

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

gemäß § 302 Absatz 5 SGB V

Berichtszeitraum: 01.01.2020 – 31.12.2020

GKV–Spitzenverband¹
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–3142
hilfsmittel@gkv-spitzenverband.de

¹ Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a SGB V. Gemäß § 53 SGB XI nimmt er ebenfalls die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr.



Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	3
<i>1. Vorbemerkungen</i>	5
1.1 Allgemeines	5
1.2 Ausgabenentwicklung	6
1.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen der Hilfsmittelversorgung	7
<i>2. Datengrundlage</i>	8
2.1 Herkunft der verwendeten Daten	8
2.2 Datenaufbereitung/Datenvalidität.....	8
2.3 Aussagekraft der Daten	10
<i>3. Erkenntnisse aus der Datenauswertung</i>	12
<i>4. Produktgruppenspezifische Ergebnisdarstellung</i>	14
4.1 Darstellung aller Produktgruppen	14
4.2 Produktgruppenspezifische Besonderheiten	18
4.2.1 Produktgruppe 08 Einlagen	18
4.2.2 Produktgruppe 13 Hörhilfen	19
4.2.3 Produktgruppe 37 Brustprothesen	20
4.2.4 Produktgruppe 25 Sehhilfen	21
4.2.5 Produktgruppe 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	22
4.2.6 Produktgruppe 24 Beinprothesen	23
4.2.7 Produktgruppe 34 Haarersatz	24
4.2.8 Produktgruppe 05 Bandagen	25
4.2.9 Produktgruppe 15 Inkontinenzhilfen	25
4.2.10 Produktgruppe 23 Orthesen/Schienen	26
<i>5. Fazit</i>	28
<i>Anhang 1: Mehrkosten im Überblick</i>	30
<i>Anhang 2: Produktgruppenübersicht</i>	34
<i>Anhang 3: Auflistung Krankenkassen</i>	35

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung eröffnet vielen Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen oder Behinderungen ein weitgehend selbstständiges und unabhängiges Leben. Grundlegende Alltagsverrichtungen können häufig erst mit geeigneten Hilfsmitteln bewältigt werden, weshalb diesem Gesundheitsbereich sozialpolitisch eine hohe Bedeutung beigemessen werden muss. Daher ist es folgerichtig, dass die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung einen kostenfreien Zugang zu modernen Hilfsmitteln haben. Im Hilfsmittelverzeichnis sind mehr als 36.000 Produkte gelistet, die einem geregelten Prüfverfahren unterzogen wurden und denen damit eine hohe Qualität bescheinigt werden kann.

Auch die Corona-Pandemie hat uns wieder einmal mehr die Wichtigkeit der Inanspruchnahme von Hilfsmittelleistungen vor Augen geführt. Zum einen wurden die Hilfsmittelanbieter als systemrelevant eingestuft, zum anderen zeigt sich anhand der Ausgabenentwicklung, dass die meisten Hilfsmittelversorgungen auch unter den besonderen Herausforderungen dieser Situation aufgrund ihrer Dringlichkeit durchgeführt wurden.

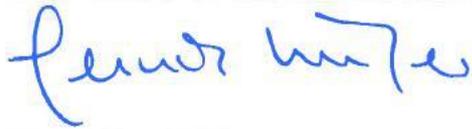
Die Krankenkassen haben in Verträgen mit den Leistungserbringern sicherzustellen, dass für die Versicherten grundsätzlich eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien und im Einzelfall geeigneten Hilfsmitteln zur Verfügung steht. Gleichwohl haben die Versicherten die Möglichkeit, eine Hilfsmittelausstattung zu wählen, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht. In diesem Fall müssen sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst tragen. Da die Versicherten über ihren tatsächlichen Leistungsanspruch in der Vergangenheit häufig unzureichend informiert waren, hat der Gesetzgeber die Informationsrechte der Versicherten gestärkt und Maßnahmen ergriffen, um ungerechtfertigten finanziellen Belastungen der Versicherten entgegenzutreten. In diesem Zusammenhang dient der vom GKV-Spitzenverband jährlich zu erstellende Mehrkostenbericht dazu, Transparenz über den Umfang und die Höhe der Mehrkosten herzustellen.

Im Ergebnis zeigt sich auch anhand des vorliegenden dritten Berichts, dass mit rund 80 % die überwiegende Zahl der Versorgungen mehrkostenfrei durchgeführt wird und sich der Anteil der Versorgungen mit Mehrkosten kaum verändert hat. Allerdings sind die durchschnittlichen Mehrkosten pro Versicherten geringfügig gestiegen.

Der GKV-Spitzenverband wird sorgfältig beobachten, ob es sich dabei um eine Momentaufnahme handelt oder sich dieser Trend in den Folgejahren fortsetzt. Denn kranke und behin-

derte Menschen sollen auch weiterhin darauf vertrauen können, dass ihnen eine qualitätsge-
sicherte Hilfsmittelversorgung zugutekommt, ohne dass sie dabei ungerechtfertigt mit weite-
ren Kosten belastet werden. Dafür werde ich mich auch künftig zum Wohle der Versicherten
einsetzen.

Mit freundlichen Grüßen



Gernot Kiefer

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
GKV-Spitzenverband

1. Vorbemerkungen

Um im Bereich der privat von den Versicherten gezahlten Mehrkosten für mehr Transparenz zu sorgen, hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband gemäß § 302 Absatz 5 SGB V verpflichtet, jährlich einen nach Produktgruppen differenzierten Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen zu veröffentlichen.

1.1 Allgemeines

Die mit den Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V sind von den Leistungserbringern im Rahmen der Abrechnung anzugeben (§ 302 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Die von ihnen an die Krankenkassen gemeldeten Mehrkosten bilden die Datengrundlage für diesen Mehrkostenbericht. Für die Datenqualität kann daher keine Gewähr übernommen werden. Es gibt vereinzelt Anhaltspunkte, dass die Datenlieferungen der Leistungserbringer aufgrund der Verpflichtung nach § 302 Absatz 1 Satz 1 SGB V von den Ergebnissen in Versichertenbefragungen, die auch die Angabe von Mehrkosten zum Inhalt hatten, abweichen.

Unabhängig von der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtung, im Rahmen des Sachleistungsprinzips eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier Hilfsmittel anzubieten, kalkuliert jeder Leistungserbringer vor dem Hintergrund betriebswirtschaftlicher Überlegungen die Abgabepreise der von ihm angebotenen Hilfsmittel selbst. Es ist daher durchaus möglich, dass ein- und dieselben 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 derartige Hilfsmittelversorgung Angebote und Preise verschiedener Leistungserbringer zu vergleichen.

Eine qualitative Auswertung der erhobenen Daten kann in diesem Bericht so gut wie nicht erfolgen. Dazu sind nähere Erkenntnisse über die Gründe, warum sich die Versicherten für ein Hilfsmittel mit Mehrkosten entschieden haben, erforderlich. Trotz intensiver Bemühungen des GKV-Spitzenverbandes fehlt es aber nach wie vor an einer Rechtsgrundlage, wonach solche qualitativen Daten von den Leistungserbringern zu liefern sind.

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf den Betrachtungszeitraum vom 01.01.2020 bis zum 31.12.2020. Bedingt durch die Corona-Pandemie haben sich die Fallzahlen in verschiedenen Produktgruppen tendenziell anders entwickelt als in den Vorjahren. Dies wirkt sich ggf. auf die Berichtsergebnisse aus, was nicht weiter bewertet werden kann.

1.2 Ausgabenentwicklung



Im Hilfsmittelbereich ist seit Jahren ein Ausgabenzuwachs zu verzeichnen. So sind die jährlichen Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Hilfsmittel im Zeitraum von 2015 bis 2019 von 7,63 Mrd. Euro auf 9,00 Mrd. Euro – also um rund 18 % – gestiegen. Nach der amtlichen Statistik KV 45 des BMG (bisher noch nicht bestätigte Finanzergebnisse) sind die Ausgaben im Jahr 2020 weiter auf 9,25 Mrd. Euro angewachsen; der verhältnismäßig moderate Ausgabenanstieg im letzten Jahr ist auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie zurückzuführen.

