



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Neufassung der Richtlinien über die
Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung
(Hilfsmittel-Richtlinien)

Berlin, 23.09.2010

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 26.08.2010 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinien) aufgefordert. Die Richtlinien sollen einer formalen und inhaltlichen Überarbeitung unterzogen werden.

Unter formalen Aspekten soll ein Beschluss des G-BA vom Dezember 2006 zur Sicherstellung der sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern umgesetzt werden. Verbunden mit der Nichtbeanstandung des Beschlusses des G-BA vom 16. Oktober 2008 über die Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinien (redaktionelle und inhaltliche Überarbeitung / Anpassung Sehhilfen) hatte außerdem das BMG im Rahmen seiner Rechtsaufsicht nach § 94 Abs. 1 Satz 4 SGB V dem G-BA mit Schreiben vom 16. Dezember 2008 eine Reihe von Auflagen und Hinweise erteilt, die jetzt umgesetzt werden sollen.

Inhaltlich hat sich der G-BA mit einer Neufassung des Kapitels C. „Hörhilfen“ der Hilfsmittel-Richtlinien befasst. Das Ziel soll eine Anpassung an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik sowie an die Versorgungspraxis sein.

Die Bundesärztekammer nimmt zu den Richtlinienänderungen wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer möchte auf folgende Änderungsvorhaben in den Hilfsmittel-Richtlinien eingehen:

Zu § 6 Allgemeine Verordnungsgrundsätze, Abs. 6:

Zwischen mehreren gleichermaßen geeigneten und wirtschaftlichen Hilfsmitteln haben die Versicherten die Wahl. Wünschen der Versicherten soll bei der Verordnung und Auswahl der Hilfsmittel entsprochen werden, soweit sie angemessen sind. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

Wie aus den tragenden Gründen ersichtlich wird, wurde diese Passage auf Anregung des BMG unter Hinweis auf § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V eingefügt. Aus dieser Bestimmung geht hervor, dass Versicherte, die ein solches Hilfsmittel wählen, das über das Maß des Notwendigen hinausgeht, die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen haben. Damit regelt diese Vorschrift gerade nicht die Wahl zwischen mehreren gleichermaßen geeigneten und wirtschaftlichen Hilfsmitteln, sondern die Möglichkeit des Patienten, sich für eine hochwertigere Versorgungsvariante zu entscheiden, was zur Folge hat, dass er die hieraus resultierenden Kosten selbst trägt. Soweit jedoch darüber hinaus nach § 6 Abs. 6 Satz 1 eine Wahlmöglichkeit hinsichtlich mehrerer gleichermaßen geeigneter und wirtschaftlicher Hilfsmittel fixiert wird, bedeutet dies für den Arzt einen erheblichen Beratungs- und Diskussionsaufwand, der zu einer erheblichen Mehrbelastung führen dürfte.

Zu § 19 Versorgungsziele, Abs. 3:

Position A: Zielsetzung der Versorgung mit einer Übertragungsanlage ist es, im Rahmen der Frühförderung die Sprachanbahnung hörbehinderter, hörhilfenversorgter bzw. CI-versorgter Kinder zu fördern oder deren Schulbesuch im Rahmen der Schulpflicht zu gewährleisten.

Position B: Zielsetzung der Versorgung mit einer Übertragungs-Anlage ist es, im Rahmen der Frühförderung die Sprachanbahnung hörbehinderter, hörhilfenversorgter bzw. CI-versorgter Kinder, den Schulbesuch und die Teilhabe an der üblichen Lebensgestaltung von Kindern und Jugendlichen sowie die Beseitigung oder Milderung der auditiven Kommunikationsbehinderung hochgradig schwerhöriger Versicherter bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen zu gewährleisten.

