

Mit Hilfe der KV-Abrechnung mehr verdienen

Leistungslücken erkennen und ausfüllen

Abrechnung



Bernhard Riedl

Kaum zu glauben, aber wahr: Trotz Budgetierung könnten viele Hausärzte wohl ihr GKV-Honorar noch merklich steigern. Wie aber gelingt es auf legalem Weg, diese Haupteinnahmequelle noch stärker zum Sprudeln zu bringen? Ihre KV-Abrechnung verrät es Ihnen!

Jedes Quartal erhalten wir Kassenärzte eine Abrechnung, die uns genau über die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbrachten Leistungen und das dafür ausbezahlte Honorar informiert. Aus ihr lässt sich aber noch viel mehr ablesen: z. B. Informationen über Praxisstruktur, Leistungsschwerpunkte oder Präventionsbemühungen. Wir zeigen Ihnen, wie Sie diese Daten für eine Analyse der eigenen kassenärztlichen Tätigkeit und für eine Steigerung Ihres Verdienstes nutzen.

Natürlich ist es jedem Arzt am wichtigsten, zu erfahren, wie hoch sein Honorar ausfällt. Doch auch wenn dieses auf

den ersten Blick die Erwartungen erfüllt, sollten Sie die Kalkulation überprüfen: Ist die Praxisgebühr richtig verrechnet und sind auch Abzüge für Verwaltung oder etwaige Regresse korrekt verbucht? Anschließend ist ein Vergleich mit den Ergebnissen in den vorhergehenden Quartalen und im Vorjahr ratsam, um Verbesserungen oder Einbrüche festzustellen. Erst dann sollten Sie die Gesamtübersicht und die Häufigkeitsstatistik genauer unter die Lupe nehmen.

Überblick über 15 Leistungsgruppen

Die Gesamtstatistik (Tabelle 1) vermittelt einen Überblick über das eigene Leistungsspektrum im Vergleich zu den Kollegen. Alle Leistungen sind dazu in 15 Gruppen unterteilt. Zuerst werden die budgetrelevanten Gruppen aufgelistet: Grundleistungen (LG 01), Besuche (LG 02), Gesprächsleistungen (LG 03), allgemeine Leistungen (LG 04), Sonderleistungen (LG 08), physikalisch-medizinische Leistungen (LG 09), bildgebende Verfahren (LG 12) sowie OP- und Überwachungsleistungen (LG 13). Die nicht budgetrelevanten Gruppen umfassen Präventionsmaßnahmen wie Mutter-

schaftsvorsorge (LG 05), Früherkennung (LG 06) und Impfungen (LG 15), Kosten (LG 14) und Labor (LG 10, LG 11). Die Hausarztzuschale und sonstige Hilfen (LG 7) sind ebenfalls extra ausgewiesen.

Schwerpunkte erst grob identifizieren

Für jede einzelne Gruppe ist nun die Höhe der abgerechneten Leistungen getrennt nach Versichertengruppen (Mitglieder, Familienangehörige, Rentner) und insgesamt ausgewiesen und der Durchschnitt je Fall ermittelt. Aus diesen Zahlen wird unter Berücksichtigung der Patientenstruktur der Praxis eine gewichtete Abweichung von der Vergleichsgruppe errechnet und in Punkten bzw. Euro und prozentual ausgewiesen. Daraus lassen sich unter Umständen schon Schwerpunkte ablesen: Hier z. B. handelt es sich um eine überdurchschnittlich besuchsinensive Praxis, die aber auffallend wenig Sonderleistungen erbrachte.

Häufigkeitsstatistik liefert Details

In der Häufigkeitsstatistik (Tabelle 2) finden sich Detailangaben zu sämtlichen Leistungen. Da sie mit Gebührenordnungsziffern (GOP) bezeichnet sind, soll-

Tabelle 1: Gesamtstatistik

Leistungsgruppe	Mitglieder Leistungsbedarf Punkte/€	Familien-versicherte Leistungsbedarf Punkte/€	Rentner Leistungsbedarf Punkte/€	Gesamt			Gewichtete Abweichung ²		
				Leistungsbedarf Punkte/€	Durchschnitt je Fall		Punkte/€ +/-	in % +/-	
					Praxis (gesamt 1 118 Fälle)	Arztgruppe			Arztgruppe gewichtet ²
LG 01 Grundleistungen	208 920,0	155 365,0	274 285,0	638 570,0	571,2	611,4	615,9	- 44,8	- 7,3
LG 02 Besuche/Visiten	10 965,0	3 190,0	167 860,0	182 015,0	162,8	134,5	145,1	17,7	12,2
LG 08 Sonderleistungen	19 155,0	10 080,0	28 015,0	57 250,0	51,2	105,6	103,3	- 52,1	- 50,4
...									
Summe kurativ	336 085,0	200 185,0	713 815,0	1 250 085,0	1 118,1	1 229,1	1 245,9	- 127,8	- 10,3
LG 07 Sonstige Hilfen						105,5			
Summe kurativ inkl. sonstige Hilfen und Hausarzt- und Laborzuschalen	392 230,0	241 770,0	772 280,0	1 406 280,0	1 257,9	1 365,6	1 382,4	- 124,6	- 9,0
LG 10 Basis/Allg. Laborunters. ¹	605,45	147,45	1 407,45	2 157,35	1,93	1,52	1,53	0,4	25,8
LG 15 Impfungen ¹	352,82	718,54	191,75	1 263,11	16,19	11,5	11,89	4,3	36,2
...									

