



Hilfsmittelreport 2023



Einleitung

Der Hilfsmittelbereich ist von großer Vielfalt geprägt. Die Hilfsmittelleistungen reichen beispielsweise von handwerklich gefertigten Geräten über Dienstleistungen im Rahmen der Home-Care-Versorgung bis hin zu konfektionierten Industrieprodukten. Auch wenn Patientinnen und Patienten das Hilfsmittel häufig und nah am Körper tragen oder benutzen, wird doch anders als in der Pflege oder der Physiotherapie die Leistung nicht von Menschen körperlich therapeutisch erbracht. Zudem ist die Nutzung von Hilfsmitteln für Patientinnen und Patienten schnell technische Routine. Dies schafft eine gewisse emotionale Distanz, anders als regelmäßige menschliche Interaktion beispielsweise in der häuslichen Pflege. Daher sehen sich die Versicherten bei der Entscheidung für ein bestimmtes Hilfsmittelprodukt in der Rolle als Kunde mit Auswahl- und Präferenzentscheidungen konfrontiert. Für die Krankenkasse gilt, die Versicherten bei diesen Entscheidungen bestmöglich zu unterstützen und zu beraten. Dabei kann jede und jeder Versicherte die Entscheidung treffen, für eine bestimmte Art der Hilfsmittelversorgung gegebenenfalls zusätzliche finanzielle Mittel auszugeben. Diese Wahlentscheidung der Versicherten, auch im Falle von individuellen Mehrkosten, ist zu respektieren und sie ist in den gesetzlichen Bestimmungen ausdrücklich vorgesehen (§ 33, Abs. 1, Satz 9 SGB V). Die Verträge der Krankenkassen mit den Anbietern enthalten umfangreiche Bestimmungen zu dokumentierten Beratungspflichten.

Entscheidender Faktor für eine souveräne und informierte Patientenentscheidung ist die neutrale Beratung durch die Anbieter sowie das verpflichtende Angebot eines mehrkostenfreien Produkts, das dem individuellen Versorgungsbedarf entspricht. Nur so ist eine informierte Entscheidung möglich, ob zusätzliche Kosten für ein bestimmtes präferiertes Produkt patientenseitig getragen werden. Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Hilfsmittelversorgung ist hoch, das zeigen Befragungen mehrerer zehntausend Versicherter, die ganz verschiedene Hilfsmittelversorgungen erhielten. Dabei ist die hohe Zufriedenheit unabhängig davon, ob die Versorgung ohne oder mit Mehrkosten erfolgte. Dies war ein Schwerpunktthema des letzten Hilfsmittelreports (Schmitt & Wende, 2022).

Die Entwicklung der Hilfsmittelversorgung ist auch ein Thema für die Aufsichtsbehörde der bundesweiten Krankenkassen, dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Im aktuellen Tätigkeitsbericht aus dem Juli 2023 werden aus Sicht des BAS deutliche Verbesserungen in der Hilfsmittelversorgung festgestellt (BAS, 2023).

In diesem Hilfsmittelreport werden gegenüber dem letzten die Abrechnungsdaten für zwei neue Kalenderjahre 2021 und 2022 betrachtet. Der Hilfsmittelreport ist das derzeit einzige Medium in Deutschland mit bundesweiten empirischen Analysen mit aktuellem Bezug. Der aktualisierte Hilfsmittel-Atlas bietet allen Interessierten die Möglichkeit, eigene Analysen der Hilfsmitteldaten online durchzuführen und sich die Ergebnisse anschaulich zeigen zu lassen und zu exportieren.

Schwerpunkt dieses Hilfsmittelreports soll erneut die Sicht der Versicherten auf die Hilfsmittelversorgung sein. Während im letzten Report die Aspekte der Zufriedenheit mit der Hilfsmittelversorgung und den Mehrkosten untersucht wurden (Schmitt & Wende, 2022), werden in diesem Report die Prozesse der Hilfsmittelversorgung beleuchtet. Dies wiederum in zwei Facetten: Wie schnell entscheidet die BARMER über Leistungsanträge in der Hilfsmittelversorgung und wie hoch ist die Bewilligungsquote? Dies wird in einem Schwerpunktkapitel differenziert bis auf die Ebene der Produktgruppen analysieren. Die zweite Facette der Hilfsmittelprozesse betrifft den Fortschritt der Digitalisierung. Welche Prozesse sind bereits in welchem Ausmaß digitalisiert und was hat der Versicherte von diesem Fortschritt? Welche nächsten Schritte der digitalen Entwicklung stehen an? Das sind die Themen des zweiten Schwerpunktkapitels dieses Hilfsmittelreports.

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 (§ 33 SGB V).

Voraussetzung für die Versorgung mit einem Hilfsmittel ist eine ärztliche Verordnung. Die Regularien hierzu sind in den Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt (Hilfsm-RL). Die Richtlinien des G-BA betreffen jedoch ausschließlich die ärztliche Verordnung, nicht die tatsächliche Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Hilfsmitteln. In der Hilfsmittel-Richtlinie finden sich daher eher allgemeine Regelungen, dass eine ärztliche Verordnung nur unter bestimmten Bedingungen erfolgen darf. Näheres zur therapeutischen Eignung von Hilfsmitteln, Produktverzeichnisse, technische Entwicklungen bei Hilfsmitteln und vieles mehr finden sich in dieser Richtlinie nicht.

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

Die genauen Beschreibungen der Produkte und Dienstleistungen, die Krankenkassen im Rahmen der Versorgung von den Leistungserbringenden erwarten, werden in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringenden verhandelt und vereinbart. In diesen wird neben den Preisen auch alles Nähere zu produkt- und leistungsbezogenen Qualitätsvorgaben, den Abrechnungsbestimmungen und Servicestandards festgelegt. Die Krankenkassen sind für die Sicherstellung der Versorgung verantwortlich und müssen mit einer ausreichend großen Zahl und Vielfalt von Leistungserbringenden Verträge abschließen, damit die Versicherten bundesweit ihre Hilfsmittelversorgung erhalten können. Dazu hat jeder qualifizierte Leistungserbringende das Recht, den verhandelten Verträgen für die von ihm gewählte Region und den Produktbereich zu gleichen Bedingungen beizutreten. Ebenso besteht jederzeit das Recht seitens der Leistungserbringenden, aus den Verträgen auszutreten.

Hilfsmittelausgaben in der GKV

Tabelle 1: Hilfsmittelausgaben der GKV 2019 bis 2022 nach Kassenarten

Kassenart	2019		Veränderung zum Vorjahr in Prozent	2020		Veränderung zum Vorjahr in Prozent	2021		Veränderung zum Vorjahr in Prozent	2022		Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Veränderung 2022 zu 2019 in Prozent
	Ausgaben in 1.000 Euro	Ausgaben je Versicherten in Euro		Ausgaben in 1.000 Euro	Ausgaben je Versicherten in Euro		Ausgaben in 1.000 Euro	Ausgaben je Versicherten in Euro		Ausgaben in 1.000 Euro	Ausgaben je Versicherten in Euro		
AOK	3.371.341	125,83	5,86	3.447.474	127,62	1,42	3.618.852	133,78	4,83	3.798.509	139,60	4,35	10,94
BKK	1.221.501	111,88	7,89	1.287.430	117,42	4,95	1.351.554	123,57	5,24	1.456.786	131,67	6,56	17,69
IKK	593.582	115,56	7,90	626.225	123,24	6,64	690.761	134,13	8,83	721.472	140,54	4,78	21,61
KBS	205.497	131,41	-0,06	223.402	145,69	10,87	227.267	153,32	5,24	227.232	157,75	2,89	20,05
vdek	3.447.164	122,96	6,09	3.567.180	126,95	3,25	3.748.234	133,33	5,02	4.024.876	142,51	6,89	15,90
GKV	8.839.085	122,01	6,23	9.151.711	125,90	3,19	9.636.669	132,49	5,24	10.228.875	139,95	5,63	14,70

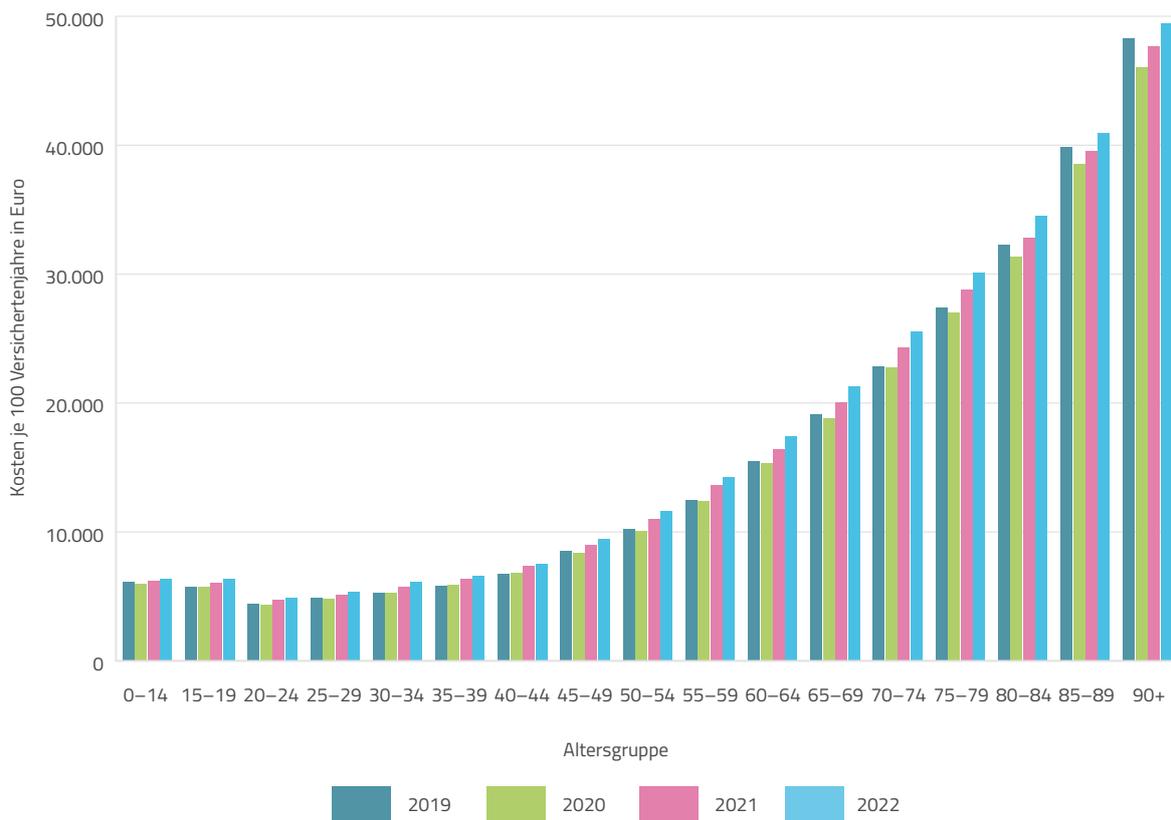
AOK = Allgemeine Ortskrankenkassen, BKK = Betriebskrankenkassen, IKK = Innungskrankenkassen, KBS = Knappschaft-Bahn-See, vdek = Ersatzkassen,

GKV = alle gesetzlichen Krankenversicherungen

Quelle: Finanzstatistik der GKV KJ 1 2019 bis 2022

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die Hilfsmittelversorgung entwickelten sich mit einer recht gleichmäßigen Steigerungsrate von jährlich zwischen fünf und sechs Prozent. Nur im ersten Jahr der Coronapandemie lag die Steigerungsrate etwas niedriger, einen signifikanten Rückgang der Ausgaben gab es aber in den vergangenen Jahren nie. Die Ausgaben im Jahr 2022 überschritten erstmals die Grenze von zehn Milliarden Euro. Im Vergleich der Kassenarten bei der Entwicklung über den Zeitraum von vier Jahren hat die AOK als einzige Kassenart eine unterdurchschnittliche Entwicklung zu verzeichnen. Eine Ursache dieser Entwicklung könnte der Zugang von jüngeren Versicherten und der dadurch sinkende Altersdurchschnitt des Gesamtbestands der AOK-Versicherten sein.

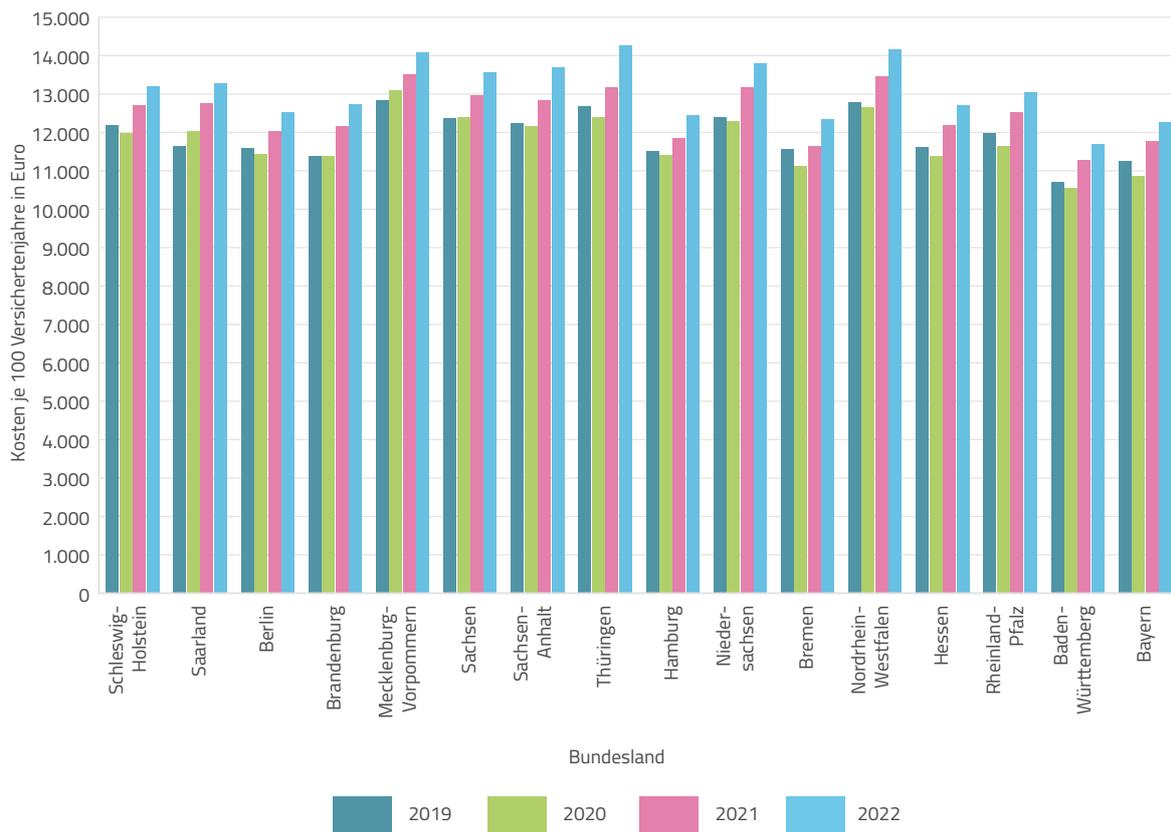
Abbildung 1: Hilfsmittelausgaben der GKV 2019 bis 2022 nach Altersgruppen



Quelle: BARMER-Daten 2019 bis 2022, hochgerechnet auf die GKV

Während in anderen Leistungsbereichen, beispielsweise bei den Arzneimittelausgaben (bifg, 2023a), ein Absinken der Ausgaben im höchsten Lebensalter festzustellen ist, zeichnet sich der Hilfsmittelbereich durch kontinuierlich mit dem Lebensalter steigende Leistungsausgaben je Versicherten aus. Im Jahr 2020 war ein geringer Rückgang (bis zu 23 Euro je Versichertenjahr) der Hilfsmittel-Leistungsausgaben allein in den höheren Altersgruppen festzustellen. Dieser wurde in den zwei folgenden Jahren jedoch durch überdurchschnittliche Steigerungen bei diesen Altersgruppen vollständig kompensiert. Etwa 50 Prozent der Hilfsmittelausgaben entfallen auf Patienten über 65 Jahre.

Abbildung 2: Hilfsmittelausgaben nach Bundesländern mit standardisierter Bevölkerung



Quelle: BARMER-Daten 2019 bis 2022, standardisiert

Die Hilfsmittelausgaben je Versicherten variieren auf Länderebene. Die Unterschiede sind beträchtlich und liegen zwischen Ländern mit hohen und niedrigen Pro-Kopf-Ausgaben bei über 20 Prozent. Dabei wird in Abbildung 2 berücksichtigt, dass die Altersverteilung in den Bundesländern nicht gleich ist. Dadurch ergäbe sich ein falsches Bild, wenn es beispielsweise in den Stadtstaaten durch den niedrigeren Altersschnitt zu niedrigeren Ausgaben kommt. Daher wurde in Abbildung 2 jedem Bundesland eine identische Standardbevölkerung unterstellt und die tatsächlichen Ausgaben wurden damit verglichen. Die Länder mit den höchsten Ausgaben (Thüringen und NRW) liegen auch mit einer standardisierten Bevölkerung um über 20 Prozent höher als die Länder mit den niedrigsten Ausgaben (Baden-Württemberg und Bayern).

