

# Vom Krankenhaus zum MVZ und andersherum...

Organisationskompetenz  
und Know-how-Transfer

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

Was war vor rd. 15 Jahren die Intention des Gesetzgebers, den §95 SGB V neu zu fassen ?

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

## Sektorale Abschottung:

*„ Die meisten Patienten kritisieren „in Umfragen nicht die medizinische Qualität einer Behandlung ..., sondern die Komplikationen beim Wechsel zwischen der Versorgung im Krankenhaus und in der Arztpraxis.“*

Deutsche Ärzteblatt 16/ 2003

...an der Kernaussage hat sich bis heute vielerorts praktisch nichts verändert...

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

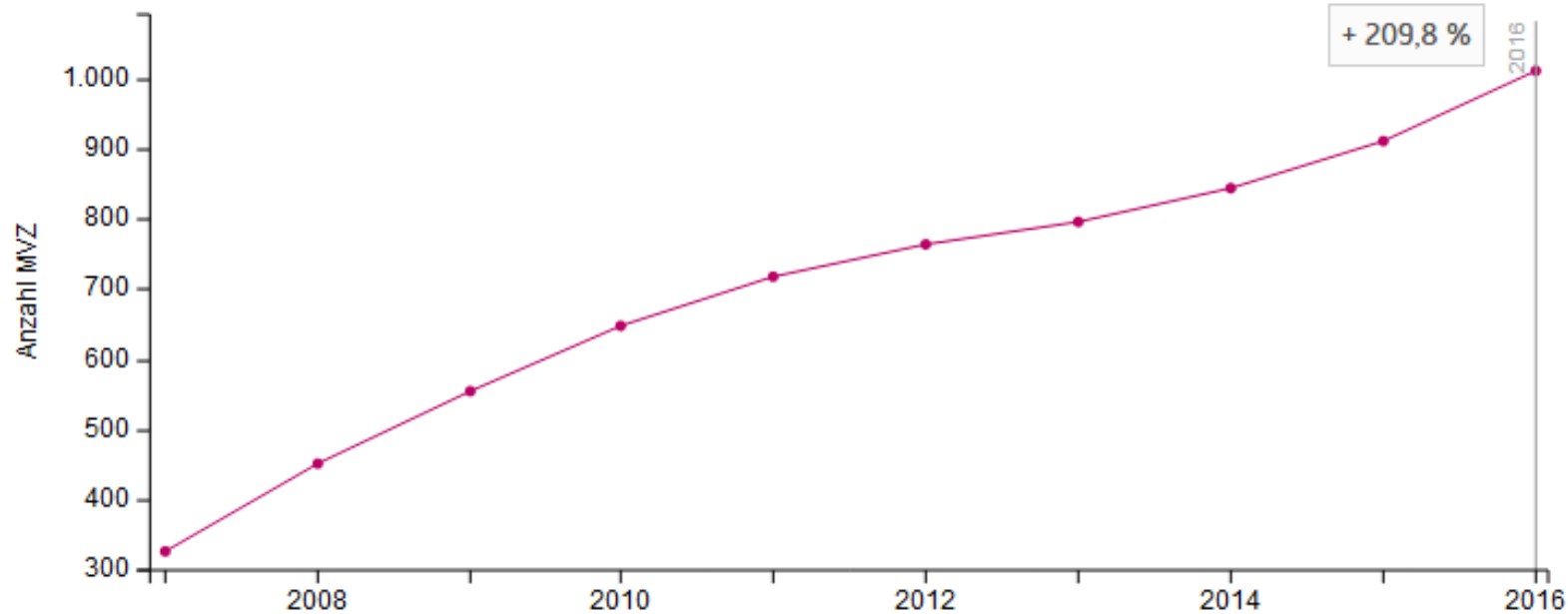
KBV:

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)  
sollen eine patientenorientierte Versorgung  
aus einer Hand ermöglichen

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

## Erfolgsmodell MVZ am Krankenhaus?

Anzahl MVZ, Krankenhaus als Träger, 2016



Rd.40 % aller zugelassenen MVZ befinden sich an Krankenhäusern. die gleichzeitig auch Träger sind.

