

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Verordnung und Auswahl von Hörhilfen

Vom 17. Juli 2014

### Inhalt

1. Rechtsgrundlage .....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung .....	2
2.1 Maßgaben des BMG .....	2
2.2 Änderung der §§ 21 und 22 .....	2
2.3 Änderung des § 27 Abs. 1 .....	3
2.4 Änderung des § 30 .....	4
3. Würdigung der Stellungnahmen .....	4
4. Bürokratiekostenermittlung .....	5
5. Verfahrensablauf .....	6
6. Fazit .....	6
7. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens .....	7
7.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens .....	7
7.2 Eingegangene Stellungnahmen .....	7
7.3 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen .....	8
A. Stellungnahmen zur Änderung des § 21 HilfsM-RL .....	8
B. Stellungnahmen zur Änderung des § 22 HilfsM-RL .....	9
I. § 22 Absatz 1 .....	9
II. § 22 Absatz 2 .....	10
III. § 22 Absatz 3 .....	11
C. Stellungnahmen zur Änderung des § 27 HilfsM-RL .....	13
D. Stellungnahmen zur Änderung des § 30 HilfsM-RL .....	94
7.4 Mündliche Stellungnahmen .....	96

## 1. Rechtsgrundlage

Die Hilfsmittel-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V wird von Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln beschlossen.

Mit der Richtlinienänderung setzt der G-BA die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Schreiben vom 23. Februar 2012 im Rahmen der Rechtsaufsicht nach § 94 Absatz 1 Satz 4 SGB V erteilten Maßgaben um. Zudem stand seit der letzten Überarbeitung der Hilfsmittel-Richtlinie noch die Anpassung der §§ 21 und 22 aus.

Vor Entscheidungen des G-BA über Änderungen der Hilfsmittel-Richtlinie sind gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7a SGB V den hierzu berechtigten Organisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer nach § 139 Absatz 8 Satz 3 SGB V sowie nach § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Frist für die Abgabe von Stellungnahmen soll mindestens 4 Wochen betragen (1. Kapitel § 10 Abs. 1 S. 3 VerfO). Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

### 2.1 Maßgaben des BMG

Der G-BA hat am 21. Dezember 2011 die Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinie beschlossen. Mit Schreiben vom 23. Februar 2012 hat das Bundesministerium für Gesundheit erklärt, dass es den Beschluss nicht beanstandete, aber folgende Maßgaben erteile:

*„1. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) führt vor Inkrafttreten des Beschlusses eine erneute Beschlussfassung zu den in § 27 Absatz 1 beschlossenen Regelungen zur Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung für die Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung herbei unter Beachtung der unten aufgeführten rechtlichen Bedenken und begründet sein Beratungsergebnis nachvollziehbar.*

*2. Der G-BA nimmt vor Inkrafttreten des Beschlusses eine Änderung oder Streichung der Regelungen zur Auswahl des Hörgerätes in § 30 Absatz 1 vor, sodass diese nicht die Regelungskompetenz der Vertragspartner nach § 127 SGB V verletzen.“*

Die Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinie ist nach Änderungsbeschluss des G-BA vom 15. März 2012 unter Beachtung der vom BMG auferlegten Maßgaben zum 1. April 2012 in Kraft getreten (vgl. hinsichtlich der folgenden Beratungen zu den Maßgaben des BMG Punkt 2.3).

### 2.2 Änderung der §§ 21 bis 23

Die Änderungen in den §§ 21 und 22 waren nach der letzten Überarbeitung der Hilfsmittel-Richtlinie (Beschluss vom 21. Dezember 2011/15. März 2012) erforderlich, um die Vorgaben zur Diagnostik für die einohrige Hörgeräteversorgung anzupassen.

Gemäß § 21 der HilfsM-RL zur Überprüfung des Hörgeräteversorgungserfolges lassen sich bei beidohriger Hörgeräteversorgung der Freiburger Einsilbertest in Ruhe oder OLSA und GÖSA im Störschall anwenden. Die beidohrige Versorgung ist die Regelversorgung, weshalb Absatz 4 als entbehrlich zu betrachten ist und daher insgesamt gestrichen wurde. Nachteilige Auswirkungen auf die Versorgung sind nicht zu befürchten.

Der § 22 zur Überprüfung des Hörgeräteversorgungserfolges bei einohriger Schwerhörigkeit hatte bisher lediglich den OLSA und GÖSA berücksichtigt. Um den Versorgungserfolg auch bei einer nur einseitig versorgungspflichtigen Hörgeräteversorgung ebenfalls mit dem Freiburger Einsilber-Test überprüfbar zu machen, wird mit § 22 Absatz 2, analog zum § 21,

eine Testanordnung ergänzt, die den Einsatz des Freiburger Einsilber-Tests in diesem Fall beschreibt.

Darüber hinaus wurden die dB-Mindestwerte, die eine Verbesserung der Störschall/Nutzschall-Relation der Sprachverständnisschwelle für die adaptiven Tests anzeigen, um den Zusatz (S/N) präzisiert.

In § 23 Abs. 2 wurde das Wort „getragenen“ durch das Wort „schallübertragenden“ ersetzt. Diese sprachliche Korrektur dient dem besseren Verständnis.

