

2. Bericht des GKV–Spitzenverbandes
über die Entwicklung der
Mehrkostenvereinbarungen für
Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen

gemäß § 302 Absatz 5 SGB V

Berichtszeitraum: 01.01.2019 – 31.12.2019



Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	4
1. Gesetzliche und vertragliche Rahmenbedingungen	6
1.1 Vorbemerkungen	6
1.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen der Hilfsmittelversorgung	7
1.3 Regelungen zu Mehrkosten in den Verträgen nach § 127 SGB V.....	8
1.4 Mehrkosten unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten.....	9
2. Datengrundlage	10
2.1 Herkunft der verwendeten Daten.....	10
2.2 Datenaufbereitung/Datenvalidität	10
2.3 Qualitative Aussagen/Gründe für Mehrkostenvereinbarungen.....	12
3. Ergebnisse	15
3.1 Produktgruppe 08 Einlagen.....	18
3.2 Produktgruppe 13 Hörhilfen	20
3.3 Produktgruppe 37 Brustprothesen.....	21
3.4 Produktgruppe 25 Sehhilfen	22
3.5 Produktgruppe 24 Beinprothesen	23
3.6 Produktgruppe 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	24
3.7 Produktgruppe 34 Haarersatz	25
3.8 Produktgruppe 05 Bandagen.....	25
3.9 Produktgruppe 15 Inkontinenzhilfen	26
3.10 Produktgruppe 16 Kommunikationshilfen.....	29
3.11 Produktgruppe 23 Orthesen/Schienen	29
3.12 Produktgruppe 10 Gehhilfen	30
3.13 Produktgruppe 20 Lagerungshilfen	31
3.14 Produktgruppe 02 Adaptationshilfen	31
3.15 Produktgruppe 99 Verschiedenes	32
4. Ergebniszusammenfassung	33
4. Ausblick	37
5. Anhang	39

5.1	Mehrkosten im Überblick	39
5.2	Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses	41
5.3	Datengrundlage	42
5.4	Übersicht der im Bericht herangezogenen Versichertenbefragungen	44

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

eines der tragenden Elemente der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Sachleistungsprinzip. Es gewährleistet den Versicherten einen Zugang zu medizinisch erforderlichen Sach- und Dienstleistungen, ohne selbst finanziell in Vorleistung treten zu müssen. Ferner sollen die Versicherten die Leistungen abgesehen von gesetzlichen Zuzahlungen kostenfrei erhalten. Dies gilt auch für die Versorgung mit Hilfsmitteln. Gleichwohl haben die Versicherten hier die Möglichkeit, eine über das medizinisch Notwendige hinausgehende Ausstattung zu wählen, müssen dann aber entsprechende Mehrkosten selbst tragen.

Lange Zeit gab es keine Transparenz über den Umfang und die Höhe solcher privaten Mehrkosten. Allerdings gab es deutliche Hinweise aus der Versichertengemeinschaft, dass die Versicherten in bestimmten Versorgungsbereichen zunehmend mit Mehrkosten konfrontiert wurden, ohne über den tatsächlichen Leistungsanspruch ausreichend informiert worden zu sein. Der Gesetzgeber hat daher mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz ein umfassendes Maßnahmenbündel auf den Weg gebracht, um die Informationsrechte der Versicherten zu stärken und ungerechtfertigten Mehrkosten entgegenzutreten. Ein wesentlicher Baustein ist in diesem Zusammenhang der vom GKV-Spitzenverband jährlich zu erstellende Mehrkostenbericht, der nunmehr zum zweiten Mal vorgelegt wird.

Gegenüber dem Vorjahresbericht konnte die Datenlage weiter verbessert werden. Die technischen Voraussetzungen sind zwischenzeitlich so weit ausgereift, dass die Leistungserbringer im Abrechnungsverfahren zwingend die Höhe der Mehrkosten angeben müssen. Ferner konnten die Daten für das gesamte Jahr 2019 erhoben werden, während der Bezugszeitraum 2018 auf die zweite Jahreshälfte begrenzt war. Dies führt dazu, dass die Vergleichbarkeit der Daten noch nicht in jedem Punkt hergestellt werden kann.

Im Ergebnis zeigt sich aber auch anhand des aktuellen Berichts, dass mit rund 80 % die überwiegende Zahl der Versorgungen mehrkostenfrei durchgeführt wird. Inwieweit die gesetzgeberischen Maßnahmen greifen und der Mehrkostenbericht Wirkung entfalten kann, lässt sich anhand des zweiten Berichts aufgrund der veränderten Datenlage noch nicht abschließend beurteilen. Anhand der Mehrkostenentwicklung der im politischen Fokus stehenden Produktgruppe „Inkontinenzhilfen“ zeigt sich aber – nach Bereinigung der Daten hinsichtlich des Erhebungszeitraums – eine deutliche Entlastung der Versicherten.

Wirksame Maßnahmen lassen sich allerdings nur dann herleiten, wenn nähere Erkenntnisse über die Gründe der Wahl einer Mehrkostenversorgung bekannt sind. Trotz intensiver Bemühungen des GKV-Spitzenverbandes fehlt es aber nach wie vor an einer Rechtsgrundlage zur Erhebung dieser qualitativen Daten.

Ungeachtet dessen wird sich der GKV-Spitzenverband weiterhin dafür einsetzen, dass den Versicherten die Hilfsmittel in hoher Qualität und generell mehrkostenfrei zur Verfügung gestellt werden und der Spagat zwischen Sachleistungsprinzip und Versichertenwahlrecht ausgewogen gelingt.

Mit freundlichen Grüßen



Gernot Kiefer

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
GKV-Spitzenverband

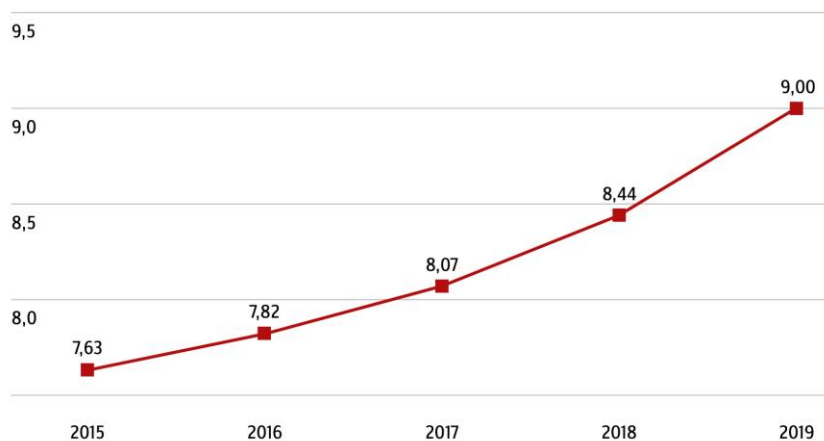
1. Gesetzliche und vertragliche Rahmenbedingungen

1.1 Vorbemerkungen

Neben der Zunahme der Hilfsmittelausgaben spielt in der öffentlichen Diskussion auch die Belastung der Versicherten mit Mehrkosten immer wieder eine Rolle. Die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach der amtlichen Statistik durch eine stetige Zunahme der Ausgaben gekennzeichnet. Die Ausgaben sind zuletzt von 8,4 Mrd. € (2018) auf 9,0 Mrd. € (2019) gestiegen.

Ausgaben für Hilfsmittel

Angaben in Mrd. Euro



Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

Abbildung 1: Entwicklung der Hilfsmittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

Um im Bereich der privat von den Versicherten gezahlten Mehrkosten für mehr Transparenz zu sorgen, hat der Gesetzgeber neben anderen Maßnahmen dem GKV-Spitzenverband in § 302 Absatz 5 SGB V den Auftrag erteilt, jährlich einen nach Produktgruppen differenzierten Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgung mit Hilfsmittelleistungen zu veröffentlichen.

Die mit den Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 6 SGB V sind von den Leistungserbringern im Rahmen der Abrechnung anzugeben (§ 302 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Die von ihnen an die Kassen gemeldeten Mehrkosten bilden die Datengrundlage für den Mehrkostenbericht des GKV-Spitzenverbandes. Bei den im Folgenden genannten Zahlen handelt es sich daher um die auf dieser Basis erhobenen Daten.

1.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen der Hilfsmittelversorgung

Gemäß § 33 Absatz 1 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Sehhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, wenn diese im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Die Krankenkassen ermöglichen die Erfüllung des Versorgungsanspruchs im Rahmen des Sachleistungsprinzips, indem sie Verträge gemäß § 127 SGB V mit Hilfsmittelleistungserbringern über die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln schließen. Dabei haben sie den Verträgen die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V an die Qualität der Hilfsmittel und der Versorgung zugrunde zu legen.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (vgl. § 12 Absatz 1 SGB V). Wählen Versicherte im Rahmen der Hilfsmittelversorgung Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen (§ 33 Absatz 1 SGB V).

Somit ist eine Hilfsmittelversorgung mit Mehrkosten vom Grundsatz her immer als eine vom Versicherten zusätzlich privat gewünschte Leistung außerhalb des Sachleistungsprinzips und damit auch außerhalb des medizinisch Notwendigen anzusehen. Im Gegensatz zu privaten Wahlleistungen bei stationären Versorgungen (z. B. eine Chefarztkonsultation) oder der ambulant ärztlichen Versorgung (sogenannte IGEL-Leistungen) handelt es sich bei einer Hilfsmittelversorgung mit Mehrkosten um eine in der Regel in materieller Hinsicht nicht abtrennbare Leistung.

Voraussetzung für eine rechtskonforme Versorgung mit Mehrkosten ist allerdings eine entsprechende Information und Beratung der Versicherten, denn nur so kann hinreichend sichergestellt werden, dass die Versicherten über den ihnen zustehenden Leistungsumfang, der ihnen ohne Mehrkosten im Rahmen des Sachleistungsprinzips von den gesetzlichen Krankenkassen über die Leistungserbringer zur Verfügung gestellt wird, informiert sind. Auf dieser Grundlage können Versicherte dann auch eine abgewogene Entscheidung treffen, welche Leistungen sie ggf. zusätzlich in Anspruch nehmen wollen, die über das im jeweiligen Einzelfall medizinisch Notwendige hinausgehen und somit im Rahmen einer Mehrkostenvereinbarung mit dem Leistungserbringer auch in Eigenleistung privat zu finanzieren sind.

1.3 Regelungen zu Mehrkosten in den Verträgen nach § 127 SGB V

Der Gesetzgeber hat im Rahmen der Neuregelungen im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) der besseren Beratung und Information der Versicherten besondere Bedeutung beigemessen. Die aus diesen Gründen gesetzlich festgeschriebenen Beratungs- und Dokumentationspflichten dienen insbesondere auch dazu, dem vom Gesetzgeber konstatierten Beratungs- und Informationsdefizit aufseiten der Versicherten im Hinblick auf Mehrkosten entgegenzuwirken und insoweit für eine größere Transparenz zu sorgen.

Leistungserbringer sind entsprechend den gesetzlichen Regelungen zu den Versorgungsverträgen nach § 127 SGB V verpflichtet, die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgung im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Die Beratung ist von ihnen schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren. Die Durchführung der Beratung ist von den Versicherten durch ihre Unterschrift zu bestätigen. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, sind die Leistungserbringer verpflichtet, die Versicherten über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren und die diesbezügliche Beratung zu dokumentieren.

Im Zuge der Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses in den Jahren 2017 und 2018 wurden in allen Produktgruppen Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen (Dienstleistungsanforderungen) formuliert, die, wie auch die Qualitätsanforderungen an die Produkte, gemäß § 127 SGB V den Verträgen zugrunde zu legen sind. In diesen Dienstleistungsanforderungen wurde dem Anliegen einer besseren Beratung und Information der Versicherten ebenfalls Rechnung getragen und explizit festgeschrieben, dass die Leistungserbringer über den Anspruch auf eine mehrkostenfreie Versorgung aufzuklären und den Versicherten eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln anzubieten haben, die für den konkreten Versorgungsfall individuell geeignet sind. Des Weiteren wurde festgelegt, dass das Beratungsgespräch einschließlich der mehrkostenfreien Versorgungsvorschläge grundsätzlich zu dokumentieren ist und Versorgungen mit Mehrkosten darüber hinaus auch zu begründen sind. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes hat die Dokumentation der Beratung durch den Leistungserbringer bei Versorgungen mit Mehrkosten auch die Inhalte der Beratung, insbesondere über das hinreichende Angebot individuell für eine bedarfsgerechte Versorgung geeigneter mehrkostenfreier Produkte, und damit auch konkrete Angaben zu den angebotenen Produkten und den Gründen für Mehrkosten zu umfassen.

