

# Tragende Gründe Anlage



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Verordnung und Auswahl von Hörhilfen**

Stand: 11. Juni 2014

<b>1. Beschluss zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 5 sowie § 92 Abs. 7a SGB V .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Schreiben an die zur Stellungnahme berechtigten Organisationen nach § 91 Abs. 5 sowie § 92 Abs. 7a SGB V.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Beschlussentwurf zur Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie.....</b>	<b>8</b>
<b>4. Erläuterungen (Tragende Gründe) für Stellungnahmeberechtigte .....</b>	<b>16</b>
<b>5. Fristgerecht eingegangene Stellungnahmen .....</b>	<b>23</b>
<b>6. Verfristet eingegangene Stellungnahme .....</b>	<b>59</b>
<b>7. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung.....</b>	<b>60</b>

1. **Beschluss zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 5 sowie § 92 Abs. 7a SGB V**

# Beschluss



## **zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Abs. 5 sowie § 92 Abs. 7a SGB V vor einer abschließenden Entscheidung über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Verordnung und Auswahl von Hörhilfen**

Vom 23. Oktober 2013

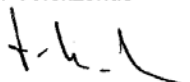
Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses hat in seiner Sitzung am 23. Oktober 2013 beschlossen, das Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Abs. 5 und § 92 Abs. 7a SGB V zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie / HilfsM-RL) – Verordnung und Auswahl von Hörhilfen – einzuleiten.

Die Frist für die Abgabe der Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V (BÄK) beträgt ab Versand 4 Wochen.

Die Frist für die Abgabe der Stellungnahmen gemäß § 92 Abs. 7a SGB V (Organisationen der Leistungserbringer und Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene) beträgt ab Versand 4 Wochen.

Berlin, den 23. Oktober 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unterausschuss Veranlasste Leistungen  
Der Vorsitzende



Hecken

## 2. Schreiben an die zur Stellungnahme berechtigten Organisationen nach § 91 Abs. 5 sowie § 92 Abs. 7a SGB V



### Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V  
Unterausschuss  
"Veranlasste Leistungen"

**Besuchsadresse:**  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

**Ansprechpartner/in:**  
Dr. Sandra Carius  
Abteilung Methodenbewertung &  
veranlasste Leistungen

**Telefon:**  
030 275838-441

**Telefax:**  
030 275838-405

**E-Mail:**  
sandra.carius@g-ba.de

**Internet:**  
www.g-ba.de

**Unser Zeichen:**  
SCA/Jan

**Datum:**  
7. November 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Bundesärztekammer  
Dezernat III  
Herr Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

#### nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 7. November 2013 an  
[ulrich.zorn@baek.de](mailto:ulrich.zorn@baek.de)

### Stellungnahmerecht der Bundesärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V hier: Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) - Verordnung und Auswahl von Hörhilfen

Sehr geehrter Herr Dr. Zorn,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie ist gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Änderung der HilfsM-RL bezüglich Verordnung und Auswahl von Hörhilfen weitestgehend abgeschlossen.

Hierzu liegen dissente Positionen (A und B bzw. hilfsweise C) vor.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 23. Oktober 2013 wird hiermit der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der HilfsM-RL gegeben.

Beigefügt übersenden wir Ihnen den Beschlussentwurf zu der beabsichtigten Änderung der HilfsM-RL (siehe Anlage 1) und die zugehörigen Tragenden Gründe (siehe Anlage 2). Zum leichteren Verständnis der geplanten Änderungen erhalten Sie zudem als Anlage 3 den Beschlussentwurf im Änderungen-verfolgen-Modus. Die vollständige HilfsM-RL sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/> abrufen.

Die Stellungnahme kann spätestens bis zum

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V. Er wird gebildet von:  
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin · GKV Spitzenverband, Berlin ·  
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin · Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln



**5. Dezember 2013**

abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse [HilfsM-RL@g-ba.de](mailto:HilfsM-RL@g-ba.de) übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Bitte beachten Sie, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen. Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

i. A. Dr. Sandra Carius  
Referentin

**Anlagen (Versand nur per E-Mail)**

1. Beschlussentwurf zur Änderung der HilfsM-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf HilfsM-RL
3. Beschlussentwurf zur Änderung der HilfsM-RL im Änderungen-verfolgen-Modus





## Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V  
Unterausschuss  
"Veranlasste Leistungen"

**Besuchsadresse:**  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

**Ansprechpartner/in:**  
Dr. Sandra Carlius  
Abteilung Methodenbewertung &  
veranlasste Leistungen

**Telefon:**  
030 275838-441

**Telefax:**  
030 275838-405

**E-Mail:**  
sandra.carlius@g-ba.de

**Internet:**  
www.g-ba.de

**Unser Zeichen:**  
SCA/Jan

**Datum:**  
7. November 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 08 06, 10596 Berlin

An die zur Stellungnahme berechtigten  
Organisationen nach § 92 Abs. 7a SGB V  
(laut Verteiler)

### nachrichtlich

- Vorsitzender des  
Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unteraus-  
schuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 7. November 2013 an

[E-Mailadresse](#)

### **Stellungnahmerecht der Organisationen der Leistungserbringer und der Spitzenorga- nisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene gemäß § 92 Ab- satz 7a SGB V**

**hier: Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) - Verordnung und Auswahl von  
Hörhilfen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie ist gemäß § 92 Absatz 7a SGB V den Organisationen der Leistungserbringer und der Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Änderung der HilfsM-RL bezüglich Verordnung und Auswahl von Hörhilfen weitestgehend abgeschlossen.

Hierzu liegen dissente Positionen (A und B bzw. hilfsweise C) vor.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 23. Oktober 2013 wird hiermit der [stellungnahmeberechtigten Organisation] Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der HilfsM-RL gegeben.

Beigefügt übersenden wir Ihnen den Beschlussentwurf zu der beabsichtigten Änderung der HilfsM-RL (siehe Anlage 1) und die zugehörigen Tragenden Gründe (siehe Anlage 2). Zum leichteren Verständnis der geplanten Änderungen erhalten Sie zudem als Anlage 3 den Beschlussentwurf im Änderungen-verfolgen-Modus. Die vollständige HilfsM-RL sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/> abrufen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts nach § 91 SGB V. Er wird gebildet von:  
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin · GKV Spitzenverband, Berlin ·  
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin · Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln

Die Stellungnahme kann spätestens bis zum

**5. Dezember 2013**

abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse [HilfsM-RL@g-ba.de](mailto:HilfsM-RL@g-ba.de) übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Bitte beachten Sie, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen. Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Um Sie auch künftig rechtzeitig in Stellungnahmeverfahren einbeziehen zu können, bitten wir Sie, uns ggf. eintretende Änderungen Ihrer Kontaktdaten mitzuteilen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

i. A. Dr. Sandra Carius  
Referentin

**Anlagen (Versand nur per E-Mail)**

1. Beschlussentwurf zur Änderung der HilfsM-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf HilfsM-RL
3. Beschlussentwurf zur Änderung der HilfsM-RL im Änderungen-verfolgen-Modus

## **Stellungnahmeberechtigte zur Hilfsmittel-Richtlinie**

**Organisationen der Leistungserbringer und Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene gemäß § 92 Abs. 7a SGB V für Stellungnahmeverfahren vor abschließenden Entscheidungen zur Hilfsmittel-Richtlinie**

- Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)
- Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT)
- Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)
- Deutscher Apothekerverband e. V. (DAV)
- Europäische Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel (eurocom)
- SPECTARIS. Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V.
- Zentralverband der Augenoptiker (ZVA), Bundesinnungsverband
- Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (ZVOS), Bundesinnungsverband

### 3. Beschlussentwurf zur Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie

# Beschlussentwurf



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Verordnung und Auswahl von Hörhilfen

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie / HilfsM-RL) in der Neufassung vom 21. Dezember 2011 (BANZ AT 10.04.2012 B 2) wie folgt zu ändern:

I. Abschnitt C. Hörhilfen wird wie folgt neu gefasst:

### „C. Hörhilfen

#### § 18 Apparative Hilfsmittel bei Funktionsstörungen des Ohres

Hörhilfen im Sinne des Abschnitts C. dieser Richtlinie sind

- Hörgeräte (Luftleitungsgeräte und Knochenleitungsgeräte) und Zubehör,
- Tinnitusgeräte (dazu zählen auch kombinierte Tinnitusgeräte/Hörgeräte, sogenannte Tinnitusinstrumente) und
- Übertragungsanlagen.

#### § 19 Versorgungsziele

- (1) Zielsetzung der Hörgeräteversorgung ist es,
  - a) ein Funktionsdefizit des beidohrigen Hörvermögens unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts möglichst weitgehend auszugleichen und dabei – soweit möglich – ein Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen zu erreichen sowie
  - b) die Auswirkungen einer auditiven Kommunikationsbehinderung im gesamten täglichen Leben und damit bei der Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen zu beseitigen oder zu mildern.
- (2) Zielsetzung der Tinnitusgeräteversorgung ist es, dass der subjektive Tinnitus nicht mehr störend wahrgenommen wird.
- (3) FM-Übertragungsanlagen können verordnet werden, sofern sie zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens erforderlich sind, z. B. um im Rahmen der Frühförderung die Sprachentwicklung und/oder Sprachförderung hörbehinderter, hörhilfenversorgter bzw. Cochlea Implantat (CI)-versorgter Kinder zu fördern oder deren Schulbesuch im Rahmen der Schulpflicht zu gewährleisten.



## § 20 Verordnungsfähigkeit

<sup>1</sup>Bei auditiver Kommunikationsbehinderung aufgrund peripherer Hörstörung kann nach Abklärung von medikamentöser und operativer Behandlungsmöglichkeit die Verordnung von Hörgeräten angezeigt sein. <sup>2</sup>Wird die von den Versicherten angegebene Behinderung durch ärztliche Untersuchung bestätigt, ist zu prüfen, ob sie durch Hörgeräte weitgehend ausgeglichen werden kann und ein wesentlicher funktionaler Gebrauchsvorteil erreicht wird.

## § 21 Beidohrige Hörgeräteversorgung

- (1) <sup>1</sup>Die Regelversorgung ist die beidohrige Versorgung. <sup>2</sup>Voraussetzung für eine beidohrige Hörgeräteversorgung ist, dass
- der тонаudiometrische Hörverlust (DIN ISO 8253-1) auf dem besseren Ohr mindestens 30 Dezibel (dB) in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 4000 Hertz (Hz) und
  - sprachaudiometrisch die Verstehensquote auf dem besseren Ohr mit Kopfhörern (DIN ISO 8253-3) bei Verwendung des Freiburger Einsilbertests bei 65 dB nicht mehr als 80% beträgt.
- (2) <sup>1</sup>Bei der Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses mit dem Freiburger Einsilbertest im freien Schallfeld (DIN ISO 8253-3) soll der Gewinn mit Hörgeräten im freien Schallfeld bei gleichem Pegel mindestens 20 Prozentpunkte betragen, sofern bei 65 dB ohne Hörgeräte noch ein Einsilberverstehen ermittelbar ist. <sup>2</sup>Soweit ohne Hörgeräte ein Punkt maximalen Einsilberverstehens noch zu registrieren ist, soll diesem bei 65 dB möglichst nahe gekommen werden.
- (3) Bei der Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses im Freifeld (DIN ISO 8253-3) bei Verwendung des Oldenburger Satztests (OLSA; nach Ausschaltung des Trainingseffektes) oder bei Verwendung des Göttinger Satztests (GÖSA) soll im sprachsimulierenden Störschall von 45 dB die beidohrig ohne Hörhilfen ermittelte Sprachverständlichkeitsschwelle (SVS) in derselben räumlichen Situation um > 2 dB S/N (Störschall-/Nuttschallabstand der Sprachverständlichkeitsschwelle) gemindert werden.
- (4) <sup>1</sup>Der Nachweis des Nutzens einer beidohrigen Hörgeräteversorgung kann mit dem OLSA (nach Ausschluss von Trainingseffekten) oder dem GÖSA im Störschall erfolgen, indem zunächst die 50 % Sprachverständlichkeitsschwelle bei einohriger Hörgeräteversorgung bestimmt wird (Messanordnung: Sprache von vorne / das zum Satztest gehörende Störgeräusch von 90° auf der versorgten Seite). <sup>2</sup>Der Nutznachweis einer beidseitigen Versorgung ist erbracht, wenn in derselben Messanordnung bei beidseitiger Hörgeräteversorgung eine Verringerung der 50 % Sprachverständlichkeitsschwelle um mindestens 1,5 ( $\geq 1,5$ ) dB S/N erreicht wird.

## § 22 Einohrige Hörgeräteversorgung

- (1) Voraussetzung für eine einohrige Hörgeräteversorgung ist, dass
- der тонаudiometrische Hörverlust (DIN ISO 8253-1) auf dem schlechteren Ohr mindestens 30 dB in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 4000 Hz und
  - sprachaudiometrisch die Verstehensquote auf dem schlechteren Ohr mit Kopfhörern (DIN ISO 8253-3) bei Verwendung des Freiburger Einsilbertests bei 65 dB nicht mehr als 80 % beträgt.
- (2) <sup>1</sup>Bei der Überprüfung des Ergebnisses einer Hörgeräteversorgung des schlechteren Ohres mit dem Freiburger Einsilbertest im freien Schallfeld (DIN ISO 8253-3) soll bei gleichzeitiger Vertäubung des besseren Ohres (per Kopfhörer) der Gewinn mit einem Hörgerät bei gleichem Schallpegel mindestens 20 Prozentpunkte betragen, sofern bei



65 dB ohne Hörgerät noch ein Einsilberverstehen ermittelbar ist. <sup>2</sup>Soweit ohne Hörgeräte ein Punkt maximalen Einsilberverstehens noch zu registrieren ist, soll diesem bei 65 dB möglichst nahe gekommen werden.

- (3) <sup>1</sup>Zum Nachweis des Nutzens der Hörgeräteversorgung auf dem schlechteren Ohr wird mit dem OLSA (nach Ausschluss von Trainingseffekten) oder dem GÖSA zunächst hörliftenunversorgt die 50% Sprachverständlichkeitsschwelle im sprachsimulierenden Störschall bestimmt (Messanordnung: Sprache von vorne/Störgeräusch von 90° aus Richtung der besseren Seite). <sup>2</sup>Der Nachweis des Nutzens ist erbracht, wenn nach Hörhilfenversorgung des schlechteren Ohres in derselben Messanordnung im Satztest im Vergleich eine Verringerung der 50% Sprachverständlichkeitsschwelle um mindestens 1,5 ( $\geq 1,5$ ) dB S/N erzielt wird.
- (4) <sup>1</sup>Ergänzend kann zum Nachweis des Nutzens der Hörgeräteversorgung auf dem schlechteren Ohr das Richtungshören unversorgt und versorgt verglichen werden. <sup>2</sup>Dabei muss eine verbesserte Richtungs-Identifikation nachgewiesen werden.“

### **§ 23 Knochenleitungs-Hörgeräte**

- (1) <sup>1</sup>Die Verordnung von Knochenleitungs-Hörgeräten ist nur möglich, wenn eine Luftleitungshörhilfenversorgung nicht zielführend durchgeführt werden kann. <sup>2</sup>Dies ist z. B. gegeben bei therapieresistenter, chronischer Ohrsekretion oder hochgradiger Schallleitungsschwerhörigkeit, wie sie bei Gehörgangsatresien, Mittelohrmaformationen etc. vorkommen können.
- (2) Im Falle einer teilimplantierten, perkutan (hautperforierend) verankerten Knochenleitungshörhilfenversorgung ist vor der operativen Intervention der Nachweis der Überlegenheit im Sprachverständnis gegenüber einer transkutan getragenen Knochenleitungshörhilfe durch einen interdental gehaltenen Teststab zu führen.

### **§ 24 Tinnitusgeräte**

- (1) <sup>1</sup>Im Falle eines chronischen behandlungsbedürftigen subjektiven Tinnitus ist bei Nichtvorliegen einer versorgungspflichtigen Hörstörung ein Tinnitusgerät nach durchgeführter Bestimmung der Tinnitusfrequenz und Messung der Tinnitusverdeckbarkeit verordnungsfähig. <sup>2</sup>Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Hörstörung ist eine Verordnungsfähigkeit eines kombinierten Tinnitusgerätes/Hörgerätes (Tinnitusinstruments) nur dann möglich, wenn die Hörgeräteversorgung allein zur Minderung der Tinnituswahrnehmung nicht ausreicht.
- (2) Bei Tinnitusgeräteversorgungen soll sich die Fachärztin oder der Facharzt nach einer Erprobungsphase von mindestens vier Wochen davon überzeugen, dass der oder die Versicherte das Gerät seinem Therapiekonzept entsprechend trägt und hierdurch eine subjektive Linderung der Tinnituswahrnehmung erlebt.

### **§ 25 Übertragungsanlagen**

- (1) Übertragungsanlagen sind zusätzlich zu einer erfolgten Hörhilfenversorgung oder CI-Versorgung verordnungsfähig bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen z. B.
- in der Sprachentwicklung und/oder Sprachförderung bei der institutionellen oder häuslichen Schwerhörigenfrühhilfe,
  - bei Besuch von Kindergärten, sofern die Übertragungsanlage nicht vom Einrichtungsträger vorzuhalten ist und
  - im Rahmen der gesetzlichen Schulpflicht, sofern die Übertragungsanlage nicht vom Schulträger vorzuhalten ist.

(2) Verordnungsfähig sind Übertragungsanlagen, wenn nach differenzierter fachärztlich pädaudiologischer Diagnostik bei Bestehen einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung auch eine Einschränkung des Sprachverständnisses im Störschall besteht.

#### **§ 26 Ausschluss der Verordnungsfähigkeit**

Nicht verordnungsfähig sind

- Hörhilfen bei peripherer Normalhörigkeit,
- Übertragungsanlagen, sofern sie nicht zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens eingesetzt werden,
- Übertragungsanlagen bei Verdacht auf auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung bei Kindern, wenn eine umfassende fachärztlich pädaudiologische Diagnostik nicht durchgeführt wurde,
- Telefonverstärker, Schwerhörigentelefone,
- Ringschleifenverstärker und
- die Energieversorgung bei Hörgeräten für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres.

**§ 27 Verordnung**

(1) <sup>1</sup> Die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus. <sup>2</sup> Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck.		
<b>Position A (KBV/PatV)*</b>	<b>Position B (GKV-SV)*</b>	<b>Position C hilfsweise (GKV-SV)*</b>
<sup>3</sup> Das Formblatt ist aufgrund ärztlich erhobener Befunde vollständig auszufüllen.	<sup>3</sup> Dieser ist aufgrund ärztlich erhobener Befunde vollständig auszufüllen.	
<sup>4</sup> Eine ärztliche Verordnung bei einer Folgeversorgung ist notwendig, soweit eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.		
<sup>5</sup> Dies ist insbesondere der Fall		
- bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres		
- bei Verschlechterung des Hörvermögens um mehr als 35 dB,	- bei Vorliegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit gemäß WHO (Hörverlust am Ohr > 80 dB als Durchschnitt der тонаudiometrischen dB-Werte bei 0,5 kHz, 1 kHz, 2 kHz, 4 kHz)	
- jede Folgeverordnung bei hochgradiger und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit (Hörverlust mehr als 70 dB in mehr als 2 Frequenzen 500-1000-2000-3000-4000 Hz oder weniger als 50 % im Einsilberverstehen des Freiburger Sprachhörtestes bei 65 dB),		
- sofern die Erstverordnung mehr als 2 Jahre zurückliegt,		
- bei neu aufgetretenem Tinnitus,		
- bei vorliegenden weiteren Behinderungen (z. B. Hör-Seh-Behinderung),		
- sofern die Umstellung auf ein anderes Hörhilfenmodell mit anderen Eigenschaften erforderlich ist.	- im Falle der Systemumstellung von Luftleitung auf Knochenleitung	
<sup>6</sup> Soweit ein Genehmigungsverzicht seitens der Krankenkassen für Hörhilfen besteht, ist eine ärztliche Verordnung immer notwendig.		

\*Gemeinsamkeiten in § 27 Abs. 1 blau gekennzeichnet

(2) Die audiometrischen Untersuchungen müssen in einem Raum mit einem Störschallpegel von nicht mehr als 40 dB und mit einem entsprechend dem Medizinproduktegesetz zugelassenen Audiometer durchgeführt werden.

(3) <sup>1</sup>Die Indikationsstellung zur Hörgeräteversorgung umfasst:

- die Untersuchung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder eine Fachärztin oder einen Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen einschließlich Erhebung der Anamnese sowie ton- und sprachaudiometrischen Bestätigung der Kommunikationsbehinderung,
- die Feststellung, ob die Versicherten oder deren Hilfspersonen bereit und in der Lage sind, das Hörgerät zu bedienen, ggf. nach einer Anpassungsphase in Zusammenarbeit mit einer Hörgeräteakustikerin oder einem Hörgeräteakustiker und
- den Entschluss der Versicherten, das Hörgerät, bzw. die Hörgeräte zu tragen.

<sup>2</sup>Bei Versicherten, die die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, erfolgt die Untersuchung mittels vergleichender Tonschwellenaudiometrie und Sprachabstandsmessung oder spezieller Fremdsprachentests. <sup>3</sup>Ist auch die tonaudiometrische Untersuchung nicht durchführbar, ist die Hirnstammaudiometrie (BERA) durchzuführen.

#### **§ 28 Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen**

(1) Die Verordnung von Hörgeräten für Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) darf nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen durchgeführt werden, die die Möglichkeit haben, anhand des alterskorrelierten Sprachtestmaterials die Notwendigkeit und Art der benötigten Hörhilfe(n) selbst zu bestimmen und den Erfolg zu überprüfen.

(2) <sup>1</sup>Bei Kindern und Jugendlichen kann die Hörstörung in Abhängigkeit von Alter, Grad der Hörstörung und Stand der Sprachentwicklung häufig nur geräusch- und tonaudiometrisch bzw. mit Hilfe objektiver Messverfahren [z. B. Impedanzmessung, akustisch evozierter Potentiale (AEP), Otoakustischer Emissionen (OAE)] festgestellt werden.

<sup>2</sup>Sprachaudiometrische Untersuchungen sind nur bei entsprechendem passivem und aktivem Wortschatz mit speziellen Sprachverständnistests für Kinder (z. B. Mainzer, Oldenburger Kindersatztest und/oder Göttinger Kindersprachtest) durchführbar. <sup>3</sup>Die Hörgeräteversorgung bei Säuglingen und Kleinstkindern soll in einer pädaudiologischen Einrichtung durchgeführt werden.

(3) <sup>1</sup>Im begründeten Einzelfall ist eine Hörgeräteversorgung bei Kindern und Jugendlichen auch schon bei geringgradiger Schwerhörigkeit möglich, z. B. dann, wenn das Sprachverständnis bei Störgeräuschen in der Umgebung deutlich eingeschränkt ist. <sup>2</sup>Eine Hörgeräteversorgung ist auch dann zu erproben und ggf. vorzunehmen, wenn keine oder nur geringe Hörreste feststellbar sind. <sup>3</sup>Bei einer Hörgeräteversorgung bei Kindern und Jugendlichen ist regelmäßig eine Gerätetechnik mit Audio-Eingang oder anderen Ankopplungstechniken zu wählen.

#### **§ 29 Versorgungsvarianten**

(1) <sup>1</sup>Die Standardversorgung ist die Versorgung mit Luftleitungshörgeräten, die insbesondere als Hinter-dem-Ohr (HdO) und Im-Ohr (IO)-Geräte oder im Einzelfall mit Begründung Taschengeräte angeboten werden. <sup>2</sup>Die adäquate Hörgerätetechnik ist gemäß der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall und im Rahmen der Grundbedürfnisse angemessen zu verordnen. <sup>3</sup>Im Ausnahmefall und mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten kann Analog-Technik gewählt werden. <sup>4</sup>Für Versicherte mit Anspruch auf eine Übertragungsanlage nach §19 Absatz 3 ist eine Gerätetechnik mit

Audio-Eingang oder anderen Ankopplungstechniken zu wählen. <sup>5</sup>Nur in medizinisch begründeten Fällen kommen Versorgungen der folgenden Absätze in Betracht.

(2) Als Knochenleitungshörhilfen kommen in Betracht:

- Hörhilfen mit Knochenleitungshörer (kopfbügel-, magnet- oder stirnbandgehalten),
- Knochenleitungshörbügel (eingearbeitet in oder angesteckt an eine Brillenfassung) oder
- teimplantiertes Knochenleitungshörgerät mit percutaner (hautperforierender) Fixtur.

(3) <sup>1</sup>Eine CROS-Versorgung (Contralateral Routing of Signals = Leitung des Schallsignals von einer Kopfseite zur anderen) kommt in Betracht bei hochgradiger Asymmetrie des Gehörs, wenn gerätetechnisch die schlechter hörende bzw. taube Seite nicht mehr zielführend versorgbar ist, während auf der Gegenseite Normakusis oder eine noch nicht hörliftenversorgungspflichtige Schwerhörigkeit vorliegt. <sup>2</sup>Liegen auf dem besser hörenden Ohr die Versorgungsvoraussetzungen für eine Hörhilfenversorgung vor, kann eine BiCROS-Versorgung angezeigt sein. <sup>3</sup>Die Signalübertragung ist drahtgebunden oder per Funk möglich. <sup>4</sup>Die CROS- bzw. BiCROS-Versorgung verlangt von der Versicherten oder dem Versicherten eine längere Eingewöhnungszeit.

(4) Ein Kinnbügelhörer ist nur verordnungsfähig, wenn eine Versorgung mit HdO/IO-Geräten medizinisch nicht möglich ist.

(5) Als Tinnitusgeräte sind solche Geräte zu wählen, die ein Rauschspektrum anbieten, welches die subjektive Tinnituswahrnehmung ausreichend lindert.

