
Die Heilmittelversorgung der PKV- und GKV-Versicherten im Vergleich

Verena Finkenstädt

Version: Februar 2015

WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c • 50968 Köln
Telefon +49 221 9987-1652 • Telefax +49 221 9987-1653
E-Mail: wip@wip-pkv.de • Internet: www.wip-pkv.de

Inhalt

1.	Einleitung	4
2.	Rahmenbedingungen der Heilmittelversorgung in PKV und GKV	5
2.1	Überblick	5
2.2	Vergütung und Abrechnung	6
2.2.1	PKV	6
2.2.2	GKV	7
2.3	Leistungsanspruch und -erbringung	7
2.3.1	PKV	7
2.3.2	GKV	8
3.	Mehrumsatz der PKV im Heilmittelbereich.....	14
3.1	Datengrundlagen.....	14
3.2	Berechnung.....	15
4.	Fazit.....	21
5.	Literatur.....	22

1. Einleitung

Die Private Krankenversicherung (PKV) unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dies zeigt sich nicht nur in der Finanzierungform, sondern auch bei den Leistungen. Insbesondere in der Heilmittelversorgung machen sich die unterschiedlichen Rahmenbedingungen deutlich bemerkbar.

Heilmittel sind im Sozialrecht als ärztlich verordnete Dienstleistungen definiert, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen (§ 30 SGB VII). Allen Heilmitteln ist gemeinsam, dass sie auf den Körper zum Zweck der Heilung, Besserung oder Linderung überwiegend äußerlich einwirken.¹ Zu den Heilmitteln gehören insbesondere Maßnahmen der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie. Die Physiotherapie dient vor allem der Behandlung chronischer Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Logopädie erhalten z.B. viele Patienten nach einem Schlaganfall, um ihre Sprechfunktionen wiederzuerlangen. Handfunktionen und Handlungsmuster für den Gebrauch im Alltag werden in der Ergotherapie trainiert. Die Podologie umfasst in erster Linie medizinisch indizierte Fußbehandlungen bei Diabetikern.²

In der PKV entfallen 8,6 % der ambulanten Leistungsausgaben auf Heilmittel. Andere Bereiche, wie z.B. die ärztliche Behandlung, haben zwar einen deutlich höheren Anteil an den Leistungsausgaben, aber die Heilmittelausgaben der PKV steigen stetig an und zeigen in den letzten 10 Jahren insgesamt ein dynamischeres Wachstum als die Gesamtausgaben.³ Detaillierte Analysen zur Heilmittelversorgung der Privatversicherten liegen bis dato ebenso wenig vor, wie eine vergleichende Darstellung der Unterschiede zwischen PKV und GKV in diesem Leistungsbereich. Dies erscheint jedoch lohnenswert, da hier die Systemunterschiede zwischen PKV und GKV besonders deutlich werden.

Die vorliegende Studie gibt zunächst einen umfassenden Überblick der Rahmenbedingungen der Heilmittelversorgung in PKV und GKV im Vergleich. Anschließend erfolgt eine Berechnung des Mehrumsatzes der Privatversicherten in diesem Leistungssegment, um die Summe aufzuzeigen, die PKV-Versicherte - im Vergleich zu GKV-Versicherten - mehr für die Heilmittelversorgung aufwenden.

¹ Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 8.6.1993, Az: 1 RK 21/91.

² Vgl. Spitzenverband der Heilmittelverbände (2014).

³ Vgl. PKV-Verband (2014), S. 94f.

2. Rahmenbedingungen der Heilmittelversorgung in PKV und GKV

Bevor die Heilmittelausgaben in PKV und GKV quantifiziert und verglichen werden, ist ein Blick auf die jeweiligen Rahmenbedingungen unabdingbar. Denn gerade in der Heilmittelversorgung kommen die Systemunterschiede zwischen PKV und GKV besonders deutlich zum Tragen.

2.1 Überblick

In der Heilmittelversorgung nimmt die GKV vor allem auf die ärztliche Verordnungspraxis starken Einfluss. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung bzw. die Heilmittelrichtgrößen wirken als wesentliche Stellgröße der Mengensteuerung. Hierdurch - verbunden mit der Möglichkeit eines Regresses - wird das Ordnungsverhalten der Vertragsärzte maßgeblich bestimmt und die Heilmittelversorgung der GKV-Patienten begrenzt. Die privatärztliche Behandlung und Verordnungspraxis unterliegen dagegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

In der GKV haben Ärzte bei der Verordnung von Heilmitteln zudem Leistungsausschlüsse und -einschränkungen zu beachten. Neben der im SGB V festgeschriebenen Negativliste müssen die Heilmittel-Richtlinien des G-BA berücksichtigt werden, die abschließend und einheitlich für alle Versicherten regeln, welche Leistungen hinsichtlich Art und Verordnungsanzahl übernommen werden. Hier werden den Ärzten auch die Indikationen vorgegeben, bei denen sie ein entsprechendes Heilmittel verordnen dürfen. In der GKV erfolgt damit eine Heilmittelversorgung nach „Regelfall“, wobei ein bezüglich Erkrankung und Krankheitsverlauf typischer Patient als Maßstab für alle Patienten gilt. In der PKV sind Ärzte nicht in ihrer Therapiefreiheit beschränkt und können PKV-Versicherten die optimale Heilmittelversorgung verordnen, die dem Patienten je nach individuellem Krankheitsverlauf am besten entspricht. Die Erstattung von Heilmitteln richtet sich nach dem jeweils gewählten Tarif.

In Bezug auf die Vergütung von Heilmitteln gibt es in der PKV - im Gegensatz zur GKV - keine vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern und auch keine amtliche Gebührenordnung. Bei Privatpatienten verhandeln Therapeuten die Preise ihrer Leistungen frei mit dem Patienten, wohingegen der Therapeut bei GKV-Patienten die Vergütung erhält, die zwischen Krankenkassen- und Berufsverbänden verhandelt wurde.

Tabelle 1: Begrenzungen der Heilmittelversorgung in GKV und PKV

	GKV	PKV
Richtgrößen	ja	nein
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress	ja	nein
Leistungsausschlüsse	ja, gesetzliche Negativliste	tarifabhängig
Leistungseinschränkungen	ja, durch Heilmittel-Richtlinien	tarifabhängig
Vergütung	Verhandlungsergebnis von Krankenkassen- und Berufsverbänden	Frei mit dem Patienten verhandelbar
Selbstbeteiligungen	ja, gesetzliche Zuzahlung	tarifabhängig

Quelle: Eigene Darstellung.

Leistungsausschlüsse und -einschränkungen, Richtgrößen sowie die Möglichkeit eines Regresses führen in der GKV zur Rationierung der Heilmittelversorgung und drücken damit die Ausgaben. In den vergangenen 40 Jahren kam es immer wieder zu gesetzlichen Eingriffen, die in der GKV zu offener Rationierung (Zuzahlungen, Leistungskürzungen) und verdeckter Rationierung (Budgetierung) im Heilmittelbereich führten.

Folgend werden Leistungsvergütung, -abrechnung, -anspruch und -erbringung im Heilmittelbereich in PKV und GKV detailliert gegenübergestellt. Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der beiden Versicherungssysteme wirken sich maßgeblich auf die Heilmittelversorgung der jeweiligen Versichertengruppen aus.

