

Antwort der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der CDU/CSU – Drucksache 20/10172 –

Versorgungssituation hochgradig schwerhöriger, gehörloser und taubblinder Menschen in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

In Deutschland ist etwa jede fünfte Person über 14 Jahre hörbeeinträchtigt (vgl. www.schwerhoerigen-netz.de/statistiken/?L=0). Nicht ausreichend behandelter Hörverlust hat nicht nur enorme Auswirkungen auf die Lebensqualität von Betroffenen, sondern verursacht auch Folgekosten von ca. 39 Mrd. Euro pro Jahr (www.schwerhoerigen-netz.de/dsb-home/details/news/unbehandelte-schwerhoerigkeit-verursacht-hohe-kosten). Eine besondere Herausforderung stellt die Versorgung von hochgradig schwerhörigen Menschen dar. In Deutschland sind davon etwa 1 Million Personen betroffen. Wenn Hörgeräte diesen schwerhörigen Menschen keine ausreichende Hilfe mehr bieten, kann eine Versorgung mit Hörimplantaten, wie beispielsweise Cochlea-Implantaten, Abhilfe schaffen. Diese Versorgungsmöglichkeit kann Betroffenen ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit, das passive Hören und das aktive Sprechen sowie tatsächliche Lebensqualität zurückgeben. Doch der Weg zu Alternativen jenseits der klassischen Hörgeräte ist für Patientinnen und Patienten in Deutschland beschwerlich. Nach zuletzt vorliegenden Zahlen sind lediglich ca. 5 Prozent der hochgradig schwerhörigen Menschen mit einem Cochlea-Implantat versorgt (vgl. im Weiteren www.bundestag.de/resource/blob/909018/7a57be6e6721ed9c032d73839a698213/WD-9-046-22-pdf-data.pdf). Folglich lässt sich von einer Versorgungslücke von Menschen mit starker Hörbehinderung sprechen.

Diese Unterversorgung hat medizinische, soziale und gesundheitsökonomische Auswirkungen. Betroffene verlieren an gesellschaftlicher Teilhabe und Lebensqualität. Ein Hörverlust ist zudem mit einem erhöhten Risiko einer kognitiven Verschlechterung bzw. einer Demenz verbunden (vgl. Kaul et al. (2017): Gehörlose und schwerhörige Menschen mit Demenz, Informationsblatt, Band 21, Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz; Nationale Demenzstrategie). Verglichen mit normalhörenden Personen ist das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, für Personen mit einem hochgradigen Hörverlust fünf Mal höher (vgl. Lin et al. (2011): Hearing loss and incident dementia, Archives of neurology).

Die Gebärdensprache ist in Deutschland seit 2002 als vollwertige Sprache anerkannt. Seitens der Bundesregierung wurde jedoch das Angebot der EUTB-Beratungsstellen (EUTB = Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung), die in

der Lage waren, hochgradig schwerhörige, gehörlose und taubblinde Menschen zu beraten, um weit mehr als die Hälfte gekürzt bzw. dieses Angebot ist kein eigenständiges Kriterium für die Zuschussbewilligung (siehe Antwort zu Frage 8 der Kleinen Anfrage der Fraktion der CDU/CSU betreffend „Fortbestand, künftige finanzielle Ausstattung und Beratungsqualität von EUTB-Beratungsstellen“ auf Bundestagsdrucksache 20/4941). Bundesweit variiert die Zahl der Gebärdensprachdolmetscher je nach Bundesland stark – dass deutlich zu wenige Dolmetscher einer stetig wachsenden Nachfrage entgegenstehen, ist unbestritten.

Folglich bedarf es nach Überzeugung der Fragesteller adäquater Versorgungsstrukturen für stark hörbeeinträchtigte, gehörlose und taubblinde Patientinnen und Patienten. Benötigt werden Angebote und Aufklärungsinstrumente für alternative Behandlungsmöglichkeiten bei hochgradigem Hörverlust. Ebenso braucht es einen strukturierten Versorgungsprozess. Die Versorgung mit Hörhilfen wird in Deutschland unter anderem durch die Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA; siehe www.g-ba.de/downloads/62-492-2467/HilfsM-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf) organisiert. Darüber hinausgehend wurden mit der Nationalen Demenzstrategie (siehe www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzstrategie.pdf) und mit der Strategie gegen Einsamkeit (siehe www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/engagement-und-gesellschaft/strategie-gegen-einsamkeit-201642) Initiativen durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geschaffen, die Lösungsvorschläge für eine verbesserte Versorgung von schwer hörbeeinträchtigten Menschen ermöglichen können.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden vier Grade der Hörbeeinträchtigungen unterschieden:

- Stufe 1 Leichtgradige Schwerhörigkeit (Hörverlust von 20 bis 40 dB),
- Stufe 2 Mittelgradige Schwerhörigkeit (Hörverlust von 40 bis 60 dB),
- Stufe 3 Hochgradige Schwerhörigkeit (Hörverlust von 60 bis 80 dB),
- Stufe 4 An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit (Hörverlust von 80 bis 95 dB).

Laut der aktuellen Statistik der schwerbehinderten Menschen (sogenannte Schwerbehindertenstatistik) des Statistischen Bundesamtes vom 6. Dezember 2021 (im Internet abrufbar unter: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/_inhalt.html#_efwav6v4z) gelten rund 255 000 Menschen in Deutschland aufgrund einer hochgradigen Schwerhörigkeit entsprechend der Stufen 3 oder 4 der WHO-Einteilung und rund 50 000 aufgrund von Taubheit als schwerbehindert.

Neben der Prävention von Hörminderungen und der Aufklärung über Risiken und Auswirkungen von Hörstörungen spielt auch eine frühestmögliche medizinische Intervention für die Erhaltung der Hörgesundheit in der Bevölkerung eine wichtige Rolle.

Aus diesem Grund haben gemäß der nach § 26 in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) alle Neugeborenen in Deutschland einen Anspruch auf die Teilnahme am sogenannten Neugeborenen-Hörscreening. Diese Früherkennungsuntersuchung dient der Erkennung beidseitiger Hörstörungen ab einem Hörverlust von 35 dB und der frühzeitigen Einleitung entsprechender Behandlungen zur Vermeidung von Ent-

wicklungsstörungen insbesondere im Bereich der Sprachentwicklung und dadurch bedingter Folgeerkrankungen und -beeinträchtigungen.

Die apparative Versorgung bei Schwerhörigkeit ist vielfältig und umfasst neben der Versorgung mit konventionellen Luftleitungshörgeräten als Im-Ohr-(IO-) oder Hinter-dem-Ohr-(HdO-)Variante auch die Versorgung mit implantationsfreien Knochenleitungshörgeräten, sogenannten Kinnbügelhörern, sowie teil- und vollimplantierbaren Hörhilfen wie Knochenleitungshörgeräten mit teil- und vollimplantierbaren Schallaufnehmern oder Cochlea-Implantaten (CI). Vollimplantierbare Hörhilfen sind keine Hilfsmittel im krankensicherungsrechtlichen Sinn. Sie werden dauerhaft in den Schädelknochen implantiert oder an der Gehörknöchelchenkette beziehungsweise an den Grenzstrukturen zum Innenohr verankert.

Nach der gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V vom G-BA erlassenen Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie – HilfsM-RL) ist eine Verordnung von Knochenleitungsgeräten nur möglich, wenn eine Luftleitungshörhilfenversorgung nicht zielführend durchgeführt werden kann. Dem Grundsatz nach ist bei gleichem Verstehenszugewinn die weniger invasive Versorgungsform vorzuzugewürdigt.

Dementsprechend ist eine Versorgung mit implantierbaren Hörhilfen wie CI grundsätzlich als nachrangig gegenüber der weniger invasiven Versorgung mit Hörgeräten anzusehen. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Operation zur Einführung von CI in der Regel dann, wenn trotz eines optimal eingestellten Hörgerätes das Sprachverstehen bei normaler Sprachlautstärke unter 60 Prozent liegt.

Die Versorgung hörbeeinträchtigter Menschen beschränkt sich jedoch nicht allein auf die technische Ausstattung mit Hörhilfen oder implantierbaren Hörhilfen. Auch medizinische Behandlungen und Operationen können Ohrkrankheiten beheben und potenziell auch Hörverlust wiederherstellen oder das Hörvermögen verbessern. Daneben stehen hochgradig schwerhörigen, tauben und taubblinden Menschen weitere Hilfsangebote zur Verfügung, wie beispielsweise Gebärdendolmetscher oder die Beratungsangebote der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB[®]).

