

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

gemäß § 302 Absatz 5 SGB V

Berichtszeitraum: 01.07.2018 – 31.12.2018



Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
1 Vorbemerkungen.....	4
1.1 Aufgabenstellung	4
1.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen der Hilfsmittelversorgung.....	4
1.3 Regelungen zu Mehrkosten in den Verträgen nach § 127 SGB V.....	5
1.4 Mehrkosten unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten.....	6
2 Datengrundlage	7
2.1 Herkunft der verwendeten Daten	7
2.2 Datenaufbereitung/Datenvalidität.....	7
2.3 Ausblick zur zukünftigen Datenqualität	8
3 Ergebnisse.....	9
3.1 Produktgruppe 08 „Einlagen“	12
3.2 Produktgruppe 13 „Hörhilfen“.....	12
3.3 Produktgruppe 37 „Brustprothesen“.....	13
3.4 Produktgruppe 17 „Hilfsmittel zur Kompressionstherapie“	14
3.5 Produktgruppe 24 „Beinprothesen“	16
3.6 Produktgruppe 34 „Haarersatz“	16
3.7 Produktgruppe 25 „Sehhilfen“	17
3.8 Produktgruppe 05 „Bandagen“	18
3.9 Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“	18
3.10 Produktgruppe 16 „Kommunikationshilfen“	19
3.11 Produktgruppe 23 „Orthesen Schienen“	19
3.12 Produktgruppe 10 „Gehilfen“	20
3.13 Produktgruppe 20 „Lagerungshilfen“	21
3.14 Produktgruppe 02 „Adaptationshilfen“.....	21
4 Ergebniszusammenfassung.....	23
5 Ausblick.....	25
6 Anhang	27
6.1 Mehrkosten im Überblick	27
6.2 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis	29
6.3 Datengrundlage.....	30

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

bei der Hilfsmittelversorgung ist in der Vergangenheit immer wieder darauf hingewiesen worden, dass Versicherte ungerechtfertigte Mehrkosten leisten müssen; und dies, obwohl doch die mehrkostenfreie Sachleistung der gesetzlich vorgesehene Regelfall sein sollte.

Deshalb war es ein richtiger Schritt, als der Gesetzgeber mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz im April 2017 mehrere Maßnahmen zur Stärkung des Sachleistungsprinzips im Bereich der Hilfsmittelversorgung beschlossen hat. Neben einer Verpflichtung der Leistungserbringer, die Versicherten über ihren Hilfsmittelversorgungsanspruch zu informieren und zu beraten, wurden die Leistungserbringer zudem verpflichtet, etwaige Mehrkosten im Rahmen des Abrechnungsverfahrens anzugeben.

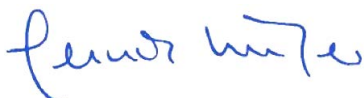
Der GKV-Spitzenverband erhielt in diesem Zusammenhang die Aufgabe, diese Daten in Form eines Berichts kassenartenübergreifend und leistungserbringerneutral auszuwerten, um auf diesem Weg mehr Transparenz über die von den Versicherten geleisteten Mehrkosten zu schaffen. Die Daten sollen zur Gewährleistung des Sachleistungsprinzips und der Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung zur Verfügung stehen.

Über die Gründe für Mehrkostenentscheidungen lassen sich aus den gesammelten Daten allerdings keine Rückschlüsse ziehen. Hier können zukünftig u. a. qualitative Daten, die beispielsweise im Rahmen von Versichertenbefragungen erhoben werden, Aufschluss geben.

Der Bericht zeigt, dass bei sehr vielen Hilfsmittelversorgungen Mehrkostenvereinbarungen keine bzw. keine nennenswerte Rolle spielen und dass das Sachleistungsprinzip nach wie vor die Grundlage der Mehrheit der Hilfsmittelversorgungen bildet. Gerade die oft kontrovers geführten Diskussionen über die Gründe, die zu Mehrkostenvereinbarungen geführt haben können, machen deutlich, dass in einigen Versorgungsbereichen weitergehender Handlungsbedarf besteht.

Und genau diese Versorgungsbereiche werden wir uns, zusammen mit unseren Mitgliedern, genauer anschauen, um die Hilfsmittelversorgung im Rahmen des Sachleistungsprinzips entsprechend weiterzuentwickeln.

Mit freundlichen Grüßen



Gernot Kiefer

1 Vorbemerkungen

1.1 Aufgabenstellung

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) zum 12.04.2017 hat der GKV-Spitzenverband gemäß § 302 Absatz 5 SGB V den Auftrag erhalten, jährlich jeweils zum 30.06. einen nach Produktgruppen differenzierten Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen zu veröffentlichen. Der Bericht informiert ohne Versicherten- oder Einrichtungsbezug insbesondere über die Zahl der abgeschlossenen Mehrkostenvereinbarungen und die durchschnittliche Höhe der mit ihnen verbundenen Mehrkosten der Versicherten.

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 Krankenkasse 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).

