



Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO

an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des
Deutschen Bundestages

über die Prüfung der Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Versorgung mit Hörhilfen und Kontrolle der Leistungserbringer

Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne des
§ 96 Absatz 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Er ist auf der Internetseite des
Bundesrechnungshofes veröffentlicht (www.bundesrechnungshof.de).

Gz.: IX 1 - 2020 - 0338 Bem.

7. Juni 2023

Dieser Bericht des Bundesrechnungshofes ist urheberrechtlich geschützt.

Probleme in der Hilfsmittelversorgung ungelöst

Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) kontrollierten die Leistungserbringer und die Qualität der Hilfsmittelversorgung nur unzureichend. Zudem schützten sie Versicherte nicht genug vor unnötigen Mehrkosten für Hörhilfen. Auf Empfehlung des Bundesrechnungshofes hat der Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages (Rechnungsprüfungsausschuss) das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gebeten, gesetzliche Anpassungen anzustoßen. Dies hat das BMG bislang nicht umgesetzt.

Worum geht es?

Für die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln zahlen die gesetzlichen Krankenkassen jährlich knapp 10 Mrd. Euro an Leistungserbringer. Das Handeln der Leistungserbringer und die Qualität der Hilfsmittelversorgung kontrollieren sie kaum. Zudem müssen Versicherte neben der gesetzlichen Zuzahlung häufig weitere Aufzahlungen leisten, um Hilfsmittel in der erforderlichen Qualität und Menge zu erhalten. Die durchschnittliche Aufzahlung für Hörhilfen lag bei 1 339 Euro.

Was ist zu tun?

Der Bundesrechnungshof und der Rechnungsprüfungsausschuss halten gesetzliche Änderungen für erforderlich: Um Leistungserbringer wirksamer kontrollieren zu können, sollten diese verpflichtet werden, bestimmte Unterlagen regelhaft an die Krankenkassen zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) sollte gemeinsame Kontrollen durch die Krankenkassen organisieren. Der Medizinische Dienst sollte die Versorgungsqualität übergreifend untersuchen. Die Versorgung mit Hörhilfen sollte einem generellen Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen unterliegen.

Was ist das Ziel?

Ziel ist es, Versicherte vor unnötigen Mehrkosten zu schützen und die Versorgungsqualität in der Hilfsmittelversorgung zu sichern. Die gesundheitspolitische Bedeutung der Hilfsmittelversorgung nimmt für eine älter werdende Bevölkerung stetig zu. Das BMG hatte für den Herbst 2023 rechtliche Anpassungen in der Hilfsmittelversorgung angekündigt. Der Bundesrechnungshof erwartet, dass die vom Rechnungsprüfungsausschuss dazu benannten Maßnahmen berücksichtigt und umgesetzt werden.

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	5
1	Ausgangslage	8
1.1	Kontrolle der Leistungserbringer	8
1.2	Versorgung mit Hörhilfen	9
2	Beschlüsse des Rechnungsprüfungsausschusses	10
2.1	Kontrolle der Leistungserbringer	11
2.2	Versorgung mit Hörhilfen	11
3	Bericht des BMG	12
3.1	Kontrolle der Leistungserbringer	12
3.2	Versorgung mit Hörhilfen	13
4	Bewertung durch den Bundesrechnungshof	15
4.1	Kontrolle der Leistungserbringer	16
4.2	Versorgung mit Hörhilfen	17

Abkürzungsverzeichnis

B

BAS *Bundesamt für Soziale Sicherung*

biha *Bundesinnung der Hörakustiker*

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*

G

GKV-Spitzenverband *Spitzenverband Bund der Krankenkassen*

H

HHVG *Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung*

HNO-Ärztinnen und -Ärzte *Hals-Nasen-Ohren-Ärztinnen und -Ärzte*

HNO-Praxen *Hals-Nasen-Ohren-Praxen*

K

Krankenkassen *Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung*

R

Rechnungsprüfungsausschuss *Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages*

S

SGB V *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch*

T

Tnr. *Textnummer*

0 Zusammenfassung

- 0.1 Medizinische Hilfsmittel leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von kranken und behinderten Menschen. Krankenkassen haben Versicherte ausreichend und bedarfsgerecht mit Hilfsmitteln zu versorgen, ohne dass Versicherte Mehrkosten zahlen müssen (sog. Sachleistungsprinzip). Der Bundesrechnungshof hat in einer Kontrollprüfung die Gewährleistung dieses Prinzips untersucht. Versicherte hatten in der Vergangenheit neben der gesetzlichen Zuzahlung häufig weitere Aufzahlungen (Mehrkosten) leisten müssen, um Hilfsmittel in der erforderlichen Qualität und Menge zu erhalten. Der Bundesrechnungshof ist den Gründen für diese Mehrkosten nachgegangen. Darüber hinaus hat er überprüft, wie die Krankenkassen eine mehrkostenfreie Versorgung sicherstellen wollten und wie sie das Handeln der Leistungserbringer und die Qualität der Hilfsmittelversorgung überwachten. In den Bemerkungen des Bundesrechnungshofes 2021 – Ergänzungsband – hat er das BMG aufgefordert, eine Änderung der rechtlichen Grundlagen anzustoßen.¹ Der Rechnungsprüfungsausschuss hat die Bemerkungen zustimmend zur Kenntnis genommen und dem BMG Maßnahmen aufgegeben, die dieses bislang nicht umgesetzt hat.
- 0.2 Krankenkassen schließen Verträge mit Leistungserbringern über die Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten. Sie sind gesetzlich verpflichtet, die Leistungserbringer der Hilfsmittelversorgung zu kontrollieren. Dies setzten die geprüften Krankenkassen in der Praxis nur unzureichend um: Entgegen der gesetzlichen Pflicht hatten sie keine Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchgeführt. Die Rahmenempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) zu Prüfungen blieben überwiegend unbeachtet. Auch arbeiteten die Krankenkassen bei der Kontrolle kaum zusammen. Die Leistungserbringer müssen ihre Beratung und – sofern Versicherte eine Versorgung mit Mehrkosten wählen – die Mehrkostenerklärung dokumentieren. Sie waren aber nicht bereit, den Krankenkassen diese Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen regelhaft – z. B. als Bestandteil der Abrechnung – zu übermitteln. Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, den GKV-Spitzenverband gesetzlich zu beauftragen, gemeinsame Kontrollen der Leistungserbringer durch die Krankenkassen zu organisieren. Um dies zu unterstützen, sollten Leistungserbringer den Krankenkassen regelhaft – und nicht nur auf Verlangen – Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen übermitteln. Der Medizinische Dienst sollte die Versorgungsqualität übergreifend und unabhängig von den Krankenkassen untersuchen (Tnr. 1.1).
- 0.3 Versicherte haben neben der gesetzlichen Zuzahlung häufig weitere Aufzahlungen zu leisten, um Hilfsmittel in der erforderlichen Qualität und Menge zu erhalten. Bei Hörhilfen kam es bei den geprüften Krankenkassen in der Hälfte der Versorgungsfälle zu Mehrkosten. Dabei enthielten die Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und