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 Herstellers gemäß einer 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: einzelproduktbezogene 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.

Der GKV-SV hat insbesondere im Jahr 2018 einen Großteil der Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis einer Fortschreibung unterzogen. Anlass für diese besondere Anstrengung war ein gesetzlicher Auftrag, nach dem bis zum Jahresende 2018 alle Produktgruppen zu aktualisieren waren, die seit Mitte 2015 nicht mehr fortgeschrieben worden waren (§ 139 Abs. 9 SGB V). Die Betrachtung mehrerer Jahre erfordert, dass die Abgrenzung und Zusammenfassung von Produktgruppen transparent und durchgängig erfolgt. Daher werden für alle Jahre Aggregationen folgender Produktgruppen vorgenommen.

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

Im aktuellen Stand des Hilfsmittelverzeichnisses (Stand: Juli 2023) sind über 42.300 verschiedene Positionsnummern enthalten, die ein Hilfsmittel bis zur zehnten Stelle der Positionsnummer genau bezeichnen (GKV-SV, 2023a).

Höhe und Entwicklung der Ausgaben und der Anzahl der Versicherten mit Hilfsmittelversorgung nach Produktgruppen 2019 bis 2022

Tabelle 2: Ausgaben für Hilfsmittel 2019 bis 2022 nach Produktgruppen

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Ausgaben in Millionen Euro				Entwicklung in Prozent		
		2019	2020	2021	2022	2020 zu 2019	2021 zu 2020	2022 zu 2021
01	Absauggeräte	86,4	89,9	96,0	91,9	4,1	6,8	-4,3
02	Adaptionshilfen	20,7	21,2	20,6	23,7	2,4	-2,8	15,0
03	Applikationshilfen	635,0	646,7	697,4	704,4	1,8	7,8	1,0
04	Bade- und Duschhilfen	53,3	48,5	50,1	57,6	-9,0	3,3	15,0
05	Bandagen	152,3	132,7	139,2	142,5	-12,9	4,9	2,4
06	Bestrahlungsgeräte	1,8	1,9	1,8	1,4	-5,3	-24,6	-48,9
07	Blindenhilfsmittel	24,1	23,2	22,8	21,9	-3,7	-1,7	-3,9
08	Einlagen	514,5	520,6	558,3	556,4	1,2	7,2	-0,3

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Ausgaben in Millionen Euro				Entwicklung in Prozent		
		2019	2020	2021	2022	2020 zu 2019	2021 zu 2020	2022 zu 2021
09	Elektrostimulationsgeräte	61,7	103,1	107,7	165,1	67,1	4,5	53,3
10	Gehhilfen	91,6	85,1	87,8	103,8	-7,1	3,2	18,2
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	126,2	130,0	133,8	144,5	3,0	2,9	8,0
12	Hilfsmittel Tracheostoma und Laryngektomie	95,0	93,9	95,1	96,1	-1,2	1,3	1,1
13	Hörhilfen	931,9	937,8	939,5	966,7	0,6	0,2	2,9
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	972,8	833,6	1.035,9	1.075,6	-14,3	24,3	3,8
15	Inkontinenzhilfen	664,4	668,4	667,8	673,7	0,6	-0,1	0,9
16	Kommunikationshilfen	37,7	38,5	39,5	41,7	2,1	2,6	5,6
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	642,8	650,5	710,3	722,0	1,2	9,2	1,6
18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge	731,8	681,8	702,5	802,2	-6,8	3,0	14,2
19	Krankenpflegeartikel	20,0	19,9	19,0	21,1	-0,5	-4,5	11,1
20	Lagerungshilfen	7,2	5,6	6,8	6,3	-22,2	21,4	-7,4
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	682,1	838,8	950,3	1.019,7	23,0	13,3	7,3
22	Mobilitätshilfen	40,6	43,1	42,5	43,9	6,2	-1,4	3,3
23	Orthesen/Schienen	811,3	794,5	832,8	861,5	-2,1	4,8	3,4
25	Sehhilfen	100,4	90,2	101,1	129,6	-10,2	12,1	28,2
26	Sitzhilfen	72,9	74,4	77,1	78,0	2,1	3,6	1,2
27	Sprechhilfen	4,8	5,0	5,1	5,3	4,2	2,0	3,9
28	Stehhilfen	12,2	11,8	12,4	13,8	-3,3	5,1	11,3
29	Stomaartikel	401,8	399,8	385,3	383,3	-0,5	-3,6	-0,5
31	Schuhe	395,2	355,8	359,6	367,6	-10,0	1,1	2,2
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	71,5	69,0	81,2	79,7	-3,5	17,7	-1,8
33	Toilettenhilfen	29,0	28,6	29,1	31,0	-1,4	1,7	6,5
24, 34-38	Prothesen/Epithesen	353,5	351,5	384,6	452,0	-0,6	9,4	17,5
50-98	Pflegehilfsmittel	15,4	14,9	14,7	14,6	-3,2	-1,3	-0,7
99	Verschiedenes	18,4	6,7	10,1	11,4	-63,6	50,7	12,9
	Summe	8.880,6	8.817,3	9.417,9	9.912,2	-0,7	6,8	5,2

Quelle: BARMER-Daten 2019 bis 2022, hochgerechnet

Tabelle 3: Anzahl und Entwicklung der Versicherten mit Hilfsmittelversorgung 2019 bis 2022 nach Produktgruppen

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Patientenzahl in Tausend je Produktgruppe				Entwicklung in Prozent		
		2019	2020	2021	2022	2020 zu 2019	2021 zu 2020	2022 zu 2021
01	Absauggeräte	262	262	264	240	0,2	0,6	-9,2
02	Adaptionshilfen	329	309	315	317	-6,2	1,9	0,7
03	Applikationshilfen	1.621	1.621	1.610	1.567	0,0	-0,6	-2,7
04	Bade- und Duschhilfen	547	474	501	595	-13,5	5,8	18,7
05	Bandagen	2.048	1.923	1.976	2.010	-6,1	2,8	1,7
06	Bestrahlungsgeräte	4	5	3	2	24,6	-49,7	-15,1
07	Blindenhilfsmittel	16	14	14	14	-8,7	-1,1	-3,2
08	Einlagen	5.017	4.652	4.696	4.633	-7,3	0,9	-1,3
09	Elektrostimulationsgeräte	415	472	393	466	13,7	-16,7	18,4
10	Gehhilfen	1.560	1.444	1.478	1.537	-7,4	2,4	4,0
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	280	289	292	291	3,2	0,9	-0,2
12	Hilfsmittel Tracheostoma und Laryngektomie	29	29	29	28	0,5	-1,2	-2,5
13	Hörhilfen	715	729	725	807	1,9	-0,4	11,2
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	1.502	1.504	2.093	2.257	0,1	39,2	7,8
15	Inkontinenzhilfen	2.108	2.129	2.129	2.144	1,0	0,0	0,7
16	Kommunikationshilfen	21	20	21	21	-6,0	7,4	-0,5
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	3.047	2.856	2.927	2.932	-6,3	2,5	0,2
18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge	792	772	793	809	-2,5	2,7	2,0
19	Krankenpflegeartikel	155	163	156	184	5,0	-4,3	18,1
20	Lagerungshilfen	54	51	54	53	-4,8	5,0	-1,0
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	1.388	1.445	1.505	1.487	4,1	4,1	-1,2
22	Mobilitätshilfen	77	80	79	77	4,2	-0,7	-3,3
23	Orthesen/Schienen	3.302	3.182	3.271	3.334	-3,6	2,8	1,9
25	Sehhilfen	1.142	1.061	1.042	1.055	-7,2	-1,8	1,3
26	Sitzhilfen	64	62	62	63	-2,8	0,7	0,7
27	Sprechhilfen	4	4	4	4	-4,3	2,1	-2,8

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Patientenzahl in Tausend je Produktgruppe				Entwicklung in Prozent		
		2019	2020	2021	2022	2020 zu 2019	2021 zu 2020	2022 zu 2021
28	Stehhilfen	7	7	7	7	2,6	-5,3	6,8
29	Stomaartikel	182	182	177	178	0,3	-2,6	0,2
31	Schuhe	824	735	710	683	-10,8	-3,4	-3,8
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	153	154	160	163	0,1	4,0	2,2
33	Toilettenhilfen	325	315	313	314	-3,0	-0,7	0,3
24, 34-38	Prothesen/Epithesen	364	331	316	314	-9,0	-4,4	-0,8
50-98	Pflegehilfsmittel	243	258	268	257	6,2	3,6	-4,0
99	Verschiedenes	19	17	667	404	-11,0	3.823,4	-39,5
	Summe	18.080	17.398	17.869	18.059	-3,8	2,7	1,1

Quelle: BARMER-Daten 2019 bis 2022, hochgerechnet

Tabelle 4: Hilfsmittelkosten je Versicherten und Produktgruppe 2019 bis 2022

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Kosten je Patient in Euro				Entwicklung in Prozent		
		2019	2020	2021	2022	2020 zu 2019	2021 zu 2020	2022 zu 2021
01	Absauggeräte	330	343	364	384	4,1	6,0	5,5
02	Adaptionshilfen	63	69	65	75	9,0	-4,7	15,4
03	Applikationshilfen	392	399	433	450	1,8	8,6	3,9
04	Bade- und Duschhilfen	97	102	100	97	5,0	-2,3	-3,0
05	Bandagen	74	69	70	71	-7,2	2,1	1,4
06	Bestrahlungsgeräte	475	360	495	298	-17,1	37,4	-39,8
07	Blindenhilfsmittel	1.506	1.657	1.629	1.602	10,0	-1,7	-1,7
08	Einlagen	103	112	119	120	9,1	6,2	0,8
09	Elektrostimulationsgeräte	149	218	274	354	46,9	25,5	29,2
10	Gehhilfen	59	59	59	68	0,4	0,8	15,3
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	451	450	458	496	-0,2	1,9	8,3
12	Hilfsmittel Tracheostoma und Laryngektomie	3.276	3.238	3.279	3.399	-1,2	1,3	3,7

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Kosten je Patient in Euro				Entwicklung in Prozent		
		2019	2020	2021	2022	2020 zu 2019	2021 zu 2020	2022 zu 2021
13	Hörhilfen	1.303	1.286	1.296	1.198	-1,3	0,7	-7,6
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	648	554	495	477	-14,4	-10,7	-3,6
15	Inkontinenzhilfen	315	314	314	314	-0,4	-0,1	0,0
16	Kommunikationshilfen	1.795	1.925	1.881	1.995	7,2	-2,3	6,1
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	211	228	243	246	8,0	6,5	1,2
18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge	924	883	886	991	-4,4	0,3	11,9
19	Krankenpflegeartikel	129	122	122	115	-5,4	-0,2	-5,7
20	Lagerungshilfen	133	110	126	118	-17,6	14,7	-6,3
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	491	580	631	686	18,1	8,8	8,7
22	Mobilitätshilfen	527	539	538	573	2,2	-0,1	6,5
23	Orthesen/Schienen	246	250	255	258	1,6	2,0	1,2
25	Sehhilfen	88	85	97	123	-3,3	14,1	26,8
26	Sitzhilfen	1.139	1.200	1.244	1.240	5,3	3,6	-0,3
27	Sprechhilfen	1.200	1.250	1.275	1.457	4,2	2,0	14,3
28	Stehhilfen	1.743	1.686	1.771	1.872	-3,3	5,1	5,7
29	Stomaartikel	2.208	2.197	2.177	2.155	-0,5	-0,9	-1,0
31	Schuhe	480	484	506	539	0,9	4,6	6,5
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	467	448	508	488	-4,1	13,3	-3,9
33	Toilettenhilfen	89	91	93	99	1,8	2,4	6,5
24, 34– 38	Prothesen/Epithesen	971	1.062	1.217	1.441	9,3	14,6	18,4
50– 98	Pflegehilfsmittel	63	58	55	57	-8,9	-5,0	3,6
99	Verschiedenes	968	394	15	28	-59,3	-96,2	86,7
	Summe	491	507	527	549	3,2	4,0	4,1

Quelle: BARMER-Daten 2019 bis 2022, hochgerechnet

Erläuterungen zu den Ausgabenentwicklungen für 2021 und 2022

Einige der in den obigen Tabellen aufgezeigten Entwicklungen bedürfen zum Verständnis weiterer Hintergrundinformationen. Teilweise beeinflussen Änderungen von Verträgen oder Zuordnungen zu Produktgruppen im Hilfsmittelverzeichnis die Zahlen erheblich. Diese Einflussgrößen müssen bei der Analyse beachtet werden, sonst kommt es zu scheinbar implausiblen oder auffälligen Ergebnissen.

- **PG 09 Elektrostimulationsgeräte** Erstmals für das Jahr 2021 wurden Defibrillatorwesten (Hilfsmittel zur Vermeidung des plötzlichen Herztods) und Hilfsmittel zur Erzeugung von Tumortherapiefeldern (TTF) zur Hemmung des Tumorwachstums in dieser Produktgruppe ausgewiesen. Dieser Effekt führt für das Jahr 2021 zu erheblichen Kostensteigerungen in dieser Produktgruppe und verringert die Fallkosten der PG 99 entsprechend (siehe Tabelle 4).
- **PG 10 und 18 Gehhilfen und Krankenfahrzeuge** Im Jahr 2022 wurde ein neuer Vertrag wirksam, der mit erheblichen Preissteigerungen einherging. Aus diesem Grund stiegen die Ausgaben je Hilfsmittelpatientin und -patient in beiden Produktgruppen 2022 um deutlich über zehn Prozent an.
- **PG 14 Atemtherapiegeräte** Der Anstieg der Anzahl der versorgten Versicherten im Jahr 2021 resultiert aus einem Vertragseffekt der CPAP-Versorgung (Hilfsmittel zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen). Der pauschalierte Vergütungszeitraum wurde von zwei Jahren auf ein Jahr verkürzt, so dass Folgepauschalen bereits nach einem und nicht erst nach zwei Jahren abgerechnet werden konnten. Somit kam es 2021 nur scheinbar zu erheblich mehr Versorgungsfällen gegenüber dem Vorzeitraum.
- **PG 21 Messgeräte für Körperzustände** Wie im Schwerpunktkapitel des Hilfsmittelreports 2022 erläutert, wird die Entwicklung dieser Produktgruppe von der zunehmenden Verbreitung der Systeme zur kontinuierlichen Glucosemessung (CGM) bei Diabetes bestimmt. Die CGM-Systeme werden zudem teilweise mit Insulinpumpen kombiniert. Hierdurch steigen die Hilfsmittelausgaben, während die Ausgaben für Blutzuckerteststreifen sinken. Der Ausgabenanstieg in dieser Produktgruppe ist in den Jahren 2021 und 2022 zurückgegangen. Die Patientenzahl zeigt sich 2022 stabil. Die Struktureffekte durch die dauerhafte Umstellung der Glucosemessung von Blutzuckermessstreifen auf CGM zeigen sich jedoch bei den patientenbezogenen Kosten in einer Steigerung von fast neun Prozent in den Jahren 2021 und 2022 in dieser Produktgruppe (Tabelle 4).
- **PG 25 Sehhilfen** Die Festbeträge für Sehhilfen wurden zum 1. Oktober 2021 durch den GKV-SV deutlich erhöht und zudem wurde die Struktur der Vergütungen angepasst (GKV-SV, 2021). Aus dieser Anpassung ergibt sich von 2021 auf 2022 eine Ausgabensteigerung – sowohl absolut als auch je Hilfsmittelpatientin beziehungsweise -patient – von über 25 Prozent.

Hygienepauschalen für Hilfsmittelversorgungen im Rahmen der Coronapandemie

Die auffällige Ausgabenentwicklung in der Produktgruppe 99 „Verschiedenes“ (siehe Tabelle 2) wird verursacht durch temporäre Vergütungen für zusätzliche Aufwände der Anbieter in der Zeit der Coronapandemie. Diese sogenannten „Hygienepauschalen“ wurden von der BARMER unabhängig vom spezifischen Aufwand im Einzelfall im Pandemiezeitraum als Aufschlag auf die Versorgungsvergütung gezahlt. Auch die stark gestiegene Patientenzahl in dieser Produktgruppe (Tabelle 3) ist darauf zurückzuführen. Im Rahmen dieser Sondervereinbarung wurde insgesamt in über 236.000 Fällen eine Hygienepauschale berechnet. Es entstanden der BARMER dadurch zusätzliche Ausgaben in Höhe von circa 800.000 Euro. Da die Entscheidungen über temporäre Zusatzvergütungen bei den Krankenkassen nicht einheitlich getroffen wurden, wird auf die sonst in diesem Report übliche Hochrechnung der Zahlen auf die GKV verzichtet.