Die vom 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2022 gesetzlich befristete Modellförderung der EUTB[®] wurde in eine dauerhafte Zuschussfinanzierung überführt. Die bis dahin projektfinitzierten EUTB[®]-Angebote mit besonderer Expertise für schwerhörige, gehörlose und taubblinde Menschen hatten die Gelegenheit, sich um eine Zuschussfinanzierung zu bewerben. Nach abgeschlossenem Antrags- und Nachrückverfahren für die Zuschussfinanzierung der EUTB[®] ab dem Jahr 2023 sind fast alle zuschussfähigen Regionen mit EUTB[®]-Angeboten abgedeckt.

Die Anzahl der Berater mit Kompetenz in Deutscher Gebärdensprache (DGS) und Lormen ist gegenüber der Situation aus September 2022 nahezu unverändert. Das DGS/Lormen-Angebot konnte stärker in der Fläche verankert werden.

1. Wie bewertet die Bundesregierung die Versorgungssituation von (stark) hörbeeinträchtigten bzw. (hochgradig) schwerhörigen Menschen in Deutschland?

Die apparative Versorgung von (hochgradig) schwerhörigen Menschen ist vielfältig und umfangreich (siehe Vorbemerkung der Bundesregierung).

Der internationalen Vergleichsstudie zu Hörverlust und Hörgerätenutzung „EuroTrak“ (im Internet abrufbar unter: www.xn--initiative-hrgesundheit-jlc.de/eur)

werden. Das Hilfsmittelverzeichnis wird regelmäßig fortgeschrieben und an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Dadurch stehen den Versicherten grundsätzlich bei Vorliegen der medizinischen Indikation qualitätsgesicherte und zeitgemäße Hörhilfen zu Verfügung.

Die vom G-BA gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V beschlossene Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie – HilfsM-RL) dient der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln.

In Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts werden in der Richtlinie die Versorgungsziele einer Hörgeräteversorgung danach ausgerichtet, dass ein Funktionsdefizit des beidohrigen Hörvermögens unter Berücksichtigung des aktuellen Standes des medizinischen und technischen Fortschritts weitgehend auszugleichen ist. In diesem Zusammenhang ist jeweils zu prüfen, ob dieses Ziel mit Hörhilfen realisiert werden kann und dadurch im Alltagsleben ein erheblicher Gebrauchsvorteil erreicht wird. Dabei soll – soweit möglich – ein Sprachverstehen auch bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen erreicht werden.

Zur Sicherung der Qualität der Hörgeräteversorgung gemäß der Vorgaben der HilfsM-RL haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung (www.kbv.de/media/sp/Hoergeraeteversorgung.pdf) geschlossen. Die Vereinbarung regelt die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen, den Umfang der Versorgung und die Anforderungen an die Praxisausstattung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patientinnen und Patienten mit Hörgeräten in der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Wahrung einer qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten mit Cochlea-Implantaten erfolgt durch die Beachtung der aktuellen medizinischen Leitlinien, die von der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) erstellt werden. Die Inhalte entsprechen dem aktuell geltenden Stand der Wissenschaft. Die Inhalte der Leitlinie CI-Versorgung (https://register.awmf.org/assets/guidelines/017-0711_S2k_Cochlea-Implantat-Versorgung-zentral-auditorische-Implantate_2020-12.pdf) wurden im Oktober 2020 unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie e. V. (DGHNO-KHC) neugefasst. Sie enthält erstmals wesentliche Aspekte der Qualitätssicherung im Hinblick auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der CI-Versorgung. So werden in der Leitlinie beispielsweise auch die allgemein strukturellen Voraussetzungen einer CI-versorgenden Einrichtung, spezielle Anforderungen an die räumliche und technische Ausstattung des Operationssaals oder die fachliche Qualifikation der Operateurin oder des Operateurs oder auch hinsichtlich einer lebenslangen Nachsorge formuliert.

Zum Nachweis der Einhaltung der Leitlinieninhalte haben Kliniken die Möglichkeit, sich als CI-versorgende Einrichtung (CIVE) zertifizieren zu lassen. Bis Ende Dezember 2022 wurden insgesamt 47 Kliniken zertifiziert.

3. Besteht für die Bundesregierung mit Blick darauf gesetzgeberischer Handlungsbedarf, wenn ja, welcher, und wenn nein, warum nicht?

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf wird von der Bundesregierung aufgrund der grundsätzlich positiv zu bewertenden derzeitigen Versorgungssituation von stark hörbeeinträchtigten Menschen nicht gesehen.

