

## Ärzte als Kostentreiber?

# Kein übersteigertes Abrechnungsverhalten

**Die PKV beklagt in gebetsmühlenhafter Weise die Kostensteigerungen sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich der ärztlichen Behandlungen und warnt die Ärzteschaft, nicht an dem Ast zu sägen, auf dem sie gemeinsam mit der PKV sitzt.**

Der Verband der PKV plant in der nächsten Woche eine „Informationsoffensive“, um den Privatversicherten zu helfen, sich im immer anspruchsvoller und komplizierter werdenden Gesundheitswesen zurechtzufinden. Denn das Prinzip der Kostenerstattung setzt aufgeklärte und mündige Patienten voraus. Eine Voraussetzung dafür sei eine transparente Gebührenordnung ohne Anreize zur Mengenausweitung. Dadurch könne auch die Kostenentwicklung gedämpft werden.

Durch eine präzise und klare Rechnungsstellung der einzelnen ärztlichen Leistung durch die Leistungserbringer nach den Vorschriften des § 12 GOÄ wird eine größt mögliche Transparenz erreicht.

Der Privatversicherte kann sich –im Gegensatz zum Sachleistungsprinzip im GKV-Bereich– ein klares Bild über die erfolgte Behandlung machen und ggf. beim Leistungserbringer nachfragen. Die GOÄ ermöglicht durch diese Transparenz auch keine Anreize zur Mengenausweitung. Sowohl durch den Versicherten/Patienten wie auch den Kostenerstatter ist eine Überprüfung der Einhaltung der Regeln der GOÄ sowie der medizinischen Notwendigkeit jeder einzelnen berechneten Leistung sehr leicht möglich, ohne dass dafür ein aufwändiger Verwaltungsapparat notwendig ist.

Von den Kostenerstattern wird immer wieder behauptet, dass die definitive Ertragssituation der niedergelassenen Ärzte im vertragsärztlichen Bereich durch stringente Budgetierungen diese in zunehmender Weise dazu verleitet, wenn nicht gar zwingen würde, die Verluste durch eine

Ausweitung der privatärztlich in Rechnung gestellten Leistungen auszugleichen. Diese Behauptung wird dann durch die Steigerung der Ausgaben im PKV-Bereich zu untermauern versucht.

Der PKV-Verband verweist in diesem Zusammenhang auf ein Wachstum der ambulanten Arztkosten von 2000 auf 2001 um 6,2 % je Versicherten und der Wahlleistung Arzt (stationäre Behandlung) um 0,4 %.

Die Steigerung im stationären Bereich ist nur minimal im Vergleich zum ambulanten Bereich. Das liegt sicherlich an der Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus und der damit verbundenen Verlagerung der ärztlichen Behandlung in den ambulanten Bereich, sowohl vor als auch nach der Krankenhausbehandlung durch die niedergelassenen Ärzte. Durch die Einführung der DRGs wird sich die Tendenz noch verstärken, denn die Krankenhäuser werden bestrebt sein, ihre Kosten im Rahmen der DRG-Pauschalen zu minimieren, um einen größtmöglichen Profit bei gegebenen Festpreisen zu erzielen.

## Auswertung der PVS-Zahlen

Als Marktführer im Bereich Privatabrechnung sind die Privatärztlichen Verrechnungsstellen selbstverständlich dazu prädestiniert, aus dem zur Verfügung stehenden Datenpool ebenfalls Auswertungen vorzunehmen, um möglichst objektiv die behaupteten Ausweitungen der privatliquidierten Leistungen der Ärzteschaft zu beurteilen. Hierzu werden beispielhaft die Zahlen einer PVS herangezogen, wobei die Entwicklung der Rechnungen derselben Ärzte untersucht wurden.

## AUTOR



**Peter Gabriel**

Vorsitzender des Ausschusses für Gebühren- und Vertragsrecht im Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen  
Geschäftsführer der PVS Südwest in Mannheim

E-Mail:

[p.gabriel@pvs.de](mailto:p.gabriel@pvs.de)

## Ärzte als Kostentreiber?

### PVS-Zahlen belegen kein übersteigertes Abrechnungsverhalten

#### Entwicklung privat liquidierter ambulanter Leistungen einer Privatärztlichen VerrechnungsStelle:

Jahr	Rechnungsanzahl	Rechnungsdurchschnitt	Veränderung zum Vorjahr
1996	542.353	116,65 €	+ 2,9 %
1997	537.448	120,05 €	+ 2,9 %
1998	524.700	122,15 €	+ 1,7 %
1999	510.947	122,72 €	+ 0,4 %
2000	501.588	123,12 €	+ 0,3 %
2001	490.837	123,44 €	+ 0,26 %
2002	469.038	123,47 €	+ 0,02 %

Die Steigerung von 1997 auf 1998 ist auf die Novellierung der GOÄ im Jahr 1996 zurückzuführen und war politisch gewollt. Die zuwendungsintensiven Leistungen wurden im Vergleich zum Zeitraum vor der Novellierung höher bewertet.