¹ Bundesrechnungshof Bemerkungen 2021 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes – Ergänzungsband – vom 5. April 2022 (Bundestagsdrucksache 20/1250 Nummer 52 und 53).

Leistungserbringern Regelungen für eine mehrkostenfreie Versorgung. Die mittleren Mehrkosten für die Versicherten lagen bei einer in der Regel beidohrigen Versorgung bei 1 339 Euro im Jahr 2021. Die Krankenkassen verfügten im Regelfall über keine näheren Erkenntnisse zu den Gründen. Die Krankenkassen erfuhren meist erst mit der Abrechnung von einer durchgeführten Versorgung. Der Bundesrechnungshof hat für Hörhilfen einen generellen Genehmigungsvorbehalt empfohlen. Nur so können Versicherte bei Anpassung aufzahlungsfreier Hörhilfen wirksam unterstützt werden. Soweit auch andere Produktbereiche zu hohen Mehrkosten neigen, sollte hier ebenfalls ein nicht abdingbarer Genehmigungsvorbehalt für eine mehrkostenpflichtige Versorgung gelten. Um den aus Sicht der Versicherten positiven Ergebnissen des sogenannten verkürzten Versorgungsweges nachzugehen, hat der Bundesrechnungshof empfohlen, diesen zu evaluieren. Der verkürzte Versorgungsweg ist eine arbeitsteilige Versorgung der Versicherten mit Hörhilfen durch Leistungserbringer und vertragsärztlich niedergelassene Hals-Nasen-Ohren-Ärztinnen und -Ärzte (HNO-Ärztinnen und -Ärzte) in deren Praxisräumen. Mehrkosten traten hier weniger oft und in geringerer Höhe auf. Falls die Evaluationsergebnisse es nahelegen, sollte das BMG weitere rechtliche Änderungen bezüglich der Regelversorgung bei Hörakustikerinnen und -akustikern initiieren (Tnr. 1.2).

0.4 Der Rechnungsprüfungsausschuss hat die Bemerkungen des Bundesrechnungshofes am 13. Mai 2022 zustimmend zur Kenntnis genommen und das BMG gebeten, Änderungen in den rechtlichen Grundlagen anzustoßen:

- Für eine bessere Kontrolle der Leistungserbringer sollten diese gesetzlich verpflichtet werden, den Krankenkassen regelhaft elektronisch auswertbare Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen zu übermitteln. Dies soll systematische Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen ermöglichen.
- Der GKV-Spitzenverband sollte mit der Organisation gemeinsamer systematischer Kontrollen beauftragt werden. Der Medizinische Dienst sollte mit der übergreifenden Kontrolle der Versorgungsqualität befasst werden.
- Für die Versorgung mit Hörhilfen sollte ein genereller Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen geschaffen werden. Andere Produktbereiche sollten in den Genehmigungsvorbehalt einbezogen werden, soweit es zu auffällig vielen Mehrkostenvereinbarungen kommt.
- Das BMG sollte den verkürzten Versorgungsweg für Hörhilfen wissenschaftlich evaluieren. Soweit Ergebnisse dies nahelegen, sollte die Regelversorgung angepasst werden (Tnr. 2).

0.5 Das BMG hat dem Bundesrechnungshof am 31. März 2023 über das Veranlasste berichtet und auf den Sonderbericht des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) zur Qualität der Hilfsmittelversorgung hingewiesen. Darin würden ebenfalls Defizite bei der Kontrolle der Leistungserbringer durch die Krankenkassen angesprochen. Derzeit befinde sich das BMG in Gesprächen mit Krankenkassen und Leistungserbringerverbänden, welche gesetzgeberischen Konsequenzen aus den Erkenntnissen des BAS zu ziehen seien. Dabei würden die Hinweise des Bundesrechnungshofes berücksichtigt.

Vorgesehen sei, diesen Diskussionsprozess fortzusetzen, anschließend Regelungsentwürfe zu erarbeiten und diese im Herbst 2023 in ein Gesetzgebungsverfahren aufzunehmen. Nach derzeitigem Zwischenstand sehe es die beratenen Maßnahmen kritisch: Eine Verpflichtung der Leistungserbringer zur regelhaften Übermittlung der Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen sei bei jährlich rund 28 Millionen Versorgungsfällen im Hilfsmittelbereich nicht umsetzbar. Dem GKV-Spitzenverband fehle für die Organisation gemeinsamer systematischer Kontrollen das Personal. Umsetzungsprobleme bestünden auch bei Beauftragung des Medizinischen Dienstes mit Kontrollaufgaben. Generell sei ein dezentrales Vertragscontrolling durch die einzelnen Krankenkassen zielführender. Für die Versorgung mit Hörhilfen werde ein genereller Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen geprüft. Zugleich werde untersucht, Produktgruppen in den Genehmigungsvorbehalt einzubeziehen, bei denen überproportional viele Mehrkostenvereinbarungen vorlägen. Zur Evaluation des verkürzten Versorgungsweges für Hörhilfen habe das BMG Gespräche mit mehreren an der Versorgung beteiligten Organisationen geführt und Datenmaterial ausgewertet (Tnr. 3).