### **2.3 Änderung des § 27 Abs. 1**

§ 27 Abs. 1 stellt in seinem neuen Satz 1 klar, dass die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine vertragsärztliche Verordnung voraussetzt, da eine Abklärung der Ursache des Hörverlustes vor Erstversorgung medizinisch geboten ist.

Indem die Regelung zwischen Erst- und Folgeversorgung unterscheidet und den Arztvorbehalt auf die Erst- und Folgeversorgungen mit medizinischer Notwendigkeit beschränkt sowie die Fälle der medizinischen Notwendigkeit konkret regelt, wird die Richtlinie der Regelung des § 33 Abs. 5a SGB V gerecht. Die Gesetzesbegründung zu § 33 Abs. 5a SGB V (BT-Drs. 17/10170, Seite 25) stellt für die Erforderlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung von Hilfsmitteln im Anschluss an die sozialgerichtliche Rechtsprechung darauf ab, ob diese medizinisch zwingend geboten ist. Da die Erstversorgung mit Hörhilfen zur Vermeidung von Fehlbehandlungen und Fehlversorgung voraussetzt, dass die krankhaften Ursachen des Symptoms Schwerhörigkeit diagnostisch abgeklärt werden und eine ärztliche Therapieentscheidung getroffen wird, ist die ärztliche Verordnung von Hörhilfen im Rahmen der Erstversorgung aus medizinischen Gründen zwingend geboten.

Entsprechend dem mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) am 30. Oktober 2012 in Kraft getretenen neuen § 33 Abs. 5a SGB V wird in Satz 4 des § 27 Abs. 1 der Richtlinie darauf hingewiesen, dass für jede weitere Abgabe von Hörhilfen eine ärztliche Verordnung nur erforderlich ist, soweit eine ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.

Im neuen Satz 5 wird ein Katalog konkreter medizinischer Sachverhalte definiert, bei denen die ärztliche Verordnung bei einer Folgeversorgung mit Hörhilfen aufgrund medizinischer Gebotenheit vorgesehen wird.

Die dargestellten Fallkonstellationen werden im Einzelnen wie folgt begründet:

*„- bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,“*

Die Beurteilung der kindlichen Hörsprachentwicklung nach Hörgeräteerstversorgung erfordert die engmaschige HNO-fachärztliche bzw. phoniatische/pädaudiologische Kontrolle unter anderem unter Anwendung alters- aber auch entwicklungsadaptierter Sprachtests. Sie ist nicht zu reduzieren auf die Alternative gerätetechnischer Einstellungsveränderung oder Hörhilfen-Neuverordnung. Vielmehr können sich hinter dem Erfordernis einer Neuversorgung eine komplexe Entwicklungsstörung oder Intelligenzmängel etc. verbergen. Zudem ist auch die entwicklungsbedingt verbesserte Kooperationsfähigkeit des heranwachsenden Kindes zu beachten, sodass statt des Einsatzes einer neuen Technik die Programmieroptionen des bisher getragenen Gerätes erst einmal zielführend zu nutzen sind. Daher müssen im Vorfeld ärztlicherseits die verschiedenen medizinischen und geeigneten Möglichkeiten der Versorgung abgeklärt werden.

„- bei neu aufgetretenem Tinnitus,“

Ein Tinnitus ist ein Warnsymptom. Kommt es bei der die Hörminderung verursachenden Grunderkrankung zu einer gravierenden Veränderung, nämlich zu einem neu aufgetretenen Tinnitus, so ist eine fachärztliche Abklärung medizinisch geboten.

Ein neu aufgetretener Tinnitus bei hörgeräteversorgter Schwerhörigkeit erfordert zunächst das diagnostische Instrumentarium der HNO-Fachärztin oder des HNO-Facharztes, um ihre oder seine Ätiopathogenese abzuklären. Hiervon ist dann das Therapiekonzept abhängig. Es muss sich auch nicht um einen subjektiven Tinnitus handeln, sondern er kann sich auch – ggf. kausalthérapeutisch zugänglich – als objektives Ohrgeräusch herausstellen. Im Übrigen ist die Erstellung eines Tinnitus-Therapiekonzeptes, selbst wenn es als TRT auch die Komponente Tinnitusgerät berücksichtigt, eine ärztliche Aufgabe.

„- bei Vorliegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit gemäß WHO (Hörverlust am besseren Ohr > 80 dB als Durchschnitt der tonaudiometrischen dB-Werte bei 0,5 kHz, 1 kHz, 2 kHz, 4 kHz)“

Bei Vorliegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit ist angesichts des hohen Grades der Behinderung mit jeder zu erwägenden Hörhilfen-Neuversorgung die Indikation zur Versorgung ärztlich neu zu überprüfen, da hier eine erneute Therapieentscheidung medizinisch geboten sein kann. Auch hier sind die verschiedenen medizinischen Möglichkeiten der Versorgung im Vorfeld fachärztlicherseits zu klären, um die vorhandene Resthörigkeit bestmöglich zu erhalten bzw. zu nutzen (z.B. Prüfung einer CI-Indikation).

