



Hilfsmittelreport 2022



Einleitung

„Hilfsmittel sind Gegenstände, die Menschen mit Erkrankungen oder Behinderungen im Alltag helfen, schmerzfrei und selbstbestimmt zu leben.“ So schreibt es die Verbraucherzentrale (2022a) als Antwort auf die Frage: „Was sind Hilfsmittel?“ Diese Antwort ist richtig, aber unvollständig. Denn Versicherte haben Anspruch sowohl auf das Hilfsmittel als Gegenstand als auch auf alle Dienstleistungen, die damit verbunden sind. Dies können die Beratung und Anpassungsarbeit eines geeigneten Hilfsmittels sein, die Reparatur, die Nachlieferung von Verbrauchsmaterial und vieles mehr.

Die Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist aus verschiedenen Gründen ein komplexes Thema. Beteiligt an der Versorgung sind zumeist medizinische, pflegerische und handwerkliche Professionen. Nicht jedes helfende Medizinprodukt ist ein Hilfsmittel, so sind beispielsweise Implantate wie Herzschrittmacher oder fest verbaute Gegenstände wie ein Treppenlift kein Hilfsmittel. Hilfsmittel sind zumeist Bausteine eines therapeutischen Konzepts und müssten im Kontext dieser medizinischen Entscheidung spezifisch verordnet und ausgewählt werden.

Im aktuellen Hilfsmittelreport möchten wir eine tiefer gehende empirische Grundlage vorstellen, die dazu einlädt, selbst analytisch tätig zu werden und das breite Feld der Hilfsmittelversorgung zu erkunden. Im Schwerpunkt soll mit empirischen Daten der Frage nachgegangen werden, wie gut die Hilfsmittelversorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist. Schließlich wenden wir uns einer wichtigen Innovation im Hilfsmittelbereich der letzten Jahre zu: den CGM-Systemen. Mit den CGM-Systemen (continuous glucose

monitoring) messen Diabetiker den Glukosespiegel nicht mehr im Blut, sondern kontinuierlich in der Flüssigkeit des Unterhautfettgewebes. Diese Messmethode ist seit 2016 Teil der GKV-Leistung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Beschluss dieser Methode einen bestimmten Nutzen unterstellt – ist dieser in der realen Versorgung sichtbar und was wären künftig wichtige Schritte?

1 Hilfsmittelversorgung in der GKV

Grundlagen der Hilfsmittelversorgung

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln, soweit diese erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer Behinderung vorzubeugen oder diese auszugleichen. Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind keine Hilfsmittel der GKV.

Voraussetzung für die Versorgung mit einem Hilfsmittel ist eine ärztliche Verordnung. Die Regularien hierzu sind in den Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt (HilfsM-RL). Hier finden sich allerdings eher allgemeine Regelungen, dass eine ärztliche Verordnung nur unter bestimmten Bedingungen erfolgen darf. Produkt- oder indikationsspezifische Regelungen finden sich in den Hilfsmittel-Richtlinien nur für die Seh- und Hörhilfen und damit nur für einen kleinen Teilbereich aus dem Gesamtspektrum.

Zu den größtenteils industriell oder auch handwerklich gefertigten Hilfsmitteln sind vom Leistungsanspruch der Versicherten auch die Dienstleistungen rund um die Hilfsmittelversorgung umfasst. Dies sind insbesondere Anpassungsarbeiten, Einweisungen, Reparaturen und Nachlieferungen von Verbrauchsmaterialien.

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) führt und pflegt das Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V), in dem die von der Leistungspflicht der GKV umfassten einzelnen Hilfsmittel aufgeführt werden, einschließlich der Anforderungen an die Dienstleistungen rund um die Hilfsmittelversorgung. Durch die CE-Kennzeichnung gilt das Hilfsmittel grundsätzlich als funktionstauglich und sicher.

Die Krankenkassen übernehmen die Aufgabe, die Verträge zur Hilfsmittelversorgung abzuschließen. In diesen wird neben dem Preis auch alles Nähere zu produkt- und leistungsbezogenen Qualitätsvorgaben, den Abrechnungsbestimmungen und Servicestandards festgelegt. Der Vertragsabschluss erfolgt nach einem Verhandlungsverfahren mit teilnehmenden Leistungserbringern. Nach Vertragsabschluss hat jeder qualifizierte Leistungserbringer das Recht, diesem Vertrag zu gleichen Bedingungen beizutreten.

Hilfsmittelausgaben in der GKV

Tabelle 1: Hilfsmittelausgaben der GKV 2018 bis 2020 nach Kassenarten

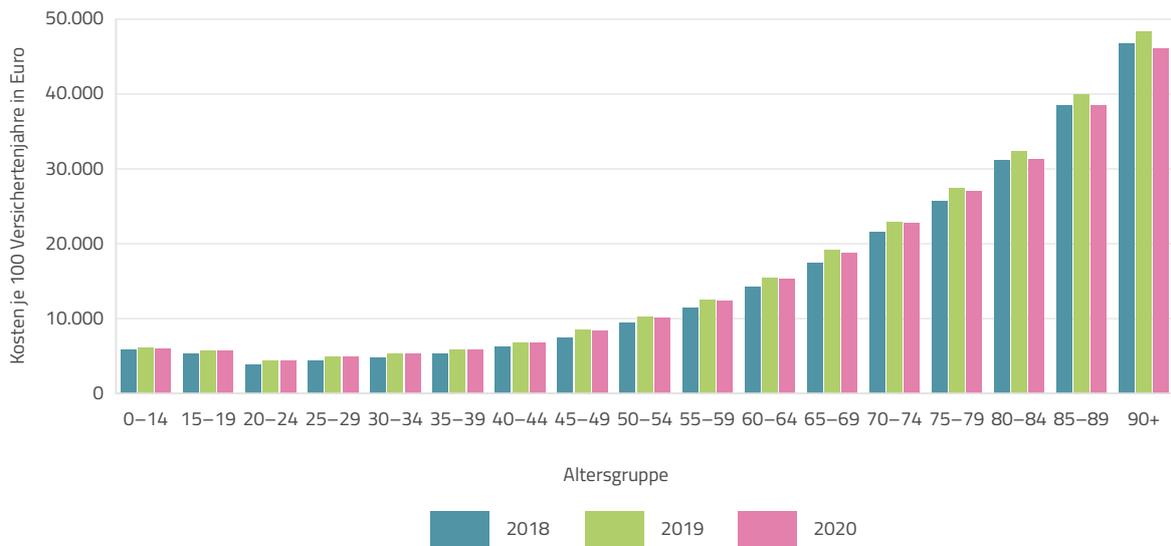
Kasse	2018			2019			2020		
	Ausgaben in 1.000 Euro	Ausgaben je Versicherten in Euro	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Ausgaben in 1.000 Euro	Ausgaben je Versicherten in Euro	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Ausgaben in 1.000 Euro	Ausgaben je Versicherten in Euro	Veränderung zum Vorjahr in Prozent
AOK	3.150.200	118,86	2,02	3.371.341	125,83	5,86	3.447.474	127,62	1,42
BKK	1.127.396	103,69	4,27	1.221.501	111,88	7,89	1.287.430	117,42	4,95
IKK	557.470	107,11	4,51	593.582	115,56	7,90	626.225	123,24	6,64
KBS	209.586	131,49	-1,16	205.497	131,41	-0,06	223.402	145,69	10,87
vdek	3.242.531	115,89	5,59	3.447.164	122,96	6,09	3.567.180	126,95	3,25
GKV	8.287.183	114,85	3,81	8.839.085	122,01	6,23	9.151.711	125,90	3,19

AOK = Allgemeine Ortskrankenkassen, BKK = Betriebskrankenkassen, IKK = Innungskrankenkassen, KBS = Knappschaft-Bahn-See, vdek = Ersatzkassen, GKV = alle gesetzlichen Krankenversicherungen
Quelle: Finanzstatistik der GKV KJ 1 2018 bis 2020

Die Finanzstatistik der GKV weist in den Jahren 2018 bis 2020 einen stabilen Anteil der Hilfsmittelausgaben an den gesamten Leistungsausgaben von 3,7 Prozent aus. Auch im ersten Jahr der Coronapandemie mit den damit verbundenen Einschränkungen des öffentlichen Lebens und der Gesundheitsversorgung weisen die Ausgaben für Hilfsmittel eine deutliche Wachstumsrate je Versicherten auf. Diese liegt nur leicht unter der Wachstumsrate der Gesamtausgaben. Auf dieser Ebene lassen sich keine pandemiebedingten Umsatzeinbrüche feststellen, so dass sich die Entscheidung, 2020 keine Ausgleichsmaßnahmen wie einen Rettungsschirm einzuführen, als richtig erweist. Die Ausgabenhöhe je Versicherten ist beim Blick auf die Kassenarten recht gleichmäßig verteilt. Lediglich die Knappschaft weist höhere Ausgaben aus, die sich aber durch die Altersabhängigkeit dieser Leistungsart erklären lassen.

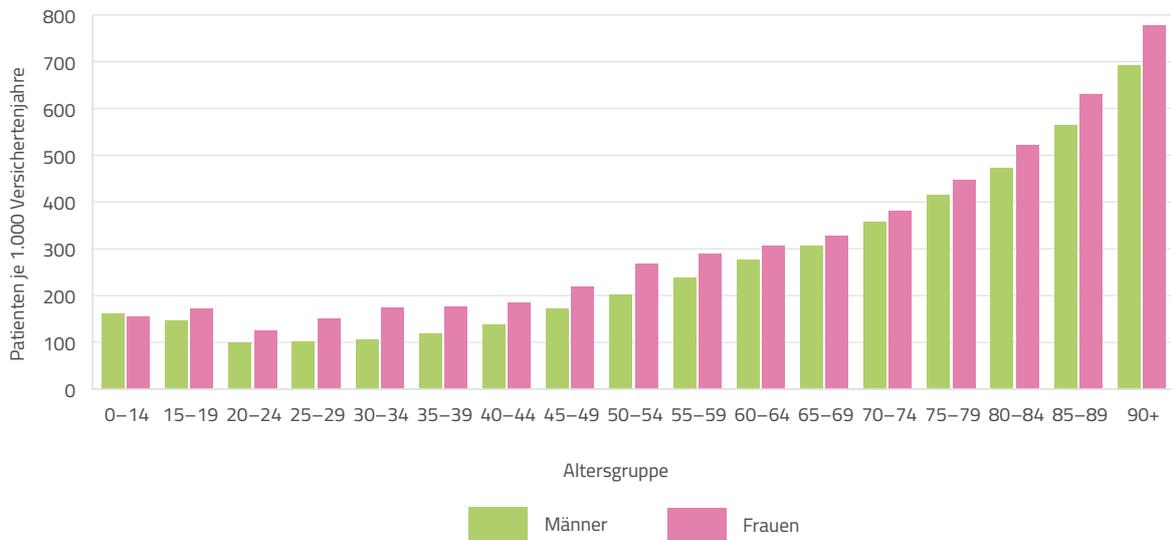
Abbildung 1 zeigt, dass die Hilfsmittelausgaben je Versicherten ab der Altersgruppe über 55 Jahren mit dem Lebensalter ständig steigen. Anders als etwa Ausgaben für stationäre Behandlung, die in den höchsten Lebensaltern wieder sinken, steigen die Hilfsmittelausgaben unvermindert an. Etwa 50 Prozent der Hilfsmittelausgaben entfallen auf Patienten über 65 Jahren.

Abbildung 1: Hilfsmittelausgaben der GKV 2018 bis 2020 nach Altersgruppen



Quelle: BARMER-Daten 2018 bis 2020 hochgerechnet

Abbildung 2: Anteil der Versicherten mit Hilfsmittelversorgung 2020 nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2020 hochgerechnet

Abbildung 2 zeigt, dass Frauen Hilfsmittel ab dem Erwachsenenalter bis ins höchste Alter deutlich häufiger erhalten als Männer der gleichen Altersgruppe. Dies ist in einzelnen Produktgruppen unterschiedlich ausgeprägt. Am Beispiel von vier Produktgruppen sollen die Geschlechtsunterschiede illustriert werden (Abbildung 3). Bei den Hörhilfen und der Stomaversorgung ist der Anteil der Männer erheblich höher, während bei der Kompressionstherapie und der Orthesenversorgung der weibliche Anteil deutlich überwiegt.

