

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2020

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Monika Kücking

Hilfsmittelversorgung am Beispiel der Hörhilfen im Fokus:
Wie kommt die Versorgung bei den Versicherten an und was muss sich ändern?, Seite 250–268

doi: 10.30433/GWA2020-250

Monika Kücking

Hilfsmittelversorgung am Beispiel der Hörhilfen im Fokus: Wie kommt die Versorgung bei den Versicherten an und was muss sich ändern?

Obwohl die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln in der öffentlichen Darstellung oft kritisiert wird, zeigen repräsentative Befragungen der Versicherten ein ganz anderes Bild. Ganz überwiegend sind die Versicherten beispielsweise mit der Hörhilfenversorgung zufrieden oder sogar sehr zufrieden, und zwar unabhängig davon, ob sie im Rahmen des Sachleistungsprinzips versorgt werden oder darüber hinaus Mehrkostenvereinbarungen mit Leistungserbringern schließen. Welche Rolle Festbeträge und Verträge hier spielen, wird analysiert, und es werden Lösungsoptionen für eine qualitätsorientierte und am Sachleistungsprinzip ausgerichtete Versorgung sowie weitere Maßnahmen gegen ungerechtfertigte Mehrkostenversicherungen aufgezeigt.

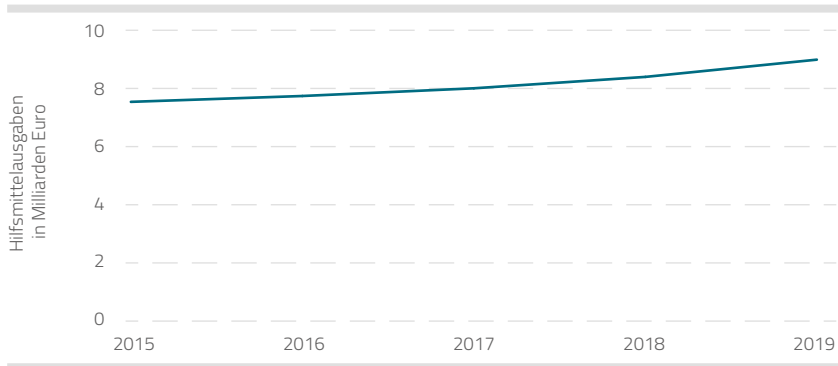
Hilfsmittelversorgung als Dauerproblem in der Wahrnehmung der Politik

Die Hilfsmittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind im Jahr 2019 gegenüber dem Vorjahr wiederum gestiegen, und zwar um rund sieben Prozent auf 9,0 Milliarden Euro. Dies entspricht vier Prozent der insgesamt etwa 239,1 Milliarden Euro Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der Kostenanstieg in diesem Sektor lässt sich dabei unter anderem auf die Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft zurückführen, die eine Hilfsmittelversorgung auf hohem Niveau erfordert – mit hoher Produktqualität und dem Zugang zu Innovationen und neuen Technologien.

Öffentlich stand die Hilfsmittelversorgung in den letzten Jahren regelmäßig in der Kritik. So forderte beispielsweise der damalige Patientenbeauftragte Karl-Josef Laumann in einem Positionspapier mehr Qualität und mehr Transparenz in der Hilfsmittelversorgung. In der öffentlichen Diskussion spielt insbesondere die Belastung der Versicherten mit ungerechtfertigten Mehrkosten bei Hilfsmitteln eine Rolle. Das Sachleistungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung stellt vom Grundsatz her sicher, dass

Versicherte eine ausreichende und bedarfsgerechte Versorgung durch ihre Krankenkasse erhalten, ohne Mehrkosten zahlen zu müssen.

Abbildung 1: Entwicklung der Hilfsmittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung



Quelle: Amtliche Statistik KJ1; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Mehrkostenregelung: Eine differenzierte Betrachtung ist erforderlich

Gemäß § 2 SGB V erhalten Versicherte die Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V), soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden.

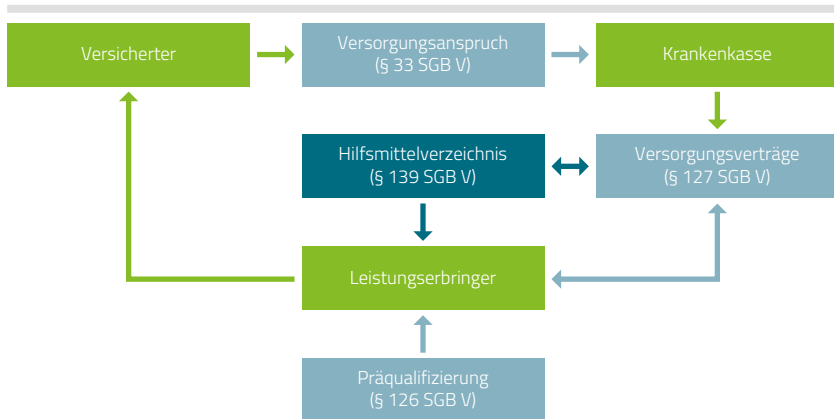
Voraussetzung für eine dem Sachleistungsprinzip gemäße Versorgung mit Mehrkosten ist immer eine entsprechende Information und Beratung der Versicherten, denn nur so kann hinreichend sichergestellt werden, dass die Versicherten über den ihnen zustehenden Leistungsumfang ausreichend informiert sind. Auf dieser Grundlage können Versicherte dann eine abgewogene Entscheidung treffen, welche zusätzlichen Produkteigenschaften sie gegebenenfalls privat erwerben wollen. Hierbei handelt es sich dann um Leistungen, die über das im jeweiligen Einzelfall medizinisch Notwendige hinausgehen und somit im Rahmen einer gerechtfertigten Mehrkostenvereinbarung mit dem Leistungserbringer vom Versicherten außerhalb des Sachleistungsprinzips als private Leistung zu finanzieren sind. Verbunden mit dieser Besonderheit bei der Versorgung mit Hilfsmitteln ist die Tatsache, dass damit ein zusätzliches Umsatzpotenzial für die Leistungserbringer vorhanden ist.