- 0.6 Das BMG hat die Zeit nicht genutzt, um Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Hilfsmittelversorgung anzustoßen und die Situation in der Hilfsmittelversorgung zu verbessern. Die Argumente des BMG sind dem Bundesrechnungshof aus dem Prüfungs- und Bemerkungsverfahren bekannt. Auch der Sonderbericht des BAS enthält keine grundlegend neuen Erkenntnisse. Den Beschluss des Rechnungsprüfungsausschusses hat das BMG nicht umgesetzt. Der Bundesrechnungshof hält an seinen Empfehlungen fest (Tnr. 4).

1 Ausgangslage

Medizinische Hilfsmittel leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von kranken und behinderten Menschen. Häufig wird erst durch den Einsatz von Hilfsmitteln eine ambulante Versorgung außerhalb stationärer Einrichtungen des Gesundheitswesens ermöglicht. Auch durch die demografische Entwicklung wird die Bedeutung der Hilfsmittelversorgung zunehmen. Krankenkassen haben Versicherte ausreichend und bedarfsgerecht mit Hilfsmitteln zu versorgen, ohne dass Versicherte Mehrkosten zahlen müssen (sog. Sachleistungsprinzip). Der Bundesrechnungshof hat die Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung in Hinblick auf die Gewährleistung dieses Prinzips geprüft. Versicherte hatten in der Vergangenheit neben der gesetzlichen Zuzahlung häufig weitere Aufzahlungen leisten müssen, um Hilfsmittel in der erforderlichen Qualität und Menge zu erhalten. Der Bundesrechnungshof ist den Gründen für Mehrkosten nachgegangen. Darüber hinaus hat er überprüft, wie die Krankenkassen eine mehrkostenfreie Versorgung sicherstellen wollten und wie sie das Handeln der Leistungserbringer und die Qualität der Hilfsmittelversorgung überwachten. In zwei Beiträgen zu den Bemerkungen 2021 – Ergänzungsband – hat der Bundesrechnungshof das BMG aufgefordert, eine Änderung der rechtlichen Grundlagen anzustoßen.² Der Rechnungsprüfungsausschuss hat die Bemerkungen zustimmend zur Kenntnis genommen und dem BMG Maßnahmen aufgegeben, die dieses bislang nicht umgesetzt hat. Der Bundesrechnungshof hält deshalb eine erneute Befassung des Rechnungsprüfungsausschusses mit dem Thema für notwendig.

1.1 Kontrolle der Leistungserbringer

Die Krankenkassen wandten im Jahr 2021 für Hilfsmittel 9,78 Mrd. Euro³ auf. Zu den Hilfsmitteln zählen etwa Seh- und Hörhilfen, Prothesen, Inkontinenzhilfen, Kompressionsstrümpfe sowie technische Produkte wie Rollstühle und Inhalationsgeräte. Krankenkassen erfüllen Ansprüche der Versicherten auf eine Hilfsmittelversorgung, indem sie Verträge mit Leistungserbringern schließen. Leistungserbringer sind nur aufgrund eines solchen Versorgungsvertrages mit der Krankenkasse lieferberechtigt. Zwar versorgen damit faktisch die Leistungserbringer die Versicherten. Rechtlich verantwortlich bleiben jedoch die Krankenkassen. Deshalb müssen sie die Leistungserbringer kontrollieren. Diese Verpflichtung hat der Gesetzgeber im Jahr 2017 mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) verschärft. Krankenkassen sind seither verpflichtet, die Tätigkeit der Leistungserbringer durch Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen zu überwachen.

Der Bundesrechnungshof stellte bei der Mehrheit der geprüften Krankenkassen fest, dass diese nicht kontrolliert hatten, wie die Leistungserbringer die Versicherten versorgten.

² Bundesrechnungshof Bemerkungen 2021 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes – Ergänzungsband – vom 5. April 2022 (Bundestagsdrucksache 20/1250 Nummer 52 und 53).

³ BMG, KV 45, Gesetzliche Krankenversicherung, vorläufige Rechnungsergebnisse 1. - 4. Quartal 2021, Stand: 8. März 2022.

Entgegen der gesetzlichen Verpflichtung hatten sie keine Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchgeführt. Die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes beachteten sie überwiegend nicht. Auch arbeiteten die Krankenkassen kaum zusammen.

Die Leistungserbringer müssen ihre Beratung und – sofern Versicherte eine Versorgung mit Mehrkosten wählen – die Mehrkostenerklärung dokumentieren. Dabei weigerten sie sich oft anzugeben, welche Hilfsmittel sie ggf. mehrkostenfrei angeboten hatten. Zudem waren sie nicht bereit, den Krankenkassen Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen regelhaft – z. B. als Bestandteil der Abrechnung – zu übermitteln. Die Krankenkassen konnten die Leistungserbringer daher nicht systematisch kontrollieren.

Mit dem HHVG aus dem Jahr 2017 hatte der Gesetzgeber auf anhaltende Versorgungsdefizite reagieren wollen. Wesentliche Erwartungen an das HHVG blieben jedoch unerfüllt. Die Krankenkassen stellten eine umfassende Kontrolle der Leistungserbringer und der Versorgungsqualität nicht sicher. Fehlende Kontrolle birgt die Gefahr, dass Leistungserbringer die Versicherten mit Hilfsmitteln minderer Qualität versorgen oder ihnen für Hilfsmittel adäquater Qualität ungerechtfertigte Mehrkosten aufbürden. Beides hat der Bundesrechnungshof bei seinen Prüfungen wiederholt festgestellt. Er hat deshalb gesetzliche Anpassungen empfohlen: Der GKV-Spitzenverband sollte gemeinsame Kontrollen der Leistungserbringer durch die Krankenkassen organisieren. Um dies zu unterstützen, sollten Leistungserbringer den Krankenkassen regelhaft – und nicht nur auf Verlangen – Unterlagen übermitteln. Der Medizinische Dienst sollte die Versorgungsqualität übergreifend und unabhängig von den Krankenkassen untersuchen.

