CENSIO

EXTERNES CONTROLLING · DERARZTPLUS AG

FACHDOKUMENT

Für Gesellschafter, Träger und Aufsichtsgremien
von MVZ, Polikliniken und Praxisverbünden

Die Bescheide kommen in die Schublade

In den meisten ambulanten Einrichtungen liest niemand die Zahlen. Es gibt einen Steuerberater für die Buchhaltung und eine Verwaltung für den Tagesbetrieb. Was fehlt, ist die Stelle dazwischen.

EIGENE STELLE

106.380 €

Vollkosten je Jahr bei 78.000 € Brutto, zuzüglich Arbeitsplatz, Software und Fortbildung

EXTERNES MANDAT

33 %

davon, bei einer Betriebsstätte mit acht Sitzen — ohne Urlaub, ohne Krankheit, ohne Einarbeitung

IDENTIFIZIERBAR

132–754 T€

Größenordnung bei acht Sitzen und 3,0 Mio. € KV-Umsatz — Herleitung auf Seite 4

Was in der Lücke passiert

Der Steuerberater sieht die Zahlungseingänge, nicht die Honorarbescheide. Er weiß, was eingegangen ist, aber nicht, was hätte eingehen müssen. Die Verwaltung sieht den Tagesbetrieb, nicht die Quartalsentwicklung. Und die ärztliche Leitung sieht Patienten.

Zwischen diesen drei Perspektiven liegt alles, was ein Controlling ausmacht: ob die Abrechnung vollständig war, ob das zugewiesene Honorarvolumen ausgeschöpft wurde, ob die Abschläge durch Leistung gedeckt sind und wie die Betriebsstätten zueinander stehen.

Warum das gerade jetzt teuer wird

Die ambulante Vergütung ist gedeckelt, quotiert und in Teilen rückläufig. Wo früher Wachstum Fehler ausgeglichen hat, wirken sie heute unmittelbar auf das Ergebnis. Gleichzeitig steigt die Prüfdichte: Zeitprofile, Plausibilitätsprüfungen und sachlich-rechnerische Richtigstellungen treffen Einrichtungen mit mehreren Ärzten härter, weil dort mehr Abrechnungsvorgänge auf einer Betriebsstättennummer zusammenlaufen.

DIE ENTSCHEIDENDE FRAGE

Warum es intern nicht auffällt

Die naheliegende Antwort lautet: weil niemand hinsieht. Das trifft es nicht. In den Häusern, die wir kennen, arbeiten Geschäftsführung und Verwaltung sorgfältig. Der Grund liegt woanders — und er ist struktureller Natur.

Der teuerste Posten ist in aller Regel niemandes Fehler

In neun eigenen Auswertungen über 1,58 Mio. € geprüftes Honorar war die größte Einzelposition kein Abrechnungsfehler. Es war zugewiesenes Honorarvolumen, das nicht angefordert wurde — in einem Quartal 56.717 € von 179.158 €, also ein knappes Drittel.

Dabei hatte niemand etwas falsch gemacht. Die Abrechnung war korrekt, die Leistungen waren dokumentiert, die Verwaltung hatte fristgerecht eingereicht. Der Betrag wird auch nicht verschwiegen — er steht in einer Anlage, die das Bescheidpaket ordnungsgemäß enthält. **Er wird nur nirgends als Verlust bezeichnet.**

Für einen Fehler gibt es einen Verantwortlichen und damit einen Berichtsweg. Für eine Leerstelle gibt es beides nicht. Ein angestellter Controller bekommt seine Aufgaben von der Geschäftsführung — und eine Aufgabe, die niemand kennt, wird nicht gestellt.

Dasselbe Muster wiederholt sich bei fast jeder Position der Einnahmenseite: die fallzahlabhängige Obergrenze, die rückwirkend greift; der Abschlagssatz, der nach Vorjahreswerten weiterläuft; die Kennzeichnung, die die Kassenärztliche Vereinigung selbst verändert hat. Keine dieser Positionen erscheint in einer betriebswirtschaftlichen Auswertung, und keine hat einen Adressaten im Haus.