Der Gesetzgeber wollte den Versicherten ausdrücklich ermöglichen, Mehrkostenversorgungen zu wählen; dieser Bericht zeigt, in welchen Versorgungsbereichen der Hilfsmittelversorgung davon Gebrauch gemacht wird. Somit ist eine Hilfsmittelversorgung mit Mehrkosten vom Grundsatz her immer als eine vom Versicherten zusätzlich gewünschte Leistung außerhalb des Sachleistungsprinzips und damit auch außerhalb des medizinisch Notwendigen anzusehen. Im Gegensatz zu privaten Wahlleistungen bei stationären Versorgungen (z. B. eine Chef- arztkonsultation) oder der ambulantärztlichen Versorgung (sogenannte IGEL-Leistungen)

handelt es sich bei einer Hilfsmittelversorgung mit Mehrkosten um eine in materieller Hinsicht nicht abtrennbare Leistung.

Voraussetzung für eine rechtskonforme Versorgung nach dem Mehrkostenprinzip ist allerdings eine entsprechende Information und Beratung der Versicherten, damit sichergestellt ist, dass es nicht zu ungerechtfertigten Mehrkostenvereinbarungen kommt.¹

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

Leistungserbringer sind entsprechend der 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 dies zu dokumentieren.

Im Zuge der Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses in den Jahren 2017 und 2018 wurden gemäß § 139 Absatz 2 SGB V in allen Produktgruppen Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen (Dienstleistungsanforderungen) formuliert. Zur Sicherstellung und Stärkung des Sachleistungsprinzips wurde hierbei 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 Versorgungsleistungen mit Mehrkosten darüber hinaus auch zu begründen sind. Diese Anforderungen sind, wie auch die Qualitätsanforderungen an die Produkte selbst, gemäß § 127 SGB V den Verträgen zugrunde zu legen.

Mit diesen Maßnahmen soll sichergestellt werden, dass sich die Versicherten abgewogen und informiert für bzw. gegen eine mehrkostenfreie Versorgung entscheiden können.

¹ Vgl. hierzu Kapitel 5 Ausblick.

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 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. Die technischen Voraussetzungen für die Datenübermittlung wurden durch eine entsprechende Ergänzung der Technischen Anlage 1 (Version 11) nach § 302 SGB V geschaffen.² Die Technische Anlage war ab dem 01.01.2018 anzuwenden.

Für diesen Bericht wurden die Abrechnungsdaten des 3. und 4. Quartals 2018, also die aller Versicherten, die in dem Versorgungszeitraum 01.07.2018 bis 31.12.2018 mindestens eine Hilfsmittelversorgung mit oder ohne Mehrkostenvereinbarung erhalten haben, herangezogen.

Den im Folgenden dargestellten Ergebnissen liegen Abrechnungsdaten von 85 % aller gesetzlich Krankenversicherten zugrunde.³

2.2 Datenaufbereitung/Datenvalidität

Die Versorgungsdaten wurden über den Erhebungszeitraum vom 01.07.2018 bis zum 31.12.2018 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 die folgenden Kennzahlen je Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnis ermittelt:

- Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %
- Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall

Die Angabe der Mehrkosten erfolgt durch die Leistungserbringer (oder deren Abrechnungsdienstleister) im Rahmen der Erfassung der Abrechnungsdaten gemäß § 302 SGB V. 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

² Vgl. https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer.jsp

³ Vgl. Kapitel 6.3 Datengrundlage.

um einen Eigenanteil⁴, der bei bestimmten Hilfsmitteln zu entrichten ist und der in diesen Fällen dem Gebrauchsgegenstandsanteil entspricht, handelt. Es ist nicht auszuschließen, dass in einzelnen Abrechnungen die gesetzliche Zuzahlung oder aber der Eigenanteil der Versicherten fälschlicherweise als Mehrkosten ausgewiesen wurde.

Da die Daten in der Regel manuell erfasst werden, kann es in Einzelfällen zudem zu Fehleingaben kommen. Um diesem Umstand angemessen Rechnung tragen zu können, wurden unter Berücksichtigung vorliegender Erkenntnisse zu derartigen Datensätzen und zur Sicherung der Datenqualität bei den Datenlieferungen der Krankenkassen 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 in diesem Bericht nicht berücksichtigt, da sie offensichtlich auf Eingabefehler bei der Erfassung der Abrechnungsdaten zurückzuführen sind.⁵ Aufgrund dieser Vorgaben wurden 0,01 % der Versorgungsfälle und 5 % der darauf beruhenden Mehrkosten bei den Auswertungen nicht berücksichtigt, um eine Verzerrung der Ergebnisse zu vermeiden.

2.3 Ausblick zur zukünftigen Datenqualität

Ab dem 01.01.2020 erfolgt die Angabe der Mehrkosten gemäß einer Änderung der Technischen Anlage 1 (Version 13) zu den Abrechnungsverfahren gemäß § 302 SGB V über ein Pflichtfeld, sodass in den Folgeberichten von einer noch besseren Datenqualität auszugehen ist.

⁴ Wird ein Hilfsmittel in Verbindung mit einem Gebrauchsgegenstand verwendet, ersetzt es diesen (z. B. orthopädische Schuhe) oder ist in ihm ein solcher enthalten, beschränkt sich die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen auf das eigentliche Hilfsmittel. Den auf den Gebrauchsgegenstand entfallenden Kostenanteil des Gegenstandes haben die Versicherten selbst zu tragen. Bei solchen Produkten wird ein Eigenanteil für den Gebrauchsgegenstandsanteil erhoben. Der GKV-Spitzenverband hat eine Empfehlung zur Höhe der Beträge abgegeben. So wird z. B. für Schuhe für Erwachsene ein Eigenanteil von 76 € in Ansatz gebracht.