Bei den untersuchten Ärzten dieses repräsentativen PVS-Bereichs ging sogar die Zahl der Rechnungen noch kontinuierlich zurück, so dass die geringe Rechnungsbetragssteigerung noch bemerkenswerter ist, da bei weniger Rechnungen ja eigentlich ein höherer Rechnungsbetrag zu erwarten wäre. Auch das Heranziehen weiterer PVS Datenpools aus der gesamten Bundesrepublik kann die behauptete Steigerung der Kosten pro Versicherten nicht bestätigen, wobei das Wachstum der Rechnungsanzahl auf die wachsende Zahl der PVS-Mitglieder zurückzuführen ist.

#### Entwicklung privat liquidierter ambulanter Leistungen mehrerer Privatärztlicher VerrechnungsStellen:

Jahr	Rechnungsanzahl	Rechnungsausgang (€)	Rechnungsdurchschnitt	Veränderung zum Vorjahr
1996	2.495.473	314.099.734	125,86 €	
1997	2.495.670	330.799.874	132,55 €	+ 5,32 %
1998	2.547.089	341.769.960	134,18 €	+ 1,23 %
1999	2.564.851	345.798.463	134,82 €	+ 0,48 %
2000	2.622.761	360.131.239	137,30 €	+ 1,84 %
2001	2.815.297	394.237.308	140,03 €	+ 1,99 %
2002	2.977.991	422.182.725	141,76 €	+ 1,24 %

Bei der Untersuchung der absoluten Rechnungsausgangszahlen der PVS-Mitglieder pro Jahr zeigt sich ebenfalls kein anderes Bild. Die Steigerung der Umsatzzahlen der PVS sind im wesentlichen auf die Steigerung der Anzahl der abrechnenden PVS-Mitglieder zurückzuführen.

#### Zuwachsraten der PVS-Mitglieder:

Jahr	Veränderung der Anzahl der Verbandsmitglieder im Vergleich zum Vorjahr
1997	+ 1,95 %
1998	+ 1,67 %
1999	+ 1,57 %
2000	+ 1,13 %
2001	+ 2,04 %
2002	+ 2,53 %

Angesichts des allgemein wachsenden Morbiditätsrisikos und Alters auch der Privatversicherten und des medizinischen Fortschritts ist eine Steigerung der Kosten allerdings nicht ganz zu vermeiden.

Im stationären Bereich wird die geringe Steigerung der Kosten auch durch die Zahlen einer repräsentativen PVS bei der Betrachtung der Rechnungsstellung derselben Ärzte einer PVS

#### Entwicklung privat liquidierter stationärer Rechnungen einer Privatärztlichen VerrechnungsStelle:

Jahr	Rechnungsanzahl	Rechnungsdurchschnitt	Veränderung zum Vorjahr
1996	50.919	337,01 €	
1997	54.512	334,24 €	- 0,82 %
1998	60.856	307,93 €	- 7,87 %
1999	60.438	302,31 €	- 1,83 %
2000	56.563	311,15 €	+ 2,92 %

als auch der Untersuchung des Datenpools mehrerer Privatärztlicher VerrechnungsStellen in einem Bundesland bestätigt.

## Ärzte als Kostentreiber?

### PVS-Zahlen belegen kein übersteigertes Abrechnungsverhalten

Entwicklung privat liquidierte stationärer Rechnungen mehrerer Privatärztlichen Verrechnungsstellen:

Jahr	Rechnungsanzahl	Rechnungsausgang (€)	Rechnungsdurchschnitt	Veränderung zum Vorjahr
1996	336.498	167.783.418	498,62 €	
1997	378.370	181.108.941	478,65 €	- 4,01 %
1998	414.708	194.186.757	468,25 €	- 2,17 %
1999	423.369	200.961.854	474,67 €	+ 1,37 %
2000	441.659	209.245.663	473,77 €	- 0,19 %
2001	480.183	228.549.386	475,96 €	+ 0,46 %
2002	533.089	248.115.793	465,43 €	- 2,21 %

Die von der PKV behauptete Leistungsausweitung im privatärztlichen Bereich, die durch die GOÄ begünstigt wurde, kann durch die repräsentative Statistik nicht bestätigt werden. Das Kostenerstattungsprinzip und die damit verbundene Ausweisung der durchgeführten und berechneten einzelnen Leistung führt außerdem zu mehr Transparenz und Kontrollmöglichkeit durch den Versicherten selbst.