## 2.4 Änderung des § 30

Der § 30 regelt die Auswahl des Hörgerätes und dessen Abnahme. Die Ergänzungen der Sätze 1 und 2 besitzen deklaratorischen Charakter und lassen die Kompetenz der Vertragspartner nach § 127 SGB V zur Regelung von Einzelheiten der Versorgung mit Hörhilfen unberührt.

## 3. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Nach Auffassung des G-BA ergeben sich aus den Stellungnahmen folgende begründete Änderungsvorschläge:

- In § 21 Abs. 3 wird die Ergänzung nach den Wörtern „um > 2 dB“ wie folgt gefasst (Streichung: entfernt; Unterstreichung: ergänzt): „S/N (signal to noise – Nutzscha-~~ll~~Störscha~~ll~~ll~~abstand~~) der Sprachverständlichkeitsschwelle“.
- In § 22 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „1,5 ( $\geq 1,5$ )“ ersetzt durch die Angabe „2 ( $\geq 2$ )“.

Darüber hinaus haben sich im Zusammenhang mit der Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen folgende Änderungen ergeben (zur Begründung siehe Abschnitt 2):

- § 21 Abs. 4 wird gestrichen.
- Satz 1 in § 27 Abs. 1 wird ergänzt um den 2. Halbsatz: „(...), da eine Abklärung der Ursache des Hörverlustes vor Erstversorgung medizinisch geboten ist.“

Das Stellungnahmeverfahren ist in Abschnitt 7 dokumentiert. Der unter Abschnitt 7.3 enthaltenen Übersicht zur Auswertung der Stellungnahmen ist auch zu entnehmen, wie sich die abweichenden Positionen aufgrund der eingegangenen Stellungnahmen verändert haben.

#### **4. Bürokratiekostenermittlung**

Die in der Richtlinie in § 30 geregelte Dokumentation durch die oder den Akustiker stellt keinen neuen Sachverhalt dar, sondern beschreibt lediglich die schon bisher durchgeführte erforderliche Dokumentation der Tätigkeit der oder des Akustikers. Diese Dokumentation ist Bestandteil des Verordnungsvordrucks „Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Muster 15, Rückseite), welches seit 2008 gilt. Gleichmaßen gilt dies für die vertragsärztliche Dokumentation auf der Rückseite dieses Verordnungsvordruckes.

Insofern wird mit dem vorliegenden Beschluss keine Informationspflicht für Leistungserbringer neu begründet, geändert oder abgeschafft.

## 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
23.02.2012		Auflage/Maßgaben des BMG
07.03.2012	UA VL	Aufnahme der Beratungen zur Auflage und zu den Maßgaben des BMG
15.10.2012	UA VL	Beauftragung der AG HilfsM-RL mit der Beratung zur Auflage und zu den Maßgaben
23.10.2013	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie
16.12.2013	UA VL	Beauftragung der AG HilfsM-RL mit der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
02.04.2014	UA VL	Anhörung
25.06.2014	UA VL	Auswertung der Stellungnahmen und Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlusssentwurf und Tragende Gründe)
17.07.2014	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Vorlage des Beschlusses beim BMG nach § 94 Absatz 1 SGB V
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

## 6. Fazit

Mit der Richtlinienänderung hat der G-BA die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Schreiben vom 23. Februar 2012 im Rahmen der Rechtsaufsicht nach § 94 Absatz 1 Satz 4 SGB V erteilten Maßgaben umgesetzt und die noch ausstehende Anpassung der §§ 21 und 22 vorgenommen.

Berlin, den 17. Juli 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Hecken

## 7. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Die Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens sind in der Anlage zu den Tragenden Gründen beigefügt.

### 7.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 23. Oktober 2013 gemäß 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 92 Absatz 7a SGB V sowie § 91 Abs. 5 SGB V vor seiner Entscheidung über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HilfsM-Richtlinie) einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringer und Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene sowie der Bundesärztekammer wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von 4 Wochen zur beabsichtigten Änderung der HilfsM-Richtlinie Stellung zu nehmen (7. November 2013 bis 5. Dezember 2013). Den angeschriebenen Organisationen wurden die Tragenden Gründe anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens als Erläuterung übersandt.

### 7.2 Eingegangene Stellungnahmen

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang und zur Anhörung sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	05.12.2013	Verzicht auf Anhörung

#### Organisationen der Leistungserbringer und Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene gemäß § 92 Absatz 7a SGB V:

Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)	05.12.2013	Teilnahme an Anhörung
Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT)	06.12.2013	verspäteter Eingang
Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)	keine	
Deutscher Apothekerverband e. V. (DAV)	keine	
Europäische Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel (eurocom)	keine	
SPECTARIS. Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V.	keine	
Zentralverband der Augenoptiker (ZVA), Bundesinnungsverband	05.12.2013	
Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (ZVOS), Bundesinnungsverband	05.12.2013	