### **§ 30 Auswahl des Hörgerätes und Abnahme**

<sup>1</sup>Die Hörgeräteversorgung setzt eine sorgfältige Testung voraus. Zur Qualitätssicherung ist das Ergebnis der Testung zu dokumentieren. <sup>2</sup>Hat die Hörgeräteakustikerin oder der Hörgeräteakustiker aufgrund einer ärztlichen Verordnung ein Hörgerät angepasst, muss sich die verordnende Fachärztin oder der verordnende Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder die verordnende Fachärztin oder der verordnende Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen mit den dokumentierten Ergebnissen (einer sorgfältigen Hörgeräteauswahl) auseinandersetzen und durch audiometrische Untersuchung vergewissern, dass

- die von der Hörgeräteakustikerin oder von dem Hörgeräteakustiker vorgeschlagene Hörhilfe den angestrebten Verstehensgewinn nach § 19 erbringt und
- die selbst erhobenen Messwerte mit denen der Hörgeräteakustikerin oder des Hörgeräteakustikers übereinstimmen.

<sup>3</sup>Ergänzend zur audiometrischen Untersuchung kann der APHAB-Fragebogen (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit) verwendet werden.

### **§ 31 Wiederverordnung**

<sup>1</sup>Die Wiederverordnung von Hörgeräten vor Ablauf von fünf Jahren bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs sowie vor Ablauf von sechs Jahren bei Erwachsenen bedarf einer besonderen Begründung. <sup>2</sup>Ein medizinischer Grund kann z. B. die fortschreitende Hörverschlechterung sein. <sup>3</sup>Technische Gründe ergeben sich aus dem Gerätezustandsbericht.“



II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Hecken

#### 4. Erläuterungen (Tragende Gründe) für Stellungnahmeberechtigte

Stand: 06.11.2013

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Verordnung und Auswahl von Hörhilfen

Vom Beschlussdatum

### Inhalt

1. Rechtsgrundlage .....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung .....	2
2.1 Maßgaben des BMG .....	2
2.2 Änderung der §§ 21 und 22 .....	2
2.3 Änderung des § 27 Abs. 1 .....	3
2.4 Änderung des § 30 .....	6
3. Würdigung der Stellungnahmen .....	6
4. Bürokratiekostenermittlung .....	6
5. Verfahrensablauf .....	7
6. Fazit .....	7

## 1. Rechtsgrundlage

Die Hilfsmittel-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V wird von Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln beschlossen.

Mit der Richtlinienänderung setzt der G-BA die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Schreiben vom 23. Februar 2012 im Rahmen der Rechtsaufsicht nach § 94 Absatz 1 Satz 4 SGB V erteilten Maßgaben um. Zudem stand seit der letzten Überarbeitung der Hilfsmittel-Richtlinie noch die Anpassung der §§ 21 und 22 aus.

Vor Entscheidungen des G-BA über Änderungen der Hilfsmittel-Richtlinie sind gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7a SGB V den hierzu berechtigten Organisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer nach § 139 Absatz 8 Satz 3 SGB V sowie nach § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (1. Kapitel § 10 Abs. 1 S. 3 VerfO). Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

### 2.1 Maßgaben des BMG

Der G-BA hat am 21. Dezember 2011 die Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinie beschlossen. Mit Schreiben vom 23. Februar 2012 hat das Bundesministerium für Gesundheit erklärt, dass es den Beschluss nicht beanstandet, aber folgende Maßgaben erteile:

*„1. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) führt vor Inkrafttreten des Beschlusses eine erneute Beschlussfassung zu den in § 27 Absatz 1 beschlossenen Regelungen zur Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung für die Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung herbei unter Beachtung der unten aufgeführten rechtlichen Bedenken und begründet sein Beratungsergebnis nachvollziehbar.*

*2. Der G-BA nimmt vor Inkrafttreten des Beschlusses eine Änderung oder Streichung der Regelungen zur Auswahl des Hörgerätes in § 30 Absatz 1 vor, sodass diese nicht die Regelungskompetenz der Vertragspartner nach § 127 SGB V verletzen.“*

Die Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinie ist nach Änderungsbeschluss des G-BA vom 15. März 2012 unter Beachtung der vom BMG auferlegten Maßgaben zum 1. April 2012 in Kraft getreten.

### 2.2 Änderung der §§ 21 und 22

Die Änderungen in den §§ 21 und 22 waren nach der letzten Überarbeitung der Hilfsmittel-Richtlinie (Beschluss vom 21. Dezember 2011/15. März 2012) erforderlich, um die Vorgaben zur Diagnostik für die einohrige Hörgeräteversorgung anzupassen.

Gemäß § 21 der Hilfsmittel-Richtlinie zur Überprüfung des Hörgeräteversorgungserfolges lassen sich bei beidohriger Hörgeräteversorgung der Freiburger Einsilbertest in Ruhe oder OLSA und GÖSA im Störschall anwenden.

Der § 22 zur Überprüfung des Hörgeräteversorgungserfolges bei einohriger Schwerhörigkeit hatte bisher lediglich den OLSA und GÖSA berücksichtigt. Um den Versorgungserfolg auch bei einer nur einseitig versorgungspflichtigen Hörgeräteversorgung ebenfalls mit dem Freiburger Einsilber-Test überprüfbar zu machen, wird mit § 22 Absatz 2, analog zum § 21, eine Testanordnung ergänzt, die den Einsatz des Freiburger Einsilber-Tests in diesem Fall beschreibt.



Darüber hinaus wurden die dB-Mindestwerte, die eine Verbesserung der Störschall/Nutzschall-Relation der Sprachverständnisschwelle für die adaptiven Tests anzeigen, um den Zusatz (S/N) präzisiert.

### **2.3 Änderung des § 27 Abs. 1**

§ 27 Abs. 1 stellt in seinem neuen Satz 1 klar, dass die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine vertragsärztliche Verordnung voraussetzt. Entsprechend dem mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) am 30. Oktober 2012 in Kraft getretenen neuen § 33 Abs. 5a SGB V wird in Satz 4 des § 27 Abs. 1 der Richtlinie darauf hingewiesen, dass für jede weitere Abgabe von Hörhilfen eine ärztliche Verordnung nur erforderlich ist, soweit eine ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Im neuen Satz 5 wird ein Katalog konkreter medizinischer Sachverhalte definiert, bei denen die ärztliche Verordnung bei einer Folgeversorgung mit Hörhilfen aufgrund medizinischer Gebotenheit vorgesehen wird.

#### **Position A:**

§ 27 Abs. 1 stellt in seinem neuen Satz 1 klar, dass die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine vertragsärztliche Verordnung voraussetzt. Entsprechend dem mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) am 30. Oktober 2012 in Kraft getretenen neuen § 33 Abs. 5a SGB V wird in Satz 4 des § 27 Abs. 1 der Richtlinie darauf hingewiesen, dass für jede weitere Abgabe von Hörhilfen eine ärztliche Verordnung nur erforderlich ist, soweit eine ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Im neuen Satz 5 wird ein Katalog konkreter medizinischer Sachverhalte definiert, bei denen die ärztliche Verordnung bei einer Folgeversorgung mit Hörhilfen aufgrund medizinischer Gebotenheit vorgesehen wird. Indem die Regelung zwischen Erst- und Folgeverordnung unterscheidet und den Arztvorbehalt auf die Erst- und Folgeverordnungen mit medizinischer Notwendigkeit beschränkt und die Fälle der medizinischen Notwendigkeit konkret regelt, wird die Richtlinie der Regelung des § 33 Abs. 5a SGB V gerecht. Die Gesetzesbegründung zu § 33 Abs. 5a SGB V (BT-Drs. 17/10170, Seite 25) stellt für die Erforderlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung von Hilfsmitteln im Anschluss an die sozialgerichtliche Rechtsprechung darauf ab, ob diese medizinisch zwingend geboten ist. Da die Erstverordnung von Hörhilfen zur Vermeidung von Fehlbehandlungen und Fehlversorgung voraussetzt, dass die krankhaften Ursachen des Symptoms Schwerhörigkeit diagnostisch abgeklärt werden und eine ärztliche Therapieentscheidung getroffen wird, ist die ärztliche Verordnung von Hörhilfen im Rahmen der Erstverordnung aus medizinischen Gründen zwingend geboten. Etwas anderes gilt für Folgeverordnungen. Hier gilt – wie auch in der Gesetzesbegründung angeordnet – kein genereller Vorbehalt der ärztlichen Verordnung, da hier – anders als bei der Erstverordnung von Hörhilfen – Konstellationen möglich sind, bei denen keine zwingenden medizinischen Gründe für eine ärztliche Verordnung bestehen. Wegen des Charakters von Hörhilfen als hochspezialisierte und individuell angepasste Hilfsmittel, die in eine ärztliche Therapie einer Erkrankung eingebunden sind, ist in die Regelung zur Notwendigkeit der ärztlichen Verordnung außerhalb der Erstverordnung über einzelne Indikationen hinaus eine Fristenregelung zu implementieren. Spätestens mit Ablauf der abgebildeten Fristen ist wegen des Symptomcharakters einer Schwerhörigkeit eine erneute ärztliche Beurteilung und damit Wiederordnungsvorbehalt im Rahmen einer Hörgeräteverordnung ausdrücklich festgehalten.

Über diese Fristenregelung hinaus wird die Erforderlichkeit der ärztlichen Verordnung außerhalb der Erstverordnung in § 27 positiv geregelt, so dass in jedem dieser Fälle eine medizinische Gebotenheit der ärztlichen Verordnung zu sehen ist. Die aufgeführten Regelbeispiele werden in der Folge im jeweiligen unmittelbaren Regelungszusammenhang begründet.

<sup>1</sup> Die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus. <sup>2</sup> Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck. (...)

<sup>4</sup> Eine ärztliche Verordnung bei einer Folgeversorgung ist notwendig, soweit eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. <sup>5</sup> Dies ist insbesondere der Fall

- bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgt,

Wegen der Besonderheiten der kindlichen Entwicklung zum Hören und Sprechen und der umfassenden und irreversiblen Auswirkungen von Fehlversorgungen ist bei Vorliegen einer Hörstörung und Sprachentwicklungsstörung eine Diagnostik durch den Facharzt (HNO, Phoniatrie/Pädaudiologie) medizinisch immer geboten. Dies gilt auch dann, wenn es sich um eine Folgeversorgung handelt, denn die Anpassung der Entwicklung an die Erfordernisse (Kindergarten, Schule) im Rahmen einer Hörhilfenversorgung (ggf. auch CI-Versorgung) kann nur auf der Basis einer ärztlichen Diagnostik im Hinblick auf die geeigneten Möglichkeiten für eine Versorgung erfolgen.

- bei Verschlechterung des Hörvermögens um mehr als 3 dB,

Ein Hörverlust von 3 dB bedeutet, dass doppelt so viel Schallenergie erforderlich ist, um Hören zu können. Aus diesem Grund ist eine fachärztliche Überprüfung erforderlich, wenn sich das Hörvermögen in mindestens zwei Frequenzen zwischen 500 und 4.000 Hertz um mehr als 3 dB verschlechtert hat.

- jede Folgeverordnung bei hochgradiger und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit (Hörverlust mehr als 70 dB in mehr als 2 Frequenzen 500-1000-2000-3000-4000 Hz oder weniger als 50 % im Einsilberverstehen des Freiburger Sprachhörtestes bei 65 dB),

Bei einem derart ausgeprägten Hörverlust ist immer zu prüfen, ob nicht eine operative Hörhilfe, insbesondere eine CI-Implantation medizinisch erforderlich ist, um den Hörverlust des Betroffenen bestmöglich ausgleichen zu können. Diese Prüfung kann nur durch einen Facharzt erfolgen.

- sofern die Erstverordnung mehr als 2 Jahre zurückliegt,

Innerhalb von zwei Jahren kann sich das Hörvermögen schleichend, für den Patienten unmerklich verschlechtern. Wegen der sehr hohen Zahl unterschiedlicher individueller Hörverlustformen, einschließlich der jeweiligen Langzeitverläufe der zugrunde liegenden Erkrankung, ist spätestens nach zwei Jahren eine erneute fachärztliche Kontrolle/Diagnostik hinsichtlich der zugrundeliegenden Erkrankung erforderlich. Gleichzeitig müssen weitere, ggf. neu hinzugetretene, Ohrenerkrankungen ausgeschlossen bzw. rechtzeitig diagnostiziert werden können.

- bei neu aufgetretenem Tinnitus,

Ein Tinnitus ist ein Warnsymptom. Kommt es bei der die Hörminderung verursachenden Grunderkrankung zu einer gravierenden Veränderung, nämlich zu einem neu aufgetretenen Tinnitus, so ist eine fachärztliche Abklärung medizinisch geboten.



- bei vorliegenden weiteren Behinderungen (z. B. Hör-Seh-Behinderung),

Bei dem Vorliegen mehrere Behinderungen muss immer fachärztlicherseits, ggf. unter Hinzuziehung weiterer Fachkollegen und des Hausarztes, geklärt werden, in wie fern die Behinderungen für die oder den Betroffenen bestmöglich in der Gesamtschau aller Beeinträchtigungen auszugleichen sind. Hierzu gehören auch die unterschiedlichsten apparativen Lösungen einer Hörhilfe, insbesondere auch immer die Abklärung einer möglichen operativen Lösung.

- sofern die Umstellung auf ein anderes Hörhilfenmodell mit anderen Eigenschaften erforderlich ist.

Die Hörgerätetechnologie unterliegt einem raschen Wandel. Es ist daher erforderlich, bei einem Umstieg auf ein anderes Modell oder bei jeder anderen Versorgungsänderung fachärztlicherseits zu überprüfen, ob die medizinischen und individuellen Voraussetzungen für die gewählte Technologie tatsächlich vorhanden sind.

<sup>6</sup> Soweit ein Genehmigungsverzicht seitens der Krankenkassen für Hörhilfen besteht, ist eine ärztliche Verordnung immer notwendig.

Verzichtet die Krankenkasse auf eine Genehmigung für die Folgeversorgung mit einer Hörhilfe, muss immer eine fachärztliche Verordnung vorliegen. Die Gründe für die Notwendigkeit einer ärztlichen Diagnostik wurden oben bereits beschrieben.

#### **Auffassung B:**

§ 27 sieht in Absatz 1 vor, dass die Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgen darf. Die patho-ätiologische Klärung der Schwerhörigkeit und damit auch die Klärung, ob die Hörbehinderung als Symptom kausaltherapeutisch zu behandeln ist, erfolgt im Rahmen der Erstverordnung. Daher gilt dieser Verordnungsvorbehalt nicht für Folgeverordnungen, es sei denn, dass eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Insofern wird auf § 33 Abs. 5a SGB V Bezug genommen. Vor diesem Hintergrund werden die dargestellten Fallkonstellationen im Einzelnen wie folgt begründet:

„- bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“ (erster Spiegelstrich):

Die Beurteilung der kindlichen Hörsprachentwicklung nach Hörgeräteerstversorgung erfordert die engmaschige HNO-fachärztliche bzw. pädaudiologische Kontrolle unter anderem unter Anwendung alters- aber auch entwicklungsadaptierter Sprachtests. Sie ist nicht zu reduzieren auf die Alternative gerätetechnischer Einstellungsveränderung oder Hörhilfen-Neuverordnung. Vielmehr kann sich hinter der Erfordernis einer Neuversorgung eine komplexe Entwicklungsstörung oder können sich Intelligenzmängel etc. verbergen. Aber es kann auch die entwicklungsbedingt verbesserte Kooperationsfähigkeit des heranwachsenden Kindes sein, dass statt neue Technik einzusetzen die Programmieroptionen des bisher getragenen Gerätes erst einmal zielführend genutzt werden. Daher sollten im Vorfeld ärztlicherseits die verschiedenen medizinischen und geeigneten Möglichkeiten der Versorgung abgeklärt werden.

„- bei Vorliegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit gemäß WHO (Hörverlust am besseren Ohr > 80 dB als Durchschnitt der тонаudiometrischen dB-Werte bei 0,5 kHz, 1 kHz, 2 kHz, 4 kHz)“ (zweiter Spiegelstrich):

Bei Vorliegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit ist angesichts des hohen Grades der Behinderung mit jeder zu erwägenden Hörhilfen-Neuversorgung die Indikation zur Versorgung ärztlich neu zu überprüfen, da hier eine erneute Therapieentscheidung medizinisch geboten sein kann. Auch hier sind die verschiedenen medizinischen Möglichkeiten der Versorgung im Vorfeld ärztlicherseits zu klären, um die vorhandene Resthörigkeit bestmöglich zu erhalten bzw. zu nutzen.



„- bei neu aufgetretenem Tinnitus“ (dritter Spiegelstrich):

Ein neu aufgetretener Tinnitus bei hörgeräteversorgter Schwerhörigkeit erfordert zunächst das diagnostische Instrumentarium der HNO-Fachärztin oder des HNO-Facharztes, um ihre oder seine Ätiopathogenese abzuklären. Hiervon ist dann das Therapiekonzept abhängig. Es muss sich auch nicht um einen subjektiven Tinnitus handeln, sondern er kann sich auch – ggf. kausaltherapeutisch zugänglich – als objektives Ohrgeräusch herausstellen. Im Übrigen ist die Erstellung eines Tinnitus-Therapiekonzeptes, selbst wenn es als TRT auch die Komponente Tinnitusgerät berücksichtigt, eine ärztliche Aufgabe.

„- im Falle der Systemumstellung von Luftleitung auf Knochenleitung“ (vierter Spiegelstrich):

Die Systemumstellung von Luftleitung auf Knochenleitung sollte immer das Ergebnis fachgebietsspezifischen Entscheidens sein, da diese nahezu regelhaft durch Erkrankungen, wie die therapieresistente Otitis externa, die Radikalhöhle etc. erforderlich ist und mit ihr auch regelmäßig audiologische Veränderungen einhergehen.

#### **Auffassung C (hilfsweise anstelle Auffassung B):**

Dass zum Zeitpunkt der Folgeverordnung ein Kausalzusammenhang zwischen der Schwerhörigkeit und einer behandlungsbedürftigen Neuerkrankung vorliegt, ist bei Hörhilfeträgern nicht signifikant wahrscheinlicher als bei Hörgesunden. Die Verträge der Krankenkassen, die bei Folgeversorgungen vereinzelt den Verzicht auf die ohrenärztliche Verordnung vorsehen, enthalten Hinweise, dass die Akustikerin oder der Akustiker bei Auffälligkeiten, die auf einen krankhaften Zustand schließen, der Verweis an eine HNO-Ärztin oder einen HNO-Arzt bzw. eine Ärztin oder einen Arzt für Phoniatrie und Pädaudiologie zu erfolgen hat. Entsprechende Verträge, die bereits seit etwa 2001 existieren, haben nicht zu nachweislichen Problemen bei der Versorgung geführt. Von daher ist die Möglichkeit des Verzichts auf die ohrenärztliche Verordnung bei Folgeversorgungen sachlich und praktisch gerechtfertigt. Im Übrigen hat die oder der Versicherte so die Entscheidungsfreiheit, ob sie oder er eine HNO-Ärztin oder einen HNO-Arzt bzw. eine Ärztin oder einen Arzt für Phoniatrie und Pädaudiologie im Vorfeld der Versorgung konsultiert oder nicht. Denn die Möglichkeit, eine HNO-Ärztin oder einen HNO-Arzt zu konsultieren, bleibt in jedem Fall erhalten. Eine Konkretisierung der gesetzlichen Regelung des § 33 Abs. 5a SGB V kann in den Verträgen vorgenommen werden.

#### **2.4 Änderung des § 30**

Der § 30 regelt die Auswahl des Hörgerätes und dessen Abnahme. Die Ergänzungen der Sätze 1 und 2 besitzen deklaratorischen Charakter und lassen die Kompetenz der Vertragspartner nach § 127 SGB V zur Regelung von Einzelheiten der Versorgung mit Hörhilfen unberührt.

#### **3. Würdigung der Stellungnahmen**

[Platzhalter]

#### **4. Bürokratiekostenermittlung**

Die in der Richtlinie in § 30 geregelte Dokumentation durch die oder den Akustiker stellt keinen neuen Sachverhalt dar, sondern beschreibt lediglich die schon bisher durchgeführte erforderliche Dokumentation der Tätigkeit der oder des Akustikers. Diese Dokumentation ist Bestandteil des Verordnungsvordrucks „Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Muster 15, Rückseite), welches seit 2008 gilt. Gleichmaßen gilt dies für die vertragsärztliche Dokumentation auf der Rückseite dieses Verordnungsvordruckes.

Insofern wird mit dem vorliegenden Beschluss keine Informationspflicht für Leistungserbringer neu begründet, geändert oder abgeschafft.

## 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
23.02.2012		Auflage/Maßgaben des BMG
07.03.2012	UA VL	Aufnahme der Beratungen zur Auflage und zu den Maßgaben des BMG
15.10.2012	UA VL	Beauftragung der AG HilfsM-RL mit der Beratung zur Auflage und zu den Maßgaben
23.10.2013	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ	UA	Auswertung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	UA	Anhörung
TT.MM.JJJJ	UA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss der vorbereitenden Beratungen</li> <li>• Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, tragende Gründe, ZD)</li> </ul>
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Absatz 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

## 6. Fazit

[Platzhalter]

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Hecken

## 5. Fristgerecht eingegangene Stellungnahmen



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Frau Dr. Sandra Carius  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

Berlin, 05.12.2013

Fon  
+49 30 400 456-430

Fax  
+49 30 400 456-378

E-Mail  
dezernat3@baek.de

Diktatzeichen  
Zo/VVd

Aktenzeichen  
872.010

Seite  
1 von 1

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V  
zur Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (Hilfsm-RL) – Verordnung und  
Auswahl von Hörhilfen  
hier: Ihr Schreiben vom 07.11.2013**

Sehr geehrte Frau Dr. Carius,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.  
Für Ihren Hinweis auf die Gelegenheit zur zusätzlichen mündlichen Stellungnahme danken wir – wir werden hiervon in der bezeichneten Angelegenheit keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH  
Leiter Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,  
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Anlage

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Postfach 12 08 64  
10598 Berlin

Fon +49 30 400 456-0  
Fax +49 30 400 456-388

info@baek.de  
www.baek.de





## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V  
über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie:  
Verordnung und Auswahl von Hörhilfen

Berlin, 05.12.2013

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 07.11.2013 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie), Verordnung und Auswahl von Hörhilfen, aufgefordert.

Der G-BA beabsichtigt, mit dieser Richtlinienänderung vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Februar 2012 erteilte Maßgaben umzusetzen. Diese Maßgaben beinhalten eine erneute Beschlussfassung zu den bereits im Dezember 2011 beschlossenen Regelungen zur Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung für die Abgabe von Hörhilfen (§ 27 Abs. 1 der Richtlinie). Hierzu hatte das BMG rechtliche Bedenken geäußert.

Außerdem erteilte das BMG mit Blick auf die Regelungskompetenz der Vertragspartner nach § 127 SGB V die Maßgabe, eine Änderung oder Streichung der Regelungen zur Auswahl des Hörgerätes (§ 30 Abs. 1) vorzunehmen.

Weiterhin stand seit der letzten Überarbeitung der Hilfsmittel-Richtlinie noch die Anpassung der §§ 21 und 22 (beidohrige und einohrige Hörgeräteversorgung) aus.

**Die Bundesärztekammer nimmt zu der vorgesehenen Richtlinienänderung wie folgt Stellung:**

**Zu § 21 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 2:**

Der Begriff S/N bedeutet nicht Störschall/Nutzschall-Abstand, sondern Signal- und Noise-Abstand. Insofern werden die für die Abkürzung verwendeten englischen Begriffe genau anders herum benutzt wie die deutschen Übersetzungen. Dieses hat jedoch für den Alltag keine relevante Auswirkung. Entscheidend ist, dass die Sprache lauter als der Störschall sein muss.

Hinsichtlich des in Abs. 4 Satz 2 und in Abs. 3 genannten Wertes (zum einen sollen entweder mehr als 1,5 oder mehr als 2 dB/N erreicht werden) wäre eine Vereinheitlichung der Werte wünschenswert. Hierzu wird auf die entsprechende Publikation in der Literatur verwiesen. Nach Mrowinski und Scholz (in: "Audiometrie, eine Anleitung für die praktische Hörprüfung", 3. aktualisierte und erweiterte Auflage, Georg-Thieme-Verlag Stuttgart, New York, 2001, S. 60 und 61) können bei Testwiederholungen Unterschiede von bis zu 2 dB vorkommen. Insofern ist die Forderung nach mehr als 2 dB S/N das absolute Minimum, da hierdurch gerade die individuelle Schwankungsbreite abgebildet wird. Wissenschaftlich abgesichert wäre es, hier einen Wert von 2,5 oder 3 dB S/N zu fordern.

**Zu § 22 Einohrige Hörgeräteversorgung**

Die in den Abs. 1 bis 4 vorgeschlagenen Änderungen bedürfen aus Sicht der Bundesärztekammer keiner weiteren Ergänzung, außer in Abs. 3, Satz 2; auch hier sollte eine Verringerung der 50%igen Sprachverständlichkeitsschwelle um mindestens 2 dB, besser 2,5 dB festgelegt werden, um der natürlichen Schwankungsbreite des OLSA Rechnung zu tragen.

**Zu § 27 Verordnung**

Hier ist die Bundesärztekammer der Auffassung, dass die Pos. A) (KBV/Pat. Vertreter) dem ärztlichen Versorgungsauftrag entspricht. Zur Begründung wird auf die Ausführungen zu den

tragenden Gründen zum selben Themenkomplex verwiesen (s. u.). Die in der Pos. B) von der GKV-Seite formulierten Punkte sind in keinem Fall ausreichend und führen nach aktuellen ärztlichen Beobachtungen der Versorgungssituation zu massiven und zahlreichen Komplikationen bei Patienten, zu finanziellen Schäden für die gesetzliche Krankenversicherung und zu einer Konterkarierung vereinbarter Qualitätssicherungsmaßnahmen (siehe auch die Anmerkungen zu den tragenden Gründen).

