

Versorgungsrealität und
gesundheitspolitischer Handlungsbedarf
in der gesetzlichen Krankenversicherung

Zahlen, Daten, Fakten zur Hilfsmittelversorgung 2026

Wir versorgen Deutschland





**Ein Überblick über die Rolle
von Hilfsmitteln für Orthopädie-,
Medizin- und Rehathechnik sowie Homecare
im deutschen Gesundheitssystem**

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung	4
Versorgungen	16
Hilfsmittelleistungserbringer	24
Qualität der Gesundheitsversorgung	30
Bedeutung von Hilfsmitteln	38
Wer wir sind	62



Einleitung

Eine bessere Hilfsmittelversorgung entsteht nicht durch Schlagworte. Ihre Basis ist Klarheit: Was leistet die Versorgung schon heute, wo wird sie ausgebremst, welche Weichenstellungen entfalten eine qualitätssteigernde Wirkung? Mit dieser Broschüre „Zahlen, Daten, Fakten“ schaffen wir erneut eine belastbare Grundlage für die sachliche gesundheitspolitische Debatte: öffentlich verfügbare, nachvollziehbare Daten, verständlich aufbereitet und systematisch eingeordnet.

Die Herausforderungen sind konkret: Das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steht unter erheblichem finanziellem Druck. Seine Stabilisierung erfordert nicht nur kurzfristige Maßnahmen zum Ausgleich von Defiziten, sondern vor allem strukturelle Veränderungen. Zu dieser mittel- bis langfristigen Transformation gehört eine deutliche Verlagerung von Mitteln und Leistungen in den ambulanten Bereich, etwa in Arztpraxen, Tageskliniken oder das Zuhause der Patientinnen und Patienten (Ambulantisierung). Investitionen in ambulantes Therapiemanagement sowie eine stärkere Einbindung nichtoperativer Therapieoptionen und damit konservativ-technischer Versorgungsformen sind dabei zentral.



Gleichzeitig steigen die Verwaltungsausgaben der GKV sowie die bürokratischen Anforderungen für die Leistungserbringer. Medienbrüche und inkonsistente Datenflüsse erschweren zunehmend eine effiziente Patientensteuerung und -versorgung. Der Dokumentationsaufwand entlang der Versorgungskette wächst kontinuierlich. Hinzu kommt ein allgegenwärtiger Fachkräftemangel, von dem besonders kleine und mittlere Betriebe betroffen sind – also genau jene Strukturen, die eine wohnortnahe und individuelle Hilfsmittelversorgung sicherstellen.

Mit dieser Broschüre möchten wir die Diskussion wieder auf wesentliche Fragen lenken:

- Versorgungsrealität: Was leistet die Hilfsmittelversorgung heute?
- Evidenz: Welche Maßnahmen wirken tatsächlich?
- Umsetzbarkeit: Wo bestehen strukturelle Hindernisse?

Unser Anspruch ist eine Versorgung, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt, Fachkräfte stärkt, Bürokratie reduziert und damit mehr Zeit für Patientinnen und Patienten schafft sowie Innovation ermöglicht. Deutschland soll auch künftig für Qualität, Versorgungssicherheit und Teilhabe stehen.

Kirsten Abel und Dr. Henning Schweer

Generalsekretäre (Vorstand) von „Wir versorgen Deutschland“

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen kontinuierlich in nahezu allen Versorgungsbereichen. Die größten Ausgaben entfallen auf Krankenhäuser und Arzneimittel.

3,1 %

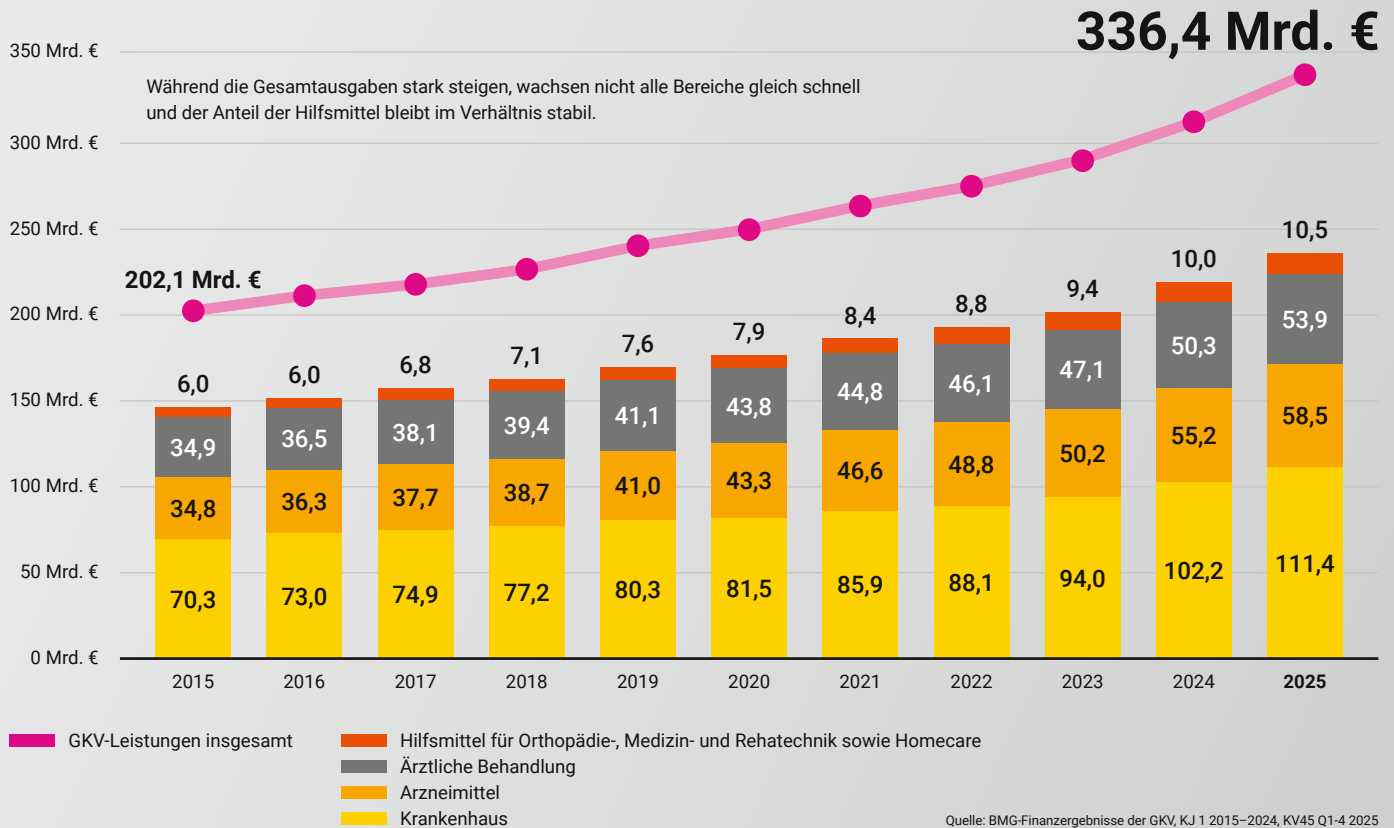


Anteil der Aufwendungen für Hilfsmittel
der Bereiche Orthopädie-, Reha- und Medizintechnik
sowie Homecare an den GKV-Gesamtausgaben

Hilfsmittel sind dagegen nur mit einem vergleichsweise geringen Teil an den GKV-Gesamtausgaben vertreten, obwohl sie im Therapieprozess hochrelevant und für viele Menschen im Alltag entscheidend sind: So lag der Anteil für Hilfsmittel der Bereiche Orthopädie-, Reha- und Medizintechnik sowie Homecare 2025 bei 3,1 %. Eine Größenordnung, die sich in den vergangenen Jahren nur wenig verändert hat.

Auch nach Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) im Jahr 2019 blieb der Anteil stabil. Mit diesem Gesetz wurden die Ausschreibungen für Hilfsmittel abgeschafft, weil sie negative Wirkungen auf die Versorgungsqualität hatten. Die von den gesetzlichen Krankenkassen befürchtete überproportionale Ausgabensteigerung ist jedoch nicht eingetreten.

Entwicklung der GKV-Ausgaben von 2015 bis 2025



Quelle: BMG-Finanzergebnisse der GKV, KJ 1 2015–2024, KV45 Q1-4 2025

Hilfsmittelversorgung im Kontenrahmen der GKV



Der GKV-Kontenrahmen dient in Bezug auf die Produktgruppen (PG) des Hilfsmittelverzeichnisses primär der standardisierten buchhalterischen Erfassung, Abrechnung sowie statistischen Auswertung der Ausgaben für Hilfsmittel. Folgende Bereiche der Hilfsmittelversorgung werden im GKV-Kontenrahmen gesondert und mit den jeweils zugeordneten PG ausgewiesen:

Hilfsmittel der Orthopädietechnik (441)

Bandagen (PG 05) / Einlagen (PG 08) / Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (PG 17) / Orthesen/Schienen (PG 23) / Beinprothesen (PG 24) / Schuhe (PG 31) / Haarerersatz (PG 34) / Epithesen (PG 35) / Augenprothesen (PG 36) / Brustprothesen (PG 37) / Armprothesen (PG 38)

Hilfsmittel der Medizintechnik (444)

Absauggeräte (PG 01) / Bestrahlungsgeräte (PG 06) / Elektrostimulationsgeräte (PG 09) / Inhalations- und Atemtherapiegeräte (PG 14) / Messgeräte für Körperzustände/-funktionen (PG 21) / Sprechhilfen (PG 27) / Hilfsmittel zum Glukosemanagement (PG 30)



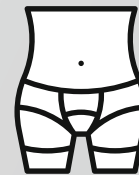
Hilfsmittel der Rehathechnik/doppelfunktionale Hilfsmittel (445)

Adaptionshilfen (PG 02) / Bade- und Duschhilfen (PG 04) / Gehhilfen (PG 10) / Hilfsmittel gegen Dekubitus (PG 11) / Kranken-/Behindertenfahrzeuge (PG 18) / Krankenpflegeartikel (PG 19) / Lagerungshilfen (PG 20) / Mobilitätshilfen (PG 22) / Sitzhilfen (PG 26) / Stehhilfen (PG 28) / Therapeutische Bewegungsgeräte (PG 32) / Toilettenhilfen (PG 33)



Hilfsmittel zum Verbrauch (Homecare) (446)

Applikationshilfen (PG 03) / Hilfsmittel bei Tracheostoma (PG 12) / Inkontinenzhilfen (PG 15) / Stomaartikel (PG 29)

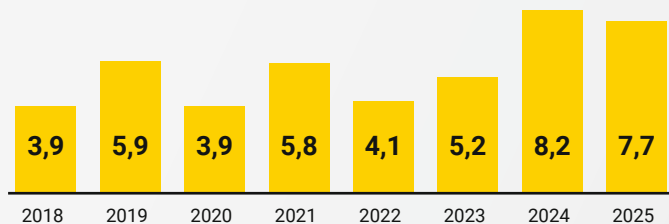


Ausgaben für Hilfsmittelversorgung

Die Ausgaben in der Hilfsmittelversorgung entwickeln sich je nach Leistungsbereich sehr unterschiedlich. Besonders hervorzuheben ist die Dynamik in der Medizintechnik: Hier sind die Ausgaben von 1,3 Mrd. € (2018) auf 3,3 Mrd. € (2025) gestiegen.

Jährliche Grundlohnsummensteigerungen

(s. auch Seite 12)



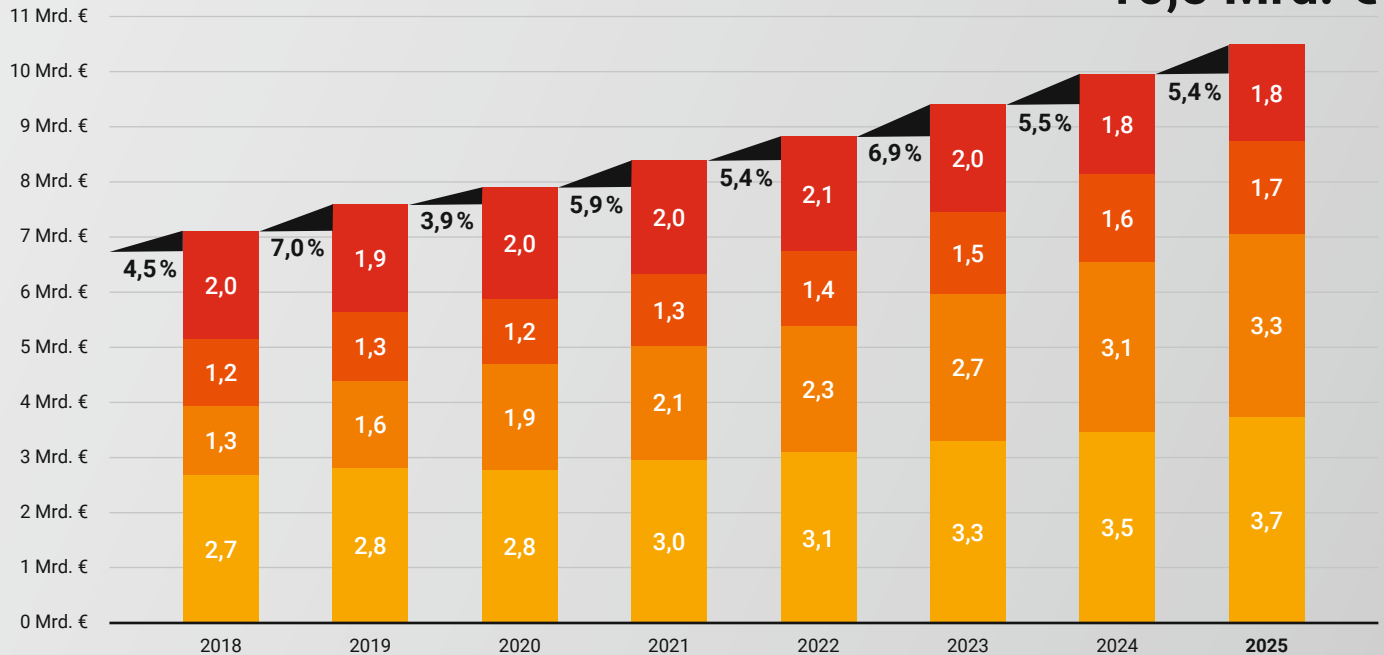
Demgegenüber sind die Zuwächse in der Orthopädie- und der Rehathechnik deutlich moderater, wie die Grafik auf der Folgeseite zeigt. Im Segment Homecare wiederum ist die Entwicklung differenziert zu betrachten: 2023 führte der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) die neue Produktgruppe „Hilfsmittel zum Glukosemanagement“ (PG 30) ein. Sie bündelt Hilfsmittel, die zuvor auf andere Produktgruppen verteilt waren, zum Beispiel aus der PG 03 Applikationshilfen wie Insulinspritzen und -pens sowie aus der PG 21 Messgeräte für Blutzucker und zum Continuous Glucose Monitoring (CGM-Systeme).

Insgesamt beliefen sich die GKV-Ausgaben für Hilfsmittel für Orthopädie-, Medizin- und Rehathechnik sowie Homecare im Jahr 2025 auf 10,5 Mrd. €.

Entwicklung der GKV-Ausgaben für Hilfsmittelversorgung von 2018 bis 2025

Im Fokus: Hilfsmittel für Orthopädie-, Medizin- und Rehathechnik sowie Homecare

10,5 Mrd. €



- Hilfsmittel zum Verbrauch (Homecare)
- Hilfsmittel der Rehathechnik/doppelfunktionale Hilfsmittel
- Hilfsmittel der Medizintechnik
- Hilfsmittel der Orthopädietechnik

Quelle: BMG-Finanzergebnisse der GKV, KJ 1 2015–2024, KV45 Q1-4 2025
Die Berechnung erfolgte auf Basis der exakten Rohdaten.