### Gesteigerte Leistungspositionen – Streit um den Vervielfacher

Die PKV beklagt, dass die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte und liquidationsberechtigten Klinikärzte (Chefärzte) bei der Berechnung des Privathonorars den Schwellenwert (2,3fache / 1,8fache) ansetzen. § 2 Abs. 2, S.4 der GOÄ bestimmt, dass eine Gebühr in der Regel nur zwischen dem 1fachen und 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden müsse.

Hierzu gibt es allerdings einschlägige höchstrichterliche Rechtsprechungen, die die Rechtmäßigkeit des Ansatzes des 2,3fachen Satzes auch im Regelfall bestätigt.

Eine vom PKV-Verband vorgenommene quartalsbezogene Stichprobenauswertung von Privatliquidationen ergab für das Jahr 2001, dass bei ambulanter privatärztlicher Behandlung bei 87,48% des Honorarvolumens eine Abrechnung nach dem

Schwellenwert erfolgte, bei 5,14% lagen die Privatliquidationen unter dem 2,3fachen, bei 7,3% hingegen darüber. Bei stationären Abrechnungen lagen 28,3% der Rechnungen über dem jeweiligen Schwellenwert.

Interessant ist in diesem Zusammenhang das Zustandekommen derartiger Statistiken. Die dem PKV-Verband angeschlossenen Versicherungen werden gebeten, in regelmäßigen Abständen eine geringe Anzahl willkürlich ausgewählter Rechnungen an den Verband oder ein beauftragtes Institut zur Analyse zu übersenden. So konnte die PVS von einem von der PKV beauftragten Institut in Augsburg erfahren, dass z. T. nur 30 000 ausgewählte Rechnungen untersucht wurden. Ein weiterer methodischer Fehler der statistischen Auswertung liegt darin, dass jede Rechnung, in der nur eine Ziffer gesteigert worden ist, als gesteigerte Rechnung insgesamt ausgewiesen wird. Dies ist keine objektive Beobachtungsweise. Dafür ist die Gesamtzahl der abgerechneten GOÄ-Ziffern im Verhältnis zu den tatsächlich gesteigerten GOÄ-Ziffern zu sehen.

Wenn z. B. in 2001 insgesamt 2,34% aller GOÄ-Ziffern gesteigert worden sind, kann dies wohl nicht als Beweis dafür gelten, dass sich die Ärzteschaft verloren gegangenes Honorar im gesetzlichen Bereich bei den Privatpatienten wieder holt (siehe Tabelle nächste Seite).

Da die gesteigerten GOÄ-Positionen Ausdruck für die Fälle sind, die zeitaufwendig und schwierig zu behandeln sind und damit außerhalb der Norm liegen, kann vielmehr die Aussage gelten, dass diese Fälle, die wesentlich über den ausgewiesenen Prozentsätzen liegen werden, bei der Bewertung nicht ausreichend Berücksichtigung finden.

Dies ist sicherlich auch Resultat fortwährender Beanstandung durch die Kostenerstatter bei entsprechender Höherbewertung, weil diese Auseinandersetzung den ärztlichen Leistungserbringern lästig sind. Dabei hat der Verordnungsgeber in § 5 der GOÄ das Instrumentarium der Steigerung der Faktoren expliziert zur angemessenen Honorierung von Leistung geschaffen.

### POSITIONEN

- Kostenerstattung führt zu mehr Transparenz und Kontrollmöglichkeiten durch den Versicherten
- Anwendung des 2,3fachen Schwellenwertes wird durch § 5 GOÄ und Gerichtsentscheidungen untermauert
- ein signifikanter Anstieg der Arztkosten ist statistisch nicht belegbar