2.2 Vergütung und Abrechnung

2.2.1 PKV

In der PKV gibt es keine vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern. Für Heilmittel existiert auch keine amtliche Gebührenordnung, wie z. B. für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen. Rein rechtlich kommt zwischen dem Physiotherapeuten und seinem Patienten ein Dienstvertrag nach § 611 BGB zustande. § 612 BGB regelt, dass – sofern es weder eine Vereinbarung über die Höhe der Vergütung noch eine Taxe gibt – die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen ist. Als übliche Vergütung bezeichnet man grundsätzlich die nach einer festen Übung für gleiche oder ähnliche Dienstleistungen an dem betreffenden Ort gewöhnlich gewährte Vergütung. Die rechtlichen Grenzen von Sittenwidrigkeit und Wucher (§ 138 BGB) sind zu beachten.

Durch das Kostenerstattungsprinzip erhält der Privatversicherte seine Heilmittelrechnung direkt vom Arzt/Behandler und kann diese dann bei seinem Versicherungsunternehmen zur Er-

stattung einreichen. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach dem gewählten Tarif. Die Beihilfestellen haben für Beamte Erstattungshöchstsätze für Heilbehandlungen vorgesehen.

2.2.2 GKV

Bei GKV-Versicherten entfällt die Vergütungspflicht des § 630a Abs. 1 BGB, wenn die Behandlung in die GKV-Leistungspflicht fällt und der Patient keine Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt hat. Das Recht der GKV überlagert hier das Privatrecht, mit der Folge, dass sich der gegenseitige Behandlungsvertrag zwischen Therapeut und Patient in ein partiell einseitiges Vertragsverhältnis umwandelt. Der Arzt/Behandler schuldet weiterhin die Leistung der versprochenen Behandlung, aber für den GKV-Patienten entsteht keine Vergütungspflicht für solche Behandlungen, die von der GKV im Rahmen des Sachleistungsprinzips übernommen werden.

In der GKV werden über die Preise und die Abrechnung von Heilmitteln von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Verträge bzw. Vergütungsvereinbarungen mit den Berufsverbänden der Leistungserbringer geschlossen. Sie richten sich nach den Rahmenempfehlungen zur Heilmittelversorgung und sind Voraussetzung für die Versorgung der GKV-Versicherten mit Heilmitteln und für die Abrechnung der erbrachten Leistungen mit den Mitgliedskassen. Die Primärkassen und der Verband der Ersatzkassen (vdek) - als Interessenvertretung aller Ersatzkassen - führen jeweils eigene Vertragsverhandlungen mit den Berufsverbänden, die sich in teilweise unterschiedlichen Preisen für die einzelnen Heilmittelleistungen niederschlagen.⁴ Die ausgehandelten Vergütungen gelten dann jeweils für alle Versicherten der entsprechenden Kassenart. In Bezug auf die Abrechnung sind die Leistungserbringer von Heilmitteln laut § 302 Abs. 1 SGB V verpflichtet, den Krankenkassen ihre Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.⁵

2.3 Leistungsanspruch und -erbringung

2.3.1 PKV

In der PKV ergibt sich der Anspruch auf die Erstattung von Heilmittelleistungen aus dem individuell gewählten Tarif und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Oftmals enthalten Tarife einen abschließenden Heilmittelkatalog mit entsprechenden Ausführungen zu den erstattungsfähigen Höchstbeträgen. Hat sich der Versicherte für einen tariflich vereinbarten Selbstbehalt entschieden, kann der Erstattungsanspruch entsprechend gemindert sein. Das

⁴ Die Unterscheidung in Primärkassen (AOK, IKK, BKK, LKK, Knappschaft) und Ersatzkassen (Barmer GEK, Techniker Krankenkasse (TK), DAK-Gesundheit, HEK – Hanseatische Krankenkasse, hkk und Kaufmännische Krankenkasse – KKH) ist heute zwar nicht mehr leistungsrechtlich, aber in Bezug auf die Vertrags- und Vergütungsvereinbarungen im Heilmittelbereich von Bedeutung.

⁵ Nähere Informationen zum elektronischen Datenaustausch finden sich auf den Internetseiten des GKV-Spitzenverbandes unter <http://www.gkv-datenaustausch.de>

heißt, der PKV-Versicherte kann hinsichtlich Art und Umfang der Heilmittelversorgung einen Tarif auswählen, der seinen individuellen Bedürfnissen am besten entspricht.

Mit den Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) hat der PKV-Verband unverbindliche Empfehlungen für die Gestaltung von Versicherungsbedingungen herausgegeben.⁶ Die MB/KK sind in den meisten Fällen Bestandteil der AVB der einzelnen PKV-Unternehmen. Danach gehören Heilmittel zum Versicherungsschutz der PKV, sofern sie von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern verordnet werden. Außerdem müssen sie von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sein oder sich als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben (§ 4 MB/KK). Gemäß der Kommentierung der MB/KK gelten als Heilmittel vornehmlich die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilberufen. Üblicherweise sind dies physikalisch-medizinische Leistungen im Sinne der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),⁷ wenn sie von einem in eigener Praxis tätigen Masseur und medizinischem Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt werden. Das gleiche gilt für Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen, wenn sie von einem Logopäden ausgeführt werden. Einige Versicherungsunternehmen erkennen hier auch Heilpraktiker als Heilmittelerbringer an. Auch Ärzte können bestimmte Heilmittel in eigener Praxis abgeben. Dies betrifft die physikalisch-medizinischen Leistungen gemäß Abschnitt E der GOÄ.

Neben physiotherapeutischen, logopädischen, ergotherapeutischen und podologischen Behandlungen, die auch zum typischen GKV-Leistungskatalog gehören, gibt es ein breites Spektrum weiterer Heilmittel, die eher der alternativen Heilkunde zuzuordnen sind. Zu nennen sind hier z.B. Akupunktur, Osteopathie, Shiatsu, Cranio-Sakral-Therapie, Ayurveda oder Bioresonanztherapie. Diese Leistungen werden oftmals von Heilpraktikern erbracht. In der PKV ist je nach gewähltem Tarif eine Kostenübernahme möglich.

2.3.2 GKV

Im Gegensatz zur PKV ist die Heilmittelversorgung in der GKV stark reglementiert. Die Heilmittelversorgung gesetzlich versicherter Patienten wird hauptsächlich durch ein Einwirken auf das Ordnungsverhalten der Ärzte gesteuert. Zum einen existiert mit § 34 SGB V eine gesetzliche Regelung, durch die die Verordnung bestimmter Heilmittel ausgeschlossen wird. Im weiteren Sinne gehört auch die Konkretisierung der Heilmittelversorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hierzu.⁸ Zum andern gilt in der GKV das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V. Dessen Einhaltung soll durch die gesetzlich vorgeschriebene

⁶ Musterbedingungen 2009 des PKV-Verbandes für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung - MB/KK 2009, Stand: Juli 2013.

⁷ Dabei handelt es sich um Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Lichttherapie.

⁸ Vgl. Engelhard, in: Hauck/Noftz, § 84 SGB V, Rn. 18.

Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V gewährleistet werden, die auch für Heilmittelverordnungen gilt. Darüber hinaus existiert mit der gesetzlichen Zuzahlung im Heilmittelbereich (§ 32 Abs. 2 SGB V) eine Maßnahme, die das Inanspruchnahme-Verhalten der Versicherten beeinflussen soll. Die genannten Aspekte werden im Folgenden näher beschrieben.