Bei angestellten Ärzten kommt ein struktureller Grund hinzu. Ein Praxisinhaber bemerkt jede nicht erbrachte oder nicht abgerechnete Leistung im eigenen Ergebnis. Ein angestellter Arzt bemerkt sie nicht: Das Gehalt ist fest, die Zuweisung kennt die Verwaltung, und niemand teilt ihm mit, wo er im Quartal steht.

Ob ein Volumen nicht erbracht oder erbracht und nicht abgerechnet wurde, entscheidet über die Maßnahme — nicht darüber, ob es ein Befund ist. **Aus Sicht des Trägers ist beides dasselbe Ergebnis.**

Und alle stehen im Bescheid. Ein Bescheidpaket umfasst siebzig bis hundert Seiten. Die Information fehlt nicht — sie ist nicht zugänglich.

Wem eine externe Auswertung nützt

Entscheidungen über Standorte, Sitze und Investitionen trifft der Träger. Die Zahlen dafür entstehen im Haus — und wer sie erhebt, muss sie im selben Gespräch auch vertreten. Das ist für beide Seiten keine gute Ausgangslage.

Eine Zahl, die niemand verteidigen muss

Für den Träger ist die Auswertung belastbar, weil sie nicht von einer Partei des Gesprächs stammt. Sie muss nicht geglaubt, sondern kann nachgeschlagen werden — jede Feststellung mit Fundstelle im Bescheid.

Für die Geschäftsführung entfällt die Doppelrolle. Sie legt keine selbst erhobenen Zahlen vor, die im Zweifel angezweifelt werden, sondern eine externe Auswertung, an der sie mitgearbeitet hat. Und sie erfährt von einem Prüfungsrisiko, bevor der Bescheid kommt — nicht danach.

Der Bericht geht deshalb zeitgleich an beide. Die Geschäftsführung erhält ihn zwei Wochen vor der Vorlage im Gesellschafterkreis, mit Gelegenheit zur Stellungnahme. Ihre Anmerkungen werden im Bericht kenntlich gemacht, nicht eingearbeitet.

Woran sich der Aufwand messen lässt

Seit dem 1. Januar 2026 beträgt der Orientierungswert **12,7404 Cent** — beschlossen vom Bewertungsausschuss in seiner 803. Sitzung am 17. September 2025, eine Anhebung um 2,8 Prozent gegenüber 12,3934 Cent. Er wird jährlich neu verhandelt und auf die vierte Nachkommastelle festgelegt. Nach ihm bemisst sich der Preis jeder Leistung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs.

Was davon in der Praxis ankommt, ist eine andere Zahl. Zwischen dem Orientierungswert und der tatsächlichen Auszahlung liegen die Honorarverteilung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, die Quotierung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und die Obergrenzen des Bewertungsmaßstabs. **Diese Differenz steht in keinem Bescheid als eigene Zeile.**

Drei Beträge auf denselben Umsatz

Leistung	Anteil	Grundlage
Verwaltungskosten und Umlagen der Kassenärztlichen Vereinigung	2,5 – 2,8 %	drei geprüfte Bezirke
Vorfinanzierung durch Factoring	rund 2,0 %	marktüblich
CENSIO — Prüfung desselben Umsatzes	**0,4 %**	**Regelabgleich**

Die Abzüge der Kassenärztlichen Vereinigung sind je Bezirk unterschiedlich zusammengesetzt. In Niedersachsen etwa beträgt der Verwaltungskostensatz 1,80 Prozent; zusammen mit Sicherstellungs- und Bereitschaftsdienstumlage werden 2,69 Prozent einbehalten. In Nordrhein sind es 2,80 Prozent, in Westfalen-Lippe 2,50 Prozent.

Für die Verwaltung des Honorars werden zwischen 2,5 und 2,8 Prozent einbehalten, für die Vorfinanzierung rund 2 Prozent. **Die Prüfung, ob das Honorar richtig berechnet wurde, kostet 0,4 Prozent** — ein Sechstel dessen, was allein die Verwaltung kostet.

GRÖSSENORDNUNG

Was in einer Einrichtung mit acht Sitzen liegt

Die folgende Rechnung unterstellt acht ärztliche Sitze mit einem KV-Umsatz von 380.000 € je Sitz, also 3,04 Mio. €. Die Untergrenzen sind bewusst am unteren Rand des Erfahrungskorridors angesetzt — bei operativ oder fachärztlich geprägten Einrichtungen liegen die Werte regelmäßig darüber. Alle Spannen sind Erfahrungswerte und keine Zusicherung.