In § 19 Abs. 3 wird die Zielsetzung der Versorgung mit einer Übertragungsanlage geregelt. Die dissidenten Beschlussvorschläge unterscheiden sich dabei in ihrer Reichweite erheblich voneinander. Während nach Position A die Zielsetzung der Versorgung mit einer Übertragungsanlage darin besteht, im Rahmen der Frühförderung die Sprachanbahnung hörbehinderter, hörhilfenversorgter Kinder zu fördern und deren Schulbesuch im Rahmen der Schulpflicht zu gewährleisten, geht die Position B darüber hinaus, indem sie in die Zielsetzung auch die Teilhabe an der üblichen Lebensgestaltung von Kindern und Jugendlichen sowie die Beseitigung oder Milderung der auditiven Kommunikationsbehinderung hochgradig schwerhöriger Versicherten (d. h. auch Erwachsener) bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen erstreckt. Position A rekurriert hierbei auf eine BSG-Entscheidung (Urteil vom 03.11.1999, Az.: B 3 KR 3/99), die jedoch im Hinblick auf die Reichweite des Anspruchs auf eine Versorgung mit Übertragungsanlagen nicht verallgemeinerungsfähig erscheint, denn in dem diesen Urteil zugrundeliegenden Fall ging es um eine lediglich ergänzende Versorgung mit einer Übertragungsanlage neben anderen Hilfsmitteln, aufgrund deren bereits Grundbedürfnisse befriedigt wurden.

Der Grund für die Kontroversen über die Reichweite der Zielsetzung der Versorgung mit einer Übertragungsanlage besteht in der divergierenden Zuständigkeit von Leistungsträgern je nach Grund des Versorgungsbedarfs. Während die Krankenversicherung lediglich die Grundbedürfnisse der Patienten abdeckt, sind weitergehende Bedürfnisse wie beispielsweise berufs- oder ausbildungsbedingte von anderen Kostenträgern (z. B. Rentenversicherung, Rehabilitationsträger etc.) zu kompensieren. Entscheidend ist daher, wie weit die Grundbedürfnisse der Patienten reichen. Diese Grundbedürfnisse haben nicht nur Kinder im Hinblick auf die Sprachanbahnung und den Schulbesuch, sondern auch Erwachsene mit einer hochgradigen Schwerhörigkeit, soweit ihnen aufgrund dieser auch nicht mit Hilfe anderer Versorgungsvarianten die Teilnahme an der allgemeinen Kommunikation möglich ist. Die Möglichkeit der alltäglichen Kommunikation ist den Grundbedürfnissen der Patienten zuzuordnen und ist nicht abhängig vom Alter oder vom Ausbildungsstand. Vor diesem Hintergrund erscheint die Position A, die die letztere Gruppe ausschließt, zu rigide. Stattdessen ist die Variante B, die auch die Beseitigung oder Milderung der auditiven Kommunikationsbehinderung hochgradig schwerhöriger Versicherter im Rahmen ihrer Grundbedürfnisse einbezieht, als rechtskonform anzusehen und daher zu bevorzugen.

Zu § 19 Versorgungsziele, Abs. 4:

(nur als Position B): Als hochgradig schwerhörig gelten Personen, deren Einsilbenverstehen auf dem besseren Ohr 60 % oder weniger im Sprachaudiogramm bei 65 dB im Freiburger-Einsilbentest beträgt.

Diese Definition ist überarbeitungsbedürftig. So ist es durchaus möglich, einen 100%igen Hörverlust im Einsilbenverstehen komplett auszugleichen; dies hängt ab von der Hörkurve und dem sog. dB-opt., dem Punkt des maximalen Einsilbenverstehens.

Eine alternative Definition könnte wie folgt lauten:

Weniger als 50% Hörvermögen beim dB-opt. oder weniger als 50% Hörvermögen im Einsilbenverstehen trotz optimal angepasster Hörhilfe ohne Vorliegen einer zentralen Schwerhörigkeit (z. B. durch Demenz).

Hinzu kommt die Möglichkeit einer sog. Hochton-CI-Versorgung, bei der nur die Basis der Hörschnecke gereizt wird. Dieses bietet eine Möglichkeit der Rehabilitation von Patienten mit sog. Steilabfällen auf über 90 dB im Hochtonbereich, die durch konventionelle (Power-) Hörgeräte wegen des zu geringen Schalldruckpegels oft nicht befriedigend versorgt werden können.