#### **Zu § 30**

Die vorgeschlagenen Veränderungen bedürfen aus Sicht der BÄK keiner weiteren Ergänzung.

#### **Zu den tragenden Gründen**

##### **Zu Unterpunkt 2.3, Änderung des § 27 Abs. 1:**

Die Bundesärztekammer schließt sich inhaltlich der Position A an. Insbesondere der Hinweis auf das PNG macht deutlich, dass es sich bei einem Hörgerät immer um eine individuelle Anpassung eines überaus speziellen Hilfsmittels handelt, das allenfalls im Rahmen eines Verlustes innerhalb eines kurzen Zeitraums ohne erneute ärztliche Diagnostik neu angepasst werden darf. Schwerhörigkeit ist ein Symptom. Die der Schwerhörigkeit zugrundeliegende Erkrankung ist chronisch und bedarf einer ständigen fachärztlichen Begleitung. Ferner können verschiedene Krankheiten eine Schwerhörigkeit hervorrufen, es ist also gut möglich, dass sich zu der primär die Schwerhörigkeit auslösenden Krankheit eine sekundäre Schwerhörigkeit verursachende Erkrankung hinzugesellt. Da sich die Schwerhörigkeit in der Regel nur schleichend verschlechtert, ist dieses für den Patienten selbst nicht bemerkbar. Ein Hörgerät bedarf eines anderen Umgangs wie z. B. eine Bandage, wie im PNG festgehalten.

##### **Zu einzelnen Unterpunkten der Positionen**

###### **Zu Position A:**

- Bei Verschlechterung des Hörvermögens um mehr als 3 dB

Die durchschnittlichen Stufen des Audiometers in den meisten HNO-Praxen in Deutschland umfassen üblicherweise eine Schrittweite von 5 dB. Die Ausführungen seitens Position A, dass ein Hörverlust von 3 dB bedeute, dass doppelt so viel Schallenergie erforderlich sei, um hören zu können, ist hörakustisch richtig. Für die Praxis wäre es jedoch möglicherweise sinnvoll, diesen Wert auf 5 dB zu erhöhen, jedoch in Übereinstimmung mit Position A ebenfalls dann, wenn sich das Hörvermögen in mindestens 2 Frequenzen zwischen 500 und 4.000 Hz um mehr als 3 dB verschlechtert hat.

- Bei vorliegenden weiteren Behinderungen (z. B. Hör-Seh-Behinderung)

Wie in Position A aufgeführt, muss bei dem Vorliegen mehrerer Behinderungen immer fachärztlich, ggf. in Absprache mit weiteren Fachkollegen und dem Hausarzt, geklärt werden, inwiefern die Behinderungen für die oder den Betroffenen bestmöglich in der Gesamtschau aller Beeinträchtigungen auszugleichen sind. Hierzu gehören auch die unterschiedlichsten



apparativen Lösungen einer Hörhilfe, insbesondere auch immer die Abklärung einer möglichen operativen Lösung.

**Zu Position B:**

Die hier aufgeführten erforderlichen Veränderungen beim Patienten für eine erneute HNO-fachärztliche bzw. pädaudiologische Kontrolle sind nicht ausreichend. Es fehlen die zusätzlich in Position A aufgeführten Unterpunkte.

**Zu Position C:**

Hier wird darauf verwiesen, dass die Verträge der Krankenkasse, die bei Folgeversorgungen vereinzelt den Verzicht auf die ohrenärztliche Versorgung vorsehen, Hinweise enthalten würden, dass die Akustikerin oder der Akustiker bei Auffälligkeiten, die auf einen krankhaften Zustand schließen lassen, der Verweis an eine HNO-Ärztin oder einen HNO-Arzt bzw. eine Ärztin oder einen Arzt für Phoniatrie und Pädaudiologie zu erfolgen hat. Entsprechende Verträge, die bereits seit etwa 2001 existieren, hätten nicht zu nachweislichen Problemen bei der Versorgung geführt. Von daher sei die Möglichkeit des Verzichts auf die ohrenärztliche Verordnung bei Folgeversorgung sachlich und praktisch gerechtfertigt. Im Übrigen habe die oder der Versicherte die Entscheidungsfreiheit, ob sie oder er eine HNO-Ärztin oder einen HNO-Arzt bzw. eine Ärztin oder einen Arzt für Phoniatrie und Pädaudiologie im Vorfeld der Versorgung konsultiere oder nicht. Denn die Möglichkeit, eine HNO-Ärztin oder einen HNO-Arzt zu konsultieren, bleibe in jedem Fall erhalten. Eine Konkretisierung der gesetzlichen Regelung des § 33 Abs. 5 a SGB V könne in den Verträgen vorgenommen werden.

Hierzu ist Folgendes festzustellen:

1. Es handelt sich mitnichten um vereinzelte Verträge. Die AOK und über 100 BKKen haben kürzlich mit der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker Verträge geschlossen, die auf eine Abnahme einer Hörgeräteversorgung durch den HNO-Arzt bereits im Rahmen der Erstversorgung verzichten. Dieses gilt dann auch für die Folgeversorgung. Insofern ist ein Großteil der gesetzlich versicherten Bürgerinnen und Bürger Deutschlands betroffen. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einerseits und dem Spitzenverband der Krankenkassen andererseits in langwierigen Verhandlungen eine Qualitätssicherungsmaßnahme zur Verbesserung der Versorgung bei Patienten mit Schwerhörigkeit und einer Hörgeräteversorgungspflicht vereinbart wurde. Wenn jetzt, wie im geschilderten Fall der AOK und von über 100 BKKen geschehen, bereits auf die Kontrolluntersuchung im Rahmen einer Erstverordnung von Hörgeräten seitens der GKV verzichtet wird, wird diese an sich sehr sinnvolle und begrüßenswerte Qualitätssicherungsmaßnahme zum Wohle der Patienten, aber auch zur Vermeidung von Fehlinvestitionen seitens der GKV, konterkariert.
2. Laut Position C hätten die existierenden Verträge nachweislich zu keinen Problemen geführt. Dieser Auffassung ist zu widersprechen. Die Bundesärztekammer hat Kenntnis von einer in Publikation befindlichen Untersuchung [Löhler et. al (2013) "Komplikationen bei der Hörgeräteversorgung ohne HNO-Arzt", HNO (in press)], in der kumulativ 484 Fälle, gesammelt über ein Jahr, aus 115 HNO-Praxen und 7 HNO-Kliniken vorgestellt und nach Behandlungsfehlern in folgenden Komplexen zusammengefasst dargestellt werden:
  1. Verknennung der medizinischen Ursachen (147 Fälle)

2. Fehldiagnosen (22 Fälle)
3. Lärmschwerhörigkeit, bei der möglicherweise eine Versorgung eher zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung hätte erfolgen müssen ( 14 Fälle)
4. Schwere handwerkliche Mängel (165 Fälle)
5. Zwischenversorgung und Fehlversorgung ( 136 Fälle)

Die Tatsache, dass diese Fälle aus einem einzigen Jahr und lediglich 115 HNO-Praxen sowie wenigen Kliniken stammen, lässt ein größeres Ausmaß der Probleme vermuten. Vor diesem Hintergrund sind die Ausführungen in Position C), wonach es nicht zu nachweislichen Problemen in der Versorgung in den Fällen geführt habe, zurückzuweisen. Die meisten Veränderungen im Hörvermögen sind so schleichend, dass die oder der Betroffene dieses nicht bemerkt. So kann auch von den Betroffenen nicht erkannt werden, dass sich zu der primär die Schwerhörigkeit auslösenden Erkrankung möglicherweise eine zweite, evtl. nicht durch ein Hörgerät auszugleichende Schwerhörigkeit verursachende Erkrankung hinzugesellt hat. Dieses ist allein durch fachärztliche Diagnostik möglich. In diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit, einen HNO-Arzt zu konsultieren, zu verweisen, wird nach Ansicht der Bundesärztekammer der Situation in keiner Weise gerecht.

Es sei auch darauf hingewiesen, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Disease-Management-Programme z. B. für Diabetiker und Asthmatiker aufwändige Steuerungs- und Begleitinstrumente einsetzen, um die Patienten dieser chronischen Erkrankungen vor Folgeschäden und damit die Versichertengemeinschaft vor Folgekosten zu schützen. Zudem haben die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Neueinführung der EBM-Ziffern 09372 bis 09375 und der zugehörigen pädaudiologischen Ziffern mit der KBV im Rahmen einer Hörgeräteversorgung eine umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahme beschlossen, die ärztlicherseits nur zu erfüllen ist, wenn der Patient sowohl vor als auch nach einer Hörgeräte-Erstverordnung als auch im Laufe der Folgeverordnung HNO-ärztlich gesehen und untersucht wird. Durch die in den Positionen B) und C) beschriebenen Auffassungen werden diese Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der Hörhilfenversorgung ad absurdum geführt, der betroffene HNO-Arzt ist nicht mehr in der Lage, die in den Qualitätssicherungsbögen geforderten Daten überhaupt zu erheben, da ihm der Patient regelrecht aus der Versorgung entzogen wird. Hierin wird ein Widerspruch in den Zielsetzungen der gesetzlichen Krankenkassen erkennbar. Einerseits werden umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen gefordert und vereinbart, auf der anderen Seite wird die Erfüllung dieser, dem Patienten nützenden und möglicherweise Versichertengelder einsparende Maßnahme jedoch durch die in den Begründungen der Positionen B) und C) erkennbaren Ansichten konterkariert.

Berlin, 05.12.2013



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH  
Leiter Dezernat 3 - Qualitätsmanagement,  
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

# Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdÖR



Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abt. M-VL  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

Wallstraße 5 • 55122 Mainz  
Postfach 16 20 • 55006 Mainz  
Telefon: 0 61 31 / 96 56 0 - 0  
Telefax: 0 61 31 / 96 56 0 - 40  
info@biha.de  
www.biha.de

Mainz, 05.12.2013

Vorab per E-Mail: HilfsM-RL@g-ba.de

## **Änderung der HilfsM-RL – Verordnung und Auswahl von Hörhilfen**

Ihr Schreiben vom 7. November 2013 (Az.: SCA/jan)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir nehmen als die für die Wahrnehmung der Interessen der Hörgeräteakustiker maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene gem. § 92 Abs. 7a i.V.m. § 126 Abs. 1a Satz 3 SGB V zum Beschlussentwurf zur Änderung der Hilfsmittelrichtlinie Stellung.

Des Weiteren möchten wir im Rahmen einer Anhörung mündlich Stellung nehmen. Gleichzeitig beantragen wir, zu den weiteren Beratungen des Unterausschusses Veranlasste Leistungen zur hier gegenständlichen Thematik zugelassen zu werden (§ 12 Abs. 5 Verfahrensordnung G-BA).

Zu den vorgesehenen Änderungen der Hilfsmittelrichtlinie im Abschnitt C Hörhilfen gilt aus unserer Sicht das Folgende:

### **I. Änderung des § 22 HilfsM-RL**

#### **1. Änderung des § 22 Abs. 1 HilfsM-RL**

Die Änderung des Absatzes 1 hinsichtlich der Verknüpfung der beiden Spiegelstriche mit einem „und“ sollte u.E. mit einem „oder“ verknüpft werden. Alternativ sollte der 2. Spiegelstrich gestrichen werden.

#### **Begründung:**

Eine wie in § 22 Abs. 1 HilfsM-RL vorgeschlagene ergänzende Prüfung (Verknüpfung des 2. Spiegelstrichs mit „und“) wird dazu führen, dass viele leichtgradig Schwerhörige, die anfangs nur mit einem Hörsystem versorgt werden, summarisch nicht mehr die entsprechende Indikation erfüllen und somit unversorgt bleiben.

Commerzbank AG Konto-Nr. 026 973 000 0 BLZ 550 800 65  
IBAN: DE09 55080065 0269730000 SWIFT-Code: DRES DEFF 552



Im täglichen Leben (auf der Arbeit wie im Alltag) werden Versicherte Störschallsituationen haben, die zu Hörproblemen und Hörermüdung führen werden, frühzeitigen Konzentrationsverlust sowie weniger Leistungsfähigkeit hervorrufen.

## **2. Änderung des § 22 Abs. 2 HilfsM-RL**

Wir schlagen folgende Formulierung vor:

*„Bei der Überprüfung des Ergebnisses einer Hörgeräteversorgung des schlechteren Ohres mit dem Freiburger Einsilbertest im freien Schallfeld (DIN ISO 8253-3) soll bei gleichzeitiger Darbietung eines Störgeräusches der Gewinn mit einem Hörgerät bei gleichem Schallpegel mindestens 10 Prozentpunkte betragen, sofern bei 65 dB ohne Hörgerät im freien Schallfeld bei gleichzeitiger Darbietung eines Störgeräusches noch ein Einsilberverstehen ermittelbar ist.“*

### **Begründung:**

Die vorgeschlagene Regelung in § 22 Abs. 2 HilfsM-RL ist aus verschiedenen Gründen nicht sinnvoll, weshalb wir die oben aufgeführten Ergänzungen und Korrekturen vorschlagen.

Die im Vorschlag des G-BA angelegte gleichzeitige Darbietung der unterschiedlichen Signale über Lautsprecher und Kopfhörer auf dem zu überprüfenden Ohr ist mit den sich derzeit am Markt befindlichen Audiometern nur bedingt möglich. Für eine Vergleichbarkeit bei der Anpassung (ohne/mit) Hörgerät müsste dann auch die Freifeld-Messung ohne Hörgerät in dieser Einstellung erfolgen. Zudem entspricht die Messanordnung nicht der Praxis.

Wichtig ist, dass der Erfolg der Anpassung verglichen werden muss mit der Freifeld-Messung ohne Hörgerät. D.h., die Messbedingungen müssen identisch sein, ansonsten ist ein Vergleich nicht aussagekräftig.

Zur besseren Verständlichkeit wurde deshalb in unserem Vorschlag eingeführt:

*„.... sofern bei 65 dB ohne Hörgerät im freien Schallfeld bei gleichzeitiger Darbietung eines Störgeräusches noch ein Einsilberverstehen ermittelbar ist“.*

In Konsequenz dieser Änderung ist auf die Formulierung in § 22 Abs. 2 Satz 2 HilfsM-RL zu verzichten, die dann wegfällt.

## **3. Änderung des § 22 Abs. 3 HilfsM-RL**

Wir schlagen folgende Formulierung vor:

*„Zum Nachweis des Nutzens der Hörgeräteversorgung auf dem schlechteren Ohr kann mit dem OLSA (nach Ausschluss von Trainingseffekten) oder dem GÖSA zunächst hörhilfenunversorgt die 50% Sprachverständlichkeitsschwelle im sprachsimulierenden Störschall bestimmt werden (Messanordnung: Sprache von vorne/Störgeräusch von 90° aus Richtung der besseren Seite). Der Nachweis des Nutzens ist*



*erbracht, wenn nach Hörhilfenversorgung des schlechteren Ohres in derselben Messanordnung im Satztest im Vergleich eine Verringerung der 50% Sprachverständlichkeitsschwelle um mindestens 1,5 ( $\geq 1,5$ ) dB S/N erzielt wird."*

**Begründung:**

Der OLSA und der GÖSA sollten nicht abschließend festgeschrieben werden, sondern höchstens als weitere Testverfahren eingeführt werden.

Sowohl der OLSA-Sprachtest wie auch sein Vorgänger, der GÖSA-Sprachtest, sind fachlich sehr umstritten und werden in der Praxis weitgehend abgelehnt. Insbesondere eine valide Vergleichbarkeit von Testergebnissen wird aufgrund der zeitlichen Länge, die der jeweilige Test beansprucht, bezweifelt.

Vor dem Hintergrund des Vorstehenden ist eine „kann“-Regelung geeigneter, um den fachlichen Einwänden gegen den OLSA- und GÖSA-Sprachtest gerecht zu werden.

**II. Änderung des § 27 HilfsM-RL**

**1. Definition Folgeversorgung und fehlende Regelungskompetenz**

**a) Definition Folgeversorgung**

Vorzustellen ist, dass die Begrifflichkeiten in der HilfsM-RL nicht einheitlich sind. In § 31 HilfsM-RL ist von „Wiederversorgung“ die Rede. Diese beinhaltet die Versorgung nach Ablauf von fünf bzw. sechs Jahren. In dem uns vorliegenden Vorschlag geht es um die „Folgeversorgung“.

Es wird davon ausgegangen, dass mit der Folgeversorgung auch die Wiederversorgung i.S.d. § 31 HilfsM-RL gemeint ist. Denn in den „Tragenden Gründen“ heißt es (S. 3 unter 2.3), dass

*„für jede weitere Abgabe von Hörhilfen eine ärztliche Verordnung nur erforderlich ist, soweit eine ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist“.*

Wir stellen klar, dass wir den Begriff der „Folgeversorgung“ nachgehend im Sinne einer jeden auf die Erstversorgung folgenden Versorgung verwenden.

**b) Fehlende Regelungskompetenz zur Konkretisierung des § 33 Abs. 5a SGB V**

Der Arztvorbehalt gem. § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt im Hilfsmittelbereich nicht, sodass das Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung den Leistungsanspruch des Versicherten – hier auf ein Hörgerät – nicht ausschließt (st. Rechtsprechung BSG, vgl. Urt. v. 16.9.1999, BSGE 84, 266, Urt. v. 28.06.2001, BSGE 88, 204, Urt. v. 10.3.2010, SozR 4-2500 § 33 Nr. 29, LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 15.12.2011, Az.: L 5 KR 31/10).

§ 33 Abs. 5a SGB V ändert daran nichts. Laut der Gesetzesbegründung nimmt die Vorschrift die oben zitierte Rechtsprechung des BSG auf und stellt klar, dass eine vertragsärztliche Verordnung im Hilfsmittelbereich nicht generell erforderlich ist (BT-Drs. 17/10170, S. 25). Der Gesetzgeber brachte dies in § 33 Abs. 5a Satz 1 SGB V dadurch zum Ausdruck, dass eine vertragsärztliche Verordnung nur erforderlich ist, „soweit“ eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Durch das Wort „soweit“ wird klargestellt, dass nicht jede Hilfsmittelversorgung einer vorgehenden ärztlichen Verordnung bedarf.

Dem entspricht der aktuell geltende Wortlaut des § 27 Abs. 1 HilfsM-RL. Klarstellen möchten wir an dieser Stelle, dass durch § 27 Abs. 1 HilfsM-RL in der jetzigen Fassung keinem Versicherten die Möglichkeit verwehrt ist, einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bzw. einen Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen bei Problemen mit dem Gehör/dem Hören aufzusuchen.

Im Übrigen regeln die Verträge gem. § 127 Abs. 2 SGB V zwischen den Hörgeräteakustikern und den Krankenkassen das Nähere zu der Frage, in welchen Fällen eine ärztliche Verordnung erforderlich ist. Das entspricht dem gesetzgeberischen Konzept der Hilfsmittelversorgung und der Rechtsprechung des BSG.

§ 33 Abs. 5a SGB V weist die Kompetenz zu bestimmen, in welchen Fällen eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich ist, schon nicht dem G-BA im Rahmen der HilfsM-RL zu. Anders ist es bspw. in § 33 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 2 SGB V. Dort hat der G-BA in Richtlinien nach § 92 SGB V zu bestimmen, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen bzw. Kontaktlinsen verordnet werden. Insbesondere § 33 Abs. 5a Satz 2 SGB V, der den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme zu verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelverordnung verzichtet haben, zeigt deutlich, dass hier das Letztentscheidungsrecht bei den Krankenkassen liegt. Letzteres ist vollständig gerichtlich überprüfbar.

Zum Letztentscheidungsrecht der Krankenkassen in Bezug auf die Hilfsmittelversorgung hat sich das BSG geäußert. Anders als dies offenbar die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) meint (vgl. Auffassung A, S. 3 der Tragenden Gründe), dient die Versorgung der Versicherten mit Hörhilfen dem unmittelbaren Behinderungsausgleich. Als solche ist die Versorgung der Versicherten somit nicht zwingend in die originär „ärztliche Therapie einer Erkrankung eingebunden“. Demgemäß urteilte das BSG am 10. März 2011 (Az.: B 3 KR 9/10 R, Rn. 10) wie folgt:

*„Der Versorgungsanspruch nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V besteht weder allein aufgrund der vertragsärztlichen Verordnung (...) des Barcodelesegerätes Typ ... noch – wie die Vorinstanzen zu Recht angenommen haben – aufgrund der Auflistung dieses Gerätes im HMV (...). Den Krankenkassen steht vielmehr ein eigenes Entscheidungsrecht zu, ob ein Hilfsmittel nach Maßgabe des § 33 SGB V zur medizinischen Rehabilitation, also zur Sicherung des Erfolges der Krankenhausbehandlung, zur Vorbeugung gegen eine drohende Behinderung oder zum Ausgleich einer bestehenden Behinderung, im Einzelfall erforderlich ist; dabei können die Krankenkassen zur Klärung medizinisch-therapeutischer Fragen den medizinischen Dienst der Krankenversicherung nach § 275 Abs. 3 SGB V einschalten (...).“*



Im Ergebnis kann der G-BA mangels Kompetenz keine Konkretisierung des § 33 Abs. 5a SGB V vornehmen. Entsprechende Konkretisierungen der Erforderlichkeit einer Hilfsmittelverordnung sind den Krankenkassen – ggf. in den Verträgen mit den Leistungserbringern – als Entscheidungsträger der Hilfsmittelversorgung zugewiesen.

### **c) Weiterer Fortgang der Stellungnahme**

Trotz der vorstehend geäußerten Bedenken zur Regelungskompetenz des G-BA werden nachfolgend die gemeinsamen Vorschläge von KBV/PatV und GKV-SV, der Vorschlag der KBV (Position A, mit PatV) sowie die beiden Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes (Position B und C) untersucht. Im Ergebnis kann – lässt man die übergeordnete Frage nach der Regelungskompetenz beiseite – keinem der drei Vorschläge zugestimmt werden. Deshalb wird abschließend ein eigener Vorschlag unterbreitet (siehe Anlage).

## **2. Gemeinsame Vorschläge von KBV/PatV und GKV-SV zu § 27 Abs. 1 S. 1 und S. 4 HilfsM-RL**

### **a) Allgemeines**

Der GKV-Spitzenverband hat unter der Auffassung C (S. 6 der „Tragenden Gründe“) korrekt herausgestellt, dass zum Zeitpunkt einer Folgeversorgung die Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhangs zwischen der zu rehabilitierenden Schwerhörigkeit und einer behandlungsbedürftigen Neuerkrankung nicht höher liegt als bei hörgesunden Versicherten. Dies hat auch das BSG 1973 schon so bewertet (Urt. v. 18.9.1973 – 6 RKa 2/72).

Richtig ist auch, dass dementsprechend schon länger als ein Jahrzehnt in bestehenden Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V auf die ohrenärztliche Verordnung für Folgeversorgungen verzichtet wird und dieser Umstand zu keinerlei Problemen der Versorgung der Versicherten geführt hat. Darauf hat u.a. auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Zusammenhang mit seinem Beanstandungsschreibens vom 23. Februar 2012 im Rahmen der Änderung der HilfsM-RL zum 1. April 2012 Bezug genommen.

Der Verzicht auf die ohrenärztliche Verordnung gerade bei Folgeversorgungen ist daher versorgungspolitisch rational sowie – um es mit dem GKV-Spitzenverband auszudrücken – sachlich, rechtlich und praktisch gerechtfertigt.

In diesem Zusammenhang ist noch einmal zu betonen, dass die Versicherten selbstverständlich die Entscheidungsfreiheit haben, einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bzw. einen Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen im Vorfeld jeder Versorgung, also selbstverständlich auch einer Folgeversorgung zu konsultieren. Im Übrigen sehen die aktuellen Verträge der Bundesinnung mit den Krankenkassen vor, dass der Hörgeräteakustiker den Versicherten bei Verdacht auf eine relevante Erkrankung zur Klärung an einen HNO-Arzt zu verweisen hat.

Auf der tatsächlichen Ebene ist demnach festzuhalten, dass im etablierten System zur Versorgung von schwerhörigen Versicherten – erstens – keine Probleme wie etwa unbehandelte HNO-relevante Erkrankungen bestehen und – zweitens – HNO-Ärzte bzw. andere Fachärzte heute schon überall dort, wo es medizinisch geboten und/oder vom Versicherten gewünscht ist, in die Versorgung und Betreuung, z.B. bei den Kindern und Jugendlichen, eingebunden sind. Eine ausnahmslose Verpflichtung zur Einholung einer ärztlichen Verordnung vor einer Folgeversorgung, wie es die KBV vertritt, würde daher nicht nur ohne Kompetenz des G-BA beschlossen. Sie führte auch zu keiner (Qualitäts-)Verbesserung der Versichertenversorgung, da es auf der tatsächlichen Ebene schon keine Probleme zu lösen gibt.

Schon im Urteil vom 20. Januar 1966 (I C 73/64) stellte das BVerwG klar, dass eine Handlung, die seit Jahrzehnten durch die überwiegende Mehrzahl eines Gesundheitshandwerks bei seinen Kunden ständig praktiziert worden ist und bisher zu keinerlei nachweisbaren Gesundheitsschäden geführt hat, keine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellt. Gleiches gilt hier im Bereich der Hörgeräteversorgung.

In diesem Zusammenhang verweisen wir ergänzend, wie auch schon das Bundesgesundheitsministerium mit seinem Schreiben vom 23. Februar 2012, auf die verfassungsrechtliche bzw. grundrechtliche Betroffenheit der Hörgeräteakustiker.

#### **b) Regelungsvorschlag der biha zu § 27 Abs. 1 S. 1 HilfsM-RL**

Gemäß dem eingereichten Entwurf setzt die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraus.

Wir schlagen allerdings vor, den jetzt neu vorgeschlagenen Satz 1 in § 27 Abs. 1 HilfsM-RL zu streichen. Der bestehende neue Satz 2 entspricht der heutigen Fassung des § 27 Abs. 1 Satz 1 HilfsM-RL, der somit nicht geändert wird.