Eine weitere Besonderheit ist darin zu sehen, dass die Mehrkostenversorgungen bei Hilfsmitteln in der Regel keine „abtrennbaren“ Leistungen sind, wie sie beispielsweise die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) darstellen, sondern als funktionales oder die Ausstattung betreffendes Add-on gelten und damit Produkte mit Eigenschaften umfassen, die über die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses hinausgehen.

Wesentliche Rechtsgrundlagen der Hilfsmittelversorgung mit Blick auf die Hörhilfenversorgung

Gesetzlich Krankenversicherte haben gemäß § 33 SGB V einen Anspruch auf Hilfsmittelversorgung gegenüber ihrer Krankenkasse. Die Krankenkassen realisieren diesen Versorgungsanspruch im Rahmen des Sachleistungsprinzips, indem sie Verträge nach § 127 SGB V mit nach § 126 SGB V präqualifizierten Hilfsmittelleistungserbringern schließen. Dabei haben sie die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V an die Qualität der Hilfsmittel und der Versorgung den Verträgen zugrunde zu legen. Die folgende Abbildung verdeutlicht diese wesentlichen Rechtsgrundlagen der Hilfsmittelversorgung.

Abbildung 2: Wesentliche gesetzliche Rahmenbedingungen in der Hilfsmittelversorgung



Quelle: Darstellung GKV-Spitzenverband

In dem vom GKV-Spitzenverband erstellten Hilfsmittelverzeichnis werden von der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung umfasste Hilfsmittel gelistet. Die Hilfsmittel werden dabei entsprechend ihren Funktionen und Einsatzgebieten/Indikationen bestimmten Produktgruppen, beispielsweise der Produktgruppe 13 Hörhilfen, zugeordnet. Zur Qualitätssicherung der Hilfsmittelversorgung sind im Hilfsmittelverzeichnis sowohl Qualitätsanforderungen, die von den zur Aufnahme beantragten Produkten zu erfüllen sind, als auch Dienstleistungsanforderungen, die sich an die Leistungserbringer richten und im Rahmen der Leistungserbringung einzuhalten sind, festgeschrieben.

Die Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses werden regelmäßig fortgeschrieben. Im Zuge dieser Fortschreibungen werden unter anderem die Qualitätsanforderungen und die Dienstleistungsanforderungen unter Berücksichtigung des aktuellen medizinischen und technischen Fortschritts überprüft und, sofern erforderlich, aktualisiert.

Durch die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahme- und Mitwirkungsmöglichkeiten der Hersteller- und Leistungserbringerverbände sowie der Patientenvertretung wird dabei sichergestellt, dass die Belange der verschiedenen Akteure angemessen berücksichtigt werden.

Die Produktgruppe 13 Hörhilfen wurde letztmalig im Dezember 2017 fortgeschrieben. Gemäß den geltenden Qualitätsanforderungen der Produktgruppe 13 Hörhilfen müssen Hörgeräte unter anderem die folgenden technischen Eigenschaften aufweisen:

- vier getrennt voneinander regelbare Kanäle,
- digitale Signalverarbeitung,
- Störschall unterdrückende Signalverarbeitung,
- Rückkopplung unterdrückende Signalverarbeitung,
- mindestens drei vom Hörakustiker auf den Hörverlust anpassbare, akustisch übertragende Hörprogramme oder automatische Anpassung der akustischen Übertragung an mindestens drei unterschiedliche Hörsituationen basierend auf der Einstellung durch den Hörakustiker an den individuellen Hörverlust.

Mithilfe dieser technischen Eigenschaften der Hörgeräte wird sichergestellt, dass die Ziele der Hörgeräteversorgung, wie sie in der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) definiert worden sind, im Rahmen der Hörgeräteversorgung durch den Hörakustiker erreicht werden können: „Zielsetzung der Hörgeräteversorgung ist es unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts, a) ein Funktionsdefizit des Hörvermögens möglichst weitgehend auszugleichen und dabei, soweit möglich, ein Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen zu erreichen, b) durch eine beidohrige Versorgung, soweit möglich, auch das räumliche Hören zu verbessern, c) die Auswirkungen einer auditiven Kommunikationsbehinderung im gesamten täglichen Leben und damit bei der Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen zu beseitigen oder zu mildern“ (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung 2020: § 19).

In diesem Zusammenhang bilden die Dienstleistungsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnis einen wesentlichen Baustein der Qualitätssicherung der Leistungserbringung, indem sie den vom Leistungserbringer zu verantwortenden Versorgungsprozess umfassen und unter anderem auch die Information und Beratung der Versicherten regeln. Zur Gewährleistung einer dem Sachleistungsprinzip gemäßen Versorgung wird in den geltenden Dienstleistungsanforderungen der Produktgruppe 13 Hörhilfen festgehalten, dass die Leistungserbringer die Versicherten über die Möglichkeit einer mehrkostenfreien Versorgung zu informieren und ihnen eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien, zum Ausgleich der Hörminderung individuell geeigneten Hörhilfen anzubieten haben. Um das Versorgungsziel bestmöglich zu erreichen, ist zudem eine vergleichende Anpassung mit mehreren Hörgeräten vorgesehen.