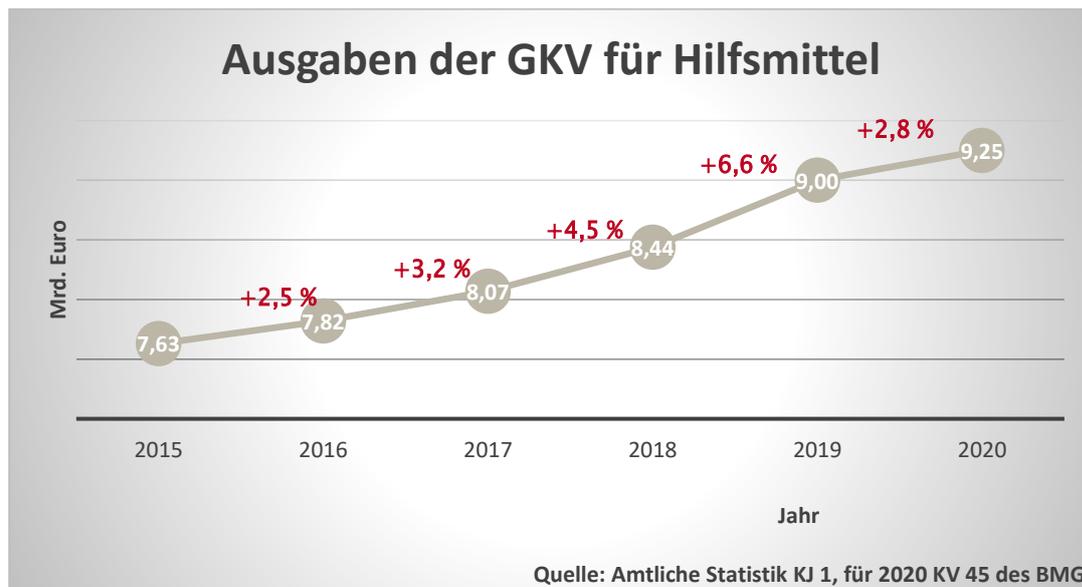


Abbildung 1: Entwicklung der Hilfsmittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) inkl. der jeweiligen Veränderungsrate

Die Ausgabenentwicklung macht deutlich, dass die GKV eine beträchtliche, jährlich steigende

In rund 20 % der Versorgungsfälle fallen für die Versicherten Mehrkosten an. Besonders hohe Mehrkosten verteilen sich nur auf einige wenige Produktgruppen.

Summe für die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln in die Hand nimmt. Darüber hinaus werden in ca. 20 % der Versorgungsfälle Mehrkosten von den Versicherten geleistet. Nach der Gesetzesintention können diese nur anfallen, wenn die Leistungen über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen (vgl. § 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V).

Die Ausgabenentwicklungen in den amtlichen Statistiken spiegeln sich auch in den erhobenen Daten wider. Danach sind die Leistungsausgaben insgesamt und je Versicherten im Jahr 2020 weiter gestiegen, während es bei der Zahl der Versorgungsfälle einen geringen Rückgang gegeben hat.

Eine deutliche Ausgabensteigerung und auch Zunahme der Versorgungsfälle hat sich in den Produktgruppen 09 „Elektrostimulationsgeräte“ und 21 „Messgeräte für Körperzustände“ /-

funktionen“ ergeben. Dieser Anstieg kann darauf zurückgeführt werden, dass in diesen Produktgruppen in der Versorgung zunehmend technische Neuerungen mit entsprechender Kostenwirkung Verbreitung finden. In der Produktgruppe 21 „Messgeräte für Körperzustände“/–funktionen“ handelt es sich hierbei um Real–Time–Messgeräte (rtCGM) zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung. In der Produktgruppe 09 „Elektrostimulationsgeräte“ dürfte der Ausgabenanstieg auf das neu gelistete Produkt LifeVest zurückzuführen sein. Weiterhin haben sich die Vertragspreise bzw. Vergütungen für den Einsatz von TENS–Geräten (Transkutane Elektrische Nervenstimulation)/EMS–Geräten (Elektrische Muskelstimulation) nach dem Wegfall der Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich erhöht.

1.3 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 mindestens die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses 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 Satz 9 SGB V).



Die Leistungserbringer sind gesetzlich 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. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, sind die Leistungserbringer verpflichtet, die Versicherten vor der Wahl des jeweiligen Hilfsmittels und der zusätzlichen Leistungen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren und die diesbezügliche Beratung zu dokumentieren (vgl. § 127 Absatz 5 SGB V).

2. Datengrundlage

Die Hilfsmittel-Leistungserbringer sind gemäß § 302 Absatz 1 Satz 1 SGB V verpflichtet, bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln unter anderem die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V anzugeben.

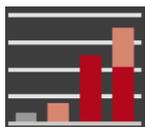
2.1 Herkunft der verwendeten Daten

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.

Für den vorliegenden dritten Mehrkostenbericht wurden die Abrechnungsdaten des Jahres 2020, also die aller Versicherten, die in dem Versorgungszeitraum 01.01.2020 bis 31.12.2020 mindestens eine Hilfsmittelversorgung mit oder ohne Mehrkostenvereinbarung erhalten haben, herangezogen.

Den im Folgenden dargestellten Ergebnissen liegen wie beim Vorjahresbericht Abrechnungsdaten von über 95 % aller gesetzlich Krankenversicherten zugrunde. Beim ersten Mehrkostenbericht für den Betrachtungszeitraum 01.07.2018 bis 31.12.2018 waren es noch 85 % der Abrechnungsdaten aller gesetzlich Versicherten. Die Datengrundlage hat sich somit seit dem ersten Mehrkostenbericht deutlich verbessert.

2.2 Datenaufbereitung/Datenvalidität



Die Abrechnungsdaten wurden dem GKV-Spitzenverband von den Krankenkassen und/oder den Krankenkassenverbänden für den Erhebungszeitraum vom 01.01.2020 bis zum 31.12.2020 und in Bezug auf die einzelnen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis aggregiert geliefert. Die Datenlieferung ist aufgrund des hohen Aggregationsgrades anonym und insofern ohne jeglichen Versicherten- und Einrichtungsbezug, wie es im Gesetz ausdrücklich vorgesehen ist.

Auf Basis der gelieferten Daten wurden wie in den beiden vorangegangenen Mehrkostenberichten die folgenden Kennzahlen je Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V ermittelt:

- Versorgungsfälle mit Mehrkosten, Anteil in Prozent
- Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten in Euro.

Für die Datenerhebung wurde dasselbe Datenmodell verwendet wie in den Vorjahren, um grundsätzlich eine Vergleichbarkeit der Daten in den jährlich abzugebenden Mehrkostenberichten zu gewährleisten. Gleichwohl ist ein direkter Vergleich der Daten der Mehrkostenberichte nur eingeschränkt möglich.

Der zweite und der dritte Mehrkostenbericht umfassen als Auswertungszeitraum jeweils ein volles Jahr, während dem ersten Mehrkostenbericht Halbjahresdaten zugrunde lagen. Dies wirkt sich bei der Summierung der Mehrkosten je Versorgungsfall für ein komplettes Versorgungsjahr insbesondere bei Verbrauchshilfsmitteln wie z. B. Inkontinenzprodukten aus und führt bei einem Auswertungszeitraum von einem vollen Jahr zu höheren Werten gegenüber der Halbjahresbetrachtung.

Darüber hinaus hat die vom GKV-Spitzenverband aufgrund des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) bis Ende 2018 durchgeführte Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses in einigen Produktbereichen zu erheblichen strukturellen Änderungen geführt. Dies betrifft insbesondere die Ausgliederung der Produktbereiche *Augenprothesen* und *Brustprothesen* aus der Produktgruppe 24 „Prothesen“, die nunmehr einzig die Beinprothesen umfasst. Für die vorgenannten Produktbereiche wurden eigenständige Produktgruppen gebildet. Ferner wurden neue Produktgruppen für *Armprothesen*, *Haarersatz* und *Epithesen* gebildet. Die Produktgruppen 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma“ und 27 „Sprechhilfen“ wurden in der Produktgruppe 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie“ zusammengefasst.

Aufgrund von Strukturveränderungen des Hilfsmittelverzeichnisses ist eine Vergleichbarkeit der Daten mit denen des Vorjahresberichts nicht immer möglich.

Einzelheiten zu den Fortschreibungen dieser und anderer Produktgruppen können den jährlichen Fortschreibungsberichten des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden. Diese stehen auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes zur Verfügung: [Fortschreibungen der Produktgruppen](#).

Die notwendigen Anpassungen der Verträge an die strukturellen Änderungen im Hilfsmittelverzeichnis erfolgen sukzessive, sodass Veränderungen der Mehrkostendaten in diesen Produktbereichen auch auf hierdurch bedingte Verschiebungen von Abrechnungen zwischen den verschiedenen Produktgruppen zurückzuführen sind.

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

Wie in der Vergangenheit kann auch für den dritten Bericht nicht ausgeschlossen werden, dass in einzelnen Abrechnungen fälschlicherweise die gesetzliche Zuzahlung oder aber von den Versicherten zu tragende Eigenanteile als Mehrkosten ausgewiesen wurden.²

Damit unplausible Angaben die Ergebnisse dieses Berichts nicht verzerren, wurden wie in den Vorjahresberichten auf der Basis vorhandener Erkenntnisse zu den Abrechnungen Mehrkostenangaben von über 1.000 Euro je Versicherter bzw. je Versichertem gesondert ausgewiesen; bei Hörhilfenversorgungen wurde dieser Wert auf 10.000 Euro festgelegt. Mehrkostenangaben oberhalb dieser Beträge wurden bei der Datenauswertung wiederum nicht berücksichtigt, da sie offensichtlich auf Eingabefehler bei der Erfassung der Abrechnungsdaten zurückzuführen sind. Aufgrund dieser Vorgaben wurden 4,5 % der Mehrkostenausgaben bei den Auswertungen nicht berücksichtigt. Im Vorjahresbericht lag dieser Wert bei 6 %. Darüber hinaus wurde aufgrund ihrer offensichtlichen Fehlerhaftigkeit eine einzelne Mehrkostenangabe mit einem mehrstelligen Millionenbetrag für einen Versorgungsfall gesondert aus der Auswertung herausgenommen, da dieser Fehler zu erheblichen Verzerrungen bei den Daten geführt hätte.

2.3 Aussagekraft der Daten

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 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.