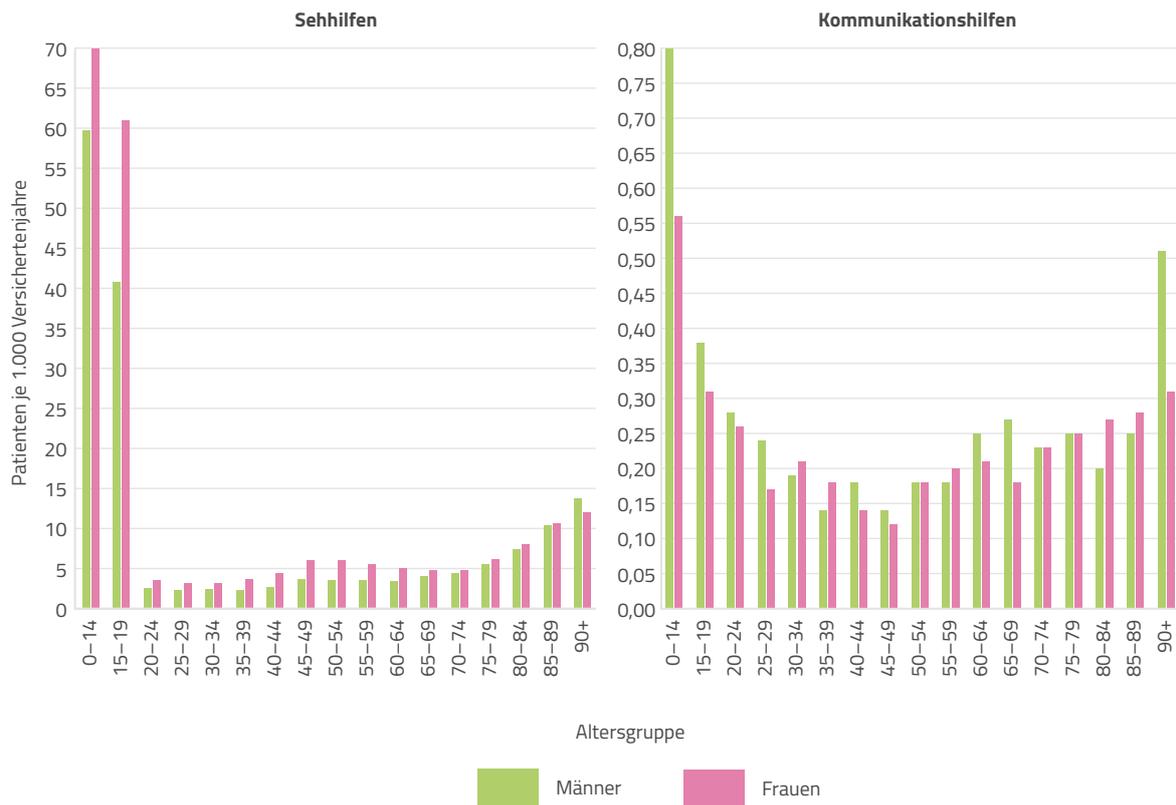
Abbildung 3: Anteil der Versicherten nach Alter und Geschlecht 2020 in ausgewählten Produktgruppen



Quelle: BARMER-Daten 2020 hochgerechnet

Mit einigen Hilfsmittel-Produktgruppen werden überwiegend Kinder und Jugendliche versorgt. Der Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse besteht bei den Sehhilfen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, im Erwachsenenalter nur in besonderen Ausnahmefällen (§ 33 Abs. 2 SGB V). Mit Kommunikationshilfen werden insbesondere Kinder mit Behinderungen versorgt.

Abbildung 4: Versorgungsschwerpunkte Kinder, Anteil der Versicherten nach Alter und Geschlecht 2020



Quelle: BARMER-Daten 2020 hochgerechnet

Die Patientenzahl wird jeweils in den Produktgruppen und im Kalenderjahr ermittelt. Das bedeutet, dass bei zwei oder mehr Versorgungen für die gleiche versicherte Person aus einer Produktgruppe (PG) die Person als ein Patient gezählt wird. Bei Versorgungen im gleichen Jahr aus verschiedenen Produktgruppen wird die Person in jeder Produktgruppe einmal gezählt. So führt die Versorgung mit einem Rollstuhl mit einer nachträglichen Zurichtung und einer Reparatur des Rollstuhls zu einem Patienten in der PG 18. Erhält die gleiche Person in diesem Jahr ein Hörgerät, so wird sie auch als Patient in der PG 13 gezählt.

Abbildung 5: Regionale Verteilung der Hilfsmittelausgaben der GKV 2018 bis 2020



Quelle: BARMER-Daten 2018 bis 2020 hochgerechnet

Abbildung 5 zeigt deutliche Unterschiede bei der Länderverteilung der Ausgaben je Versicherten. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass das Lebensalter der GKV-Versicherten in den Bundesländern keineswegs gleich verteilt ist. Daher wird die Altersverteilung in Abbildung 6 für die Länder standardisiert, um einen Vergleich zu ermöglichen, der nicht durch die unterschiedliche Altersstruktur verzerrt wird.

Abbildung 6: Altersstandardisierte regionale Verteilung der Hilfsmittelausgaben der GKV 2018 bis 2020



Quelle: BARMER-Daten 2018 bis 2020 hochgerechnet und standardisiert

Die Unterschiede der Ausgaben je Versicherten zwischen den Bundesländern werden durch Standardisierung deutlich reduziert. Insbesondere in den neuen Bundesländern wird der Effekt einer überdurchschnittlich alten Wohnbevölkerung deutlich. Sie bleiben dennoch in der Gruppe der Länder mit den höchsten Ausgaben, aber gleichauf mit den großen Flächenländern Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. In Bayern und Baden-Württemberg zeigen sich die im Vergleich niedrigsten Ausgaben je Versicherten für Hilfsmittel.

Entwicklung der Hilfsmittel nach Produktgruppen

Im Hilfsmittelverzeichnis werden die von der Leistungspflicht der GKV umfassten Hilfsmittel systematisch strukturiert aufgeführt (§ 139 SGB V). Der GKV-SV führt und aktualisiert dieses Verzeichnis. Neben der produktgenauen Bezeichnung des Hilfsmittels enthält das Hilfsmittelverzeichnis auch Anforderungen an die Dienstleistungen rund um die Bereitstellung eines Hilfsmittels sowie eventuell besondere Qualitätsanforderungen. Die Aufnahme eines neuen Hilfsmittels erfolgt auf Antrag des herstellenden Unternehmens gemäß der Verfahrensordnung (GKV-SV, 2019). Nicht mehr hergestellte Hilfsmittel werden bei der regelmäßigen Überarbeitung von Produktgruppen aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt.

Die zehnstellige Hilfsmittelpositionsnummer ist systematisch wie folgt aufgebaut:

- Erste und zweite Stelle: Produktgruppe
- Dritte und vierte Stelle: Anwendungsgebiet
- Fünfte und sechste Stelle: Untergruppe
- Siebte Stelle: Produktart
- Achte bis zehnte Stelle: produktbezogene Positionsnummer

Beispiel: Unter der Positionsnummer 04 40 02 3 (04 = Bade- und Duschhilfen, 40 häuslicher Bereich, 02 = Badewannensitze, 3 = mit Rückenlehne, drehbar) finden sich aktuell 29 verschiedene drehbare Badewannensitze mit Rückenlehne von verschiedenen herstellenden Unternehmen.

Eine Analyse auf Basis der fast 33.000 verschiedenen Hilfsmittelpositionsnummern ist unübersichtlich und somit nicht zielführend. Zudem umfasst ein wesentlicher Teil der Ausgaben im Hilfsmittelbereich separate Abrechnungen von Prozeduren rund um ein Hilfsmittel. Beispielsweise Reparaturen oder spezielle Zurichtungen eines Hilfsmittels sind Kosten, die sich zwar einem bestimmten Hilfsmittel zurechnen lassen, dieses aber gegebenenfalls erheblich verändern. Die Gliederung der Analyse erfolgt daher nach den Produktgruppen der Hilfsmittelpositionsnummern.

Der GKV-SV hat insbesondere im Jahr 2018 einen Großteil der Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses einer Fortschreibung unterzogen. Anlass für diese besondere Anstrengung war ein gesetzlicher Auftrag, nach dem bis zum Jahresende 2018 alle Produktgruppen zu aktualisieren sind, die seit Mitte 2015 nicht mehr fortgeschrieben wurden (§ 139 Abs. 9 SGB V). Diese Initiative führte dazu, dass im Betrachtungszeitraum 2018 bis 2020 fast alle Produktgruppen fortgeschrieben wurden. Das hatte zur Folge, dass neue Produktarten und Untergliederungen in den Produktgruppen eingeführt und überholte Bezeichnungen und Gliederungen gelöscht wurden. Teilweise führte diese Arbeit sogar dazu, dass ganze Produktarten einer neuen Produktgruppe zugeordnet wurden.

Für die nachfolgende Tabelle werden wichtige Änderungen auf Ebene der Produktgruppen dadurch antizipiert, dass mit dem Ziel der besseren historischen Vergleichbarkeit

- die aktuellen Produktgruppen Augen-, Arm-, Bein- und Brustprothesen sowie die Epithesen und der Haarersatz in einer Zeile (Prothesen/Epithesen) zusammengefasst werden und
- die verschiedenen Arten der Pflegehilfsmittel in einer Zeile (Pflegehilfsmittel) zusammengefasst werden.

Tabelle 2: Ausgaben für Hilfsmittel 2018 bis 2020 nach Produktgruppen

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Ausgaben in Millionen Euro			Entwicklung in Prozent		
		2018	2019	2020	2019 zu 2018	2020 zu 2019	2020 zu 2018
01	Absauggeräte	80,6	86,4	89,9	7,2	4,0	11,4
02	Adaptionshilfen	18,3	20,7	21,2	13,3	2,4	16,0
03	Applikationshilfen	607,5	635,0	646,7	4,5	1,9	6,5
04	Bade- und Duschhilfen	42,9	53,3	48,5	24,4	-9,2	13,0
05	Bandagen	150,6	152,3	132,7	1,2	-12,9	-11,9
06	Bestrahlungsgeräte	1,8	1,9	1,8	6,7	-3,4	3,0
07	Blindenhilfsmittel	18,1	24,1	23,2	33,1	-3,9	28,0
08	Einlagen	499,7	514,5	520,6	3,0	1,2	4,2
09	Elektrostimulationsgeräte	29,9	61,7	103,1	106,2	67,1	244,5
10	Gehhilfen	87,0	91,6	85,1	5,4	-7,1	-2,1
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	119,7	126,2	130,0	5,5	3,0	8,7
12	Hilfsmittel Tracheostoma und Laryngektomie	93,6	95,0	93,9	1,5	-1,2	0,3
13	Hörhilfen	848,3	931,9	937,8	9,9	0,6	10,6
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	943,4	972,8	833,6	3,1	-14,3	-11,6
15	Inkontinenzhilfen	653,1	664,4	668,4	1,7	0,6	2,3
16	Kommunikationshilfen	35,5	37,7	38,5	6,2	2,1	8,5
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	588,6	642,8	650,5	9,2	1,2	10,5
18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge	689,2	731,8	681,8	6,2	-6,8	-1,1
19	Krankenpflegeartikel	20,6	20,0	19,9	-2,7	-0,6	-3,3
20	Lagerungshilfen	5,7	7,2	5,6	27,7	-22,7	-1,3
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	418,8	682,1	838,8	62,9	23,0	100,3
22	Mobilitätshilfen	38,8	40,6	43,1	4,6	6,3	11,2
23	Orthesen/Schienen	768,3	811,3	794,5	5,6	-2,1	3,4

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Ausgaben in Millionen Euro			Entwicklung in Prozent		
		2018	2019	2020	2019 zu 2018	2020 zu 2019	2020 zu 2018
25	Sehhilfen	96,3	100,4	90,2	4,3	-10,2	-6,3
26	Sitzhilfen	72,6	72,9	74,4	0,3	2,2	2,5
27	Sprechhilfen	4,6	4,8	5,0	3,5	5,1	8,9
28	Stehhilfen	12,4	12,2	11,8	-2,2	-2,8	-5,0
29	Stomaartikel	396,9	401,8	399,8	1,2	-0,5	0,7
31	Schuhe	385,8	395,2	355,8	2,4	-10,0	-7,8
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	63,2	71,5	69,0	13,2	-3,4	9,3
33	Toilettenhilfen	27,4	29,0	28,6	5,8	-1,3	4,4
24, 34-38	Prothesen/Epithesen	319,8	353,5	351,5	10,5	-0,5	9,9
50-98	Pflegehilfsmittel	17,2	15,4	14,9	-10,5	-3,3	-13,5
99	Verschiedenes	33,6	18,4	6,7	-45,2	-63,4	-80,0
	Summe	8.189,8	8.880,6	8.817,3	8,4	-0,7	7,7

Quelle: BARMER-Daten 2018 bis 2020 hochgerechnet

Auffällig ist die Kostenentwicklung in der Produktgruppe der Elektrostimulationsgeräte (PG 09). Die Kosten haben sich 2019 verdoppelt und sind auch 2020 noch einmal um zwei Drittel gestiegen. Somit wurde 2020 gegenüber 2018 mehr als das Dreifache ausgegeben. Damit belegt diese Produktgruppe den Spitzenplatz bei den Ausgabensteigerungen. Die Steigerung der Patientenzahl (Tabelle 3) ist mit 2,7 Prozent 2019 und 13,7 Prozent 2020 keine Erklärung für die Verdreifachung der Ausgaben. Die Kosten je Versicherten haben sich in dieser Produktgruppe in den drei Jahren ebenfalls verdreifacht (Tabelle 4). Technische Innovationen, die die Versorgung mit neuartigen Versorgungskonzepten und teureren Geräten erforderlich machten, hat es in diesem Zeitraum nicht gegeben. In dieser Produktgruppe werden hauptsächlich TENS-Geräte abgegeben, die im häuslichen Umfeld zur Schmerztherapie eingesetzt werden und batteriebetrieben mittels Hautelektroden elektrische Impulse zur Nervenstimulation in Schmerzregionen leiten.

Die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten lagen 2018 bei 74 Euro. Das entspricht in etwa dem Verkaufspreis eines hochwertigen TENS-Geräts bei einem privaten Kauf. Die Ausgaben je Versicherten stiegen 2020 auf 218 Euro (Tabelle 4). Als Erklärung für diese erhebliche Preissteigerung verbleibt die gesetzliche Beendigung und Untersagung von Ausschreibungsverträgen für Hilfsmittel. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden die europaweiten Ausschreibungen als Möglichkeit der Krankenkassen, zu Verträgen im Hilfsmittelbereich zu kommen, ersatzlos gestrichen. Im Bereich der TENS-Versorgung als medizinisch/technisch eher einfacher Produktbereich mit geringem Dienstleistungsanteil war 2019 der Anteil bestehender Ausschreibungsverträge recht hoch. Dies führte dazu, dass sehr viele Kassen mit gesetzlich beauftragtem Wegfall dieser Verträge neue Verträge im Verhandlungsverfahren schließen mussten. Offenbar gelang es den Leistungserbringern hierbei erfolgreich, im Durchschnitt fast eine Verdreifachung der Vergütung bei den Krankenkassen durchzusetzen, ohne dass sich der Leistungsinhalt oder das Hilfsmittelprodukt geändert hat.