Kennzahlen der Hörhilfenversorgung

Hörhilfen sind die Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses mit den höchsten Ausgaben aller Produktgruppen. Auffällig ist, dass im Rahmen des 2. Mehrkostenberichts 2019 mehr als die Hälfte der Versicherten (53 Prozent aller mit Hörhilfen Versorgten) eine Versorgung mit Mehrkosten erhielten. Diese Produktgruppe steht mit durchschnittlichen Mehrkosten in Höhe von 1.082 Euro im Jahr 2019 je Versorgungsfall

an der Spitze aller Produktgruppen und bezogen auf die Häufigkeit der Versorgung mit Mehrkosten an zweiter Stelle der Produktgruppen (GKV-Spitzenverband 2020: 20).

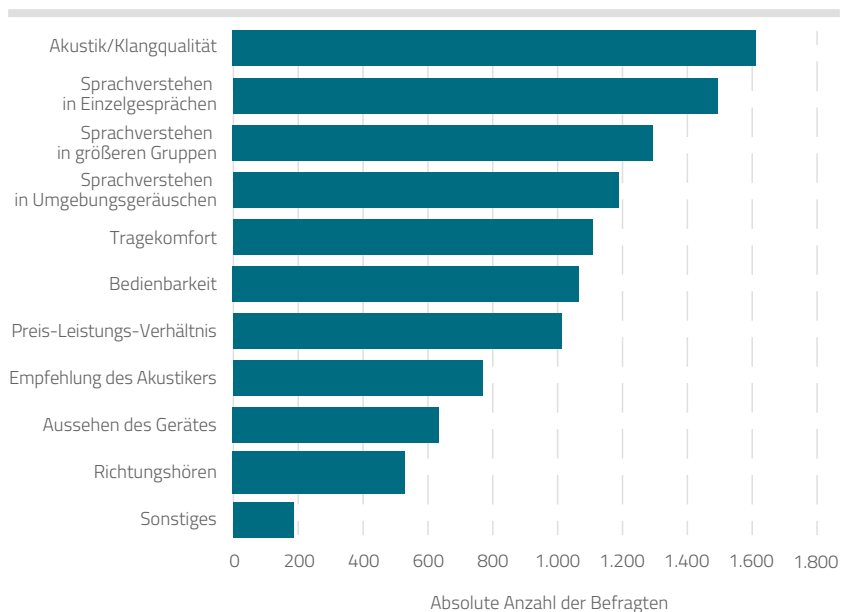
Um eine Hörgeräteversorgung gemäß dem Sachleistungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen, hat der GKV-Spitzenverband im November 2013 den Festbetrag für schwerhörige Versicherte auf 733,59 Euro (ohne Mehrwertsteuer) für die Versorgung mit einem Hörgerät angehoben und damit nahezu verdoppelt (Festbetrag für eine beidohrige Versorgung: 1.320,46 Euro ohne Mehrwertsteuer). Zurzeit werden die technischen Qualitätsanforderungen der Produktgruppe im Rahmen der Fortschreibung überprüft und anschließend erfolgt auch eine Überprüfung der Festbeträge.

Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Versorgungsqualität, Beratungsqualität und zu Mehrkosten der Hörhilfenversorgung

Der GKV-Spitzenverband hat zur Ermittlung der Versorgungs- und Beratungsqualität sowie zu Fragen nach den Gründen für Mehrkosten 2017/2018 eine repräsentative schriftliche Versicherten-Befragung initiiert, an der sich 13 Krankenkassen unterschiedlicher Kassenarten, darunter auch die BARMER, beteiligten. Mit der Durchführung wurde die opta data Abrechnungs GmbH (opta data) sowie das Sozialwissenschaftliche Umfragezentrum (SUZ), vertreten durch Prof. Frank Faulbaum, beauftragt. Befragt wurden erwachsene Versicherte, die im Zeitraum vom 1. Juli 2016 bis zum 31. März 2017 eine in der Regel beidohrige Hörhilfenversorgung erhalten hatten. Insgesamt beteiligten sich 3.457 Versicherte an der Befragung (SUZ und opta data 2019). Die Befragten erhielten zu 60 Prozent eine Erstverordnung und zu 38 Prozent eine Folgeverordnung (keine Nennung: 2 Prozent).

Betrachtet man zunächst die Gründe für die Auswahl eines Hörgerätes, dann zeigt sich bei möglichen Mehrfachnennungen, dass vor allem neben Akustik/Klangqualität, Sprachverstehen in Einzelgesprächen, Sprachverstehen in größeren Gruppen und in Umgebungsgeräuschen auch der Tragekomfort und die Bedienbarkeit des Hörgerätes eine große Rolle spielen.

Abbildung 3: Gründe für die Auswahl des Hörgerätes

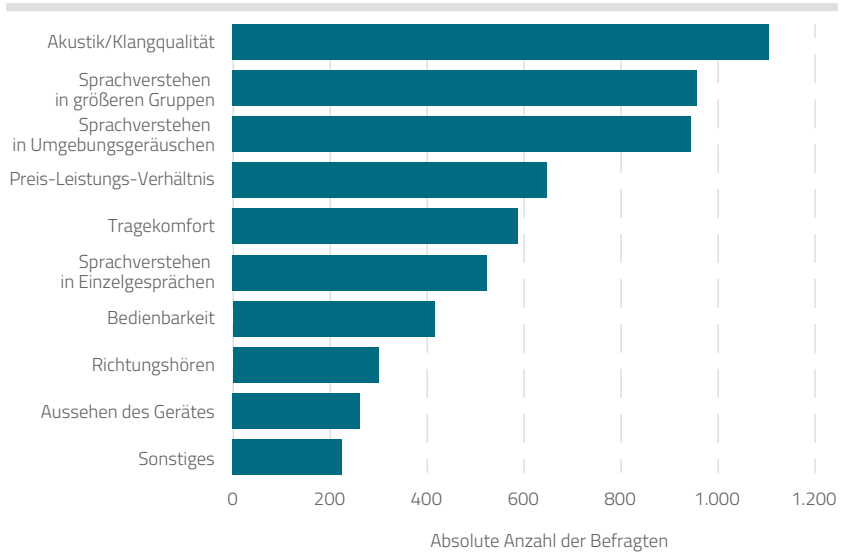


Quelle: SUZ und opta data; Darstellung: GKV-Spitzenverband, n = 3.163, Mehrfachangaben möglich

