser Pflicht ergebe sich, dass der Chefarzt alles zu unterlassen habe, was dem Ruf und dem Ansehen der Klinik schade. Da der Chefarzt den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung mehrfach und planvoll missachtet hat, hielt das Gericht auch eine Abmahnung vor Ausspruch der Kündigung als milderer Mittel für entbehrlich.

Das LAG Niedersachsen betont, dass insbesondere einem langjährig praktizierenden Arzt die Voraussetzungen des § 4 GOÄ bekannt sein müssen. Die in den Kliniken vielfach aufgestellte Schutzbehauptung, die Anforderungen an eine Individualvereinbarung im Fall vorhersehbarer Verhinderung seien nicht bekannt, schützt die Chefärzte mithin nicht vor arbeitsrechtlichen Konsequenzen. Das Gericht hat zudem ausgeführt, dass es den Chefarzt auch nicht entlaste, dass er die Abrechnungen von Dritten habe durchführen lassen. Das Urteil wird zahlreiche Chefärzte, die bislang fälschlicherweise den Abschluss einer schriftlichen Individualvereinbarung in ihrer Abteilung für entbehrlich hielten, zu einem Umdenken zwingen.

IV. „Synovektomie-Hüftgelenk“ kein notwendiger methodischer Bestandteil einer Alloarthroplastik

Der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg hat in seinem Urteil vom 04.02.2013 (Az. 2 S 1903/12) festgestellt, dass die unter der GOÄ-Nr. 2113 beschriebene „Synovektomie-Hüftgelenk“ kein notwendiger methodischer Bestandteil einer nach GOÄ-Nr. 2151 durchgeführten Alloarthroplastik ist. Aus diesem Grund können beide Leistungen einzeln berechnet werden, wenn für beide Leistungen eine eigenständige medizinische Indikation vorgelegen hat.

An dem klagenden privatversicherten Patienten wurde eine Alloarthroplastik gem. GOÄ-Nr. 2151 durchgeführt. Im Zuge der Operation führte die operierende Ärztin auch eine Synovektomie am Hüftgelenk gemäß der GOÄ-Nr. 2113 durch. Die Versicherung versagte die anteilige Kassenleistung für die durchgeführte Synovektomie. Die darauffolgende Klage auf die anteilige Übernahme der Behandlungskosten wurde in der ersten Instanz durch das VG Stuttgart mit Urteil vom 22.05.2012 (Az.: 6 K 4042/11) abgewiesen.

Gegen dieses Urteil legte der Kläger Berufung ein, da er der Meinung war, das Gericht hätte prüfen müssen, ob die unstrittig durchgeführte Synovektomie eine selbständige Leistung darstelle, die gesondert nach der GOÄ-Nr. 2113 abgerechnet werden könne.

Der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg gab der Berufung des Klägers statt. Zunächst stellte das Gericht fest, dass eine Leistung gem. § 4 Abs. 2a Satz 2 GOÄ eigenständig abgerechnet werden könne, wenn sie nicht Bestandteil einer anderen abgerechneten Leistung ist und es sich soweit um eine selbständige Leistung handle. Weiter führte das Gericht aus, dass es sich bei einer Synovektomie gemäß GOÄ-Nr. 2113 nicht um einen methodisch notwendigen Bestandteil der Alloarthroplastik gemäß GOÄ-Nr. 2151 handle. Es handelt sich folglich nicht um eine Maßnahme, die mit dem typischen Verlauf einer Alloarthroplastik zwangsläufig verbunden ist.

Desweiteren muss für eine Abrechenbarkeit der Synovektomie eine medizinische Indikation vorgelegen haben. Die Beklagte Versicherung bestritt eine solche, da bei der histologischen Untersuchung der entfernten Synovialis nach der Operation keine „stärkergradigen entzündlichen Veränderungen“ festgestellt worden seien. Das Berufungsgericht schränkte diese weite Begründung der Notwendigkeit ein. Für die Frage nach der Notwendigkeit einer Maßnahme käme es zunächst auf die Einschätzung des behandelnden Arztes an. Dabei ist grundsätzlich auf den „ex-ante“ Erkenntnisstand, also den Erkenntnisstand unmittelbar vor Durchführung der Maßnahme, abzustellen und nicht auf die „ex-post“ Erkenntnis nach der Durchführung. Ist die Behandlung des Arztes ex-ante mit guten Gründen vertretbar, wird ihr regelmäßig zu folgen sein. Im vorliegenden Fall deutete der OP-

Bericht ohne weiteres auf nicht nur unerhebliche entzündliche Veränderungen hin und begründete so eine Indikation für die vorgenommenen Synovektomie.

Aus Sicht der behandelnden Ärztin war es zum Zeitpunkt unmittelbar vor der Durchführung der Leistung aus guten Gründen vertretbar die Synovektomie durchzuführen. Dies ist ausreichend für die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme.

