



BERICHT GEMÄSS § 302 ABSATZ 5 SGB V

Siebter Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgungen mit Hilfsmitteln

Berichtszeitraum: 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024

Impressum

Herausgeber:

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Verantwortlich:

Abteilung Pflege – Referat Hilfsmittel
Telefon 030 206288-3442
hilfsmittel@gkv-spitzenverband.de
Stand: 30. Juni 2025

Alle Abbildungen und Tabellen sind, wenn nicht anders angegeben, eigene Darstellungen.
Quelle ist, sofern nicht anders vermerkt, der GKV-Spitzenverband.
Fotos: Titelbild: [iStock.com/Prostock-Studio](https://www.istock.com/Prostock-Studio)

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Mit dem vorliegenden Mehrkostenbericht erfüllt der GKV-Spitzenverband seine Aufgabe, jährlich bis zum 30. Juni einen nach Produktgruppen differenzierten Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen zu veröffentlichen.

Name und Logo sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Inhalt

Vorwort	5
1 Zielsetzung	6
2 Übersicht der Ergebnisse	7
3 Datenauswertung	9
3.1 Anzahl der Hilfsmittelversorgungsfälle und GKV-Leistungsausgaben für Hilfsmittel	9
3.2 Anteil der Mehrkosten	10
3.3 Fallbezogene Höhe der Mehrkosten	11
3.4 Daten des Berichtsjahres 2024	13
4 Datengrundlage und Methodenkritik	19
4.1 Datengrundlage	19
4.2 Methodenkritik	20
5 Fazit	22
Anhang	24
Anhang I: Erhebungsdaten im Überblick – Berichtszeitraum 2024	24
Anhang II: Krankenkassenliste	26
Anhang III: Einschlägige Rechtsgrundlagen	27

Tabellen- und Diagrammverzeichnis

Tabellen

Tabelle 1:	Mehrkosten 2024 und Prozentualer Anteil der Mehrkostenfälle	13
Tabelle 2:	Kennzahlen und Veränderungsrate der mehrkostenrelevanten Produktgruppen	18
Tabelle 3:	Formen finanzieller Beteiligungen der Versicherten an den Hilfsmittelversorgungen	20

Diagramme

Diagramm 1:	Anzahl der Hilfsmittelversorgungsfälle	9
Diagramm 2:	Leistungsausgaben Hilfsmittel	10
Diagramm 3:	Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten	10
Diagramm 4:	Anteil Leistungsausgaben und Mehrkosten an Gesamtkosten der Versorgung	11
Diagramm 5:	GKV-Ausgaben je Fall und Mehrkosten je Fall	12
Diagramm 6:	Prozentualer Anteil an Mehrkostenfällen von über 10 % innerhalb einer Produktgruppe	15
Diagramm 7:	Anteile Produktgruppen an Mehrkostenfällen	16
Diagramm 8:	Anteile der Mehrkosten je Produktgruppe gemessen an den gesamten Mehrkosten	17

Vorwort



Oliver Blatt
Vorstandsvorsitzender GKV-Spitzenverband

Sehr geehrte Leserinnen, sehr geehrte Leser,

etwa jeder vierte Versicherte braucht mindestens einmal pro Jahr ein Hilfsmittel. Mit zunehmendem Alter steigt dieser Bedarf. Rund 50 Prozent der Hilfsmittelausgaben entfallen auf Versicherte über 65 Jahre. Daher sind die Herausforderungen des demografischen Wandels im Hilfsmittelbereich besonders groß. Auch angesichts der zunehmenden Ambulantisierung sind die Versicherten mehr denn je auf eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig für jeden zugängliche Hilfsmittelversorgung angewiesen.

Vor diesem Hintergrund gewinnt das Thema Mehrkosten für Hilfsmittel in der gesundheitspolitischen Diskussion weiter an Bedeutung. Im Rahmen des für die gesetzliche Krankenversicherung maßgeblichen Sachleistungsprinzips sollen die Versicherten die Leistungen – abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung – ohne eigene Kostenbeteiligung erhalten. Folglich haben die Versicherten einen Anspruch auf eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und mehrkostenfreie Hilfsmittelversorgung. Im Rahmen des Wahlrechts können Versicherte auch über das medizinisch Notwendige hinausgehende Leistungen und Ausstattungen in Anspruch nehmen. Die hierfür anfallenden Mehrkosten sind in einem solidarisch gestalteten System von den Versicherten aber selbst zu tragen.

Der vom GKV-Spitzenverband jährlich zu erstellende Mehrkostenbericht schafft Transparenz über die Entwicklung und die Höhe der Mehrkosten in der Hilfsmittelversorgung, um Einblicke in die Belastung der Versicherten zu geben. Erfreulich ist, dass auch im Berichtsjahr 2024 der größte Teil der Hilfsmittelversorgungen, nämlich ungefähr 80 Prozent, mehrkostenfrei erfolgte. Hierzu tragen auch die fortwährende Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses und das Vertragsmanagement der Krankenkassen bei, wodurch die Versorgungsqualität kontinuierlich verbessert wird und Versichertenrechte gestärkt werden.

Der GKV-Spitzenverband wird sich weiterhin für Regelungen und Maßnahmen einsetzen, um die Versicherten noch wirksamer vor ungerechtfertigten Mehrkosten zu schützen. Der vorliegende Mehrkostenbericht dient auch dazu, Erfordernisse im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und effiziente Hilfsmittelversorgung sowie zur weiteren Stärkung des Sachleistungsprinzips für die neue Regierung sichtbar zu machen.

Wertvolle Erkenntnisse aus dem Bericht und viel Freude beim Lesen wünscht Ihnen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Oliver Blatt'. The signature is fluid and cursive, written over a white background.

Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes

1 Zielsetzung

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben einen Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln. Dabei handelt es sich um Produkte, die im Lebensumfeld der Versicherten eingesetzt werden, um eine Behinderung auszugleichen, dieser vorzubeugen oder den Erfolg einer Krankheitsbehandlung zu sichern. Dazu zählen etwa Hörhilfen, Sehhilfen, Beinprothesen, Inkontinenzhilfen, Stomaartikel, Rollstühle oder Schuheinlagen. Die Versicherten müssen für die von ihnen benötigten Hilfsmittel und die damit verbundenen Dienstleistungen eine gesetzliche Zuzahlung von maximal 10 Euro je Versorgung bzw. bei Verbrauchsartikeln je Monat leisten. Gleichwohl können Versicherte zum Beispiel aus Gründen der Ästhetik oder des Komforts auch eine Ausstattung oder Leistung wählen, die über das medizinisch oder therapeutisch Notwendige hinausgeht. Die dadurch bedingten zusätzlichen Kosten, die sogenannten Mehrkosten, müssen sie in diesem Fall selbst tragen.

Mehrkosten im Hilfsmittelbereich geraten immer wieder ins Blickfeld öffentlicher und politischer Diskussionen, sind sie doch von den Menschen zu leisten, die aufgrund einer zumeist schwerwiegenden Erkrankung oder Behinderung auf eine hochwertige Versorgung angewiesen sind. Daher ist der Gesetzgeber in zahlreichen Reformen dafür eingetreten, dass den Versicherten qualitätsgesicherte Hilfsmittel inklusive der damit verbundenen Dienst- und Beratungsleistungen grundsätzlich kostenfrei zur Verfügung stehen – abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung. Gleichwohl sollen die Versicherten aus persönlichen Gründen auch die Hilfsmittel auswählen können, die ihren individuellen Wünschen gerecht werden, auch wenn sie Merkmale enthalten, die aus medizinischer bzw. therapeutischer Sicht keinen Vorteil bieten. Für diese Mehrleistung müssen die Versicherten in einem solidarisch finanzierten Versorgungssystem jedoch selbst aufkommen.

Primäres Ziel dieses wie auch der vorangegangenen Berichte ist es, Transparenz zu schaffen über den Umfang der in den verschiedenen Produktgruppen abgeschlossenen Mehrkostenvereinbarungen und die durchschnittliche Höhe der damit verbundenen Mehrkosten. Daraus können sich Handlungsfelder beispielsweise für das Vertragsmanagement der Krankenkassen, für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen im Hilfsmittelbereich oder die Fortschreibungen des Hilfsmittelverzeichnisses ergeben. Das Hilfsmittelverzeichnis, das im Berichtszeitraum 39 Produktgruppen umfasste, wird kontinuierlich fortgeschrieben, um die Versorgungen an den anerkannten Stand von Medizin und Technik anzupassen. Dadurch kann die Zufriedenheit der Versicherten bei der Versorgung mit mehrkostenfreien Produkten noch weiter verbessert werden.