Der Hilfsmittel-Atlas – interaktive Online-Analysen und Präsentation

Mit dem Hilfsmittelatlas ergänzt das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung den schriftlichen Report und ermöglicht dem Nutzer eigene Analysen zur Vertiefung bestimmter Fragestellungen.

[Hilfsmittel-Atlas](#) 

Der Hilfsmittel-Atlas bietet verschiedene Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung für die Jahre 2018 bis 2022. Folgende Kennzahlen können ausgewählt und individuell gruppiert dargestellt und beispielsweise auf einzelne Produktgruppen oder Altersgruppen gefiltert werden:

- Kosten je Patient und Patientin,
- Kosten je 100 Versichertenjahre,
- Patienten je 1.000 Versichertenjahre,

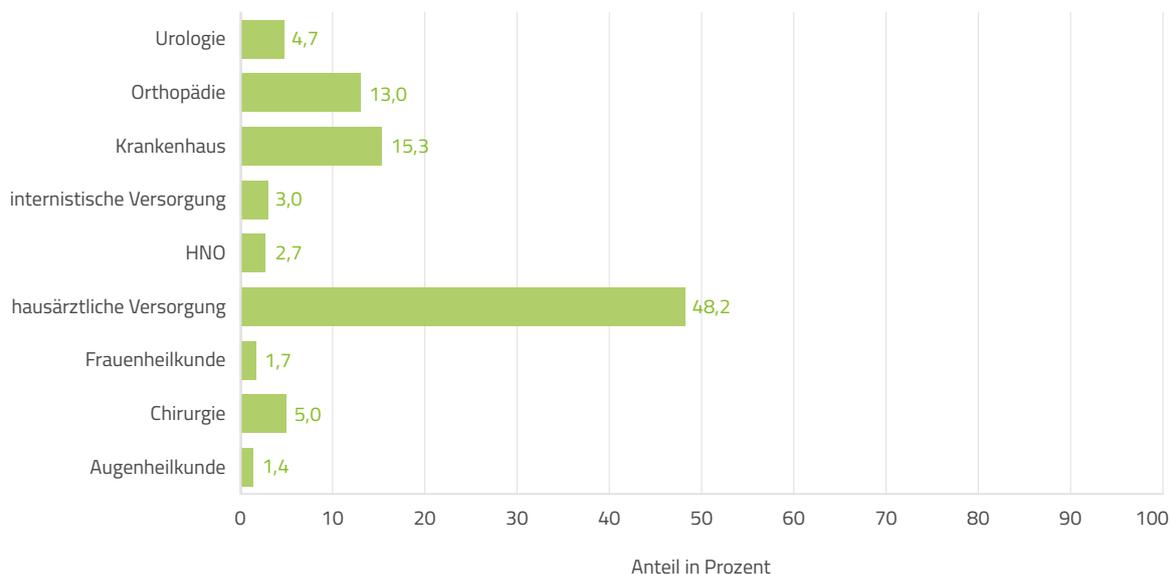
Die Grundlage für dieses Angebot bilden Auswertungen der Abrechnungsdaten der BARMER. Diese Zahlen wurden auf die gesamte GKV hochgerechnet. Die verwendete Methodik wird am Ende des Reports im Methodenteil erläutert. Die Ermittlung der Patientenzahl erfolgt grundsätzlich auf Ebene der Produktgruppen. Bei Betrachtung aller Produktgruppen (Ebene gesamt), werden die Patientinnen und Patienten insgesamt nur einmal gezählt. Die Nutzenden können in der Filterung wählen, ob eine Kennzahl auf Basis der realen Bevölkerungsstruktur in den Ländern oder für eine fiktive Bevölkerung auf Landesebene mittels Alters- und Geschlechtsstandardisierung betrachtet werden soll. Dadurch können Effekte unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsverteilungen in den Ländern eliminiert werden. Mit dem Ziel der besseren Übersichtlichkeit und Verlässlichkeit der Hochrechnung werden einige kleinere Produktgruppen summarisch angezeigt. Unser Ziel ist es, die Lücke zwischen jährlicher fachlich selektierter und kommentierter Analytik und den sich darüber hinaus ad hoc ergebenden Fragestellung für interessierte Fachleute zu schließen.

Verordnende Fachgruppen im Hilfsmittelbereich

Bei der vertragsärztlichen Verordnung von Hilfsmitteln besteht kein Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Anders als bei Verordnungen von Arzneimitteln und Heilmitteln werden daher die Abrechnungsdaten der Krankenkassen nicht praxisbezogen aufbereitet und für dieses Verfahren an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung geliefert. Die Verordner (sowohl die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen als auch Krankenhausärzte und -ärztinnen) sind über die Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA allgemein verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit bei ihrer Verordnung zu beachten. Der Gesetzgeber hat die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit in der Hilfsmittelversorgung letztlich jedoch den Krankenkassen durch den Vorbehalt der Genehmigung der Kostenvoranschläge und durch kassenspezifische Vertragsabschlüsse übertragen.

Welche ärztlichen Fachgruppen verordnen nun zu welchem Anteil Hilfsmittel in der ambulanten Versorgung? Dazu gibt es bislang keine verlässliche Statistik, denn die Hilfsmittelabrechnungsdaten der Krankenkassen werden ausschließlich zur Erstellung des Mehrkostenberichts gemäß § 302 SGB V beim GKV-SV zusammengeführt. Im Folgenden soll daher die Struktur der Hilfsmittelverordnungen in der ambulanten Versorgung im Hinblick auf die verordnenden Fachrichtungen auf Basis der circa zwölf Millionen Hilfsmittelversorgungen der BARMER im Jahr 2022 näher beleuchtet werden. Die Erfahrungen zeigen, dass aus Daten der BARMER abgeleitete Strukturinformationen auch in der Gesamtschau aller Krankenkassen ein nahezu identisches Bild ergeben und somit repräsentativ für die GKV sind.

Abbildung 3: Anteil der ambulanten Hilfsmittelverordnungen 2022 nach ärztlichen Fachgruppen



Quelle: BARMER-Daten 2022

In der obigen Abbildung sind alle ärztlichen Fachgruppen aufgeführt, die einen Anteil von mehr als einem Prozent an den Verordnungen haben. Diese Fachgruppen haben zusammen einen Anteil von knapp 95 Prozent an den Hilfsmittelverordnungen, der Rest entfällt auf die übrigen Fachgruppen oder ist aus der Verordnung nicht ermittelbar.

Der größte Anteil der Hilfsmittelverordnungen entfällt auf die hausärztliche Versorgung. Allerdings ist dieser Verordnungsanteil gegenüber anderen verordneten Leistungen deutlich geringer. Beispielsweise beträgt der hausärztliche Verordnungsanteil in der ambulanten Arzneimittelversorgung gemessen an den verordneten Tagesdosen 2021 über 76 Prozent (bifg, 2023b). Die Verteilung der Hilfsmittelverordnungen ist somit weniger hausarztzentriert als im Arzneimittelbereich. Demzufolge sind die Anteile anderer Fachgruppen deutlich höher als in der Arzneimittelversorgung. Beispielsweise entfällt auf Ärztinnen und Ärzte der Orthopädie ein Mengenanteil von 13 Prozent der ambulanten Hilfsmittel, aber nur 0,8 Prozent der ambulanten Arzneimittel.

Besonders auffällig ist der Verordnungsanteil von Krankenhäusern. Hier werden keine Hilfsmittel im Rahmen der stationären Versorgung, sondern ausschließlich für die ambulante nachstationäre Versorgung in der Häuslichkeit insbesondere im Rahmen des Entlassmanagements (§ 39 Abs. 1a SGB V) verordnet. Hilfsmittel im Rahmen einer stationären Behandlung wären mit der DRG-Pauschale abgegolten und insofern nicht separat verordnungsfähig. So ist festzustellen, dass Krankenhäuser nach der hausärztlichen Versorgung den zweithöchsten Anteil an den ambulanten Hilfsmittelverordnungen aufweisen. Geht man von den 10,2 Milliarden Euro Ausgaben der GKV für ambulante Hilfsmittel 2022 aus (siehe Tabelle 1), so ergibt sich überschlägig ein Verordnungsumfang von Krankenhäusern von über 1,5 Milliarden Euro zu Lasten der GKV.

Das Nähere zur Durchführung des Entlassmanagements durch Krankenhäuser regeln die Spitzenverbände GKV-SV, KBV und DKG in einer Rahmenvereinbarung auf Bundesebene. Die jüngste Überarbeitung erfolgte mit der 10. Änderungsvereinbarung zum 1. Juli 2023 (GKV-SV, 2023b).

Angesichts dieses erheblichen Verordnungsanteils von Krankenhäusern in der ambulanten Hilfsmittelversorgung wird in einem Gutachten von Professor Sodan eine gesetzliche Anpassung gefordert (dfg, 2023). Er sieht eine Regelungslücke, weil zwar ein Zuwendungsverbot an Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus im Rahmen der Hilfsmittelversorgung besteht (§ 128 Abs. 2 SGB V), jedoch die aktive Mitwirkung an der ambulanten Hilfsmittelversorgung ausschließlich Vertragsärzten untersagt ist (§ 128 Abs. 4 SGB V). Der Autor folgert, dass hierdurch beispielsweise bestimmte Hilfsmittellieferanten empfohlen und so die Versorgungswege gezielt gesteuert werden könnten (dfg, 2023).

In der dreiseitigen Rahmenvereinbarung zum Entlassmanagement wurde dieser Aspekt aufgenommen. Dort heißt es in § 4 Absatz 7: „Der Patient ist ausdrücklich auf das Recht der freien Wahl des Leistungserbringers hinzuweisen. Eine Bevorzugung eines Anbieters ist nicht statthaft. Vereinbarungen oder Absprachen zwischen Krankenhäusern und Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern veranlasster Leistungen, die auf eine Zuweisung von Patienten abzielen, sind unzulässig.“ Letztlich ist es eine offene Frage juristischer Einschätzung, ob die vertraglichen Bestimmungen im Rahmen des Entlassmanagements mit Verweis auf den § 128 SGB V hinreichende Schutzwirkung gegenüber unzulässiger und unerwünschter Zusammenarbeit bieten. Die Schließung einer eventuellen rechtlichen Lücke ist in jedem Fall begrüßenswert.

Presseinformationen ist zu entnehmen, dass einige private Klinikbetreiber in den letzten Jahren erheblich in den Erwerb von Sanitätshäusern investiert haben. Die SANA Kliniken AG soll bereits an über 50 Standorten mit eigenen Sanitätshäusern vertreten sein (dfg, 2023). Es ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht der Krankenhäuser angesichts des erheblichen eigenen Verordnungsanteils durchaus verständlich, durch vertikale Integration an den Erträgen der ambulanten Hilfsmittelversorgung zu partizipieren. Eine entsprechende Steuerung der Hilfsmittelversorgung würde allerdings wie oben gezeigt der Rahmenvereinbarung Entlassmanagement widersprechen.

Verordnungsschwerpunkte ärztlicher Fachgruppen

Die Schwerpunkte bei der Hilfsmittelverordnung einzelner Facharztgruppen sind teilweise offensichtlich und ergeben sich aus den Krankheitsbildern der jeweiligen Fachgruppe. So werden Hörhilfen in erster Linie von Hals-Nasen-Ohren-Ärztinnen und -Ärzten verordnet, Sehhilfen und Augenprothesen von Augenärztinnen und -ärzten, Brustprothesen und Milchpumpen von Gynäkologinnen und Gynäkologen.

Interessanter und weniger offensichtlich erscheint daher eine Analyse der Schwerpunkte von Verordnungen der beiden Fachgruppen hausärztliche Versorgung und Krankenhaus, die zusammen nahezu zwei Drittel aller Hilfsmittelverordnungen ausstellen.

Tabelle 5: Verordnung durch Krankenhäuser in der ambulanten Hilfsmittelversorgung 2022, Top-6-Produktgruppen nach Anteilen an der Gesamtversorgung

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Anzahl Verordnungen 2022 in Tausend	Anteil Verordnungen an allen Verordnungen der PG in Prozent
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	341	63,1
26	Sitzhilfen	7	50,7
04	Bade- und Duschhilfen	40	43,3
18	Kranken- und Behindertenfahrzeuge	75	39,7
22	Mobilitätshilfen	7	39,5
10	Gehhilfen	93	39,2

Quelle: BARMER-Daten 2022

Im Hinblick auf einen durchschnittlichen Verordnungsanteil der Krankenhäuser von 15,3 Prozent (siehe Abbildung 3) bilden die in Tabelle 5 gezeigten Produktgruppen einen klaren Schwerpunkt der Hilfsmittelverordnungen durch Krankenhäuser. Die bei Weitem höchste Anzahl und der höchste Anteil an der ambulanten Hilfsmittelversorgung haben Krankenhäuser bei Verordnungen in der Produktgruppe der Inhalations- und Atemtherapiegeräte. In dieser Produktgruppe sind unter anderem CPAP-Geräte enthalten, die beispielsweise nach der Diagnostik im Schlaflabor zur Therapie einer Schlafapnoe verordnet werden. Einen weiteren Anteil in dieser Produktgruppe bildet die häusliche beziehungsweise mobile Sauerstoffversorgung der Patientinnen und Patienten. Fast zwei Drittel aller Verordnungen der PG 14 werden 2022 nicht von Vertragsärztinnen und -ärzten, sondern von Krankenhäusern ausgestellt.

Die übrigen Produktgruppen mit besonders hohen Verordnungsanteilen von Krankenhäusern sind der Verbesserung beziehungsweise Sicherstellung der häuslichen Pflege- und Mobilitätssituation zuzuordnen. Diese Situation kann sich durch stationäre Behandlungen erheblich verändern und daher im Rahmen der Entlassung aus der stationären Behandlung zu entsprechenden Verordnungen der Krankenhäuser führen.

Eine Verkürzung des stationären Aufenthalts und die zügige Sicherstellung der häuslichen Pflege und Mobilität der Patientinnen und Patienten ist in jedem Fall begrüßenswert. Daher behandelten alle Krankenkassen seit vielen Jahren die Verordnungen durch Krankenhäuser, als würde sie in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen. Dieses „pragmatische Verfahren“ wurde nunmehr abgelöst durch den bereits oben beschriebenen dreiseitigen Rahmenvertrag Entlassmanagement. Dieser bestimmt allerdings, dass die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements nur für einen eingeschränkten Zeitraum erfolgen kann. Ein auf wenige Tage nach der stationären Behandlung eingeschränkter Verordnungszeitraum ist jedoch in der ambulanten Hilfsmittelversorgung kaum praktikabel. Die Versorgungsleistungen sind zumeist für einen längeren Zeitraum notwendig.

Tabelle 6: Hilfsmittelverordnung durch die hausärztliche Versorgung 2022, Top-6-Produktgruppen nach Anteilen an der Gesamtversorgung

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Anzahl Verordnungen 2022 in Tausend	Anteil Verordnungen an allen Verordnungen der PG in Prozent
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	412	79,7
03	Applikationshilfen	730	77,4
29	Stomaartikel	171	73,9
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	42	64,2
15	Inkontinenzhilfen	1.652	60,8
17	Kompressionstherapie	707	59,8

Quelle: BARMER-Daten 2022

Die Schwerpunkte bei den Hilfsmittelproduktgruppen, die von der hausärztlichen Versorgung verordnet werden, weichen von den Krankenhausverordnungen vollständig ab. Der Schwerpunkt mit überdurchschnittlichen Verordnungsanteilen liegt bei Blutdruck- und Blutzuckermessgeräten (PG 21), bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln wie Spritzen (PG 03) und Inkontinenz- und Stomaartikeln (PG 15 und 29) sowie bei Hilfsmitteln der Kompressionstherapie (PG 17). Die Schwerpunkte sind nachvollziehbar auf die Dauerversorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen ausgerichtet.

2 Leistungstransparenz im Hilfsmittelbereich

Grundlagen der Berichte zur Leistungstransparenz der Krankenkassen

In jüngster Zeit veröffentlicht die überwiegende Zahl der gesetzlichen Krankenkassen Berichte mit Zahlen und Fakten zum eigenen Leistungsgeschehen im abgelaufenen Jahr. Diese freiwilligen Berichte realisieren die vom Patientenbeauftragten der Bundesregierung geforderte Offenlegung der Service- und Versorgungsqualität der Krankenkassen. Für das Jahr 2021 waren diese Berichte noch heterogen, weil jede Krankenkasse freie Hand hatte, die veröffentlichten Leistungsbereiche, die Auswahl und Gliederung der Fälle und die Kennzahlen selbst zu bestimmen. Für die Zielstellung, eine Vergleichbarkeit der Krankenkassen für Versicherte zu ermöglichen, erwiesen sich die unterschiedlichen Zahlen als nicht immer geeignet.

Daher beauftragten die Krankenkassen den GKV-SV mit der Festlegung gemeinsamer und einheitlicher Grundlagen zur Erstellung der Transparenzberichte der Krankenkassen. Die künftige Ausrichtung der Transparenzberichte wurde im Rundschreiben RS 2022-780 am 16. Dezember 2022 unter dem Titel: „Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ veröffentlicht.