Als Entscheidungsgründe gegen ein Gerät wurden vor allem neben der Akustik/Klangqualität das Sprachverstehen in größeren Gruppen und in Umgebungsgeräuschen genannt. Diese Faktoren sind also aus Sicht der Befragten insbesondere notwendig, damit die Versorgung als hinreichend gut erfahren wird. Nimmt man das Ranking der Entscheidungsgründe für beziehungsweise gegen ein Gerät in Augenschein, zeigt sich, dass das Preis-Leistungs-Verhältnis bei den Gründen gegen ein Gerät eine deutlich größere Rolle spielt als bei der Entscheidung für ein Gerät (Abbildung 4).

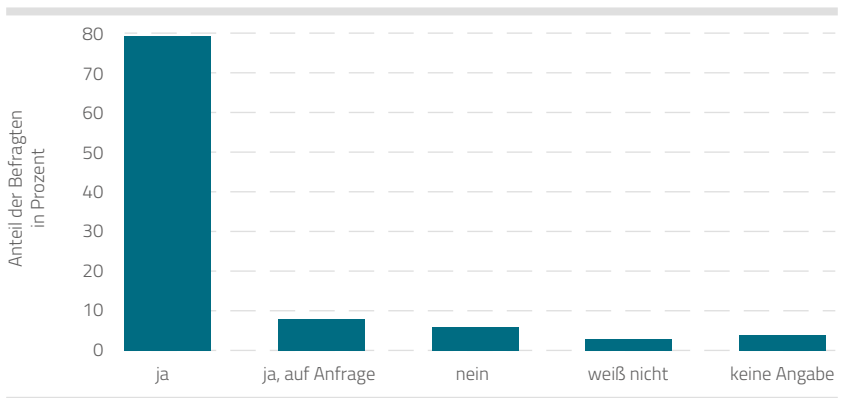
Betrachtet man den Bereich der Beratung des Versicherten durch den Hörakustiker, dann zeigt sich, dass die Mehrheit der Versicherten (79 Prozent) angeben, über ihren Anspruch auf eine Versorgung gemäß dem Sachleistungsprinzip beraten worden zu sein. Kritisch zu bewerten ist, dass immerhin 14 Prozent nur auf Nachfrage beziehungsweise überhaupt nicht über die Möglichkeit einer mehrkostenfreien Versorgung informiert wurden.

Abbildung 4: Gründe für die Entscheidung gegen ein Gerät



Quelle: SUZ und opta data; Darstellung: GKV-Spitzenverband, n = 3.163, Mehrfachangaben möglich

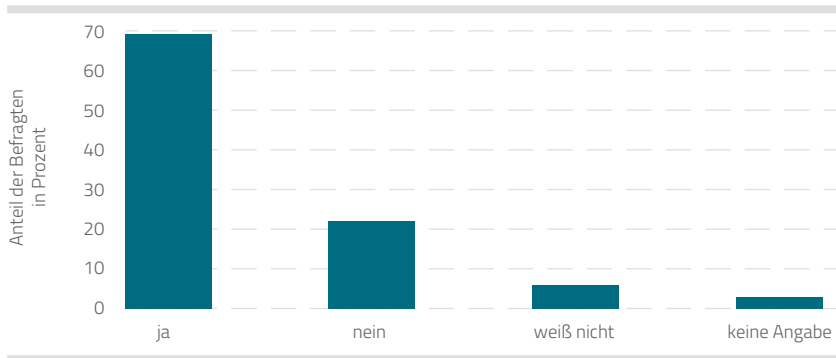
Abbildung 5: Beratung über mehrkostenfreie Hörhilfenversorgung



Quelle: SUZ und opta data; Darstellung: GKV-Spitzenverband, n = 3.163

Fragt man nach den konkret angebotenen Produkten, so wurde nur 69 Prozent der Versicherten ein mehrkostenfreies Gerät angeboten, mit 22 Prozent wurde jedoch mehr als jedem fünften Versicherten kein solches Gerät angeboten. Auch haben weniger als die Hälfte der Befragten mehr als ein Hörgerät getestet und damit keine direkte Vergleichsmöglichkeit zwischen zwei Geräten erfahren. Dieses Ergebnis überrascht, insofern die vergleichende Anpassung mit mehreren Hörgeräten zum Zeitpunkt der Versorgung der Befragungsteilnehmer (1. Juli 2016 bis 31. März 2017) in nahezu allen Versorgungsverträgen geregelt war.