Dementsprechend hat sich der GKV-Spitzenverband bei den Verhandlungen zu den Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 127 Absatz 9 SGB V) dafür eingesetzt, dass bei der Dokumentation der Mehrkosten sowohl die mehrkostenfreien Versorgungsangebote des Leistungserbringers als auch die Gründe für eine Mehrkostenvereinbarung dokumentiert werden, wie

dies auch schon viele Krankenkassen im Vertragsgeschäft gefordert hatten. Hierdurch wäre eine höhere Transparenz auch bezüglich der Gründe für geleisteten Mehrkosten und ihre Überprüfung im Rahmen der Überwachung gemäß § 127 Absatz 7 SGB V ermöglicht worden. Dies war aber weder in den Verhandlungen zu den Rahmenempfehlungen noch im erforderlich gewordenen Schiedsverfahren durchsetzbar, da die Leistungserbringerseite diese Forderung abgelehnt hat und die Schiedsperson eine solche Begründungspflicht nicht aus dem Gesetz ableitbar sah. Gleichwohl wäre eine einvernehmliche Vereinbarung in den Verträgen möglich. Derzeit scheitert dies aber überwiegend an der fehlenden Bereitschaft der Leistungserbringerseite.

Die in den Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 127 Absatz 9 SGB V) vorgesehene „Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V – Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln“ bildet daher lediglich einige grundlegende Informationen (z. B. Hilfsmittelpositionsnummer, Mehrkostenbetrag) in den Fällen ab, in denen der Versicherte eine Mehrkostenversorgung gewählt hat, nicht aber die Gründe für Mehrkostenvereinbarungen. Eine systematische Analyse möglicher Gründe, die zu einer Mehrkostenvereinbarung geführt haben, ist mit diesen Informationen daher nicht möglich.

1.4 Mehrkosten unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten

Unabhängig von der vertraglichen Verpflichtung, im Rahmen des Sachleistungsprinzips eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier Hilfsmittel anzubieten, obliegt die Preisgestaltung eines Produktportfolios – wie in vielen anderen Bereichen auch – dem jeweiligen Leistungserbringer. Jeder Leistungserbringer kalkuliert vor dem Hintergrund betriebswirtschaftlicher Überlegungen somit die Abgabepreise der von ihm angebotenen Hilfsmittel selbst. Es gibt folglich vom Grundsatz her keine konkret identifizierbaren Produkte, die garantiert bei jedem Leistungserbringer mehrkostenfrei angeboten werden. So ist es durchaus möglich, dass einzelne Produkte abhängig vom Leistungserbringer mit oder ohne Mehrkosten abgegeben werden.

Deshalb empfehlen Krankenkassen ihren Versicherten – insbesondere in den mehrkostenrelevanten Versorgungsbereichen –, vor einer Entscheidung für eine Hilfsmittelversorgungen Angebot und Preise verschiedener Leistungserbringer zu vergleichen.

2. Datengrundlage

2.1 Herkunft der verwendeten Daten

Grundlage für den Mehrkostenbericht sind Daten, die von den Hilfsmittelleistungserbringern im Rahmen der Abrechnung gemäß den Regelungen nach § 302 SGB V den Krankenkassen zu übermitteln sind. Obwohl die technischen Voraussetzungen für die Datenübermittlung durch eine entsprechende Ergänzung der Technischen Anlage 1 (Version 11) nach § 302 SGB V schnellstmöglich geschaffen wurden¹ und die Technische Anlage ab dem 01.01.2018 angewendet werden konnte, waren vollständige Datenlieferungen erst ab dem zweiten Halbjahr 2018 zu verzeichnen.

Für den vorliegenden 2. Mehrkostenbericht wurden die Abrechnungsdaten des Jahres 2019, also die aller Versicherten, die in dem Versorgungszeitraum 01.01.2019 bis 31.12.2019 mindestens eine Hilfsmittelversorgung mit oder ohne Mehrkostenvereinbarung erhalten haben, herangezogen.

In den 2. Mehrkostenbericht konnten im Unterschied zum 1. Mehrkostenbericht auch die Abrechnungsdaten der meisten Betriebskrankenkassen einbezogen werden. Die Datengrundlage für den Mehrkostenbericht hat sich dadurch deutlich erhöht. Den im Folgenden dargestellten Ergebnissen liegen nunmehr Abrechnungsdaten von über 95 % aller gesetzlich Krankenversicherten zugrunde.² Beim 1. Mehrkostenbericht waren es noch 85 % der Abrechnungsdaten aller gesetzlich Versicherten.

2.2 Datenaufbereitung/Datenvalidität

Die Abrechnungsdaten wurden für den Erhebungszeitraum vom 01.01.2019 bis zum 31.12.2019 und in Bezug auf die einzelnen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis aggregiert von den Krankenkassen und/oder den Krankenkassenverbänden an den GKV-Spitzenverband geliefert. Die Datenlieferung ist aufgrund des hohen Aggregationsgrades anonym und insofern ohne jeglichen Versicherten- und Einrichtungsbezug.

Auf Basis der gelieferten Daten wurden wie im 1. Mehrkostenbericht die folgenden Kennzahlen je Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnis ermittelt:

- Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %
- Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten in €

¹ Vgl. https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer.jsp

² Vgl. Kapitel 6.3 Datengrundlage.

Für die Datenerhebung wurde das Datenmodell des 1. Mehrkostenberichts verwendet, um grundsätzlich eine Vergleichbarkeit der Daten in den jährlich abzugebenden Mehrkostenberichten zu gewährleisten. Gleichwohl ist ein direkter Vergleich der Daten aus den nachfolgend dargestellten Gründen nur eingeschränkt möglich.

Neben der erweiterten Datengrundlage umfasst der Bericht das komplette Jahr 2019. Im Unterschied dazu war im 1. Mehrkostenbericht nur das zweite Halbjahr 2018 erfasst, da die Mehrkostendaten erst ab Beginn dieses Jahres anzugeben waren und daher erst für das zweite Halbjahr weitgehend vollständige und konsolidierte Daten vorlagen.

In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass sich die Kosten für Dauerversorgungen z. B. mit Inkontinenzhilfen oder Stomaartikeln in verschiedenen Auswertungs- und Versorgungszeiträumen unterschiedlich auswirken können, da die Dauerversorgungen jeweils einen Versorgungsfall im Jahr darstellen, sich aber je nach Dauer des Auswertungszeitraums oder der Versorgung eine unterschiedliche Höhe von Leistungs- und Mehrkostenausgaben für diesen Versorgungsfall ergeben können.

Darüber hinaus hat die vom GKV-Spitzenverband aufgrund des HHVG bis Ende des Jahres 2018 durchgeführte Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses in einigen Produktbereichen zu erheblichen strukturellen Änderungen geführt, so z. B. im Bereich der Prothesenversorgung sowie in den Produktgruppen 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma“ und 27 „Sprechhilfen“.

Die Produktgruppe 24 „Prothesen“ umfasste vor der Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses bis Ende 2018 neben den Beinprothesen auch Augenprothesen und Brustprothesen. Für diese Produktbereiche wurden im Rahmen von Fortschreibungen die neuen Produktgruppen 36 „Augenprothesen“ und 37 „Brustprothesen“ erstellt. Darüber hinaus wurden für die zuvor nicht im Hilfsmittelverzeichnis geregelten Versorgungsbereiche Haarerersatz und Epithesen ebenfalls neue Produktgruppen (Produktgruppe 34 „Haarerersatz“ und Produktgruppe 35 „Epithesen“) geschaffen. Die Produktgruppen 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma“ und 27 „Sprechhilfen“ wurden in einer Produktgruppe zusammengeführt, die die Bezeichnung Produktgruppe 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie“ erhielt. Im Berichtszeitraum 2019 wurden Hilfsmittelversorgungen über die Produktgruppe 27 „Sprechhilfen“ abgerechnet, die nun jedoch als – nicht besetzt – gekennzeichnet ist.

Einzelheiten zu den Fortschreibungen dieser und anderer Produktgruppen können den jährlich herausgegebenen Fortschreibungsberichten des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden.³

³ https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/fortschreibungen_der_produkgruppen/fortschreibungen_der_produkgruppen.jsp

Die aufgrund der strukturellen Änderungen im Hilfsmittelverzeichnis notwendigen Anpassungen der Verträge sind sukzessive erfolgt, sodass Veränderungen bei den Mehrkostendaten in diesen Produktbereichen insbesondere auch auf hierdurch bedingte Verlagerungen und Verschiebungen von Abrechnungen zwischen den verschiedenen Produktgruppen zurückzuführen sind. Die im Untersuchungszeitraum ermittelten produktgruppenbezogenen Ausgaben und Fallzahlen der mittlerweile im Hilfsmittelverzeichnis auf die Beinprothesenversorgung beschränkten Produktgruppe 24 umfassen nach wie vor teilweise auch Abrechnungen für andere Prothesenarten, die unter Verwendung der bisherigen Hilfsmittelpositionsnummern erfolgen.

Unabhängig hiervon ist auch in Rechnung zu stellen, dass die dem Bericht zugrundeliegenden Mehrkostendaten auf den Angaben der Leistungserbringer (oder deren Abrechnungsdienstleistern) im Rahmen der Abrechnung gemäß § 302 Absatz 1 SGB V beruhen und die Validität der Daten damit von der vollständigen und korrekten Mitteilung durch die Leistungserbringer abhängig ist.

Die Angabe der Mehrkosten erfolgt seit dem 01.01.2020 gemäß einer erneuten Änderung der Technischen Anlage über ein Pflichtfeld. Wie bereits beim 1. Mehrkostenbericht kann aber auch für den zweiten Bericht nicht ausgeschlossen werden, dass in einzelnen Abrechnungen die gesetzliche Zuzahlung oder aber der Eigenanteil der Versicherten fälschlicherweise als Mehrkosten ausgewiesen wurde⁴ und es aufgrund der bislang in der Regel nach wie vor manuellen Erfassung der Daten zudem zu Fehleingaben gekommen ist.

Um Fehleingaben nicht in die Datenauswertung einfließen zu lassen, wurden aus Plausibilitätsgründen und unter Berücksichtigung vorliegender Erkenntnisse zu Abrechnungen Angaben zu den Mehrkosten von über 1.000 € je Versicherter bzw. je Versichertem extra ausgewiesen; bei Hörhilfenversorgungen wurde dieser Wert auf 10.000 € festgesetzt. Die entsprechenden Angaben wurden bei der Darstellung der Mehrkosten wie im ersten Bericht nicht berücksichtigt, da sie offensichtlich auf Eingabefehler bei der Erfassung der Abrechnungsdaten zurückzuführen sind. Aufgrund dieser Vorgaben wurden 0,25 % der Versorgungsfälle und 6 % der darauf beruhenden Mehrkosten bei den Auswertungen nicht berücksichtigt, um eine Verzerrung der Ergebnisse zu vermeiden.

2.3 Qualitative Aussagen/Gründe für Mehrkostenvereinbarungen

Der gesetzliche Auftrag gemäß § 302 Absatz 5 SGB V umfasst die jährliche Abgabe eines nach Produktgruppen differenzierten Berichts über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen auf Basis der von den Krankenkassen hierfür zu liefernden statistischen Daten und Informationen. Der Bericht informiert nach den gesetzlichen Vorgaben ohne Versicherten- oder Einrichtungsbezug insbesondere über die Zahl der

⁴ Hierbei gilt es zu beachten, dass es sich bei Mehrkosten gemäß § 33 Absatz 1 SGB V weder um die gesetzliche Zuzahlung im Sinne von § 33 Absatz 8 SGB V in Verbindung mit § 61 SGB V noch um einen Eigenanteil, der bei bestimmten Hilfsmitteln zu entrichten ist und der in diesen Fällen dem Gebrauchsgegenstandsanteil entspricht, handelt.

abgeschlossenen Mehrkostenvereinbarungen und die durchschnittliche Höhe der mit ihnen verbundenen Mehrkosten der Versicherten.

Wie sich aus der Gesetzesbegründung zum HHVG ergibt, können Gegenstand des Berichts auch qualitative Aussagen über die Gründe sein, die Versicherte zum Abschluss von Mehrkostenvereinbarungen bewogen haben.

Allerdings sind die Leistungserbringer gemäß § 302 Absatz 1 SGB V bei der Abrechnung der Leistungen nur verpflichtet, die Höhe der von den Versicherten gezahlten Mehrkosten anzugeben, nicht aber auch die Gründe hierfür.

Der GKV-Spitzenverband hat sich mehrfach für eine Verbesserung der Situation eingesetzt. Gleichwohl haben die Krankenkassen nach geltender Rechtslage weiterhin nur eingeschränkte Möglichkeiten, die Gründe für Mehrkostenvereinbarungen im Rahmen der Überwachung der Einhaltung der den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten gemäß § 127 Absatz 7 SGB V zu überprüfen.⁵ Eine umfassende systematische Erfassung und Auswertung der Gründe für den Abschluss von Mehrkostenvereinbarungen ist daher nach wie vor nicht möglich.

Nähere Erkenntnisse über die Gründe für Mehrkostenvereinbarungen ergeben sich vor diesem Hintergrund vor allem aus von den Krankenkassen durchgeführten Versichertenbefragungen. Der GKV-Spitzenverband hat vor diesem Hintergrund für den 2. Mehrkostenbericht nicht nur die statistischen Mehrkostendaten bei den Kassen abgefragt, sondern darüber hinaus insbesondere auch Informationen zu den Ergebnissen von Versichertenbefragungen zu den im 1. Mehrkostenbericht als kritisch identifizierten Produktgruppen.