B. Betriebswirtschaft

Klinik-MVZ: Objektive Messung der ärztlichen Leistung mit Kennzahlen

Der wirtschaftlich erfolgreiche Betrieb eines Klinik-MVZ ist keine Selbstverständlichkeit. Viele Geschäftsführer scheitern an dieser schwierigen Aufgabe, weil die Spielräume bei der Honorierung eng, die Regelungen kompliziert und die Betriebsabläufe in der ambulanten Medizin speziell sind.

Eine amerikanische Studie von Michael E. Raynor und Mumtaz Ahmed kommt nach der Analyse von 25.000 Unternehmen u.a. zu der Erfolgsregel: „Umsatz vor Kosten“. Einfluss auf die GKV-Umsätze hat die Geschäftsleitung jedoch nicht unmittelbar. Denn die mit Abstand wichtigsten Einflussfaktoren für den Umsatz eines MVZ sind Umfang und Effizienz der ärztlichen Leistungserbringung. Das Honorar-System der Kassenärztlichen Vereinigungen ist gänzlich auf die ärztliche Leistungsmenge zugeschnitten und belohnt diese ökonomisch.

Die Schwierigkeit im Führungsalltag zahlreicher Klinik-MVZ besteht erfahrungsgemäß darin, die ärztliche Leistung zu quantifizieren, und damit einer Bewertung zugänglich zu machen. Ohne eine Bewertungsmöglichkeit hat die Geschäftsleitung jedoch keine Möglichkeit, sinnvolle Leistungsgespräche mit den angestellten Ärzten zu führen. Nicht selten kommt es in Bewertungsgesprächen mangels objektiver Bewertungsmaßstäbe hilfsweise zu subjektiven Einschätzungen, die von den Ärzten regelmäßig zurückgewiesen werden und im schlimmsten Fall zu Verärgerung und Konfrontation führen können.

Die Lösung besteht in der Anwendung von Kennzahlen. Geeignete Kennzahlen zur ärztlichen Leistungserbringung haben dabei gleich mehrere Vorteile. Zum einen ermöglichen sie eine sehr schnelle und einfache Informationsgewinnung für die Geschäftsleitung. Zum anderen sind Kennzahlen objektive Instrumente, deren Aussagekraft nicht durch subjektive Anteile geschwächt ist. Allerdings gibt es

Voraussetzungen, die für die erfolgreiche Anwendung von Kennzahlen in der ärztlichen Leistungsbewertung zwingend erfüllt sein müssen:

1. Die gewählte Kennzahl muss alleine dem bewerteten Arzt zuzuordnen sein.
2. Die Erhebung der Kennzahl muss frei von Verzerrungen und Ungenauigkeiten sein.
3. Die Vergleichsgruppe, mit der die Kennzahlen eines Arztes verglichen werden, muss passend sein.

Wird nur eine einzige dieser Voraussetzungen verletzt, verliert die kennzahlengestützte Bewertung ihre Unangreifbarkeit, und damit ihre Wirksamkeit.

In der Praxis bewährt hat sich für eine grundlegende Bewertung der ärztlichen Leistungsmenge ein Set aus den drei Kennzahlen „Fallzahl“, „Fallwert“ und „Auszahlungsquote“. Welche wichtige Informationen sich bereits aus diesen Kennzahlen der 1. Kategorie ableiten lassen, illustriert ein Beispiel. Das in der folgenden Tabelle dargestellte Beispiel-MVZ hat sechs Ärzte aus vier verschiedenen Fachgruppen mit unterschiedlichem Versorgungsumfang angestellt.

Kennzahlen Beispiel-MVZ						
LANR	111111111	222222222	333333333	444444444	555555555	777777777
Name	A	B	C	D	E	F
Fachgruppe	Gynäkologie	Chirurgie	Chirurgie	Gynäkologie	Kardiologie	Urologie
Versorgungsumfang	50%	25%	25%	100%	100%	100%
Arztfälle	467,0	256,0	315,0	489,0	627,0	1.046,0
FG-Durchschnitt	470,5	156,3	156,3	941,0	742,0	823,0
Fallwert in €	50,28 €	34,59 €	38,91 €	79,83 €	118,64 €	71,53 €
FG-Durchschnitt	50,78 €	88,59 €	88,59 €	50,78 €	110,34 €	62,36 €
Auszahlungsquote in %	89,4%	100,0%	91,8%	56,7%	95,0%	93,5%
FG-Durchschnitt	91,8%	88,6%	88,6%	91,8%	86,8%	91,0%

Der Urologe liegt bei allen drei Kennzahlen im grünen Bereich. Die von ihm behandelte Fallzahl liegt über dem Durchschnittswert der Fachgruppe Urologie. Zudem rechnet er hochwertiger ab (erkennbar am Abrechnungs-Fallwert) und seine Budgetauslastung ist mit einer hohen Auszahlungsquote von 93,5% für die Fachgruppe überdurchschnittlich gut. Dieser Arzt verdient zweifelsfrei eine Prämie, da

er überdurchschnittlich zum Honorar des MVZ beiträgt – ein echter Leistungsträger.