Der Gesetzgeber hat dieses Thema ebenfalls aufgegriffen und einen entsprechenden Auftrag an das BMG formuliert „Zudem erarbeitet das Bundesministerium für Gesundheit [...] Vorschläge für gesetzliche Vorgaben, die eine Offenlegung der Service- und Versorgungsqualität der Krankenkassen anhand von einheitlichen Mindestkriterien ermöglichen. Diese sollen bis zum 30. September 2023 erarbeitet werden“ (§ 220, Abs. 4 SGB V). Bis zur Veröffentlichung dieses Reports sind noch keine diesbezüglichen Vorschläge bekannt geworden. Allerdings haben die Krankenkassen wie oben beschrieben bereits durch Eigeninitiative einheitliche Standards und Berichte erstellt. Ob noch abweichende oder ergänzende gesetzliche Vorgaben kommen werden, bleibt abzuwarten.

Leistungstransparenz 2022 der Krankenkassen im Bereich Hilfsmittel

Das Ziel, Versicherten mehr Transparenz zur Leistungsfähigkeit und Servicequalität einzelner Krankenkassen zu ermöglichen, ist nur in den Leistungsbereichen sinnvoll, bei denen die Krankenkasse vor der Leistungsabgabe Entscheidungen beziehungsweise Genehmigungen zu treffen hat. Dies trifft auf den weitaus größten Anteil der Leistungen einer Krankenkasse jedoch nicht zu. So erfolgen im Rahmen der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung, bei Krankenhaus- und Notfallbehandlung, für Arzneimittel und Heilmittel nur zu einem irrelevant geringen Anteil von der Krankenkasse Genehmigungen. In diesen Bereichen berät die Krankenkasse zu den Leistungen oder hilft beim Suchen geeigneter Leistungserbringender, der Leistungsprozess findet jedoch ausschließlich zwischen den Leistungserbringenden und den Patientinnen und Patienten statt, die Krankenkasse erhält danach die Abrechnung zwecks Bezahlung.

Insgesamt fünf Leistungsbereiche wurden in den Empfehlungen des GKV-SV ausgewählt, weil für sie ein Genehmigungsprozess im relevanten Umfang stattfindet. Die Transparenz wird mittels 21 verschiedener über alle Kassen einheitlich definierter Kennzahlen zur Erstellung der Transparenzberichte geschaffen. Die Leistungsbereiche der Transparenzberichte (GKV-SV, 2022) sind

- Vorsorge- und Rehabilitation,
- Krankengeld,
- Zahnersatz,
- Hilfsmittel und
- Leistungen der Pflegeversicherung.

Der Transparenzbericht der BARMER mit den Kennzahlen zu den genannten Leistungsbereichen wurde für 2022 veröffentlicht und ist über diesen [Link](#) verfügbar (BARMER, 2023a).

Speziell für den Hilfsmittelbereich wurden durch den GKV-SV folgende Vorgaben und Kennzahlen definiert.

Tabelle 7: Definitionen des GKV-SV für den Transparenzbericht Hilfsmittel

Fallauswahl: Als Hilfsmittelversorgung gelten sowohl die an die Krankenkasse als auch die an die Pflegekasse gerichteten Anträge, soweit die Krankenkasse aufgrund der Doppelfunktionalität an den Kosten beteiligt wird. Bei einem Antrag mit mehreren Hilfsmitteln wird jedes einzelne Hilfsmittel als Fall gezählt. Es werden nur Anträge auf Erst- und Folgeversorgungen sowie Ersatzversorgungen gezählt. Anträge auf Reparaturen und Zubehör werden nicht eingeschlossen.				
Nummerierung	Bezeichnung	Definition	Berechnung	Erläuterungen
12	Anzahl Anträge	alle im Berichtsjahr entschiedenen Hilfsmittelanträge, unabhängig vom Zeitpunkt der Antragsstellung	Summe der Kennzahlen 13 und 14	Die Zählung erfolgt ungeachtet der Frage, ob die Krankenkasse auf eine vorherige Genehmigung verzichtet hatte.
13	Anzahl bewilligter Anträge	Als Bewilligungen gelten alle im Berichtsjahr abgerechneten Hilfsmittelversorgungen.	Die Zuordnung zum Berichtsjahr erfolgt über das Zahldatum.	Es sind Hilfsmittelversorgungen zu zählen, in denen das beantragte oder ein anderes Hilfsmittel abgerechnet wurde, sowie wenn eine Genehmigung nicht erforderlich war.
14	Anzahl abgelehnter Anträge	alle im Berichtsjahr vollständig abgelehnten Anträge auf Hilfsmittelversorgung. Ablehnungen genehmigungsfreier Hilfsmittel im Abrechnungsverfahren gegenüber dem Leistungserbringenden werden nicht einbezogen.	Die Zuordnung zum Berichtsjahr erfolgt über das Datum der Ablehnung.	Die Daten sind aus den kassenindividuellen Dokumentationen zu generieren.
15	Bewilligungsquote		Kennzahl 13 × 100 / Kennzahl 12	
16	Ablehnungsquote		Kennzahl 14 × 100 / Kennzahl 12	

Quelle: Rundschreiben des GKV-SV, RS 2022-780 vom 16. Dezember 2022

Die Vorgaben des GKV-SV gelten für die Transparenzberichte ab 2022. Tabelle 13 zeigt die Ergebnisse der aktuell vorliegenden freiwilligen Transparenzberichte für das Jahr 2021. Die Kennzahlen im Hilfsmittelbereich zeigten seinerzeit schon hohe Übereinstimmung zwischen den Krankenkassen auf. Allerdings weicht die Ermittlung der Fallzahlen ab. Durch die Vorgabe, dass nicht jede Verordnung, sondern jedes einzelne verordnete Hilfsmittel zu zählen ist, wird diese für alle Kassen im Jahr 2022 erheblich ansteigen.

Vertiefung der Leistungstransparenz im Bereich Hilfsmittel für die BARMER

Für die Berechnung der in Tabelle 7 gezeigten einheitlichen Kennzahlen im Bereich Hilfsmittel wurden sinnvolle fachliche Vorgaben erarbeitet. Jede Krankenkasse hat im Detail unterschiedliche Bearbeitungsprozesse, IT-Verfahren und Hilfsmittelverträge, daher wurden die einheitlichen Kennzahlen auf einer recht hohen Aggregationsebene gebildet.

Was für die Vielfalt bei den Krankenkassen einen guten Konsens darstellt, der die Vergleichbarkeit zwischen den Kassen sicherstellt, kann die BARMER intern dank eines sehr hohen Grades an Digitalisierung und strukturierter Prozessabläufe im Hilfsmittelbereich auf einem deutlich detaillierteren Niveau analysieren. Dies ist die Grundlage einer ständigen Optimierung der Geschäfts- und Vertragsprozesse innerhalb der BARMER und soll im Folgenden für das Jahr 2022 gezeigt werden. Zentrale Grundlage für die Ermittlung und Zählung der Fälle bleiben dabei die fachlichen Vorgaben zum Transparenzbericht durch den GKV-SV. Denn nur durch die Einhaltung dieser Regeln gelingt eine vertiefende Betrachtung, die auch Vergleiche erlaubt.

Tabelle 8: Anzahl der Hilfsmittelanträge und deren Kosten 2022 nach Produktgruppen

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Anzahl der Hilfsmittelanträge	durchschnittliche Kosten je Antrag in Euro
01	Absauggeräte	109.131	110
02	Adaptionshilfen	65.151	49
03	Applikationshilfen	999.285	96
04	Bade- und Duschhilfen	111.205	80
05	Bandagen	308.769	60
06	Bestrahlungsgeräte	363	418
07	Blindenhilfsmittel	4.016	860
08	Einlagen	1.871.970	40
09	Elektrostimulationsgeräte	88.821	248
10	Gehhilfen	255.285	60
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	71.085	315
12	Hilfsmittel Tracheostoma und Laryngektomie	38.469	312
13	Hörhilfen	423.478	320
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	585.021	248
15	Inkontinenzhilfen	2.989.642	34
16	Kommunikationshilfen	9.857	475
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	1.366.647	76
18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge	207.824	557

AG	Bezeichnung der Produktgruppe	Anzahl der Hilfsmittelanträge	durchschnittliche Kosten je Antrag in Euro
19	Krankenpflegeartikel	37.912	81
20	Lagerungshilfen	8.338	82
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	599.958	222
22	Mobilitätshilfen	24.641	242
23	Orthesen/Schienen	552.959	198
25	Sehhilfen	300.134	57
26	Sitzhilfen	22.806	444
27	Sprechhilfen	1.311	519
28	Stehhilfen	3.668	428
29	Stomaartikel	279.617	207
31	Schuhe	181.608	307
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	36.875	289
33	Toilettenhilfen	56.742	82
24, 34– 38	Prothesen/Epithesen	77.136	237
50– 98	Pflegehilfsmittel	181.306	124
99	Verschiedenes und PZN	1.001.285	124
	Summe	12.872.315	114

Quelle: BARMER-Daten 2022

Tabelle 9: Anzahl der bewilligten und abgelehnten Hilfsmittelanträge 2022

AG	Bezeichnung der Produktgruppe	Anzahl der Hilfsmittelanträge	davon bewilligte Anträge	davon abgelehnte Anträge	Bewilligungsquote in Prozent	Ablehnungsquote in Prozent
		Kennzahl 12	Kennzahl 13	Kennzahl 14	Kennzahl 15	Kennzahl 16
01	Absauggeräte	109.131	108.166	965	99,1	0,9
02	Adaptionshilfen	65.151	64.844	307	99,5	0,5
03	Applikationshilfen	999.285	993.805	5.480	99,5	0,5
04	Bade- und Duschhilfen	111.205	108.865	2.340	97,9	2,1
05	Bandagen	308.769	308.535	234	99,9	0,1
06	Bestrahlungsgeräte	363	340	23	93,7	6,3
07	Blindenhilfsmittel	4.016	3.602	414	89,7	10,3

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Anzahl der Hilfsmittel-anträge	davon bewilligte Anträge	davon abgelehnte Anträge	Bewilligungsquote in Prozent	Ablehnungsquote in Prozent
		Kennzahl 12	Kennzahl 13	Kennzahl 14	Kennzahl 15	Kennzahl 16
08	Einlagen	1.871.970	1.870.187	1.783	99,9	0,1
09	Elektrostimulationsgeräte	88.821	86.311	2.510	97,2	2,8
10	Gehhilfen	255.285	251.696	3.589	98,6	1,4
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	71.085	67.794	3.291	95,4	4,6
12	Hilfsmittel Tracheostoma und Laryngektomie	38.469	38.091	378	99,0	1,0
13	Hörhilfen	423.478	404.739	18.739	95,6	4,4
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	585.021	573.186	11.835	98,0	2,0
15	Inkontinenzhilfen	2.989.642	2.972.819	16.823	99,4	0,6
16	Kommunikationshilfen	9.857	8.952	905	90,8	9,2
17	Hilfsmittel zur Kompressions-therapie	1.366.647	1.363.183	3.464	99,7	0,3
18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge	207.824	194.614	13.210	93,6	6,4
19	Krankenpflegeartikel	37.912	35.130	2.782	92,7	7,3
20	Lagerungshilfen	8.338	8.050	288	96,5	3,5
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	599.958	589.319	10.639	98,2	1,8
22	Mobilitätshilfen	24.641	20.740	3.901	84,2	15,8
23	Orthesen/Schienen	552.959	549.980	2.979	99,5	0,5
25	Sehhilfen	300.134	296.413	3.721	98,8	1,2
26	Sitzhilfen	22.806	21.545	1.261	94,5	5,5
27	Sprechhilfen	1.311	1.299	12	99,1	0,9
28	Stehhilfen	3.668	3.488	180	95,1	4,9
29	Stomaartikel	279.617	276.806	2.811	99,0	1,0
31	Schuhe	181.608	177.954	3.654	98,0	2,0
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	36.875	34.717	2.158	94,1	5,9
33	Toilettenhilfen	56.742	56.061	681	98,8	1,2

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Anzahl der Hilfsmittelanträge	davon bewilligte Anträge	davon abgelehnte Anträge	Bewilligungsquote in Prozent	Ablehnungsquote in Prozent
		Kennzahl 12	Kennzahl 13	Kennzahl 14	Kennzahl 15	Kennzahl 16
24, 34–38	Prothesen/ Epithesen	117.558	115.641	1.917	98,4	1,6
50–98	Pflegehilfsmittel	181.306	169.620	11.686	93,6	6,4
99	Verschiedenes und PZN	1.001.285	1.000.670	615	99,9	0,1
	Summe	12.912.737	12.777.162	135.575	99,0	1,0

Quelle: BARMER-Daten 2022

In der Summenzeile sind die Kennzahlen für den Transparenzbericht 2022 abzulesen. Es ist festzustellen, dass die Anträge in der Hilfsmittelversorgung zu 99 Prozent genehmigt werden. Das ist eine für die Versicherten erfreulich hohe Genehmigungsquote, insbesondere im Vergleich der Krankenkassen (siehe Tabelle 13), die auf eine sehr kundenorientierte Leistungsbearbeitung der BARMER im Hilfsmittelbereich hindeutet. Damit ist die Eindringtiefe des GKV-weiten Transparenzberichts erschöpft, Tabelle 9 erlaubt jedoch, detaillierter in die Materie einzudringen und die Kennzahlen nach Produktgruppen zu betrachten.

Zunächst ist festzustellen, dass die Fallzahlen je Produktgruppe einer weiten Streuung unterliegen. Produktgruppen mit einer Million Anträgen und mehr pro Jahr sind Applikationshilfen, Schuheinlagen, Inkontinenzhilfen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie. Die Ablehnungsquoten in diesen Produktgruppen liegen deutlich unter dem Durchschnitt.

Produktgruppen mit sehr wenigen Fällen haben durchweg eine überdurchschnittliche Ablehnungsquote, weil schon rein mathematisch jeder einzelne Fall stärker ins Gewicht fällt. Die absolute Zahl ist aus Sicht der Versicherten sicherlich die bedeutendere Kennzahl, denn hinter jedem Antrag steht eine Patientin beziehungsweise ein Patient. Sehr seltene Produktgruppen betreffen eben auch sehr wenige Personen und die höchste Ablehnungsquote je PG liegt bei 15,3 Prozent, die zweithöchste bei 10,3 Prozent. Das bedeutet andersherum, dass immer noch nahezu 90 Prozent der Anträge in diesen PG genehmigt werden.

Bearbeitungszeiten der Hilfsmittelanträge bei der BARMER

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist es von großer Bedeutung, wie lange es dauert, ein verordnetes Hilfsmittel zu erhalten. Deshalb verzichtet die BARMER für viele Produktbereiche auf einen Antrags- und Genehmigungsprozess und fördert damit eine schnelle und unkomplizierte Hilfsmittelversorgung. Insbesondere für standardisierte und industriell konfektionierte Hilfsmittel verzichtet die BARMER auf eine Genehmigung. Beispiele für direkt durch den Leistungserbringenden mit der BARMER abrechnungsfähige Hilfsmittel sind Schuheinlagen, konfektionierte Kompressionsstrümpfe und Unterarmgehstützen. Die Auswahl des passenden Hilfsmittelprodukts, die Erledigung aller erforderlichen handwerklichen Arbeiten, die Verfügbarkeit aller Materialien und die Lieferung und Einweisung fallen dabei in die Verantwortung des ausgewählten Leistungserbringenden. Die Prüfung und die Genehmigung des Kostenvoranschlags durch die Krankenkasse gliedern sich als einer von neun Teilschritten in den Versorgungsprozess ein (Abbildung 4).

Abbildung 4: Die Arbeitsschritte von der Verordnung bis zur erfolgreichen Hilfsmittelversorgung

Der Weg des Hilfsmittels zum Patienten

Neun Schritte sind mindestens erforderlich bis zum Erhalt des Hilfsmittels, einer davon liegt bei den Krankenkassen.



Quelle: eigene Darstellung

Die benötigte Zeit, bis Patientinnen und Patienten ihre Hilfsmittelversorgung erhalten, kann sehr unterschiedlich lang sein. Je nach Komplexität, Anpassungsbedarf und handwerklicher Arbeit muss der Leistungserbringende mehr oder weniger Arbeitszeit für die richtige Hilfsmittelversorgung aufwenden. So kann sich der Zeitraum auf wenige Stunden oder Tage beschränken oder sogar mehrere Wochen in Anspruch nehmen. Auch Handwerksleistungen im Gesundheitswesen sind in Deutschland zunehmend durch Fachkräftemangel belastet. Nach einer Studie zum Fachkräftemangel im Handwerk rangieren die Handwerksberufe in der Medizin-, Reha- und Orthopädietechnik hierbei im Vergleich weit vorne (KOFA, 2021, S. 19). Ein teilweise ausgeprägter Fachkräftemangel ist zudem ein langfristiges strukturelles Problem. Damit soll der Zeitbedarf für die Hilfsmittelprozesse keineswegs einseitig den Leistungserbringenden zugerechnet werden. Dennoch sind auch hier die sich aus der Digitalisierung der Versorgungsprozesse ergebenden Chancen künftig stärker zu nutzen. Dazu mehr im Kapitelteil „Zukunft der Digitalisierung“ in diesem Report.