Im Bereich der Inkontinenzversorgung gibt es bereits seit einigen Jahren eine öffentliche Diskussion über Mehrkostenzahlungen der Versicherten. Darüber hinaus hat sich im Rahmen des 1. Mehrkostenberichts gezeigt, dass insbesondere in der Einlagen- und der Hörhilfenversorgung ein hoher Anteil von Versorgungen mit Mehrkostenzahlungen zu verzeichnen ist. Bei der Abfrage von Informationen über Versichertenbefragungen wurden deshalb für den 2. Mehrkostenbericht vorrangig die Produktgruppen 08 „Einlagen“ und 15 „Inkontinenzhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnisses in den Fokus genommen. Der Hörhilfenbereich wurde im Zusammenhang mit einer zu diesem Bereich durchgeführten systematischen Versichertenbefragung bereits im 1. Mehrkostenbericht näher beleuchtet.

Die von den Krankenkassen insoweit zur Verfügung gestellten Informationen wurden ausgewertet. Einzelheiten zu den betreffenden Versichertenbefragungen sind in den Abschnitten zu den einzelnen Produktgruppen im Kapitel 3 dargestellt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Aussagekraft derartiger Befragungen von zahlreichen Faktoren, wie z. B. der Anzahl der

⁵ Die möglichen Überwachungsinstrumente und Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in den Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung gemäß § 127 Absatz 8 SGB V dargestellt und beschrieben.

einbezogenen Versicherten, der Beteiligungs- und Rücklaufquote, den jeweiligen Fragestellungen sowie dem Studiendesign abhängig ist.

3. Ergebnisse

Im Untersuchungszeitraum (01.01.2019 – 31.12.2019) wurden den erhobenen Daten zufolge insgesamt rund 29,4 Mio. Hilfsmittelversorgungen mit einem Ausgabenvolumen für die Krankenkassen von ca. 8,6 Mrd. € berücksichtigt. Dies entspricht einem Anteil von rund 96 % der nach der amtlichen Statistik ausgewiesenen Gesamtausgaben für Hilfsmittel, die im Jahr 2019 9,0 Mrd. betragen.

Über alle Produktgruppen wurden von den ca. 29,4 Mio. Hilfsmittelversorgungen, zu denen Daten übermittelt wurden, bei rund 5,9 Mio. Hilfsmittelversorgungen Mehrkosten dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von Versorgungen mit Mehrkosten an den im Bericht erfassten Hilfsmittelversorgungen von 20 % gegenüber 18 % im zweiten Halbjahr 2018. Die Summe aller dokumentierten Mehrkosten betrug rund 692,1 Mio. € und die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten ca. 118 €.

445,0 Mio. €, also fast zwei Drittel aller Mehrkosten, wurden bei den Versorgungen mit Hörhilfen registriert. Betrachtet man diese gesondert, ergeben sich für alle anderen Hilfsmittelversorgungen mit Mehrkosten durchschnittliche Mehrkosten von nur noch 45 €.

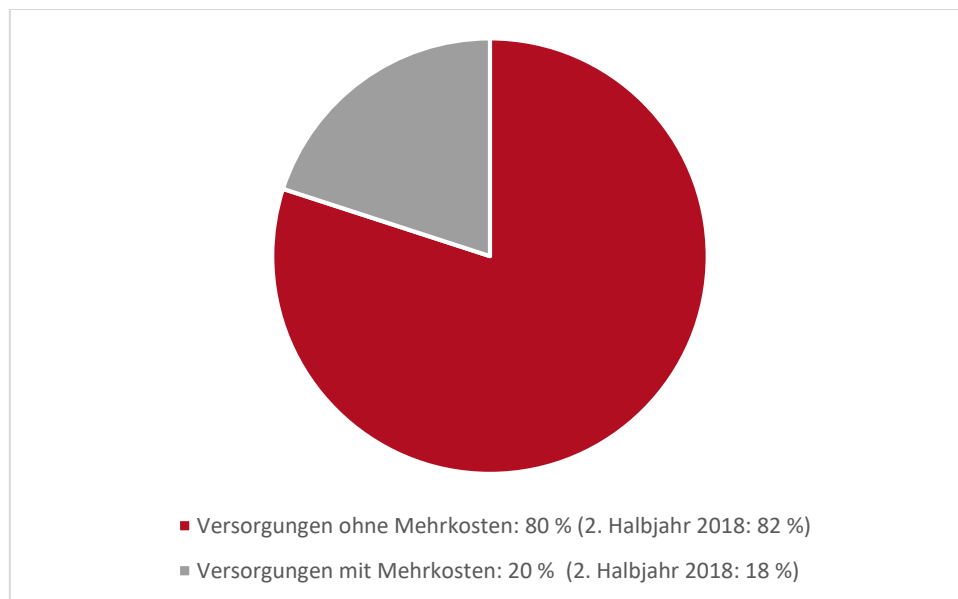


Abbildung 2: Prozentualer Anteil der Hilfsmittelversorgungen ohne und mit Mehrkosten

Die Verteilung der 20 % aller Versorgungsfälle mit Mehrkosten auf die einzelnen Produktgruppen ist sehr unterschiedlich. Die folgende Abbildung zeigt in absteigender Sortierung für jede Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses den Anteil der Hilfsmittelversorgungen mit dokumentierten Mehrkostenvereinbarungen.

Anteil der Versorgungen mit Mehrkosten in %

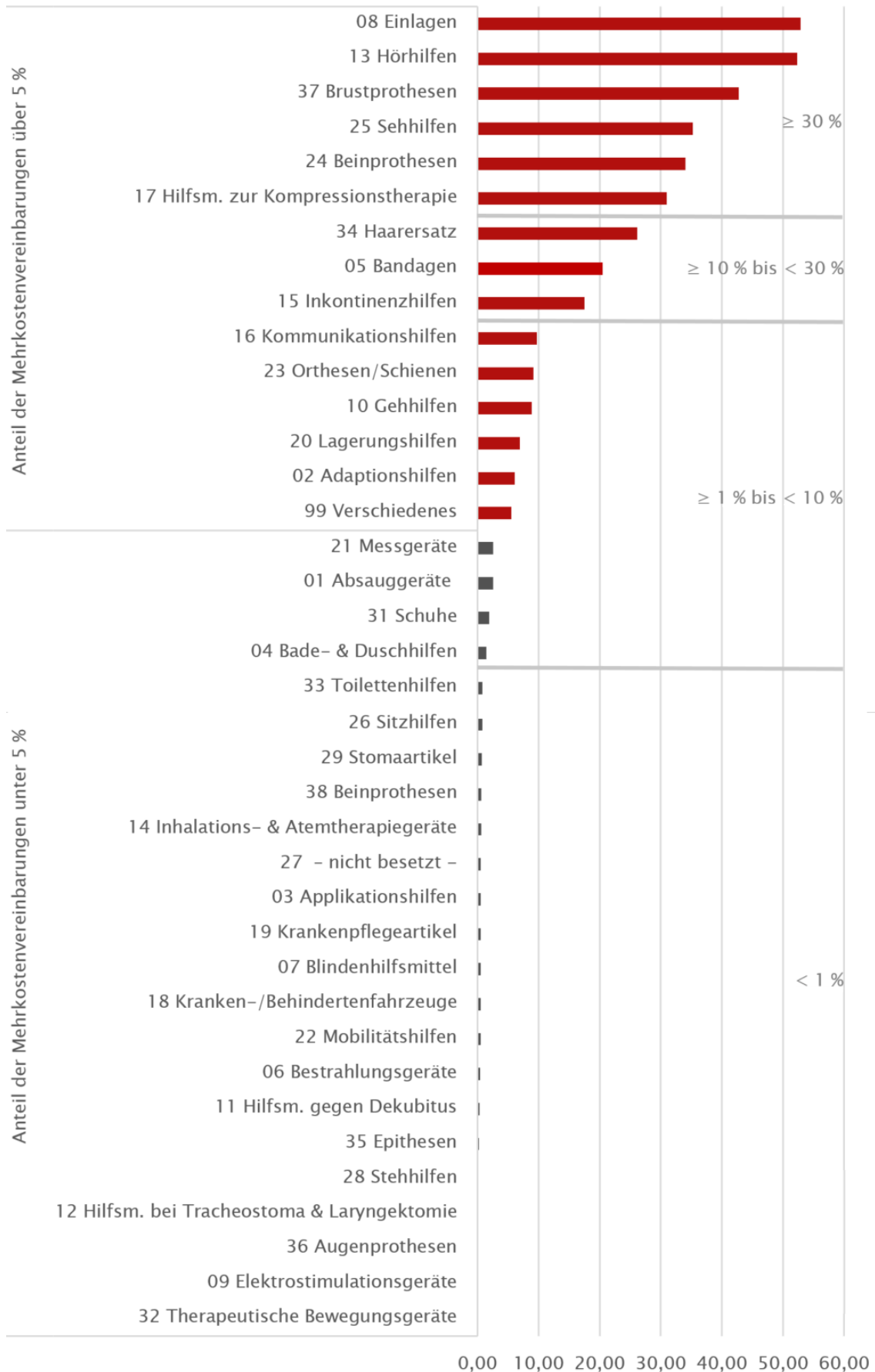


Abbildung 3: Prozentualer Anteil der Versorgungen mit Mehrkosten je Produktgruppe (in absteigender Sortierung)

Insgesamt zeigt sich, dass Hilfsmittelversorgungen mit weniger als 1 % der Versorgungen mit Mehrkosten bei 19 von insgesamt 38 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis dokumentiert sind.⁶ Bei zehn Produktgruppen haben zwischen 1 und 10 % der Versicherten Mehrkosten geleistet und bei drei Produktgruppen haben sich zwischen 10 und 30 % der Versicherten für Versorgungen mit Mehrkosten entschieden. Bei sechs Produktgruppen wurden mehr als 30 % Versorgungen mit Mehrkosten dokumentiert.

19 Produktgruppen mit weniger als 1 % Mehrkostenvereinbarungen

10 Produktgruppen mit mehr als 1 % und unter 10 % Mehrkostenvereinbarungen

3 Produktgruppen mit mehr als 10 % und unter 30 % Mehrkostenvereinbarungen

6 Produktgruppen mit mehr als 30 % Mehrkostenvereinbarungen

Abbildung 4: Verteilung des prozentualen Anteils von Mehrkostenvereinbarungen nach Produktgruppen

In der nachfolgenden Tabelle sind die Produktgruppen mit einem Mehrkostenanteil von mindestens 5 % abgebildet. Im Jahr 2019 umfasste dies 15 von insgesamt 38 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis.

⁶ Das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes umfasst 38 Produktgruppen. Da für den Auswertungszeitraum des 1. Mehrkostenberichts noch keine Abrechnungsdaten für die neu geschaffene Produktgruppe 38 „Armprothesen“ vorlagen, wurden bei der Datenauswertung seinerzeit nur 37 Produktgruppen berücksichtigt.

Gemäß § 78 SGB XI erstellt der GKV-Spitzenverband als Anlage zum Hilfsmittelverzeichnis ein Pflegehilfsmittelverzeichnis, das aus vier Produktgruppen besteht und in dem von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasste Pflegehilfsmittel aufgeführt sind. Der 2. Mehrkostenbericht dokumentiert ausschließlich die Entwicklungen der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen im Sinne von § 33 SGB V und betrachtet daher nur die 38 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis.

Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %

2019		2. Halbjahr 2018	
52,91	08 Einlagen	49,10	08 Einlagen
52,36	13 Hörhilfen	47,55	13 Hörhilfen
42,74	37 Brustprothesen	33,01	37 Brustprothesen
35,21	25 Sehhilfen	29,82	17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
34,01	24 Beinprothesen	28,50	24 Beinprothesen
30,96	17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	23,01	25 Sehhilfen
26,18	34 Haarsersatz	23,01	34 Haarsersatz
20,53	05 Bandagen	18,55	05 Bandagen
17,51	15 Inkontinenzhilfen	15,55	15 Inkontinenzhilfen
9,69	16 Kommunikationshilfen	9,22	16 Kommunikationshilfen
9,19	23 Orthesen/Schienen	8,06	23 Orthesen/Schienen
8,92	10 Gehhilfen	7,91	10 Gehhilfen
6,93	20 Lagerungshilfen	6,12	20 Lagerungshilfen
6,16	02 Adaptionshilfen	6,07	02 Adaptionshilfen
5,56	99 Verschiedenes		

Abbildung 5: Prozentualer Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten bei Produktgruppen mit mindestens 5 %-Mehrkostenanteil (in absteigender Sortierung)

Im Folgenden werden die Kennzahlen zu den Mehrkosten bei Produktgruppen mit mindestens 5 %-Mehrkostenanteil produktgruppenspezifisch dargelegt.