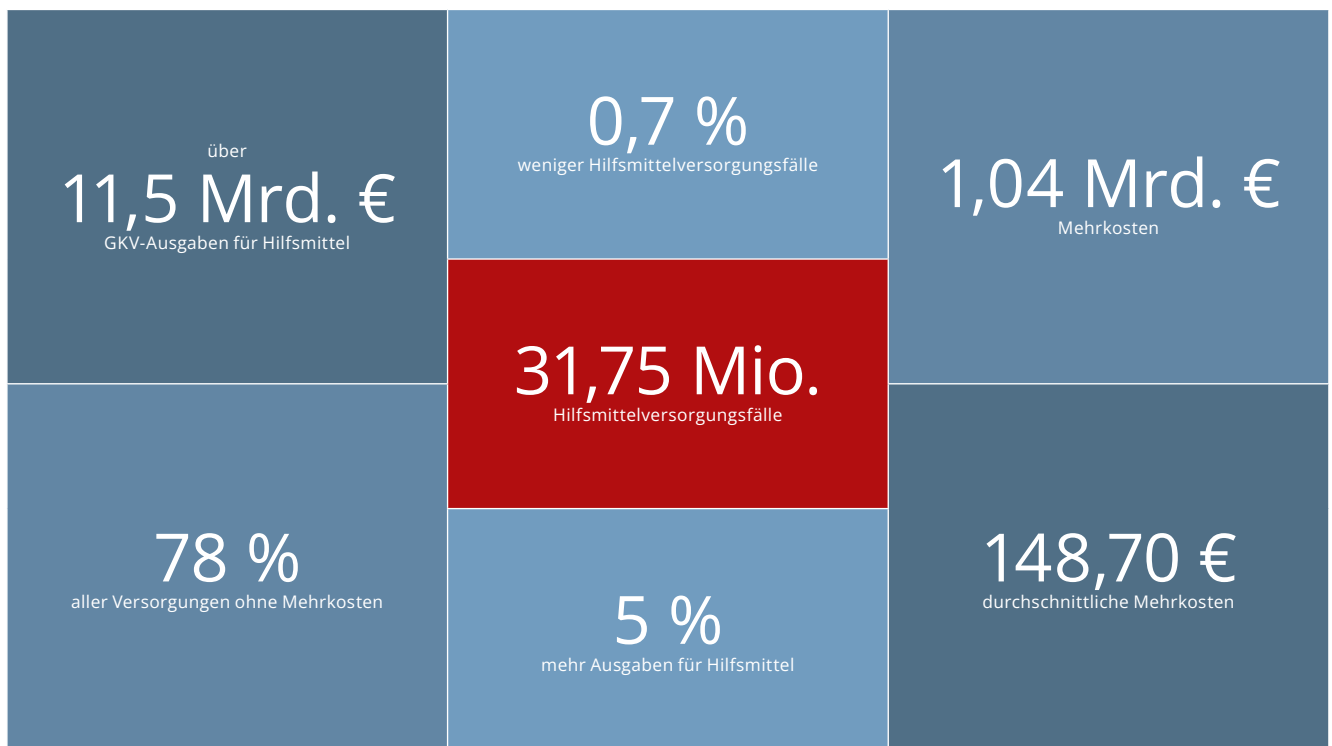
Die Leistungserbringenden von Hilfsmitteln sind gesetzlich verpflichtet, die Höhe der von den Versicherten geleisteten Mehrkosten bei der Abrechnung mit den Krankenkassen anzugeben. Die auf dieser Basis verfügbaren Daten werden alljährlich vom GKV-Spitzenverband in einem Mehrkostenbericht zusammengeführt und unter verschiedenen Aspekten beleuchtet. Die Gründe für Mehrkosten lassen sich jedoch nicht anhand der dem Bericht zugrunde liegenden Daten ermitteln. Anhand der Mehrkostenhöhe und der Anzahl der Mehrkostenversorgungen in einem Hilfsmittelbereich allein kann nicht festgestellt werden, ob es sich im Einzelnen um gerechtfertigte oder ungerechtfertigte Mehrkosten handelt.

2 Übersicht der Ergebnisse

Gegenwärtig werden in Deutschland rund 74,6 Millionen Versicherte von den gesetzlichen Krankenkassen versorgt – das entspricht rund 90 Prozent der Bevölkerung. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Datenerhebung nach § 302 SGB V wiedergegeben. Für den Berichtszeitraum 2024 wurden von den gesetzlichen Krankenkassen annähernd 31,75 Millionen Versorgungsfälle gemeldet, in denen Versicherte mit einem Hilfsmittel mit oder ohne Mehrkosten versorgt wurden. Dies entspricht in etwa dem Vorjahresniveau von 2023. Im Jahr 2024 wurden 0,4 Millionen mehr Mehrkostenfälle als im Vorjahr 2023 gemeldet. Mehrkosten fielen im Jahr 2024 bei rund 7 Millionen Hilfsmittelversorgungsfällen und damit bei 21,97 Prozent aller Hilfsmittelversorgungsfällen an. Der Anteil an Mehrkostenfällen ist im Vergleich zum Vorjahr um 1,42 Prozentpunkte gestiegen (2023: 20,55 Prozent, 6,6 Millionen Mehrkostenfälle).

Aus den für den Mehrkostenbericht erhobenen Daten ergeben sich für den Berichtszeitraum 2024 Gesamtausgaben der GKV für Hilfsmittel von über 11,5 Milliarden Euro im Vergleich zu annähernd 11 Milliarden Euro im Jahr 2023. Dies entspricht einer Ausgabensteigerung von rund 5 Prozent. Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen haben sich pro Versorgungsfall somit um etwa 20 Euro erhöht.

Diesen Leistungsausgaben stehen die von den Versicherten übernommenen Mehrkosten in Höhe von rund 1,04 Milliarden Euro gegenüber. Die Steigerung der Mehrkosten gegenüber dem Vorjahr beträgt knapp 5,6 Prozent (2023: 0,98 Milliarden Euro). Trotz des Anstiegs der gesamten Mehrkosten fielen die durchschnittlichen Mehrkosten pro Mehrkostenfall im Berichtszeitraum um 0,79 Euro geringer aus als im Vorjahreszeitraum (2023: 149,49 Euro; 2024: 148,70 Euro).



Der weitaus überwiegende Teil der Hilfsmittelversorgungen erfolgt mehrkostenfrei. Insgesamt wurden bei rund 78 Prozent der Versorgungsfälle keine Mehrkosten geleistet. Im Vorjahr 2023 lag dieser Wert bei 79,5 Prozent. Der prozentuale Anteil der mehrkostenfreien Versorgungen ist seit Erhebung der Daten im Jahr 2019 relativ konstant geblieben.

Bei der Mehrheit der Produktgruppen kommen nahezu keine beziehungsweise kaum Versorgungen mit Mehrkosten vor. Ein erhöhtes Aufkommen von Mehrkostenversorgungen ist insbesondere bei den Produktgruppen 37 „Brustprothesen“, 08 „Einlagen“, 13 „Hörhilfen“, 25 „Sehhilfen“, 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie“ und 34 „Haarersatz“ sowie bei den Produktgruppen 05 „Bandagen“, 15 „Inkontinenzhilfen“, 10 „Gehhilfen“ und 23 „Orthesen/Schienen“ zu beobachten.

Die ermittelten Kennzahlen zeigen, dass die mehrkostenfreie Versorgung weiterhin den Regelfall darstellt und die Krankenkassen ihrem Versorgungsauftrag insbesondere hinsichtlich der Sicherstellung des Sachleistungsprinzips gerecht werden.

Die wichtigsten Ergebnisse des siebten Mehrkostenberichts lassen sich für den Berichtszeitraum 2024 wie folgt zusammenfassen:

-
1. Die Leistungsausgaben der GKV für Hilfsmittel sind im Vergleich zum Vorjahr um rund 5 Prozent gestiegen. Die Leistungsausgaben pro Fall sind um 20 Euro auf somit 364 Euro gestiegen.
-
2. Die durchschnittlichen Mehrkosten pro Mehrkostenfall betragen 148,70 Euro und sind im Vergleich zum Jahr 2023 um 0,79 Euro gesunken.
-
3. Der Anteil mehrkostenfreier Versorgungen bewegt sich seit sechs Jahren konstant bei annähernd 80 Prozent, im Berichtszeitraum 2024 lag er bei 78 Prozent.
-
4. Bei 26 von den insgesamt 39 Produktgruppen wurden in weniger als 5 Prozent der Versorgungsfälle Mehrkosten von den Versicherten getätigt. Bei 17 Produktgruppen lag dieser Mehrkostenanteil innerhalb der jeweiligen Produktgruppe sogar unter 1 Prozent.
-
5. 96 Prozent aller Mehrkostenfälle verteilen sich auf lediglich 8 Produktgruppen. Der Anteil pro Produktgruppe an allen Mehrkostenfällen betrug im Jahr 2024:
 - 08 – Einlagen: 38 Prozent
 - 17 – Hilfsmittel zur Kompressionstherapie: 15 Prozent
 - 15 – Inkontinenzhilfen: 11 Prozent
 - 05 – Bandagen: 9 Prozent
 - 25 – Sehhilfen: 7 Prozent
 - 23 – Orthesen/Schienen: 7 Prozent
 - 13 – Hörhilfen: 6 Prozent
 - 10 – Gehhilfen: 3 Prozent
 - restliche 31 Produktgruppen: 4 Prozent
-

3 Datenauswertung

3.1 Anzahl der Hilfsmittelversorgungsfälle und GKV-Leistungsausgaben für Hilfsmittel

Die von den Krankenkassen für das Berichtsjahr 2024 gelieferten Daten wurden zusammengeführt und sind differenziert nach Produktgruppen im Anhang I vollständig aufgeführt.

Die für den Untersuchungszeitraum (01.01.2024–31.12.2024) des diesjährigen Mehrkostenberichts erhobenen Daten beziehen sich auf mehr als 31,7 Millionen Versorgungsfälle, in denen Versicherte eine Versorgung mit einem Hilfsmittel (mit oder ohne Mehrkosten) erhalten haben. Aus den erhobenen Daten ergibt sich für die Krankenkassen ein Ausgabenvolumen von über 11,5 Milliarden Euro. Es sei darauf hingewiesen, dass geringfügige Abweichungen zur amtlichen Statistik (KV 45 bzw. KJ 1) insbesondere auf unterschiedliche Erhebungszeitpunkte der Daten zurückzuführen sind.

