



# Hilfsmittelreport 2025



## Einleitung

Der Hilfsmittelbereich ist von großer Vielfalt geprägt. Die Hilfsmittelleistungen reichen beispielsweise von handwerklich individuell gefertigten Produkten über konfektionierte Industrieprodukte bis hin zu Verbrauchsmaterialien. Neben den Produkten gehören Dienstleistungen wie Beratung und Anpassung zum Umfang der Hilfsmittelversorgung.

Auch wenn die Erfahrung zeigt, dass insbesondere zum Zeitpunkt der Anschaffung Hilfsmittel als sensibles Thema wahrgenommen werden, so entstehen doch auf Dauer eine gewisse Akzeptanz und technische Routine im Umgang mit dem Produkt. Die Hilfsmittelleistung beinhaltet in der Regel wenig regelmäßige menschliche Interaktion mit wechselnden Personen wie beispielsweise die häusliche Pflege oder Physiotherapie.

Hilfsmittel werden zumeist längerfristig verwendet und im privaten wie im öffentlichen Raum sichtbar genutzt. Im Rahmen der Beratungen durch die Leistungs-

erbringenden wird den Patientinnen und Patienten in der Regel ein breites Spektrum von möglichen Produktalternativen aufgezeigt. Davon werden nicht alle vollständig von den Krankenkassen bezahlt. Daher sehen sich die Versicherten bei der Entscheidung für eine Hilfsmittelversorgung in der Rolle als Kundin oder Kunde mit Auswahl- und Präferenzentscheidungen konfrontiert. Diese Entscheidungen gilt es als Krankenkasse bestmöglich zu unterstützen und zu beraten. Die Entscheidung für ein Hilfsmittel mit Mehrkosten ist nach entsprechender Beratung durch die Leistungserbringenden zu respektieren. Die Verträge der Krankenkassen mit den Anbieterinnen und Anbietern enthalten umfangreiche Bestimmungen zu dokumentierten Beratungspflichten. Der Gesetzgeber hielt es sogar für erforderlich, in § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V eine eigene Rechtsgrundlage für die Mehrkosten in der Hilfsmittelversorgung zu formulieren, sie lautet: „Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten selbst zu tragen.“

Der vorliegende Hilfsmittelreport analysiert bundesweite empirische Daten zur Hilfsmittelversorgung und ordnet diese fachlich ein. Hierbei werden Entwicklungen ab dem Jahr 2020 aufgezeigt. Begleitet wird der Report durch den aktualisierten interaktiven **Hilfsmittel-Atlas**, mit dem Nutzerinnen und Nutzer selbst Analysen auf Basis der Hilfsmitteldaten vornehmen können. Darüber hinaus wird ein Überblick zu den aktuell an anderer Stelle veröffentlichten empirischen Hilfsmittelinformationen gegeben. Diese Quellen sind der Mehrkostenbericht des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und die Transparenzberichte der gesetzlichen Krankenkassen. So soll ein möglichst vollständiges Bild der Informationslage zur Hilfsmittelversorgung in Deutschland gegeben werden.

## Rechtliche 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 zu den Bedingungen, unter denen eine ärztliche Verordnung erfolgen darf. Näheres zur therapeutischen Eignung von Hilfsmitteln, Produktverzeichnisse, technische Entwicklungen bei Hilfsmitteln und vieles mehr finden sich in dieser Richtlinie nicht.

Details dazu regelt das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 139 SGB V. Der GKV-SV führt und pflegt dieses Verzeichnis, in dem die von der Leistungspflicht der GKV umfassten einzelnen Hilfsmittel aufgeführt werden, einschließlich der Anforderun-

gen an die Dienstleistungen rund um die Hilfsmittelversorgung. Durch die CE-Kennzeichnung gilt ein Hilfsmittel grundsätzlich als funktionstauglich und sicher. Details zum Hilfsmittelverzeichnis finden sich im Abschnitt „Das Hilfsmittelverzeichnis der GKV“.

Weitergehende 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 (§ 127 SGB V). In diesen wird neben den Preisen auch alles Nähere zu produkt- und leistungsbezogenen Qualitätsvorgaben, den Servicestandards und Abrechnungsbestimmungen festgelegt. Die Krankenkassen sind für die Sicherstellung einer bundesweit flächendeckenden Versorgung verantwortlich und müssen daher mit einer ausreichend großen Zahl und Vielfalt von Leistungserbringenden Verträge abschließen. Jede und jeder qualifizierte Leistungserbringende hat das Recht, selbst zu verhandeln oder den verhandelten Verträgen für die von ihr bzw. ihm versorgten Regionen und Produktbereiche zu gleichen Bedingungen beizutreten.

## Prozessschritte der Hilfsmittelversorgung in der GKV

Die Hilfsmittelversorgung in Deutschland setzt sich aus mehreren Teilschritten zusammen und erfordert ein enges Zusammenwirken aller Beteiligten. Die folgende Abbildung zeigt diesen Prozess, zerlegt in die wesentlichen Teilschritte. Nicht alle diese Teilschritte müssen bei jeder Hilfsmittelversorgung durchgeführt werden. So verzichten Krankenkassen teilweise auf den Genehmigungsprozess für einzelne Hilfsmittel, so dass die Leistungserbringenden diese Hilfsmittel direkt versorgen und abrechnen können. Eine Direktabrechnung gilt insbesondere für die Versorgung mit konfektionierten Hilfsmitteln. Hingegen sind individuelle Anfertigungen und komplexe Versorgungen in der Regel genehmigungspflichtig. Beispielsweise wurden bei der BARMER 2024 etwa 70 Prozent aller Hilfsmittelversorgungen im Direktabrechnungsverfahren ohne vorheriges Genehmigungsverfahren durchgeführt. Das Direktabrechnungsverfahren erspart bürokratische Aufwände und beschleunigt die Hilfsmittelversorgung.

Abbildung 1: Teilschritte 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

Im Falle der Direktversorgung erfolgt eine nachgelagerte Prüfung auf Anspruch der Versicherten und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

Die erfolgreiche Hilfsmittelversorgung setzt eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen regelmäßig mindestens vier beteiligten Parteien voraus. Die ärztliche Verordnung (1) bestimmt den Anfang des Prozesses und kann durch möglichst präzise Angaben zu den sozialmedizinischen Bedingungen seiner Patientin bzw. seines Patienten die weiteren Schritte erleichtern. Die Versicherten (2) wählen danach eigenständig eine Leistungserbringende bzw. einen Leistungserbringenden und händigen die Verordnung aus. Auch Versicherte tragen einen wesentlichen Anteil zum Ablauf der Versorgung bei, indem sie zügig nach Verordnung einen Leistungserbringenden auswählen und mögliche Fragen der Krankenkasse zu ihrem Versorgungsbedarf beantworten. Im Rahmen der Beratung ermittelt die bzw. der Leistungserbringende (3) den genauen Hilfsmittelbedarf. Nach Auswahl des Hilfsmittels erstellt die bzw. der Leistungserbringende – soweit erforderlich – einen

Kostenvoranschlag für die Krankenkasse (4). Danach erfolgt die Prüfung auf Leistungsanspruch der versicherten Person sowie ggf. die Eignung und Wirtschaftlichkeit des beantragten Hilfsmittels durch die Krankenkasse. Bei Bedarf bindet die Krankenkasse den medizinischen Dienst zwecks sozialmedizinischer Begutachtung ein. Je nach Komplexität des Versorgungsfalles, des Anpassungsbedarfs und der handwerklichen Arbeit muss die bzw. der Leistungserbringende mehr oder weniger Arbeitszeit für die geeignete Hilfsmittelversorgung aufwenden. Dabei müssen die notwendigen Materialien und Einzelteile zügig verfügbar sein, was angesichts möglicher Lieferkettenprobleme auch im Handwerk nicht immer garantiert werden kann. So kann der Zeitraum bis zur Auslieferung des Hilfsmittels wenige Stunden oder sogar mehrere Wochen in Anspruch nehmen. Handwerksleistungen sind in Deutschland generell 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).

## Hilfsmittelbearbeitung in den Transparenzberichten von Krankenkassen

Zahlreiche große Krankenkassen veröffentlichen seit 2021 Transparenzberichte, die eine Offenlegung der Service- und Versorgungsqualität der Krankenkassen anhand von einheitlichen Mindestkriterien ermöglichen (§ 220 Absatz 4 SGB V). Diese einheitlichen Mindestkriterien wurden im Dezember 2022 nach gemeinsamer Erarbeitung mit den Krankenkassen durch den GKV-SV veröffentlicht (RS 2022/780). Ein fachlicher Abschnitt der Transparenzberichte bezieht sich auf die Quote genehmigter Hilfsmittelanträge, also auf Prozessschritt 5 der Hilfsmittelversorgung (Abbildung 1).

Bei den ausgewählten Krankenkassen hat sich die Genehmigungsquote mit lediglich einer Ausnahme 2023 auf deutlich über 95 Prozent stabilisiert. Die Ausnahme bildet die AOK Rheinland/Hamburg, die sowohl eine geringere Genehmigungsquote als 2021 als auch mit 92,6 Prozent die niedrigste Genehmigungsquote bei den Hilfsmitteln für 2023 aufweist. Als absolute Zahl bestätigt die AOK Rheinland/Hamburg 324.481 abgelehnte Hilfsmittelanträge im Jahr 2023 und damit 50.000 abgelehnte Anträge mehr als die beiden größten Krankenkassen Deutschlands (BARMER und TK) zusammen (AOK Rheinland/Hamburg, 2023).

## Mehrkostenbericht des GKV-SV

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, können sich Versicherte im Rahmen der Hilfsmittelversorgung oft zwischen unterschiedlichen Produktalternativen entscheiden. Die Produkte unterscheiden sich in der Regel in Eigenschaften, die über die Leistungspflicht der Krankenkassen hinausgehen. Mit der Entscheidung für ein Produkt, das über die medizinische Notwendigkeit hinausgeht, entschließt sich die versicherte Person auch zum Abschluss einer sogenannten Mehrkostenvereinbarung. Das heißt, die Versicherten verpflichten sich damit zur privaten Vergütung von individuell gewünschten Gebrauchsvorteilen, wie bestimmte Marken, Farben, Extrazurichtungen, leichteres Gewicht etc. von Hilfsmitteln, die aus medizinischer Versorgungsperspektive nicht erforderlich wären. Dem Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenkassen steht oftmals ein betriebswirtschaftliches Interesse der Leistungsbringenden an Mehrkostenvereinbarungen gegenüber. Im Sinne der Transparenz über das Versorgungsgeschehen hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) im April 2017 die Leistungsbringenden dazu verpflichtet, für die Versicherten entstandene Mehrkosten den Krankenkassen im Rahmen der Abrechnung zu melden. Gleichzeitig erhielt der GKV-SV den Auftrag, auf Basis dieser Meldungen einen jährlichen

**Tabelle 1: Genehmigungsquoten in der Hilfsmittelversorgung ausgewählter Krankenkassen – Transparenzberichte 2021 und 2023**

Kassenart	Krankenkasse	Genehmigungsquote 2021 in Prozent	Genehmigungsquote 2023 in Prozent
AOK	AOK Bayern	95,2	98,9
	AOK NordWest	96,0	98,9
	AOK Rheinland/Hamburg	94,1	92,6
	AOK Plus	95,0	95,7
Ersatzkassen	Techniker	Keine Angabe	98,3
	BARMER	98,7	98,8
	DAK	96,0	95,0
	KKH	96,0	96,0
IKK	IKK classic	96,0	95,0
BKK	Siemens BKK	98,8	99,8
	Audi BKK	94,8	99,0

Quelle: eigene Darstellung

**Tabelle 2: Hilfsmittelausgaben und Mehrkosten sowie deren Anteile 2019 bis 2024**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Leistungsausgaben Hilfsmittel in Millionen Euro	8.587	9.005	9.482	9.831	10.987	11.548
Mehrkosten in Millionen Euro	692	746	826	887	982	1.037
Anteil der Mehrkosten an Leistungsausgaben Hilfsmittel in Prozent	8,1	8,3	8,7	9,0	8,9	9,0
Anteil der Hilfsmittel-Versorgungen mit Mehrkostenvereinbarung in Prozent	20,0	20,2	20,9	20,9	20,6	22,0

Quelle: GKV-SV, 2025a

Bericht zu den gezahlten Mehrkosten zu erstellen (§ 302 Absatz 5 SGB V). Dazu liefern alle Krankenkassen ihre vollständigen Abrechnungsfälle aus dem Hilfsmittelbereich an den GKV-SV. Die Daten dieses Berichts basieren also nicht auf einer Stichprobe mit Hochrechnung, sondern sind Ergebnis einer aufwendigen Vollerhebung der Abrechnungsdaten. Der jüngste Bericht für das Jahr 2024 erschien am 31. Juli 2025 (GKV-SV, 2025a).

Die Höhe der Mehrkosten ist um etwa 350 Millionen Euro im Zeitraum von 2019 bis 2024 gestiegen. Allerdings stiegen auch die im Bericht ausgewiesenen Gesamtausgaben für die Hilfsmittelversorgung, sodass der Anteil der Mehrkosten über die Jahre recht stabil zwischen acht und neun Prozent lag. Ebenso lag der Anteil mehrkostenpflichtiger Versorgungsleistungen über sechs Jahre durchgehend bei 20 bis 22 Prozent aller Hilfsmittelversorgungen. Das bedeutet, fast 80 Prozent der Hilfsmittel-Versorgungsfälle erfolgten über diese Jahre

hinweg ohne Mehrkostenvereinbarungen der Versicherten. Die durchschnittliche finanzielle Belastung der Versicherten durch Mehrkosten betrug 2024 149 Euro.

