



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. Verkennung 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-Ziffer 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