⁵ So findet sich beispielsweise bei einer (einzelnen) Bandagenversorgung ein Mehrkostenwert von 79.100 €.

3 Ergebnisse

Im Untersuchungszeitraum (2. Halbjahr 2018) wurden insgesamt rund 14,4 Mio. Hilfsmittelversorgungen mit einem Ausgabenvolumen für die Krankenkassen von ca. 3,7 Mrd. € berücksichtigt. Dies umfasst rund 85 % aller Hilfsmittelversorgungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

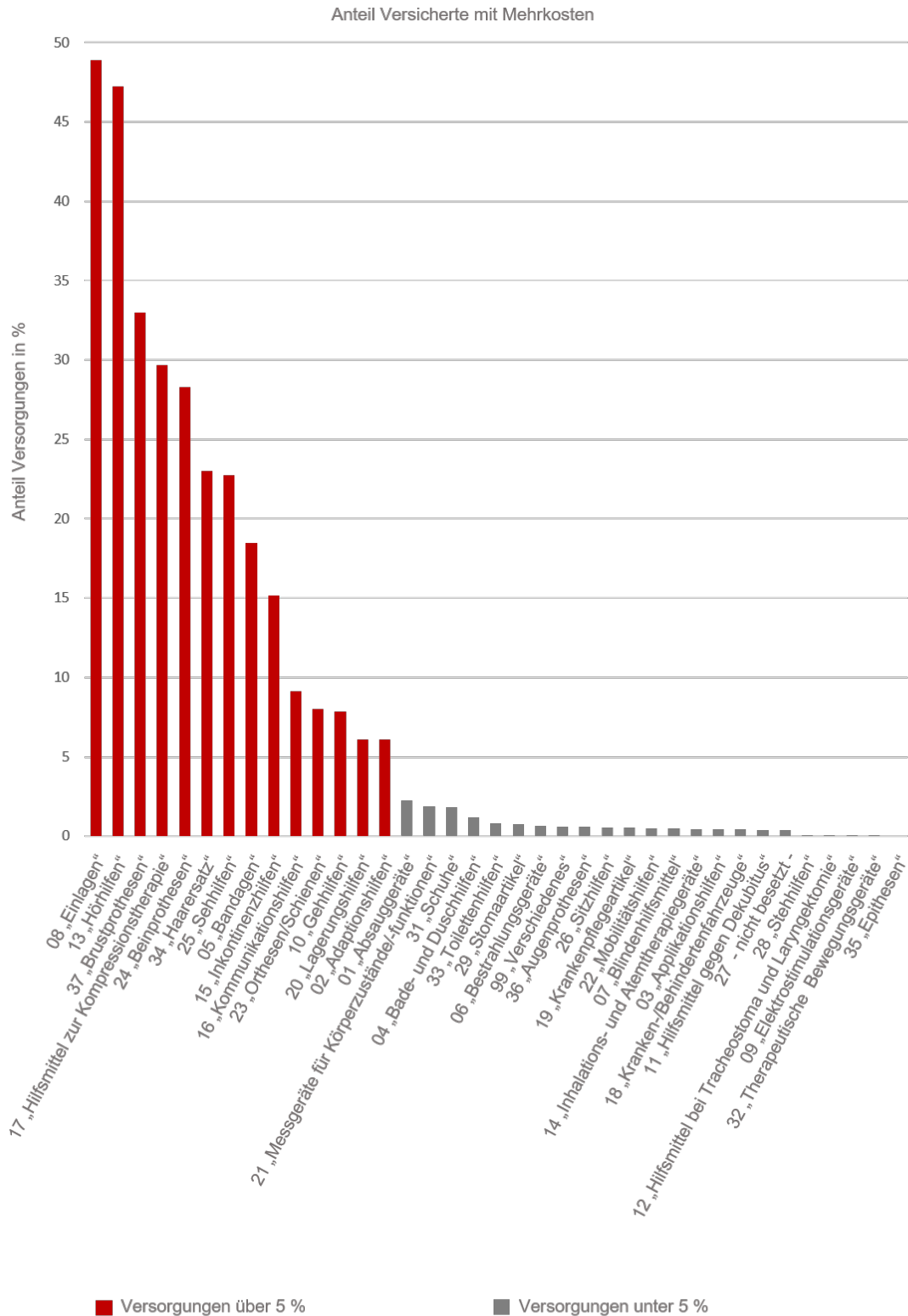
Über alle Produktgruppen wurden bei 2,5 Mio. Hilfsmittelversorgungen Mehrkosten dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von Mehrkostenfällen an allen Hilfsmittelversorgungen von 18 %. Die Summe aller dokumentierten Mehrkosten betrug rund 303 Mio. € und die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten 118 € (vgl. Kapitel 6.1 Mehrkosten im Überblick).

198 Mio. €, also rund 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 44 €.



Insgesamt sind die dokumentierten Mehrkostenfälle und auch die darauf entfallenen Mehrkosten heterogen auf einzelne Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis verteilt.