3.1 Produktgruppe 08 Einlagen

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungs- ausgaben in €	GKV-Leistungs- ausgaben je Ver- sorgung in €	Anzahl der Ver- sorgungsfälle	Anzahl der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungs- fall mit Mehrkos- ten in €
	466.637.507,80	95,90	4.866.050	2.568.613	76.036.137,85	52,91	29,60
Rang	9	34	1	1	2	1	27

Die Produktgruppe 08 „Einlagen“ des Hilfsmittelverzeichnisses umfasst orthopädische Einlagen zur Stützung, Bettung oder Korrektur von Fußdeformitäten, speziell zur Entlastung oder Lastumverteilung der Fußweichteile. Einlagen werden aus Kork, Leder, thermoplastischen Kunststoffen oder Faserverbundwerkstoffen gefertigt.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 4,9 Mio. Versicherte mit Einlagen versorgt, wodurch Einlagen die meistverordneten Hilfsmittel darstellen. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit ca. 466,6 Mio. € Rang 9 (2018: Rang 8).

Für rund 53 % (2018: 49 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt ca. 30 € (2018: 35 €).

Da die Produktgruppe 08 „Einlagen“ im Hinblick auf die Zahl der Versorgungsfälle, der Zahl der Versorgungsfälle mit Mehrkosten und den Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten an erster Stelle steht, wurden hierzu die Kassen nach Erkenntnissen insbesondere auch aus Versichertenbefragungen befragt.

In den Jahren 2018 und 2019 wurden von zwei größeren regionalen Krankenkassen Versichertenbefragungen zu diesem Versorgungsbereich durchgeführt.

- Von einer Krankenkasse wurde im Jahr 2019 eine Versichertenbefragung zu diversen Hilfsmitteln durchgeführt, die auch Einlagen der Produktgruppe 08 umfasste. Im Wege der Kundenzufriedenheitsabfrage wurden insgesamt 1.500 Versicherten angeschrieben. Die Antwortquote belief sich auf ca. 45 %. Im Ergebnis wurden hier in fast 60 % der erfassten Fälle Mehrkosten gezahlt. Allerdings war den Rückmeldungen zu entnehmen, dass den Versicherten häufig die Unterscheidung zwischen gesetzlicher Zuzahlung und Mehrkostenzahlung schwerfällt. Auffällig in dieser Befragung war, dass 50 % der Versicherten angaben, ihnen seien keine mehrkostenfreien Produkte angeboten worden. Gleichwohl wurde insgesamt überwiegend eine hohe Zufriedenheit mit der Versorgung konstatiert. Sofern die Versicherten mit der Versorgung unzufrieden waren, bezog sich dies drauf, dass keine Beratung erfolgte bzw. diese zu kurz war. Gründe, warum sich die Versicherten für ein Produkt mit Mehrkosten entschieden hatten, wurden in dieser Befragung nicht ermittelt.
- Die Versichertenbefragung einer weiteren großen regionalen Kasse mit fast 2.000 auswertbaren Rückmeldungen im Jahr 2018 bezog sich auf die Qualitätssicherung von Versorgungen mit Bettungseinlagen und stützenden Einlagen. Hier ergab die Befragung, dass von ca. 45 % der Befragungsteilnehmern Mehrkosten gezahlt wurden. Auch in dieser Befragung wurde festgestellt, dass den Versicherten häufig die Unterscheidung zwischen gesetzlicher Zuzahlung und Mehrkosten schwerfällt. Gründe für die Zahlung von Mehrkosten wurden von 20 % der betroffenen Versicherten genannt. Ca. 13 % nannten dabei „Materialien mit höherer Qualität bzw. besserem Komfort“ als Grund. Etwa 7 % gaben systembedingte Gründe an, d. h. beispielsweise Aussagen von Leistungserbringern über die Üblichkeit entsprechender „Aufzahlungen“ oder eine fehlende Kenntnis/Information über den Unterschied zwischen gesetzlicher Zuzahlung und Mehrkosten. Dies ist ein Hinweis darauf, dass der Beratung der Versicherten durch die Leistungserbringer eine entscheidende Rolle zukommt.

Derzeit wird die Produktgruppe 08 „Einlagen“ des Hilfsmittelverzeichnisses erneut fortgeschrieben.

3.2 Produktgruppe 13 Hörhilfen

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungs- ausgaben in €	GKV-Leistungs- ausgaben je Ver- sorgung in €	Anzahl der Ver- sorgungsfälle	Anzahl der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten ge- samt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittli- che Mehrkosten je Versorgungs- fall mit Mehr- kosten in €
	993.278.477,07	1.265,80	784.707	411.314	445.005.980,16	52,36	1.081,91
Rang	1	10	13	5	1	2	1

Hörhilfen sind technische Hilfen, die angeborene oder erworbene Hörfunktionsminderungen, die einer kausalen Therapie nicht zugänglich sind, möglichst weitgehend ausgleichen. In der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“ wird die Versorgung mit Hörgeräten für verschiedene Schwerhörigkeitsgrade, Tinnitusgeräten, Geräten mit teilimplantierten Schallaufnehmern und Knochenleitungsbügeln geregelt.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 785.000 Versicherte mit Hörhilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen unverändert Rang 13 (2018: Rang 13) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit ca. 1,0 Mrd. € wie auch im Vorjahr den 1. Rang.

Für ca. 52 % (2018: 48 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten beträgt bei einer in der Regel beidohrigen Versorgung rund 1.082 € (2018: 1.200 €).

Hochpreisige Geräte bieten eine Vielzahl von Features, die nur bedingt mit der Verbesserung des Sprachverstehens einhergehen, die bei der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherungen im Vordergrund steht. Sofern Geräte mit derartigen Features von den Versicherten ausgewählt werden, gehen diese Versorgungen über das Notwendige hinaus und können ggf. Mehrkosten generieren.

Dabei bieten verschiedene Leistungserbringer in ihrem breitgefächerten Sortimentsaufbau bereits heute oftmals mehrkostenfreie Geräte an, die sowohl die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnis hinsichtlich Programm- und Kanalzahl sowie Störschall- und Rückkopplungsunterdrückung erfüllen als auch Komfortelemente wie z. B. Wireless-Funktionen, spezielle Telefonprogramme, eine Steuerung des Hörgerätes über das Smartphone oder auch die kleinstmögliche für den speziellen Versorgungsfall verfügbare Bauform des Hörgerätes bieten.

Im Jahr 2019 hat der GKV-Spitzenverband eine repräsentative Studie zur bislang größten Versichertenbefragung zur Hörhilfenversorgung der gesetzlich Versicherten veröffentlicht, die sich auf die Beratungsqualität, die Mehrkosten und die Zufriedenheit mit der Versorgung sowie mit dem Hörgerät bezieht. Aus den Rückmeldungen der insgesamt 3.457 Befragungsteilnehmer ergab sich in Bezug auf die Mehrkosten ein differenziertes Bild. 70 % der Befragten

gaben an, Mehrkosten für ihre Versorgung geleistet zu haben.⁷ Die Höhe der Mehrkosten korreliert jedoch nicht mit der Höhe der Versorgungszufriedenheit: Sowohl bei den mehrkostenfreien als auch bei den Versorgungen mit Mehrkosten betrug die Zufriedenheit mit dem Hörgerät jeweils 81 %. Die Auswertung der Daten ergab des Weiteren, dass Mehrkostenvereinbarungen im Wesentlichen auf das sehr breite und technisch diversifizierte Angebot an Hörgeräten zurückzuführen sind. Es zeigte sich aber auch, dass die Höhe der Mehrkosten sowohl von der Beratung und den Versorgungsangeboten der Hörakustiker als auch durch das Nachfrageverhalten der Versicherten beeinflusst ist.

Die Ergebnisse der Versichertenbefragung stießen in der Fachöffentlichkeit auf ein breites Interesse. In der Fachdiskussion richtete sich die Aufmerksamkeit insbesondere auf die Anforderungen nach § 139 Absatz 2 SGB V. Im Rahmen der geplanten aktuellen Fortschreibung der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“ wird vor diesem Hintergrund derzeit geprüft, ob sich seit der letzten Fortschreibung weitere technische Entwicklungen ergeben haben, die zu berücksichtigen sind.

3.3 Produktgruppe 37 Brustprothesen

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungs- ausgaben in €	GKV-Leistungs- ausgaben je Ver- sorgung in €	Anzahl der Ver- sorgungsfälle	Anzahl der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungs- fall mit Mehrkos- ten in €
	4.034.746,83	163,95	24.610	10.523	386.551,28	42,73	36,73
Rang	35	29	30	14	16	3	24

Brustprothesen dienen dem optischen Ausgleich sowie der Erhaltung der Körpersymmetrie (Vermeidung von Schulterchiefstellung). Dazu stehen Produkte aus unterschiedlichen Materialien und diverse Befestigungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 25.000 Versicherte mit Brustprothesen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 30 (2018: Rang 33) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit ca. 4,0 Mio. € Rang 35 (2018: Rang 35).

Für rund 43 % (2018: 33 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt ca. 37 € (2018: 33 €). Die entsprechenden Kennzahlen haben sich daher im Vergleich zu den Daten

⁷ Während in beiden Berichten die durchschnittliche Mehrkostenhöhe mit 1.169 € (Versichertenbefragung) bzw. 1.082 € (2. Mehrkostenbericht) ähnlich ausfällt, unterscheiden sich die beiden Berichte in dem Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten, der bei der Versichertenbefragung 70 %, im 2. Mehrkostenbericht 52 % beträgt. Da im 2. Mehrkostenbericht u. a. auch die Kinderversorgung sowie die Versorgungen von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit berücksichtigt wird und in diesen Versorgungsbereichen nahezu keine Mehrkosten entstehen, ist der Anteil an Versorgungsfällen mit Mehrkosten hier deutlich geringer.

des Jahres 2018 deutlich erhöht. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Brustprothesen bis zur Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnis, die Ende 2018 abgeschlossen wurde, in der Produktgruppe 24 „Prothesen“ im Teilbereich Brustprothesen geregelt waren. Erst im Rahmen dieser Fortschreibung wurde die separate Produktgruppe 37 „Brustprothesen“ generiert, womit u. a. dem Umstand Rechnung getragen wird, dass es für diesen Versorgungsbereich eigenständige Verträge gibt.

Die Ausgaben und Fallzahlen umfassen daher nicht die gesamte Anzahl der Brustprothesenversorgungen für diesen Produktbereich und zeigen aufgrund der zeitlich sich über einen größeren Zeitraum erstreckenden Vertragsanpassungen und -umstellungen ebenfalls deutliche Veränderungen auf. Nach wie vor erfolgen noch – wenn auch zunehmend weniger – Abrechnungen auf Basis von gültigen Vertragspositionsnummern auf der Grundlage der Produktgruppe 24 „Prothesen“ vor der Fortschreibung.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass diese Produktgruppe nicht nur Brustprothesen umfasst, sondern auch Zubehör wie spezielle Prothesen-BHs und Spezial-Badeanzüge für Brustprothesenträgerinnen, für die die Versicherten einen Eigenanteil zu tragen haben, da sie gleichzeitig allgemeine Gebrauchsgegenstände ersetzen. Für diesen Gebrauchsgegenstandsanteil werden die Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen. Es ist nicht auszuschließen, dass in Einzelfällen auch die von den Versicherten zu tragenden Eigenanteile im Rahmen der Abrechnung als Mehrkosten ausgewiesen wurden.

Zu dieser Produktgruppe liegen jedoch aktuell keinen Informationen aus Versichertenbefragungen vor, die insoweit näheren Aufschluss über die Gründe für die in diesem Versorgungsbereich gezahlten Mehrkosten geben können.

3.4 Produktgruppe 25 Sehhilfen

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungs- ausgaben in €	GKV-Leistungs- ausgaben Je Ver- sorgung in €	Anzahl der Ver- sorgungsfälle	Anzahl der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten in €
	98.337.590,36	82,28	1.195.169	420.931	49.735.784,05	35,21	118,16
Rang	15	35	10	4	3	4	13

Die Produktgruppe 25 „Sehhilfen“ umfasst sehschärfenverbessernde sowie therapeutische Sehhilfen und gliedert sich in die Teilbereiche Brillengläser, Kontaktlinsen und vergrößernde Sehhilfen. Während sehschärfenverbessernde Sehhilfen zur Korrektur von Brechungsfehlern des Auges genutzt werden, kommen therapeutische Sehhilfen bei der Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung zum Einsatz.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 1,2 Mio. Versicherte mit Sehhilfen durch die gesetzliche Krankenversicherung versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen unverändert Rang 10 (2018: Rang 10) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit rund 98,3 Mio. € Rang 15 (2018: Rang 19).

Für 35 % (2018: 23 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 118 € (2018: 153 €). Bei der Zahl der Versorgungen mit Mehrkosten ist für das Jahr 2019 somit ein höherer Wert als im Vorjahr zu verzeichnen, die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten ist dagegen niedriger. Insbesondere die Brillenfassungen fallen nicht in den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Inwieweit z. B. solche Kosten in den erhobenen Mehrkosten enthalten sind, ist anhand der vorliegenden Daten nicht erkennbar. Es liegen hierzu keine näheren Angaben zu den Gründen für Mehrkostenzahlungen in der Versorgung vor. Daher ist keine Aussage dazu möglich, welche Faktoren zu ihnen geführt haben.