² Bei Mehrkosten gemäß § 33 Absatz 1 SGB V handelt es sich weder um die gesetzliche Zuzahlung im Sinne von § 33 Absatz 8 SGB V i. V. m. § 61 SGB V noch um einen Eigenanteil, der bei bestimmten Hilfsmitteln (z. B. orthopädischen Schuhen) von den Versicherten für den Anteil zu entrichten ist, der auf den Gebrauchsgegenstandsanteil entfällt.

Es fehlt nach wie vor eine gesetzliche Grundlage, um qualitative Daten umfassend zu erheben und somit gezielte Maßnahmen im Falle von Fehlentwicklungen zu ergreifen.

Der GKV-Spitzenverband hat sich mehrfach dafür eingesetzt, von den Leistungserbringern weitergehende Informationen zu erhalten, um den Mehrkostenberichten mehr Aussagekraft zu verleihen und um gezielte und wirksame Maßnahmen bei Fehlentwicklungen ergreifen zu können. Die Krankenkassen haben nach geltender Rechtslage nur eingeschränkte und aufwändige 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.³ Die Leistungserbringer verweisen an dieser Stelle häufig auf die Möglichkeit von Versichertenbefragungen. Eine umfassende, systematische Erfassung und valide Auswertung der Gründe für den Abschluss von Mehrkostenvereinbarungen sind damit aber nicht möglich. Es kann auch in niemandes Interesse sein, die Versicherten mit Befragungen zu überfrachten, wenn die Informationen auf einfache Art und Weise zur Verfügung gestellt werden können. In diesem Fall wären Versichertenbefragungen nur bei Auffälligkeiten angezeigt. Daher ist eine gesetzliche Nachbesserung zum Schutze der Versicherten nach wie vor unabdingbar.

Ungeachtet dessen hat der GKV-Spitzenverband auch für den vorliegenden Mehrkostenbericht nicht nur die statistischen Mehrkostendaten bei den Kassen abgefragt, sondern darüber hinaus insbesondere auch Informationen zu den Ergebnissen von Versichertenbefragungen. Hinweise, die sich hieraus ergeben haben, sind in den Abschnitten zu den einzelnen Produktgruppen im Kapitel 4 dargestellt. Erkenntnisse zu den Gründen für Mehrkostenvereinbarungen sind aufgrund der hierfür fehlenden systematischen Datengrundlage nach wie vor aber nur schwer zu gewinnen.

³ 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.

3. Erkenntnisse aus der Datenauswertung

Die für den Untersuchungszeitraum (01.01.2020 – 31.12.2020) erhobenen Daten beziehen sich auf rund 28 Mio. Versorgungsfälle, in denen Versicherte mindestens eine Versorgung mit dem entsprechenden Hilfsmittel erhalten haben, mit einem Ausgabenvolumen für die Krankenkassen von ca. 9 Mrd. Euro. Dies entspricht einem Anteil von über 97 % der nach der amtlichen Statistik KV 45 des BMG ausgewiesenen Gesamtausgaben für Hilfsmittel, die im Jahr 2020 bei 9,25 Mrd. Euro lagen.

Der Anteil der Mehrkostenfälle gemessen an den gesamten Versorgungsfällen hat sich gegenüber dem Vorjahr kaum verändert.

Von den ca. 28 Mio. Versorgungsfällen, zu denen Daten übermittelt wurden, waren bei rund 5,7 Mio. Hilfsmittelversorgungen Mehrkosten zu verzeichnen. Der sich daraus ergebende durchschnittliche Anteil von 20,17 %⁴ an Versorgungsfällen mit Mehrkosten entspricht in etwa dem Wert des Berichtsjahres 2019 in Höhe von 20,04 %.

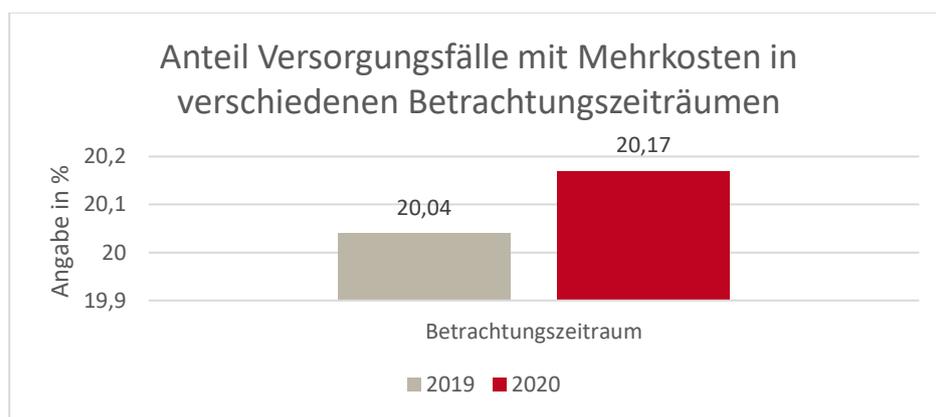


Abbildung 2: Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten 2019 und 2020

Die Summe aller dokumentierten Mehrkosten im aktuellen Betrachtungszeitraum betrug rund 746 Mio. Euro, die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten ca. 132 Euro. Dies bedeutet eine Steigerung um 11,9 % gegenüber dem Betrachtungszeitraum 2019, in dem der Wert bei annähernd 118 Euro lag.

⁴ Der prozentuale Anteil von 20,17 % wurde auf Basis der nicht gerundeten Daten ermittelt.

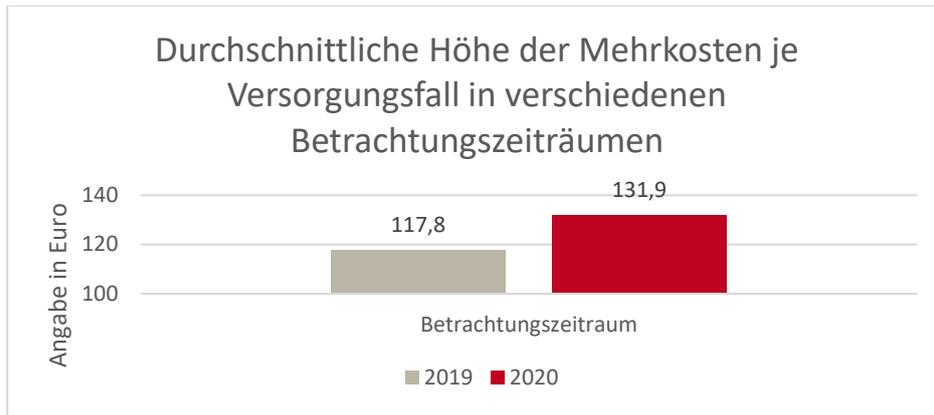


Abbildung 3: Durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall 2019 und 2020 inkl. Hörhilfen

499 Mio. Euro, also ca. 2/3 aller Mehrkosten, wurden bei den Versorgungsfällen mit Hörhilfen registriert. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten von 132 Euro bedeutet zwar eine Steigerung gegenüber dem Vorjahreswert, diese ist aber im Wesentlichen auf die Mehrkosten der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“ zurückzuführen. In anderen Produktbereichen sind die Durchschnittswerte vielfach sogar gesunken (vgl. Abbildung 6). Eine Berechnung der durchschnittlichen Mehrkostenhöhe ohne Berücksichtigung der Mehrkosten für Versorgungsfälle mit Hörhilfen (durchschnittliche Mehrkosten bei einer in der Regel beidohrigen Versorgung: 1.234 Euro) ergibt für die übrigen Produktgruppen eine durchschnittliche Höhe der Mehrkosten von 47 Euro. Dieser Wert weicht nur geringfügig von dem Vorjahreswert (45 Euro) ab.

Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall ist in vielen Produktbereichen gesunken; während sie bei den Hörhilfen gestiegen sind.

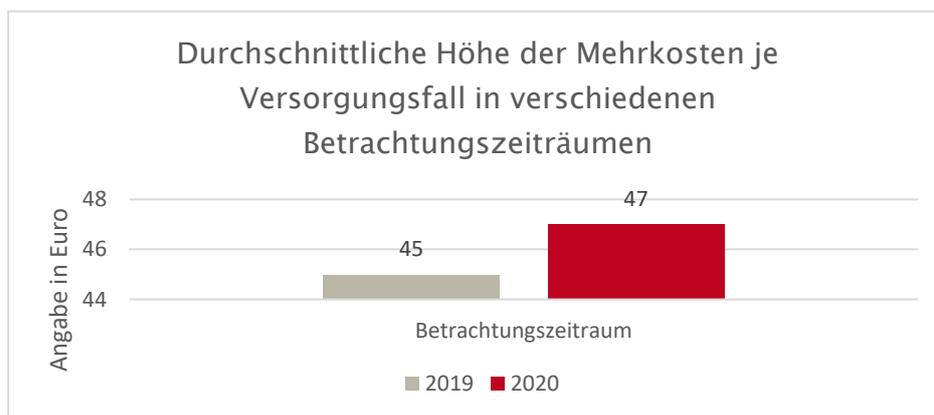


Abbildung 4: Durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall 2019 und 2020 ohne Hörhilfen

Die Kennzahlen für den prozentualen Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten und die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten bestätigen die Grundtendenz und -aussage des Vorjahresberichts.