Die folgende Abbildung zeigt für jede Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses den Anteil der Hilfsmittelversorgungen mit Mehrkostenvereinbarungen.⁶



⁶ Die Produktgruppe 38 „Armprothesen“ wurde im Zuge der Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses neu gebildet. Für den Berichtszeitraum liegen keine Abrechnungsdaten für diese Produktgruppe vor, sodass sie bei den Ergebnisdarstellungen nicht berücksichtigt wird.

Im Folgenden werden die Kennzahlen zu den Mehrkosten bei Produktgruppen mit mindestens 5 % Mehrkostenanteil dargelegt. Dies umfasst 14 von 37 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis (vgl. vorstehende Abbildung). Bei den nachfolgenden Erläuterungen ist zu berücksichtigen, dass dem GKV-Spitzenverband keine empirischen Daten zur Evaluation der Hintergründe, die zur Entstehung von Mehrkosten führen, vorliegen.⁷

Bei der großen Mehrheit der Produktgruppen kommen nahezu bzw. nur in sehr wenigen Fällen Versorgungen mit Mehrkostenvereinbarungen vor.⁸ So werden bei 23 von insgesamt 43 Produktgruppen weniger als 1 % der Versorgungen mit Mehrkostenvereinbarungen dokumentiert. Bei weiteren sechs Produktgruppen liegt der Anteil der Versorgungen mit Mehrkostenvereinbarungen unter 5 %.

In fünf Produktgruppen haben zwischen 5 % und 10 % der Versicherten Mehrkosten geleistet und bei neun Produktgruppen haben sich mehr als 10 % der Versicherten für Versorgungen mit Mehrkosten entschieden. In drei Produktgruppen wurden mehr als 30 % Versorgungen mit Mehrkosten dokumentiert.

⁷ Quantitative und qualitative Daten aus einer Versichertenbefragung liegen dem GKV-Spitzenverband zur Hörhilfenversorgung vor, vgl. hierzu Kapitel 4 Ergebniszusammenfassung.

⁸ Zu den Einzelergebnissen vgl. Kapitel 6.1 Mehrkosten im Überblick.

3.1 Produktgruppe 08 „Einlagen“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall
	240.546.089	107,23	2.243.354	1.101.520	38.132.814	49,10	34,62
Rang	8	31	1	1	2	1	22

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. 2,2 Mio. Versicherte mit Einlagen versorgt, wodurch Einlagen die meistverordneten Hilfsmittel darstellen. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 240 Mio. € Rang 8.

Für 49 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 35 €.

Neben mehrkostenfreien Produkten werden Versicherten auch Einlagen aus besonderen Materialien sowie Einlagenbezüge bzw -decken angeboten, die mit besonderen Absorptionseigenschaften und als „Premiumprodukte“ beworben werden. Auch für besonders dünne Einlagen werden in der Regel Mehrkosten verlangt. Mehrkosten fallen ebenfalls an, wenn über die medizinisch indizierte Einlagenzahl hinaus, weitere Einlagen gewünscht werden bzw. Einlagen für besondere Anwendungsgebiete abgegeben werden, wie besondere Sporteinlagen für Erwachsene, die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen.

Einzelne Leistungserbringer machen mehrkostenfreie Versorgungen auch davon abhängig, welches Abdruckverfahren für die Fertigung der Einlagen verwendet wird (2D-Abdruckverfahren z. B. mittels Blaupapier oder 3D-Abdruckverfahren wie z. B. 3D-Scanverfahren).

3.2 Produktgruppe 13 „Hörhilfen“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall
	447.292.956	1.288,46	347.154	165.060	197.787.319	47,55	1.198,28
Rang	1	6	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. 347.000 Versicherte mit Hörhilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 13 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 447 Mio. € den 1. Rang.

Für 48 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten beträgt bei einer in der Regel beidohrigen Versorgung rund 1.200 €.

Hochpreisige Geräte bieten eine Vielzahl von Features, die nur bedingt mit der Verbesserung des Sprachverstehens einhergehen, wie es gemäß Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherungen vorgegeben ist. Ästhetischen Ansprüchen (Stichwort Miniaturisierung) und den Ansprüchen an den Komfort (wie z. B. Bluetooth-Verbindungen und die Ansteuerung über Smartphone-Apps, automatische Programmwahl, Fernbedienungen, aufladbare Akkus statt Batterien etc.) können mögliche Gründe für Mehrkosten darstellen. Sofern Geräte mit derartigen Features von den Versicherten ausgewählt werden, gehen diese Versorgungen über das Notwendige hinaus. In diesen Fällen stellen die Mehrkostenvereinbarungen, sofern den Versicherten vorab für ihren Einzelfall geeignete mehrkostenfreie Geräte angeboten und ggf. auch angepasst wurden, Versorgungen dar, bei denen im Sinne der Gesetzgebung keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen besteht und daher Mehrkosten durch die Versicherten selbst zu tragen sind.

Verschiedene Leistungserbringer bieten 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.⁹

3.3 Produktgruppe 37 „Brustprothesen“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

⁹ Eine differenzierte Analyse der Hörhilfenversorgung bietet die Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbandes; siehe hierzu Kapitel 4 Ergebniszusammenfassung.