1.2 Versorgung mit Hörhilfen

Im Jahr 2021 verausgabten die Krankenkassen über 1 Mrd. Euro für die Versorgung mit Hörhilfen. In der Hilfsmittelversorgung erfüllen Krankenkassen den Leistungsanspruch der Versicherten durch Sachleistung. Da sie Hilfsmittel nicht selbst aushändigen können, bedienen sie sich der Leistungserbringer (z. B. Hörakustikerinnen und -akustiker), mit denen sie Versorgungsverträge schließen.

Versicherte haben neben der gesetzlichen Zuzahlung häufig weitere Aufzahlungen zu leisten, um Hilfsmittel in der erforderlichen Qualität und Menge zu erhalten. Bei Hörhilfen kam es bei den geprüften Krankenkassen in der Hälfte der Versorgungsfälle zu Mehrkosten. Dabei enthielten die Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern Regelungen zur Sicherstellung einer mehrkostenfreien Versorgung. Dennoch lagen die mittleren Mehrkosten bei einer in der Regel beidohrigen Versorgung bei 1 339 Euro im Jahr 2021.⁴ Die Krankenkassen verfügten über keine näheren Erkenntnisse zu den Gründen von Mehrkosten.

⁴ GKV-Spitzenverband, Vierter Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgungen mit Hilfsmitteln gemäß § 302 Absatz 5 SGB V.

Eine vorherige Genehmigung der Versorgung war bei der Mehrzahl der Versorgungsfälle nicht vorgesehen. Die Krankenkassen erfuhren erst mit der Abrechnung von einer durchgeführten Versorgung. Einige Krankenkassen wandten Versorgungsverträge an, die eine arbeitsteilige Versorgung der Versicherten mit Hörhilfen durch Leistungserbringer sowie vertragsärztlich niedergelassene HNO-Ärztinnen und -Ärzte in deren Praxisräumen ermöglichen. Bei diesem sogenannten verkürzten Versorgungsweg fielen weniger oft und niedrigere Mehrkosten an. Die Gründe dafür sind nicht bekannt.

Mit dem HHVG beabsichtigte der Gesetzgeber, das Sachleistungsprinzip zu stärken. Defizite in der Hilfsmittelversorgung sollten durch eine verbesserte Information und Beratung der Versicherten vermieden werden. Dieses Ziel blieb bei der Versorgung mit Hörhilfen unerfüllt: Der Versorgungsbereich ist seit Jahren durch hohe Aufzahlungen der Versicherten geprägt, was auch auf einer unzureichenden Beratung durch die Leistungserbringer beruht. Notwendig ist, dass Leistungserbringer wenigstens ein mehrkostenfreies Gerät anbieten und vergleichend anpassen. Die Versorgungsverträge allein stellen dies nicht sicher. Da der Markt intransparent und für die zumeist älteren Versicherten nur schwer zu überblicken ist, ergeben sich für die Krankenkassen gesteigerte Informations- und Obhutspflichten. Dazu müssen sie rechtzeitig von einer beabsichtigten Versorgung erfahren. Der Bundesrechnungshof hat für Hörhilfen einen generellen Genehmigungsvorbehalt empfohlen, von dem Krankenkassen vertraglich nicht abweichen dürfen. Nur so können sie Versicherte wirksam unterstützen, aufzahlungsfreie Hörhilfen zu erhalten. Dazu sollten die Leistungserbringer den Krankenkassen nachweisen müssen, dass sie mindestens ein aufzahlungsfreies Gerät mit dem Versicherten getestet haben. Maßstab der Hörhilfenversorgung ist der möglichst weitgehende Ausgleich des Hörverlustes. Deshalb sollten Krankenkassen die Anpassberichte und Messergebnisse zum Hörverstehen bei den Geräten daraufhin überprüfen, ob mit der aufzahlungsfreien Hörhilfe das erforderliche Hörverstehen erreicht worden ist. Aufzahlungsfrei muss immer ein Gerät sein, welches den Hörverlust am besten ausgleicht.

Soweit auch andere Produktbereiche zu hohen Mehrkosten neigen, sollte hier ebenfalls ein nicht abdingbarer Genehmigungsvorbehalt für eine mehrkostenpflichtige Versorgung gelten. Um den aus Sicht der Versicherten positiven Ergebnissen des verkürzten Versorgungsweges nachzugehen, sollte dieser evaluiert werden. Falls die Ergebnisse es nahelegen, sollte das BMG weitere rechtliche Änderungen der Regelversorgung bei Hörakustikerinnen und -akustikern anstoßen.

2 Beschlüsse des Rechnungsprüfungsausschusses

Der Rechnungsprüfungsausschuss hat in seiner Sitzung am 13. Mai 2022 die Bemerkungen des Bundesrechnungshofes zur Hilfsmittelversorgung („Krankenkassen kontrollieren Hilfsmittelversorgung unzureichend“ sowie „Krankenkassen schützen Versicherte nicht genug vor unnötigen Mehrkosten für Hörhilfen“) zustimmend zur Kenntnis genommen. Er hat eine Überprüfung der gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Hilfsmittelversorgung für

erforderlich gehalten und das BMG gebeten, Änderungen in den rechtlichen Grundlagen anzustoßen. Der Ausschuss hat dem BMG aufgegeben, dem Bundesrechnungshof bis 31. März 2023 über das Veranlasste zu berichten.

2.1 Kontrolle der Leistungserbringer

Um die Kontrolle der Leistungserbringer zu stärken und die Versorgungsqualität in der Hilfsmittelversorgung zu sichern, hat der Ausschuss das BMG gebeten, eine Änderung der rechtlichen Grundlagen anzustoßen und dabei die folgenden Hinweise miteinzubeziehen:

- Die Leistungserbringer sollten gesetzlich verpflichtet werden, den Krankenkassen regelhaft – und nicht nur auf Verlangen – Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen zu übermitteln, um systematische Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen zu ermöglichen. Die übermittelten Daten müssen elektronisch auswertbar sein, um den Aufwand der Krankenkassen bei der Kontrolle zu begrenzen.
- Der GKV-Spitzenverband sollte mit der Organisation gemeinsamer systematischer Kontrollen, z. B. durch Auswertung von Daten, Unterlagen und Dokumentationen sowie Versichertenbefragungen, gesetzlich beauftragt werden.
- Der Medizinische Dienst sollte als unabhängiger Akteur mit der übergreifenden Kontrolle der Versorgungsqualität gesetzlich beauftragt werden, z. B. mittels turnusmäßiger Qualitätsprüfungen in ausgewählten Produktgruppen der Hilfsmittelversorgung.