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

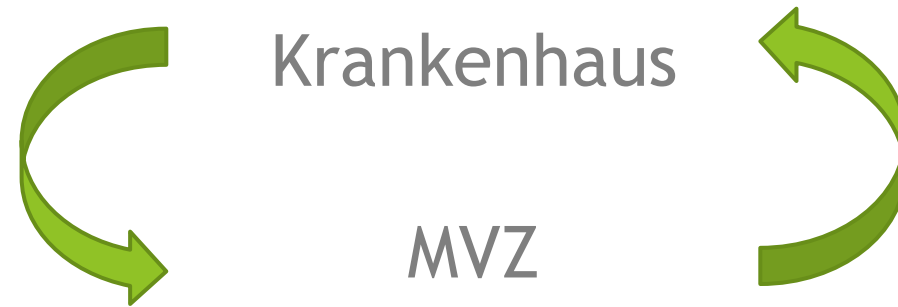
## MVZ- wovon reden wir, wovon nicht?

Gegenstand der folgenden Betrachtungen\* sind NICHT MVZ mit hochspezifischen Leistungen wie z.B. ausschließlich Radiologie, Labormedizin, Strahlenmedizin, Dialysezentren oder zahnmedizinische Franchise-Modelle sondern Medizinische Versorgungszentren mit einem gemischtem Spektrum zur ambulanten Versorgung von Patienten, sowohl am Krankenhaus (und in Trägerschaft des KH) oder auch Stand Alone Modelle

\* Die folgenden Ausführungen sollen keine Verallgemeinerung darstellen, sie sind vielmehr oft in MVZ im Bundesgebiet vorzufinden

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

Know-how Transfer und aus  
den Fehlern lernen...



Was können die beiden Organisationsformen  
voneinander lernen und wo stecken die Synergien ?

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

Know-how Transfer und aus  
den Fehlern lernen...



**morlockconsulting**

gesundheit erfolgreich unternehmen ...



Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

## Know-how Transfer und aus den Fehlern lernen...



Kernkompetenz ist die stationäre  
Versorgung schwer erkrankter  
Patienten (Versorgungsauftrag)  
DRG System, KH Budget,  
Fixkostendegressionsabschlag etc..

Nebenschauplatz: persönliche  
Ermächtigungen,  
Institutsambulanzen, amb. Operieren  
nach § 115b - alles i.e.L. zum Zweck  
der Patientenakquisition, Ausbildung  
/ WBE, Strukturvorgabe (z.B.  
zertifizierte Zentren)  
oft nicht wirtschaftlich

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

## Know-how Transfer und aus den Fehlern lernen...



Kernkompetenz ambulante Versorgung von Patienten (Versorgungsauftrag)

Priorität: Wirtschaftlichkeitsgebot da unternehmerisches Interesse, persönliche Haftung (i.d.R.)

Alle Strukturen und Abläufe sind auf Wirtschaftlichkeit und die Rahmenqualitätsanforderungen ausgerichtet

**morlockconsulting**

gesundheit erfolgreich unternehmen ...

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

## Know-how Transfer und aus den Fehlern lernen...



**Kernkompetenz:** ambulante Versorgung von Patienten.  
(Versorgungsauftrag)

**Priorität:** Wirtschaftlichkeitsgebot da unternehmerisches Interesse wenn in ärztlicher Trägerschaft oder Stakeholder (z.B. Rad/Labor/Dialyse/ZÄ Zentren z.B. mit private equity)

Alle Strukturen und Abläufe sind auf Wirtschaftlichkeit und die Rahmenqualitätsanforderungen ausgerichtet

**MVZ am Krankenhaus:**  
Oft als Akquisitions- und Kundenbindungs-Instrument geplant und fast immer unwirtschaftlich betrieben

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

Wo und wie kann jetzt wer von wem  
lernen ???



**morlockconsulting**

gesundheit erfolgreich unternehmen ...