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall
	342.336	145,80	2.348	775	25.337	33,01	32,69
Rang	35	30	33	23	24	3	23

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

Bis zur Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses wurde die Versorgung mit Brustprothesen in der Produktgruppe 24 „Prothesen“ im Teilbereich „Brustprothesen“ geregelt. Im Rahmen der 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 im Untersuchungszeitraum ermittelten Ausgaben und Fallzahlen umfassen nicht die gesamte Anzahl der Brustprothesenversorgungen, da die Abrechnung für Brustprothesen teilweise weiterhin noch unter den nach wie vor gültigen Vertragspositionsnummern auf der Grundlage der Produktgruppe 24 „Prothesen“ (vor Fortschreibung) erfolgt.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 2.300 Versicherte mit Brustprothesen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 33 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 342.000 € Rang 35.

Für 33 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 33 €.

3.4 Produktgruppe 17 „Hilfsmittel zur Kompressionstherapie“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall
	245.875.559	160,19	1.534.888	457.686	10.595.862	29,82	23,15
Rang	7	28	3	2	5	4	27

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

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 1,5 Mio. Versicherte mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 3 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 245. Mio. € Rang 7.

Für 30 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 23 €.

3.5 Produktgruppe 24 „Beinprothesen“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall
	174.002.575	1.101,90	157.911	44.997	3.390.689	28,50	75,35
Rang	11	9	16	9	7	5	13

Die Produktgruppe 24 „Prothesen“ umfasste vor der Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnis 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. Die Produktgruppe 24 „Prothesen“ wurde vor diesem Hintergrund in Produktgruppe 24 „Beinprothesen“ umbenannt und beinhaltet nun ausschließlich Prothesen der unteren Extremitäten.

Die im Untersuchungszeitraum ermittelten produktgruppenbezogenen Ausgaben und Fallzahlen umfassen nicht ausschließlich Beinprothesen, da die Abrechnung insbesondere für Brustprothesen in einigen Fällen weiterhin unter Verwendung der übergangsweise noch gültigen Hilfsmittelpositionsnummern erfolgt.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 158.000 Versicherte mit Beinprothesen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 16 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 174 Mio. € Rang 11.

Für 29 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 75 €.

3.6 Produktgruppe 34 „Haarersatz“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall
	1.485.756	439,96	3.377	777	195.535	23,01	251,65
Rang	32	16	31	22	12	7	2

Die Produktgruppe 34 „Haarersatz“ beinhaltet die Definition, die Beschreibung und die Anforderungen an konfektionierten und individuell gefertigten Haarersatz aus Kunsthaar oder

Echthaar als Vollperücke oder Teilbereichsperücke sowie die Anforderungen an das Zubehör und die Verbrauchsmaterialien.

Im Zuge der Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses wurde die Produktgruppe 34 „Haarersatz“ gebildet. Die im Untersuchungszeitraum ermittelten Ausgaben und Fallzahlen umfassen deshalb nicht die gesamte Anzahl der Haarersatzversorgungen, da die Abrechnung dieser Leistung nicht in allen Fällen gemäß den Positionsnummern der neuen Produktgruppe erfolgt, sondern hierzu die nach wie vor gültigen Vertragspositionsnummern genutzt werden.

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 3.400 Versicherte mit Haarersatz versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 31 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 1,4 Mio. € Rang 32.

Für 23 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 252 €.

3.7 Produktgruppe 25 „Sehhilfen“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben Je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten Je Versorgungsfall
	39.066.337	74,77	522.471	120.227	18.397.733	23,01	153,02
Rang	19	34	10	6	4	6	4

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. 522.000 Versicherte mit Sehhilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 10 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 39 Mio. € Rang 19.

Für 23 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 153 €.

3.8 Produktgruppe 05 „Bandagen“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall
	64.693.217	72,45	892.925	165.637	3.144.025	18,55	18,98
Rang	13	35	6	4	8	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. 893.000 Versicherte mit Bandagen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 6 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 64,7 Mio. € Rang 13.

Für 19 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 19 €.

3.9 Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall
	310.422.209	169,97	1.826.315	284.023	20.493.834	15,55	72,16
Rang	5	26	2	3	3	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. 1,8 Mio. Versicherte mit Inkontinenzhilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 2 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 310,4 Mio. € Rang 5.

Für 16 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 72 €.

3.10 Produktgruppe 16 „Kommunikationshilfen“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall
	19.289.650	2.051,87	9.401	867	25.025	9,22	28,86
Rang	25	3	29	21	25	10	25

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. 9.400 Versicherte mit Kommunikationshilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 29 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 19,2 Mio. € Rang 25.

Für 9 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 29 €.

Die Höhe und die Anzahl der Mehrkostenfälle spricht dafür, dass bei dieser Produktgruppe ggf. auch falsch gebuchte Eigenanteile für Blitzwecker und Babysignalanlagen die Zahl und durchschnittliche Höhe der Mehrkostenfälle beeinflusst haben können. Diese stellen jedoch keine Mehrkosten im Sinne des § 33 SGB V dar.

3.11 Produktgruppe 23 „Orthesen Schienen“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall
	339.744.586	236,14	1.438.752	116.024	2.274.581	8,06	19,60
Rang	2	25	4	7	9	11	29

Orthesen sind funktionsichernde, 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. 1,4 Mio. Versicherte mit Orthesen/Schienen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 4 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 339,7 Mio. € Rang 2.

Für 8 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 20 €.