### 7.3 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

#### A. Stellungnahmen zur Änderung des § 21 HilfsM-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
1	Bundesärztekammer (BÄK)	<p><b>Zu § 21 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 2:</b></p> <p>Der Begriff S/N bedeutet nicht Störschall/Nutzschall-Abstand, sondern Signal- und Noise-Abstand. Insofern werden die für die Abkürzung verwendeten englischen Begriffe genau anders herum benutzt wie die deutschen Übersetzungen. Dieses hat jedoch für den Alltag keine relevante Auswirkung. Entscheidend ist, dass die Sprache lauter als der Störschall sein muss.</p>	<p>§ 21 Abs. 3:</p> <p>„(...) um &gt; 2 dB S/N (Nutzschall-/Störschall/Nutzschallabstand) der Sprachverständlichkeitsschwelle) gemindert werden.“</p>	<p>Der Vorschlag zu § 21 Abs. 3 wird wie folgt übernommen:</p> <p>„(...) um &gt; 2 dB S/N (signal to noise – Nutzschall-/Störschall/Nutzschallabstand) der Sprachverständlichkeitsschwelle) gemindert werden.“</p>
		<p>Hinsichtlich des in Abs. 4 Satz 2 und in Abs. 3 genannten Wertes (zum einen sollen entweder mehr als 1,5 oder mehr als 2 dB/N erreicht werden) wäre eine Vereinheitlichung der Werte wünschenswert. Hierzu wird auf die entsprechende Publikation in der Literatur verwiesen. Nach Mrowinski und Scholz (in: "Audiometrie, eine Anleitung für die praktische Hörprüfung", 3. aktualisierte und erweiterte Auflage, Georg-Thieme-Verlag Stuttgart, New York, 2001, S. 60 und 61) können bei Testwiederholungen Unterschiede von bis zu 2 dB vorkommen. Insofern ist die Forderung nach mehr als 2 dB S/N das absolute Minimum, da hierdurch gerade die individuelle Schwankungsbreite abgebildet wird. Wissenschaftlich abgesichert wäre es, hier einen Wert von 2,5 oder 3 dB S/N zu fordern.</p>	<p>§ 21 Abs. 4 Satz 2:</p> <p><sup>2</sup>„Der Nutznachweis einer beidseitigen Versorgung ist erbracht, wenn in derselben Messanordnung bei beidseitiger Hörgeräteversorgung eine Verringerung der 50 % Sprachverständlichkeitsschwelle um mindestens <u>1,5</u> (≥ <u>1,5</u>) dB S/N erreicht wird.“</p> <p><b>[Alternative:]</b></p> <p>(...)Sprachverständlichkeitsschwelle um mindestens <u>2,5</u> (≥ <u>2,5</u>) dB S/N erreicht wird.</p>	<p>Abs. 4 wird insgesamt gestrichen.</p> <p>Aus fachlicher Sicht keine wesentliche Änderung im Sinne des 1. Kapitel § 14 VerfO, da nur geringe und keine nachteiligen Auswirkungen auf Versorgung; zudem ist die beidohrige Versorgung Regelversorgung, § 21 Abs. 1</p>

## B. Stellungnahmen zur Änderung des § 22 HilfsM-RL

### I. § 22 Absatz 1

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
2	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)	<p>Zu den vorgesehenen Änderungen der Hilfsmittelrichtlinie im Abschnitt C Hörhilfen gilt aus unserer Sicht das Folgende:</p> <p><b>I. Änderung des § 22 HilfsM-RL</b></p> <p><b>1. Änderung des § 22 Abs. 1 HilfsM-RL</b></p> <p>Die Änderung des Absatzes 1 hinsichtlich der Verknüpfung der beiden Spiegelstriche mit einem „und“ sollte u.E. mit einem „oder“ verknüpft werden. Alternativ sollte der 2. Spiegelstrich gestrichen werden.</p>	<p><b>§ 22 Einohrige Hörgeräteversorgung</b></p> <p><i>(1) Voraussetzung für eine einohrige Hörgeräteversorgung ist, dass</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>der tonaudiometrische Hörverlust (DIN ISO 8253-1) auf dem schlechteren Ohr mindestens 30 dB in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 4000 Hertz <del>und/oder</del></i></li> <li>- <i>sprachaudiometrisch die Verstehensquote auf dem schlechteren Ohr mit Kopfhörern (DIN ISO 8253-3) bei Verwendung des Freiburger Einsilbertests bei 65 dB nicht mehr als 80% beträgt.</i></li> </ul> <p><b>[Alternative:]</b></p> <p><b>§ 22 Einohrige Hörgeräteversorgung</b></p> <p><i>(1) Voraussetzung für eine einohrige Hörgeräteversorgung ist, dass</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>der tonaudiometrische Hörverlust (DIN ISO 8253-1) auf dem schlechteren Ohr mindestens 30 dB in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 4000 Hertz und</i></li> <li>- <del><i>sprachaudiometrisch die Verstehensquote auf dem schlechteren Ohr mit Kopfhörern (DIN ISO 8253-3) bei Verwendung des Freiburger Einsilbertests bei 65 dB nicht mehr als 80% beträgt.</i></del></li> </ul>	<p>Eine wie in § 22 Abs. 1 HilfsM-RL vorgeschlagene ergänzende Prüfung (Verknüpfung des 2. Spiegelstrichs mit "und") wird dazu führen, dass viele leichtgradig Schwerhörige, die anfangs nur mit einem Hörsystem versorgt werden, summarisch nicht mehr die entsprechende Indikation erfüllen und somit unversorgt bleiben.</p> <p>Im täglichen Leben (auf der Arbeit wie im Alltag) werden Versicherte Störschallsituationen haben, die zu Hörproblemen und Hörermüdung führen werden, früh zeitigen Konzentrationsverlust sowie weniger Leistungsfähigkeit hervorrufen.</p>	<p>Formulierung bleibt unverändert.</p> <p>Diese Messanordnung gilt auch für die beidohrige Versorgung. Daher keine Abweichung von den Bedingungen. Sonst würde diese Gruppe von Patienten ungerechtfertigt besser gestellt werden. Messung erfolgt bei Vertäubung des besseren Ohres.</p>