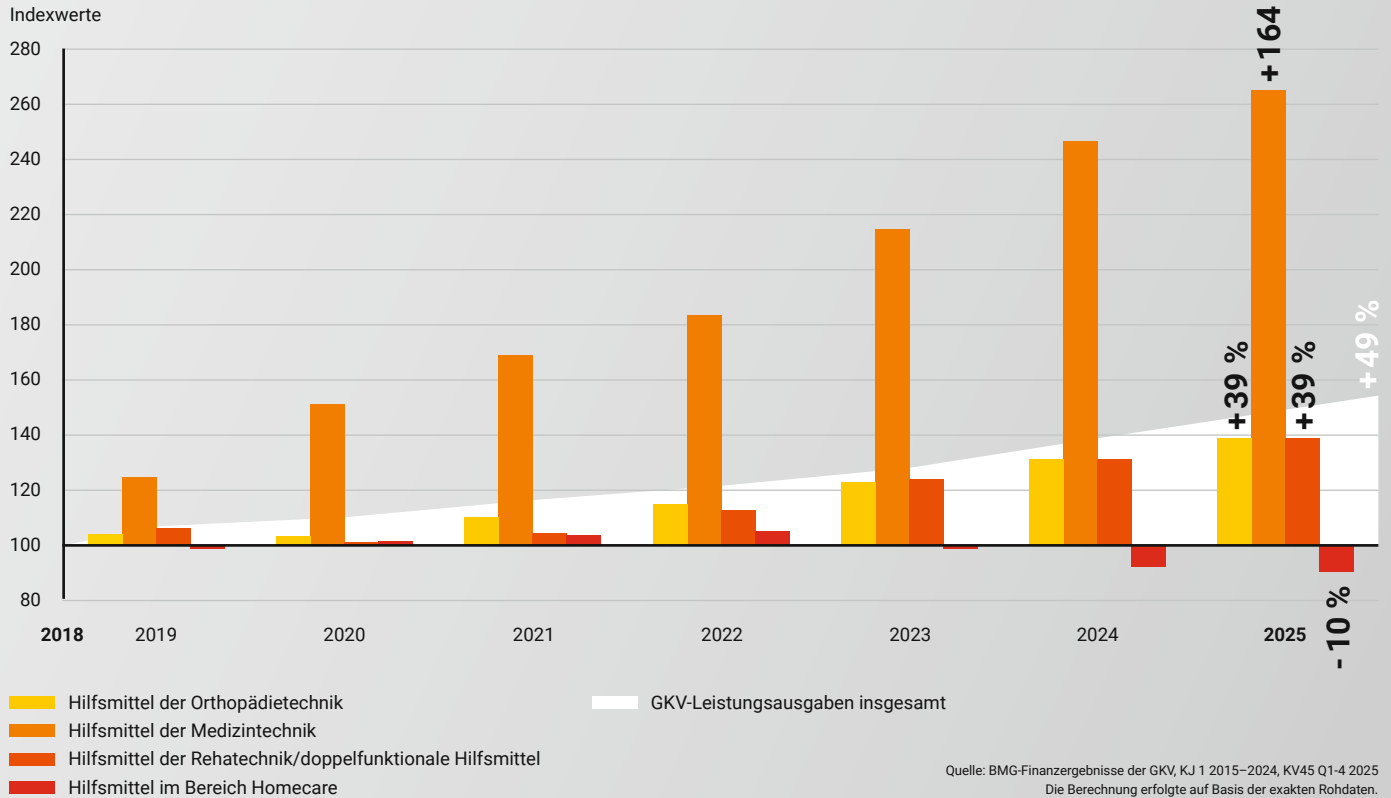
Relative Entwicklung der Ausgaben für Hilfsmittelversorgung

Die Grafik zeigt die relative Entwicklung der GKV-Ausgaben im Vergleich zum Basisjahr 2018 (= 100). Dies verdeutlicht, welche Bereiche im Verhältnis überproportional gewachsen und welche hinter der Steigerung der GKV-Leistungsausgaben insgesamt zurückgeblieben sind.

So wiesen die Orthopädie- und die Reha-technik ein zurückhaltendes Wachstum auf (jeweils + 39 %), mit Raten unterhalb der GKV-Gesamtsteigerung (+ 49 %).

Der Versorgungsbereich Homecare erlebte seit 2018 eine rückläufige Entwicklung, sank um 10 %. Überdurchschnittlich dagegen der Versorgungsbereich Medizintechnik, mit einem Plus von 164 % 2025 gegenüber 2018.

Relative Entwicklung der GKV-Ausgaben für Hilfsmittelversorgung Basisjahr 2018 (= 100)



Quelle: BMG-Finanzergebnisse der GKV, KJ 1 2015–2024, KV45 Q1-4 2025
Die Berechnung erfolgte auf Basis der exakten Rohdaten.

Grundlohnsummensteigerung und Festbeträge

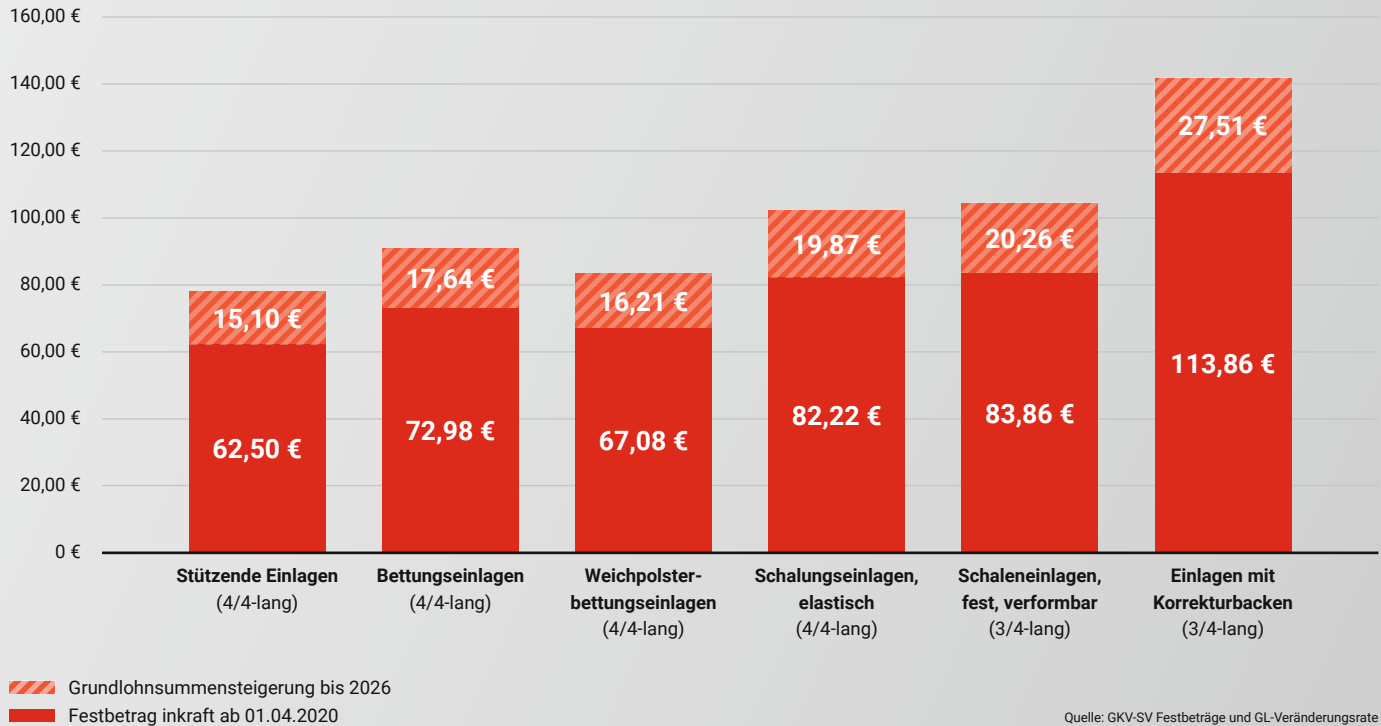
Festbeträge in der Hilfsmittelversorgung sind vom GKV-Spitzenverband festgelegte, bundeseinheitliche Höchstbeträge für spezielle Hilfsmittelgruppen, dazu gehören zum Beispiel orthopädische Schuheinlagen oder Kompressionsstrümpfe. Diese Festbeträge begrenzen die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Für bestimmte Versorgungsmittel stammen sie von 2020 und wurden bis ins Jahr 2026 nicht angepasst.

Die Grundlohnsummensteigerung (GLS) beschreibt die durchschnittliche jährliche Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder. Sie dient als gesetzlicher Maßstab (§ 71 SGB V), um die Vergütungssteigerungen im Gesundheitswesen zu begrenzen und so die Stabilität der Beiträge zu sichern. Gleichzeitig gibt sie einen Orientierungswert, in welchem Umfang die Ausgaben im Gesundheitssystem bei stabilem Beitrag steigen können.

Die GLS bildet ab, in welchem Umfang die beitragspflichtigen Löhne und damit auch die Lohnkostenbasis durchschnittlich steigen. Für personalintensive, handwerksbasierte Versorgungsbereiche wie orthopädische Einlagen und Kompressionsstrümpfe ist sie deshalb kein abstrakter Orientierungswert, sondern ein zentraler Maßstab für die notwendige Anpassung der Festbeträge. Bleiben die Festbeträge hinter dieser Entwicklung zurück, wird wirtschaftliche Versorgung strukturell erschwert.

Vor diesem Hintergrund zeigt die Grafik: Legt man die GLS zugrunde, hätten die Festbeträge allein im Zeitraum zwischen 2020 und 2026 um den jeweils oberen Wert in der Säule fortgeschrieben werden müssen.

Einlagen: Festbeträge 2020 letztmals angepasst



GKV-Verwaltungsausgaben

Bereits 2009 verkündete die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: In Zukunft wären 30 bis 50 gesetzliche Krankenkassen in Deutschland ausreichend. Seitdem ist deren Zahl zwar um mehr als 50 % gesunken, stagniert seit etlichen Jahren aber im hohen zweistelligen Bereich.

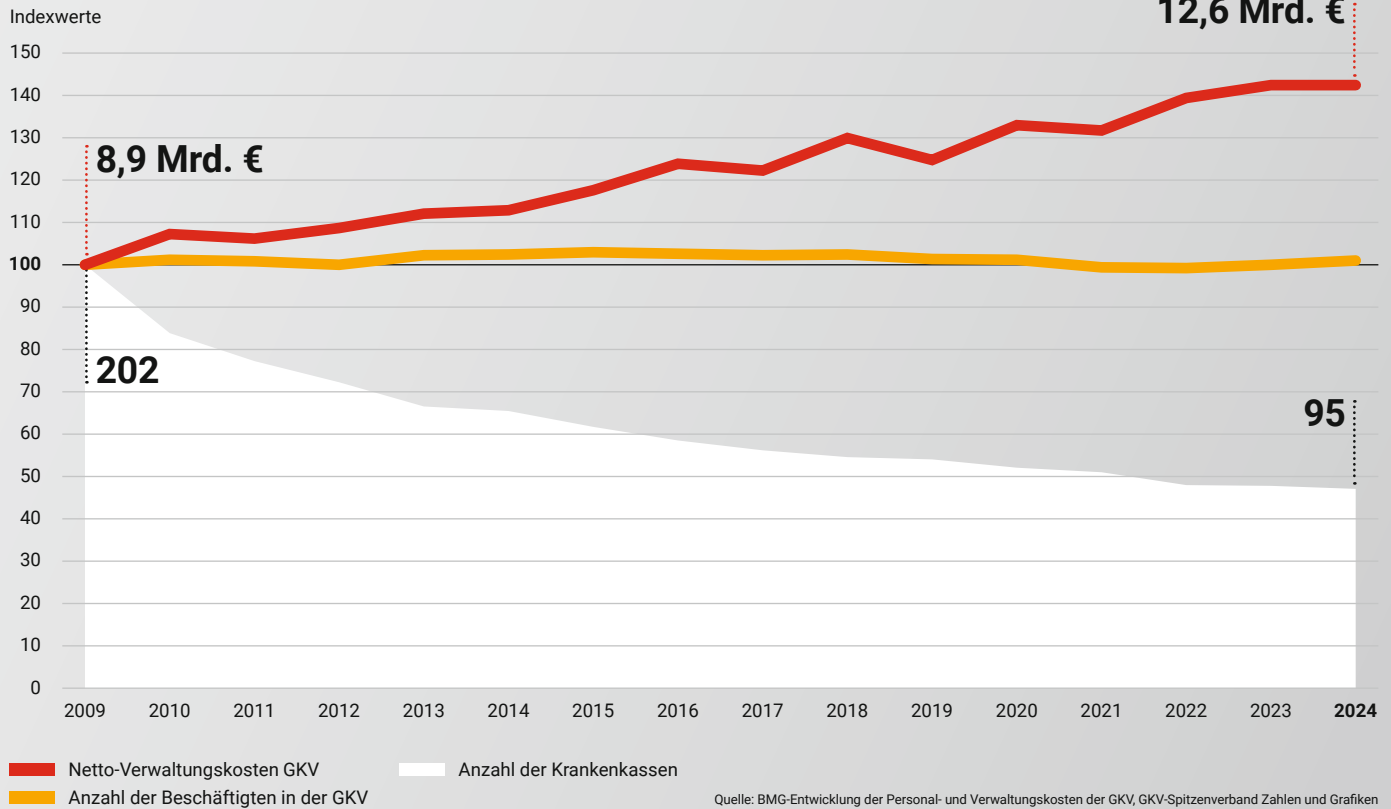


Gleichzeitig sind die Verwaltungskosten der GKV um etwa 40 % gestiegen. Effizienzgewinne – also Synergie- und Skaleneffekte – sind demnach wohl weitgehend ausgeblieben.

Die kassenindividuelle Verwaltung standardisierbarer GKV-Versorgungsprozesse, wie beispielsweise Dokumentationspflichten oder Rahmenverträge, belastet zudem das Gesamtsystem. Ein bürokratischer Hemmschuh, der die Gewinnung strukturierter Daten genauso erschwert wie eine konsistente Patientensteuerung, Controlling und Versorgungsforschung. Der Verwaltungsaufwand ist damit ein relevanter Faktor, der das Versorgungssystem belastet.

In der Grafik wird die Entwicklung von Verwaltungskosten, Beschäftigtenzahlen und Anzahl der Krankenkassen seit 2009 sichtbar.

Relative Veränderung in der Verwaltung der gesetzlichen Krankenkassen Basisjahr 2009 (= 100)



Versorgungsfälle und Mehrkosten

Das Säulendiagramm zeigt, dass etwa 80 % der gesetzlich Versicherten die durch die Krankenkasse übernommene Versorgung für ausreichend halten. Sie wählen keine höherwertigen Optionen. In rund 20 % der Versorgungsfälle entscheiden sich GKV-Versicherte für eine höherwertige Variante mit Mehrkosten. Dieses Verhältnis ist über die Zeit nahezu unverändert geblieben.

Entscheiden sich Versicherte für eine höherwertige Versorgung, handelt es sich in etwa der Hälfte der Fälle um orthopädische Einlagen oder Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, wie das Tortendiagramm links zeigt.

Betrachtet man die Höhe der Mehrkosten, ergibt sich jedoch ein anderes Bild: Hörhilfen verursachen mit vergleichsweise wenigen Versorgungsfällen den höchsten Anteil an den Mehrkosten (Tortendiagramm rechts).