3.12 Produktgruppe 10 „Gehilfen“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall
	42.022.746	57,81	726.861	57.485	7.484.618	7,91	130,20
Rang	17	37	8	8	6	12	7

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. 727.000 Versicherte mit Gehhilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 8 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 42 Mio. € Rang 17.

Für 7 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 130 €.

3.13 Produktgruppe 20 „Lagerungshilfen“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall
	3.821.491	166,62	22.936	1.403	20.394	6,12	14,54
Rang	31	27	28	18	26	13	34

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. 23.000 Versicherte mit Lagerungshilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 28 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 3,8 Mio. € Rang 31.

Für 6 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 15 €.

3.14 Produktgruppe 02 „Adaptationshilfen“

Produktgruppenspezifische Kennzahlen

	GKV- Leistungs- ausgaben in €	GKV- Leistungsausgaben je Versorgung in €	Versorgungsfälle	Versorgungsfälle mit Mehrkosten	Mehrkosten gesamt in €	Versorgungsfälle mit Mehrkosten in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall
	9.084.118	67,67	134.250	8.146	168.357	6,07	20,67
Rang	28	36	20	11	14	14	28

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

Im Untersuchungszeitraum wurden ca. 134.000 Versicherte mit Adaptionshilfen versorgt, womit diese Produktgruppe bei der Anzahl der Versorgungen Rang 20 einnimmt. Bei den Leistungsausgaben belegt diese Produktgruppe mit 9,1 Mio. € Rang 28.

Für 6 % der Versorgungen dieser Produktgruppe wurden dabei Mehrkosten erfasst. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall beträgt 21 €.

4 Ergebniszusammenfassung

Insgesamt wurden bei rund 18 % der Hilfsmittelversorgungen Mehrkosten für die Versicherten dokumentiert. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass eine Versorgung im Rahmen des Sachleistungsprinzips in 82 % der Versorgungsfälle dem gesetzlich vorgesehenen Regelfall entspricht. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten betrug 118 €; eine Berechnung der durchschnittlichen Mehrkostenhöhe ohne Berücksichtigung der Mehrkosten für Hörgeräteversorgungen ergibt einen Durchschnittswert von 44 €.

Den Gesamtausgaben der Krankenkassen im Untersuchungszeitraum von knapp 3,7 Mrd. € stehen durch die Versicherten getragene Mehrkosten von rund 304 Mio. gegenüber, wovon allein 198 Mio. € auf Hörgeräte entfielen.

Bei der Mehrheit der Produktgruppen kommen nahezu bzw. nur in sehr wenigen Fällen Versicherungen mit Mehrkostenvereinbarungen vor. So werden bei 19 von insgesamt 37 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses weniger als 1 % der Versicherungen mit Mehrkostenvereinbarungen dokumentiert.

In fünf Produktgruppen wurden bei 5 % bis 10 % der Versicherungen Mehrkosten dokumentiert. Bei neun Produktgruppen erfolgten mehr als 10 % der Versicherungen mit Mehrkosten. Für zwei Produktgruppen (08 „Einlagen“ und 13 „Hörhilfen“) waren für rund die Hälfte der Versicherungen Mehrkosten ausgewiesen.

Die Gründe für Mehrkosten und auch den Anteil derjenigen, die Mehrkostenvereinbarungen mit dem Leistungserbringer abschließen, wurden in einer Versichertenbefragung zur Hörhilfenversorgung des GKV-Spitzenverbandes näher untersucht.¹⁰

Hier zeigte sich, dass sowohl bei den mehrkostenfreien als auch bei den Versicherungen mit Mehrkostenvereinbarungen die Zufriedenheit mit dem Hörgerät mit 81 % nahezu gleich hoch war. Auch würden sich Versicherte mit Mehrkostenvereinbarungen zu einem hohen Prozentsatz wieder für eine entsprechende Versorgung entscheiden. Die Befragung ergab u. a., dass Mehrkostenvereinbarungen im Wesentlichen auf das sehr breite und technisch diversifizierte Angebot an Hörgeräten und auch auf die Bereitschaft der Versicherten zurückzuführen sind, für Zusatzfunktionen oder besondere Bauformen einen Mehrkostenbeitrag zu leisten.

¹⁰ Vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_867072.jsp. – Während in beiden Berichten die durchschnittliche Mehrkostenhöhe mit 1.169 € (Versichertenbefragung) bzw. 1.200 € (Mehrkostenbericht) nahezu identisch ist, unterscheiden sich die Berichte in dem Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten, der bei der Versichertenbefragung 70 %, im Mehrkostenbericht 48 % beträgt. Da im Mehrkostenbericht u. a. auch die Kinderversorgung sowie die Versorgung von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit berücksichtigt wird und in diesen Versorgungsbereichen nahezu keine Mehrkosten entstehen, ist der Anteil an Versorgungsfällen mit Mehrkosten geringer.

Wie die Ergebnisse der Versichertenbefragung zur Hörhilfenversorgung zeigen, korreliert u. a. aber auch die Erwartungshaltung der Versicherten maßgeblich mit der Bereitschaft zur Zahlung von sowie mit der Höhe der Mehrkosten.