Posten	Worum es geht	Größenordnung
Abrechnungsprüfung	zu Unrecht abgesetzte oder falsch vergütete Positionen im Honorarbescheid	46 bis 91 T€
Ungenutztes Honorarvolumen	zugewiesenes, nicht ausgeschöpftes Regelleistungsvolumen und Zusatzvolumina	76 bis 243 T€
Hausarztzentrierte Versorgung und Selektivverträge	nicht zugeordnete Teilnehmer, falsch abgerechnete Pauschalen, Abgrenzung zur Kollektivvergütung	10 bis 60 T€
Erlösstreuung zwischen den Betriebsstätten	Abstand der schwächsten Standorte zum Median des eigenen Verbundes	0 bis 195 T€
Abschlagsdeckung	Abschläge, die nicht durch beschiedenes Honorar gedeckt sind und als Saldo auflaufen	0 bis 165 T€
Identifizierbares Potenzial je Jahr		**132 bis 754 T€**

Mandat gegen Potenzial

41.040 € Mandatskosten bei acht Sitzen gegenüber 132 bis 754 T€ identifizierbarem Potenzial

3- bis 18-fach

Identifiziert heißt nicht gehoben — die Entscheidungen, die daraus folgen, trifft der Träger.

Der Unterschied zur eigenen Stelle

	Eigene Controllerstelle	Externes Mandat
Kosten je Jahr	über 106.000 €, unabhängig von der Auslastung	31.920 bis 343.920 €, nach Betriebsstätten und Sitzen
Wirtschaftlich ab	etwa zwanzig Sitzen	ab der ersten Betriebsstätte
Verfügbarkeit	abzüglich Urlaub, Krankheit, Einarbeitung	durchgehend, mit Vertretung
Fachliche Breite	eine Person, ein Erfahrungshorizont	Vertragsarztrecht, Abrechnung, Betriebswirtschaft
Vergleichsmaßstab	nur das eigene Haus	Regelbasis je KV, Fachgruppe, andere Betriebsstätten
Betriebsblindheit	**entsteht nach etwa zwei Jahren**	**entsteht nicht**

Sieben Bereiche, quartalsweise

Bereich	Was daraus sichtbar wird	Rhythmus
Honorarbescheid	Fallzählung und Fallzusammenführung, Quotierung, extrabudgetäre Leistungen, Sachkosten, Zuschläge, Abweichungen zur eingereichten Abrechnung	je Bescheid, binnen zehn Tagen
Honorarvolumen	Ob das zugewiesene Volumen ausgeschöpft oder ungenutzt blieb — je Arzt und je Betriebsstätte, über die Quartale	quartalsweise
Hausarztzentrierte Versorgung und Selektivverträge	Abgleich gegen die vereinbarten Vergütungen, Vollständigkeit der Teilnehmerzuordnung, Abgrenzung zur Kollektivvergütung	je Abrechnung
Erlösstruktur je Betriebsstätte	Fallwert, Fallzahl, Anteil extrabudgetärer Leistungen und Vergleich zur Fachgruppe	quartalsweise
Abschlagsdeckung	Ob die Abschläge durch tatsächliches Honorar gedeckt sind — und wie sich der Saldo entwickelt	quartalsweise
Risiko	Zeitprofile gegen genehmigte Wochenstunden, Leistungen außerhalb der Vertragslage, Dokumentationslage, undokumentierte Berichtigungen der KV	quartalsweise
Abrechnungsdatensatz	Eingereichte gegen vergütete Leistung je Fall und Position; Leistungen, Zuschläge und Kennzeichnungen, deren Voraussetzungen im Datensatz erkennbar sind, die aber fehlen; Zeitprofile	je Bescheid, gegen den Bescheid