Diagramm 1: Anzahl der Hilfsmittelversorgungsfälle

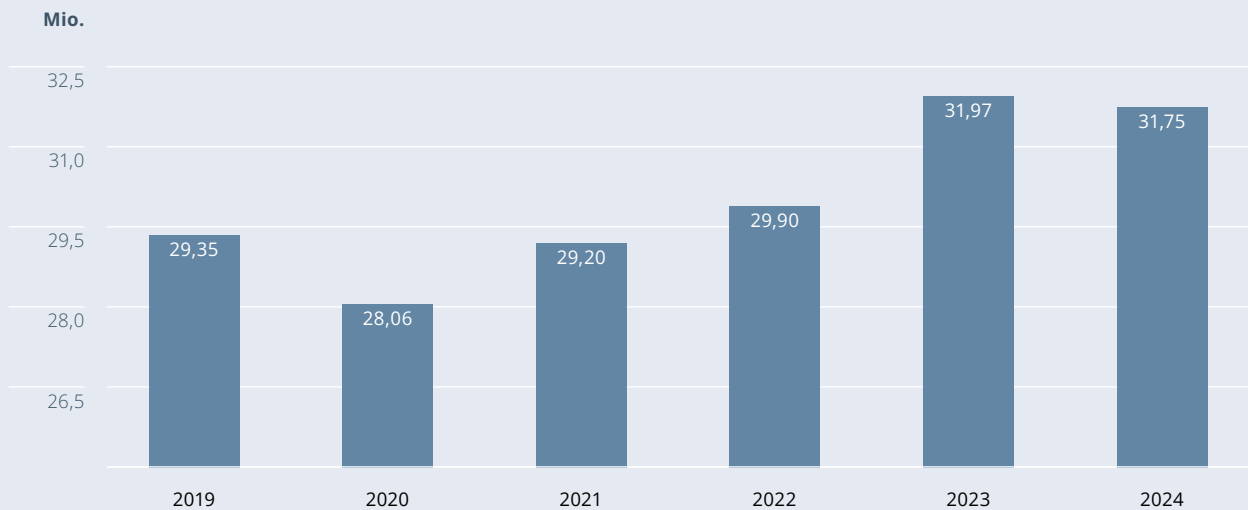
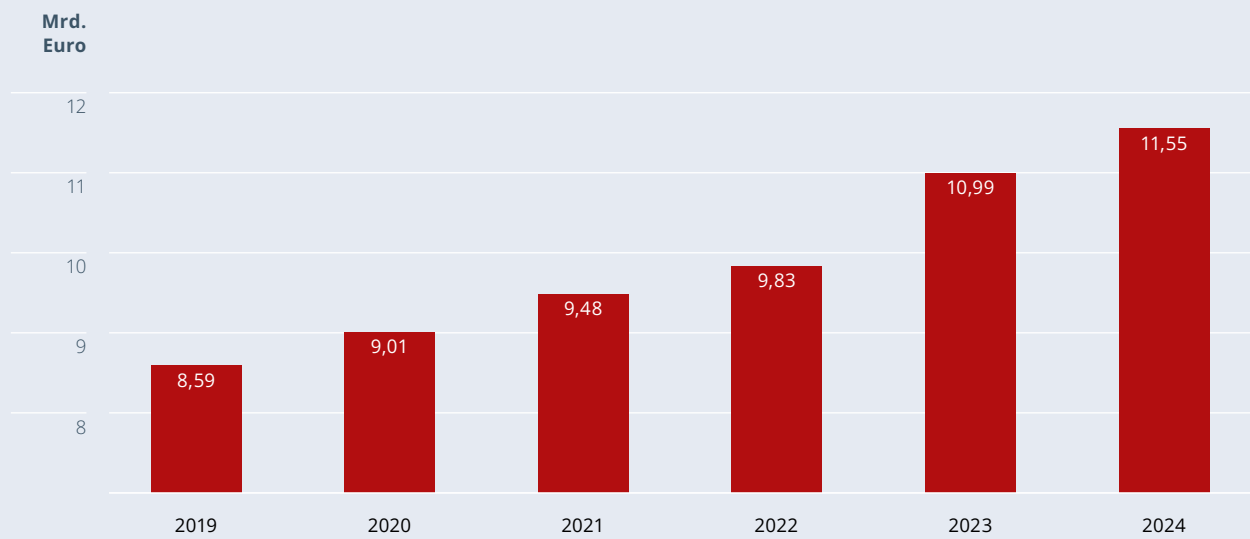
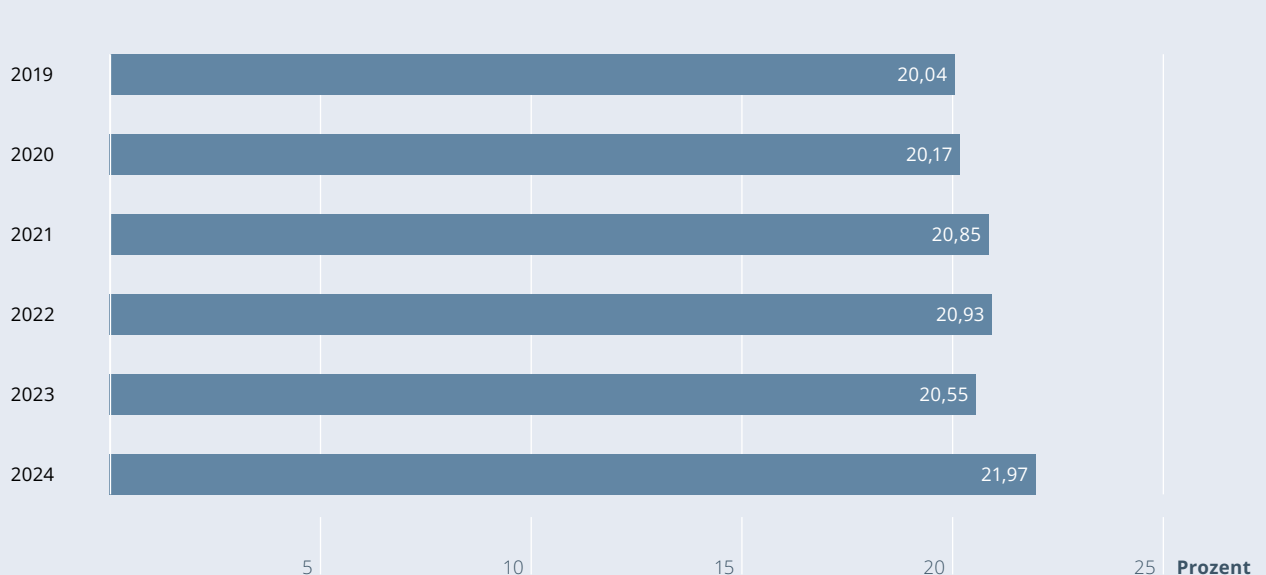


Diagramm 2: Leistungsausgaben Hilfsmittel

3.2 Anteil der Mehrkosten

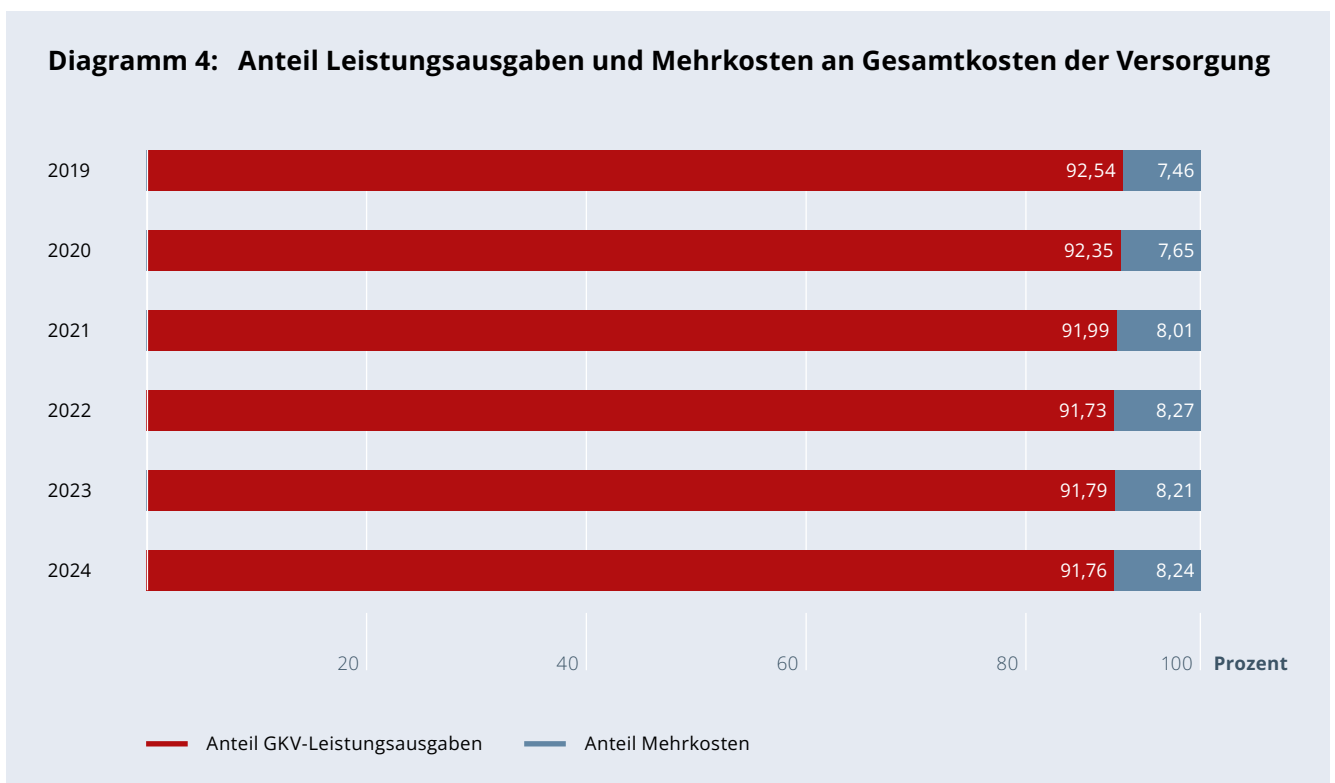
Der Anteil der Versicherten, die sich für eine Versorgung mit Mehrkosten entschieden haben, ist seit 2019 nahezu gleich geblieben. Von 2019 bis 2024 ergibt sich hier eine Erhöhung von 20,04 Prozent auf 21,97 Prozent (Diagramm 3); im Vergleich zum Vorjahr lässt sich für das Berichtsjahr 2023 ein Anstieg von 1,42 Prozentpunkte beobachten. Allerdings ist auch zu berücksichtigen, dass der Anteil 2023 im Vergleich zu 2022 gesunken war.

Diagramm 3: Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten

Im Ergebnis setzt sich der in den letzten Mehrkostenberichten abzeichnende Trend auch für 2024 fort: Vier von fünf Hilfsmittelversorgungen erfolgen nach wie vor mehrkostenfrei. Die gesetzlichen Krankenkassen stellen weiterhin sicher, dass die große Mehrheit der Versicherten trotz kontinuierlich wachsender Leistungsausgaben eine mehrkostenfreie Versorgung erhalten kann. Bei konstant einem Fünftel der Versorgungen nutzen die Versicherten demgegenüber die vom Gesetzgeber explizit vorgesehene Möglichkeit, eine über das medizinisch Notwendige hinausgehende Versorgung mit Mehrkosten zu wählen.