3.5 Produktgruppe 24 Beinprothesen

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungsausgaben in €	GKV-Leistungsausgaben je Versorgung in €	Anzahl der Versorgungsfälle	Anzahl der Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten in €
	332.851.164,54	1.267,23	262.660	89.247	7.714.801,83	34,01	86,44
Rang	12	9	19	9	8	5	16

Die Produktgruppe 24 „Beinprothesen“ umfasst seit der Fortschreibung der früheren Produktgruppe 24 „Prothesen“ vom 26.11.2018 ausschließlich Prothesen der unteren Extremitäten.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 263.000 Versicherte mit Prothesen dieser Produktgruppe versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 19 (2018: Rang 16) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 332,9 Mio. € Rang 12 (2018: Rang 11).

Für 34 % (2018: 29 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 86 € (2018: 75 €).

Bei der Interpretation dieser Zahlen muss berücksichtigt werden, dass ein direkter Vergleich mit den Zahlen des 1. Mehrkostenberichts nicht möglich ist, da die Produktgruppe 24 „Prothesen“ vor der Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses bis Ende 2018 neben den Beinprothesen auch Augenprothesen und Brustprothesen umfasste und für diese Produktbereiche im Rahmen von Fortschreibungen die neuen Produktgruppen 36 „Augenprothesen“ und 37 „Brustprothesen“ erstellt wurden.

Die aufgrund der strukturellen Änderungen im Hilfsmittelverzeichnis notwendigen Anpassungen der Verträge erfolgen sukzessive, sodass Veränderungen bei den Mehrkostendaten in diesen Produktbereichen insbesondere auch auf hierdurch bedingte Verlagerungen und Verschiebungen von Abrechnungen zwischen den verschiedenen Produktgruppen zurückzuführen sind. Die im Untersuchungszeitraum ermittelten produktgruppenbezogenen Ausgaben und Fallzahlen umfassen nach wie vor teilweise auch Abrechnungen für andere Prothesenarten, die unter Verwendung der bisherigen Hilfsmittelpositionsnummern erfolgen.

3.6 Produktgruppe 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungs- ausgaben in €	GKV-Leistungs- ausgaben je Ver- sorgung in €	Anzahl der Ver- sorgungsfälle	Anzahl der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittli- che Mehrkosten je Versorgungs- fall mit Mehrkos- ten in €
	575.643.103,64	190,80	3.016.974	934.922	23.558.077,09	30,96	25,20
Rang	7	28	3	2	5	6	28

Zu dieser Produktgruppe gehören medizinische Kompressionstrümpfe für Arme und Beine, Hilfsmittel zur Narbenkompression sowie Apparate zur Kompressionstherapie.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 3,0 Mio. Versicherte mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 3 (2018: Rang 3) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit ca. 575,6 Mio. € Rang 7 (2018: Rang 7).

Für 31 % (2018: 30 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 25 € (2018: 23 €).

3.7 Produktgruppe 34 Haarsersatz

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungs- ausgaben in €	GKV-Leistungs- ausgaben je Ver- sorgung in €	Anzahl der Ver- sorgungsfälle	Anzahl der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittli- che Mehrkosten je Versorgungs- fall mit Mehrkos- ten in €
	10.693.527,08	417,23	25.630	6.709	1.534.819,71	26,18	228,77
Rang	32	18	29	18	11	7	5

Die Produktgruppe 34 „Haarsersatz“ beinhaltet die Definition, die Beschreibung und die Anforderungen an konfektionierten und individuell gefertigten Haarsersatz aus Kunsthaar oder Echthaar als Vollperücke oder Teilbereichsperücke sowie die Anforderungen an das Zubehör und die Verbrauchsmaterialien.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 26.000 Versicherte mit Haarsersatz versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 29 (2018: Rang 31) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 10,7 Mio. € Rang 32 (2018: Rang 32).

Für 26 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 229 €.

Im Zuge der Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses wurde die Produktgruppe 34 „Haarsersatz“ neu geschaffen. Die Beschlussfassung erfolgte am 13.11.2017. Die Umsetzung der Fortschreibungen in den Verträgen der Krankenkassen erfolgt sukzessive. Es ist daher davon auszugehen, dass für die Abrechnung von Versorgungen mit Haarsersatz nach wie vor bislang gültige Vertragspositionsnummern genutzt werden und die Versorgungen noch nicht vollständig unter der neuen Produktgruppe 34 abgerechnet werden.

3.8 Produktgruppe 05 Bandagen

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungs- ausgaben in €	GKV-Leistungs- ausgaben je Ver- sorgung in €	Anzahl der Ver- sorgungsfälle	Anzahl der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittli- che Mehrkosten je Versorgungs- fall mit Mehrkos- ten in €
	146.268.975,33	73,16	1.999.245	410.316	7.804.822,81	20,53	19,02
Rang	13	36	5	6	7	8	31

Bandagen sind körperteilumschließende oder körperteilanliegende, meist konfektionierte Hilfsmittel. Ihre Funktion ist es, komprimierend und/oder funktionssichernd zu wirken. Die Grundelemente bestehen aus flexiblen Materialien und/oder sind mit festen textilen Bestandteilen ausgestattet.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 2,0 Mio. Versicherte mit Bandagen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 5 (2018: Rang 6) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 146,3 Mio. € Rang 13 (2018: Rang 13).

Für 21 % (2018: 19 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 19 € (2018: 19 €).

3.9 Produktgruppe 15 Inkontinenzhilfen

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungsausgaben in €	GKV-Leistungsausgaben je Versorgung in €	Anzahl der Versorgungsfälle	Anzahl der Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten in €
	706.905.500,96	272,85	2.590.843	453.470	48.826.989,48	17,51	107,67
Rang	4	25	4	3	4	9	14

Inkontinenzhilfen sind für Personen bestimmt, die aufgrund von Fehlbildungen bzw. Krankheits- oder Verletzungsfolgen nicht in der Lage sind, den Harn- bzw. Stuhlabgang willkürlich zu kontrollieren. Zu ihnen gehören Produkte mit ableitender Funktion (Urinbeutel) oder aufsaugender Funktion (Windeln, Pants).

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 2,6 Mio. Versicherte mit Inkontinenzhilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 4 (2018: Rang 2) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 706,9 Mio. € ebenfalls Rang 4 (2018: Rang 5).

Für rund 18 % (2018: 16 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten beträgt annähernd 108 € (2018: 72 €).

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu beachten, dass es sich hier um Dauerversorgungen mit in der Regel monatlicher Abrechnung der Lieferungen handelt. Dadurch ergibt sich bei einem längeren Auswertungszeitraum für die durchschnittlichen Mehrkosten pro Versorgungsfall zwangsläufig ein höherer Wert, da die Dauerversorgungen jeweils einen Versorgungsfall im Jahr darstellen und sich die (Mehr-)Kosten für einen Versorgungsfall in einem Auswertungszeitraum von einem Jahr höher summieren als bei einem Bezugszeitraum von nur einem halben Jahr. Der höhere Wert der durchschnittlichen Mehrkosten je Versorgungsfall für 2019 zeigt daher keine negative Tendenz an, da sich der durchschnittliche Mehrkostenbetrag trotz Verdoppelung des Bezugszeitraums nicht im selben Umfang erhöht hat.

Die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen war in der Vergangenheit durch diverse Veränderungen und Entwicklungen in der Versorgungslandschaft wie die zunehmende Anzahl von Ausschreibungen⁸, die Umstellung der Verträge und Vergütungen auf Versorgungspauschalen und Berichte über häufige Mehrkostenzahlungen von Versicherten gekennzeichnet. Diese Entwicklungen führten zu intensiven Diskussionen über die Qualität der Versorgung. Vor diesem Hintergrund ist die Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“ vom GKV-Spitzenverband bereits im Jahr 2016 und damit vor der durch das HHVG initiierten Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses fortgeschrieben worden. Die Qualitätsanforderungen für aufsaugende Inkontinenzhilfen wurden dabei angehoben und für die Rücknässung und Aufsauggeschwindigkeit neue Grenzwerte festgelegt. Außerdem wurde klargestellt, sich die Versorgungsmenge nach dem individuellen Bedarf des Versicherten richtet und der Bedarf immer individuell zu ermitteln und festzustellen ist. Der GKV-Spitzenverband prüft derzeit, inwieweit für diese Produktgruppe neuer Fortschreibungsbedarf besteht.⁹

Aufgrund der versorgungspolitischen Diskussionen in diesem Versorgungsbereich haben die Krankenkassen in den letzten Jahren verstärkt Versichertenbefragungen zu der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen durchgeführt. Exemplarisch werden nachfolgend die Ergebnisse einiger Versichertenbefragungen großer regionaler Krankenkassen dargestellt:

- Eine vor mehreren Jahren durchgeführte Versichertenbefragung einer Krankenkasse ergab eine Mehrkostenquote von ca. 23 %. Als Gründe für die Zahlung von Mehrkosten wurden Qualitäts- bzw. Komfortgesichtspunkte (z. B. der Wunsch nach Pants) genannt, die Menge der Produkte sowie das fehlende Angebot anderer Produkte durch den Leistungserbringer oder eine fehlende Kenntnis/Aufklärung über die Unterscheidung zwischen gesetzlicher Zuzahlung und Mehrkosten sowie über den Anspruch auf eine mehrkostenfreie Versorgung. In aktuellen Versichertenrückmeldungen zu aufsaugenden Inkontinenzversorgungen werden nach den Erfahrungen dieser Krankenkasse nach wie vor die gleichen Gründe genannt.
- Eine andere Krankenkasse hat in den letzten Jahren verschiedene Versichertenbefragungen zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen durchgeführt. In einer 2013 durchgeführten Befragung wurden 1.800 Versicherte im häuslichen Bereich befragt, von den etwas mehr als 1.000 Versicherte eine Rückmeldung gegeben haben. Die Befragung bezog sich auf die Umsetzung eines Ausschreibungsvertrages. Insgesamt wurde eine hohe Zufriedenheit von rund 92 % mit den Versorgungs- und Leistungserbringern geäu-

⁸ Zwischenzeitlich haben sich durch das am 11.03.2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Hilfsmittelversorgungsverträge verändert und aufgrund des Wegfalls der Ausschreibungsmöglichkeit Vertragsanpassungen erforderlich gemacht. Inwieweit dies die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen beeinflusst, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht beurteilen.

⁹ Vgl. 3. Bericht des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 139 Absatz 9 Satz 3 SGBV zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses.

bert. Durchschnittlich wurden Mehrkosten von rund 38 € geleistet. Die hohen Zufriedenheitswerte wurden auch in weiteren zur Qualitätssicherung erfolgten Befragungen zu diesem Vertrag festgestellt.

- Bei einer im Jahr 2018 im Rahmen der Qualitätssicherung von einer Krankenkasse durchgeführten Versichertenbefragung zur Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln handelte sich um eine schriftliche Befragung von 2.000 Versicherten, die mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten versorgt wurden. Im Ergebnis haben 58 % aller Befragten Mehrkosten geleistet. 51 % von ihnen haben die Entscheidung für eine Versorgung mit Mehrkosten bewusst getroffen. Nähere Informationen zu den Gründen einer Mehrkostenvereinbarung konnten im Rahmen dieser Befragung allerdings nicht ermittelt werden.
- In der Befragung einer weiteren Krankenkasse mit einer Rücklaufquote von 50 % wurde ebenfalls eine hohe Kundenzufriedenheit in der Beratung und Versorgung ermittelt. 33 % der Versicherten hatten sich danach für eine Versorgung mit Mehrkosten entschieden, insbesondere für Versorgungen mit sogenannten Pants.
- In einer im Jahr 2019 durchgeführten und breit angelegten Versichertenbefragung einer Krankenkasse zur aufsaugenden Inkontinenzversorgung wurde die vertragskonforme Versorgung der Versicherten überprüft sowie die Versichertenzufriedenheit hinsichtlich der Produktqualität, des Versorgungsablaufs sowie der Beratung durch die Hilfsmittelleistungserbringer ermittelt. Ein weiterer Schwerpunkt der Befragung war die Überprüfung von Mehrkostenzahlungen. Die Befragung gliederte sich in zwei Teile: die schriftliche Befragung von ca. 1.500 Versicherten im ambulanten Bereich anhand anonymisierter Fragebögen und die persönliche Befragung von rund 100 Versicherten im stationären Bereich. In dem Ergebnisbericht der Befragung wird festgehalten, dass
 - die Befragten insgesamt mit der Inkontinenzversorgung sehr zufrieden sind,
 - die Befragungsergebnisse hohe Zufriedenheitswerte mit der Qualität der Inkontinenzprodukte ausweisen,
 - die Wohnortnähe des Vertragspartners für die Befragten, insbesondere bei zunehmendem Alter wichtig, ist,
 - bei jeder/m fünften Befragten zu Beginn der Versorgung keine Beratung durch den Vertragspartner stattfand,
 - knapp die Hälfte der Befragten über eine mehrkostenfreie Versorgung informiert wurde,
 - ca. jede/r vierte Befragte angibt, dass er/sie Mehrkosten geleistet haben,
 - im stationären Bereich nur ein sehr geringer Anteil der Befragten Mehrkosten geleistet hat.