Was regelmäßig zuerst auffällt

- **Das ungenutzte Honorarvolumen.** In der ersten Auswertung fast immer der größte Posten. Es wird arztbezogen zugewiesen und dann addiert — der Standortwert verdeckt deshalb, wie weit die Ärzte auseinanderliegen.
- **Die Abschlagsdeckung.** Abschläge werden nach Vorjahreswerten bemessen und selten angepasst. Wo die Leistung fällt, entsteht ein Saldo, der erst auffällt, wenn er zurückgefordert wird.
- **Die hausarztzentrierte Versorgung.** Sie läuft an der Kassenärztlichen Vereinigung vorbei, wird häufig von einer anderen Stelle abgerechnet — und in vielen Häusern von niemandem geprüft.
- **Die extrabudgetären Leistungen.** Außerhalb der Quotierung vergütet. Fehlt eine Kennzeichnung, läuft der Fall ins Budget; fehlt ein Zuschlag, wird er nie angefordert.

Und was regelmäßig übersehen wird

Die Positionen, die kein Ertrag sind, sondern Risiko: Leistungen, die der Bescheid selbst als nicht vertragskonform kennzeichnet. Zeitprofile, die den genehmigten Rahmen angestellter Ärzte überschreiten. Dokumentation, die die abgerechnete Leistung nicht trägt.

Diese Posten stehen in keinem Jahresabschluss. Sie erscheinen erst, wenn ein Prüfbescheid kommt — und dann rückwirkend über mehrere Quartale.

METHODE

Wie geprüft wird

Der Abgleich läuft deterministisch: Sollwert gegen Istwert, Regel für Regel, mit protokolliertem Rechenweg. Jede Feststellung ist im Bescheid nachschlagbar und im Widerspruchsverfahren belastbar. Ein Verfahren, dessen Ergebnis sich nicht erklären lässt, wäre für diesen Zweck wertlos.

Die Regelbasis wird je Kassenärztlicher Vereinigung geführt und quartalsweise fortgeschrieben. Sie umfasst auch, **welche Größe in welcher Anlage steht** — die siebzehn Bezirke unterscheiden sich in Aufbau und Gliederung ihrer Bescheide erheblich.

Ein Beispiel: In Niedersachsen führt die Anlage 2 zur Honorarberechnung Zuweisung und Leistungsanforderung je Arzt nebeneinander und weist die vergütete Leistungsanforderung als Prozentwert aus. In Westfalen-Lippe stehen dieselben Größen unter den Ziffern 1.3 und 1.4. Wer beide Bezirke auswerten will, muss beide Systematiken beherrschen.

Was daraus entsteht, kann eine einzelne Einrichtung nicht herstellen: der Zusammenhang über Quartale, über Betriebsstätten und gegen die Fachgruppe.

Bescheid gegen Abrechnungsdatensatz

Der Honorarbescheid zeigt, was vergütet wurde. Der Abrechnungsdatensatz im KVDT-Format zeigt, was eingereicht wurde — je Fall, je Arzt, mit jeder Gebührenordnungsposition und jeder Kennzeichnung. Erst beide zusammen beantworten die Frage, die der Bescheid offenlässt: **ob ungenutztes Volumen an fehlender Leistung liegt oder an fehlender Abrechnung.**

Hier liegt der größte Hebel auf der Erlösseite. Extrabudgetäre Leistungen und die Kennzeichnung von Terminservicestellen- und Hausarztvermittlungsfällen mit ihren Zuschlägen werden außerhalb der Quotierung vergütet. In der Auswertung aus Westfalen-Lippe, Quartal 1/2022, wurde der Wirtschaftlichkeitsbonus Labor in 15,6 Prozent der Behandlungsfälle ausgelöst; warum so selten, geht aus dem Bescheid nicht hervor. Der Datensatz zeigt es.

Geprüft wird nach der Abgabe: Der Datensatz eines Quartals wird gegen den Bescheid desselben Quartals gefahren. Jede eingereichte Position, die gekürzt oder abgesetzt wurde, erscheint mit Fall, Arzt und Betrag — die Grundlage für die Klärung mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Was im Datensatz fehlt, lässt sich ab dem folgenden Quartal abrechnen.

Einnahmenseite, nicht Ausgabenseite

Die Vergütung aus Kollektivvertrag, hausarztzentrierter Versorgung und Selektivverträgen folgt dem Bewertungsmaßstab, dem Honorarverteilungsmaßstab Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung und den Beschlüssen ihrer Vertreterversammlung. Sie ist nachprüfbar — Zahl gegen Regel, Position gegen Beschluss.