Etwas anders sieht die Situation bei den Chirurgen aus. Beide Chirurgen behandeln für einen Versorgungsumfang von 25% überdurchschnittlich viele Patienten. Die abgerechneten Leistungen sind jedoch äußerst geringwertig. Die Abrechnungswerte liegen nicht einmal bei der Hälfte des Fachgruppenschnittes. Dies ist ein deutlicher Hinweis auf fehlendes Operations-Volumen. Dieser Mangel wird auch nicht durch die nahezu vollständige Auszahlung der wenigen abgerechneten Leistungen (Auszahlungsquote bei Chirurg B = 100%) geheilt. Vielmehr deutet in diesem Fall auch die hohe Auszahlungsquote (eigentlich positiv) auf mangelnde Behandlungsintensität hin.

Der auf der vermutlich sehr teuren Zulassung arbeitende Kardiologe behandelt zwar verhältnismäßig wenige Fälle, rechnet aber überdurchschnittlich hoch ab. Offenbar wird ein hochwertiges Leistungsspektrum angeboten, welches zudem häufig im extrabudgetären Bereich angesiedelt ist.

Dringender Handlungsbedarf besteht in der Gynäkologie. Arzt A liegt mit allen Kennzahlen im unauffälligen Bereich. Gynäkologe D hingegen behandelt auf seiner vollen Zulassung nur etwa halb so viele Patienten wie seine Fachkollegen. Andererseits liegt sein Abrechnungswert rund 60% über dem Fachgruppenschnitt. Hier ist die Diagnose eindeutig: Offenbar handelt es sich um einen hochspezialisierten Gynäkologen, dessen Leistungsspektrum sich deutlich von dem typischen Behandlungsspektrum der Fachgruppe abhebt. Häufig sind gerade solche Ärzte wichtige Umsatzbringer in einem MVZ. Die Auszahlungsquote liegt hier jedoch lediglich bei 56,7%. Dies bedeutet, dass nur jeder zweite abgerechnete Euro auch zur Auszahlung kommt, der Rest hingegen dem Budget zum Opfer fällt. Derart niedrige Auszahlungsquoten sind häufig ein Hinweis auf sogenannte Praxisbesonderheiten. In der Tat wird im vorliegenden Fall eine spezielle Patientinnenschaft betreut: Der Anteil der Patientinnen mit dem ICD-Code Z34 (Überwachung einer normalen Schwangerschaft) liegt bei 12,5% anstelle der fachgruppentypischen 3,2%.

Honorarkürzungen sind im Falle von Praxisbesonderheiten nicht unabwendbar. Denn die KVen haben in ihren Honorarverteilungsmaßstäben Regelungen zum Umgang mit Praxisbesonderheiten. Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann die KV einem MVZ mit besonderer Leistungserbringung zusätzliches Regelleistungsvolumen (und damit Honorar) zuerkennen. Die Voraussetzung hierfür ist natürlich, dass die Geschäftsleitung von einer Praxisbesonderheit weiß und einen entsprechenden Antrag stellt.

Fazit: Bereits wenige Kennzahlen können im Zusammenwirken mit den entsprechenden Fachgruppen-Benchmarks bedeutenden und ökonomisch relevanten Nutzen entfalten und Leistungsgespräche mit angestellten Ärzten auf eine objektive Basis stellen.

Oliver Frielingsdorf
Geschäftsleitung Frielingsdorf Consult GmbH, Köln
info@frielingsdorf.de
www.frielingsdorf.de

Controlling mit Kennzahlen für MVZ mit Frielingsdorf Consult:
Nutzen Sie die in diesem Beitrag dargestellten und weitere Kennzahlen regelmäßig für die Leistungs- und Abrechnungssteuerung Ihres MVZ. Frielingsdorf Consult betreut seit vielen Jahren bundesweit Klinik-MVZ im Rahmen eines quartalsweisen Abrechnungs-Controllings. Der Nutzen besteht in jederzeitiger Leistungstransparenz, Regressabwehr und Hinweisen zur Abrechnungsoptimierung.

Weitere Informationen unter www.frielingsdorf.de (Rubrik „MVZ am Krankenhaus“). Für Fragen steht Ihnen Herr Oliver Frielingsdorf telefonisch unter 0221 / 139 836-0 und per eMail (info@frielingsdorf.de) zur Verfügung.

Herausgeber:

DR. HALBE RECHTSANWÄLTE

Im MediaPark 6A
50670 Köln

Telefon 0221 57779-0

Telefax 0221 57779-10

Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

Telefon 030 787186-73

Telefax 030 787186-94

dr.halbe@medizin-recht.com
www.medizin-recht.com

Sämtliche Angaben und Inhalte auf unseren Web-Seiten dienen ausschließlich der allgemeinen juristischen Information durch den jeweiligen Nutzer und können nicht die aktuellsten rechtlichen Entwicklungen, insbesondere neueste Urteile, Gesetze und/oder Erlasse berücksichtigen. Wir übernehmen auch keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der von uns zur Verfügung gestellten Informationen. Diese stellen auch keinen Ersatz für eine Rechtsberatung oder ein rechtliches Gutachten dar, obgleich diese nach bestem Wissen und Gewissen erhoben wurden.