3.10 Produktgruppe 16 Kommunikationshilfen

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungs- ausgaben in €	GKV-Leistungs- ausgaben je Ver- sorgung in €	Anzahl der Ver- sorgungsfälle	Anzahl der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittli- che Mehrkosten je Versorgungs- fall mit Mehrkos- ten in €
	44.305.098,38	2.019,84	21.935	2.126	46.923,30	9,69	22,07
Rang	26	3	32	23	26	10	29

Die Produktgruppe beinhaltet Kommunikationshilfen wie Rauchwarnmelder mit visuellen und/oder taktilen Warneigenschaften, behinderungsgerechte Hardware zur Eingabeunterstützung, Sprachverstärker und dynamische Systeme mit Sprach- und Sichtausgabe (z. B. Tablets mit Symbol- und/oder Schrifteingabe).

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 22.000 Versicherte mit Kommunikationshilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 32 (2018: Rang 29) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit rund 44,3 Mio. € Rang 26 (2018: Rang 25).

Für annähernd 10 % (2018: 9 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 22 € (2018: 29 €).

3.11 Produktgruppe 23 Orthesen/Schienen

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungs- ausgaben in €	GKV-Leistungs- ausgaben je Ver- sorgung in €	Anzahl der Ver- sorgungsfälle	Anzahl der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittli- che Mehrkosten je Versorgungs- fall mit Mehrkos- ten in €
	796.449.534,83	246,23	3.234.579	297.201	5.686.781,59	9,19	19,13
Rang	3	27	2	7	9	11	30

Orthesen sind funktionssichernde, körperumschließende oder körperanliegende Hilfsmittel, die stabilisieren, immobilisieren, mobilisieren, entlasten, korrigieren, retinieren, fixieren und ausgefallene Körperfunktionen ersetzen. Konfektionierte, industriell vorgefertigte Orthesen werden vom Hersteller an den Leistungserbringer geliefert und von diesem ggf. individuell angepasst. Individuell hergestellte Orthesen werden demgegenüber vom Leistungserbringer nach den Maßen der Versicherten oder des Versicherten gefertigt.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 3,2 Mio. Versicherte mit Orthesen/Schienen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 2 (2018: Rang 4) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 796,4 Mio. € Rang 3 (2018: Rang 2).

Für 9 % (2018: 8 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 19 € (2018: 20 €).

Die Produktgruppe 23 „Orthesen/Schienen“ wird derzeit fortgeschrieben.

3.12 Produktgruppe 10 Gehhilfen

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungs- ausgaben in €	GKV-Leistungs- ausgaben je Ver- sorgung in €	Anzahl der Ver- sorgungsfälle	Anzahl der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittli- che Mehrkosten je Versorgungs- fall mit Mehrkos- ten in €
	93.231.762,39	59,14	1.576.350	140.564	19.195.340,80	8,92	136,56
Rang	19	38	8	8	6	12	9

Die Produktgruppe beinhaltet Hilfsmittel, die Versicherte mit eingeschränkter Gehfähigkeit durch ihre entlastende Wirkung auf die unteren Extremitäten bei der Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung ihrer Mobilität unterstützen. Zu diesen Hilfsmitteln gehören Gehstöcke, Gehstützen, Gehgestelle, Deltagehräder und Rollatoren.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 1,6 Mio. Versicherte mit Gehhilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 8 (2018: Rang 8) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit ca. 93,2 Mio. € Rang 19 (2018: Rang 17).

Für 9 % (2018: 7 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 137 € (2018: 130 €).

3.13 Produktgruppe 20 Lagerungshilfen

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungs- ausgaben in €	GKV-Leistungs- ausgaben je Ver- sorgung in €	Anzahl der Ver- sorgungsfälle	Anzahl der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittli- che Mehrkosten je Versorgungs- fall mit Mehrkos- ten in €
	7.006.042,64	139,20	50.332	3.489	51.563,83	6,93	14,78
Rang	33	32	27	21	25	13	35

Lagerungshilfen sind Hilfsmittel, mit denen bestimmte Körperabschnitte in therapeutisch sinnvolle Stellungen gebracht und dort gehalten werden, um Schmerzen zu lindern sowie Gelenkschäden, Kontrakturen und Spasmen zu verhindern bzw. zu behandeln.

Lagerungshilfen werden als konfektionierte Hilfsmittel in einer Vielzahl an Größen, Formen und individuellen Anpassungsmöglichkeiten hergestellt. Wenn eine Versorgung mit konfektionierten Lagerungshilfen nicht möglich ist, können solche Hilfsmittel auch in Sonderanfertigung nach Formabdruck für die verschiedenen Körperbereiche/-teile individuell hergestellt und angepasst werden. Dies können z. B. Lagerungsschalen für einzelne oder mehrere Extremitäten, Rumpf- oder Ganzkörperschalen sein.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 50.000 Versicherte mit Lagerungshilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 27 (2018: Rang 28) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 7,0 Mio. € Rang 33 (2018: Rang 31).

Für rund 7 % (2018: 6 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt annähernd 15 € (2018: 15 %).

3.14 Produktgruppe 02 Adaptionshilfen

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungs- ausgaben in €	GKV-Leistungs- ausgaben je Ver- sorgung in €	Anzahl der Ver- sorgungsfälle	Anzahl der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittli- che Mehrkosten je Versorgungs- fall mit Mehrkos- ten in €
	19.377.377,70	63,90	303.260	18.674	351.135,58	6,16	18,80
Rang	29	37	18	11	18	14	32

Die Produktgruppe beinhaltet Adaptionshilfen wie Anziehhilfen, Ess- und Trinkhilfen, Greifhilfen, Schreibhilfen, Lesehilfen sowie behindertengerechte Bedienelemente und Umfeldkontrollgeräte für elektrische Geräte.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 303.000 Versicherte mit Adaptionshilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 18 (2018: Rang 20) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 19,4 Mio. € Rang 29 (2018: Rang 28).

Für ca. 6 % (2018: 6 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt rund 19 € (2018: 21 €).

3.15 Produktgruppe 99 Verschiedenes

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leistungs- ausgaben in €	GKV-Leistungs- ausgaben je Ver- sorgung in €	Anzahl der Versor- gungsfälle	Anzahl der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten in €
	49.955.483,59	275,63	181.239	10.080	1.270.461,55	5,56	126,04
Rang	25	24	23	15	12	15	11

Die Produktgruppe 99 „Verschiedenes“ enthält Hilfsmittel, die aufgrund ihrer Besonderheiten keiner anderen Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnis zuzuordnen sind. Hierzu gehören Kopfschutzsysteme, Läuse- und Nissenkämmen, Kiefermuskeltrainer, Erektionsringe, Vakuum-Erektionssysteme, Vaginaltrainer und Schutzringe für Brustwarzen.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 181.000 Versicherte mit Produkten dieser Produktgruppe versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 23 (2018: Rang 20) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 50,0 Mio. € Rang 25 (2018: Rang 28).

Für 6 % (2018: 1 %) der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt rund 126 € (2018: 108 €).

Die Zahlen für das Jahr 2019 weisen in dieser Produktgruppe deutliche Veränderungen gegenüber denjenigen für das zweite Halbjahr 2018 auf. Im Rahmen der Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnis bis Ende des Jahres 2018 hat diese Produktgruppe größere strukturelle Änderungen erfahren. Diverse Produktarten wurden in andere Produktgruppen (Produktgruppen 07 „Blindenhilfsmittel“, 09 „Elektrostimulationsgeräte“ und 14 „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“) überführt. Zurzeit liegen zu dieser Produktgruppe keine aussagekräftigen, interpretierbaren Daten vor. Auf die Mehrkostenentwicklung dieser Produktgruppe ist daher künftig ein besonderes Augenmerk zu richten.

4. Ergebniszusammenfassung

Den im Mehrkostenbericht erfassten Gesamtausgaben der Krankenkassen im Untersuchungszeitraum 2019 von ca. 8,6 Mrd. € stehen durch die Versicherten getragene Mehrkosten von rund 692,1 Mio. gegenüber, wovon allein 445,0 Mio. € auf Hörgeräte entfielen.

Insgesamt wurden bei rund 20 % der Hilfsmittelversorgungen Mehrkosten für die Versicherten dokumentiert. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass in 80 % der Versorgungsfälle keine Mehrkosten gezahlt werden. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten betrug 118 €. Eine Berechnung der durchschnittlichen Mehrkostenhöhe ohne Berücksichtigung der Mehrkosten für Hörgeräteversorgungen (durchschnittliche Mehrkosten bei einer in der Regel beidohrigen Versorgung: 1.082 €) ergibt einen Durchschnittswert von 45 €.

Die Kennzahlen für den prozentualen Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten und die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten weisen geringe Unterschiede zu den Werten des 1. Mehrkostenberichts auf, bestätigen aber die Grundtendenz und -aussage des vorangegangenen Berichts.

Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %		Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten in €	
2. Halbjahr 2018	2019	2. Halbjahr 2018	2019
17,77	20,04	Ø 118,43	Ø 117,75

Abbildung 6: Kennzahlen des 1. und 2. Mehrkostenberichts im Vergleich

Die Rangfolge der Produktgruppen mit den höchsten Anteilen an Versorgungsfällen mit Mehrkosten hat sich im Wesentlichen nicht verändert. Nach wie vor sind die Produktgruppen 08 „Einlagen“ und 13 „Hörhilfen“ die Produktgruppen mit dem höchsten prozentualen Anteil an Versorgungsfällen mit Mehrkosten.

Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %

2019			2. Halbjahr 2018		
1	52,91	08 Einlagen	1	49,10	08 Einlagen
2	52,36	13 Hörhilfen	2	47,55	13 Hörhilfen
3	42,73	37 Brustprothesen	3	33,01	37 Brustprothesen
4	35,21	25 Sehhilfen	4	29,82	17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
5	34,01	24 Beinprothesen	5	28,50	24 Beinprothesen
6	30,96	17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	6	23,01	25 Sehhilfen
7	26,18	34 Haarerersatz	7	23,01	34 Haarerersatz
8	20,53	05 Bandagen	8	18,55	05 Bandagen
9	17,51	15 Inkontinenzhilfen	9	15,55	15 Inkontinenzhilfen
10	9,69	16 Kommunikationshilfen	10	9,22	16 Kommunikationshilfen
11	9,19	23 Orthesen/Schienen	11	8,06	23 Orthesen/Schienen

12	8,92	10 Gehhilfen	12	7,91	10 Gehhilfen
13	6,93	20 Lagerungshilfen	13	6,12	20 Lagerungshilfen
14	6,16	02 Adaptionshilfen	14	6,07	02 Adaptionshilfen
15	5,56	99 Verschiedenes	15	2,27	01 Absauggeräte
16	2,63	21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	16	1,92	21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen
17	2,61	01 Absauggeräte	17	1,82	31 Schuhe
18	1,94	31 Schuhe	18	1,18	04 Bade- und Duschhilfen
19	1,48	04 Bade- und Duschhilfen	19	0,81	33 Toilettenhilfen
20	0,83	33 Toilettenhilfen	20	0,76	29 Stomaartikel
21	0,80	26 Sitzhilfen	21	0,63	06 Bestrahlungsgeräte
22	0,77	29 Stomaartikel	22	0,63	99 Verschiedenes
23	0,63	38 Armprothesen	23	0,59	36 Augenprothesen
24	0,63	14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte	24	0,57	26 Sitzhilfen
25	0,54	27 - nicht besetzt -	25	0,56	19 Krankenpflegeartikel
26	0,53	03 Applikationshilfen	26	0,49	22 Mobilitätshilfen
27	0,52	19 Krankenpflegeartikel	27	0,48	07 Blindenhilfsmittel
28	0,52	07 Blindenhilfsmittel	28	0,44	14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte
29	0,51	18 Kranken-/Behindertenfahrzeuge	29	0,43	18 Kranken-/Behindertenfahrzeuge
30	0,50	22 Mobilitätshilfen	30	0,42	03 Applikationshilfen
31	0,47	06 Bestrahlungsgeräte	31	0,39	11 Hilfsmittel gegen Dekubitus
32	0,38	11 Hilfsmittel gegen Dekubitus	32	0,35	27 - nicht besetzt -
33	0,29	35 Epithesen	33	0,12	28 Stehhilfen
34	0,14	28 Stehhilfen	34	0,04	09 Elektrostimulationsgeräte
35	0,08	12 Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie	35	0,04	12 Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie
36	0,06	36 Augenprothesen	36	0,03	32 Therapeutische Bewegungsgeräte
37	0,05	09 Elektrostimulationsgeräte	37	0	35 Epithesen
38	0,03	32 Therapeutische Bewegungsgeräte			