Der Anteil der Mehrkostenfälle ist gegenüber dem Vorjahresbericht leicht gestiegen.

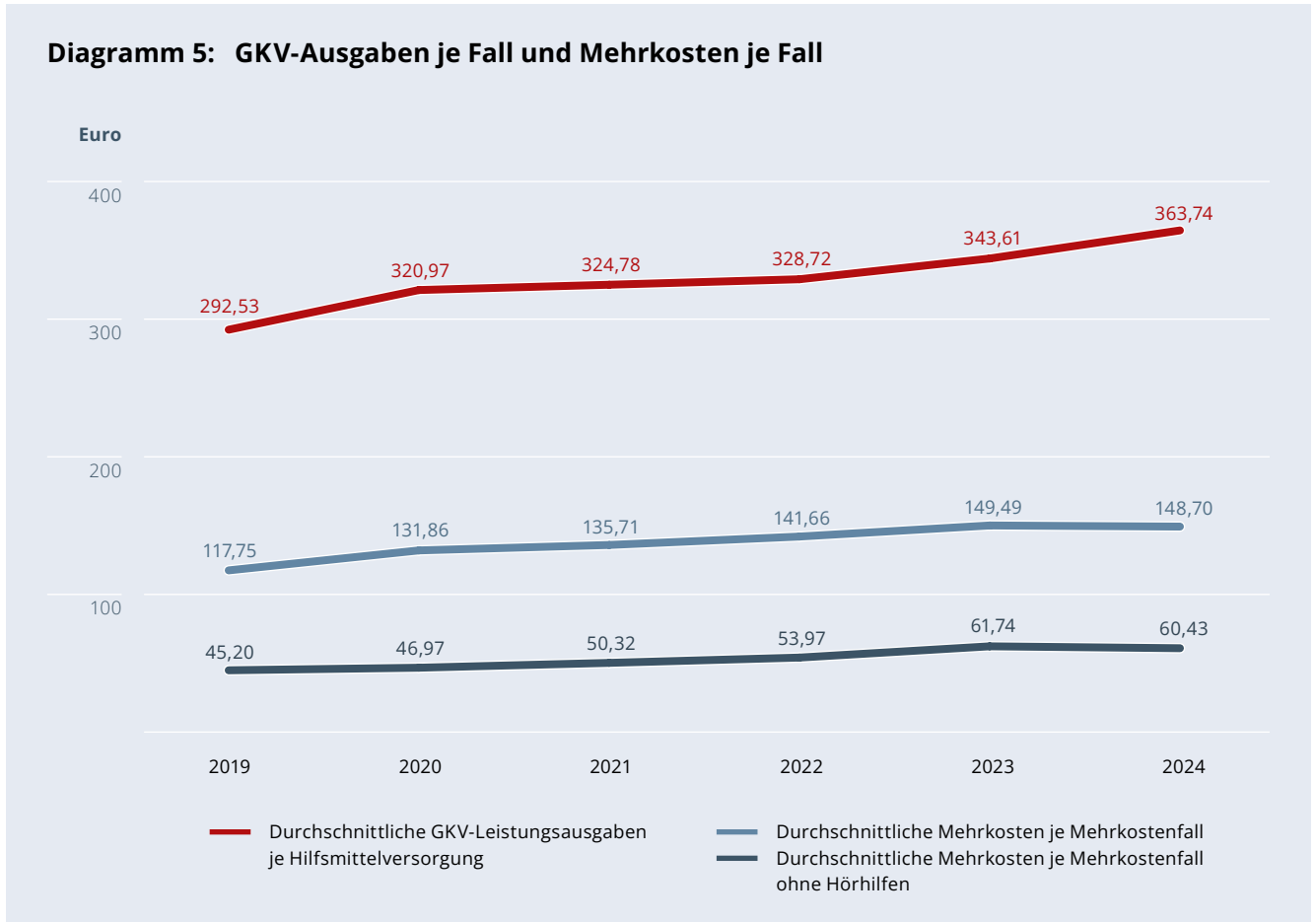
Die relativen Anteile der GKV-Leistungsausgaben und der Mehrkosten gemessen an den Gesamtkosten der Versorgungen sind im Zeitverlauf recht konstant (Diagramm 4). Im Jahr 2024 betrug der Anteil der Mehrkosten an den Gesamtkosten 8,24 Prozent, ein Jahr zuvor waren es 8,21 Prozent.



3.3 Fallbezogene Höhe der Mehrkosten

Im aktuellen Berichtszeitraum betrug die Summe aller dokumentierten Mehrkosten rund 1,04 Milliarden Euro und fällt damit um rund 55 Millionen Euro höher aus als im Berichtsjahr 2023. Damit die Ergebnisse nicht durch Mengeneffekte verzerrt werden, werden nachstehend auch die durchschnittliche Höhe der Leistungsausgaben je Versorgungsfall sowie die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten (Mehrkostenfall) dargestellt. Aufgrund der größeren Varianz der Mehrkosten bei den Hörhilfen wird auch die Entwicklung der Mehrkostenhöhe ohne Berücksichtigung dieser Produktgruppe aufgezeigt. Im Jahr 2024 betrug die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen je

Hilfsmittelversorgungsfall durchschnittlich 363,74 Euro. Je Mehrkostenfall lagen die Ausgaben durchschnittlich bei 148,70 Euro. Ohne die Produktgruppe der Hörhilfen beliefen sich die durchschnittlichen Ausgaben je Mehrkostenfall auf 60,43 Euro (Diagramm 5).



Im Sechsjahresvergleich zeichnet sich für die durchschnittlichen GKV-Ausgaben je Fall und für die durchschnittlichen Ausgaben je Mehrkostenfall eine ähnliche Entwicklung ab: ein überproportionaler Anstieg der Werte von 2019 zu 2020, ein geringerer Zuwachs von 2020 zu 2021 und ein stärkerer Anstieg von 2022 zu 2023. Im aktuellen Berichtsjahr sind die GKV-Ausgaben allerdings gestiegen, die Ausgaben je Mehrkostenfall hingegen leicht gesunken.

Im Gegensatz zum Anstieg der durchschnittlichen GKV-Ausgaben sind die durchschnittlichen Mehrkosten im Jahr 2024 leicht rückläufig.

3.4 Daten des Berichtsjahres 2024

Mehrkosten und Anteil der Mehrkostenfälle nach Produktgruppen

Tabelle 1: Mehrkosten 2024 und Prozentualer Anteil der Mehrkostenfälle

Produktgruppe	Mehrkosten gesamt 2024	Ø Mehrkosten 2024 je Versorgungsfall mit Mehrkosten	Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten innerhalb der Produktgruppe
01 Absauggeräte	120.362,76 €	13,75 €	3,80 %
02 Adaptionshilfen	558.009,44 €	21,88 €	7,31 %
03 Applikationshilfen	23.424,23 €	11,08 €	0,43 %
04 Bade- und Duschhilfen	636.913,26 €	47,24 €	1,90 %
05 Bandagen	13.772.562,97 €	22,57 €	27,51 %
06 Bestrahlungsgeräte	699,00 €	19,97 €	0,44 %
07 Blindenhilfsmittel	8.556,13 €	33,29 €	1,36 %
08 Einlagen	106.031.211,38 €	40,30 €	56,08 %
09 Elektrostimulationsgeräte	16.440,85 €	26,31 €	0,08 %
10 Gehhilfen	44.403.036,97 €	183,46 €	14,33 %
11 Hilfsmittel gegen Dekubitus	169.805,89 €	87,80 €	0,55 %
12 Hilfsmittel bei Tracheostoma/ Laryngektomie	1.785,85 €	51,02 €	0,10 %
13 Hörhilfen	640.130.895,81 €	1.575,54 €	42,20 %
14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte	394.259,18 €	21,71 €	0,73 %
15 Inkontinenzhilfen	98.283.794,81 €	126,93 €	29,46 %
16 Kommunikationshilfen	1.842,68 €	19,60 €	0,46 %
17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	32.989.219,99 €	31,44 €	32,83 %
18 Kranken-/Behindertenfahrzeuge	1.973.928,27 €	289,99 €	0,69 %
19 Krankenpflegeartikel	110.354,38 €	102,94 €	0,44 %
20 Lagerungshilfen	77.645,94 €	14,88 €	9,42 %
21 Messgeräte für Körperzustände/ funktionen	661.530,73 €	15,51 €	3,79 %