4. Produktgruppenspezifische Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Datenerhebung differenziert nach Produktgruppen dargestellt. Produktgruppen mit einem signifikanten Anteil von Mehrkostenzahlungen werden näher kommentiert. Die erhobenen Daten zeigen, dass es deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Produktgruppen hinsichtlich des Anteils der Versorgungsfälle und der durchschnittlichen Mehrkostenhöhe gibt.

4.1 Darstellung aller Produktgruppen

Im Ergebnis zeigt sich für den Berichtszeitraum 2020, dass bei 15 von insgesamt 38 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses der Anteil an Mehrkostenvereinbarungen unter 1 % lag, d. h., dass in ca. 99 % der Versorgungsfälle dieser Produktgruppen keine Mehrkosten gemeldet worden sind.⁵ Bei weiteren 13 Produktgruppen haben zwischen 1 und 10 % der Versicherten Mehrkosten geleistet und bei fünf weiteren Produktgruppen mehr als 10 % bis 30 % der Versicherten. Bei fünf Produktgruppen wurden mehr als 30 % der Versorgungsfälle mit Mehrkosten dokumentiert.

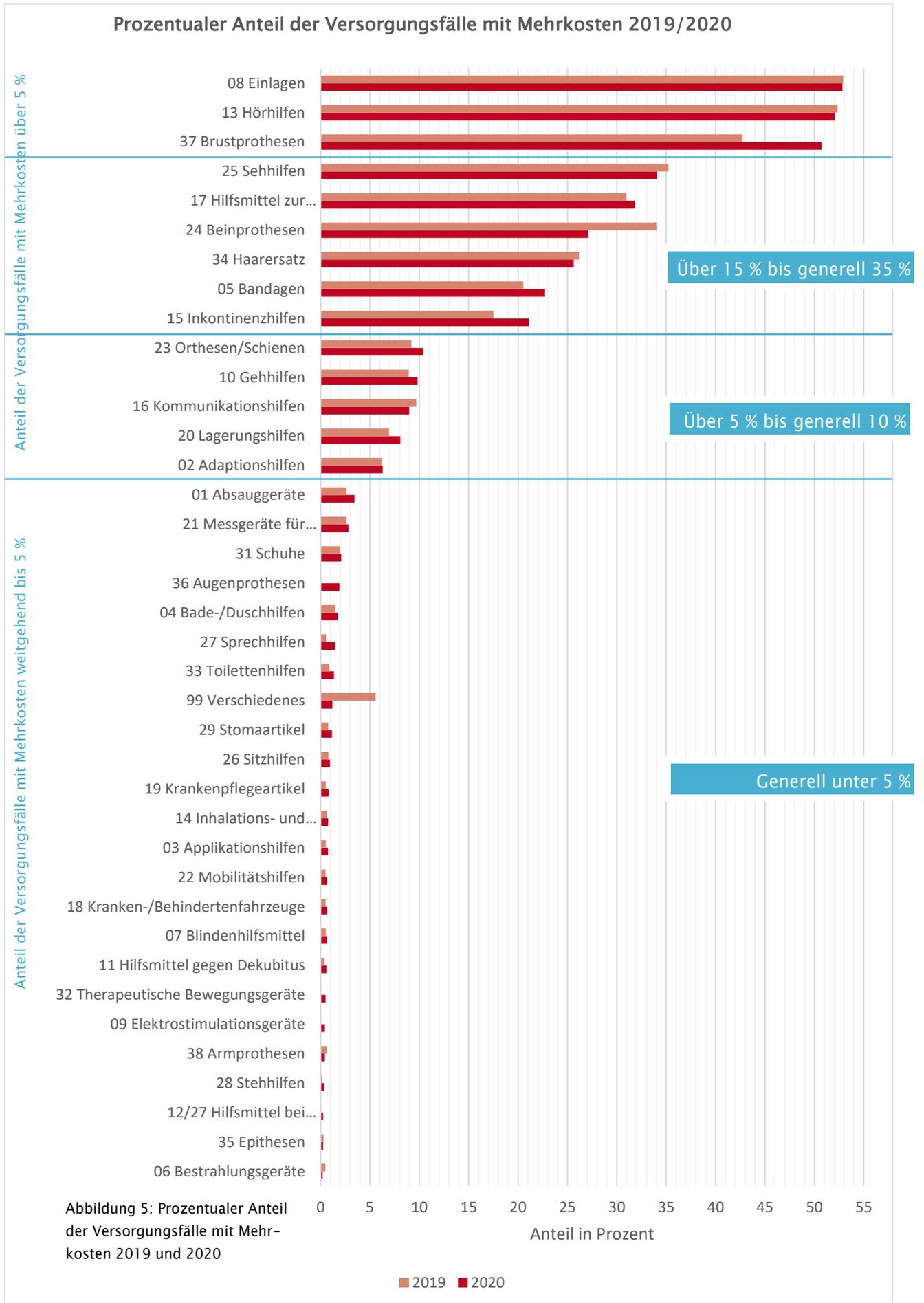
Wie der nachfolgenden Abbildung⁶ zu entnehmen ist, hat sich der Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkostenzahlungen in den einzelnen Produktgruppen und die damit einhergehende Rangfolge im Wesentlichen nicht verändert. Nach wie vor führen die Produktgruppen 08 „Einlagen“ und 13 „Hörhilfen“ die Rangliste an. Diese beiden Produktgruppen gehören gemäß dem Hilfsmittelreport einer größeren Krankenkasse über mehrere Jahre mit zu den ausgabenträchtigsten Produktgruppen je versicherter Person.

Die Rangfolge der Produktgruppen geordnet nach dem Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten hat sich kaum verändert.

Signifikant gestiegen ist der Anteil der Versorgungen mit Mehrkosten der Produktgruppe 37 „Brustprothesen“. Diese Entwicklung dürfte aber auf die Umstrukturierung des Hilfsmittelverzeichnisses und die entsprechende Anpassung der Verträge zurückzuführen sein (vgl. Kapitel 2.2 Datenaufbereitung/Datenvalidität). Dafür spricht auch der Rückgang der Mehrkostenfälle in der Produktgruppe 24 „(Bein-)Prothesen“.

⁵ Das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes umfasst 38 Produktgruppen. Gemäß § 78 SGB XI erstellt der GKV-Spitzenverband als Anlage zum Hilfsmittelverzeichnis ein Pflegehilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasste Pflegehilfsmittel aufgeführt sind. Da bei Pflegehilfsmitteln keine gesetzliche Verpflichtung der Leistungserbringer zur Datenlieferung besteht, werden in diesem Bericht ausschließlich die Entwicklungen der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen im Sinne von § 33 SGB V betrachtet.

⁶ Tabellarische Darstellung siehe Anhang I, Tabelle 5



In der nachfolgenden Tabelle sind die Produktgruppen mit einem Mehrkostenanteil von mindestens 5 % im Vergleich zum Vorjahr abgebildet. Im Berichtsjahr 2020 betraf dies 14 von insgesamt 38 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis, d. h., eine Produktgruppe weniger (hier: 99 „Verschiedenes“) als im zweiten Mehrkostenbericht.

Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %			
Berichtsjahr 2019		Berichtsjahr 2020	
Anteil	Produktgruppe	Anteil	Produktgruppe
52,91	08 Einlagen	52,84	08 Einlagen
52,36	13 Hörhilfen	52,06	13 Hörhilfen
42,74	37 Brustprothesen	50,71	37 Brustprothesen
35,21	25 Sehhilfen	34,07	25 Sehhilfen
34,01	24 Beinprothesen	31,84	17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
30,96	17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	27,13	24 Beinprothesen
26,18	34 Haarersatz	25,63	34 Haarersatz
20,53	05 Bandagen	22,73	05 Bandagen
17,51	15 Inkontinenzhilfen	21,10	15 Inkontinenzhilfen
9,69	16 Kommunikationshilfen	10,38	23 Orthesen/Schienen
9,19	23 Orthesen/Schienen	9,82	10 Gehhilfen
8,92	10 Gehhilfen	8,97	16 Kommunikationshilfen
6,93	20 Lagerungshilfen	8,07	20 Lagerungshilfen
6,16	02 Adaptionshilfen	6,28	02 Adaptionshilfen
5,56	99 Verschiedenes		

Tabelle 1: Prozentualer Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten (mindestens 5 % Mehrkostenanteil)

In Bezug auf die finanziellen Belastungen der Versicherten ist nicht allein die Häufigkeit der Mehrkostenfälle interessant, vielmehr ist auch die Höhe der Mehrkosten entscheidend für die Auswahl eines Hilfsmittels. Eine entsprechende Darstellung im Zweijahresvergleich findet sich auf der folgenden Seite. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aus Gründen der besseren Darstellbarkeit die Mehrkosten bis 200 Euro vollständig angezeigt werden. Die Bereiche, die diesen Wert erreichen oder darüber hinausgehen, stellen sich wie folgt dar:

Produktgruppe	Durchschnittliche Mehrkosten in Euro	
	2019	2020
13 Hörhilfen	1.081,91	1.234,28
34 Haarersatz	228,77	215,16
18 Kranken-/Behindertenfahrzeuge	495,87	214,20
36 Augenprothesen	357,76	52,29
28 Stehhilfen	416,93	163,54