## II. § 22 Absatz 2

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
3	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)	<p><b>2. Änderung des § 22 Abs. 2 HilfsM-RL</b></p> <p>Wir schlagen folgende Formulierung vor: [siehe rechts]</p>	<p><i>(2) Bei der Überprüfung des Ergebnisses einer Hörgeräteversorgung des schlechteren Ohres mit dem Freiburger Einsilbertest im freien Schallfeld (DIN ISO 8253-3) soll bei gleichzeitiger <del>Vertäubung des besseren Ohres (per Kopfhörer)</del> Darbietung eines Störgeräusches der Gewinn mit einem Hörgerät bei gleichem Schallpegel mindestens <del>20</del>10 Prozentpunkte betragen, sofern bei 65 dB ohne Hörgerät im freien Schallfeld bei gleichzeitiger Darbietung eines Störgeräusches noch ein Einsilbervorstellen ermittelbar ist. <del>Soweit ohne Hörgeräte ein Punkt maximalen Einsilbervorstellens noch zu registrieren ist, soll diesem bei 65 dB möglichst nahe gekommen werden.</del></i></p>	<p>Die vorgeschlagene Regelung in § 22 Abs. 2 HilfsM-RL ist aus verschiedenen Gründen nicht sinnvoll, weshalb wir die oben aufgeführten Ergänzungen und Korrekturen vorschlagen. Die im Vorschlag des G-BA angelegte gleichzeitige Darbietung der unterschiedlichen Signale über Lautsprecher und Kopfhörer auf dem zu überprüfenden Ohr ist mit den sich derzeit am Markt befindlichen Audiometern nur bedingt möglich. Für eine Vergleichbarkeit bei der Anpassung (ohne/mit) Hörgerät müsste dann auch die Freifeld-Messung ohne Hörgerät in dieser Einstellung erfolgen. Zudem entspricht die Messanordnung nicht der Praxis.</p> <p>Wichtig ist, dass der Erfolg der Anpassung verglichen werden muss mit der Freifeld-Messung ohne Hörgerät. D.h., die Messbedingungen müssen identisch sein, ansonsten ist ein Vergleich nicht aussagekräftig.</p> <p>Zur besseren Verständlichkeit wurde deshalb in unserem Vorschlag eingeführt:  <i>" .... sofern bei 65 dB ohne Hörgerät im freien Schallfeld bei gleichzeitiger Darbietung eines Störgeräusches noch ein Einsilbervorstellen ermittelbar ist".</i> In Konsequenz dieser Änderung ist auf die Formulierung in § 22 Abs. 2 Satz 2 HilfsM-RL zu verzichten, die dann wegfällt.</p>	<p>Keine Änderung und keine Streichung des Satzes 2, da die Neuformulierung eine erweiterte Messanordnung beschreibt, die aus qualitativen Gründen unverändert formuliert bleiben muss, um eine präzisere Befunderhebung zu ermöglichen.</p>