Eine zweite durch starke Kostenentwicklung auffällige Produktgruppe ist die PG 21 Messgeräte für Körperzustände und -funktionen. Hier haben sich die Ausgaben 2020 gegenüber 2018 verdoppelt. Die Entwicklung der Patientenzahl bietet auch in dieser Produktgruppe mit einem Zuwachs von 12,7 Prozent in zwei Jahren keine Erklärung für die erhebliche Kostenentwicklung. Die Erklärung für diese Entwicklung ist der zunehmende Einsatz von Geräten zur kontinuierlichen Glukosemessung (sogenannte CGM-Geräte), die im Vergleich zur herkömmlichen Messung mittels Blutteststreifen deutlich teurer sind. Der Kostenunterschied betrifft insbesondere die Verbrauchsmaterialien. Für das Verbrauchsmaterial der CGM-Geräte liegen die jährlichen Kosten je Versicherten bei circa 2.400 Euro, während die jährlichen Kosten für die Messung mittels Teststreifen bei 300 bis 500 Euro liegen. Damit setzt sich die Kostensteigerung mit jeder neuen Person mit Diabetes fort, die auf die Messung mittels CGM-Systemen umgestellt wird. Eine Beschreibung und eine nähere Analyse des Einsatzes von CGM-Geräten zur Glukosemessung finden sich in Kapitel 3.

Tabelle 3: Anzahl und Entwicklung der Versicherten mit Hilfsmittelversorgung 2018 bis 2020 nach Produktgruppen

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Patientenzahl in Tausend je Produktgruppe			Entwicklung in Prozent		
		2018	2019	2020	2019 zu 2018	2020 zu 2019	2020 zu 2018
01	Absauggeräte	263	262	262	-0,3	0,2	-0,1
02	Adaptionshilfen	318	329	309	3,6	-6,2	-2,8
03	Applikationshilfen	1.611	1.621	1.621	0,6	0,0	0,6
04	Bade- und Duschhilfen	434	547	474	26,1	-13,5	9,1
05	Bandagen	2.008	2.048	1.923	2,0	-6,1	-4,3
06	Bestrahlungsgeräte	4	4	5	20,2	24,6	49,7
07	Blindenhilfsmittel	13	16	14	20,2	-8,7	9,8
08	Einlagen	4.966	5.017	4.652	1,0	-7,3	-6,3
09	Elektrostimulationsgeräte	405	415	472	2,7	13,7	16,7
10	Gehhilfen	1.555	1.560	1.444	0,3	-7,4	-7,1
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	268	280	289	4,7	3,2	8,0
12	Hilfsmittel Tracheostoma und Laryngektomie	29	29	29	0,3	0,5	0,8
13	Hörhilfen	672	715	729	6,4	1,9	8,4
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	1.464	1.502	1.504	2,6	0,1	2,7
15	Inkontinenzhilfen	2.083	2.108	2.129	1,2	1,0	2,2
16	Kommunikationshilfen	20	21	20	3,6	-6,0	-2,6
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	3.018	3.047	2.856	1,0	-6,3	-5,4
18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge	782	792	772	1,2	-2,5	-1,3
19	Krankenpflegeartikel	154	155	163	0,8	5,0	5,8

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Patientenzahl in Tausend je Produktgruppe			Entwicklung in Prozent		
		2018	2019	2020	2019 zu 2018	2020 zu 2019	2020 zu 2018
20	Lagerungshilfen	52	54	51	3,7	-4,8	-1,3
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	1.282	1.388	1.445	8,2	4,1	12,7
22	Mobilitätshilfen	74	77	80	4,2	4,2	8,6
23	Orthesen/Schienen	3.189	3.302	3.182	3,5	-3,6	-0,2
25	Sehhilfen	1.157	1.142	1.061	-1,3	-7,2	-8,3
26	Sitzhilfen	62	64	62	3,4	-2,8	0,4
27	Sprechhilfen	4	4	4	2,2	-4,3	-2,3
28	Stehhilfen	7	7	7	1,6	2,6	4,3
29	Stomaartikel	179	182	182	1,4	0,3	1,7
31	Schuhe	850	824	735	-3,1	-10,8	-13,5
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	140	153	154	9,4	0,1	9,6
33	Toilettenhilfen	316	325	315	2,7	-3,0	-0,3
24, 34-38	Prothesen/Epithesen	351	364	331	3,6	-9,0	-5,7
50-98	Pflegehilfsmittel	223	243	258	9,2	6,2	16,0
99	Verschiedenes	22	19	17	-14,4	-11,0	-23,8
	Summe	27.975	28.618	27.552	2,3	-3,7	-1,5

Quelle: BARMER-Daten 2018 bis 2020 hochgerechnet

Tabelle 4: Hilfsmittelkosten je Patient und Produktgruppe 2018 bis 2020

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Kosten je Patient in Euro			Entwicklung in Prozent		
		2018	2019	2020	2019 zu 2018	2020 zu 2019	2020 zu 2018
01	Absauggeräte	307	330	343	7,2	4,0	11,5
02	Adaptionshilfen	58	63	69	13,3	2,4	19,3
03	Applikationshilfen	377	392	399	4,5	1,9	5,8
04	Bade- und Duschhilfen	99	97	102	24,4	-9,2	3,6
05	Bandagen	75	74	69	1,2	-12,9	-8,0
06	Bestrahlungsgeräte	488	434	336	6,7	-3,4	-31,2
07	Blindenhilfsmittel	1.393	1.542	1.623	33,1	-3,9	16,5
08	Einlagen	101	103	112	3,0	1,2	11,2
09	Elektrostimulationsgeräte	74	149	218	106,2	67,1	195,1

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Kosten je Patient in Euro			Entwicklung in Prozent		
		2018	2019	2020	2019 zu 2018	2020 zu 2019	2020 zu 2018
10	Gehhilfen	56	59	59	5,4	-7,1	5,4
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	447	450	450	5,5	3,0	0,6
12	Hilfsmittel Tracheostoma und Laryngektomie	3.218	3.254	3.200	1,5	-1,2	-0,6
13	Hörhilfen	1.261	1.303	1.287	9,9	0,6	2,0
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	644	647	554	3,1	-14,3	-14,0
15	Inkontinenzhilfen	314	315	314	1,7	0,6	0,1
16	Kommunikationshilfen	1.771	1.814	1.972	6,2	2,1	11,3
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	195	211	228	9,2	1,2	16,8
18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge	881	924	883	6,2	-6,8	0,3
19	Krankenpflegeartikel	134	129	122	-2,7	-0,6	-8,7
20	Lagerungshilfen	109	135	109	27,7	-22,7	0,0
21	Messgeräte für Körperzustände/ -funktionen	327	491	580	62,9	23,0	77,7
22	Mobilitätshilfen	527	529	540	4,6	6,3	2,4
23	Orthesen/Schienen	241	246	250	5,6	-2,1	3,6
25	Sehhilfen	83	88	85	4,3	-10,2	2,2
26	Sitzhilfen	1.176	1.141	1.200	0,3	2,2	2,0
27	Sprechhilfen	1.231	1.248	1.372	3,5	5,1	11,4
28	Stehhilfen	1.779	1.712	1.620	-2,2	-2,8	-8,9
29	Stomaartikel	2.216	2.212	2.195	1,2	-0,5	-0,9
31	Schuhe	454	480	484	2,4	-10,0	6,7
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	451	466	450	13,2	-3,4	-0,3
33	Toilettenhilfen	87	89	91	5,8	-1,3	4,7
24, 34-38	Prothesen/Epithesen	911	972	1.062	10,5	-0,5	16,6
50-98	Pflegehilfsmittel	77	63	58	-10,5	-3,3	-25,4
99	Verschiedenes	1.505	963	396	-45,2	-63,4	-73,7
	Summe	293	310	320	8,4	-0,7	9,3

Quelle: BARMER-Daten 2018 bis 2020 hochgerechnet

Der Hilfsmittel-Atlas – interaktive Grafiken zur eigenen Analyse

Die Analysen in schriftlichen Reporten wie diesem haben den Nachteil, dass sie statisch sind und der Leserschaft keine eigenen Analysen zur Vertiefung bestimmter Fragestellungen ermöglichen. Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) möchte diese Limitation aufheben und stellt dafür den „Hilfsmittel-Atlas“ zur Verfügung.

Hilfsmittel-Atlas 

Der Hilfsmittel-Atlas bietet verschiedene Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung für die Jahre 2018 bis 2020. Folgende Kennzahlen können ausgewählt werden und individuell gruppiert, dargestellt und beispielsweise auf einzelne Produktgruppen gefiltert werden:

- Patienten je 1.000 Versichertenjahre
- Kosten je 100 Versichertenjahre
- Kosten je Patient

Die Ermittlung der Patientenzahl erfolgt grundsätzlich auf Ebene der Produktgruppen. Bei Betrachtung aller Produktgruppen (Ebene gesamt) werden die Patientinnen und Patienten aber insgesamt nur einmal gezählt. Die Grundlage für dieses Angebot bilden Auswertungen der Abrechnungsdaten der BARMER. Die Nutzenden können zusätzlich in der Filterung wählen, ob eine Kennzahl als Hochrechnung auf die GKV, also mit der realen Bevölkerungsstruktur in den Ländern, oder mittels Alters- und Geschlechtsstandardisierung betrachtet werden soll. Mit dem Ziel der besseren Übersichtlichkeit und Sicherheit der Hochrechnung werden einige kleinere Produktgruppen summarisch angezeigt. So werden die vier verschiedenen Produktgruppen von Pflegehilfsmitteln zu einer zusammengefasst. Unser Ziel ist, die Lücke zwischen jährlicher fachlich selektierter und kommentierter Analytik und den sich darüber hinaus ad hoc ergebenden Fragestellungen der Nutzenden zu schließen.

2 Versorgungsqualität in der Hilfsmittelversorgung der GKV

Versorgungsqualität und Mehrkosten in der Hilfsmittelversorgung

„Defizite bei ambulanter Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln angemahnt“, so titelte die Ärzte Zeitung (Ärzte Zeitung, 2022) und bezog sich dabei auf Angaben der Deutschen Kontinenz Gesellschaft (DKG). Zentrale Feststellungen zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten sind folgende: „Weil eine professionelle Beratung vielfach fehlt oder die eingeschränkte Produktrange der jeweiligen Krankenkasse kein individuell zuverlässiges Hilfsmittel bietet, greifen Patientinnen/Patienten vielfach zu anderen Produkten, um zuverlässig geschützt zu sein – deren Kosten sie aber aus eigener Tasche bezahlen. Das widerspricht dem Sachleistungsprinzip.“

Auf dieser Basis wird „eine angemessene Qualitätsversorgung ohne Mehrkosten für die Patientinnen/Patienten, optimal abgestimmt auf die jeweiligen Anforderungen und die Lebenssituation“, gefordert und eine „bundesweite Vereinheitlichung der Pauschalen auf höherem Niveau“ (DKG, 2022).

Es bleibt leider unklar, auf welcher empirischen Basis die Feststellungen und Forderungen zur Inkontinenzversorgung erfolgten. Der Förderkreis der Deutschen Kontinenz Gesellschaft besteht ausschließlich aus 20 Firmen, die mit Herstellung und Vertrieb von Inkontinenzprodukten beschäftigt sind. Es wäre aber zu

einfach, mit dieser Tatsache die Forderungen nach höheren Preisen in der Presseerklärung als industriepolitisch motiviert abzutun. Die hier bedienten Narrative werden auch in anderen Hilfsmittelbereichen vorgebracht. Folgende Narrative werden im vorliegenden Report auf empirischer Grundlage überprüft:

1. Die Beratungs- und Versorgungsqualität in der Hilfsmittelversorgung ist aus Sicht der Versicherten schlecht, die Produktauswahl ist durch die Kassen eingeschränkt.
2. Sehr häufig müssen die Versicherten für eine bedarfsgerechte Versorgung Mehrkosten aus eigener Tasche bezahlen.
3. Höhere Preise durch bundesweit einheitliche Festbeträge lösen diese Probleme.

Einschätzungen und Maßnahmen des Gesetzgebers

Auch der Gesetzgeber hat auf die Mehrkosten für Versicherte Bezug genommen, um eine Einschätzung zur Qualität der Hilfsmittelversorgung vorzunehmen. Im Gesetzentwurf von 2016 des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) wird hierzu Folgendes ausgeführt (Deutscher Bundestag, 2016, S. 18 und 20): „Immer wieder wird berichtet, dass anstelle des gesetzlich vorgesehenen Regelfalls einer Sachleistung von den Leistungserbringern vermehrt solche Leistungen erbracht werden, die bei den Versicherten zu Mehrkosten führen. Vielfach wird angezweifelt, dass dies auf der informierten, abgewogenen Entscheidung der versicherten Person beruht. Vor diesem Hintergrund zielt das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung insbesondere darauf ab, [...] die Information und Beratung der Versicherten über ihre Leistungsansprüche und die Versorgungsmöglichkeiten zu verbessern, um ihren Anspruch auf die im Einzelfall erforderliche Versorgung zu stärken und um sie vor ungerechtfertigten Mehrkosten zu schützen.“

Im HHVG wurden einige Maßnahmen beschlossen, durch Dokumentation der Beratungen und Datenübermittlung die Transparenz über die Beratungsqualität und die Mehrkostenvereinbarungen zu erhöhen. Die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Übermittlung von Daten über Mehrkosten sorgt für deutlich mehr Transparenz, denn auf dieser empirischen Basis liefert der Mehrkostenbericht des GKV-SV solide Einblicke in das Thema. Zudem sind die Krankenkassen verpflichtet, vertraglich sicherzustellen, dass den Versicherten immer eine hinreichende Anzahl von mehrkostenfreien Hilfsmitteln zur Verfügung gestellt wird. Sie sollen die Versicherten über die Ansprüche in der Hilfsmittelversorgung eingehend informieren. Die Leistungserbringer müssen die Beratung der Versicherten, welche Hilfsmittel geeignet und notwendig sind, schriftlich dokumentieren und durch Unterschrift der Versicherten bestätigen lassen (§ 127 SGB V).

