

Recht und billig ?

- eine Bewertung der Festbeträge für Hörgeräte aus audioterapeutischer Sicht -

Nun ist also endlich passiert, was in langwierigen Gerichtsverfahren vom Bundesverfassungsgericht (BVG) erst höchstrichterlich verordnet werden musste: die längst fällige (jährliche) Überprüfung der Festbeträge für Hörhilfsmittel! In seinem Urteil vom 17.12.2002 (Az: 1 BVL 28/95, 29/95, 30/95) stellte das BVG nämlich u.a. fest, dass über regelmäßige Überprüfungen die Festbeträge dem veränderten Marktgeschehen anzupassen sind (Randziffer 115), weil nur dadurch letztlich bewirkt werden könne, dass die Versorgung Betroffener mit ausreichenden, zweckmäßigen und in der Qualität gesicherten Hilfsmitteln als 'Sachleistung' gewährleistet ist (Randziffer 147).

Während Hörgeräte vor 1988 frei verkäuflich waren und deren Kosten von den Krankenkassen grundsätzlich voll übernommen wurden, erfolgte mit der ersten Stufe der so genannten ‚Gesundheitsreform‘ ab 1989 ein Wechsel in der Bewilligung der Hörhilfen über Festbeträge. Das Hörgerät wurde im Wege dieser einschneidenden Strukturreform einseitig zum Hilfsmittel erklärt und mit eher willkürlichen denn fachkompetenten Kriterien versehen. Diese erlauben dem Gesetz- bzw. Verordnungsgeber eine Klassifizierung der Hörhilfen unterschiedlichen Profils in Festbetragsgruppen. Die so eingeordneten Hörhilfen wurden von den zuständigen Gremien dann noch einmal mit regional unterschiedlichen Festbeträgen belegt.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 sowie dem Neuordnungsgesetz zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-NOGs) von 1997 erfolgten weitere Einschnitte zulasten betroffener Hörgeschädigter mit der Konsequenz, dass die ursprünglich 9 Festbetragsgruppen sich letztlich auf 3 Gruppen reduzierten. Die Festbeträge wurden sogar noch einmal abgesenkt und Betroffene dürfen die neuerdings obligatorische ‚Aufzahlung‘ von 10 € pro Hörgerät leisten.

Von den bereits erwähnten höchstrichterlichen Vorgaben unberührt setzten im Dezember 2004 die Spitzenverbände der Krankenkassen schließlich eine gemittelte bundeseinheitliche Pauschale von 421,28 € für ein – bzw. zweikanalige Hörgeräte fest. Bei der Versorgung beider Ohren gibt es von diesem Pauschalbetrag einem Abschlag von 20 % für die zweite Hörhilfe. Unwesentlich höhere Festbeträge gibt es nur noch für weniger gebräuchliche so genannte ‚Knochenleitungshörbügel‘ und kombinierte Tinnitus-/Hörgeräte, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll.

Die Festbeträge wurden im Dezember 2005 der nunmehr gebotenen jährlichen Überprüfung unterzogen mit dem Ergebnis, dass die im Jahre 2004 festgesetzten Pauschalsätze weiterhin für ausreichend erachtet wurden! Dabei hat sich in der vorangegangenen Anhörung beim Bundesminister für Gesundheit (BMG) weder den Vertretern der Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker (BIHA) noch den Abgesandten des Deutschen Schwerhörigenbundes (DSB) erschlossen, auf welche Daten sich die Überprüfung überhaupt gründet.

Dennoch stellten die Krankenkassen-Spitzenverbände in ihrer offiziellen Presseerklärung vom 16.12.2005 geradezu triumphierend fest, „...dass in fünf Bereichen die qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln zum Festbetrag wirtschaftlich möglich ist“, sich insoweit „...Festbeträge (...) auch im Bereich der Hilfsmittel als ein geeignetes Instrument zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven erwiesen (hätten)“.

Da frage ich mich als Betroffener und Audiotherapeut, mit langjähriger schwerhöriger Erfahrung, auch in der Beratungspraxis, was läuft hier eigentlich? Steht etwa die von den Kostenträgern gerne hervorgehobene Wirtschaftlichkeit letztlich über dem vom BVG bestätigten Sachleistungsgebot der ausreichenden, zweckmäßigen und qualitativ hochwertigen, zuzahlungsfreien Hörgeräte-Versorgung?

Gewiss mag es in der Versorgung leichter und mittelschwerer Hörschäden Fälle geben, in denen Hörhilfen mit überdimensionierten ‚Luxus‘ befrachtet sind und eine Kostenbegrenzung zur Entlastung der Versicherten-Gemeinschaft über Festbeträge durchaus gerechtfertigt ist. Doch kann dies noch lange kein ernsthaftes Argumenten dafür sein, sämtliche Hörschäden auf den kleinsten gemeinsamen (Kosten-) Nenner zu reduzieren!

Denn unter Fachleuten ist eigentlich unbestritten, dass jeder Hörschaden individuell ist und insoweit auch individuell mit Hörhilfen versorgt werden muss. Zum Festbetrag von 421,28 € lässt sich dies allenfalls eingeschränkt realisieren, wie die leidige Versorgungspraxis immer wieder zeigt. In den Genuss der rechtlich verbrieften ausreichenden, zweckmäßigen und qualitativ hochwertigen Hörgeräte-Versorgung kommen nämlich längst nicht alle GKV-Versicherten. Dies belegte bereits eindrucksvoll die ‚Stiftung Warentest‘ in ihrer groß angelegten Marktanalyse zu den Hörhilfen im Januar 2000. Zu ähnlichen Einsichten gelangte der Heil- und Hilfsmittel-Report der Gmünder Ersatzkassen (GEK) vom Juli 2004, der auch nach der Rechtsprechung des BVG ausdrücklich von einer Unterversorgung bei der Verordnung von Hörgeräten für Schwerhörige spricht und empfiehlt, die Festbeträge an den Grad der Schwerhörigkeit anzupassen.

Wie sind nun die eher einseitig verordneten Festbeträge im Verhältnis zum Rechtsanspruch der ausreichenden, zweckmäßigen und qualitativ hochwertigen Versorgung mit der Sachleistung Hörhilfsmittel zu bewerten? Wie verhält es sich mit der im Sozialgesetzbuch (SGB) IX verbrieften Teilhabe betroffener Hörbehinderter am gesellschaftlichen Leben?

Zunächst einmal ist festzustellen, dass die bereits erwähnte Festbetragsgruppen-Regelung für Hörhilfen unter den Positionsnummern 13.20.01 – 13.20.03 ein- bzw. zweikanalige Im-Ohr (IO-) und Hinter-dem-Ohr (HdO)-Hörgeräte als festbetragsfähigen Standard festlegt. Wobei bei den einkanaligen Geräten hohe und tiefe Töne in einem Kanal analog über die elektrische, Batterie betriebene Steuerung des Mikrofons verstärkt werden, während beim 2-Kanal-Gerät hohe und tiefe Töne über jeweils getrennt Kanäle laufen. Dieser Standard bezieht sich in der Regel auf analoge, analog-digital programmierbare und einfache digitale Hörgeräte mit der Zusatzkomponente einer automatischen Lautstärkenbegrenzung (AGC = Automatic Gain Control).

Die Funktionsweise dieser Hörgeräte ist im Regelfall darauf ausgelegt, den aufgetretenen Hörverlust eines Betroffenen linear, also in der Bandbreite des menschlichen Hörspektrums zwischen 125 und 8.000 Hertz zu verstärken. Diese Geräte sind bei einer reinen Schallleitungsstörung, ein durchaus probates therapeutisches Hilfsmittel bei leichten bis mittel gradigen Hörschäden. Hiermit lassen sich nämlich die meist durch Fehlbildungen bzw. Fehlfunktionen des äußeren oder des Mittelohres hervorgerufenen Durchleitungsstörungen der akustischen Schallereignisse relativ problemlos ausgleichen und somit auch versorgen. Mit dieser Hörhilfe wird das vorher eher als leise und gedämpft empfundene Hören je nach Hörverlust in seiner Lautstärke ‚auf ganzer Linie‘ zwischen den Frequenzen von ca. 500 bis ca. 6.000 Hertz um bis zu 50 Dezibel (dB) angehoben und in unvermeidlichen Schallspitzen durch die bereits erwähnte AGC in ihrer Lautstärke begrenzt. Damit soll verhindert werden, dass das verbliebene Restgehör nicht zusätzlich geschädigt wird.

Weitaus schwieriger und komplexer ist die akustische Versorgung von Schallempfindungsstörungen, also Schädigungen des Innenohres, einschließlich der Haarsinneszellen oder der nachgehenden Hörnervenbahnen. Noch komplizierter ist die Kompensation von kombinierten Störungen der Schalleitung **und** der Schallempfindung Betroffener. Sämtliche dieser die Hörfunktion wesentlich beeinträchtigenden und meist irreparablen Hörstörungen treten im Allgemeinen durch Überreizung in permanenten Lärmsituationen, durch Durchblutungsstörungen im Innenohr oder im Halswirbelbereich auf. Sie können ferner als Folge von Infektionskrankheiten oder durch toxische Nachwirkungen von Medikamenten oder Umweltgiften ausgelöst werden.

In diesen Versorgungsfällen reicht eine ‚einfache‘ lineare Schallverstärkung nicht aus oder wirkt sie gar verschlimmernd, weil bei den ungleichmäßigen Hörverlusten in einzelnen Frequenzen sehr schnell die Unbehaglichkeitsgrenze des Hörens erreicht werden kann. Wie überhaupt Menschen mit Schallempfindungsstörungen nicht selten auch lärmempfindlich sind, insbesondere, wenn der (Diskriminations-) Bereich zwischen Hörschwelle und Unbehaglichkeitsschwelle gering ist. Konkret gemeint ist hier die Spanne zwischen dem, was ein betroffener Hörgeschädigter (gerade) noch hört und den (verstärkten) Schallereignissen, die im Ohr anfangen unangenehm zu werden oder gar weh zu tun.

Die bekanntesten Schallempfindungs- bzw. Innenohrstörungen sind die so genannte Alters- und Lärmschwerhörigkeit mit unterschiedlich steilen Abfällen im Hochtonbereich ab 1.500 Hertz sowie die bekannte Hochtonsenke, dem auffälligem Einschnitt der Hörkurve bei 4.000 Hertz, meist hervorgerufen durch Knalltraumata oder ständigem Dauerlärm einfluss im Metall verarbeitenden Gewerbe oder in Diskotheken. Ferner rechnen dazu die Tieftonschwerhörigkeit sowie asymmetrische Hörverluste. Diese Hörschäden sind insofern gravierend, weil derartige Hörstörungen sehr häufig das Spektrum des Sprachverstehens der so genannten ‚Sprachbanane‘ berühren, also den Bereich zwischen ca. 25 dB und ca. 60 dB in der Frequenzbreite von ca. 500 bis ca. 6.000 Hertz.

Anders, als bei den Schalleitungsstörungen, verläuft die Resthörkurve bei Schallempfindungs- bzw. kombinierten Hörverlusten in den seltensten Fällen linear, sondern sind die Höreindrücke des Betroffenen in den einzelnen Frequenzen recht unterschiedlich. Demnach geht es hier also weniger um eine Modulation von Laut und leise, als vielmehr um eine so genannte ‚Fehlhörigkeit‘, weil eben nicht mehr alle Schalleindrücke, die für das akustische Verstehen von gesagten Informationen notwendig sind, durchgängig zur Verfügung stehen. Eine lineare Verstärkung des Schalls reicht zur Kompensation dieser Hörschäden allein nicht mehr aus.

Nach den leidvollen Erfahrungen vieler Betroffener lassen sich sämtliche dieser schwereren Hörstörungen mit den so genannten ‚Festbetrags-Hörgeräten‘ im Sinne einer ausreichenden, zweckmäßigen und in der Qualität gesicherten Versorgung jedoch nur schwer oder gar nicht ausgleichen. Dies gilt im Besonderen bei zur Taubheit tendierenden Hörverlusten; entgegen verschiedentlich anders lautender Werbung, kann hier nämlich selbst das beste Hörgerät bis heute kein (gesundes) natürliches Hören ersetzen.

Denn analoge Hörgeräte Geräte können leider nicht sauber zwischen Nutzschaall (z.B. Sprache) und Störgeräuschen unterscheiden. Die analog-mechanische Schallverstärkung lässt sich nämlich nur begrenzt modulieren und verstärkt bzw. unterdrückt so Sprache und unliebsame Nebengeräusche gleichermaßen.

Hingegen verfügen die neuen Hörgeräte mit digitaler Signalverarbeitung über mehrere programmierbare Kanäle, Frequenzbänder und Kompressionen, sodass der am Mikrophon eintreffende Schall je nach Bedarf verstärkt, abgeschwächt oder ganz unterdrückt werden kann. Konkret bedeutet dies, dass mehrere Mikrofonsignale über digitale Steuerungselemente in viele Teilbereiche unterteilt, gleichzeitig analysiert und mehrdimensional bearbeitet werden können. Im Ergebnis bewirkt diese hohe Schalldifferenzierung ein besseres Richtungshören, ein besseres, weil genaueres Sprachverstehen sowie die Reduzierung des lästigen Rückkopplungspfeifens zugunsten einer Optimierung von Lautstärkereserven.

Wie diese kommunikationstechnischen Mechanismen im Einzelnen wirken und warum eine differenzierte Hörgerätetechnik für schwerhörige Menschen so bedeutsam ist, hat der Chefarzt der Baumrainklinik in Bad Berleburg, Herr Dr. Zeh, in seinem Beitrag „Barrieren – durch Technik überwindbar?“ im DSB-Report 1/2006 (Seite. 14 ff.) bereits ausführlich und eindrucksvoll dargelegt.

Anknüpfend an diese grundlegenden Erkenntnisse ist aus audiotherapeutischer Sicht unbedingt zu fordern, dass Hörschäden grundsätzlich nicht nur individuell versorgt werden müssen, sondern vor allem ausdifferenzierter Hörhilfen bedürfen. Denn nur so lässt sich das so wichtige Verstehen von Sprache in geräuschvoller Umgebung entscheidend regulieren und das verordnete Hörgerät nutzbringend anwenden. Eine Reduzierung der Hörgeräte-Versorgung auf billige Gerätestandards, die noch nicht einmal elementare Bedienungselemente zur Rauschunterdrückung oder zum Richtungshören beinhalten, ist daher weder angemessen noch akzeptabel! Diese ‚Standards‘ entsprechen zudem nicht dem aktuellen Stand der Hörgerätetechnik, da analoge Hörgeräte kaum mehr gefertigt und angeboten werden.

Festbetragsgeräte mögen wirtschaftlich sein, sie sind in Bezug auf die gebotene differenzierte Versorgung von Hörschäden jedoch weder ausreichend noch zweckmäßig, weil sie in vielen Fällen nachweislich eben nicht geeignet sind, den eingetretenen Hörverlust auch nur annähernd zu kompensieren; von der ebenfalls verfassungsgerichtlich bestätigten qualitativ hochwertigen Hörgeräte-Versorgung ganz zu schweigen. So ist die unreflektierte einseitige Festlegung der Kostenträger auf einen Gerätestandard für alle Hörschäden, wie sie in der aktuellen Festbetragsgruppenregelung dokumentiert ist, bereits im Ansatz falsch und letztlich auch kontraproduktiv!

Denn selbst bei einer optimalen Hörgeräte-Versorgung ist die Gewöhnung des Patienten an das (neue) Hören und Verstehen schwierig genug, auch bei langjährigen Hörgeräteträgern. Der Hörgeschädigte muss sich nämlich physisch und psychisch erst einmal mit seiner neuen Hörhilfe vertraut machen und arrangieren. Neue Höreindrücke müssen verarbeitet und fremde, verloren gegangene Hörerinnerungen reaktiviert werden. Der Betroffene muss sein privates und berufliches Umfeld akustisch neu ausrichten. Hierbei müssen neben medizinischen und technischen Indikatoren sowie apparativen Notwendigkeiten auch subjektive, menschliche Aspekte berücksichtigt werden. Letzteres ist insofern wichtig, da die vorgegebene Verordnungspraxis im Allgemeinen auf vermeintlich objektive Messverfahren beruht, die nicht selten schon lange gebräuchlich und überprüfungswürdig sind. So sind zum Beispiel die obligatorischen Freiburger bzw. Oldenburger Sprachtests bei betroffenen Migranten äußerst kritisch zu sehen. Im Vergleich mit den heutigen technischen Möglichkeiten der digitalen Visualisierung von Hörmessdaten ist eine Festlegung auf alte, standardisierte Sprachaudiogramme geradezu ein Qualitätsmangel im Quantensprung!

Die aufgezeigte persönliche Dimension führt nämlich in der Versorgungspraxis zu dem Phänomen, dass die Computer gestützten Anpassungsprogramme bei akustischen Messungen selten mit dem subjektiven Hörempfinden testender Hörgeräteträger übereinstimmen. Dadurch zieht sich die Gewöhnung an die neue Hörhilfe oftmals unnötig in die Länge. Dabei erscheint bereits die gebotene Nachsorge bei einem Festbetrag von 421,28 € kostenmäßig äußerst knapp bemessen und ist sie zwangsläufig kaum in gebührender Notwendigkeit zu leisten, am wenigsten wohl durch wirtschaftlich orientierte Akustiker.

In dieser Konsequenz ist der potenzielle Hörgeräteträger doppelt benachteiligt; zum einen durch den per Festbetrag auferlegten geringwertigen Gerätestandard und zum anderen durch eine unzureichende Nachsorge bei der Hörgeräte-Versorgung. Ein Ausweg aus diesem Dilemma ist unter den derzeitig vorherrschenden Rahmenbedingungen nur eine Zuzahlung Betroffener zu ihren Hörhilfen, was gleichsam die dritte hörbehinderungsbedingte Benachteiligung bedeutet, weil nämlich die wenigsten Hörgeschädigten hierzu finanziell in der Lage sind. Denn viele Lebensläufe Betroffener sind gezeichnet durch Arbeitslosigkeit und Hartz IV, weil deren schwierige Kommunikationssituation die Eingliederung Hörgeschädigter in den Arbeitsprozess doch erheblich erschwert, noch dazu in Zeiten einer schlechten Konjunktur.

Umso dringlicher ist daher das vom DSB initiierte Angebot der zusätzlichen ambulanten Nachsorge betroffener Hörgeräteträger durch von ihm fachlich ausgebildete Audiotherapeuten zu sehen. Hierdurch könnten wenigstens die Mängel in der Gewöhnung Hörgeschädigter an neue Hörhilfen ausgeglichen und dem bekannten Phänomen der vielen ‚Schubladen-Hörgeräte‘ wirksamer entgegen gewirkt werden. Leider ist es bislang nicht gelungen, die Widerstände der Kostenträger der GKV und anderer Interessenvertreter zur Schließung dieser bedeutenden Versorgungslücke zu überwinden.

Dabei sind Notwendigkeit und Qualität einer professionellen Nachsorge Hörgeschädigter eigentlich unbestritten, wie das Beispiel der gut florierenden Cochlea-Implantat (CI)-Nachsorge eindringlich zeigt. Nicht viel anders verhält es sich mit der Gewöhnung hörgeschädigter Menschen an konventionelle Hörhilfen, insbesondere wenn sie gerade unterhalb der Schwelle für eine CI-Indikation liegen. Auch hier ist es erforderlich, den Adaptionsprozess solange fachlich zu begleiten bis der angestrebte Höroptimierungseffekt erzielt ist. Dies lässt sich erfolgreich dadurch erreichen, dass dem Patienten Fähigkeiten vermittelt und Werkzeuge an die Hand gegeben werden, die es ihm ermöglichen, besser mit seiner neuen Hörhilfe und der sich daraus ergebenden Situation umzugehen. Dazu gehören Hör- und Sprachtrainings ebenso wie die Schulung eines neuen hörtaktischen Verhaltens im Alltag, die Akzeptanz des Erkennens von Grenzen der akustischen Kommunikation mit der Hörhilfe eingeschlossen.

Wegen der häufig länger währenden Hörentwöhnung ertaubter Menschen mag bei einem CI-Patienten die Nachsorge vielleicht zwingender und intensiver sein; mir will jedoch nicht einleuchten, wieso dieser grundlegende Maßstab nicht auch für Menschen mit höher gradigen Schallempfindungsstörungen gilt, die ‚nur‘ das Hilfsmittel Hörgerät tragen bzw. tragen müssen und das noch nicht einmal als verfassungsrechtlich gebotene Sachleistung zuzahlungsfrei.

In diesem Punkt kann ich der gesundheitsrechtlichen Versorgungslogik nicht folgen, so es hier überhaupt eine gibt. Was macht bei gleichen akustischen Auswirkungen den Unterschied eines höher gradigen Hörschadens in der Indikation für ein herkömmliches Hörhilfsmittel oder für eine CI-Indikation aus? Was kann z.B. ein betroffener Hörgeschädigter dafür, dem

aus physiologischen Gründen kein CI implantiert werden kann und der mit einem Hörgerät vorlieb nehmen muss, welches zur optimalen apparativen Versorgung seiner Hörstörung auf dem Markt nicht zuzahlungsfrei zu haben ist; der zudem sein Hörgerät auch nach besagtem BVG-Urteil gegen alle Widerstände und mehrere Rechtsinstanzen noch erstreiten muss, bis sich am Ende vielleicht doch noch einmal ein zuständiger Kostenträger bequemt, voll zu zahlen?

Während Festbeträge weder angehoben werden noch Öffnungsklauseln für eine angemessene zuzahlungsfreie Hörgeräte-Versorgung vorgesehen sind, bezahlen hingegen die gesetzlichen Krankenkassen für eine CI-Operation Fallpauschalen von derzeit rd. 40.000 € voll, noch dazu anstandslos! Und das alles, nur weil im Gegensatz zum ‚Hilfsmittel Hörgerät‘ eine CI-Operation eine medizinische Leistung und die Medizin-Lobby mächtiger ist...?!

Das ist weder recht noch billig! Diese eklatante Ungleichbehandlung zum Nachteil von Hörgeräteträgern gehört selbst in Zeiten ‚knapper Gesundheitskassen‘ noch einmal uneingeschränkt auf den Prüfstand!



Autor : Michael Gerber,
Jahrgang 1952, geringes Restgehör;
Dipl.-Verwaltungswirt,
Ehe-, Familien- und Lebensberater
und Audiotherapeut;
weitere Infos : www.michael-gerber.de