Versorgungsausschluss und -beschränkung

Versicherte haben nach § 32 SGB V Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind. Allerdings kann der Arzt nicht frei über die Heilmittelversorgung des Patienten entscheiden, da Anspruch und Verordnung von Heilmitteln in der GKV stark reglementiert werden. Die wesentliche Grundlage ist hier die Heilmittel-Richtlinie des G-BA.⁹ Die Richtlinie ist Bestandteil der Bundesmantelverträge (§ 92 Abs. 8 SGB V). Sie ist für die Versicherten, die Krankenkassen sowie für die an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und für Leistungserbringer verbindlich (§ 91 Abs. 6 SGB V).

Die Heilmittel-Richtlinie definiert Heilmittel als medizinische Dienstleistungen, die von speziell ausgebildeten Therapeuten persönlich erbracht werden. GKV-Versicherte haben demnach Anspruch auf Maßnahmen der

- Physikalischen Therapie,¹⁰
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie,
- Ergotherapie und
- Podologischen Therapie (bei diabetischem Fußsyndrom).

Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie ist ein abgeschlossener indikationsbezogener Katalog verordnungsfähiger Heilmittel. Dieser regelt

- die Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind,
- die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen,
- die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosengruppe und
- die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (Folgeverordnungen).

So ist beispielsweise die Anzahl der Massagen bei Wirbelsäulenerkrankungen auf 6 begrenzt. Die Verordnungsmenge bezieht sich auf einen sog. „Regelfall“. Danach muss eine zwölfwöchige Therapiepause erfolgen, bevor ein neuer Regelfall beginnt.¹¹ Lässt sich das Therapieziel

⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V.

¹⁰ Laut §§ 18ff. HeilM-RL gehören zu den Maßnahmen der Physikalischen Therapie die folgenden Heilmittel: Massage-therapie, Bewegungstherapie (z.B. Krankengymnastik), Traktionsbehandlung, Elektrotherapie, Kohlensäure- und Kohlensäuregasbäder, Inhalationstherapie und Thermotherapie (Wärme-/Kältetherapie).

¹¹ Die erste Heilmittel-Richtlinie stammt aus dem Jahr 1992 und wurde seitdem mehrfach geändert. Kürzungen gingen v.a. mit der Neufassung im Jahr 2004 einher. Beispielsweise wurden die maximalen Verordnungsmen-

nicht mit der vorgegebenen Höchstverordnungsmenge erreichen oder tritt vor Ablauf von 12 Wochen ein Rückfall ein, kann eine „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ erfolgen, die jedoch ärztlich begründet und von der Krankenkasse genehmigt werden muss.¹²

Die in der GKV nicht verordnungsfähigen bzw. ausgeschlossenen Heilmittel sind in der Anlage der Heilmittel-Richtlinien aufgeführt. Damit existiert im Heilmittelbereich eine „Negativliste“, die z.B. Hippotherapie oder Musik- und Tanztherapie ausschließt.

Nach § 11 Abs. 6 SGB V können die Krankenkassen in ihren Satzungen zusätzliche vom G-BA nicht ausgeschlossene Heilmittel sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen (z.B. osteopathische Behandlung durch Heilpraktiker).

Neben den Heilmittel-Richtlinien müssen auch die Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V beachtet werden. Diese regeln die Details für eine einheitliche Versorgung innerhalb des in den Richtlinien beschriebenen Leistungsrahmens.¹³ In den Rahmenempfehlungen sind neben allgemeinen Grundsätzen zudem festgelegt

- Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit,
- Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung,
- Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,
- Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung sowie
- Vorgaben für Vergütungsstrukturen.

Die Anlagen der Rahmenempfehlung enthalten u.a. Leistungsbeschreibungen der einzelnen Heilmittelbereiche, in denen auch Richtwerte für die Regelbehandlungszeit festgelegt sind. So ist beispielsweise die klassische Massagetherapie auf 20 Minuten pro Einheit begrenzt.

Das heißt, in der GKV sind ausgeschlossene Heilmittel, die Indikationen für eine Heilmittelverordnung, die Menge des jeweils verordnungsfähigen Heilmittels sowie die maximale Behandlungsdauer exakt definiert. Diese Begrenzungen schränken die Therapiefreiheit der Ärzte im Heilmittelbereich ein und führen zu Rationierung. Die Möglichkeit von freiwilligen Heilmittel-Mehrleistungen laut kassenspezifischer Satzung wirkt hier nur als geringes Gegengewicht.

gen bei Rückenkrankheiten wie Skoliose von 14 auf nur noch 6 Behandlungseinheiten pro Rezept gekürzt. Die „Zwangspause“ bis zum nächsten Regelfall wurde von 6 auf 12 Wochen verlängert.

¹² Gemäß Heilmittel-Richtlinie haben Menschen mit besonders schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen die Möglichkeit, eine langfristige Genehmigung für eine fortlaufende Heilmitteltherapie zu erhalten, wenn ein andauernder Behandlungsbedarf mit Heilmitteln zu erwarten ist. Dieser langfristige Heilmittelbedarf besteht in der Regel nur bei Vorliegen bestimmter schwerwiegender Diagnosen (z.B. infantile Zerebralparese oder spinale Muskelatrophie).

¹³ Gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene.

Heilmittelrichtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Ein weiterer begrenzender Faktor in der GKV-Heilmittelversorgung sind die Heilmittelvereinbarungen und die Heilmittelrichtgrößen. Beide wirken sich maßgeblich auf das Verordnungsverhalten der Vertragsärzte aus, da sie Grundlage der Wirtschaftlichkeitsprüfung und damit möglicher Regresse sind.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) des jeweiligen Bundeslandes treffen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Heilmitteln bis zum 30. November für das jeweils folgende Kalenderjahr eine Heilmittelvereinbarung (§ 84 SGB V).¹⁴ Die Vereinbarung umfasst

- ein Ausgabenvolumen für die insgesamt von den Vertragsärzten nach § 32 verordneten Heilmittel,
- Maßnahmen zur Zielerreichung in Bezug auf das vereinbarte Ausgabenvolumen und
- Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens.

Zudem vereinbaren dieselben Vertragspartner arztgruppenspezifische Heilmittelrichtgrößen nach § 106 Abs. 5a SGB V. Jeder KV-Bezirk hat eine eigene Richtgrößenvereinbarung, die jedoch unterschiedlich ausgestaltet sein kann. Bei der Richtgrößenvereinbarung handelt es sich um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag mit Rechtsnormcharakter.¹⁵ Die Richtgrößenvereinbarung ist Grundlage der Richtgrößen- bzw. Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Verhandlungsgrundlage für die regionalen Heilmittelvereinbarungen zwischen KVen und den Krankenkassen sind die auf Bundesebene zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) getroffenen Rahmenvorgaben für Heilmittel (§ 84 Abs. 7 i.V.m. Abs. 8 SGB V).

Nach Auffassung des Gesetzgebers kann mit der Umsetzung der Heilmittel-Richtlinien allein die Wirtschaftlichkeit nicht hergestellt werden. Daher sind die gesetzlichen Vorgaben zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Arzneimittelbereich (§ 84 Abs. 1 bis 7 SGB V) auch auf die Heilmittelversorgung anzuwenden (§ 84 Abs. 8 SGB V).¹⁶ Die Wirtschaftlichkeitsprüfung betrifft alle Vertragsärzte in der GKV, da sie sich mit ihrer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zugleich verpflichten, ihren gesetzlich krankenversicherten Patienten nicht die beste und teuerste, sondern eine notwendige und damit wirtschaftliche medizinische Versorgung zu gewähren.¹⁷

¹⁴ Die 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) erstmals eingeführte sektorale Budgetierung in der GKV, die auch für Heilmittel galt, wurde durch das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) im Jahr 2001 beendet. Ab 2002 wurden die starren Budgets durch Zielvereinbarungen zwischen den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen abgelöst.