2.2 Versorgung mit Hörhilfen

Zur Vermeidung unnötiger Kosten für gesetzlich Versicherte und zur Sicherung der Versorgungsqualität in der Hörhilfenversorgung hat der Ausschuss das BMG ebenfalls gebeten, eine rechtliche Änderung anzustoßen und dabei folgende Hinweise zu berücksichtigen:

- Die Versorgung mit Hörhilfen sollte einem generellen Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen unterliegen, von dem diese durch Vertrag nicht abweichen dürfen. Krankenkassen müssen Versicherte bei der Anpassung aufzahlungsfreier Versorgungsmöglichkeiten unterstützen.
- Soweit andere Produktbereiche unverhältnismäßig zu Mehrkosten neigen, sollte für diese ebenfalls ein nicht abdingbarer Genehmigungsvorbehalt für mehrkostenpflichtige Versorgungen gelten. Das BMG wird aufgefordert, dafür den Bericht des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 302 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wiederkehrend auszuwerten.
- Für den Bereich der Hörhilfen sollte das BMG die Versorgung im sogenannten verkürzten Versorgungsweg wissenschaftlich evaluieren. Soweit die Ergebnisse dies nahelegen, sollte die Regelversorgung rechtlich entsprechend angepasst werden.

3 Bericht des BMG

Das BMG weist in seinem Bericht an den Bundesrechnungshof vom 31. März 2023 zunächst auf Erkenntnisse des BAS hin. Dieses hat in einem Sonderbericht zur Qualität der Hilfsmittelversorgung⁵ neben der Weiterentwicklung des Vertragsrechts und der Verbesserung der Transparenz des Vertragsgeschehens für die Versicherten auch Defizite bei der Kontrolle der Leistungserbringer durch die Krankenkassen angesprochen.

Derzeit befinde sich das BMG in intensiven Gesprächen mit Krankenkassen und Leistungserbringerverbänden, welche gesetzgeberischen Konsequenzen aus den Erkenntnissen des BAS zu ziehen seien. Dabei würden die Hinweise des Bundesrechnungshofes einfließen. Vorgesehen sei, diesen Diskussionsprozess bis Sommer 2023 fortzusetzen und anschließend Regelungsentwürfe zu erarbeiten. Im Herbst 2023 könnten diese in ein Gesetzgebungsverfahren aufgenommen werden. Vor diesem Hintergrund könne das BMG zum aktuellen Zeitpunkt nur einen Zwischenstand seiner Überlegungen darlegen. Im Einzelnen:

3.1 Kontrolle der Leistungserbringer

Das BMG hat erweiterte Kontroll- bzw. Dokumentationspflichten für den GKV-Spitzenverband, die Krankenkassen und Leistungserbringer abgelehnt. Dies sei bei jährlich rund 28 Millionen Versorgungsfällen im Hilfsmittelbereich nicht handhabbar. Nach Auffassung des BMG sei eine Verpflichtung der Leistungserbringer zur regelhaften Übermittlung der Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen nicht umsetzbar.

Bereits heute würden verschiedene Krankenkassen digital gestützt Plausibilitätskontrollen durchführen. Sie griffen auf Informationen zurück, die sie bei der Abrechnung von den Leistungserbringern erhalten, beschränkten sich aus Praktikabilitätsgründen aber üblicherweise auf einzelne Produktgruppen und Stichproben.

Den GKV-Spitzenverband mit der Organisation und den Medizinischen Dienst mit der Durchführung systematischer Kontrollen zu beauftragen, sehe das BMG kritisch.

Der GKV-Spitzenverband habe im Jahr 2019 mit verschiedenen Krankenkassen eine Versichertenbefragung zur Versorgung mit Hörhilfen durchführen lassen. Allerdings ließen sich derartige Studien aufgrund begrenzter personeller Kapazitäten des GKV-Spitzenverbandes nicht jährlich in verschiedenen Produktgruppen durchführen. Zudem unterschieden sich der Umfang und die Ausrichtung der Versorgungsverträge, je nach Mitgliederstruktur der Krankenkasse. Das BMG halte deshalb ein in der Regel dezentrales Vertragscontrolling durch die einzelnen Krankenkassen, wie es bisher gesetzlich vorgesehen sei, für zielführender.

⁵ BAS, Sonderbericht vom 10. Oktober 2022 über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Das BAS habe in seinem Sonderbericht vorgeschlagen, die „Rahmenempfehlung des GKV-Spitzenverbandes zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung gemäß § 127 Absatz 5b SGB V“ zu konkretisieren. Diese beschrieben in der geltenden Fassung lediglich verschiedene Prüfinstrumente. Sie seien hinsichtlich der Art und Weise der Durchführung von Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen, der Stichprobengrößen und des Prüfrhythmus zu konkretisieren. Dieser Vorschlag werde vom BMG geprüft.

3.2 Versorgung mit Hörhilfen

Genereller Genehmigungsvorbehalt

Das BMG hat erklärt, einen generellen Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen bei der Versorgung mit Hörhilfen zu prüfen. Dabei wären ggf. Produktgruppen einzubeziehen, in denen es zu einer überproportionalen Zahl von Mehrkostenvereinbarungen kommt.

Es beobachte auch die Umsetzung eines zum 1. März 2023 geschlossenen Vertrags, zwischen dem Verband einer Krankenkassenart und einem überregional tätigen Leistungserbringer über die Versorgung volljähriger Versicherten mit Hörhilfen. In diesem Vertrag werde erstmals eine Zielgröße für den Anteil aufzahlungsfrei abzugebender Hörhilfen festgelegt. Diese liege bei 65 Prozent. Bei Unterschreiten dieser Quote im Jahresdurchschnitt sei vorgesehen, Maßnahmen zur Gegensteuerung einzuleiten und/oder Vertragspreise zu reduzieren.