Der Zeitbedarf des Teilschritts bei der BARMER wird in der folgenden Tabelle anhand der durchschnittlichen Bearbeitungszeiten zur Bewilligung oder Ablehnung eines Hilfsmittelanspruchs dargestellt.

Tabelle 10: Durchschnittliche Bearbeitungszeit der BARMER 2022 in Arbeitstagen nach Produktgruppen

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Bewilligungsquote in Prozent	Genehmigung: Bearbeitungszeit in Tagen	Ablehnungsquote in Prozent	Ablehnung: Bearbeitungszeit in Tagen
		Kennzahl 15*		Kennzahl 16*	
01	Absauggeräte	99,1	0,4	0,9	2,2
02	Adaptionshilfen	99,5	0,4	0,5	13,0
03	Applikationshilfen	99,5	0,8	0,5	5,0
04	Bade- und Duschhilfen	97,9	0,3	2,1	3,4
05	Bandagen	99,9	0,0	0,1	2,6
06	Bestrahlungsgeräte	93,7	2,0	6,3	8,0
07	Blindenhilfsmittel	89,7	7,7	10,3	19,3
08	Einlagen	99,9	0,0	0,1	9,9
09	Elektrostimulationsgeräte	97,2	1,4	2,8	13,7
10	Gehhilfen	98,6	0,4	1,4	7,0
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	95,4	1,1	4,6	4,9
12	Hilfsmittel Tracheostoma und Laryngektomie	99,0	1,0	1,0	2,5
13	Hörhilfen	95,6	2,3	4,4	7,2
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	98,0	2,4	2,0	7,2
15	Inkontinenzhilfen	99,4	0,2	0,6	1,2
16	Kommunikationshilfen	90,8	9,3	9,2	16,0
17	Hilfsmittel zur Kompressions-therapie	99,7	0,5	0,3	7,2
18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge	93,6	5,7	6,4	14,2
19	Krankenpflegeartikel	92,7	2,4	7,3	6,8
20	Lagerungshilfen	96,5	1,1	3,5	6,2
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	98,2	1,9	1,8	12,8
22	Mobilitätshilfen	84,2	9,5	15,8	12,8
23	Orthesen/Schienen	99,5	0,7	0,5	12,7
25	Sehhilfen	98,8	0,2	1,2	2,9
26	Sitzhilfen	94,5	11,6	5,5	20,1
27	Sprechhilfen	99,1	0,5	0,9	4,3
28	Stehhilfen	95,1	18,8	4,9	31,7
29	Stomaartikel	99,0	0,6	1,0	2,3
31	Schuhe	98,0	1,5	2,0	10,6

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Bewilligungsquote in Prozent	Genehmigung: Bearbeitungszeit in Tagen	Ablehnungsquote in Prozent	Ablehnung: Bearbeitungszeit in Tagen
		Kennzahl 15*		Kennzahl 16*	
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	94,1	3,4	5,9	17,4
33	Toilettenhilfen	98,8	0,8	1,2	7,5
24, 34–38	Prothesen/Epithesen	98,4	3,0	1,6	13,2
50–98	Pflegehilfsmittel	93,6	1,1	6,4	3,8
99	Verschiedenes und PZN	99,9	0,3	0,1	3,1
	Gesamtdurchschnitt	99,0	0,8	1,0	7,8

* Gemäß den Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten (Tabelle 7).
Quelle: BARMER-Daten 2022

Die durchschnittliche Zeit bis zur Genehmigung eines Hilfsmittelantrags beträgt 2022 rund 0,8 Arbeitstage. Darin enthalten sind Hilfsmittel, für die die BARMER auf den Bewilligungsvorbehalt vertraglich verzichtet hat. Diese Hilfsmittel kann der Leistungserbringende unmittelbar an die Versicherten ausliefern und bei der BARMER abrechnen. Der Anteil der Hilfsmittel, für die auf den Genehmigungsvorbehalt seitens der BARMER verzichtet wurde, ist in jeder Produktgruppe unterschiedlich hoch. Insgesamt wird für etwa 50 Prozent aller Hilfsmittel auf eine Genehmigung durch die BARMER verzichtet und so der Versorgungsprozess beschleunigt. Aber auch Hilfsmittel, für die eine Pflicht zur Erstellung eines Kostenvoranschlags bei der BARMER besteht und die Prüfung der vorgeschlagenen Versorgung komplexer ist, werden im Regelfall innerhalb von ein bis zwei Arbeitstagen genehmigt. In wenigen Produktgruppen mit einer im Verhältnis geringen Fallzahl im Jahr 2022 kommt es bei der BARMER zu überdurchschnittlich langen Bearbeitungszeiten sowohl bei Genehmigungen als auch im Falle einer Ablehnung. Woran liegt das? Eine nähere Betrachtung der Bearbeitungszeiten in den Produktgruppen Blindenhilfsmittel, Kommunikationshilfen, Mobilitätshilfen, Sitz- und Stehhilfen findet sich in Tabelle 11.

Tabelle 11: Auswahl von Produktgruppen mit langen Bearbeitungszeiten

PG	Bezeichnung der Produktgruppe	Anzahl der Hilfsmittelanträge	davon bewilligte Anträge	davon abgelehnte Anträge	Bewilligungsquote in Prozent	Genehmigung: Bearbeitungszeit in Tagen	Ablehnungsquote in Prozent	Ablehnung: Bearbeitungszeit in Tagen
		Kennzahl 12	Kennzahl 13	Kennzahl 14	Kennzahl 15		Kennzahl 16	
	Summe aller PG	12.912.737	12.777.162	135.575	99,0	0,77	1,0	7,8
7	Blindenhilfsmittel	4.016	3.602	414	89,7	7,7	10,3	19,3
16	Kommunikationshilfen	9.857	8.952	905	90,8	9,3	9,2	16,0
22	Mobilitätshilfen	24.641	20.740	3.901	84,2	9,5	15,8	12,8
26	Sitzhilfen	22.806	21.545	1.261	94,5	11,6	5,5	20,1
28	Stehhilfen	3.668	3.488	180	95,1	18,8	4,9	31,7
	Summe	64.988	58.327	6.661	89,8		10,2	
	Anteil an allen PG in Prozent	0,5	0,5	4,9				

Quelle: BARMER-Daten 2022

Tabelle 11 enthält die fünf Produktgruppen, die die längsten mittleren Bearbeitungszeiten bei der BARMER aufweisen. In Summe haben diese Produktgruppen mit 0,5 Prozent nur einen geringen Anteil an der Gesamtzahl der Hilfsmittelversorgungen der BARMER 2022. Die Ursachen dieser überdurchschnittlichen Bearbeitungszeiten können mit den Informationen aus dem Leistungssystem der BARMER untersucht werden. In Rahmen der Fallbearbeitung werden Zwischenschritte dokumentiert, die insbesondere durch fallbezogene Anfragen beispielsweise beim Medizinischen Dienst (MD) entstehen und die bis zum Vorliegen einer Antwort einen Fallabschluss verhindern. Dieser Vorgang wird dann im Rahmen der Sachbearbeitung terminiert und wieder aufgegriffen, wenn die Informationen zum Fallabschluss vorliegen. Dabei wird der Anlass dieser Anfrage als sogenannter „Parkgrund“ im System dokumentiert und kann empirisch ausgewertet werden (siehe Tabelle 12).

Aufgrund der geringen Fallzahlen ist eine Auswertung in einzelnen der fünf Produktgruppen potenziell hohen Schwankungen unterworfen und daher empirisch wenig aussagekräftig. Daher erfolgt die Betrachtung der Parkgründe der Top-5-Produktgruppen mit den längsten Bearbeitungszeiten summarisch. Dabei ist explizit darauf hinzuweisen, dass dies in keiner Weise die durchschnittlichen Sachbearbeitungsprozesse der BARMER im Hilfsmittelbereich abbildet, sondern ausschließlich für den ausgewählten Ausschnitt eines halben Prozents der Fälle mit den längsten Bearbeitungszeiten erfolgt.

Tabelle 12: Ursachen von Wiedervorlagen (Parkgründe) in den fünf Produktgruppen mit den längsten Bearbeitungszeiten

Parkgrund	Anzahl 2022 (gerundet)	Anteil der Fälle in Prozent	mittlere Parkzeit in Arbeitstagen
Anfrage beim Leistungserbringenden	11.500	17,7	13
Anfrage beim Versicherten	1.100	1,7	20
Anfrage beim verordnenden Arzt / bei der verordnenden Ärztin	1.600	2,5	20
Einschaltung des Medizinischen Dienstes zur gutachtlichen Stellungnahme	1.500	2,3	30

Quelle: BARMER-Daten 2022

Zum Parkgrund „Anfrage beim Leistungserbringenden“:

Rückfragen an den Leistungserbringenden sind beispielsweise notwendig, wenn die Informationen im übermittelten Kostenvoranschlag nicht vollständig enthalten sind oder sich die Versorgung mittels alternativer Herangehensweise gleich gut, aber wirtschaftlicher durchführen ließe. So kann etwa die Einbeziehung eines Hilfsmittels aus dem Lagerbestand der Kasse (§ 33 Abs. 5 SGB V) die Kosten der Versorgung senken und die Nachhaltigkeitsaspekte stärken. Diese BARMER-eigenen Hilfsmittel werden eingelagert, weil sie von Patientinnen und Patienten nicht mehr benötigt werden, aber aufgearbeitet in einem Recyclingprozess problemlos in weiteren Versorgungungen verwendet werden können. Dieses Verfahren verbessert somit auch die Umweltbilanz durch Vermeidung unnötiger Entsorgungen.

Zu den Parkgründen „Anfrage beim verordnenden Arzt“ oder „Anfrage beim Versicherten“:

Hierbei handelt es sich zumeist um Sachverhalte, in denen die verordnungsbegründende Diagnose, der genaue medizinische Zweck oder der Hintergrund der Verordnung zu klären ist. Häufig ist die angegebene Diagnose wenig aussagekräftig, so dass die medizinische Notwendigkeit für das verordnete Hilfsmittel aus der Verordnung nicht unmittelbar erkennbar ist. Rückfragen in der ärztlichen Praxis sind dann erforderlich. Die Bitte um Nachreichung weiterer notwendiger Belege und die Klärung der jeweils zuständigen Sozialversicherung können weitere Gründe für entsprechende schriftliche Anfragen der Krankenkasse sein.

Zum Parkgrund „Anfrage beim Medizinischen Dienst“:

Die gesetzliche Aufgabe der Krankenkasse ist die Prüfung des Antrags auf Hilfsmittelversorgung mit eigenem Personal. Zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit eines Hilfsmittels kann die Krankenkasse den Antrag zudem vor Bewilligung durch den Medizinischen Dienst (MD) prüfen lassen (§ 33 Abs. 5 b SGB V). Die Kommunikation zwischen Krankenkassen und MD unterliegt dabei stringenter gesetzlichen Vorgaben: „Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen“ (§ 276 Abs. 1 SGB V). Ergänzende Unterlagen der Versicherten dürfen an den Medizinischen Dienst nur weitergegeben werden, soweit die Versicherten eingewilligt haben. Weiter heißt es im Gesetz: „Haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern unter Nennung des Begutachtungszwecks angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln“ (§ 276 Abs. 2 SGB V).

Wie man sich leicht vorstellen kann, können diese Bestimmungen in den Kommunikationsprozessen rund um die Begutachtung zu zeitaufwändigen Arbeitsschritten führen. Die Krankenkasse kann die Versicherten um das Einverständnis zur Übermittlung der ihr vorliegenden Unterlagen bitten oder der MD fordert die notwendigen Unterlagen selbst beim Leistungserbringenden und gegebenenfalls bei der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt an. In jedem Fall ist eine Mitwirkung durch Dritte erforderlich, damit die sozialmedizinische Begutachtung erfolgen kann. Auch danach sind die Unterlagen zwischen MD und Krankenkassen dauerhaft abgeschottet. Das bedeutet, dass die gutachtliche Stellungnahme auf Unterlagen basiert, die der Krankenkasse nicht vorliegen. Auch das erhöht gegebenenfalls den Erklärungsaufwand des MD im Gutachten, weshalb man zum jeweiligen Ergebnis gekommen ist.

Dieses gesetzlich vorgeschriebene komplexe Kommunikationsverfahren und die Zahl der an der Versorgung Beteiligten tragen einen erheblichen Teil zur Dauer dieser Verfahren – abgebildet in den Parkgründen – bei. Zudem kann der MD externe Gutachter beauftragen, denen dann die Daten übermittelt werden (§ 276 Abs. 2b SGB V). Die erforderliche Kompetenz für spezielle Fragen der Hilfsmittelversorgung kann hierdurch gegebenenfalls extern gewonnen werden.

Die Beauftragung einer sozialmedizinischen Begutachtung erfolgt im Sinne einer zügigen Bearbeitung seitens der BARMER daher im Hilfsmittelbereich so selten wie möglich. Dies bestätigt auch die niedrige Quote von 2,3 Prozent, die diese Anfragen selbst in den Produktgruppen mit den längsten mittleren Bearbeitungszeiten ausweisen.

Benchmark der Berichte zur Leistungstransparenz Hilfsmittel für 2021

Die Transparenzberichte werden durch die Krankenkassen jeweils freiwillig veröffentlicht. Für das Jahr 2021 lag noch keine einheitliche Definition zur Ermittlung der relevanten Kennzahlen vor. Diese Vorgabe erfolgte erst im Dezember 2022 mit Rundschreiben des GKV-SV (RS 2022/780). Für den Hilfsmittelbereich sind, trotz fehlender Vorgaben in den für 2021 veröffentlichten Transparenzberichten, jedoch fast durchgängig identische Kennzahlen durch die Krankenkassen angegeben worden. Dies erlaubt zumindest für den Hilfsmittelbereich eine erste vergleichende Übersicht der veröffentlichten Ergebnisse und damit ein Stück mehr Transparenz für Versicherte. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Reports lagen nur vereinzelt Transparenzberichte der Krankenkassen für das Jahr 2022 vor. Mit diesen Ergebnissen wird sich daher erst der kommende Hilfsmittelreport befassen.

Tabelle 13: Hilfsmittel – Transparenzberichte 2021, Ergebnisse veröffentlichender Krankenkassen (Auswahl)

Kassenart	Krankenkasse	Anzahl der Hilfsmittelanträge 2021 in Millionen	Genehmigungsquote in Prozent	durchschnittliche Bearbeitungsdauer in Tagen
AOK	AOK Bayern	4,5	95,2	keine Angabe
	AOK NordWest	3,8	96	keine Angabe
	AOK Rheinland/Hamburg	3,9	94,1	keine Angabe
	AOK Plus	3,5	95	keine Angabe
Ersatzkassen	Techniker	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe
	BARMER	6,9	98,7	1,7
	DAK	2,0	96	3,15
	KKH	1,5	96	3,6
IKK	IKK classic	2,4	96	keine Angabe
BKK	Siemens BKK	0,24	98,8	keine Angabe
	Audi BKK	0,09	94,8	keine Angabe

Quelle: eigene Darstellung

Die in den Transparenzberichten für 2021 ausgewiesenen Kennzahlen stimmen inhaltlich mit denen aus den einheitlichen Vorgaben des GKV-SV für die Jahre ab 2022 überein. Wesentliche Unterschiede zwischen den Krankenkassen betreffen die Transparenz der durchschnittlichen Bearbeitungszeiten. Diese zusätzliche Kennzahl wurde für 2021 nur von Ersatzkassen ausgewiesen. Eine weitere wichtige Entwicklung ab 2022 betrifft die einheitliche Vorgabe zur Zählung der Hilfsmittelanträge. Kostenvorschläge mit mehreren Hilfsmitteln sind ab 2022 als mehrere Fälle zu zählen. Diese geänderte Zählweise führt beispielsweise bei der BARMER dazu, dass die Anzahl der Hilfsmittelfälle von 6,9 Millionen (2021, siehe Tabelle 13) auf 12,9 Millionen (2022, siehe Tabelle 9) ansteigt. Diese durch eine andere Zählweise scheinbar stark steigende Fallzahl wird alle Krankenkassen bei den Transparenzberichten für 2022 gleichermaßen betreffen und daher die Vergleichbarkeit im gleichen Zeitraum nicht negativ tangieren. Ein Vergleich mit den Angaben aus 2021 wird dieser sprunghafte Fallzahlanstieg allerdings erschweren. Angaben zur durchschnittlichen Bearbeitungszeit wurden auch für 2022 nicht durch den GKV-SV vorgegeben. Die Angabe dieser Kennzahl bleibt daher weiterhin freiwillig und somit wahrscheinlich lückenhaft.