#### **Begründung:**

Nach der Rechtsprechung des BSG findet im Bereich der Hilfsmittel – im Unterschied zum Heilmittelbereich – der Ärztevorbereitung des § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V keine Anwendung (BSG, Urt. v. 28.6.2001, Az. B 3 KR 3/00 R). Eine ärztliche Verordnung ist nicht Voraussetzung für eine Versorgung mit einem Hilfsmittel (BSG Urt. v. 16.4.1998, Az. B 3 KR 9/97 R). Der Arztvorbereitung gem. § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt im Hilfsmittelbereich nicht, sodass das Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung den Leistungsanspruch des Versicherten – hier auf ein Hörgerät – nicht ausschließt (st. Rechtsprechung BSG, vgl. Urt. v. 16.9.1999, BSGE 84, 266, Urt. v. 28.6.2001, BSGE 88, 204, Urt. v. 10.3.2010, SozR 4-2500 § 33 Nr. 29, LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 15.12.2011, Az.: L 5 KR 31/10).

Deshalb halten wir die vorgeschlagene Formulierung, dass die Abgabe von Hörgeräten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraussetzt, mit dem insofern höherrangigen SGB V für unvereinbar und somit rechtswidrig.



Klarstellen möchten wir an dieser Stelle, dass durch § 27 Abs. 1 HilfsM-RL in der jetzigen Fassung keinem Versicherten die Möglichkeit verwehrt ist, einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bzw. einen Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen bei Problemen mit dem Gehör/dem Hören aufzusuchen.

Des Weiteren ist zu beachten, dass es eine sog. „regionale Landflucht“ von Ärzten, auch aus demographischen Gründen, gibt. Vermehrt wird darüber berichtet, dass es in bestimmten Gegenden keinen Arzt (schon gar keinen Facharzt) mehr gibt. Der Berufsverband der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte berichtet über Insolvenzen von HNO-Ärzten. All dies zeigt, dass eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten – hier mit Hörsystemen – nicht mit Zugangshürden versehen werden sollte, die zum Einen gerade im ländlichen Räumen kaum mehr zu überwinden sein werden und zum Anderen keine Versorgungsprobleme lösen, da diese schon nicht existent sind.

### **c) Regelungsvorschlag der biha zu § 27 Abs. 1 S. 4 HilfsM-RL**

Gemäß dem eingereichten Vorschlag ist eine ärztliche Verordnung bei einer Folgeversorgung notwendig, soweit eine „erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.“

Sofern der G-BA die Ansicht vertritt, dass er eine gesetzliche Regelungskompetenz zur Konkretisierung des § 33 Abs. 5a SGB V hat – wovon wir nicht ausgehen (siehe oben) -, raten wir an zumindest der gesetzgeberischen Begründung durch einen expliziteren Wortlaut mehr Geltung zu verschaffen. In der BT-Drs. 17/10170, S. 25 heißt es:

*„Mit der Beschränkung des Verordnungserfordernisses in Satz 1 auf die Fälle, in denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus medizinischen Gründen **zwingend** geboten ist, werden die Versicherten, ihre Angehörigen, die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Leistungserbringer von bürokratischem Aufwand entlastet und die Versorgungsprozesse vereinfacht.“* (Hervorhebung nicht im Original)

Um den Ausnahmecharakter zu verdeutlichen, der nicht allein auf die Folgeversorgung begrenzt ist und der eindeutig aus der Gesetzesbegründung hervorgeht, schlagen wir daher vor, das Wort „zwingend“ zu übernehmen, sodass S. 4 lauten würde:

*„Eine ärztliche Verordnung ist notwendig, soweit eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung zwingend medizinisch geboten ist.“*

### **3. Position A (KBV/PatV) Regelungsvorschlag § 27 Abs. 1 S. 5 und S. 6 HilfsM-RL**

#### **a) § 27 Abs. 1 S. 5 HilfsM-RL**

Wir verweisen zunächst auf unsere oben genannten grundlegenden rechtlichen Ausführungen zum Arztvorbehalt.

Die von der KBV geforderte Normierung der „besonderen Fälle“ der Folgeversorgung mit einer ärztlichen Verordnung in § 27 Abs. 1 Satz 5 HilfsM-RL führte im Ergebnis dazu, dass jedwede Folgeversorgung dem Arztvorbehalt unterläge. Dies wird auch noch dadurch verdeutlicht, dass die Aufzählung der KBV (und die der Position B des GKV-Spitzenverbandes) nicht abschließend ist, wie durch die Wortwahl „insbesondere“ deutlich wird.

Das BMG äußerte sich bezüglich der Folgeverordnungsspflicht mit Schreiben vom 23. Februar 2012 (Az.: 227-43921):

*„Ein generelles Verordnungserfordernis gilt nach den gesetzlichen Regelungen auch nicht für die Abgabe von Hörgeräten. (...) Dabei sind auch mögliche Grundrechtspositionen Dritter zu berücksichtigen.“*

Der weitreichende und letztlich unbegrenzte Katalog der verordnungspflichtigen Folgeversorgungen entspricht daher bereits nicht den Vorgaben des BMG bezüglich der ursprünglich geplanten HilfsM-RL. Die Bedenken, die das BMG bereits bezüglich der damaligen Fassung erklärt hat, werden nicht berücksichtigt.

Auch der schon oben zitierten gesetzgeberischen Intention zu § 33 Abs. 5a SGB V wird nicht Rechnung getragen. In der Gesetzesbegründung zu dem neu eingeführten § 33 Abs. 5a SGB V heißt es ausdrücklich, dass die Versicherten, ihre Angehörigen, die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Leistungserbringer von bürokratischem Aufwand entlastet und die Versorgungsprozesse vereinfacht werden sollen (BT-Drs. 17/10170, S. 25).

Die Position der KBV führt dazu, dass eine Verordnung bei der Hörgeräteversorgung generell erforderlich wird. Insofern entspricht der Vorschlag nicht dem Willen des Gesetzgebers nach Entlastung und Vereinfachung.

Die Begründungen, die die KBV für die einzelnen Fallkonstellationen der medizinischen Erforderlichkeit einer ärztlichen Verordnung bei einer Folgeversorgung in den Tragenden Gründen unter Auffassung A angibt, tragen nicht. Sie sind offensichtlich geprägt von dem Wunsch einer häufigeren Konsultation der Versicherten beim HNO-Arzt. Das würde zwangsläufig zu einer Kostenausweitung durch HNO-ärztliche Untersuchungen führen, ohne dass die Versicherten besser versorgt wären, da weder die regelmäßige Konsultation während des Versorgungszeitraumes, noch die erneute Konsultation bei der Folgeversorgung zur Verbesserung des Hörstatus, da irreversibel, beitragen kann. Gerade deshalb ist ja die dauerhafte Versorgung mit einem Hörgerät das Mittel der Wahl bei dem Befund „Schwerhörigkeit“.

Sämtliche nachfolgenden eingebrachten Regelbeispiele lehnen wir ab und schlagen eine jeweils vollständige Streichung vor.



**Im Einzelnen:****aa) „Bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“**

Nach der vorliegenden Begründung wird für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres generell eine Verordnungspflicht gefordert aufgrund der „Besonderheiten der kindlichen Entwicklung zum Hören und Sprechen und zum Schutz vor umfassenden und irreversiblen Auswirkungen von Fehlversorgungen“ (S. 4 der „Tragenden Gründe“).

Zunächst wird in der HilfsM-RL selbst die Bedeutung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen deutlich, indem eine Wiederverordnung nach fünf und nicht erst nach sechs Jahren (§ 31 HilfsM-RL) möglich ist. Diese Verkürzung zeigt aber auch, dass es gerade nicht medizinisch geboten ist, eine Verordnungspflicht zu fordern, da Kinder und Jugendliche bis zu einer regulären Wiederversorgung fünf Jahre lang ohne weitere ärztliche Untersuchung „auskommen“ müssen. Dies entspricht auch der Kinderuntersuchung gemäß § 26 SGB V i.V.m. „Kinder-Richtlinie“ des G-BA, in der gerade keine Untersuchungspflicht vorgesehen ist, sondern allein ein Anspruch.

Insgesamt ist es nicht konsistent und plausibel, warum (erst) nach fünf Jahren zwingend ein Arzt wegen der Folgeversorgung konsultiert werden muss, wenn es doch nach der Begründung der KBV um die Besonderheiten der kindlichen Entwicklung beim Hören und Sprechen etc. gehen soll, die sich bekanntlich nicht in Fünf-Jahres-Sprüngen vollzieht.

Des Weiteren sind sich gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer der besonderen Verantwortung der Kinder- und Jugendlichenversorgung bewusst, weshalb es in den Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V höhere bzw. zusätzliche fachliche und sachliche Voraussetzungen für die Kinder- und Jugendlichenversorgung gibt. Die Versorgung und Nachbetreuung kann bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur von einem Hörgeräteakustiker-Meister persönlich oder einem Hörgeräteakustiker-Gesellen mit einer mindestens drei-jährigen Berufserfahrung und mit der Zusatzausbildung zum „Päd-Akustiker“ durchgeführt werden. Auch bestehen bestimmte Mindestanforderungen an die Anpasstechnik und Ausstattung (z.B. gibt es eine Mindestraumgröße für die Anpasskabine, erweiterte Anforderungen an die vorhandene Messtechnik sowie spezielle Audiometer und kindgerechtes Testmaterial etc.). Insgesamt ist der Aspekt der Kinder- und Jugendlichenversorgung deshalb schon auf der tatsächlichen Ebene nicht regelungsbedürftig. Die speziellen Erfordernisse der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind durch die Krankenkassen in den Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V im Sinne der Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung umfassend beachtet.

**bb) „Bei Verschlechterung des Hörvermögens um mehr als 3dB“**

Die Verordnungspflicht bei einer Verschlechterung von 3dB zu verlangen ist technisch unmöglich und unverhältnismäßig wie auch medizinisch nicht notwendig. In der Konsequenz würde diese Regelung dazu führen, dass jeder Versicherte bei einer solchen Veränderung einen Anspruch auf eine Neuversorgung hätte. Dies aber widerspricht den Vorgaben aus dem Hilfsmittelverzeichnis, in dem es heißt:

*„Eine Verstärkungsreserve von mindestens 10dB, die die in der Regelgebrauchszeit zu erwartende, progrediente Hörverschlechterung aufzufangen vermag, muss vorhanden sein und vom Leistungserbringer bestätigt werden.“* Bekanntmachung des GKV-Spitzenverbandes, Fortschreibung der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“, S. 29.

Eine Verstärkungsreserve von „mindestens 10dB“ wäre nicht notwendig, wenn bereits bei einer Veränderung von 3dB eine neue Verordnungspflicht bestehen würde. Zu Recht geht das Hilfsmittelverzeichnis auch von einer zu erwartenden, progredienten Hörverschlechterung aus, die vom erworbenen Hörsystem erfasst sein muss.

Grundsätzlich gehört es zu den Auswirkungen von Schwerhörigkeit (insbesondere im Alter), dass sich das Hörvermögen verschlechtert. Die Einführung einer Verordnungspflicht widerspricht gerade der Prämisse des BSG (vgl. Ur. v. 18.9.1973 – 6 RKa 2/72 konkret: zur Brille und dem Sehvermögen), wonach – im übertragenden Sinne – eine Hörschwäche und eine Erkrankung des Ohrs nicht in einem notwendigen Zusammenhang stehen, weshalb eine Verschlechterung des Hörvermögens keine medizinischen Auswirkungen hat.

Hinzu kommt, dass in der Regel bei Audiometern der Hörverlust in „5dB-Schritten“ gemessen wird. Lediglich bei der differenzierten medizinischen Diagnostik kann es sinnvoll sein, Messungen mit klinischen Audiometern in 1dB-Schritten durchzuführen.

In der täglichen Praxis stellt die Messung in 1dB- bzw. 3dB-Schritten eine zusätzliche, nicht zu verantwortende körperliche und physische Belastung (insbesondere für ältere Versicherte) dar, wenn diese den Unterschied von 3dB wiedergeben sollen, da diese Messungen wesentlich zeitintensiver sind. Auch das Formularwesen sieht nur eine Eintragung in 5dB-Schritten vor.

**cc) „Jede Folgeversorgung bei hochgradiger und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit (Hörverlust mehr als 70dB in mehr als 2 Frequenzen, 500-1000-2000-3000-4000 Hz oder weniger als 50% im Einsilberversuchen des Freiburger Sprachhörtestes bei 65dB)“**

Ein medizinischer Grund, warum bei hochgradig oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit jedwede Folgeverordnung der ärztlichen Befassung bedürfen soll, ist nicht plausibel. Auch hier gilt, dass die Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhanges zwischen der auszugleichenden Schwerhörigkeit und einer behandlungsbedürftigen Neuerkrankung nicht höher liegt als bei hörgesunden Versicherten.

Grundsätzlich sind hochgradig und an Taubheit grenzend Schwerhörige mit Hörgeräten zu versorgen. Die HilfsM-RL gibt bspw. für die beidohrige Versorgung in § 21 Abs. 2 HilfsM-RL vor, wie hoch der zu erreichende Hörgewinn mit Hörgeräten mindestens sein muss, um eine Hörhilfenversorgung zu rechtfertigen. Eben diese Grundsätze unter Beachtung der Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 17. Dezember 2009 (Az: B 3 KR 20/08 R.) spiegeln die aktuellen Versorgungsverträge nach § 127 Abs. 2 SGB V selbstverständlich wieder.



Dass es anstelle der Hörgeräteversorgung die Möglichkeit der Cochlea-Implantation (CI) für nicht mehr mit Hörgeräten versorgbare Versicherte gibt, ist unbestritten. Dies ändert aber nichts an der Tatsache, dass die operative Behandlung die „ultima ratio“ ist, wenn die konservative Hörgeräteversorgung keinen Erfolg (mehr) bringt. Jede konservative Hörgeräteversorgung für einen hochgradig oder an Taubheit grenzend Schwerhörigen wegen einer potentiell möglichen CI-Versorgung unter den generellen Verordnungsvorbehalt zu stellen, ist nicht rational, entspricht nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot und ist auch nicht sachlich gerechtfertigt, zumal die Hörgeräteakustiker-Meisterbetriebe die Kompetenz haben, auch zu einer möglichen CI-Versorgung – dann selbstverständlich unter Einbindung der Ärzte – zu beraten.

Unsystematisch wäre es zudem, in § 27 Abs. 1 Satz 5 HilfsM-RL eine neue und zusätzliche Gruppe der hochgradig und an Taubheit grenzend Schwerhörigen zu definieren. Der GKV-Spitzenverband hat sich im Rahmen der Festbetragsfestsetzungen ausdrücklich gegen die weitere Unterteilung der Versicherten – mit Ausnahme der an Taubheit grenzend Schwerhörigen nach der WHO-4-Definition – entschieden. Auch hier steht offenbar der Wunsch der KBV, die ärztliche Leistung in den Vordergrund zu rücken, ohne dass praktisch ein Mehrwert für die Versicherten daraus resultiert, im Vordergrund.

**dd) „Sofern die Erstversorgung mehr als 2 Jahre zurückliegt.“**

In der Regel liegt jede Erstversorgung eines Erwachsenen und der von Kindern und Jugendlichen mehr als zwei Jahre vor einer Folgeversorgung zurück (vgl. § 31 HilfsM-RL – sechsjähriges Regelversorgungsintervall für Erwachsene und fünfjähriges Regelversorgungsintervall bei Kindern und Jugendlichen). Die KBV verdeckt hinter diesem „Regelfall“ ihre eigentliche Grundforderung, jedwede Folgeversorgung einer ärztlichen Kontrolle zu unterziehen.

Dass sich das Hörvermögen schleichend, für den Patienten unmerklich verschlechtert, ist – wie schon gesagt – korrekt, entspricht aber der normalen Entwicklung einer Schwerhörigkeit. Einer erneuten ärztlichen Diagnose oder Therapieentscheidung bedarf es daher weder nach zwei Jahren noch nach 5 bzw. 6 Jahren. Im Umkehrschluss müsste man auch hier argumentieren, dass ansonsten grundsätzlich ein Versorgungsanspruch auch alle zwei Jahre bestehen würde.

Auch an dieser Stelle wird die Rehabilitation mittels eines Hörgerätes mit der ärztlichen Diagnose- und Therapieentscheidung vermischt. Auch hier sei deshalb wieder auf die BSG-Rechtsprechung (vgl. Urt. v. 18.9.1972 – 6 RKa 2/72) hingewiesen, nach der

*„die bloße, mehr oder weniger weit entfernte Möglichkeit der Krankheitsgefährdung schon nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit“*

eine medizinische Diagnosenotwendigkeit gerade nicht begründet.

In den Verträgen zwischen den Krankenkassen und der biha nach § 127 Abs. 2 SGB V ist im Einzelnen definiert, unter welchen Voraussetzungen eine vorzeitige Wiederversorgung der Versicherten – ggf. unter Einbindung des MDK – erfolgt.

Die Ausweitung auf eine – quasi durch die Hintertür – generelle Folgeverordnungsspflicht widerspricht sowohl den „Tragenden Gründen“ der aktuell geltenden HilfsM-RL (v. 21.12.2011/15.3.2012) wie auch den Aussagen des BMG.

In den „Tragenden Gründen“ der aktuellen HilfsM-RL heißt es (S. 8 f.):

*„§ 27 sieht in Absatz 1 nunmehr vor, dass die Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgen darf. Dies gilt nicht für Folgeverordnungen. Das SGB V (vgl. § 15) sieht einen solchen ärztlichen Verordnungsvorbehalt für Hilfsmittel nicht vor. Dies wurde in ständiger Rechtsprechung bestätigt. Die pathoätiologische Klärung der Schwerhörigkeit und damit auch die Klärung, ob die Hörbehinderung als Symptom kausaltherapeutisch zu behandeln ist, erfolgt im Rahmen der Erstverordnung. Dass zum Zeitpunkt der Folgeverordnung ein Kausalzusammenhang zwischen der Schwerhörigkeit und einer behandlungsbedürftigen Neuerkrankung vorliegt, ist bei Hörhilfentragern nicht signifikant wahrscheinlicher als bei Hörgesunden.“*

*Die Verträge der Krankenkassen, die bei Folgeversorgungen vereinzelt den Verzicht auf die ohrenärztliche Verordnung vorsehen, enthalten Hinweise, dass der Akustiker bei Auffälligkeiten, die auf einen krankhaften Zustand schließen, der Verweis an eine Fachärztin (...) zu erfolgen hat.*

*Entsprechende Verträge, die bereits seit etwa 2001 existieren, haben nicht zu nachweislichen Problemen bei der Versorgung geführt. Von daher ist die Möglichkeit des Verzichts auf die ohrenärztliche Verordnung bei Folgeversorgungen sachlich und praktisch gerechtfertigt. Im Übrigen hat der Versicherte so die Entscheidungsfreiheit, ob er eine Fachärztin oder einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (...) im Vorfeld der Versorgung konsultiert oder nicht.“*

Der G-BA selbst kam daher bereits 2011 zum Ergebnis, dass es keine Folgeverordnungsspflicht gibt. Es bestände daher ein Wertungswiderspruch, wenn keine zwei Jahre später der G-BA zu einem völlig anderen Ergebnis käme.

Auch das BMG äußerte sich bezüglich der Folgeverordnungsspflicht mit Schreiben vom 23. Februar 2012 (Az.: 227-43921):

*„Ein generelles Verordnungserfordernis gilt nach den gesetzlichen Regelungen auch nicht für die Abgabe von Hörgeräten. (...) Dabei sind auch mögliche Grundrechtspositionen Dritter zu berücksichtigen.“*

Das BMG hat damit der Folgeverordnungsspflicht eine Absage erteilt. Insbesondere weist es auf die Grundrechte der Betroffenen – sowohl der Patienten, wie auch der Hörgeräteakustiker – hin, die bei einer solchen Regelung unverhältnismäßig eingeschränkt wären.



**ee) „Bei neu aufgetretenem Tinnitus“**

Die Tinnitus-Versorgung ist in § 24 HilfsM-RL geregelt. Einer Normierung im Rahmen des § 27 HilfsM-RL bedarf es daher nicht.

Tritt bei einem Versicherten neu ein Tinnitus auf, sind die Hörgeräteakustiker vertraglich verpflichtet, dem Versicherten zum Besuch eines HNO-Arztes zu raten. In § 24 Abs. 1 Satz 2 HilfsM-RL findet sich dafür auch eine bereits ausreichende Regelung:

*„Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Hörstörung ist eine Verordnungsfähigkeit eines kombinierten Tinnitusgerätes/Hörgerätes (Tinnitusinstruments) nur dann möglich, wenn die Hörgeräteversorgung allein zur Minderung der Tinnituswahrnehmung nicht ausreicht.“*

Somit ist bereits klargestellt, dass es einer zusätzlichen Verordnung bedarf, wenn nach der Schwerhörigkeit auch noch ein Tinnitus auftritt. Benötigt der Patient ein Kombi-Gerät, dann bedarf es einer Verordnung. Insofern ist die Ergänzung unnötig.

**ff) „Bei vorliegenden weiteren Behinderungen, z.B. Hör-Seh-Behinderung“**

Dieser Vorschlag ist allein deshalb abzulehnen, da nicht erklärlich ist, weshalb bspw. eine Beinprothese – unstrittig eine weitere Behinderung – die spezielle Hinzuziehung eines HNO-Arztes hervorrufen soll. Diese Regelung ist – ohne sich mit ihr weiter inhaltlich beschäftigen zu müssen – viel zu weitgehend als dass die in der Begründung vorgetragene Gründe greifen.

Lediglich hilfsweise wird hier auf die – nur als Beispiel – formulierte „Hör-Seh-Behinderung“ eingegangen. Versicherte mit einer kombinierten Hör-Seh-Behinderung suchen von sich aus zunächst Fachärzte auf, um die Ursache der Behinderung zu ermitteln. In diesem Zusammenhang werden die Möglichkeiten ermittelt, wie die Versicherten kausaltherapeutisch oder die Behinderung ausgleichend (u.a. mit einer Hörhilfe) zu behandeln sind. Die „unterschiedlichsten apparativen Lösungen einer Hörhilfe“ insbesondere im Rahmen der Folgeversorgung auszuloten, ist sodann genuine Aufgabe der Hörgeräteakustiker und rechtfertigt es nicht, einen Arztvorbehalt für die Folgeversorgung zu konstruieren.

Selbstverständlich, und das sei an dieser Stelle noch einmal betont, sind bei spezifischen Erkrankungen die Fachärzte fortlaufend in den Versorgungskontext der Versicherten eingebunden. Aus dieser Tatsache der Versorgungsrealität folgt aber nicht die Kompetenz, einen spezifischen ärztlichen Folgeversorgungsvorbehalt für ein Hilfsmittel zu schaffen.

**gg) „Sofern die Umstellung auf ein anderes Hörhilfemodell mit anderen Eigenschaften erforderlich ist“**

Dass die Hörgerätetechnologie einem „raschen Wandel“ unterliegt, ist grundsätzlich korrekt, wobei dies keine weitere Aussagekraft hat, da die KBV nicht weiter begründet, was sie unter „rasch“ versteht.



Es ist die originäre, vertraglich ausführlich geregelte Aufgabe des Hörgeräteakustiker-Meisterbetriebes, den Versicherten adäquat mit einer für ihn individuell passenden Hörhilfe zu versorgen. Die entsprechende Kompetenz zur Ausübung des Hörgeräteakustiker-Handwerks erwerben die Hörgeräteakustiker-Meister und ihre Mitarbeiter in einer viele Jahre dauernden Ausbildung, die sie zur sachgerechten Auswahl und Anpassung des jeweils vom Versicherten benötigten Hörgerätes befähigt.

Die KBV selbst hat einen medizinischen Grund für den Arztvorbehalt nicht einmal mehr vorgetragen.

#### **b) § 27 Abs. 1 S. 6 HilfsM-RL**

In dem Vorschlag der KBV heißt es in Satz 6:

*„Soweit ein Genehmigungsverzicht seitens der Krankenkassen für Hörhilfen besteht, ist eine ärztliche Verordnung immer notwendig.“*

§ 33 Abs. 5a Satz 2 SGB V überlässt es den Krankenkassen („können“), inwieweit sie eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, wenn sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. Aus dieser „Kann“-Regelung interpretiert die KBV eine „Muss“-Regelung“ heißt es doch in der KBV-Begründung (S. 5 der „Tragenden Gründe“):

*„Verzichtet die Krankenkasse auf eine Genehmigung für die Folgeversorgung mit einer Hörhilfe, muss immer eine fachärztliche Verordnung vorliegen“.*

Diese klare Abweichung entspricht nicht dem Gesetzeswortlaut und auch nicht dem gesetzgeberischen Willen. Denn in der Begründung (BT-Drs. 17/10170, S. 25) heißt es hierzu:

*„Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung wird den Krankenkassen in Satz 2 **die Möglichkeit** eingeräumt, abweichend von Satz 1 eine vertragsärztliche Verordnung auch dann zu verlangen, wenn nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern die Versorgung genehmigungsfrei erfolgen kann.“* (Hervorhebung nicht im Original)

Ein medizinischer Grund kann der Position der KBV darüber hinaus auch hier nicht entnommen werden.

#### **3. Position B (GKV-SV) Regelungsvorschlag § 27 Abs. 1 S. 5 HilfsM-RL**

Die Position B des GKV-Spitzenverbandes ist schon allein deshalb unverhältnismäßig, da auch diese Position durch die Einfügung des Wortes „insbesondere“ eine letztlich freie und offene und keine abschließende Aufzählung der Regelfälle schafft.

Wie bereits oben aufgeführt, entspricht diese generelle Verordnungspflicht nicht dem Wortlaut des § 33 Abs. 5a SGB V, nicht dem Willen des Gesetzgebers, nicht der Rechtsprechung des BSG und auch nicht dem Willen des BMG.