Der Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sieht allerdings die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen vor, ihre Service- und Versorgungsqualität zukünftig anhand von einheitlichen Mindestkriterien offenzulegen (Zeile 2909 f.). Ziel ist es, durch einheitliche Kennzahlen Transparenz über die Servicequalität und das Leistungsgeschehen der Kranken- und Pflegekassen herzustellen. Zu diesen Kennzahlen zählen unter anderem auch Daten zu Antragstellung, Antragsgenehmigung und -ablehnung, Widerspruchsverfahren und Art der Verfahrensbeendigung. Zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz sind gesetzlich Versicherte oftmals auf eine fachkundige, bedarfsorientierte und schnelle Unterstützung sowie auf die Beratung durch ihre Kranken- und Pflegekasse angewiesen. Bisher fehlt es an einem übersichtlichen und vergleichenden Angebot, damit sich Versicherte niedrigschwellig über die Arbeit von Kranken- und Pflegekassen informieren können. Durch eine Veröffentlichung auf einer digitalen und interaktiven Vergleichsplattform soll ein übersichtliches und niedrigschwelliges Informationsangebot geschaffen und somit auch die Gesundheitskompetenz der Versicherten erhöht werden. Eine entsprechende Regelungsinitiative wird die Bundesregierung zeitnah vorgelegen.

4. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um die Versorgung von hochgradig schwerhörigen Menschen zu verbessern, und gibt es konkrete Projekte, wenn ja, welche, und sind weitere geplant, wenn ja, welche?

Entsprechend des Auftrags aus dem Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP hat die Bundesregierung angekündigt, dass gemeinsam mit allen Beteiligten ein Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen erarbeitet wird. Ziel des Aktionsplans ist es, konkrete, realistische und umsetzbare Maßnahmen zu entwickeln, die einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, Barrieren beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für die Menschen in all ihrer Verschiedenheit und Vielfalt abzubauen. Dies umfasst auch die Versorgung von hochgradig schwerhörigen Menschen.

5. Welche Rolle spielen Hörbeeinträchtigungen in der Nationalen Demenzstrategie und der Strategie gegen Einsamkeit?

Schwerhörigkeit bzw. Hörverlust ist ein anerkannter Risikofaktor für Demenz und wird als solcher in der im Jahr 2020 verabschiedeten Nationalen Demenzstrategie explizit benannt. Zudem plant die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. – Selbsthilfe Demenz laut Maßnahme 1.5.3 „Sensibilisierung und Schulung von Multiplikatoren aus dem sozialen Umfeld“ der Nationalen Demenzstrategie, das Schulungs- und Sensibilisierungsprogramm „Demenz Partner“ in Zukunft auch für schwerhörige und gehörlose Menschen anzubieten.

In der im Dezember 2023 vom Bundeskabinett verabschiedeten Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit spielen Hörbeeinträchtigungen keine explizite Rolle. Beachtung finden jedoch übergreifend bestimmte Bevölkerungsgruppen, die einem erhöhten Risiko für das Erleben von Einsamkeit ausgesetzt

sind. Zu diesen zählen unter anderem Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen. An verschiedenen Stellen wird entsprechend das Thema Barrierefreiheit in der Strategie fokussiert, insbesondere im Ziel 5: „Menschen mit Einsamkeitserfahrungen erhalten niedrigschwellige und barrierefreie Zugänge zu bedürfnisorientierten Angeboten“. Mehr Informationen sind im Internet veröffentlicht (unter www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/engagement-und-gesellschaft/strategie-gegen-einsamkeit).

Zudem ist die Wechselwirkung von Einsamkeit und Chronischen Erkrankungen/Einschränkungen Thema einer vom Kompetenznetz Einsamkeit (KNE) in Auftrag gegebenen Expertise von Prof. Ingolf Prosetzky, die noch im ersten Halbjahr 2024 erscheinen wird (siehe Expertisen des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten KNE, im Internet veröffentlicht unter: <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen/kne-expertisen>).

6. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um die Versorgungssituation von suchtkranken Menschen mit Hörbehinderung zu verbessern, und sieht sie ggf. vor, die vorhandenen Suchthilfeangebote finanziell zu unterstützen?

Die Bundesregierung ist sich der besonderen Situation von suchtkranken Menschen mit Hörbehinderung bewusst.