### BUCH-TIPP

#### „Euro-GOÄ“

#### Die Gebührenordnung für Ärzte



1. Auflage;  
Verband der  
Privatärztlichen  
Verrechnungs-  
stellen;  
erhältlich bei  
Ihrer PVS vor Ort

## Ärzte als Kostentreiber?

### PVS-Zahlen belegen kein übersteigertes Abrechnungsverhalten

#### FAZIT

Insgesamt relativieren sich die Aussagen des PKV - Verbandes fast vollständig, lediglich die Aussage, dass oft zum 2,3fachen / 1,8fachen Satz abgerechnet wird, ist sicher richtig, aber rechtlich auch nicht zu beanstanden, zumal der Gebührenrahmen bei der GOÄ vor 1983 nicht, wie derzeit, zwischen dem 1,0fachen und 3,5fachen sondern zwischen dem 1,0fachen und 6fachen lag, somit der Schwellenwert wesentlich höher war. Insoweit werden von der Ärzteschaft schon sehr weitreichende Zugeständnisse gemacht. Durch den Reformstau der Novellierung der GOÄ seit 1983 kam es zu keiner wesentlichen Höhervergütung ärztlicher Leistungen (Ausnahme 1996 Beratungen und Untersuchungen plus 6% seit 1983!). Ist es in dieser Situation der Ärzteschaft zu verdenken, wenn sie wenigstens meist zum Schwellenwert abrechnet? Unsere Ausführungen mögen insgesamt dazu beitragen, die Stimmungsmache des PKV - Verbandes zu entkräften.

Die PKV sollte nicht an dem Ast sägen, auf dem sie gemeinsam mit der Ärzteschaft sitzt, sondern in der schweren See der Gesundheitsreform sowie der politischen und wirtschaftlichen Krisenstimmung daran denken, dass sie im selben Boot wie die ärztlichen Leistungserbringer sitzt und ein Segeln nach einem gemeinsamen Kurs zum Ziel führt. Pure Polemik führt hier nicht weiter.

#### Gesteigerte GOÄ-Ziffern 1996 bis 2002 (GOÄ 96)

Jahr	Bereich	insgesamt abgerechnete GOÄ-Ziffern	Anzahl gesteigerter GOÄ-Ziffern	%Anteil gesteigerter GOÄ-Ziffern	durchschnittlicher Faktor je gesteigerter GOÄ-Ziffer / ärztlich
1996	ambulant	4.258.826	68.051	1,60 %	3,436
1997	ambulant	5.590.420	81.792	1,46 %	3,424
1998	ambulant	5.802.121	66.148	1,14 %	3,399
1999	ambulant	6.043.538	75.116	1,24 %	3,405
2000	ambulant	6.411.648	84.582	1,32 %	3,413
2001	ambulant	7.218.689	105.255	1,46 %	3,428
2002	ambulant	8.394.746	117.679	1,40 %	3,418
1996	stationär	1.244.465	74.828	6,01 %	3,454
1997	stationär	1.723.684	113.540	6,59 %	3,399
1998	stationär	1.948.447	102.563	5,26 %	3,405
1999	stationär	2.003.821	102.765	5,13 %	3,402
2000	stationär	2.091.142	105.097	5,03 %	3,396
2001	stationär	2.361.470	118.929	5,04 %	3,350
2002	stationär	2.379.447	113.619	4,78 %	3,342
<b>1998</b>	<b>gesamt</b>	<b>7.750.568</b>	<b>168.872</b>	<b>2,18 %</b>	<b>---</b>
	davon				
	ärztlich	4.902.385	101.701	2,07 %	3,403
	technisch (A,E,O)	774.947	32.780	4,23 %	2,474
	Labor	2.073.236	34.391	1,66 %	1,304
<b>1999</b>	<b>gesamt</b>	<b>8.047.359</b>	<b>177.881</b>	<b>2,21 %</b>	<b>---</b>
	davon				
	ärztlich	4.855.342	104.479	2,15 %	3,403
	technisch (A,E,O)	1.053.149	42.120	4,00 %	2,466
	Labor	2.138.868	31.362	1,47 %	1,303
<b>2000</b>	<b>gesamt</b>	<b>8.502.790</b>	<b>189.763</b>	<b>2,23 %</b>	<b>---</b>
	davon				
	ärztlich	5.165.860	109.076	2,11 %	3,404
	technisch (A,E,O)	1.140.221	53.829	4,72 %	2,453
	Labor	2.196.709	26.858	1,22 %	1,301
<b>2001</b>	<b>gesamt</b>	<b>9.580.159</b>	<b>224.305</b>	<b>2,34 %</b>	<b>---</b>
	davon				
	ärztlich	5.672.730	136.786	2,41 %	3,392
	technisch (A,E,O)	1.395.713	56.813	4,07 %	2,451
	Labor	2.511.716	30.706	1,22 %	1,300
<b>2002</b>	<b>gesamt</b>	<b>10.774.193</b>	<b>231.298</b>	<b>2,15 %</b>	<b>---</b>
	davon				
	ärztlich	6.805.741	135.923	2,00 %	3,385
	technisch (A,E,O)	1.371.550	62.052	4,52 %	2,444
	Labor	2.596.902	33.323	1,28 %	1,302