Der Anteil mehrkostenpflichtiger Versorgungsleistungen fällt in den Hilfsmittel-Produktgruppen höchst unterschiedlich aus. Die Versorgung mit Hörhilfen liegt dabei weit an der Spitze. Fast zwei Drittel der gesamten Mehrkosten in der Hilfsmittelversorgung entfallen auf Hörhilfen. Hier wird in den Jahren recht stabil etwa die Hälfte der Ausgaben der Krankenkassen noch einmal durch die Versicherten als Mehrkosten gezahlt. Der Anteil der Mehrkosten an den Ausgaben für Hörhilfen bleibt weitgehend stabil, während der Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkostenvereinbarungen ab dem Jahr 2019 von etwa 52 Prozent auf 42 Prozent (2024) sinkt. Die mittlere Höhe der Mehrkosten steigt entsprechend um 46 Prozent an, von 1.081,91 Euro (2019) auf 1.575,54 Euro (2024) – der weitaus höchste mittlere Mehrkostenbetrag im Vergleich aller Produktgruppen.

**Tabelle 3: Ausgaben und Mehrkosten sowie deren Anteile für Hörhilfen 2019 bis 2024**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ausgaben Hörhilfen in Millionen Euro	993	1.036	1.042	1.126	1.294	1.320
Mehrkosten Hörhilfen in Millionen Euro	445	499	540	571	601	640
Anteil der Mehrkosten an den Gesamtausgaben Hörhilfen in Prozent	44,8	48,2	51,8	50,7	46,5	48,5
Anteil der Mehrkosten Hörhilfen an allen Mehrkosten Hilfsmittel in Prozent	64,3	66,9	65,4	64,4	61,2	61,7
Anteil der Hörhilfen-Versorgungen mit Mehrkostenvereinbarung in Prozent	52,4	52,1	52,0	46,7	39,5	42,2

Quelle: GKV-SV, 2025a

## Empirische Analysen zur Hilfsmittelversorgung in der GKV

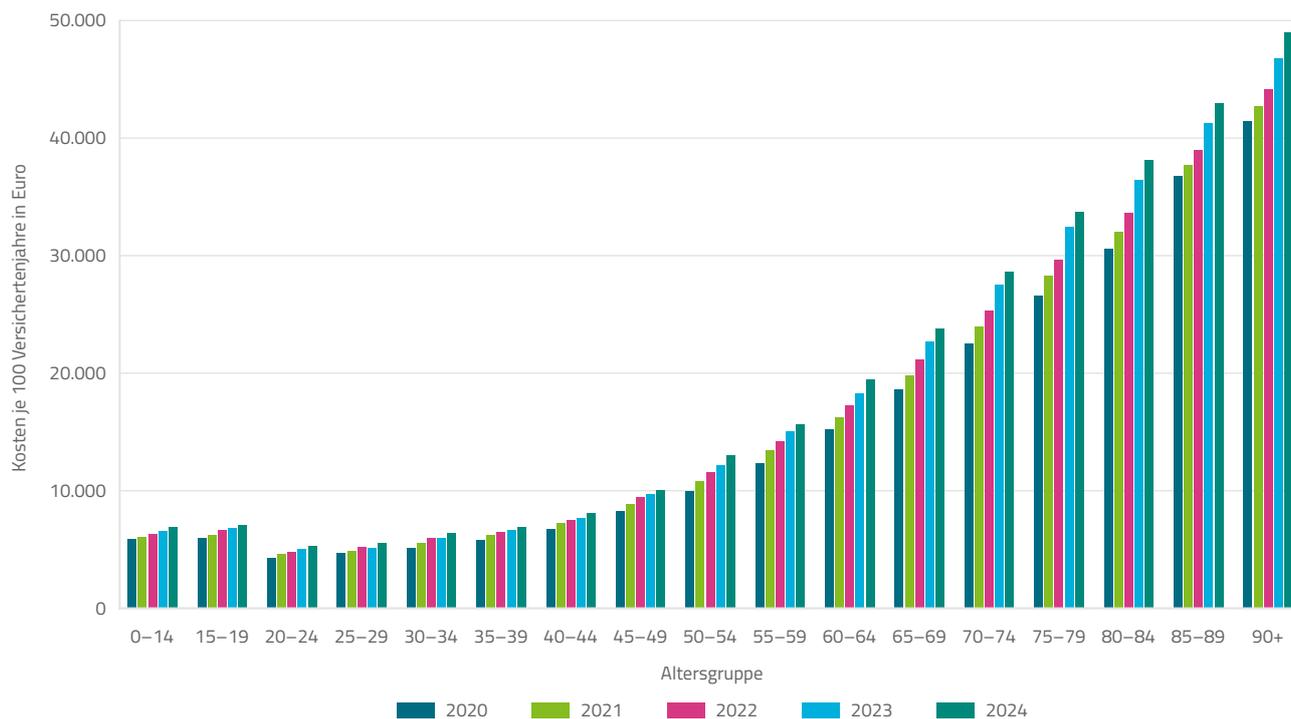
### Hilfsmittelausgaben in der GKV

Tabelle 4: Hilfsmittelausgaben je versicherter Person der GKV 2020 bis 2024 nach Kassenarten

Kassenart	Ausgaben je versicherter Person 2020 in Euro	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Ausgaben je versicherter Person 2021 in Euro	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Ausgaben je versicherter Person 2022 in Euro	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Ausgaben je versicherter Person 2023 in Euro	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Ausgaben je versicherter Person 2024 in Euro	Entwicklung zum Vorjahr in Prozent	Entwicklung 2020 bis 2024 in Prozent
AOK	127,62	1,4	133,78	4,8	139,46	4,2	147,29	5,6	155,59	5,6	21,9
BKK	117,42	5,0	123,57	5,2	132,02	6,8	141,86	7,5	150,11	5,8	27,8
IKK	123,24	6,6	134,13	8,8	140,01	4,4	150,75	7,7	158,85	5,4	28,9
KBS	145,69	10,9	153,32	5,2	157,14	2,5	168,41	7,2	171,56	1,9	17,8
vdek	126,95	3,2	133,33	5,0	142,19	6,6	153,15	7,7	157,79	3,0	24,3
GKV gesamt	125,90	3,2	132,49	5,2	139,78	5,5	149,37	6,9	156,11	4,5	24,0
GKV Gesamt- ausgaben Hilfsmittel in Tausend Euro	9.151.711		9.636.669		10.216.308		11.014.666		11.550.932		26,2

Quelle: Finanzstatistik der GKV KJ 1 2020 bis 2024

Abbildung 2: Hilfsmittelausgaben je 100 Versicherte nach Altersgruppen 2020 bis 2024



Quelle: BARMER-Daten 2020 bis 2024, hochgerechnet auf die GKV

Die Hilfsmittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen je versicherter Person entwickeln sich mit einer recht gleichmäßigen Steigerungsrate von jährlich etwa fünf Prozent. Im ersten Jahr der Coronapandemie lag die Steigerungsrate etwas niedriger und im Jahr 2023 um zwei Prozentpunkte über dem Durchschnitt. Im Vergleich der Kassenarten weisen die Knappschaft und die AOKen unterdurchschnittliche Steigerungsraten auf, während die Betriebs- und Innungskassen deutlich überdurchschnittliche Entwicklungen zu verzeichnen haben. Diese Entwicklung lässt sich teilweise mit den Entwicklungen der durchschnittlichen Altersstrukturen der Kassensysteme erklären. Hilfsmittelausgaben entstehen insbesondere im hohen Lebensalter (Abbildung 2), daher wird diese Ausgabenentwicklung besonders von einer veränderten Altersstruktur der Kasse bzw. Kassenart beeinflusst. Während die AOKen und die Knappschaft laut den KM-6-Meldungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zwischen 2020 und 2024 einen rückläufigen Altersdurchschnitt verzeichnen, weisen die Innungs- und Betriebskrankenkassen im Vergleich zum GKV-Durchschnitt eine überdurchschnittliche Alterung ihrer Versicherten auf.

Die Gesamtentwicklung der Versichertenleistungen in den fünf betrachteten Jahren liegt mit 24 Prozent ziemlich genau bei der Entwicklung der gesamten Leistungsausgaben je versicherter Person der GKV, die in diesen Jahren 23,3 Prozent betrug.

Während in vielen anderen Leistungsbereichen der GKV ein Absinken der Ausgaben im hohen Lebensalter festzustellen ist, verzeichnet der Hilfsmittelbereich kontinuierlich bis ins höchste Lebensalter steigende Leistungsausgaben je versicherter Person (Abbildung 2).

### Das Hilfsmittelverzeichnis der GKV

Im Hilfsmittelverzeichnis werden die von der Leistungspflicht der GKV umfassten Hilfsmittel systematisch strukturiert aufgeführt (§ 139 SGB V). Der GKV-SV führt und aktualisiert dieses Verzeichnis. Neben der produktgenauen Bezeichnung des Hilfsmittels enthält das Hilfsmittelverzeichnis auch Anforderungen an die Dienstleistungen rund um die Bereitstellung eines Hilfsmittels sowie eventuell besondere Qualitätsanforderungen. Die Aufnahme eines neuen Hilfsmittels

erfolgt auf Antrag des herstellenden Unternehmens gemäß der Verfahrensordnung (GKV-SV 2020). Nicht mehr hergestellte Hilfsmittel werden bei der regelmäßigen Überarbeitung von Produktgruppen aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt.

Die zehnstellige Hilfsmittelpositionsnummer identifiziert das einzelne Hilfsmittelprodukt und ist systematisch wie folgt aufgebaut:

- erste und zweite Stelle: Produktgruppe,
- dritte und vierte Stelle: Anwendungsort,
- fünfte und sechste Stelle: Untergruppe,
- siebte Stelle: Produktart,
- achte bis zehnte Stelle: produktbezogene Positionsnummer.

Beispiel: Unter der Positionsnummer 04 40 02 3 (04 = Bade- und Duschhilfen, 40 = häuslicher Bereich, 02 = Badewannensitze, 3 = mit Rückenlehne, drehbar) finden sich aktuell 27 verschiedene drehbare Badewannensitze mit Rückenlehne von verschiedenen Herstellern (Stand: 18. August 2025).

Der GKV-SV hat insbesondere im Jahr 2018 einen Großteil der Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses einer Fortschreibung unterzogen. Darüber hinaus unterliegt das Hilfsmittelverzeichnis kontinuierlichen Überarbeitungen durch den GKV-SV. Änderungen auf Ebene der Produktgruppen können die Zeitreihenanalysen dieser Produktgruppen beeinträchtigen. Daher werden bei allen Auswertungen im Hilfsmittel-Atlas der BARMER Produkte zusammengefasst, deren Produktgruppen im Betrachtungszeitraum stärker ausdifferenziert wurden. Dies gewährleistet die intertemporär konsistente Vergleichbarkeit der Daten. Aggregationen folgender Produktgruppen werden vorgenommen:

- Die differenzierten Produktgruppen Augen-, Arm-, Bein- und Brustprothesen sowie die Epithesen und der Haarersatz werden in einer Summe (Prothesen/Epithesen/Haarersatz) zusammengefasst.

- Die 2023 neu eingeführte Produktgruppe 30 „Hilfsmittel zum Glukosemanagement“ wurde durch den GKV-SV aus den Produktgruppen 03 und 21 herausgelöst. Aufgrund länger laufender Verträge sind die Abrechnungsdaten der entsprechenden Produkte noch nicht vollständig auf die PG 30 umgestellt. Daher werden die Produktgruppen 03, 21 und 30 in Summe dargestellt.
- Die verschiedenen Arten der Pflegehilfsmittel werden in einer Zeile (Pflegehilfsmittel) zusammengefasst.

## Der interaktive Hilfsmittel-Atlas

Die nachfolgenden Analysen und Abbildungen basieren auf dem aktualisierten interaktiven Hilfsmittel-Atlas. Dieser bietet verschiedene Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung für die Jahre 2020 bis 2024. Folgende Kennzahlen können ausgewählt werden:

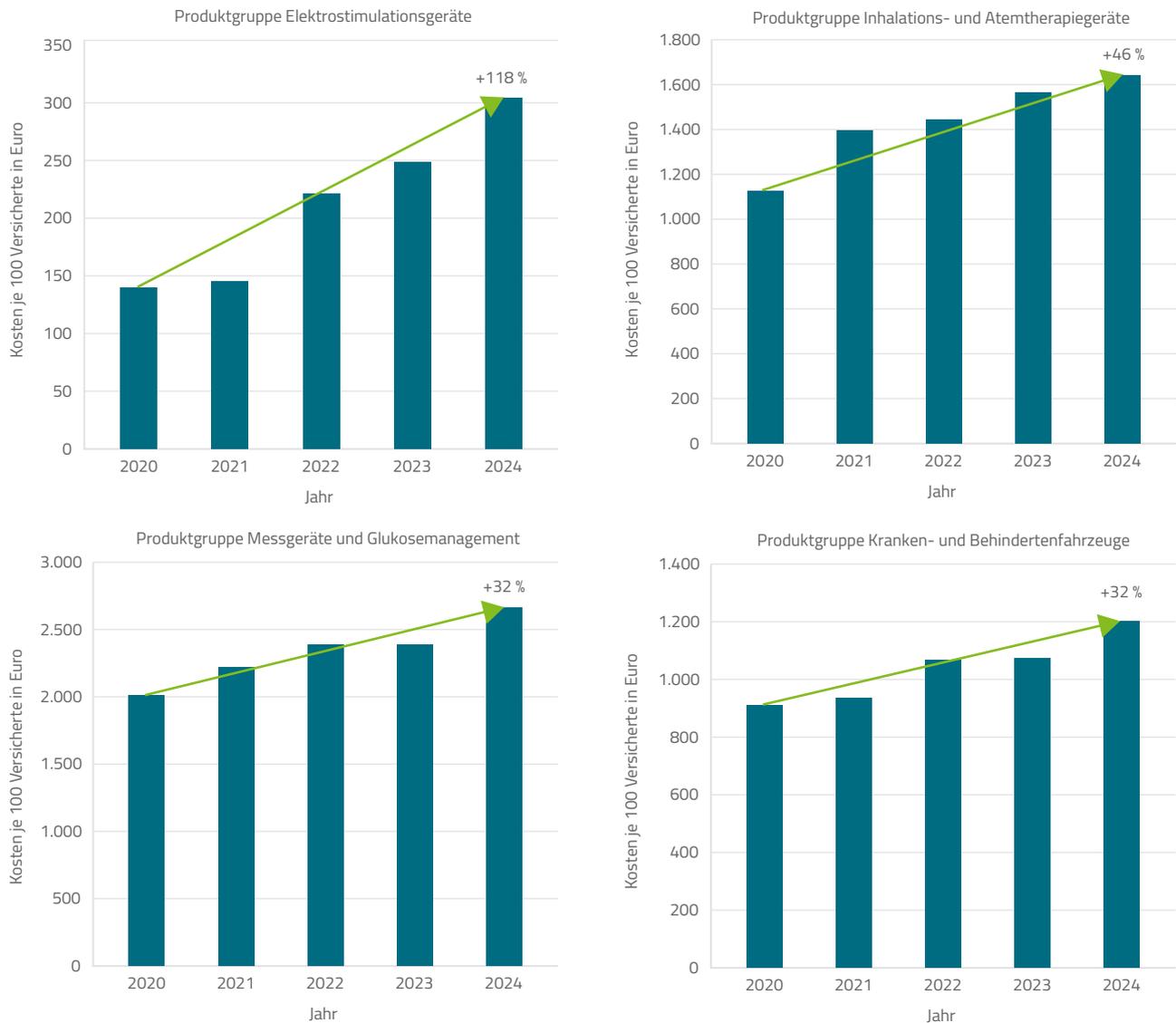
- Patientinnen/Patienten je 1.000 Versicherte
- Kosten je 100 Versicherte
- Kosten je Patientin/Patient

Diese Kennzahlen können spezifisch für einzelne Teilaspekte gefiltert werden – etwa für bestimmte Altersgruppen, Kalenderjahre und einzelne Hilfsmittel-Produktgruppen. Die Ergebnisse werden in grafischer Form dargestellt, entweder in der Ansicht einer Landkarte mit landesspezifischen Abweichungen zum Bundesdurchschnitt oder in Form von Säulendiagrammen. Zudem kann für die Sicht auf die Länder ausgewählt werden, ob die dortigen GKV-Versicherten mit der realen oder einer standardisierten Alters- und Geschlechtsverteilung ausgewertet werden. Durch eine Standardisierung werden bei der Analyse die Auswirkungen der sehr unterschiedlichen Verteilung von Alter und Geschlecht der Bevölkerung in den Bundesländern eliminiert.

Neu im Hilfsmittel-Atlas ist die Analysemöglichkeit der Hilfsmittelverordnung nach ärztlichen Fachgruppen. Erste Analysen werden weiter unten im Kapitel „Verordnungsanalyse der Hilfsmittelversorgung nach ärztlichen Fachgruppen“ vorgenommen.

## Entwicklung der Hilfsmittelausgaben ausgewählter Produktarten

Abbildung 3: Hilfsmittelausgaben je 100 Versicherte für ausgewählte Produktgruppen mit überdurchschnittlicher Ausgabenentwicklung



Quelle: BARMER-Daten 2020 bis 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

Mehrere Produktgruppen zeigen eine Ausgabenentwicklung von 2020 zu 2024, die sich von der durchschnittlichen Entwicklung der Ausgaben je 100 Versicherte, die bei +25 Prozent liegt, deutlich abhebt. Die Ausgaben für die Produktgruppe Elektrostimulationsgeräte werden durch Preissteigerungen mehr als verdoppelt. Dies steht im ursächlichen Zusammenhang mit dem gesetzlichen Verbot für Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich. Bei den Inhalations- und Atemtherapiegeräten basiert der Zuwachs der Ausgaben von +46 Prozent auf einer erheblichen Zunahme der Patientenzahl im Betrachtungszeitraum, der allerdings

auch durch einen Vertragseffekt beeinflusst wurde. In den Produktgruppen der Messgeräte und des Glukosemanagements wird der Ausgabenanstieg von 32 Prozent durch einen Struktureffekt verursacht. Immer mehr Personen mit Diabetes erhalten eine kostenaufwendigere Versorgung mit Geräten zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM). In der Produktgruppe der Kranken- und Behindertenfahrzeuge ist die Anzahl der Patientinnen und Patienten kaum gestiegen. Der Anstieg der Ausgaben in Höhe von 32 Prozent basiert in erster Linie auf vertraglichen Preissteigerungen.

## Hilfsmittelversorgung in der GKV in der Regionalbetrachtung

Schwerpunkt der nachfolgenden Analysen sind regionale Ungleichheiten auf Ebene der Bundesländer. Diese werden für besonders auffällige Produktgruppen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung in den Ländern gezeigt und fachlich eingeordnet.

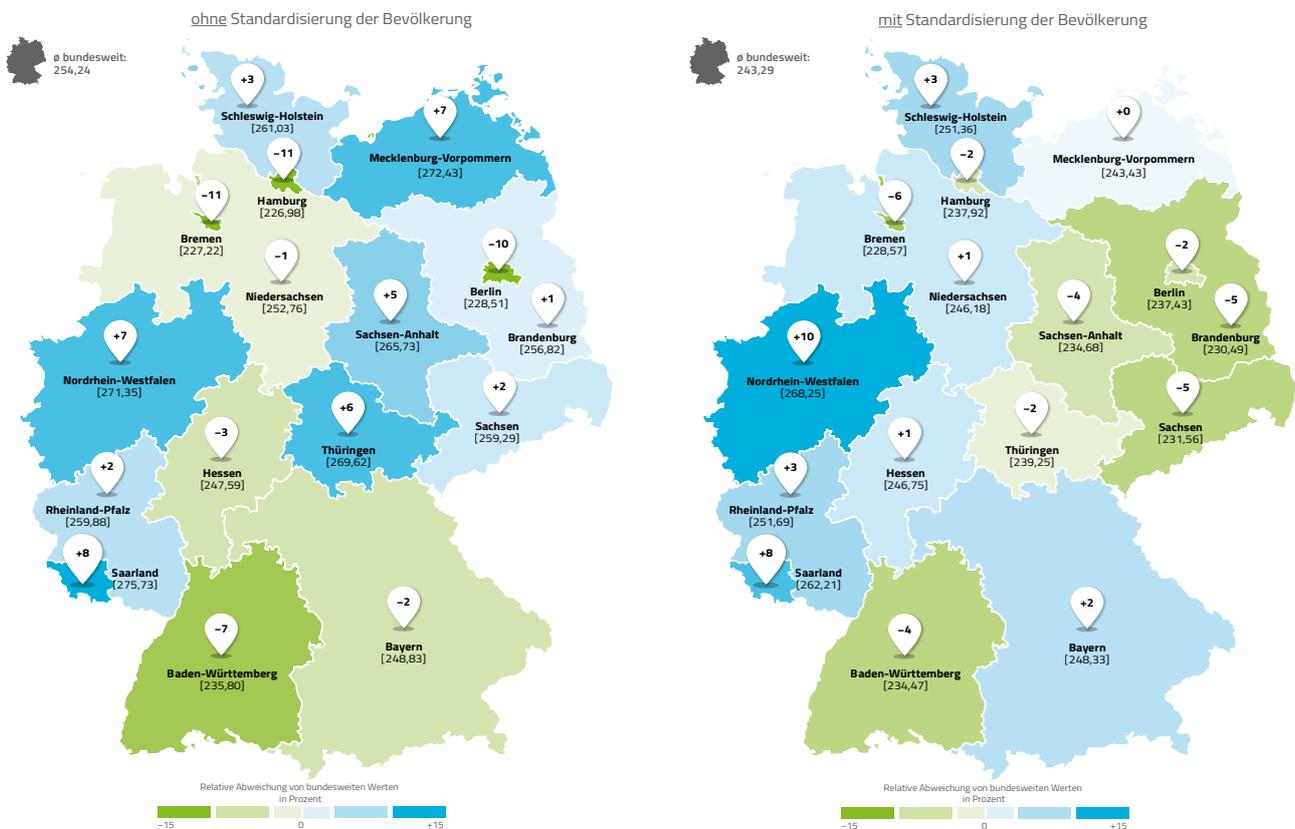
### Regionalanalyse der Patientenanteile der Hilfsmittelversorgung

Unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstrukturen in den Bundesländern haben einen hohen Einfluss auf die jeweilige Anzahl von Patientinnen und Patienten mit Hilfsmittelversorgungen. Um diesen Effekt zu eliminieren, wird in den weiteren Analysen der Patientenzahlen

und -kosten ausschließlich mit standardisierter Bevölkerung gearbeitet. Die Bevölkerungsstandardisierung wirkt insbesondere in den neuen Bundesländern. Länder mit überdurchschnittlich alter Bevölkerung haben naturgemäß mehr Patientinnen und Patienten in der Hilfsmittelversorgung. Hingegen verlieren Stadtstaaten und Länder mit unterdurchschnittlichem Bevölkerungsalter ihre niedrigeren Patientenquoten. Auffällig ist das größte Bundesland NRW als einziges mit einer zweistelligen prozentualen Abweichung zum Bundeschnitt (Abbildung 4).

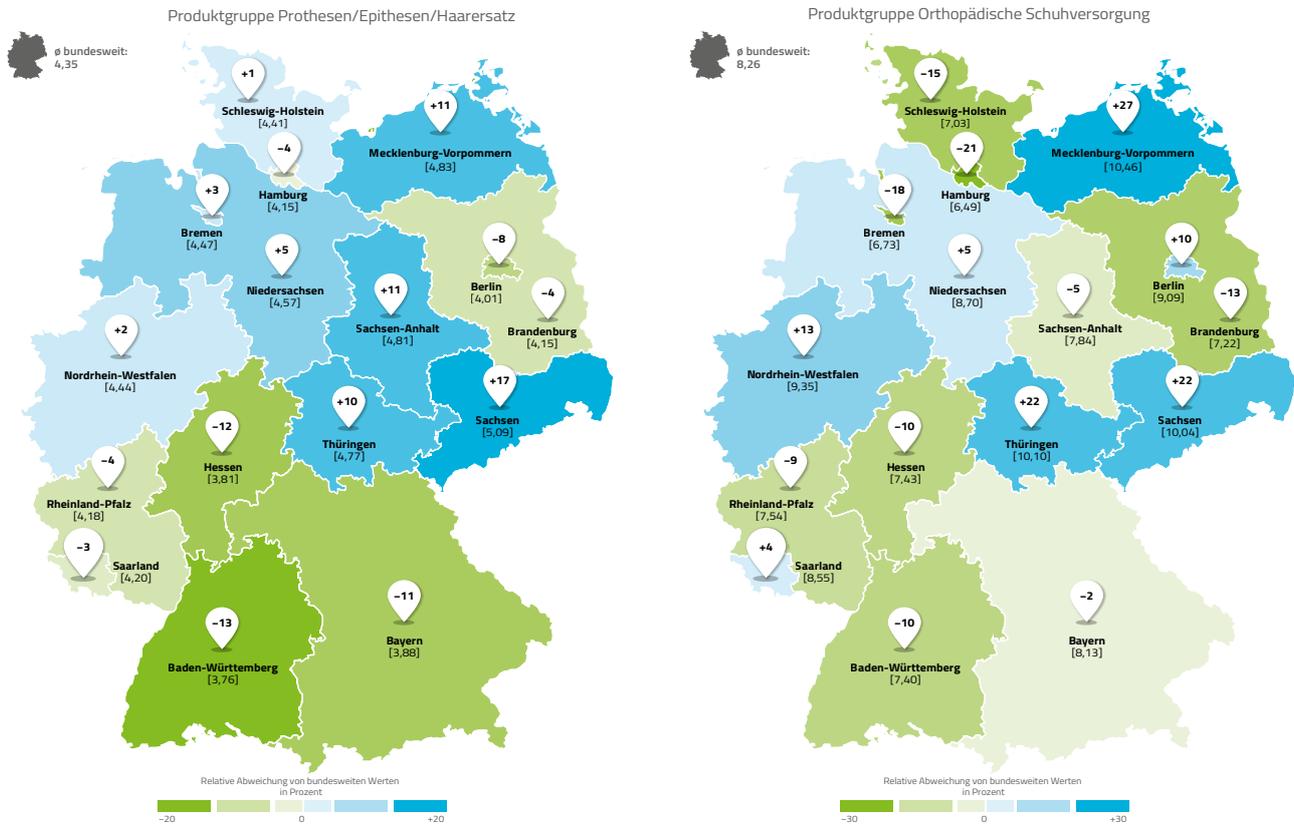
Hier und im Folgenden wird ausschließlich das Jahr 2024 betrachtet. Dies geschieht, weil sich in den im Hilfsmittel-Atlas ausgewiesenen Jahren 2020 bis 2024 die standardisierten Patientenanteile je Land nahezu unverändert darstellen.