Evaluation des Verkürzten Versorgungsweges

Das BMG habe bei Befassung mit den Hinweisen des Bundesrechnungshofes einen Schwerpunkt auf die Evaluation des verkürzten Versorgungsweges für Hörhilfen gelegt. Es habe auf Grundlage eines einheitlichen Fragenkatalogs bilaterale Gespräche mit mehreren an der Versorgung beteiligten Organisationen geführt. Zusätzlich habe das BMG vorliegendes Datenmaterial ausgewertet.

Zur Versorgung ihrer Versicherten mit Hörhilfen im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges schlossen die Krankenkassen Verträge mit Hörakustik-Unternehmen, denen HNO-Ärztinnen und -Ärzte beitreten können. Verträge zum verkürzten Versorgungsweg würden von verschiedenen Krankenkassen und Krankenkassenarten angeboten. Das BMG habe sich in seiner Evaluation auf die Verträge zweier Krankenkassenarten beschränkt, denen insgesamt mehr als 80 Prozent der gesetzlich Versicherten angehören.

Der mit Abstand wichtigste Vertragspartner der Krankenkassen im Bereich des verkürzten Versorgungsweges sei ein überregional tätiger Leistungserbringer. Andere Vertragspartner

seien allenfalls von regionaler Bedeutung. Nur etwa 470 Hals-Nasen-Ohren-Praxen (HNO-Praxen) seien bisher zu den Verträgen zum verkürzten Versorgungsweg beigetreten.⁶

Die Verträge zum klassischen Versorgungsweg zwischen den Krankenkassen und der Bundesinnung der Hörakustiker KdöR (biha) und die Verträge zum verkürzten Versorgungsweg seien hinsichtlich der fachlichen und technischen Anforderungen an die Leistungserbringer und die Produkte weitgehend deckungsgleich. Unterschiede gebe es hinsichtlich des angesprochenen Versichertenkreises. Während die Verträge zum klassischen Versorgungsweg die Versorgung aller Versicherten unabhängig von ihrem Alter regelten, bezögen sich die Verträge zum verkürzten Versorgungsweg ausschließlich auf die Versorgung volljähriger Versicherter.

Deutliche Unterschiede gebe es hinsichtlich der Höhe der Vergütungen. Für den verkürzten Versorgungsweg zahlten die Krankenkassen eine geringere Vergütung an die Leistungserbringer. Bei einer beidohrigen Versorgung, die rund 90 Prozent der Versorgungsfälle ausmache, führten die niedrigeren Vergütungen im verkürzten Versorgungsweg für die Krankenkassen zu durchschnittlichen Minderausgaben gegenüber dem klassischen Versorgungsweg. Diese variierten bei den beiden betrachteten Krankenkassenarten zwischen 135 und 190 Euro je Versorgung.

Nur etwa 5 Prozent der Versorgungen mit Hörhilfen fänden über den verkürzten Versorgungsweg statt. Die Gesamtausgaben der GKV für Hörhilfen hätten im Jahr 2022 1,07 Mrd. Euro betragen. Insgesamt seien rund 1,6 Millionen Hörgeräte (davon rund 1,45 Millionen im Rahmen beidohriger Versorgungen) abgegeben worden. Bei Annahme einer Abgabe über den verkürzten Versorgungsweg in 5 Prozent der Fälle würden sich für die GKV jährliche Minderausgaben im mittleren einstelligen Millionenbereich ergeben.

Die Daten würden bestätigen, dass im verkürzten Versorgungsweg deutlich weniger Versorgungsfälle mit Aufzahlungen aufträten und die durchschnittliche Aufzahlungshöhe niedriger sei als bei der herkömmlichen Versorgung. Im Jahr 2020 seien für die Versicherten bei einer in der Regel beidohrigen Versorgung in 52 Prozent der Versorgungsfälle durchschnittliche Mehrkosten von 1 234 Euro entstanden.⁷ Nach den Abrechnungsdaten einer Krankenkasse im selben Jahr hätte im verkürzten Versorgungsweg der Anteil der Mehrkostenfälle lediglich bei 24 Prozent gelegen, bei einer durchschnittlichen Aufzahlung von rund 600 Euro. In dieselbe Richtung gingen die Angaben des überregional tätigen Leistungserbringers. Zwischen 65 und 70 Prozent der verkauften Hörhilfen seien aufzahlungsfrei gewesen. Bei einer Versorgung mit Aufzahlung habe diese im Durchschnitt 430 Euro betragen.

Vorteile durch den verkürzten Versorgungsweg hat das BMG auch für die beteiligten HNO-Praxen gesehen. Neben der zusätzlichen Vergütung, die die Praxen für die Beteiligung an der Hörhilfenversorgung erhielten, könne die Versorgung aus einer Hand durch die HNO-

⁶ Nach Angaben der Bundesärztekammer gibt es in Deutschland 6 500 berufstätige HNO-Ärztinnen und -Ärzte. Davon sind 4 500 im ambulanten Sektor tätig (3 700 niedergelassen, 800 angestellt). Vgl. Bundesärztekammer, Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020.

⁷ GKV-Spitzenverband, Dritter Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgungen mit Hilfsmitteln gemäß § 302 Absatz 5 SGB V.

Ärztinnen und -Ärzte die Bindung der Versicherten an die jeweilige Praxis stärken. Für Krankenkassen ermögliche der verkürzte Versorgungsweg (überschaubare) Einsparungen. Vor allem aber sei der verkürzte Versorgungsweg ein Wettbewerbsinstrument in einem ansonsten auf Leistungserbringerseite stark monopolartigen Anbietermarkt. Rund 95 Prozent der Hörikustik-Betriebe seien Mitglieder der biha, die für ihre Mitglieder die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen zum klassischen Versorgungsweg führe. Außer einem bundesweit tätigen Filialisten sei dem BMG kein Unternehmen bekannt, das Verträge mit den Krankenkassen geschlossen habe.