Bedauerlich ist, dass einzig die Techniker als bundesweit größte Krankenkasse sich im letzten Jahr nicht in der Lage sah, in ihrem Transparenzbericht 2021 Zahlen zum Hilfsmittelbereich zu veröffentlichen. Die Begründung hierfür liest sich wie folgt: „Aktuell lassen sich jedoch manche Leistungskennzahlen der Kassen, wie zum Beispiel Leistungsbewilligungen und -ablehnungen, aufgrund von unternehmensspezifisch definierten Arbeitsweisen und Prozessen nicht ohne Weiteres vergleichen. [...] Aus Sicht der TK ist es deshalb wichtig, zunächst einheitliche und vergleichbare Datengrundlagen zu schaffen [...]“ (TK, 2022, S. 41). Die geforderten einheitlichen Datengrundlagen für den Transparenzbericht wurden nun durch den GKV-SV bestimmt, somit ist zu hoffen, mit dem Transparenzbericht für 2022 die Benchmark um die TK vervollständigen zu können.

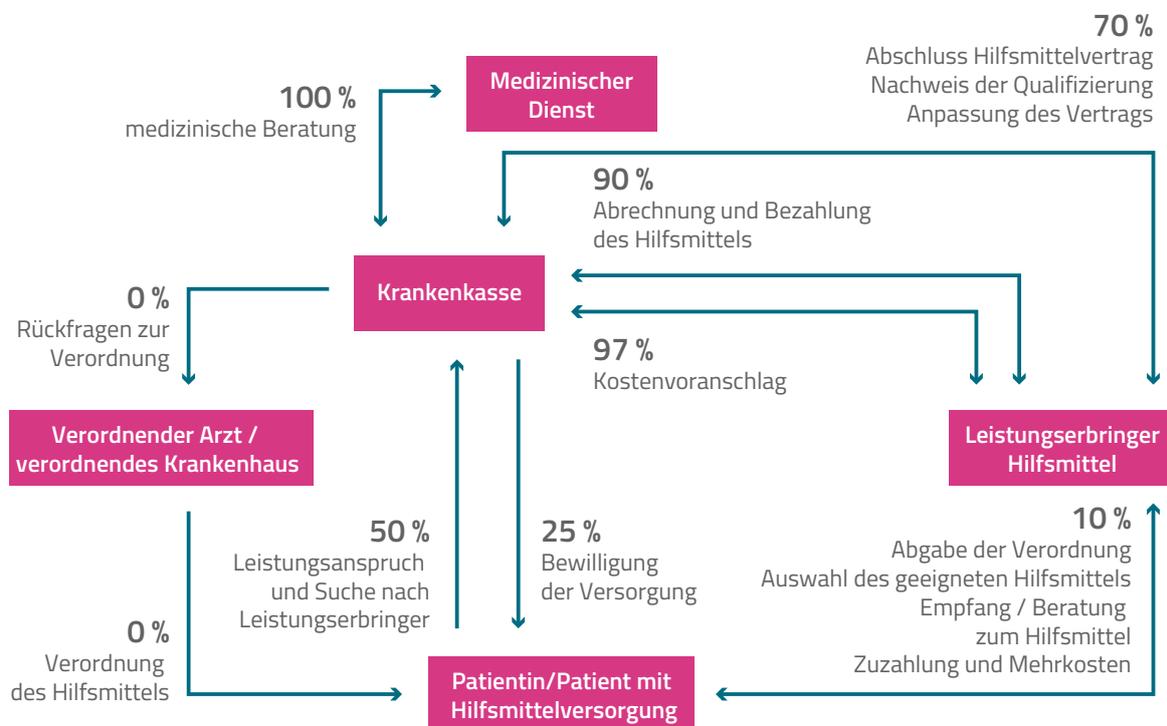
3 Digitalisierung der Prozesse in der Hilfsmittelversorgung

Das Schlagwort „Digitalisierung“ wird auch im Gesundheitswesen häufig und in vielfältigen Zusammenhängen genutzt. Nicht selten fehlen aber zum Verständnis dieser Entwicklung konkrete Beispiele, an denen sich zeigen lässt, wie die Digitalisierung von Prozessen Menschen im Alltag helfen kann. In der Hilfsmittelversorgung hat sich fernab der großen und kontroversen Diskussionen rund um die Aufgaben der Gesellschaft für Telematik (gematik) und einer in der Folge eher langsam fortschreitenden Digitalisierung mittlerweile ein ganzes Biotop gelebter und erfolgreicher digitaler Prozesse entwickelt. Eine Folge dieser langjährigen Entwicklung sind die bereits oben gezeigten Vorteile kurzer Bearbeitungszeiten für die Versicherten. Aber die Digitalisierung bringt bereits heute neben der Beschleunigung und Aufwandsreduzierung für Versicherte, Leistungserbringende und Krankenkassen die Chance zur Transparenz in den Hilfsmittelprozessen – und das nahezu in Echtzeit. Die erreichte Transparenz und Effizienz soll nachfolgend mit Beispielen aus der Praxis illustriert werden. Versicherte können online eine Auswahl geeigneter Leistungserbringender in räumlicher Nähe vornehmen und ihre Ansprüche im Rahmen der Versorgung einsehen. Sie können den Fortschritt ihres Hilfsmittelantrags jederzeit einsehen und nach der Versorgung die Historie verfolgen und den Service organisieren. Leistungserbringende kommunizieren im Rahmen des Kostenvoranschlags und der Abrechnung in einem digitalen System mit einer zügigen Bearbeitung dank künstlicher Intelligenz. Sie können zudem niederschwellig mit einem Klick jederzeit Hilfsmittelverträge einsehen und auf Wunsch beitreten.

Ein Schaubild soll zunächst das komplexe Zusammenspiel der Beteiligten in der Hilfsmittelversorgung illustrieren. Welcher Grad der Digitalisierung ist im jeweiligen Prozess bereits bei der BARMER erreicht, wo hapert es noch? Ein hoher Grad an Digitalisierung bedeutet hier, dass die elektronische Welt im Prozess nur selten verlassen wird. Es wird nichts ausgedruckt, händisch erfasst oder telefoniert. Es gilt, Medienbrüche zu vermeiden.

Abbildung 5: Übersicht der wesentlichen Prozesse in der Hilfsmittelversorgung und ihr Grad der Digitalisierung bei der BARMER

Prozesse in der Hilfsmittelversorgung



Quelle: eigene Darstellung

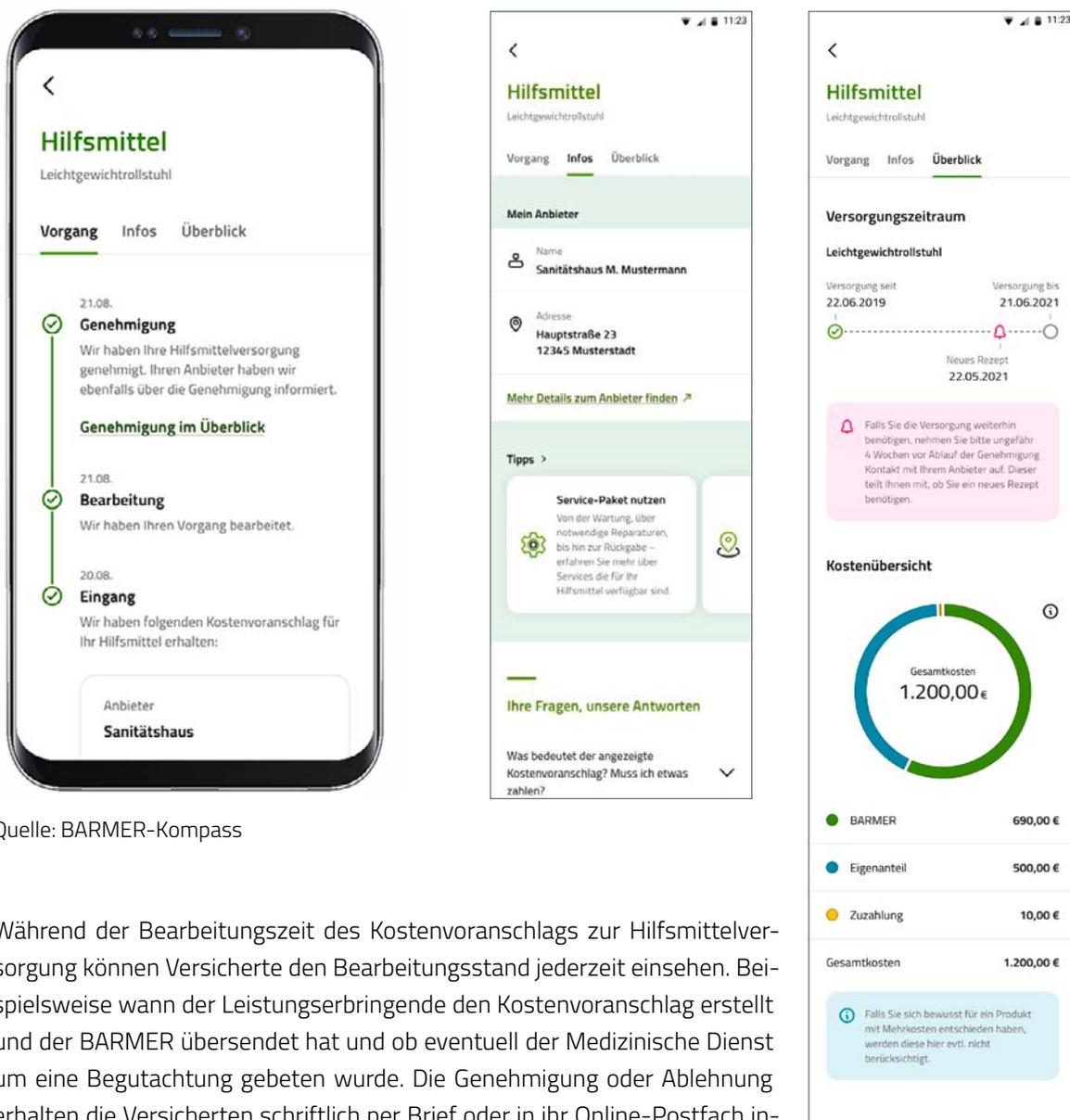
In dieser abstrahierenden Sicht sind es fünf regelmäßig an der Hilfsmittelversorgung Beteiligte. Der Grad der Digitalisierung von und zu einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus ist derzeit in der Hilfsmittelversorgung gleich null. Das wird sich ändern, wenn die elektronische Verordnung von Hilfsmitteln Einzug hält. Die Einführung ist nach derzeitigem Stand allerdings erst zum 1. Juli 2027 geplant. Dazu mehr im Kapitelteil „Zukunft der Digitalisierung“. Alle anderen Prozesse haben bereits einen gewissen Reifegrad der Digitalisierung erreicht. Dieser ist davon abhängig, wie intensiv digitale Möglichkeiten genutzt werden und ob Versicherte beispielsweise per Online-Suche oder mittels telefonischen Kontakts zur Krankenkasse nach einem passenden Leistungserbringenden suchen.

Digitalisierung für Versicherte und Hilfsmittelpatientinnen und -patienten

Transparenz zur Hilfsmittelversorgung und zur Hilfsmittelhistorie mit dem BARMER-Kompass

Die BARMER bietet den Versicherten in ihrem BARMER-Kompass in verschiedenen Leistungsbereichen einen täglich aktualisierten Einblick zum Bearbeitungsstand und einen Überblick zu den bisher erhaltenen Leistungen. In der Hilfsmittelversorgung sind Details zum laufenden Hilfsmittelantrag und zur Genehmigung unter dem Reiter „Vorgang“ einsehbar.

Abbildung 6: Transparenz für die Versicherten zur eigenen Hilfsmittelversorgung im BARMER-Kompass

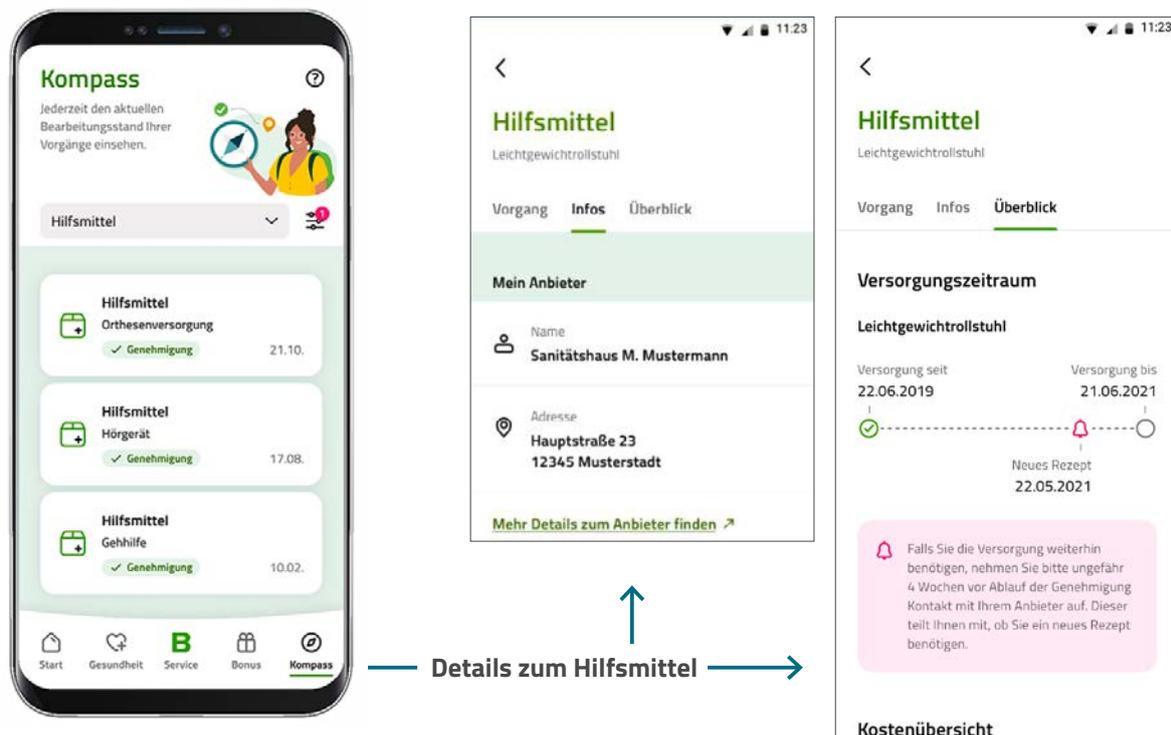


Quelle: BARMER-Kompass

Während der Bearbeitungszeit des Kostenvoranschlags zur Hilfsmittelversorgung können Versicherte den Bearbeitungsstand jederzeit einsehen. Beispielsweise wann der Leistungserbringende den Kostenvoranschlag erstellt und der BARMER übersendet hat und ob eventuell der Medizinische Dienst um eine Begutachtung gebeten wurde. Die Genehmigung oder Ablehnung erhalten die Versicherten schriftlich per Brief oder in ihr Online-Postfach innerhalb der BARMER-App, und zusätzlich wird das Dokument unmittelbar im BARMER-Kompass einzusehen sein.

Die Versicherten können die Kontaktdaten des Leistungserbringenden und hilfsmittelspezifische Informationen im Reiter „Info“ abrufen. Unter dem Reiter „Überblick“ werden die Kosten der Versorgung, die Höhe der eigenen Zuzahlung sowie der Zeitraum, für den die Genehmigung Gültigkeit hat, aufgeführt. Dank durchgehend digitaler Prozesse hat der Leistungserbringende die Genehmigung der BARMER zum selben Zeitpunkt vorliegen wie die Versicherten im BARMER-Kompass oder in ihrem Online-Postfach.

Abbildung 7: Übersicht der bisherigen und laufenden Hilfsmittelversorgungen im BARMER-Kompass



Quelle: BARMER-Kompass

Hilfsmittelpatientinnen und -patienten haben häufig mehr als eine Hilfsmittelversorgung. Diese haben jeweils unterschiedliche Genehmigungszeiträume und werden durch unterschiedliche Leistungserbringende erbracht. Dazu gibt der BARMER-Kompass eine Übersicht aller vormaligen und laufenden Hilfsmittelversorgungen. Über die Kontaktdaten des Leistungserbringenden könnten die Versicherten etwaige Reparaturen des Hilfsmittels oder notwendige Nachlieferungen von Verbrauchsmaterialien beauftragen. Vor Ablauf des Bewilligungszeitraums können Versicherte sich eine Terminerinnerung erstellen, um rechtzeitig eine Folgeverordnung beim nächsten Arztbesuch abzuholen. Bei einem Umzug, zum Beispiel in eine Pflegeeinrichtung, stellt sich oftmals insbesondere für die Angehörigen die Frage: Welches Hilfsmittel kann und muss mit umziehen und welches muss an den Leistungserbringenden zurückgegeben werden? Hierfür enthält der BARMER-Kompass die Information, ob ein Hilfsmittel über einen Zeitraum gemietet wurde und im Eigentum des Leistungserbringenden verbleibt oder nach einem Kauf in das Eigentum der Hilfsmittelpatientin oder des -patienten übergegangen ist. Der BARMER-Kompass bietet somit jederzeit einen hilfreichen digitalen Überblick über die Hilfsmittelversorgungen.