Abbildung 4: Anzahl der Hilfsmittelpatientinnen und -patienten je 1.000 Versicherte nach Ländern mit und ohne Standardisierung der Bevölkerung 2024



Quelle: BARMER-Daten 2024

Abbildung 5: Anzahl der Hilfsmittelpatientinnen und -patienten je 1.000 Versicherte nach ausgewählten Hilfsmittel-Produktgruppen und Ländern mit Standardisierung der Bevölkerung 2024 – Ost-Süd-Gefälle

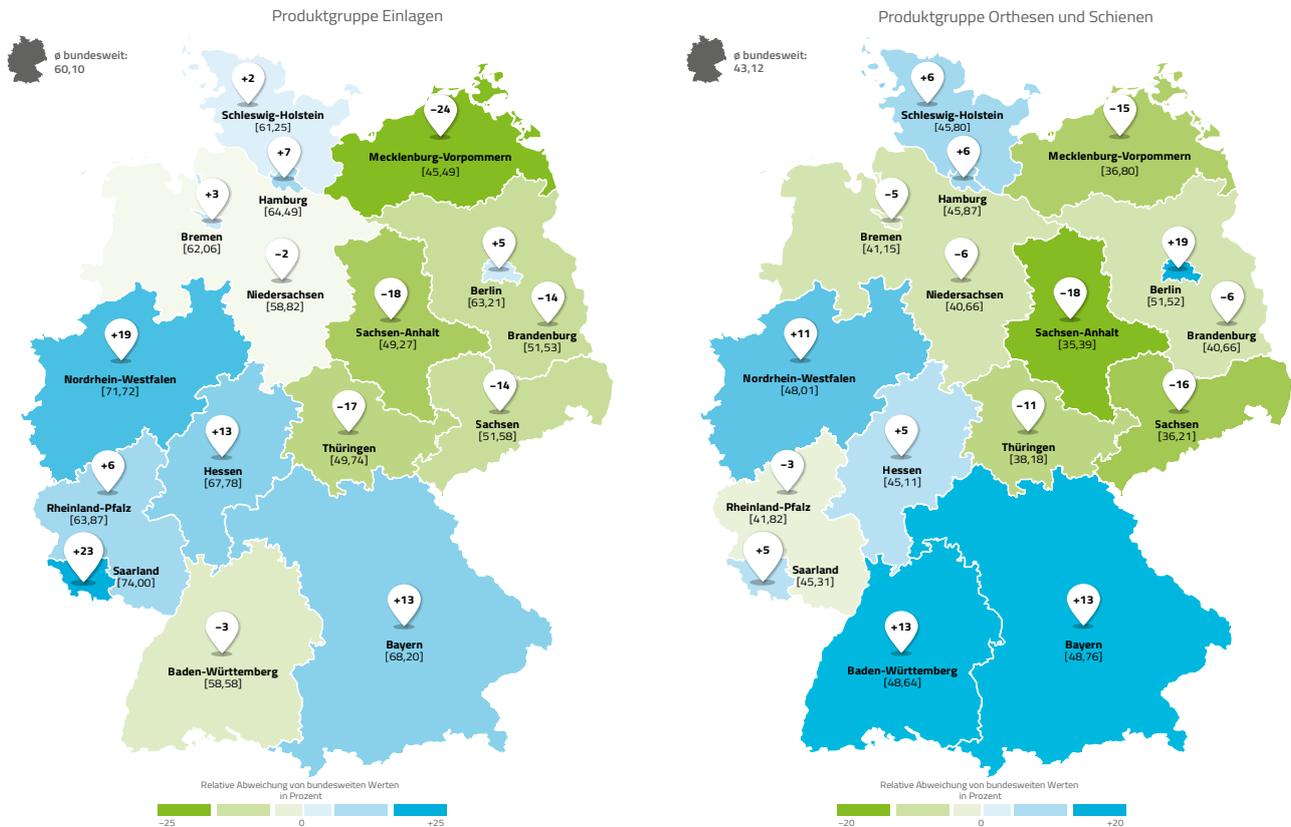


Quelle: BARMER-Daten 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

Einige Produktgruppen mit einem bedeutenden Anteil an Hilfsmittelpatientinnen und -patienten weisen spezifische Regionalverteilungen auf. Abbildung 5 zeigt die Produktgruppen Prothesen/Epithesen/Haarsersatz und orthopädische Schuhversorgung mit einem erkennbaren Nord-Süd- bzw. Ost-Süd-Gefälle der Patientenanteile.

In der Produktgruppe Prothesen/Epithesen/Haarsersatz variiert die Anzahl an Patientinnen und Patienten von 3,76 je 1.000 Versicherte in Baden-Württemberg bis zu 5,09 je 1.000 Versicherte in Sachsen. Bei der orthopädischen Schuhversorgung ist Mecklenburg-Vorpommern mit 10,46 Patientinnen und Patienten je 1.000 Versicherte Spitzenreiter, dicht gefolgt von Sachsen und Thüringen. Hingegen liegt die Anzahl in Hamburg bei lediglich 6,49 und in Hessen sowie Baden-Württemberg bei rund 7,4 je 1.000 Versicherte.

Abbildung 6: Anzahl der Hilfsmittelpatientinnen und -patienten je 1.000 Versicherte nach ausgewählten Hilfsmittel-Produktgruppen und Ländern mit Standardisierung der Bevölkerung 2024 – Süd-Ost-Gefälle

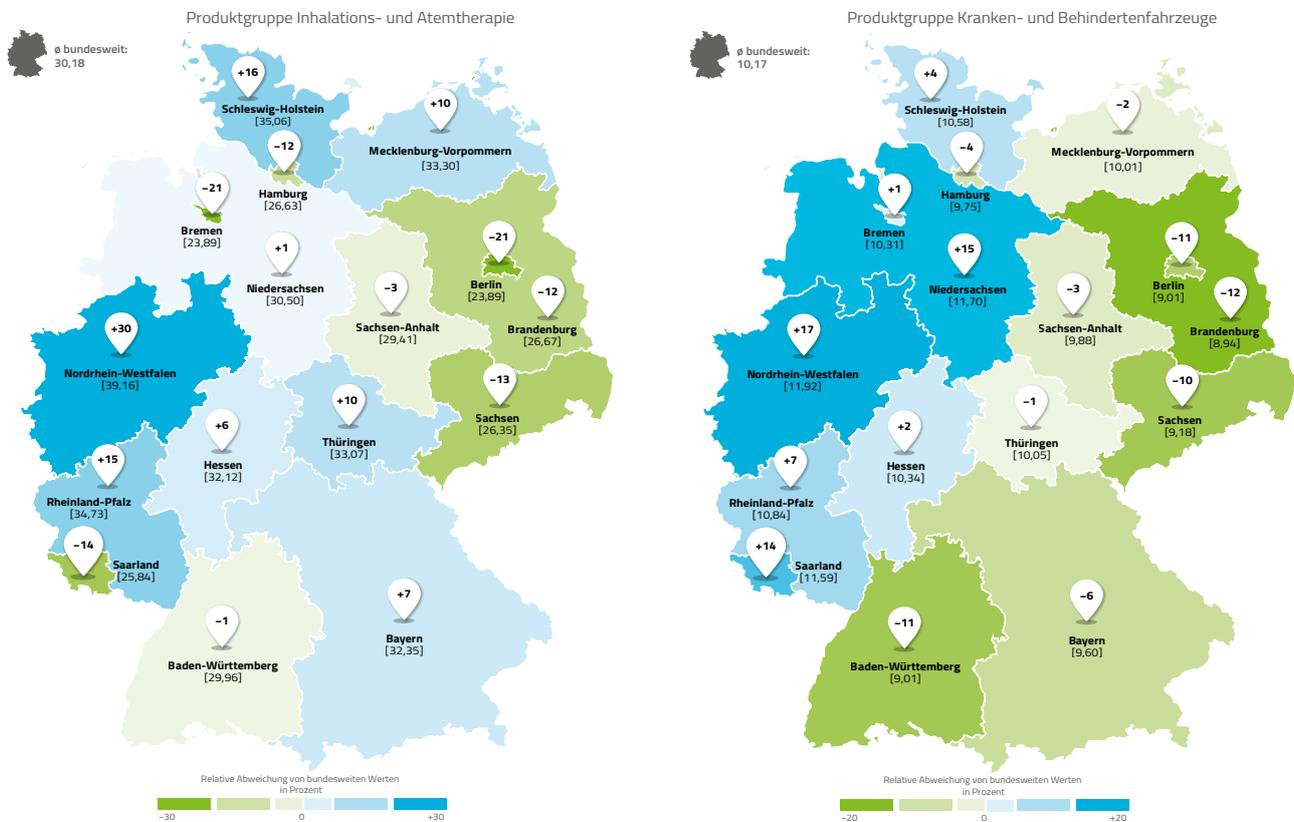


Quelle: BARMER-Daten 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

Bei der Produktgruppe mit den meisten Patientinnen und Patienten, der Einlagenversorgung, sowie bei den Orthesen und Schienen besteht hingegen ein gegenläufiges Gefälle der Patientenzahlen von Süd und West nach Ost.

In allen neuen Bundesländern zeigt sich bei diesen Produktgruppen eine deutlich niedrigere Patientenquote. Der Abstand dieser Quote gegenüber großen westlichen Ländern wie Bayern und Nordrhein-Westfalen beträgt nahezu 30 Prozent, also etwa ein Drittel weniger Patientinnen und Patienten. Und dies, obwohl die auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung basierenden Unterschiede zwischen den Bundesländern durch Standardisierung eliminiert wurden.

Abbildung 7: Anzahl der Hilfsmittelpatientinnen und -patienten je 1.000 Versicherte nach ausgewählten Hilfsmittel-Produktgruppen und Ländern mit Standardisierung der Bevölkerung 2024 – Schwerpunkt Nordrhein-Westfalen



Quelle: BARMER-Daten 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

Neben den bereits in Abbildung 6 gezeigten Produktgruppen ist vor allem in der Produktgruppe Inhalations- und Atemtherapie ein deutlicher Überhang der Patientenanteile in Nordrhein-Westfalen festzustellen. Dies gilt auch in weniger ausgeprägter Form für die Produktgruppe der Krankenfahrzeuge. Diese vier Produktgruppen verursachen den insgesamt um zehn Prozent höheren Patientenanteil von Nordrhein-Westfalen gegenüber den anderen Ländern (Abbildung 4).

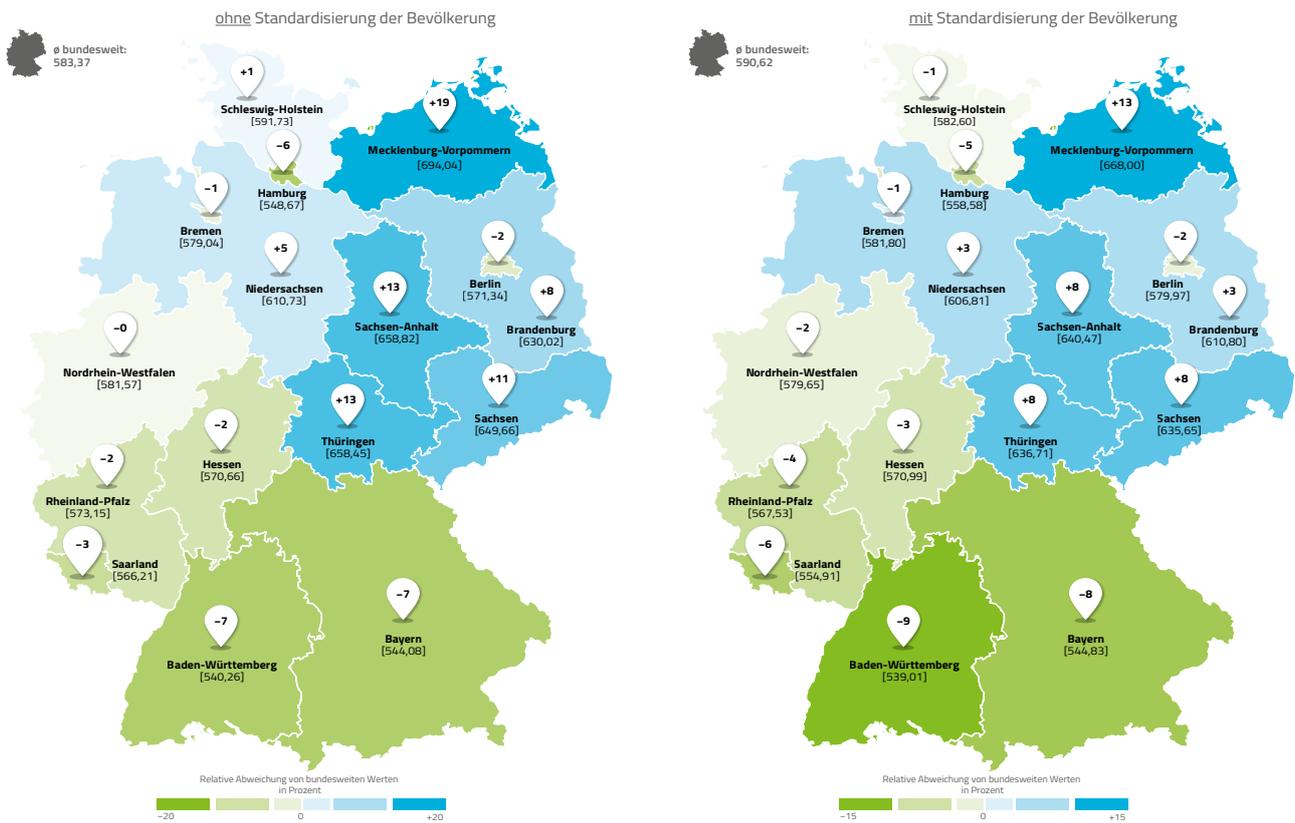
Im Ergebnis der Analyse der sechs dargestellten Produktgruppen ist festzuhalten, dass der Bedarf bzw. die ärztliche Verordnungsweise von Hilfsmitteln unabhängig von Alter und Geschlecht der Bevölkerung in einigen großen Produktgruppen regional sehr unterschiedlich ist.