Mehrkostenvereinbarungen sind gesetzlich vorgesehen und sollen den Versicherten eine Wahlentscheidung ermöglichen. „Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten [...] selbst zu tragen“ (§ 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V). Diese Wahlentscheidung zu Mehrleistungen haben Versicherte auch in vielen anderen Leistungsbereichen, etwa beim Zahnersatz oder bei den Pflegeleistungen. Insofern nimmt der Hilfsmittelbereich keine Sonderstellung ein. Welche medizinisch nicht notwendigen Eigenschaften eines Hilfsmittels, wie etwa die Größe des Hörgeräts oder die Farbgebung von Kompressionsstrümpfen, Mehrkosten auslösen, wird im Einzelfall zwischen den Leistungserbringern und den Versicherten ausgehandelt. Der Gesetzgeber hat richtig erkannt, dass nur informierte Versicherte, die auch eventuell den Aufwand eines Preisvergleichs nicht scheuen, eine wirtschaftliche Versorgung nach eigenen Präferenzen erhalten. Eine repräsentative Versichertenbefragung zur Hörgeräteversorgung hat ergeben, dass Versicherte mit Hörgeräteversorgung, die vor der Beratung von anfallenden Mehrkosten ausgingen, um 350 Euro höhere Mehrkosten leisten mussten, als solche, die eine mehrkostenfreie Versorgung erwarten (GKV-SV, 2019). Die Kundenerwartung hat also

offenbar Einfluss auf die gezahlten Mehrkosten. Die Kundenerwartungen zu ergründen, ist Basis jedes erfolgreichen Verkaufs. Darin unterscheidet sich der Erwerb medizinischer Güter wie Hilfsmittel nicht von Konsumgütern.

Der jüngste mit der Versorgungsqualität begründete Eingriff des Gesetzgebers in den Hilfsmittelbereich erfolgte 2019 mit dem TSVG. In diesem wurde für die Krankenkassen die Möglichkeit einer Ausschreibung zum Vertragsabschluss im Hilfsmittelbereich gestrichen. Dazu kommentiert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) recht knapp: „Ausschreibungen für Hilfsmittel werden abgeschafft. Dadurch wird sichergestellt, dass es bei der Versorgung mit Hilfsmitteln keine Abstriche bei der Qualität gibt“ (BMG, 2019). Aus dieser Formulierung werden die ministeriellen Zweifel an der Versorgungsqualität bei der Hilfsmittelversorgung wie schon anlässlich des HHVG deutlich.

Festbeträge und Mehrkosten

Transparenz über die tatsächliche Situation und Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen im Hilfsmittelbereich liefert der gesetzlich geforderte jährliche Bericht des GKV-SV (§ 302 Abs. 5 SGB V). Der dritte Bericht erschien 2021 und bietet zahlreiche Informationen auf einer soliden empirischen Grundlage. Die Krankenkassen melden in einer Vollerhebung die Informationen über alle einzelnen Hilfsmittelfälle an den GKV-SV. 80 Prozent aller Versorgungen im Hilfsmittelbereich erfolgen ohne Mehrkosten für die Versicherten. Die Mehrkosten der verbleibenden 20 Prozent konzentrieren sich in wenigen Produktgruppen.

Tabelle 5: Top 10 der Produktgruppen mit der höchsten Quote von Mehrkostenvereinbarungen im Hilfsmittelbereich 2020

PG	Produkte	Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten in Prozent	Summe der Mehrkosten in Millionen €	Relation der Mehrkosten zu den Kosten der Krankenkassen in Prozent	Anteil der PG an den gesamten Mehrkosten in Prozent	Festbeträge ja/nein
08	Schuheinlagen	52,8	74,7	15,5	10,0	ja
13	Hörhilfen	52,1	499,4	48,2	66,9	ja
37	Brustprothesen	50,7	2,2	11,7	0,3	nein
25	Sehhilfen	34,1	43,4	46,2	5,8	ja
17	Kompression	31,8	25,1	4,2	3,4	ja
24	Beinprothesen	27,1	5,1	1,6	0,7	nein
34	Haarersatz	25,6	1,9	13,7	0,3	nein
05	Bandagen	22,7	8,3	6,1	1,1	nein
15	Inkontinenzhilfen	21,1	55,0	7,5	7,4	ja (für ableitende)
23	Orthesen	10,4	6,4	0,8	0,9	nein
	Summe Top 10		721,5		96,7	
	alle Produkte	20,2	746,2	8,3	100,0	

Quelle: Dritter Mehrkostenbericht des GKV-SV 2021, Anhang 1

Mehr als drei Viertel aller Mehrkosten für Hilfsmittel entfallen auf lediglich zwei Produktbereiche: Hörhilfen und Schuheinlagen. Die Höhe der Mehrkosten erreicht bei Hör- und Sehhilfen fast die Hälfte des Betrags, den die Krankenkassen für die Versorgung bezahlen. Die Mehrkosten der Versicherten sind also ein wichtiger Bestandteil der Umsatzplanung der Optikerinnen und Optiker und vor allem der Akustikerinnen und Akustiker. Für Brustprothesen und Haarsersatz werden relativ häufig Mehrkostenvereinbarungen getroffen, allerdings mit einem relativ niedrigen Betrag.

Ein genauerer Blick auf den Zusammenhang zwischen Mehrkosten und Festbeträgen lohnt sich. Festbeträge nach § 36 SGB V sind durch den GKV-SV für lediglich fünf Hilfsmittel-Produktgruppen bestimmt worden. Festbeträge gelten verbindlich für Verträge aller Krankenkassen. Die Höhe der Festbeträge wird nicht verhandelt. Der GKV-SV holt in einem vertraulichen Verfahren Angaben zu Verkaufspreisen von herstellenden und liefernden Unternehmen ein und bildet auf Basis dieser Listenpreise einen Durchschnittspreis. Die Festbeträge werden in zeitlichen Abständen mit dem gleichen Verfahren überprüft und in der Regel kontinuierlich nach oben angepasst.

Die Festbeträge für Hörhilfen betragen bis März 2022 733,59 Euro für einohrige und 1.320,46 Euro für beidseitige Versorgungen. Diese Festbeträge basieren auf Verkaufslistenpreisen der herstellenden Unternehmen zuzüglich der Arbeitsleistung der Akustikerinnen und Akustiker und wurden nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer festgesetzt. Die technischen Merkmale der in die Kalkulation einbezogenen Hörgeräte und die Leistungen der Akustikerinnen und Akustiker werden in der Beschreibung der Festbeträge detailliert aufgeführt (GKV-SV, 2013). Dennoch wurden 2020 bei mehr als der Hälfte der Versorgungen zusätzlich Mehrkosten von durchschnittlich 1.234 Euro von den Versicherten gezahlt.

Die Tatsache, dass insgesamt über 90 Prozent aller Mehrkosten von Versicherten für Hilfsmittel gezahlt werden, deren Kassenvergütung gar nicht verhandelt wurden, sondern aus Listenpreisen der herstellenden Unternehmen ermittelt wurden, erscheint implausibel. Die tatsächlichen Einkaufspreise der Leistungserbringer unterschreiten die Verkaufslistenpreise der herstellenden Unternehmen deutlich. Dadurch entstehen bei den versorgenden Betrieben signifikante Handelsspannen additiv zu den bereits einkalkulierten Dienstleistungsanteilen.

Dem kann auch nicht entgegengehalten werden, dass die Festbeträge für Hörgeräte zuletzt 2013 festgesetzt wurden. Denn in anderen Produktbereichen ist zu beobachten, dass eine deutliche Anhebung der Festbeträge nicht zu einer erwarteten Reduzierung, sondern sogar zu einem Anstieg der Mehrkosten für Versicherte führte. Die Festbeträge für Schuheinlagen wurden zum 1. April 2020 um 13 Prozent gesteigert. Dennoch blieb der Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten gegenüber 2019 mit 53 Prozent unverändert und die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten stieg von 29,60 Euro (2019) auf 32,40 Euro (2020) um sogar 9,5 Prozent (GKV-SV, 2021, S. 18). Ab April 2022 werden die Festbeträge für Hörhilfen signifikant angepasst. Die Steigerung beläuft sich auf 23 Prozent für die einohrige Versorgung und 13,5 Prozent für die beidseitige Versorgung. Es ist zu erwarten, dass diese neuen Festbeträge zwar zu entsprechenden Mehrausgaben der Krankenkassen führen werden, sich im Gegenzug aber die Mehrkosten der Versicherten nicht verringern. Ob diese Prognose eintritt, wird der übernächste Mehrkostenbericht des GKV-SV beantworten.

In der Öffentlichkeit wird häufig das Bild gezeichnet, dass die Krankenkassen in Verhandlungen die Preise so weit absenken, dass die Leistungserbringer wirtschaftlich geradezu gezwungen sind, die Versicherten mit zusätzlichen Kosten zu belasten. Dieses Narrativ wird auch in den oben genannten Forderungen der Deutschen Kontinenz Gesellschaft bedient. Tatsächlich werden aber 90 Prozent aller Mehrkosten für Ver-

sorgungen bezahlt, für die gar keine Preisverhandlungen stattgefunden haben und die auf Verkaufslistenpreisen basieren. Bei einer Anhebung der Festbetragsvergütung sinken die Mehrkosten der Versicherten nicht. Die Ursachen für Mehrkosten im Hilfsmittelbereich müssen also offenbar in anderen Faktoren begründet sein als im Preis und im Verhandlungsverfahren durch die Krankenkassen. Somit wird die Forderung der Deutschen Kontinenz Gesellschaft, zur Verbesserung der Versorgungsqualität höhere bundesweite Preise zur Vermeidung von Mehrkosten für Versicherte einzuführen, mit dieser empirischen Erkenntnis ad absurdum geführt.

Höhere Vergütungen, sei es in Form von Festbeträgen oder Vertragspreisen, schützen Versicherte nicht per se vor Mehrkosten. Mehrkosten können nur dann erfolgreich vermieden werden, wenn die Leistungserbringer bei jeder Versorgung ihrer Verpflichtung nachkommen, ein dem individuellen medizinischen Bedarf entsprechendes Hilfsmittel im Sachleistungsprinzip anzubieten. Dem steht entgegen, dass Leistungsanbieter oftmals nur „Kassengeräte“ mehrkostenfrei anbieten. Sogar auf der Internetseite der Verbraucherzentrale begegnet man diesem Begriff (Verbraucherzentrale, 2022c). Dahinter steht die Aussage, dass die Krankenkassen nur eine bestimmte – in der Praxis einseitig von den Leistungserbringern festgelegte – Produktauswahl übernehmen würden und daher die Versicherten für „bessere“ Hilfsmittel Mehrkosten zahlen müssten. Diese Aussage führt die Versicherten in die Irre und widerspricht den Verträgen mit den Leistungserbringern. Nach den vertraglichen Anforderungen der Krankenkassen muss die individuell medizinisch erforderliche Versorgung mehrkostenfrei abgegeben werden – egal, welches Hilfsmittel dafür erforderlich ist. Einschränkungen auf bestimmte Produkte oder Firmen gibt es nicht. Da für die Versicherten die Anforderungen an die Leistungserbringer und der daraus resultierende Anspruch auf ein individuelles mehrkostenfreies Angebot nur schwer nachvollziehbar sind, entscheiden sich Versicherte für die mehrkostenpflichtige Versorgung. Dieser Praxis muss künftig insbesondere durch noch intensivere Information der Versicherten entgegengewirkt werden.

Versorgungsqualität bei Hilfsmitteln aus Patientensicht

Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, in den Hilfsmittelverträgen eine hinreichende Anzahl mehrkostenfreier Hilfsmittel in guter, dem individuellen Bedarf entsprechender Qualität, die notwendige Beratung und die sonstigen zusätzlichen Leistungen wohnortnah sicherzustellen (§ 127 Abs. 1 SGB V). Die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten durch die Leistungserbringer ist durch die Krankenkassen zu überwachen (§ 127 Abs. 7 SGB V). Die Leistungserbringer sind verpflichtet, für diese Prüfungen durch die Krankenkassen entsprechende Auskünfte zu erteilen.

Eine zentrale Perspektive zur Beurteilung der Versorgungsqualität in der Hilfsmittelversorgung sind die Versicherten. Nur diese können letztlich beurteilen, ob die Hilfsmittelversorgung zu ihrer gesundheitlichen Situation passt und ob Funktion und Nutzen des Hilfsmittels im Alltag stimmen. Daher wurden seitens der BARMER mehrfach Befragungen von Versicherten mit unterschiedlichen Hilfsmittelversorgungen durchgeführt, die eine Einschätzung zum Niveau der Versorgungsqualität aus Patientensicht ermöglichen.

In den letzten Jahren wurden neun große Versichertenbefragungen zu unterschiedlichen Produktbereichen durchgeführt. Die detaillierten Ergebnisse sind veröffentlicht unter diesem [Link](#). Hierfür wurde jeweils eine Stichprobe von Versicherten schriftlich befragt, die eine entsprechende Hilfsmittelversorgung in einem bestimmten Versorgungszeitraum vor der Befragung erhalten hatten. Die Antworten und deren Auswertung erfolgten anonymisiert.