Die Versichertenbefragung zur Hörhilfenversorgung zeichnet ein differenziertes Bild über die unterschiedlichen Gründe für Mehrkostenvereinbarungen. Ob auch bei anderen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses ähnliche Effekte maßgeblich für Mehrkostenvereinbarungen sind, lässt sich auf Grundlage der Ergebnisse des Mehrkostenberichts nicht beurteilen.

5 Ausblick

Wie dargestellt, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit von Mehrkostenvereinbarungen im Rahmen der Hilfsmittelversorgung ausdrücklich vorgesehen. Wenn Versicherte aufgrund einer informierten und abgewogenen Entscheidung eine Mehrkostenvereinbarung mit Leistungserbringern schließen, kann von einer rechtskonformen Anwendung der gesetzlichen Regelungen ausgegangen werden. Insofern Versicherte jedoch aufgrund einer interessengeleiteten Beratung durch Leistungserbringer dahingehend beeinflusst werden, sich für ein Hilfsmittel zu entscheiden, dass mit Mehrkosten verbunden ist, handelt es sich um ungerechtfertigte Mehrkosten.¹¹

Insofern ergeben sich für alle Akteure im Bereich der Hilfsmittelversorgung entsprechende Aufgabenschwerpunkte bei der Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung und Sicherstellung des Sachleistungsprinzips.

Das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes bietet mit den Qualitätsanforderungen an die Produkte und den Dienstleistungsanforderungen an die Leistungserbringung sowie seiner systematischen Struktur die Grundlage für eine qualitätsgesicherte Versorgung der Versicherten mit den für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeigneten und notwendigen Hilfsmitteln.

Die Krankenkassen bilden im Rahmen ihrer Verträge mit Leistungserbringern durch entsprechende vertragliche Regelungen die Grundlagen für eine am Sachleistungsprinzip ausgerichtete Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer.

Die Leistungserbringer ihrerseits setzen dies im konkreten Versorgungsfall durch eine Beratung der Versicherten und eine auf den Einzelfall bezogene Versorgung um.

Ergänzend hierzu trägt eine umfassende Information der Versicherten über ihre Versorgungsansprüche dazu bei, eine abgewogene und informierte Entscheidung für bzw. gegen eine Versorgung mit Mehrkosten treffen zu können.

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 Versorgungsleistungen 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.).

Um ungerechtfertigten Mehrkostenvereinbarungen entgegen zu wirken, wird der GKV-Spitzenverband im Rahmen von Fortschreibungen prüfen, ob die bisherigen Regelungen im Hilfsmittelverzeichnis zur Sicherstellung des Sachleistungsprinzips ausreichend sind und ggf. geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung treffen.

Mit Blick auf die konkrete Versorgungssituation und unter Berücksichtigung der Zahl der Betroffenen sind die Daten hinsichtlich der Produktgruppen 08 „Einlagen“ und 15 „Inkontinenzhilfen“ gesondert zu betrachten.

Die in diesem Bericht dargestellten Zahlen deuten darauf hin, dass es offenbar noch nicht gelungen ist, das Sachleistungsprinzip in den Versorgungsbereichen der Einlagenversorgung und der Inkontinenzversorgung in dem Umfang durchzusetzen, wie es notwendig und wünschenswert ist. Dies zeigt auch die öffentliche Diskussion im politischen Raum sowie Forderungen von Patientenorganisationen, insbesondere zur Verbesserung der Versorgungsqualität mit Inkontinenzhilfen.

Der GKV-Spitzenverband wird zusammen mit seinen Mitgliedern eine gesonderte und vertiefte Ursachenanalyse durchführen und kurzfristig entsprechende Maßnahmen zur Diskussion stellen.