Kritik am verkürzten Versorgungsweg habe eine Patientinnen- und Patientenvertretung geäußert: HNO-Ärztinnen und -Ärzte seien weder für die Abgabe von Hörhilfen ausgebildet, noch würden sie über die notwendigen technischen Kenntnisse verfügen. Angesichts des Depotverbots⁸ in den Arztpraxen sei die Geräte-Auswahl gering. Diese sei aber insbesondere für hochgradig schwerhörige Personen, deren oft komplizierte Schwerhörigkeit eine langwierige Geräte-Auswahl erforderlich mache, notwendig. Außerdem sei bei hochgradig Schwerhörigen die Anpassung zeitintensiv und erfordere meist mehrere Sitzungen. Dies könne beim verkürzten Versorgungsweg nicht geleistet werden. Schwierig seien auch Servicearbeiten und Reparaturen. Wenn Hörhilfen eingeschickt werden müssten, könne es zu Wartezeiten kommen. Die hörbeeinträchtigte Person habe dann keine Versorgung.

Das BMG gehe nicht davon aus, dass der Anteil des verkürzten Versorgungsweges am Versorgungsgeschehen deutlich wachsen werde. Auf Seiten der HNO-Ärztinnen und -Ärzte setze die Beteiligung an der Abgabe von Hörhilfen die Bereitschaft voraus, sich über ihre medizinische Ausbildung hinaus eingehend und kontinuierlich mit technischen Fragen der Versorgung von Hörminderungen auseinanderzusetzen. Dies könne nicht umstandslos vorausgesetzt werden. Maßgeblich hierfür dürften der erhebliche Zeitaufwand und die vergleichsweise geringe Vergütung sein. Die geringe Beteiligung von HNO-Ärztinnen und -Ärzten an den existierenden Verträgen sei hierfür ein deutlicher Hinweis. Die Versorgung von Kindern, kognitiv beeinträchtigten Personen und allen, bei denen eine sichere Kommunikation nicht gewährleistet ist, komme ohnehin nicht in Frage. Adressaten des verkürzten Versorgungsweges seien vor allem Versicherte, bei denen keine beratungs- und betreuungsaufwändige Anpassung der Hörhilfe und Nachsorge erforderlich sind.

4 Bewertung durch den Bundesrechnungshof

Das BMG hatte zwar in der Beratung im Rechnungsprüfungsausschuss umfassende gesetzliche Änderungen in der Hilfsmittelversorgung in Aussicht gestellt. Entgegen dem Beschluss des Rechnungsprüfungsausschusses hat es aber bislang – trotz großzügig bemessener Frist –

⁸ Nach § 128 Absatz 1 SGB V ist die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots, die bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen angelegt sind, unzulässig, soweit diese nicht zur Versorgung von Notfällen erforderlich sind. Depots bieten Hilfsmittelerbringern in besonderer Weise einen Anreiz, sich gegen unzulässige Zuwendungen einen ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteil zu verschaffen (Bundestagsdrucksache 16/10609, 73).

versäumt, Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen anzustoßen und die Situation in der Hilfsmittelversorgung zu verbessern. Die Einwände des BMG unterscheiden sich nicht von denen im Prüfungs- und Bemerkungsverfahren des Bundesrechnungshofes. Auch der Sonderbericht des BAS enthält keine grundlegend neuen Erkenntnisse. Die dort thematisierten Beanstandungen wie intransparente Vertragsinhalte und unzureichende Kontrollen der Krankenkassen waren dem BMG spätestens seit dem Jahr 2016⁹ bekannt.

4.1 Kontrolle der Leistungserbringer

Regelmäßige Übermittlung von Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen

Es überzeugt nicht, wenn das BMG die Verpflichtung der Leistungserbringer zur regelmäßigen Übermittlung der Beratungsdokumentationen und Mehrkostenvereinbarungen mit dem damit verbundenen Aufwand bei den Krankenkassen ablehnt. Der Bundesrechnungshof hatte dies im Blick und empfohlen, Daten in einem maschinell auswertbaren Format zu übermitteln. Der Kontrollaufwand wird dadurch begrenzt, insbesondere wenn die Kontrolle selbst auch maschinell unterstützt wird.

Der Bundesrechnungshof hält daran fest, dass Hinderungsgründe ausgeräumt und die gesetzlichen Voraussetzungen für eine regelmäßige Übermittlung von Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen angestoßen werden sollten. Eine gesetzliche Neuregelung sollte vorsehen, dass Leistungserbringer künftig regelmäßig – und nicht nur auf Verlangen – Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen zu übermitteln haben, um systematische Kontrollen zu ermöglichen. Krankenkassen würde dadurch ermöglicht, Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchzuführen, um Beratungsleistungen der Leistungserbringer systematisch prüfen und den Gründen für Mehrkosten nachgehen zu können. Eine wirksame Qualitätssicherung würde so deutlich erleichtert.

Organisation gemeinsamer Kontrollen durch den GKV-Spitzenverband

Krankenkassen waren ihrer gesetzlichen Verpflichtung, Leistungserbringer und deren Versorgungsqualität flächendeckend und systematisch zu kontrollieren, über Jahre nicht nachgekommen. Die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes hatten sie überwiegend nicht umgesetzt. Es ist daher nicht zu erwarten, dass eine Konkretisierung der Empfehlungen Krankenkassen veranlassen würde, diese verstärkt umzusetzen. Versäumnisse der Krankenkassen führt der Bundesrechnungshof weniger auf Schwierigkeiten mit der praktischen Um-

⁹ Vgl. den auf der Homepage des Bundesrechnungshofes veröffentlichten Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Absatz 2 BHO über die Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 20. Juni 2016 (Gz.: IX 4 - 2014 - 0596).

setzung zurück. Vielmehr dürfte ihnen vielfach ein besonderes Interesse fehlen, Leistungserbringer wirksam zu kontrollieren. Erfahrungsgemäß kommen Krankenkassen Kontrollpflichten besonders dann nach, wenn damit eigene Einsparungen verbunden sind. Ein finanzieller Anreiz fehlt bei Kontrolle der Leistungserbringer und der Qualität in der Hilfsmittelversorgung. Eine unzureichende Versorgungsqualität trifft zunächst nur die Versicherten. Krankenkassen haben allenfalls zeitversetzt höhere Leistungsausgaben, wobei eine Kausalität nicht erkennbar sein muss.