Tabelle 6: Aktuelle Versichertenbefragungen der BARMER zur Hilfsmittelversorgung

Produktgruppe	Hilfsmittel	Befragungszeitraum	Versorgungszeitraum	Anzahl der Befragten	Rücklaufquote in Prozent
14	CPAP-Therapie	April 2018	01/17–12/17	2.400	70
14	Sauerstofftherapie	Oktober 2018	05/17–05/18	2.200	62
04	Badewannenlifter	Dezember 2018	01/17–12/17	2.000	57
29	Stomaversorgung	August 2019	05/18–04/19	3.000	55
13	Hörgeräte	September 2019	07/17–04/19	3.000	47
15	aufsaugende Inkontinenzartikel	Oktober 2019	04/18–04/19	3.000	53
31	orthopädische Schuhe	März 2020	05/18–04/19	3.000	67
11	Anti-Dekubitus-Systeme	Dezember 2020	01/20–09/20	2.500	47
04	Badewannenlifter	Mai 2021	01/20–09/20	1.122	61
	Summe			22.222	57

Quelle: BARMER-Daten

Insgesamt wurden somit über 22.000 Versicherte mit aktuellen Hilfsmittelversorgungen in die Befragungen einbezogen, mit einer guten Rücklaufquote von durchschnittlich 57 Prozent.

Tabelle 7: Übersicht der Ergebnisse der Versichertenbefragungen der BARMER 2018 bis 2021

Produktgruppe	Hilfsmittel	Zufriedenheit in Prozent mit ... (Summe von „vollkommen zufrieden“ bis „zufrieden“)			
		der Beratung	der Einweisung/ Produktqualität	der Bearbeitungszeit	dem Kundenservice
14	CPAP	93	85	98	97
14	Sauerstofftherapie	78	92	96	93
04	Badewannenlifter	96	96	94	94
29	Stomaversorgung	94	95	98	97
13	Hörgeräte	97	97	*	*
15	aufsaugende Inkontinenzartikel	87	84	97	93
31	orthopädische Schuhe	97	97	89	97
11	Anti-Dekubitus-Systeme	91	91	90	95
04	Badewannenlifter	94	96	96	96

* nicht Inhalt der Befragung

Quelle: BARMER-Daten

Bewertung der Versorgung von Versicherten mit Produkten der aufsaugenden Inkontinenz

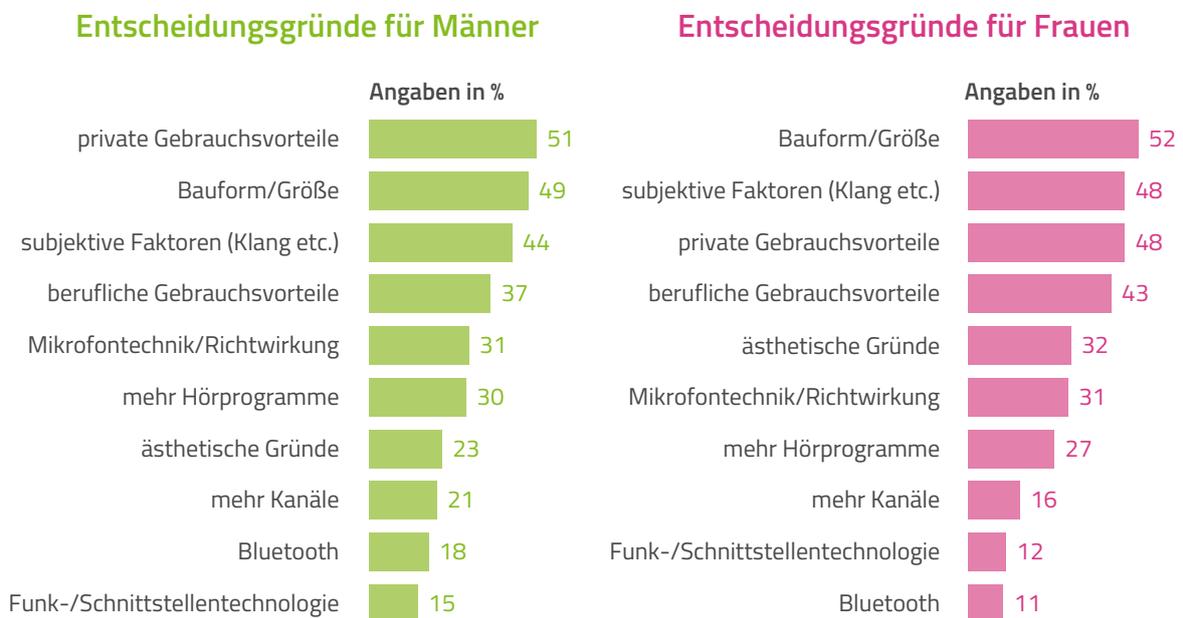
Die von der Deutschen Kontinenz Gesellschaft vorgebrachten Behauptungen, die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten wären in mehrfacher Hinsicht mangelhaft (DKG, 2022), werden von den versorgten Versicherten auf Befragung nicht bestätigt. 76 Prozent gaben an, über eventuelle Mehrkosten ausreichend informiert worden zu sein. Gründe für die Wahl einer Versorgung mit selbst zu tragenden Mehrkosten waren der Wunsch nach einer höherwertigen Versorgung (53 Prozent) oder nach dem Produkt eines bestimmten Unternehmens (11 Prozent).

Auch Befragungen anderer Kassen stützen dieses Ergebnis. Zudem erfolgten fast 80 Prozent der Versorgungen ohne Mehrkosten für die Versicherten (siehe Tabelle 5).

Gründe für Mehrkosten bei Hörgeräten

Wie oben gezeigt, entfallen zwei Drittel aller Mehrkosten für Hilfsmittel auf die Hörgeräteversorgung. Daher wurde in der Versichertenbefragung der BARMER insbesondere dieser Sachverhalt tiefer erfragt. Die Gründe der Versicherten für die Wahl einer Hörhilfenversorgung mit Mehrkosten sind vielfältig, aber von unterschiedlicher Relevanz.

Abbildung 7: Gründe für die Entscheidung einer Versorgung mit Mehrkosten im Bereich der Hörhilfenversorgung aus Sicht der Versicherten nach Geschlecht



Sofern sich männliche Befragte für eine aufzahlungspflichtige Versorgung mit Hörgeräten entschieden haben, welche Gründe waren hierfür ausschlaggebend?, n = 661

Sofern sich weibliche Befragte für eine aufzahlungspflichtige Versorgung mit Hörgeräten entschieden haben, welche Gründe waren hierfür ausschlaggebend?, n = 756

Die Antworten zeigen, dass die Versicherten eine differenzierte Entscheidung zu einer Versorgung mit Mehrkosten treffen. Technische Zusatzfunktionen wie Bluetooth oder zusätzliche Kanäle rangieren in der Priorität weit unten, während dagegen Form/Größe des Geräts das wichtigste Entscheidungsmerkmal darstellt. Die ästhetischen Gründe liegen im Mittelfeld. Wie bereits oben beschrieben, spielt die Kundenerwartung mit durchschnittlich 350 Euro für die Höhe der Mehrkosten in der Hörgeräteversorgung eine wichtige Rolle (GKV-SV, 2019). Dies zeigt, wie wichtig es für die Versicherten ist, informiert und kritisch in den Versorgungsprozess einzusteigen.

Prüfung der Einhaltung vertraglicher Pflichten durch die Kassen am Beispiel der Maßanfertigungen in der Kompressionstherapie

Die Krankenkassen haben die gesetzliche Verpflichtung, die Einhaltung der vertraglichen Pflichten durch die Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich zu überwachen. Sie führen dazu Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch (§ 127, Abs. 7 SGB V).

Details dieser Prüfungen sowie deren Ergebnisse sollen am Beispiel der Kompressionstherapie gezeigt werden. Vertraglich sind die Leistungserbringer verpflichtet, die für die Patientinnen und Patienten ärztlich verordnete, medizinisch notwendige Kompressionsversorgung wirtschaftlich durchzuführen. Grundlage für die Produktauswahl von medizinischen Kompressionsprodukten sind die Körpermaße der betroffenen Extremität/-en der Patienten. Anhand der Patientenmaße erfolgt die Versorgung, wenn möglich, mit konfektionierten Kompressionsprodukten der zahlreichen herstellenden Unternehmen. Kann aufgrund der Körpermaße keine medizinisch passende Versorgung mit konfektionierter Ware erreicht werden, sind Maßanfertigungen zur Versorgung dieser Einzelfälle indiziert. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit individuell angefertigten Maßprodukten ist deutlich aufwändiger und kann zu Zeitverzögerungen durch den Prozess der Einzelanfertigung führen. Die Versorgung mit konfektionierten Produkten ist mit weniger persönlichen Kontakten verbunden und die Produkte weisen zumeist höhere Maßtoleranzen auf, die den Tragekomfort erhöhen können. Das Ziel, eine medizinisch bedarfsgerechte und zweckmäßige Kompression zu erreichen, ist aber sowohl mit konfektionierten als auch maßgefertigten Produkten realisierbar.

Die Hilfsmittel-Richtlinie verpflichtet auch die verordnenden Vertragsärztinnen und -ärzte wie folgt: „Die Verordnung von Maßanfertigungen ist nicht zulässig, wenn die Versorgung mit Fertigartikeln denselben Zweck erfüllt“ (G-BA, 2021, § 6 Abs. 9). Voraussetzung für die korrekte Einhaltung dieser Regelung wäre die Abklärung in der Arztpraxis, ob unter Berücksichtigung der Maße der zu versorgenden Extremitäten und des nötigen Kompressionsdrucks aus den Angebotslisten der Hersteller eine geeignete Versorgung mit konfektionierter Ware möglich ist. So wäre theoretisch eine präzise Verordnung eines konkreten Produkts gegebenenfalls mit Größenangaben möglich. Allerdings ist eine Auswahl aus dem vielfältigen und dynamischen Produktangebot in der ärztlichen Praxis kaum realisierbar und wird auch in den Hilfsmittel-Richtlinien nicht verlangt. Daher enthält so gut wie keine Verordnung in der Kompressionstherapie eine konkrete Produktbezeichnung. Somit liegt die medizinisch geeignete Auswahl des Produkts bei den Leistungserbringern, die die Versicherten aufsuchen. In der Kompressionsversorgung können dies Sanitätshäuser oder Apotheken sein, die eine vertragliche Regelung mit den Krankenkassen geschlossen haben.

In fast einem Drittel der Fälle wird in der Kompressionstherapie eine Mehrkostenvereinbarung geschlossen (siehe Tabelle 5). Für die Vergütung gelten bundeseinheitliche Festbeträge des GKV-SV, die zuletzt zum 1. April 2020 erhöht und neu festgesetzt wurden.

In einer Stichprobe von Fällen, in denen Maßanfertigungen erfolgten, hat die BARMER auf Basis der Maßblätter, die die körperlichen Abmessungen für eine Maßanfertigung enthalten, geprüft, ob die Versorgung alternativ mit konfektionierten Produkten möglich gewesen wäre. Die Prüfung ergab, dass in bis zu 17 Prozent der Fälle eine konfektionierte Versorgung mit einem Produkt des gleichen Herstellers möglich gewesen wäre. Bei einer Auswahl unter drei verschiedenen Markenherstellern wäre sogar in bis zu 37 Prozent der Versorgungen eine passende konfektionierte Versorgung verfügbar gewesen. Die Quoten waren in Apotheken deutlich höher als in Sanitätshäusern. Im Sinne einer zügigen und wirtschaftlichen Versorgung muss künftig konsequenter von den Leistungsanbietern in jedem Einzelfall die Verfügbarkeit einer konfektionierten Versorgung geprüft werden. Hierzu reicht es unter Berücksichtigung der entsprechenden Angaben im Hilfsmittelverzeichnis nicht aus, dass sich Leistungserbringer nur auf das Sortiment eines Herstellers beschränken. Vielmehr sollten hier auch die Produktpaletten weiterer Hersteller für den Versorgungsprozess berücksichtigt werden. Die BARMER hat alle ihre Vertragspartner nochmals dazu aufgerufen und wird auch durch weitere Prüfungen die Einhaltung der Vertragspflichten überwachen.

Evidenzlage in der Hilfsmittelversorgung

Die Erhebung der Zufriedenheit und damit die subjektive Wahrnehmung der Versicherten kann die wichtige Frage, ob ein Hilfsmittel den erforderlichen medizinischen Nutzen hat, nur teilweise beantworten. Hilfsmittel werden technisch geprüft und mit einem CE-Kennzeichen versehen. Damit ist der Nachweis der Funktionsfähigkeit und Sicherheit des Produkts medizintechnisch erbracht (§ 139 Abs. 5 SGB V). Ob und unter welchen Bedingungen das Hilfsmittel aber in einem medizinisch-wissenschaftlichen Behandlungskonzept seinen Nutzen entfaltet, ist nicht Bestandteil der Produktzulassung. Der medizinische Nutzen ist für einen Teil der Hilfsmittel unmittelbar plausibel. Beispielsweise müssen ein Standardrollstuhl, eine Unterarmgehstütze, ein Rollator technisch sicher funktionieren und die Versicherten müssen den Umgang damit gegebenenfalls üben. Andere Hilfsmittel aber wirken physiologisch auf den Körper ein, wie beispielsweise Schuheinlagen. Trotz jährlich circa fünf Millionen Versicherten, die eine Einlagenversorgung erhalten (siehe Tabelle 3), ist der medizinische Nutzen wissenschaftlich nur für einige Indikationen nachgewiesen. Der SPIEGEL berichtete am 7. Februar 2022 zu diesem Thema (Spiegel, 2022). Eine Auswertung von über 3.700 Studien zur Wirkung von Schuheinlagen kam zu einem ernüchternden Ergebnis: „Die Studienlage zu den meisten Indikationsfeldern orthopädischer Einlagenversorgung ist nach wie vor ungenügend, um ihre Verordnung auf Evidenzbasis zu rechtfertigen.“ Das bedeutet nicht, dass Schuheinlagen ohne medizinische Wirkung sind. Aber die wichtige Frage, für welche Erkrankung bei welcher Fehlstellung des Fußes welche Einlagenversorgung die beste ist, ist wissenschaftlich offen. Das enge Zusammenspiel zwischen Diagnostik, Indikationsstellung und therapeutischer Maßnahme, bei dem Hilfsmittel zumeist nur einen Baustein darstellen, macht daher das stete Gewinnen von Evidenz notwendig. Dies gilt für das gesamte Spektrum medizinischer Maßnahmen, wobei die Studienanforderungen rund um die Einführung neuer Arzneimittel eine Vorbildfunktion haben könnten. Vorgaben zur systematischen Gewinnung von Evidenz in der Hilfsmittelversorgung gibt es in Deutschland bisher nicht.