Zu § 21 Beidohrige Hörgeräteversorgung, Abs. 1:

Voraussetzung für eine beidohrige Hörgeräteversorgung ist, dass

- der тонаudiometrische Hörverlust auf dem besseren Ohr mindestens 30 dB in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 4000 Hz beträgt, und*
- sprachaudiometrisch die Verstehensquote auf dem besseren Ohr mit Kopfhörern (DIN ISO 8253-1) im Freiburger Einsilbertest bei 65 dB nicht mehr als 80% oder*
- im von Wallenberg-Kollmeier (WaKo)-Reimtest bei 45 dB nicht mehr als 80% beträgt.*

Die Ausdehnung der Prüffrequenzen von bisher 3.000 Hz auf 4.000 Hz (1. Spiegelstrich) ist als Verbesserung für die Patienten zu begrüßen.

Die Aufnahme eines Testverfahrens wie dem Wallenberg-Kollmeier (WaKo)-Reimtest in die GKV-Regelversorgung sollte zuvor hinreichend evaluiert worden sein. Dies kann für den genannten Test jedoch nicht als gegeben angesehen werden. Dies gilt auch für den an anderer Stelle in der Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinien vorgesehenen „Oldenburger Satztest (OLSA)“ bzw. „Oldenburger Kindersatztest (OLKISA)“ sowie den „Göttinger Satztest (GöSa)“. Bisher hat sich nicht erweisen lassen, dass einer der neueren vorgeschlagenen Sprachtests überzeugende Vorteile gegenüber dem in der Praxis nahezu ausschließlich verwendeten Freiburger Sprachtest hätte. Der Freiburger Sprachtest stellt eine langjährig bewährte und dabei in vielen Studien evaluierte und validierte Methode zur Messung des deutschen Sprachverständnisses dar. Neben der bisherigen Verwendung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Hörgeräteverordnung ist er auch Bestandteil der gesetzlichen Unfallversicherung zur Beurteilung einer Lärmschwerhörigkeit nach BK 2.301. Der Test erlaubt einen effizienten Einsatz in jeder HNO-Praxis und genießt dementsprechend eine hohe Akzeptanz im Versorgungsalltag. Im Gegensatz zu den anderen für die Richtlinie vorgeschlagenen Untersuchungen ist der Freiburger Sprachtest nach DIN 45621-1 standardisiert.

Zu § 21 Beidohrige Hörgeräteversorgung, Abs. 2:

Bei der Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses mit dem Freiburger Einsilbertest im freien Schallfeld (DIN ISO 8253-2) 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. Soweit ohne Hörgeräte ein Punkt maximalen Einsilberverstehens noch zu registrieren ist, soll diesem bei 65 dB möglichst nahe gekommen werden.

Dies bedeutet eine Versorgungsverschlechterung für die Patienten - bisher reichte eine Verbesserung des Richtungshörens oder eine Verbesserung von mindestens 10% gegenüber einer einohrigen Versorgung aus.

Zu § 21 Beidohrige Hörgeräteversorgung, Abs. 3 und 4:

(3) Bei der Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses im Freifeld (DIN ISO 8253-2) mit dem Oldenburger Satztest (OLSA; nach Ausschaltung des 15 Trainingseffektes) oder dem Göttinger Satztest (GÖSA) soll im sprachsimulierenden Störschall 45 dB die beidohrig ohne Hörhilfen ermittelte Sprachverständlichkeitsschwelle (SVS) in derselben räumlichen Situation um > 2 dB gemindert werden.

(4) 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). 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 erreicht wird..

Die genannten Tests sind mangels ausreichender Evaluation (siehe Kommentar zu Absatz 1) und mangels Anwendung in den Praxen niedergelassener Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde nicht zweckmäßig als Bestandteil dieser Richtlinien.

Zu § 22 Einohrige Hörgeräteversorgung, Abs. 1:

Voraussetzung für eine einohrige Hörgeräteversorgung ist, dass der tonaudiometrische Hörverlust am schlechteren Ohr mindestens 30 dB bei 2000 Hz oder mindestens zwei Prüffrequenzen zwischen 500 und 4000 Hz beträgt.

Die Ausdehnung der Prüffrequenzen von bisher 3.000 Hz auf 4.000 Hz ist als Verbesserung für die Patienten zu begrüßen (siehe Kommentar zu § 21 Abs. 1).