Der Bundesrechnungshof hält deshalb an seiner Empfehlung fest, dass der GKV-Spitzenverband mit der Organisation gemeinsamer systematischer Kontrollen beauftragt werden sollte. Datenauswertungen, Auswertungen von Unterlagen und Dokumentationen und Versichertenbefragungen erscheinen dafür besonders geeignet. Die hiergegen vom BMG vorgebrachten Argumente überzeugen nicht. Soweit für die Durchführung gemeinsamer Kontrollen bestimmte Voraussetzungen erforderlich sind und Personal bereitzustellen ist, muss dies sichergestellt werden. Der GKV-Spitzenverband hat die Möglichkeit, durch Regelungen im Hilfsmittelverzeichnis auf einheitliche Standards hinzuwirken. Das BMG sollte die gesetzlichen Voraussetzungen für die vom GKV-Spitzenverband organisierten Kontrollen nunmehr schnellstmöglich anstoßen.

Kontrolle der Versorgungsqualität durch den Medizinischen Dienst

Die übergreifende Kontrolle der Versorgungsqualität durch den Medizinischen Dienst hat das BMG kritisch gesehen. Tragfähige Gründe benennt es aber nicht. Der Bundesrechnungshof hält an seiner Empfehlung fest: Der Medizinische Dienst sollte als unabhängiger Akteur mit der übergreifenden Kontrolle der Versorgungsqualität beauftragt werden (z. B. turnusmäßige Qualitätsprüfungen in ausgewählten Produktgruppen der Hilfsmittelversorgung). Der Medizinische Dienst sollte diese Kontrolle als gesetzliche Aufgabe autonom wahrnehmen können, ohne auf Aufträge der Krankenkassen angewiesen zu sein. Hierfür wäre eine Rechtsgrundlage zu schaffen.

4.2 Versorgung mit Hörhilfen

Generellen Genehmigungsvorbehalt einführen

Der Bundesrechnungshof befürwortet, dass das BMG einen generellen Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen bei Versorgung mit Hörhilfen und Produktgruppen mit überproportional vielen Mehrkostenvereinbarungen prüfen will. Er erwartet, dass das BMG nach einjähriger Prüfung alsbald zu einem positiven Abschluss kommt. Der Bundesrechnungshof hält an seiner Empfehlung fest, zumindest bei der Versorgung mit Hörhilfen einen generellen gesetzlichen Genehmigungsvorbehalt vorzusehen, ggf. auch in weiteren Bereichen, soweit es sinnvoll ist. Ein Verzicht erscheint allenfalls bei eiligen oder niedrigpreisigen Versorgungsfällen sinnvoll, zu denen die Versorgung mit Hörhilfen erkennbar nicht gehört. Versicherte

sollen in die Lage versetzt werden, eine ausgewogene Entscheidung treffen zu können. Dies geht nur, wenn die Leistungserbringer über mehrkostenfreie Versorgungsmöglichkeiten beraten und Versicherten wenigstens ein mehrkostenfreies Gerät anbieten und vergleichend anpassen. Da dies in der Vergangenheit häufig unterblieben ist, sollten Krankenkassen ihre Versicherten stärker unterstützen. Dafür sollten die Leistungserbringer den Krankenkassen nachweisen müssen, dass sie mindestens ein aufzahlungsfreies Gerät mit dem Versicherten getestet haben. Maßstab der Hörhilfenversorgung ist der möglichst weitgehende Ausgleich des Hörverlustes. Aufzahlungsfrei muss deshalb immer ein Gerät sein, welches den Hörverlust am besten ausgleicht.

Untersuchung des verkürzten Versorgungsweges unzureichend und ohne Aussagekraft

Für den Bereich der Hörhilfen sollte das BMG die Versorgung im verkürzten Versorgungsweg wissenschaftlich evaluieren. Dem kam es nicht nach. Stattdessen hat das BMG Gespräche mit mehreren an der Hörhilfenversorgung beteiligten Organisationen geführt und eigene Rechercheergebnisse zusammengetragen. Den Anforderungen an eine fundierte Evaluation (Bestimmung von Zielen, Informationsbedarfen und Erhebungsverfahren) wird das nicht gerecht. Das BMG hat zwar aggregierte Daten bei einzelnen Krankenkassen oder Leistungserbringern abgefragt. Eine Untersuchung auf der Ebene einzelner Versorgungsfälle fand aber nicht statt. Dafür hätten die betroffenen Akteure ermittelt und in die Betrachtung einbezogen werden müssen, etwa durch eine Versichertenbefragung. Um die beiden Versorgungswege zu vergleichen, hätten entsprechende Vergleichsgruppen gebildet werden müssen.

Damit bleibt ungeklärt, warum es im verkürzten Versorgungsweg im Vergleich zur klassischen Versorgung seltener und zu niedrigeren Mehrkosten kommt. Wichtig wäre auch festzustellen, ob es zwischen klassischem und verkürztem Versorgungsweg Unterschiede in der Versorgungsqualität gibt. Nur wenn das BMG diese Fragen fundiert beantwortet, lassen sich entsprechende Möglichkeiten für die Verbesserung der Versorgung mit Hörhilfen identifizieren.

Der Bundesrechnungshof bewertet den vom BMG vorgelegten Bericht und die bislang ergriffenen Maßnahmen damit im Ergebnis als unzureichend. Für den Bereich der Hörhilfen hält er an seiner Empfehlung fest, die Versorgung im verkürzten Versorgungsweg näher zu untersuchen und mit der Versorgung bei Hörakustikerinnen und -akustikern zu vergleichen. Dazu sollte eine wissenschaftliche Studie in Auftrag gegeben werden. Die Untersuchung sollte ergebnisoffen stattfinden. Soweit die Ergebnisse dies nahelegen, sollte die Regelversorgung rechtlich entsprechend angepasst werden.

Weinert

Sievers

Beglaubigt: Schmidt-Koch, RHS'n

Wegen elektronischer Bearbeitung ohne Unterschrift und Dienstsiegelabdruck.