### Regionalanalyse der Kosten je Hilfsmittelpatientin und Hilfsmittelpatient

Die Patientenanteile weisen insgesamt und bei der Betrachtung einzelner Produktgruppen teilweise erhebliche regionale Unterschiede auf. Der Patientenanteil beschreibt aber nur einen Treiberfaktor für die Ausgaben der Krankenkassen. Was ergibt die Analyse der regionalen Verteilung der durchschnittlichen Kosten je Hilfsmittelpatientin und Hilfsmittelpatient? Aus der Multiplikation der Patientenanteile mit den Durchschnittskosten ergeben sich die Ausgaben der Krankenkassen.

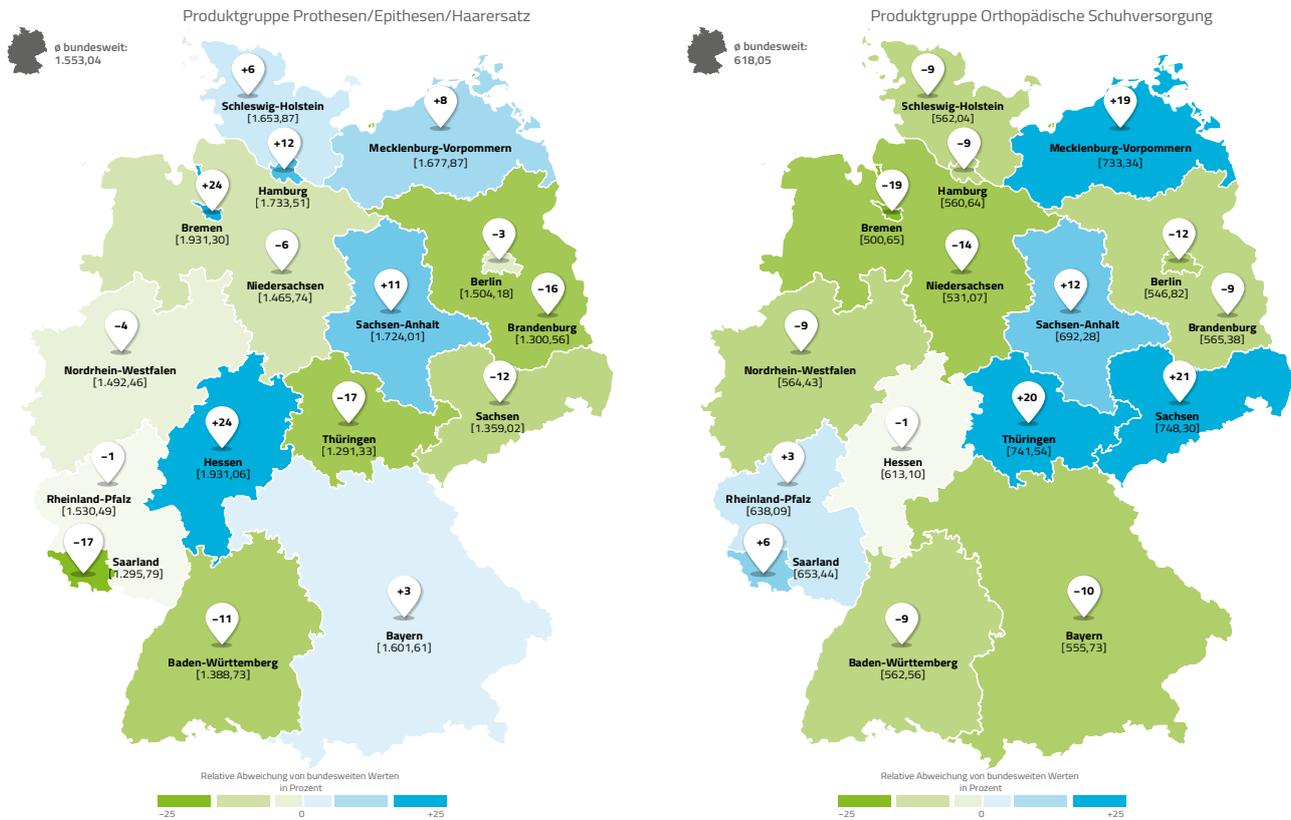
Auch bei der Betrachtung der durchschnittlichen Kostenhöhe je Hilfsmittelpatientin bzw. Hilfsmittelpatient wirkt sich die Standardisierung aus, allerdings in deutlich geringerem Umfang als bei den Anteilen der Hilfsmittelpatientinnen und -patienten (Abbildung 4). Bei unterdurchschnittlichen Hilfsmittel-Patientenquoten zeigen sich in den neuen Bundesländern im Vergleich höhere Fallkosten, und zwar mit und ohne Bevölkerungsstandardisierung. Im Folgenden soll untersucht werden, ob dieser Kostenabstand sich mit der bereits oben gezeigten unterschiedlichen Verteilung der Patientenanteile einzelner Produktgruppen begründen lässt. Höhere Versorgungsanteile in überdurchschnittlich teuren Produktbereichen könnten einen solchen Struktureffekt ergeben.

Abbildung 8: Durchschnittliche Kosten je Hilfsmittelpatientin und Hilfsmittelpatient nach Ländern mit und ohne Standardisierung der Bevölkerung 2024



Quelle: BARMER-Daten 2024

Abbildung 9: Durchschnittliche Kosten je Hilfsmittelpatientin und Hilfsmittelpatient nach Ländern in ausgewählten Produktgruppen mit Standardisierung der Bevölkerung 2024 mit Ost-Süd-Gefälle der Patientenanteile

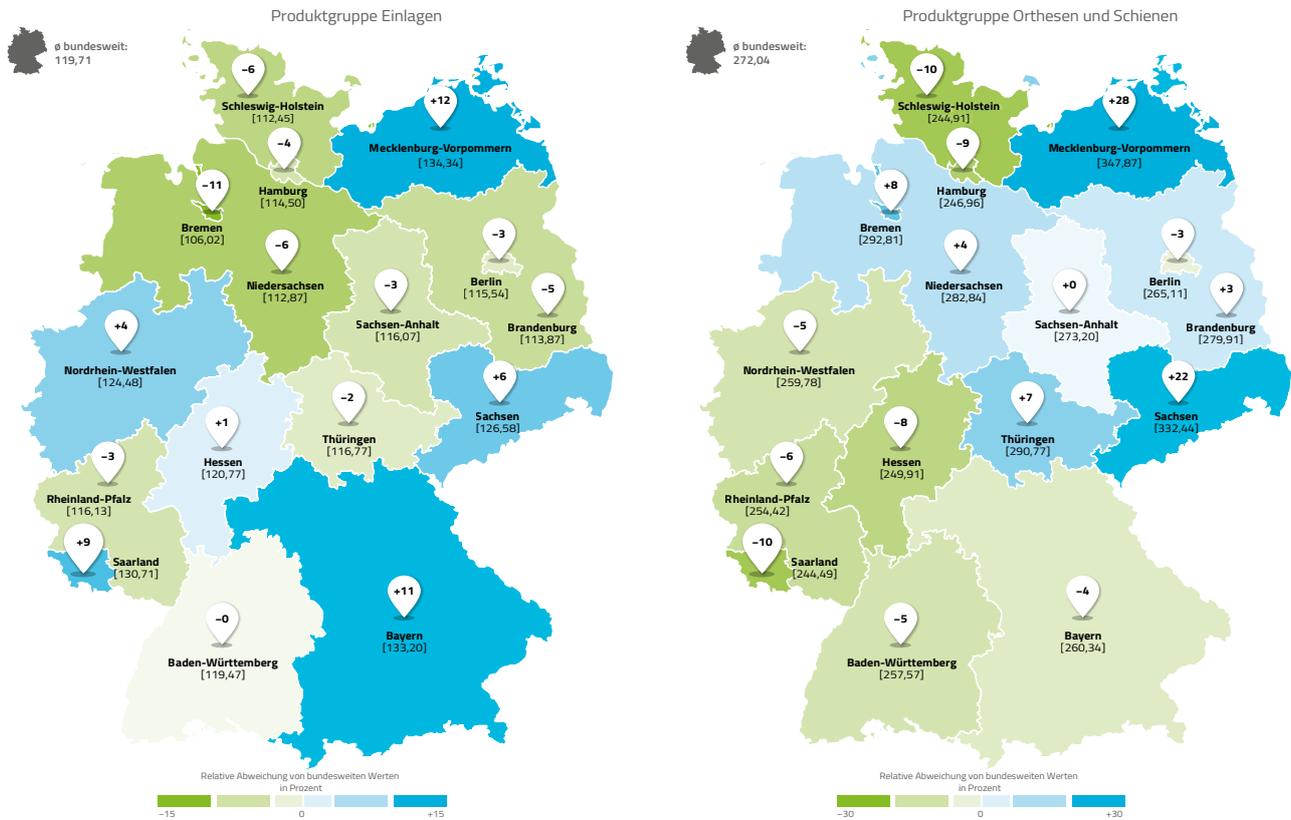


Quelle: BARMER-Daten 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

In Produktgruppen mit einem überdurchschnittlichen Patientenanteil in den neuen Bundesländern (Prothesen/Epithesen/Haarsersatz und Schuhe) sind zwei unterschiedliche Effekte festzustellen: Zwar sind die durchschnittlichen Kosten je Patientin bzw. Patient bei der Prothesenversorgung unter dem Bundesdurchschnitt, allerdings betragen die Durchschnittskosten von Prothesen/Epithesen/Haarsersatz mit 1.553 Euro je Fall fast das Dreifache des Durchschnitts aller Produkte von 590 Euro (Abbildung 8). Daher bewirkt die höhere Patientenquote bei den Prothesen trotz geringerer Fallkosten für die neuen Bundesländer einen Anstieg der Durchschnittskosten für die gesamte Hilfsmittelversorgung (siehe Abbildung 8). Auch die Schuhversorgung trägt zu diesem Ergebnis bei. Hier werden mehr Patientinnen und Patienten zudem mit höheren Durchschnittskosten versorgt.

Bei der Betrachtung der Fallkosten bei Produktgruppen mit einem niedrigeren Patientenanteil in den meisten neuen Bundesländern zeigt sich ein anderes Bild. Bayern weist eine der höchsten Patientenquoten bei der Einlagenversorgung auf und hat gleichzeitig zusammen mit Mecklenburg-Vorpommern die bundesweit höchsten Fallkosten. Anders bei der Produktgruppe der Orthesen und Schienen. Hier liegen die südlichen Bundesländer bei der Patientenquote an der Spitze, während die Durchschnittskosten dort leicht unterdurchschnittlich sind. Die Länder Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen zeigen die höchsten Fallkosten und das mit einer sehr niedrigen Patientenquote (Abbildungen 6 und 10). Dieses Ergebnis gibt einen Hinweis auf noch bestehende strukturelle Unterschiede insbesondere zwischen alten und neuen Ländern bei Hilfsmittelverordnungen.

Abbildung 10: Durchschnittliche Kosten je Hilfsmittelpatientin und Hilfsmittelpatient nach Ländern mit Standardisierung der Bevölkerung 2024 mit Süd-Ost-Gefälle der Patientenanteile



Quelle: BARMER-Daten 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

### Fazit zu den Regionalanalysen

Die Analyse der Treiberfaktoren (Menge, Preis, Struktur) für die Hilfsmittelausgaben auf Ebene von Bundesländern und ausgewählten Produktgruppen zeigt ein vielfältiges Bild. Hierbei beschreibt die Patientenquote den Treiberfaktor „Menge“ als Anteil an der alters- und geschlechtsadjustierten Bevölkerung je Bundesland. Die Kosten je Patientin bzw. Patient sind eine Kennzahl, die sowohl unterschiedliche Preise als auch Strukturen der Hilfsmittelversorgung in der jeweiligen Produktgruppe abbildet. Eine Produktgruppe umfasst zahlreiche Hilfsmittel mit unterschiedlichen Preisen. Werden schwerpunktmäßig bestimmte Hilfsmittel in einer Produktgruppe verordnet, kann dies zu Struktureffekten führen. So ist zum Beispiel ein Rollstuhl umso teurer, je mehr Zurichtungen er erhält, er ist aber in der Statistik (Menge) ein Rollstuhl. Auch in der Produktgruppe 14 sind preislich weit auseinanderliegende Hilfsmittelversorgungen zusammengefasst: vom einfachen Inhalator

über die CPAP-Versorgung gegen Schlafapnoe bis zur lebenserhaltenden Beatmung. Ein höherer Anteil an Beatmungspatientinnen und -patienten in einem Bundesland würde sich steigernd auf die Fallkosten der Produktgruppe auswirken. Regionale Unterschiede bei der Häufigkeit der zu behandelnden Krankheiten wie in diesem Beispiel sind primäre Ursache von Struktureffekten. Sie können aber auch durch ein regional abweichendes Ordnungsverhalten begründet sein. Die Bestimmung der Ursachen würde eine Analyse auf Ebene der Einzelprodukte erfordern, was den Rahmen dieses Reportes übersteigen würde.

In der Produktgruppe der orthopädischen Schuhversorgung zeigt sich in den neuen Bundesländern sowohl bei der Patientenquote als auch bei den Patientenkosten ein deutlich höheres Niveau. In den Produktgruppen der Einlagen und der Krankenfahrzeuge ist eine unterdurchschnittliche Patientenquote in den neuen

Bundesländern festzustellen, allerdings mit insgesamt über dem Bundesschnitt liegenden durchschnittlichen Patientenkosten.