Es existieren Suchthilfeangebote für Menschen mit Hörbehinderung, die an einer Suchterkrankung leiden. Die bestehenden Angebote der Suchtberatung werden als Teil kommunaler Daseinsvorsorge von Ländern und Kommunen finanziert. Die Finanzierung ambulanter und stationärer Rehabilitationsangebote erfolgt über die gesetzliche Rentenversicherung bzw. die Krankenkassen. Eine Finanzierung von Suchthilfeangeboten seitens der Bundesregierung ist aus finanzverfassungsrechtlicher Sicht nicht möglich.

7. Welche Maßnahmen sieht die Bundesregierung in ihrem „Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“ vor, um die Versorgungssituation von hochgradig schwerhörigen, tauben und taubblinden Menschen in Deutschland zu verbessern?
8. Welche Maßnahmen sieht die Bundesregierung vor, um die Partizipation von hochgradig schwerhörigen, tauben und taubblinden Menschen bei der Ausarbeitung des „Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“ zu verbessern?

Die Fragen 7 und 8 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Erarbeitung des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen erfolgt in einem partizipativen Prozess mit Betroffenenverbänden und Interessensvertretungen. Im Anschluss an die Auftaktveranstaltung am 18. Oktober 2023 hat das Bundesministerium für Gesundheit ein schriftliches Beteiligungsverfahren eingeleitet, das allen Akteurinnen und Akteuren die Möglichkeit gab, Ziele und Maßnahmen für den Aktionsplan zu benennen. Im Rahmen des schriftlichen Beteiligungsverfahrens sind auch Vorschläge eingereicht worden, die eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung von schwerhörigen, tauben und taubblinden Menschen betreffen. Nach Auswertung der eingereichten Beiträge wird das Bundesministerium für Gesundheit im Frühjahr 2024 Fachgespräche führen, um realistische und umsetzbare Maßnahmen für den Aktionsplan zu identifizieren. Die Organisation und Zusammensetzung

der Fachgespräche erfolgt aktuell in Abstimmung mit dem eingerichteten Steu-
erungskreis.

9. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die quantitative Ver-
sorgung mit Gebärdensprachdolmetschern zu verbessern?

Die Bundesregierung verfolgt eine branchenübergreifende Fachkräftestrategie. Handlungsfelder sind eine zeitgemäße Ausbildung, gezielte Weiterbildung, Arbeitspotenziale heben, Arbeitsqualität und Arbeitskultur verbessern sowie moderne Einwanderung. Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 29 der Kleinen Anfrage der Fraktion der CDU/CSU auf Bundestagsdrucksache 20/4488 verwiesen.

10. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung bisher getroffen, und welche sieht sie noch vor, um die Partizipation von hochgradig schwerhörigen, tauben und taubblinden Menschen an wichtigen Vorhaben auf Bundesebene zu verbessern (vgl. Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, S. 62: „Wir werden für mehr Teilhabe und politische Partizipation von Menschen mit Behinderungen an wichtigen Vorhaben auf Bundesebene sorgen“)?

Die Bundesregierung fördert die politische Interessensvertretung von Menschen mit Hörbeeinträchtigung etwa durch Projektförderungen, die über den beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales angesiedelten Partizipationsfonds finanziert werden.

Der Bundesgesetzgeber hat mit § 19 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) die Grundlage für die Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten auf Bundesebene gelegt. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales fördert seit dem 14. November 2016 auf dieser Grundlage verschiedene Projekte aus dem Partizipationsfonds. Ziel der Förderung ist es, Verbänden von Menschen mit Behinderungen, insbesondere Selbstvertretungsorganisationen, eine aktive und umfassende Teilhabe an der Gestaltung öffentlicher Angelegenheiten und die Partizipation von Menschen mit Behinderungen an politischen Entscheidungsprozessen zu ermöglichen bzw. dies zu erleichtern. Diese Organisationen haben oftmals behinderungsbedingten Mehraufwand und verfügen nur über geringe finanzielle und personelle Ressourcen. In der Folge verzichten einige Verbände bzw. Organisationen auf eine aktive Verhandlung, Mitwirkung oder Mitgestaltung in Politik und Gesellschaft. Um ihre Partizipation zu stärken und ihnen eine Möglichkeit einzuräumen, Politik und Gesellschaft auf Augenhöhe und gleichberechtigt mit anderen Interessengruppen mitzugestalten, sollen Verbände von Menschen mit Behinderungen, insbesondere Selbstvertretungsorganisationen, finanziell gefördert werden.