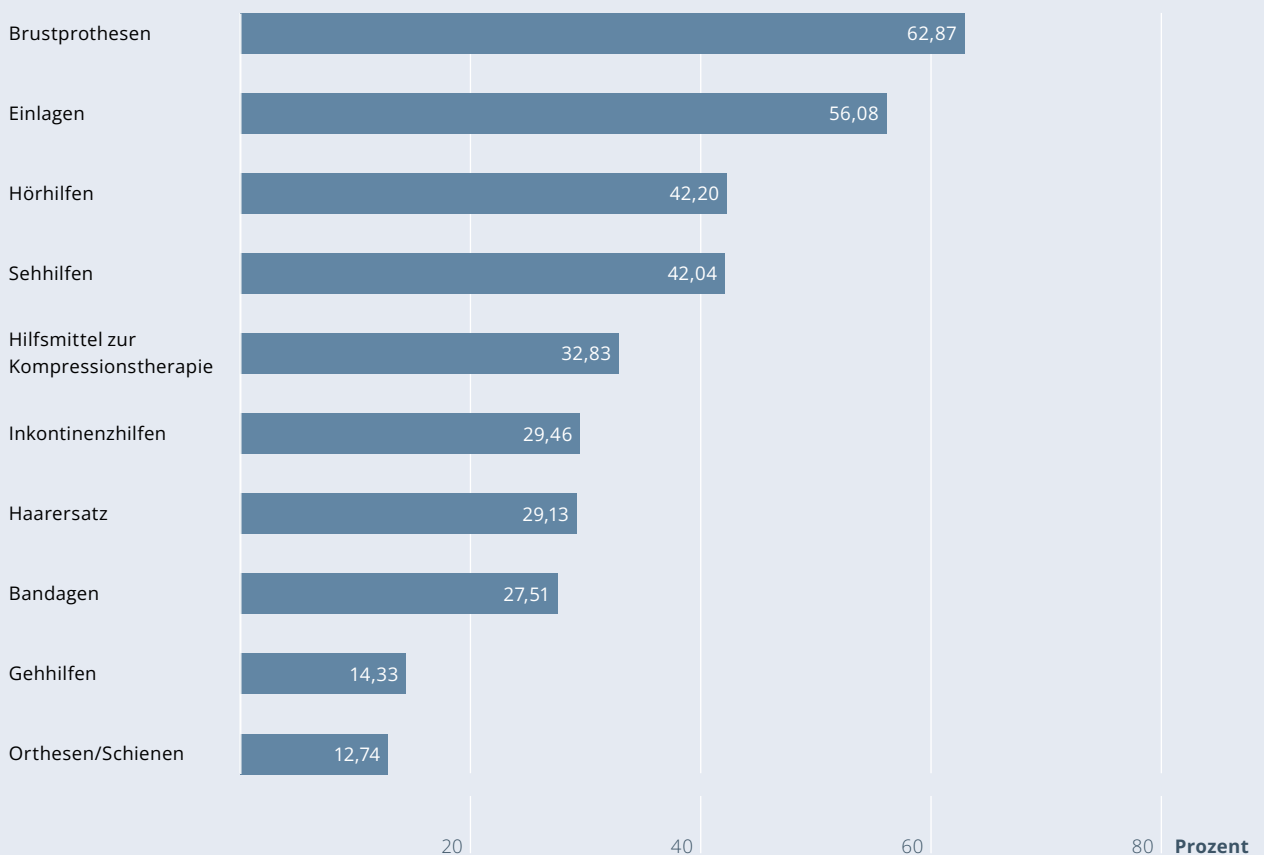
Produktgruppe	Mehrkosten gesamt 2024	Ø Mehrkosten 2024 je Versorgungsfall mit Mehrkosten	Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten innerhalb der Produktgruppe
22 Mobilitätshilfen	43.627,48 €	97,17 €	0,52 %
23 Orthesen/Schienen	10.460.235,47 €	22,75 €	12,74 %
24 Beinprothesen	240.429,34 €	69,71 €	7,18 %
25 Sehhilfen	72.425.610,07 €	142,94 €	42,04 %
26 Sitzhilfen	33.280,60 €	35,03 €	1,36 %
27 Sprechhilfen	120,03 €	30,01 €	0,35 %
28 Stehhilfen	1.110,09 €	74,01 €	0,19 %
29 Stomaartikel	92.597,24 €	42,71 €	1,18 %
30 Hilfsmittel zum Glukosemanagement	206.695,79 €	9,12 €	1,39 %
31 Schuhe	599.582,44 €	37,57 €	2,43 %
32 Therapeutische Bewegungsgeräte	2.262,24 €	17,81 €	0,06 %
33 Toilettenhilfen	247.289,19 €	39,25 €	1,68 %
34 Haarersatz	7.663.053,06 €	274,77 €	29,13 %
35 Epithesen	20,15 €	10,08 €	0,08 %
36 Augenprothesen	3.484,88 €	497,84 €	0,03 %
37 Brustprothesen	4.566.214,66 €	52,80 €	62,87 %
38 Armprothesen	1.223,07 €	305,77 €	0,17 %
99 Verschiedenes	87.949,29 €	96,01 €	0,68 %
Gesamt	Σ 1.037.041.065,61 €	Ø 148,70 €	Ø 21,97 %

Die vorstehende Tabelle 1 liefert für das Berichtsjahr 2024 einen systematischen und detaillierten Überblick über die Mehrkostensituation auf Produktgruppenebene. Wie auch in den Vorjahren auffallend ist das breite Spektrum, das die einzelnen Produktgruppen hinsichtlich der Kennzahlen aufweisen. Die Leistungsausgaben und Mehrkosten der verschiedenen Produktgruppen sind nicht ohne Weiteres vergleichbar, da die Hilfsmittel sehr unterschiedlich sind (Versorgungen über einen längeren Zeitraum, Einmalprodukte usw.) und da die Hintergründe und Motive für die Mehrkostenwahl in Ermangelung entsprechender Daten nicht evaluiert werden können.

Ungeachtet dessen schafft die Auswertung Transparenz darüber, bei welchen Produktgruppen die Versicherten häufiger Mehrkostenvereinbarungen abschließen. In der folgenden Übersicht (Diagramm 6) sind die Produktgruppen mit einem Anteil an Mehrkostenfällen über 10 Prozent innerhalb der jeweiligen Produktgruppe zusammengefasst. Der höchste Anteil an Mehrkostenfällen ist mit 63 Prozent bei der

Produktgruppe 37 „Brustprothesen“ zu verorten. Gleichwohl stellt die Produktgruppe 37 einen Sonderfall dar, als in den hierfür angegebenen Mehrkosten auch die Selbstbehalte der Versicherten für den Gebrauchsgegenstandsanteil von Prothesen-BHs oder einer anderen Prothesen-Fixierung enthalten sind. Es ist zu beachten, dass unter anderem bei Versorgungen mit einem Prothesen-BH oder einem Prothesen-Badeanzug von den Versicherten ein Eigenanteil¹ zu entrichten ist. Zu den Produktgruppen mit den höchsten Anteilen an Mehrkostenfällen gehören ferner die Einlagen – hier wird bei über der Hälfte der Fälle eine Versorgung mit Mehrkosten gewählt – und die Hör- und Sehhilfen – hier bei mehr als 42 Prozent der Fälle.

Diagramm 6: Prozentualer Anteil an Mehrkostenfällen von über 10 % innerhalb einer Produktgruppe



Verteilung der Versorgungsfälle mit Mehrkosten und der geleisteten Mehrkosten

Die Darstellung der Mehrkostensituation in den einzelnen Produktgruppen hat hinsichtlich der Belastung der Versicherten wenig Aussagekraft. Daher wird im Folgenden das Augenmerk auf Produktgruppen mit einem besonders großen Anteil an den Versorgungsfällen mit Mehrkosten bzw. an den insgesamt geleisteten Mehrkosten gelegt. Auf diese Weise wird aufgezeigt, welche Produktgruppen für die Mehrkostensituation von Bedeutung sind. Ein Großteil der Produktgruppen kann bei dieser Betrachtung

¹ Der hohe Mehrkostenanteil ist bei dieser Produktgruppe insofern ggf. auch auf nicht korrekt ausgewiesene Mehrkostenangaben in den Abrechnungsdaten zurückzuführen. Siehe Kapitel 2 „Datengrundlage und Methodenkritik“ des vorliegenden Berichts.

aufgrund eines geringen Mehrkostenanteils und demzufolge wenigen Versorgungsfällen mit Mehrkosten vernachlässigt werden.

Im Berichtszeitraum weisen 27 von den insgesamt 39 Produktgruppen einen Anteil an Mehrkostenvereinbarungen von unter 5 Prozent auf. Dies bedeutet, dass mehr als 95 Prozent der Versicherten in diesen Bereichen mehrkostenfrei versorgt wurden und mit mehrkostenfreien Hilfsmittelangeboten zufrieden waren. Für den Berichtszeitraum 2024 zeigt sich weiterhin, dass der Anteil an Mehrkostenvereinbarungen bei 17 Produktgruppen sogar unter 1 Prozent lag und dass bei ihnen demnach für 99 Prozent der Versorgungsfälle keine Mehrkosten gemeldet wurden.

Um demgegenüber zu ermitteln, welche Produktgruppen für die Mehrkostenthematik insbesondere bedeutsam sind, werden in einem ersten Schritt die gesamten Mehrkostenfälle des Jahres 2024 näher betrachtet. Demgemäß zeigt die folgende Abbildung, auf welche Produktgruppen und in welchem Verhältnis sich alle erhobenen Versorgungsfälle mit Mehrkosten hauptsächlich verteilen.