Zu § 22 Einohrige Hörgeräteversorgung, Abs. 2:

Zum Nachweis des Nutzens der Hörgeräteversorgung auf dem schlechteren Ohr wird mit dem OLSA (nach Ausschluss von Trainingseffekten) oder dem GÖSA zunächst hörhilfenunversorgt die 50% Sprachverständlichkeitsschwelle im sprachsimulierenden Störschall bestimmt (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 1,5 ($\geq 1,5$) dB erzielt wird.

Nicht ausreichend evaluierte Tests, siehe die Kommentare zu § 21.

Zu § 22 Einohrige Hörgeräteversorgung, Abs. 3:

Alternativ kann zum Nachweis des Nutzens der Hörgeräteversorgung auf dem schlechteren Ohr das Richtungshören unversorgt und versorgt verglichen wer-

den. Dabei muss eine verbesserte Richtungs-Identifikation nachgewiesen werden.

Eine standardisierte Messung des Richtungshörens ist in der Praxis aus methodischen Gründen nicht bzw. nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand durchführbar. Die Fähigkeit zum Richtungshören wird anamnestisch erhoben. Absatz 3 wäre somit zu streichen.

Zu § 25 Übertragungsanlagen, Abs. 1:

Übertragungsanlagen sind zusätzlich zu einer erfolgten Hörhilfenversorgung oder Cochlea Implant (CI)-Versorgung ordnungsfähig
- in der Sprachanbahnung bei der institutionellen oder häuslichen Schwerhörigenfrühförderung,
- 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.

zusätzliche Spiegelstriche „Position B“:

- für Kinder und Jugendliche bis zum Ende der Ausbildung und*
- für Versicherte mit hochgradiger Schwerhörigkeit.*

Zum konkreten Anspruch auf Übertragungsanlagen gilt entsprechend der Situation nach § 19 Abs. 3, dass auch hier lediglich in der Variante B Versicherte mit hochgradiger Schwerhörigkeit berücksichtigt werden. Da sich die Versorgung mit Übertragungsanlagen für diese Gruppe als Erfüllung eines Grundbedürfnisses darstellen kann, ist die Einbeziehung dieses zweiten Spiegelstrichs in den Kreis der Anspruchsberechtigten zutreffend.

Demgegenüber ist hinsichtlich des ersten Spiegelstrichs in Beschlussvorschlag B zu differenzieren, da die Grundbedürfnisse im Zusammenhang mit der Ausbildung auf die Erfüllung der gesetzlichen Schulpflicht beschränkt sind; der Besuch weiterführender Schulen oder ein Studium bzw. eine betriebliche Berufsausbildung fallen nicht unter die Grundbedürfnisse im Sinne der BSG-Rechtsprechung, so dass diese Position in „für Kinder und Jugendliche bis zum Ende der gesetzlichen Schulpflicht“ abzuändern wäre.

Zu § 27 Verordnung, Abs. 1:

Positionen B und C (Position A nur hilfsweise, ansonsten für Wegfall dieses Satzes):

Die Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus.

Zusätzlicher Text Position C:

Dies gilt auch für die Wiederverordnung einer Hörhilfe.

Zusätzlicher Text Position A (nur hilfsweise):

Auf eine vertragsärztliche Verordnung kann verzichtet werden bei Verlust oder irreparabilem Defekt des bisher getragenen Gerätes, ferner, wenn es seit dem Vorversorgungszeitpunkt zu keiner oder allenfalls zu einer geringgradigen Verschlechterung der tonaudiometrischen Hörschwelle (< 15 dB pantonal) und einem entsprechenden Diskriminationsverlust gekommen ist und mit den neuen Hörgeräten mindestens die gleiche Diskrimination erreicht wird.