Tabelle 2: Durchschnittliche Mehrkosten über 200 Euro im Jahr 2019 oder 2020

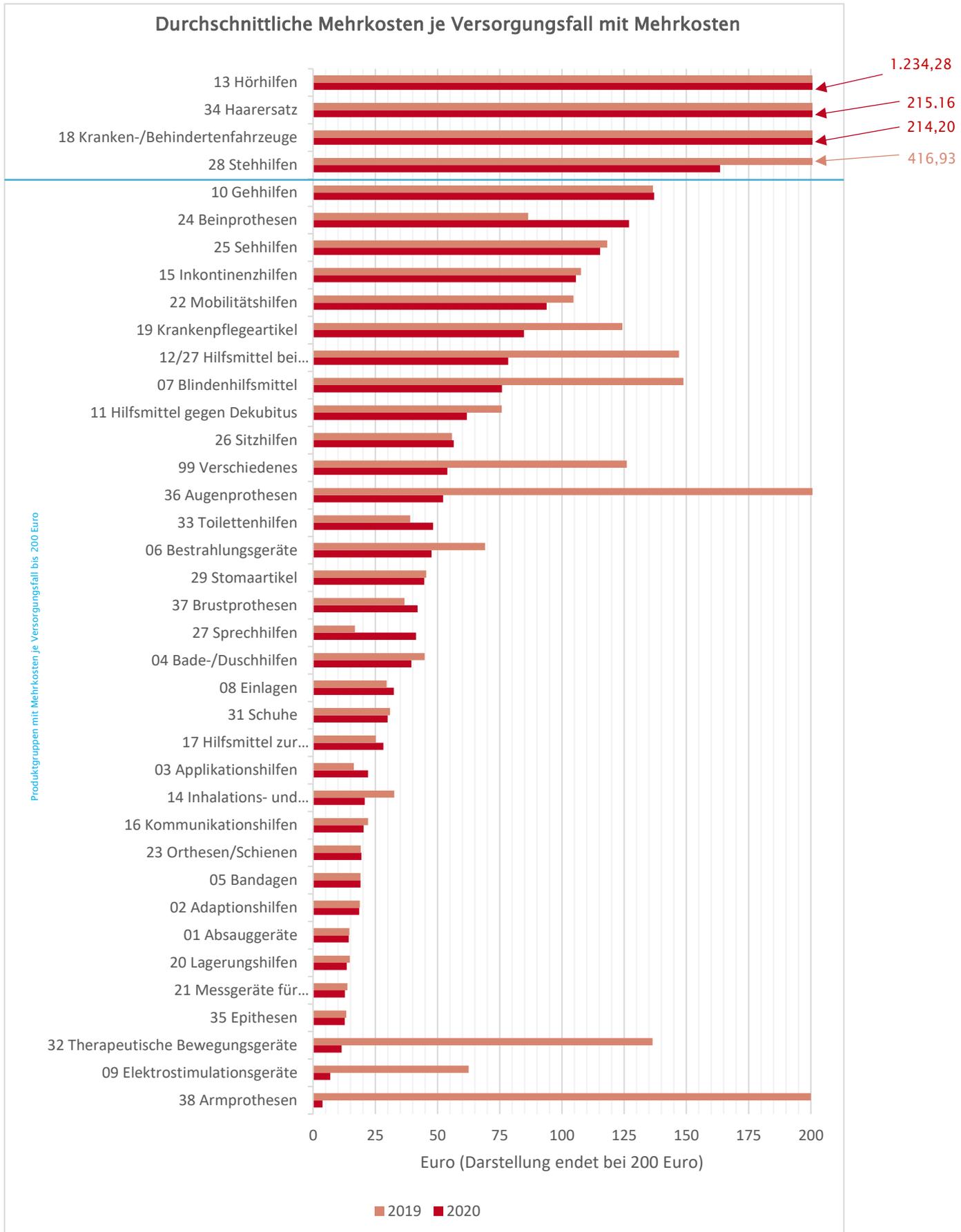


Abbildung 6: Durchschnittliche Kosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten 2019 und 2020

4.2 Produktgruppenspezifische Besonderheiten

Zu den folgenden Produktgruppen, bei denen der Durchschnittswert des Anteils der Versorgungsfällen mit Mehrkosten über 10 % liegt, werden produktgruppenspezifische Besonderheiten erläutert.

4.2.1 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 %	Durchschnittli- che Mehrkosten je Versorgungs- fall mit Mehrkos- ten in €
	482.012.862,94	110,44	4.364.497	2.306.411	74.733.962,58	52,84	32,40
Rang	9	33	1	1	2	1	23

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.

Die Produktgruppe 08 „Einlagen“ steht im Hinblick auf die Zahl der Versorgungsfälle, die Zahl der Versorgungsfälle mit Mehrkosten und den Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten weiterhin an erster Stelle. Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 4,4 Mio. Versicherte mit Einlagen versorgt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit ca. 482,0 Mio. Euro unverändert Rang 9.

Sowohl 2019 als auch 2020 wurden bei annähernd 53 % der Versorgungsfälle dieser Produktgruppe Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt ca. 32,4 Euro (2019: 29,6 Euro).

Während die Leistungsausgaben der GKV für Einlagen und die Ausgaben je Versicherten im Vergleich zum Vorjahr gestiegen sind, war die Zahl der Versorgungsfälle im Jahr 2020 deutlich niedriger. Die Mehrkosten insgesamt sind gesunken. Da aber auch die Zahl der Versorgungsfälle, in denen Mehrkosten gezahlt wurden, zurückgegangen ist, hat sich der Betrag der durchschnittlich gezahlten Mehrkosten faktisch leicht erhöht.

In den Untersuchungszeitraum fiel die Anhebung der Festbeträge für Einlagen durch den GKV-Spitzenverband um rund 13 % mit Wirkung zum 01.04.2020. Erwartbar wäre eine Absenkung der Mehrkosten, dies ist jedoch nicht feststellbar. Zudem wurde die Produktgruppe 08 „Einlagen“ des Hilfsmittelverzeichnisses fortgeschrieben. Näheres hierzu kann dem 4. Fortschreibungsbericht des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden.

Im Hinblick auf mögliche Gründe für Mehrkosten bei der Versorgung mit Einlagen enthielt der letzte Mehrkostenbericht detaillierte Ausführungen zu einschlägigen Versichertenbefragungen der Krankenkassen. Im Ergebnis waren die Versicherten mit den Versorgungen überwiegend zufrieden. Allerdings wurde die Beratung – insbesondere auch über mehrkostenfreie Versorgungsmöglichkeiten – teilweise nicht als ausreichend angesehen. Ferner fehlte häufig die Kenntnis und Information über den Unterschied zwischen gesetzlicher Zuzahlung und Mehrkosten. Die Ergebnisse werden durch aktuelle Befragungen bestätigt. In einer Befragung wurden zudem deutliche Abweichungen der in diesem Rahmen ermittelten Höhe der Mehrkosten gegenüber den von den Leistungserbringern nach § 302 SGB V übermittelten Daten festgestellt.

4.2.2 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 €
	1.035.818.944,75	1.332,82	777.162	404.605	499.396.053,37	52,06	1.234,28
Rang	1	11	12	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 gab es 777.162 Versorgungsfälle mit Hörhilfen, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungsfälle Rang 12 (2019: Rang 13) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit ca. 1 Mrd. Euro wie auch in den Vorjahren den 1. Rang.

Für ca. 52 % (2019: 52 %) der Versorgungsfälle dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten beträgt bei einer in der Regel beidohrigen Versorgung rund 1.234 Euro (2019: ca. 1.082 Euro).

Hochpreisige Geräte bieten eine Vielzahl von Features, die nur bedingt mit der Verbesserung des Sprachverstehens einhergehen, die im Rahmen der Leistungspflicht der GKV aber 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.

Allerdings werden von verschiedenen Leistungserbringern in ihrem breitgefächerten Sortiment bereits heute oftmals mehrkostenfreie Geräte angeboten, die sowohl die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses hinsichtlich z. B. Programm- und Kanalzahl sowie Störschall- und Rückkopplungsunterdrückung erfüllen als auch Komfortelemente enthalten 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.

2019 veröffentlichte der GKV-Spitzenverband eine Studie zur bislang größten Versichertenbefragung, die sich mit der Hörhilfenversorgung der gesetzlich Versicherten befasste. Die Ergebnisse dieser Studie sind bereits im letzten Mehrkostenbericht dargestellt worden. Da die Studie in der Fachöffentlichkeit auf ein breites Interesse gestoßen ist, nahm der GKV-Spitzenverband dies zum Anlass, Fachgespräche mit unterschiedlichen Beteiligten zu führen, um die gewonnenen Erkenntnisse in der Fortschreibung der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnisses zu berücksichtigen. Nähere Informationen zu der im Untersuchungszeitraum durchgeführten Fortschreibung können dem 4. Fortschreibungsbericht des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden.

4.2.3 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 %	Durchschnittli- che Mehrkosten je Versorgungs- fall mit Mehrkos- ten in €
	18.812.210,24	180,54	104.200	52.839	2.219.095,73	50,71	42,00
Rang	30	30	25	9	10	3	20

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

Im Untersuchungszeitraum wurden 104.200 (2019: ca. 25.000) Versicherte mit Brustprothesen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungsfälle Rang 25 (2019: Rang 30) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit ca. 18,8 Mio. Euro Rang 30 (2019: Rang 35).