Abbildung 7: Prozentualer Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten für die Berichtszeiträume 2019 (2. Mehrkostenbericht) und 2. Halbjahr 2018 (1. Mehrkostenbericht)

Bei der Höhe der durchschnittlichen Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten ergibt sich für den Berichtszeitraum 2019 folgende Produktgruppenrangfolge:

Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten in €

1	1.081,91	13 Hörhilfen
2	495,87	18 Kranken-/Behindertenfahrzeuge
3	416,93	28 Stehhilfen
4	357,76	36 Augenprothesen
5	228,77	34 Haarsersatz
6	200,00	38 Armprothesen
7	148,83	07 Blindenhilfsmittel
8	146,99	12 Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie
9	136,56	10 Gehhilfen

10	136,44	31 Therapeutische Bewegungsgeräte
11	126,04	99 Verschiedenes
12	124,23	19 Krankenpflegeartikel
13	118,16	25 Sehhilfen
14	107,67	15 Inkontinenzhilfen
15	104,64	22 Mobilitätshilfen
16	86,44	24 Beinprothesen
17	75,81	11 Hilfsmittel gegen Dekubitus
18	69,11	06 Bestrahlungsgeräte
19	62,52	09 Elektrostimulationsgeräte
20	55,86	26 Sitzhilfen
21	45,43	29 Stomaartikel
22	44,81	04 Bade- und Duschhilfen
23	39,03	33 Toilettenhilfen
24	36,73	37 Brustprothesen
25	32,62	14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte
26	30,88	31 Schuhe
27	29,60	08 Einlagen
28	25,20	17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
29	22,07	16 Kommunikationshilfen
30	19,13	23 Orthesen/Schienen
31	19,02	05 Bandagen
32	18,80	02 Adaptionshilfen
33	16,83	27 - nicht besetzt -
34	16,39	03 Applikationshilfen
35	14,78	20 Lagerungshilfen
36	14,60	01 Absauggeräte
37	13,80	21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen
38	13,31	35 Epithesen

Abbildung 8: Durchschnittliche Mehrkostenhöhe je Produktgruppe

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu berücksichtigen, dass im Berichtszeitraum sowohl die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Hilfsmittel als auch die gemäß § 302 Absatz 1 SGB V erfassten Mehrkosten insgesamt gestiegen sind (vgl. Anhang 6.1 Mehrkosten im Überblick). Die jetzt erstmals erfolgte Summierung der Mehrkosten je Versorgungsfall auf ein komplettes Versorgungsjahr führte insbesondere bei Verbrauchshilfsmitteln wie z. B. Inkontinenzprodukten zu höheren Werten gegenüber der Halbjahresbetrachtung im 1. Mehrkostenbericht. Es ist davon auszugehen, dass sich zukünftig aufgrund der Angabe der Mehrkostendaten über ein Pflichtfeld und gleiche Auswertungszeiträume eine verbesserte Datenlage und Vergleichbarkeit der Daten ergibt.

Erkenntnisse zu den Gründen für Mehrkostenvereinbarungen sind aufgrund der hierfür fehlenden systematischen Datengrundlage nach wie vor nur schwer zu gewinnen. Verfügbar sind punktuelle Studien¹⁰ zu einzelnen Versorgungsbereichen und von einzelnen Krankenkassen.

Der im vergangenen Jahr veröffentlichten Studie des GKV-Spitzenverbandes zu einer Versichertenbefragung zur Hörhilfenversorgung und den für diesen Mehrkostenbericht ausgewerteten Informationen von Krankenkassen über von ihnen zu den Produktgruppen 08 „Einlagen“ und 15 „Inkontinenzhilfen“ durchgeführten Versichertenbefragungen lässt sich entnehmen, dass grundsätzlich auch in Produktbereichen mit einem hohen Anteil an Mehrkostenvereinbarungen eine hohe Zufriedenheit mit den Versorgungsmöglichkeiten feststellbar ist. Die Versichertenbefragungen zu den Produktgruppen 08 „Einlagen“ und 15 „Inkontinenzhilfen“ zeigen aber auch, dass vielfach eine erhebliche Unsicherheit bzw. Unkenntnis bei den Versicherten über den Unterschied zwischen der gesetzlichen Zuzahlung für Hilfsmittel und den in der Versorgungspraxis meist als „Aufzahlungen“ bezeichneten Mehrkosten vorherrscht und es insoweit nicht selten nach wie vor an einer ausreichenden Information und Beratung über mehrkostenfreie Versorgungsmöglichkeiten durch die Leistungserbringer fehlt.

¹⁰ Vgl. Kapitel 5.4 Übersicht der im Bericht herangezogenen Versichertenbefragungen.

4. Ausblick

Die in diesem Bericht dargestellten Zahlen zeigen wie bereits der 1. Mehrkostenbericht, dass ein großer Teil der Versorgungen mehrkostenfrei erfolgt, in einzelnen Versorgungsbereichen aber ein hoher Anteil von Versorgungen mit Mehrkosten zu konstatieren ist.

Der Gesetzgeber sieht die Möglichkeit von Mehrkostenvereinbarungen im Rahmen der Hilfsmittelversorgung ausdrücklich vor. Wenn Versicherte aufgrund einer informierten und abgewogenen Entscheidung eine Mehrkostenvereinbarung mit Leistungserbringern schließen, kann von einer rechtskonformen Anwendung der gesetzlichen Regelungen ausgegangen werden. Werden Versicherten jedoch nicht hinreichend über die Möglichkeit einer mehrkostenfreien Versorgung informiert und erfolgt die Beratung durch Leistungserbringer einseitig zur Generierung von Mehrkosten, können ungerechtfertigte Mehrkosten entstehen.¹¹

Gesicherte Erkenntnisse zu der Frage, ob es sich bei den für die einzelnen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses erhobenen Mehrkosten um gerechtfertigte oder ungerechtfertigte Mehrkosten handelt, sind auf Basis der geltenden gesetzlichen Regelungen nicht zu gewinnen, da die Gründe für Mehrkostenvereinbarungen nicht anzugeben und zu dokumentieren sind. Qualitative Aussagen zu Mehrkostenvereinbarungen sind nur auf Basis verbesserter Rechtsgrundlagen möglich.

Versichertenbefragungen der Krankenkassen deuten darauf hin, dass viele Versicherte die Entscheidung zur Inanspruchnahme von Leistungen gegen Mehrkosten bewusst treffen, es aber nicht selten bei ihnen auch Unkenntnis und Unsicherheiten bezüglich des Anspruches auf eine mehrkostenfreie Versorgung gibt und an einer hinreichenden Beratung und Aufklärung hierüber durch die Leistungserbringer fehlt.

Von Seiten des Gesetzgebers, des GKV-Spitzenverbandes und der Krankenkassen wurden inzwischen zahlreiche Maßnahmen getroffen, um die Beratung und Information der Versicherten zu verbessern, z. B. die Aufnahme von Regelungen hierzu in § 127 SGB V durch das HHVG, die Festlegung von Anforderungen an die Beratung der Versicherten zu mehrkostenfreien Versorgungsmöglichkeiten und zu den Mehrkosten in den Dienstleistungsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses im Rahmen der Gesamtfortschreibung dieses Verzeichnisses durch

¹¹ In der Gesetzesbegründung zum HHVG wird deutlich gemacht, dass die gesetzgeberischen Maßnahmen u. a. dazu dienen sollen, den Anspruch der Versicherten „auf die im Einzelfall erforderliche Versorgung zu stärken und um sie vor ungerechtfertigten Mehrkosten zu schützen.“ (BT-Drucksache 18/10186, S. 2) Vgl. auch: „In der Vergangenheit wurde im Rahmen der Diskussionen über die Versorgung und Qualität im Hilfsmittelbereich immer wieder der Vorwurf geäußert, Versicherte würden zu mehrkostenpflichtigen Versorgungen gedrängt, ohne hinreichend über die ihnen im Einzelnen zustehenden Ansprüche und die ihnen in ihrer konkreten Versorgungssituation zur Verfügung stehenden, mehrkostenfreien Produkte informiert und bei der Auswahl des Hilfsmittels bedarfsgerecht beraten worden zu sein. Nach Satz 1 [§ 127 Absatz 5 SGB V] hat der Leistungserbringer die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und welche zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden Leistungen in der konkreten Situation der versicherten Person, insbesondere unter Beachtung ihrer individuellen Indikation, geeignet und medizinisch notwendig sind. Dabei hat er vor allem über das Angebotsspektrum der Produkte zu informieren, die die versicherte Person als Sachleistung ohne Mehrkosten beanspruchen kann.“ (BT-Drucksache 18/10186, S. 33 f.).

den GKV-Spitzenverband, die Abgabe von Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung nach § 127 Absatz 8 SGB V und die Überwachung der Einhaltung der den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten durch die Krankenkassen.

Diese Maßnahmen können dazu beitragen, eine verbesserte Information und Aufklärung der Versicherten zu ermöglichen. Durch die gesetzliche Möglichkeit von Mehrkostenvereinbarungen wird aber neben dem von den Krankenkassen im Rahmen des Sachleistungsprinzips verantworteten Leistungsgeschehen ein zusätzlicher, auf privaten Zusatzvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Versicherten beruhender Leistungsbereich eröffnet.

5. Anhang

5.1 Mehrkosten im Überblick

Versorgungszeitraum 01.01.2019 bis 31.12.2019

Produktgruppe	GKV Leistungsausgaben in €	GKV-Leistungsausgaben je Versorgung in €	Anzahl der Versorgungsfälle	Anzahl der Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten in €
01 Absauggeräte	63.229.442,13	251,61	251.300	6.556	95.747,09	2,61	14,60
02 Adaptionshilfen	19.377.377,70	63,90	303.260	18.674	351.135,58	6,16	18,80
03 Applikationshilfen	579.145.900,33	346,07	1.673.513	8.916	146.167,25	0,53	16,39
04 Bade- und Duschhilfen	94.271.903,73	147,00	641.306	9.483	424.931,88	1,48	44,81
05 Bandagen	146.268.975,33	73,16	1.999.245	410.316	7.804.822,81	20,53	19,02
06 Bestrahlungsgeräte	858.402,40	286,80	2.993	14	967,53	0,47	69,11
07 Blindenhilfsmittel	22.737.494,51	1.613,85	14.089	73	10.865,13	0,52	148,84
08 Einlagen	466.637.507,80	95,90	4.866.050	2.568.613	76.036.137,85	52,91	29,60
09 Elektrostimulationsgeräte	53.861.875,85	139,77	385.361	207	12.940,81	0,05	62,52
10 Gehhilfen	93.231.762,39	59,14	1.576.350	140.564	19.195.340,80	8,92	136,56
11 Hilfsmittel gegen Dekubitus	96.101.320,98	299,71	320.651	1.232	93.403,18	0,38	75,81
12 Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie	123.661.647,76	3.175,04	38.948	30	4.409,75	0,08	146,99
13 Hörhilfen	993.278.477,07	1.265,80	784.707	411.314	445.005.980,16	52,36	1.081,91
14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte	866.352.696,63	490,32	1.766.913	11.056	360.647,88	0,63	32,62
15 Inkontinenzhilfen	706.905.500,96	272,85	2.590.843	453.470	48.826.989,48	17,51	107,67
16 Kommunikationshilfen	44.305.098,38	2.019,84	21.935	2.126	46.923,30	9,69	22,07
17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	575.643.103,64	190,80	3.016.974	934.922	23.558.077,09	30,96	25,20
18 Kranken-/Behindertenfahrzeuge	703.835.713,90	748,06	940.887	4.785	2.372.744,58	0,51	495,87
19 Krankenpflegeartikel	65.175.632,74	348,98	186.761	976	121.250,86	0,52	124,23
20 Lagerungshilfen	7.006.042,64	139,20	50.332	3.489	51.563,83	6,93	14,78
21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	552.005.380,76	414,29	1.332.410	35.060	483.993,58	2,63	13,80
22 Mobilitätshilfen	57.518.515,25	682,13	84.322	420	43.950,54	0,50	104,64
23 Orthesen/Schienen	796.449.534,83	246,23	3.234.579	297.201	5.686.781,59	9,19	19,13
24 Beinprothesen	332.851.164,54	1.267,23	262.660	89.247	7.714.801,83	34,01	86,44
25 Sehhilfen	98.337.590,36	82,28	1.195.169	420.931	49.735.784,05	35,21	118,16
26 Sitzhilfen	95.042.945,75	1.562,49	60.828	486	27.146,60	0,80	55,86
27 - nicht besetzt - ¹²	942.645,21	1.015,78	928	5	84,17	0,54	16,83
28 Stehhilfen	16.845.872,03	1.990,30	8.464	12	5.003,14	0,14	416,93
29 Stomaartikel	356.963.543,57	1.786,05	199.862	1.545	70.193,61	0,77	45,43

¹² Im Rahmen der Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses wurden die Produktgruppen 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma“ und 27 „Sprechhilfen“ in einer Produktgruppe zusammengeführt, die die Bezeichnung Produktgruppe 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie“ erhielt. Im Berichtszeitraum wurden Hilfsmittelversorgungen über die Produktgruppe 27 „Sprechhilfen“ abgerechnet, die nun jedoch als - nicht besetzt - gekennzeichnet ist.