Abbildung 6: Angebot eines mehrkostenfreien Hörgerätes



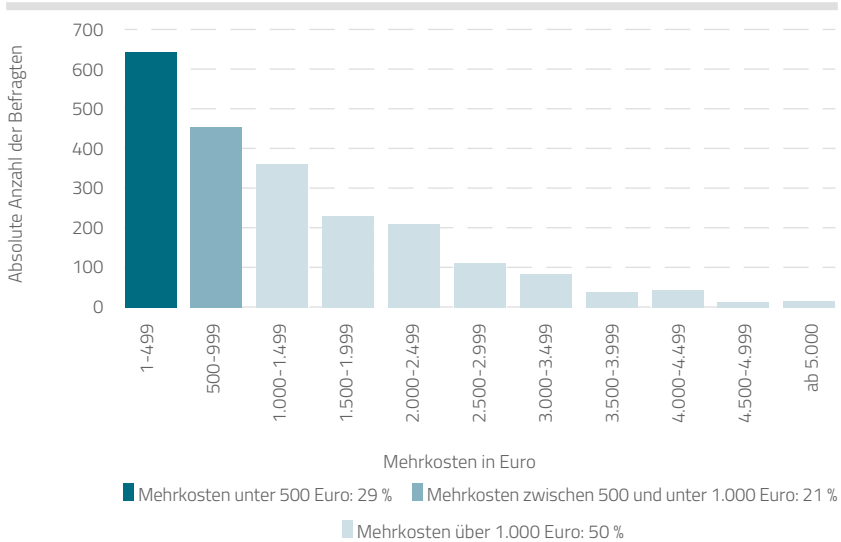
Quelle: SUZ und opta data; Darstellung: GKV-Spitzenverband, n = 3.163

Stehen die Kosten im Fokus, so hat sich ein erheblicher Anteil der Befragten, nämlich 70 Prozent, für eine Versorgung mit Mehrkosten entschieden. Durchschnittlich betragen die Mehrkosten 1.169 Euro bei einem Median von 885 Euro.

Während in der Versichertenbefragung und im 2. Mehrkostenbericht die durchschnittliche Mehrkostenhöhe mit 1.169 Euro (Versichertenbefragung) beziehungsweise 1.082 Euro (2. Mehrkostenbericht) ähnlich ausfällt, unterscheiden sich die beiden Berichte in dem Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten, der bei der Versichertenbefragung 70 Prozent, im 2. Mehrkostenbericht 52 Prozent beträgt. Da im 2. Mehrkostenbericht unter anderem auch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie die Versorgungen von Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit

berücksichtigt wird und in diesen Versorgungsbereichen nahezu keine Mehrkosten entstehen, ist der Anteil an Versorgungsfällen mit Mehrkosten hier geringer.

Abbildung 7: Höhe der Mehrkosten, falls geleistet, ab 1 Euro

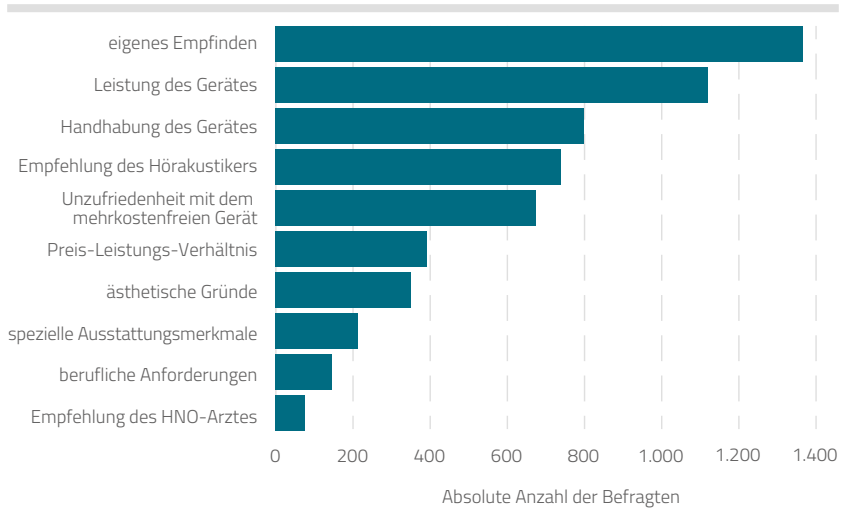


Quelle: SUZ und opta data; Darstellung: GKV-Spitzenverband, n = 2.209

Betrachtet man die Höhe der geleisteten Mehrkosten, zeigt sich, dass von den Mehrkosten zahlenden Befragten 29 Prozent Mehrkosten unter 500 Euro, 21 Prozent Mehrkosten zwischen 500 und unter 1.000 Euro und 50 Prozent Mehrkosten über 1.000 Euro leisten.

Als Gründe für ein Gerät mit Mehrkosten wird angegeben, dass das eigene Empfinden ausschlaggebend sei, gefolgt von den Leistungen des Gerätes, der Handhabung, der Empfehlung des Hörakustikers und der Unzufriedenheit mit dem mehrkostenfreien Gerät. Auch rückblickend halten noch 81 Prozent der Befragten die Entscheidung für eine Versorgung mit Mehrkosten für richtig.

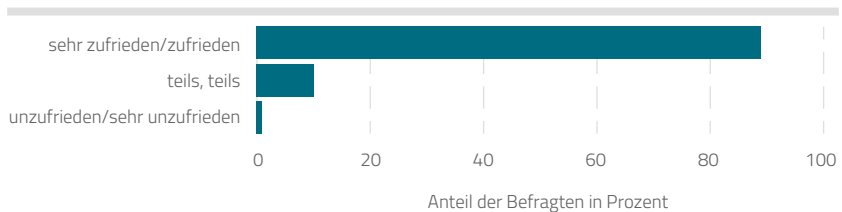
Abbildung 8: Gründe für die Entscheidung für Mehrkosten



Quelle: SUZ und opta data; Darstellung: GKV-Spitzenverband, n = 3.163, Mehrfachangaben möglich

Nimmt man die Zufriedenheit mit der Versorgung in den Blick, fällt eine sehr hohe Zufriedenheit der Versicherten von 89 Prozent auf, die zufrieden oder sehr zufrieden mit der Versorgung sind. Dies bestätigt auch die Zufriedenheitsbefragung mit der Hörgeräteversorgung der BARMER aus dem Jahr 2019 (BARMER 2019), nach der sogar etwa 95 Prozent der Befragten sehr zufrieden oder zufrieden mit der Beratung und Betreuung durch die Hörakustiker waren (n = 1.422 Versicherte der BARMER mit beid-ohriger Hörversorgung).