Für rund 51 % (2019: 43 %) der Versorgungsfälle dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 42 Euro (2019: 37 Euro). Die entsprechenden Kennzahlen weisen daher eine Steigerung gegenüber den früheren Mehrkostenberichten auf. Bei der Bewertung dieser Entwicklung ist zu berücksichtigen, dass Brustprothesen bis zur Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses,

die Ende 2018 abgeschlossen wurde, in der Produktgruppe 24 „Prothesen“ im Teilbereich Brustprothesen erfasst 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.

Aufgrund der sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Vertragsanpassungen (insbesondere Umstellungen auf andere Abrechnungspositionsnummern) ist es nachvollziehbar, dass sich die Zahlen der Produktgruppe 37 „Brustprothesen“ im Verlauf der vergangenen Jahre deutlich verändert haben. Signifikant ist die wesentlich höhere Zahl der ausgewiesenen Versorgungsfälle. Diese dürfte vom tatsächlichen Wert abweichen, weil aufgrund der zuvor beschriebenen Strukturveränderung der Produktgruppe und der sukzessiven Anpassung der Verträge nach und nach erst Abrechnungen im Rahmen der neu geschaffenen Produktgruppe 37 „Brustprothesen“ erfolgen. Änderungen in der Versorgungssituation können aus diesen Daten daher nicht abgeleitet werden.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass diese Produktgruppe auch Zubehör wie spezielle Prothesen-BHs und Spezial-Badeanzüge für Brustprothesenträgerinnen umfasst, 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 mitgeteilt werden.

Versichertenbefragungen von Krankenkassen deuten zudem darauf hin, dass die Versicherten mit der Beratung zufrieden sind und nach der Beratung vielfach eine bewusste Entscheidung für die mehrkostenbehaftete Versorgung z. B. aus ästhetischen Gründen treffen.

4.2.4 Produktgruppe 25 Sehhilfen

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV-Leitungsausgaben 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 €
	93.944.796,38	85,10	1.103.931	376.067	43.362.910,12	34,07	115,31
Rang	19	35	10	6	4	4	7

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. 1,1 Mio. Versorgungsfälle mit Sehhilfen durch die gesetzliche Krankenversicherung registriert, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen ebenso wie im Jahr 2019 Rang 10 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit rund 94,0 Mio. Euro Rang 19 (2019: Rang 15).

Für 34,1 % (2019: 35 %) der Versorgungsfälle dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt knapp mehr als 115 Euro (2019: ca. 118 Euro). Die Zahl der Versorgungsfälle mit Mehrkosten ist gegenüber 2019 leicht gesunken, ebenso die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten. 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.

4.2.5 Produktgruppe 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

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 €
	594.920.583,13	212,63	2.797.856	890.759	25.125.482,26	31,84	28,21
Rang	8	29	3	2	5	5	25

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

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 2,8 Mio. Versicherte mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungsfälle unverändert Rang 3 (2019: Rang 3) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit ca. 594,9 Mio. Euro Rang 8 (2019: Rang 7).

Für 31,8 % (2019: 31 %) der Versorgungsfälle dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 28,2 Euro (2019: 25,2 Euro).

Insgesamt ist für diese Produktgruppe im Jahr 2020 eine Steigerung der gesamten Leistungsausgaben der GKV und der Leistungsausgaben je Versorgungsfall festzustellen. Die Zahl der Versorgungsfälle ist demgegenüber zurückgegangen. Die Mehrkosten sind wie die Leistungsausgaben der GKV gestiegen, während die Zahl der Versorgungsfälle mit Mehrkosten rückläufig war. Hieraus ergibt sich der etwas höhere Betrag der durchschnittlich gezahlten Mehrkosten im Jahr 2020.

In den Untersuchungszeitraum fiel die Anhebung der Festbeträge für Hilfsmittel zur Kompressionstherapie durch den GKV-Spitzenverband mit Wirkung zum 01.04.2020. Als Folge wäre anzunehmen, dass die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall gesunken wäre, das Gegenteil ist jedoch der Fall.

4.2.6 Produktgruppe 24 Beinprothesen

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 €
	313.206.274,60	2.113,49	148.194	40.212	5.106.039,64	27,13	126,98
Rang	12	6	22	11	9	6	6

Die Produktgruppe 24 „Beinprothesen“ umfasst seit ihrer Neustrukturierung, die am 26.11.2018 abgeschlossen wurde, ausschließlich Prothesen der unteren Extremitäten.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 148.000 Versorgungsfälle mit Prothesen dieser Produktgruppe dokumentiert, womit diese Produktgruppe Rang 22 (2019: Rang 19) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 313,2 Mio. Euro unverändert Rang 12.

Für 27,1 % (2019: 34 %) der Versorgungsfälle dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 127,0 Euro (2019: ca. 86 Euro).

Die Leistungsausgaben sind somit insgesamt und bezogen auf den einzelnen Versorgungsfall gestiegen, deutlich gesunken sind demgegenüber die Fallzahlen insgesamt und die Zahl der Fälle mit Mehrkosten. Da der Rückgang der gesamten Mehrkosten geringer ausfällt als der Rückgang der Zahl der Versorgungsfälle mit Mehrkosten, kommt es zu einem Anstieg der durchschnittlichen Höhe der Mehrkosten.

Bei der Interpretation dieser Zahlen muss wie schon im zweiten Mehrkostenbericht berücksichtigt werden, dass ein direkter Vergleich der Zahlen 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 Verschiebungen von Abrechnungen zwischen den verschiedenen Produktgruppen zurückzuführen sind und nur schwer einzuschätzen ist, ob daneben Veränderungen in der Versorgung mit Beinprothesen von Relevanz sind.

4.2.7 Produktgruppe 34 Haarerersatz

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 €
	13.939.525,76	402,57	34.626	8.873	1.909.114,89	25,63	215,16
Rang	32	19	30	17	11	7	2

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

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 34.600 Versorgungsfälle mit Haarerersatz dokumentiert, womit diese Produktgruppe Rang 30 (2019: Rang 29) einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 13,9 Mio. Euro unverändert Rang 32.

Für 25,6 % der Versorgungsfälle dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst (2019: 26,2 %). Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 215 Euro (Vorjahr: 229 Euro).

Auffällig ist die deutliche Zunahme der Zahl der Versorgungsfälle insgesamt und mit Mehrkosten in dieser Produktgruppe. Trotz Steigerung der Leistungsausgaben der GKV und der Mehrkostenfälle ist die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten gesunken.

Im Zuge der Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses wurde die Produktgruppe 34 „Haarerersatz“ neu geschaffen. Die Umsetzung der Fortschreibungen in den Verträgen der Krankenkassen erfolgt sukzessive. Es ist daher davon auszugehen, dass Veränderungen in den Daten beim Haarerersatz nach wie vor insbesondere auch auf die Strukturveränderung der Produktgruppe zurückzuführen sind.

4.2.8 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 €
	136.611.087,92	71,25	1.917.382	435.879	8.317.695,68	22,73	19,08
Rang	13	36	5	4	7	8	30

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. 1,9 Mio. Versicherte mit Bandagen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen ebenso wie im Jahr 2019 Rang 5 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 136,6 Mio. Euro unverändert Rang 13.

Für 23 % (2019: 21 %) der Versorgungsfälle dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt ebenso wie im Jahr 2019 ca. 19 Euro. Während diese Kennzahlen keine größeren Abweichungen aufweisen, ist bei den Leistungsausgaben und der Zahl der Versorgungsfälle ein Rückgang im Untersuchungszeitraum festzustellen. Dies dürfte mit der Coronasituation zu erklären sein.

4.2.9 Produktgruppe 15 Inkontinenzhilfen

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 €
	734.427.596,60	297,88	2.465.486	520.329	54.960.397,12	21,10	105,63
Rang	4	23	4	3	3	9	8

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. 2,5 Mio. Versicherte mit Inkontinenzhilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungsfälle unverändert Rang 4 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 734 Mio. Euro ebenfalls unverändert Rang 4.

Für rund 21,1 % der Versorgungsfälle dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Der Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten ist daher etwas höher als im Vorjahr (2019: ca. 18 %). Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten liegt bei 105,6 Euro und ist daher im Verhältnis zum Vorjahr gesunken (2019: 108 Euro). Damit bestätigt sich eine Tendenz, die im letzten Mehrkostenbericht festgestellt wurde.

Über Untersuchungen und Versichertenbefragungen der Krankenkassen zu dieser Produktgruppe wurde im vergangenen Mehrkostenbericht ausführlich berichtet. Zwischenzeitlich durchgeführte weitere Befragungen und Prüfungen im Rahmen des Vertragscontrollings bestätigen im Wesentlichen die bisherigen Erkenntnisse und Tendenzen.

4.2.10 Produktgruppe 23 Orthesen/Schienen

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 €
	802.001.255,06	252,66	3.174.186	329.556	6.391.629,04	10,38	19,39
Rang	3	27	2	7	8	10	29

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 wie im Vorjahr ca. 3,2 Mio. Versicherte mit Orthesen (dazu gehören auch Schienen) versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungsfälle weiterhin Rang 2 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 802,0 Mio. Euro unverändert Rang 3. Zu verzeichnen ist ein leichter Anstieg der Ausgaben bei einem leichten Rückgang der Versorgungsfälle.