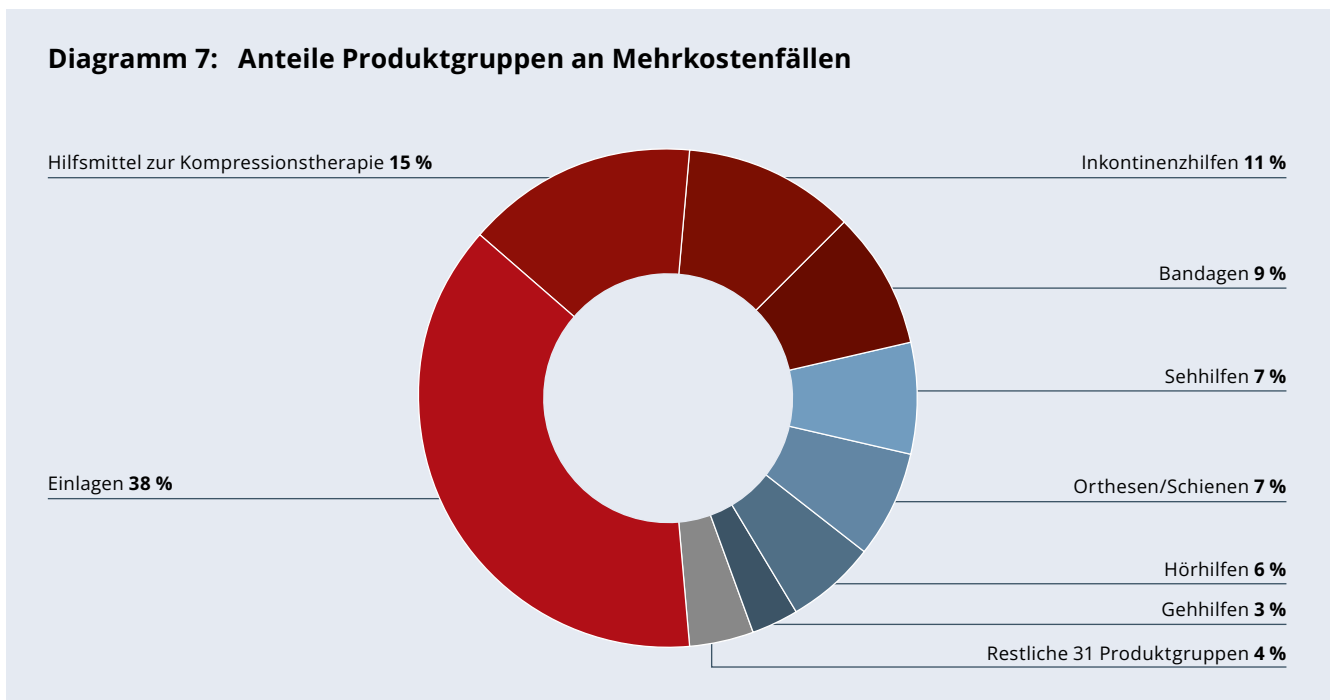


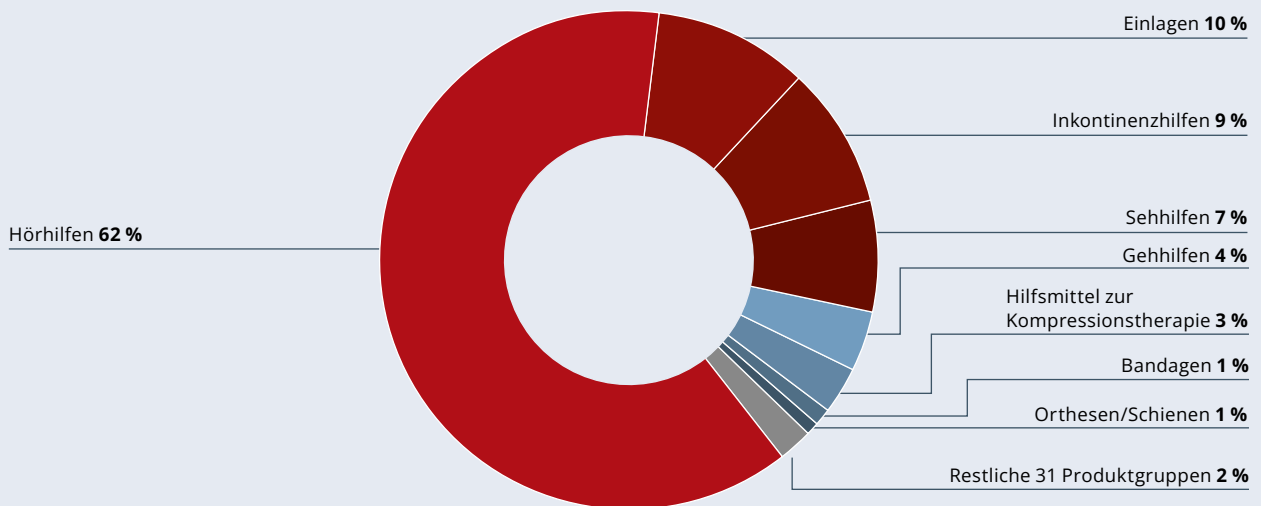
Diagramm 7 verdeutlicht, dass sich 96 Prozent der Versorgungsfälle mit Mehrkosten auf lediglich acht Produktgruppen verteilen; der Rest auf die verbleibenden 31 Produktgruppen (4 %). Über ein Drittel der gesamten Mehrkostenfälle entfällt auf die Einlagen (2,6 Millionen Mehrkostenfälle). Dieser Versorgungsbereich verfügt zum einen über die höchste Anzahl der GKV-Versorgungsfälle (rund 4,7 Millionen) und zum anderen über den zweithöchsten Anteil an Versorgungsfällen mit Mehrkosten innerhalb der Produktgruppe (56 Prozent). Infolgedessen rangiert diese Produktgruppe hinsichtlich der Versorgungsfälle mit Mehrkosten mit Abstand vor allen anderen und weist mehr als doppelt so viele Mehrkostenversorgungsfälle auf als die Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, die hier an zweiter Stelle stehen.

Im Unterschied dazu fallen die Produktgruppen der Brustprothesen und des Haarersatzes unter diesem Gesichtspunkt weniger ins Gewicht und werden in der vorstehenden Abbildung daher auch nicht

visualisiert. Sie weisen zwar alle einen Mehrkostenanteil von über 10 Prozent auf, gehören jedoch zu den Produktgruppen, die grundsätzlich verhältnismäßig wenige Versorgungsfälle zu verzeichnen haben.

Um ein noch differenzierteres Bild davon zu erhalten, welche Produktgruppen für die Mehrkostensituation besonders bedeutsam sind, werden in einem zweiten Schritt die in Summe geleisteten Mehrkosten je Produktgruppe herangezogen. Das nachfolgende Diagramm 8 veranschaulicht die produktgruppenspezifischen Anteile an den insgesamt geleisteten Mehrkosten von rund 1,04 Milliarden Euro.

Diagramm 8: Anteile der Mehrkosten je Produktgruppe gemessen an den gesamten Mehrkosten



Auf die acht Produktgruppen, die zusammen mehr als 96 Prozent aller Versorgungsfälle ausmachen, fallen rund 98 Prozent aller geleisteten Mehrkosten. Annähernd zwei Drittel aller geleisteten Mehrkosten gehen dabei auf die Hörhilfen zurück. Auf diese Produktgruppe entfallen knapp 6 Prozent der Versorgungsfälle mit Mehrkosten. Aufgrund einer durchschnittlichen Mehrkostenhöhe von 1.575,54 Euro wird in diesem Produktbereich ein Großteil der Mehrkosten generiert, welcher damit vor dem Bereich der Einlagen liegt, in welchem durchschnittliche Mehrkosten in Höhe von 40,30 Euro erfasst wurden.

Aufgrund der Bedeutung der in Rede stehenden acht Produktgruppen für die Mehrkostenthematik werden für sie abschließend die Kennzahlen des Berichtsjahres und die Veränderungsrate zum Vorjahr dargestellt.

Tabelle 2: Kennzahlen und Veränderungsrate der mehrkostenrelevanten Produktgruppen

Produktgruppe	Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten 2024	Differenz zum Vorjahr 2023	Ø Mehrkosten 2024 je Versorgungsfall mit Mehrkosten	Absolute Veränderung zum Vorjahr 2023
05 Bandagen	27,51 %	1,27 %	22,57 €	0,77 €
08 Einlagen	56,08 %	1,58 %	40,30 €	1,16 €
10 Gehhilfen	14,33 %	0,74 %	183,46 €	6,44 €
13 Hörhilfen	42,20 %	2,70 %	1.575,54 €	70,49 €
15 Inkontinenzhilfen	29,46 %	4,38 %	126,93 €	-14,37 €
17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	32,83 %	0,17 %	31,44 €	1,33 €
23 Orthesen/Schienen	12,74 %	0,57 %	22,75 €	0,67 €
25 Sehhilfen	42,04 %	2,90 %	142,94 €	-27,77 €

4 Datengrundlage und Methodenkritik

4.1 Datengrundlage

Leistungserbringende müssen den Krankenkassen die gegenüber den Versicherten geltend gemachten Mehrkosten im Sinne von § 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V bei ihren Leistungsabrechnungen mitteilen. Diese Daten werden dem GKV-Spitzenverband von den Krankenkassen für den jährlich zu erstellenden Mehrkostenbericht produktgruppenbezogen² zur Verfügung gestellt (vgl. § 302 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 5 SGB V). In Anlehnung an die gesetzliche Regelung in § 302 Absatz 1 SGB V orientieren sich die Mehrkostenberichte an der Systematik des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V. Auch dem aktuellen Bericht liegen die Abrechnungsdaten von allen gesetzlichen Krankenkassen zugrunde (vgl. Krankenkassenliste im Anhang III). Daher beruhen die in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse auf annähernd vollständigen Abrechnungsdaten für Hilfsmittelversorgungen.

Zum Zwecke der einheitlichen Datenlieferung wird den Krankenkassen jedes Jahr ein Datenmodell zur Verfügung gestellt, auf dessen Grundlage sie für jede Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses insbesondere folgende Daten liefern:

- Leistungsausgaben in Euro gesamt
- Anzahl der erhobenen Versorgungsfälle
- Anzahl der Versorgungsfälle mit Mehrkosten
- Mehrkosten in Euro gesamt

Den Mehrkostenberichten liegen die Abrechnungsdaten der Versicherten zugrunde, die im Berichtszeitraum mindestens eine Hilfsmittelversorgung mit oder ohne Mehrkosten erhalten haben (Versorgungsfall). Im aktuellen Mehrkostenbericht sind dies die Daten über Versorgungsfälle im Versorgungszeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024. Für die Zuordnung der Versorgungsfälle zum Berichtsjahr ist der Tag der Abgabe des Hilfsmittels (Datum der Versorgung) maßgeblich. Bei der mehrfachen Lieferung des gleichen Hilfsmittels im Untersuchungszeitraum – insbesondere bei Verbrauchshilfsmitteln – ist nicht jede einzelne Lieferung als Versorgungsfall anzusehen. Es handelt sich hierbei im Sinne des Mehrkostenberichts um einen einzigen Versorgungsfall. Erhält ein Versicherter hingegen mehrere Versorgungsfälle mit unterschiedlichen Hilfsmitteln, stellen diese Versorgungsfälle jeweils verschiedene Versorgungsfälle dar.