Abbildung 9: Zufriedenheit mit der Hörhilfenversorgung



Quelle: SUZ und opta data; Darstellung: GKV-Spitzenverband, n = 3.163, keine Angabe: zwei Prozent

Bemerkenswert ist auch, so ein Ergebnis der Befragung des GKV-Spitzenverbandes, dass die Zufriedenheit, unabhängig von eventuell anfallenden Mehrkosten, sehr hoch ist.

Die Auswertung der Befragungsergebnisse zeigt, dass die Höhe der Mehrkosten sowohl von der Beratung und den konkreten Versorgungsangeboten der Hörakustiker als auch durch das Nachfrageverhalten der Versicherten beeinflusst wird. Einfluss auf die Höhe der geleisteten Mehrkosten hat auch die Erwartung der Befragten. So zahlen diejenigen, die mit Mehrkosten gerechnet haben, im Durchschnitt 350 Euro mehr als diejenigen, die nicht mit Mehrkosten gerechnet haben. Die folgenden Faktoren haben signifikanten Einfluss auf Zahlung und Höhe von Mehrkosten:

- Erwartung der Versicherten:
Diejenigen, die Mehrkosten erwartet hatten (84 Prozent), zahlten im Schnitt über 350 Euro mehr als die Personengruppe, die keine Mehrkosten erwartet hat.
- Informiertheit über mehrkostenfreie Versorgung:
Um durchschnittlich 127 Euro verringerten sich die Mehrkosten bei Versicherten, die über die Möglichkeit einer mehrkostenfreien Versorgung informiert wurden.
- Konkretes Angebot eines mehrkostenfreien Hörgerätes:
Wurde ein mehrkostenfreies Hörgerät explizit angeboten, waren die Mehrkosten sogar um 243 Euro geringer.
- Einholen von Vergleichsangeboten:
Versicherte, die mehr als einen Akustiker aufsuchten, zahlten im Schnitt 229 Euro weniger Mehrkosten, aber lediglich 17 Prozent der Befragten ließen sich von mehreren Hörakustikern beraten.
- Anbieter auswählen:
Entschieden sich Versicherte für einen überregionalen Filialisten, verminderten sich die Mehrkosten im Schnitt um 311 Euro.

Diese Auswertung zeigt auf, wo für die Versicherten Ansatzpunkte liegen, um Mehrkosten zu reduzieren oder ganz zu vermeiden.

Festbeträge stellen keine Lösung dar

Der GKV-Spitzenverband setzt für die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln, so auch für Hörgeräte, einheitliche Festbeträge fest. Festbeträge haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten; zugleich sind sie so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten.

Zur Berechnung der Festbeträge werden die Hersteller der entsprechenden Hilfsmittel zur Übermittlung von Preislisten (Einkaufspreise) sowie Angaben zu Absatzzahlen und Rabatten aufgefordert und die jeweiligen Leistungserbringerorganisationen um Informationen zu Preiskalkulationen und Marktanteilen gebeten. Diese Daten bilden zusammen mit den validierten Arbeitszeitwerten und dem branchenüblichen Stundenverrechnungssatz die Kalkulationsgrundlage der Festbeträge. Der Festbetrag setzt sich sodann zusammen aus dem ermittelten Materialwert (in der Regel der oberste Preis des unteren Preisdrittels) und dem Preis für die handwerkliche Leistung beziehungsweise Dienstleistung.

Tabelle 1: Produktgruppen mit Festbeträgen: Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten und durchschnittliche Mehrkostenhöhe

Hilfsmittel-Produktgruppe	Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten in Prozent	Rang	Durchschnittliche Höhe der Mehrkosten je Versorgungsfall mit Mehrkosten in Euro	Rang
08 Einlagen	52,9	1	29,60	27
13 Hörhilfen	52,4	2	1.081,90	1
15 Inkontinenzhilfen	17,5	9	107,70	14
17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	31,0	6	25,20	28
25 Sehhilfen	35,2	4	118,20	13

Quelle: 2. Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen

Bei den Produktgruppen, für die Festbeträge nach § 36 SGB V festgelegt sind, zeigt sich jedoch, dass die Versicherten zu einem relativ hohen Anteil mit Mehrkosten belastet werden – und dies, obwohl eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung

ohne Mehrkosten verfügbar ist und die Festbeträge auch den Verträgen der Krankenkassen, beispielsweise mit Hörakustikern, zugrunde liegen. Insofern liegt es nahe, diese Auffälligkeiten am Beispiel der Hörhilfen einmal näher zu betrachten.

Die Berechnungsgrundlage der Festbetragskalkulation stellt vom Grundsatz her sicher, dass ein Drittel aller am Markt befindlichen Hörerätekonfigurationen zum Festbetrag abgegeben werden können. Diverse technische Merkmale sind bereits Standard bei allen Hörgeräten und auch mehrkostenfreie Geräte müssen gemäß den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses beziehungsweise des Festbetragsgruppensystems mindestens über mehrere Hörprogramme für unterschiedliche Hörsituationen und auch eine Störgeräusch- und Rückkopplungsunterdrückung verfügen. Zahlreiche Leistungserbringer bieten zudem auch Geräte mit zusätzlichen komfortverbessernden Merkmalen nach aktuellem technischem Stand mehrkostenfrei an. Dazu gehören beispielsweise eine für die jeweilige Hörminderung kleinstmögliche Bauweise, eine Schnittstelle für Wireless-Anbindungen wie Bluetooth oder ein automatisches Richtmikrofon ebenso wie maßgefertigte individuelle Ohrpassstücke oder das automatische Anpassen an die besonderen Anforderungen beim Telefonieren.