Für 10,4 % (2019: 9,2 %) der Versorgungsfälle dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt unverändert etwas mehr als 19 Euro. Bei den Kennzahlen sind daher keine signifikanten Veränderungen festzustellen.

5. Fazit

Die Höhe der Mehrkosten im Hilfsmittelbereich und die Häufigkeit der Versorgungsfälle, die mit Mehrkosten einhergehen, geraten seit vielen Jahren immer wieder ins Blickfeld öffentlicher Diskussionen. Auf der einen Seite sind Mehrkosten zwar Ausdruck der in § 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V normierten Wahlfreiheit der Versicherten, die eine Wertentscheidung des deutschen Gesetzgebers darstellt. Auf der anderen Seite haben die Versicherten ausweislich der Gesetzesbegründung zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) immer wieder berichtet, dass in bestimmten Produktbereichen anstelle des gesetzlich vorgesehenen Regelfalls einer Sachleistung nach § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V von den Leistungserbringern Versorgungsleistungen erbracht werden, die bei den Versicherten zu Mehrkosten führen. Vielfach wurde angezweifelt, ob die Wahl der konkreten Versorgungsform tatsächlich auf einer informierten, abgewogenen Entscheidung der Versicherten beruht oder ob diese aufgrund einer interessengeleiteten Beratung dahingehend beeinflusst werden, sich für Hilfsmittel zu entscheiden, die mit Mehrkosten verbunden sind (vgl. BT-Drucksache 18/10186 vom 02.11.2016). Neben der Stärkung der Information und Beratung der Versicherten über ihre Leistungsansprüche und Versorgungsmöglichkeiten wurden die Leistungserbringer zur Angabe der Höhe der mit den Versicherten abgerechneten Mehrkosten verpflichtet. Diese Informationen bilden die Grundlage des jährlichen Mehrkostenberichts des GKV-Spitzenverbandes.

Die aktuellen gesetzlichen Regelungen sind ein Schritt in die richtige Richtung, um das Sachleistungsprinzip einerseits und das Versichertenwahlrecht andererseits in Einklang zu bringen. Allerdings ist eine abschließende Beurteilung der Mehrkostensituation nur dann möglich, wenn die Gründe für die Mehrkosten umfassend bekannt sind. Die Möglichkeit der Krankenkassen, diese in aufwändigen Versichertenbefragungen zu erfahren, führt nur zu punktuellen Erkenntnissen und belastet die Versicherten in unangemessener Weise. Insofern können die aktuellen gesetzlichen Maßnahmen nur als ein Baustein im Gesamtpaket möglicher Maßnahmen verstanden werden.

Der vorliegende, nunmehr dritte Mehrkostenbericht kommt wiederholt zu dem Ergebnis, dass ca. 80 Prozent der Versorgungsfälle ohne Mehrkosten einhergehen. Insofern ist zwischenzeitlich ein Trend zu erkennen, der durchaus positiv gesehen werden kann. Kritisch zu bewerten ist allerdings die Erkenntnis des aktuellen Berichts, dass die Höhe der durchschnittlichen Mehrkosten je Versorgungsfall von durchschnittlich ca. 117,8 Euro auf 131,9 Euro gestiegen ist. Weiterhin konzentriert sich das Ausmaß der Mehrkosten nach wie vor auf bestimmte Produktgruppen, die es weiterhin zu beobachten gilt.

Die Vorjahresergebnisse werden im Wesentlichen durch den aktuellen Bericht bestätigt.

Der GKV-Spitzenverband hat im Berichtszeitraum in verschiedenen Produktgruppen die Festbeträge angehoben, um Versorgungsleistungen nach dem Sachleistungsprinzip sicherzustellen. Trotzdem haben sich in Bezug auf die Mehrkosten keine positiven Effekte daraus ergeben.

Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %		Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten in €	
2019	2020	2019	2020
20,04	20,17	Ø 117,8	Ø 131,9

Tabelle 3: Kennzahlen des zweiten und dritten Mehrkostenberichts im Vergleich

Über alle Produktgruppen hinweg wurden bei rund 5,7 Mio. (2019: etwa 5,9 Mio.) Versorgungsfällen Mehrkosten dokumentiert. Das entspricht jeweils einem Anteil von rund 20 Prozent gemessen an allen Hilfsmittelversorgungen. Die Summe aller dokumentierten Mehrkosten betrug rund 746 Mio. Euro (2019: 692 Mio. Euro).

Zweifellos führt auch dieser Bericht zu repräsentativen Erkenntnissen und bringt Transparenz hinsichtlich des Mehrkostengeschehens. Es wurden wiederum kassenartenübergreifend mehr als 95 % der Abrechnungsdaten leistungserbringerneutral analysiert. Dem liegen ca. 28 Mio. (2019: rund 29 Mio.) Hilfsmittelversorgungen mit einem Ausgabenvolumen für die Krankenkassen von ca. 9 Mrd. Euro (2019: 8,6 Mrd. Euro) zugrunde.

Gleichwohl handelt es sich erst um den zweiten Bericht, bei dem sich der Berichtszeitraum auf ein volles Jahr erstreckt. Weiterhin sind z. B. aufgrund von Strukturveränderungen im Hilfsmittelverzeichnis oder zahlenmäßig weniger Versorgungsfällen in einigen Bereichen aufgrund der Corona-Situation manche Daten nicht ohne Weiteres vergleichbar. Ein verlässlicher Trend wird sich erst in einigen Jahren erkennen lassen, wenn über mehrere Jahre Mehrkostenberichte vorliegen.

Zudem bleibt es eine schwierige Aufgabe, zwischen dem abzugrenzen, was medizinisch notwendig ist und solidarisch finanziert wird und dem, was die Versicherten darüber hinaus als Wahlleistung in Anspruch nehmen.

Anhang 1: Mehrkosten im Überblick

PG Nr.	Produktgruppe Versorgungszeitraum 01.01.2020 bis 31.12.2020	GKV Leistungs- ausgaben in €	GKV Leistungs- ausgaben je Versorgung in €	Anzahl der Versorgungs- fälle	Anzahl der Versorgungs- fälle mit Mehr- kosten	Mehrkosten ge- samt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkos- ten in %	Durchschnittli- che Mehrkosten je Versor- gungsfall mit Mehrkosten in €
01	Absauggeräte	67.884.436,23	270,79	250.694	8.631	123.778,86	3,44	14,34
02	Adaptionshilfen	19.928.196,92	70,35	283.282	17.794	329.416,94	6,28	18,51
03	Applikationshilfen	607.148.106,01	379,29	1.600.761	11.854	261.284,64	0,74	22,04
04	Bade- und Duschhilfen	94.685.894,41	154,30	613.655	10.670	421.107,13	1,74	39,47
05	Bandagen	136.611.087,92	71,25	1.917.382	435.879	8.317.695,68	22,73	19,08
06	Bestrahlungsgeräte	773.577,58	277,67	2.786	6	285,60	0,22	47,60
07	Blindenhilfsmittel	23.355.798,48	1.719,74	13.581	86	6.529,08	0,63	75,92
08	Einlagen	482.012.862,94	110,44	4.364.497	2.306.411	74.733.962,58	52,84	32,40
09	Elektrostimulationsgeräte	101.295.586,09	226,68	446.858	1.919	13.261,01	0,43	6,91
10	Gehhilfen	92.541.101,29	62,05	1.491.286	146.459	20.070.713,91	9,82	137,04
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	100.085.146,74	300,93	332.590	2.004	123.907,66	0,60	61,83
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma/Laryngektomie	126.004.496,05	3.600,54	34.996	90	7.056,16	0,26	78,40
13	Hörhilfen	1.035.818.944,75	1.332,82	777.162	404.605	499.396.053,37	52,06	1.234,28
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	948.351.743,71	537,97	1.762.849	13.759	284.886,92	0,78	20,71
15	Inkontinenzhilfen	734.427.596,60	297,88	2.465.486	520.329	54.960.397,12	21,10	105,63
16	Kommunikationshilfen	45.186.350,55	2.175,66	20.769	1.864	37.824,75	8,97	20,29
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	594.920.583,13	212,63	2.797.856	890.759	25.125.482,26	31,84	28,21
18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge	686.105.109,31	743,60	922.678	6.036	1.292.935,49	0,65	214,20
19	Krankenpflegeartikel	79.953.517,23	365,24	218.908	1.764	149.518,59	0,81	84,76
20	Lagerungshilfen	6.954.349,31	138,52	50.206	4.051	54.896,37	8,07	13,55
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	718.881.191,46	501,25	1.434.177	40.625	519.334,91	2,83	12,78
22	Mobilitätshilfen	60.153.258,38	709,02	84.840	558	52.364,12	0,66	93,84
23	Orthesen/Schienen	802.001.255,06	252,66	3.174.186	329.556	6.391.629,04	10,38	19,39

Dritter Bericht des GKV-SV über die Entwicklung der Mehrkosten für Hilfsmittelversorgungen