¹⁵ BSG-Urteil vom 27.06.2001, B 6 KA 66/00 R.

¹⁶ Vgl. Engelhard, in: Hauck/Noftz, § 84 SGB V, Rn. 160 u. 161.

¹⁷ Vgl. Bahner (2006), S. 1.

Die Heilmittelrichtgröße stellt den Betrag dar, für den ein Arzt einem GKV-Versicherten je Quartal Heilmittel verordnen darf. Somit entspricht die Richtgröße einem Budget des Vertragsarztes, das ihm für die Versorgung seiner Patienten mit Heilmitteln zur Verfügung steht. Die Heilmittelrichtgröße ist ein Durchschnittswert über alle Patienten der Praxis. Das heißt, teure Verordnungen für einen Patienten können durch preiswertere Verordnungen (oder gar keine Verordnungen) für andere Patienten im laufenden Quartal ausgeglichen werden. Für jede Facharztgruppe gibt es eine eigene Richtgröße. Zudem werden für Versicherte der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) und für Versicherte der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) unterschiedliche Beträge festgelegt. Exemplarisch sind folgend die Heilmittelrichtgrößen des KV-Bezirks Nordrhein für das Jahr 2013 aufgeführt.

Tabelle 2: Heilmittelrichtgrößen des KV-Bezirks Nordrhein für das Jahr 2013 in Euro

Arztgruppe	Allgemeinversicherte (AKV)	Rentner (KVdR)
Allgemeinmediziner	5,79	17,59
Chirurgen	12,86	18,22
HNO-Ärzte	4,84	2,70
Internisten (hausärztlich)	5,79	17,59
Internisten (fachärztlich)	2,25	3,84
Kinderärzte	24,38	32,04
Orthopäden	24,36	26,47

Anmerkung: Für nicht genannte Fachgruppen wurden keine Richtgrößen vereinbart.

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2013).

Wenn eine Verordnung Krankengymnastik mit 6 Einheiten knapp 90 Euro kostet,¹⁸ muss beispielsweise ein Allgemeinmediziner im KV-Bezirk Nordrhein mindestens 16 Patienten behandeln, um einem Patienten Krankengymnastik verordnen zu können (5,79 Euro x 16 Patienten = 92,64 Euro).

Wird das Richtgrößenvolumen um mindestens 15 % überschritten, kann gemäß § 106 Abs. 5a SGB V ein Prüfverfahren eingeleitet werden. Ab einer Überschreitung von mindestens 25 % kann ein Regress, d.h. eine Strafzahlung, festgesetzt werden, wenn die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten oder kompensatorische Einsparungen zu rechtfertigen ist.¹⁹ Laut Rechtsprechung des BSG gilt in der Richtgrößenprüfung der Anscheinsbeweis, dass bei Überschreitungen von 15 % bzw. 25 % regelmäßig von einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise auszugehen ist.²⁰ In diesem Fall haftet der Arzt mit seinem Privatvermögen.

¹⁸ Vgl. Verband der Ersatzklassen – vdek (2013).

¹⁹ Als Praxisbesonderheit können z.B. Besonderheiten in der Zusammensetzung der Patienten Klientel in Betracht kommen, die durch eine spezifische Qualifikation des Arztes bedingt sein kann (vgl. Engelhard, in: Hauck/Noftz, § 106 SGB V, Rn. 362).

²⁰ Vgl. Engelhard, in: Hauck/Noftz, § 106 SGB V, Rn. 349.

Zuzahlungen und Selbstzahlungen des Versicherten:

Über 18-jährige gesetzlich Versicherte müssen gemäß § 32 Abs. 2 SGB V bei Heilmittelbehandlungen eine Zuzahlung 10 % der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung leisten, sofern sie nicht von der Zuzahlungspflicht befreit sind. Zuzahlungen sind als Rationierung zu betrachten, da durch sie ein Teil der medizinisch notwendigen Heilmittelversorgung nicht durch die GKV abgedeckt wird. Im Jahr 2013 haben die GKV-Versicherten insgesamt rund 516 Mio. Euro an Zuzahlungen für Heilmittelbehandlungen geleistet.²¹ Im Jahr 2004 waren es noch rund 415 Mio. Euro.²² Die Zuzahlungen sind im Zeitverlauf durch verschiedene Gesundheitsreformen immer wieder erhöht worden (Tabelle 3).

Tabelle 3: Änderung der Zuzahlungs-Regelungen in der GKV im Zeitverlauf

Jahr/Reform	Heilmittel-Zuzahlungen
1977 (KV-Kostendämpfungsgesetz)	2,- DM
1982 (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz)	4,- DM
1989 (Gesundheitsreformgesetz)	10 % der Kosten
1997 (GKV-Neuordnungsgesetz)	15 % der Kosten
2004 (GKV-Modernisierungsgesetz)	10 % der Kosten + 10 € je Verordnung

Quelle: Eigene Darstellung.

Eine Selbstzahlung von Heilmittelleistungen kann bei GKV-Versicherten in folgenden Fällen in Betracht kommen: Laut Heilmittelrichtlinien ergeben sich die Gesamtverordnungsmenge und die Anzahl der Behandlungen (Einheiten) je Verordnung im Regelfall aus dem Heilmittelkatalog. Ist die Gesamtverordnungsmenge erreicht, müssen 12 Wochen ohne Therapie folgen, bevor eine neue Behandlungsreihe erfolgen darf. (Es sei denn, der Arzt verordnet außerhalb des Regelfalls.) Möchte der Versicherte dennoch weiter behandelt werden, kann sein behandelnder Arzt ein Privatrezept ausstellen und der Patient bezahlt die Behandlungskosten aus eigener Tasche. Wird von einem Arzt keine medizinisch notwendige Behandlungsbedürftigkeit festgestellt und daher kein Heilmittel verordnet, kann sich der Versicherte auf eigenen Wunsch ohne Rezept behandeln lassen und die Kosten selbst zahlen. Dies wird in erster Linie im Bereich der Physiotherapie vorkommen (z.B. Massage).

²¹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2014), S. 3.

²² Vgl. GKV-Spitzenverband (2005), S. 3.

3. Mehrumsatz der PKV im Heilmittelbereich

Im folgenden Kapitel wird der Mehrumsatz der PKV im Heilmittelbereich quantifiziert. Dabei handelt es sich um die Summe, die Privatversicherte mehr für ihre Heilmittelversorgung zahlen im Vergleich zu der Situation, wenn sie gesetzlich krankenversichert wären.²³

3.1 Datengrundlagen

Für die Berechnung der Heilmittelausgaben der Privatversicherten dient die Kopfschadenstatistik des PKV-Verbandes als Grundlage. Kopfschäden sind die im Beobachtungszeitraum auf einen Versicherten entfallenden durchschnittlichen Versicherungsleistungen, die für jeden Tarif in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter des Versicherten zu ermitteln sind. Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich auf zusammenhängende zwölf Monate (§ 6 Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der Privaten Krankenversicherung (KalV)). Für die Studie werden die Rechnungsbeträge herangezogen, in denen die Beihilfeanteile und die Selbstbehalte enthalten sind.