11. Mit welchem Konzept und in welchem Umfang fördert die Bundesregierung die gesellschaftliche Teilhabe von hochgradig schwerhörigen, gehörlosen und taubblinden Menschen?

Aus dem Partizipationsfonds wurden bislang rund 15 Projekte für und von Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung mit einem Volumen von rund 2 Mio. Euro gefördert.

12. Was unternimmt die Bundesregierung zur Förderung der Teilhabe an Sportangeboten zugunsten von hochgradig schwerhörigen, gehörlosen und taubblinden Menschen, und existiert eine Strategie zur Teilhabe an sportlichen Angeboten?

Das Bundesministerium des Innern und für Heimat unterstützt im Rahmen der Spitzensportförderung des Bundes die jeweiligen Bundessportfachverbände, u. a. auch den Deutschen Gehörlosensportverband (DGSV), bei der Organisation und Durchführung leistungssportlicher Trainings- und Wettkampfmaßnahmen auf der Grundlage des Haushalts- und Zuwendungsrechts.

Der DGSV wird aus dem Einzelplan des Bundesministeriums des Innern und für Heimat mit bis zu ca. 1 Mio. Euro jährlich aus dem Sporthaushalt des Bundes leistungs- und budgetorientiert unterstützt. Mit der Förderung des DGSV leistet Deutschland einen wichtigen Beitrag zur Aufgabe der Sicherstellung der Teilhabe am Sport, zu der sich die Bundesregierung nicht zuletzt durch die Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK, insbesondere Artikel 30 Absatz 5) verpflichtet hat.

Darüber hinaus erarbeitet das Bundesministerium des Innern und für Heimat zurzeit unter Beteiligung der anderen betroffenen Bundesressorts, der Länder, der kommunalen Ebene, des organisierten Sports und der Wissenschaft einen Entwicklungsplan Sport. Dieser ist die erste bundesweite Strategie zur Förderung von Sport und Bewegung für alle Menschen. Er verfolgt das Ziel, Bewegung und Sport für alle Menschen, unabhängig von Wohnort, Herkunft, Geschlecht, Alter, finanziellen Möglichkeiten und individuellen körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, zugänglich zu machen und damit den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu stärken. Die Erarbeitung des Entwicklungsplans Sport hat in fünf unterschiedlichen Arbeitsgruppen stattgefunden. Insbesondere in der Arbeitsgruppe „Gesellschaftliche Kraft des Sports stärken“ sind auch die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung durch Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Institutionen eingebracht worden. Da der Entwicklungsplan Sport insgesamt das Ziel verfolgt, für alle gesellschaftlichen Gruppen den Zugang zu Sportangeboten zu erleichtern, wird den Anliegen von Menschen mit Behinderungen auch im zurzeit laufenden Abstimmungsprozess besondere Aufmerksamkeit gezollt. Die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen soll dann nach Verabschiedung des Entwicklungsplans Sport sukzessive durch alle Beteiligten gemeinsam erfolgen.

Mit dem städtebaulichen Bund-Länder-Programm Investitionspakt Sportstätten (Jahre 2020 bis 2022) wurden Kommunen dabei unterstützt, die bauliche Sanierung von Sportstätten mit dem Abbau baulicher Barrieren zu verbinden und damit die Teilhabe vieler Menschen an sportlichen Angeboten zu verbessern. Das Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen hat im Rahmen der Programmbegleitung zum Investitionspakt Sportstätten ein Forschungsprojekt zum Abbau von Barrieren in der städtebaulichen Sportstätteninfrastruktur beauftragt. Im Ergebnis des Forschungsprojekts befindet sich die Veröffentlichung eines Handlungsleitfadens zu barrierefreien Sportstätten in Vorbereitung, der sich an Kommunen als Träger von Sportstätten, aber auch an Verantwortliche aus Sportvereinen richtet.

Mit dem Bundesprogramm „Sanierung kommunaler Einrichtungen in den Bereichen Sport, Jugend und Kultur“ setzt der Bund seine Unterstützung nach dem Jahr 2022 fort. Mit diesem Programm fördert der Bund die Kommunen beim Abbau des bestehenden Sanierungsstaus bei diesen Einrichtungen, insbesondere bei Schwimmhallen und Sportstätten. Hinsichtlich der notwendigen Barrierefreiheit muss der Projektantrag von der zuständigen beauftragten Person für die Belange von Menschen mit Behinderung mitgetragen werden.