## 1. Planung:

- Oft werden Fachrichtungen erworben, die gerade „im Angebot“ sind, manchmal nur damit den Sitz kein Wettbewerber erwerben kann
- Ein belastungsfester Business Plan existiert oft nicht oder in nur unzureichendem Maße. Dabei werden die Kosten gern zu niedrig und die Erlöse unrealistisch hoch geplant
- Der Preis zu Erwerb der Praxissitze kann oftmals nicht aus dem MVZ refinanziert werden, die daraus entstehenden Abschreibungen werden nicht ausreichend erwirtschaftet

## 2. Betrieb (I)

- Kann das Praxispersonal übernommen werden geschieht dies auch in der Regel. Das Praxispersonal ist die Schlagzahl des „Chefs“ gewohnt und die Anzahl der MA darauf ausgerichtet. Wurde zu Praxiszeiten noch bis zu 80 - 120 Patienten / Tag / Sitz als „hektische Normalität“ empfunden sind es jetzt vielleicht nur noch 60 - 70 Patienten / Tag / Sitz
- Das finden alle „angenehm“ denn für die Patienten hat man jetzt endlich etwas mehr Zeit. Die Öffnungszeiten werden an die Bedürfnisse der Mitarbeiter angepasst
- Oft ist der Chef jetzt nicht mehr da denn der hat den KV Sitz an das MVZ verkauft um etwas „Kürzer zu treten“

## 2. Betrieb (II)

- Infolge fester Gehälter und dem Grundsatz im Krankenhaus, dass Fallzahlen- oder erlösadaptierte Incentives oder gar variable Gehaltsbestandteile zu einer aus versorgungspolitischer Sicht zu ungewollter Fallzahl-Mehrung und unnötigen Operationen führt kann sich der Arzt durchaus mehr Zeit für den Patienten lassen und die Indikationen (zum Nutzen des Patienten!) sorgfältig abwägen, ggf. auch einmal zuwarten. Ein ökonomischer Druck besteht oftmals nicht
- Die „hierarchegewohnten“ Mitarbeiter/Innen (MFA) stehen nicht mehr unter Dauerbeobachtung und Leistungsdruck und der Praxisbetrieb bricht auch nicht mehr fast zusammen wenn jemand krankheitsbedingt fehlt

## 2. Betrieb (III)

- Leider wird das MVZ gern auch als „Abschiebebahnhof“ für Krankenhauspersonal verwendet. Hier finden Sie dann im (Krankenhaus-) MVZ gerne auch mal schlecht motivierte und grenzwertig serviceorientierte Mitarbeiter/Innen zum TvÖD oder AVR Tarif
- Ärzte mit Schwerpunkt work-life Balance -und klarer Gehaltsvorstellung (die richtet sich dann oft nach der Verfügbarkeit (Gebiet) und eher selten danach, was ein Arzt erwirtschaftet.) richtet finden sich leider recht häufig
- Die alte Faustregel max. 55% - 58% Kosten - der Rest ist Praxisgewinn - ist hier nicht mehr gültig




### 3. Abrechnung (I)



Das läuft so  
mit...

- Gern wird im Krankenhaus MVZ das Thema Abrechnung über die „zentrale ambulante Abrechnung“ in der Buchhaltung abgewickelt. Das spart Personal und steigert dort die Auslastung.
- Infolge der immer komplizierteren Abrechnungsmodalitäten sowohl im KV-Bereich als auch im KH Bereich hat nur selten jemand den korrekten Überblick ob tatsächlich alle Modalitäten genutzt werden

### 3. Abrechnung (II)



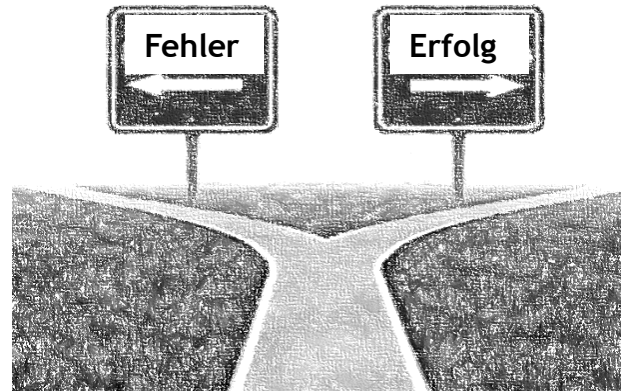
Versierte und  
motivierte  
Fachkraft  
gesucht..