Produktgruppe	GKV Leistungsausgaben in €	GKV-Leistungsausgaben je Versorgung in €	Anzahl der Versorgungsfälle	Anzahl der Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten in €
31 Schuhe	368.739.355,82	459,99	801.625	15.557	480.454,28	1,94	30,88
32 Therapeutische Bewegungsgeräte	68.627.787,65	489,06	140.327	45	6.139,67	0,03	136,44
33 Toilettenhilfen	34.309.222,92	100,08	342.832	2.829	110.417,80	0,83	39,03
34 Haarsersatz	10.693.527,08	417,23	25.630	6.709	1.534.819,71	26,18	228,77
35 Epithesen	6.761.085,06	1.978,08	3.418	10	133,09	0,29	13,31
36 Augenprothesen	14.106.382,86	599,99	23.511	14	5.008,60	0,06	357,76
37 Brustprothesen	4.034.746,83	163,95	24.610	10.523	386.551,28	42,74	36,73
38 Beinprothesen	1.247.882,46	7.848,32	159	1	200,00	0,63	200,00
99 Verschiedenes	49.955.483,59	275,63	181.239	10.080	1.270.461,55	5,56	126,04
	8.587.318.543,44	879,13	29.354.991	5.877.491	692.082.971,93	20,04	117,75

5.2 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses

01 Absauggeräte	21 Messgeräte für Körperzustände/ -funktionen
02 Adaptionshilfen	22 Mobilitätshilfen
03 Applikationshilfen	23 Orthesen/Schienen
04 Bade- und Duschhilfen	24 Beinprothesen
05 Bandagen	25 Sehhilfen
06 Bestrahlungsgeräte	26 Sitzhilfen
07 Blindenhilfsmittel	27 - nicht besetzt -
08 Einlagen	28 Stehhilfen
09 Elektrostimulationsgeräte	29 Stomaartikel
10 Gehhilfen	30 - nicht besetzt -
11 Hilfsmittel gegen Dekubitus	31 Schuhe
12 Hilfsmittel bei Tracheostoma/Laryngektomie	32 Therapeutische Bewegungsgeräte
13 Hörhilfen	33 Toilettenhilfen
14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte	34 Haarsersatz
15 Inkontinenzhilfen	35 Epithesen
16 Kommunikationshilfen	36 Augenprothesen
17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	37 Brustprothesen
18 Kranken- / Behindertenfahrzeuge	38 Armprothesen
19 Krankenpflegeartikel	99 Verschiedenes
20 Lagerungshilfen	

5.3 Datengrundlage

Die Berichtsgrundlage bilden die Abrechnungsdaten folgender Krankenkassen.

- actimonda krankenkasse
- AOK Baden-Württemberg
- AOK Bayern
- AOK Bremen/Bremerhaven
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK Nordost
- AOK Nordwest
- AOK PLUS
- AOK Rheinland/Hamburg
- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
- AOK Sachsen-Anhalt
- atlas bkk ahlmann
- Audi BKK
- BAHN-BKK
- BARMER
- Bertelsmann BKK
- BIG direkt gesund
- BKK Achenbach Buschhütten
- BKK Akzo Nobel Bayern
- BKK Diakonie
- BKK DürkoppAdler
- BKK EUREGIO
- BKK EWE
- BKK exklusiv
- BKK Faber-Castell & Partner
- BKK firmus
- BKK Freudenberg
- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- BKK Groz-Beckert
- BKK Henschel Plus
- BKK Herkules
- BKK HMR
- BKK Karl Mayer
- BKK Linde
- BKK MAHLE
- BKK Melitta Plus
- BKK Miele
- BKK Mobil Oil
- BKK MTU

- BKK PFAFF
- BKK Pfalz
- BKK PwC
- BKK RWE
- BKK Stadt Augsburg
- BKK VDN
- BKK VerbundPlus
- BKK Werra-Meissner
- BKK Würth
- BKK24
- BMW BKK
- Brandenburgische BKK
- Daimler BKK
- DAK Gesundheit
- Debeka BKK
- Die Schwenninger Krankenkasse
- energie BKK
- EY BKK
- Heimat Krankenkasse
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk Krankenkasse
- IKK Brandenburg und Berlin
- IKK classic
- IKK gesund plus
- IKK Nord
- IKK Südwest
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- KNAPPSCHAFT
- Koenig & Bauer BKK
- KRONES BKK
- Merck BKK
- mhplus Betriebskrankenkasse
- Novitas BKK
- Pronova BKK
- R+V-BKK
- Salus BKK
- SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
- SECURVITA Krankenkasse
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
- Südzucker BKK
- TBK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- VIACTIV Krankenkasse

5.4 Übersicht der im Bericht herangezogenen Versichertenbefragungen

Versichertenbefragungen zur Produktgruppe 08 „Einlagen“

Nr. 1: Versichertenbefragung einer großen regionalen Krankenkasse
Zeitraum: 2019
<p>Konzeption und Methodik: Im Wege der Kundenzufriedenheitsabfrage wurden insgesamt 1.500 Versicherten angeschrieben. Die Antwortquote belief sich auf ca. 45 %. Gründe, warum sich die Versicherten für ein Produkt mit Mehrkosten entschieden hatten, wurden in dieser Befragung nicht ermittelt.</p>
<p>Ergebnisse:</p> <p>Mehrkosten. – In fast 60 % der erfassten Fälle wurden Mehrkosten gezahlt. Die Unterscheidung zwischen gesetzlicher Zuzahlung und Mehrkosten war den Versicherten nicht immer klar.</p> <p>Beratungsqualität. – 50 % der Versicherten gaben an, ihnen seien keine mehrkostenfreien Produkte angeboten worden.</p> <p>Versichertenzufriedenheit. – Insgesamt wurde eine überwiegend hohe Zufriedenheit mit der Versorgung konstatiert. Sofern die Versicherten mit der Versorgung unzufrieden waren, bezog sich dies darauf, dass keine Beratung erfolgte bzw. diese zu kurz war.</p>
Nr. 2: Versichertenbefragung einer großen regionalen Krankenkasse
Zeitraum: 2018
<p>Konzeption und Methodik: Zur Qualitätssicherung wurde eine Versichertenbefragung durchgeführt, die sich auf die Versorgung mit Bettungseinlagen und stützenden Einlagen fokussierte. An der Befragung beteiligten sich ca. 2.000 Versicherte.</p>
<p>Ergebnisse:</p> <p>Mehrkosten. – Ca. 45 % der Befragungsteilnehmer gaben an, Mehrkosten geleistet zu haben. Die Unterscheidung zwischen gesetzlicher Zuzahlung und Mehrkosten war den Versicherten nicht immer klar. Gründe für die Zahlung von Mehrkosten wurden von 20 % der Befragungsteilnehmer genannt. Von diesen wählten ca. 13 % die Antwortoption „Materialien mit höherer Qualität bzw. besserem Komfort“ als Grund für ihre Mehrkostenvereinbarungen aus. Etwa 7 % führten systembedingte Gründe an, d. h. beispielsweise Aussagen von Leistungserbringern über die Üblichkeit entsprechender „Aufzahlungen“ oder eine fehlende Kenntnis/Information über die Differenz zwischen gesetzlicher Zuzahlung und Mehrkosten.</p> <p>Beratungsqualität. – Hierzu liegen dem GKV-Spitzenverband keine diesbezüglichen Befragungsergebnisse vor.</p>

Versichertenzufriedenheit. Hierzu liegen dem GKV-Spitzenverband keine diesbezüglichen Befragungsergebnisse vor.

Versichertenbefragungen zur Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“

Nr. 3: Versichertenbefragung einer großen regionalen Krankenkasse

Zeitraum: keine Angabe

Konzeption und Methodik:

Die Befragung zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen wies eine Rücklaufquote von 50 % auf.

Ergebnisse:

Mehrkosten. – 33 % der Versicherten gaben an, sich für eine Versorgung mit Mehrkosten entschieden zu haben. Mehrkostenvereinbarungen erfolgten insbesondere bei Versorgung mit den sogenannten Pants.

Beratungsqualität. – Die Beratung ergab eine hohe Zufriedenheit in der Beratung. Für mehr als die Hälfte der Befragten war eine einmalige Beratung ausreichend.

Versichertenzufriedenheit. – Die Beratung ergab eine hohe Zufriedenheit in der Beratung und der Versorgung.

Nr. 3: Versichertenbefragung einer großen regionalen Krankenkasse

Zeitraum: 2013

Konzeption und Methodik:

1.800 Versicherte wurden im Rahmen des Vertragscontrollings zu ihrer Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen befragt. Rund 1.000 Versicherte beteiligten sich an der Befragung.

Ergebnisse:

Mehrkosten. – Ca. 38 % der Befragungsteilnehmer gaben an, Mehrkosten geleistet zu haben. Im Durchschnitt zahlten Versicherte, die sich für Mehrkostenvereinbarungen entschieden, Mehrkosten in Höhe von rund 38 €. Als Grund für die Zahlung von Mehrkosten gaben die Befragungsteilnehmer u. a. an, dass ihr „Wunschprodukt“ nicht mehrkostenfrei zu erhalten war. Die Unterscheidung zwischen gesetzlicher Zuzahlung und Mehrkostenzahlungen war den Versicherten nicht immer klar.

Beratungsqualität. – 80 % der Versicherten waren mit der Qualität der Beratung zufrieden.

Versichertenzufriedenheit. – Insgesamt waren die Versicherten mit Beratung, Produktauswahl, Lieferung und der Höhe der geleisteten Mehrkosten durchweg zufrieden. 92 % der Befragungsteilnehmer gaben an, dass sie „äußerst zufrieden“, „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ mit der Versorgung waren.

Nr. 4: Versichertenbefragung einer großen regionalen Krankenkasse
Zeitraum: 2018
Konzeption und Methodik: Im Rahmen einer Versichertenbefragung zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen wurden 2.000 Versicherten angeschrieben, von denen sich rund 960 Versicherte an der Befragung beteiligten.
Ergebnisse: Mehrkosten. – 58 % Prozent der Befragungsteilnehmer gaben an, Mehrkosten geleistet zu haben. Beratungsqualität. – 76 % der Versicherten gaben an, zu Beginn ihrer Versorgung über Mehrkosten informiert worden zu sein. Von den Versicherten, die Mehrkostenzahlungen leisteten, haben sich 51 % bewusst, 41 % jedoch nicht bewusst für eine Versorgung mit Mehrkosten entschieden. Versichertenzufriedenheit. – Hierzu liegen keine diesbezüglichen Befragungsergebnisse vor.

Nr. 5 Versichertenbefragung einer großen regionalen Krankenkasse
Zeitraum: 2013/2014
Konzeption und Methodik: Versichertenbefragung mit 50 % Rücklaufquote
Ergebnisse: Mehrkosten. – 33 % der Versicherten haben Mehrkosten gezahlt, insbesondere für sog. Pants. Beratungsqualität. – Die Befragung ergab eine hohe Zufriedenheit mit der Versorgung. Kundenzufriedenheit. – Die Befragung ergab eine hohe Zufriedenheit mit der Beratung.

Nr. 6: Versichertenbefragung einer großen regionalen Krankenkasse
Zeitraum: 2018
Konzeption und Methodik: Die Befragung zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen umfasst eine schriftliche Befragung von rund 1.500 Versicherten im ambulanten Bereich (Rücklaufquote: ca. 42 %) sowie die persönliche Befragung von rund 100 Versicherten im stationären Bereich. Die Versicherten wurden zu den von ihnen verwendeten Produkten, zur Versorgungs- und Beratungsqualität sowie zu Mehrkosten befragt. Im Folgenden werden nur die Ergebnisse der Befragung der ambulant versorgten Versicherten berücksichtigt.
Ergebnisse:

Mehrkosten. – 28 % Prozent der Versicherten gaben an, Mehrkosten geleistet zu haben. Im Durchschnitt zahlten Versicherte, die sich für Mehrkostenvereinbarungen entschieden, Mehrkosten in Höhe von rund 28 €. Als Grund für die Zahlung von Mehrkosten wählten die Versicherten die Antwortoptionen „Menge“ (40 %), „Komfort“ (30 %), „mehrkostenpflichtige Produkte besser/passender“ (14 %), „keine Information über mehrkostenfreie Produkte“ (11 %), „Menge der mehrkostenfreien Produkte nicht ausreichend“ (6 %) und „Sonstiges“ (4 %).

Beratungsqualität. – 43 % der Befragungsteilnehmer gaben an, über die Möglichkeit einer Versorgung ohne Mehrkosten informiert worden zu sein; 33 % teilten mit, dass ihnen mindestens zwei mehrkostenfreie Produkte angeboten wurden.

Versichertenzufriedenheit. – Die Befragung ergab eine hohe Zufriedenheit mit der Beratung, sofern diese stattfand. Mit den Produkten und der Versorgung sind die Befragungsteilnehmer insgesamt zufrieden.