Um die Frage zu beantworten, wie viel die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt für die Heilmittelversorgung ihrer Versicherten ausgegeben haben, wird die amtliche Statistik KJ1 des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) des Jahres 2013 herangezogen. Hierbei handelt es sich um die endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV mit den wichtigsten Einnahmen und Ausgaben.²⁴ Für die Studie wird die Summe der Heilmittelausgaben inklusive der Zuzahlungen der Versicherten verwendet.

Somit sind PKV- und GKV-Werte miteinander vergleichbar, da ihnen jeweils der Brutto-Rechnungsbetrag zugrunde liegt und sowohl die Zuzahlungen der GKV-Versicherten als auch die Selbstbehalte der PKV-Versicherten enthalten sind.

Folgende Datenlimitationen sind zu beachten:

In den PKV-Daten sind nur diejenigen Versicherten berücksichtigt, die ihre Heilmittelrechnung tatsächlich bei ihrem Versicherungsunternehmen zur Erstattung eingereicht haben. Ob eine Heilmittelrechnung eingereicht wird, ist abhängig von den individuell tariflich vereinbarten Regelungen zu Selbstbehalten oder Beitragsrückerstattungen. Bei Beihilfeberechtigten wird das Einreichungsverhalten auch von den jeweiligen Regelungen der Beihilfe bestimmt.

²³ Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) ermittelt den Mehrumsatz der PKV in regelmäßigen Abständen. In den bisherigen Studien wurden neben einem Gesamtvergleich zwar auch sektorspezifische Analysen vorgenommen, allerdings existiert für Heilmittel bisher keine gesonderte Analyse (vgl. Niehaus/Weber (2005); Niehaus (verschiedene Jahrgänge)).

²⁴ Vgl. BMG (2014).

In den GKV-Zahlen sind die aus eigener Tasche gezahlten Heilmittel ebenfalls nicht enthalten.

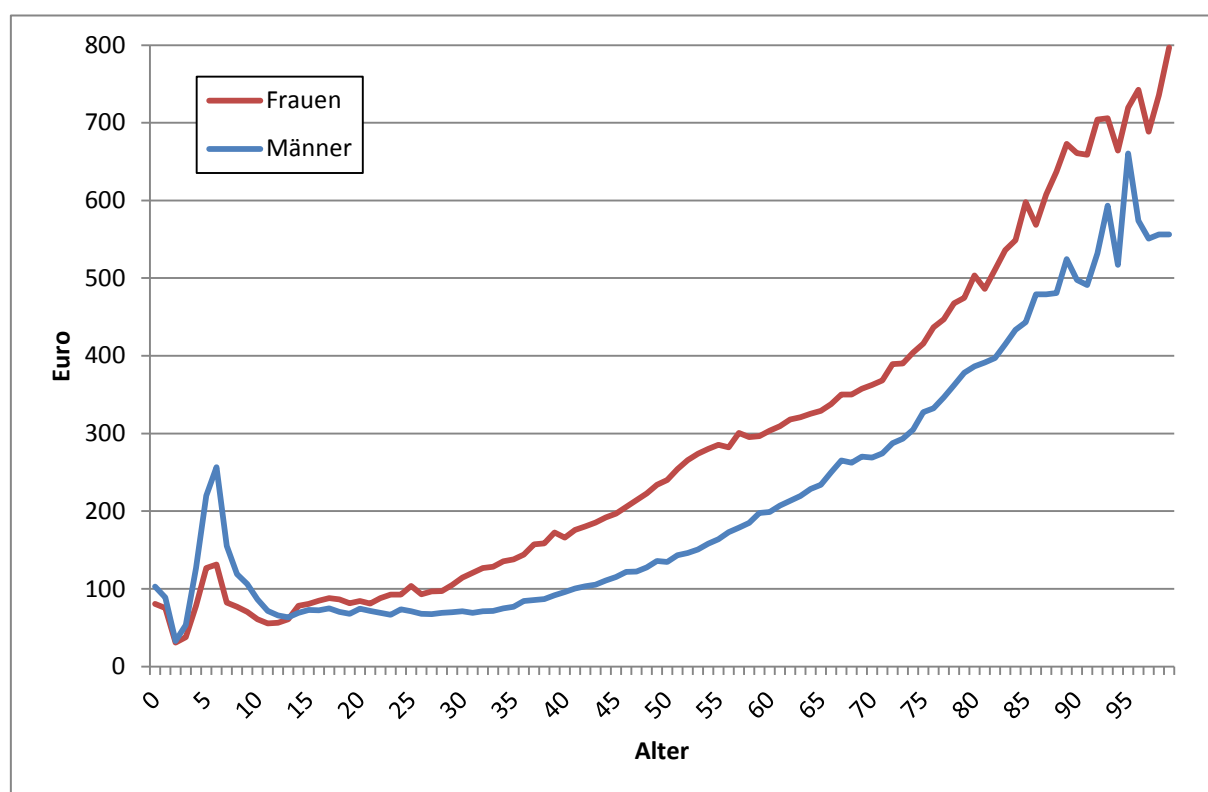
Heilmittelleistungen, die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht werden, werden in GKV und PKV bei der Abrechnung teilweise unterschiedlich behandelt. Es ist möglich, dass dieselbe Heilmittelrechnung in der GKV dem Bereich der medizinischen Rehabilitation zugeordnet wird und in der PKV dem Heilmittelbereich. Ein Beispiel ist die „erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)“, die in der GKV kein Heilmittel nach § 32 SGB V darstellt, sondern eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 40 Abs. 1 SGB V. In der PKV wird sie teilweise dem Heilmittelbereich zugeordnet. Diese Unterschiede bei der Leistungszuordnung können zu einer leichten Überschätzung der Heilmittelausgaben und -verordnungen in der PKV im Vergleich zur GKV führen.

3.2 Berechnung

Die von den PKV-Versicherten geleisteten Heilmittelausgaben werden aus den Daten der Kopfschadenstatistik des PKV-Verbandes berechnet.²⁵ Die folgende Abbildung zeigt die PKV-Kopfschadenprofile für Heilmittel im ambulanten Bereich im Jahr 2013 getrennt nach männlichen und weiblichen Versicherten. Den Kopfschäden liegt der Rechnungsbetrag zugrunde, d.h. Beihilfeanteile und Selbstbehalte sind enthalten.

²⁵ Im Unterschied zu den im PKV-Zahlenbericht veröffentlichten Werten sind hier die Selbstbehalte der Privatversicherten und die von der Beihilfe übernommenen Kosten enthalten.

Abbildung 1: Kopfschadenprofile der PKV-Versicherten im Heilmittelbereich (ambulant) im Jahr 2013



Quelle: Kopfschadenstatistik der PKV 2013; eigene Berechnungen.