PG Nr.	Produktgruppe Versorgungszeitraum 01.01.2020 bis 31.12.2020	GKV Leistungs- ausgaben in €	GKV Leistungs- ausgaben je Versorgung in €	Anzahl der Versorgungs- fälle	Anzahl der Versorgungs- fälle mit Mehr- kosten	Mehrkosten ge- samt in €	Anteil der Ver- sorgungsfälle mit Mehrkos- ten in %	Durchschnittli- che Mehrkosten je Versor- gungsfall mit Mehrkosten in €
24	Beinprothesen	313.206.274,60	2.113,49	148.194	40.212	5.106.039,64	27,13	126,98
25	Sehhilfen	93.944.796,38	85,10	1.103.931	376.067	43.362.910,12	34,07	115,31
26	Sitzhilfen	94.767.961,14	1.641,43	57.735	553	31.282,42	0,96	56,57
27	Nicht besetzt (vorher: Sprechhilfen)	1.224.226,68	1.372,45	892	13	538,06	1,46	41,39
28	Stehhilfen	17.533.836,24	2.186,81	8.018	29	4.742,53	0,36	163,54
29	Stomaartikel	365.922.314,84	1.955,97	187.080	2.167	96.844,52	1,16	44,69
31	Schuhe	343.300.211,95	480,62	714.286	15.014	448.880,06	2,10	29,90
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	71.963.534,51	486,61	147.888	748	8.593,27	0,51	11,49
33	Toilettenhilfen	34.450.217,59	103,86	331.697	4.490	216.539,19	1,35	48,23
34	Haarersatz	13.939.525,76	402,57	34.626	8.873	1.909.114,89	25,63	215,16
35	Epithesen	8.967.177,89	2.330,35	3.848	10	127,39	0,26	12,74
36	Augenprothesen	13.797.811,43	615,26	22.426	430	22.486,39	1,92	52,29
37	Brustprothesen	18.812.210,24	180,54	104.200	52.839	2.219.095,73	50,71	42,00
38	Armprothesen	11.756.211,12	12.627,51	931	4	15,00	0,43	3,75
99	Verschiedenes	36.597.451,10	282,54	129.529	1.547	83.500,78	1,19	53,98
		9.005.263.951,62	320,97	28.056.766	5.658.705	746.185.032,18	20,17	131,86

Tabelle 4: Leistungsausgaben, Fallzahlen, Mehrkosten im Überblick

Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten in Prozent (Ranking)					
Berichtsjahr 2019			Berichtsjahr 2020		
Rg	Anteil	Produktgruppe	Rg	Anteil	Produktgruppe
1	52,91	08 Einlagen	1	52,84	08 Einlagen
2	52,36	13 Hörhilfen	2	52,06	13 Hörhilfen
3	42,73	37 Brustprothesen	3	50,71	37 Brustprothesen
4	35,21	25 Sehhilfen	4	34,07	25 Sehhilfen
5	34,01	24 Beinprothesen	5	31,84	17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
6	30,96	17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	6	27,13	24 Beinprothesen
7	26,18	34 Haarsersatz	7	25,63	34 Haarsersatz
8	20,53	05 Bandagen	8	22,73	05 Bandagen
9	17,51	15 Inkontinenzhilfen	9	21,10	15 Inkontinenzhilfen
10	9,69	16 Kommunikationshilfen	10	10,38	23 Orthesen/Schienen
11	9,19	23 Orthesen/Schienen	11	9,82	10 Gehhilfen
12	8,92	10 Gehhilfen	12	8,97	16 Kommunikationshilfen
13	6,93	20 Lagerungshilfen	13	8,07	20 Lagerungshilfen
14	6,16	02 Adaptionshilfen	14	6,28	02 Adaptionshilfen
15	5,56	99 Verschiedenes	15	3,44	01 Absauggeräte
16	2,63	21 Messgeräte für Körperzustände/ -funktionen	16	2,83	21 Messgeräte für Körperzustände/ -funktionen
17	2,61	01 Absauggeräte	17	2,10	31 Schuhe
18	1,94	31 Schuhe	18	1,92	36 Augenprothesen
19	1,48	04 Bade- und Duschhilfen	19	1,74	04 Bade- und Duschhilfen
20	0,83	33 Toilettenhilfen	20	1,46	27 Nicht besetzt (vorher: Sprechhilfen)
21	0,80	26 Sitzhilfen	21	1,35	33 Toilettenhilfen
22	0,77	29 Stomaartikel	22	1,19	99 Verschiedenes
23	0,63	38 Armprothesen	23	1,16	29 Stomaartikel
24	0,63	14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte	24	0,96	26 Sitzhilfen
25	0,54	27 - nicht besetzt -	25	0,81	19 Krankenpflegeartikel
26	0,53	03 Applikationshilfen	26	0,78	14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte
27	0,52	19 Krankenpflegeartikel	27	0,74	03 Applikationshilfen
28	0,52	07 Blindenhilfsmittel	28	0,66	22 Mobilitätshilfen
29	0,51	18 Kranken-/Behindertenfahrzeuge	29	0,65	18 Kranken-/Behindertenfahrzeuge
30	0,50	22 Mobilitätshilfen	30	0,63	07 Blindenhilfsmittel
31	0,47	06 Bestrahlungsgeräte	31	0,60	11 Hilfsmittel gegen Dekubitus
32	0,38	11 Hilfsmittel gegen Dekubitus	32	0,51	32 Therapeutische Bewegungsgeräte
33	0,29	35 Epithesen	33	0,43	09 Elektrostimulationsgeräte
34	0,14	28 Stehhilfen	34	0,43	38 Armprothesen
35	0,08	12 Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie	35	0,36	28 Stehhilfen
36	0,06	36 Augenprothesen	36	0,26	12 Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie
37	0,05	09 Elektrostimulationsgeräte	37	0,26	35 Epithesen
38	0,03	32 Therapeutische Bewegungsgeräte	38	0,22	06 Bestrahlungsgeräte

Tabelle 5: Prozentualer Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten 2019 und 2020 im Vergleich

Bei der Höhe der durchschnittlichen Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten ergibt sich für den Berichtszeitraum 2020 folgende Produktgruppenrangfolge.

Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten		
Rang	Ø Mehrkosten	Produktgruppe
1	1.234,28	13 Hörhilfen
2	215,16	34 Haarersatz
3	214,20	18 Kranken-/Behindertenfahrzeuge
4	163,54	28 Stehhilfen
5	137,04	10 Gehhilfen
6	126,98	24 Beinprothesen
7	115,31	25 Sehhilfen
8	105,63	15 Inkontinenzhilfen
9	93,84	22 Mobilitätshilfen
10	84,76	19 Krankenpflegeartikel
11	78,40	12 Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie
12	75,92	07 Blindenhilfsmittel
13	61,83	11 Hilfsmittel gegen Dekubitus
14	56,57	26 Sitzhilfen
15	53,98	99 Verschiedene
16	52,29	36 Augenprothesen
17	48,23	33 Toilettenhilfen
18	47,60	06 Bestrahlungsgeräte
19	44,69	29 Stomaartikel
20	42,00	37 Brustprothesen
21	41,39	27 Nicht besetzt (vorher: Sprechhilfen)
22	39,47	04 Bade- und Duschhilfen
23	32,40	08 Einlagen
24	29,90	31 Schuhe
25	28,21	17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
26	22,04	03 Applikationshilfen
27	20,71	14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte
28	20,29	16 Kommunikationshilfen
29	19,39	23 Orthesen/Schienen
30	19,08	05 Bandagen
31	18,51	02 Adaptionshilfen
32	14,34	01 Absauggeräte
33	13,55	20 Lagerungshilfen
34	12,78	21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen
35	12,74	35 Epithesen
36	11,49	32 Therapeutische Bewegungsgeräte
37	6,91	09 Elektrostimulationsgeräte
38	3,75	38 Armprothesen

Tabelle 6: Durchschnittliche Mehrkostenhöhe je Produktgruppe

Anhang 2: Produktgruppenübersicht

Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V

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 - (vorher: Sprechhilfen)
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	

Anhang 3: Auflistung Krankenkassen

Dem Bericht liegen die Abrechnungsdaten nachfolgender Krankenkassen zugrunde. Für die wertvolle Unterstützung bedankt sich der GKV-Spitzenverband bei ihnen.

- 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
- Bergische KK
- Bertelsmann BKK
- BIG direkt gesund
- BKK Achenbach Buschhütten
- BKK B. BRAUN AESCULAP
- BKK BPW BERGISCHE ACHSEN
- BKK Deutsche Bank AG
- 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 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 PROVITA
- BKK PUBLIC
- BKK RIEKER . RICOSTA . WEISSER
- BKK PwC
- BKK RWE
- BKK SALZGITTER
- BKK SBH
- BKK Stadt Augsburg
- BKK TEXTILGRUPPE HOF
- BKK VDN
- BKK VerbundPlus
- BKK Werra-Meissner
- BKK Wirtschaft und Finanzen
- BKK Würth
- BKK ZF Partner
- BKK24
- BMW BKK
- Bosch BKK
- Daimler BKK
- DAK Gesundheit
- Debeka BKK
- 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
- KRONES BKK
- Merck BKK
- mhplus Betriebskrankenkasse
- Novitas BKK
- Pronova BKK
- R+V-BKK
- Salus BKK

- SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
- SECURVITA Krankenkasse
- SIEMAG BKK
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
- Südzucker BKK
- TUI BKK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- VIACTIV Krankenkasse
- VIVIDA BKK
- WIELAND BKK
- WMF BKK