Die Datenlieferung ist aufgrund des hohen Aggregationsgrades anonym und erfolgt, wie gesetzlich vorgegeben, ohne jeglichen Versicherten- und Einrichtungsbezug. Bei dem ersten Mehrkostenbericht 2018 wurden Halbjahresdaten ausgewertet; in allen anderen Berichten umfasst der Berichtszeitraum ein volles Kalenderjahr. Daher beziehen sich vergleichende Darstellungen der Mehrkostenentwicklung in diesem Bericht auf die Mehrkostenberichte ab 2019.³

2 Das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes umfasste im Berichtszeitraum 39 Produktgruppen und als Anlage ein Pflegehilfsmittelverzeichnis. Da für Versorgungsfälle mit Pflegehilfsmitteln keine gesetzliche Verpflichtung der Leistungserbringenden zur Datenlieferung besteht, werden in diesem Bericht ausschließlich die Entwicklungen der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungsfälle mit Hilfsmittelleistungen im Sinne von § 33 SGB V betrachtet. Das Hilfsmittelverzeichnis finden Sie unter: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home>

3 Die Berichte der Vorjahre finden Sie unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/mehrkostenbericht/mehrkostenbericht.jsp>

Damit implausible Daten nicht zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen, werden statistische Ausreißer bei der Datenauswertung nicht berücksichtigt. Als statistische Ausreißer werden Mehrkostenangaben von über 1.000 Euro je Versorgungsfall bzw. bei Hörhilfen von über 10.000 Euro und bei Sehhilfen seit dem Berichtsjahr 2023 von über 2.000 Euro angesehen. Solche Werte sind in der Regel auf Eingabefehler bei der Erfassung der Abrechnungsdaten oder fehlerhafte Datenlieferungen von Leistungserbringenden zurückzuführen.

Auf Basis der gelieferten Daten werden die folgenden Kennzahlen je Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V ermittelt, auf denen die verschiedenen Darstellungen und Auswertungstabellen sowie Diagramme beruhen:

- Leistungsausgaben in Euro je Versorgung
- prozentualer Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten an allen Versorgungsfällen
- durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten in Euro

4.2 Methodenkritik

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Mehrkostendaten beruhen auf den Angaben der Leistungserbringenden im Rahmen der Abrechnung nach § 302 SGB V. Die Validität der Daten ist damit von der vollständigen und gleichförmigen Mitteilung durch die Leistungserbringenden bzw. deren Abrechnungsdienstleister abhängig. Ob bei der Datenlieferung von einem gleichen Verständnis der Mehrkosten ausgegangen wird, ist unklar. So können in einzelnen Abrechnungen fälschlicherweise die gesetzliche Zuzahlung, von den Versicherten zu tragende Eigenanteile oder aber von der GKV-Leistungspflicht nicht umfasste Zusatzleistungen (zum Beispiel Kosten für Hörgerätebatterien bei Erwachsenen oder für Brillenfassungen) als Mehrkosten ausgewiesen worden sein. Zur besseren Unterscheidbarkeit werden die Formen finanzieller Beteiligungen der Versicherten in der nachfolgenden Abbildung definiert und zusammen mit ihrer Rechtsgrundlage einander gegenübergestellt.

Tabelle 3: Formen finanzieller Beteiligungen der Versicherten an den Hilfsmittelversorgungen

Mehrkosten	Kosten für zusätzliche Leistungen, die Versicherte selbst wählen und die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen. Rechtsgrundlage: § 33 Absatz 1 SGB V
Aufzahlung	synonym für Mehrkosten
Gesetzliche Zuzahlung	Gesetzlich festgelegter Betrag, der von den Versicherten für ihr jeweiliges Hilfsmittel zu zahlen ist, soweit keine Zuzahlungsbefreiung gewährt wurde. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von Zuzahlungen befreit. Rechtsgrundlage: § 33 Absatz 8 SGB V in Verbindung mit § 61 SGB V

Eigenanteil	<p>Von den Versicherten zu zahlender Betrag, der bei bestimmten Hilfsmitteln, die einen Gebrauchsgegenstand beinhalten oder ersetzen (zum Beispiel orthopädische Schuhe, Prothesen-Badeanzüge und Autokindersitze), erhoben wird. Die Höhe des Eigenanteils orientiert sich an den marktüblichen Kosten für einen Gebrauchsgegenstand ohne medizinischen Nutzen.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband gibt im Sinne der Vereinheitlichung Empfehlungen zu Eigenanteilen und Zuschüssen bei Hilfsmitteln mit Gebrauchsgegenstandsanteil ab.</p> <p>Rechtsgrundlage: § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V</p>
Zusatzleistungen	<p>Von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasste Leistungen wie zum Beispiel Brillenfassungen und Hörgerätebatterien bei Erwachsenen.</p> <p>Rechtsgrundlage: § 33 Absatz 2 Satz 4 SGB V, § 34 Absatz 4 Satz 3 SGB V</p>

Im Rahmen von Fortschreibungen wurden einige Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses strukturell deutlich verändert. Dies führt bei diesen Produktgruppen dazu, dass die für sie in den verschiedenen Mehrkostenberichten dokumentierten Daten nur bedingt miteinander vergleichbar sind. Einzelheiten zu den Fortschreibungen können den jährlichen Fortschreibungsberichten des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden. Diese stehen auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter folgendem Link zur Verfügung: [Fortschreibungen der Produktgruppen](#).

Die durchschnittlichen Mehrkosten der einzelnen Produktgruppen sind insbesondere aufgrund der unterschiedlichen Nutzungsdauer bzw. Versorgungszeiträume der Hilfsmittel nicht immer vergleichbar. So werden beispielsweise Hörgeräte oder Sehhilfen oft mehrere Jahre getragen. Eventuelle Mehrkosten fallen dabei zu Beginn der Versorgung einmalig an, während sie sich bei Inkontinenzhilfen und Stomaartikeln oder anderen Verbrauchsartikeln auf ein Jahr beziehen und fortlaufend entstehen.

Sowohl bei den Mehrkosten als auch den Versorgungsleistungen führen sehr geringe Fallzahlen dazu, dass Ergebnisse und Entwicklungen nicht repräsentativ sind.

In Ermangelung einer Rechtsgrundlage können qualitative Daten zur Analyse der Mehrkostensituation derzeit nicht erhoben werden. Zwar überwachen die Krankenkassen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringenden und führen dazu Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch (§ 127 Absatz 7 SGB V). Die Gründe für Mehrkostenvereinbarungen lassen sich im Rahmen dieser Überprüfungen allerdings nur mit hohem Aufwand und lediglich einzelfallbezogen ermitteln. Um qualitative Daten umfassend und unbürokratisch erheben zu können, sind entsprechende gesetzliche Regelungen erforderlich.

Auf eine Darstellung von Detailergebnissen einzelner Produktgruppen und die in den vorangegangenen Berichten durchgeführte Teilmarktanalyse wird im aktuellen Bericht verzichtet, da aus den verfügbaren Daten keine neuen Erkenntnisse über die vergangenen Berichte hinaus zu erwarten sind.

5 Fazit

Die Mehrkostenberichte haben zu deutlich mehr Transparenz hinsichtlich des Mehrkostengeschehens bei den Hilfsmittelversorgungen in der gesetzlichen Krankenversicherung geführt.

Die mittlerweile über einen Zeitraum von sechs Jahren vorliegenden ganzjährigen Datenerhebungen zu den Mehrkostenvereinbarungen und ihre Auswertung im Rahmen der Mehrkostenberichte ermöglichen folgende Kernaussagen zu den für die Bewertung der Mehrkosten maßgeblichen Parametern und Kennzahlen:

Die **Zahl der Versorgungsfälle** – von der pandemiebedingten Abweichung im Jahr 2020 abgesehen – ist seit 2019 deutlich angestiegen. Im Jahr 2024 war die Fallzahl auf Vorjahresniveau allerdings geringfügig rückläufig.

Die für die Mehrkostenberichte erhobenen Daten zeigen einen erheblichen Anstieg der **Leistungsausgaben** der gesetzlichen Krankenkassen für Hilfsmittel.

Wie die Auswertungen im Rahmen der Mehrkostenberichte zeigen, steigen aber nicht nur die Leistungsausgaben insgesamt, sondern auch die **Ausgaben der Krankenkassen pro individuellem Versorgungsfall** stetig an. Die steigenden Leistungsausgaben beruhen daher nicht allein auf der Zunahme der Versorgungsfälle, sondern auch auf höheren Kosten pro Versorgungsfall.

Der **Anteil der Versorgungen mit Mehrkosten** liegt stabil bei etwa einem Fünftel der Versorgungen. Die meisten Hilfsmittelversorgungen – 78 Prozent im Berichtsjahr 2024 – erfolgen daher mehrkostenfrei. Allerdings variiert die Anzahl der Mehrkostenfälle an der Gesamtzahl der Versorgungen stark in Abhängigkeit von der jeweiligen Produktgruppe.

Die durchschnittliche **Höhe der Mehrkosten** beläuft sich auf Vorjahresniveau. Zu beachten ist in diesem Kontext, dass die Leistungserbringenden bei der Höhe der Mehrkosten nicht an vertragliche Regularien mit den Krankenkassen gebunden sind und diese daher frei bestimmen können. Im Produktgruppenvergleich ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass die Höhe der Mehrkosten in den verschiedenen Produktgruppen erheblich variiert. Aufgrund der Vielfalt der Hilfsmittel mit unterschiedlichen Nutzungszeiten und Produkteigenschaften ist ein Vergleich daher nur schwer möglich.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Krankenkassen gemäß gesetzlichen Vorgaben eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung ihrer Versicherten sicherstellen müssen. Hilfsmittel werden auf der Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 127 SGB V abgegeben, die die Krankenkassen unter Beachtung eben jener Prinzipien mit Leistungserbringenden oder deren Verbänden im Rahmen von Vertragsverhandlungen schließen. Demgegenüber werden Mehrkostenvereinbarungen für das Maß des Notwendigen übersteigende Leistungen oder Ausstattungen unter Berücksichtigung des Nachfrageverhaltens der Versicherten mit diesen direkt getroffen. Ob die Versicherten die notwendigen Marktkenntnisse oder Informationen für eine objektive Beurteilung des Preis-Leistungs-Verhältnisses haben, kann im Rahmen dieses Mehrkostenberichts nicht ermittelt werden, da

entsprechende Informationen nicht abgefragt werden können. Die vorliegenden Daten lassen demnach keine Aussagen darüber zu, ob die Mehrkostenzahlungen dem ausdrücklichen Willen der Versicherten entsprechen und von diesen nicht ungerechtfertigt Mehrkosten verlangt werden. Hierfür werden qualitative Versorgungsdaten benötigt, die nach der aktuellen Gesetzeslage allerdings flächendeckend nicht erhoben werden können. Der GKV-Spitzenverband sieht aus diesem Grund weiteren Handlungsbedarf seitens des Gesetzgebers.