Mehrkosten 2024:



640 Mio. €

Hörhilfen



106 Mio. €

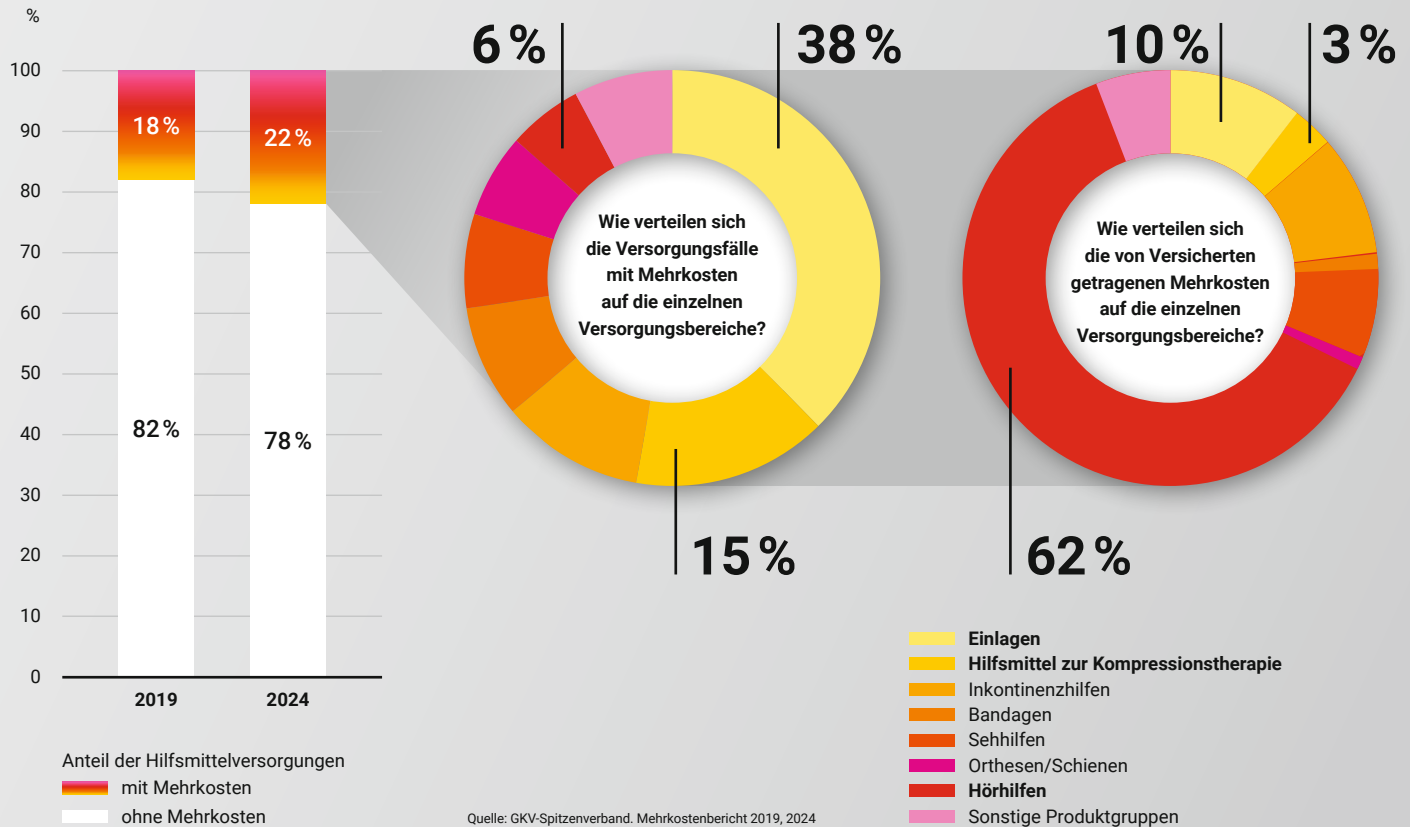
Einlagenversorgung



33 Mio. €

Kompressionstherapie

Versorgungsfälle aller Produktgruppen (einschließlich Hörhilfen) mit und ohne Mehrkosten



Branchenvergleich: Sanitätshaus vs. Hörakustik

Auffällig ist der Unterschied hinsichtlich der Mehrkosten bei der Versorgung von GKV-Versicherten:

Hörhilfen: In mehr als 40 % der Versorgungsfälle entscheiden sich Patientinnen und Patienten für ein Hörgerät, das mit Mehrkosten verbunden ist – durchschnittlich in Höhe von 1.576 €.

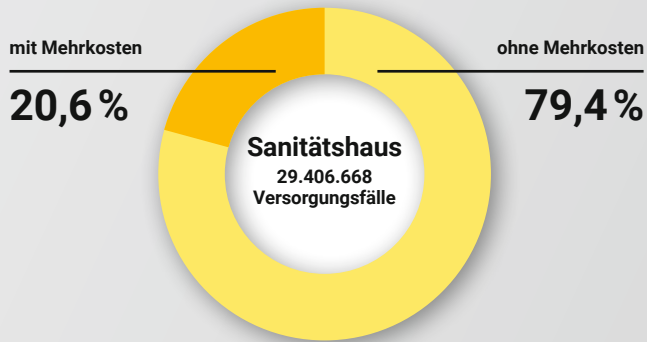
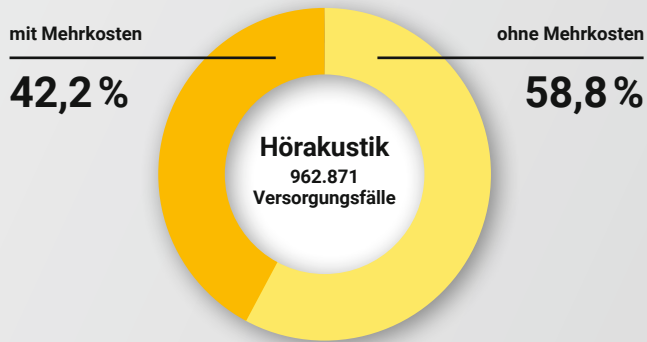
Sanitätshaus (Orthopädie-, Reha- und Medizintechnik sowie Homecare): Hier liegt der Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten bei etwa 20 %. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten beträgt 54 €.

Damit verbunden ist ein administrativer Aufwand durch die Dokumentationspflichten im Zusammenhang mit Mehrkosten, der im Sanitätshaus aufgrund der größeren Fallzahlen höher ausfällt. Zugleich ist die wirtschaftliche Relevanz der Mehrkosten im Sanitätshaus im Vergleich zur Hörakustik geringer.

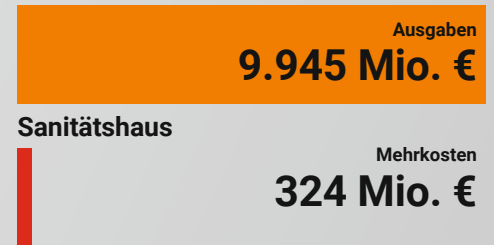
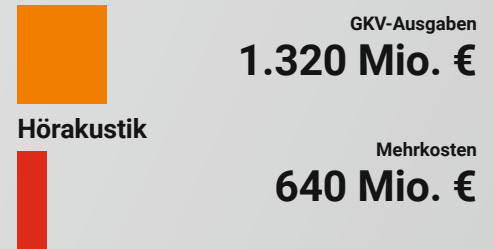
Die folgenden Grafiken stellen die Verteilung von GKV-finanzierten Leistungen und Mehrkosten in den Bereichen Hörakustik und Sanitätshaus dar; außerdem wird das Verhältnis von GKV-Leistungsausgaben und Mehrkosten deutlich.

GKV-Versorgungsfälle vs. Mehrkosten 2024

GKV-Versorgungsfälle



GKV-Leistungsausgaben und Mehrkosten

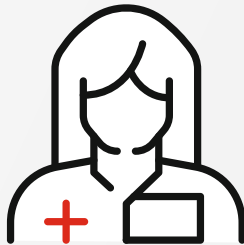


Quelle: GKV-SV Mehrkostenbericht 2024

Hilfsmittelverordnungen im ambulanten Bereich

In der Grafik ist die Verteilung der Verordnungen für die Versorgungsbereiche Orthopädie-, Medizin- und Rehathechnik sowie Homecare zu sehen.

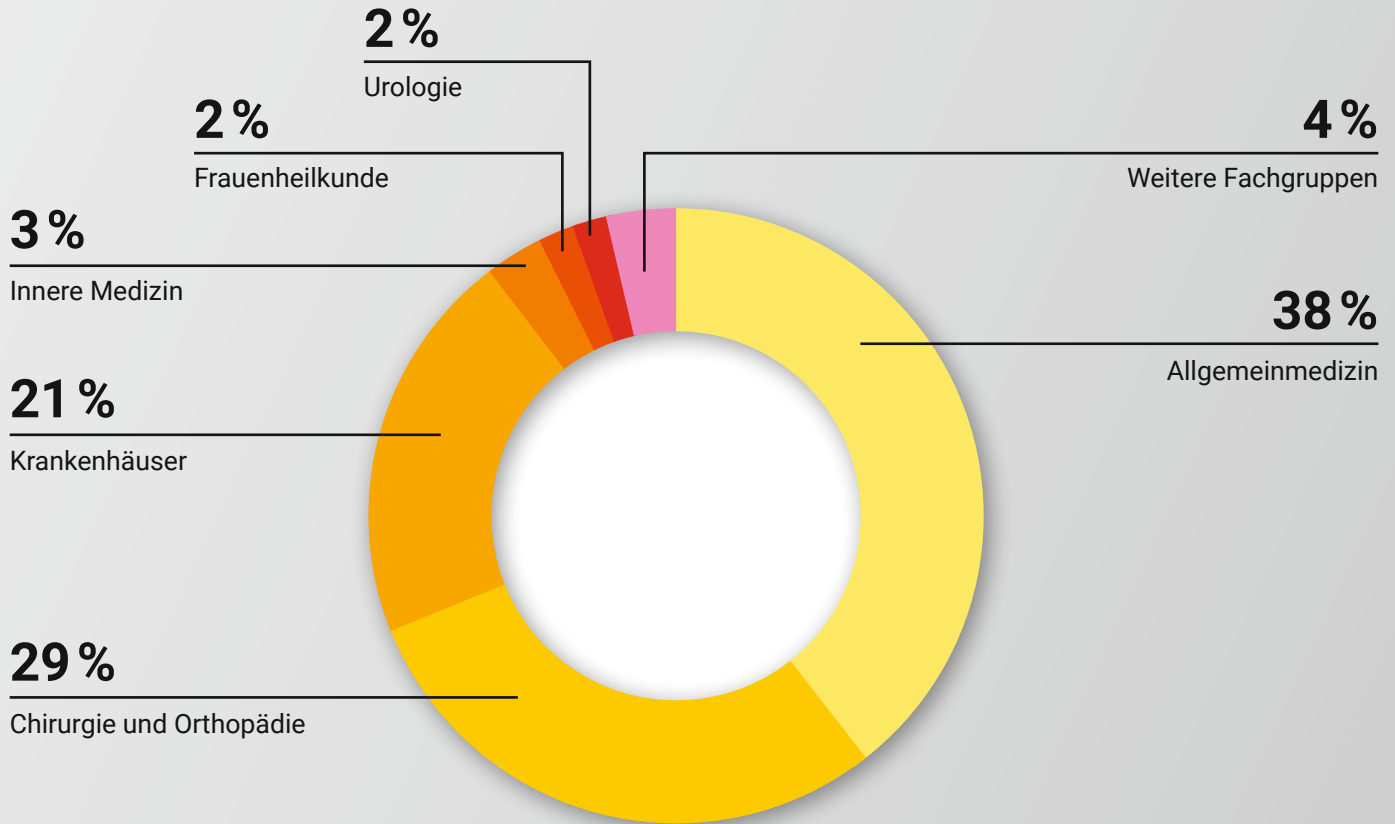
Den weitaus größten Anteil der ambulanten Hilfsmittelversorgung verordnen zwei ärztliche Fachgruppen (Allgemeinmedizin; Chirurgie und Orthopädie) sowie Krankenhäuser im Rahmen der Entlassung (keine Vertragsärztin/kein Vertragsarzt).



38 %

Allgemeinmedizin

Hilfsmittelversorgung: Verordnungsanalyse nach ärztlichen Fachgruppen 2024

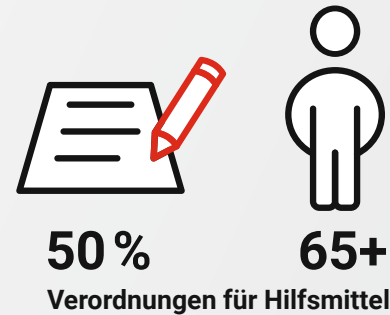


Quelle: Barmer Hilfsmittel-Atlas – Hilfsmittelversorgung in der GKV, 2025

Versorgungen mit Hilfsmitteln nach Altersgruppen

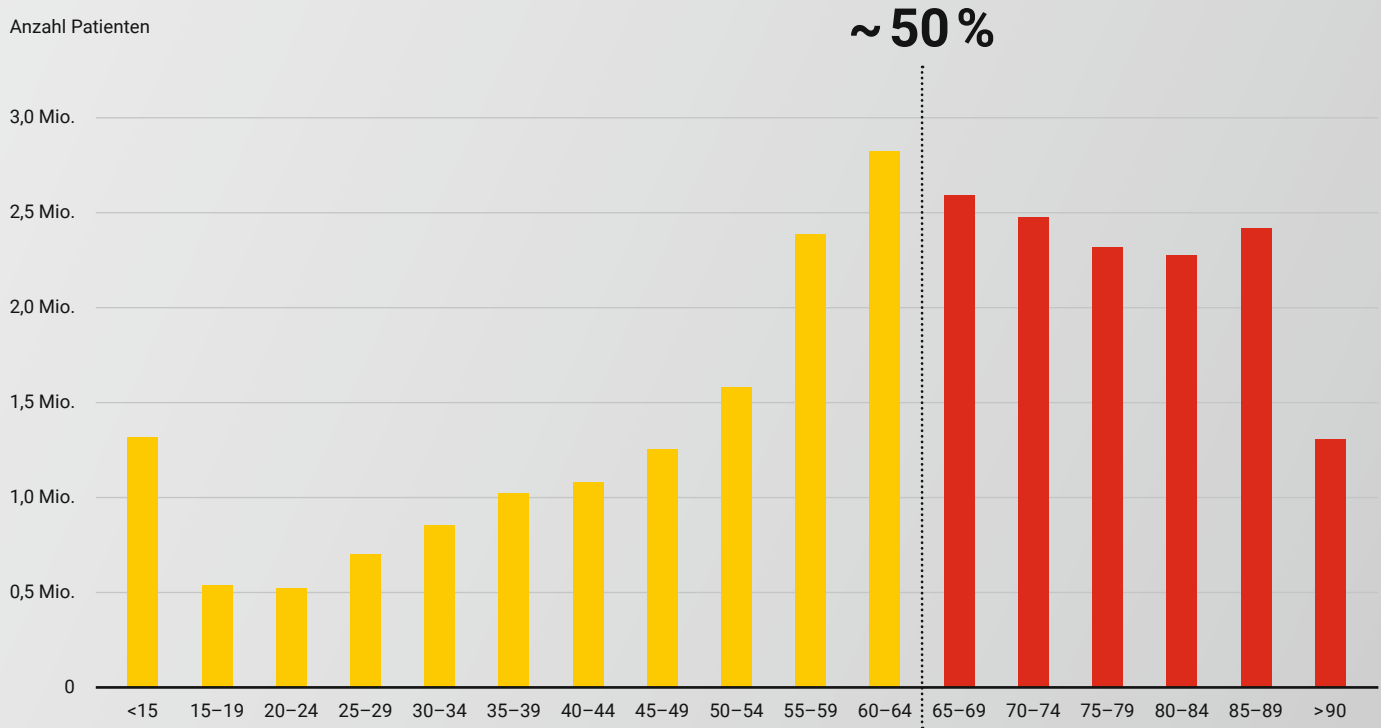
Die Verordnung von Hilfsmittelversorgungen steigt mit zunehmendem Alter: Nahezu die Hälfte aller Verordnungen entfällt auf Menschen ab dem 65. Lebensjahr. Dies wird in der Grafik besonders augenfällig.