6 Anhang

6.1 Mehrkosten im Überblick

Versorgungszeitraum 01.07.2018 bis 31.12.2018

Produktgruppe	GKV Leistungs- ausgaben in €	Rang	GKV Leis- tungs- ausgaben je Versor- gung in €	Rang	Versor- gungsfälle	Rang	Versor- gungsfälle mit Mehr- kosten	Rang	Mehrkosten gesamt in €	Rang	Versor- gungs- fälle mit Mehr- kosten in %	Rang	Durch- schnittliche Mehrkosten je Versor- gungsfall	Rang
01 „Absauggeräte“	26.995.470	21	241,53	24	111.767	21	2.537	16	38.240	23	2,27	15	15,07	33
02 „Adaptionshilfen“	9.084.118	28	67,67	36	134.250	20	8.146	11	168.357	14	6,07	14	20,67	28
03 „Applikationshilfen“	251.698.785	6	257,24	23	978.446	5	4.113	13	63.370	17	0,42	30	15,41	32
04 „Bade- und Dusch- hilfen“	41.980.316	18	148,72	29	282.284	14	3.325	15	150.474	15	1,18	18	45,26	17
05 „Bandagen“	64.693.217	13	72,45	35	892.925	6	165.637	4	3.144.025	8	18,55	8	18,98	30
06 „Bestrahlungsgeräte“	357.971	34	279,67	20	1.280	34	8	33	339	33	0,63	22	42,36	19
07 „Blindenhilfsmittel“	8.481.479	29	1.275,22	7	6.651	30	32	30	3.572	30	0,48	27	111,61	8
08 „Einlagen“	240.546.089	8	107,23	31	2.243.354	1	1.101.520	1	38.132.814	2	49,1	1	34,62	22
09 „Elektrostimulati- onsgeräte“	14.498.617	27	79,59	33	182.165	15	66	29	4.326	29	0,04	34	65,55	15
10 „Gehhilfen“	42.022.746	17	57,81	37	726.861	8	57.485	8	7.484.618	6	7,91	12	130,20	7
11 „Hilfsmittel gegen Dekubitus“	42.302.238	16	278,46	21	151.913	18	595	24	46.102	20	0,39	31	77,48	12
12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie“	55.105.376	14	1.975,46	4	27.895	27	12	32	335	34	0,04	35	27,91	26
13 „Hörhilfen“	447.292.956	1	1.288,46	6	347.154	13	165.060	5	197.787.319	1	47,55	2	1.198,28	1
14 „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“	338.498.923	3	449,74	15	752.651	7	3.348	14	108.808	16	0,44	28	32,5	24
15 „Inkontinenzhilfen“	310.422.209	5	169,97	26	1.826.315	2	284.023	3	20.493.834	3	15,55	9	72,16	14
16 „Kommunikations- hilfen“	19.289.650	25	2.051,87	3	9.401	29	867	21	25.025	25	9,22	10	28,86	25
17 „Hilfsmittel zur Kompressionstherapie“	245.875.559	7	160,19	28	1.534.888	3	457.686	2	10.595.862	5	29,82	4	23,15	27
18 „Kranken- /Behindertenfahrzeuge“	320.212.230	4	700,05	12	457.413	11	1.954	17	401.057	10	0,43	29	205,25	3
19 „Krankenpflegearti- kel“	26.754.726	22	363,71	18	73.560	22	410	25	40.586	22	0,56	25	98,99	10
20 „Lagerungshilfen“	3.821.491	31	166,62	27	22.936	28	1.403	18	20.394	26	6,12	13	14,54	34
21 „Messgeräte für Körperzustände/- funktionen“	178.400.083	9	277,87	22	642.031	9	12.345	10	179.474	13	1,92	16	14,54	35
22 „Mobilitätshilfen“	25.419.557	23	629,23	13	40.398	25	196	27	16.671	27	0,49	26	85,06	11
23 „Orthesen/Schienen“	339.744.586	2	236,14	25	1.438.752	4	116.024	7	2.274.581	9	8,06	11	19,60	29
24 „Beinprothesen“	174.002.575	11	1.101,90	9	157.911	16	44.997	9	3.390.689	7	28,50	5	75,35	13
25 „Sehhilfen“	39.066.337	19	74,77	34	522.471	10	120.227	6	18.397.733	4	23,01	6	153,02	4
26 „Sitzhilfen“	44.638.589	15	1.538,15	5	29.021	26	165	28	7.943	28	0,57	24	48,14	16
27 - nicht besetzt ⁻¹²	447.577	33	774,35	11	578	35	2	35	38	35	0,35	32	18,98	31
28 „Stehhilfen“	7.233.497	30	2.160,54	2	3.348	32	4	34	565	32	0,12	33	141,24	6

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 Leistungs- ausgaben in €	Rang	GKV Leis- tungs- ausgaben je Versor- gung in €	Rang	Versor- gungsfälle	Rang	Versor- gungsfälle mit Mehr- kosten	Rang	Mehrkosten gesamt in €	Rang	Versor- gungs- fälle mit Mehr- kosten in %	Rang	Durch- schnittliche Mehrkosten je Versor- gungsfall	Rang
29 „Stomaartikel“	169.316.365	12	1.156,86	8	146.359	19	1.119	20	49.526	19	0,76	20	44,26	18
31 „Schuhe“	177.138.046	10	435,34	17	406.892	12	7.410	12	311.783	11	1,82	17	42,08	20
32 „Therapeutische Bewegungsgeräte“	27.491.295	20	495,76	14	55.453	24	18	31	2.566	31	0,03	36	142,55	5
33 „Toilettenhilfen“	15.393.875	26	100,27	32	153.530	17	1.247	19	50.181	18	0,81	19	40,24	21
34 „Haarersatz“	1.485.756	32	439,96	16	3.377	31	777	22	195.535	12	23,01	7	251,65	2
35 „Epithesen“	286.133	36	4.541,79	1	63	37	0	37	0	37	0	37	0	37
36 „Augenprothesen“	168.287	37	989,92	10	170	36	1	36	2	36	0,59	23	2	36
37 „Brustprothesen“	342.336	35	145,80	30	2.348	33	775	23	25.337	24	33,01	3	32,69	23
99 „Verschiedenes“	23.179.296	24	356,26	19	65.062	23	408	26	44.114	21	0,63	21	108,12	9
	Σ 3.733.688.356		Ø 258,71		Σ 14.431.873		Σ 2.563.942		Σ 303.656.195		Ø 17,77		Ø 118,43	

6.2 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 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 | |

6.3 Datengrundlage

Die Berichtsgrundlage bilden die Abrechnungsdaten folgender Krankenkassen

- 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
- BARMER
- BIG direkt gesund
- DAK Gesundheit
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk Krankenkasse
- IKK Brandenburg und Berlin
- IKK classic
- IKK gesund plus
- IKK Nord
- IKK Südwest
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- KNAPPSCHAFT
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
- Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
- Techniker Krankenkasse (TK)