III. § 22 Absatz 3

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
4	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)	<p><b>3. Änderung des § 22 Abs. 3 HilfsM-RL</b></p> <p>Wir schlagen folgende Formulierung vor: [siehe rechts]</p>	<p><i>(3) Zum Nachweis des Nutzens der Hörgeräteversorgung auf dem schlechteren Ohr <del>wird</del> kann mit dem OLSA (nach Ausschluss von Trainingseffekten) oder dem GÖSA zunächst hörhilfenunversorgt die 50% Sprachverständlichkeitsschwelle im sprachsimulierenden Störschall bestimmt werden (Messanordnung: Sprache von vorne/Störgeräusch von 90° aus Richtung der besseren Seite). Der Nachweis des Nutzens ist erbracht, wenn nach Hörhilfenversorgung des schlechteren Ohres in derselben Messanordnung im Satztest im Vergleich eine Verringerung der 50% Sprachverständlichkeitsschwelle um mindestens 1,5 (≥ 1,5) dB S/N erzielt wird.</i></p>	<p><i>Zu Absatz 3</i></p> <p>Der OLSA und der GÖSA sollten nicht abschließend festgeschrieben werden, sondern höchstens als weitere Testverfahren eingeführt werden.</p> <p>Sowohl der OLSA-Sprachtest wie auch sein Vorgänger, der GÖSA-Sprachtest, sind fachlich sehr umstritten und werden in der Praxis weitgehend abgelehnt. Insbesondere eine valide Vergleichbarkeit von Testergebnissen wird aufgrund der zeitlichen Länge, die der jeweilige Test beansprucht, bezweifelt.</p> <p>Vor dem Hintergrund des Vorstehenden ist eine „<u>kann</u>“-Regelung geeigneter, um den fachlichen Einwänden gegen den OLSA- und GÖSA-Sprachtest gerecht zu werden.</p>	<p>keine Änderung</p> <p>Hierzu ist auch ein anderer Test (Freiburger) vorgeschlagen worden. Dieser ist in Abs. 2 genannt. Wenn aber einer dieser Tests herangezogen wird, dann ist wie hier zu verfahren. Siehe „Eckpunkte der Entscheidung“, hieraus ergibt sich die Begründung.</p> <p>Gleiche Darstellung bei der beidorigen Versorgung.</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
5	Bundesärztekammer (BÄK)	<p><b>Zu § 22 Einohrige Hörgeräteversorgung</b></p> <p>Die in den Abs. 1 bis 4 vorgeschlagenen Änderungen bedürfen aus Sicht der Bundesärztekammer keiner weiteren Ergänzung, außer in Abs. 3, Satz 2; auch hier sollte eine Verringerung der 50%igen Sprachverständlichkeitsschwelle um mindestens 2 dB, besser 2,5 dB festgelegt werden, um der natürlichen Schwankungsbreite des OLSA Rechnung zu tragen.</p>	<p>(3) (...)</p> <p><sup>2</sup>Der Nachweis des Nutzens ist erbracht, wenn nach Hörhilfenversorgung des schlechteren Ohres in derselben Messanordnung im Satztest im Vergleich eine Verringerung der 50% Sprachverständlichkeitsschwelle um mindestens <u>1,52</u> (<math>\geq 1,52</math>) dB S/N erzielt wird.</p> <p><b>[Alternative:]</b></p> <p>(...)Sprachverständlichkeitsschwelle um mindestens <u>42,5</u> (<math>\geq 42,5</math>) dB S/N erzielt wird.</p>		<p>Änderungsvorschlag wird wie folgt übernommen:</p> <p>„(...) Sprachverständlichkeitsschwelle um mindestens <u>1,52</u> (<math>\geq 1,52</math>) dB S/N erzielt wird.“</p> <p>Keine wesentliche Änderung im Sinne des 1. Kapitel § 14 VerfO:</p> <p>Änderung betrifft nur Korrektur eines bisher übernommenen Wertes und dient allein Gleichstellung mit Patienten, die die Indikation für beidohrige Versorgung erfüllen</p>