Außerdem wachsen die Ausgaben pro versicherter Person mit dem Lebensalter und bleiben auch bei Hochbetagten auf einem hohen Niveau. Dies unterscheidet den Hilfsmittelbereich von anderen Leistungsbereichen der GKV, in denen die Ausgaben im sehr hohen Alter teilweise wieder sinken, zum Beispiel im Krankenhaus.



Verteilung der Hilfsmittelversorgungen¹ nach Altersgruppen 2024

Anzahl Patienten



¹ Alle Produktgruppen außer Hör- und Sehhilfen

Quelle: Barmer Hilfsmittelreport 2025.

Aufwand und Bürokratie

Bürokratie kostet im Versorgungsalltag oft mehr Zeit als die Arbeit an den Patientinnen und Patienten.

Am Beispiel einer Kniebandage wird beschrieben, wie sich Versorgungszeit und administrativer Aufwand zueinander verhalten.

Kniebandagen werden zur Therapie von Kniebeschwerden, zur Rehabilitation nach Verletzungen und Operationen sowie prophylaktisch zum Schutz vor Verletzungen und Erkrankungen eingesetzt. Aufgabe des Orthopädie-technikers ist es, Versicherte mit der jeweils passenden (vor-)konfektionierten Bandage zu versorgen.

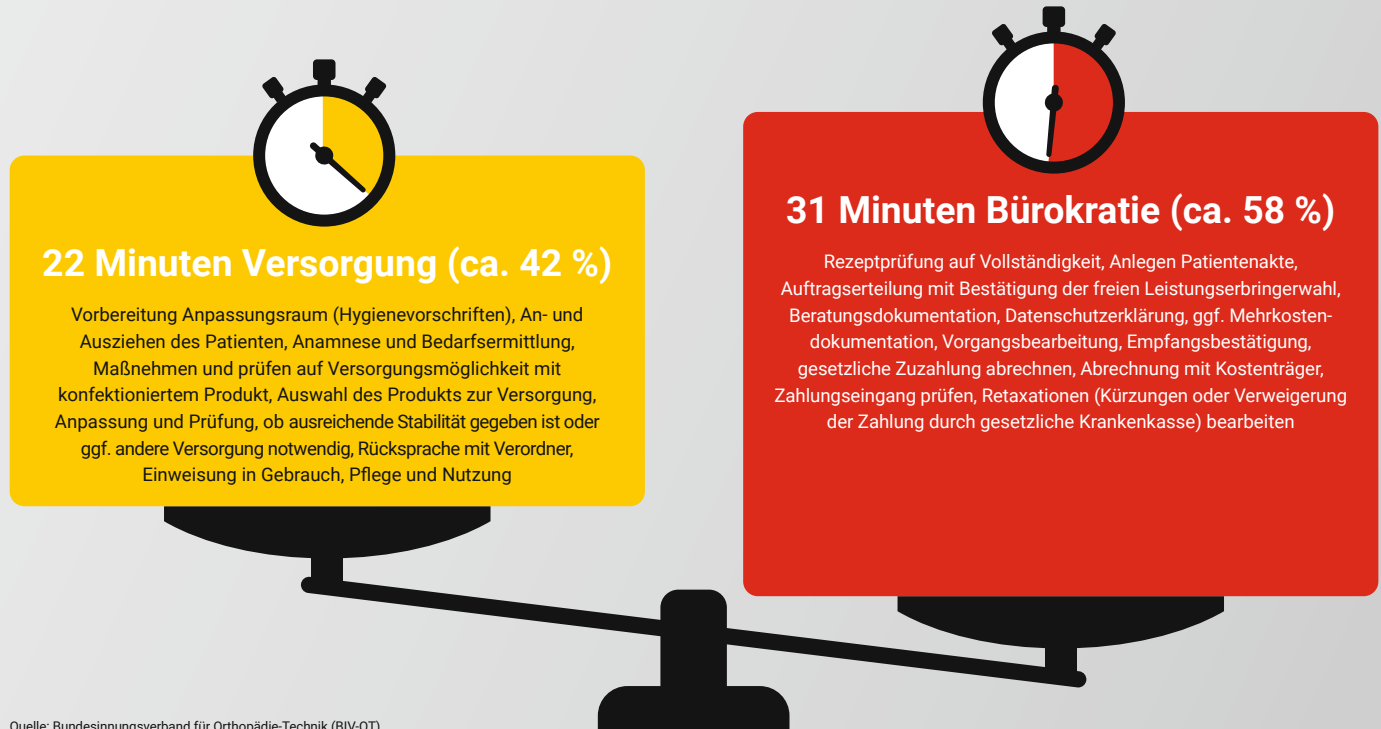
Kniebandagen gehören zur Produktgruppe 05 des Hilfsmittelverzeichnisses des GKV-Spitzenverbandes. Sie machen mit 38,8 % den größten Teil des Umsatzes aus, den Sanitätshäuser mit Bandagen erzielen.

Im Jahr 2023 wurden 912.000 Kniebandagen über die GKV versorgt.

Bei der Versorgung mit einer (vor-)konfektionierten Kniebandage wird mehr als die Hälfte der Zeit für die damit verbundene Bürokratie benötigt.

Beispiel: Versorgung mit einer konfektionierten Kniebandage

Die Versorgung eines Patienten mit einer (vor-)konfektionierten Kniebandage dauert insgesamt etwa **53 Minuten**. Davon sind:



Berufsausbildung und Qualifizierung

Die Zahl der Gesellenprüfungen ist seit 2016 zurückgegangen. Der Anteil der Fachkräfte, die danach eine Meisterprüfung ablegen, ist vergleichsweise gering – vor allem im Berufsbild Orthopädieschuhmacher/in.

Auffällig: Streben Gesellen eine Meisterprüfung an, absolvieren sie diese zunehmend früher, um eine Betriebsübernahme zu sichern. Dadurch fehlt jedoch qualifiziertes Personal auf Gesellenebene im laufenden Betrieb. Insgesamt verschärft sich damit der Fachkräftemangel im Gesundheitshandwerk.

Meisterprüfungen im Jahr 2024

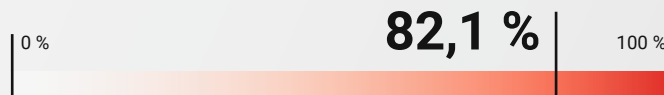
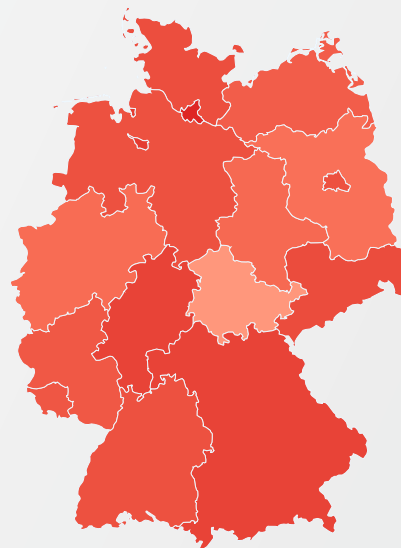
Orthopädietechnik-
Mechaniker/in

113



Orthopädie-
schuhmacher/in

88

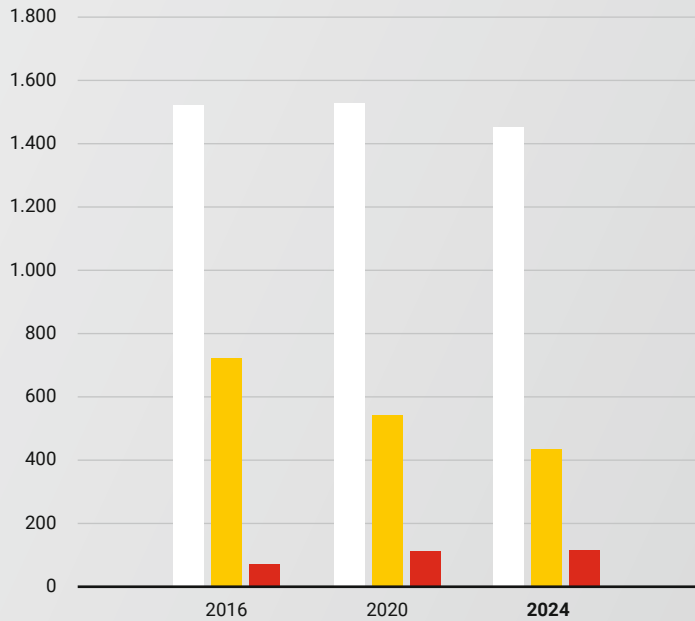


Bundesweite Stellenüberhangsquote für Aufsichts- und Führungskräfte in der Orthopädie-, Reha- und Medizintechnik: 82,1%
Das heißt: Auf 100 offene Stellen gibt es nur knapp 18 qualifizierte Bewerber

Quelle:
KOFA, 8/2025

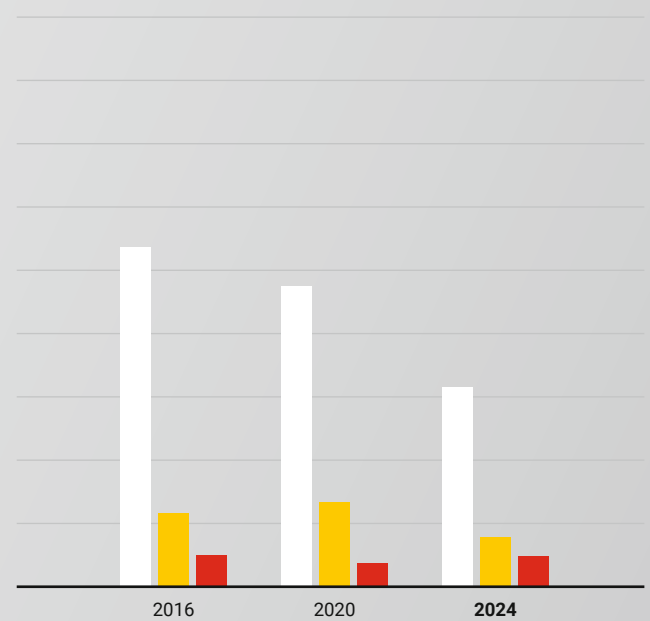
Auszubildende, Gesellen, Meister

Orthopädietechnik-Mechaniker/in



- Auszubildende (3 Lehrjahre)
- Gesellenprüfungen
- Meisterprüfungen

Orthopädieschuhmacher/in



- Auszubildende (3,5 Lehrjahre)
- Gesellenprüfungen
- Meisterprüfungen

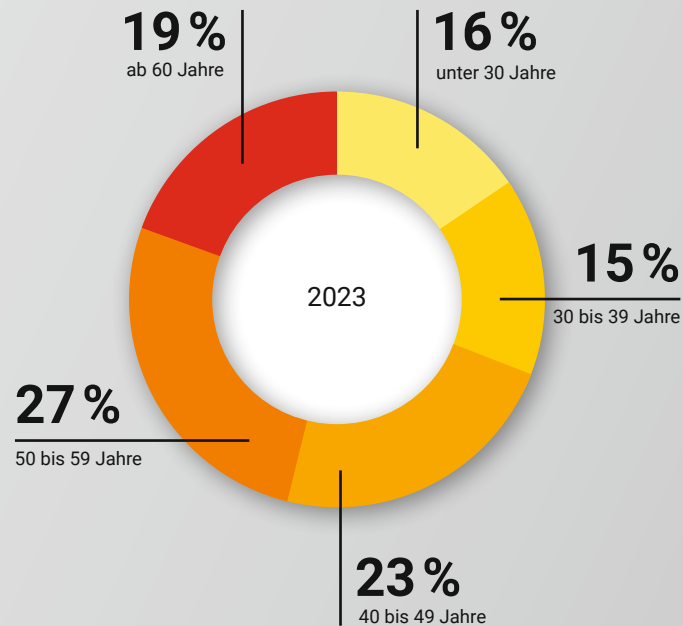
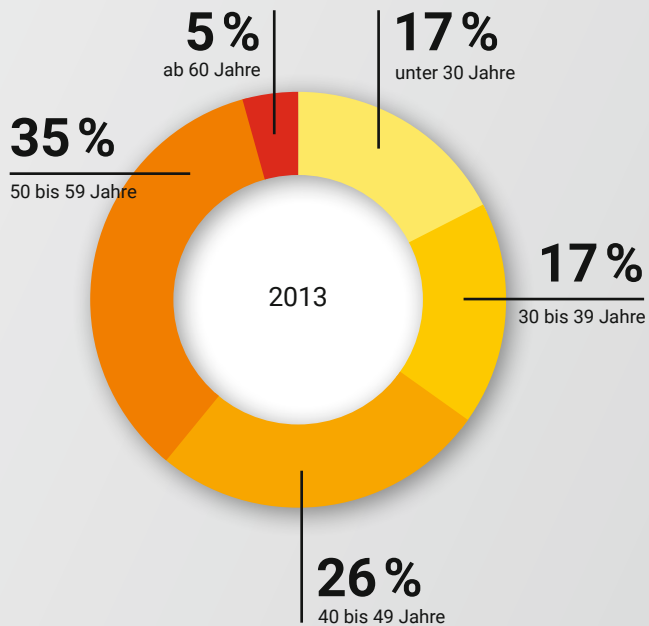
Quelle: Statistik des Zentralverbands
des Deutschen Handwerks

Altersstruktur in der Orthopädie- und Rehatechnik

Die Fachkräfte im Gesundheitshandwerk altern deutlich. Bereits im Jahr 2023 war fast jede zweite Fachkraft in der Orthopädie- und Rehatechnik 50 Jahre oder älter. Zudem ist im Vergleich zu 2013 der Anteil der über 60-Jährigen besonders stark gewachsen, wie aus der Grafik hervorgeht.

Gleichzeitig reicht der Nachwuchs nicht aus, um diese Entwicklung auszugleichen. Die Branche ist damit doppelt vom demografischen Wandel betroffen: Mehr ältere Menschen benötigen Unterstützung; damit trifft eine steigende Nachfrage nach Hilfsmitteln auf eine sinkende Fachkräftebasis.

Orthopädie- und Reha-technik: Altersverteilung der Beschäftigten 2013 und 2023



Quelle: Statistisches Bundesamt

Qualität der Gesundheitsversorgung: Deutschland im internationalen Vergleich










Verschiedene internationale Indizes bewerten die Qualität von Gesundheitssystemen anhand unterschiedlicher Kriterien. Dazu zählen unter anderem Versorgungsqualität, Zugang zur Behandlung, Effizienz und Patientenzufriedenheit. Im internationalen Vergleich schneidet Deutschland uneinheitlich ab:

Im Health Care Index von CEOWORLD (Systemleistung und Struktur) erreicht Deutschland Platz 8 von 110 Ländern. Dieser Index legt den Schwerpunkt nicht primär auf klinische Ergebnisse wie etwa Überlebensraten oder Patientenerfahrungen, sondern unter anderem auf Kapazitäten und Resilienz: Wie gut ist ein Land strukturell aufgestellt, um Versorgung bereitzustellen – einschließlich seiner Krisenfestigkeit.

Im NUMBEO-Index (Nutzerbewertungen) liegt Deutschland auf Platz 23 von 97 Ländern. Dieser Index rückt die Wahrnehmung von Gesundheitsdiensten in den Fokus, zum Beispiel Freundlichkeit oder Wartezeiten.