13. Teilt die Bundesregierung die Befürchtung der Fragesteller, dass es bei einer verbesserten Versorgung von Betroffenen mit Cochlea-Implantaten zu einer Verdrängung des Gebrauchs von Gebärdensprachen bzw. der Gehörlosenkultur im Sinne des Artikels 30 Absatz 4 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) kommen könnte, wenn ja, warum, und wenn nein, warum nicht?

In Einklang mit Artikel 3 Absatz 3 Satz 3 des Grundgesetzes sowie der UN-BRK ist zu ermöglichen, dass Menschen mit Behinderungen ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen. Dazu gehört die individuelle Entscheidung über die unterstützende Versorgung mit Cochlea-Implantaten als Hilfsmittel zum Lautspracheerwerb ebenso wie das ggf. auch zusätzliche Erlernen der DGS als natürliche Sprache gehörloser Menschen.

Trägerinnen und Träger von Cochlea-Implantaten sind ohne eine entsprechende Versorgung hochgradig schwerhörig oder gehörlos. Damit kommt der DGS und Gehörlosenkultur im Sinne des Artikels 30 Absatz 4 UN-BRK auch bei einer verbesserten Versorgung gehörloser Menschen mit Cochlea-Implantaten eine grundlegende Bedeutung zu.

14. Sieht die Bundesregierung auch vor dem Hintergrund der vom Bundesminister für Gesundheit Dr. Karl Lauterbach erneut übernommenen Schirmherrschaft des Welthörtages, so auch am 3. März 2024, dezidierte Strategien zur Verbesserung der Hörgesundheit in Deutschland vor?

Zur Verbesserung der Hörgesundheit in Deutschland sind Aufklärung und Prävention zentrale Bausteine.

Um auf das gesamtgesellschaftlich wichtige Thema der Hörgesundheit und die Bedeutung des Gehörs aufmerksam zu machen, wird der Bundesgesundheitsminister auch in diesem Jahr die Schirmherrschaft über den Tag des Hörens übernehmen und gemeinsam mit Expertinnen und Experten für Hörgesundheit unter dem diesjährigen Motto „Das Leben gehört gehört!“ das Bewusstsein für ein gutes Hören schärfen.

15. Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, wie hoch der jährliche volkswirtschaftliche Schaden aufgrund einer verspäteten bzw. nicht adäquaten Hörversorgung ist, und wenn ja, wie hoch ist dieser nach Ansicht der Bundesregierung?

Eine unbehandelte Hörminderung kann sich vielfältig auswirken. Schwerhörigkeit beziehungsweise Hörverlust ist ein anerkannter Risikofaktor für Demenz. Studien zufolge leiden Menschen mit starken Hörbeeinträchtigungen häufiger an Depressionen und sind stärker unfall- und sturzgefährdet. Ein zunehmender unbehandelter Hörverlust kann sich in Müdigkeit, Erschöpfung, Stress, Ess- und Schlafstörungen und vielem mehr äußern. Für Erwerbstätige sind diese Beschwerden häufig auch mit einem Verlust der Arbeitsproduktivität verbunden.

Die finanziellen Auswirkungen einer unbehandelten Hörschädigung wurden in einer von der Hörgeräteindustrie beauftragten Studie der Brunel University London aus dem Jahr 2019 unter dem Titel „Hearing Loss – Numbers and Costs“ (im Internet veröffentlicht unter www.ehima.com/wp-content/uploads/2021/01/Hear-it-Report-Hearing-Loss-Numbers-and-Costs-2019.pdf) untersucht. Für die Europäische Union werden die Kosten aufgrund eines unbehandelten Hörverlusts von mehr als 35 dB auf insgesamt rund 185 Mrd. Euro beziffert, wovon rund 39 Mrd. Euro auf Deutschland entfallen. Berücksichtigt wurden dabei sowohl die entstehenden Kosten aufgrund gesundheitlicher Parameter

wie Sehen, Hören, Sprache, Kognition, Mobilität, Geschicklichkeit, Psyche und Schmerzen als auch aufgrund von verminderter Produktivität. Weitergehende Informationen liegen der Bundesregierung nicht vor.