C. Stellungnahmen zur Änderung des § 27 HilfsM-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
6	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)	<p><b>II. Änderung des § 27 HilfsM-RL</b></p> <p><b>1. Definition Folgeversorgung und fehlende Regelungskompetenz</b></p> <p><b>a) Definition Folgeversorgung</b></p> <p>Vorzustellen ist, dass die Begrifflichkeiten in der HilfsM-RL nicht einheitlich sind. In § 31 HilfsM-RL ist von „Wiederversorgung“ die Rede. Diese beinhaltet die Versorgung nach Ablauf von fünf bzw. sechs Jahren. In dem uns vorliegenden Vorschlag geht es um die „Folgeversorgung“.</p> <p>Es wird davon ausgegangen, dass mit der Folgeversorgung auch die Wiederversorgung i.S.d. § 31 HilfsM-RL gemeint ist. Denn in den „Tragenden Gründen“ heißt es (S. 3 unter 2.3), dass „für jede weitere Abgabe von Hörhilfen eine ärztliche Verordnung nur erforderlich ist, soweit eine ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist“.</p>	<p>Begrifflichkeit „Wiederversorgung“ (in § 31) / „Folgeversorgung“ anpassen</p> <p><b>§ 27 Verordnung</b></p> <p><del>(1) <sup>4</sup>Die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus.</del> <sup>1</sup>Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck. <sup>2</sup>Das Formblatt ist aufgrund ärztlich erhobener Befunde vollständig auszufüllen.</p> <p><b>Hilfsweise</b>, da nach Ansicht der Bundesinnung keine weitere Regelungskompetenz des G-BA besteht:</p> <p><b>§ 27 Verordnung</b></p> <p>(1) <sup>1</sup>Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck. <sup>2</sup><del>Dieser</del> <u>Das Formblatt</u> ist aufgrund ärztlich erhobener Befunde vollständig auszufüllen. <sup>3</sup>Eine ärztliche Verordnung ist notwendig,</p>		<p>Zur Begrifflichkeit:</p> <p>eigentlich Begriffe mit unterschiedlicher Bedeutung (Wiederversorgung meint innerhalb der Regelgebrauchszeit)</p> <p>In der Richtlinie ist mit beiden Begriffen eigentlich beides gemeint. In § 27 ist aber Unterscheidung für die Verordnung irrelevant.</p> <p>Siehe hierzu unter Nr. 9d</p> <p>Zur Regelungskompetenz:</p> <p>Regelungskompetenz des G-BA ist gegeben gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Wir stellen klar, dass wir den Begriff der „Folgeversorgung“ nachgehend im Sinne einer jeden auf die Erstversorgung folgenden Versorgung verwenden.</p> <p><b>b) Fehlende Regelungskompetenz zur Konkretisierung des § 33 Abs. 5a SGB V</b></p> <p>Der Arztvorbehalt gem. § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt im Hilfsmittelbereich nicht, sodass das Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung den Leistungsanspruch des Versicherten – hier auf ein Hörgerät – nicht ausschließt (st. Rechtsprechung BSG, vgl. Urt. v. 16.9.1999, BSGE 84, 266, Urt. v. 28.06.2001, BSGE 88, 204, Urt. v. 10.3.2010, SozR 4-2500 § 33 Nr. 29, LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 15.12.2011, Az.: L 5 KR 31/10). § 33 Abs. 5a SGB V ändert daran nichts. Laut der Gesetzesbegründung nimmt die Vorschrift die oben zitierte Rechtsprechung des BSG auf und stellt klar, dass eine vertragsärztliche Verordnung im Hilfsmittelbereich nicht generell erforderlich ist (BT-Drs. 17/10170, S. 25). Der Gesetzgeber brachte</p>	<p><i>soweit eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung <u>zwingend</u> medizinisch geboten ist.</i>  <i><sup>4</sup>Folgeversorgungen und <u>Wiederversorgungen können ohne Verordnung vorgenommen werden.</u></i></p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>dies in § 33 Abs. 5a Satz 1 SGB V dadurch zum Ausdruck, dass eine vertragsärztliche Verordnung nur erforderlich ist, „soweit“ eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Durch das Wort „soweit“ wird klargestellt, dass nicht jede Hilfsmittelversorgung einer vorgehenden ärztlichen Verordnung bedarf.</p> <p>Dem entspricht der aktuell geltende Wortlaut des § 27 Abs. 1 HilfsM-RL. Klarstellen möchten wir an dieser Stelle, dass durch § 27 Abs. 1 HilfsM-RL in der jetzigen Fassung keinem Versicherten die Möglichkeit verwehrt ist, einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bzw. einen Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen bei Problemen mit dem Gehör/dem Hören aufzusuchen.</p> <p>Im Übrigen regeln die Verträge gem. § 127 Abs. 2 SGB V zwischen den Hörgeräteakustikern und den Krankenkassen das Nähere zu der Frage, in welchen Fällen eine ärztliche Verordnung erforderlich ist. Das entspricht dem gesetzgeberischen Konzept der</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Hilfsmittelversorgung und der Rechtsprechung des BSG.</p> <p>§ 33 Abs. 5a SGB V weist die Kompetenz zu bestimmen, in welchen Fällen eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich ist, schon nicht dem G-BA im Rahmen der HilfsM-RL zu. Anders ist es bspw. in § 33 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 2 SGB V. Dort hat der G-BA in Richtlinien nach § 92 SGB V zu bestimmen, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen bzw. Kontaktlinsen verordnet werden. Insbesondere § 33 Abs. 5a Satz 2 SGB V, der den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme zu verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelverordnung verzichtet haben, zeigt deutlich, dass hier das Letztentscheidungsrecht bei den Krankenkassen liegt. Letzteres ist vollständig gerichtlich überprüfbar.</p> <p>Zum Letztentscheidungsrecht der Krankenkassen in Bezug auf die Hilfsmittelversorgung hat sich das BSG geäußert. Anders als dies offenbar die Kassenärztliche</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Bundesvereinigung (KBV) meint (vgl. Auffassung A, S. 3 der Tragenden Gründe), dient die Versorgung der Versicherten mit Hörhilfen dem unmittelbaren Behinderungsausgleich. Als solche ist die Versorgung der Versicherten somit nicht zwingend in die originär „ärztliche Therapie einer Erkrankung eingebunden“.