Während die Positionen B und C auch hinsichtlich der Folgeversorgung eine Verordnung voraussetzen und sich lediglich darin unterscheiden, dass die Position C dies in Absatz 1 explizit aufführt (was im Sinne einer Klarstellung zu begrüßen ist) und es die Position B lediglich voraussetzt, beschränkt die Position A den Verordnungsvorbehalt auf die Erstversorgung. Dass im Zusammenhang mit einer Folgeversorgung keine ärztliche Verordnung mehr erforderlich sei, wird für Position A mit der feststehenden Kausalität zwischen Hörbehinderung und Krankheit begründet. Die Bedeutung der Verordnung geht jedoch über die Feststellung dieser Kausalität hinaus. Vielmehr enthält die Verordnung die Indikationsstellung für die konkret benötigte Hörhilfe. Die Indikationsstellung ist wiederum Gegenstand der Heilkunde, die ausschließlich Ärzten vorbehalten ist. Hilfsmittelerbringer, wie Hörgeräteakustiker, sind zur Ausübung von Heilkunde und damit zur Indikationsstellung nicht berechtigt. Vor diesem Hintergrund ist die Position A zu § 27 wegen des berufsrechtlichen Verstoßes gegen den Arztvorbehalt der Heilkundeausübung abzulehnen.

Zu § 27 Verordnung, Abs. 3 Satz 2:

Bei Versicherten, die die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, erfolgt die sprachaudiometrische Untersuchung mit dem WaKo oder einem für die jeweilige Muttersprache validierten geschlossenen Sprachtest mit vorgegebenen Antwort-Alternativen.

Die Festlegung auf den WaKo ist aus bereits genannten Gründen (insbesondere der nicht hinreichenden Evaluation) abzulehnen.

Zu § 28 Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen, Abs. 1:

Die Verordnung von Hörgeräten für Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) darf nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder für Phoniatrie und Pädaudiologie durchgeführt werden, die die Möglichkeit haben, anhand des alterskorrelierten Kindersprachtestmaterials die Notwendigkeit und Art der benötigten Hörhilfe(n) selbst zu bestimmen und den Erfolg zu überprüfen.

Im Einzelfall kann es sinnvoll und erforderlich sein, derartige Kindersprachtests anzuwenden, regelhaft sind sie jedoch nicht notwendig. Die Regelung bedeutet damit eine unnötige Einschränkung.

Zu § 28 Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen, Abs. 2:

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 der Impedanzmessung oder der Elektrischen Reaktionsaudiometrie (ERA) gesichert werden. 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. Die Hörgeräteversorgung bei Säuglingen und Kleinstkindern soll möglichst in einer klinisch-pädaudiologischen Einrichtung durchgeführt werden.

Nicht ausreichend evaluierte Tests, siehe die vorangegangenen Kommentare.

Zu § 28 Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen, Abs. 3:

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. Eine Hörgeräteversorgung ist auch dann zu erproben und ggf. vorzunehmen, wenn keine oder nur geringe Hörreste feststellbar sind.

Folgesatz Position A:

Bei einer Hörgeräteversorgung bis zur Vollendung der Schulpflicht ist regelmäßig eine Gerätetechnik mit Audio-Eingang zu wählen.

Folgesatz Position B:

Bei einer Hörgeräteversorgung im Kindes- und Jugendlichenalter bis zum Abschluss einer Ausbildung ist regelmäßig eine Gerätetechnik mit Audio-Eingang zu wählen.

Wie bereits zu § 25 Abs. 1 ausgeführt, fallen der Besuch weiterführender Schulen oder ein Studium bzw. ein betriebliche Berufsausbildung nicht unter die Grundbedürfnisse im Sinne der BSG-Rechtsprechung, insofern ist die Beschränkung auf die Erfüllung der gesetzlichen Schulpflicht (Position A) regelungskonform innerhalb der GKV.

Zu § 29 Versorgungsvarianten, Abs. 1:

Position A

Die Standardversorgung ist die Versorgung mit Luftleitungshörgeräten, die als HdO und IO-Geräte oder Taschengeräte angeboten werden. Die adäquate Hörgerätetechnik ist gemäß der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall und im Rahmen der Grundbedürfnisse angemessen zu verordnen. (...)

Position B

Die Standardversorgung ist die Versorgung mit volldigitalen, mehrkanaligen Luftleitungshörgeräten, die als HdO und IO-Geräte oder Taschengeräte angeboten werden. Die adäquate Hörgerätetechnik ist gemäß der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall und nach dem Stand der Hörgerätetechnik zu verordnen. Das Maß der notwendigen Versorgung umfasst im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgläuschen. (...) Bei hochgradiger Schwerhörigkeit ist regelmäßig eine Gerätetechnik mit Audio-Eingang zu wählen. (...)