Online-Vertragspartnersuche und Produktinformationen / Vertragsinhalte für Versicherte

Die BARMER hat mit einer großen Anzahl von Hilfsmittelbetrieben Verträge über alle in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen fallenden Produkte und die für die Versorgung erforderlichen Dienstleistungen geschlossen. Die Versicherten haben die freie Wahl unter allen Vertragspartnern der BARMER. Unterstützt werden sie bei ihrer Auswahl eines geeigneten Leistungserbringenden durch eine detaillierte Online-Suche.

Abbildung 8: Beispiel einer Vertragspartnersuche zu TENS-Geräten

BARMER Unsere Leistungen Gesundheit verstehen Kursangebote Mitglied werden [Meine BARMER](#)

Suche nach Vertragspartnern

Bitte geben Sie eine Postleitzahl und Ihr gewünschtes Hilfsmittel als Suchwort ein.

PLZ: Umkreis: Hilfsmittel (Suchwort):

Suchergebnisse

Nützliche Informationen zu Ihrem gesuchten Hilfsmittel "TENS-Geräte" finden Sie auf unserer Homepage. Sie interessieren sich für die wesentlichsten Vertragsinhalte mit unseren Hilfsmittel-Anbietern? Diese können Sie "hier" herunterladen.

Folgende Vertragspartner wurden für Sie gefunden:

Bitte beachten Sie, dass sich die Angaben kurzfristig ändern können.

Ergebnisse 1-10 von 395

Name	Straße	Postleitzahl	Ort	Entfernung †	Link
Gesundheitszentrum medwerk GmbH	Kleinhöfen 44	40721	Hilden	1,9 km	↔
Sanitätshaus Lang GmbH	Morper Allee 4	40699	Erkrath	6,5 km	↔
Reha + Med GmbH	Bachstr. 32	40764	Langenfeld	8,0 km	↔
Sanitätshaus Buchbender Beate Schultheis	Alte Schulstr. 23	40789	Monheim	8,2 km	↔
Sanitätshaus Rinn GmbH	Rinnstr. 70	40774	Finckenbüchel	8,4 km	↔

Quelle: BARMER-Website, Hilfsmittel-Vertragspartnersuche

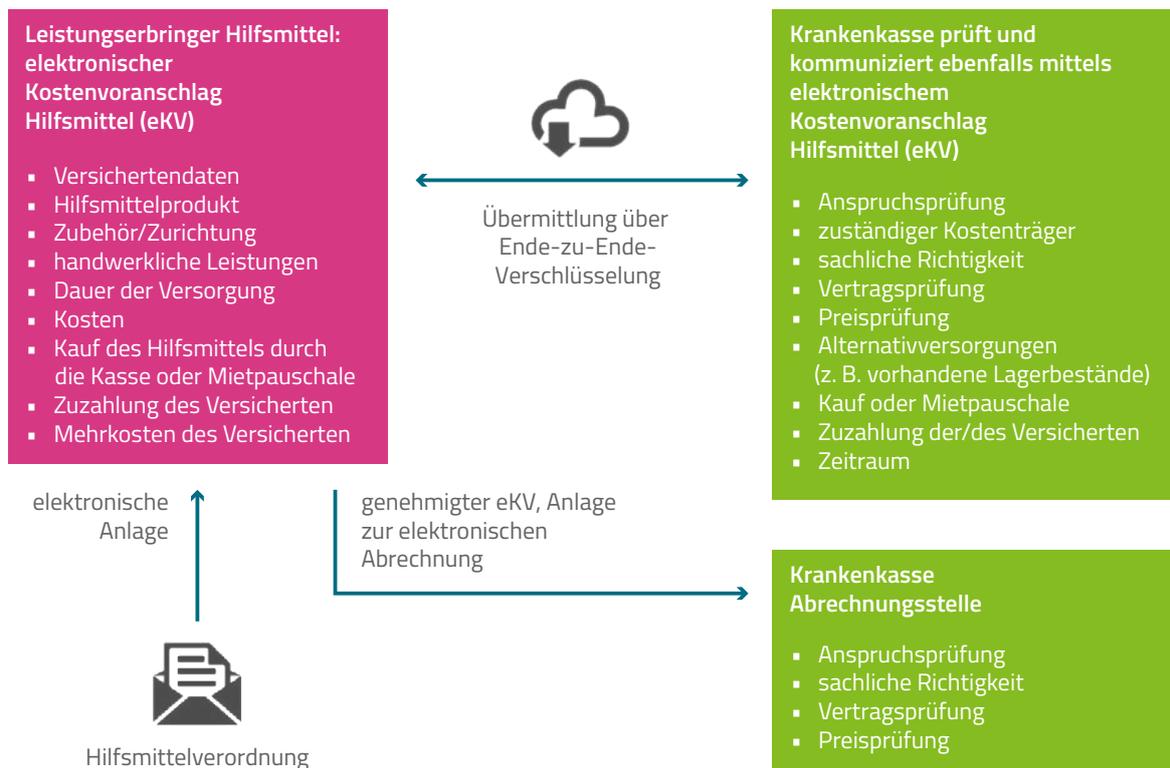
Versicherte erhalten mittels der Vertragspartnersuche online Auskunft über alle Vertragspartner der BARMER, die im jeweils ausgewählten Postleitzahlenbereich eine Versorgung zur ausgewählten Produktgruppe anbieten. Neben den Kontaktinformationen des Leistungserbringenden stehen den Versicherten nützliche Informationen und die wesentlichen Vertragsinhalte zu dem gesuchten Produktbereich zur Verfügung. Beispielhaft die oben abgebildete produktspezifische Versicherteninformation zur Versorgung mit TENS-Geräten: www.barmer.de/a005179. Mit einem Klick werden hier Fragen, zum Beispiel zu Lieferfristen, Beratungsinhalten und Zuzahlungen, beantwortet. Die Vertragspartnersuche der BARMER findet bei den Versicherten breites und anhaltendes Interesse, im Durchschnitt erfolgen in diesem Portal jeden Monat rund 25.000 Suchanfragen.

Digitalisierung zwischen Leistungserbringenden und BARMER

Elektronischer Kostenvoranschlag, Kommunikation, Genehmigung, Abrechnung

Die digital gestützte Kommunikation zwischen den Leistungserbringenden der Hilfsmittel und der BARMER umfasst insbesondere die Prozessschritte des elektronischen Kostenvoranschlags und der elektronischen Abrechnung. Der inhaltliche Anspruch dieses Verfahrens ist umfangreich und komplex. Vielfältige und detaillierte Informationen sowie Besonderheiten der einzelnen Hilfsmittel müssen im Verfahren technisch und prozessual abgebildet werden (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9: Inhalte und Ablauf des elektronischen Kostenvoranschlag-Verfahrens



Quelle: eigene Darstellung

Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BARMER in der Sachbearbeitung Hilfsmittel werden die Informationen aus dem Prozess in verschiedenen Schritten digital aufbereitet, so dass Entscheidungen zügig getroffen werden können (siehe Abbildung 10). Auf Grundlage dieser digitalen Unterstützung werden die Entscheidungen über komplexe Einzelversorgungen von fachkundigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der BARMER getroffen.

Abbildung 10: Ansicht eines fiktiven Kostenvoranschlags in der Hilfsmittelsachbearbeitung der BARMER

Versicherung, A Fako Erst, Blajsjo, M264304719

Versicherter
A Fako Erst, Blajsjo
 *28.04.1976 M264304719 120876382
 Status: KV-Anspruch:
 Vers. Status: M PI-Anspruch:
 Beitragsklasse: Haftpflichtdaten:
 Personenkreis(e): Berufskrankheit:
 VMS: **keine Angabe** Kostenerstattung:
 Betreuer:

Verordnung
Verordnungsdaten
 Dt. med.
 VO-Datum: 17.05.2023
 Unfall: **Nein** Regress-Kz.:
 BVG: **Nein** Vo-Kz.:
 Kategorie(n):
Diagnosen
 B88 (Sonstiger Parasitenbefall der Haut)

Vorgangsinformation
online Leistungserbringer
 SH Sachbearbeiter:
 Nachricht senden
 KVA-Nr.: 3305141185
 KVA-Datum: 17.05.2023
 Antragsingangsdatum: 17.05.2023
 Vorgang:
 Status:
 Vertragspartner:
 Priorität: normal
 entgärten

Anlagen
 Verordnung E
 Anlagen

Hilfsmittel

Pos	A...	Einheit	HMV/PZN	Bezeichnung	EP-Netto	EP-Brutto	MwSt.
B 1	1	Stück	18.46.05	Elektrollstühle für den Innenraum	126,05€	150,00€	19%

Summe Himi: 150,00
 Σ Eigenanteil: 0,00
ges. Zuzahlung: 10,00
 Genehmigung: 140,00

Quelle: BARMER-Software zur Hilfsmittelsachbearbeitung

Online-Vertragsbeitritte und Vertragspflege (MIP)

Hilfsmittelerbringende sind bei entsprechender fachlicher Qualifizierung jederzeit berechtigt, bestehenden Hilfsmittelverträgen der Krankenkassen beizutreten. Sie können dies für eine beliebige Auswahl von Verträgen und ausgewählten Produktgruppen tun. Zudem können sie auch bestimmen, in welcher Region (nach Postleitzahlen) sie ihre Versorgungsleistung anbieten wollen. Die BARMER unterstützt die Hilfsmittelerbringenden durch ein digitales Vertragsbeitrittsverfahren in Zusammenarbeit mit ihrem Dienstleistungspartner Medicomp (MIP).

Abbildung 11: Vertragspartnerportal, Beitritte und Pflege der Vertragsdaten für Leistungserbringende

Online-Beitritt - Sanitätshaus Test BARMER - [REDACTED]				
	Hauptvertragspartner	Leistungserbringergruppenschlüssel	Produktgruppe	Vertragsbeschreibung
Klammervertrag: Diabetes 2022_001				
<input checked="" type="checkbox"/>	BARMER	1991013	03 und 21	Diabeteshilfsmittel
<input type="checkbox"/>	BARMER	1991011	03 und 30	Insulinpumpen (schlauchgebunden)
<input checked="" type="checkbox"/>	BARMER	1991011	03 und 30	Insulinpumpen (schlauchgebunden) Zubehör und Verbrauchsmaterialien
<input type="checkbox"/>	BARMER	1991011	03 und 30	Insulinpumpen (schlauchlos)

Vertragsbeitritt mit elektronischem Formular

BARMER
Vertragsbeitritt gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

elektronische Pflege der gewählten Produkte und Versorgungsgebiete

BARMER

Vertragsbeitritt gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

IK des Leistungserbringers	#####
Name des Leistungserbringers	Sanitätshaus Test BARMER
Anschrift	Lichtscheider Str. 89 - 95
PLZ, Ort	42285 Wuppertal

Hiermit trete/n ich/wir dem Hilfsmittellieferungsvertrag "CPM_Bekanntmachung_2020" inkl. der nachfolgend aufgeführten Vergütungsregelungen in der jeweils geltenden Fassung mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen bei:

LEGS (Schlüssel "Leistungserbringergruppe")	Vertrag
1991007	Online-Beitritt zu CPM-Vertrag Bekanntmachung 2020

Preisuche	Verträge	Vertragspartner		
Bezeichnung...	PLZ...	BARMER		
Versorgungsgebiete - Sanitätshaus Test BARMER - IK: [REDACTED]				
Bezeichnung	Von PLZ	Bis PLZ	Zuordnung zu Verträgen	Vertragsabhängig
<input type="checkbox"/> Niedersachsen	27607	27809	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/> Bremen	28001	28779	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/> Niedersachsen	28784	29399	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja

Aktualisierung der Vertragspartnersuche (siehe Abbildung 8)

Quelle: Software der Vertragsverwaltung MIP

Eine eigene Archivführung der Verträge ist für den Leistungserbringenden nach Beitritt zu BARMER-Verträgen nicht notwendig, denn die vollständigen Inhalte seiner Verträge (Rahmenvertrag mit allen allgemeingültigen Bedingungen für die Versorgung sowie produktspezifische Vereinbarungen) stehen jederzeit online mit einem Klick zur Verfügung. Eine Anpassung von einzelnen Vertragsbestimmungen erfolgt nach Zustimmung beider Vertragspartner ebenfalls über das Portal.

Diese Vertragsinformationen sind – täglich aktualisiert – Grundlage für die Vertragspartnersuche der BARMER (siehe Abbildung 8). Angesichts der beiderseitigen Vorteile bezüglich des Aufwands für die Vertragsarbeit ist es nicht überraschend, dass der weit überwiegende Teil der Vertragsbeitritte in dieser elektronischen Form abgewickelt wird.

Zukunft der Digitalisierung

Elektronische Verordnung (eVO) für Hilfsmittel

Die elektronische Verordnung für Hilfsmittel steht auf der Agenda der Gesellschaft für Telematik (gematik) im Zuge der Einführung elektronischer Verordnungsmuster (§ 312 SGB V). Der aktuell bestimmte Einführungstermin ist der 1. Juli 2027. Die Krankenkassen arbeiten bereits zum aktuellen Zeitpunkt intensiv an den Fachkonzepten der eVO Hilfsmittel.

Ziel ist es, durch Digitalisierung eine höhere Präzision der ärztlichen Verordnung von Hilfsmitteln im Sinne einer noch höheren Versorgungsqualität zu erreichen. Für ärztliche Erläuterungen zu Therapieerfordernissen und die auslösenden Diagnosen bieten die bisherigen Papierformulare keinen Raum. Zudem soll die Chance für einen Bürokratieabbau genutzt werden, indem die bisherigen verschiedenen Mustervordrucke in nur noch einen digitalen Prozess eingearbeitet werden. Hilfsmittel werden nach den aktuellen Bestimmungen mit verschiedenen Formularmustern verordnet.

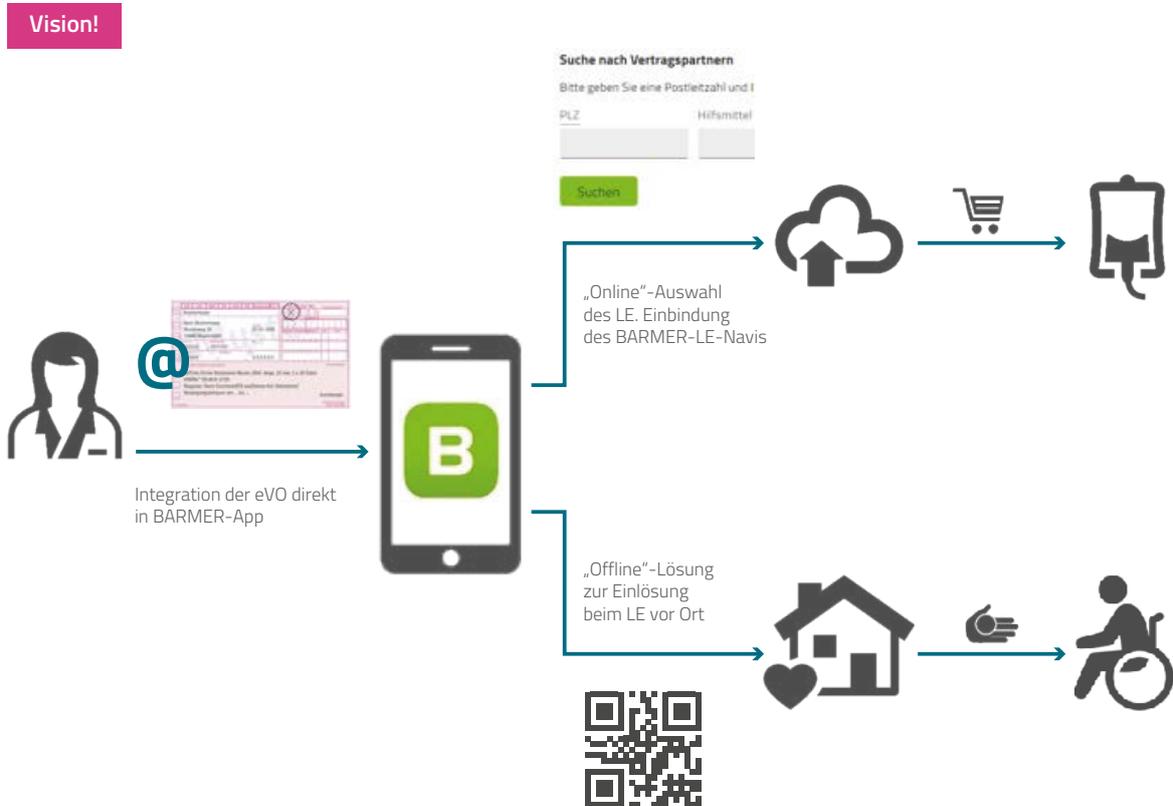
- Muster 8: Sehhilfenverordnung
- Muster 8a: Verordnung für vergrößernde Sehhilfen
- Muster 15: ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe
- Muster 16: (unter anderem) Hilfsmittelverordnung
- Pflegegutachten (SGB XI)
- Formular: Empfehlung der Pflegekraft nach § 40 Abs. 6 SGB XI

Aus Sicht der Krankenkassen und der Leistungserbringenden ist es wichtig, dass die Spezifikation der eVO Hilfsmittel zu den bereits umfassend erfolgreich etablierten Prozessen der elektronischen Kostenvorschläge, Versichertentransparenz und Abrechnungsverfahren (siehe oben) passt. So könnte beispielsweise die Vertragspartnersuche (siehe Abbildung 8) unmittelbar aus der Ansicht der eVO durch die Versicherten aufgerufen werden. Das jeweils verordnete Hilfsmittel würde dabei automatisch aus der eVO übernommen. Die Versicherten könnten ihre Leistungserbringerwahl treffen und direkt dem ausgewählten Leistungserbringenden die eVO zwecks Versorgung elektronisch übermitteln.