Der GKV-Spitzenverband hat vier konkrete Fallgruppen in seinem Vorschlagsentwurf aufgeführt, bei denen er eine ärztliche Verordnung in der Folgeversorgung für notwendig hält. Dabei handelt es sich um die Kinder- und Jugendlichenversorgung, die Versorgung von an Taubheit grenzend Schwerhörigen, bei neu aufgetretenem Tinnitus sowie im Falle von Systemumstellungen.

Um Wiederholungen zu vermeiden, wird auf die Ausführungen verwiesen, die in dieser Stellungnahme zur Position A bezüglich der Kinder- und Jugendlichenversorgung, Tinnitus sowie für die an Taubheit grenzend Schwerhörigen gemacht wurden.

Da aber der GKV-Spitzenverband eine eigene Begründung für diese Position vorgelegt hat, soll dennoch die Ablehnung dieser Fallgruppen begründet werden:

**a) „bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“**

Der GKV-Spitzenverband behauptet, dass sich hinter dem Erfordernis einer Neuversorgung eine komplexe Entwicklungsstörung oder Intelligenzmängel verbergen können, weshalb er eine Verordnungspflicht bei Folgeversorgungen vorschlägt. Es ist nochmals darauf hinzuweisen, dass gemäß § 31 HilfsM-RL lediglich alle fünf Jahre eine Wiederversorgung für Kinder- und Jugendliche geregelt ist. Würde also ein Kind bereits als 10 Monate alter Säugling ein Hörgerät erhalten, würde es den HNO-Arzt regulär – wenn man allein auf die Hörgeräteversorgung abstellt – kurz vor seinem 6., 11. und 16. Lebensjahr zu Gesicht bekommen – vorausgesetzt, die Eltern willigen in eine neue Versorgung ein. Es scheint deshalb vorgeschoben, dass sich Entwicklungsstörungen oder Intelligenzmängel bei solch langen Fristen durch eine Konsultation des Arztes wegen einer neuen Hörhilfe gegensteuern und verhindern lassen.

Vor allem entspricht dies auch nicht der Grundstruktur der Krankenversicherung wie bereits das BSG (Urt. v. 18.9.1973 – 6 RKa 2/72) feststellte. In § 26 SGB V hat der Gesetzgeber für die Kinderuntersuchung keine Pflicht normiert, sondern lediglich einen Anspruch. Auch aus der „Kinder-Richtlinie“ lässt sich keine Pflicht herleiten.

Im Ergebnis sind die Motive des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar, doch ist die HilfsM-RL nicht das richtige Regulativ für eine Pflicht zur Vorstellung von Kindern und Jugendlichen beim HNO-Arzt. Die reguläre Folgeversorgungsmöglichkeit erst nach fünf Jahren zeigt zudem die Widersprüchlichkeit der Forderung: Denn in der Konsequenz müsste eine jährliche Folgeversorgungsoption ansonsten bestehen.

Aus diesem Grund ist der Vorschlag abzulehnen, da er weder dem Grundbild der Versorgungsfreiheit noch dem übrigen System entspricht.



**b) „bei Vorliegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit gemäß WHO (...)“**

Der GKV-Spitzenverband rechtfertigt eine Verordnungspflicht bei Folgeversorgungen bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen damit, dass stets neu zu überprüfen wäre, ob „eine erneute Therapieentscheidung medizinisch geboten sein kann“.

Wissenschaftlich ist es aber unstrittig, dass eine Wiederherstellung der Innenohrfunktion nicht möglich ist. Es ist derzeit unmöglich, einen Hörverlust, resultierend aus einer nicht intakten oder nur zum Teil intakten Innenohrfunktion, ohne Implantat oder externe Hörhilfen/Hilfsmittel zu kompensieren. Insofern ist eine „erneute Therapieentscheidung“ – insbesondere bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen – nicht möglich, da eine Therapie gar nicht mehr möglich ist. Eine eigenständige Wiederherstellung der Innenohrfunktion ist nicht möglich. Es sind keine medikamentösen Therapien bei einer bestehenden Innenohr-Schwerhörigkeit bekannt.

Im Ergebnis ist folglich eine Therapie nicht möglich; gerade an Taubheit grenzend Schwerhörige benötigen ein Hörgerät. Die einzige Alternative, die es gibt, wäre eine CI-Versorgung. Solange aber eine konservative Versorgung den gewünschten Erfolg erzielt, sollten (kostspielige) operative Versorgung nur im Einzelfall vorgenommen werden. Die Kompetenz zur Beratung zu einer CI-Versorgung besitzt der Hörgeräteakustiker-Meisterbetrieb, ohne dass er aus monetären Gründen zu einer solche Versorgung rät.

**c) „bei neu aufgetretenem Tinnitus“**

Der GKV-Spitzenverband hält bei neu auftretendem Tinnitus eine Abklärung durch den HNO-Arzt für notwendig. Dieser Gedankengang verkennt, dass sich der Patient erst nach sechs Jahren (vgl. § 31 HilfsM-RL) um ein neues Hörgerät bemühen wird, das von der GKV bezahlt wird. Die Argumentation würde daher nur dann Sinn ergeben, wenn sich der Patient direkt nach dem Auftreten an den HNO-Arzt zu wenden hat. Hier geht es aber um die Verordnungspflicht bei Folgeversorgungen, also den Versorgung nach sechs Jahren. Für diesen Zeitraum besteht aber keine Notwendigkeit mehr für eine Verordnungspflicht, da entweder der Tinnitus bereits behandelt wird oder aber vom Patienten seit längerem geduldet wird. Darüber hinaus ist die Frage der Tinnitusversorgung bereits abschließend in § 24 HilfsM-RL geregelt.

**d) „im Fall der Systemumstellung von Luftleitung auf Knochenleitung“**

Vorauszustellen ist, dass es sich bei dieser Fallkonstellation um einen äußerst außergewöhnlichen Versorgungsfall handelt. Bei diesen Fällen handelt es sich in der Regel um langjährige Hörsystemträger, bei denen die audiologische Vorgeschichte dem versorgenden Hörgeräteakustiker bekannt oder ersichtlich ist. Ein Hörgeräteakustiker-Meister ist aufgrund seiner Qualifikation in der Lage den Wechsel von Luftleitungs- zu Knochenleitungsversorgungen zu erkennen, zu begründen und durchzuführen. Eines zwingenden ärztlichen Verordnungsvorbehalts bedarf es nicht.



### **3. Position C (GKV-SV) Regelungsvorschlag § 27 Abs. 1 HilfsM-RL**

Grundsätzlich sind die Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes in den „Tragenden Gründen“ zur Auffassung C zu begrüßen. Gerade im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot aus § 12 SGB V fragt es sich, wie diese Formulierungen zu der Position B stehen, die zu höheren Ausgaben wegen des ärztlichen Verordnungsvorbehalts führen.

Allerdings könnte diese Position auch wieder zu Diskussionen führen, ob nicht doch eine Verordnungspflicht besteht. Schließlich orientiert sich der Vorschlag an § 33 Abs. 5a SGB V, der trotz seiner Klarheit nun doch uminterpretiert werden soll.

### **4. Position D (biha) Regelungsvorschlag zu § 27 Abs. 1 S. 4 HilfsM-RL**

Um die notwendige Klarheit zu erzielen, schlägt die Bundesinnung – neben den oben bereits aufgeführten S. 1 – folgende Formulierung für S. 4 hilfsweise vor:

*„Folgeversorgungen und Wiederversorgungen können ohne Verordnung vorgenommen werden.“*

Mit dieser Klarstellung wird auch der Begriff des § 31 HilfsM-RL („Wiederversorgung“) aufgenommen und klargestellt, dass jegliche Zweitversorgungen ohne Verordnung auskommen. Somit bestände – die vom BMG gewünschte und vom BSG geforderte – Klarheit.

### **III. Änderung des § 30 HilfsM-RL**

Eine gesetzliche Verpflichtung zur Abnahme einer Hörgeräteversorgung durch den Arzt kennt § 33 SGB V nicht. Der Arztvorbehalt im Sinne des § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt hier in gleichem Maße nicht. Regelungen zur Auswahl des Hörgerätes durch den Hörgeräteakustiker sind den Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V vorbehalten und wurden dort entsprechend getroffen.

Da die Auswahl des Hörgerätes durch den Hörgeräteakustiker und die Abnahme des Hörgerätes durch einen Arzt die „Verordnung von Hilfsmitteln“ im Sinne der Kompetenznorm des § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von vornherein nicht betreffen, mangelt es dem G-BA auch insoweit an der Kompetenz, hier – wenn auch nur deklaratorische – Regelungen zu treffen.

Wir weisen darauf hin, dass in anderen Bereichen, in denen Versicherte ebenfalls mit hochspezialisierten Hilfsmitteln versorgt werden (bspw. mit Schlafapnoegeräten oder mit Schultermotorbewegungsschienen), keine ärztliche Abnahme der Versorgung stattfindet. Darauf kann selbstverständlich auch im Rahmen der Hörgeräteversorgung verzichtet werden, da die Abnahme durch den HNO-Arzt keinen versorgungsrelevanten Mehrwert für den Versicherten mit sich bringt. Wir verweisen der guten Ordnung halber auf unsere oben genannten grundsätzlichen juristischen Bedenken zur Einschränkung der Versorgungsfreiheit von Hörgeräteakustikern.

In der Zeitschrift des HNO-Berufsverbandes „HNO-Mitteilungen“ (4/2003, Seifert, Die Bedeutung der gleitenden Anpassung, S. 118) wurde darauf hingewiesen, dass eine erfolgreiche Anpassung einen Lernprozess darstellt,

*„der ein geduldiges und immer wieder nur geringes Nachstellen der Verstärkung und ggf. der Kompression in den kritischen Bereichen verlangt; dies kann Wochen und auch Monate, in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr, erfordern.“*

Insofern ist es in der Praxis gar nicht möglich, „das Ergebnis der Testung“ dem HNO-Arzt anzugeben, da nicht feststeht, wann dieses Ergebnis vorliegt.

Wir regen daher an, auf § 30 HilfsM-RL vollständig zu verzichten, da eine gesetzliche Verpflichtung zur Abnahme einer Hörgeräteversorgung durch einen Vertragsarzt schon nicht besteht und zudem Regelungen zur Auswahl der Hörgeräte den Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V vorbehalten sind.

Zur Frage einer sorgfältigen „Testung“ und „Hörgeräteauswahl“ teilen wir mit, dass hier die Rechte der Hörgeräteakustiker erneut und in eklatanter Weise missachtet werden. Das BMG hatte bereits in seinem Schreiben vom 23. Februar 2012 angeordnet, dass Regelungen in § 30 Abs. 1 HilfsM-RL zur Auswahl von Hörgeräten gestrichen bzw. geändert werden müssen, um nicht die Regelungskompetenz der Vertragspartner gemäß § 127 SGB V zu verletzen. Die nun gewählten Regelungen greifen erneut in die Vertragshoheit, Vertragsfreiheit und Vertragskompetenz der Vertragspartner ein. Eine Hörgeräteversorgung ist eben keine audiologisch oder medizinisch-begründbare Probierstube, die eine wie auch immer geartete Testung vorsieht. Auch der GKV-Spitzenverband hat bei der Neufestlegung der Festbeträge gemäß § 36 SGB V eine sorgfältige Testung nicht als Mindestkriterium einer Hörsystemversorgung angenommen. Gleiches gilt für die Dokumentierung dieser unnötigen und in der Sache unbegründeten Testungen.

Mit freundlichen Grüßen

BUNDESINNUNG DER HÖRGERÄTEAKUSTIKER KdöR



Isabell Cläßen  
Leiterin Abteilung soziale Sicherung  
Justiziarin

**Anlage**

**Anlage  
zum Schriftsatz der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdöR**

**C. Hörhilfen**

(...)

**§ 22 Einohrige Hörgeräteversorgung**

(1) Voraussetzung für eine einohrige Hörgeräteversorgung ist, dass

- der тонаudiometrische Hörverlust (DIN ISO 8253-1) auf dem schlechteren Ohr mindestens 30 dB in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 4000 Hertz oder
- sprachaudiometrisch die Verstehensquote auf dem schlechteren Ohr mit Kopfhörern (DIN ISO 8253-3) bei Verwendung des Freiburger Einsilbertests bei 65 dB nicht mehr als 80%

beträgt.

(2) Bei der Überprüfung des Ergebnisses einer Hörgeräteversorgung des schlechteren Ohres mit dem Freiburger Einsilbertest im freien Schallfeld (DIN ISO 8253-3) soll bei gleichzeitiger Darbietung eines Störgeräusches der Gewinn mit einem Hörgerät bei gleichem Schallpegel mindestens 10 Prozentpunkte betragen, sofern bei 65 dB ohne Hörgerät im freien Schallfeld bei gleichzeitiger Darbietung eines Störgeräusches noch ein Einsilberverstehen ermittelbar ist.

(...)

**§ 27 Verordnung**

(1) <sup>1</sup>Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck. <sup>2</sup>Das Formblatt ist aufgrund ärztlich erhobener Befunde vollständig auszufüllen.

**Hilfsweise**, da nach Ansicht der Bundesinnung keine weitere Regelungskompetenz des G-BA besteht:

**§ 27 Verordnung**

(1) <sup>1</sup>Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck. <sup>2</sup>Das Formblatt ist aufgrund ärztlich erhobener Befunde vollständig auszufüllen. <sup>3</sup>Eine ärztliche Verordnung ist notwendig, soweit eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung zwingend medizinisch geboten ist. <sup>4</sup>Folgeversorgungen und Wiederversorgungen können ohne Verordnung vorgenommen werden.

(...)

**§ 30 Ausfall des Hörgerätes und Abnahme**

- gestrichen -





Zentralverband der Augenoptiker

ZVA - Alexanderstraße 25a - D-40210 Düsseldorf

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Dr. Sandra Carius  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

Alexanderstraße 25a  
D-40210 Düsseldorf

Tel.: 02 11/86 32 35 - 0  
Fax: 02 11/86 32 35 - 35

E-mail: [info@zvo.de](mailto:info@zvo.de)  
Internet: [www.zvo.de](http://www.zvo.de)

05.12.2013

**schm/ki**

GKK/Hilfsmitteln/GBA\_Änderung Hörhilfen

**Änderung der Richtlinien über die Verordnung von Hilfsmitteln – Hörhilfen  
Ihre E-Mail vom 07.11.2013**

Sehr geehrte Frau Dr. Carius,  
sehr geehrte Damen und Herren,

besten Dank für die Übermittlung der Unterlagen zur Änderung der Hilfsmittelrichtlinie im Bereich der Hörgeräteversorgung.

Da uns die Hörgeräteversorgung nicht unmittelbar betrifft, möchten wir zu Einzelheiten keine eigene Stellungnahme abgeben.

Wir schließen uns jedoch vollinhaltlich der Stellungnahme des Bundesinventionsverbandes der Hörgeräteakustiker (BIHA) an. Insbesondere gehen wir konform in der Forderung der BIHA, dass sich die Rechtsprechung des BSG sowie die Einfügung des Absatzes 5 a in § 33 SGB V in den Formulierungen der Hilfsmittelrichtlinie wiederfinden müssen. Im Bereich der Hilfsmittel findet der Arztvorbehalt des § 15 Absatz 1 Satz 2 SGB V **keine** Anwendung (BSG, Urteil von 28.06.2001 – Az: B 3 KR 3/00 R). Eine ärztliche Verordnung ist nicht Voraussetzung für eine Versorgung mit einem Hilfsmittel (BSG, Urteil von 16.04.1998 – AZ: B 3 KR 9/97 R).

Wir erinnern in diesem Zusammenhang an unsere Schreiben von 23.07.2013 und 05.11.2013, in denen wir eine Änderung der Hilfsmittelrichtlinie im Bereich der Sehhilfen vor demselben Hintergrund fordern.

Mit freundlichen Grüßen

Zentralverband der Augenoptiker

Sigrun Schmitz  
(Betriebswirtschaft und Krankenkassen)

Bankverbindung:  
Stadtparkasse Düsseldorf  
BLZ 300 501 10  
Kto.-Nr. 100 651 92 74  
IBAN:  
DE 8030 0501 1010 0651 9274  
BIC-Code: DUSSEDDXXX



## **Stellungnahme zu § 27 HilfsM-RL**

### **A. Zu § 27 Abs. 1 S. 1 HilfsM-RL**

Die vorgeschlagene Formulierung lehnen wir ab. Wir schlagen vor, dass § 27 Abs. 1 S. 1 HilfsM-RL in seiner jetzigen Form weiterhin Bestand hat, die lautet:

*„Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck.“*

#### **Begründung:**

Nach der Rechtsprechung des BSG findet im Bereich der Hilfsmittel der Ärztevorbereit des § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V keine Anwendung (BSG, Urt. v. 28.6.2001 - Az. B 3 KR 3/00 R). Eine ärztliche Verordnung ist nicht Voraussetzung für eine Versorgung mit einem Hilfsmittel (BSG, Urt. v. 16.4.1998 - Az. B 3 KR 9/97 R). Da der Arztvorbereit im Hilfsmittelbereich nicht gilt, schließt das Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung den Leistungsanspruch des Versicherten – hier auf ein Hörgerät – nicht aus (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urt. v. 28.6.2001 - B 3 KR 3/00).

§ 27 Abs. 1 HilfsM-RL in der jetzigen Fassung verwehrt dabei schon keinem Versicherten die Möglichkeit, einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bzw. einen Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen bei Problemen mit dem Gehör/dem Hören aufzusuchen. Somit besteht für jeden Versicherten die Möglichkeit der ärztlichen Kontrolle, ohne dass dies eine Pflicht aber ist.

Auch ist zu beachten, dass es aufgrund der Demographie und der sog. „regionalen Landflucht“ Gegenden geben kann, in denen kein Arzt vor Ort ist und eine wohnortnahe Versorgung garantieren kann. Hier sollte garantiert werden, dass der Versicherte in jedem Fall an sein Hilfsmittel gelangt.

Deshalb halten wir die vorgeschlagene Formulierung, dass die Abgabe von Hörgeräten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraussetzt, mit dem insofern höherrangigen SGB V für unvereinbar und somit rechtswidrig.

### **B. Zu § 27 Abs. 1 S. 5 HilfsM-RL**

Die Vorschläge „Position A (KBV/PatV)“ sowie „Position B (GKV-SV)“ werden vollinhaltlich abgelehnt. Grundsätzlich kann der „Position C (GKV-SV)“ gefolgt werden. Wir regen allerdings eine Klarstellung an, um etwaige Interpretationen zu vermeiden.

#### **I. Position A (KBV/PatV)**

Wir verweisen auf unsere oben genannten grundlegenden rechtlichen Ausführungen zum Arztvorbereit. Die von der KBV geforderte Normierung der „besonderen Fälle“ der Folgeversorgung mit einer ärztlichen Verordnung in § 27 Abs. 1 Satz 5 HilfsM-RL führte im Ergebnis dazu, dass jede Folgeversorgung dem Arztvorbereit unterläge. Dies wird auch noch dadurch verdeutlicht, als dass die Aufzählung der KBV (und der Position B) nicht abschließend ist wie durch die Wortwahl „insbesondere“ deutlich wird. Allein dadurch ist die Regelung offen und frei und somit unverhältnismäßig.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) äußerte sich bezüglich der Folgeverordnungsspflicht mit Schreiben vom 23. Februar 2012 (Az.: 227-43921):





*„Ein generelles Verordnungserfordernis gilt nach den gesetzlichen Regelungen auch nicht für die Abgabe von Hörgeräten. (...) Dabei sind auch mögliche Grundrechtspositionen Dritter zu berücksichtigen.“*

Die weitreichenden Ausführungen entsprechen daher bereits nicht den Vorgaben des BMG bezüglich der ursprünglich geplanten HilfsM-RL. Die Bedenken – die verfassungsrechtlicher Art auch sind –, die das BMG bereits bezüglich der damaligen Fassung erklärt hat, werden nicht berücksichtigt.

Auch der gesetzgeberischen Intention wird nicht Rechnung getragen. In der Gesetzesbegründung zu dem neu-eingeführten § 33 Abs. 5a SGB V heißt es (BT-Drs. 17/10170, S. 25):

*„Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist für die Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine vertragsärztliche Verordnung nicht generell erforderlich. Dies wird im neuen Absatz 5a nunmehr ausdrücklich klargestellt und näher geregelt. Mit der Beschränkung des Verordnungserfordernisses in Satz 1 auf die Fälle, in denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus medizinischen Gründen zwingend geboten ist, werden die Versicherten, ihre Angehörigen, die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Leistungserbringer von bürokratischem Aufwand entlastet und die Versorgungsprozesse vereinfacht.“*

Die Position der KBV führt dazu, dass eine Verordnung bei der Hörgeräteversorgung generell erforderlich wird. Insofern entspricht der Vorschlag nicht dem Willen des Gesetzgebers nach Entlastung und Vereinfachung.

Die Begründungen, die die KBV für die einzelnen Fallkonstellationen der medizinischen Erforderlichkeit einer ärztlichen Verordnung bei einer Folgeversorgung in den Tragenden Gründen unter Auffassung A angibt, tragen nicht. Sie sind offensichtlich geprägt von dem Wunsch einer häufigeren Konsultation der Versicherten beim HNO-Arzt. Das würde zwangsläufig zu einer Kostenausweitung durch HNO-ärztliche Untersuchungen führen, ohne dass die Versicherten besser versorgt wären, da weder die regelmäßige Konsultation während des Versorgungszeitraumes noch die erneute Konsultation bei der Folgeversorgung zur Verbesserung des Hörstatus, da irreversibel, beitragen kann. Gerade deshalb ist ja die dauerhafte Versorgung mit einem Hörgerät das Mittel der Wahl bei dem Befund „Schwerhörigkeit“.

Im Einzelnen:

#### **1. „Bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“**

Nach der vorliegenden Begründung wird für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres generell eine Verordnungspflicht gefordert aufgrund der „Besonderheiten der kindlichen Entwicklung zum Hören und Sprechen und zum Schutz vor umfassenden und irreversiblen Auswirkungen von Fehlversorgungen“ (S. 4 der „Tragenden Gründe“).

Zunächst wird in der HilfsM-RL selbst die Bedeutung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen deutlich, indem eine Wiederverordnung nach fünf und nicht erst nach sechs Jahren (§ 31 HilfM-RL) möglich ist. Diese Verkürzung zeigt aber auch, dass es gerade nicht medizinisch geboten ist, eine Verordnungspflicht zu fordern, da Kinder und Jugendliche fünf Jahre lang ohne weitere ärztliche Untersuchung auskommen. Dies entspricht auch der Kinderuntersuchung gemäß § 26 SGB V i.V.m.



„Kinder-Richtlinie“ des G-BA, in der gerade keine Untersuchungspflicht vorgesehen ist, sondern allein ein Anspruch. Andere Regelungen führten zu einem Früherkennungsmaßnahmenzwang, der „in mehrfacher Hinsicht der Grundstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung“ widerspricht (BSG, Urt. v. 18.9.1973 – 6 RKA 2/72). Insofern widerspricht die Begründung der Intention des Gesetzgebers.

Des Weiteren sind sich gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer der besonderen Verantwortung der Kinder- und Jugendlichenversorgung bewusst, weshalb es höhere bzw. zusätzliche fachliche und sachliche Voraussetzungen gibt. Die Versorgung und Nachbetreuung kann bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur von einem Hörgeräteakustiker-Meister persönlich oder einem Hörgeräteakustiker-Gesellen mit einer mindestens drei-jährigen Berufserfahrung und mit der Zusatzausbildung zum „Päd-Akustiker“ durchgeführt werden. Auch bestehen bestimmte Mindestanforderungen an die Anpasstechnik und Ausstattung (z.B. gibt es eine Mindestraumgröße für die Anpasskabine, erweiterte Anforderungen an die vorhandene Messtechnik sowie spezielle Audiometer und kindgerechtes Testmaterial etc.), sodass dieser Aspekt schon auf der tatsächlichen Ebene nicht regelungsbedürftig ist, da die speziellen Erfordernisse der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die Krankenkassen in den Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V im Sinne der Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung beachtet sind.

## 2. „Bei Verschlechterung des Hörvermögens um mehr als 3dB“

Die Verordnungspflicht bei einer Verschlechterung von 3dB zu verlangen ist technisch unmöglich, unverhältnismäßig wie auch medizinisch nicht notwendig. In der Konsequenz würde diese Regelung dazu führen, dass jeder Versicherte bei einer solchen Veränderung einen Anspruch auf eine Neuversorgung hätte. Dies aber widerspricht den Vorgaben aus dem Hilfsmittel-Verzeichnis, in dem es heißt:

*„Eine Verstärkungsreserve von mindestens 10dB, die die in der Regelgebrauchszeit zu erwartende, progrediente Hörverschlechterung aufzufangen vermag, muss vorhanden sein und vom Leistungserbringer bestätigt werden.“* Bekanntmachung des GKV-Spitzenverbandes, Fortschreibung der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“, S. 29.

Eine Verstärkungsreserve von „mindestens 10dB“ wäre nicht notwendig, wenn bereits bei einer Veränderung von 3dB eine neue Verordnungspflicht bestehen würde. Zu Recht geht das Hilfsmittel-Verzeichnis auch von einer zu erwartenden, progredienten Hörverschlechterung aus, die vom erworbenen Hörsystem erfasst sein muss. Im Übrigen hat das BSG in seiner Entscheidung zur Hörgeräteversorgung vom 17. Dezember 2009 (B 3 KR 20/08 R) festgestellt, dass eine nur geringfügige Verbesserung des Gebrauchsnutzens keine Kostentragung der GKV rechtfertigt. Im Umkehrschluss kann dann eine geringfügige Veränderung dann aber auch keine Verpflichtung auslösen, zum Arzt gehen zu müssen.