- Glück, wenn dann im MVZ eine versierte Fachkraft aus der Praxis den Überblick hat.
- MVZ in der Trägerschaft von Ärzten, die auch selbst dort maßgeblich mitarbeiten und die entsprechend ihr Kapital in das MVZ investiert haben in der Regel deutlich bessere Strukturen.

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

# Genug Negatives!

Wo kann jetzt Know-how Transfer  
zu einer Verbesserung führen ???



**morlockconsulting**

gesundheit erfolgreich unternehmen ...

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

## Strukturunterschiede

**morlockconsulting**  
gesundheit erfolgreich unternehmen ...

## Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

Wo können Krankenhäuser vom (gut geführten) MVZ lernen?

### Bsp. OP Organisation:

Oft wird im KH die amb. Leistung mit den Abläufen des stationären Setting erbracht:

- 
- Zentral OP mit Einschleusung und Aufwachraum
  - Anästhesist
  - Anästhesie-Funktionsdienst
  - OP-Springer (Pflegekraft)
  - OP-Pflege (Pflegekraft)
  - Operateur (Arzt)
  - Assistenz (Arzt)
  - Zt. postoperative Beobachtung für 4-6 Std. auf einer Station



Beispiel  
operative  
Leistung

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

## Beispiel anhand einer typischen stationersetzenden Leistung nach § 115 b SGB V:

Diagnose: K40.9 Hernia inguinalis („Leistenbruch“) beim Erw.

Prozedur (ICPM) 5-530-31, Verschluss einer Hernia inguinalis mit alloplastischen, allogenen oder xenogenem Material (i.d.R. Netz), laparoskopische transperitoneal (sog. TAPP)

## Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

Berechnungsgrundlage: bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 10,4361 Cent (Stand 1/2016); der Punktwert kann je nach KV-Bezirk variieren

Leistungen	EBM-Ziffer	EBM-Punkte	Erlös (€)
Chirurgische Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	07211	221	23,06 €
Anästhesiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	05211	95	9,91 €
Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation	05310	179	18,68 €
Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen...31163...	31823	1.542	160,92 €
<b>Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3</b>	<b>31163</b>	<b>2.447</b>	<b>255,37 €</b>
Postoperative <i>Überwachung</i> im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen...31163...	31505	1.031	107,60 €
Postoperative <i>Behandlung</i> nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen...31163...	31609	173	18,05 €
Gesamt-Punkte und Gesamterlös bei Multiplikation mit Orientierungspunktwert Stand 1/2016 (10,4361 Cent)		5.688	593,59 €
<b>Einzelerrstattung Sachmittel nach EBM Kapitel 7.3 "Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten"<sup>6</sup></b>			
Das Implantat (Herniennetz) kann über gesonderte Sachkosten mit den Kostenträgern direkt abgerechnet werden. Es sind die tatsächlich entstandenen Kosten den Kostenträgern in Rechnung zu stellen.			

189,51 €  
ANÄ

372,88 €  
CHIR

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

## Grobe Kostenkalkulation\*:

Arztbindungszeit inkl. Vor/Nachbereitung: Ø 60 min

Bindungszeit OP/ANÄ-Pflege inkl. Vor/Nachbereitung: Ø 90 min

Ca. 30 % -40% Overheadkosten

\* Grobe Vollkosten ohne SK / Med (Praxisbedarf) und ohne Implantat/Netz (gesondert direkt) abzurechnen



## Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

### Beispiel unternehmerisch geführtes MVZ oder Fachpraxis

Brutto-AG Kosten (KH Tarif)				
	€		Multiplikator	
Arzt 1	91,46	/ Std.	1	91,46
MFA 1 (steril)	23,90	/ Std.	1,5	35,85
MFA 2 (Spinger)	23,90	/ Std.	1	23,90
Arzt ANÄ	85,37	/ Std.	1	85,37
MFA ANÄ	23,90	/ Std.	1,5	35,85
SUM			PK	272,44
Overhead	erlösbezogen pauschal		30%	111,864
<b>Gesamtaufwendungen (ohne SK, Implantat etc.)</b>				<b>384,30</b>
		ANÄ	Chir	Gewinn/Verlust
Gesamterlös	MVZ	189,51	372,88	562,39
bei 300 OP's / Jahr				<b>53.426,09</b>

Typisches OP-Setting  
in einem

“unternehmerisch  
geführten MVZ  
(MFA Ø : Tätigkeits-  
gruppe IV Stufe 3)

das Beispiel zeigt:  
die EBM Kalkulation  
basiert auf die Tarif-  
und Leistungsstruktur  
im KV-Bereich

**morlockconsulting**

gesundheit erfolgreich unternehmen ...

## Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

Brutto-AG Kosten (KH Tarif)				
	€		Multiplikator	
Arzt 1	91,46	/ Std.	1	91,46
Arzt 2	73,17	/ Std.	1	73,17
Arzt ANÄ	85,37	/ Std.	1	85,37
Pflege OP	33,54	/ Std.	1,5	50,30
Pflege OP	29,27	/ Std.	1,5	43,90
Pflege ANÄ	33,54	/ Std.	1,5	50,30
SUM			PK	394,51
Overhead	erlösbezogen pauschal		40%	149,152
<b>Gesamtaufwendungen (ohne SK, Implantat etc.)</b>				<b>543,66</b>
		ANÄ	Chir	Gewinn
Gesamterlös MVZ (am KH)	189,51	372,88	562,39	<b>18,73</b>
bei 300 OP's / Jahr				5.617,74

Typisches KH-OP-Setting (auch oft im KH eigenen MVZ)

Ein ausreichender Deckungsbeitrag kann so nicht erwirtschaftet werden

\* Ggf. KH Zuschlag 5-7% auf Erlös bei §115b - Leistung im KH

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

## Know-how Transfer zwischen MVZ und Krankenhaus:

- Ein „ambulantes Setting“ ist Voraussetzung für einen kostendeckenden ambulanten Betrieb
- Krankenhausgeführte MVZ mit KH-Tarifstruktur und KH-typischen Prozessen führen systemimmanent zur Unterdeckung
- Wenn im KH nach § 115b SGB V ambulant operiert wird ist zumindest eine Kostendeckung sicherzustellen
- Für die korrekte und optimale Abrechnung der Leistungen sind spezifische Kenntnisse in der KV Abrechnung notwendig (keine „Nebenbeileistung der KH-Buchhaltung“)

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

Und wo kann jetzt Know-how transfer vom Krankenhaus zum MVZ zu einer Verbesserung führen ???

- Beispiel - Interdisziplinäre Zusammenarbeit

## Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

### Know-how Transfer zwischen Krankenhaus und MVZ

- Hohe Behandlungsqualität ist im Krankenhaus obligat. Krankheit / Behandlung sollte sich r nicht am Fachgebiet orientieren
- Eine fachübergreifende Zusammenarbeit und das 4-und mehr Augen Prinzip findet in (gut aufgestellten) Krankenhäusern statt. z.B. in den zertifizierten „Organzentren“ (wie Darm, Bauch, - Prostata, Onkolog. Z. etc.), und findet Ausdruck in einer krankheits-/patientenorientierter Vorgehensweise
- Hier sind MVZ - ähnlich wie Arztpraxen - oft noch gebietsspezifisch (wie Großpraxen) unterwegs
- Die Qualität resultiert aus dem gebündelten Fachwissen der Experten in der Zusammenarbeit (und in der Zukunft wahrscheinlich auch aus der „big data“ cloud)

**morlockconsulting**

gesundheit erfolgreich unternehmen ...

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

## Know-how Transfer zwischen Krankenhaus und MVZ

am Beispiel CED (M. Crohn, Colitis ulzerosa etc.)