Deutlich erkennbar ist die Abhängigkeit der Heilmittelausgaben vom Alter und Geschlecht der Versicherten. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen steigen die Heilmittelausgaben mit zunehmendem Alter. Bei Männern ist ab dem 40. Lebensjahr ein deutlicher Anstieg beobachtbar, bei Frauen bereits etwas früher. Auffällig ist, dass sich der Ausgabenverlauf im Kindesalter stark vom Verlauf ab dem jungen Erwachsenenalter unterscheidet: Bis zum 13. Lebensjahr sind die Ausgaben für männliche Versicherte immer höher als bei weiblichen Versicherten. Ab dem 14. Lebensjahr bis zum Lebensende ist es dann andersherum. Im 6. Lebensjahr zeigt sich bei Jungen als auch bei Mädchen eine Ausgabenspitze. Dies kann damit erklärt werden, dass Kindern in diesem Alter relativ oft Logopädie verordnet wird, um kindliche Sprachentwicklungsstörungen zu behandeln. Auch Ergotherapie wird häufig Kindern verschrieben. Dies erfolgt beispielsweise, wenn eine sensomotorisch-perzeptive Störung (wie ADHS) vorliegt.²⁶

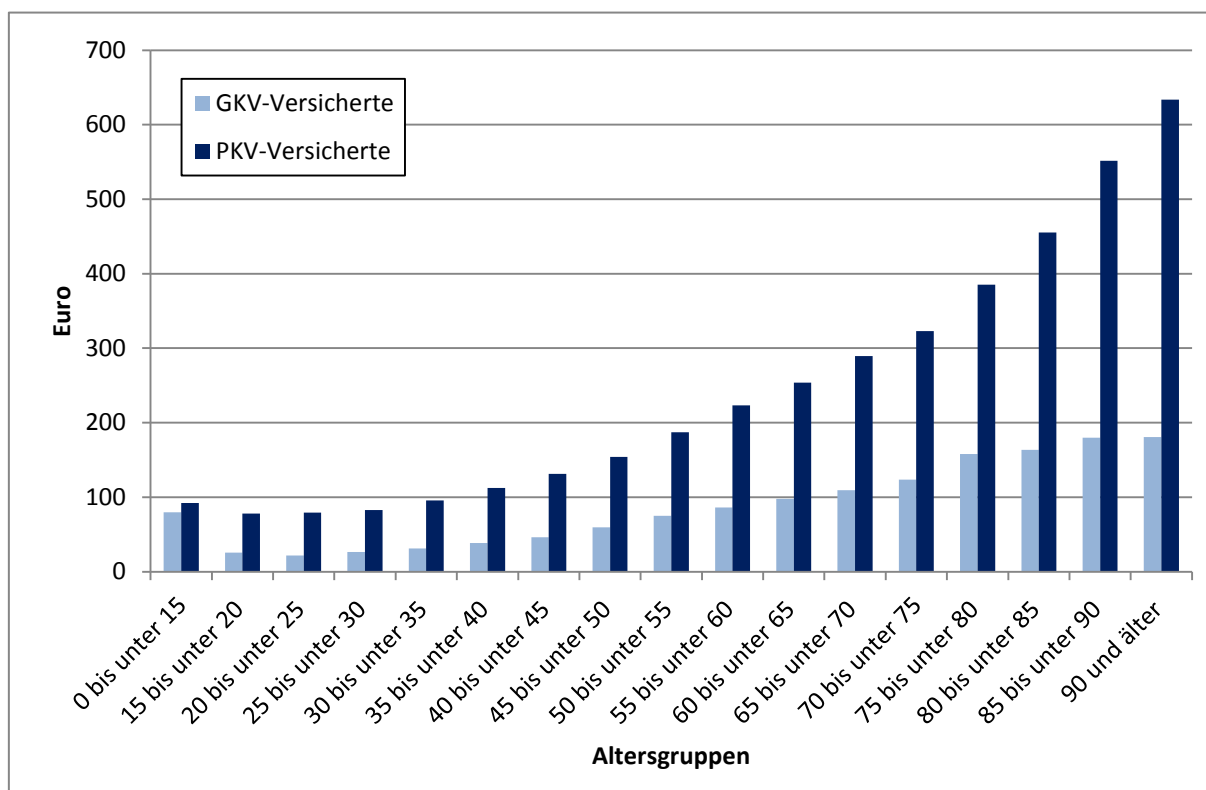
²⁶ Der aktuelle Heilmittelbericht des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) enthält u.a. die Anzahl der Verordnungen im Kindesalter. Demnach wird der Verordnungsgipfel im Bereich Logopädie bei den sechsjährigen Kindern erreicht. Bei der Ergotherapie liegt er zwischen fünf und neun Jahren (vgl. Waltersbacher (2014), S. 27ff.).

Durch Anwendung der Kopfschäden je Alter auf den Versichertenbestand der PKV können die gesamten Heilmittelausgaben der Privatversicherten berechnet werden (inklusive erfasster Selbstbehalte und den von der Beihilfe übernommenen Kosten). Die Summe beläuft sich auf insgesamt rund 1.554 Mio. Euro im Jahr 2013.

Die GKV-Versicherten wendeten laut amtlicher Statistik des BMG im selben Jahr 5,56 Mrd. Euro für Heilmittel auf (inklusive gesetzlicher Zuzahlungen).²⁷

Ein Vergleich der Pro-Kopf-Heilmittelausgaben je Altersgruppe in PKV und GKV zeigt, dass die Ausgaben pro Versicherten in der PKV in allen Altersgruppen deutlich über den GKV-Werten liegen. Mit zunehmendem Alter wird die Differenz zwischen PKV und GKV immer größer (Abbildung 2). Die Pro-Kopf-Ausgaben der PKV-Versicherten je Altersgruppe wurden aus der Kopfschadenstatistik berechnet. Die entsprechenden GKV-Werte können dem GKV-HIS Bundesbericht 2013 entnommen werden.²⁸

Abbildung 2: Heilmittelausgaben pro PKV- und GKV-Versicherten in Euro im Jahr 2013



Quelle: Kopfschadenstatistik der PKV 2013; GKV-Spitzenverband (2014); eigene Berechnungen.

²⁷ Vgl. BMG (2014).

²⁸ Vgl. GKV-Spitzenverband 2014.

Standardisierung der Ausgaben in PKV und GKV

Sowohl die Kopfschäden der PKV als auch die GKV-Ausgaben pro Kopf zeigen, dass die Heilmittelausgaben stark alters- und geschlechtsabhängig sind. Die Zusammensetzung der Versichertenkollektive nach Alter und Geschlecht ist jedoch in PKV und GKV unterschiedlich.²⁹ Im Gegensatz zur GKV gibt es im PKV-Bestand anteilig mehr Männer und die PKV-Versicherten sind etwas jünger als die GKV-Versicherten. Um die gesamten Heilmittelausgaben beider Systeme miteinander vergleichen zu können, ohne dass es zu Verzerrungen aufgrund der abweichenden Alters- und Geschlechtsstruktur und der unterschiedlichen Versichertenanzahl kommt, muss eine Standardisierung durchgeführt werden.

Die PKV-Heilmittelprofile der männlichen und weiblichen Versicherten laut Kopfschadenstatistik dienen als Referenz und werden mit den altersspezifischen Versichertenanzahlen der GKV multipliziert (gewichtet).³⁰ Daraus ergeben sich „erwartete GKV-Ausgaben“, nämlich die Ausgabenhöhe, die in der GKV zu erwarten wäre, wenn diese mit ihrem Altersaufbau die gleichen Ausgaben aufweisen würde wie die PKV.³¹ Die Produkte werden addiert. Wird diese Summe zu den tatsächlichen GKV-Heilmittelausgaben laut BMG ins Verhältnis gesetzt, ergibt sich ein Faktor von 2,51. Das heißt, die Ausgaben der Privatversicherten (inklusive Beihilfe und erfasster Selbstbehalte) sind um das 2,51fache höher als die Ausgaben, die die GKV im Vergleich für sie aufwenden würde.

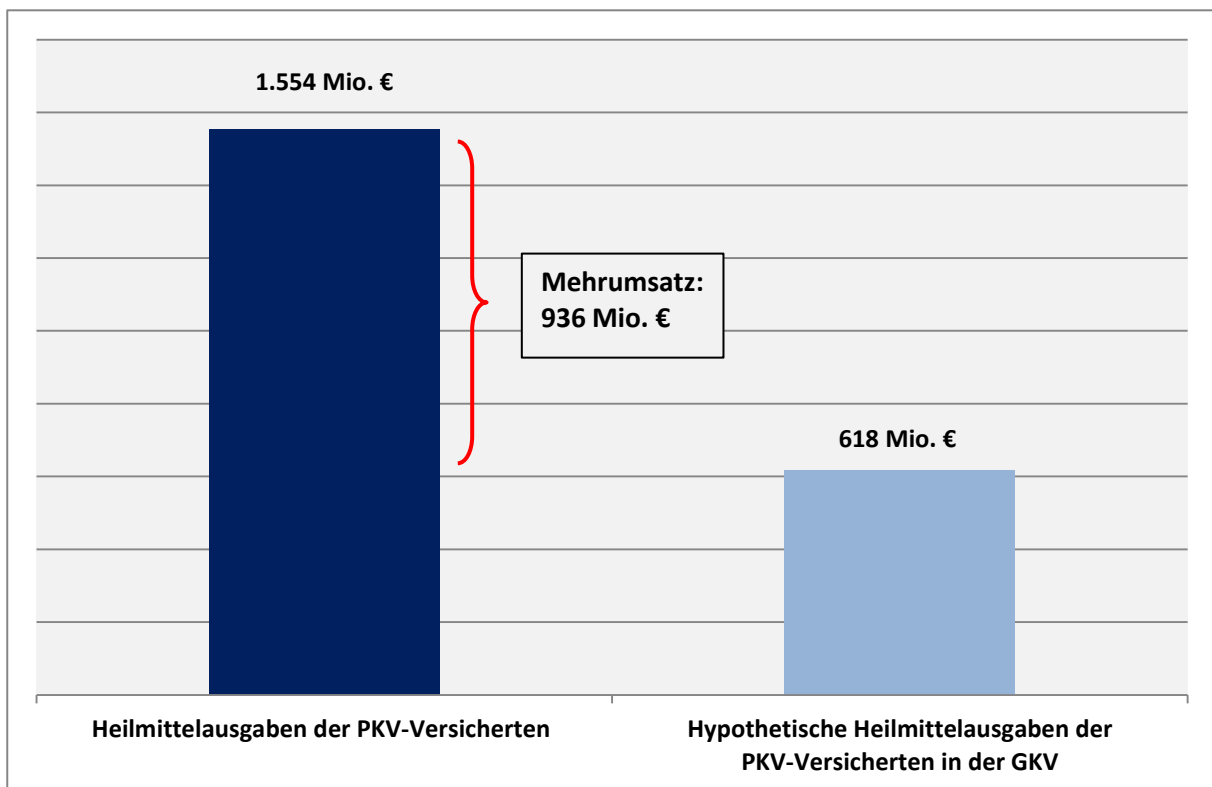
Werden die Heilmittelausgaben der PKV-Versicherten (inklusive Beihilfe und erfasster Selbstbehalte) in Höhe von 1.554 Mio. Euro um dieses Verhältnis verringert, ergibt sich ein Betrag von rund 618 Mio. Euro. Die Differenz dieser beiden Größen ergibt den sogenannten Mehrumsatz der Privatversicherten im Heilmittelbereich, der sich im Jahr 2013 auf 936 Mio. Euro beläuft (Abbildung 3).

²⁹ Als Datengrundlage der PKV-Versichertenanzahlen dient die Pflegeversicherungsstatistik des PKV-Verbandes (PPV-Statistik). Dort ist die Anzahl aller privat Krankenversicherten (ohne Zusatzversicherte) nach Alter, Geschlecht und Beihilfeberechtigung erfasst.

³⁰ Die Anzahl der GKV-Versicherten nach Alter und Geschlecht wird aus den Daten des Risikostrukturausgleichs (RSA) entnommen.

³¹ Eine andere Methode zur Quantifizierung der Mehrausgaben der Privatversicherten im Heilmittelbereich im Vergleich zu GKV-Patienten wäre eine Standardisierung auf Basis der GKV-Ausgaben laut GKV-HIS. Daraus ergibt sich ein etwas geringerer Mehrumsatz in Höhe von rund 925 Mio. Euro. Da im GKV-HIS jedoch keine geschlechtsspezifischen Daten verfügbar sind, ist hier der höhere Frauenanteil in der GKV nicht berücksichtigt. Zudem finden sich im GKV-HIS keine Heilmittelausgaben je Einzelalter, sondern nur in Altersgruppen aggregierte Ausgaben. Daraus resultiert eine leichte Unterschätzung des Mehrumsatzes. Der Mehrumsatz in Höhe von 937 Mio. Euro basiert auf alters- und geschlechtsdifferenzierten Daten sowie auf Einzelaltern und ist somit genauer.

Abbildung 3: Mehrumsatz der Privatversicherten im Heilmittelbereich im Jahr 2013



Quelle: PKV-Kopfschadenstatistik 2013; BMG (2014); eigene Berechnungen.

Zur Einordnung der Höhe des Mehrumsatzes wird folgend berechnet, wie sich die gesamte Summe auf die Heilmittelerbringer verteilt.

Zur Anzahl der Heilmittelpraxen in Deutschland gibt es keine offiziellen Angaben. Die jeweiligen Berufsverbände können nur über die Zahl ihrer Mitglieder Auskunft geben. Allerdings sind nicht alle Therapeuten in Berufsverbänden organisiert. In der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes ist nur die Zahl der Physiotherapeuten, Masseur und medizinischen Bademeister ausgewiesen. Dort sind auch diejenigen Therapeuten erfasst, die in Krankenhäusern, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen oder Pflegeheimen angestellt sind. Für die vorliegende Analyse ist jedoch nur der ambulante Bereich von Bedeutung. Zu Logopäden, Ergotherapeuten und Podologen gibt es in der Gesundheitspersonalrechnung gar keine differenzierten Daten.³² In Einzelpublikationen der gesetzlichen Krankenkassen wird schließlich auf die Zahl der mit der jeweiligen Kasse abrechnenden Leistungserbringer abgestellt, die auf der Zählung der Institutionskennzeichens (IK) basiert.³³ Das IK ist ein eindeutiges Merkmal zur Abrechnung mit den Trägern der Sozialversicherung. Alle Vertragspartner, die für die Sozialversicherungsträger Leistungen erbringen, erhalten ein IK für die maschinelle Erledigung des Abrechnungsverfahrens und den Zahlungsverkehr.³⁴

³² Vgl. Statistisches Bundesamt (2013).

³³ Vgl. Waltersbacher (2014); Sauer/Rothgang/Glaeske (2014).

³⁴ Vgl. ARGE IK (2014).

Um zu ermitteln, wie viele Heilmittelerbringer in Deutschland tätig sind, ist das IK die beste verfügbare Größe.³⁵ Die Anzahl der Heilmittel-IK wird vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) als auch von der BARMER GEK veröffentlicht.³⁶ Da sich die beiden Werte unterscheiden, wurde für die vorliegende Studie die höhere Anzahl zugrunde gelegt, um den Mehrumsatz nicht zu überschätzen. Tabelle 4 zeigt die Anzahl der Heilmittelerbringer nach Bereichen im Jahr 2013.

Tabelle 4: Anzahl der Heilmittelerbringer nach Bereichen im Jahr 2013

Heilmittelerbringer	Anzahl
Physiotherapeuten	45.190
Logopäden	10.317
Ergotherapeuten	9.597
Podologen	5.256
Gesamt	70.360

Quelle: Sauer/Rothgang/Glaeske (2014), S. 50.

Bei Verteilung des Mehrumsatzes in Höhe von 936 Mio. Euro auf 70.360 Heilmittelerbringer entfallen rein rechnerisch auf jede Praxis rund 13.300 Euro Mehrumsatz pro Jahr.³⁷

³⁵ In der PKV spielt das IK grundsätzlich keine Rolle, da Leistungserbringer es für die Abrechnung einer rein privat erbrachten Leistung nicht benötigen. Somit kann die Anzahl der Heilmittelerbringer, die Privatpatienten behandeln, etwas höher sein als ein über das IK ermittelter Wert.

³⁶ Vgl. Waltersbacher (2014), S. 17; Sauer/Rothgang/Glaeske (2014), S. 50.

³⁷ Laut WIdO haben im Jahr 2013 62.912 in Praxen tätige Heilmittelerbringer mit der AOK abgerechnet (Waltersbacher (2014), S. 18).

4. Fazit

In der Heilmittelversorgung kommen die Systemunterschiede zwischen PKV und GKV besonders deutlich zum Tragen. Die Studie zeigt, dass die Heilmittelversorgung in der GKV wesentlich stärker eingeschränkt und reglementiert wird als in der PKV. Vor allem Leistungsausschlüsse, -einschränkungen, Richtgrößen und die Möglichkeit eines Regresses führen in der GKV zur Rationierung der Heilmittelversorgung und drücken damit die Ausgaben. Mehr als in anderen Leistungsbereichen wirkt die GKV hier massiv auf das Ordnungsverhalten des Arztes ein. Im Vergleich zu GKV-Versicherten erhalten Privatpatienten eine umfangreichere und individuellere Versorgung, die sich in entsprechend höheren Heilmittelausgaben niederschlägt.

Im Jahr 2013 haben die Privatversicherten insgesamt 1.554 Mio. Euro für Heilmittel ausgegeben. Wären die PKV-Versicherten gesetzlich krankenversichert gewesen, hätte die GKV nur rund 618 Mio. Euro für sie aufgewendet. Die Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben und den hypothetischen Heilmittelausgaben der PKV-Versicherten in der GKV kann als Mehrumsatz der PKV im Heilmittelbereich bezeichnet werden. Er belief sich auf 936 Mio. Euro. Rein rechnerisch profitiert damit jede Heilmittelpraxis im Umfang von durchschnittlich 13.300 Euro jährlich von der PKV.

5. Literatur

ARGE IK – Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (2014), online unter: <http://www.dguv.de/arge-ik/index.jsp> [08.12.2014].

Bahner, Beate (2006): Honorarkürzungen, Arzneimittelregresse, Heilmittelregresse. Ärzte in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, Berlin/Heidelberg.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014): KJ1-Statistik - Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV 2013, Stand: 25.06.2014, online unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html> [08.12.2014].

GKV-Spitzenverband (2014): GKV-Heilmittel-Informationssystem (GKV-HIS): Heilmittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i.V. m. Abs. 8 SGB V, GKV Bundesbericht Januar - Dezember 2013.

GKV-Spitzenverband (2005): GKV-Heilmittel-Informationssystem (GKV-HIS): Der Heilmittelmarkt in Deutschland, Bundesbericht Januar - Dezember 2004.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2013): Richtgrößen Heilmittel Nordrhein 2013. Anlage 3 B zur Richtgrößenvereinbarung 2013, online unter: http://www.kvno.de/downloads/verordnungen/7534-hm_anla_3b2013.pdf [08.12.2014].

Niehaus, Frank (verschiedene Jahrgänge): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten, Diskussionspapiere des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Köln.

Niehaus, Frank/Weber, Christian (2005): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

PKV-Verband (2014): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2013, Köln.

Sauer, Kristin/Rothgang, Heinz/Glaeske, Gerd (2014): BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28, Berlin.

Spitzenverband der Heilmittelverbände (2014): Heilmitteltherapie, online unter: <http://shv-heilmittelverbaende.de/donec-at-mauris-enim-duis-nisi-tellus> [08.12.2014].

Statistisches Bundesamt (2013): Gesundheit – Personal 2011, Fachserie 12 Reihe 7.3.1, Wiesbaden.

Verband der Ersatzkassen e.V. – vdek (2013): Vergütungsvereinbarung für die Abrechnung krankengymnastischer/physiotherapeutische Leistungen, Massagen und medizinische Bäder ab 1.4.2013 für die alten Bundesländer zwischen den Berufsverbänden für physikalische Therapie und den Ersatzkassen, online unter:

<http://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenvertrag.html> [08.12.2014].

Waltersbacher, Andrea (2014): Heilmittelbericht 2013 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, Berlin.

WIP-Veröffentlichungen seit 2010

Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV, WIP-Diskussionspapier 1/2014, Dr. Frank Wild

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2012 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-6-0

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Ein Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion, Prof. Dr. Bruno Schönfelder, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-5-3

Das Gesundheitssystem in Singapur, WIP-Diskussionspapier 3/2013, Verena Finkenstädt

HIV-Infektion in der PKV – Prävalenz, Inzidenz und Arzneimittelversorgung, WIP-Diskussionspapier 2/2013, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011, WIP-Diskussionspapier 1/2013, Dr. Frank Niehaus

Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-4-6

Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen, Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 4/2012, Dr. Frank Wild

Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, WIP-Diskussionspapier 3/2012, Verena Finkenstädt, Dr. Torsten Keßler

Geburten- und Kinderzahl im PKV-GKV-Vergleich - Eine Analyse der Entwicklung von 2000 bis 2010, WIP-Diskussionspapier 2/2012, Dr. Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2010 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-1-5

Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatversicherten, WIP-Diskussionspapier 1/2012, Dr. Frank Wild

Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben, WIP-Diskussionspapier 4/2011, Dr. Frank Wild

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) – Eine Analyse der Verordnungsdaten Privatversicherter, WIP-Diskussionspapier 3/2011, Dr. Frank Wild

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2009 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-2-2

Ein Vergleich der zahnärztlichen Vergütung nach GOZ und BEMA, WIP-Diskussionspapier 2/2011, Dr. Frank Niehaus, Dr. Torsten Keßler, Verena Finkenstädt

Die Bedeutung der GOZ für das Einkommen der Zahnärzte, WIP-Diskussionspapier 1/2011, Dr. Frank Schulze Ehring (Gastautor)

Das Spannungsverhältnis zwischen Äquivalenz- und Einkommensumverteilung in der GKV – Eine Analyse der historischen Entstehungszusammenhänge, Verena Finkenstädt, ISBN 978-3-9813569-0-8

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2008 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9810070-9-1

Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV 2007/2008, WIP-Diskussionspapier 4/2010, Dr. Torsten Keßler

Beitrags- und Leistungsdifferenzierung in der GKV? WIP-Diskussionspapier 3/2010, Dr. Frank Schulze Ehring, Dr. Anne-Dorothee Köster

Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich, WIP-Diskussionspapier 2/2010, Dr. Frank Wild

Zukünftige Entwicklung in der sozialen Pflegeversicherung, WIP-Diskussionspapier 1/2010, Dr. Frank Niehaus

Neben den aufgeführten Studien stehen auch die früheren Veröffentlichungen des WIP als Volltextversionen auf der institutseigenen Webseite unter www.wip-pkv.de zum Download zur Verfügung. Die Studien mit ISBN können darüber hinaus auch unentgeltlich in gedruckter Form über das WIP bezogen werden.