Grundsätzlich gehört es zu den Auswirkungen von Schwerhörigkeit (insbesondere im Alter), dass sich das Hörvermögen verschlechtert. Die Einführung einer Verordnungspflicht widerspricht aber gerade den Vorgaben des BSG (vgl. Urt. v. 18.9.1972 – 6 RKA 2/72 zur Brille und dem Sehvermögen), wonach eine Hörschwäche und eine Erkrankung des Ohrs nicht in einem notwendigen Zusammenhang stehen, weshalb eine Verschlechterung des Hörvermögens keine medizinischen Auswirkungen hat.



Hinzu kommt, dass aktuelle Audiometer den Hörverlust in der Regel in „5dB-Schritten“ messen, so dass ein Wert von 3dB in der Praxis nicht ermittelbar ist.

**3. „Jede Folgeversorgung bei hochgradiger und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit (Hörverlust mehr als 70dB in mehr als 2 Frequenzen, 500-1000-2000-3000-4000 Hz oder weniger als 50% im Ein-silberverstehen des Freiburger Sprachhörtestes bei 65dB)“**

Ein medizinischer Grund, warum bei hochgradig oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit jedwede Folgeverordnung der ärztlichen Befassung bedürfen soll, ist nicht plausibel. Auch hier gilt, dass die Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhangs zwischen der auszugleichenden Schwerhörigkeit und einer behandlungsbedürftigen Neuerkrankung nicht höher liegt als bei hörgesunden Versicherten.

Grundsätzlich sind hochgradig und an Taubheit grenzend Schwerhörige mit Hörgeräten zu versorgen. Die HilfsM-RL gibt bspw. für die beidohrige Versorgung in § 21 Abs. 2 HilfsM-RL vor, wie hoch der zu erreichende Hörgewinn mit Hörgeräten mindestens sein muss, um eine Hörhilfensversorgung zu rechtfertigen. Eben diese Grundsätze unter Beachtung der Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 17.12.2009 (Az: B 3 KR 20/08 R) spiegeln die aktuellen Versorgungsverträge nach § 127 Abs. 2 SGB V selbstverständlich wieder.

Dass es anstelle der Hörgeräteversorgung die Möglichkeit der CI-Implantation für nicht mehr mit Hörgeräten versorgbare Versicherte gibt, ist unbestritten. Dies ändert aber nichts an der Tatsache, dass die operative Behandlung die „ultima ratio“ ist, wenn die konservative Hörgeräteversorgung keinen Erfolg (mehr) bringt. Sie steht also am Ende der Versorgungsmöglichkeiten. Daher besteht keine Verpflichtung der regelmäßigen Kontrolle durch den HNO-Arzt, da dies für den Versicherten keine Vorteile bringt (lediglich höhere Kosten für die GKV).

Unsystematisch wäre es zudem, in § 27 Abs. 1 Satz 5 HilfsM-RL eine neue und zusätzliche Gruppe der hochgradig und an Taubheit grenzend Schwerhörigen zu definieren. Der GKV-Spitzenverband hat sich im Rahmen der Festbetragsfestsetzungen ausdrücklich gegen die weitere Unterteilung der Versicherten – mit Ausnahme der an Taubheit grenzend Schwerhörigen nach der WHO-4-Definition – entschieden. Auch hier steht offenbar der Wunsch der KBV, die ärztliche Leistung in den Vordergrund zu rücken, ohne dass praktisch ein Mehrwert für die Versicherten daraus resultiert, im Vordergrund.

**4. „Sofern die Erstversorgung mehr als 2 Jahre zurückliegt.“**

In der Regel liegt jede Erstversorgung eines Erwachsenen und der von Kindern und Jugendlichen mehr als zwei Jahre vor einer Folgeversorgung zurück (vgl. § 31 HilfsM-RL – 6 jähriges Regelversorgungsintervall für Erwachsene und 5jähriges Regelversorgungsintervall bei Kindern und Jugendlichen). Die KBV verdeckt hinter diesem „Regelfall“ ihre eigentliche Grundforderung, jedwede Folgeversorgung einer ärztlichen Kontrolle zu unterziehen.

Dass sich das Hörvermögen schleichend, für den Patienten unmerklich verschlechtert, ist korrekt, entspricht aber den normalen medizinischen Gegebenheiten einer Schwerhörigkeit. Einer erneuten ärztlichen Diagnose oder Therapieentscheidung bedarf es daher nach zwei Jahren nicht. Im Umkehrschluss müsste man auch hier argumentieren, dass ansonsten grundsätzlich ein Versorgungsanspruch auch alle zwei Jahre bestehen würde.





Auch an dieser Stelle wird die Rehabilitation mittels eines Hörgerätes mit der ärztlichen Diagnose- und Therapieentscheidung vermischt. Auch hier sei deshalb wieder auf die BSG-Rechtsprechung (vgl. Urt. v. 18.9.1972 – 6 RKa 2/72) hingewiesen, dass

*„die bloße, mehr oder weniger weit entfernte Möglichkeit der Krankheitsgefährdung schon nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit“*

eine medizinische Diagnosenotwendigkeit gerade nicht begründet.

In den Verträgen zwischen den Krankenkassen und der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker nach § 127 Abs. 2 SGB V ist im Einzelnen definiert, unter welchen Voraussetzungen eine vorzeitige Wiederversorgung der Versicherten – ggf. unter Einbindung des MDK – erfolgt.

Die Ausweitung auf eine – quasi durch die Hintertür – generelle Folgeverordnungspflicht widerspricht sowohl den „Tragenden Gründen“ des HilfsM-RL (v. 21.12.2011/15.03.2012) wie auch den Aussagen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

In den „Tragenden Gründen“ des HilfsM-RL heißt es (S. 8):

*„§ 27 sieht in Absatz 1 nunmehr vor, dass die Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgen darf. Dies gilt nicht für Folgeverordnungen. Das SGB V (vgl. § 15) sieht einen solchen ärztlichen Verordnungsvorbehalt für Hilfsmittel nicht vor. Dies wurde in ständiger Rechtsprechung bestätigt. Die pathoätiologische Klärung der Schwerhörigkeit und damit auch die Klärung, ob die Hörbehinderung als Symptom kausaltherapeutisch zu behandeln ist, erfolgt im Rahmen der Erstverordnung. Dass zum Zeitpunkt der Folgeverordnung ein Kausalzusammenhang zwischen der Schwerhörigkeit und einer behandlungsbedürftigen Neuerkrankung vorliegt, ist bei Hörhilfentragern nicht signifikant wahrscheinlicher als bei Hörgesunden.“*

*Die Verträge der Krankenkassen, die bei Folgeversorgungen vereinzelt den Verzicht auf die ohrenärztliche Verordnung vorsehen, enthalten Hinweise, dass der Akustiker bei Auffälligkeiten, die auf einen krankhaften Zustand schließen, der Verweis an eine Fachärztin (...) zu erfolgen hat.*

*Entsprechende Verträge, die bereits seit etwa 2001 existieren, haben nicht zu nachweislichen Problemen bei der Versorgung geführt. Von daher ist die Möglichkeit des Verzichts auf die ohrenärztliche Verordnung bei Folgeversorgungen sachlich und praktisch gerechtfertigt. Im Übrigen hat der Versicherte so die Entscheidungsfreiheit, ob er eine Fachärztin oder einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (...) im Vorfeld der Versorgung konsultiert oder nicht.“*

Der G-BA selbst kam daher bereits 2011 zum Ergebnis, dass es weder ein Folgeverordnungsrecht, noch eine Folgeverordnungspflicht gibt. Es bestände daher ein Wertungswiderspruch, wenn keine zwei Jahre später der G-BA zu einem völlig anderen Ergebnis käme.





Auch das BMG äußerte sich bezüglich der Folgeverordnungspflicht mit Schreiben vom 23. Februar 2012 (Az.: 227-43921):

*„Ein generelles Verordnungserfordernis gilt nach den gesetzlichen Regelungen auch nicht für die Abgabe von Hörgeräten. (...) Dabei sind auch mögliche Grundrechtspositionen Dritter zu berücksichtigen.“*

Das BMG hat damit der Folgeverordnungspflicht eine Absage erteilt. Insbesondere weist es auf die Grundrechte der Betroffenen – sowohl der Patienten, wie auch der Hörakustiker – hin, die bei einer solchen Einführung unverhältnismäßig belastet wären.

#### **5. „Bei neu aufgetretenem Tinnitus“**

Die Tinnitus-Versorgung ist in § 24 HilfsM-RL geregelt. Einer Normierung im Rahmen des § 27 HilfsM-RL bedarf es daher nicht.

Tritt bei einem Versicherten neu ein Tinnitus auf, sind die Hörgeräteakustiker vertraglich verpflichtet, dem Versicherten zum Besuch eines HNO-Arztes zu raten. In § 24 Abs. 1 Satz 2 HilfsM-RL findet sich dafür auch eine bereits ausreichende Regelung:

*„Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Hörstörung ist eine Verordnungsfähigkeit eines kombinierten Tinnitusgerätes/Hörgerätes (Tinnitusinstruments) nur dann möglich, wenn die Hörgeräteversorgung allein zur Minderung der Tinnituswahrnehmung nicht ausreicht.“*

Somit ist bereits klargestellt, dass es einer zusätzlichen Verordnung bedarf, wenn nach der Schwerhörigkeit auch noch ein Tinnitus auftritt. Benötigt der Patient ein Kombi-Gerät, dann bedarf es einer Verordnung. Insofern ist die Ergänzung auch unnötig.

#### **6. „Bei vorliegenden weiteren Behinderungen, z.B. Hör-Seh-Behinderung“**

Dieser Vorschlag ist allein deshalb abzulehnen, da nicht erklärlich ist, weshalb bspw. eine Beinprothese – unstrittig eine weitere Behinderung – die spezielle Hinzuziehung eines HNO-Arztes hervorrufen soll. Diese Regelung ist – ohne sich mit ihr weiter inhaltlich beschäftigen zu müssen – viel zu weitgehend als dass die in der Begründung vorgetragene Gründe greifen.

Lediglich hilfsweise wird hier auf die – nur als Beispiel – formulierte „Hör-Seh-Behinderung“ eingegangen. Versicherte mit einer kombinierten Hör-Seh-Behinderung suchen von sich aus zunächst Fachärzte auf, um die Ursache der Behinderung zu ermitteln. In diesem Zusammenhang werden die Möglichkeiten ermittelt, die Versicherten kausaltherapeutisch oder die Behinderung ausgleichend (u.a. mit einer Hörhilfe) zu behandeln. Die „unterschiedlichsten apparativen Lösungen einer Hörhilfe“ insbesondere im Rahmen der Folgeversorgung auszuloten, ist sodann genuine Aufgabe der Hörgeräteakustiker und rechtfertigt es nicht, einen Arztvorbehalt für die Folgeversorgung zu konstruieren.

Selbstverständlich, und das sei an dieser Stelle noch einmal betont, sind bei spezifischen Erkrankungen die Fachärzte fortlaufend in den Versorgungskontext der Versicherten eingebunden. Aus dieser Tatsache der Versorgungsrealität folgt aber nicht die Kompetenz, einen spezifischen ärztlichen Folgeversorgungsvorbehalt für ein Hilfsmittel zu schaffen.

### **7. „Sofern die Umstellung auf ein anderes Hörhilfemodell mit anderen Eigenschaften erforderlich ist“**

Dass die Hörgerätetechnologie einem „raschen Wandel“ unterliegt, ist grundsätzlich korrekt, wobei dies keine weitere Aussagekraft hat, da die KBV nicht weiter begründet, was sie unter „rasch“ versteht. Es ist die originäre, vertraglich ausführlich geregelte Aufgabe des Hörgeräteakustiker-Meisterbetriebes, den Versicherten adäquat mit einer für ihn individuell passenden Hörhilfe zu versorgen. Die entsprechende Kompetenz zur Ausübung des Hörgeräteakustiker-Handwerks erwerben die Hörgeräteakustiker-Meister und ihre Mitarbeiter in einer viele Jahre dauernden Ausbildung, die sie zur sachgerechten Auswahl und Anpassung des jeweils vom Versicherten benötigten Hörgerätes befähigt.

Die KBV selbst hat einen medizinischen Grund für den Arztvorbehalt nicht einmal mehr vorgetragen.

### **II. Position B (GKV-SV)**

Die Position B des GKV-Spitzenverbandes ist schon allein deshalb unverhältnismäßig, da sich auch diese Position durch die Einfügung des Wortes „insbesondere“ eine letztlich freie und offene und keine abschließende Aufzählung der Regelfälle schafft. Wie bereits oben aufgeführt, entspricht diese unkontrollierbare, generelle Verordnungspflicht-Option nicht dem Willen des BMG und auch nicht dem Willen des Gesetzgebers.

Der GKV-Spitzenverband hat drei konkrete Fallgruppen in seinem Vorschlagsentwurf aufgeführt bei dem er eine ärztliche Verordnung in der Folgeversorgung für notwendig hält. Dabei handelt es sich um die Kinder- und Jugendlichenversorgung, die Versorgung von an Taubheit grenzend Schwerhörigen, bei Tinnitus sowie im Falle von Systemumstellungen.

Um Wiederholungen zu vermeiden, wird auf die Ausführungen verwiesen, die in dieser Stellungnahme zur Position A bezüglich der Kinder- und Jugendlichenversorgung, Tinnitus sowie für die an Taubheit grenzend Schwerhörigen gemacht wurden.

Da aber der GKV-Spitzenverband eine eigene Begründung für diese Position vorgelegt hat, soll dennoch in aller Kürze die Ablehnung dieser beiden Fallgruppen dargestellt werden:

#### **1. „Bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“**

Der GKV-Spitzenverband behauptet, dass sich hinter dem Erfordernis einer Neuversorgung eine komplexe Entwicklungsstörung oder Intelligenzmängel verbergen können, weshalb er eine Verordnungspflicht bei Folgeversorgungen vorschlägt. Es ist darauf hinzuweisen, dass gemäß § 31 HilfsM-RL lediglich alle fünf Jahre eine Wiederversorgung für Kinder- und Jugendliche angedacht ist. Würde also ein Kind bereits als Neugeborenes ein Hörgerät erhalten, würde es den HNO-Arzt maximal an seinem 5., 10. und 15. Lebensjahr zu Gesicht bekommen - vorausgesetzt, die Eltern willigen einer neuen Ver-



sorgung ein. Es scheint vorgeschoben, dass sich Entwicklungsstörungen oder Intelligenzmängel bei solch langen Fristen gegensteuern und verhindern lassen.

Vor allem entspricht dies auch nicht der Grundstruktur der Krankenversicherung wie bereits das BSG (Urt. v. 18.9.1973 – 6 RKA 2/72) feststellte. In § 26 SGB V hat der Gesetzgeber für die Kinderuntersuchung keine Pflicht normiert, sondern lediglich einen Anspruch. Auch aus der „Kinder-Richtlinie“ lässt sich keine Pflicht herleiten. Im Ergebnis sind die Motive des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar, doch ist die HilfsM-RL nicht das richtige Regulativ für eine Pflicht. Die Folgeversorgungsmöglichkeit erst nach fünf Jahren zeigt zudem die Widersprüchlichkeit der Forderung: Denn in der Konsequenz müsste eine jährliche Folgeversorgungsoption ansonsten bestehen.

Aus diesem Grund ist der Vorschlag abzulehnen, da er weder dem Grundbild der Versorgungsfreiheit entspricht, noch dem übrigen System entspricht.

## **2. „bei Vorliegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit gemäß WHO (...)“**

Der GKV-Spitzenverband rechtfertigt eine Verordnungspflicht bei Folgeversorgungen bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen damit, dass stets neu zu überprüfen wäre, ob „eine erneute Therapieentscheidung medizinisch geboten sein kann“.

Wissenschaftlich ist es aber unstrittig, dass eine Wiederherstellung der Innenohrfunktion nicht möglich ist. Es ist derzeit unmöglich, einen Hörverlust, resultierend aus einer nicht intakten oder nur zum Teil intakten Innenohrfunktion, ohne Implantat oder externe Hörhilfen/Hilfsmittel zu kompensieren. Insofern ist eine „erneute Therapieentscheidung“ – insbesondere bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen – nicht möglich, da eine Therapie gar nicht mehr möglich ist. Eine eigenständige Wiederherstellung der Innenohrfunktion ist nicht möglich. Es sind keine medikamentösen Therapien bei einer bestehenden Innenohr-Schwerhörigkeit bekannt.

Im Ergebnis ist folglich eine Therapie nicht möglich; gerade an Taubheit grenzend Schwerhörige benötigen ein Hörgerät. Die einzige Alternative, die es gibt, wäre eine CI-Versorgung. Solange aber eine konservative Versorgung den gewünschten Erfolg erzielt, sollten (kostspielige) operative Versorgungen nur im Einzelfall vorgenommen werden. Die Kompetenz zur Mitwirkung im Rahmen der CI-Versorgung hierzu besitzt der Hörakustiker, ohne dass er aus monetären Gründen zu einer solche Versorgung rät.

## **3. „Bei neu aufgetretenem Tinnitus“**

Der GKV-Spitzenverband hält bei neu auftretendem Tinnitus eine Abklärung durch den HNO-Arzt für notwendig. Dieser Gedankengang erkennt, dass sich der Patient erst nach sechs Jahren (vgl. § 31 HilfsM-RL) um ein neues Hörgerät bemühen wird, das von der GKV bezahlt wird. Die Argumentation würde daher nur dann Sinn ergeben, wenn sich der Patient direkt nach dem Auftreten an den HNO-Arzt zu wenden hat. Hier geht es aber um die Verordnungspflicht bei Folgeversorgungen, also den Versorgungen nach sechs Jahren. Für diesen Zeitraum besteht aber keine Notwendigkeit mehr für eine Verordnungspflicht, da entweder der Tinnitus bereits behandelt wird oder aber vom Patienten seit längerem geduldet wird.

## **4. „Im Fall der Systemumstellung von Luftleitung auf Knochenleitung“**





Vorauszustellen ist, dass es sich bei dieser Fallkonstellation um einen äußerst außergewöhnlichen Versorgungsfall handelt. Bei diesen Fällen handelt es sich in der Regel um langjährige Hörsystemträger bei denen die audiologische Vorgeschichte dem versorgenden Hörgeräteakustiker bekannt oder ersichtlich ist. Ein Hörgeräteakustiker-Meister ist aufgrund seiner Qualifikation in der Lage den Wechsel von Luftleitungs- zu Knochenleitungsversorgungen zu erkennen, zu begründen und durchzuführen.

### III. Position C (hilfsweise GKV-SV)

Grundsätzlich sind die Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes in den „Tragenden Gründen“ zur Auffassung C zu begrüßen. Gerade im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot aus § 12 SGB V fragt es sich, wie diese Formulierungen zu der Position B steht, die zu höheren Ausgaben wegen des Arztzwangs führt.

Allerdings könnte diese Position auch wieder zu Diskussionen führen, ob nicht doch eine Verordnungspflicht besteht. Schließlich orientiert sich der Vorschlag an § 33 Abs. 5a SGB V, der trotz seiner Klarheit nun doch uminterpretiert werden soll.

Um die notwendige Klarheit zu erzielen, schlägt die Bundesinnung vor:

***„Folgeversorgungen und Wiederversorgungen können ohne Verordnung vorgenommen werden.“***

Diese Klarstellung wird von unserer Seite unterstützt, da diese Formulierung sämtliche Interpretationen unterbindet und damit Klarheit schafft.

#### C. Zu § 27 Abs. 1 S. 6 HilfsM-RL

In dem Vorschlag der KBV heißt es:

*„Soweit ein Genehmigungsverzicht seitens der Krankenkassen für Hörhilfen besteht, ist eine ärztliche Verordnung immer notwendig.“*

§ 33 Abs. 5a Satz 2 SGB V überlässt es den Krankenkassen („können“), inwieweit sie eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, wenn sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. Aus dieser „Kann“-Regelung interpretiert die KBV eine „Muss“-Regelung“ heißt es doch in der KBV-Begründung (S. 5 der „Tragenden Gründe“):

*„Verzichtet die Krankenkasse auf eine Genehmigung für die Folgeversorgung mit einer Hörhilfe, muss immer eine fachärztliche Verordnung vorliegen“.*

Diese klare Abweichung entspricht nicht dem Gesetzeswortlaut und auch nicht dem Gesetzeswillen. Denn in der Begründung (BT-Drs. 17/10170, S. 25) heißt es hierzu:

*„Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung wird den Krankenkassen in Satz 2 die Möglichkeit eingeräumt, abweichend von Satz 1 eine vertragsärztliche Verordnung*



*auch dann zu verlangen, wenn nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern die Versorgung genehmigungsfrei erfolgen kann.“*

Ein medizinischer Grund kann der Position der KBV darüber hinaus auch hier nicht entnommen werden.

## 6. Verfristet eingegangene Stellungnahme

*Kräfte bündeln.*

Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik  
Reinoldstraße 7 - 9 · 44135 Dortmund

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Frau Dr. Sandra Carius  
Postfach 12 08 08  
10596 Berlin  
Per E-Mail an [HilfsM-RL@g-ba.de](mailto:HilfsM-RL@g-ba.de)



Ihr Ansprechpartner: Norbert Stein  
Telefon: +49 231 557050-11  
Telefax: +49 231 557050-40  
E-Mail: [info@biv-ot.org](mailto:info@biv-ot.org)  
Unser Zeichen: st/gr  
Datum: 6. Dezember 2013

**Stellungnahmerecht der Organisationen der Leistungserbringer und der Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene gemäß § 92 Absatz 7a SGB V  
hier: Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) – Verordnung und Auswahl von Hörhilfen**

Sehr geehrte Frau Dr. Carius,

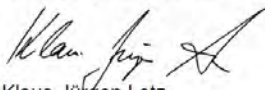
wir bedanken uns, dass Sie uns im Vorfeld der geplanten Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie im Bereich der Verordnung und Auswahl von Hörhilfen Gelegenheit zur Stellungnahme geben.

Auch wenn der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik und seine Mitglieder nicht im Bereich der Hörhilfen tätig sind, sehen wir in der geplanten Änderung und hier insbesondere in der Frage nach der Verordnungspflicht dennoch auch Auswirkungen für unser Gewerk. Wir unterstützen daher die Stellungnahme der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker und hier insbesondere den Vorschlag, dass Folgeversorgungen und Wiederversorgungen ohne Verordnung vorgenommen können werden sollten. Diese Klarstellung wird von unserer Seite unterstützt, da sie sämtliche Interpretationen unterbindet und damit Klarheit schafft.

Für Fragen und weitere Erläuterungen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße

**Bundesinnungsverband  
für Orthopädie-Technik**

  
Klaus-Jürgen Lotz  
Präsident

  
Ass. Norbert Stein  
Geschäftsführer



Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik  
Reinoldstraße 7-9 · 44135 Dortmund  
Postfach 10 06 51 · 44006 Dortmund

Phone +49 231 557050-0 · Fax +49 231 557050-40  
[info@biv-ot.org](mailto:info@biv-ot.org) · [www.biv-ot.org](http://www.biv-ot.org)  
Geschäftsführer: Dipl.-Kfm. Georg Blome · Ass. Norbert Stein  
USt-IdNr. DE124651675 · Steuer-Nr. 314/5702/0216

Dortmunder Volksbank  
Konto 2 501 725 500 · BLZ 441 600 14  
IBAN DE55 4416 0014 2501 7255 00  
BIC GENODEM1DOR



## 7. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung

# Mündliche Anhörung



gemäß 1. Kapitel, § 12 Verfahrensordnung  
des **Gemeinsamen Bundesausschusses**

**hier: Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL): Beschluss-  
entwurf „Verordnung und Auswahl von Hörhilfen“**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin  
am 2. April 2014  
von 10.40 Uhr bis 11.35 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmer der **Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (biha)**:

Frau Frickel

Herr Baschab

Beginn der Anhörung: 10.40 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Herzlich willkommen, Frau Frickel, Herr Baschab, zu unserer mündlichen Anhörung zum Beschlussentwurf „Verordnung und Auswahl von Hörhilfen“. Wir befinden uns heute im mündlichen Anhörungsverfahren im Rahmen eines durchzuführenden Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie. Sie kennen das ja, es hat zum einen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren gegeben, in dem neben Ihnen und Ihrem Verband die Bundesärztekammer noch Stellung genommen hat, dann der Zentralverband der Augenoptiker und der Zentralverband Orthopädie-Schuhtechnik, der seine Stellungnahme zwar verspätet eingereicht hat, aber im Prinzip auf das, was Sie in Ihrer Stellungnahme geschrieben haben – wie es auch die Augenoptiker getan haben – verwiesen hat. Vor diesem Hintergrund, glaube ich, ist es müßig, über die Frage zu diskutieren, wie man mit einer verspäteten Stellungnahme umgeht. Sie ist inhaltlich identisch, und insofern wird sie selbstverständlich auch gewürdigt werden.

Zur heutigen mündlichen Anhörung haben nur Sie die Möglichkeit wahrgenommen, sich noch einmal zu den für Sie relevanten Punkten zu äußern. Ich möchte dazu zwei, drei verfahrensleitende Hinweise geben, bevor wir in die Anhörung inhaltlich einsteigen.

Wir alle haben Ihre sehr umfangreiche, sehr dezidierte Stellungnahme zur Kenntnis genommen, haben uns auch schon in der Arbeitsgruppe im Vorfeld und in Vorbereitung der heutigen mündlichen Anhörung mit dieser Stellungnahme ebenso wie mit den anderen Stellungnahmen befasst. Deshalb meine ganz herzliche Bitte, nicht noch einmal komplett das herunterzudeklinieren, was Sie uns schriftlich schon zur Kenntnis gegeben haben, sondern aus ihrer Sicht Punkte darzustellen, die sich vielleicht seit Abgabe der schriftlichen Stellungnahme noch verändert haben könnten. Das ist nach meiner Wahrnehmung relativ wenig, weil sich an den zugrunde liegenden Sachverhalten und an den unterschiedlichen Beurteilungen seither nichts geändert hat und neue Evidenz aus meiner Sicht weder in die eine noch in die andere Richtung vorliegt.

