

Stefan Zimmer

Hörgeräteversorgung: Es geht um mehr, als gut zu hören

eSonderdruck aus
R. Kühne | J. Graalman | F. Knieps (Hrsg.)

Die Zukunft der
Gesundheits(fach)berufe



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Auszug aus: R. Kühne | J. Graalman

F. Knieps (Hrsg.) Die Zukunft der Gesundheits(fach)berufe ISBN:

978-3-95466-595-2 Urheberrechtlich geschützt.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2022

1 Hörgeräteversorgung: Es geht um mehr, als gut zu hören

Stefan Zimmer

1.1 Häufigkeit, gesundheitliche und finanzielle Folgen unbehandelter Schwerhörigkeit

Bei der Hörgeräteversorgung geht es um weit mehr als „nur“ darum, gut zu hören. Das ist zu betonen, zumal viele Menschen noch immer über viele Jahre mit einer unversorgten Schwerhörigkeit zu leben bereit scheinen. Dann wird der Fernseher lauter gestellt und das persönliche Umfeld gebeten, „ein wenig deutlicher zu sprechen.“ Auch schwerhörig könne man schließlich alt werden – aber auch sicher, gesund und unabhängig leben? Die Entscheidung schwerhöriger Menschen, auf eine Hörgeräteversorgung zu verzichten, ist folgenreich für sie selbst, ihre Angehörigen, Freunde, Kollegen, ja sogar, wie aufzuzeigen ist, für die gesamte Gesellschaft und Volkswirtschaft. Vor diesem Hintergrund, und um die wichtige Rolle der nicht-ärztlichen Gesundheits(fach)berufe in diesem Kontext deutlich werden zu lassen, soll zunächst auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen Hörversorgung eingegangen und die erheblichen Folgen bei deren Unterlassung aufgezeigt werden. Abschließend erhalten die ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringer in der Hörgeräteversorgung selbst das Wort, um sich zu ihrer jeweiligen Rolle und Verantwortung zu äußern.

Es gibt verschiedene Arten von Schwerhörigkeit. Besonders häufig ist die Presbyakusis (Altersschwerhörigkeit), die durch physiologische Alterungsprozesse entsteht und etwa ab dem 5. Lebensjahrzehnt auftritt. Die hierfür verordnete Therapieform sind Hörgeräte. Sofern Hörgeräte nicht ausreichen, kommen Hörimplantate – wie Cochlea-Implantate (CI) – zum Einsatz.

1.1.1 Prävalenz und Versorgungsgrad

Im Europa geben 11,1% der Bevölkerung (EU 27 + Schweiz, Norwegen und Großbritannien) oder 58,5 Millionen Menschen an, einen Hörverlust zu haben. In Deutschland halten sich 12,2% der gesamten und 14,1% der erwachsenen Bevölkerung für hörgemindert, was insgesamt 10,13 Millionen Menschen entspricht (Laureyns et al. 2020). Natürlich sind nicht alle davon mit Hörgeräten zu versorgen, zumal die Selbsteinschätzung einer Hörminderung keine ärztliche Diagnose ersetzt und nicht jede Art der Hörminderung mit Hörgeräten therapierbar ist. Gleichwohl lässt die hohe Verbreitung von Schwerhörigkeit auch einen hohen Versorgungsgrad erwarten. Ist dem so?

Im Durchschnitt – basierend auf Daten aus 11 Ländern (Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Italien, Norwegen, Polen, Spanien, Schweiz, Niederlande und Großbritannien) – konsultieren nur 3 von 4 Personen, die bei sich eine Hörminderung vermuten, einen Arzt. Von diesen werden nach ärztlicher Diagnose etwa 70% an einen Hörakustiker verwiesen, von denen schließlich 73% mit Hörgeräten versorgt werden. Und hier erkennen wir einen ganz wesentlichen Grund für die – auch hierzulande – nach wie vor bestehende Unterversorgung der Bevölkerung mit Hörsystemen: hohe Absprungraten („drop out rates“) im Versorgungsprozess.

In Deutschland suchen nur 82% der sich selbst als hörgemindert wahrnehmenden Menschen einen HNO-Arzt auf, um ihre Symptome diagnostizieren zu lassen. 33% der fachärztlich untersuchten Menschen erhalten keine Verordnung für die Anpassung von Hörsystemen. Weitere 33% verzichten – trotz ärztlicher Verordnung – darauf. Am Ende also stehen der Grundmenge von 100% nach eigener Einschätzung hörgeminderter Menschen lediglich 37% Hörgeräteträger gegenüber.

Je höher der Grad der Schwerhörigkeit ist, umso höher ist auch die Anpassungsquote: Während etwa 75% der sich selbst als hochgradig schwerhörig einschätzenden Menschen Hörgeräte tragen, verzichtet ein ebenso großer Anteil (ca. 75%) der leicht- und mittelgradig Schwerhörigen darauf.

Es ist zu betonen, dass eine Hörminderung zunächst nur ein Symptom und zur Identifikation ihrer Ursachen eine gründliche fachärztliche Diagnose unverzichtbar ist. Nicht jede Form der Hörminderung ist mit Hörsystemen therapierbar, was zumindest einen Teil der „drop out rate“ von 33% an der Schnittstelle zwischen HNO-Arzt und Hörakustiker erklären dürfte. Die Ursachen der Absprünge an den diversen Schnittstellen des Versorgungsprozesses werden in der Branche zum Teil kontrovers diskutiert. Ein wichtiger Punkt scheint ein noch immer hohes Maß an Unkenntnis aufseiten der Betroffenen zu sein: So zeigt die deutsche EuroTrak-Studie aus dem Jahr 2018, dass nur 42% der Schwerhörigen, die sich nicht haben versorgen lassen, Kenntnisse über die Kostentragung der Krankenkassen im Rahmen der Festbeträge haben (Anovum 2018). Eine Mehrheit vermutet, die Kosten für Hörsysteme zum größten Teil oder sogar vollständig allein tragen zu müssen.

Die internationale Umfragereihe „EuroTrak“ des Schweizer Marktforschungsinstitutes Anovum basiert auf repräsentativen Stichproben der Bevölkerung in 17 Ländern (ca. 15.000 Menschen pro Land – gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Region usw.). Zwischen 2009 und 2020 wurden mehr als eine

1 Hörgeräteversorgung: Es geht um mehr, als gut zu hören

halbe Million Menschen zu Themen rund um Schwerhörigkeit und Hörgeräte-
nutzung befragt. Die Ergebnisse der Länderstudien sind im Internet abrufbar
unter www.ehima.com.

Die Versorgungsquote in Deutschland ist mit 37% im europäischen Vergleich recht hoch, was nicht zuletzt für die hohe Versorgungsqualität der Leistungserbringer spricht. Der europäische Durchschnitt liegt bei 33%, wobei 12 Länder über 30% und 11 Länder unter 20% liegen (Laureyns et al. 2020). Gleichwohl kann es nicht befriedigen, dass hierzulande nur gut jeder Dritte, der mit einer Hörminderung lebt, diese auch versorgen lässt. Denn das ist folgenreich.



- *Durchschnittlich 11,1% der Europäer betrachten sich selbst als schwerhörig. In Deutschland sind es 12,1% der Gesamtbevölkerung bzw. 14,1% der Erwachsenen.*
- *18% (fast 2 Millionen Deutsche) verzichten auf eine ärztliche Diagnose und jegliche Therapie.*
- *Nur ca. 37% der Deutschen, die mit einer Schwerhörigkeit leben (gut 3,7 Millionen Menschen), lassen sich am Ende tatsächlich mit Hörgeräten versorgen.*

1.1.2 Gesundheitliche Folgen unversorgter Schwerhörigkeit

Bleibt eine Schwerhörigkeit unbehandelt, zieht dies eine Reihe körperlich, seelisch, finanziell und sozial negativer Folgen nach sich. So kann eine nicht therapierte Hörminderung zu Depression, Schlafstörungen, sozialer Isolation, vermehrten Stürzen und zu einem Nachlassen kognitiver Leistungsfähigkeit führen. Nur etwa die Hälfte der Bundesbürger (53%) vermutet einen Zusammenhang zwischen unbehandelter Schwerhörigkeit und weiteren Folgeerkrankungen, obwohl dieser inzwischen wissenschaftlich sehr gut dokumentiert und publiziert ist.

Zahlreiche Untersuchungen widmen sich seit geraumer Zeit dem Zusammenhang zwischen Schwerhörigkeit und einer Demenzerkrankung. International etabliert ist, dass sich 40% aller Demenzerkrankungen weltweit verhindern – oder zumindest hinauszögern – ließen, wenn sich die Menschen gesünder verhielten. Der mit Abstand größte beeinflussbare Risikofaktor einer Demenzerkrankung ist die nicht erfolgte Versorgung einer Schwerhörigkeit im mittleren Lebensalter (Livingston et al. 2020).

Menschen, deren Hörverlust nicht behandelt wird, riskieren Verletzungen und Stürze. Bereits eine geringgradige Hörminderung ab 25 Dezibel erhöht die Gefahr zu stürzen um fast das Dreifache, wohingegen das Sturzrisiko von Hörgeräteträgern erheblich sinkt. Durch eine unversorgte Schwerhörigkeit haben insbesondere ältere Menschen ein höheres Invaliditätsrisiko, und ihr Risiko, depressiv oder zur Bewältigung des täglichen Lebens von anderen Menschen abhängig zu werden, steigt um 28% (Amieva et al. 2018).

Schwerhörige, deren Hörverlust nicht behandelt wird, haben insgesamt eine geringere Lebensqualität. Die Auswirkungen unversorgter Schwerhörigkeit auf die Lebensqualität sind schwerwiegender als bei vielen anderen chronischen Krankheiten: Gemäß dem Global Burden of Disease-Projekt (einer zentralen Datengrundlage für die Weltgesundheitsorganisation) belastet Schwerhörigkeit das Leben der Betroffenen mehr als Blindheit, Sehbehinderungen, Alzheimer-Erkrankung und andere Demenzformen.



- *40% der Risikofaktoren für Demenz sind beeinflussbar. Der gewichtigste beeinflussbare Risikofaktor ist eine Hörminderung in mittleren Lebensjahren.*
- *Bleibt eine Hörminderung unbehandelt, steigt auch das Risiko, an einer Depression zu leiden und im Alter auf Hilfe angewiesen zu sein.*
- *Nur etwa jeder Zweite vermutet, eine unbehandelte Schwerhörigkeit könnte mit anderen Gesundheitsrisiken im Zusammenhang stehen.*

1.1.3 Finanzielle Folgen unversorgter Schwerhörigkeit

Fällt im Kontext der Hörgeräteversorgung das Wort „Kosten“, dann meist verknüpft mit der Vermutung, Hörgeräte und ihre Anpassung seien teuer. Dass es diese als Sachleistung der gesetzlichen Krankenkassen bereits ohne Aufzahlung gibt, weiß nicht einmal jeder zweite Betroffene.

Noch verbreiteter ist die Unkenntnis über jene Kosten, die entstehen, weil zu wenige Menschen ihre Hörminderung versorgen lassen; die Rede ist von den durch eine Ausweitung der Hörgeräteversorgung *vermeidbaren* Kosten. Eine britische Meta-studie aus dem Jahr 2019 hat sich dieses Themas angenommen und dazu Hunderte wissenschaftlicher Studien und Artikel aus den letzten beiden Dekaden ausgewertet. Einer Kategorisierung der WHO folgend, widmet sich die Studie insbesondere der sogenannten „beeinträchtigenden“ Hörminderung, als welche Hörverluste von mehr als 35 Dezibel (dB) bezeichnet werden. Allein diese verursachen, wenn sie unbehandelt bleiben, in der EU jährlich Folgekosten von 185 Milliarden Euro (Shield 2019). Die Kosten entstehen durch verringerte Lebensqualität und eine höhere Arbeitslosenquote bei den betroffenen Personen. Auf die gesunkene Lebensqualität der Betroffenen entfällt mit 130 Milliarden Euro der größte Teil; eine höhere Arbeitslosenrate unter unversorgten Schwerhörigen und die damit verbundenen Produktivitätsverluste kosten weitere 55 Milliarden Euro im Jahr. Nicht nur ist die Arbeitslosenrate bei Menschen, deren Hörbeeinträchtigung unbehandelt bleibt, höher; auch das Durchschnittseinkommen unversorgter Schwerhöriger ist geringer als das Normalhörender oder mit Hörgeräten versorgter Arbeitnehmer. Gründe sind, dass unversorgte Hörbeeinträchtigte häufiger in Berufen mit niedrigerem Anforderungsprofil und/oder in Teilzeit angestellt sind und früher in Rente gehen (Shield 2019).

In Summe kostet unversorgte, beeinträchtigende Schwerhörigkeit Jahr für Jahr deutlich mehr als der gesamte EU-Haushalt für das Jahr 2020 (155 Milliarden Euro). Allein in Deutschland verursachen unversorgte Hörminderungen Kosten von 39 Milliarden Euro im Jahr, von denen 10 Milliarden Euro auf die niedrigere Produktivität

1 Hörgeräteversorgung: Es geht um mehr, als gut zu hören

entfallen. Nicht berücksichtigt werden in der Studie die ebenfalls hinzuzurechnenden zusätzlichen Kosten, die für die Gesundheitsvorsorge der Betroffenen aufgrund unbehandelter Hörbeeinträchtigung (u. a. wegen der oben genannten Komorbiditäten) aufzuwenden sind.



- *Unbehandelte beeinträchtigende Hörminderungen (über 35 dB) verursachen in der EU jährliche Kosten von 185 Mrd. Euro.*
- *In Deutschland sind es 39 Mrd. Euro pro Jahr bzw. 10.300 Euro pro Person mit unversorgter Schwerhörigkeit.*
- *Die Kosten entstehen durch eine verringerte Lebensqualität und eine höhere Arbeitslosenrate unter den Betroffenen.*

1.2 Funktion und Qualifikation der nicht-ärztlichen Leistungserbringer

Es ist deutlich geworden, dass Hörminderungen, sofern sie nicht diagnostiziert und nicht oder zu spät behandelt werden, erhebliche gesundheitliche und finanzielle Folgen zeitigen. Dennoch, so wurde gezeigt, begibt sich ein nicht unbeträchtlicher Teil schwerhöriger Menschen trotz selbst wahrgenommener Hörminderung nicht auf den Versorgungsweg, sieht also von Diagnose und Therapie ab. Wird hierzulande etwa nicht gut versorgt? Fehlt das Vertrauen in die Leistungserbringer? Werfen wir als Nächstes einen Blick auf den Versorgungsprozess im Bereich der Hörgeräte und auf die besondere Rolle der Hörakustiker.

Hörakustiker ist ein nach der Handwerksordnung (HwO) anerkannter Ausbildungsberuf. Die duale Ausbildung mit 3-jähriger Dauer wird in der Hörakustikerausbildungsverordnung geregelt. Die Hörgeräteakustikermeisterverordnung regelt sowohl das Berufsbild als auch die Prüfungsanforderungen zur Meisterprüfung. Die zentrale Ausbildungsstätte der deutschen Hörakustiker ist die Akademie für Hörakustik in Lübeck. Sie ist zuständig für die überbetriebliche Ausbildung, die Meisterausbildung sowie Fort- und Weiterbildung. Zur selbstständigen Ausübung des Berufes bedarf es eines großen Befähigungsnachweises (Meisterbrief).

Die Hörakustik – bis 2017 Hörgeräteakustik – ist ein gefahrgeneigtes Gesundheitshandwerk: Hörakustiker arbeiten direkt an und in den Ohren des Menschen mit Geräten, die bei falscher Einstellung das Restgehör schädigen können. Die Tätigkeit verlangt schon aufgrund ihrer Gefahrgeneigtheit eine gründliche und komplexe Ausbildung, die Wissensgebiete aus Physik, Chemie, Medizin, Akustik und Audiologie umfasst. Nach der Hörsystemanpassung begleitet der Hörakustiker den Gewöhnungsprozess des Patienten – der mehrere Monate dauern kann – und stellt die Hörsysteme immer wieder nach den Erfahrungen, Wünschen und Bedürfnissen des Hörsystemträgers nach. Daneben organisiert er bei gesetzlichem Anspruch die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenversicherungen. Während

des 6-jährigen Versorgungszeitraums kann er Reinigungen, kleinere Reparaturen, Wartungen und Batteriewechsel übernehmen. Darüber hinaus berät der Hörakustiker zu Gehörschutz und technischem Zubehör.

Durch Weiterbildungen können sich Hörakustiker für die interdisziplinäre Versorgung von Tinnitusbetroffenen, für die Nachsorge bei Trägern von Cochlea-Implantaten und als Pädakustiker für die Hörsystemversorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen qualifizieren.



- *In Deutschland gibt es ca. 2.390 Hörakustikunternehmen mit ca. 6.700 Betriebsstätten.*
- *Von den 15.000 Berufstätigen im Hörakustikerhandwerk sind ca. 3.200 Auszubildende (2019/2020).*
- *Hörakustiker sind hierzulande flächendeckend vertreten und in der Regel wohnortnah erreichbar.*

Verordnet ein HNO-Arzt Hörsysteme, passt ein Hörakustiker diese an. Dafür schließen die Hörakustiker über ihre Bundesinnung mit der jeweiligen Krankenkasse einen Vertrag nach § 127 SGB V. Hier ist auch eine erste Qualitätssicherung eingebaut, denn Vertragspartner können nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V nur Leistungserbringer sein, welche die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Zum Nachweis der Erfüllung dieser Voraussetzungen werden die Leistungserbringer durch eine geeignete, unabhängige Stelle präqualifiziert. „Dadurch“, so bescheinigt auch das Bundesgesundheitsministerium den Hörakustikern, „ist eine qualitativ hochwertige Versorgung mit dem verordneten Hilfsmittel durch die Leistungserbringer grundsätzlich gewährleistet“ (Bundesministerium für Gesundheit 2020).

1.2.1 Qualifizierung

Eine zentrale Rolle für die Qualitätssicherung in der Hörakustik kommt der dualen Ausbildung zu. Sie ist – nicht nur in diesem Berufsstand – ein international vorbildhafter Standortvorteil des deutschen Bildungswesens. Die duale Ausbildung ist gekennzeichnet durch die enge Verzahnung von betrieblicher Praxis und theoretischer Unterweisung. Gerade die in Ergänzung zur theoretischen Wissensvermittlung intensive, sowohl betrieblich als auch überbetrieblich betriebene praktische Schulung zeichnet die deutschen Hörakustiker im Vergleich zu ihren Pendants in anderen Ländern aus: Die „audioprothésistes“ in Frankreich, beispielsweise, durchlaufen zwar ebenfalls eine 3-jährige Ausbildung bis zum „diplôme d'état d'audioprothésiste“. Diese Ausbildung ist aber deutlich durch die Vermittlung theoretischen Wissens geprägt: Lediglich 10 Monate werden für praktische Unterweisungen verwendet, davon 9 bei einem Hörakustiker und 1 Monat im klinischen Bereich.

Die dem französischen „audioprothésiste“ entsprechende Berufsbezeichnung im Vereinigten Königreich ist der „hearing aid audiologist“, der in den privaten, d.h. nicht vom staatlichen Gesundheitsdienst NHS unterhaltenen „clinics“ tätig ist. Der

1 Hörgeräteversorgung: Es geht um mehr, als gut zu hören

Ausbildungsgang sieht zwar zu gut zwei Dritteln eine praktische Unterweisung in diesen „clinics“ und nur zu einem Drittel theoretischen Unterricht vor, ist aber mit lediglich 2 Jahren deutlich kürzer als jener in Frankreich oder Deutschland. Der als Zusatzqualifikation erreichbare akademische Grad des Bachelor of Science („BSc in Audiology“) wiederum ist die Voraussetzung, um als „audiologist“ im staatlichen Gesundheitswesen tätig zu werden. Die Ausbildungsdauer beträgt hier 4 Jahre, davon 3 Jahre akademische und ein Jahr praktische Ausbildung.

Aufbauend auf die duale Ausbildung in Theorie und Praxis ist auch für die Hörakustiker in Deutschland ein Bachelor- oder Masterabschluss erreichbar. Unverzichtbar ist jedoch das gründliche Fundament, welches in der täglichen betrieblichen Praxis gelegt wird: Während der 3-jährigen Ausbildung zum Gesellen arbeitet der Auszubildende im Betrieb und lernt dabei über 650 Stunden praktische und 540 Stunden theoretische Inhalte. An der (bundesoffenen) Landesberufsschule in Lübeck kommen während dieser 3 Jahre im Blockunterricht noch 1.440 Stunden Theorie und an der Akademie für Hörakustik (auf dem gleichen Campus) weitere 120 Stunden „überbetriebliche Praxis“ hinzu. Die Ausbildung kann mit einer umfassenden Vorbereitung zur Meisterprüfung und einem Bachelor- bzw. Master-Abschluss an der Universität ergänzt werden. Alle Hörakustikermeister dürfen den gesetzlich geschützten Titel des Bachelor Professional tragen. Damit wird dem Anerkennungsstatus nach EU-Recht Rechnung getragen.

Der höchste Berufsabschluss im Rahmen der handwerklichen Ausbildung ist der Meisterbrief, der nach der Gesellenprüfung ein weiteres Ausbildungsjahr an der Akademie für Hörakustik mit nochmals 1.010 Stunden Theorie und 550 Stunden Praxis sowie eine große Meisterprüfung erfordert. Mit dem Meisterbrief kann der Hörakustiker selbst ausbilden, Gesellen beaufsichtigen oder sich selbstständig machen.

Der Campus Hörakustik in Lübeck ist die zentrale, international renommierte Ausbildungsstätte der Hörakustiker in Deutschland. 128 Lehrer und Dozenten ermöglichen 250.000 Teilnehmerstunden Unterricht und Weiterbildung pro Jahr. Auszubildende und Meisterschüler können in 7 Boardinghäusern und einem Internat mit ca. 1.000 Betten untergebracht werden.

Der Campus verfügt über 6 Labore für Otoplastik und CAD mit über 100 Arbeitsplätzen, 10 Labore für Akustik und Hörsystemmesstechnik mit 180 Arbeitsplätzen, 52 Klassen- und Projekträume mit Multimediaausstattung, 56 Mess- und Anpassräume mit modernster Audiometrie- und Messsystemausstattung sowie 3D-Druck-Arbeitsplätze für Ohrpassstücke.

Mit einer Ausbildungsquote von 22% (Zahl der Auszubildenden im Verhältnis zur Gesamtbeschäftigtenzahl) stellt das Hörakustikerhandwerk einen Spitzenwert in der deutschen Wirtschaft. Im Ausbildungsjahr 2019/2020 lernten rund 3.200 Auszubildende; über 1.000 Auszubildende beginnen jährlich ihre Karriere als Hörakustiker.

Die Akademie für Hörakustik in Lübeck, zusammen mit der dortigen Landesberufsschule, ist die weltgrößte Aus- und Fortbildungsstätte dieses Gesundheitshandwerks. Sie ist die erste europäisch anerkannte Berufsakademie in der Hörakustik.

Ihr guter Ruf trägt dazu bei, die besten Auszubildenden für das Hörakustikerhandwerk zu gewinnen: Mit einem Anteil von 50% stellt die Hörakustik die meisten Abiturienten in einem Gesundheitshandwerk. 61% der Auszubildenden sind Frauen – ebenfalls ein Spitzendwert unter den technisch-medizinischen Handwerken.

Präqualifizierung und duale Ausbildung sichern die – auch im internationalen Vergleich – sehr hohe Qualität des Versorgungsprozesses mit Hörsystemen und gewährleisten den Verbraucherschutz. Wenn also qualitativ nichts gegen die Hörversorgung spricht, hierzulande Expertise, Fachlichkeit und Sicherheit auf weltweit hohem Niveau garantiert sind – sind es dann eventuell die vermeintlich (zu) hohen Kosten, die Betroffene noch von einer Versorgung abhalten könnten?

1.2.2 Kosten

Die Hörsystemversorgung ist für gesetzlich Versicherte mit der Indikation „schwerhörig“ grundsätzlich eine aufzahlungsfreie Sachleistung. Mehrzahlungen fallen nur dann an, wenn zusätzliche Wünsche an Komfort, Ästhetik und Funktionalität gestellt werden. Bereits jedes aufzahlungsfreie Hörsystem sieht Digitaltechnik, mindestens 4 Kanäle und 3 Hörprogramme vor. Selbstverständlich werden auch Rückkopplungen und Störschall unterdrückt.

Seit 1. November 2013 gelten folgende *Festbeträge*: Für die Versorgung des ersten Ohres stehen maximal 733,59 Euro (zzgl. 7% MwSt.) zur Verfügung, für das zweite maximal 586,87 Euro (zzgl. 7% MwSt.). In der Regel müssen beide Ohren versorgt werden, sodass in Summe maximal 1.320,46 Euro (zzgl. 7% MwSt.) von der Kasse getragen werden. Zu diesem Festpreis der Krankenkassen leisten Hörakustiker eine Rundumversorgung. Der Versicherte muss lediglich die gesetzliche Zuzahlung in Höhe von maximal 10 Euro pro Hörsystem tragen. Außerdem erhalten Patienten eine 6-jährige kostenlose Nachsorge. In deren Rahmen nehmen Hörakustiker Feinanpassungen und kleinere Reparaturen vor, reinigen und geben Ratschläge zur Handhabung, beraten und wechseln die Batterien der Hörsysteme.

Jeder Akustiker bietet seinen Kunden eine aufzahlungsfreie Versorgung an. Lediglich für vom Kunden gewünschte Extras wie zum Beispiel Komfortfunktionen, Fernbedienung, besonders kleine Hörsysteme oder Bluetooth muss ein privater Eigenanteil geleistet werden. Gemäß einer Umfrage im Auftrag des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV 2019c) entscheiden sich 70% der Befragungsteilnehmer für mehr Funktionalitäten und Komfort und damit für eine Versorgung mit Mehrkosten. Die durchschnittliche Höhe der Mehrkosten beträgt 1.169 Euro (Mittelwert) bzw. 885 Euro (Median). Der ganz überwiegende Teil der freiwillig aufzahlenden Hörgeräteträger (80%) gab an, dass die Entscheidung für Hörgeräte mit Mehrkosten richtig war (GKV-SV 2019c).

Moderne, digitale Hörsysteme sind für gesetzlich Krankenversicherte also auch ohne Mehrkosten erhältlich. Grundsätzlich können die von Betroffenen zu leistenden Kosten daher im Vorhinein – bei ausreichender Kenntnis – kein Argument gegen eine Versorgung sein. Die oben erwähnten Ergebnisse der jüngsten EuroTrak-Befragung legen allerdings nahe, dass darüber noch breiter informiert werden muss.

1 Hörgeräteversorgung: Es geht um mehr, als gut zu hören

Eine jüngste Studie hat die durchschnittlichen Lebenszeitkosten der Hörgeräteversorgung in Deutschland quantifiziert (Thum et al. 2020). Diese betragen bei beidseitig (also mit zwei Hörgeräten) versorgten Erwachsenen für die GKV im Durchschnitt 4.518 Euro, bei einseitiger Versorgung 2.536 Euro.

Im Vergleich: Allein die jährlichen Kosten unbehandelter Hörminderungen betragen in Deutschland pro unversorgtem Schwerhörigen 10.300 Euro (Shield 2019).

1.2.3 Versorgungsergebnisse

Sind die Leistungserbringer also gut ausgebildet und verstehen im wahrsten Sinne des Wortes ihr Handwerk, kann ferner die Versorgung für gesetzlich Versicherte sogar ohne Mehrkosten erfolgen – was könnte Menschen, die mit einer Hörminderung leben, dann noch von einer Versorgung abhalten? Etwa die Vermutung, dass eine Hörgeräteversorgung „nichts bringt“, also nicht effektiv sei?

Neben dem (messbar) ausgeglichenen Hörvermögen sind die individuell erfahrene Steigerung der Lebensqualität, die Verbesserung des Wohlbefindens und die gestiegene Sicherheit der Hörgerätenutzer wichtige Parameter für einen Therapieerfolg in der Hörgeräteversorgung. Hinzu kommen die zuvor erwähnte niedrigere Risikoanfälligkeit für Komorbiditäten, die höhere Produktivität und die besseren Erwerbsmöglichkeiten versorgter Schwerhöriger.

Zu den beiden letztgenannten Parametern konnten eingangs bereits Daten geliefert werden. Bleibt also die Frage nach den subjektiv wahrgenommenen Therapieerfolgen Lebensqualität, Sicherheit und Wohlbefinden. Einmal mehr ermöglichen die EuroTrak-Befragungen, diese Daten zu erschließen. Sie erlauben sogar, einen Blick auf die Erwartungen Betroffener vor einer Hörgeräteanpassung zu werfen – und diese sind ernüchternd: Demnach vermuten 67% der nach eigenen Angaben hörgeminderten Menschen, die keine Hörgeräte tragen, dass Hörsysteme das Hörvermögen nicht ausreichend verbessern würden. Nur knapp hinter der Vermutung, Hörgeräte seien „unbequem“ (73%), ist das der am zweithäufigsten genannte Grund dafür, warum jemand trotz wahrgenommener Einschränkungen auf eine Versorgung verzichtet (Anovum 2018).

Befragt man hingegen Hörgeräteträger nach erfolgter Anpassung, so berichten 97%, ihre Lebensqualität habe sich dank der Hörgeräte verbessert. 2 von 3 Befragten geben an, sich wieder sicherer im Straßenverkehr zu bewegen, seit sie Hörgeräte tragen (Anovum 2018). Für 82% der Hörgeräteträger entsprechen oder übertreffen ihre Hörsysteme die in sie gesetzten Erwartungen. Nutzer der jüngeren Hörergeneration (bis zu 2 Jahre alt) sind sogar zu 86% zufrieden mit ihren Geräten.

Der internationale Vergleich zeigt, dass die höchsten Zufriedenheitswerte in Ländern erzielt werden, in denen bezüglich der Hörgeräteversorgung ein hoher Grad an Wahlfreiheit herrscht (also der Patient ein Mitspracherecht in der Wahl des Leistungserbringers und der Hörgeräte hat). Hingegen sind die Zufriedenheitswerte der Hörgeräteträger in jenen Ländern am niedrigsten, in denen die Wahlfreiheit eingeschränkt ist (wie in Dänemark oder im durch das staatliche Gesundheitssystem geprägten Großbritannien), selbst wenn sie ihre Hörsysteme dort kostenfrei erhalten.

Hartnäckig scheint sich das Gerücht zu halten, ein Großteil der angepassten Hörgeräte lande „in der Schublade“, werde mithin gar nicht getragen. Tatsächlich werden europaweit – und das schließt Länder ohne oder mit geringer Wahlfreiheit bezüglich der Geräte ein – im Durchschnitt nur 6% der angepassten Hörgeräte *nicht* verwendet (Laureyns et al. 2020). Das ist eine wesentlich geringere Quote als die der „in den Schubladen“ liegenden, also nicht eingenommenen Medikamente bei Menschen mit chronischen Krankheiten. Dies geht aus einer Metaanalyse hervor, die 2018 im British Medical Journal veröffentlicht wurde (Cutler et al. 2018). Demnach landen über 25% der verordneten Medikamente gegen Bluthochdruck und über 30% der Medikamente gegen Diabetes regelmäßig ungenutzt in der Schublade. Auch in Deutschland liegt der Anteil nicht genutzter Hörgeräte bei nur 6%. Vergleicht man diesen Wert und den hohen Nutzen (mehr Lebensqualität für 97% der Patienten) mit den Ergebnissen anderer, teurerer (insbesondere medikamentöser) Therapieformen, erweist sich eine Hörgeräteversorgung nicht nur als effektiv, sondern auch als äußerst kosteneffizient. Der Vergleich der Lebenszeitkosten einer Hörgeräteversorgung mit den bereits pro Jahr mindestens doppelt so hohen Kosten unversorgter Schwerhörigkeit pro Person belegt diese Kosteneffizienz ebenfalls (Thum et al. 2020; Shield 2019).

Die hohe Zufriedenheit der Hörgeräteträger mit dem Versorgungsergebnis ist im Übrigen nicht nur der modernen, leistungsfähigen Hörgerätetechnik geschuldet. 89% der Hörgerätenutzer sind ausdrücklich mit der individuellen Beratung der Hörakustiker und 88% mit der fachlichen Anpassleistung im Versorgungsprozess zufrieden (Anovum 2018). Eine davon unabhängige Umfrage aus dem Jahr 2019 zeitigt das gleiche Ergebnis: 86% der gesetzlich Krankenversicherten seien mit den Leistungen der Hörakustiker zufrieden, teilt der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen mit (GKV-SV 2019c) – und dieser ist des unbegründeten Lobes der Leistungserbringer bekanntlich unverdächtig.

Die Qualität der Versorgung und die Qualität der in der Versorgung eingesetzten Hörsysteme werden also von den versorgten Schwerhörigen ausgesprochen hoch bewertet. Das überrascht diese selbst, zumal viele von ihnen – eingestandenermaßen und mangels besserer Kenntnisse – bis zu ihrer Hörgeräteanpassung zu viel Zeit (im Durchschnitt sind es 2 Jahre) haben verstreichen lassen. Einmal versorgt, bereuen die meisten ihr Zögern: 60% der befragten Hörgeräteträger bedauern, sich nicht bereits früher versorgt haben zu lassen. Nach eigenen Angaben haben sie dadurch vor allem auf ein „besseres soziales Leben“ (72%) und auf „bessere mentale und emotionale Gesundheit“ (52%) verzichtet (Anovum 2018).



- *97% der Hörgeräteträger bestätigen eine Verbesserung ihrer Lebensqualität. 60% bedauern, die Versorgung nicht früher begonnen zu haben.*
- *Die Zufriedenheit mit der Beratungs- und Anpassqualität der Hörakustiker liegt in diversen Befragungen bei mindestens 86%.*
- *Lediglich 6% der verordneten Hörgeräte werden nicht getragen. Das ist ein deutlich geringerer Wert als der Anteil nicht eingenommener Medikamente gegen chronische Erkrankungen.*

1.3 Rollenerweiterung – pro und contra

Nach Betrachtung der Funktion, Qualifikation und der Versorgungsergebnisse der Hörakustiker ist die Frage zu stellen, ob deren Rollenzuweisung in der Hörgeräteversorgung adäquat oder zu modifizieren ist. Jegliche Veränderung würde zu Verschiebungen in den Verantwortungsbereichen der beiden Akteursgruppen (Hörakustiker und HNO-Ärzte) führen. Tatsächlich ist das Neben- und Miteinander ärztlicher und nichtärztlicher Leistungserbringer in der Hörgeräteversorgung durch eine – nicht immer friktionslose – Dynamik geprägt. Damit ist nicht die bewährte und tagtäglich gelebte Kollegialität von Ärzten und Akustikern in der praktischen Versorgung der Patienten gemeint, sondern die gesundheits- und berufspolitische Ebene.

Einen über die Möglichkeiten dieses kurzen Beitrags hinausgehenden, umfangreicheren Einblick in umstrittene Themen auf dieser Ebene gewähren die Einlassungen von Ärzteschaft, Krankenkassen und Gesundheits(fach)berufen zur Frage, ob die endgültige Abgabe von Hörgeräten an gesetzlich Krankenversicherte erst *nach* Abnahme der Hörgeräte durch den verordnenden Vertragsarzt zu erfolgen habe. Versorgungsverträge nach § 127 Absatz 2 SGB V ermöglichen eine Versorgung mit Hörhilfen in der Regel ohne eine nachgehende Prüfung durch den Vertragsarzt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) befand im Jahr 2019, diese Regelungen der Vertragspartner stehe „nicht im Einklang mit dem [...] § 30 der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA“. „Die Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA besagt in § 30, dass sich die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt vergewissern muss, ob für die Versicherte oder den Versicherten der angestrebte Verstehensgewinn mit der von der Hörakustikerin oder dem Hörakustiker vorgenommenen Hörhilfenversorgung tatsächlich erreicht wurde“ (G-BA 2019c).

Die ausführlichen Stellungnahmen der betroffenen Akteure geben Aufschluss über die nicht nur in diesem Punkt divergierenden Rollenverständnisse von Ärzten und Hörakustikern im Versorgungsprozess. Während die Ärzte (vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung) forderten, Hörhilfen seien erst dann dem Versicherten zu übereignen, „wenn sich die/der Fachärztin/Facharzt von dem möglichst weitgehenden Ausgleich des Funktionsdefizits überzeugt hat,“ sahen u.a. der GKV-Spitzenverband, die Interessenvertretungen der Hörakustiker und der Hörsystemhersteller in der erneuten Vorstellung des Versicherten beim Vertragsarzt einen „unverhältnismäßigen Eingriff in die Regelungskompetenzen der Vertragspartner nach § 127 SGB V und in die Rechte bzw. Pflichten der Versicherten“.

Ginge es nach dem G-BA, sollte der HNO-Arzt zwingend den Versorgungserfolg (also die fachliche Arbeit der Hörakustiker) bestätigen müssen, bevor die benötigten, von ihm zuvor verordneten Hörhilfen an den Versicherten abzugeben wären. Vergewärtigen wir uns an dieser Stelle noch einmal die nach wie vor bestehende Unterversorgung von Menschen mit einer Hörminderung und insbesondere den beträchtlichen Anteil jener Menschen, die sich zwar selbst als schwerhörig bezeichnen, aber dennoch nicht zum HNO-Arzt gehen – nicht einmal, um sich untersuchen zu lassen. Wie förderlich ist angesichts dessen eine Pflicht zur erneuten Vorstellung beim verordnenden HNO-Arzt, *nachdem* Hörgeräte bereits fachlich angepasst worden sind? Die – auch nach Aussage der Krankenkassen – „bewährte Versorgungspraxis“ um eine weitere Schleife zu ergänzen, damit zu verkomplizieren und die „patient journey“ zu verlängern, wäre im höchsten Maße unwirtschaftlich, unangemessen

und einer notwendigen Ausweitung der Versorgung schwerhöriger Menschen abträglich.

Das erkannte auch das Bundesministerium für Gesundheit, welches den Beschluss des G-BA im Mai 2020 als rechtswidrig beanstandete. Begründung: Der Beschluss verstoße gegen das Gebot einer wirtschaftlichen Ordnungsweise, gegen Vorgaben nach § 127 SGB V und gegen Regelungen zum Eigentumsübergang. In der Begründung der Beanstandung heißt es, der Vertragsarzt habe „die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nicht im Nachhinein zu prüfen [...], sondern bereits vor der Verordnung des Hilfsmittels. Ein Hilfsmittel, das nicht ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, darf die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nicht verordnen“. Aufgrund der Präqualifizierung der Hörakustiker, so das Bundesministerium, sei „eine qualitativ hochwertige Versorgung mit dem verordneten Hilfsmittel durch die Leistungserbringer grundsätzlich gewährleistet“.

Die gegensätzlichen Positionen bezüglich einer nachgehenden Abnahme der Hörgeräteversorgung durch den HNO-Arzt durchdringen auch die folgenden Einlassungen zu den Rollenzuweisungen für Hörakustiker. Anstatt die Positionen der beiden Akteursgruppen aus zweiter Hand nachzuzeichnen, werden die drei Kernfragen von den betroffenen Akteuren selbst beantwortet. Dankenswerterweise haben sich die beiden Spitzenrepräsentanten der berufsständischen Interessenvertretungen der Hörakustiker und der HNO-Ärzte bereit erklärt, hierzu jeweils im gleichen Umfang Stellung zu nehmen. Herzlich zu danken ist dafür Frau Marianne Frickel, Präsidentin der Bundesinnung für Hörakustiker KdÖR, und Dr. Dirk Heinrich, Präsident des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V.

Interview

Könnten die Rollenbilder und Verantwortungen der Hörakustiker in der Versorgung schwerhöriger Menschen erweitert werden?

Dr. Dirk Heinrich: In der Hörgeräteversorgung sind die Aufgaben klar geregelt. Während für die Diagnose und Therapieeinleitung der Arztvorbehalt gilt, übernimmt der Hörgeräteakustiker die Auswahl und Anpassung geeigneter Hörgeräte. Statt diese Rollenbilder zu erweitern, sollten wir zunächst genauer hinschauen, ob sie den Ansprüchen einer patientenorientierten Versorgung überhaupt gerecht werden.

Während die ärztliche Untersuchung durch Facharztstandard und Sachleistungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf höchstem Niveau und ohne Zusatzkosten für die Patienten geregelt ist, zahlen die gleichen Patienten nach einer aktuellen Statistik beim Hörakustiker im Durchschnitt 1.082 Euro an Mehrkosten zu (GKV-Spitzenverband 2019a), ohne dass dies die Patientenzufriedenheit steigert (GKV-Spitzenverband 2019b). Gleichzeitig beobachten wir, dass die zwischen Patienten, Ärzten und Krankenkassen vereinbarten Regelungen zur Qualitätssicherung von Hörgeräteakustikern und Krankenkassen unterlaufen werden. Der Prüfung durch das damit verbundene Vier-Augen-Prinzip gehen viele Hörgeräteakustiker aus dem Weg. Hierdurch wird der sogenannte Verkürzte Versorgungsweg für die HNO-Kollegen attraktiver. Mit der Digitalisierung geht die Entwicklung ohnehin in diese Richtung.

Marianne Frickel: Sämtliche Tätigkeiten, die Hörakustiker im Zusammenhang mit der Auswahl, Anpassung und Abgabe von Hörsystemen ausüben, gehören zum Berufsbild des Hörakustikerhandwerks. Dabei üben Hörakustiker u.a. auch Tätigkeiten aus, die ein HNO-Arzt ausführt. Das Recht der Hörakustiker zur Feststellung von Kontraindikationen ergibt sich aus ihrem Berufsbild (§ 1 Abs. 1 Nr. 1, § 1 Abs. 2 Nr. 19, § 3 Nr. 2 HörgAkMStrV). Auch die „Anamnese“ stellt einen wesentlichen Bestandteil des Hörakustikerhandwerks dar (Verwaltungsgericht München, Urteil v. 25.04.2017 – M 16 K 15.5455).

Ein eklatanter medizinischer Fachkräftemangel in ländlichen Gebieten (Price-WaterhouseCoopers 2010) könnte durch die Gesundheitshandwerke, zu denen die Hörakustiker gehören, gemildert werden. Ihnen müssen von den Krankenkassen Aufgaben übertragen werden, die sie gemäß der Handwerksordnung, die immerhin ein Bundesgesetz ist, schon längst ausüben dürfen. An Qualifikation, Qualität und Rechtsstaatlichkeit würde es dafür nicht fehlen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit hat sich schon immer bewährt. Diese sollte aber von Respekt und gleicher Augenhöhe geprägt sein. Die Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens, von Krankenkassen bis zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), sollten daher den Hörakustikern noch mehr Verantwortung übertragen.

Ist z.B. der Transfer einiger bislang in Facharztpraxen verorteter Arbeitshinhalte auf die Hörakustiker denkbar?

Dr. Dirk Heinrich: Nein, und hier muss auch ein ganz klares Stoppsignal gesetzt werden. Hörgeräteakustiker ist kein Gesundheitsfachberuf, wie zum Beispiel Logopäde oder Physiotherapeut. Hörgeräteakustiker sind Handwerker, für die andere Regeln als für Ärzte gelten. Während mit dem freien Arztberuf eine besondere ethische Verpflichtung gegenüber dem Patienten und der Allgemeinheit verbunden ist, hat das Handwerk andere Aufgaben, die mit ärztlicher Heilkunde nichts zu tun haben. Diese wichtige Unterscheidung stellt eine rote Linie dar, die nicht überschritten werden kann. Weder gibt es die handwerkliche Ausbildung her, noch wäre es im Entferntesten im Patienteninteresse, wenn ein Handwerker ärztliche Aufgaben übernehme.

Schwerhörigkeit ist ein Symptom. Die zugrunde liegende, chronische Erkrankung kann nur durch einen Arzt festgestellt werden und muss, wie z.B. bei einem Diabetiker, regelmäßig kontrolliert werden. Auch müssen regelmäßig operativ zu behandelnde Zweiterkrankungen ausgeschlossen werden, die zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen können, ohne dass sie vom Patienten vorher bemerkt werden, wie ein Cholesteatom oder ein Vestibularischwannom. Auch das kann nur ein Facharzt. Schließlich kann nur ein Facharzt erkennen, wann für einen Patienten eine Versorgung mit einem Cochlea-Implantat indiziert ist.

Marianne Frickel: Die Abgabe von Hörsystemen zulasten der GKV, ohne die zwingende Beteiligung des Hals-Nasen-Ohren-Arztes, wäre konsequent. Hörakustiker ist ein Gesundheitsberuf (Bundesministerium für Gesundheit 2020a). Die Tätigkeiten des Hörakustikers sind gefahrengeeignet (Wissenschaftlicher

Dienst des Deutschen Bundestages 2019) und streng reglementiert. Rechtsvorschriften, die dem Hörakustikerhandwerk die Anpassung und Abgabe von Hörsystemen ohne ärztliche Mitwirkung untersagen, existieren nicht. Medizin-, sozial- und versicherungsrechtliche Vorschriften, die bei der Abgabe von Hörsystemen eine ärztliche Beteiligung vorschreiben, betreffen ausschließlich die Frage der Leistungserbringung oder Kostenerstattung durch die Krankenversicherungen.

Sämtliche Tätigkeiten, die Hörakustiker im Zusammenhang mit der Abgabe von Hörsystemen ausüben, unterliegen nicht dem Arzt- und Heilkundevorbehalt. Das gilt auch für Versorgungsformen, bei denen kleinste Hörsysteme bis kurz vor das Trommelfell platziert werden. Schon heute bedarf es keiner fachärztlichen Verordnung bei Folgeversorgungen, außer medizinische Gründe sprechen dagegen. Im Rahmen der Erstversorgung bedarf es keiner ärztlichen Nachkontrolle. Kein Versicherter soll gezwungen werden, einen HNO-Arzt aufzusuchen, nur um ein Hörsystem zu erhalten.

Welche Auswirkungen hätte das auf die Qualität der Versorgung schwerhöriger Menschen?

Dr. Dirk Heinrich: Welche Komplikationen bei der Hörgeräteversorgung ohne HNO-Arzt zu beobachten sind, wurde bereits 2014 wissenschaftlich untersucht (Löhlner 2014). In der Auswertung von knapp 500 Fällen traten zum Teil gravierende Fehler zutage: Die medizinische Ursache einer Hörminderung wurde verkannt, es gab Fehllindikationen, falsche Kostenträgerzuordnungen, handwerkliche Mängel und Fehlversorgungen.

Die alleinige Betreuung eines schwerhörenden Patienten durch einen Hörgeräteakustiker ist medizinisch schlicht unverantwortlich. Genau aus diesem Grund gibt es das bewährte Verfahren der ärztlichen Qualitätssicherung, das mit der Hilfsmittelrichtlinie und Muster 15 vorgegeben ist. Wer, wie leider weitläufig zu beobachten ist, bewusst auf die ärztliche Abnahme der Hörgeräteversorgung verzichtet und die gültigen Vereinbarungen und Normierungen unterläuft, der muss sich fragen lassen, warum er die Kontrolle durch einen HNO-Arzt so sehr scheut. Schließlich ist die ärztliche Abnahme der Hörgeräteversorgung eines der ganz wenigen Instrumente, das tatsächlich Ergebnisqualität messbar macht.

Marianne Frickel: Die Qualität der Hörsystemversorgung ist sehr hoch, auch wenn ein HNO-Arzt nicht, oder nur zeitweise beteiligt war. Krankenkassen schließen Verträge mit Hörakustikern über die Einzelheiten der Versorgung sowie die Qualität der Hörsystemversorgung ab. Die im Jahre 2019 vom GKV-Spitzenverband veröffentlichte größte von gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) durchgeführte Versichertenbefragung zur Qualität der Hörsystemversorgung in Deutschland ergab, dass die überwiegende Mehrzahl – rund 90% – der befragten gesetzlich versicherten Hörsystemträger mit ihrer Versorgung zufrieden bis sehr zufrieden sind (GKV-Spitzenverband 2019c). Das unabhängig davon, ob sie sich für eine Versorgung mit oder ohne Mehrkosten entschieden haben.

Die Qualitätssicherung der Hörsystemversorgung obliegt nach § 127 Absatz 7 SGB V explizit den Krankenkassen als Vertragspartnern und nicht den HNO-Ärzten. Der Hörakustiker erbringt vielmehr bereits durch seine Ausbildung und die Präqualifizierung den Nachweis, dass er zu einer ordnungsgemäßen Abgabe der Hörhilfe grundsätzlich befähigt und in der Lage ist (Bundesministerium für Gesundheit 2020). Eine Übertragung von mehr Verantwortung auf die Hörakustiker würde das Gesundheitswesen und die Versichertengemeinschaft deutlich entlasten.

In einer Mitgliederpublikation greift die Bundesinnung der Hörakustiker das Thema „Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen“ zu Beginn des Jahres 2021 auf (Bundesinnung 2021). Ohne konkrete Forderungen aufzustellen, gibt sie zu bedenken, dass eine Entlastung der Ärzte „aus mehreren Gründen wichtig“ sei: So werde es immer schwieriger, zeitnah Termine bei Fachärzten zu erhalten, deren Dichte „gerade in ländlichen Gebieten“ abnehme. Vor allem in der Versorgung „älterer und chronisch erkrankter Patienten“ sollten „alle Gesundheitsberufe künftig besser und auf Augenhöhe zusammenarbeiten“. Ferner gerate die „Demografie in der Ärzteschaft“ ins Wanken, da in den nächsten Jahren „weit mehr Ärzte aus der Versorgung ausscheiden als nachrücken.“ Während unstrittig sei, dass „medizinische Fragestellungen, Medikation etc.“ in ärztliche Hände gehöre, spricht man sich – noch unspezifisch – für „Pilotprojekte (...) und neue Modelle der Delegation und Substitution“ aus. Diese erste Positionsbestimmung lässt eine öffentliche Diskussion dieser (zu konkretisierenden) „neuen Modelle“ erwarten, die idealerweise nicht konfrontativ, sondern im konstruktiven Dialog mit den HNO-Fachärzten erfolgen wird (Bundesinnung der Hörakustiker 2021).

1.4 Ausblick

Es konnte aufgezeigt werden, dass Menschen, die mit einer Hörminderung leben und den Versorgungsweg beschreiten, nahezu vollständig Versorgungserfolge sowie hohe Zufriedenheit mit den Leistungserbringern und den angepassten Hörsystemen bekunden. Es wurde zudem herausgestellt, dass das Ignorieren oder Herausögern einer Versorgung nicht nur erhebliche Folgerisiken, sondern auch hohe Kosten zeitigt. Dennoch verzichten zu viele Betroffene auf eine Versorgung. Geht man von einer gewissen Zurückhaltung der Menschen aus, sich eine Hörminderung einzugestehen, ist zu vermuten, dass weit mehr Hörgeminderte auf eine Versorgung verzichten als die eingangs erwähnten 18% (umgerechnet fast 2 Millionen Bundesbürger).

Diese über den Nutzen einer professionellen Hörversorgung aufzuklären, über die Folgen unversorgter Schwerhörigkeit zu informieren und für eine zeitnahe Versorgung zu motivieren, muss das oberste Ziel aller am Versorgungsprozess beteiligten Akteure (auch der Kostenträger) sein. Nicht jedoch sollte die Versorgung durch zusätzliche Schleifen nach erfolgter Hörgeräteanpassung verlängert werden.

Insgesamt, so ist 2019 im erwähnten Stellungnahmeverfahren vor dem G-BA gut dokumentiert worden, hat sich der Versorgungsprozess aus der Sicht nahezu aller beteiligten Akteure bewährt. Handlungsbedarf herrscht daher nicht am Ende dieses

Prozesses, sondern davor. Gerade hier kommt dem HNO-Arzt besondere Bedeutung zu: Nach der selbst wahrgenommenen Verschlechterung des Hörvermögens ist der HNO-fachärztliche Rat der zweitwichtigste Auslöser für hörgeminderte Menschen, den Versorgungsweg zu beschreiten (Anovum 2018). Und da die Notwendigkeit einer erstmaligen fachärztlichen Diagnose nicht in Abrede steht, ist zu fragen: Wie kann man diese, vor allem für Menschen in einem durch das Einsetzen der Altersschwerhörigkeit (Presbyakusis) geprägten Lebensabschnitt, zur Selbstverständlichkeit machen?

Erforderlich ist ein breites, für Patienten kostenneutrales und vor allem niederschwelliges Angebot, das möglichst viele Menschen mit den ersten Anzeichen einer Schwerhörigkeit zeitnah einer gründlichen Diagnose und geeigneten Therapie zuführt – mit anderen Worten: ein gesetzliches Hörscreening für Menschen ab dem 50. Lebensjahr. Die Kosteneffizienz der Therapieform „Hörgeräteversorgung“ und die ungleich höheren Folgekosten unbehandelter Schwerhörigkeit vermögen ein gesetzliches Hörscreening für Menschen ab dem 50. Lebensjahr bereits hinreichend zu begründen – auch und gerade gegenüber den Kostenträgern.



- *Anstelle eine weitere – potenziell absprungträchtige – Schleife am Ende des Versorgungsprozesses verpflichtend zu machen, sollte die Zahl fachärztlicher Diagnosen vor Beginn der Hörgeräteversorgung erhöht werden.*
- *Erforderlich ist ein gesetzliches Hörscreening für Menschen ab dem 50. Lebensjahr. Im Rahmen eines Haus- oder Facharztbesuches würden 50+-Patienten einen einfachen Fragebogen beantworten und bei Auffälligkeit zur Diagnose an einen HNO-Arzt überwiesen.*
- *Durch mehr frühzeitige Diagnosen und Versorgungen schwerhöriger Menschen ließen sich erhebliche Folgekosten und Folgeerkrankungen unbehandelter Hörminderungen reduzieren.*

Das Verfahren kann wie folgt gestaltet werden: Beim Besuch eines 50+-Patienten in einer allgemein- oder fachärztlichen Praxis der Grundversorgung (z.B. Internist, Urologe, Gynäkologe etc.) administriert eine Arzhelferin in wenigen Minuten einen kurzen Fragebogentest. Ist die Beantwortung durch den Patienten auffällig, würde dieser eine Überweisung zu einem HNO-Facharzt erhalten. Eine einfache Methodik wurde bereits etabliert, wissenschaftlich überprüft und publiziert: Als geeignetes Mittel hat sich der sogenannte Mini Audio-Test (MAT) erwiesen (Löhler et al. 2020). Dieser besteht aus 6 Fragen zum Alltagshörvermögen, die Probanden ohne weitere Hilfsmittel selbstständig beantworten können. Auf einer 3-stufigen Skala wird bewertet, inwiefern sich die Betroffenen in ihrem Hörvermögen in diesen Situationen beeinträchtigt fühlen bzw. ob man ihnen mitteilt, dass sie entsprechende Probleme haben. Bei 2 (Altersgruppe jünger als 60 Jahre) bzw. 3 Punkten (Altersgruppe ab 60 Lebensjahren) ist eine weitere ärztliche Diagnostik erforderlich.

1 Hörgeräteversorgung: Es geht um mehr, als gut zu hören

Der Mini Audio-Test (MAT) ist ein Schnelltest mit 6 Fragen, zu beantworten von Menschen ab 50 Jahren, z.B. beim Besuch einer ärztlichen Praxis. Abhängig von der Beantwortung erfolgt eine Überweisung an den HNO-Arzt. Ziel: Reduktion der Dunkelziffer nicht diagnostizierter und damit nicht therapierter Hörminderungen, Erhöhung der Quote erstmaliger Diagnosen von Schwerhörigkeit und zeitnaher Beginn des hörakustischen Versorgungsprozesses.

Würde ein gesetzliches Hörscreening für Menschen ab dem 50. Lebensjahr eingeführt, begänne der Versorgungsweg zu einem früheren Zeitpunkt als bisher. Auch würden *mehr* Menschen als bisher getestet und könnten *zeitnaher* versorgt werden. 31% der Bundesbürger haben noch nie einen Hörtest gemacht. Lediglich 45% haben ihr Gehör innerhalb der letzten 5 Jahre testen lassen (Anovum 2018). Mit dem vorgeschlagenen Verfahren würde die hohe Dunkelziffer jener Menschen, die sich ihrer Hörminderung nicht bewusst sind, deutlich verringert. Auch die erste Abwanderungswelle aus dem Versorgungsprozess von fast 2 Millionen Menschen – die zwar zugeben, schwerhörig zu sein, einen HNO-Arzt aber aus eigenem Antrieb nicht aufsuchen – würde vermindert.

Literatur

- Amieva H, Ouvrard C, Meillon C et al. (2018) Death, depression, disability, and dementia associated with self-reported hearing problems: a 25-year study. *J Gerontol* 73 (10), 1383–1389
- Anovum (2018) Euro Trak Germany 2018. Repräsentative Studie unter 13.583 Bundesbürgern zu Hörvermögen und Hörgeräteadaption. Zürich. URL: https://www.ehima.com/wp-content/uploads/2018/06/EuroTrak_2018_GERMANY.pdf (abgerufen am 24.02.21)
- Bundesinnung der Hörakustiker (2021) Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen. In: Hörprofil, Nr. 1, S. 8
- Bundesministerium für Gesundheit (2020) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 17. Oktober 2019; hier: Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (Hilfsm-RL): Ärztliche Abnahme von Hörhilfen nach § 30. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6603/2019-10-17_Hilfsm-RL_Aerztliche-Abnahme-Hoerhilfen_BMG-Bearbeitung.pdf (zugriffen am 18.01.2021)
- Bundesministerium für Gesundheit (2020a) Gesundheitsberufe – Allgemein. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html> (zugriffen am 18.01.2021)
- Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M et al. (2018) Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review *BMJ Open* 2018; 8: e016982. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016982
- Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA (2019) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (Hilfsm-RL) Ärztliche Abnahme von Hörhilfen nach § 30 vom 17. Oktober 2019, Berlin
- GKV-Spitzenverband – GKV-SV (2019a) 2. Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungsgemäß § 302 Absatz 5 SGB V. Berichtszeitraum: 01.01.2019–31.12.2019. URL: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/mehrkostenberichte/20200630_Hilfsmittel_2_Mehrkostenbericht_302_Abs_5_SGB_V.pdf (zugriffen am 18.01.2021)
- GKV-Spitzenverband – GKV-SV (2019b) Mehrkosten bei Hörhilfen – das muss nicht sein! Repräsentative Befragung GKV-Versicherter zeigt über 80-prozentige Zufriedenheit. Pressemitteilung BERLIN, 24.06.2019. URL: www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_867072.jsp (zugriffen am 18.01.2021)
- GKV-Spitzenverband – GKV-SV (2019c) Die Hörhilfenversorgung im Rahmen des Sachleistungsprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung. Beratungsqualität, Mehrkosten Versorgungszufriedenheit. Opta data Essen. URL: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2019/PM_2019-06-24_GKV-Hoerhilfenversorgung_Bericht_Kurzfassung.pdf (zugriffen am 18.01.2021)

- Laureyns M, Bisgaard N, Bobeldijk M, Zimmer S (2020) Getting the numbers right on hearing loss, hearing care and hearing aid use in Europe. Joint AEA, EFHOH, EHIMA Report. URL https://www.ehima.com/wp-content/uploads/2020/08/Getting-the-numbers-right-AEA_EFHOH_EHIMA-June-2020-final.pdf (zugegriffen am 18.01.2021)
- Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D et al. (2020) Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 396 (10248), 413–446
- Löhler J, Akcicek B, Wienke A, Hoppe U (2014) Komplikationen bei der Hörgeräteversorgung ohne HNO-Arzt. *HNO* 62, 360–366
- Löhler J, Lehmann M, Segler V, Volkenstein S, Battmer RM, Ernst A, Gräbner F, Schlattmann P, Schönweiler R, Wollenberg B, Dazert S (2020) Die Sensitivität und Spezifität des Mini-Audio-Tests (MAT) für unterschiedliche Hörverlustschwelen. *Laryngo Rhino Otol* 99, 400–406
- PriceWaterhouseCoopers AG (Hrsg) (2010) Fachkräftemangel Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. URL: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf> (zugegriffen am 18.01.2021)
- Shield B (2019) Hearing loss – numbers and costs. Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment. Brunel University London
- Thum C, Langenfeld R, Flessa S (2020) Lebenszeitkosten der Hörgeräteversorgung in Deutschland. *Laryngo Rhino Otol* 99 (eFirst). doi: 10.1055/a-1253–8325
- Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2019) Einteilung der Gewerbe in der Handwerksordnung und das Kriterium der Gefahrgeneigntheit. Dokumentation WD 5 – 3000 – 047/19 (09.05.2019)



Dr. Stefan Zimmer

Dr. Stefan Zimmer ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Hörsysteme-Industrie (BVHI), der Vertretung der auf dem deutschen Markt tätigen Hersteller von Hörgeräten und Hörimplantaten. Zudem ist Dr. Zimmer Generalsekretär der European Hearing Instrument Manufacturers Association (EHIMA), des internationalen Verbandes der weltweit führenden Produzenten medizinischer Hörsysteme.