Anhang I: Erhebungsdaten im Überblick – Berichtszeitraum 2024

Versorgungszeitraum 01.01.2024–31.12.2024 Produktgruppe	GKV Leistungsausgaben in €	Durchschnittliche Leistungsausgaben der GKV je Versorgung in €	Anzahl der Versorgungsfälle	Anzahl der Versorgungsfälle mit Mehrkosten (Mehrkostenfälle)	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Versorgungs- fälle mit Mehrkosten (Mehrkostenfälle) im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versorgungsfälle in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten (Mehrkostenfall) in €
01 Absauggeräte	79.017.290,32	343,40	230.105	8.754	120.362,76	3,80	13,75
02 Adaptionshilfen	28.366.244,76	81,27	349.045	25.498	558.009,44	7,31	21,88
03 Applikationshilfen	475.126.815,34	964,30	492.719	2.114	23.424,23	0,43	11,08
04 Bade- und Duschhilfen	100.998.594,03	142,02	711.136	13.482	636.913,26	1,90	47,24
05 Bandagen	176.272.597,82	79,48	2.217.874	610.175	13.772.562,97	27,51	22,57
06 Bestrahlungsgeräte	1.314.913,34	166,66	7.890	35	699,00	0,44	19,97
07 Blindenhilfsmittel	27.319.119,12	1.450,44	18.835	257	8.556,13	1,36	33,29
08 Einlagen	568.516.500,83	121,16	4.692.289	2.631.348	106.031.211,38	56,08	40,30
09 Elektrostimulationsgeräte	238.618.624,60	308,22	774.188	625	16.440,85	0,08	26,31
10 Gehhilfen	127.968.066,33	75,76	1.689.202	242.030	44.403.036,97	14,33	183,46
11 Hilfsmittel gegen Dekubitus	115.596.671,73	325,99	354.602	1.934	169.805,89	0,55	87,80
12 Hilfsmittel bei Tracheostoma/Laryngektomie	125.837.852,80	3.583,59	35.115	35	1.785,85	0,10	51,02
13 Hörhilfen	1.320.476.958,76	1.371,40	962.871	406.294	640.130.895,81	42,20	1.575,54
14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte	1.256.995.469,21	505,05	2.488.841	18.157	394.259,18	0,73	21,71
15 Inkontinenzhilfen	786.507.728,69	299,23	2.628.443	774.327	98.283.794,81	29,46	126,93
16 Kommunikationshilfen	65.367.113,48	3.174,70	20.590	94	1.842,68	0,46	19,60
17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	785.237.736,71	245,65	3.196.596	1.049.434	32.989.219,99	32,83	31,44
18 Kranken-/Behindertenfahrzeuge	900.851.396,13	916,25	983.195	6.807	1.973.928,27	0,69	289,99
19 Krankenpflegeartikel	95.686.943,62	395,45	241.967	1.072	110.354,38	0,44	102,94
20 Lagerungshilfen	7.872.090,67	142,10	55.400	5.217	77.645,94	9,42	14,88
21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	764.935.096,06	679,08	1.126.421	42.639	661.530,73	3,79	15,51
22 Mobilitätshilfen	68.229.849,70	793,00	86.040	449	43.627,48	0,52	97,17

Versorgungszeitraum 01.01.2024-31.12.2024	GKV Leistungsausgaben in €	Durchschnittliche Leistungsausgaben der GKV je Versorgung in €	Anzahl der Versorgungsfälle	Anzahl der Versorgungsfälle mit Mehrkosten (Mehrkostenfälle)	Mehrkosten gesamt in €	Anteil der Versorgungs- fälle mit Mehrkosten (Mehrkostenfälle) im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versorgungsfälle in %	Durchschnittliche Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten (Mehrkostenfall) in €
23 Orthesen/Schienen	1.036.398.413,14	287,24	3.608.089	459.804	10.460.235,47	12,74	22,75
24 Beinprothesen	376.093.179,77	7.825,66	48.059	3.449	240.429,34	7,18	69,71
25 Sehhilfen	151.840.069,57	125,98	1.205.305	506.686	72.425.610,07	42,04	142,94
26 Sitzhilfen	119.044.828,56	1.702,08	69.941	950	33.280,60	1,36	35,03
27 Sprechhilfen	1.441.727,00	1.274,74	1.131	4	120,03	0,35	30,01
28 Stehhilfen	23.248.637,89	2.873,04	8.092	15	1.110,09	0,19	74,01
29 Stomaartikel	380.194.500,34	2.066,05	184.020	2.168	92.597,24	1,18	42,71
30 Hilfsmittel zum Glukosemanagement	607.650.935,40	371,28	1.636.656	22.674	206.695,79	1,39	9,12
31 Schuhe	395.831.528,22	602,36	657.139	15.957	599.582,44	2,43	37,57
32 Therapeutische Bewegungsgeräte	100.059.908,66	511,45	195.641	127	2.262,24	0,06	17,81
33 Toilettenhilfen	43.110.960,00	114,72	375.804	6.300	247.289,19	1,68	39,25
34 Haarersatz	59.848.978,48	625,05	95.751	27.889	7.663.053,06	29,13	274,77
35 Epithesen	13.315.507,30	5.123,32	2.599	2	20,15	0,08	10,08
36 Augenprothesen	17.058.611,38	749,50	22.760	7	3.484,88	0,03	497,84
37 Brustprothesen	28.518.503,31	207,31	137.564	86.482	4.566.214,66	62,87	52,80
38 Armprothesen	39.237.384,78	16.668,39	2.354	4	1.223,07	0,17	305,77
99 Verschiedenes	38.011.607,65	283,80	133.938	916	87.949,29	0,68	96,01
Gesamt	11.548.018.955,50	363,74	31.748.207	6.974.211	1.037.041.065,61	21,97	148,70
	Summe	Durchschnitt	Summe	Summe	Summe	Durchschnitt	Durchschnitt

Anhang II: Krankenkassenliste

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

AOK Baden-Württemberg	BKK Melitta HMR	IKK Südwest
AOK Bayern	BKK mkk – meine Krankenkasse	KKH Kaufmännische Krankenkasse
AOK Bremen/Bremerhaven	BKK Miele	KNAPPSCHAFT
AOK Hessen	BKK MTU	Koenig & Bauer BKK
AOK Niedersachsen	BKK PFAFF	Krones BKK
AOK Nordost	BKK Pfalz	Mercedes-Benz BKK
AOK NordWest	BKK ProVita	Merck BKK
AOK PLUS	BKK Public	mhplus Betriebskrankenkasse
AOK Rheinland/Hamburg	BKK Rieker Ricosta Weisser	Mobil Betriebskrankenkasse
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	BKK Salzgitter	Novitas BKK
AOK Sachsen-Anhalt	BKK Scheufelen	pronova BKK
Audi BKK	BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg	R+V Betriebskrankenkasse
BAHN-BKK	BKK Technoform	Salus BKK
BARMER	BKK VDN	SECURVITA BKK
Bergische Krankenkasse	BKK VerbundPlus	Siemens Betriebskrankenkasse
Bertelsmann BKK	BKK Voralb Heller Index Leuze	SKD BKK
Betriebskrankenkasse PWC	BKK Werra-Meissner	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
BIG direkt gesund	BKK Wirtschaft und Finanzen	Südzucker BKK
BKK Akzo Nobel Bayern	BKK Würth	Techniker Krankenkasse (TK)
BKK B. BRAUN AESCULAP	BKK ZF Partner	TUI BKK
BKK Deutsche Bank AG	BKK24	vivida bkk
BKK Diakonie	BMW BKK	VIACTIV Krankenkasse
BKK DürkoppAdler	Bosch BKK	WMF BKK
BKK EUREGIO	Continentale	
BKK EVM	Betriebskrankenkasse	
BKK EWE	DAK Gesundheit	
BKK exklusiv	Debeka BKK	
BKK Faber-Castell & Partner	energie-BKK	
BKK firmus	Ernst & Young BKK	
BKK Freudenberg	Heimat Krankenkasse	
BKK GILDEMEISTER	HEK – Hanseatische Krankenkasse	
SEIDENSTICKER	HKK Handelskrankenkasse	
BKK Groz-Beckert	IKK Brandenburg und Berlin	
BKK Herkules	IKK classic	
BKK Karl Mayer	IKK – Die Innovationskasse	
BKK Linde	IKK gesund plus	
BKK MAHLE		

Anhang III: Einschlägige Rechtsgrundlagen

§ 33 Absatz 1 und 8 SGB V

Anspruchsgrundlage und Zuzahlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Absatz 4 ausgeschlossen sind. Die Hilfsmittel müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst sind. [...] Der Anspruch umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. [...] Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. [...]

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. [...] Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

§ 61 SGB V

Zuzahlung

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. [...]

§ 127 Absatz 1 und 5 SGB V

Verträge

(1) Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften schließen im Wege von Vertragsverhandlungen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. [...] In den Verträgen nach Satz 1 sind eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 5 sicherzustellen und ist für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen. [...]

(5) Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 5 für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 127 zu regeln. Im Falle des § 33 Absatz 1 Satz 9 sind die Versicherten vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Satz 2 gilt entsprechend.

§ 139 Absatz 1 und 2 SGB V

Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis. In dem Verzeichnis sind von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufzuführen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

(2) Soweit dies zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist, sind im Hilfsmittelverzeichnis indikations- oder einsatzbezogen besondere Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel festzulegen. Besondere Qualitätsanforderungen nach Satz 1 können auch festgelegt werden, um eine ausreichend lange Nutzungsdauer oder in geeigneten Fällen den Wiedereinsatz von Hilfsmitteln bei anderen Versicherten zu ermöglichen. Im Hilfsmittelverzeichnis sind auch die Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen zu regeln.

§ 302 Absatz 1 SGB V**Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer**

(1) Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel sowie der digitalen Gesundheitsanwendungen und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung [...] anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 zu verwenden und die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 9 anzugeben. [...]

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de

X/Twitter: @GKV_SV