Abbildung 12: Illustration eines „idealen“ Prozesses der elektronischen Verordnung

Prozessschaubild der eVO

Stark vereinfachte Darstellung des angedachten Prozesses – von der Ausstellung der eVO bis zur Auslieferung des Hilfsmittels



Hinweis: Derzeitige Darstellung zur eVO basiert auf ersten Überlegungen und kann ggf. noch abweichen.

Anmerkung: LE = Leistungserbringender

Quelle: eigene Darstellung

Projekt zur elektronischen Verordnung (eVO) orthopädischer Hilfsmittel

Wie oben dargestellt, wird die gesetzliche Verpflichtung zu einer elektronischen Verordnung frühestens im Jahr 2027 umgesetzt. Um die Zeit bis dahin bereits für die Entwicklung und Erprobung der eVO zu nutzen, haben die BARMER und sechs weitere Krankenkassen – mit einem Marktanteil von zusammen über 50 Prozent der Versicherten – im Juli 2023 gemeinsam ein Projekt zur Entwicklung und Erprobung der elektronischen Verordnung gestartet (BARMER, 2023b). Gemeinsam mit Unternehmen der IT-Branche, darunter bedeutsame Anbieter von Praxisverwaltungssystemen, soll ab 2024 eine Möglichkeit zur digitalen Verordnung geschaffen werden. Damit soll eine noch bestehende Lücke der digitalen Transformation von Hilfsmittelprozessen geschlossen werden (siehe Abbildung 5). Die sieben Kassen entwickeln ihre praxistaugliche Lösung bewusst deutlich vor der gesetzlich vorgesehenen Umstellung von Papier- auf elektronische Verordnungen. So kann das Projekt auch als Blaupause für die spätere breite Umstellung dienen.

Digitale Hilfsmittelversorgung

Auch für die Nutzung der Hilfsmittel durch die Patientinnen und Patienten bietet die Digitalisierung zahlreiche neue Möglichkeiten, den Ablauf der Versorgung zu verbessern und stärker auf die individuellen Bedürfnisse auszurichten (Straub, 2022). Die Digitalisierung hält in der Technik an zahlreichen Stellen Einzug, Beispiele sind

- Beatmungsgeräte, die die Betriebsstunden und damit die Wartungsintervalle telematisch an den Anbieter übermitteln,
- Hilfsmittel mit Verbrauchsmaterialien, die die Nachbestellung bei einem zur Neige gehenden Bestand automatisch beauftragen,
- Prothesen mit situativ regulierbaren elektronischen Einstellungen und vieles mehr.

Die Verträge und Prozesse zur Hilfsmittelversorgung müssen mit dieser Entwicklung Schritt halten. Die Pandemie hat die Möglichkeiten und den Wunsch nach möglichst kontaktfreier und zeitlich individuell planbarer Versorgung gestärkt. Dies in Kombination mit dem bereits beschriebenen Fachkräftemangel macht die ständige Weiterentwicklung rationeller digitaler Versorgungsprozesse notwendig. Ziel ist es, für die Versicherten die Vielfalt der angebotenen Prozesse auszuweiten, und nicht bestehende Prozesse zu ersetzen. Während die Resonanz der Versicherten sehr positiv ist, verhindert der Schulterschluss der etablierten Interessenvertretungen der Hilfsmittelanbieter bis heute eine zukunftsgerichtete Weiterentwicklung der Versorgung. Digital gestützte alternative Prozessabläufe werden pauschal mit dem Argument der Gefährdung von Patientensicherheit verhindert. Eine differenzierte Betrachtung unter Berücksichtigung sich wandelnder Bedürfnisse der Versicherten findet nicht statt. Aktuelles Beispiel ist die Kritik an der Öffnung des Hilfsmittelverzeichnisses des GKV-SV für digital gestützte Beratungen in einzelnen Produktbereichen. Bislang waren die Beratungsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses ausschließlich auf persönliche Beratungsprozesse vor Ort ausgerichtet. Schon diese nun fast marginalen Anpassungen führen zu heftigen Abwehrreaktionen.

„Ärzte und Hersteller kritisieren Vorgaben der Krankenkassen bei Bandagen und Kompressionstherapie“, so titelte die Ärzte Zeitung am 19. Juli 2023 (Ärzte Zeitung, 2023). Hintergrund waren Stellungnahmen des Bundesinnungsverbands Orthopädietechnik (BIV-OT) in Kooperation mit verschiedenen ärztlichen Fachgesellschaften zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses für die Produktgruppen Bandagen (PG 05) und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (PG 17). Begründung für diesen koordinierten Widerstand gegen die vorgeschlagene Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses war, dass die bislang zwingend persönliche Beratung bei der Versorgung nun auch in digitaler Form, etwa mittels Videosystem, vorgenommen werden kann (BIV-OT, 2023). In Zeiten, in denen sich digitale Beratungen in allen Branchen immer weiter verbreiten und sogar mittlerweile in erheblichem Umfang den persönlichen Arztbesuch ersetzen (Mangiapane, 2023), ist diese Forderung nach einem kategorischen Ausschluss der Möglichkeit einer digitalen Beratung im Hilfsmittelbereich nicht nachvollziehbar. Für Weiterentwicklungen gilt generell der Grundsatz einer sicheren und qualifizierten Versorgung. Alle an der Versorgung Beteiligten sind jedoch dazu aufgerufen, diesen Grundsatz mit den sich wandelnden Bedürfnissen der Versicherten in Einklang zu bringen und dafür differenzierte Bewertungen der Möglichkeiten vorzunehmen. Anforderungen an Beratung sind immer im Kontext mit der Komplexität der Versorgung zu sehen. So ist eine Beratung per Videosystem nachvollziehbar nicht für jede Versorgung gleich gut geeignet. Es gibt jedoch eine Vielzahl von beispielsweise konfektionierten oder standardisiert hergestellten Produkten, bei denen – so zeigen es Versichertenbefragungen – auch vor Ort beim Hilfsmittelerbringenden keine komplexe Beratung stattfindet und somit auch eine Videoberatung ohne Qualitätsverluste durchgeführt werden kann. Wichtig ist, dass Versicherte jeder-

zeit die Möglichkeit haben, eine Vor-Ort-Beratung in Anspruch zu nehmen und somit frei wählen zu können. Das dies praktikabel ist, zeigen zahlreiche Betriebe, die bereits heute Beratungen und sogar komplett angepasste Versorgungsprozesse für Selbstzahlende anbieten. Auch Versicherte der GKV müssen zeitnah an neuen, insbesondere digitalen Entwicklungen teilhaben können.

4 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, S. 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 Einwohner	Patienten	Einwohner	Patientenquote je 1.000 Einwohner
Jung	25	250	100	50	500	100
Alt	175	750	233	100	500	200
Summe	200	1.000	200	150	1.000	150

In beiden Regionen sollen 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner leben, im Westen sind junge und alte Menschen gleich häufig vorhanden, im Osten gibt es mehr ältere Menschen. Der Osten hat ein Drittel mehr Patientinnen und Patienten mit Hilfsmittelbedarf (200/150). Um beide Regionen unabhängig von 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 Einwohner	Standardbevölkerung	Patienten (fiktiv)	Patientenquote je 1.000 Einwohner	Standardbevölkerung	Patienten (fiktiv)
Jung	100	750	75	100	750	75
Alt	233	1.250	292	200	1.250	250
Summe		2.000	367		2.000	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 Unterschieds 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

Ärzte Zeitung (2023). Ärzte und Hersteller kritisieren Vorgaben der Krankenkassen bei Bandagen und Kompressions-therapie. Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Aerzte-und-Hersteller-kritisieren-Kassenvorgaben-bei-Bandagen-und-Kompressionstherapie-441290.html> [05.09.2023]

BARMER (2023a). Transparenzbericht der BARMER 2022. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/verantwortung/transparenz/transparenzbericht-2022> [31.08.2023]

BARMER (2023b). Sieben Krankenkassen mit 34 Millionen Versicherten starten Projekt zur elektronischen Hilfsmittel-Verordnung, BARMER. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressearchiv/projekt-zur-elektronischen-hilfsmittel-verordnung-1234644> [11.08.2023]

BAS – Bundesamt für Soziale Sicherung (2023). Tätigkeitsbericht 2022. Verfügbar unter: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Taetigkeitsbericht_2022.pdf [11.08.2023]

bifg – BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (Hrsg.) (2023a). Allgemeine Kennzahlen zur Arzneimitteltherapie (interaktive Grafik zum BARMER Arzneimittelreport). Verfügbar unter: www.bifg.de/Y925P9 [06.09.2023]

bifg – BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (Hrsg.) (2023b). Arzneimitteltherapie nach Facharztgruppen in Deutschland (interaktive Grafik zum BARMER Arzneimittelreport). Verfügbar unter: <https://www.bifg.de/Y925P7> [30.08.2023]

BIV-OT – Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (2023). Patienten: Achtet auf eure Beine und Füße. Fachgesellschaften und -verbände sorgen sich um Patientensicherheit, BIV-OT – Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik. Verfügbar unter: https://biv-ot.org/news_und_politik/pressticker/index_ger.html?nid=1866 [11.08.2023]

dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik (2023). SGB V-Gesetzeslücke läßt Klinik-Konzernen und „Heuschrecken“ freien Raum. Dienst für Gesellschaftspolitik, 26, 5–6. [30.08.2023]

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2023a). Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V. Verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/hilfsmittelverzeichnis.jsp> [11.08.2023]

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2023b). Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach §39 Absatz 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). Verfügbar unter: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/10._AendVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_01.07.2023_Lesefassung_ohne_Anlagen.pdf [31.08.2023]

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2022). Rundschreiben RS 2022/780 vom 16. Dezember 2022. Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten.

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2021). Bekanntmachung des GKV-Spitzenverbandes über Festbeträge für Sehhilfen vom 2. Juni 2021. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/festbetrage/einzelne_himi_arten/Inkrafttreten_20211001_Festbetrage_fuer_Sehhilfen.pdf [11.08.2023]

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2019). Verfahrensordnung des GKV-Spitzenverbandes nach § 139 Absatz 7 SGB V zur Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses und Pflegehilfsmittelverzeichnisses. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/verfahrensordnung/himi_vo.jsp [06.09.2023]

KOFA – Fachkräftesicherung für kleine und mittlere Unternehmen (Hrsg.) (2021). Fachkräfteengpässe in Unternehmen – Fachkräftemangel und Nachwuchsqualifizierung im Handwerk. KOFA-STUDIE 1/2021. Verfügbar unter: <https://www.kofa.de/daten-und-fakten/studien/fachkraeftemangel-und-nachwuchsqualifizierung-im-handwerk/> [11.08.2023]

Mangiapane, S. (2023). Fünf Jahre Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung. Hat die Pandemie zum Durchbruch geführt? In: Repschläger, U., Schulte, C. & Osterkamp, N. (Hrsg.), BARMER Gesundheitswesen aktuell 2023. Beiträge und Analysen ([1. Auflage] S. 82–99). Wuppertal. <https://doi.org/10.30433/GWA2023-82>.

MGSFF – Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003). Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/pdf/Indikatorenatz_der_Laender_2003.pdf [31.08.2023]

Schmitt, N. & Wende, D. (2022). BARMER Hilfsmittelreport 2022. <https://doi.org/10.30433/hilfsmittel.2022.01>.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2020). Hochrechnung der Informationen aus der Haushaltebefragung. Verfügbar unter: <https://www.zensus2011.de/SharedDocs/Aktuelles/Hochrechnung.html> [31.08.2023]

Straub, C. (2022). Digitale Hilfsmittelversorgung: Individuelle Bedürfnisse berücksichtigen. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/gesundheit-verstehen/mensch/gesundheits-2030/zukunft-gesundheitswesen/digitale-hilfsmittelversorgung-1134380> [11.08.2023]

TK – Die Techniker (2022). Service und Leistung zählen! Transparenzbericht der TK 2021. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/presse/themen/gesundheitsystem/transparenzbericht-2112522?tkcm=ab> [11.08.2023]

Abkürzungsverzeichnis

BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BIV-OT	Bundesinnungsverband Orthopädietechnik
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CGM	continuous glucose monitoring (kontinuierliches Glukosemonitoring)
CPAP	continuous positive airway pressure
DKG	Deutsche Kontinenz Gesellschaft
eVO	elektronische Verordnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
HilfsM-RL	Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MIP	digitales Vertragsbeitrittsverfahren der Firma Medicom
MD	Medizinischer Dienst
PG	Produktgruppe
TTF	Tumortheraiefelder

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Hilfsmittelausgaben der GKV 2019 bis 2022 nach Altersgruppen	5
Abbildung 2:	Hilfsmittelausgaben nach Bundesländern mit standardisierter Bevölkerung	6
Abbildung 3:	Anteil der ambulanten Hilfsmittelverordnungen 2022 nach ärztlichen Fachgruppen ...	14
Abbildung 4:	Die Arbeitsschritte von der Verordnung bis zur erfolgreichen Hilfsmittelversorgung	24
Abbildung 5:	Übersicht der wesentlichen Prozesse in der Hilfsmittelversorgung und ihr Grad der Digitalisierung bei der BARMER	32
Abbildung 6:	Transparenz für die Versicherten zur eigenen Hilfsmittelversorgung im BARMER- Kompass	33
Abbildung 7:	Übersicht der bisherigen und laufenden Hilfsmittelversorgungen im BARMER-Kompass	34
Abbildung 8:	Beispiel einer Vertragspartnersuche zu TENS-Geräten	35
Abbildung 9:	Inhalte und Ablauf des elektronischen Kostenvoranschlag-Verfahrens	36
Abbildung 10:	Ansicht eines fiktiven Kostenvoranschlags in der Hilfsmittelsachbearbeitung der BARMER	37
Abbildung 11:	Vertragspartnerportal, Beitritte und Pflege der Vertragsdaten für Leistungserbringende	38
Abbildung 12:	Illustration eines „idealen“ Prozesses der elektronischen Verordnung	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Hilfsmittelausgaben der GKV 2019 bis 2022 nach Kassenarten	4
Tabelle 2:	Ausgaben für Hilfsmittel 2019 bis 2022 nach Produktgruppen	7
Tabelle 3:	Anzahl und Entwicklung der Versicherten mit Hilfsmittelversorgung 2019 bis 2022 nach Produktgruppen	9
Tabelle 4:	Hilfsmittelkosten je Versicherten und Produktgruppe 2019 bis 2022	10
Tabelle 5:	Verordnung durch Krankenhäuser in der ambulanten Hilfsmittelversorgung 2022, Top-6-Produktgruppen nach Anteilen an der Gesamtversorgung	16
Tabelle 6:	Hilfsmittelverordnung durch die hausärztliche Versorgung 2022, Top-6-Produktgruppen nach Anteilen an der Gesamtversorgung	17
Tabelle 7:	Definitionen des GKV-SV für den Transparenzbericht Hilfsmittel	19
Tabelle 8:	Anzahl der Hilfsmittelanträge und deren Kosten 2022 nach Produktgruppen	20
Tabelle 9:	Anzahl der bewilligten und abgelehnten Hilfsmittelanträge 2022	21
Tabelle 10:	Durchschnittliche Bearbeitungszeit der BARMER 2022 in Arbeitstagen nach Produktgruppen	25
Tabelle 11:	Auswahl von Produktgruppen mit langen Bearbeitungszeiten	27
Tabelle 12:	Ursachen von Wiedervorlagen (Parkgründe) in den fünf Produktgruppen mit den längsten Bearbeitungszeiten	28
Tabelle 13:	Hilfsmittel – Transparenzberichte 2021, Ergebnisse veröffentlichender Krankenkassen (Auswahl)	30

Impressum

Herausgeber

BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin

Autoren

Nikolaus Schmitt,
Danny Wende

Medizinische Beratung

Dagmar Hertle

Fachliche Beratung

Susanne Eschmann,
Benjamin Anders,
Sabine Schober

Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

Veröffentlichungstermin

Oktober 2023

DOI

10.30433/hilfsmittel.2023.01

Copyright



Lizenziert unter CC BY-NC 4.0