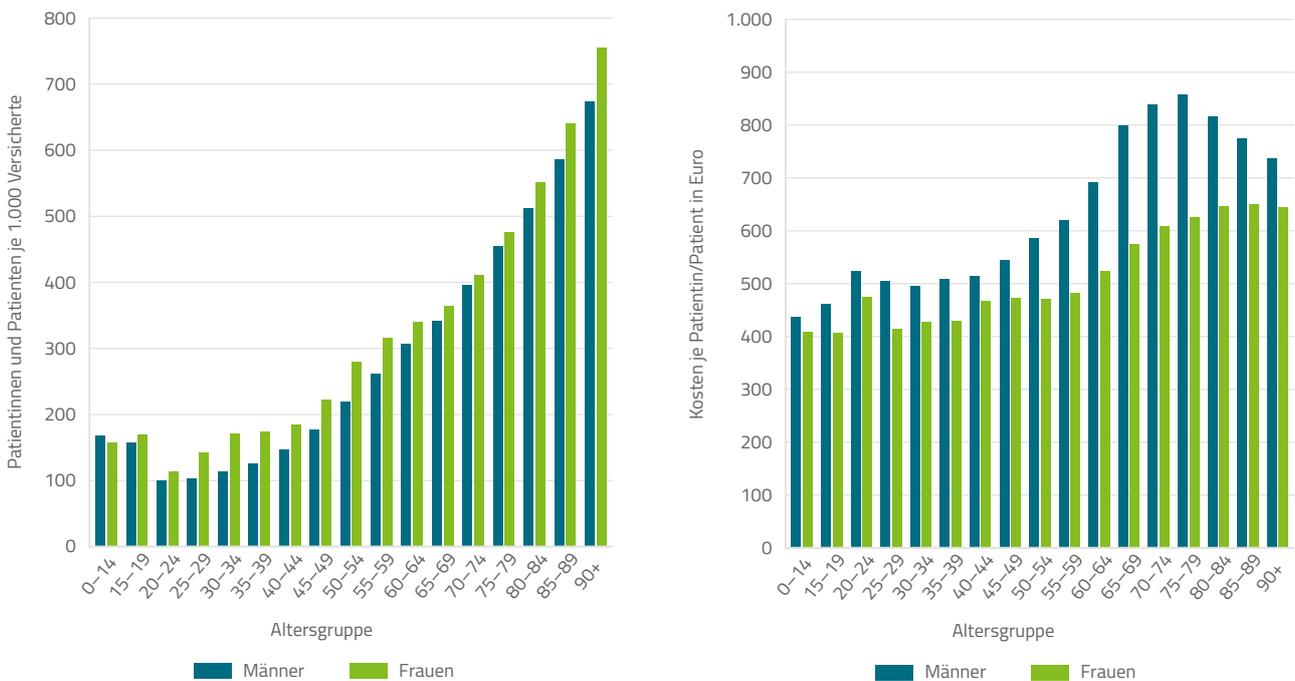
## Alters- und Geschlechtsverteilung der Hilfsmittelversorgung

### Hilfsmittelübergreifende Patientenanteile und Kosten je Patientin bzw. Patient

Beide zentralen Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung weisen bemerkenswert unterschiedliche Verläufe auf. Die Patientenquote wächst mit dem Lebensalter dyna-

misch. Dabei liegt der Anteil von Frauen in jeder Altersgruppe über dem der Männer – mal mit geringem, mal mit deutlichem Abstand. Der höchste Abstand liegt in den Lebensjahren von 25 bis 40 und über 85 Jahren. Bei den Kosten je Patientin bzw. Patient zeigt sich ein völlig anderes Bild. Hier ist die Versorgung von Männern in jedem Lebensalter deutlich teurer als die von Frauen. Die Patientenkosten erreichen bei den Männern einen Gipfel zwischen 75 und 80 Jahren, während sie bei den Frauen bis ins hohe Alter kontinuierlich ansteigen. Diese durchaus überraschenden Ergebnisse werden im Folgenden auf Ebene einiger Hilfsmittel-Produktgruppen weiter analysiert.

Abbildung 11: Patientenanteile und Kosten je Patientin bzw. Patient nach Alter und Geschlecht 2024

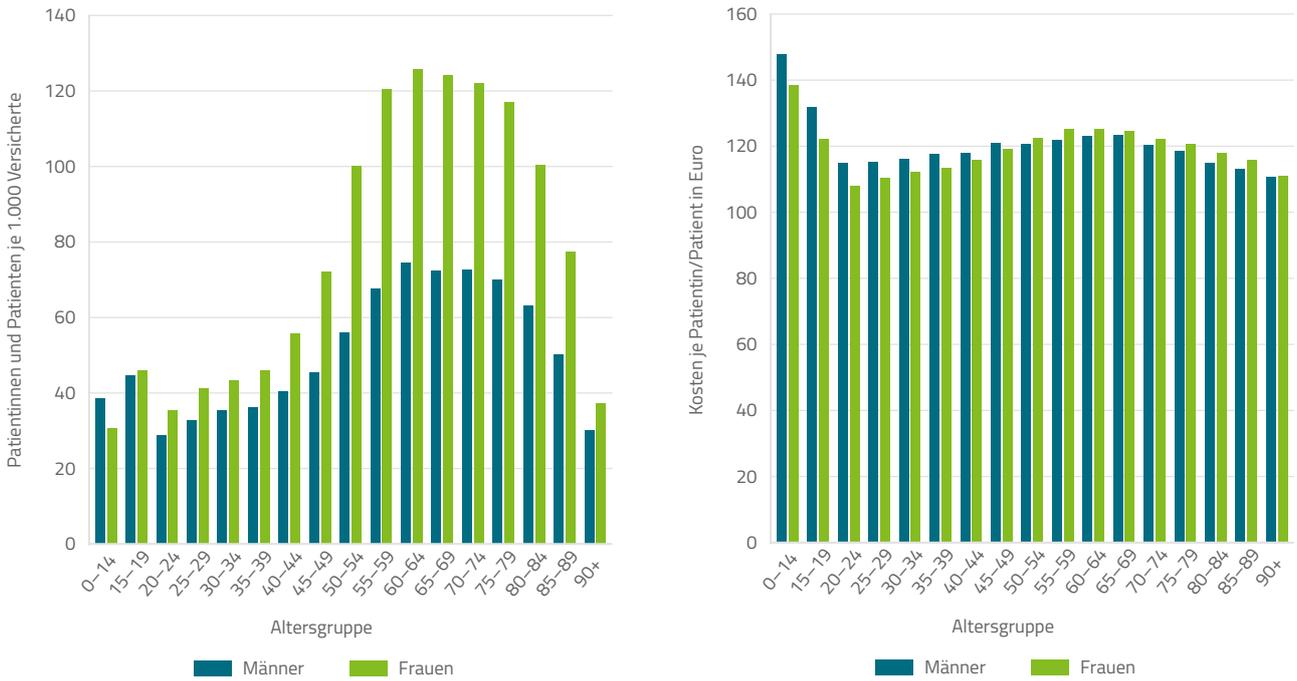


Quelle: BARMER-Daten 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

Die Versorgung mit Einlagen ist mit Abstand die Produktgruppe mit den höchsten Fallzahlen. Daher wirken sich Unterschiede in der geschlechtsspezifischen Analyse maßgeblich auf das Gesamtergebnis (Abbildung 11) aus. Die Patientenquote der Frauen bei der

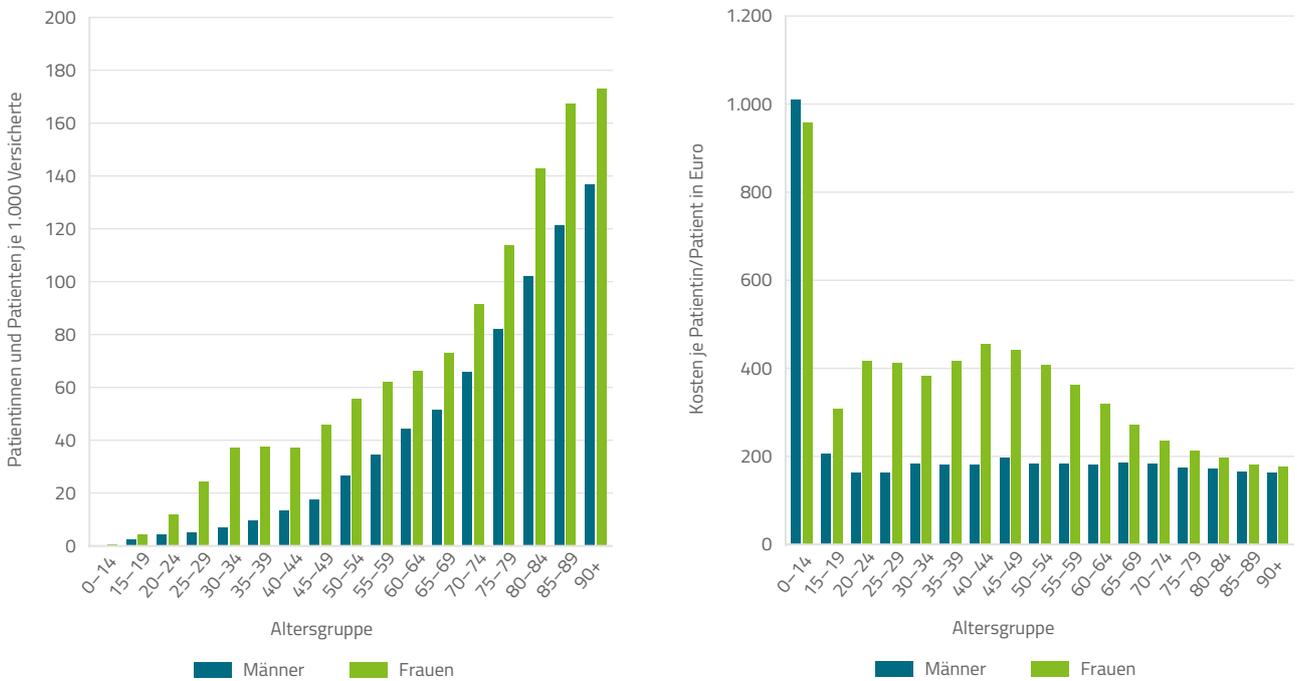
Versorgung mit Einlagen liegt insgesamt höher und ab dem Lebensalter von über 50 Jahren durchgehend sogar etwa 70 Prozent über denen der Männer. Bei den Kosten je Patientin bzw. Patient zeigen sich hingegen keine Unterschiede.

Abbildung 12: Patientenanteile und Kosten je Patientin bzw. Patient nach Alter und Geschlecht 2024 – Produktgruppe Einlagen



Quelle: BARMER-Daten 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

Abbildung 13: Patientenanteile und Kosten je Patientin bzw. Patient nach Alter und Geschlecht 2024 – Produktgruppe Kompressionsversorgung



Quelle: BARMER-Daten 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

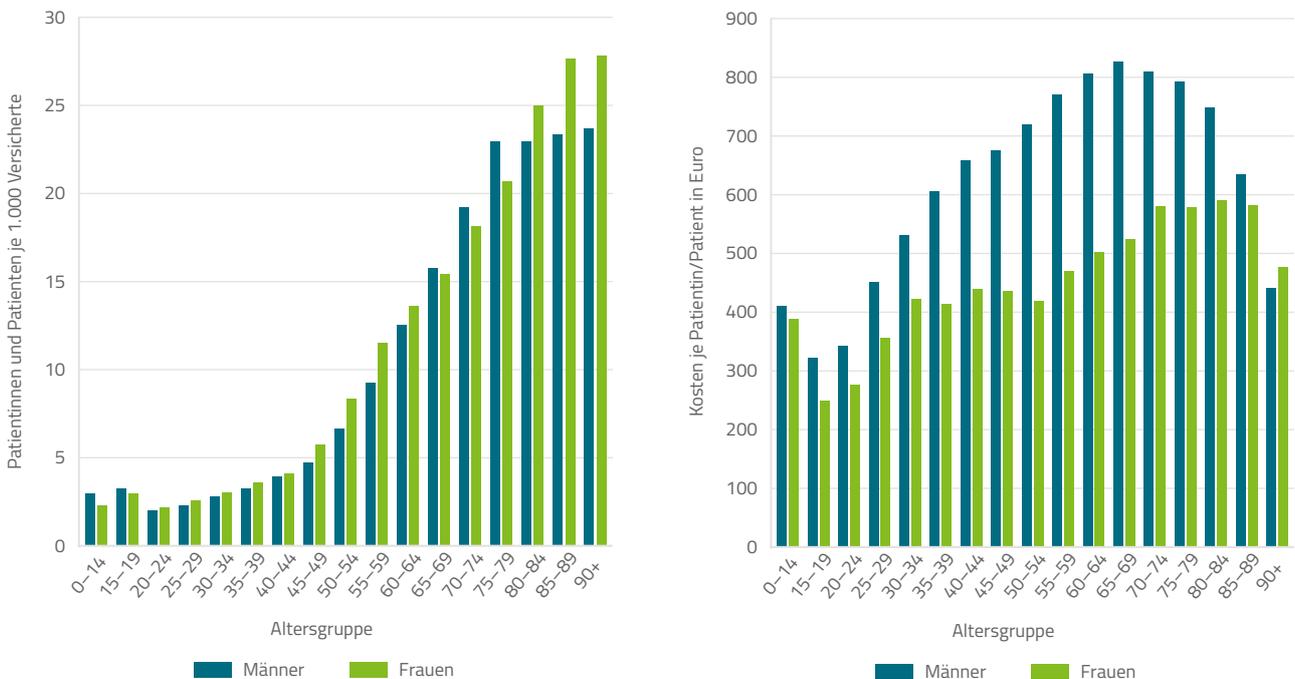
Den Erkrankungsbildern entsprechend zeigt sich auch bei der Versorgung mit Kompressionstherapie ein starker Anstieg im höheren Lebensalter. In allen Altersklassen weisen Frauen eine deutlich höhere Patientenquote auf, die in jüngeren Lebensjahren gegenüber den Männern den höchsten Abstand aufweist. Entgegen den Ergebnissen der Gesamtbetrachtung (Abbildung 11) liegen die Patientenkosten für Frauen in der Kompressionstherapie deutlich über denen der Männer. Die hohen Kosten der unter 15-Jährigen sind zum einen ein Effekt der geringen Besetzungszahlen (0,1 Prozent der Gesamtmenge in dieser Produktgruppe). Zudem werden für diese Kinder auch vorrangig Narbenkompressionsbandagen maßangefertigt oder sogenannte „Individuell gefertigte Silikonpelotten zur Narbenkelloidbehandlung“ verordnet, welche als aufwendige handwerkliche Anfertigungen entsprechend kostenintensiv sind.