Die Unterschiede veranschaulichen, dass die Bewertung stark von den zugrundeliegenden Kriterien abhängt. Gemeinsam ist beiden Indizes jedoch: Deutschland zählt längst nicht mehr zu den weltweit besten Gesundheitssystemen.

Qualität der Gesundheitsversorgung: Internationale Rankings

	Health Care Index (CEOWORLD) 2025	Health Care Index (NUMBEO) 2025
 Taiwan	78,72	87,00
 Südkorea	77,70	82,80
 Australien	74,11	73,10
 Kanada	71,32	68,60
 Schweden	70,73	68,60
 Irland	67,99	51,50
 Niederlande	65,38	80,60
 Deutschland	64,66	71,70
 Norwegen	64,63	75,80
 Israel	61,73	73,40
 Belgien	60,16	75,80
 Schweiz	59,60	70,80
 Japan	59,52	80,20
 Singapur	57,96	71,80
 USA	56,71	67,50

8.

23.

Quelle: World Population Review











Qualität der Gesundheitsversorgung: Versorgungsabläufe und Verwaltungseffizienz

Die folgende Grafik beleuchtet die Ergebnisse einer internationalen Studie zur Qualität verschiedener Gesundheitssysteme. Dafür wurden zehn Länder untersucht, darunter Deutschland. Besonders bei der Prozessqualität und der Administration schneidet das deutsche System schlechter ab als die meisten anderen Länder.

In die Bewertung der Versorgungsabläufe (Care Process) wurden Merkmale einbezogen, die international als zentral für eine hochwertige Versorgung gelten – wie beispielsweise Prävention, die Einbindung von Patienten und die Berücksichtigung von Präferenzen, Patientensicherheit sowie Versorgungskoordination.

Die Dimension Verwaltungseffizienz (Administrative Efficiency) beurteilt die administrativen Hürden im Gesundheitssystem, speziell den Zeit- und Arbeitsaufwand für Versicherte und Leistungserbringer, der durch Verwaltungsanforderungen sowie durch Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit Dokumentations- und Prüfverfahren entsteht.

Versorgungsabläufe (Care Process) und Verwaltungseffizienz (Administrative Efficiency) im internationalen Vergleich

	Gesamtrangliste	Zugang zur Versorgung	Versorgungsabläufe	Verwaltungseffizienz	Eigenkapital	Gesundheitsergebnisse
 Australien	1	9	5	2	1	1
 Kanada	7	7	4	5	7	4
 Frankreich	5	6	7	4	6	5
 Deutschland	9 😞	3 😊	9 😞	8 😞	2 😊	9 😞
 Niederlande	2	1	3	6	3	7
 Neuseeland	4	5	1	3	8	3
 Schweden	6	4	10	7	—	6
 Schweiz	8	8	6	10	4	2
 Großbritannien	3	2	8	1	5	8
 USA	10	10	2	9	9	1

Quelle: Blumenthal et al. 2024

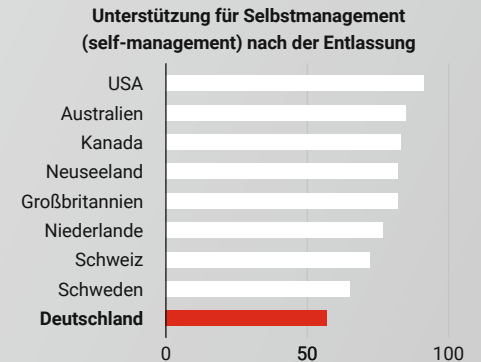
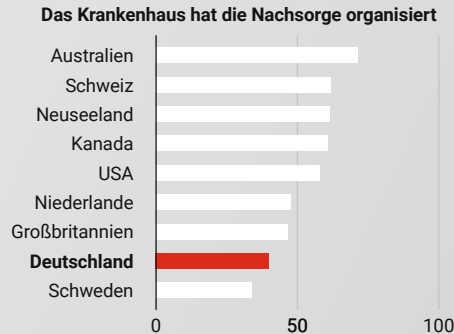
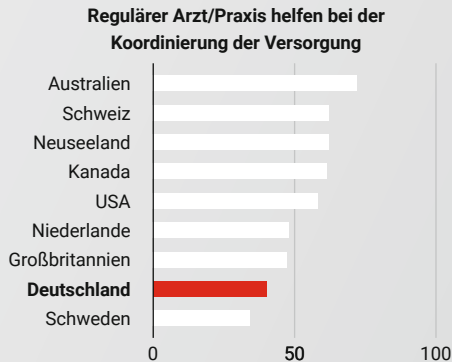
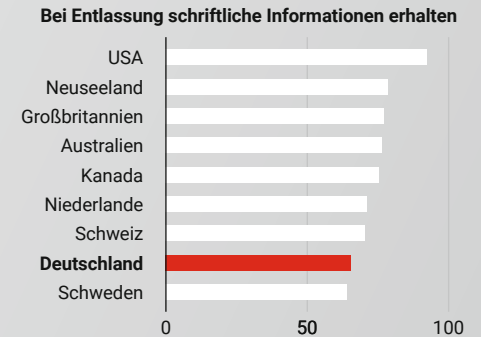
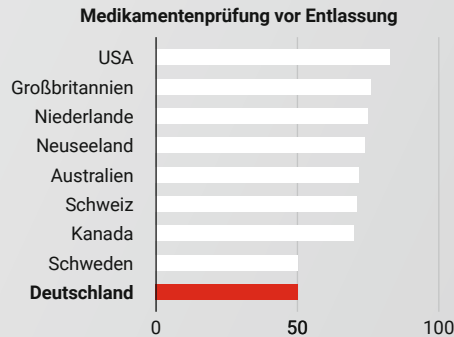
Schwachstelle Entlassmanagement

Deutschland weist beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung deutliche Schwächen auf. Eine internationale Studie aus dem Jahr 2025 belegt die Schwachstellen, die in fünf Grafiken aufbereitet wurden. Im Mittelpunkt steht die Generation der über 65-Jährigen.

Der zugrundeliegende Bericht hebt explizit hervor: In Deutschland (und Schweden) ist es am wenigsten wahrscheinlich, dass ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt berichten, das Krankenhaus habe die Versorgung gut koordiniert bzw. sie ausreichend auf die Entlassung vorbereitet (zum Beispiel durch eine Medikationsanalyse, schriftliche Hinweise, Follow-up-Organisation oder Unterstützung beim Management zu Hause).

Qualität der Gesundheitsversorgung: Koordination beim Entlassmanagement im internationalen Vergleich

Angaben jeweils:
**% der über 65-Jährigen,
 die in den letzten zwei Jahren
 in einem Krankenhaus behandelt
 wurden.**



Quelle: basierend auf Munira et al. (2025)

Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben

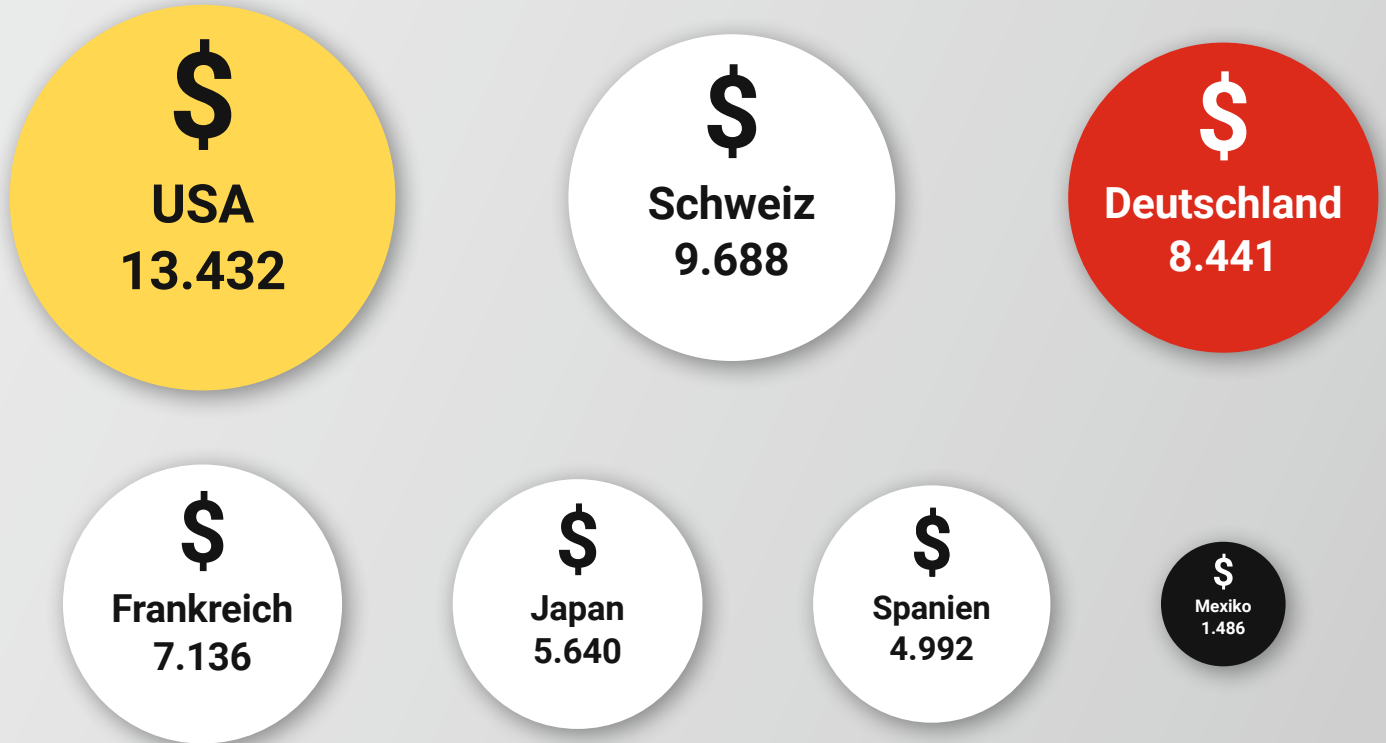
8.441 US-Dollar



**Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben
in Deutschland**

Die USA haben das kostenintensivste Gesundheitswesen, wie die Grafik über die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben (einschließlich gesetzlicher und privater Ausgaben) in ausgewählten Ländern der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD; Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) für das Jahr 2023 zeigt. Deutschland liegt auf Platz drei.

Gesundheitsausgaben pro Kopf für das Jahr 2023 im internationalen Vergleich



Quelle: OECD

Die Bedeutung von Hilfsmitteln

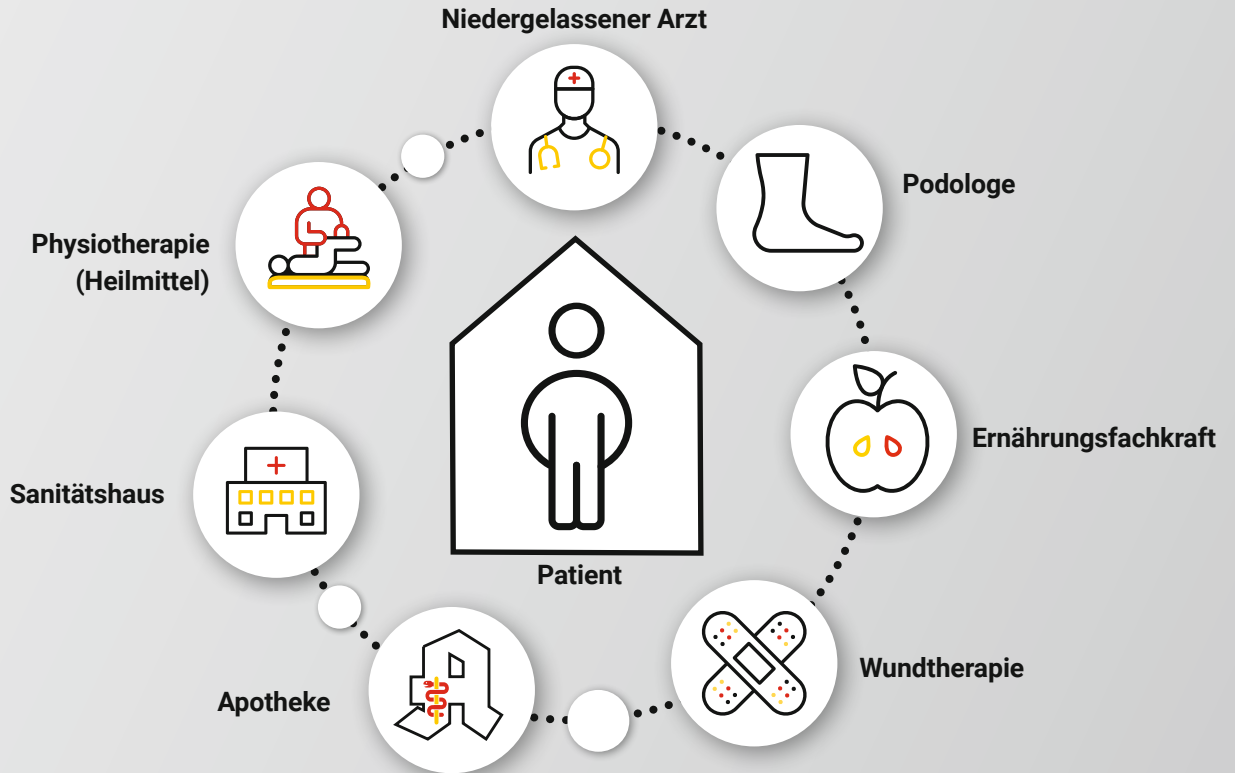
Die Hilfsmittelversorgung ist kein Sachleistungsbereich, den man beliebig standardisieren kann. Die Qualität einer Versorgung mit einem Medizinprodukt wird vor allem durch den (interprofessionellen) Versorgungspfad bestimmt: Bei einer qualitätsgesicherten Versorgung bestimmen Fachleistungen wie Indikation, Bestimmung des Funktionsdefizits, individuelle Fertigung, Anpassung, Beratung, Einweisung sowie Nachsorge und Überprüfung des Versorgungserfolgs im Alltag den erfolgreichen Einsatz des Medizinprodukts.

Wer die GKV stabilisieren will, sollte vor allem dort ansetzen, wo vermeidbare Gesundheitsrisiken und langfristige Folgekosten entstehen. Dies lässt sich exemplarisch an den Krankheitsbildern chronische Wunden und Gonarthrose darlegen.

Bei beiden Indikationen wird deutlich, dass Hilfsmittelversorgungen wesentlicher Bestandteil einer präventiv und ambulant ausgerichteten Therapie sind. Eine konsequente Investition in eine qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung zahlt sich doppelt aus:

- Patientinnen und Patienten gewinnen mehr Lebensqualität und Selbstbestimmung, besonders bei chronischen Erkrankungen und im höheren Lebensalter;
- im Gesundheitssystem werden Folgekosten reduziert, weil aufwendige, kostenintensivere Behandlungen vermieden oder hinausgezögert werden können.

Ambulant vor stationär: Medizinische und pflegerische Leistungen werden vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich verlagert (Ambulantisierung)



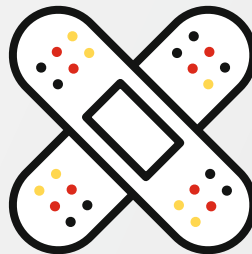
Chronische Wunden: Prävalenz

Ab dem 40. Lebensjahr nimmt die Prävalenz chronischer Wunden deutlich zu und ist insbesondere ab 80 Jahren hoch (Prävalenz: Anteil erkrankter Personen in einer Bevölkerungsgruppe zu einem Zeitpunkt oder innerhalb eines Zeitraums; umfasst alle bestehenden Fälle).