Schwerhörige Patienten können in der Regel bestimmte Frequenzen (oft die höheren) besonders schlecht hören. In schwierigen Hörsituationen (Störschall, Hall), die bei normalem Hörvermögen durch die Filterleistung des Gehirns aufgelöst werden, führen diese fehlenden Informationen zu einer besonderen Erschwernis des Hörens; schwerhörige Patienten ohne entsprechendes Hörgerät meiden daher z. B. Veranstaltungen mit hohem Störschall. Volldigitale, mehrkanalige Hörgeräte, wie sie in Position B beschrieben werden, bieten den Vorteil, dass eine genauere Anpassung an den Hörverlust erfolgen kann als bei einfacheren Hörgeräten. In Kombination mit der entsprechenden Software gelingt es mit einem volldigitalen, mehrkanaligen Hörgerät besser, schwerhörige Patienten in schwierigen Hörsituationen zu

unterstützen. Auch vor dem Hintergrund der bereits erfolgten Kommentierung von § 19 Abs. 3 wäre somit Position B zu bevorzugen.

Zu § 30 Auswahl des Hörgerätes und Abnahme:

(1) Die Hörgeräteversorgung setzt eine sorgfältige vergleichende Hörhilfentestung voraus und ist bzgl. des Sprachverständnisergebnisses zu dokumentieren.

(2) Hat der Hörgeräte-Akustiker oder die Hörgeräte-Akustikerin aufgrund einer ärztlichen Verordnung ein Hörgerät angepasst, muss sich der verordnende HNO-Arzt oder die verordnende HNO-Ärztin durch sprachaudiometrische Untersuchung vergewissern, dass

- die vom Hörgeräte-Akustiker oder der Hörgeräte-Akustikerin vorgeschlagene Hörhilfe den angestrebten Verstehensgewinn nach § 19 erbringt und*
- die selbst erhobenen Messwerte mit denen des Hörgeräte-Akustikers oder der Hörgeräte-Akustikerin übereinstimmen.*

Für die Abnahme von Hörgeräten sollte die Anwendung des in den USA entwickelten APHAB-(Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit)Fragebogens als ein breit evaluiertes, effizientes Instrument in Erwägung gezogen werden, der auch für den deutschen Sprachraum zur Verfügung steht:

<http://www.memphis.edu/ausp/harl/downloads/APHABfiles/GERMAN.pdf>.

Der APHAB-Fragebogen berücksichtigt auch die im Zusammenhang mit § 29 angesprochene Problematik unterschiedlicher Hörsituationen, indem das Hören in ruhiger Umgebung, im Störschall, im Hall und im Lärm gemessen wird.

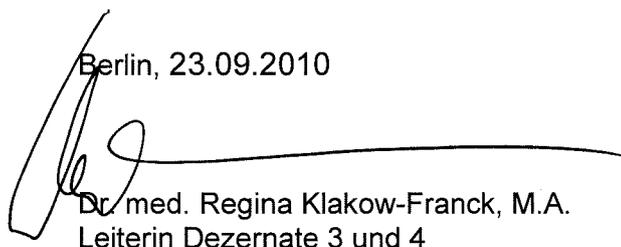
Fazit

Der vorgelegte Entwurf der Hilfsmittelrichtlinien ist an mehreren Stellen noch überarbeitungsbedürftig. Dies betrifft etwa die geplante Einführung diverser neuer Hörtests, die für eine verbindliche und flächendeckende Einführung bisher keine ausreichende Evaluation erfahren haben. Diese und weitere methodische Neuerungen in den Richtlinien wirken noch nicht ausreichend abgestimmt mit Blick auf die Versorgungspraxis.

Abzulehnen im Richtlinienentwurf ist darüber hinaus insbesondere eine Versorgungsoption schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten ohne ärztliche Indikationsstellung.

Abschließend sei angemerkt, dass sich nach Kenntnis der Bundesärztekammer eine neue AWMF-Leitlinie „Hörgeräteversorgung“ in der Entwicklung befindet. Nach Verabschiedung des jetzt vorgelegten Richtlinienentwurfs durch den G-BA wird sich daher absehbar erneut Anpassungsbedarf an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik ergeben.

Berlin, 23.09.2010



Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.
Leiterin Dezernat 3 und 4