- Beteiligten Fachgruppen: Internist SP CED, Viszeralchirurg mit SP CED, Radiologe, Psychotherapeut, Spez. Schmerztherapie, Ernährungsberatung, Sozialdienst
- Solch ein Setting können bisher fast nur Krankenhäuser mit spezialisierten Ambulanzen anbieten (oft als ASV Leistung)
- MVZ die KH Schwerpunkte mit ambulanten Angeboten zusammenbringen und eine Versorgung aus einer Hand anbieten sind von erheblichem Vorteil für den Patienten

**morlockconsulting**

gesundheit erfolgreich unternehmen ...

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

Und wo kann jetzt Know-how Transfer vom  
Krankenhaus zum MVZ zu einer Verbesserung  
führen ???

*Gerade MVZ in KH Trägerschaft sollten vor jeder Entscheidung einen realistischen Business Case (analog zum Wirtschaftsplan KH) erstellen:*

- *Korrekte Einschätzung zur Refinanzierbarkeit des KV Sitzes bzw. der zu erwerbenden Praxis. (Oft - wenn überhaupt erhältlich - exorbitante Preise z.B. KV Sitz Radiologie oder Strahlenmedizin, Industrie/ priv. Eq. treiben die Preise)*
- *Korrekte Einschätzung zur Entwicklung der Fallzahlen unter den genannten Aspekten*
- *Korrekte Einschätzung zur Entwicklung des Fachgebietes*
- *Keine „blinden Synergie-Schätzungen“*



## *Beispiel....*

- *Klinik für Orthopädie & UCH*
- *Arztpraxis Orthopädie in der Nähe mit guter Zuweisung. Besitzer der Praxis erreicht in 3 Jahren Altersgrenze, will kürzertreten...*
- *Klinik hat Schwerpunkt z.T. Schulterchirurgie*
- *Hohe MDK Prüfquote und Ablehnung von stat. endosk. Schultereingriffen*
- *Zielsetzung: Leistungsportfolio der Klinik zukunftssicher anpassen, keine Patienten „verlieren“, ambulante Eingriffe der Klinik in „kostendeckende Strukturen“ überführen*

## Beispiel....

- *Erwerb der Praxis und schrittweiser „Ausstieg“ des Inhabers über einen Zeitraum von 3 Jahren*
- *Angebot der Teilzeittätigkeit für maßgebliche Ärzte der Klinik (Schulter spezialist/en) am MVZ mit Beteiligung z.B. an der Gesellschaft (GmbH)*
- *Verlagerung der ambulanten Schulter-OP's an das MVZ und Anpassung der Strukturen der Klinik durch ein erweitertes Portfolio (Bsp.in Kombination mit Klinik für Geriatrie Gründung eines alterstraumatologisches Zentrum ATZ) o.ä.*
- *Gleichzeitig Instrument der Mitarbeiterbindung an das KH*

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

## Zum Thema Abrechnung

...hier können eigentlich alle von einer gut aufgestellten Arztpraxis oder inhabergeführtem MVZ lernen

## Beispiel Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina

- Neben dem Budget (RLV) existieren kleinere Zusatzbudgets, die in den meisten Fällen von der individuellen Zusatzqualifikation des Arztes abhängen (z.B. Sonografie bei Hausärzten etc.)
- Überschreitungen des RLV können durch Unterschreitungen des QZV ausgeglichen werden
- Dazu muss das QZV aber zunächst aber individuell beantragt werden.

