

Audiotherapeutische Beratung Hörgeschädigter vor dem Hintergrund einer immer kostspieligeren Hörgeräte-Versorgung

=====

Hausarbeit für die Abschlussprüfung zum
Audiotherapeuten

im Rahmen der Fortbildung des Referates Audiotherapie
Im Deutschen Schwerhörigenbund DSB

—

von Michael Gerber
Peterskampweg 61, 22089 Hamburg

Erstgutachter: Dr. Harald Seidler

Zweitgutachter: Dr. Claus Harmsen

Hamburg im Februar 2002

Inhaltsverzeichnis:

1	Vorwort	3
2	Einleitung	5
3	Situationsbeschreibung	7
4	Hörgeräte-Versorgung	15
5	Audiotherapie	18
6	Versorgungsansprüche	22
7	Audiotherapeutische Intervention	32
8	Schlussbetrachtungen	38
9	Literaturverzeichnis	42

**„Nicht sehen trennt von Dingen,
nicht hören trennt von Menschen,,
(Helen Keller)**

1 Vorwort

Ein Leben ohne Hörgerät ist mir kaum mehr erinnerlich, denn seit früher Kindheit bin ich schwerhörig. Der Hörschaden wurde im Alter von ca. 4 Jahren im Kindergarten bemerkt. Mein erstes Hörgerät bekam ich mit etwa 10 Jahren als ein Wechsel zum Gymnasium anstand. Es war noch eines der damals üblichen großen Taschengeräte und ich hatte im wahrsten Sinne des Wortes schwer daran zu tragen. Denn diese Hörhilfe war sehr gewöhnungsbedürftig, für meine hörenden Klassenkameraden wie für mich.

Als hätte ich den über mich hereinbrechenden Spott vorausgeahnt, habe ich mich lange geziert, eine Hörhilfe zu akzeptieren. Dabei hörte ich damals ohne Hörgerät bereits so schlecht, wie heute mit. Mittlerweile ist nämlich meine zunehmende Innenohr-Schwerhörigkeit soweit fortgeschritten, dass ich linksseitig taub bin und rechtsseitig nur noch wenige Hörreste habe. Trotz einer Hörverstärkung von 74 Dezibel stoße ich dabei mit meinem heutigen Hörgerät an Kommunikationsgrenzen, insbesondere des akustischen Verstehens, die ich auch mit zuschaltbarer MicroLink-Anlage nur schwer überwinden kann.

Vor diesem persönlichen Hintergrund fällt es mir als betroffenen Hörgeschädigten ziemlich schwer, mich unbefangen auf anderslautende Werbung der Hörgeräte-Industrie einzulassen, die normales Hören und Verstehen suggerieren will. Dies um so mehr, als heute eine zufriedenstellende Hörgeräte-Versorgung meist nur noch gegen hohe finanzielle Eigenleistungen Betroffener zu bekommen ist.

Das war nicht immer so. Mit Einführung der 1. Stufe der so genannten ‚Gesundheitsreform‘ des damaligen Gesundheitsministers Blüm erfolgte 1988 in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Abkehr von der bis dahin zuzahlungsfreien Hörgeräte-Versorgung hin zur Abgabepaxis von Hörhilfen auf der Basis von Festbeträgen. Die wirtschaftlichen Notwendigkeiten habe ich wohl nachvollziehen können, nie jedoch die

weitreichenden negativen Folgen für uns betroffene Hörgeschädigte. Denn dieser Schnitt ist in meinen Augen weder sachlich noch medizinisch begründet, am wenigsten ist er angemessen und gerecht.

Zu berücksichtigen ist dabei, dass Hörschäden selten mutwillig herbeigeführt werden und selbst das beste und teuerste Hörgerät niemals ein geschädigtes Gehör wird annähernd ausgleichen, geschweige denn ersetzen können. Des weiteren wurde festgestellt, dass die vermeintlichen Einsparungen bei den Hörhilfsmitteln so unerheblich sind, dass sie mit gerade einmal 0,26 % der Gesamtaufwendungen der GKV¹ kaum ins Gewicht fallen. Es liegt auf der Hand, dass es letztlich nur darum geht, ein grundsätzliches Exempel zu statuieren zu Lasten des schwächsten Gliedes in der Gesundheitskette, des (chronisch) hilfebedürftigen Patienten. Die eigentlichen Kostentreiber, die Arzneimittel-Industrie, die Krankenhaus-Träger sowie sonstige gewinnsüchtige Dienstleister, die ihre Monopolstellungen hemmungslos ausnutzen, haben sich bis heute gesundheitspolitisch kaum bändigen lassen.

Bei der Versorgung mit Hörhilfen hat schließlich die Gesundheitsreform dazu geführt, dass ein gnadenloser Verdrängungseffekt einsetzte. Dieser betrifft Leistungserbringer wie Kostenträger, ganz besonders aber die betroffenen Hörgeschädigten. Denn der auf der Hörgeräte-Industrie und den Akustiker lastende Kostendruck wurde letztlich an den Endverbraucher, den Kunden und potenziellen Hörgeräte-Träger weiter gegeben. Dieser hat im Rahmen der GKV nun die ‚Wahl‘ zwischen einer ‚ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen‘ Grundversorgung zum vorgegebenen Festbetrag oder einem qualitativ höherwertigen Hörgerät, dann aber mit Zuzahlung.

Es versteht sich von selbst, dass die Meinungen darüber, was ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist auseinander gehen und dabei am wenigsten die lebenswichtigen elementaren Bedürfnisse Hörgeschädigter eine Rolle spielen. Denn in dieser leidigen Diskussion tritt immer mehr zu Tage, dass hochgradig Schwerhörige immer weniger zum Festbetrag, und somit noch nicht einmal gesetzeskonform, mit einer Hörhilfe versorgt werden können, wie eine entsprechende Umfrage des Deutschen Schwerhörigenbundes (DSB)² doch recht eindrucksvoll belegt.

¹ vgl. Welter, S. 9

² vgl. Hepp, S. 10 ff.

Die Auswirkungen auf Betroffene sind so groß, dass sich viele Hörgeschädigte die Anschaffung eines Hörgeräts nicht nur gut überlegen sondern oftmals auch vom Munde absparen müssen. Vor diesem Hintergrund ist daher eine angemessene und vor allem neutrale Beratung in Bezug auf kostengünstige Finanzierungsquellen und -modelle von großer Bedeutung. Denn nach meinen eigenen sowie langjährigen Erfahrungen in der Selbsthilfearbeit gibt es hierzu m. W. weder spezielle noch flächendeckende Hilfeangebote.

Wohl decken einzelne Beratungsstellen und auch Akustiker entsprechenden Hilfebedarf gelegentlich mit ab, doch sind ihrem Wirken Grenzen gesetzt. Denn die einschlägigen oft komplizierten Rechtsvorschriften unterliegen einem immer schnelleren Wandel und die wirtschaftlichen Spielräume und Finanzierungsmöglichkeiten werden unter dem Einsparungsdruck der GKV immer enger. Daneben lehnen viele Hörgeschädigte erfahrungsgemäß institutionelle Beratung und Hilfe ab. Es steht ferner im Raum, ob ein Akustiker gleichzeitig ein wirtschaftliches Interesse haben und dennoch neutral sein kann.

So bietet sich für den Bereich kostengünstiger Finanzierungsmodelle bei der individuellen Hörgeräte-Versorgung betroffener Hörgeschädigter nach meiner Einschätzung ein wesentliches Tätigkeitsfeld für audiotherapeutische Beratung, wie ich im weiteren mit meinen Ausführungen darlegen möchte.

2 Einleitung

Mit Ausnahme der Gehörlosigkeit ist jede Hörschädigung anders und bedarf von daher einer individuellen Hörversorgung. Im Rahmen dieser Arbeit ist es nicht möglich, das gesamte Spektrum der Hörschädigungen mit seinen entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten zu beleuchten. Dies ist auch nicht beabsichtigt, damit sich nicht wesentliche Kernaussagen dieser Abhandlung verwischen.

Die Hausarbeit beschränkt sich daher im wesentlichen auf die Finanzierung der gebräuchlichsten Hörgeräte, die so genannten, ‚Im-Ohr(IO)-Geräte‘ und ‚Hinter-dem-Ohr (HdO)-Geräte‘, einschließlich ihrer integralen Bestandteile, wie z.B. Fernbedienungen und

Richtmikrofone, nicht jedoch auf Tinnitus-Masker, weil es für diesen Versorgungssektor noch keine gesicherten Qualitätsstandards und Verordnungspraktiken gibt. Taschengeräte, Hörbrillen und Knochenleitungshörbügel werden mangels größerer Verbreitung höchsten am Rande erwähnt.

Nicht behandelt wird die Hörgeräte-Versorgung von Kindern unter 18 Jahren, die nach den einschlägigen Rechtsvorschriften anderen Rahmenbedingungen unterliegt, die höhere Festbeträge vorsehen. Außen vor bleiben ferner periphere zusätzliche Hörhilfsmittel, wie z.B. Telefonverstärker, Induktionsschleifen, Kopfhörer etc. sowie die Energieversorgung von Hörgeräten, die nach dem Willen des Gesetzgebers Betroffene selbst zu tragen haben.

Nicht Gegenstand dieser Arbeit sind weiterhin Hörhilfen, die sich nach dem Regelwerk der GKV als medizinische Leistungen definieren, wie z.B. Cochlea-Implantate, Hirnstamm-Implantate sowie teilimplantierbare Hörgeräte. Unter dem Aspekt der Gleichbehandlung ist jedoch schwer einsehbar, dass hier von den Krankenkassen Kosten im sechsstelligen Bereich anstandslos und sogar voll übernommen werden.

Auch die Hörgeräte-Versorgung im Bereich der privaten Krankenkassen findet keine Berücksichtigung, weil die bilateralen Vertragsgestaltungen doch recht vielschichtig sind und den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden.

Schließlich bleiben unberücksichtigt Grenzfälle in der Indikationsstellung, insbesondere hinsichtlich problematischer medizinischer und audiologischer Befunde und Bewertungen, die eine gutachterliche Klärung und Tätigkeit erforderlich machen.

Die Betrachtungen bleiben jedoch nicht auf den Finanzierungsaspekt beschränkt, sondern schließen in großen Teilen die menschliche Komponente der Hörschädigung im gesellschaftlichen und privaten Kontext mit ein. Denn mit der Lösung der Kostenfrage allein lässt sich noch keine Akzeptanz von Hörhilfe und Hörschädigung erzielen. Dies umso weniger, als im Zuge der Gesundheitsreform die so wichtige nachsorgende Betreuung bei der Hörgeräte-Versorgung zwangsläufig immer mehr an Kontur verliert. Sie ist vielfach zum Festbetrag in gebotenumfange für Akustiker nicht mehr leistbar. Hier ergibt sich ein weiteres Tätigkeitsfeld für die Audiotherapie.

Bevor ich mich konkret den Versorgungsansprüchen und auditherapeutischen Hilfsangeboten zuwende, möchte ich nach der nachfolgenden Situationsbeschreibung zum besseren Verständnis in den daran anschließenden Abschnitten noch kurz das Verfahren der Hörgeräte-Versorgung erläutern sowie darlegen, was Audiotherapie im einzelnen für Betroffene bedeutet und was sie bewirken kann.

3 Situationsbeschreibung

Bis zur Einführung des ersten so genannten Gesundheitsreform-Gesetzes im Jahre 1988 durch den damaligen Gesundheitsminister Norbert Blüm gab es für betroffene Hörgeschädigte in der Versorgung mit Hörgeräten kaum Einschränkungen. Abgesehen von vorgegebenen Verordnungsintervallen wurden bis dahin für medizinisch indizierte Hörhilfen die Kosten für verordnete Hörgeräte von den gesetzlichen Krankenkassen in der Regel voll übernommen.

Bis dahin erfolgte die Versorgung mit technischen Hörhilfen in Deutschland traditionell in einem konkurrenzlosen kooperativen Verbund zwischen verordnenden HNO-Ärzten und Hörgeräte-Akustikern. Nach Seifert³ gehen etwa 95 % der in Deutschland abgegebenen Hörhilfen zu Lasten der GKV. Die zwischenzeitlich durch Erhebungen der Stiftung Warentest⁴ bestätigten Gewinnaufschläge von 600 – 700 % zwischen Ein- und Verkaufspreis haben dazu geführt, dass im Zuge der Gesundheitsreform aus Einsparungsgründen der Hörgeräte-Markt fortan stark reglementiert wurde, sehr zum Nachteil der betroffenen Hörgeschädigten.

In der Folge der neuen, einschneidenden Versorgungspraxis bildete sich ein System heraus, welches Festbeträge für ursprünglich 9 Gruppen von Hörgeräten vorsah, die abgestimmt waren auf jeweils konkrete medizinische Indikationen und denen bestimmte technische Eigenschaften zugeordnet wurden. Diese Festbeträge waren im einzelnen auf Landesebene zwischen den Krankenkassenverbänden und den Innungen auszuhandeln. Die obligatorischen Otoplastiken wurden von der ursprünglich ganzheitlichen Versorgung abgekoppelt und mit eigenen Pauschalbeträgen bedacht. Die Energieversorgung durch Akkus bzw. Batterien

³ vgl. Seifert, S.1

⁴ vgl. Stiftung Warentest, 1999, S. 92; 2000, S.93

wurde gänzlich von der Leistungspflicht ausgeschlossen und deren Bezahlung als so genannte ‚Dinge des täglichen Gebrauchs‘ den betroffenen Hörgeräte-Trägern aufgebürdet.

In den nachfolgenden Stufen der Gesundheitsreform erfuhr die Vergabepaxis Änderungen dahingehend, dass die Festbeträge gekürzt und von ursprünglich 9 auf letztlich 4 mit Taschengeräten bzw. auf 5 Gruppen mit Knochenleitungshörbügel beschränkt wurden.⁵ Die Festbeträge schwanken dabei zwischen 695 DM / 355 € (Gruppe1-Geräte) und max. 995 DM / 509 € (Gruppe3-Geräte). Gedeckelt werden zunehmend auch die Reparaturkosten von Hörgeräten, die bislang uneingeschränkt von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt wurden und die neuerdings mit Versorgungspauschalen abgegolten werden.⁶ Die für einen Zeitraum von 6 Jahren für AOK-Mitglieder vereinbarte Pauschale beträgt lediglich 370 DM / 189 €; die darüber hinausgehenden Reparatur- und Servicekosten werden in der täglichen Praxis seitdem den Versicherten privat in Rechnung gestellt.

Diese gesetzlich verordneten Restriktionen in der Hörhilfsmittel-Versorgung haben im Ergebnis dazu geführt, dass nicht allein der Markt, sondern mehr noch die Hörgeschädigten sehr verunsichert sind. Am Markt zeichnen sich Konzentrationsbestrebungen ab, die darauf hinaus laufen, dass aus Kostengründen viele Anbieter qualitativ guter Hörgeräte aufgeben und immer mehr breitbandige Hörgeräte gefertigt werden. Die kostenintensive Entwicklung und Produktion von Hochleistungshörgeräten insbesondere für hochgradig und an Taubheit grenzend Schwerhörige wird zunehmend gehemmt bzw. gebremst, weil die relativ kleine Zielgruppe den hohen wirtschaftlichen Aufwand kaum rechtfertigt. Für Betroffene wird der (gewohnt gute) Akustiker-Service schon allein aus Kostengründen merklich schlechter und die Zuzahlungen für eine gebotene qualitative Hörgeräte-Versorgung werden immer teurer.

So ergeben sich nach Recherchen des DSB über den Festbetrag hinaus vereinzelt gar Zuzahlungen bis zu 4.000 DM / 2.045 € bei einem Hörgerät und bis zu 7.000 DM / 3.579 €⁷ für eine beidohrige Versorgung. Belastungen in diesen Größenordnungen sind für Betroffene nicht mehr zumutbar. Sie schränken vielmehr die nach dem neuen Sozialgesetzbuch (SGB) IX rechtlich vorgegebene ‚uneingeschränkte‘ Teilhabe am Leben

⁵ vgl. IKK-Bundesverband, Festbeträge für Hörhilfen (Stand 1.4.1998)

⁶ vgl. Bundesinnung der Hörgeräteakustiker, Vertrag über die pauschale Abgeltung von Reparaturleistungen

⁷ vgl. Welter, S. 9

erheblich ein. Denn, wie bereits im Vorwort erwähnt, ist gerade für hochgradig bzw. an Taubheit grenzend Schwerhörige die zuzahlungsfreie Versorgung mit Hörgeräten kaum mehr möglich ist. Für viele Hörgeschädigte sind so lebensnotwendige Hörhilfen kaum mehr erschwinglich und die gebotene Kaufentscheidung wird, wenn nicht hinausgezögert, vielfach sogar gänzlich vernachlässigt.

Entscheidend ist hierbei, dass im Gegensatz zu früheren Zeiten, nach dem neuen Versorgungssystem zu Lasten der GKV in der Regel nur noch bezahlt wird, was in den §§ 12 Abs.1 und 33 Abs.1 des SGB V dem Grunde nach formuliert und dann in den so genannten ‚Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien‘⁸ in Ziffer 61 ff. für Hörhilfen näher definiert ist. Danach hat heute der Versicherte Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hörgeräte-Versorgung. Was das konkret heißt, darüber schweigt sich der Gesetzgeber aus und ist auch in den genannten obligatorischen Richtlinien nicht näher definiert. In der Praxis hat sich so unter der Flagge der Wirtschaftlichkeit der Minimalstandard einer ausreichenden Versorgung herausgebildet, die jedoch selten den individuellen Versorgungsnotwendigkeiten betroffener Hörgeschädigter genügt. Angesichts der allgemeinen Verunsicherung aller Beteiligten beinhaltet das in der alltäglichen Praxis viel Konfliktstoff.

Dieser Missstand wird von anerkannten Fachleuten kritisiert, wie z.B. von Plath, der einer ausreichenden Versorgung den Begriff der ‚optimalen Versorgung‘ entgegen setzt, die er beschreibt als „ [...] die nach den gegebenen Umständen bestmögliche Versorgung [...] sowohl aus technischer Sicht als auch aus den individuellen Notwendigkeiten des Patienten“.⁹ Plath stellt in diesem Kontext fest, was bereits die erwähnte DSB-Umfrage versucht hat zu belegen, dass nämlich „...viele Schwerhörigkeitsarten [.....] technische Varianten [erfordern], die durch die Festbetragsregelung nicht gedeckt sind, so z.B. Fälle mit Lärmschwerhörigkeit und hohe Schwerhörigkeitsgrade“.¹⁰

⁸ vgl. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, ‚Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung‘

⁹ vgl. Plath, S. 3

¹⁰ vgl. Plath, S. 17

In diesem Spannungsfeld nimmt es nicht Wunder, dass sich einerseits immer mehr Widerstand gegen das wirtschaftliche Versorgungsdiktat regt, andererseits sich immer neue, eher unangemessene Versorgungsvarianten auftun.

So ist bereits seit mehr als 6 Jahren beim Bundesverfassungsgericht ein Verfahren anhängig, zu dem das Bundessozialgericht auf Grund von 3 Einzelklagen Betroffener einen Vorlagebeschluss¹¹ gefasst hat zur Prüfung der Rechtmäßigkeit der ‚Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien‘ in zwei entscheidenden Punkten. Zum einen wird die Rechtssetzungskompetenz des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen angezweifelt und zum anderen beanstandet das Bundessozialgericht, dass das Rechtsschutzbedürfnis betroffener Hörgeschädigter, wie auch das von Akustikern, im Verordnungsverfahren nicht gewahrt ist. Ein Punkt den übrigens auch Plath in seiner erwähnten Expertise bereits moniert hat.

Über die Zurückhaltung des Bundesverfassungsgerichts kann bestenfalls spekuliert werden..... Immerhin war für das vergangene Jahr eine Entscheidung avisiert worden, die dann erneut nicht getroffen wurde. Daneben gab und gibt es viele weitere Einzelklagen Betroffener auf unteren Gerichtsebenen gegen die momentane Hörgeräte-Versorgung mit unterschiedlichem Ausgang und Tenor, soweit überhaupt bislang entschieden wurde.

Interessant sind ferner die neuen Versorgungsvarianten, die sich vor diesem rechtlich diffusen Hintergrund neben der bisherigen traditionellen Versorgung herausgebildet haben. Da ist zum einen das Modell der Abgabe von Hörgeräten über einen Versandhandel mit bzw. ohne Einbeziehung von Ohrenärzten. Dann gibt es den so genannten ‚verkürzte Versorgungsweg‘ über die Abgabe von Hörgeräten durch gleichzeitig verordnende HNO-Ärzte und den Versuch des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen und der Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker über eine gemeinsame Rahmenvereinbarung eine kostengünstige komplette Hörgeräte-Versorgung zu einem Pauschalbetrag sicher zu stellen. Diese beinhaltet die Anpassung, die Abgabe und die Reparatur von Hörgeräten und schließt die Otoplastiken mit ein.¹² Schließlich wird gerüchteweise noch die Vision gehandelt, nach der zukünftig der Handel von Hörgeräten sogar über Apotheken und Drogerien möglich sein soll.

¹¹ vgl. Beschluss des Bundessozialgerichts vom 14.6.1995 – 3 RK 21/94

¹² vgl. Bundesinnung der Hörgeräteakustiker, Rahmenvertrag zur Komplettversorgung mit Hörsystemen

Diese vielleicht nicht ganz ernst zu nehmende Variante hat mit den übrigen jedoch eines gemeinsam; sie ist ausschließlich wirtschaftlich orientiert. Den Bedürfnissen betroffener Hörgeschädigter werden alle Modelle nicht gerecht, insbesondere dann nicht, wenn man den bereits erwähnten Maßstab von Plath der gebotenen optimalen Versorgung anlegt. Derartige Spielereien tragen eher dazu bei, dass die gesamte Versorgungssituation verworrener wird, als sie ohnehin bereits ist.

Zur Anzahl der Hörgeschädigten Menschen in Deutschland gibt es bislang unterschiedliche Schätzwerte. Der gängigste ist eine Schätzung des ‚Deutschen Grünen Kreuzes‘ auf der Basis einer repräsentativen Erhebung unter wissenschaftlicher Leitung von Stange aus den Jahren 1985/86¹³. Unter Abzug von Toleranzen ergibt sich daraus ein statistisch gesicherter Wert von rd. 14 % der bundesrepublikanischen Bevölkerung mit signifikanten Hörschäden. Unter Einbeziehung der neuen Bundesländer ergibt sich hochgerechnet ein Mittel von ca. 11–12 Mio. hörgeschädigter Menschen, die für eine Hörgeräte-Versorgung in Frage kämen. Aufgrund von lärmschädigenden Umwelteinflüssen und nachlassendem Gesundheitsbewusstseins vornehmlich jüngerer Menschen dürfte die tatsächliche Zahl potenzieller Hörgeräteträger heute wesentlich höher liegen, 16 Mio. stehen im Raum.

Demgegenüber beläuft sich die Zahl der tatsächlichen verkauften Hörgeräte nach Verkaufsstatistiken des Zentralverbandes der Elektronik-Industrie (ZVEI) im Jahre 1998 auf rd. 515.000 Stück¹⁴. Rechnet man diesen Jahreswert hoch auf den nach den ‚Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien‘ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vorgegebenen Verordnungszeitraum für Hörhilfen von nunmehr 6 Jahren und berücksichtigt man, dass im statistischen Mittel etwa 1/3 aller Hörgeräte Zweitgeräte einer beidohrigen Versorgung sind¹⁵ so ergibt sich nach überschlägigen Berechnungen Seiferts¹⁶ eine Gesamtzahl von rd. 1,8 Mio. Hörgeräteträgern. Konkret leitet Seifert daraus ab, „...dass in Deutschland nur jeder Fünfte bis jeder Sechste derjenigen Hörbehinderten, die eigentlich eine Hörgeräte-Versorgung nötig hätten, Hörgeräteträger ist“¹⁷.

¹³ vgl. Stange, S. 1

¹⁴ ZVEI-Statistik, S. 40 (Stand: 23.4.1999)

¹⁵ vgl. Kind-Hörgeräte

¹⁶ vgl. Seifert, S. 2

¹⁷ vgl. Seifert, S. 2

Bemängelt wird dabei von Seifert¹⁸, Plath¹⁹ und anderen Fachleuten, dass sich in Deutschland weder die gebotene beidohrige Versorgung durchgesetzt hat noch ein optimales Zusammenspiel von medizinischer Diagnostik, Beratung und technischer Anpassung gegeben ist. Wohl ist nach den ‚Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien‘ die propagierte beidohrige Versorgung mit Hörhilfen möglich, nur eben nicht regelhaft festgeschrieben, wie in den Leitlinien zur Hörgeräte-Versorgung von der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie²⁰ gefordert. Zudem gewähren die gesetzlichen Krankenkassen bei zwei verordneten Hörgeräten für das zweite lediglich 80 % des regulären Festbetrags.

Diese notorische Ignoranz und Inkonsequenz ist um so verwunderlicher, als Holube und Kinkel in einem breiten Feldtest²¹ mittels Fragebogenerhebung zur Problematik von objektiver Bewertung und subjektiver Einschätzung betroffener Hörgeschädigter festgestellt haben, dass „die beidseitige Versorgung [.....] gegenüber der einseitigen Versorgung vor allem in den von den Hörbehinderten als kritisch empfundenen Situationen ‚Hören in Störgeräuschen‘ und ‚Richtungshören‘ deutliche Vorteile auf [weist].“

Vor diesem Hintergrund dürfte betroffenen Hörgeschädigten die Akzeptanz von Hörhilfen schwerer fallen als ohnehin schon, weil ihnen eben der unter den jeweils gegebenen Umständen gebotene technisch machbare optimale Höreindruck vorenthalten wird, der den jeweiligen Hörverlust so weit wie möglich ausgleichen könnte. Denn nach Seifert²² ist „die erwünschte Akzeptanz für Hörgeräte zu erreichen [.....] nur möglich, wenn sich die Art der Hörgeräte-Versorgung in erster Linie an den Bedürfnissen und Erwartungen des Hörbehinderten orientiert.“ So ist es eigentlich nicht verwunderlich, dass sich die Zahl der verkauften Hörgeräte, die von ihren Besitzern allenfalls gelegentlich, oftmals gar nicht benutzt werden, immer mehr zunimmt.

Allerdings gibt es zur Anzahl dieser so genannten ‚Schubladengeräte‘ konträre Aussagen, auch hinsichtlich der vermeintlichen Beweggründe. Eine von Betroffenen und deren

¹⁸ vgl. Seifert, S. 3

¹⁹ vgl. Plath, S. 3

²⁰ vgl. Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

²¹ vgl. Kinkel/Holube, S. 194

²² vgl. Seifert, S.3

Verbände kritisierte und vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) sowie dem Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände (BVZV) in Auftrag gegebene repräsentative Befragung²³ hat lediglich 3,4 % ‚Schubladengeräte‘ ermittelt. Hingegen spricht die aktuelle repräsentative Studie von Sohn und Jörgenshaus²⁴ bei extensiverer Auslegung der Begrifflichkeit von einem Prozentsatz von etwa 43.

Selbst, wenn die Wahrheit irgendwo in der Mitte liegt, ist jedes selten oder gar nicht getragene Hörgerät eines zuviel zum Nachteil von Hörgeschädigten und gemessen an seinem unbestrittenen Nutzen zum besseren Hörerleben und Sprachverstehen. Die gesammelten Anstrengungen der Interessenverbände Hörgeschädigter, der Akustiker, des Handels, der Hörgeräteindustrie aber auch der Fachärzte und anderer Fachleute sind daher darauf ausgelegt, Menschen mit signifikanten Hörschäden zum Tragen von Hörhilfen zu animieren und eine bessere Akzeptanz der Hörgeräte zu erreichen, wenngleich aus unterschiedlichen Ansätzen und Motiven heraus.

Nachdem eine 1999 eingebrachte Gesetzesinitiative zur Abschaffung der Festbeträge für Hörhilfen gescheitert ist, gehen die Bemühungen insbesondere des DSB nun verstärkt dahin, politisch wirksame Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und im Kontext des kürzlich verabschiedeten SGB IX sowie des anstehenden Gleichstellungsgesetzes den Nachweis zu führen, dass die Festbetragsregelung nicht nur ungerecht und rechtlich zweifelhaft ist, sondern auch gegen das Gleichbehandlungsgebot des Grundgesetzes verstößt.

Denn die Absenkung der Festbeträge von ursprünglich 1.150 DM / 588 € auf 695 DM / 335 € bzw. 1.350 DM / 690 € auf 964 DM / 493 € stellen eine gesetzmäßige Hörgeräte-Versorgung vor allem für hochgradig Schwerhörige immer mehr in Frage. Diesem Personenkreis ist erwiesenermaßen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Grundversorgung mit Hörhilfen zum Festbetrag kaum mehr möglich, wenn nicht gar unmöglich.

Weitergehende juristische Überlegungen des DSB zielen darauf ab, dass die im SGB V, bzw. in den ‚Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien‘ formulierten ‚...Festbetragsbeschlüsse

²³ vgl. BKK-Bundesverband, Analyse wettbewerblicher Versorgungswege im Hörhilfenbereich

²⁴ vgl. Sohn/ Jörgenshaus, S 143 ff.

der Krankenkasse gegen das kartellrechtliche Verbot eines Einkaufspreiskartells...²⁵ nach den EG-Verträgen verstoßen.

Wie immer diese rechtlichen Bemühungen und Anstrengungen ausgehen; für den betroffenen Schwerhörigen sind derartige Hindernisse, Widrigkeiten und juristischen Feinheiten schwer zu verstehen und noch weniger nachzuvollziehen. Sie helfen ihm in seiner schwierigen Lebenssituation nicht konkret weiter. Denn die juristischen Klärungen dauern, wie bereits die höchstrichterliche Entscheidung zum zitierten Vorlagebeschluss des Bundessozialgerichts eindrucksvoll belegt.

In diesem unrühmlichen Spannungsfeld ist es gebotener denn je, Betroffenen Beratung und Hilfen anzubieten, die es ihnen ermöglichen unter den derzeitigen rechtlichen Rahmen- und Finanzierungsbedingungen möglichst kostengünstig, wenn nicht gar zuzahlungsfrei, eine annähernd optimale Hörversorgung zu realisieren.

Dass Hörgeschädigte in dieser Misere nicht alleine gelassen werden, gebieten allein die einschlägigen Abhandlungen von Fachleuten über die nicht unerheblichen psychosomatischen und psychischen Folgen, die mit einer Hörschädigung untrennbar einher gehen. Beispielhaft sei hier Richtberg erwähnt, der sich in vielen Studien und Schriften mit diesen Zusammenhängen beschäftigt.

So konnte Richtberg²⁶ feststellen, dass „jeder zweite erwachsene Schwerhörige und Ertaubte unter häufigen vegetativen Störungen zu leiden hat“, wie z.B. Erschöpfbarkeit, Schlafstörungen und nervöse Herzbeschwerden, die das Maß an Leidensbetroffenheit gegenüber gleichaltrigen Vergleichsgruppen von Hörenden um mehr als 60 % überschreitet. Auch Rien²⁷, selbst schwerhörig, weiß zu berichten, dass Hörgeschädigte permanent an Kommunikationsgrenzen stoßen und das permanente Erfahren von Grenzen zu sich sammelnden Spannungen im körperlichen Bereich, zu erhöhtem Leidensdruck und somit zu psychosomatischen Reaktionen des Körpers führen.

²⁵ vgl. Weber, S. 12

²⁶ vgl. Richtberg, S. 4

²⁷ vgl. Rien, S. 9.3

Hält man sich diesen psychologischen Hintergrund Betroffener vor Augen, sollte eigentlich klar werden, warum sich Hörgeschädigte gegen alle Widerstände mit dem Kauf von Hörhilfen so schwer tun und sie Unterstützung brauchen im Durchfechten elementarer und lebensnotwendiger Ansprüche in Bezug auf eine bezahlbare möglichst optimale Hörversorgung.

4 Hörgeräte-Versorgung

Bekanntlich gründet sich das Verfahren der Hörgeräte-Versorgung auf die einschlägigen Bestimmungen des SGB V sowie die ‚Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien‘. Dazu gibt es weitere Direktiven und Maßgaben; neben den bereits erwähnten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie sind das im wesentlichen der Hilfsmittelkatalog der GKV (hier speziell: Produktgruppe 13 - Hörgeräte), die Begutachtungsanleitung des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, die Richtlinien über die Zusammenarbeit von HNO-Fachärzten und Hörgeräte-Akustikern sowie internationale Empfehlungen zur Hörgeräte-Versorgung des BIAP (Bureau International d’ Audiophonologie). Soweit diese nicht bindend sind, haben sie zumindest empfehlenden Charakter. Das Verfahren selbst teilt sich auf in die Schritte Indikationsstellung, Verordnung, Versorgung, Anpassung und eine Adaptionsphase, die im wesentlichen eine gebotene Nachbetreuung und Einstellungskontrolle beinhaltet.

Stellt ein HNO-Arzt auf Grund einer eingehenden medizinischen Untersuchung, die neben organischen Befunden regelhaft auch ein Ton- und Sprachaudiogramm beinhaltet, einen signifikanten Hörschaden fest, verordnet er mittels formellen Vordrucks, der so genannten ‚Ohrenärztlichen Verordnung einer Hörhilfe‘ (Muster 15), ein Hörgerät. Die Indikationen hierfür ergeben sich explizit aus den ‚Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien‘. Danach muss u.a. der тонаudiometrische Hörverlust auf einem Ohr im Frequenzspektrum zwischen 500 und 3000 Hertz (Hz) mindestens 30 Dezibel (dB) betragen und sollte im Sprachaudiogramm die Verstehensquote einsilbiger Wörter (nach dem Freiburger Sprachtest) bei 65 dB nicht besser als 80 % sein. Soweit möglich sollte die Indikation / Verordnung ferner konkrete Empfehlungen des Arztes in Bezug auf eine konkrete Hörgeräte-Versorgung beinhalten.

Ist der Patient willens und in der Lage, ein Hörgerät zu tragen, begibt er sich mit dieser Verordnung zum Akustiker, der dann mit der Anpassung der Hörhilfe beginnt. Bei der Anpassung ist der Akustiker an Empfehlungen des Ohren-Facharztes nicht gebunden. Zur Kontrolle und Selbstsicherung kann ersterer im Rahmen der Versorgung / Anpassung eigene audiometrische Befunde erheben, um die für die Bestimmung der Hörgeräte-Technik notwendigen akustischen Kenndaten des Gehörs besser feststellen zu können. Denn das sensiblere defekte Gehör erfordert ein Höchstmaß an Umsicht, um bei den zwangsläufig hohen akustischen Verstärkungen die Dynamik zwischen Hörschwelle und Unbehaglichkeitsschwelle nicht über zu strapazieren. Anhand der ermittelten Kenndaten wird eine Auswahl der in Frage kommenden Hörgeräte getroffen, die dann in einer so genannten ‚vergleichenden Anpassung‘ von mindestens 2 Geräten getestet werden.

Die vergleichende Anpassung beinhaltet dabei den standardisierten Einsilber-Freiburger-Sprachtest am Audiometer, möglichst unter Störgeräuschen, wobei in der Regel dem getesteten Hörgerät der Vorzug gegeben werden soll, mit dem nach diesem Verfahren bei 65 dB objektiv ein größeres Sprachverstehen erzielt wird. Nach Plath²⁸ sollte nämlich „vorrangiges Ziel der Hörgeräte-Versorgung [.....] das Verstehen von Sprache und damit die Erhaltung der Kommunikationsfähigkeit...“sein. Ebenso ist es geboten, einen Test unter ‚natürlichen‘ Bedingungen im Lebensalltag des potenziellen Hörgeräteträgers durchzuführen, um eine möglichst unverfälschte ‚Adaption an eine [neue] ungewohnte Hörwelt“²⁹ zu ermöglichen. Die vergleichende Anpassung sollte daher von Beratungen, Kontrollmessungen, wechselnden Hörgeräte-Einstellungen und einer entsprechenden Dokumentation flankiert werden.

Anschließend stellt sich der Patient mit dem favorisierten Hörgerät erneut dem HNO-Arzt vor, der eine Überprüfung des Anpassungsprozesses vorzunehmen hat, indem er den (akustischen) Verstehensgewinn mittels eigener audiometrischer Messungen nachprüft und bei Übereinstimmung die getestete und vorgeschlagene Hörhilfe endgültig auf dem obligatorischen Muster-Vordruck verordnet.

²⁸ vgl. Plath, S. 8

²⁹ vgl. Plath S.8

Dabei dürfen nur solche Hörgeräte angepasst und verordnet werden, die als Hilfsmittel anerkannt, zugelassen und im so genannten ‚Hilfsmittelverzeichnis‘ gemäß § 128 SGB V aufgeführt sind. Denn nach § 139 SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zum Wohle ihrer Versicherten einheitliche Qualitätsstandards für die zugelassenen Hilfsmittel zu entwickeln und gewährleisten. Die Zulassung in das Hilfsmittelverzeichnis muss in einem obligatorischen Verfahren vom jeweiligen Hersteller / Anbieter beantragt werden und wird anhand der vorgegebenen Qualitätsstandards durch die entsprechenden Gremien der Spitzenverbände der Krankenkassen geprüft.

Einer Zulassung bedarf nach § 126 SGB V ebenfalls, wer als Leistungserbringer zu Lasten der GKV Hilfsmittel an Versicherte abgeben will. Auch dieses Zulassungsverfahren ist reglementiert und basiert auf gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen, insbesondere zu allgemeinverbindlichen Mindeststandards.

Gleichwohl ergänzt sich nach Plath³⁰ der Anpassungsprozess sinnvoll, wenn vor dem Hintergrund einer zunehmenden, komplizierten Digitalisierung in der Hörgeräte-Technik, zu der standardisierten vergleichenden Anpassung eine so genannte (nachsorgende) ‚gleitende Anpassung‘ hinzu tritt, die eine ständige Rücklaufkontrolle der neuen Höreindrücke und Hörerfahrungen impliziert und möglich macht. Denn nach Plath³¹ ‚[erfolgt] mit der gleitenden Anpassung [.....] somit eine Adaption der Hörhilfe an das Gehör, das sich selbst an die neue auditive Wahrnehmung adaptiert‘. Dadurch ließe sich die Akzeptanz der neuen Hörhilfen wesentlich erhöhen.

Die vorstehend aufgezeigten Abläufe beschreiben im wesentlichen das Versorgungsverfahren im Kontext der einschlägigen Rechtsvorschriften, unabhängig von den nach der Gesundheitsreform aufgetretenen und bereits erwähnten neuen Strukturen, z.B. des ‚verkürzten Versorgungsweges‘ oder der direkten Abgabe der Hörhilfen über einen Versandhandel. Wohl gelten hier ebenfalls die beschriebenen obligatorischen Mechanismen, doch werden sich hier aus wirtschaftlichen Gründen heraus zukünftig zwangsläufig weitere erhebliche Einschränkungen zum Nachteil betroffener Hörgeschädigter ergeben. Dies gilt

³⁰ vgl. Plath, S. 16

³¹ vgl. Plath, S. 8.

vornehmlich für die Bereiche der vergleichenden bzw. der gleitenden Anpassung, wie auch für die so wichtige Nachbetreuung / Nachsorge zur besseren Akzeptanz der verordneten Hörhilfen. Denn in Zeiten eines immer dynamischeren technischen und wirtschaftlichen Wandels werden HNO-Ärzte und andere alternative Leistungsanbieter diese unbestritten notwendigen Dienstleistungen zumindest nicht in der bislang von den Akustikern gebotenen Kompetenz und Qualität erbringen können. Vielfach scheidet das bereits an der fachlichen Qualifikation des Personals.

Es ist ein offenes Geheimnis, dass selbst Akustiker unter dem Diktat wirtschaftlicher Einbußen, Marktkonzentration, Festbeträgen und Versorgungspauschalen immer mehr Probleme haben, den bisherigen Nachsorge-Standard aufrecht zu erhalten. Plath³² stellt hierzu treffend fest, dass „...Erweiterungen der Anpasstechnik einen erheblichen, zusätzlichen zeitlichen, personellen und technischen Aufwand [bedeuten]“. Deshalb gehen Akustiker vermehrt dazu über, Dienstleistungen, die über die mit den Kostenträgern der GKV im einzelnen vereinbarten Versorgungs- und Reparaturpauschalen hinaus gehen, ihren Kunden in Rechnung zu stellen. Das gilt in ländlichen Gebieten mit dünner Versorgungsstruktur mehr noch als in Ballungszentren mit größerer Konkurrenzdicke.

5 Audiotherapie

Während die Bereiche medizinische Indikation, Verordnung, Versorgung und Anpassung von Hörschäden bzw. Hörgeräten dezidiert geregelt und straff organisiert sind, ergeben sich bei der nachsorgenden Betreuung Betroffener doch erhebliche Unterschiede. Konkret benannt wird dieser Missstand in der Konzeption des DSB zur Audiotherapie, in der unter Berufung auf den Nachsorgegedanken des neuen SGB IX unter anderem moniert wird, dass hörgeschädigten Patienten nach einer CI-Operation noch eine ambulante Rehabilitation zugestanden wird, die Kosten von zusammen 100.000 DM / 51.129 € und mehr verursachen und als medizinische Leistung bislang von den Krankenkassen noch voll übernommen werden, hingegen die „überwiegende Anzahl der Hörgeschädigten [.....] keine Rehabilitation

³² vgl. Plath, S. 12

erhält, sondern [.....] - mit den Hörgeräten versorgt - einfach in die Gesellschaft entlassen [wird]“.³³

Wohl gibt es für betroffene Hörgeräteträger stationäre bzw. teilstationäre Rehabilitationen in den bekannten Reha-Kliniken Bad Berleburg und Bad Grönenbach sowie im Reha-Zentrum Rendsburg, jedoch gibt es für diesen Personenkreis bislang kaum gezielte ambulante Angebote, zumindest keine die unter die Leistungspflicht der GKV fallen. Eine Ausnahme bilden die wenigen Einzel- bzw. Gruppenmaßnahmen zur Sprach- und Sprechpflege, bei denen gelegentlich auch Abseh- und Hörtraining gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden können.

Daneben werden zwar grundsätzlich Wiedereingliederungsmaßnahmen für Hörgeschädigte als so genannte ‚Anschlussrehabilitationen‘ in Fortsetzung eines vorangegangenen Krankenhausaufenthaltes wegen erschöpfungsbedingter psychosomatischer Beschwerden und anderer Folgeerkrankungen bzw. auf Grund eines (weiteren) Hörsturzes bewilligt; doch ist eine betreuende helfende, psychologische und vor allem ambulante Nachsorge nach einer Hörgeräte-Anpassung im Versorgungssystem der GKV regelhaft nicht vorgesehen.

Dieser Versorgungsengpass, aber auch das bereits beschriebene Phänomen der Schubladengeräte, hat den DSB als Dachverband der Schwerhörigen und Ertaubten Deutschlands Ende der 90-er Jahre letztlich dazu veranlasst, das neue ambulante Nachsorgeangebot einer qualifizierten Audiotherapie zu konzipieren und hierfür intensiv in Politik und Öffentlichkeit um Unterstützung zu werben.

Das DSB-Konzept geht dabei davon aus, „dass die in den bisherigen Rehabilitationszentren durchgeführten Maßnahmen [.....] bei [.....] in der Regel 4 Wochen [und] arbeitstäglich 4-5 Stunden für die originäre Rehabilitation [.....] höchstens 17 Rehabilitanden jährlich pro Therapeut/in versorgt werden [könnten]“.³⁴ Bei dem vorhandenen „Angebot von 3600 stationären Rehabilitationsplätzen“³⁵ reicht daher der tatsächliche ‚Bedarf [.....] bei rd. 1,6

³³ vgl. Boob /Mansholt, Zif. 1.1

³⁴ vgl. Deutscher Schwerhörigenbund, 2001, Zif. 1.3

³⁵ vgl. Deutscher Schwerhörigenbund, 2001, Zif. 1.3

Mio. Hörgeschädigten [.....]³⁶ und Rehabilitationsintervallen von 4 Jahren mit „400.000 Rehabilitationsplätzen pro Jahr“³⁷ nicht aus.

Um der möglichen großen Nachfrage begegnen zu können, hat der DSB im Januar 2000 in Kooperation mit der Akademie für Hörgeräteakustik (AHA) in Lübeck eine Weiterbildung zum qualifizierten Audiotherapeuten initiiert, aus der bereits die ersten 16 Fachkräfte erfolgreich hervor gegangen sind. Für die Weiterbildung ist Fachhochschulniveau angestrebt und die Prüfungen werden von anerkannten Professoren und anderen Fachkräften aus den Bereichen Psychologie, Pädagogik, Audiologie, HNO-Heilkunde, Rehabilitationsmedizin, Sprachheilkunde, Sozialrecht und Angewandten Methoden abgenommen.

Vor dem Hintergrund der erst kürzlich erfolgten bundeseinheitlichen berufsständischen Anerkennung und der noch nicht eindeutig geklärten Abrechnungsmodalitäten, versteht sich dabei Audiotherapie in Fortführung der stationären Reha-Maßnahmen als flankierendes, flächendeckendes, ortnahes, ambulantes Rehabilitationsangebot für Betroffene mit dem „Ziel hörgeschädigten Menschen mit und ohne Hörgerät zu einem differenzierten Hören und Verstehen und damit zu einer verbesserten Kommunikation zu verhelfen“.³⁸ Die betroffenen Personen sollen nicht nur über Ursachen und Hintergründe ihrer Behinderung informiert und aufgeklärt, sondern auch pädagogisch wie psychologisch in ihrem schweren Alltag begleitet werden, um Rückzugstendenzen und Isolation zu verhindern.

Im wesentlichen umfasst dabei Audiotherapie nachfolgende Aufgabenfelder:

- Ermittlung bzw. Überprüfung des Hörstatusses von Patienten auf Grund von Befunden oder eigener Messungen
- Ermittlung bzw. Überprüfung des Grades der Behinderung
- Ermittlung von Rehabilitationsbedarfen im Kontext der einschlägigen Rechtsvorschriften
- Beratung über technische Hilfen und berufliche Integrationsmaßnahmen

³⁶ vgl. Deutscher Schwerhörigenbund, 2001, Zif. 1

³⁷ vgl. Deutscher Schwerhörigenbund, 2001, Zif. 1

³⁸ vgl. Deutscher Schwerhörigenbund, 2001, Zif. 2

- Psychologische Beratung und Motivation zur Akzeptanz der Behinderung sowie zu möglichen Hörhilfen
- Soziale Integration in Familie und Beruf unter Einschluss von kommunikationsfördernden Maßnahmen für Betroffene, auch für das hörende Umfeld
- Vermittlung in Behörden- und Krankenkassenangelegenheiten
- Assistenz bei der Klärung von Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen
- Kommunikationsberatung und -training
- Eigenverantwortliche Durchführung von audiotherapeutischen Maßnahmen
- Zusammenarbeit und Abstimmung von Therapie- und Behandlungsplänen, gegebenenfalls mit anderen Fachdisziplinen

Methodisch stehen für die Bearbeitung der beschriebenen Arbeitsfelder im wesentlichen die nachfolgenden therapeutischen Instrumentarien zur Verfügung, die insofern nicht abschließend sind, weil sich aus der täglichen Praxis heraus durchaus das Erfordernis für eigene Experimente und neue Varianten ergeben kann:

- Hörtaktik in Bezug auf alltägliche und außergewöhnliche Situationen
- Hörtraining zur unterschiedlichen Geräusch-, Laut- und Sprachdifferenzierung
- Absehraining mit und ohne Hörhilfen
- Sprachübungen und Sprechkontrolle
- Kommunikationsübungen, gegebenenfalls auch im Rollenspiel
- Verhaltenstraining und Förderung sozialer Kompetenzen
- Schärfung der Wahrnehmungsfähigkeit
- Konzentrations- und Entspannungstechniken

Es versteht sich von selbst, dass die audiotherapeutische Zielsetzung zum Wohle der Klienten um so besser gelingt, je harmonischer sich die Zusammenarbeit des Audiotherapeuten mit dem sozialen Umfeld des Klienten wie auch den involvierten Fachärzten und Akustikern gestaltet. Hierzu empfiehlt die DSB-Konzeption als Qualitätssicherungsmaßnahme „für die Patienten einen Kommunikationspass, in dem die durchgeführten Therapiemaßnahmen der Audiotherapeuten und der übrigen an der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme beteiligten

Fachdisziplinen dokumentiert werden“.³⁹ Ebenso ist im Hinblick auf die gesellschaftliche, rechtliche und technische Dynamik eine laufende Fort- und Weiterbildung der Audiotherapeuten sowie eine sinnvolle Vernetzung geboten.

6 Versorgungsansprüche

Aus dem Spektrum der vorgenannten audiotherapeutischen Aufgabenfelder möchte ich mich bei meinen weiteren Ausführungen vorwiegend auf die Punkte Beratung und Assistenz bei der Klärung von Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen sowie Vermittlung in Behörden- und Krankenkassen konzentrieren. Denn neben den technischen, psychologischen und sozialen Aspekten der Audiotherapie gibt es gerade in diesem Bereich einen Mangel an konkreten Hilfsangeboten für betroffene Hörgeschädigte, den ich in meinen bisherigen Abhandlungen versucht habe darzulegen.

Zum besseren Verständnis möchte ich die mir wesentlichen Dinge noch einmal kurz zusammen fassen. Potenzielle Hörgeräte-Träger haben die ‚Wahl‘ zwischen einer Versorgung zum vorgegebenen Festbetrag der GKV oder z.T. beträchtlichen eigenen Zuzahlungen. Die gesetzliche Hörgeräte-Versorgung zum Festbetrag umfasst lediglich eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hörgeräte-Versorgung, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. Es ist nicht die von Fachleuten geforderte ‚optimale‘ Versorgung mit Hörhilfen, die am ehesten dem rechtlichen Gebot des Notwendigen entsprechen und geeignet sind, den Hörschaden zu bessern bzw. eine Verschlimmerung zu verhüten. Betroffene mit einer hochgradigen Schwerhörigkeit können nach Absenkung der ursprünglichen Pauschalen kaum mehr ausreichend zum Festbetrag versorgt werden. Im Hinblick auf viele anhängige Rechtsverfahren und die noch ausstehende Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum zitierten Vorlagebeschluss des Bundessozialgerichts von 1995 zur Rechtmäßigkeitsprüfung der ‚Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien‘ herrscht unter Leistungserbringern, Kostenträgern und Versicherten eine große Verunsicherung in Bezug auf rechtmäßige Leistungs- bzw. Versorgungsansprüche für Hörhilfen. Betroffene müssen sich ihre Ansprüche auf einen angemessenen Behinderungsausgleich durch adäquate Hörhilfen in langwierigen

³⁹ vgl. Deutscher Schwerhörigenbund, 2001, Zif. 2

Verwaltungsverfahren und Einzelklagen erst erkämpfen, so dass die bestehende Rechtsunsicherheit grundsätzlich zu Lasten potenzieller Hörgeräte-Träger geht. Beratungs- und Hilfsangebote sind in diesem Spannungsfeld eher spärlich, Finanzierungsmodelle und -möglichkeiten gibt es allenfalls vereinzelt. Diese widrigen Umstände entsprechen daher weder der staatlichen Fürsorgeverpflichtung noch dem gesetzlichen Versorgungsauftrag der GKV noch dem Leitgedanken zur uneingeschränkten Teilhabe Behinderter am Leben im Sinne des neuen SGB IX.

Das wirft die Frage auf, welche Rechte und Leistungsansprüche haben betroffene Hörgeschädigte für eine Versorgung mit einer ihrer Hörschädigung entsprechenden optimalen Hörhilfe in diesem Kontext überhaupt? Wie lassen sich diese um- bzw. durchsetzen und welche Hilfen und Unterstützung können unter den gegebenen Umständen tatsächlich konkret gewährt werden?

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich der Fokus sämtlicher Betrachtungen der Beteiligten in aller Regel auf die Bestimmungen des SGB V, dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und seine ausführenden Bestimmungen, richtet. Ein wesentlicher Grund mag darin liegen, dass dort grundlegende Ansprüche beschrieben und definiert sind sowie das Verfahren festgelegt ist, welche zur Erfüllung der gesetzlichen Versorgungsleistungen vorgegeben sind.

Darüber hinaus gibt es im Rahmen unseres Systems der sozialen Sicherung jedoch weitere einschlägige Rechtsvorschriften, die in Anlehnung an den Rehabilitationsgedanken zu Gunsten Betroffener einen Anspruch auf die Gewährung von adäquaten Hörhilfen begründen, sei es vollständig, teilweise oder auch nur subsidiär. Vereinzelt sind diese Ansprüche nicht einmal an die restriktiven Vorgaben des SGB V gebunden und ist es hier durchaus möglich, ein Hörgerät gänzlich ohne Beschränkung und Zuzahlung bewilligt zu bekommen. Dieser Aspekt wird bei der Hörgeräte-Versorgung leider wenig beachtet. Daher möchte ich im nachfolgenden eine Übersicht etwaiger anderer Anspruchsgrundlagen geben und diese näher erläutern.

Neben dem Regelwerk der gesetzlichen Krankenversicherung kommen als weitere Anspruchsgrundlagen das SGB III (Recht der Arbeitsförderung), das SGB VI (Recht der

gesetzliche Rentenversicherung), das SGB VII (Recht der gesetzliche Unfallversicherung, einschließlich sozialer Entschädigung) sowie das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in Betracht, nebst deren jeweiligen Ausführungsgesetzen und angegliederten Rechtsverordnungen. Diese Leistungsgesetze umfassen im wesentlichen sämtliche Zweige der Rehabilitation im System der Sozialen Sicherheit, die von den jeweiligen Trägern der Rehabilitation wahrgenommen werden.

Dabei hat sich insoweit ein wesentlicher Wandel vollzogen, als mit Inkrafttreten des neuen SGB IX zum 1.7.2001 sich das Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im Sozialgefüge der Bundesrepublik Deutschland grundlegend verändert hat. Es sprengt den Rahmen dieser Arbeit sämtliche Neuerungen darzustellen. Daher sei an dieser Stelle nur soviel erwähnt: ...“nicht mehr die Fürsorge und Versorgung behinderter Menschen [.....] [steht im Mittelpunkt der Rehabilitation], sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen“.⁴⁰

In diesem neuen Rahmen versteht sich Rehabilitation als Gesamtheit aller Maßnahmen zur gesellschaftlichen Eingliederung körperlich, geistig oder seelisch behinderter Menschen oder Menschen, die von solcher Behinderung bedroht sind. Auch wenn von einzelnen Phasen bzw. Zweigen gesprochen wird, wird die „Rehabilitation [als] [.....] einheitlicher Vorgang begriffen, [.....] in dem nichts zufällig passiert [und] die einzelne Maßnahmen nicht getrennt, sondern z.T. parallel laufen oder ineinander greifen“.⁴¹

In dieser aktuellen Rechtssystematik wird dabei grundsätzlich unterschieden in:

- **Leistungen zur medizinische Rehabilitation** - der vorliegende Gesundheitsschaden soll soweit wie möglich ausgeheilt oder wiederhergestellt werden, dass eine Behinderung abgewendet bzw. der Behinderte (wieder) in Beruf und Gesellschaft integriert werden kann

⁴⁰ interfraktioneller Entschließungsantrag vom 19.5.2000, BT-Drucksache 14/2913 in ‚Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen‘, der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation, S. 5

⁴¹ vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation, S. 12

- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (berufliche Rehabilitation) - durch Eingliederungsmaßnahmen und begleitende Hilfen im Arbeits- und Berufsleben sollen Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit und Beruf integriert werden
- **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** (soziale Rehabilitation) - durch sinnvolle (subsidiäre) Eingliederungshilfen soll Behinderten durch eine die persönliche Entwicklung ganzheitlich fördernde, angemessene Teilhabe am Leben in möglichst selbstständiger, selbstbestimmter Lebensführung ein gebührender Platz in der Gesellschaft ermöglicht werden

Daneben komplettieren sonstige unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen zur Teilhabe das Angebot der verschiedenen Rehabilitationsträger. Rehabilitationsträger ist in diesem Zusammenhang diejenige Institution/Körperschaft des öffentlichen Rechts, die Kraft Gesetzes die Kosten für die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme tragen muss.

Die Bestimmungen des SGB IX sind noch relativ jung und es gibt bislang wenig Erfahrung im praktischen Umgang mit diesen Vorschriften. Insbesondere wurde ein Eckpfeiler dieser Reform noch nicht umgesetzt: Die flächendeckende Einrichtung der so genannten ‚Servicestellen‘, die als zentrale Anlauf-, Beratungs- und Koordinierungsstellen für sämtliche Ansprüche und Rehabilitationsleistungen gedacht sind. Wenn sich aus dem SGB IX selbst konkrete Leistungsansprüche nicht herleiten lassen, so wurden die Rechte Behinderter insofern gestärkt, als nunmehr elementare Grundsätze und Ansprüche der Teilhabe Behinderter am gesellschaftlichen Leben in diesem Reformwerk zusammengefasst sind und im Gegensatz zum bisherigen Recht für die Rehabilitationsträger unmittelbar bindende Wirkung zum Wohle Betroffener entfalten, soweit nicht in den einzelnen Leistungsgesetzen Abweichendes bestimmt ist.

Vor diesem Hintergrund versteht sich die Darstellung der nachfolgenden Anspruchsgrundlagen zur Hörgeräte-Versorgung daher zunächst als theoretischer Maßstab, der eine erste Orientierung bieten soll, der sich situativ aber noch stark an die Praxis des bisherigen Rechts anlehnt. Dabei sind die Leistungen der medizinischen Rehabilitation für die weiteren Betrachtungen nach wie vor von zentraler Bedeutung, weil sie explizit einen grundlegenden Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln und im besonderen auf

Hörgeräte begründen. Trotz der generellen Ausrichtung auf Festbeträge im SGB V sind dort, wie auch in anderen Sozialleistungsbereichen, im Rahmen des pflichtgemäßen Ermessens durchaus Räume für eine zuzahlungsfreie Hörgeräte-Versorgung gegeben, die es für Betroffene auszuloten und zu nutzen gilt.

Die Hörgeräte-Versorgung als Teilleistung vornehmlich der medizinischen Rehabilitation begründet sich aus unterschiedlichen Rechtsgrundlagen je nachdem, welcher Rehabilitationsträger im konkreten Einzelfall in der Pflicht zur Leistung steht. Daneben kann sich der Anspruch auf eine Hörhilfe aber auch aus dem Zusammenhang einer vorrangigen anderen Rehabilitationsleistung ergeben, so z.B. aus einer beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahme, für deren Erfolg eine ausreichende Kommunikation unabdingbar ist.

Die Zuständigkeit der Kostenträgerschaft bzw. die Abgrenzung des Leistungsvorrangs des einen gegenüber einem anderen Rehabilitationsträger kann im Einzelfall schwierig sein und muss dann gegebenenfalls durch die neuen Servicestellen nach den §§ 22 ff. SGB IX, schlimmstenfalls auf dem Gerichtswege, geklärt bzw. entschieden werden.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung besteht im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach den §§ 26 und 31 SGB IX i.V.m. den §§ 11 und 33 Abs. 1 des SGB V konkret ein Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, die im Einzelfall erforderlich sind, um einen Hörschaden (weitgehend) auszugleichen. Dieser Anspruch ist zwar durch die §§ 33 Abs. 2 und 36 SGB V grundsätzlich auf den von den Krankenkassen zu bestimmenden Festbetrag beschränkt, doch ergeben sich durchaus Möglichkeiten zu einer Kostenübernahme über diesen Festbetrag hinaus. Dies wird gerne häufig übersehen, geflissentlich überlesen oder von den Kostenträgern schlichtweg in Abrede gestellt.

So sehen die Ziffern 65.1 – 65.4 der ‚Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien‘ explizit verschiedene Indikationen einer Sonderversorgung vor, soweit diese mit einer besonderen Begründung durch den HNO-Arzt verordnet wurden. Wohl ist für die gesonderte Versorgung von Taschengeräten ein Festbetrag vorgesehen, nicht jedoch für die übrigen Sonderversorgungen von Knochenleitungs-Hörbrillen, der so genannten ‚Cros-Versorgung‘ oder anderer drahtloser und drahtgebundener schallverstärkender Geräte (wie z.B. drahtlose

Übertragungsanlagen, Handmikrofon etc.). Dabei ist die letztgenannte Indikation insofern interessant, als man hierunter auch Fernbedienungen, MicroLink- und Mikroport-Anlagen subsumieren kann.

Die Stellung einer Sonderindikation, die Verordnung mit besonderer Begründung sowie die Tatsache, dass für diese Geräte keine Festbeträge vorgesehen sind, machen nur Sinn, wenn damit eine volle Kostenübernahme verbunden ist. Anders hätte der Gesetzgeber diese Sachverhalte anders regeln können bzw. müssen.

Unter die medizinische Rehabilitation fallen nach § 33 Abs. 1 SGB V neben der Instandhaltung (Reparatur) und der Ersatzbeschaffung (in der Regel nach 6 Jahren) ferner die Kosten für die Ausbildung im Gebrauch (des Hilfsmittels), wobei weder im SGB V noch in den Ziffern 61 bis 69 der ‚Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien‘ eindeutig geregelt ist, was letzteres konkret bedeutet, wen diese Verpflichtung konkret betrifft und, ob vor allem hiermit auch die gebotene Nachbetreuung / Nachsorge von Hörgeräte-Trägern durch die Akustiker gemeint ist. Näheres hierzu regelt sich allerdings in den gemeinsamen Empfehlungen zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 126 Abs.1 und 2 SGB V sowie in den nach § 127 SGB V obligatorischen Versorgungsverträgen auf Landesebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Innungsverbänden der Akustiker.

Auf Grund regionaler Unterschiede sowie verschiedener Interessenlagen der Krankenkassen und der Akustiker-Verbände haben sich entgegen dem gesetzlichen Anspruch in der Praxis hier jedoch uneinheitliche Versorgungsstrukturen herausgebildet, die am wenigsten betroffenen Hörgeräte-Trägern eine Transparenz ermöglichen. So ist auch weiterhin nach außen häufig unklar, welche Leistungen der Nachsorge / Nachbetreuung im Rahmen einer Hörgeräte-Versorgung zuzahlungspflichtig bzw. zuzahlungsfrei sind. Dieser Zustand ist eigentlich nicht hinnehmbar; er eröffnet andererseits aber Verhandlungsspielraum im Rahmen einer audiotherapeutischen Beratung.

Die gesonderte Versorgung über die Festbeträge hinaus gilt dann gleichermaßen für andere Regelwerke, wie die Sozialhilfe, die Beihilfebestimmungen für Beamte oder die Krankenversicherung für Landwirte (KVLG), soweit diese in analoger Anwendung ihrer Vorschriften gerne auf die einschlägigen Bestimmungen des SGB V verweisen.

Schwierig ist die Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und der Pflegeversicherung. Hier darf aber davon ausgegangen werden, dass die Kostenübernahme für Hörhilfen vorrangig von der GKV zu leisten ist, da Hörgeräte in der Regel kaum dazu geeignet, sind eine Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu mindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten (§ 31 Abs.1, S. 1 i.V.m. § 5 SGB XI).

Wesentlich unproblematischer hingegen ist die Kostenfrage, wenn die gesetzliche Rentenversicherung als potenzieller Kostenträger ins Spiel kommt, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation oder eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben handelt. Denn beide Rehabilitationsleistungen zielen darauf ab, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten nach Krankheit bzw. bei Behinderung so lange wie möglich zu erhalten und den Rentenbezug möglichst bis zum regulären Eintritt ins Rentenalter hinaus zu schieben (§ 9 SGB VI). Dieses Prinzip gilt gleichermaßen für die Rentenversicherung der Arbeiter, der Angestellten, der Knappschaften oder der Alterssicherung der Landwirte. Dabei ist meist unstrittig, dass die Verordnung einer Hörhilfe, deren Reparatur und Ersatzbeschaffung sowie gebotene Zusatzgeräte und die Ausbildung im Gebrauch dieser Geräte für die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit bei Hörschäden von entscheidender Bedeutung sein können. Ähnlich verhält es sich mit dem Nutzen bzw. Erfolg von berufsfördernden Reha-Maßnahmen für Hörgeschädigte durch den Einsatz optimaler Hörhilfen.

Bei Erfüllung der obligatorischen persönlichen Voraussetzungen werden daher gemäß § 26 SGB IX i.V.m. den §§ 15 Abs. 1 und 31 Abs. 1, Nr. 1 SGB VI im Rahmen einer medizinischen Leistung bzw. einer sonstigen Leistung zur Sicherung des Rehabilitationserfolges die Kosten für Hörhilfen in der Regel von der gesetzlichen Rentenversicherung voll übernommen, soweit nicht andere Ausschlussgründe dem entgegen stehen. Denn ein vorzeitiger Rentenbezug übersteigt diesen Kostenaufwand oft um ein Vielfaches. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, den Rehabilitationsantrag immer zuerst beim Rentenversicherungsträger zu stellen, da hier im Gegensatz zu anderen Rehabilitationsträgern eine zuzahlungsfreie Hörversorgung am ehesten möglich ist. Denn nach § 32 SGB VI ist eine Zuzahlung von Versicherten bei Hilfsmitteln grundsätzlich nicht vorgesehen .

Während die Altersversorgung der Landwirte sich analog dem Recht der Rentenversicherung verhält, regeln sich etwaige Rehabilitationsansprüche für Beamte, Pensionäre und gegebenenfalls andere Personen nach anderen Versorgungsvorschriften, deren Modalitäten wesentlich restriktiver als die Bestimmungen des SGB VI der gesetzlichen Rentenversicherung sind. Leer geht bei dieser zuzahlungsfreien Hörgeräte-Versorgung allerdings aus, wer u.a. eine vorzeitige Rente bzw. Altersteilzeit oder Rentenersatzleistungen bezieht.

Abgekoppelt vom Leistungsanspruch der gesetzlichen Rentenversicherung sind zudem Personen, die kraft Gesetzes wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts, Ansprüche gegenüber der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) oder nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) einschließlich seiner nachgeordneten Gesetze (z.B. Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, dem Opferentschädigungsgesetz u.a.m.) geltend machen können. Neben Beschäftigten sind dies u.a. Teilnehmer von Reha-Maßnahmen, Studenten, Entwicklungs- und andere ehrenamtliche Helfer sowie unter bestimmten Voraussetzungen auch Künstler und Selbstständige. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation oder gegebenenfalls als ergänzende Leistung zu einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme können hier nach § 26 SGB IX i.V.m. den §§ 26, 27 und 33 SGB VII bzw. § 11 Abs. 1 BVG im Versicherungsfall zur Linderung des eingetretenen Gesundheitsschadens oder einer Behinderung ebenfalls die Kosten für eine Hörgeräte-Versorgung übernommen werden. Wichtig ist dabei aber, dass der Hörschaden im inneren ursächlichen Zusammenhang mit dem eingetretenen Schadensereignis stehen muss. Dieses gilt nach den Vorschriften der Berufskrankheitenverordnung (BKV) verstärkt, wenn eine Hörbehinderung zur Anerkennung als Berufskrankheit ansteht.

Soweit ersichtlich, sehen die einschlägigen Vorschriften des SGB VII keine Restriktionen bzw. Verweisungen auf das SGB V vor. Somit kommt hier eine ähnlich großzügige Kostenübernahme für Hörhilfen wie bei der gesetzlichen Rentenversicherung in Betracht. Das gilt im besonderen Maße für das BVG und seine Nebengesetze als Ausdruck der engen Fürsorgeverpflichtung des Staates gegenüber Kriegsversehrten und Soldaten.

Für den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben bzw. der beruflichen Rehabilitation ist grundsätzlich die Bundesanstalt für Arbeit zuständig mit dem Ziel, über geeignete Arbeits- und Berufsförderungsmaßnahmen die vollständige und dauerhafte Eingliederung Behinderter in Arbeit und Beruf zu ermöglichen und drohender Arbeitslosigkeit entgegen zu wirken. Als Anspruchsgrundlage für die Kostenübernahme einer Hörgeräte-Versorgung kommen hier konkret § 33 SGB IX i. V. m. den §§ 102 und 114 Abs. 1, S. 1 Nr. 3 SGB III in Frage, soweit dieses Hilfsmittel bzw. die technische Arbeitshilfe zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einer berufsfördernden Bildungsmaßnahme bzw. zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg von und zum Arbeitsplatz erforderlich ist. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich über diese Kommunikationshilfe als flankierende Maßnahme letztlich der Erhalt der Berufsfähigkeit oder der Erfolg des jeweiligen Förderungszieles noch am ehesten gewährleisten lässt. Hier werden die Hörhilfen im Regelfall vom Arbeitsamt voll bezahlt; es sei denn, Betroffene erhalten bereits aus Mitteln der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabe geförderte ergänzende Kommunikationshilfen, wie z.B. Mikroport- oder MicroLink-Anlagen, durch ihren Arbeitgeber oder Bildungsträger leihweise zur Verfügung gestellt.

Einen Sonderfall der Hörgeräte-Versorgung stellen die so genannten begleitenden Hilfen im Arbeitsleben nach dem Schwerbehinderten-Gesetz dar. Diese Maßnahmen haben nach § 102 Abs. 2 SGB IX das Ziel, schwerbehinderte Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken zu lassen, sicher zu stellen, dass sie auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Kenntnisse und Fähigkeiten behinderten- und persönlichkeitsgerecht verwerten und weiter entwickeln können. Sie haben ferner das Ziel, dass behinderte Menschen durch geeignete Maßnahmen befähigt werden, sich am Arbeitsplatz im Wettbewerb mit Nichtbehinderten zu behaupten. Nach § 102 SGB IX i.V.m. den §§ 17 Abs. 1, Nr. 1a und 19 der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV) werden grundsätzlich u.a. auch Kosten für gebotene Hörhilfen und deren Ausbildung im Gebrauch bis zur vollen Höhe übernommen .

Hierbei gelten jedoch nachfolgende Einschränkungen. Der Anspruchsberechtigte muss mindestens Gleichgestellter im Sinne des Schwerbehinderten-Gesetzes sein und im Berufsleben oder in der Betreuung eines Integrationsfachdienstes stehen. Daneben gilt das so genannte ‚Aufstockungsverbot‘ nach § 18 der SchwbAV, welches gebietet, dass bei

vorrangigen Leistungsverpflichtungen anderer Rehabilitationsträger keine Aufstockung von Differenzbeträgen aus Mitteln der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabe erfolgen darf. In der Konsequenz heißt das, dass eigentlich die Integrationsämter (ehemals Hauptfürsorgestellen) Hörhilfen nicht bezuschussen dürfen, wenn bereits eine Kostenübernahme durch vorrangige andere Kostenträger, vornehmlich durch die gesetzliche Krankenversicherung und durch das Sozialamt, auf der Basis von Festbeträgen erfolgt ist. In der Bewilligungspraxis ist dieses Aufstockungsverbot jedoch wenig bekannt, so dass es hier ebenfalls einen Ansatz für audiotherapeutisches Eingreifen gibt.

Problematisch ist ferner, dass mit Ausnahme des obligatorischen Anteils am überregionalen Ausgleichsfond des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung die Zuständigkeit zur Verwendung der Mittel aus der Ausgleichsabgabe für Schwerbehinderte weitestgehend in die Zuständigkeit der Länder fällt. Insoweit kann jedes Bundesland im vorgegebenen Rahmen seine eigenen Förderungsschwerpunkte setzen. Deshalb gibt es keinen konkreten Rechtsanspruch auf Mittel aus der Ausgleichsabgabe für die Kostenübernahme von Hörhilfen. Es handelt sich lediglich um eine ‚Kann-Leistung‘. Darüber hinaus ist in der Tendenz festzustellen, dass sich in einigen Bundesländern die individuelle Förderung Schwerbehinderter immer mehr zu Gunsten von Projektförderungen an Einrichtungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben verschiebt. Persönliche Hilfen, einschließlich gebotener Hörhilfen werden daher heute von den Integrationsämtern nicht selten nur noch mit Kostenzuschüssen bedacht oder allenfalls auf Darlehensbasis gewährt.

Nach dem Subsidiaritätsprinzips, dem Nachrang anderer staatlicher Leistungsansprüche vor der Sozialhilfe, kommt schließlich die finanzielle Förderung von Hörhilfen nach den Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) in Betracht. Im Rahmen der Eingliederungshilfe zur Teilhabe am Leben und in der Gemeinschaft (sozialen Rehabilitation) nach § 40 Abs. 1, Nr. 8 sowie nach § 9 Abs. 1, Nr. 8 der Verordnung zu § 47 BSHG (Eingliederungsverordnung) haben Hörgeschädigte einen Anspruch auf eine Kostenerstattung für notwendige Hörhilfen aus Mitteln der Sozialhilfe. Diese Leistung ist jedoch in Anlehnung an die Bestimmungen des SGB V sowie über das Aufstockungsverbot grundsätzlich auf den obligatorischen Festbetrag beschränkt. Das Festbetragsprinzip ließe sich allenfalls über die

bereits beschriebene Analogie nach Maßgabe der Ziffern 61 ff. der ‚Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien‘ über die Sonderversorgung aufbrechen.

Unklare Versorgungsansprüche in Bezug auf (zuzahlungsfreie) Hörgeräte ergeben sich derzeit für hörgeschädigte Studenten. Soweit eine Kostenübernahme für Hörhilfen nach dem BSHG oder dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) ausscheidet, hätten Studenten nach dem neuen SGB IX allenfalls einen Anspruch auf einen Gebärdendolmetscher oder die Ausleihe von Kommunikationshilfen, soweit diese dem jeweiligen Bildungsträger (hier: der Universität) bereits aus Mitteln der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabe finanziert wurden. Hier ist eine Nachfrage beim jeweils zuständigen Studentenwerk bzw. der betreffenden Universitätsverwaltung angebracht und hilfreich.

Interessant ist letztlich eine neue Versorgungsvariante nach § 17 Abs. 1, Nr. 4 SGB IX. Danach können zukünftig Leistungen zur Teilhabe auch als persönliches Budget gewährt werden. Betroffene können mit einem festgelegten Budget, das so bemessen ist, dass eine Deckung des festgestellten Bedarfs unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit möglich ist, zukünftig die gebotenen Leistungen selbst einkaufen. Allerdings muss dieser Versorgungsweg noch in einem Modellvorhaben erprobt werden, so dass diese Option vorerst noch keine praktische Relevanz hat.

7 Audiotherapeutische Intervention

‚Audio‘ leitet sich vom Lateinischen ‚audire‘ ab und meint wörtlich übersetzt ‚hören‘. Das Wort Therapeut entstammt dem Griechischen ‚therapeutes‘ und bezeichnet in der Übersetzung den Diener, Pfleger bzw. Wärter (im Wortsinn: ‚auf etwas achthaben‘). Intervention geht ursprünglich zurück auf das lateinische Wort ‚intervenire‘ und heißt wörtlich übersetzt soviel wie ‚dazwischenkommen‘, ‚dazukommen‘, ‚dazutreten‘. In seiner substantivierten Form, definiert sich Intervention als Dazwischentreten, Einmischung, Eingreifen und Vermittlung.⁴²

⁴² Wahrig Deutsches Wörterbuch, S. 192, 697, 1276, 1411

Mit diesen Begrifflichkeiten ist zutreffend beschrieben, worum es bei der Beratung hörgeschädigter Menschen hauptsächlich geht. Der Audiotherapeut dient dem Hören und wacht als sein Wärter darüber, dass das (Rest-)Hören gebührend gehegt und eben auch gepflegt wird. Im Mittelpunkt der therapeutischen Beziehung stehen dabei die gestörte auditive Kommunikation und der hörgeschädigte Klient mit seinen daraus erwachsenen vielschichtigen Problemlagen.

Letztere ergeben sich zwangsläufig daraus, dass abhängig vom jeweiligen Hörverlust und von persönlicher Disposition die Hörschädigung eine gravierende Beeinträchtigung der alltäglichen Kommunikation mit sich bringen kann, die Betroffene im Kontakt mit ihrer Umwelt zusätzlich behindert. Denn das stete Bemühen darum, selbst mit bereits vorhandenen Hörhilfen den Rest, den man noch hört, akustisch zu verstehen und gedanklich zu verarbeiten, bereitet permanenten Stress und mindert die Lebensqualität erheblich.

Vor diesem Hintergrund benötigen Hörgeschädigte bei der Bewältigung ihres beschwerlichen und aufreibenden Alltags Assistenz, Beratung und Begleitung, um dem möglichen Abrutschen ins gesellschaftliche Abseits wirksam begegnen zu können. Hier tritt nun der Audiotherapeut mit seinem Wissen um das ‚schwere Hören‘ intervenierend hinzu, greift im Einzelfall ein und vermittelt, soweit dies geboten ist und erwünscht wird, bei allen Fragen, die im mittelbaren oder unmittelbaren Zusammenhang mit den Hörproblemen eines Klienten stehen, quasi in der Funktion eines Hör-Lotsen.

Wie bereits angedeutet, will ich mich für diese Arbeit bei den Möglichkeiten einer auditherapeutischen Intervention im wesentlichen beschränken auf die Gesichtspunkte der Assistenz bei der Klärung der beschriebenen Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen sowie der Vermittlung in Behörden- und Krankenkassenangelegenheiten. Denn nach dem Studium einschlägiger Literatur und auf Grund eigener langjähriger Erfahrungen im Selbsthilfebereich Hörgeschädigter stellt sich die Situation für mich wie folgt dar: Wohl gibt es viele Anlaufstellen für die menschlichen, psychologischen und technischen Aspekte einer auditiven Beratung, wenngleich bei weitem nicht genug, doch gibt es wenig, um nicht zu sagen kaum, kompetenten institutionellen Sachverstand, was kostengünstige Finanzierungsmöglichkeiten zur Hörgeräte-Versorgung anbelangt.

Meine bisherigen Ausführungen und die im vorigen Kapitel aufgezeigten unterschiedlichen Anspruchgrundlagen sollten deutlich gemacht haben, warum das so ist. Jede Hörschädigung ist individuell und begründet somit einen anderen Lebenssachverhalt, die in ihrer Vielfalt nur schwer unter die geltende Rechtslage zu subsumieren sind; insbesondere deswegen, weil einzelne Hörschicksale und normative Nivellierungsbestrebungen nur schwer miteinander zu vereinbaren sind. Deshalb hat das Recht der sozialen Sicherung auch mit Einführung des SGB IX, noch nicht wesentlich zur Bündelung und Transparenz von Leistungsansprüchen beigetragen.

Dafür gibt es einfach noch zu viele unterschiedliche Rechtsvorschriften, die außerdem immer wieder zwangsläufigen Änderungen unterworfen sind. Daneben ist die ‚große Konkurrenz‘ der verschiedenen Kostenträger ebenfalls nicht gerade förderlich, wenn es um die Befriedigung konkreter Leistungsansprüche geht. Im übrigen muss sich das Zusammenwirken der neuen Rechtsbeziehungen und müssen sich die das System der sozialen Sicherheit tragenden Körperschaften nach dem neuen Recht in der Praxis noch organisieren und erst einmal bewähren.

In diesem Zusammenhang versteht sich das propagierte Angebot in Finanzierungsfragen und institutionelle Vermittlung nicht isoliert von den übrigen audiotherapeutischen Hilfen, sondern als ein Mosaik einer breiten Angebotspalette für Menschen mit Hörproblemen, in der alle Facetten einer auditiven Hörversorgung in ihrer Gesamtheit sinnvoll aufeinander abgestimmt sind. Denn nach meinem Verständnis macht ein verordnetes Hörgerät erst dann zufrieden, wenn es möglichst optimal technisch ausgelegt, fachmännisch angepasst, akzeptiert und vor allem auch bezahlbar ist!

Welche Möglichkeiten einer audiotherapeutischen Intervention Hörgeschädigter bieten sich nun an? Aus meiner Sicht beinhalten die besondere Thematik und der audiotherapeutische Prozess drei Ebenen, eine allgemeine, eine institutionelle sowie eine (bilaterale) persönliche Dimension:

allgemein:

- **Sammlung von Infos** – speziell zu den Themen Hörschädigung, audiologische bzw. audiometrische Zusammenhänge, medizinische Aspekte, Hörgeräte-Technik und Hörgeräte Anpassung, wirtschafts-, betriebs- und finanzwirtschaftliche Hintergründe, Sozial-, Gesundheits- und Medizinrecht
- **Erhebung einer Situationsanalyse** – Sichten und Sammeln einschlägiger Rechtsvorschriften, Analyse und Bewerten des Marktgeschehens für Hörhilfsmittel, vergleichendes Beobachten von Preisen für Hörhilfen, studieren entsprechender (Fach-) Literatur
- **Akquirierung von Finanzierungsmöglichkeiten und -modellen** - Infos über und Ausloten von finanziellen Förderungsmaßnahmen, Werben und Ringen um neue (auch außergewöhnliche) Finanzierungsformen und -modelle, gegebenenfalls Mittelbeschaffung und Knüpfen finanzieller Kontakte

institutionell:

- **Kontaktpflege und Netzwerk-/Multiplikatorenarbeit** - das Wirken für die Belange Behinderter im allgemeinen und Hörbehinderter im besonderen setzt ein hohes Maß an Interaktion und Kontaktpflege mit anderen im jeweiligen wie auch angrenzenden Arbeitsgebieten beschäftigten Fachkräften voraus und ist umso effektiver, je besser die Vernetzung mit anderen Personen, Organisationen und Multiplikatoren funktioniert
- **Kooperation und Mittlerfunktion** - ähnliches gilt für die gebotene Bereitschaft zu befruchtender Kooperation mit diesen Personen und Institutionen, in der Audiotherapie selbst ist eine engagierte, kommunikative, selbstbewusste und neutrale Mittlerrolle zwischen den häufigen finanziellen Zwängen und konkurrierenden Ansprüchen und Interessen unabdingbar

- **Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit** - sämtliches Engagement für Klienten und die Sache ist erfolglos, wird die fachliche Arbeit nicht flankiert von einer gebotenen Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit über Hintergründe, Motive und Ziele; erst hierüber lässt sich meist notwendige Breitenwirkung und Akzeptanz der Hörbehinderung und die Probleme Betroffener erreichen

persönlich:

- **Persönliche Beratung** - hier gilt es im vertraulichen offenen Gespräch zunächst die Situation, die Beweggründe und den Hörstatus des Klienten abzuklären und mit ihm ein verbindliches bilaterales Einvernehmen darüber zu erzielen, was situativ machbar ist, um eventuellen Enttäuschungen vorzubeugen; hilfreich sind dabei klare Absprachen und ein Kontrakt zwischen Klient und Audiotherapeut
- **Assistenz / Begleitung** - in diesem Zusammenhang ist die Abgrenzung zwischen Klient und Therapeut bedeutsam, wie viel Initiative und Eigenverantwortung kann dem Klienten in Bezug auf das oberste Beratungsziel der gebotenen Hilfe zur Selbsthilfe zugestanden bzw. abverlangt werden
- **Vermittlung zwischen Kostenträgern, Behörden und Gerichten** - in diesem Schritt benötigen Klienten sicherlich am meisten audiotherapeutische Unterstützung, zumal es immer schwer ist, Anwalt in eigener (betroffener) Sache zu sein, hinzu kommt ferner, dass es selbst Fachleuten schwer fällt, sich in diesem Spannungsfeld zurecht zu finden und dennoch gelassen zu bleiben
- **Information / Motivation / Selbstwert** – ganz wesentlich hängt audiotherapeutische Beratung im allgemeinen wie besonderen davon ab, inwieweit es gelingt, den Klienten informativ soweit auf den Stand zu bringen und ihn soweit zu aktivieren und motivieren, dass er in der meist schwierigen und langwierigen Auseinandersetzung um die Kostenklärung für eine adäquate Hörgeräte-Versorgung kompetent, gleichwertig und selbstbewusst bestehen kann.

Vor diesem Hintergrund versteht sich audiotherapeutische Intervention als Angebot an den Klienten, ihm konkret bei einer Kostenklärung seiner Hörgeräte-Versorgung behilflich zu sein. Dabei sind unterschiedliche Fallgestaltungen denkbar. Zum einen kann das im Vorfeld einer grundsätzlichen Kaufentscheidung sein, zum anderen bei situativ anstehenden Finanzierungsproblemen oder im Stadium einer Reklamation. Es kann sich handeln um eine Abklärung bzw. Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Kostenträger, dem Akustiker sowie im Zusammenhang mit anhängigen Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren, soweit noch keine anwaltliche Hilfe in Anspruch genommen wurde.

Dabei ist mit dem Klienten die jeweilige Ausgangslage, Motivation und Intention zu besprechen und abzuklären. Nach eingehender Erörterung und Information zum Sachverhalt und der situativen Problematik ist eine Abstimmung zur Strategie des weiteren Vorgehens zu entwickeln, die auf die individuellen Bedürfnisse des Klienten auszurichten ist. Hier sind ebenfalls mehrere Optionen möglich.

Die Sach- und Rechtslage ist eindeutig und lässt keine Spielräume für Ermessen in der Kostenfrage, weil nur ein Festbetrag und kein anderer Geldgeber in Frage kommt. In diesem Fall bieten sich die Alternativen an, die (meist) restriktive Entscheidung des Kostenträgers letztlich zu akzeptieren oder auf andere Finanzierungsmöglichkeiten der über den Festbetrag hinausgehenden Versorgung hinzuarbeiten. In Frage kämen Ratenvereinbarungen mit dem Akustiker, die Finanzierung der Hörhilfe direkt über ein Darlehen oder ein vorsorgliches Ansparen einer im Raume stehenden Hörgeräte-Versorgung. Zu bedenken ist dabei, dass die Realisierung letztlich auch vom jeweiligen Geldbeutel und von den Umständen des Einzelfalles abhängig ist und sich diese Problematik mit jeder Verordnung eines neuen Hörgerätes wiederholt.

Die Sach- und Rechtslage wurde ermessensfehlerhaft zu Ungunsten des Klienten entschieden. Hier ist auf Möglichkeiten des Verwaltungsverfahrens und gegebenenfalls des weiteren Rechtswegs zu verweisen, soweit keine offenkundigen Tatsachen oder Gründe ersichtlich sind, den Entscheidungsträger kurzfristig zu einer anderen rechtlichen Bewertung bewegen zu können. Unter Umständen ist Rechtsbeistand anzuraten und sind eventuell Möglichkeiten einer Zwischenfinanzierung der noch ungedeckten Hörgerätekosten aufzuzeigen.

Die Kostenentscheidung des jeweiligen Trägers der Rehabilitation ist grundsätzlich rechtlich zu beanstanden, weil die zugrunde liegenden Umstände sachfremd bzw. unangemessen beurteilt wurden. Hier gilt der im vorgenannten Absatz beschriebene Rechtsweg sinngemäß und ist dann entsprechend zu verfahren. Darüber hinaus bieten sich möglicherweise auch unkonventionelle Wege einer Finanzierung bzw. Zwischenfinanzierung an, z.B. über Sponsoring oder über eine bevorzugte Behandlung des Klienten als Testperson bei Markteinführung eines neuen Hörgerätes.

Oberstes Gebot ist in jedem Fall, dass der audiotherapeutische Berater bei all seinen Bemühungen und Aktivitäten im Hintergrund bleiben sollte. Denn für sämtliche Hilfsangebote liegt die Verantwortung im Rahmen der Hilfe zur Selbsthilfe letztlich beim Klienten!

8 Schlussbetrachtungen

Wie dargelegt, ist die Situation Hörgeschädigter in Bezug auf die Finanzierung ihrer Hörgeräte sehr unbefriedigend. Die Marktsituation ist uneinheitlich bis unübersichtlich. Sofern Herstellungs- und Abgabepreise für Hörgeräte überhaupt publik (gemacht) werden, sind Preisvergleiche schwierig, weil nach Lage der Dinge auch die Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich und schwer zu durchschauen sind. So ist in der Praxis problematisch, dass mit Abgabe der Hörgeräte-Verordnung an den Akustiker der hörgeschädigte Kunde auch seine Verbraucher-Rechte abgibt und sich im weiteren bei eventuellen Reklamationen nur schwer dem laufenden Anpassungsverfahren entziehen und wechseln kann. Es gibt zudem keine Preislisten und verbindliche Richtpreise, weil die Hörgeräte-Hersteller mauern und sich gerne darauf berufen, dass die Verkaufspreise von den Akustikern grundsätzlich individuell kalkuliert werden.⁴³

Hingegen werden die für die GKV obligatorischen Festbeträge tendenziell gesenkt, statt sie entsprechend den gestiegenen Lebenshaltungskosten anzuheben. Die ursprünglichen Klasseneinteilungen für Hörgeräte wurden bezüglich ihrer technischen Ausdifferenzierungen

⁴³ vgl. Stiftung Warentest, 1999, S. 92

zum Nachteil Betroffener eingeschränkt mit der bereits erwähnten Folge, dass insbesondere hochgradig Schwerhörige nicht mehr rechtmäßig zum Festbetrag mit Hörgeräten versorgt werden können. Denn je höher der Hörverlust und je komplizierter die Schwerhörigkeit ist, desto technisch aufwendiger muss eine Hörhilfe zwangsläufig sein. Dass sich das im Preis niederschlägt und eher teurer denn billiger wird, versteht sich von selbst. Leider gibt es für diesen Personenkreis weder Härtefallregelungen noch Sonderfestbeträge.

Auch über alternative Versorgungswege sind Hörgeräte kaum mehr zum Festbetrag zu haben, zumindest nicht in der Qualität der von vielen Fachleuten geforderten ‚optimalen Versorgung‘. Selbst mit der besten Hörhilfe werden Betroffene immer hörgeschädigt bleiben, weswegen schwer nachzuvollziehen ist, warum für die GKV nach wie vor der Standard der ‚ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen‘ Versorgung gilt. Dieser entspricht zum einen nicht den elementaren Lebensnotwendigkeiten von Hörgeräteträgern und erbringt zum anderen, wie bereits dargelegt, allenfalls geringfügige Einsparungspotentiale. Überdies werden diese durch die zwangsläufigen Folgekosten einer nur dem Minimalstandard entsprechenden Hörgeräte-Versorgung nicht nur aufgezehrt, sondern bei weitem übertroffen. Das Phänomen der so genannten Schubladengeräte sei hier beispielhaft ebenso erwähnt, wie die psychosomatischen Beschwerden Hörgeschädigter wegen ihrer unbefriedigenden Kommunikationssituation insbesondere im so wichtigen Erwerbsleben und sozialen Umfeld.

Schwerhörige sehen sich daher einem ständigen, schwer löslichen Konflikt gegenüber. Entscheiden sie sich für ein Festbetrags-Hörgerät müssen sie Einbußen in ihrer ohnehin gestörten Kommunikation hinnehmen. Die andere Alternative wären Zuzahlungen bis zu 4.000 DM / 2.045 € für eine adäquate Hörversorgung je Ohr. Das können sich die wenigsten Hörgeschädigten finanziell leisten. Damit wird gerade die durch das SGB IX gesetzlich begründete uneingeschränkte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft konterkariert. Dies um so mehr, als Betroffene keinen direkten Einfluss auf das Versorgungsverfahren haben und vom Bundessozialgericht gar bezweifelt wird, ob in diesem Verfahren die Rechtsschutzbedürfnisse Betroffener überhaupt gewahrt sind. Nicht zuletzt auch auf Grund der bereits beschriebenen mangelnden Transparenz über Hörgerätepreise und Versorgungsleistungen können sie gegenüber den Kostenträgern und Akustikern noch nicht einmal als direkte, gleichberechtigte Nachfrager auftreten, womit das im SGB IX postulierte neue Recht auf Selbstbestimmung ad absurdum geführt ist.

So bleibt Betroffenen meist nur der geduldige, langwierige Weg durch die Mühlen von Sozialverwaltung und Gerichtsbarkeit. Denn selbst die Behindertenverbände und die Hörgeschädigten-Organisationen haben nur schwer Einfluss auf die eher ritualisierten Versorgungsgeschicke. Im Vergleich zur finanzkräftigen Lobby der Hörgeräte-Hersteller und der Akustiker sind deren Mittel eher bescheiden und begrenzt.

Gleichwohl agieren der Deutsche Schwerhörigenbund (DSB) und seine Landesverbände auf politischer Ebene die letzten Jahre recht aktiv, um für Betroffene zu retten, was vielleicht noch zu retten ist. Denn auf Grund der politischen Großwetterlage ist wohl davon auszugehen, dass die Restriktionen im Gesundheitswesen eher zunehmen denn gelockert werden. Der finanzielle Druck auf die öffentlichen Haushalte und die wirtschaftliche Macht der Gesundheits-Lobby sind einfach zu groß.

So sind die intensiven Bestrebungen des DSB für mehr Transparenz auf dem Hörgeräte-Markt wie auch für eine Öffnung der Festbetragsregelung für hochgradig Schwerhörige richtungsweisend und unterstützungswürdig, ebenso das Konzept der ambulanten Audiotherapie. In allen drei Fällen wäre jedoch anzuraten, diese Projekte durch neutrale, wissenschaftliche Erhebungen zu untermauern, um so der Politik in Bezug auf merkliche Verbesserungen zu Gunsten Hörgeschädigter noch mehr überzeugende Argumente zu liefern, denen man sich nicht mehr entziehen kann. Eigene Umfragen, Initiativen und Konzepte sind löblich, dürften hier in Zeiten knapper Kassen aber wenig erfolgversprechend sein.

Hinsichtlich der starren Festbetrags-Regelung für Hörgeräte wären neue Modelle anzugeregt, die zukünftig eine sachgerechtere und vor allem qualitativ bessere Versorgung zu erschwinglichen Preisen ermöglichen könnten. So wäre für mich ein Modell akzeptabel und denkbar, sämtliche Festbeträge insgesamt auf ein marktgerechteres Niveau anzuheben und mit einer einheitlichen Zuzahlung der Leistungserwerber von beispielsweise 250,00 € zu belegen. Im Gegenzug wären die Hörgerätehersteller bzw. Akustiker dazu zu verpflichten, für diesen Gesamtpreis eine adäquate optimale, auf die Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnittene Hörgeräte-Versorgung zu liefern. Dabei wären Alternativen denkbar für schwierige Versorgungsfälle (Sonderversorgungen), z.B. über einen höheren als den ‚Grund-Festbetrag‘.

Im Hinblick auf die neue Option des SGB IX, zukünftig eine Leistungserbringung auf der Basis eines persönlichen Budgets zuzulassen, wäre ferner zu überlegen, ob dies nicht eine Variante für die Hörgeräte-Versorgung wäre. Das hätte zumindest den Vorteil, dass fortan potenzielle Hörgeräte-Träger gegenüber den Leistungserbringern endlich als direkte Nachfrager auftreten und für ihre neuen Hörgeräte selbstbestimmt eintreten können. Damit könnten auch für diesen Bereich nunmehr die von der Ministerialbürokratie seit langem geforderten (regulierenden), Gesetze des Marktes' Geltung erlangen. Aus meiner Sicht wäre diese Option den vom Gesetz her zulässigen Modellversuch allemal wert. Denn eigentlich kann die Versorgungssituation für Hörgeschädigte mit optimalen und gleichzeitig bezahlbaren Hörhilfen nur noch besser werden.....

9 Literaturverzeichnis

Beck-Texte im dtv : Sozialgesetzbuch / Reichsversicherungsordnung, 22. vollständig überarbeitete Auflage; München 1996;

Bertelsmann-Lexikon Verlag GmbH: Wahrig Deutsches Wörterbuch, Gütersloh/München 1986/1991

BKK-Bundesverband / Bundesverband der Verbraucherzentralen und -verbände (Hg.): Analyse wettbewerblicher Versorgungswege im Hörhilfenbereich, Berlin 2001;

Boob, Franz / Mansholt, Frauke, Kompendium Audiotherapie des DSB, Das Pilotprojekt, Berlin/Stuttgart, 2000

Bundesinnung der Hörgeräteakustiker: Vertrag über die pauschale Abgeltung von Reparaturleistungen für Hörgeräte und Otoplastiken sowie die Folgeversorgung mit Otoplastiken für AOK-Versicherte zwischen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker und dem AOK-Bundesverband, Mainz/Bad Godesberg 1999;

Bundesinnung der Hörgeräteakustiker: Rahmenvertrag zur Komplettversorgung mit Hörsystemen zwischen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker und dem IKK-Bundesverband, Mainz /Bergisch Gladbach 2001;

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (Hg.): Sozialgesetzbuch IX, 1. Auflage, Wiesbaden/Neuwied 2001;

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Wegweiser, 11. völlig überarbeitete Auflage, Frankfurt/Main 2001;

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Hg.): Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Heilmittel- und

Hilfsmittel-Richtlinien“) i.d.F. vom 18.2.1998; Quelle: Internet – Arzt-Datenbank des DIS-KBV, www.kbv.de;

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (Hg.): Leitlinien zur Hörgeräteversorgung, Quelle: Internet – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften „AWMF online“, www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/hno., Düsseldorf 1998;

Deutscher Schwerhörigenbund (Hg.): Kompendium Audiotherapie, Berlin/Stuttgart 2000;

Deutscher Schwerhörigenbund, Landesverband Baden-Württemberg: Dokumentation Audiotherapie, Berlin/Stuttgart 2001

Hepp, Heinz: Umfrageaktion Hörgerätepreise, Zeitschrift „DSB-Report“, Heft 6, Berlin 2000;

Holube, Inga / Kinkel Dr., Martin: Erfassung der subjektiven Bewertung der Hörgeräteversorgung mit Hilfe eines Fragebogens, Zeitschrift „Audiologische Akustik“ Heft 4, Hannover 1995;

IKK-Bundesverband (Hg.): Blick durch die Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, Bergisch Gladbach 1999;

IKK-Bundesverband (Hg.): Festbeträge für Hörhilfen, Bergisch Gladbach 1998, Quelle: Internet – www.ikk.de;

Jörgenshaus, W. / Sohn, W.: „Schwerhörigkeit in Deutschland“, Repräsentative Hörscreening-Untersuchung bei 2000 Probanden in 11 Allgemeinpraxen, Zeitschrift „Allgemein Medizin“, Heft 77, Stuttgart 2001;

Kind-Hörgeräte: Fachinformationen aus der Hör-Akustik für HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte, Zeitschrift „Höraspekte“, Heft 1, Hannover 1995;

Plath Prof. Dr. , Peter: Gutachten zur Hörgeräte-Versorgung in Deutschland (Kopie des Verfassers), Expertise für den Deutschen Schwerhörigenbund, Haltern 1999;

Reichsbund der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen (Hg.): SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, Bonn 1989;

Richtberg Dr., Werner: Die psychosoziale Situation Hörgeschädigter, Vortrag in der Theologischen Hochschule Vallendar/Rhein am 24.Mai 1986;

Rien, Oliver: Psychosomatische Aspekte und Kasuistik der Hörschädigung, Kompendium Audiotherapie des DSB, Fach Psychologie, Berlin/Stuttgart 2000;

Stange, G.: Analyse der Hörgeräte-Versorgung aus der Sicht verschiedener Disziplinen, März 1988 in Seifert Prof. Dr., Klaus: Derzeitiger Stand der Hörgeräteversorgung und der Betreuung von Hörgeräteträgern, Neumünster 1997, Quelle: Internet – Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, www.hno.org;

Seifert Prof. Dr., Klaus: Derzeitiger Stand der Hörgeräteversorgung und der Betreuung von Hörgeräteträgern, Neumünster 1997, Quelle: Internet – Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, www.hno.org;

Stiftung Warentest: Besser Hören 4 - Hörgeräteanpassung / Der Markt, Zeitschrift „test“, Heft, Berlin 1999;

Stiftung Warentest: Besser Hören 5 - Hörgeräte, Zeitschrift „test“, Heft 1, Berlin 2000;

Weber Dr., Robert: Das sozialpolitische Versagen im Bereich der Hörgeräteversorgung, Zeitschrift „DSB -Report“, Heft 1, Berlin 2001;

Welter, Renate: Thesenpapier – Hörgerätekosten, Zeitschrift „DSB -Report“, Heft 4, Berlin/Essen 2000;

Zentralverband der Elektronikindustrie (ZVEI): ZVEI-Statistik (Stand 23.4.1999), Zeitschrift Hörakustik, Heft 7, Heidelberg 1999;