Als chronisch gelten Wunden, die länger als acht Wochen bestehen oder infolge einer Grunderkrankung fortgesetzt behandelt werden müssen. Sie treten häufig und teils wiederholt bei Diabetes (zum Beispiel im Rahmen eines diabetischen Fußsyndroms), chronischer Veneninsuffizienz, peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) oder bei Menschen mit Mobilitätseinschränkungen auf (beispielsweise als Druckgeschwür; Dekubitus). Für die Betroffenen bedeuten sie oft starke Schmerzen, reduzierte Mobilität und verminderte soziale Teilhabe.

Im Jahr 2021 litten laut DAK-Versorgungsreport 2024 hochgerechnet rund 990.000 Menschen ab 40 Jahren in Deutschland an chronischen Wunden.

Für die in der Grafik benannten einzelnen Indikationsbereiche gilt: Mehrfachnennungen aufgrund multikausaler, multipler bzw. mehrfacher Wundbehandlungen innerhalb eines Jahres sind möglich.



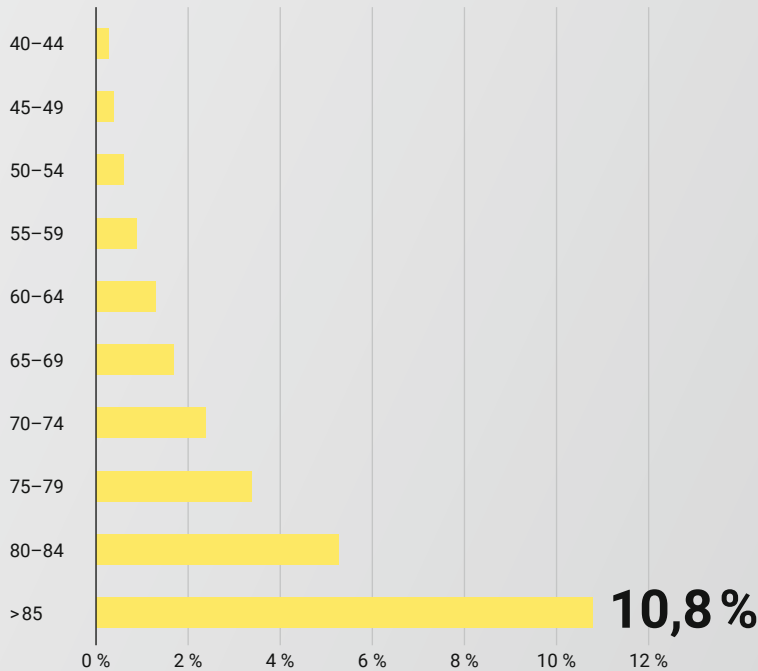
990.000

**Menschen ab 40 Jahren
mit chronischen Wunden**

Chronische Wunden: Jahresprävalenz chronischer Wunden bei DAK-Versicherten ab 40 Jahren im Jahr 2021 nach Alter

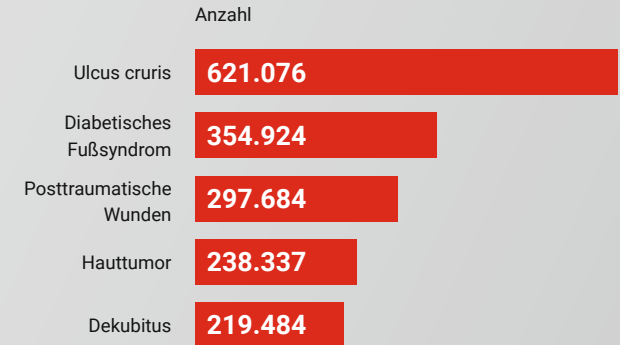
Altersgruppen

in Jahren



Prävalenz chronischer Wunden im Jahr 2021 nach ausgewählten Indikationsbereichen

Hochrechnung für ganz Deutschland



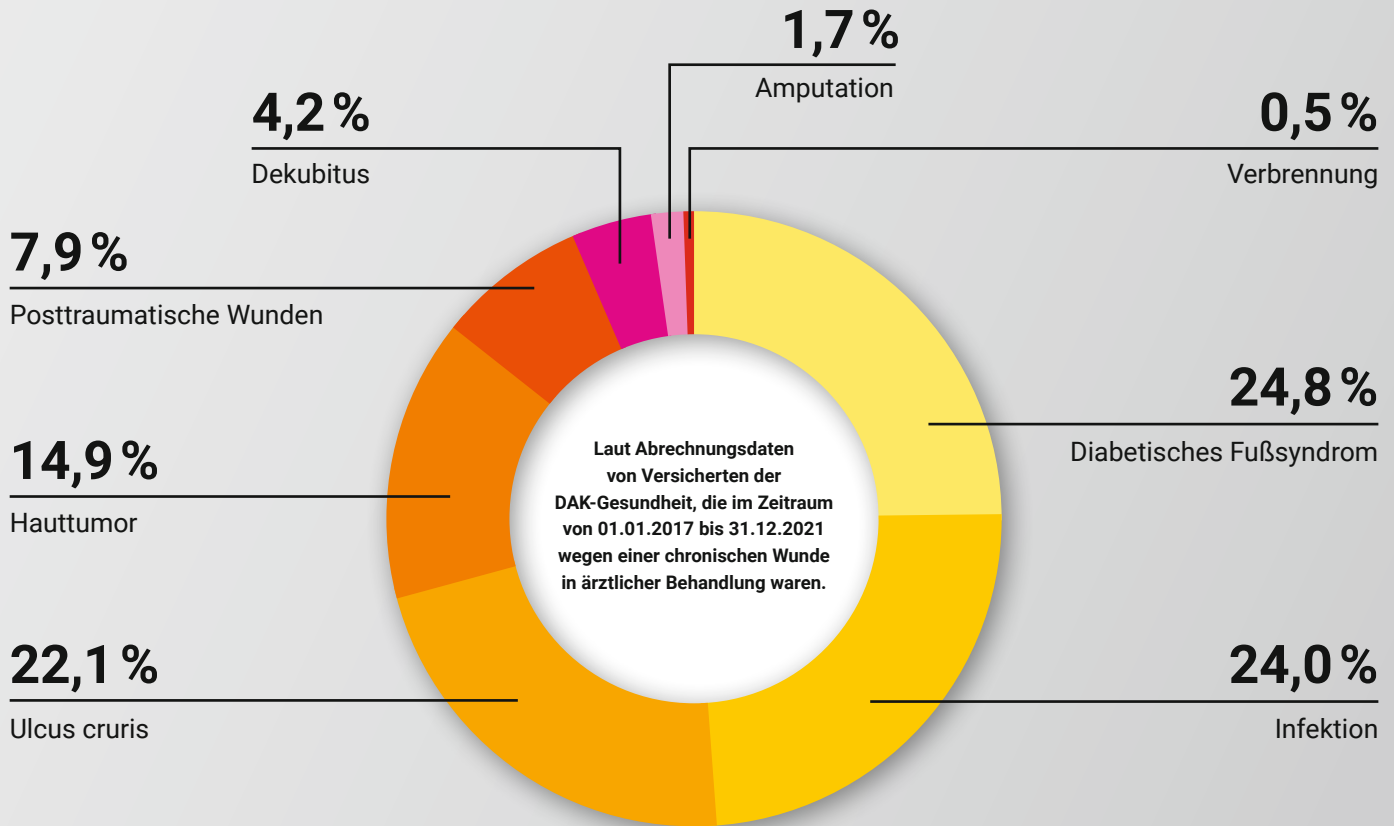
Quelle: DAK-Versorgungsreport 2024 Chronische Wunden

Chronische Wunden: Krankenhausbehandlungen

Die Grafik benennt die dokumentierten wundrelevanten Hauptdiagnosen. Sie gibt Aufschluss darüber, mit welcher Häufigkeit und aus welchen Indikationsbereichen chronische Wunden vollstationär behandelt werden.

Aus diesen Angaben wird ersichtlich: Jeweils knapp ein Viertel der wundrelevanten Diagnosen, die eine vollstationäre Behandlung nach sich ziehen, entfallen auf die Indikationsbereiche diabetisches Fußsyndrom, Infektionen und Ulcus cruris (umgangssprachlich als „offenes Bein“ bezeichnet).

Verteilung wundassoziiierter vollstationärer Krankenhausbehandlungen 2021



Quelle: DAK-Versorgungsreport 2024

Chronische Wunden: Kosten

Fast die Hälfte der Gesamtkosten für die Versorgung chronischer Wunden entfallen auf vollstationäre Behandlungen. 11 % der Wundpatienten wurden im Laufe eines Jahres (2021) auch stationär behandelt.

Weitere etwa 30 % der Kosten entfallen auf die Versorgung mit Verbandmitteln, gefolgt von der häuslichen Krankenpflege (ca. 13 %) und der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (knapp 8 %).



2.929 Mio. €

Gesamtkosten
für die Versorgung chronischer Wunden

Verteilung wundassoziiertes vollstationärer Krankenhausbehandlungen 2021

232 Mio. €

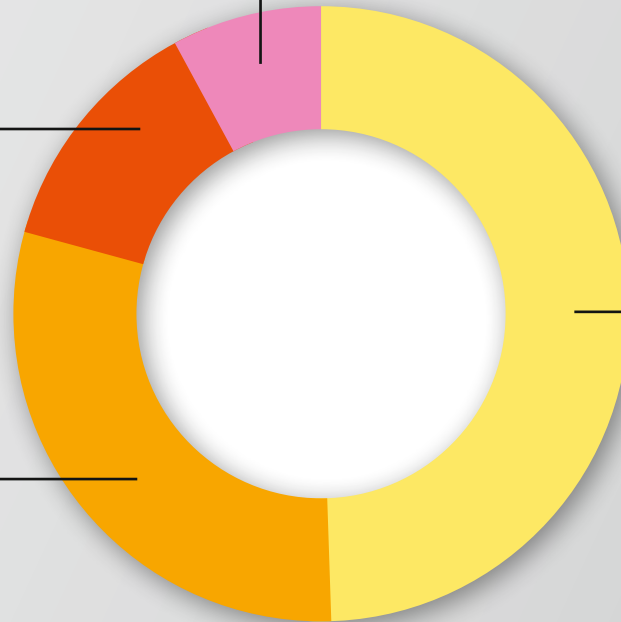
Ambulante vertragsärztliche Versorgung

377 Mio. €

Häusliche Krankenpflege

870 Mio. €

Verbandmittelversorgung



1.450 Mio. €
Vollstationäre Behandlung

Quelle: DAK-Versorgungsreport 2024 Chronische Wunden

Lymphödem: Fehlverordnung – Kompressionstherapie kommt zu kurz

Laut Heilmittelreport 2024 des Barmer Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) erhalten mehr als 40 % der Patienten, die von ihren Ärzten eine manuelle Lymphdrainage (MLD) verschrieben bekommen, keine Kompressionstherapie dazu. Damit fehlt in fast jedem zweiten Fall mit Indikation die notwendige begleitende Kompressionstherapie mittels Bandagierung oder Kompressionsstrumpf.

Das Lymphödem ist eine chronische Erkrankung, die die Lebensqualität der Patienten und deren Teilhabe am privaten, beruflichen und gesellschaftlichen Leben mitunter stark einschränkt. In den Industriestaaten wird die Inzidenz des sekundären Lymphödems zwischen 0,13 und 2 % angegeben, wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer. Die Zahl der Betroffenen steigt mit dem Alter.

Quelle: AWMF S2k Leitlinie Diagnostik und Therapie der Lymphödeme



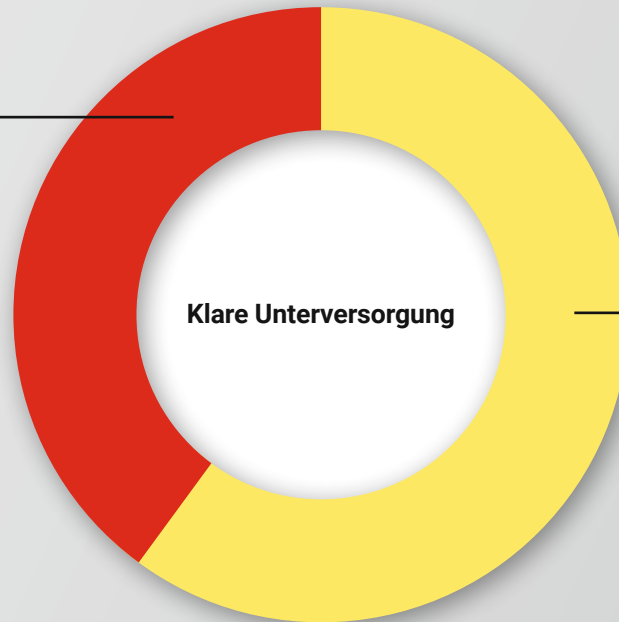
Das ist eine klare Unterversorgung. Denn manuelle Lymphdrainage und Kompressionstherapie sind in Kombination die sachgerechte Regeltherapie der Entstauungstherapie. Ohne Kompression wird die Schwellung zwischen den Therapiesitzungen nicht ausreichend „in Schach gehalten“.

Besonders kritisch ist: Hier geht es um Patienten mit hohem Risikopotenzial. Wird ein Lymphödem nicht konsequent versorgt, drohen zunehmende Haut- und Gewebeveränderungen – bis hin zu chronischen Wunden und einem offenen Bein. Eine Versorgungsquote von unter 60 % ist deshalb nicht nur unbefriedigend, sondern medizinisch alarmierend. Die Lymphödem-Leitlinie beschreibt unbehandelte Lymphödeme als progredient (fortschreitend) und chronifizierend.

Anteil der Patienten mit indikationsgerechter MLD-Verordnung und Kompressionstherapie

40 %

MLD-Verordnung
ohne
Kompressionstherapie



Klare Unterversorgung

60 %

MLD-Verordnung
mit
Kompressionstherapie

Quelle: BARMER Heilmittelreport 2024

KPE: Vier klare Bausteine – und ein Prozess, der sie zerlegt

Die Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE) ist fachlich eindeutig: Entstauung, Kompression, Bewegung und Hautpflege müssen zusammenwirken. Gerade diese klare Struktur macht die Versorgung wirksam. Jeder Baustein hängt am anderen – fehlt die Kompression, bleibt auch die manuelle Lymphdrainage (MLD) unvollständig. Ohne Kompression bleibt der Effekt der MLD nicht bestehen: Die Flüssigkeit wird zwar aus dem Gewebe massiert, kehrt jedoch schnell wieder zurück. Damit läuft die MLD ins Leere.

Genau hier liegt der Bruch: Der GKV-Verwaltungsfluss bildet diese Versorgung nicht als zusammenhängenden Pfad ab, sondern zerlegt sie in kassenindividuelle Prüfschritte, Formulare, Nachweise und Genehmigungen. Der Prozess ist geprägt von Medienbrüchen, die ein schlüssiges Versorgungscontrolling kaum ermöglichen.

Das ist der strukturelle Grund für die Unterversorgung. Wo die Leitlinie klare Versorgungsbausteine vorgibt, scheitern die Beteiligten an GKV-Prozessen. Arzt, Therapeut und Sanitätshaus sollen interprofessionell zusammenarbeiten – müssen aber durch ein System, das Versorgung nicht verbindet, sondern zersplittert.

Die Folge ist sichtbar: Mehr als 40 Prozent der Patienten mit MLD-Verordnung erhalten keine begleitende Kompression. Das ist keine zufällige Lücke, sondern Ausdruck eines Prozesses, der leitliniengerechte Versorgung nicht zuverlässig sicherstellt.