Fazit zur Versorgungsqualität bei Hilfsmitteln

Die Gesetzgebung hat mit dem HHVG den Krankenkassen und Leistungserbringern ein engmaschiges Netz der Dokumentation und Kontrollpflichten zu den Versorgungsprozessen auferlegt. Diese Pflichten bilden die erforderliche Basis, um die Versorgungsqualität nachvollziehbar zu machen und – wenn notwendig – im Sinne der Versicherten durch Anpassung der Verträge oder der rechtlichen Grundlagen nachzubessern.

Schon die oben dargestellten Erkenntnisse über Mehrkosten zeigen, welchen hohen Stellenwert die Transparenz über die Versorgungsprozesse und die Ergebnisqualität hat, um die Versorgung zielgerichtet weiterentwickeln zu können.

Wichtig ist, dass Versicherte mit Hilfsmittelversorgung kritisch und informiert sind. Vor allem sollten alle Versicherten ihren Anspruch auf eine mehrkostenfreie individuell passende Versorgung geltend machen. Dazu bieten die BARMER und auch andere Kassen umfangreiche Informationen und Beratungen zum Beispiel auf ihrer Homepage an. Erhalten Versicherte bei einem Leistungserbringer kein individuell geeignetes mehrkostenfreies Angebot, kann sich die Beratung bei einem zweiten oder dritten Leistungserbringer finanziell lohnen, da die Versicherten eine größere Produktauswahl und damit wahrscheinlich auch ein größeres Angebot an mehrkostenfreien Produkten erhalten.

Dabei müssen die Versicherten einheitlich über ihre Ansprüche und Rechte informiert werden. Die Information der Verbraucherzentrale ist jedoch als mindestens missverständlich anzusehen, wenn es dort auf die Frage nach der Möglichkeit eines Wechsels des Leistungserbringers heißt: „Die Möglichkeit, zu wechseln, besteht nur, wenn es für Sie unzumutbar ist, an dem bisherigen Leistungsanbieter festzuhalten“ (Verbraucherzentrale, 2022b). Tatsächlich können Versicherte jederzeit ohne Angabe von Gründen unter den Vertragspartnern der Krankenkasse einen anderen Leistungserbringer auswählen.

Die stetig wachsende Intensität, mit der die BARMER systematisch die Versorgungsqualität aus Versichertensicht erforscht und die Einhaltung vertraglicher Pflichten durch Leistungserbringer überwacht, könnte Vorbild auch für andere Leistungsbereiche sein. Beispielsweise in der häuslichen Pflege, bei Heilmitteln oder Zahnersatz stellen sich ebenfalls Fragen nach Mehrkosten der Versicherten oder privaten Zusatzleistungen und der erlebten Versorgungsqualität.

3 Kosten- und Nutzeinschätzung der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung

Mit Beschluss vom 16. Juni 2016 hat der gemeinsame Bundesausschuss die kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zur Therapiesteuerung des insulinpflichtigen Diabetes mellitus als Untersuchungs- und Behandlungsmethode anerkannt (G-BA, 2016a). Dies gilt für Menschen mit Diabetes, die eine intensivierete Insulintherapie durchführen. Ein solches Messgerät kann nur von Diabetologinnen und Diabetologen verordnet werden, es muss ein zugelassenes Medizinprodukt sein und über eine Warnfunktion bei Über- oder Unterzuckerung verfügen. Es kann mit einer Insulinpumpe kombiniert werden. Zusätzlich zu den rtCGM-Systemen sind Systeme zum intermittierenden Scannen eines CGM-Sensors verfügbar (iscCGM). Sofern diese in neueren Generationen über eine einstellbare Warnfunktion bei Über- oder Unterzuckerung verfügen, werden sie wie rtCGM-Systeme von den Krankenkassen bezahlt.

In den tragenden Gründen zu diesem Beschluss wird das Ergebnis des vorausgegangenen Verfahrens zur Nutzenbewertung zusammengefasst (G-BA, 2016b). Die Nutzenbewertung erfolgte auf Basis des IQWiG-Abschlussberichts, der wiederum auf der Auswertung der verfügbaren Studienlage basierte. Insgesamt wurden 15 Studien im Abschlussbericht herangezogen, die auf einen Vergleich der Messmethoden des Glukosespiegels abzielten. Als Studienteilnehmende waren fast ausschließlich Typ-1-Diabetikerinnen und -Diabetiker eingeschlossen. Die im Abschlussbericht dargelegten Studienergebnisse zu patientenrelevanten Outcomes ergaben Anhaltspunkte auf eine Überlegenheit der rtCGM bezüglich der Vermeidung schwerer Hypoglykämien und bezüglich einer Verbesserung des HbA1c-Werts. Bei den übrigen patientenrelevanten Endpunkten, wie beispielsweise kardiovaskuläre Morbidität, ketoazidotisches Koma und Entwicklungsstörungen bei Heranwachsenden, ergaben sich keine Hinweise auf signifikante Unterschiede.

Eine Bewertung der Wirtschaftlichkeit der neuen Methode wurde durch den G-BA explizit nicht vorgenommen oder für die Zukunft beauftragt: „Für eine gesundheitsökonomische Betrachtung der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung ist es prinzipiell notwendig, in einem erforderlichen Umfang einerseits die Kosten für die Versorgung mit und ohne diese Methode sowie andererseits die Auswirkungen ihres Einsatzes zu quantifizieren, um schließlich die beiden Größen miteinander ins Verhältnis zu setzen. Da dem G-BA die erforderlichen Daten für eine solche Prüfung der Wirtschaftlichkeit der rtCGM nicht zur Verfügung stehen, konnte keine entsprechende Bewertung der Wirtschaftlichkeit vorgenommen werden“ (G-BA, 2016a).

Kosten-Nutzen-Einschätzung der CGM-Messung

Der G-BA selbst hat keinen Beschluss für eine Kosten-Nutzen-Bewertung gefasst – auch nicht nach einigen Jahren der Einführung der Methode. Um dennoch eine erste gesundheitsökonomische Einschätzung zu ermöglichen, wurden die Abrechnungsdaten der BARMER aus verschiedenen Leistungsbereichen anonymisiert ausgewertet. Der G-BA hat darüber hinaus bislang auf eine Aktualisierung des Beschlusses auf Basis einer erneuten Nutzenbewertung unter Einbeziehung aktueller Studien und im Hinblick auf die technische Entwicklung der CGM-Systeme verzichtet. Auch hierauf soll nachfolgend eingegangen werden.

Anzahl und Entwicklung der CGM-Patientinnen und -Patienten

Tabelle 8: Anzahl und Anteil der BARMER-Versicherten mit CGM-Versorgung unter den Personen mit Diabetes nach Altersklassen

Altersgruppe	BARMER-Versicherte mit CGM-Versorgung			Anteil an allen Versicherten mit Diabetes der BARMER in Prozent		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
bis 14 Jahre	1.576	1.625	1.420	81,3	83,7	71,0
bis 19 Jahre	1.277	1.470	1.422	68,3	77,6	76,6
bis 24 Jahre	1.284	1.542	1.672	59,4	69,2	70,9
bis 29 Jahre	1.465	1.706	1.676	53,9	64,4	66,8
bis 34 Jahre	1.554	1.856	2.046	48,8	58,6	61,2
bis 39 Jahre	1.851	2.211	2.228	45,0	54,4	54,9
bis 44 Jahre	1.876	2.344	2.526	39,1	48,6	50,6
bis 49 Jahre	2.346	2.871	2.908	31,5	40,7	43,9
bis 54 Jahre	3.367	4.271	4.663	26,2	34,9	39,7
bis 59 Jahre	3.778	5.224	6.029	20,5	29,1	33,9
bis 64 Jahre	3.542	5.254	6.480	14,7	22,1	28,0
bis 69 Jahre	3.175	5.006	6.482	10,3	16,9	22,6
70 plus	5.894	10.400	15.154	5,0	8,9	13,0
Summe	32.985	45.780	54.706			

Quelle: BARMER-Daten 2018 bis 2020

Die Zahl und der Anteil der Personen mit Diabetes mit CGM-Systemen stiegen im Betrachtungszeitraum deutlich an. Je jünger die Altersgruppe, desto höher stellte sich bereits 2018 der Anteil dar. Grob skizziert stagniert der Anteil bei Kindern und Jugendlichen, da ein hoher Anteil bereits frühzeitig mit einem CGM-System versorgt wurde. Bis zum Alter von 44 Jahren, also mutmaßlich Personen mit Diabetes Typ 1, waren mehr als jede zweite Person im Jahr 2020 bereits mit einem CGM-System ausgestattet.

Nutzen einer CGM-Versorgung

Der medizinische (Zusatz-)Nutzen der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten gegenüber der herkömmlichen Messung des Glukosespiegels wurde vom G-BA aufgrund der Hinweise auf eine Reduzierung schwerer Hypoglykämien beziehungsweise einer Verbesserung des HbA1c-Werts in wissenschaftlichen Studien bestimmt. Beide Parameter werden in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen nicht direkt ausgewiesen. Ergebnisse von Laboruntersuchungen werden den Krankenkassen in keinem Fall übermittelt.

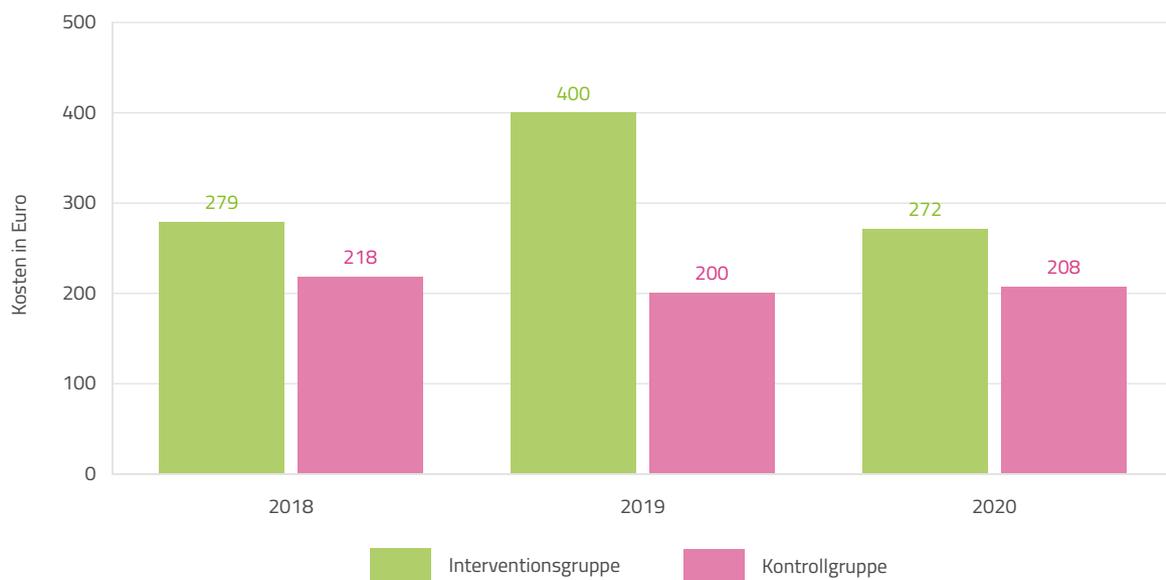
Daher wird mittels Surrogatparametern der Frage nach dem direkten Nutzen in einer retrospektiven Beobachtungsstudie nachgegangen. Eine schwere Entgleisung des Blutzuckers kann zu komatösen und lebensgefährlichen Zuständen führen, die eine notfallmedizinische Behandlung und eventuell eine stationäre Behandlung erforderlich machen. Es ist also davon auszugehen, dass eine Vermeidung schwerer

Hypoglykämien zu einer Verminderung von Krankenhausaufenthalten mit der Hauptdiagnose Diabetes führen sollte. Eine Verbesserung des HbA1c-Werts als Ergebnis einer besseren Einstellung im Therapieverlauf sollte insgesamt zu weniger hausärztlichen Arztkontakten führen, wenn der Person mit Diabetes das Management ihrer Erkrankung besser gelingt. Beide Surrogate können daher einen Hinweis darauf geben, ob der Einsatz eines CGM-Systems einen direkten Nutzen und direkte Auswirkungen in Gestalt einer Verminderung der Leistungsanspruchnahme hat.

Methodisch wurde so vorgegangen, dass die BARMER-Versicherten mit Diabetes, die im Jahr 2019 eine Versorgung mit einem CGM-System erhalten haben, als Interventionsgruppe betrachtet werden. Für diese wird mittels Propensity-Score-Matched-Pair-Algorithmus eine gleich große Kontrollgruppe von Versicherten mit Diabetes gebildet, die bis 2020 keine kontinuierliche interstitielle Glukosemessung durchführen und die im Jahr 2018 vergleichbare Alters-, Erkrankungs- und Kostenprofile aufweisen. Insgesamt sind jeweils etwa 12.000 Versicherte der BARMER in der Interventions- und in der Kontrollgruppe enthalten.

Die Ergebnisse der Kontroll- und Interventionsgruppe ergeben folgendes Bild (Abbildung 8 und 9).