16. Wie kann aus Sicht der Bundesregierung sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten mit fortschreitender Hörminderung bei Erreichen der leitliniengerechten Indikation zur Cochlea-Implantat-Versorgung fachgerecht beraten und behandelt werden, und welche Rolle spielen dabei Erfolgskontrollen bei der Hörhilfeversorgung und Verbesserungen bei Folgeverordnungen?

Bei postlingual ertaubten und resthörigen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen soll gemäß der Empfehlung der AWMF-Leitlinie CI-Versorgung die audiologische CI-Indikation erfüllt sein, wenn das mit einem (optimal angepassten und eingestellten) Hörgerät gemessene monaurale Einsilberversprechen im freien Schallfeld bei normaler Sprachlautstärke (65 dB) weniger als 60 Prozent beträgt.

Dementsprechend ist für eine korrekte Indikationsstellung für eine CI-Versorgung zunächst eine optimal angepasste und eingestellte Hörgeräteversorgung, die in der Regel durch Hörakustikerinnen und Hörakustiker vorgenommen wird, erforderlich.

Die Hörakustikerinnen und Hörakustiker sind gesetzlich verpflichtet die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hörhilfen für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist. Die Beratung ist zu dokumentieren.

Zur Sicherung der Qualität der Hörgeräteversorgung bestehen diverse Mechanismen wie die Vorgaben im Hilfsmittelverzeichnis, die Verträge nach § 127 SGB V, die Präqualifizierungspflicht der Hilfsmittelleistungserbringer gemäß § 126 SGB V sowie die Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung nach § 127 Absatz 8 SGB V.

Eine Erfolgskontrolle bei der Hörhilfenversorgung etwa durch Fachärztinnen und Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ist daher nicht zwingend notwendig.

Wird trotz Hörgeräteversorgung ein Sprachverstehen bei normaler Sprachlautstärke von mehr als 60 Prozent nicht erreicht, wird den Betroffenen in der Regel von den versorgenden Hörakustikerinnen oder Hörakustikern das erneute Aufsuchen der verordnenden HNO-ärztlichen Praxis empfohlen. Sollte dies im Einzelfall nicht geschehen, ist davon auszugehen, dass Versicherte, die sich mit dem Wunsch auf Verbesserung ihres Hörvermögens in HNO-ärztliche Behandlung begeben, erneut ärztlich vorstellig werden, sofern sie trotz erfolgter Hörgeräteversorgung nur ein sehr eingeschränktes Sprachverständnis erlangt haben.

Für den Fall der ärztlichen Wiedervorstellung sieht § 30 Satz 3 HilfsM-RL vor, dass die verordnende Fachärztin oder der verordnende Facharzt sich mit den dokumentierten Ergebnissen der Hörakustikerin oder des Hörakustikers auseinandersetzen und den Erfolg der Hörgeräteversorgung zu kontrollieren hat. Wird hierbei ein unzureichendes Sprachverständnis trotz erfolgter Hörgeräteversorgung festgestellt, sind die Betroffenen im Hinblick auf mögliche Versorgungsalternativen wie CI zu beraten und gegebenenfalls mit einem CI zu versorgen.

17. Sind alternative Behandlungsmethoden neben der Hörgeräteversorgung aus Sicht der Bundesregierung ausreichend in der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA berücksichtigt?

In der Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie – HilfsM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses werden ausschließlich hilfsmittelbezogene Themen geregelt. Hilfsmittel sind sächliche Mittel, die durch ersetzende, unterstützende oder entlastende Wirkung den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bestehende Behinderung ausgleichen. Alternativen wie Implantate, Gebärdendolmetscher oder andere Hilfspersonen stellen kein Hilfsmittel dar und sind daher nicht in der Hilfsmittel-Richtlinie berücksichtigungsfähig.

18. Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, wie häufig Hörgeräte verordnet werden, obwohl die Voraussetzung gemäß § 21 Absatz 2 ff. der Hilfsmittel-Richtlinie (Hörgewinn) nicht gegeben ist?
19. Wie häufig wird nach Kenntnis der Bundesregierung aus Sicht von Hals-Nasen-Ohren-Ärzten (HNO) eine Hörgeräteversorgung als ausreichend und zweckmäßig bestätigt, obwohl die leitliniengerechte Indikation zur Cochlea-Implantat-Versorgung gegeben ist, und welche Schlussfolgerungen und welchen gesetzgeberischen Handlungsbedarf zieht die Bundesregierung daraus?

Die Fragen 18 und 19 werden gemeinsam beantwortet.

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.