Die vier Bausteine der Entstauungstherapie

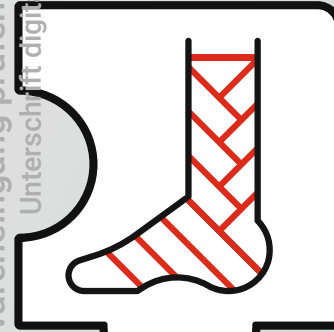
Bewegung



Änderungsantrag

Statuserhebung
Maßkarte
Vorsorgungsparameter messen
Wareneingang prüfen
Unterschrift digitalisieren

Kompression



Kassenindividuelle Verträge
Medizinischer Dienst

Herstellernachweis
Prüfung
Unterlagenanforderung

Folgeversorgung
Datenschutzerklärung

Beratungsdokumentation
Begründung Zusätze

Begründung notwendiger Zusätze
Mehrkostenerklärung

Erhebungsbogen

Entstauung



Verordnung

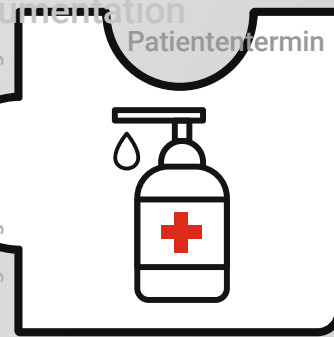
MDR Dokumentation

Kostenvoranschlag
Unterschrift digitalisieren

Maßblatt erstellen

rechnungsbegleitende Unterlagen

Hautpflege

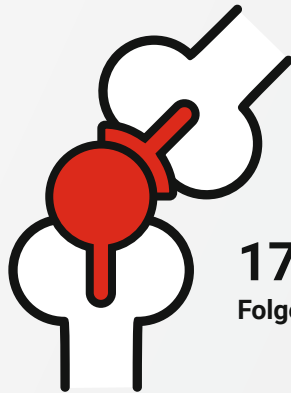


Patiententermin

Kniegelenkersatz

Im Jahr 2024 wurden in Deutschland 173.252 Kniegelenke erstmals ersetzt. Hinzu kamen Folgeeingriffe. Das sind nicht nur hohe Fallzahlen. Sie zeigen auch, wie spät das System häufig reagiert.

173.252
Erstimplantationen

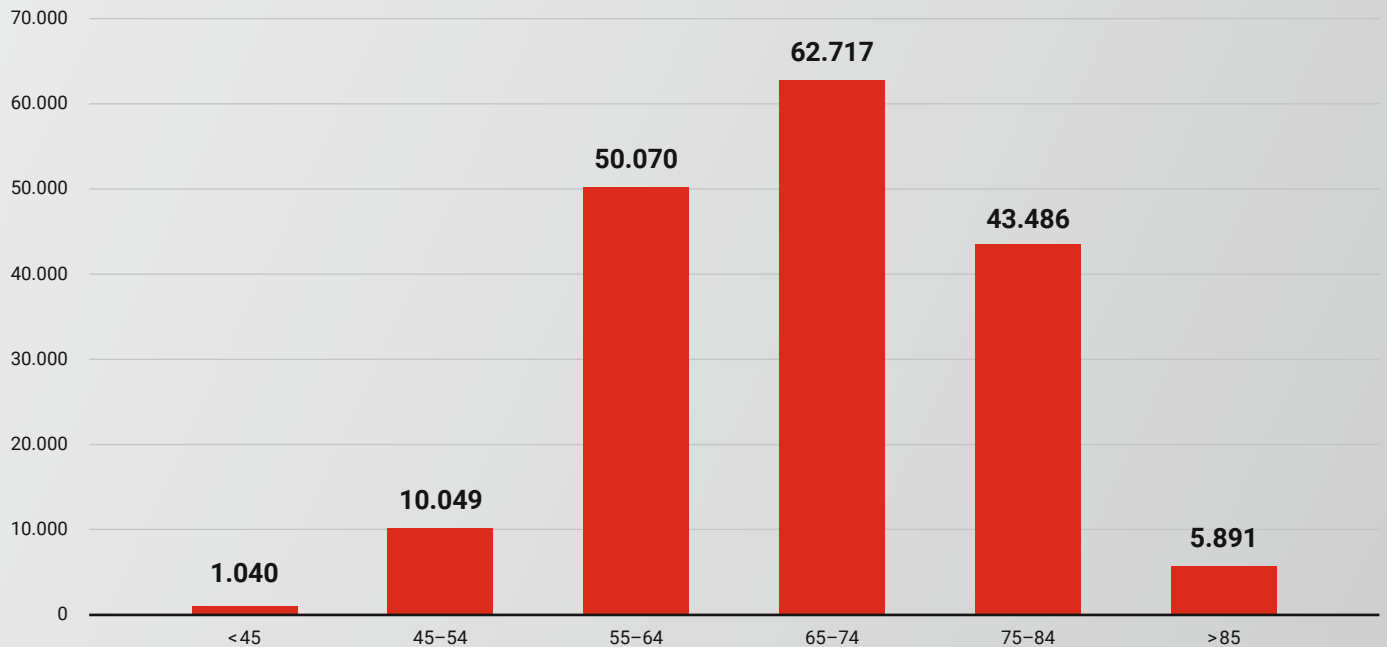


17.456
Folgeeingriffe

Denn der DAK-Versorgungsreport Knieschmerzen/Gonarthrose macht deutlich: Ein erheblicher Teil dieser Operationen müsste gar nicht stattfinden, wenn Patienten früher, strukturierter und konsequenter konservativ versorgt würden.

In der mittleren Modellvariante sinkt die Zahl der Knieendoprothesen (KEP) um 9,6 %. Anders gesagt: Rund jede zehnte Knieprothese wäre vermeidbar. Übertragen auf die Fallzahlen von 2024 entspricht das rechnerisch knapp 17.000 Erstimplantationen, die nicht zwingend hätten stattfinden müssen. Und selbst dort, wo die Operation nicht vollständig vermieden werden kann, geht wertvolle Zeit verloren: Bei weiteren rund 4 % der Betroffenen ließe sich die Erstimplantation im Durchschnitt um gut sieben Jahre hinauszögern.

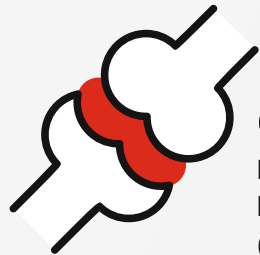
Knieerstimplantationen 2024 in Deutschland



Quelle: EPRD Patienteninformation 2025

Gonarthrose

Chronische Kniearthrose ist kein Randphänomen, sondern ein breites Versorgungsproblem. Besonders auffällig ist aber die Gruppe der Patienten mit Knieendoprothese (KEP). Sie besteht nicht nur aus hochbetagten Menschen am Ende eines langen Krankheitsverlaufs. Ein relevanter Teil ist jünger als 70 Jahre, mehr als jeder Zehnte sogar unter 60. Das heißt: Künstliche Knie werden auch bei Menschen eingesetzt, die häufig noch mitten im Berufs- und Familienleben stehen.



ca. 1 Mio.

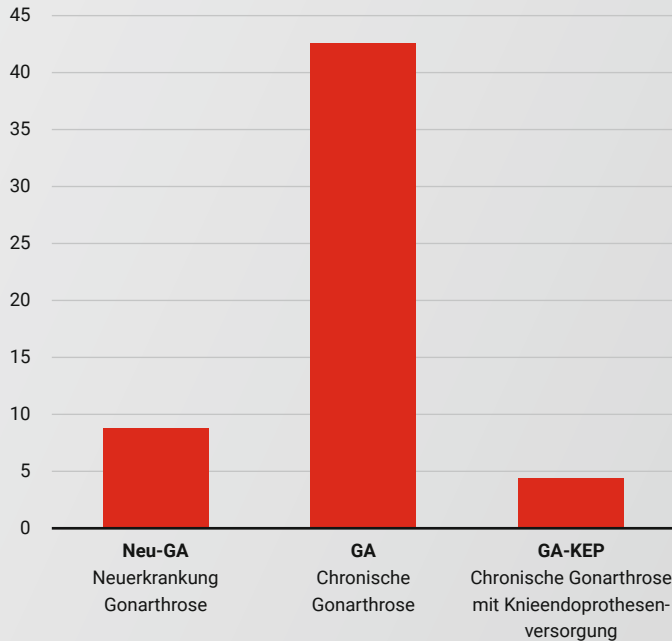
**Menschen in Deutschland
leiden unter Knieschmerzen
(zwischen 15 und 17 %)**

Genau deshalb müsste vor einer KEP besonders konsequent geprüft werden, ob alle konservativen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden: Physiotherapie, gezieltes Training, Gewichtsreduktion, Bandagen, Orthesen und strukturierte Patientenführung.

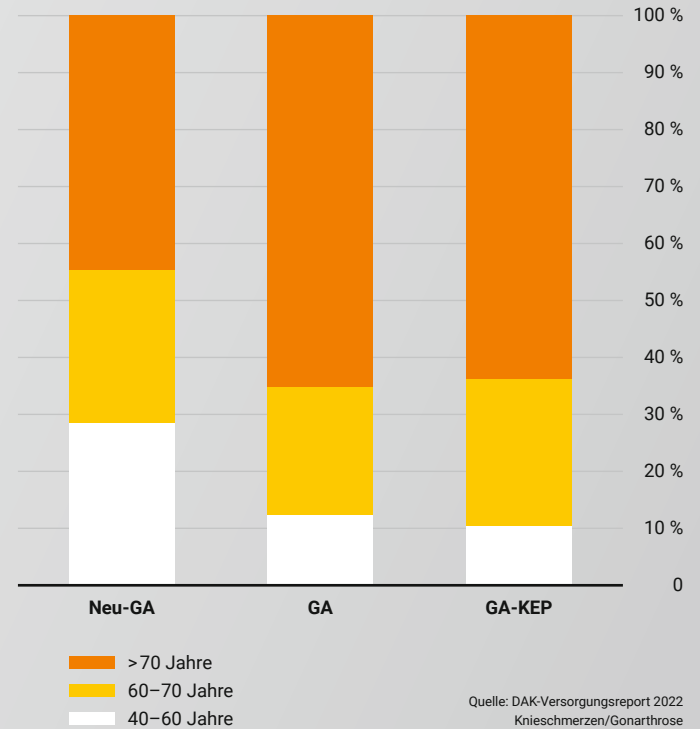
Der DAK-Versorgungsreport zeigt jedoch: Diese Optionen greifen häufig zu spät oder gar nicht ausreichend.

Gonarthrose: Prävalenz

Standardisierte Prävalenz
je 1.000 GKV-Versicherte



Altersverteilung



Quelle: DAK-Versorgungsreport 2022
Knieschmerzen/Gonarthrose

Gonarthrose: Konservative Versorgungsoptionen vor einer KEP

Diese Grafik zeigt das eigentliche Alarmsignal der Gonarthrose-Versorgung: Die konservativen Optionen greifen viel zu spät.

Fünf Jahre vor einer Knieendoprothese (KEP) erhält nur ein kleiner Teil der Patienten Physiotherapie oder Hilfsmittel. Erst im letzten Jahr vor der Operation steigen die Verordnungen deutlich an – also genau dann, wenn die Entscheidung zur KEP praktisch schon vor der Tür steht. Das ist keine vorausschauende Versorgung. Das ist der Versuch einer Reparatur kurz vor dem OP-Saal.

43,3 %

ohne Physiotherapieverordnung
vor Implantation einer Knieendoprothese

51,7 %

ohne Hilfsmittelversorgung
vor Implantation einer Knieendoprothese

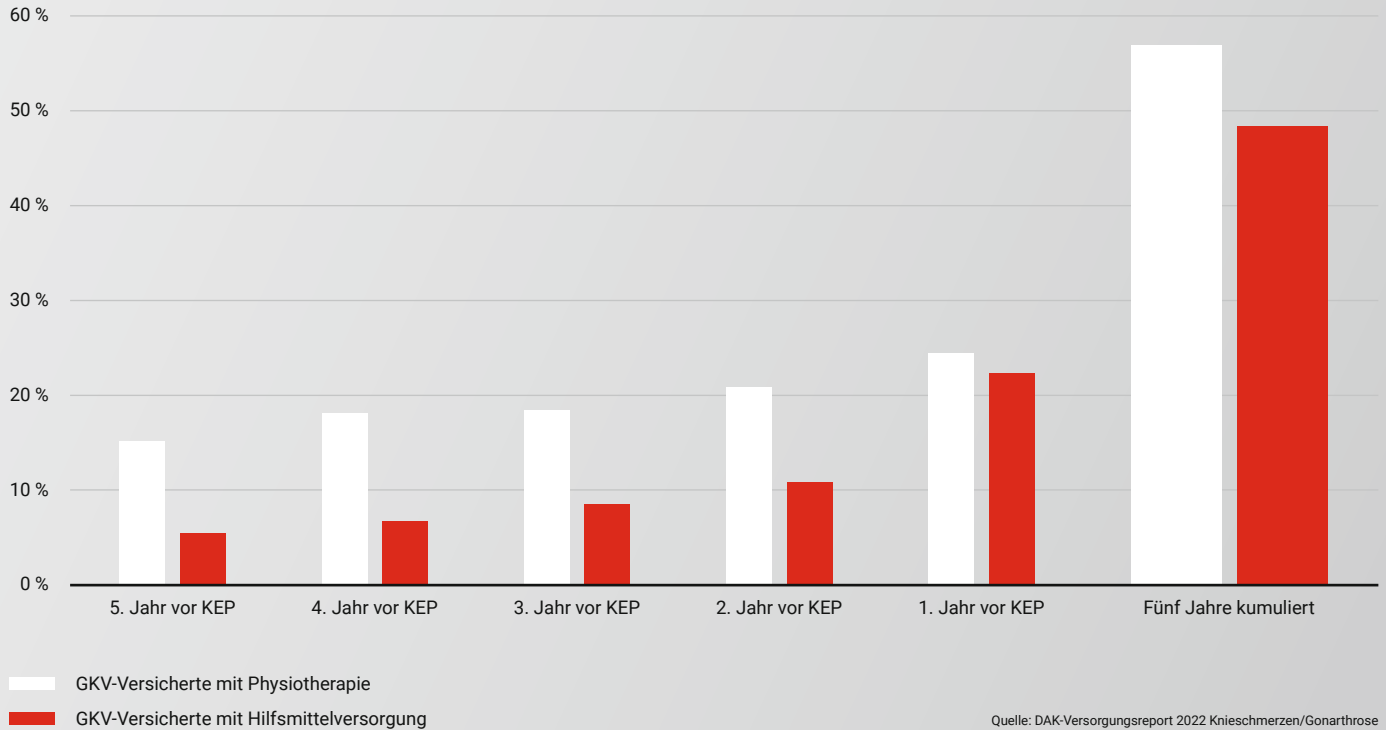
Physiotherapie, Bandagen, Orthesen und andere Hilfsmittel müssten früh eingesetzt werden, um Mobilität zu erhalten, Schmerzen zu reduzieren und eine Operation möglichst zu vermeiden oder hinauszuzögern. Die Daten zeigen aber: Viele Patienten bekommen diese Optionen erst, wenn der Krankheitsverlauf bereits weit fortgeschritten ist. Besonders deutlich wird das bei den Hilfsmitteln: Der starke Anstieg kurz vor der KEP spricht dafür, dass Versorgung erst dann sichtbar greift, wenn Gehen und Alltag bereits massiv eingeschränkt sind.

Für Laien übersetzt: Das System stabilisiert das Knie nicht früh genug – es wartet, bis der Patient kaum noch laufen kann, und ersetzt dann das Gelenk.

Genau deshalb spricht diese Grafik dafür, dass die KEP nicht immer sauber als letzter Schritt nach ausgeschöpfter konservativer Therapie eingesetzt wird. Sie erscheint zu oft als Folge einer Versorgung, die vorher zu spät, zu schwach und zu wenig strukturiert war.