Abbildung 8: Durchschnittliche Krankenhauskosten mit Hauptdiagnose Diabetes 2018 bis 2020 Interventions- und Kontrollgruppe

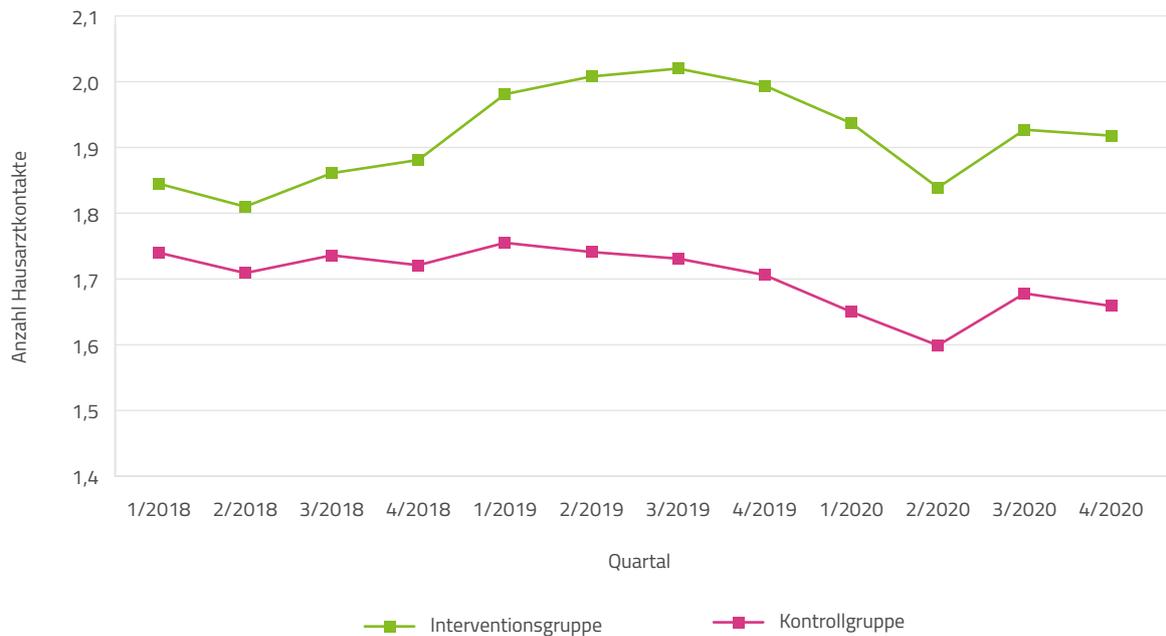


Quelle: BARMER-Daten 2018 bis 2020

Die Krankenhauskosten mit der stationären Hauptdiagnose Diabetes sanken 2020 in der Gruppe der mit CGM-Systemen versorgten Versicherten auf das Niveau des Jahres 2018. In der Kontrollgruppe bleiben diese durchschnittlichen Kosten über die drei Jahre nahezu identisch. Allerdings haben nur circa zehn Prozent der Versicherten in beiden Gruppen überhaupt eine stationäre Behandlung. Es bleibt aber für die Interventionsgruppe ein gewisser geringer Effekt verminderter Krankenhausbehandlungen für Diabetes sichtbar.

Die Anzahl der Arztkontakte als Surrogatparameter für einen unproblematischeren Krankheitsverlauf blieb in der Interventionsgruppe im Jahr nach der Versorgung mit einem CGM-Gerät auf einem konstanten Niveau, während sie in der Kontrollgruppe zurückging. Abbildung 9 zeigt die Arztkontakte beider Gruppen mit der hausärztlichen Versorgungsebene in den Jahren 2018 bis 2020 je Quartal. Hieraus lässt sich kein Hinweis auf einen Patientennutzen ableiten, der etwa durch ein verbessertes Krankheitsmanagement der Diabetes weniger Arztbesuche erforderlich machen würde.

Abbildung 9: Anzahl der Hausarztkontakte je Quartal 2018 bis 2020 der Interventions- und Kontrollgruppe

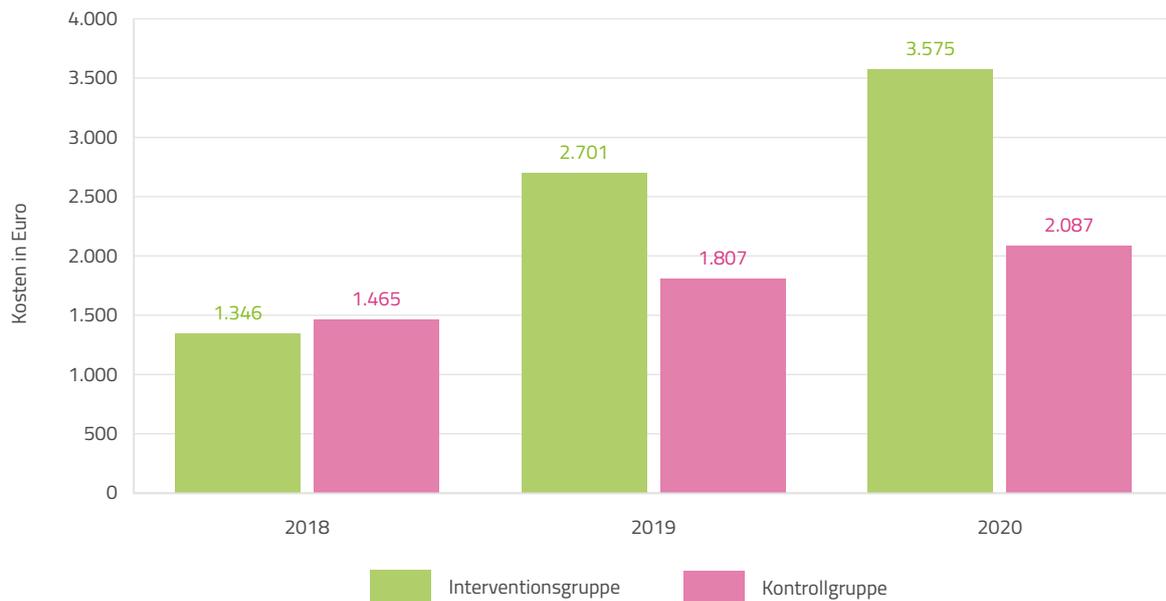


Quelle BARMER-Daten 2018 bis 2020

Mehrkosten der CGM-Versorgung

Wie erwartet, zeigen sich in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe höhere Ausgaben im Leistungsbereich sonstige Leistungen (Abbildung 10), wobei in beiden Gruppen die Ausgaben für sonstige Leistungen ansteigen. Der zunehmende Abstand der Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe bestätigt die entstehenden jährlichen Mehrkosten einer Versorgung mit CGM-Systemen von etwa 2.000 Euro. Darin ist bereits eine Reduzierung von herkömmlichen Blutzuckermessungen eingerechnet, die zu einem geringeren Bedarf an Teststreifen führt. Allerdings müssen Versicherte mit CGM-Systemen weiterhin in unterschiedlichem Umfang auch Glukosemessungen aus dem Blut mittels Teststreifen vornehmen. Dies erfordert einerseits die notwendige Kalibrierung der CGM-Systeme, andererseits empfiehlt die Deutsche Diabetologische Gesellschaft, Parallelmessungen vor Therapieentscheidungen durchzuführen (DDG, 2019, S. 9).

Abbildung 10: Durchschnittliche Kosten für sonstige Leistungen je Versicherten in der Interventions- und Kontrollgruppe 2018 bis 2020



Quelle: BARMER-Daten 2018 bis 2020

Studienergebnisse zu CGM-Systemen

Die Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Technologie der Deutschen Diabetes Gesellschaft hat sich in einer aktualisierten Stellungnahme im Mai 2019 mit den CGM-Systemen befasst. Zwei große randomisierte, kontrollierte klinische Studien zeigten für die intermittierende Messung, dass das Studienziel der Verbesserung des HbA1c-Werts nicht erreicht werden konnte. Die Arbeitsgemeinschaft geht von einer möglichen systematisch negativen Messabweichung aus und empfiehlt vor allem im niedrigen Wertebereich vergleichende Blutglukosemessungen durch die Personen mit Diabetes (DDG, 2019, S. 7).

Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2019 auf Basis von fünf vorliegenden Studien untersuchte die Frage, ob mit der Messung durch CGM eine Unterzuckerung besser vermieden werden kann (Dicembrini et al., 2019). Die Autoren kommen zu dem Fazit, dass die zur Verfügung stehenden Studien lediglich Hinweise auf einen geringen Zusatznutzen der CGM-Messung gegenüber der Glukosemessung aus dem Blut ausweisen.

Fazit zur Kosten-Nutzen-Bewertung von CGM-Systemen

Die Ergebnisse der vorgelegten Kosten-Nutzen-Einschätzung werden flankiert von einer gegenüber der Nutzenbewertung von 2015 aktualisierten Studienlage, die keine oder nur schwache Hinweise auf einen unmittelbaren Zusatznutzen der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung ergibt. Dies weist darauf hin, dass in der Versorgungsrealität ein bedeutsamer Zusatznutzen der CGM-Systeme gegenüber der herkömmlichen Glukose-Messmethode im Durchschnitt nicht gegeben ist. Die BARMER steht Innovationen und neuen Behandlungsmethoden für ihre Versicherten natürlich offen gegenüber und unterstützt diese, deshalb soll das nicht in Abrede stellen, dass der Einsatz dieser Systeme für einzelne Personen mit Diabetes einen Mehrnutzen entfaltet. So erleichtert ein CGM-System sicherlich Eltern mit an Diabetes erkrankten Kindern die Überwachung des Glukosewerts. Diabetologinnen und Diabetologen stehen den neuen digitalen Messmethoden sehr aufgeschlossen gegenüber. Sie sehen laut einer Umfrage für fast alle Per-

sonen mit Diabetes Typ 1 und 80 Prozent der Personen mit Diabetes Typ 2 mit intensivierter Insulintherapie eine Indikation für ein CGM-Gerät. Diabetologinnen und Diabetologen sowie Hersteller sehen sogar für 42 Prozent der Personen mit Diabetes Typ 2 ohne intensivierte Insulintherapie eine Indikation, obwohl der G-BA-Beschluss diese Patientengruppe nicht umfasst und den Einsatz von rtCGM nicht vorsieht (Kulzer & Heinemann, 2022). Bei dieser Therapieform ist eine flexible Anpassung der Insulindosis nicht vorgesehen, weshalb ein minütlich aktueller Glukosewert keinen Mehrnutzen bietet.

Angesichts der Hinweise auf geringen oder keinen medizinischen Zusatznutzen der CGM-Systeme ist die Frage zu stellen, ob die sehr weite Ausweitung des Indikationsrahmens für eine zehnfach teurere Messmethode wirtschaftlich angemessen ist. Analog zu den gesetzlichen Regelungen für Arzneimittel im AMNOG-Verfahren wäre auch hier zu fordern, dass das Ausmaß des Zusatznutzens gegenüber der zweckmäßigen Vergleichsmethode ausschlaggebend für die angemessene Höhe der zusätzlichen Kosten sein sollte. Das AMNOG-Verfahren auf geeignete Medizinprodukte auszudehnen, wäre ein richtiger Schritt.

Ausblick und Forderungen

Der vorgelegte Ansatz zu einer Einschätzung von Kosten und Nutzen der interstitiellen Blutzuckermessung ist sicherlich gesundheitsökonomisch nicht vollständig. Das Vorgehen kann aber erste Hinweise zu wichtigen Themen liefern:

- Die BARMER setzt sich natürlich für Innovationen und neue Behandlungsmethoden ein, damit ihre Versicherten vom medizinischen Fortschritt profitieren. Dieser Fortschritt muss aber im Rahmen der G-BA-Beschlüsse bleiben. Dabei will die BARMER zukünftig durch ihre Daten unterstützen und die Versorgungsrealität einbringen. Dies trägt dazu bei, dass die Versorgung der Versicherten auf dem jeweils aktuellen Stand der Medizin und Technik ist und auch die Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten stets gegeben ist.
- Die Beschlüsse des G-BA zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und neuen Arzneimitteln basieren immer auf einer frühen Nutzenbewertung auf Basis der jeweiligen Studienlage. Ob dieser Nutzen sich auch in der Versorgungsrealität unter Alltagsbedingungen manifestiert und mit welchen Zusatzkosten er verbunden ist, wird nicht systematisch analysiert. Darüber hinaus wird für wichtige Medizinprodukte keine Nutzenbewertung vorgenommen, es reicht die technische Konformität. Die BARMER fordert daher, dass für wichtige medizinische und pharmazeutische Innovationen der tatsächliche Nutzen in einem regelhaften Verfahren nachgeprüft wird. Mit diesen Ergebnissen könnte auch der jeweilige Beschluss des G-BA aktualisiert und auf den aktuellen Stand medizinischer und technischer Entwicklung gebracht werden. Zudem sollte für wichtige Medizinprodukte das Verfahren der frühen Nutzenbewertung und der Preisverhandlungen des AMNOG analog angewendet werden.
- Eine umfassende Nutzenbewertung erfordert in der Regel spezifische und zeitaufwendige Datenerhebungen. Alternativ oder im Vorfeld kann und sollte eine pragmatische Nutzung der bereits vorhandenen Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen erfolgen. Diese beinhalten oft zumindest Hinweise, ob bestimmte Nutzenkategorien erfüllt sind, und erlauben auch gleich eine Kostenabschätzung. Die systematische und pragmatische Nutzung dieser Datenquelle ist schneller und mit wesentlich geringeren Aufwänden möglich als die Durchführung spezifischer Datenerhebungen. Sie kann zwar die wissenschaftliche Qualität einer klinischen Studie nicht erreichen, bietet aber einen schnelleren und breiteren Einblick in die Versorgungsrealität. Sie kann Hinweise geben, bei welcher Leistung weitere Analysen erforderlich sind. Teil des pragmatischen Vorgehens ist es, Prioritäten zu setzen und wichtige Techniken und Methoden zuerst zu betrachten. Die Kriterien für die Auswahl wichtiger Leis-

tungen und die Methodik, mit der mittels Routinedaten nachträglich der Nutzen überprüft wird, könnten direkt im Beschluss des G-BA aufgezeigt werden. So ist diesbezügliche Transparenz und Verbindlichkeit hergestellt. Der G-BA soll und kann in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen auf deren anonymisierte umfassende Datengrundlage zugreifen und somit pragmatische Kosten-Nutzen-Analysen zur Anpassung von Beschlüssen durchführen.