Die Festbeträge fungieren dabei als Höchstpreise für die Verträge der Krankenkassen mit den Leistungserbringern. Der Festbetrag begrenzt also die Kosten der Krankenkassen und stellt sicher, dass eine hinreichende Auswahl von Geräten mit am Wirtschaftlichkeitsgebot orientierter und im Hilfsmittelverzeichnis definierter Qualität am Markt verfügbar ist. Die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses sind den Verträgen der Krankenkassen zugrunde zu legen. Durch diesen Regelungszusammenhang wird sichergestellt, dass eine hinreichende Anzahl von qualitätsdefinierten Angeboten existiert.

Losgelöst davon findet die Preisgestaltung der Leistungserbringer gegenüber den Versicherten statt. Unabhängig von der vertraglichen Verpflichtung des Hörakustikers, im Rahmen des Sachleistungsprinzips eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier Hörgeräte anzubieten und über mögliche Mehrkostenversorgungen entsprechend zu informieren, obliegt die konkrete Preisgestaltung dem Leistungserbringer. Jeder Leistungserbringer kalkuliert vor dem Hintergrund betriebswirtschaftlicher

Überlegungen somit die Abgabepreise der von ihm angebotenen Hörgeräte selbst. Es gibt folglich vom Grundsatz her keine generell identifizierbaren Hörgeräte, die garantiert bei jedem Hörakustiker mehrkostenfrei angeboten werden. So ist es durchaus möglich, dass ein und dasselbe Hörgerät abhängig vom Leistungserbringer einmal mit und einmal ohne Mehrkosten abgegeben wird.

Dass sich dieses Marktgeschehen im Sinne von Umsatzerwartungen der Leistungserbringer relativ unabhängig von der Höhe der Festbeträge etabliert hat, zeigt eine Befragung der hkk, die unmittelbar nach der signifikanten Erhöhung der Festbeträge für Hörhilfen im Jahre 2013 durchgeführt wurde und einen Vergleich des Mehrkostengeschehens vor und nach Anhebung der Festbeträge ermöglichte hatte: „Auch wenn mit der Erhöhung des Vertragspreises eine deutliche Abnahme der Hörgeräteträger verbunden war, die über 2.000 Euro privat zuzahlen mussten, führt die Tatsache, dass insbesondere der Anteil der Befragten mit einem Eigenanteil von 1.000 bis 2.000 Euro praktisch nicht abnahm, dazu, dass immer noch fast 40 Prozent aller Hörgeräteträger (vorher 51,6 Prozent) einen für Durchschnittsverdiener bzw. Rentenbezieher erheblichen Eigenanteil von 1.000 Euro und mehr bezahlen mussten“ (hkk 2015: 34).

Zusammenfassend wird festgestellt, dass die Studienergebnisse keine grundlegenden oder relevanten Veränderungen zwischen den Hörerfahrungen vor und nach der Erhöhung der Festbeträge zeigen: „Ein Ziel der neuen Festbetragsregelung war, die steigenden Eigenanteile bei den Versicherten zu reduzieren. Der Anteil derer, die überhaupt einen Eigenanteil zahlen, ist allerdings kaum gesunken. Waren es vormals 80,6 Prozent, die einen Eigenanteil zahlten, sind es jetzt 74,1 Prozent. Fast 40 Prozent aller Hörhilfensträger bezahlten einen Eigenanteil von 500 bis 2.000 Euro“ (hkk 2015: 40).

Vor diesem Hintergrund ist die Beratungssituation geprägt durch die sich widersprechenden Interessen des Anbieters: Zum einen schuldet er das vertraglich zugesicherte Beratungs- und Versorgungsangebot, dem zum anderen das nachvollziehbare wirtschaftliche Interesse zur Umsatzoptimierung gegenübersteht. Damit Versicherte in dieser Situation eine informierte und abgewogene Entscheidung treffen können und es nicht zu ungerechtfertigten Mehrkosten kommt, ist durch entsprechende

vertragliche Regelungen sicherzustellen, dass Versicherte hinreichend über die ihnen zur Verfügung stehenden mehrkostenfreien Versorgungsmöglichkeiten informiert werden.

In den Dienstleistungsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses, die den Verträgen zugrunde zu legen sind, werden daher Regelungen zur Information und Beratung der Versicherten festgeschrieben: So wird beispielsweise bei der Hörhilfenversorgung festgelegt, dass Versicherte über die Möglichkeit einer mehrkostenfreien Versorgung zu informieren sind und dass ihnen eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien, zum Ausgleich der individuellen Hörminderung geeigneten Hörhilfen anzubieten ist.

Ergänzend hierzu sind Instrumente erforderlich, die eine Bewertung erlauben, ob das vertraglich Geschuldete auch tatsächlich in der Beratungssituation umgesetzt wird. Zwar sollen die Krankenkassen ihre Verträge einschließlich der Beratungen überwachen, dies ist jedoch ohne weitere Instrumente kaum möglich. Solange die Leistungserbringer nicht gesetzlich verpflichtet werden, ihre Beratungen nachvollziehbar inhaltlich zu dokumentieren sowie die Gründe für Mehrkostenvereinbarungen standardisiert zu erfassen und vom Versicherten bestätigen zu lassen, läuft die Verpflichtung zum Vertragscontrolling hinsichtlich des Schutzes des Versicherten vor ungerechtfertigten Mehrkosten ins Leere.