Zum Zweiten können Sie kurz und knackig vortragen, was Ihr Kernanliegen ist. Neben einer Reihe von technischen Fragen geht es Ihnen, wenn ich das einleitend kurz zusammenfassen darf, zum einen um die Frage der grundsätzlichen Legitimation und davon abgeleitet dann um die Frage: Soll es einen Verordnungsvorbehalt für Ärzte geben, oder soll es bei Folgeverordnungen in welchem Umfang auch immer die Möglichkeit geben, diese Dinge dann im Bereich der Ausübung Ihres Gewerbes einzusetzen? Hier haben Sie sich in einer Vielzahl von Punkten mit den Voraussetzungen auseinandergesetzt, die in dem Vorschlag A wie auch in dem Vorschlag B dargestellt sind. Da wäre mein Anliegen, dass Sie noch einmal ganz kurz die wesentlichen Punkte herausstellen. Schwerpunkt sollte eben sein, den Bänken Gelegenheit zu geben, auch der Patientenvertretung Gelegenheit zu geben, Fragen an Sie zu richten, damit wir eventuell bestehende Unklarheiten noch beseitigen können. Deshalb glaube ich, dass wir es schaffen können, in einer halben Stunde fertig zu sein.

Hinweis: Wir führen Wortprotokoll. Das kennen Sie schon. Deshalb bitte das Mikrofon benutzen, damit der Stenograf auch alles ordnungsgemäß aufnehmen kann, was hier gesagt wird. Diese Bitte richte ich nicht zuletzt auch wegen des Wunsches, den die Patientenvertretung geäußert hat, an die Vertreter der Bänke und die Patientenvertreter.

Dann können wir in die Anhörung einsteigen. Noch einmal herzlich willkommen, Frau Frickel, Herr Baschab. Ich weiß nicht, wer von Ihnen jetzt vortragen wird. Wer macht das? – Herr Baschab, Sie haben das Wort, bitte schön.



**Herr Baschab (biha):** Herr Hecken! Meine Damen! Meine Herren! Vielen Dank, dass wir heute hier sein dürfen. Es ist für uns eine Premiere. Wir wissen um die Besonderheit. Dafür noch einmal unseren herzlichen Dank. Angesichts der Fülle der Tagesordnung möchte ich mich sehr kurz halten und zusammenfassend noch einmal die wesentlichen Eckpunkte aus unserer Sicht vortragen, weil wir, wie Sie gesagt haben, schriftlich ausführlich Stellung genommen haben.

Bei der Erstversorgung der Versicherten mit Hörsystemen ist derzeit immer eine HNO-ärztliche Verordnung notwendig. Dort wird der kausale Zusammenhang zwischen Schwerhörigkeit, Erkrankung, Therapie oder Rehabilitation durch den Hörgeräteakustiker festgestellt. Wir wollen noch einmal herausheben, dass es sich bei einer Hörgeräteversorgung um eine Rehabilitation handelt und eben nicht um eine Therapie. Das hat auch das Bundessozialgericht festgestellt. Ein einmal eingetretener Hörverlust wird mit einem Hörsystem ausgeglichen und nicht geheilt. Eine erneute Diagnose ändert daran nichts. Auch die Fachwissenschaft lässt daran keinen Zweifel, dass eine Schwerhörigkeit grundsätzlich nicht zu heilen ist. Insofern: keine Therapie, sondern Rehabilitation.

Wir haben ein sozialrechtliches Kooperationsverhältnis zwischen den HNO-Ärzten und den Hörgeräteakustikern. HNO-Ärzte diagnostizieren die Schwerhörigkeit, Hörgeräteakustiker rehabilitieren diese. Hörgeräteakustik ist ein Handwerk, ein gefahrgeneigtes, reglementiertes Gesundheitshandwerk, also ein Gesundheitsberuf. Wir sind für all diese Tätigkeiten – das haben wir dargelegt – im Rahmen der Berufsausbildungsverordnung und der Meisterprüfungsverordnung, die letztmals 1998 angepasst wurden, ausgebildet. Hier sehen Sie, das ganze Verfahren hat sich schon seit vielen Jahren – unbeanstandet – bewährt. Gleiches gilt in der Frage der Folgeversorgung ohne eine HNO-ärztliche erneute Diagnose. Wir haben hier gemeinsam mit der GKV über zehnjährige Erfahrungen, bei denen keine nennenswerte Auffälligkeit aufgetreten ist.

In der Frage der privaten Versorgung ist es bisher auch unumstritten, wenn ein Versicherter dies wünscht, dass auch hier eine Versorgung gemeinsam mit dem Schwerhörigen durchgeführt werden kann, ohne eine HNO-ärztliche Untersuchung.

Herausstellen wollen wir auch, dass schwerhörige Menschen in gleichem Maße eine fachärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, wie das Normalhörende tun. Ich bin Brillenträger und habe mir eine Augenentzündung geholt. Ich werde morgen beim Augenarzt vorbeigehen. Da gehe ich auch nicht zum Augenoptiker. Das weiß ich einfach. Bei einer anderen Frage würde ich das wohl nicht tun.

Letztendlich ist es so, dass es einen kausalen Zusammenhang zwischen der Schwerhörigkeit und anderen Krankheiten nicht evidenter gibt als in anderen Bereichen im Zusammenhang mit Normalhörenden. Die müssen nicht öfter oder weniger oft zu einem Facharzt gehen.

Abschließend – Sie sagten es gerade, so viel Neues ist da jetzt auch nicht passiert –: Wir haben zwischen unserer Stellungnahme und jetzt mit nahezu 95 Prozent aller gesetzlichen Krankenversicherungen aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts neue Versorgungsverträge abgeschlossen, insbesondere in dem Bereich der nicht an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit. Hier wurde das, was sich bewährt hat, in vielfältiger Weise übernommen. Das bedeutet die Folgeversorgung ohne eine Verpflichtung für den Versicherten, beim HNO-Arzt nach dem Regelversorgungszeitraum von sechs Jahren noch einmal vorstellig zu werden. Gleiches gilt in vielfältiger Weise auch für die Endabnahme durch den HNO-Arzt. Auch dies hat sich aus unserer Sicht sowohl für die GKV als auch für die Versicherten und das deutsche Gesundheitssystem bewährt.

So weit unser Beitrag zu den wesentlichen Punkten. Vielen Dank.

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, Herr Baschab. – Frage an die Bänke, Frage an die Patientenvertreter: Gibt es Fragen? – Ja, bitte schön, die KBV.

**KBV:** Herr Baschab, ich bin ein bisschen erstaunt, dass Sie Rehabilitation machen. Nach meiner Kenntnis ist ein Hörgerät ein Hilfsmittel, das eine Behinderung ausgleicht. Das ist jetzt aber nicht mein Hauptpunkt.

Ich bitte Sie einfach zur Kenntnis zu nehmen, dass es mittlerweile zwei Publikationen gibt, wo genau das, was Sie eben behauptet haben, widerlegt wird, nämlich dass es eben doch zu Problemen kommt, wenn der Hals-Nasen-Ohren-Arzt in der Hörgeräteversorgung ausgeklammert wird. Es gibt 484 Fälle, die gesammelt wurden und die deziert darstellen, wo genau Patienten zu Schaden gekommen sind, und zwar deswegen, weil die Erstdiagnose, sagen wir einmal, durch eine abnutzungsbedingte Schwerhörigkeit, die natürlich mit einem Hörgerät ausgeglichen werden kann, im Laufe der Zeit durch eine Zweiterkrankung überlagert werden kann. Diese Zweiterkrankung macht möglicherweise nur eine schleichende Hörverschlechterung, die der Patient überhaupt nicht bemerkt, anders als bei dem Beispiel, das Sie nannten, mit Ihrem Auge. Da merken Sie, es tut weh, Sie gehen zum Augenarzt. Bei Schmerzen suchen die Patienten meistens den Arzt auf. Bei einer schleichenden Verschlechterung durch eine Zweiterkrankung ist das für den Patienten nicht möglich. Ich bitte Sie einfach, Ihr Augenmerk auf den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Publikation zu richten.

Das Zweite. Frau Frickel, schön, dass Sie hier sind. Wir waren in Lübeck vor einigen Wochen auf einer Veranstaltung zur Eröffnung des gemeinsamen Hörzentrums. Das ist dort eine sehr schöne Initiative der Stadt, der Universität und auch der Fachhochschule. Dort haben Sie, wenn ich mich richtig erinnere, gerade der partnerschaftlichen Versorgung zwischen Hörgeräteakustikern und Hals-Nasen-Ohren-Ärzten zur Betreuung von Schwerhörigen über den gesamten Zeitraum seiner Schwerhörigkeit, also eigentlich lebenslang, nur Positives abgewinnen können, die letztlich auch eine regelmäßige und in definierten Abständen stattfindende Wiedervorstellung beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt zur Voraussetzung hat. Deswegen wundert mich einfach, dass Sie jetzt hier möglicherweise davon abrücken. Aber vielleicht verstehe ich es auch falsch.

Ein letzter Punkt. Es gibt eine Qualitätssicherungsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, die wir zum Wohle des Patienten, zum Nutzen des Patienten für sehr sinnvoll halten, aber natürlich auch zur Vermeidung von Fehlausgaben. Auch hier gibt es eine Publikation, die zeigt, dass bei 10.000 ausgewerteten Erstfällen – jetzt nicht nach strengsten wissenschaftlichen Kriterien, aber zumindest doch in einem Drittel der Fälle – möglicherweise Probleme aufseiten der Patienten bestehen, zumindest was die Zufriedenheit angeht, nicht was die Qualität der Hörverbesserung angeht, denn dort ist die Hilfsmittel-Richtlinie durchgehend erfüllt worden. Das zeigt aber, wie wichtig es ist, dass sowohl bei der Erst- als auch der Folgeversorgung Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und Hörgeräteakustiker immer paarweise handeln, denn sonst wird diese hochwichtige und sehr sinnvolle Qualitätssicherungsmaßnahme komplett unterlaufen und damit eigentlich sinnlos.

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Gestatten Sie eine Zwischenfrage. Sie sprachen eingangs von zwei wissenschaftlichen Publikationen, die Sie baten zur Kenntnis zu nehmen. Vielleicht können Sie mir in meiner jugendlichen Unbefangenheit helfen und mir erstens sagen, um welche wissenschaftlichen Publikationen es sich handelt, zweitens welcher Evidenzklasse sie zuzuordnen sind und drittens wie die Daten generiert worden sind. Mir ist, muss ich gestehen, eine Publikation bekannt, die auch, glaube ich, Ihren Namen trägt, die darauf beruht, dass in einem anonymisierten Verfahren mit Anschreiben an eine Vielzahl von Ärzten Patientenkarrerien und Problemfälle beschrieben worden sind. Bei dieser Publikation, wenn ich sie denn als wissenschaftlich bezeichne, stellt sich für mich die Frage: Wie ist die Evidenz? Wie ist hier eine Randomisierung erfolgt? Denn Zufallserhebungen, und das Ganze noch auf anonymer Basis, sind für mich unter Zugrundelegung der normalen

Evidenzmaßstäbe relativ schwierig dem Feld der Wissenschaft zuzuordnen. Aber vielleicht können Sie mir da auf die Sprünge helfen, vielleicht gibt es die zweite Publikation, die dann in irgendeiner Form auf der Basis randomisierter Untersuchungen stattgefunden hat. Ich kenne also, wie gesagt, nur eine von Ihnen. Ich finde auch ganz gut, was darin steht, es ist alles ganz hübsch. Die Frage ist nur: Ist das repräsentativ, oder hat man – ohne mich damit befangen zu machen – Rosinenpickerei betrieben? Bestimmte Ergebnisse kann ich natürlich durch eine Fragestellung und die Möglichkeit der anonymen Rückmeldung in einer gewissen Art und Weise beeinflussen, zumal es dann sehr schwer ist, zu untersuchen, wie valide die Daten sind. Ich habe da einfach ein Erkenntnisdefizit. Danach können dann Herr Baschab oder Frau Frickel zu dem anderen, was Sie gesagt haben, Stellung nehmen. Also: Die erste Publikation kenne ich, die habe ich gelesen. Die zweite kenne ich nicht. Was ist das für eine?

**KBV:** Vielen Dank für Ihre Frage. Die zweite bezieht sich auf die Publikation im *Deutschen Ärzteblatt*, das war vor zweieinhalb Wochen. Wenn Sie den Evidenzgrad ansprechen, so kann man sagen, dass das letztlich eine Art Fallsammlung ist, die ersten 10.000 APHAB-Bögen. Ich möchte die beiden Fragen zusammenfassend beantworten. Wir hatten es auch in der AG schon angesprochen. Die Frage kam damals von dem Kollegen vom Spitzenverband der Krankenkassen: Warum ist diese Untersuchung überhaupt gemacht worden? Das greift Ihr Statement wieder auf. Sie sagten, es ist in der bisherigen Geschichte nicht bekannt gewesen, dass es in der Versorgung, so wie Sie es machen, ohne HNO-Arzt, zu Problemen gekommen ist, weder im GKV- noch im privatärztlichen Bereich. Das haben Sie soeben wiederholt. Weil wir einfach aus unserem Alltag wissen, dass Kollegen uns ständig berichten, wie es eben schief läuft, wurden wir vom Spitzenverband gebeten, einfach einmal eine Sammlung durchzuführen, was denn so alles passieren kann.

Wenn man eine randomisierte strukturierte Studie durchführt, in der man letztlich vorher und nachher einen Patienten komplett begleitet, ist das ein sehr großer Aufwand, der – wir haben das einmal durchrechnen lassen – ein Kostenvolumen von ungefähr 1,8 Millionen Euro hat. Das ist etwas, was man weder innerhalb der KBV noch innerhalb des Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte einmal eben so machen kann. Dafür braucht man öffentliche Fördergelder. Wir haben eine Anfrage an das BMWF gestellt. Uns wurde aber erklärt, dass solche Projekte derzeit wissenschaftlich nicht gefördert werden. Das heißt, wir sind darauf angewiesen, einfach eine Querschnitterhebung durch Befragung unserer Mitglieder zu machen. Die hat einen Bias, ganz klar. Nichtsdestoweniger kann man alleine an diesen 484 Fällen ganz klar sehen, dass die Behauptung, es ist nie zu Problemen gekommen, eindeutig widerlegt ist. Es sind 484 Fälle bei etwa 100 HNO-Ärzten, ein paar Kliniken, waren, glaube ich, noch dabei, das ist nicht richtig viel, wir haben über 5.000 Kollegen im Lande. Aber wenn wir wirklich mit 1,6 Millionen Euro alle 5000 HNO-Ärzte befragt hätten, vermute ich einmal, dass die Zahl etwas größer wäre als 484.

Klar kann man sagen: Na gut, da beschwerten sich sowieso die, die gerade eine Wut auf den Hörgeräteakustiker von nebenan haben, oder irgendwie so etwas. Das sind alles Probleme, die den Evidenzgrad dieser Studie möglicherweise beeinträchtigen. Nichtsdestoweniger ist die Kernaussage: Wir haben eine Vielzahl von Fällen, wo es eben nicht richtig gelaufen ist, wo Zweiterkrankungen, die sich durch schleichende Schwerhörigkeit bemerkbar gemacht haben, nicht erkannt wurden, der Patient hat es nicht gemerkt, der Akustiker hat es nicht gemerkt, konnte er auch nicht, weil er als Handwerker nicht in der Lage ist, Diagnosen zu stellen, und dann ist der Patient zu Schaden gekommen, bzw. es wurden Fehl Ausgaben durchgeführt.

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Herr Baschab, bitte zur Beantwortung.



**Herr Baschab (biha):** Ich will mich kurzfassen. Sie betonen das Wort „Handwerker“, so als ob wir Fliesenleger sind. Ich habe es eingangs schon gesagt, wir sind Gesundheitshandwerker. Wir stellen keine Diagnosen, aber wir sind dafür ausgebildet und werden auch dahin geprüft, Kontraindikationen festzustellen.

Was ihre Studie anbelangt – sie liegt uns nicht vor –: Sie sagen, 484 Fälle. Wir haben 1 Million Hörsystemversorgungen im Jahr. Das sind 0,048 Prozent an Auffälligkeiten. Diese Auffälligkeiten werden sicherlich noch einmal unter der Frage beleuchtet werden müssen: Welche Auffälligkeiten sind denn das, die gemeldet wurden? Sind es medizinische Auffälligkeiten, sind es audiologische Auffälligkeiten, sind es handwerkliche Fehler, die bedauerlicherweise möglicherweise gemacht wurden, aber um welche Art von Fällen handelt es sich? Im Rahmen einer solchen Anhörung mit einer nicht evidenten Studie konfrontiert zu werden, nicht wissenschaftlich erhoben – davon gehen wir aus –, halte ich für problematisch. Gleichwohl, selbst wenn diese Zahlen so wären, ist es im untersten Promillebereich, wo etwas passiert. Ich gehe davon aus, dass in der gesamten Medizin im Promillebereich Probleme auftreten, möglicherweise Fehlversorgungen, die bedauerlicherweise da sind, aber auch wenn täglich ein HNO-Arzt auf eine Hörgeräteversorgung draufschaut, nicht zu verhindern gewesen wären, obwohl sie verhindert werden sollten und müssten. Gleichwohl gibt es diese Dinge. Ich will noch einmal sagen, diese Zahl liegt im allerniedrigsten Promillebereich. Ich bitte, genau zu durchleuchten, welche Fälle es sind, wie sie aufgetreten sind und ob sie tatsächlich hätten verhindert werden können.

Die zweite Studie, wenn man sie denn so nennen darf, haben wir im *Deutschen Ärzteblatt* zur Kenntnis genommen. Was sagt denn das aus? Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sagt, dass nach der erstmaligen Abgabe an den Versicherten 70 Prozent der Versicherten nach subjektivem Empfinden zufrieden sind. Damit kann man sich nicht zufriedengeben, aber wir sprechen von einem Rehabilitationsprozess von Monaten und Jahren, in dem, wenn das Hörgerät erstmals abgegeben ist, dann die sogenannte gleitende Anpassung stattfindet. Wir wollen uns mit 70 Prozent Zufriedenheitsrate nicht zufriedengeben, keine Frage. Aber man muss einmal die Frage stellen: Heißt das, dass 30 Prozent fehlerversorgt werden? Nein, 30 Prozent sind nicht so versorgt bzw. sind nicht so zufrieden, wie sie sich das vorgestellt haben. Das bedeutet aber nicht, dass die Unterversorgten schlecht versorgt wurden.

Ich möchte noch die Zusammenarbeit zwischen Hörgeräteakustiker und HNO-Ärzten erwähnen. Diese läuft, wenn man einmal von verkürzten Versorgungswegen usw. absieht, am Markt in der Regel sehr gut ab. Es geht hier auch nicht darum, dem Versicherten etwas zu verbieten. Es geht darum, es optional zu stellen. Insofern wird die gute Zusammenarbeit von uns in keiner Weise infrage gestellt. Ich habe es eingangs gesagt. Aber es geht letztendlich um eine optionale Vereinfachung für den Versicherten im gesamten Ablauf. Ich will nicht auf § 33 Abs. 5a SGB V eingehen, das ist alles so ein juristisches Rauf und Runter. Aber der Gesetzgeber hat erkannt, dass es für das Gesundheitswesen und vor allen Dingen für den Patienten Wege gibt, die ihm durch die Krankenkasse eröffnet werden können, wenn es Sinn macht, die für ihn weniger Aufwand und weniger Bürokratie bedeuten. – Vielen Dank.

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Baschab. – Der GKV-Spitzenverband, bitte.

**GKV-SV:** Meine Fragen ergänzen die Fragen meiner Vorredner, denn einige Fragen überschneiden sich sicherlich.

Die Verträge sehen schon vor, dass bei Auffälligkeiten, die auf Krankheiten hindeuten, an den HNO-Arzt verwiesen wird. Haben Sie – auch wenn es bei Ihnen sicherlich nicht wissenschaftlich erhoben ist – Erfahrungen, wie häufig so etwas vorkommt? Haben Sie Erfahrungen oder Erkenntnisse darüber, in welchen Fällen, also Beispiele für bestimmte Erkrankungen, die dann vom Akustiker erkannt

worden sind? Wird da auch zwischen Erst- und Folgeversorgung differenziert? Denn wir diskutieren im Grunde nur bei der Folgeversorgung darüber, ob eine ärztliche Verordnung erforderlich ist oder nicht.

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Bitte schön, Herr Baschab.

**Herr Baschab (biha):** Eine evidenzbasierte Studie haben wir nicht. In Vorbereitung dieser Sitzung haben wir – wir haben einen relativ hohen Organisationsgrad – Mitglieder befragt, was die Hauptauf-fälligkeiten sind. Ich will nicht darauf eingehen, welche Fehlversorgungen von ärztlicher Seite wir in der Frage von Audiometrien feststellen. Es ist schon so, beim Cerumen, Ohrschmalz, schaut der Hörgeräteakustiker natürlich ins Ohr, und er schaut bis zum Trommelfell. Ich will das kurz erklären. Wenn wir eine Ohrabformung machen, dann setzen wir einen Wattebausch bis kurz vor das Trommelfell, weil dann das Ohr mit einer verhärtenden Masse ausgespritzt wird, damit ein individuelles Ohrpassstück gemacht werden kann. Wenn der Hörgeräteakustiker nicht bis zum Trommelfell schaut und diese Ohrabformung ins Ohr spritzt, bis die Kanüle leer ist, und sich wundert, wieso da so viel ins Ohr hineinpasst, dann spritzt er durch das Trommelfell in den Kopf. Solche Dinge passieren in zehn Jahren vielleicht einmal, das passiert auch HNO-Ärzten. Das passiert leider Gottes. Damit will ich nur sagen, dass der bis zum Trommelfell schauen kann und auch schauen muss. Wenn der das Trommelfell nicht sieht, weil der Gehörgang mit Cerumen voll ist, dann würde er auch nicht anfangen, eine Ohrabformung draufzuschieben. Dann schickt er den Patienten zum Arzt, um das Cerumen, das Ohrschmalz, das bei uns allen normal ist, herausmachen zu lassen. Manche machen es selber. Aber in der Regel wird zum Ohrenarzt geschickt. – Das ist das eine.

Das andere heißt Otitis, glaube ich. Das ist ein entzündliches Ohr. Das kennen vielleicht alle; vor allem wenn man Kinder hat, geht das schneller. Wenn man dann am Ohr zieht, dann fängt der Versicherte schon an zu schreien. Da fängt der Akustiker nicht an, noch eine Ohrabformung zu machen.

Das sind so klassische Fälle, in denen sofort zum Arzt geschickt wird. Dies als Antwort auf die Frage, was die regelmäßigen Fälle sind. Aber Frau Frickel ist die Fachexpertin. Vielleicht können Sie das ergänzen.

**Frau Frickel (biha):** Ich will das gerne ergänzen. Ich denke, das sind Dinge, die wir sicher nicht übersehen können. Es kommt hinzu, dass durch die Anfertigung einer Otoplastik und den ständigen Sitz einer Otoplastik im Ohr das Ohr natürlich schwitzt, das Ohr entsprechend schlechter belüftet wird und wir natürlich darauf hinweisen, dass eine regelmäßige Kontrolle beim HNO-Arzt sinnvoll ist. – Dies zur Zusammenarbeit zwischen Hörgeräteakustikern und HNO-Ärzten.

Wir überprüfen natürlich nicht, ob dieser Patient regelmäßig beim HNO-Arzt war. Zumindest empfehlen wir zwei Kontrollen im Jahr. Gleichzeitig stellen wir Juckreiz fest. Wenn sich gerade durch eine Otoplastik oder durch irgendwelche anderen Einflüsse im Gehörgang entsprechende Schuppenbildung zeigt oder sich das weiter zum Trommelfell hinzieht, dann werden wir sicherlich erst einmal fragen, ob es Allergien oder sonst irgendwelche Möglichkeiten gibt, bevor wir überhaupt einen Abdruck machen. Herr Baschab hat es schon gesagt: Wenn wir eine Verlegung mit Cerumen haben, dann können wir keinen Ohrabdruck machen. Der Hörgeräteakustiker ist heute in der Lage, mit einem Otopskop, mit dem Sie das Trommelfell auf einem Bildschirm abbilden können, zu sehen, wie ein Trommelfell aussieht. Das heißt, Sie sehen auch, ob das Trommelfell eingezogen ist, ob es irgendwelche Rötung oder sonstige Dinge hat. Sie können anhand einer Impedanzmessung erkennen, die der Hörgeräteakustiker im Rahmen einer Tympanometrie auch macht, ob hier ein Erguss vorliegt oder sonst irgendwelche Einflüsse das Trommelfell an der Bewegung behindern. Und wenn gar kein Trommelfell da ist, dann wird sich der Akustiker sehr, sehr vorsichtig heranbewegen, wird fragen, ob es eine Ope-

ration gegeben hat, ob es Operationskavernen gab und ob man hier überhaupt einen Abdruck machen kann. Aber in der Regel geht das mit einer eitrigen Flüssigkeit einher, die sich dann übelriechend im Ohr niedersetzt. Wenn das Ohr trocken ist, ist es gut. Aber auch da würde ich mich rückversichern – das wird auch jeder Akustiker machen –, ob überhaupt eine Versorgung möglich ist.

Die Cholesteatome und die Akustikusneurinome mögen ein schleichender Prozess sein, aber sie werden sicherlich in eine eitrig Entzündung übergehen, sodass man auch hier erkennt, was entsprechend da liegt. Es sind also Horrorszenarien. Wenn es um Pilze geht, also Ohrmykosen, mag es sein, dass man sie nicht so schnell erkennt, aber so etwas juckt, so etwas ist unangenehm. Vielleicht geht man dann zum Hausarzt. Wir können natürlich nicht verhindern, dass man Ohrenschmalz beim Hausarzt entfernen lässt. Aber es bleibt, denke ich, dem verantwortungsbewussten und selbstbewussten Menschen überlassen, wie er das für sich entscheidet.