Physiotherapie und Hilfsmittelverordnungen bei chronischer Gonarthrose innerhalb von fünf Jahren vor Knieendoprothesenversorgung (KEP)

GKV-Versicherte

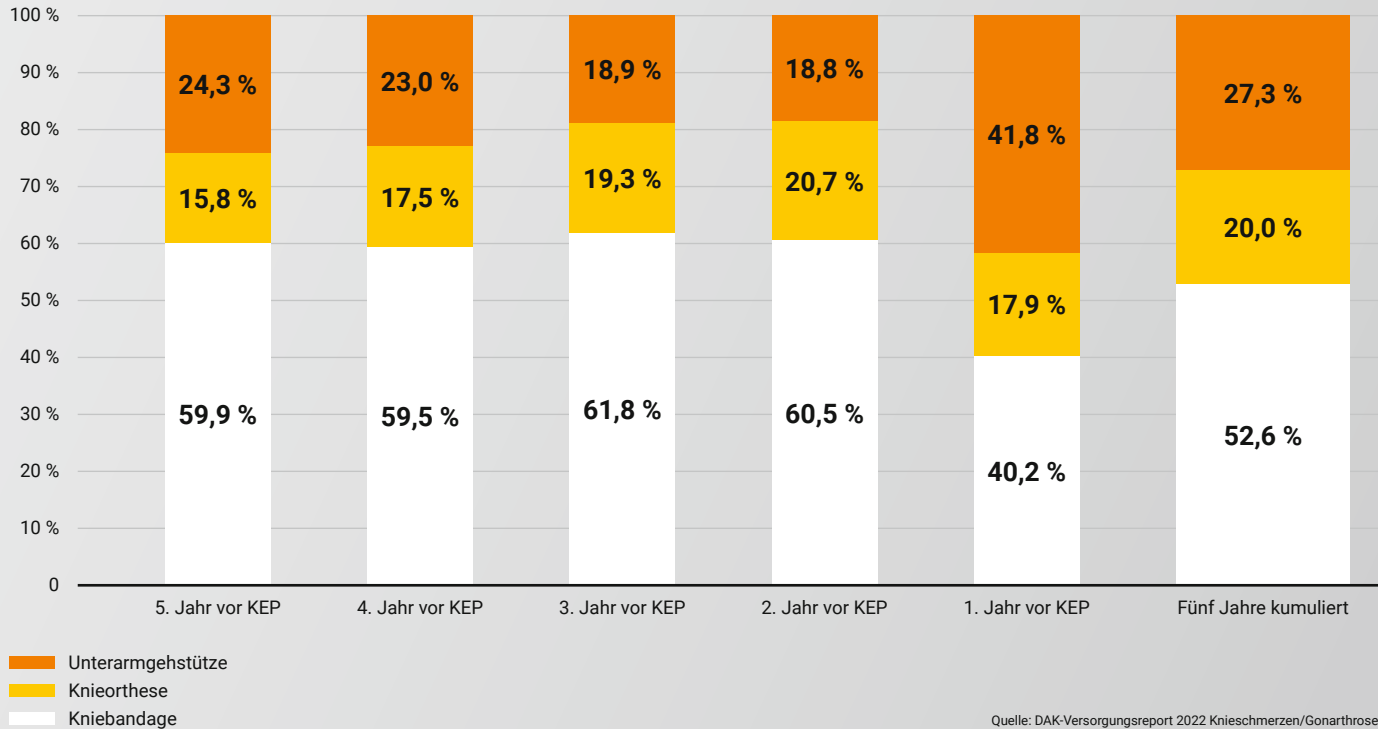


Gonarthrose: Hilfsmittelarten

Der DAK-Versorgungsreport zeigt: Die konservativen Behandlungsoptionen greifen häufig zu spät oder gar nicht ausreichend. Besonders deutlich wird das bei den Hilfsmitteln: Unterarmgehstützen nehmen vor der Operation stark zu – also dann, wenn Mobilität bereits verloren gegangen ist.

Dies bedeutet, das System wartet zu oft, bis das Knie kaum noch funktioniert – und ersetzt es dann. Genau darin liegt das Problem. Die KEP erscheint nicht immer als letzter Schritt nach sauber ausgeschöpfter konservativer Versorgung, sondern zu oft als operative Antwort auf eine Versorgungslücke vor dem OP-Saal.

Verteilung der Hilfsmittelarten bei chronischer Gonarthrose innerhalb von fünf Jahren vor einer Knieendoprothesenversorgung (KEP)



Gonarthrose: Schmerzmittel

Schmerz ist lange vor der Knieendoprothese (KEP) sichtbar – und wird über Jahre vor allem medikamentös behandelt. Bereits fünf Jahre vor der KEP erhalten 54,1 % der Betroffenen nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR). In den Folgejahren bleibt der Anteil konstant hoch und steigt im letzten Jahr vor der Operation auf 64,9 %. Über fünf Jahre kumuliert bekommen 88,2 % der Patienten NSAR, 36,2 % Opioide und/oder 10,1 % Glukokortikoide.



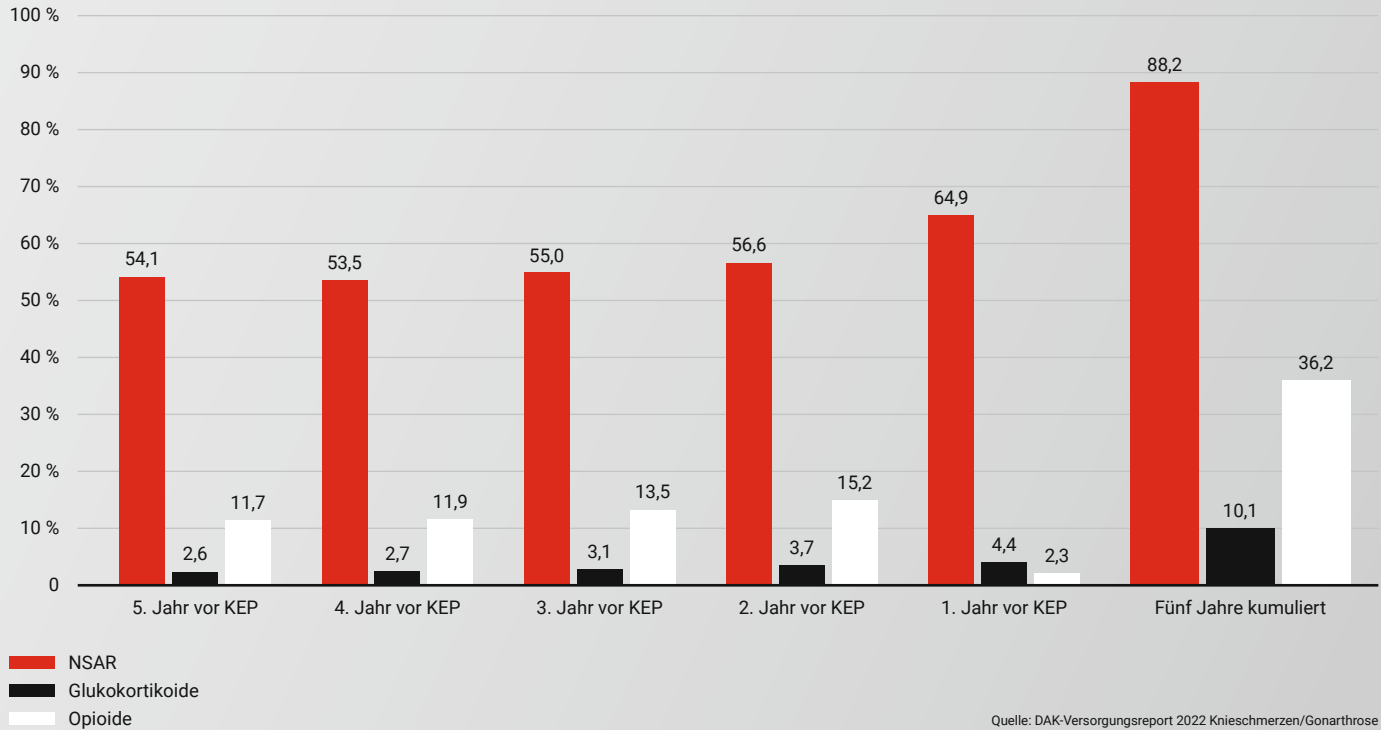
88,2 %

der Versicherten mit chronischer Arthrose werden vor KEP mit NSAR versorgt

Das heißt: Viele Patienten leben über Jahre mit behandlungsbedürftigen Schmerzen. Gleichzeitig steigt das Risiko, dass aus Knieschmerz ein chronisches Schmerzproblem wird, mit Dauermedikation, Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten und Wechselwirkungen. Schmerzmittel können Beschwerden lindern. Sie erhalten aber keine Muskelkraft, führen kein Gelenk, stabilisieren kein Knie und verbessern keine Mobilität.

Genau darin liegt das unausgeschöpfte Potenzial: Wenn der Schmerz so früh sichtbar ist, müssten mobilisierende und entlastende Maßnahmen viel früher greifen – Physiotherapie, Training, Gewichtsreduktion, Bandagen und Orthesen. Stattdessen wird Schmerz über Jahre verwaltet, bis am Ende häufig die KEP steht.

Anteil von Versicherten mit Schmerzmittelverordnung bei chronischer Gonarthrose innerhalb von fünf Jahren vor Knieendoprothesenversorgung (KEP)



Gonarthrose: Hoher Krankenstand nach Implantation

Die Grafik zeigt: Eine Knieendoprothese (KEP) ist kein kleiner Eingriff mit schneller Rückkehr in den Alltag. Schon vor der Operation steigt der Krankenstand deutlich: In den Jahren vier bis zwei vor einer KEP liegt er noch bei 2,4 bis 2,8 %, im letzten Jahr vor dem Eingriff springt er auf 9,7 %. Das Knie ist dann nicht nur medizinisch, sondern auch beruflich zum Problem geworden.



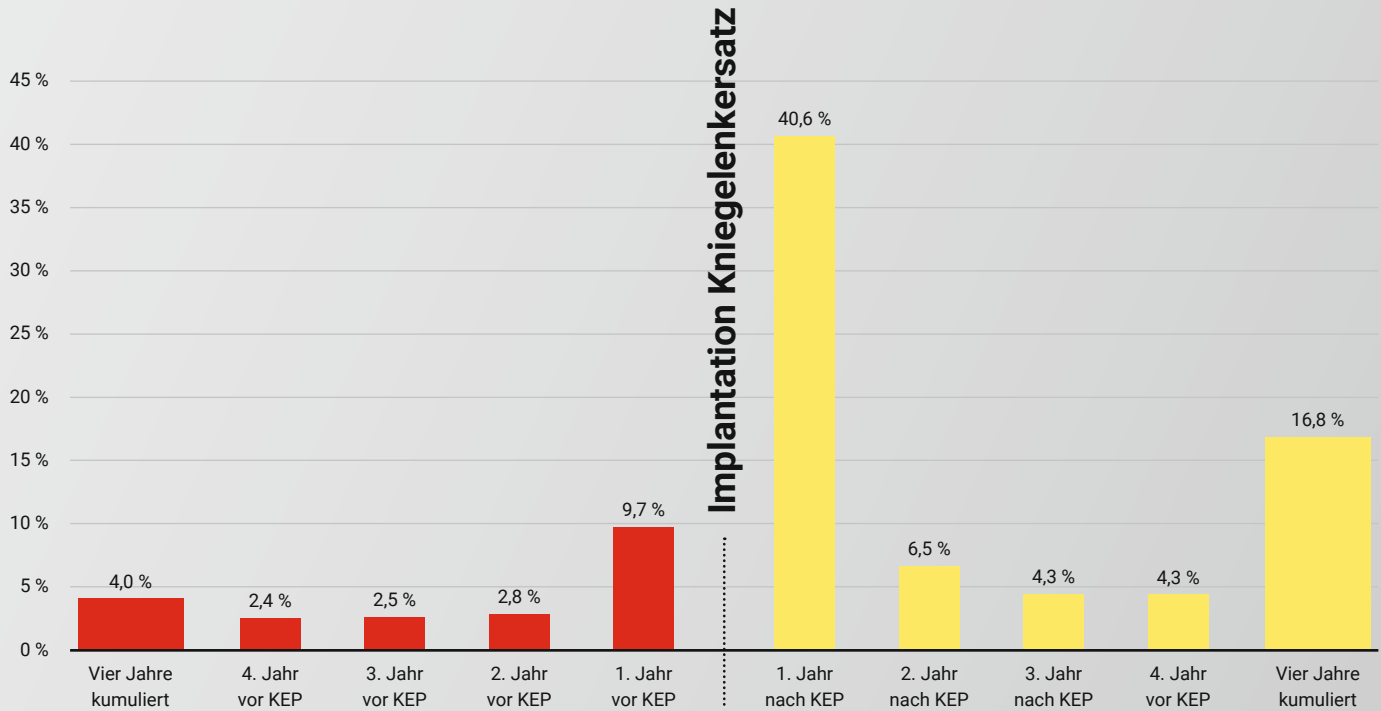
12.299,48 €

durchschnittliche Behandlungskosten
für die Erstimplantation
eines Kniegelenkersatzes im Jahr 2022

Nach der Operation wird die Belastung noch deutlicher: Im ersten Jahr nach einer KEP liegt der Krankenstand bei 40,6 %. Das bedeutet: Die Operation verursacht erhebliche Ausfallzeiten – mit Folgen für Patienten, Arbeitgeber und Sozialsysteme. Auch danach ist das Thema nicht sofort erledigt: Im zweiten Jahr nach KEP liegt der Krankenstand noch bei 6,5 %, im dritten und vierten Jahr bei 4,3 %.

Damit wird klar: Die Entscheidung für eine KEP will wohl bedacht sein. Jede KEP bedeutet nicht nur OP, Klinik und Reha, sondern häufig eine lange Zeit der Arbeitsunfähigkeit. Umso wichtiger ist es, vorher alle konservativen Möglichkeiten konsequent auszuschöpfen.

Krankenstand vor und nach Knieendoprothesenversorgung (KEP)



Quelle: DAK-Versorgungsreport 2022 Knieschmerzen/Gonarthrose

Wer wir sind

„Wir versorgen Deutschland“ setzt sich für Ihre qualitätsgesicherte, wohnortnahe und individuelle Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln ein.



Knapp 25 % der gesetzlich Versicherten in Deutschland benötigen eine Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln. Für die Teilhabe und Lebensqualität dieser Patientinnen und Patienten sind diese Leistungen elementar: sie gewährleisten den Erfolg ihrer Krankenbehandlung, beugen drohenden Behinderungen vor oder gleichen bereits bestehende Handicaps aus.

Mehr als 96.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie mehr als 8.000 Leistungserbringer in der Orthopädietechnik, Orthopädieschuhtechnik, Reha-Technik und Homecare sichern in Deutschland eine wohnortnahe und qualitätsgesicherte Versorgung.

Die Mitglieder von „Wir versorgen Deutschland“ zählen zu den maßgeblichen Spitzenverbänden und Zusammenschlüssen von Leistungserbringern. Gemeinsam vertreten sie das Anliegen einer hochwertigen Hilfsmittel-Versorgung gegenüber der Politik. Zu dem Bündnis gehören:



Impressum

Herausgeber:

Wir versorgen Deutschland
Lützowstraße 102–104
10785 Berlin
Tel. +49 30 33 93 35 63
wirversorgendeutschland.de

in Kooperation mit**Redaktion:**

Dipl.-Kffr. Kirsten Abel
Margreet Krikowski

Gestaltung:

Angela Schubert und Jo Schaller, Halle (Saale)

Druck:

Silber Druck GmbH & Co. KG, Lohfelden

© 2026





Wir versorgen Deutschland
Lützowstraße 102–104
10785 Berlin
Tel. +49 30 33 93 35 63
wirversorgendeutschland.de

in Kooperation mit