Fazit

Versorgungen mit Mehrkosten waren in der Vergangenheit konstitutiver Bestandteil der Hilfsmittelversorgung. Bereits die Gesetzesbegründung zum Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WStG) vom 24. Oktober 2006 macht deutlich, dass es seinerzeit für den Gesetzgeber offenbar ein nicht weiter infrage zu stellender Sachverhalt war, dass Versicherte zusätzliche Leistungen wählen können: „Auch bisher konnten Versicherte grundsätzlich schon gegen entsprechende Aufzahlungen über das Maß des Notwendigen hinausgehende Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen wählen. Der neu eingefügte Satz 5 stellt klar, dass in derartigen Fällen neben den bei der Beschaffung anfallenden Mehrkosten auch etwaige höhere Folgekosten von den Versicherten zu tragen sind“ (BT-Drucksache 16/3100 2006: 102).

Die auf diese Weise rechtlich legitimierte Mehrkostenregelung hat in den Augen des Gesetzgebers allerdings auch zu Verwerfungen in der Versorgungsrealität geführt. Immerhin wird in der Gesetzesbegründung des 2017 in Kraft getretenen Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) explizit unterstellt, was kritischen Beobachtern des Versorgungsgeschehens längst bekannt ist – dass es ungerechtfertigte Mehrkostenversorgungen gibt: „In der Vergangenheit wurde im Rahmen der Diskussionen über die Versorgung und Qualität im Hilfsmittelbereich immer wieder der Vorwurf geäußert, Versicherte würden zu mehrkostenpflichtigen Versorgungen gedrängt, ohne hinreichend über die ihnen im Einzelnen zustehenden Ansprüche und die ihnen in ihrer konkreten Versorgungssituation zur Verfügung stehenden mehrkostenfreien Produkte informiert und bei der Auswahl des Hilfsmittels bedarfsgerecht beraten worden zu sein“ (BT-Drucksache 18/10186 2016: 33).

Vor diesem Hintergrund sieht das Gesetz verschiedene Maßnahmen vor. Die Maßnahmen zielen darauf ab, „die Information und Beratung der Versicherten über ihre Leistungsansprüche und die Versorgungsmöglichkeiten zu verbessern, um ihren Anspruch auf die im Einzelfall erforderliche Versorgung zu stärken und um sie vor ungerechtfertigten Mehrkosten zu schützen“ (BT-Drucksache 18/10186 2016: 2). Und weiter heißt es: „Vielfach wird angezweifelt, ob die Wahl der konkreten Versorgungsform tatsächlich auf einer informierten, abgewogenen Entscheidung des Versicherten beruht oder ob er aufgrund einer interessengeleiteten Beratung dahingehend beeinflusst wird, sich für ein Hilfsmittel zu entscheiden, das für ihn mit Mehrkosten verbunden ist. Um hier für mehr Transparenz zu sorgen, wurde daher neben der Stärkung der Beratungspflichten in § 127 SGB V der Datenumfang, der zu Abrechnungszwecken zu übermitteln ist, erweitert. Die Leistungserbringer wurden verpflichtet, über die bisher in Absatz 1 genannten Abrechnungsdaten hinaus auch die Angabe über die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten mitzuteilen. Dadurch wird der Krankenkasse ermöglicht, Erkenntnisse über den Umfang der Versorgungen ohne Mehrkosten und über diejenigen mit Mehrkosten zu gewinnen. Diese Daten sind erforderlich, um im Rahmen der Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen nach § 127 Absatz 5a SGB V ein entsprechendes Vertragscontrolling durchführen zu können“ (BT-Drucksache 18/10186 2016: 43).

Die politisch gewünschte und aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu begrüßende Stärkung des Sachleistungsprinzips kann daher nur durch die Kombination verschiedener Maßnahmen sichergestellt werden: Ausgehend von passenden Qualitätsanforderungen im Hilfsmittelverzeichnis einschließlich der Dienstleistungsanforderungen, die die Anforderungen an die Beratung der Versicherten konkretisieren, können die vertraglichen Regelungen dies aufgreifen und die Beratung der Versicherten orientiert am Sachleistungsprinzip einfordern und überprüfen. Hierzu bedarf es allerdings einer derzeit gesetzlich nicht vorgesehenen Verpflichtung der Leistungserbringer, neben der Dokumentation der Beratung auch genau anzugeben, welche mehrkostenfreien Produkte angeboten wurden und aus welchen Gründen diese nicht gewählt wurden. Eine derartige Verpflichtung würde eine höhere Transparenz bezüglich der auf diese Weise auch statistisch auswertbaren Gründe für geleistete Mehrkosten ermöglichen und somit zur Stärkung des Sachleistungsprinzips im Rahmen des Vertragscontrollings beitragen.

Auch wenn letztlich der Versicherte in seiner möglichen Rolle als Kunde entscheidet, ob er Geld für Zusatzleistungen bei der Hörhilfenversorgung ausgeben möchte, so kommt es doch wesentlich und auch weiterhin darauf an, mit geeigneten Maßnahmen dafür Sorge zu tragen, dass diese Entscheidung wohlinformiert und abgewogen erfolgen kann.

Literatur

- BARMER (2019): Zufriedenheitsbefragung Hörgeräteversorgung.
- BT-Drucksache 16/3100 (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Drucksache des Deutschen Bundestages 16/3100 vom 24. Oktober 2006.
- BT-Drucksache 18/10186 (2016): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Drucksache des Deutschen Bundestages 18/10186 vom 2. November 2016.
- GKV-Spitzenverband (2020): 2. Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen. Berichtszeitraum 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019.
- hkk (2015): hkk Gesundheitsreport 2015, Hörhilfen. Ergebnisse einer Versichertenbefragung.
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 21. Dezember 2011/15. März 2012. Zuletzt geändert am 28. Mai 2020.
- SUZ, opta data (2019): Die Hörhilfenversorgung im Rahmen des Sachleistungsprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung.