

Bundesverband  
Medizintechnologie e.V.  
**Reinhardtstraße 29b**  
**D - 10117 Berlin**  
**Tel. +49 (0)30 - 24 62 55 - 0**  
Fax +49 (0)30 - 24 62 55 - 99  
info@bvmed.de  
www.bvmed.de

Berlin, 13. Mai 2009  
Sch/Pio  
Tel. -25  
Email: piossek@bvmed.de

**per E-Mail an:**

Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen  
Bundestages  
Stellvertretende Vorsitzende der Bundestagsfraktionen

• **BVMed-Stellungnahme zum verkürzten Versorgungsweg**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der BVMed vertritt im Bereich der Hörhilfen die Firmen, die gemeinsam mit den HNO-Ärzten und Krankenkassen den verkürzten Versorgungsweg beschreiten. Hiervon zu unterscheiden sind Hörgeräteakustiker, die ausschließlich die Versicherten in einem Ladengeschäft versorgen. In der Anhörung zur 15. AMG-Novelle ist außer der Reihe die Umsetzung des neuen § 128 SGB V insbesondere zum verkürzten Versorgungsweg thematisiert worden. Wir möchten daher unsere Stellungnahme vom 4. Mai 2009 zur 15. AMG-Novelle um Ausführungen zur Umsetzung des verkürzten Versorgungsweges ergänzen.

•• **Allgemeine Anmerkungen zur Umsetzung des § 128 Abs. 4 SGB V**

Wir bewerten den neuen § 128 SGB V als grundsätzlich gelungen. Er eröffnet den Patienten weiterhin die Möglichkeit, eine gleichwertige und für ihn oft kostengünstigere Versorgung zu wählen. **Gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht aus unserer Sicht nicht.**

Trotz des kurzen Zeitraums zwischen Einführung und Inkrafttreten des § 128 SGB V konnten die Anbieter des verkürzten Versorgungswegs gemeinsam mit vielen Krankenkassen vertragliche Regelungen schließen. Dabei wurde insbesondere auf eine transparente Vertragsgestaltung geachtet. So werden die zum EBM zusätzlich zu erbringenden Leistungen des Arztes und die dafür zu zahlende Vergütung vertraglich im Einzelnen festgelegt. Die Zahlung erfolgt direkt durch die Krankenkasse bzw. eine beauftragte neutrale Abrechnungsstelle. Eindeutig ist also zu konstatieren, dass der Arzt eine von der Krankenkasse extra vergütete Versorgungsleistung erbringt und es sich dabei nicht um Korruption oder Schmiergelder handelt, wie in der Öffentlichkeit kolportiert. Auch die geforderten Sanktionsmöglichkeiten von etwaigen Verstößen sind bereits in den Verträgen enthalten.

Da sich alle Beteiligten noch in einer Lernphase befinden, sind einzelne Umsetzungsprobleme nicht auszuschließen. Dies ist bei einer Neuregelung jedoch normal. Sollten in den derzeitigen Verträgen daher einzelne Bestimmungen angepasst werden müssen, kann dieses jederzeit zwischen den Vertragspartnern erfolgen. Für weitere Vertragsverhandlungen könnten auch zu entwickelnde Leitlinien des GKV-Spitzenverbandes hilfreich sein.

**Detaillierte Ausführungen zur Umsetzung des § 128 Abs. 4 SGB V**

Uns ist bewusst, dass dieser Versorgungsweg bei bisher etablierten Marktteilnehmern teilweise mit Vorbehalten gesehen wird.

Zur Stellungnahme der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker BIHA (Ausschussdrucksache 16(14)0514(24)) möchten wir wie folgt Stellung nehmen:

- > Die Vertragsform mit Beitritt des Vertragsarztes zum Vertrag zwischen Kasse und Leistungserbringer erfüllt die gesetzlichen Anforderungen des § 128 Abs. 4 SGB V und gewährleistet, dass alle Beteiligten (Krankenkassen, Leistungserbringer und kooperierende Ärzte) einheitlichen Vereinbarungen unterliegen.
- > Die Trennung der medizinischen und handwerklichen Leistung bleibt gewährleistet. Die vertraglich an den HNO-Arzt delegierten Leistungen unterliegen nicht dem Handwerksrecht. Die erforderliche Qualifikation zur Durchführung delegierten Leistungen wird durch kontinuierliche Aus- und Weiterbildung gewährleistet.
- > Delegierte Leistungen sind zusätzlich zu den vertragsärztlichen Leistungen zu erbringen. Im Falle etwaiger Überschneidungen in Verträgen, können die Vertragsparteien im Bedarfsfall Klarstellungen an Vereinbarungen vornehmen.
- > Soft- und Hardware werden gegen Nutzungsgebühren zur Verfügung gestellt. Dies ist bereits in bestehenden Verträgen vereinbart. Schulungen erfolgen zur Ausbildung der Praxis in Bezug auf notwendige, herstellerbezogene Kenntnisse und zur kontinuierlichen Qualitätssicherung, damit Patienten in der Praxis optimal bedient werden können. Die erworbenen Kenntnisse und vermittelten Inhalte sind herstellerspezifisch und nicht anderweitig verwendbar, so dass ein wirtschaftlicher Vorteil nicht gegeben ist.
- > Leihgeräte für Reparaturzeiträume stellen keine Depotabgabe im Sinne von § 128 Abs. 1 SGB V dar, weil es sich immer um ein für einen bestimmten Patienten durch den Hörgeräteakustiker angepasstes Gerät handelt und eben nicht um die Bevorratung von Hilfsmitteln für einen noch nicht bestimmten Kreis von Patienten. Ferner erfolgt auch keine endgültige Abgabe, sondern nur eine leihweise Überlassung eines Geräts für kurze Zeit.
- > Die Beauftragung privater Abrechnungsstellen ist gem. § 302 SGB V generell zulässig und ermöglicht dem Arzt und dem Hörgeräteakustiker als Leistungserbringer die gesetzliche Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung aus § 302 Abs. 1 SGB V zu erfüllen.
- > Die Verordnung eines Hörgerätes unterliegt strengen medizinischen Indikationen. Eine willkürliche Fallzahlausweitung ist nicht zu erwarten. Kein Patient trägt freiwillig ohne Notwendigkeit eine Hörhilfe, da diese im Gegensatz zu einer Brille immer noch als Prothese empfunden wird. Seit Bestehen des verkürzten Versorgungswegs gibt es in den letzten 20 Jahren auch keine diesbezüglichen Entwicklungen.

#### **Vorschläge zur Vermeidung von Missbrauch der Vorschrift des § 128 Abs. 4 SGB V**

Es gilt auszuschließen, dass Leistungserbringer den Verträgen der originären Anbieter des verkürzten Versorgungswegs beitreten können, um ggf. bisherige unzulässige Praktiken zu substituieren.

Geeignete Vertragsinhalte sind bzw. könnten diesbezüglich sein:

- > Präzise Beschreibung des Leistungsumfangs
- > Festlegung des Ortes der Leistung und der Nachsorge zur Sicherstellung, dass derjenige, der die Vergütung erhalten hat, auch erst später anfallende Leistungen im Rahmen der Nachbetreuung übernimmt
- > Dokumentation aller erbrachten nicht vertragsärztlichen Leistungen am Orte der Leistungserbringung in Verbindung mit einem Prüfungsrecht der Krankenkassen
- > Vereinbarung eines wissenschaftlichen Nachweis der generellen Ergebnisqualität der Versorgung durch die Leistungserbringergruppen
- > bei gleichzeitiger räumlicher Präsenz eines Ladenlokals des Leistungserbringers, Verbot der Rückverlagerung delegierter Leistungen, gerade im Zeitraum der Regeltragezeit, an den Leistungserbringer

#### **Ergänzende Informationen zum verkürzten Versorgungsweg**

Der verkürzte Versorgungsweg existiert schon seit 20 Jahren, seine Rechtmäßigkeit wurde durch Urteile des Bundesgerichtshofs aus den Jahren 2000 bzw. 2001 auch bereits umfassend juristisch bestätigt. Er

hat einen Marktanteil von ca. 10 Prozent aller jährlich in Deutschland durchgeführten Hörgeräteversorgungen.

Die mit den Anbietern des verkürzten Versorgungswegs kooperierenden HNO-Ärzte erbringen ärztliche Leistungen, für welche sie ein adäquates Honorar erhalten. Es besteht für sie kein monetärer Anreiz zur Empfehlung hochpreisiger Geräte, daher entscheidet sich auch durchschnittlich eine große Anzahl der hörgeschädigten Patienten für eine zuzahlungsfreie Versorgung. Die Versorgung beim HNO-Arzt seines Vertrauens gewährleistet dem Patienten zudem, dass er eine Hörgeräteversorgung wählen kann, die sich an seinen Wünschen und nicht den wirtschaftlichen Interessen eines örtlichen Hörgeräteakustikers orientiert.

Nach unserer Kenntnis kann derzeit die hohe Ergebnisqualität der Versorgung der Patienten wissenschaftlich nur für den verkürzten Versorgungsweg nachgewiesen werden (APHAB-Studie der Firma Sonic Innovations, Hamburg / WIdO-Studie der AOK – **Anlage**). Obwohl örtliche Akustiker über Jahre hinweg eine Qualitätssicherung über Fragebogen durchgeführt haben, stehen wissenschaftlich verwertbare Auswertungen hierzu bisher aus. Wichtig ist auch festzuhalten, dass Geräte vergleichbarer Qualität im verkürzten Versorgungsweg erheblich günstiger angeboten werden als im herkömmlichen Versorgungsweg.

Der verkürzte Versorgungsweg war die Hauptursache für einen erhöhten Wettbewerb im Hörgeräte-markt. Würde er aufgrund gesetzlicher Neuregelungen zukünftig nicht mehr betrieben werden können, ist zu erwarten, dass die Krankenkassen einem Angebotsmonopol gegenüberstehen und es zu einem signifikanten Anstieg der durchschnittlichen Kosten für ein Hörgerät führen würde, welche die Patienten tragen müssten.

Wesentlich ist auch, dass im verkürzten Versorgungsweg über 40 Prozent aller Hörhilfen aufzahlungsfrei abgegeben werden, während im herkömmlichen Versorgungsweg die aufzahlungsfreie Quote bei unter 5 Prozent liegt. Einkommensschwache Patienten profitieren daher in besonderer Weise vom verkürzten Versorgungsweg. Zu berücksichtigen ist auch, dass der verkürzte Versorgungsweg den Patienten Wege und damit Aufwand sowie Zeit erspart.

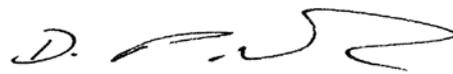
Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

BVMed – Bundesverband  
Medizintechnologie e.V.



Joachim M. Schmitt  
Geschäftsführer  
Mitglied des Vorstandes



Daniela Piossek  
Leiterin Referat Krankenversicherung

Anlage (1)

# Die Verwendung des APHAB (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit) zur Messung der Ergebnisqualität im Verkürzten Versorgungsweg

---

*Deutsche Zusammenfassung der Hamburger Studie anlässlich des Vortrags „APHAB (German) outcome of 224 WDRC cases, factors age, PTT – a wider look at APHAB-answers“ auf dem Annual Scientific and Technical Meeting of the American Auditory Society, Scottsdale, Arizona, USA, March 5-7, 2009*

J. Löhler<sup>1</sup>, R. Frohburg<sup>2</sup>, L. Moser<sup>3</sup>

<sup>1</sup>HNO-Praxis, Bad Bramstedt

<sup>2</sup>Fa. Sonic Innovations, Hamburg

<sup>3</sup>HNO-Klinik, Bayerische Julius-Maximilians-Universität, Würzburg

## Hintergrund

Für die Messung der Ergebnisqualität in der Hörgeräteversorgung gibt es viele verschiedene Methoden, von denen sich bislang in Deutschland jedoch keine in der Breite durchgesetzt hat. Dieses liegt u. a. am hohen Zeitaufwand und an der mangelnden Evaluation der verschiedenen Tests mit großen Patientenzahlen.

Noch weniger gibt es bisher ein Instrument, das evaluiert eine internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglicht.

Der APHAB wird im englischsprachigen Raum seit langem im Rahmen der Hörgeräteversorgung u. a. erfolgreich zur Dokumentation der Ergebnisqualität eingesetzt. Entwickelt wurde der APHAB 1995 von Cox und Alexander vom Hearing Aid Research Laboratory (HARL) der Universität Memphis, Tennessee, USA. Er besteht aus vier Bereichen zu je sechs Einzelfragen, mittels derer der Patient die Beeinträchtigung des Hörens in ruhiger Umgebung (EC), im Störschall (BN), in hallender Umgebung (RV) und im Lärm (AV) vor und nach einer Hörgeräteversorgung auf einer siebenstufigen Skala angibt.

Zu den einzelnen Bereichen gibt es US-Normwerte, seit kurzem auch für volldigitale Hörgeräte.

Ziel der Studie war es, zum einen die Anwendbarkeit des APHAB im deutschsprachigen Raum zu überprüfen und zum anderen das Niveau der Ergebnisqualität zwischen der Hörgeräteversorgung durch den akademisch ausgebildeten, US-amerikanischen Audiologen auf der einen Seite und der Ergebnisqualität im verkürzten (verkürzten) Versorgungsweg auf der anderen Seite zu vergleichen.

Ferner sollte untersucht werden, ob es Unterschiede im Antwortverhalten hinsichtlich des Geschlechts, des Alters innerhalb der Gruppe der Hamburger Studie gibt, und wie sich die Antworten zu den zugehörigen Tonaudiogrammen verhalten.

## Patienten und Methoden

In der Hamburger Studie wurde eine Gruppe von 224 Patienten aus neun HNO-Praxen vor und nach einer Hörgeräteeingliederung im verkürzten Versorgungsweg mittels des vom HARL in auf Deutsch herausgegebenen APHAB-Fragebogens befragt. Die Ergebnisse wurden mit der vorgegebenen US-Norm und den Hörverlusten aus den zugehörigen Tonaudiogrammen verglichen.

Ferner wurde die Gruppe der Hamburger Studie nach Unterschieden im Antwortverhalten hinsichtlich des Alters (jünger oder älter als das Durchschnittsalter der Gruppe von 71 Jahren) und des Geschlechts untersucht.

## Ergebnisse

Die Streuung der Ergebnisse ist in der Hamburger Studie etwas breiter, die Steigung der Verteilungsfunktion somit steiler als in der publizierten US-Norm. Dieses lässt sich auf abweichende Einschlusskriterien für beide Studien zurückführen.

Ein grundsätzlicher Unterschied besteht zwischen den beiden Erhebungen jedoch nicht. Insbesondere ließen sich keine nennenswerten Unterschiede in der Ergebnisqualität zwischen der Versorgung durch die akademisch ausgebildeten Audiologen in den USA und derjenigen des verkürzten Versorgungsweges erkennen.

Hinsichtlich des Geschlechtes der Patienten ergaben sich erwartungsgemäß keine nennenswerten Unterschiede im Antwortverhalten. Die Antworten des APHAB korrelierten jeweils mit dem entsprechenden Hörverlust im Tonaudiogramm.

Die Untergruppe, die jünger als das Gruppendurchschnittsalter ist, fühlte sich beim Tragen der Hörgeräte signifikant weniger durch Lärm beeinträchtigt als die ältere Gruppe (AV).

Literatur auf Anfrage

## Korrespondierender Autor

Dr. med. Jan Löhler  
Facharzt für HNO-Heilkunde  
Maienbeeck 1  
24576 Bad Bramstedt

T 04192/ 819 27 54  
F 04192/ 819 27 56  
praxis@hnoarzt-bad-bramstedt.de  
www.hnoarzt-bad-bramstedt.de

# Presse- Information

Bonn, 08. März 2001

## Massive Preisunterschiede bei der Versorgung mit Hörgeräten

Bonn. GKV-Versicherte müssen mit großen Zahlungsunterschieden rechnen, wenn sie ein Hörgerät benötigen. Dies zeigen die Ergebnisse einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). 400 Schwerhörige sind im Rahmen von persönlichen Interviews zur Zufriedenheit mit der Hörgeräteversorgung und zum Ausmaß der privaten Zuzahlungen befragt worden.

Dabei schneidet die überwiegend durch die Empfehlung des Hals-Nasen-Ohren-Arztes ausgelöste Direktversorgung im Urteil der Befragten nicht schlechter ab als die traditionelle Versorgung durch den Hörgeräte-Akustiker. Insbesondere die Online-Versorgung erzeugt eine hohe Zufriedenheit bei weniger Kosten, so Klaus Zok vom Wissenschaftlichen Institut der AOK.

Das Ziel der Befragung, die durch das Institut für angewandte Verbraucherschutzforschung (IFAV) durchgeführt wurde, war es, die privaten Zuzahlungen und die Zufriedenheit der Versicherten mit unterschiedlichen Formen der Hörgeräteversorgung zu erheben, um den Hörgerätemarkt für den Verbraucher transparenter zu gestalten.

In den verschiedenen Produktklassen des Hilfsmittelsverzeichnis der Gesetzlichen Krankenversicherung werden insgesamt mehr als 1.800 verschiedene Hörgeräte aufgelistet. Dem Versicherten ist es bei einer anstehenden Versorgung mit einer Hörhilfe kaum möglich, sich über Geräteangebot, Qualität und das daraus resultierende Preis-Leistungsverhältnis zu informieren.

Wissenschaftliches  
Institut der AOK  
Kortrijker Str. 1  
53177 Bonn  
Tel.: 02 28/84 33 93  
Fax: 02 28/84 31 44  
email: wido@wido.de  
http://www.wido.de

Die Befragten gaben an, Hörgeräte intensiv – im Schnitt rd. 9 Stunden täglich – zu nutzen. Schwerhörige setzen deshalb bei der Hörgeräteversorgung deutliche Prioritäten auf Hörgewinn und Service.

Hörgeräte werden auf verschiedenen Wegen vertrieben. Der traditionelle Weg führt nach der Verordnung eines Hörgerätes durch den HNO-Arzt über den Hörgeräteakustiker, die alternative, sog. Direktversorgung wird von zwei Anbietern praktiziert, wobei die Geräteeingliederung direkt beim HNO-Arzt erfolgt.

Alle Vertriebswege bieten dem Versicherten zuzahlungsfreie Versorgung an, allerdings in unterschiedlichem Maße. Die Befragten, die traditionell versorgt worden sind, haben lediglich in 15 % der Fälle zuzahlungsfreie Hörgeräte bekommen.

Dagegen ist der Anteil der Geräte zum „Nulltarif“ in der Direktversorgung wesentlich größer. Der Versandhandelsanbieter hat jedes zweite Gerät zuzahlungsfrei abgegeben, in der Online-Versorgung wurden sogar über 80 % der Versorgung ohne Zuzahlung durchgeführt.

Wer zuzahlt, muß teilweise mit erheblichen Belastungen rechnen. Beim gleichen Hörgerät waren teilweise deutliche Preisunterschiede festzustellen. Auffällig ist, dass die Streuung der geleisteten Zuzahlungen in der traditionellen Versorgung wesentlich größer ist, als bei der Versorgung über den HNO-Arzt.

Rund ein Drittel der Befragten hatte für ein Hörgerät beim Akustiker mehr als 1.000 DM aus eigener Tasche aufgebracht. Bei sechs Prozent der Versicherten belief sich die Zuzahlung sogar auf mehr als 3.000 DM bei dieser Form der Versorgung. Bei den Direktanbietern blieb die finanzielle Belastung – wenn überhaupt gezahlt wurde – unter 1.000 DM.

---

In der Gesamtbetrachtung haben die Befragten für eine einohrige Versorgung beim Akustiker durchschnittlich rd. 1.200 DM zuzahlen müssen, in der Direktversorgung waren die Zuzahlungen mit im Schnitt 360 DM wesentlich günstiger.

In der subjektiven Gesamtbewertung schneiden alle Hörgeräte unabhängig von Technik oder Vertriebsform bei allen Befragten recht hoch ab.

Dabei ist bemerkenswert so Zok, dass sowohl Geräte die zuzahlungsfrei abgegeben worden sind, als auch Geräte die zuzahlungspflichtig waren, hinsichtlich der Zufriedenheit der Versicherten mit Hörgewinn, Klang und Betreuung jeweils das gleiche Niveau erreichten.

Technisch unterschiedliche Geräte – die Hörhilfen der Befragten sind sowohl mit analoger als auch mit digitaler Technik ausgestattet gewesen – wiesen in der subjektiven Beurteilung nur geringe Unterschiede auf. Größere Unterschiede finden sich beim Preis, hier ist die Unzufriedenheit der Befragten mit dem hohen Preis volldigitaler Hörgeräte am größten.

Es gibt die Möglichkeit einer hochwertigen und zuzahlungsfreien Versorgung mit Hörgeräten. Versicherte sollten sich daher nach der Verordnung einer Hörhilfe durch einen HNO-Arzt über die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten informieren und die Preise vergleichen.

Die Ergebnisse der Befragung können direkt beim Wissenschaftlichen Institut der AOK bezogen werden (Tel.: 0228/843-131; Fax: 843-144).

---