Der Abstand bei der Patientenquote von Frauen zwischen 25 und 40 Jahren (Abbildung 11) erklärt sich insbesondere durch die oben gezeigten Produktgruppen und unter Einbeziehung der Milchpumpen, die in die Produktgruppe der Absauggeräte fallen.

Die Versorgung mit orthopädischen Schuhen zeigt ein recht ausgeglichenes Verhältnis der Patientenquote nach Männern und Frauen. Allerdings haben in dieser Produktgruppe Männer deutlich höhere Fallkosten. Dies erklärt somit zumindest teilweise die insgesamt höheren Fallkosten bei der Hilfsmittelversorgung der Männer (Abbildung 11). Zu Produktgruppen mit deutlich höheren Fallkosten der Männer zählen auch die Kranken- und Behindertenfahrzeuge sowie die Prothesen und Elektrostimulationsgeräte. Diese und viele weitere Analysen können im Hilfsmittel-Atlas des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) individuell und interaktiv online vorgenommen werden.

Hilfsmittel-Atlas

Abbildung 14: Patientenanteile und Kosten je Patientin bzw. Patient nach Alter und Geschlecht 2024 – Produktgruppe Schuhe



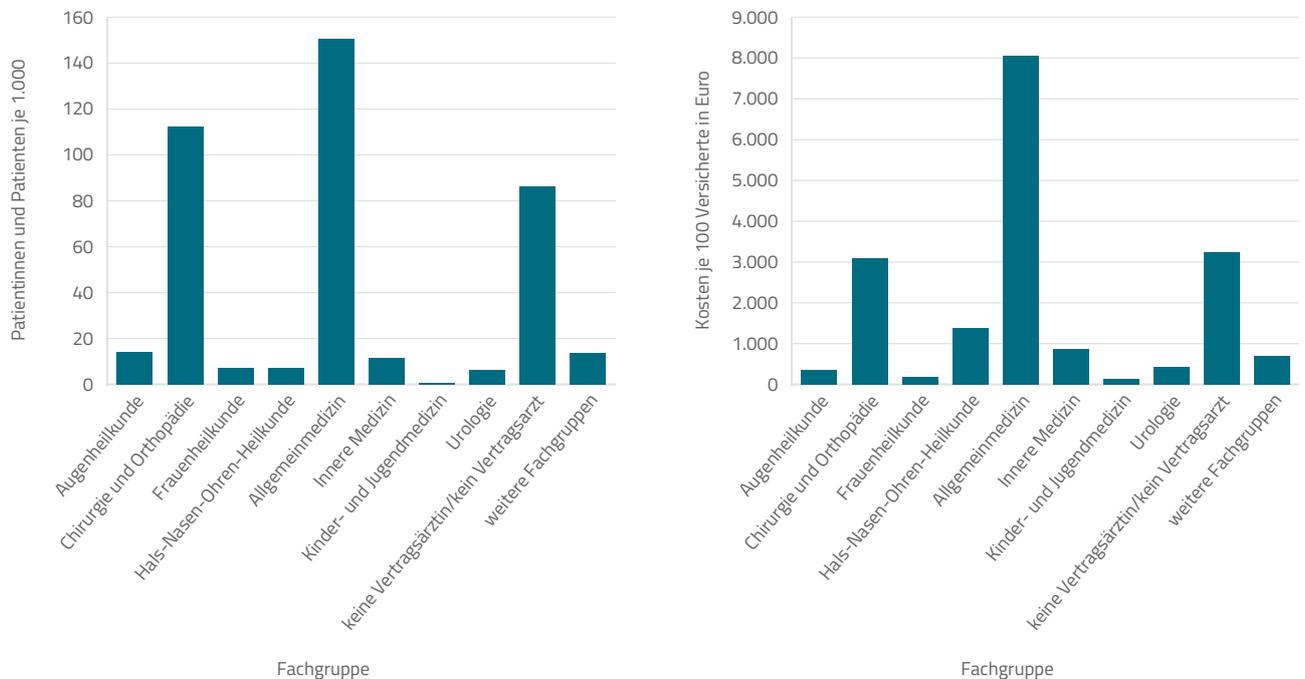
Quelle: BARMER-Daten 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

## Verordnungsanalyse der Hilfsmittelversorgung nach ärztlichen Fachgruppen

Zumindest die erstmalige Versorgung der Patientinnen und Patienten setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt voraus. Allerdings sind auch Kliniken berechtigt, im Rahmen des Entlassmanagements Verordnungen für Hilfsmittel in der ambulanten Versorgung auszustellen. Dabei unterliegen diese Verordnungen keinerlei mengen- oder produkt-spezifischen Einschränkungen wie etwa im Bereich der

Entlassmedikation. Ausschließlich zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel dürfen nur für eine kurze Dauer von wenigen Tagen durch Krankenhäuser verordnet werden. Die häufigsten Hilfsmittelverordnungen von Krankenhäusern betreffen aber gerade keine Verbrauchshilfsmittel (siehe Abbildung 18). Hilfsmittel, wie beispielsweise Beatmungsgeräte, die zur Entlassung aus dem Krankenhaus in die häusliche Situation schnell erforderlich sind, werden nach den regulären Hilfsmittelverträgen der Krankenkassen geliefert.

Abbildung 15: Hilfsmittelverordnungen aller Produktgruppen nach Patientenquoten und Kosten je Patientin bzw. Patient nach ärztlichen Fachgruppen 2024



Quelle: BARMER-Daten 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

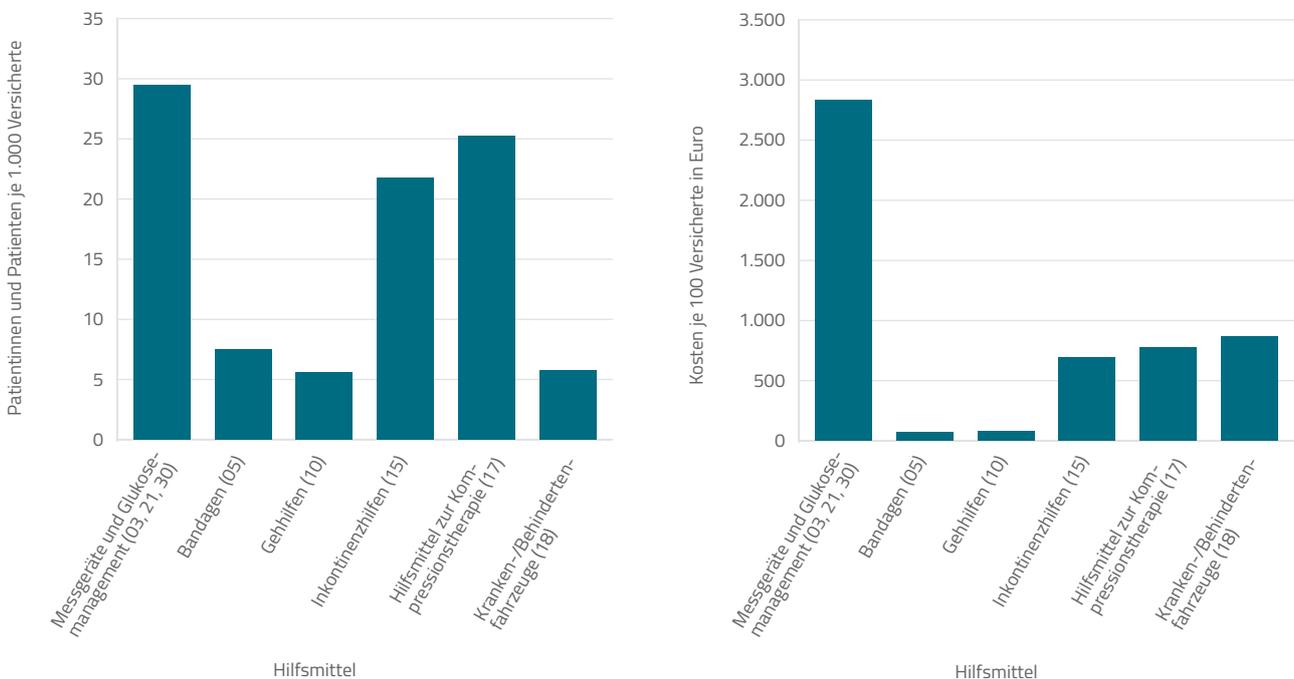
Sowohl bei den Patientenquoten als auch bei den Kosten je 100 Versicherte zeigt sich, dass im Wesentlichen zwei ärztliche Fachgruppen (Allgemeinmedizin und Orthopädie) und Krankenhäuser (keine Vertragsärztin / kein Vertragsarzt) den weitaus größten Anteil der ambulanten Hilfsmittelversorgung verordnen. Bei den Patientenanteilen liegt die Facharztgruppe Orthopädie vor den Krankenhäusern (112 vs. 86 Verordnungen je 1.000 Versicherte). Diese Rangfolge ändert sich bei der Betrachtung der Kosten je 100 Versicherte, hier liegen die Krankenhäuser über der Fachgruppe Orthopädie (3.229 Euro vs. 3.097 Euro). Die übrigen ärztlichen Fachgruppen haben nur einen geringen Anteil an den gesamten Hilfsmittelverordnungen.

Einige Verordnungsschwerpunkte nach Produktgruppen liegen auf der Hand: Augenärztinnen und Augenärzte verordnen in erster Linie Sehhilfen, HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte Hörhilfen und fachärztlich tätige

Internistinnen und Internisten Hilfsmittel für die Diabetes-Behandlung (CGM-Geräte, Insulinpumpen etc.). Doch was sind die Verordnungsschwerpunkte nach Produktgruppen der Fachgruppen mit hohen Anteilen der Hilfsmittelverordnungen?

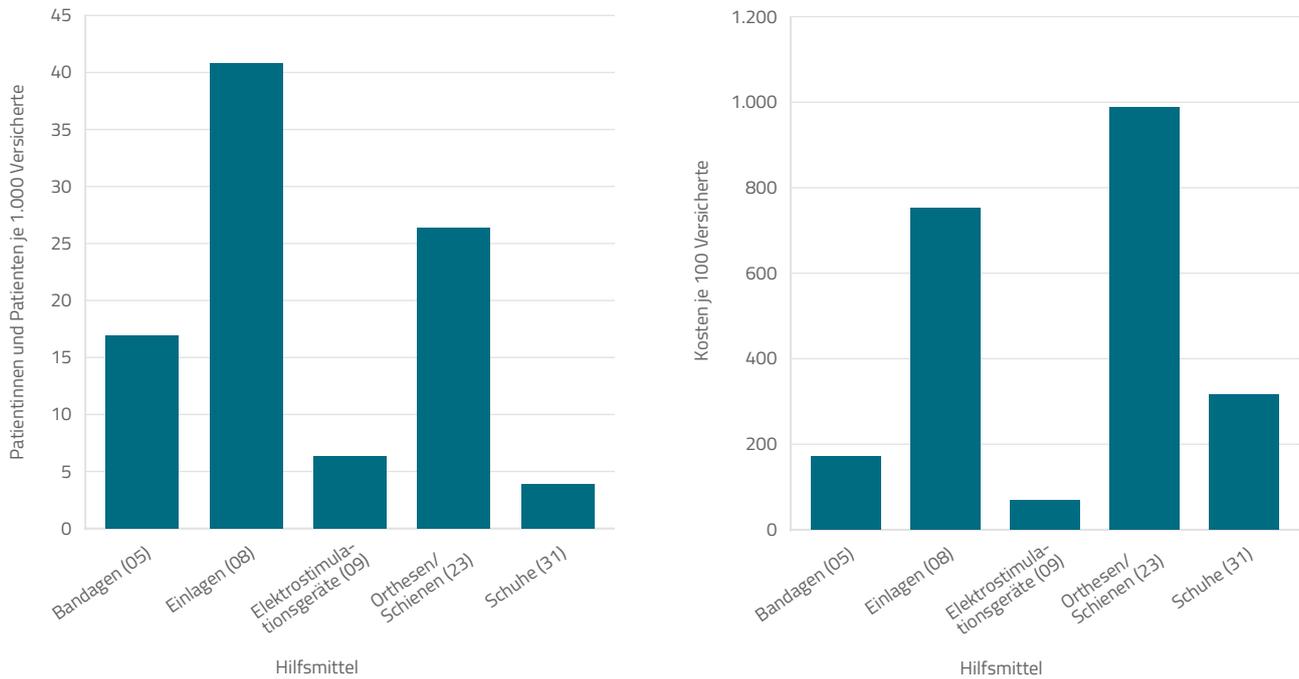
Bei den Verordnungen durch Hausärztinnen und Hausärzte steht die kontinuierliche Versorgung chronisch Kranker im Mittelpunkt. Die Versorgung mit Messgeräten zur Blutzuckerkontrolle und Hilfsmitteln zur Inkontinenzversorgung erfolgt zumeist in Form einer Dauer-versorgung mit monatlichen Nachlieferungen. Die Hilfsmittel zur Kompressionstherapie werden zur Sicherung der Versorgungsqualität regelmäßig erneuert. Auf der Kostenseite zeigen sich die Auswirkungen der mittlerweile verbreiteten Verordnung von CGM-Geräten. Die Durchschnittskosten je 100 Versicherte zeigen mit Abstand den höchsten Wert auf.

**Abbildung 16: Hilfsmittelverordnungen nach Patientenquoten und Kosten je Patientin bzw. Patient der Hausärztinnen und Hausärzte 2024**



Quelle: BARMER-Daten 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

Abbildung 17: Hilfsmittelverordnungen nach Patientenquoten und Kosten je Patientin bzw. Patient der Orthopädinnen und Orthopäden 2024

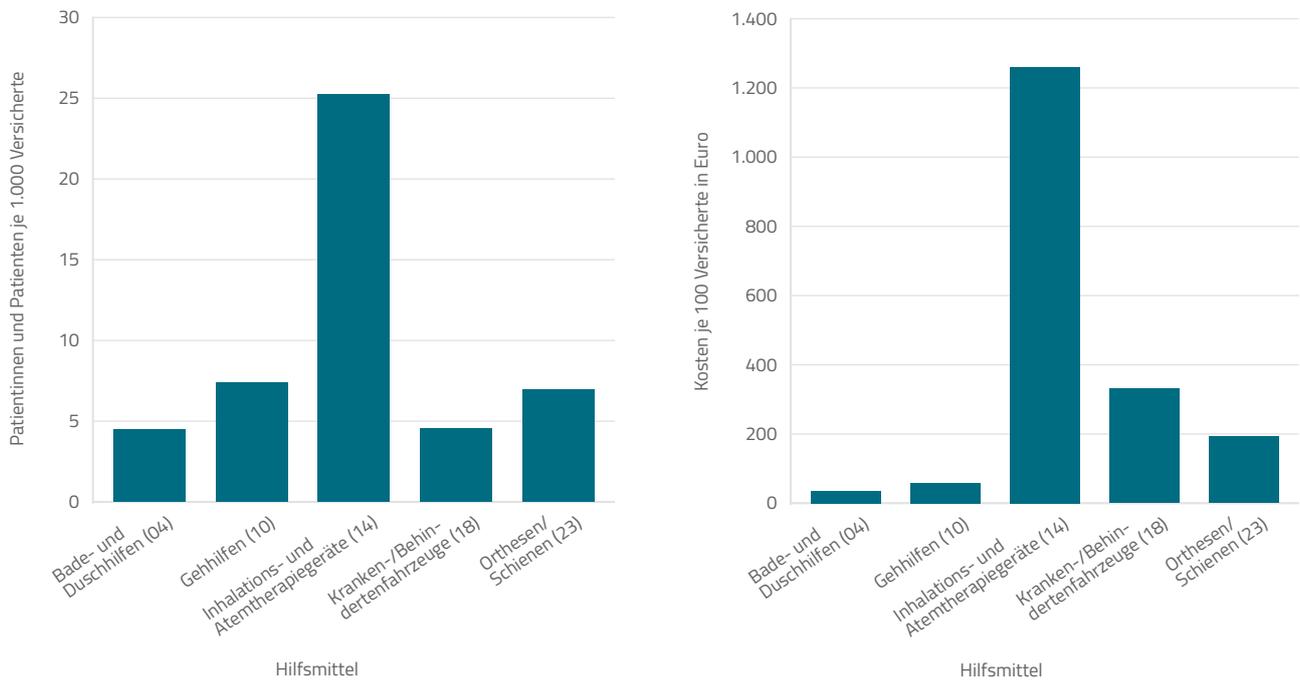


Quelle: BARMER-Daten 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

Die Verordnungsschwerpunkte der Facharztgruppe Orthopädie bilden die Einlagen und die Orthesen und Schienen. Die Patientenquoten sind bei den Einlagen am höchsten, dies ist auch die Produktgruppe mit den meisten Verordnungen. Bei den Durchschnittskosten hingegen zeigen sich die im Vergleich zu den Einlagen höheren Preise der Orthesen und Schienen. Die Patientenquote der orthopädischen Schuhversorgung ist in

der bundesweiten Betrachtung relativ niedrig, die Kosten je 100 Versicherte jedoch deutlich höher. Zudem soll an dieser Stelle auf das oben gezeigte erhebliche regionale Ungleichgewicht bei der Schuhversorgung hingewiesen werden: In den neuen Bundesländern werden wesentlich mehr Patientinnen und Patienten teurer versorgt (Abbildung 5 und 9).

Abbildung 18: Hilfsmittelverordnungen nach Patientenquoten und Kosten je Patientin bzw. Patient der Krankenhäuser 2024



Quelle: BARMER-Daten 2024, standardisiert auf die GKV (KM 6)

Schwerpunkt der ambulanten Hilfsmittelverordnungen von Krankenhäusern bildet sowohl auf der Mengen- als auch auf der Kostenseite die Produktgruppe Inhalations- und Atemtherapiegeräte. Hier sind sicherlich zwei Faktoren maßgeblich: Die stationären Schlaflabore verordnen nach entsprechender Diagnostik CPAP-Geräte zur Behandlung einer Schlafapnoe. Zumeist findet sich daher in unmittelbarer räumlicher Nähe zum Schlaflabor ein spezialisiertes Sanitätshaus. Zudem

verordnen Krankenhäuser Sauerstoffversorgungen, die nach der Entlassung in das Wohnumfeld unmittelbar medizinisch erforderlich sind. Darüber hinaus werden Hilfsmittel für die häusliche Grundversorgung verordnet (Gehhilfen, Rollstühle und Rollatoren). Dies erfolgt im Hinblick auf die Verantwortung des Krankenhauses, im Rahmen des Entlassmanagements auf die Sicherstellung der häuslichen Versorgung der Patientinnen und Patienten zu achten (§ 39 Abs. 1a SGB V).

## 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, 2025). 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		
	Patientinnen und Patienten	Einwohnerinnen und Einwohner	Patientenquote je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner	Patientinnen und Patienten	Einwohnerinnen und Einwohner	Patientenquote je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Jung	25	250	100	50	500	100
Alt	175	750	233	100	500	200
Summe	<b>200</b>	1000	200	<b>150</b>	1000	150

Quelle: eigene Darstellung

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 Einwohnerinnen und Einwohner	Standardbevölkerung	Patientinnen und Patienten (fiktiv)	Patientenquote je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner	Standardbevölkerung	Patientinnen und Patienten (fiktiv)
Jung	100	750	75	100	750	75
Alt	233	1250	292	200	1250	250
Summe		2000	<b>367</b>		2000	<b>325</b>

Quelle: eigene Darstellung

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.

### Dateninformation zur Versorgungsanalyse nach Fachgruppen

Für die Auswertung nach Fachgruppen werden ausschließlich die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte berücksichtigt, die zum jeweiligen Auswertungszeitpunkt auf den aktuell verfügbaren Vertragsarztinformationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) basieren. Die Zuordnung der Fachgruppen erfolgt anhand der im Vertragsarztverzeichnis hinterlegten Fachinformationen.

Die Erfassung basiert auf den Betriebsstättennummern (BSNR), in denen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte tätig sind. Nichtvertragsärztliche Leistungserbringende werden in den Auswertungen als „Kein Vertragsarzt“ klassifiziert, um eine valide Analyse der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sicherzustellen.

Zu den nichtvertragsärztlichen Leistungserbringenden zählen unter anderem Krankenhäuser, die im Rahmen des Entlassmanagements zur Verordnung von Hilfsmitteln berechtigt sind, sowie weitere Leistungserbringende, über die zum Beispiel Service- und Reparaturpauschalen abgerechnet werden können.

## Literatur

AOK Rheinland/Hamburg (2023). Transparenz im Leistungsgeschehen der AOK Rheinland/Hamburg. Verfügbar unter: [https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/rheinland-hamburg/pdf/Transparenzbericht\\_01.pdf](https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/rheinland-hamburg/pdf/Transparenzbericht_01.pdf) [25.08.2025].

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2025a). Siebter Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgung mit Hilfsmitteln. Bericht gemäß § 302 Absatz 5 SGB V. Berichtszeitraum: 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024. Verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/mehrkostenbericht/mehrkostenbericht.jsp> [25.08.2025].

GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2025b): Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V. Verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/hilfsmittelverzeichnis.jsp> [18.08.2025].

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

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/> [25.08.2025]

MGSFF – Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003). Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/pdf/Indikatorensetz\\_der\\_Laender\\_2003.pdf](https://www.gbe-bund.de/pdf/Indikatorensetz_der_Laender_2003.pdf) [25.08.2025]

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2025). Hochrechnung der Informationen aus der Haushaltebefragung. Verfügbar unter: <https://ergebnisse.zensus2022.de/datenbank/online/> [25.08.2025]

## Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
BKK	Betriebskrankenkassen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSNR	Betriebsstättennummern
CGM	continous glucose monitoring (kontinuierliches Glukosemonitoring)
CPAP	continuous positive airway pressure
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
HilfsM-RL	Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
IKK	Innungskrankenkassen
KBS	Knappschaft-Bahn-See
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
PG	Produktgruppe
SGB	Sozialgesetzbuch
vdek	Ersatzkassen

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Teilschritte von der Verordnung bis zur erfolgreichen Hilfsmittelversorgung	3
Abbildung 2:	Hilfsmittelausgaben je 100 Versicherte nach Altersgruppen 2020 bis 2024	7
Abbildung 3:	Hilfsmittelausgaben je 100 Versicherte für ausgewählte Produktgruppen mit überdurchschnittlicher Ausgabenentwicklung	9
Abbildung 4:	Anzahl der Hilfsmittelpatientinnen und -patienten je 1.000 Versicherte nach Ländern mit und ohne Standardisierung der Bevölkerung 2024	10
Abbildung 5:	Anzahl der Hilfsmittelpatientinnen und -patienten je 1.000 Versicherte nach ausgewählten Hilfsmittel-Produktgruppen und Ländern mit Standardisierung der Bevölkerung 2024 – Ost-Süd-Gefälle	11
Abbildung 6:	Anzahl der Hilfsmittelpatientinnen und -patienten je 1.000 Versicherte nach ausgewählten Hilfsmittel-Produktgruppen und Ländern mit Standardisierung der Bevölkerung 2024 – Süd-Ost-Gefälle	12
Abbildung 7:	Anzahl der Hilfsmittelpatientinnen und -patienten je 1.000 Versicherte nach ausgewählten Hilfsmittel-Produktgruppen und Ländern mit Standardisierung der Bevölkerung 2024 – Schwerpunkt Nordrhein-Westfalen	13
Abbildung 8:	Durchschnittliche Kosten je Hilfsmittelpatientin und Hilfsmittelpatient nach Ländern mit und ohne Standardisierung der Bevölkerung 2024	14
Abbildung 9:	Durchschnittliche Kosten je Hilfsmittelpatientin und Hilfsmittelpatient nach Ländern in ausgewählten Produktgruppen mit Standardisierung der Bevölkerung 2024 mit Ost-Süd-Gefälle der Patientenanteile	15
Abbildung 10:	Durchschnittliche Kosten je Hilfsmittelpatientin und Hilfsmittelpatient nach Ländern mit Standardisierung der Bevölkerung 2024 mit Süd-Ost-Gefälle der Patientenanteile	16
Abbildung 11:	Patientenanteile und Kosten je Patientin bzw. Patient nach Alter und Geschlecht 2024	17
Abbildung 12:	Patientenanteile und Kosten je Patientin bzw. Patient nach Alter und Geschlecht 2024 – Produktgruppe Einlagen	18
Abbildung 13:	Patientenanteile und Kosten je Patientin bzw. Patient nach Alter und Geschlecht 2024 – Produktgruppe Kompressionsversorgung	18
Abbildung 14:	Patientenanteile und Kosten je Patientin bzw. Patient nach Alter und Geschlecht 2024 – Produktgruppe Schuhe	19
Abbildung 15:	Hilfsmittelverordnungen aller Produktgruppen nach Patientenquoten und Kosten je Patientin bzw. Patient nach ärztlichen Fachgruppen 2024	20
Abbildung 16:	Hilfsmittelverordnungen nach Patientenquoten und Kosten je Patientin bzw. Patient der Hausärztinnen und Hausärzte 2024	21
Abbildung 17:	Hilfsmittelverordnungen nach Patientenquoten und Kosten je Patientin bzw. Patient der Orthopädinnen und Orthopäden 2024	22
Abbildung 18:	Hilfsmittelverordnungen nach Patientenquoten und Kosten je Patientin bzw. Patient der Krankenhäuser 2024	23

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b>	Genehmigungsquoten in der Hilfsmittelversorgung ausgewählter Krankenkassen – Transparenzberichte 2021 und 2023 .....	4
<b>Tabelle 2:</b>	Hilfsmittelausgaben und Mehrkosten sowie deren Anteile 2019 bis 2024 .....	5
<b>Tabelle 3:</b>	Ausgaben und Mehrkosten sowie deren Anteile für Hörhilfen 2019 bis 2024 .....	5
<b>Tabelle 4:</b>	Hilfsmittelausgaben je versicherter Person der GKV 2020 bis 2024 nach Kassenarten .....	6

## Impressum

**Herausgeber**

BARMER Institut für  
Gesundheitssystemforschung (bifg)  
10837 Berlin

**Autorinnen und Autoren**

Nikolaus Schmitt,  
Ulrike Illmann

**Fachliche Beratung**

Susanne Eschmann

**Design und Realisation**

Satzweiss.com GmbH

**Veröffentlichungstermin**

September 2025

**DOI**

10.30433/hilfsmittel.2025.01

**Copyright**

Lizenziert unter CC BY-NC 4.0