1) Euro-Beträge statt Punkte ausgewiesen
2) unterschiedlicher Anteil der Versichertengruppen berücksichtigt

Tabelle 2: Häufigkeitsstatistik

GOP	Häufigkeit (Arzt)	Wert GOP Punkte	Gesamt-betrag GOP in Punkten	Punkte je Fall ¹ (Arzt)	Punkte je Fall Arzt-gruppe	Ansatz in Fäl-len	Leistungen je Fall (Arzt)	Ansatz in % der Fallzahl ¹ (Arzt)	Ansatz in % der Fall-zahl (Arzt-gruppe)	Häufigkeit pro 100 Fälle (Arzt)	Abwei-chung der Praxis in %	Ansatz bei Ver-gleichs-Praxen in %
LG 01 Grundleistungen												
01101	20	800,0	16000,0	21,3	4,4	18	1,11	2,4	0,47	2,67	384,09	61,91
01210	36	500,0	18000,0	24,0	23,5	36	1,0	4,8	4,69	4,8	2,13	72,73
03005	737	320,0	235840,0	314,5	306,8	737	1,0	98,27	95,87	98,27	2,51	99,95
03115	1814	35,0	63490,0	84,7	84,1	540	3,36	72	67,05	241,87	0,71	99,78
...												
Summe LG 01	3 500		484415,0	645,9								
LG 01/2 Hausarzt-pauschale												
03000	737	90,0	66330,0	88,4	84,3	737	1,0	98,27	93,71	98,27	4,86	99,93
LG 02 Besuche												
01410	112	400,0	44800,0	59,7	77,1	50	2,24	6,67	5,8	14,93	-22,57	97,24
01411	31	1200,0	37200,0	49,6	30,0	22	1,41	2,93	2,08	4,13	65,33	91,00
...												

Tabelle 2

te zur Analyse ein EBM bereitliegen. Für jede einzelne Ziffer sind u. a. angegeben: wie oft sie angesetzt wurde, der Punkt-wert, die Höhe der Gesamtanforderung, der Punktwert pro Fall, der sich daraus für den Arzt errechnet (verglichen mit der Arztgruppe) und die Patientenzahl, bei der diese Ziffer angesetzt wurde.

Mit Praxisbesonderheiten punkten

Besonders interessant sind die beiden letzten Spalten: Die vorletzte gibt die prozentuale Abweichung zwischen Praxis und Fachgruppe an. So liegt der Arzt im Beispiel mit der Leistung nach Ziffer 01101 „Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten zwischen 22 und 7 Uhr, am Wochenende oder an gesetzlichen Feiertagen“ um 384 % über der Vergleichsgruppe!

Aus der Angabe darüber, wie viele Ärzte der Vergleichsgruppe die jeweilige Ziffer überhaupt ansetzen (letzte Spalte), lässt sich schließlich ersehen, dass über 97 % die Ziffer 01410 („Hausbesuch“) abgerechnet haben – das ist also eine Standardleistung. Bietet eine Praxis dagegen Leistungen wie z. B. das Legen oder Wechseln einer PuFi (Punktionsfistel) oder einen Carotisdoppler an, die erfahrungsgemäß weniger als 10 % der Kollegen in der Fachgruppe abrechnen, ist das als Besonderheit zu werten. Mit Hilfe dieser Daten kann man also feststellen, wo Leistungsschwerpunkte und eventuell auch Defizite liegen.

Welche Bereiche wurden vernachlässigt?

Diese Leistungen, die in der eigenen Praxis laut KV-Daten unterrepräsentiert sind, sollten Sie sich im Praxisalltag immer wieder ins Gedächtnis rufen und sie gezielt anbieten. Oft sind das z. B. in der Gruppe der Sonderleistungen das geriatrische Basisassessment oder der neurologische Status. Auch Ziffern wie z. B. die 01101, die oft schlichtweg vergessen werden, sollten präsent bleiben.

Wer seine KV-Abrechnung nur überfliegt oder gar ungeöffnet zum Steuerberater bringt, vergibt eine wertvolle Chance auf Honorarsteigerung.

Wer meint, eine solche Analyse ergebe wenig Sinn, weil ja doch alles budgetiert ist, sollte sich die monetären Möglichkeiten vor Augen führen, die Strukturverträge, Sonderbudgets u. Ä. bieten. Zudem schöpft längst nicht jeder Arzt sein Budget tatsächlich aus. Ein Blick in den jeweiligen Honorarverteilungsmaßstab, Gespräche mit Fachkollegen oder auch gezieltes Rückfragen bei der Kassenärztlichen Vereinigung können hier Klarheit schaffen.

Mehr Prävention – mehr Einkommen!

In gleicher Weise sollten Sie auch die Entwicklung bei den Kosten und den

Präventionsleistungen analysieren und z. B. verstärkt Männervorsorge- und Jugendgesundheitsuntersuchungen anbieten! Vergewissern Sie sich auch, dass bei der Abrechnung nichts vergessen wurde. Schließlich führt jede Leistungssteigerung in diesen Gruppen wegen der extra-budgetären Vergütung zu einem höheren Einkommen.

Richtigstellungsbescheid kontrollieren

Nicht zuletzt sollten Sie auch den Richtigstellungsbescheid kritisch prüfen. Darin wird dargestellt, was die Verwaltung aufgrund von Verstößen gegen die Richtlinien oder auf Basis interner Beschlüsse korrigiert, also richtiggestellt hat. Aber nicht in allen Fällen ist die Rechtslage so eindeutig, wie es die Verwaltung annimmt. Eine Beanstandung wert sein kann z. B. die Kürzung eines Ganzkörperstatus im Notfalldienst. Bei einem Erfolg kann die Korrektur des Richtigstellungsbescheides, v. a. wenn es um mehrere Quartale geht, ein großes Zusatz-Plus auf der Habenseite bedeuten. ■



Dr. med. Dipl. oek. Bernhard Riedl
Facharzt für Allgemeinmedizin, Diplom-Ökonom
93173 Wenzenbach