1. Ermittlung des Regelleistungsvolumens (RLV)				
1.1	Berechnungsgrundlage			
1.1.1	Arztgruppe	Neurologen		
1.1.1.1	Tätigkeitsumfang der Zulassung oder Anstellung	0,50		
1.1.1.2	Durchschnittsfallzahl der Arztgruppe	1.141,0		
1.1.5	Relevante Durchschnittsfallzahl	570,5		
1.1.6	RLV-Fallwerte der Arztgruppe	Altersklasse 1 (AK1) 47,52 €	Altersklasse 2 (AK2) 47,52 €	Altersklasse 3 (AK3) 44,26 €
1.1.7	RLV-Fallzahl des Arztes	(Summe) 432,7	(AK1) 0,0	(AK2) 111,6
1.3	Arztbezogenes RLV (FZAK1 x FWAK1 + FZAK2 x FWAK2 + FZAK3 x FWAK3)			19.515,12 €
1.4	Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten gemäß Ziffer 7.4.2 HVM			
1.4.1	Kooperationsgrad	1,20%		
1.4.2	Zuschlag / Anpassungsfaktor	1,0000		
1.4.3	Arztbezogenes RLV unter Berücksichtigung des Zuschlages (1.3 x 1.4.2)			19.515,12 €
2. Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV)				
2.1	QZV <b>Surrogatlinie 3</b>			
2.1.1	QZV-Fallwert der Arztgruppe	Fallzahl	Fallwert	3,82 €
2.1.2	Berechnung des QZV	432,7 x	3,82 €	1.652,91 €
2.2	Summe der QZV			1.652,91 €

## Beispiel (KVWL):

### Ermittlung des QZV.

Nichtbeantragung:  
im Bsp. (50% Neuro-  
logie im MVZ)  
können  
rd. 6.000€/Jahr bzw.  
12.000 € bei einem  
vollen KV Sitz nicht  
abgerechnet  
werden.

**morlockconsulting**

gesundheit erfolgreich unternehmen ...

## Zum Thema Abrechnung

- Gerade MVZ in KH-Trägerschaft sind in der komplexen Abrechnungsthematik oft nicht optimal aufgestellt
- So kommt es nicht selten zu Honorar-Rückforderungen wegen Budgetüberschreitungen oder nicht korrekt abgerechneter Leistungsziffern bis hin zu Leistungen, die eigentlich gar nicht erbracht werden dürften...

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

## Zum Thema wirtschaftliche Verantwortung

- In den Krankenhäusern werden die Leistungsträger eng in das Kosten-/Leistungscontrolling einbezogen
- Monatliche Kennzahlen versetzen das KH-Management in die Lage, die Ziele stringent zu verfolgen und einzufordern

## Zum Thema wirtschaftliche Verantwortung

- Persönliche Zielvereinbarungen sorgen für einen kontinuierlichen Anpassungsdruck der durch die ständig wechselnden Rahmenbedingungen überlebensnotwendig ist
- Diese Instrumente sind für MVZ gleichermaßen geeignet



## 3 provokante Thesen

1. Es ist vollkommen unrealistisch als KH-Träger zu erwarten, eine erworbene Praxis würde im Rahmen eines MVZ die selben Erträge einbringen wie in den Jahren zuvor
2. Ebenso unrealistisch ist es zu glauben, dass sich die Prozesse dort ohne entsprechende Führung in die richtige Richtung entwickeln werden - oft ist das Gegenteil der Fall
3. Der EBM ist für ärztlicher Unternehmer/Freiberufler gemacht und nicht für angestellte Ärzte

## Zusammenfassung

- KH können von gut geführten MVZ viel über schlanke Prozesse in der ambulanten Versorgung lernen
- MVZ in KH-Trägerschaft sollten für die Planung und den Betrieb Ihres MVZ die selben Regeln ansetzen wie für das KH Management d.h. verlässlicher BusinessCase, Wirtschaftsplan, Controlling und professionelle Abrechnungsstrukturen

## Zusammenfassung:

- MVZ können vom Krankenhaus „krankheitszentrierte Versorgung lernen bei der der Patient im Mittelpunkt steht
- Die Einbindung der Ärzte z.B. im Rahmen von monatlichen Kennzahlen und Zielvereinbarungen die im Krankenhaus üblich sind sichert Verantwortung auch im wirtschaftlichen Bereich des MVZ

Vom Krankenhaus zum MVZ - und andersherum...

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Dipl. Ges. oec. Dr.med. Dieter Morlock

[www.morlockconsulting.de](http://www.morlockconsulting.de)

Mit freundlicher Unterstützung beim  
Abrechnungsbeispiel QZV

**heikeJUNGE**  
PRAXISMANAGEMENT

**morlockconsulting**  
gesundheit erfolgreich unternehmen ...