Zum Schluss möchte ich sagen: Wenn man natürlich beim HNO-Arzt längere Wartezeiten in Kauf nimmt, um einen Überprüfungstermin zu bekommen, ist es übel, wenn man dann, vielleicht weil man Kassenpatient ist, gar nicht mehr drangenommen wird – auch dazu wird aufgerufen –; das ist noch schlimmer. – Vielen Dank.

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Frau Frickel. – Die KBV, bitte.

**KBV:** Herr Baschab, Sie werden sicherlich demnächst Gelegenheit haben, diese Studie aus den *HNO Mitteilungen* zu lesen. Sie haben eben zwei Diagnosen aufgeführt, bei denen es ganz klar sei, dass der Akustiker immer zum HNO-Arzt schicke, Cerumen obturans, also Verstopfen des Gehörgangs durch Ohrenschmalz, und Gehörgangentzündungen wegen der dabei auftretenden Schmerzen. Genau das ist eben in einer Vielzahl von Fällen passiert. Es wurden bei Cerumen obturans Hörgeräte angepasst und eben auch bei nicht schmerzhaften Gehörgangentzündungen. Es gibt durchaus Nebenerkrankungen, die den Patienten die Schmerzen überhaupt nicht empfinden lassen, diabetische Neuropathie sei da nur als Stichwort geliefert.

Frau Frickel, vielen Dank. Ein Akustikusneurinom, wie Sie eben sagten, wird niemals zu irgendeiner Eiterung führen. Genau da ist nämlich das Problem. Ich werfe Ihnen das nicht vor. Sie brauchen das nicht zu wissen. Ein Akustikusneurinom ist ein Tumor, ein gutartiger Tumor am Hörnerv, im inneren Gehörgang, Kleinhirnbrückenwinkel. Die Komplikationen, die dabei auftreten, sind irgendwann eine Hirnstammeinklemmung mit dem Tod des Patienten; von außen nicht zu sehen, das findet dann der Neuropathologie beim Aufsägen des Schädels. Eine Eiterung haben wir da nicht. Genau dies zeigt schlaglichtartig das Problem. Sie machen, wenn Sie Ihr Handwerk verstehen, eine hervorragende Anpassung von Hörgeräten zum bestmöglichen Ausgleich der Behinderung, aber das, was dahintersteht, die Krankheit oder auch die Krankheiten, können Sie nicht erkennen, brauchen Sie nicht zu erkennen. Aber deswegen muss es eben immer durch jemanden abgeklärt werden, der es kann. – Danke.

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Dann gebe ich das Wort an die Patientenvertretung, und dann können Sie antworten.

**PatV:** Vielen Dank, Herr Hecken. – Wir als Patienten erleben natürlich eine gute Versorgung, so wie das hier schon dargestellt wurde, bei den entsprechenden Hörgeräteakustikern bzw. dort, wo der verkürzte Versorgungsweg leider praktiziert wird. Aber die Anhörung, die hier heute stattfindet, bezieht sich nicht nur auf die Fragestellung, die bisher diskutiert wurde. Der GKV-SV hat die richtige Frage gestellt: Wie wird es vonseiten der Hörgeräteakustiker eingeschätzt, wegen Auffälligkeiten den Facharzt aufzusuchen? Wir wissen, dass es jedem Patienten unbenommen ist, den Facharzt aufzusuchen,



wenn er selber Beschwerden merkt oder Hinweise hat. Ich habe vorhin die Zahl über die Hörgeräteversorgung in Deutschland, die Herr Baschab genannt hat, nicht ganz verstanden. Ich glaube, er hatte sie genannt.

(Herr Baschab (biha): 1 Million!)

– Okay. – Aber mich interessiert: Können Sie – die Anhörung hat noch weitere Punkte gehabt – noch einmal kurz Ihre Änderungsvorschläge für § 22 Abs. 1 HilfsM-RL darstellen, die Verknüpfung der beiden Spiegelstriche mit einem „und“ und die Löschung des zweitens Spiegelstrichs?

Eine zweite Frage wäre: Können Sie unter Bezug auf die Änderungsvorschläge zum § 22 Abs. 3 HilfsM-RL erläutern, in welchem Umfang diese beiden Testverfahren OLSA und GÖSA in der Praxis angewendet werden und welche Hemmschwellen des dabei gibt?

Eine dritte Frage: Können sie noch kurz den Einwand zu der Prüfung bei einer Hörverschlechterung von 3 dB(A) erläutern? – Danke.

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Ich würde vorschlagen, dass jetzt zuerst die Fragen der KBV und dann die drei Fragen von der Patientenvertretung beantwortet werden. Bitte schön.

**Herr Baschab (biha):** Vielen Dank. – Ich will nicht zu lang auf dieser Studie herumreiten. Ich kann Ihnen nur noch eines sagen. Es gab im Vorfeld dieser Anhörung und dieser Studie zahlreiche berufspolitische Aufrufe in den *HNO Mitteilungen* zu dem Thema „Erhebung von Auffälligkeiten“; ausdrücklich wurde von Ihnen, Herr Dr. Löhler, und von Herrn Dr. Heinrich aufgerufen: „Wir müssen Fälle für den Gemeinsamen Bundesausschuss haben. Hier geht es um die Folgeversorgung.“ Diese Fälle wurden so erhoben, dass tatsächlich aufgerufen wurde, diese Auffälligkeiten aufzuzeigen. Noch einmal: 480 Fälle, man wird sie sich genau anschauen müssen. Sollte im Einzelfall etwas geschehen sein – ich sage es noch einmal –, ist es zu bedauern. Aber wir wollen jetzt auch nicht anfangen, zu sagen, was alles bei HNO-Ärzten passiert ist. Die Dinge sind letztendlich, wie sie sind. Es bleibt dabei: Der Hörgeräteakustiker ist in der Lage, ist dazu ausgebildet, ist dazu legitimiert, Kontraindikationen festzustellen.

Zu der Frage von der Patientenvertretung, glaube ich, sollten Sie, Frau Frickel, etwas sagen.

**Frau Frickel (biha):** Es ging uns bei der Änderung in § 22 Abs. 2 HilfsM-RL zunächst ausschließlich um die Messanordnung. Wir haben gesagt, wir möchten hier logischerweise gleiche Messtoleranzen. Wenn ich einmal im freien Schallfeld messe, würde ich auch in einem freien Schallfeld mit Hörgeräten messen wollen. Das bedeutet, dass ich nicht auf das bessere Ohr einen Kopfhörer setze und auf der anderen Seite ein normales Hörgerät sitzen habe. Vielmehr ist die Messanordnung heute 90 Grad und bedeutet eigentlich immer, dass wir auf der besser hörenden Seite das Ohr – wie man das im Sprachjargon sagt – vertäuben oder mit einem Störschall belegen und aufgrund dessen dies dann aus einem Lautsprecher vorspielen. Das ist die übliche Anordnung. Das „und“ oder „kann“ oder wie, was Sie jetzt angesprochen haben, ist, dass wir uns ebenso wie der HNO-Berufsverband ausdrücklich dafür aussprechen, dass es weiterhin den Freiburger Sprachtest geben soll, weil er der normierte Sprachtest ist und weil wir ihn alle nutzen, weil wir anhand dieses Sprachtests auch die Diagnose stellen, also den Grad der Schwerhörigkeit, denn daran können wir ablesen, inwieweit eine Sprachverständlichkeit noch vorhanden ist.

Mit dem OLSA und dem GÖSA würden hier zum Teil Äpfel mit Birnen verglichen. Wir sagen nicht, dass wir OLSA und GÖSA nicht wollen, sondern dass wir generell einverstanden sind, wenn man die zusätzlich mitverwerten kann. Sie sind halt beide nicht normiert und deshalb nach wie vor umstritten. Wir sollten, je nachdem, wie die Sprachverständlichkeit beim Patienten vorhanden ist, die Möglichkeit

haben, auf weitere Tests auszuweichen. Zum OLSA muss man sagen, dass relativ schnell ein Trainingseffekt entstehen kann, und das wollen wir ausschließen. Hauptsächlich ging es uns hier um eine Kann- und nicht um eine Mussvorschrift. Es ging um die Anordnung des Störgeräuschs nicht mit einem Kopfhörer, sondern durch einen Lautsprecher.

Was die 2 dB(A) oder 3 dB(A) anbelangt: Wenn wir ein Tonaudiogramm erstellen oder einen Hörverlust messen, um den Grad der Schwerhörigkeit festzustellen, anhand dessen auch der HNO-Arzt feststellt, wie hochgradig, mittelgradig oder leichtgradig eine Schwerhörigkeit ist, messen wir normalerweise in 5-Dezibel-Schritten. So wird es zumindest eingetragen. Uns ist es in diesem Fall eigentlich egal. Wenn Sie 3-Dezibel-Schritte wollen, messen wir auch in 3-Dezibel-Schritten. Sinnvoll ist es nach unserer Ansicht aber nicht. Ich denke, das können die Krankenkassen entscheiden. Hier sind wir offen, wie Sie das gerne haben wollen. 5-Dezibel-Schritte wären für uns normal.

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Beantwortet das die Fragen der Patientenvertretung, oder haben Sie noch Nachfragen? – Danke schön. Dann haben wir den GKV-Spitzenverband, bitte.

**GKV-SV:** Ich möchte ganz kurz Stellung nehmen zur Zufriedenheit nach Versorgung. Da waren von der KBV 75 Prozent von zufriedenen Versicherten genannt, die mit Hörgerät versorgt wurden. Das ist eine Aussage, die sicherlich so stimmt. Da hat der Hörgeräteakustiker seine Anpassung durchgeführt, es hat hoffentlich auch der Hals-Nasen-Ohren-Arzt auf Muster 15 auf der Rückseite bestätigt, dass es sich um eine vernünftige und zweckmäßige Versorgung handelt. Das Ziel bei der Hörgeräteversorgung ist das Gleichziehen mit dem Gesunden nach dem unmittelbaren Behinderungsausgleich. Dass eine Hörgeräteversorgung, so gut sie sie auch sein mag, ein Gleichziehen mit dem Gesunden aber niemals erreicht, ist Ausdruck dieser 30 Prozent, die übrig bleiben. – Das dazu.

Mir wäre das Thema wichtig, das eben zur Sprache kam, nämlich die Schwelle. Es steht in der Diskussion, ob eine Hörverschlechterung bestimmten Ausmaßes eine Verordnung verpflichtend werden lassen soll. Es gibt schon bislang bei der Hörgeräteversorgung gerade bei hochgradiger Schwerhörigkeit die Verpflichtung für den Akustiker, dem Hörgerät eine Verstärkungsreserve in dem Sinne beizumessen, dass das Hörgerät mehr Verstärkungsleistung erbringen muss, als man vom Hörgerät zu dem Zeitpunkt und dem Grad der Schwerhörigkeit, der in diesem Moment besteht, eigentlich verlangen würde. Die Idee dabei ist natürlich: Wenn sich eine Schwerhörigkeit verschlechtert, dass das Hilfsmittel weiter angepasst und genutzt werden kann. Mich würde Ihre Erfahrung und Ihre Sicht der Dinge interessieren, dass in den sechs Jahren der Regelgebrauchszeit bei einer Hörverschlechterung um diese 10 dB(A) bei einem Besuch des Versicherten beim Akustiker automatisch eine Neu Anpassung und eine Anpassung an die Schwerhörigkeit stattfindet, und das schon seit Jahren. Kam es da bisher zu Problemen?

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Wer möchte beantworten? – Frau Frickel.

**Frau Frickel (biha):** Ich würde das sehr gerne beantworten. Natürlich sind wir verpflichtet, grundsätzlich eine 10-Dezibel-Reserve bei jedem Hörsystem vorzusehen. Das ist eigentlich nicht nur heute, sondern das hatten wir seit Jahr und Tag. Es steht auch in den Vereinbarungen. Das ist auch nicht mehr als recht. Ich knüpfe noch einmal an diese 70 Prozent an. Ich glaube, man muss unterscheiden. Wenn ich zum Zeitpunkt der Hörgeräteversorgung messe, dann habe ich ein Ergebnis. Herr Baschab hat vorhin erwähnt, dass wir in einem gleitenden Prozess sind. Sie sprachen eine Hochtonschwerhörigkeit an. Ich kann demjenigen, der diesen Verlust hat, alles so einstellen, dass er mich hundertprozentig versteht. Dann garantiere ich Ihnen, dass er dieses Hörsystem nicht aufsetzen wird, weil er sagt: Das klingt schrill, ich kann es gar nicht ertragen. Sie können es sich so vorstellen: Wenn Sie im

Radio die Höhen herausdrehen, hören Sie alles ganz dumpf. Die Hauptsprachverständlichkeit liegt nun einmal in dem Bereich zwischen 500 Hz und 6.000 Hz, dort haben Sie die ganzen Vokale, Konsonanten und Formanten. Sie können nichts verstehen. Wenn ich abrupt in einen solchen Prozess hineingehe, dann mache ich das, wenn er beim HNO-Arzt vorstellig wird, um dort eben 100 Prozent zu verstehen. Gut tut es dem Patienten, dem Versicherten, in diesem Fall nicht. Das heißt, ich werde ihn mit Sicherheit dann zurücknehmen und werde in einem gleitenden Prozess – das ist die gleitende Feinanpassung – das Hörgerät sukzessive je nach Gewöhnung – er hat eine Hörentwöhnung, die es mit sich bringt, dass er schlechter versteht –, je nachdem, wie er es akzeptiert, in den Höhen anheben, um ihn in der Erwartungshaltung, 100 Prozent zu verstehen, zu unterstützen. Das kann ich mit Sicherheit nicht bei jedem sofort. Deshalb kann ich auch nicht sagen, dass er sofort 100 Prozent versteht und vielleicht auch noch nicht hundertprozentig zufrieden ist. Aber diese Erwartungshaltung wird abgefragt und wird grundsätzlich auch beim Hörgeräteakustiker überprüft.

Ich darf noch sagen: Der Hörgeräteakustiker wird sowohl bei jeder Reparatur als auch bei jeder generellen Kontrolle mindestens einmal jährlich das Audiogramm überprüfen, einfach um im Sinne der Feinanpassung zu sehen: Ist hier eine Nachsorge, eine Nacheinstellung notwendig, muss ich hier irgendetwas verändern, um es an den entsprechenden Hörverlust anzupassen?

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Der GKV-Spitzenverband hat noch eine Nachfrage dazu. Ich gehe davon aus, dass er die Frage noch einmal stellen wird, wie es mit der eingebauten Verschlechterungsreserve ist. Sie haben jetzt die Optimierung erklärt, sie haben gesagt, bis ich den Faktor x habe, kann ich den Patienten idealiter nicht sofort auf den Faktor x einstellen, weil das dann schrill klingt und alles fürchterlich ist. Ich justiere nach, bis er peu à peu eine Compliance hat. Seine Frage ging weiter. Er hatte die Aussage in den Raum gestellt, dass man hier im Prinzip eine Reserve einbaut, also mehr Leistungsvermögen, dass ich bei weitergehender Verschlechterung des Hörvermögens – ich drücke es einfach juristisch und nicht fachtechnisch aus, weil ich mich mit Hörgeräten noch nicht so intensiv beschäftigt habe – noch einmal am Rädchen drehe und die Wirkung stärker wird oder die Kiste eben pfeift, wie bei meinem Vater, der aber ohrenärztliche Hilfe und Akustikerhilfe in Anspruch genommen hat und bei dem das Pfeifen trotzdem immer noch da ist. Insofern sehen Sie mich hier völlig neutral und nicht einer Seite zugeneigt. Aber dies nur als persönliche Bemerkung am Rande. – Nachfrage, der GKV-Spitzenverband.

**GKV-SV:** Ich stimme vollkommen mit Ihnen überein, dass in dem Moment, in dem der APHAB-Bogen ausgefüllt wird, die gleitende Anpassung gegebenenfalls noch nicht beendet ist, sodass das Endziel der Versorgung, der Endgrad der Zufriedenheit und des Sprachverstehens, noch gar nicht erreicht ist. Trotzdem ist die Zufriedenheit eine Frage der Erwartung. Herr Baschab hat es vorhin gesagt. Eine Erwartung kann so sein, dass man sie nicht erfüllen kann. – Das dazu.

Ich komme zu einem anderen Thema. Auch Herr Hecken hat schon darauf hingewiesen. Mir ging es um die Regelung, dass bisher schon die Verstärkungsreserve von 10 dB(A) einbezogen und verpflichtend ist. Ich stelle mir das so vor: Wenn es innerhalb der Regelgebrauchszeit, der sechs Jahre, zu einer Verschlechterung kommt, führt der Hörgeräteakustiker auch bisher – unkritisiert, so habe jedenfalls ich es empfunden – eine Nachanpassung und eine Nachstellung des Gerätes bis zu 10 dB(A) durch. Es wäre jetzt eine Frage audiologisch-akustischer Art. Es sind 3 dB(A) oder 5 dB(A) als Schwelle für die Nachvollziehbarkeit einer signifikanten Hörverschlechterung im Gespräch. Ich frage mich, wie diese beiden Dinge zusammenpassen und ob aus hörakustischer, audiologischer Sicht eine Verschlechterung oder Veränderung des Tonaudiogramms um 3 dB(A) bis 5 dB(A) im Abstand von sechs Jahren, gegebenenfalls auf einem anderen Audiometer durch einen anderen Akusti-



ker durchgeführt, von Ihnen als eine relevante oder überhaupt beweisbare Verschlechterung des Hörvermögens anzuerkennen ist.

**Frau Frickel (biha):** Entschuldigung, dass ich das nicht direkt beantwortet habe. Zur 10-Dezibel-Reserve. Stellen Sie sich vor, aus zwei Lautsprechern kommen jeweils 60 dB(A). Dann haben Sie nicht eine Verdoppelung der Lautstärke, sondern wie bekannt nur eine Erhöhung um 3 dB(A). Das heißt, 10 dB(A) sind ziemlich viel. Ich denke, Sie spielen auf eine vorzeitige Wiederversorgung an. Wann tritt eine Hörverschlechterung ein? Wann habe ich eine solche Verschlechterung, dass ich damit nicht mehr klarkomme? Bei einer Altersschwerhörigkeit werden Sie mit sechs Jahren sicherlich auskommen. Einer plötzlichen Verschlechterung – da sind die HNO-Ärzte sicherlich mitgefragt – liegt meistens ein Hörsturz oder sonstige Dinge zugrunde, und es kann sein, dass die Reserve für diese Schwerhörigkeit nicht mehr ausreicht. Bis es entsprechend medizinisch behandelt ist, kann es zu einem Taubheitsgefühl im Ohr oder zu einer ganz großen Hörverschlechterung kommen. Bei einem Zeitraum von sechs Jahren und einer Reserve von 10 dB(A) haben Sie eigentlich genügend getan, um damit auszukommen. – Wenn ich ihre Frage damit beantwortet habe. Was möchten Sie noch wissen?

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Nein, die Frage ist nicht beantwortet. Der GKV-SV.

**GKV-SV:** Meine Frage ist die: Ich kann es mir nicht erklären, dass schon bisher 10 dB(A) Reserve in der Versorgung eingeplant sind und in der Praxis aufgrund einer Veränderung im Rahmen der 10-Dezibel-Marge das Aufsuchen eines HNO-Arztes bislang nicht vorgesehen war, es sei denn, optional freiwillig – das ist sowieso unbenommen –, wie Sie dazu stehen, dass eine Veränderung von 3 dB(A) bis 5 dB(A) zu einem entsprechenden Verordnungsvorbehalt führen soll. – Das ist das eine.

Auch eine andere Frage haben Sie mir leider auch nicht beantwortet.

(Frau Frickel (biha): Tut mir leid!)

Wie ist es aus audiologischer und hörakustischer Sicht zu werten, wenn nach sechs Jahren ein Hörtest gemacht wird und sich über den gesamten Frequenzbereich der Töne eine Veränderung von 3 dB(A) bis 5 dB(A) in Ihrem Audiogramm zeigen sollte? Das ist gegebenenfalls von einem anderen Akustiker durchgeführt worden, das war vor sechs Jahren eine Messung vormittags, jetzt nachmittags, Sie wissen, dass die Hörleistung konzentrationsmäßig schwankt. Meine Frage ist also, ob eine Veränderung von 3 dB(A) bis 5 dB(A) innerhalb eines Zeitraums von sechs Jahren und bei leicht anderen Untersuchungsbedingungen für Sie eine relevante und signifikante Hörverschlechterung darstellt.

**Frau Frickel (biha):** Das würde ich mit Nein beantworten. Aber dann habe ich noch nicht das Sprachaudiogramm dazu. Es kann in diesem Rahmen natürlich zu einer Verschlechterung der Diskrimination, also der Sprachverständlichkeit, gekommen sein. Ansonsten ein ganz klares Nein.

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Der GKV-Spitzenverband.

**GKV-SV:** Herr Baschab, ich habe eine Nachfrage zu Ihren Ausführungen eingangs. Sie hatten mitgeteilt, dass Sie mit Blick auf diese Anhörung Ihre Mitglieder befragt haben. Haben Sie da differenziert, ob es sich um Erstversorgung oder Folgeversorgung handelte, als Sie gefragt haben, bei welchen krankhaften Auffälligkeiten an den Arzt verwiesen worden ist, wenn ja, mit welchem Ergebnis, ist ein differenziertes Ergebnis herausgekommen? Sollten Sie die Befragung nicht so differenziert durchgeführt haben, sondern nur auf Folgeversorgung bezogen haben, habe ich die Nachfrage: Haben Sie

Erkenntnisse darüber, wie hoch der Anteil an Erstversorgungen im Verhältnis zu Folgeversorgungen ist?

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Herr Baschab.

**Herr Baschab (biha):** Zu Ihrer ersten Frage. Wir haben nicht differenziert, ob es sich bei Auffälligkeiten um Erst- oder Folgeversorgung handelt. Wir haben auch nicht nur auf Folgeversorgung abgezielt, sondern generell auf Auffälligkeiten, die da sind, unabhängig davon, ob ein HNO-Arzt vorher in ein Ohr geschaut hat oder nicht, denn selbst wenn er ins Ohr geschaut hat, können trotzdem Auffälligkeiten entstehen.

Insofern ist es eine völlig unwissenschaftliche, subjektive vorbereitende Frage gewesen, um selber einmal ein Gefühl dafür zu bekommen, was da ist. Bisher hatten wir noch keinen Anlass, dies zu tun. Wir werden es aber nachholen. Auch werden wir dafür keine Fördermittel benötigen.

Die zweite Frage zielte auf das Verhältnis zwischen Erstversorgungen und Folgeversorgungen genereller Art ab? – Das Verhältnis stellt sich wohl 70 : 30 bis 60 : 40 dar, der Versorgung, die der Hörgeräteakustiker durchführt. Es ist nicht evidenzbasiert. Wir haben dies auch vor dem Hintergrund gefragt, dass einige Hörgeräteakustiker keine Verordnungen mehr vom HNO-Arzt sehen, weil der Patient sich im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges selbst versorgt. Dabei stellte sich heraus, dass von den Gesamtversorgungen 30 bis 40 Prozent Folgeversorgungen und zwischen 60 und 70 Prozent Erstversorgungen sind. Das mag sich im Jahr 2014 etwas zu den Erstversorgungen hin verschieben, weil aufgrund der höheren Erstattungen, mehr Technologien et cetera, sich Versicherte im – so erwarten wir es – niedrigen zweistelligen Bereich für eine Hörsystemversorgung entscheiden, die es vorher nicht getan hätten. Aber das ist, wie gesagt, nur eine Gefühlslage und grobe Schätzung für die ersten drei Monate.

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Beantwortet das Ihre Frage? – Die KBV, bitte.

**KBV:** Eine Bemerkung noch zu Ihnen, Frau Frickel, ich fand es sehr schön, zumindest habe ich es so verstanden, dass Sie sagten, einmal im Jahr macht der Akustiker eine Audiogrammkontrolle, und dass Sie selbst es durchaus für erforderlich halten, dass spätestens alle zwei Jahre der Hals-Nasen-Ohren-Arzt gucken sollte. Das finde ich gut.

Zum GKV-SV und seinem Verständnis.

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Entschuldigung, wenn ich dazwischengehe. Das würde die hohen Anhörungsparteien sicherlich erfreuen, aber wir sollten interne Diskussionen zwischen den Bänken zu der Bewertung bestimmter Sachverhalte nicht in Anwesenheit der Anzuhörenden austragen. Ich weise nur der guten Ordnung halber darauf hin. Denn ich habe es relativ ungerne, wenn man sich dann dahinten zurücklehnen kann. Ich mache auch Arzneimittel, und bei Ihnen habe ich damit gar kein Problem, aber wenn da hinten Novartis sitzt und mitbekommt, wie wir uns gegenseitig widersprechen, dann ist das nicht possierlich. Ich wollte nur darauf hinweisen. – Die KBV, bitte.

**KBV:** Ich möchte nur für das Verständnis klarstellen: Der APHAB bewertet nicht die Zufriedenheit des Patienten, sondern den Nutzen einer Hörgeräteversorgung. Das heißt, es werden 24 Fragen gestellt, vor und nach einer Hörgeräteversorgung, der Patient ist im Supermarkt: Welche Probleme hat er da vorher und nachher, gibt es da eine Verbesserung, ja oder nein? Das heißt, das ist der Nutzen, keine Zufriedenheit im eigentlichen Sinne. Dies wollte ich nur präzisieren.

**Herr Hecken (Vorsitzender):** Das war neutral. Diese Präzisierung durften die Eingeladenen auch hören. – Gibt es weitere Fragen? – Das ist erkennbar nicht der Fall. Dann bedanke ich mich, Frau Fricke und Herr Baschab für die Beantwortung der Fragen.

(Herr Baschab (biha): Vielen Dank!)

Wir werden auf der Basis dieses mündlichen Stellungnahmeverfahrens eine Entscheidung zu treffen haben. Danke, dass Sie da waren. Einen schönen Tag noch.

Schluss der Anhörung: 11.35 Uhr