Verrechnungspreise, Umlagen und die Bewertung von Forderungen folgen unternehmerischen Entscheidungen — keine Fehler, sondern Gestaltung, und von außen nicht bewertbar. Hinzu kommt, dass ein Honorarbescheid erst rund vier Monate nach Quartalsende ergeht. **Wir benötigen keinen Zugang zu Ihrer Finanzbuchhaltung.**

EINSTIEG

Der Rückblick auf vier Quartale

Wir bitten Sie nicht, ein Dauermandat zu vergeben, bevor Sie wissen, was darin steht. Am Anfang steht eine einmalige Bestandsaufnahme über vier Quartale — alle sieben Bereiche, alle Betriebsstätten, mit beziffertem Potenzial und Maßnahmenliste; den Abrechnungsdatensatz für das jüngste Quartal. Dauer: drei bis vier Wochen.

Ergibt die Bestandsaufnahme, dass Ihre Einrichtung sauber geführt wird und kein nennenswertes Potenzial besteht, sagen wir Ihnen das ebenso deutlich — und Sie haben eine belastbare Aussage gegenüber Ihren Mitgesellschaftern, die Sie sonst nirgends bekommen.

Was wir benötigen

- Honorarbescheide mit allen Anlagen der letzten vier Quartale, danach laufend nach Eingang
- Das vollständige Bescheidpaket mit allen Anlagen — die Zuweisung der Volumina steht je nach Bezirk an unterschiedlicher Stelle
- Frequenzstatistiken und den Abrechnungsdatensatz im KVDT-Format, in Ihrem Haus pseudonymisiert
- Abrechnungen aus der hausarztzentrierten Versorgung und aus Selektivverträgen, soweit vorhanden
- Anstellungsgenehmigungen der angestellten Ärzte mit genehmigter Wochenstundenzahl

Übermittlung über einen verschlüsselten Zugang, Auftragsverarbeitung nach Art. 28 DSGVO, Verpflichtung zur Verschwiegenheit nach § 203 StGB. Den Abrechnungsdatensatz pseudonymisieren Sie vor der Übermittlung: Namen, Anschriften, Versichertennummern und Geburtsdaten bleiben in der Einrichtung. Übermittelt wird, was die Abrechnung trägt — Fallnummer, Altersgruppe, Gebührenordnungspositionen, Datum, Arztnummer, Diagnoseschlüssel und Kennzeichnungen. Kein Zugriff auf Patientenakten, kein Zugang zur Finanzbuchhaltung.

Warum wir das können

Die Geschäftsführung der DerArztPlus AG hat Medizinische Versorgungszentren in drei Bundesländern betrieben — mit allem, was dazugehört: Sitzen und Genehmigungen, Abrechnung und Prüfverfahren, Personalaufbau und Personalabbau, und einer Insolvenz.

Diese Erfahrung ist der eigentliche Gegenstand des Mandats. Ein Controller aus der Industrie versteht Zahlen — aber nicht, warum ein Honorarvolumen arztbezogen ermittelt und dann addiert wird oder was geschieht, wenn eine Abrechnungssammelerklärung ihre Garantiefunktion verliert.

DerArztPlus AG · Hertha-Lindner-Straße 10–12 · 01067 Dresden · Amtsgericht Dresden HRB 29429 · USt-IdNr. DE 202796088 · Vorstand: Oliver Krenzer · Aufsichtsratsvorsitzender: Michael G. Kosel · Telefon +49 351 86791348 · m.kosel@derarztplus.com · www.derarztplus.com

CENSIO ist ein Geschäftsfeld der DerArztPlus AG. Wir erbringen betriebswirtschaftliche Analyse- und Controllingleistungen sowie die rechnerische und sachliche Prüfung von Abrechnungsunterlagen. Wir erbringen keine Rechtsdienstleistung im Sinne des Rechtsdienstleistungsgesetzes und keine Hilfeleistung in Steuersachen im Sinne des Steuerberatungsgesetzes. Die genannten Größenordnungen sind Erfahrungswerte und stellen keine Zusicherung eines Ergebnisses dar.