Ein Zitat von Christian Karagiannidis, dem Leiter des Intensivregisters und Mitglied im Corona-Expertenrat, aus einem Interview der Augsburger Allgemeinen vom 26. Januar 2022 fasst die derzeitige Situation rund um die Nutzung von Daten aus der realen Versorgung in Deutschland treffend zusammen: „Wir sind im Bereich klinischer Daten die am weitesten abgehängte Industrienation in der wissenschaftlichen Forschung. Wir verschenken unser Potenzial. Wenn es um Daten aus dem Labor geht, sind wir international sehr gut, wie zum Beispiel die Forschung von Christian Drost und anderen zeigt. Aber was die Forschung mit echten Daten aus der klinischen Praxis angeht, ist Deutschland international meilenweit im Rückstand“ (Augsburger Allgemeine, 2022).

Methodenteil: Standardisierung und Hochrechnung

Für Standardisierung und Hochrechnung wird in diesem Report das Verfahren der direkten Standardisierung anhand von Alter, Geschlecht und Bundesland verwendet. Die Grundlage bilden jeweils die alters-, geschlechts- und bundeslandbezogenen Besetzungszahlen der KM 6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die Standardisierung ist ein Verfahren, welches es ermöglicht, Daten unterschiedlicher Jahre oder Regionen vergleichen zu können, ohne aufgrund von Unterschieden oder Veränderungen in der Altersstruktur Verzerrungen zu beobachten. Bei dem Verfahren werden empirisch ermittelte Raten mit den Besetzungszahlen einer **fiktiven Standardbevölkerung** multipliziert. Beispielsweise nutzt die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) die Europastandardbevölkerung, um Regionen vergleichbar zu machen (MGSFF, 2003, 740 ff.). Bei der Interpretation der Zahlen ist es wichtig zu bedenken, dass standardisierte Werte keine empirisch beobachtbaren Häufigkeiten anzeigen. Standardisierte Werte beschreiben hingegen fiktive Häufigkeiten, die sich ergeben würden, wenn die Bevölkerung wie eine Standardbevölkerung zusammengesetzt wäre.

Die Hochrechnung zielt darauf ab, aus einer Stichprobe die Werte der Grundgesamtheit zu extrapolieren. Dabei werden empirisch ermittelte Raten mit den Besetzungszahlen der **realen Bevölkerung** multipliziert. Eine Hochrechnung findet dann statt, wenn keine Vollerhebung möglich ist und dennoch Aussagen für die Gesamtbevölkerung getroffen werden sollen, zum Beispiel bei einem Zensus (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2020). Auch für die Hochrechnung ist zu beachten, dass es sich nicht um empirisch beobachtete Häufigkeiten in der Gesamtbevölkerung handelt. Es wird jedoch versucht, diese unverzerrt zu schätzen.

Ein einfaches fiktives Beispiel soll im Folgenden verdeutlichen, wie im Hilfsmittelreport die direkte Standardisierung erfolgt ist. Hierzu gehen wir davon aus, dass es die zwei Altersgruppen „Alt“ und „Jung“ und die zwei Regionen „Ost“ und „West“ gibt, und betrachten fiktive Patientenquoten:

	Ost			West		
	Patienten	Einwohner	Patientenquote je 1.000 Einw.	Patienten	Einwohner	Patientenquote je 1.000 Einw.
Jung	25	250	100	50	500	100
Alt	175	750	233	100	500	200
Summe	200	1000	200	150	1000	150

In beiden Regionen sollen 1.000 Einwohner wohnen, im Westen sind junge und alte Menschen gleich häufig, im Osten gibt es mehr ältere Menschen. Der Osten hat ein Drittel mehr Patientinnen und Patienten mit Hilfsmittelbedarf (200/150). Um beide Regionen unabhängig der Altersstruktur zu vergleichen, wird nun die Altersstandardisierung angewandt. Hierbei werden die Patientenquoten mit der Standardbevölkerung multipliziert. Als Standardbevölkerung dient die Gesamtbevölkerung aus Ost und West.

	Ost			West		
	Patientenquote je 1.000 Einw.	Standardbevölkerung	Patienten (fiktiv)	Patientenquote je 1.000 Einw.	Standardbevölkerung	Patienten (fiktiv)
Jung	100	750	75	100	750	75
Alt	233	1250	292	200	1250	250
Summe		2000	367		2000	325

In der Tabelle kann die fiktive Anzahl an Patientinnen und Patienten unter der Standardbevölkerung abgelesen werden. Es wird ersichtlich, dass Ost ungeachtet der Altersstrukturen 13 Prozent mehr Leistungen nutzt (367/325). Die übrigen 20 Prozent des Unterschiedes zwischen Ost und West waren daher altersbedingt.

Auf ein Beispiel für die Hochrechnung wird an dieser Stelle verzichtet, da bei der Hochrechnung anstelle der Standardbevölkerung die tatsächlichen Besetzungszahlen in Ost und West einzusetzen sind.

Literaturverzeichnis

Augsburger Allgemeine (2022). Interview mit Christian Karagiannidis vom 26.01.2022. Verfügbar unter: <https://www.augsburger-allgemeine.de/politik/interview-expertenrat-karagiannidis-die-digitalisierung-im-gesundheitswesen-ist-eine-katastrophe-id61588351.html> [24.02.2022]

Ärzte Zeitung (2022). Defizite bei ambulanter Versorgung mit Inkontinenzhilfsmittel angemahnt vom 06.01.2022. Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Defizite-bei-ambulanter-Versorgung-mit-Inkontinenzhilfsmitteln-angemahnt-425830.html> [24.02.2022]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019). Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html> [24.02.2022]

DDG – Deutsche Diabetes Gesellschaft (2019). Aktualisierte Stellungnahme der DDG Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Technologie (AGDT) zum Ersatz von Blutglukosemessungen durch Messungen mit Systemen zum kontinuierlichen real-time Glukosemonitoring oder mit intermittierendem Scannen. Verfügbar unter: https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/user_upload/01_Die_DDG/05_Arbeitsgemeinschaften/AG_Technologie/20190528_Stellungnahme_der_AGDT.pdf [24.02.2022]

Deutscher Bundestag (2016). BT-Drucksache 18/10186. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) vom 02.11.2016. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/101/1810186.pdf> [24.02.2022]

Dicembrini, I., Mannucci, E., Monami, M. & Pala, L. (2019). Impact of technology on glycaemic control in type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized trials on continuous glucose monitoring and continuous subcutaneous insulin infusion. In: Diabetes Obesity and Metabolism Volume 21, Issue 12, S. 2619–2625. Verfügbar unter: <https://dom-pubs.online-library.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dom.13845> [24.02.2022]

DKG – Deutsche Kontinenz Gesellschaft (2022). Stellungnahme der deutschen Kontinenz Gesellschaft: Sinkende Vergütungspauschalen für Inkontinenzhilfen machen eine adäquate ambulante Versorgung inklusive individueller Beratung der Patienten kaum noch möglich vom 05.01.2022. Verfügbar unter: https://www.kontinenz-gesellschaft.de/fileadmin/user_content/startseite/presse/pressemitteilungen/PM_2021/22.01.05_final_PM-Hilfsmittel.pdf [24.02.2022]

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2016a). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zur Therapiesteuerung bei Patientinnen und Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus vom 16.09.2016. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2623/2016-06-16_MVV-RL_rtCGM_BAnz.pdf [24.02.2022]

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2016b). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der MVV-RL: Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zur Therapiesteuerung bei Patientinnen und Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus vom 16.09.2016. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3832/2016-06-16_MVV-RL_rtCGM_TrG.pdf [24.02.2022]

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2021). HilfsM-RL – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung, zuletzt geändert 18.03.2021. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2467/HilfsM-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf [24.02.2022]

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2013). Festbetragsgruppensystem und folgende Festbeträge für Hörhilfen vom 10.07.2013. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/festbetrage/einzelne_himi_arten/Festbetragsgruppensystem_fuer_Hoerhilfen_Hoergeraet_fuer_schwerhoerige_Versicherte.pdf [24.02.2022]

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2019). Mehrkosten bei Hörhilfen – das muss nicht sein! Repräsentative Befragung GKV-Versicherter zeigt über 80-prozentige Zufriedenheit. Pressemitteilung vom 24.06.2019. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_867072.jsp [24.02.2022]

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2019). Verfahrensordnung des GKV-Spitzenverbandes nach § 139 Absatz 7 SGB V zur Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses und Pflegehilfsmittelverzeichnisses in der Fassung vom 19.08.2019. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/HiMi_Verfahrensordnung_139_Abs7_SGB_V_genehmigt.pdf [24.02.2022]

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2021). Dritter Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen gemäß § 302 Absatz 5 SGB V. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/mehrkostenberichte/20210714_Hilfsmittel_3ter_Mehrkostenbericht.pdf [24.02.2022]

Kulzer, B. & Heinemann, L. (2022) (Hrsg.). Digitalisierungs- und Technologiereport Diabetes 2022. Verfügbar unter: https://diabetes.berlin-chemie.de/fileadmin/PDF/dutreport/DUT_2022_Ergebnisse_Umfrage.pdf [24.02.2022]

MGSFF – Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003). Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (Dritte, neu bearbeitete Fassung). Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/pdf/Indikatorenatz_der_Laender_2003.pdf [24.02.2022]

Spiegel (2022). Läuft nicht so – Warum zu viele Menschen Einlagen tragen. Artikel vom 07.02.2022. Verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/schuheinlagen-viele-menschen-tragen-sie-aber-helfen-sie-auch-a-7052e8db-6376-4edd-aecc-592d2a2fe534> [24.02.2022]

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2020). Hochrechnung der Informationen aus der Haushaltebefragung. Verfügbar unter: <https://www.zensus2011.de/SharedDocs/Aktuelles/Hochrechnung.html> [24.02.2022]

Verbraucherzentrale (2022a). Hilfsmittel – Was ist das? Stand 05.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/krankenversicherung/hilfsmittel-was-ist-das-6889> [24.02.2022]

Verbraucherzentrale (2022b). Wann darf ich meinen Leistungsanbieter wechseln? Stand 06.06.2018. Verfügbar unter: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/krankenversicherung/wann-darf-ich-meinen-leistungsanbieter-wechseln-6904> [24.02.2022]

Verbraucherzentrale (2022c). Hörgeräte: Übernahme der Kosten, Stand 23.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/krankenversicherung/hoergeraete-uebernahme-der-kosten-11470> [24.02.2022]

Abkürzungsverzeichnis

AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CGM	continous glucose monitoring (kontinuierliches Glukosemonitoring)
CPAP	continuous positive airway pressure
DKG	Deutsche Kontinenz Gesellschaft
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
HilfsM-RL	Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
HHVG	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
PG	Produktgruppe
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Hilfsmittelausgaben der GKV 2018 bis 2020 nach Kassenarten	3
Tabelle 2:	Ausgaben für Hilfsmittel 2018 bis 2020 nach Produktgruppen	9
Tabelle 3:	Anzahl und Entwicklung der Versicherten mit Hilfsmittelversorgung 2018 bis 2020 nach Produktgruppen	11
Tabelle 4:	Hilfsmittelkosten je Versicherten und Produktgruppe 2018 bis 2020	12
Tabelle 5:	Top 10 der Produktgruppen mit der höchsten Quote von Mehrkostenvereinbarungen im Hilfsmittelbereich 2020	16
Tabelle 6:	Aktuelle Versichertenbefragungen der BARMER zur Hilfsmittelversorgung	19
Tabelle 7:	Übersicht der Ergebnisse der Versichertenbefragungen der BARMER 2018 bis 2021	19
Tabelle 8:	Anzahl und Anteil der BARMER-Versicherten mit CGM-Versorgung unter den Personen mit Diabetes nach Altersklassen	25

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Hilfsmittelausgaben der GKV 2018 bis 2020 nach Altersgruppen	4
Abbildung 2:	Anteil der Versicherten mit Hilfsmittelversorgung 2020 nach Altersgruppen und Geschlecht	4
Abbildung 3:	Anteil der Versicherten nach Alter und Geschlecht 2020 in ausgewählten Produktgruppen	5
Abbildung 4:	Versorgungsschwerpunkte Kinder, Anteil der Versicherten nach Alter und Geschlecht 2020	6
Abbildung 5:	Regionale Verteilung der Hilfsmittelausgaben der GKV 2018 bis 2020	7
Abbildung 6:	Altersstandardisierte regionale Verteilung der Hilfsmittelausgaben der GKV 2018 bis 2020	7
Abbildung 7:	Gründe für die Entscheidung einer Versorgung mit Mehrkosten im Bereich der Hörhilfenversorgung aus Sicht der Versicherten nach Geschlecht	20
Abbildung 8:	Durchschnittliche Krankenhauskosten mit Hauptdiagnose Diabetes 2018 bis 2020 Interventions- und Kontrollgruppe	26
Abbildung 9:	Anzahl der Hausarztkontakte je Quartal 2018 bis 2020 der Interventions- und Kontrollgruppe	27
Abbildung 10:	Durchschnittliche Kosten für sonstige Leistungen je Versicherten in der Interventions- und Kontrollgruppe 2018 bis 2020	28

Impressum

Herausgeber

BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin

Autoren

Nikolaus Schmitt,
Danny Wende

Medizinische Beratung

Dagmar Hertle

Fachliche Beratung

Susanne Eschmann,
Patrick Hasenberg,
Beata Hennig

Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

Veröffentlichungstermin

März/April 2022

DOI

10.30433/hilfsmittel.2022.01

Copyright



Lizenziert unter CC BY-NC 4.0