</p> <p>Demgemäß urteilte das BSG am 10. März 2011 (Az.: B 3 KR 9/10 R, Rn. 10) wie folgt:</p> <p><i>„Der Versorgungsanspruch nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V besteht weder allein aufgrund der vertragsärztlichen Verordnung (...) des Barcodelesegerätes Typ ... noch – wie die Vorinstanzen zu Recht angenommen haben – aufgrund der Auflistung dieses Gerätes im H MV (...). Den Krankenkassen steht vielmehr ein eigenes Entscheidungsrecht zu, ob ein Hilfsmittel nach Maßgabe des § 33 SGB V zur medizinischen Rehabilitation, also zur Sicherung des Erfolges der Krankenhausbehandlung, zur Vorbeugung gegen eine drohende Behinderung oder zum Ausgleich einer bestehenden Behinderung, im Einzelfall erforderlich ist; dabei</i></p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p><i>können die Krankenkassen zur Klärung medizinisch-therapeutischer Fragen den medizinischen Dienst der Krankenversicherung nach § 275 Abs. 3 SGB V einschalten (...).“</i></p> <p>Im Ergebnis kann der G-BA mangels Kompetenz keine Konkretisierung des § 33 Abs. 5a SGB V vornehmen. Entsprechende Konkretisierungen der Erforderlichkeit einer Hilfsmittelverordnung sind den Krankenkassen – ggf. in den Verträgen mit den Leistungserbringern – als Entscheidungsträger der Hilfsmittelversorgung zugewiesen.</p> <p><b>c) Weiterer Fortgang der Stellungnahme</b></p> <p>Trotz der vorstehend geäußerten Bedenken zur Regelungskompetenz des G-BA werden nachfolgend die gemeinsamen Vorschläge von KBV/PatV und GKV-SV, der Vorschlag der KBV (Position A, mit PatV) sowie die beiden Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes (Position B und C) untersucht. Im Ergebnis kann – lässt man die übergeordnete Frage nach der</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		Regelungskompetenz beiseite – <u>keinem</u> der drei Vorschläge zugestimmt werden. Deshalb wird abschließend ein eigener Vorschlag unterbreitet (siehe Anlage). [siehe rechts]			
7	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)	<p><b>2. Gemeinsame Vorschläge von KBV/PatV und GKV-SV zu § 27 Abs. 1 S. 1 und S. 4 HilfsM-RL</b></p> <p><b>a) Allgemeines</b></p> <p>Der GKV-Spitzenverband hat unter der Auffassung C (S. 6 der „Tragenden Gründe“) korrekt herausgestellt, dass zum Zeitpunkt einer Folgeversorgung die Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhanges zwischen der zu rehabilitierenden Schwerhörigkeit und einer behandlungsbedürftigen Neuerkrankung nicht höher liegt als bei hörgesunden Versicherten. Dies hat auch das BSG 1973 schon so bewertet (Urt. v. 18.9.1973 – 6 RKA 2/72).</p> <p>Richtig ist auch, dass dementsprechend schon länger als ein Jahrzehnt in bestehenden Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V auf die ohrenärztliche Verordnung für Folgeversorgungen</p>	<p>§ 27 Abs. 1:</p> <p><del><sup>4</sup>Die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus.<sup>2</sup>Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck.</del></p>	<p>Nach der Rechtsprechung des BSG findet im Bereich der Hilfsmittel – im Unterschied zum Heilmittelbereich – der Ärztevorbehalt des § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V keine Anwendung (BSG, Urt. v. 28.6.2001, Az. B 3 KR 3/00 R). Eine ärztliche Verordnung ist nicht Voraussetzung für eine Versorgung mit einem Hilfsmittel (BSG Urt. v. 16.4.1998, Az. B 3 KR 9/97 R). Der Arztvorbehalt gem. § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt im Hilfsmittelbereich nicht, sodass das Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung den Leistungsanspruch des Versicherten – hier auf ein Hörgerät – nicht ausschließt (st. Rechtsprechung BSG, vgl. Urt. v. 16.9.1999, BSGE 84, 266, Urt. v. 28.6.2001, BSGE 88, 204, Urt. v. 10.3.2010, SozR 4-2500 § 33 Nr. 29, LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 15.12.2011, Az.: L 5 KR 31/10).</p> <p>Deshalb halten wir die vorgeschlagene Formulierung, dass</p>	<p>Satz 1 wird beibehalten, da Regelung medizinisch geboten ist</p> <p>Entsprechend dem Gesetzeswortlaut nach § 33 Abs. 5a SGB V wird wie folgt ergänzt:</p> <p><i>„Die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus, <u>da eine Abklärung der Ursache des Hörverlustes vor Erstversorgung medizinisch geboten ist.</u>“<sup>2</sup>Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck.“</i></p> <p>Siehe auch unter Nr. 15</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>verzichtet wird und dieser Umstand zu keinerlei Problemen der Versorgung der Versicherten geführt hat. Darauf hat u.a. auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Zusammenhang mit seinem Beanstandungsschreibens vom 23. Februar 2012 im Rahmen der Änderung der HilfsM-RL zum 1. April 2012 Bezug genommen.</p> <p>Der Verzicht auf die ohrenärztliche Verordnung gerade bei Folgeversorgungen ist daher versorgungspolitisch rational sowie – um es mit dem GKV-Spitzenverband auszudrücken – sachlich, rechtlich und praktisch gerechtfertigt.</p> <p>In diesem Zusammenhang ist noch einmal zu betonen, dass die Versicherten selbstverständlich die Entscheidungsfreiheit haben, einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bzw. einen Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen im Vorfeld jeder Versorgung, also selbstverständlich auch einer Folgeversorgung zu konsultieren. Im Übrigen sehen die aktuellen Verträge der Bundesinnung mit den Krankenkassen vor, dass der</p>		<p>die Abgabe von Hörgeräten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraussetzt, mit dem insofern höherrangigen SGB V für unvereinbar und somit rechtswidrig.</p> <p>Klarstellen möchten wir an dieser Stelle, dass durch § 27 Abs. 1 HilfsM-RL in der jetzigen Fassung keinem Versicherten die Möglichkeit verwehrt ist, einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bzw. einen Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen bei Problemen mit dem Gehör/dem Hören aufzusuchen.</p> <p>Des Weiteren ist zu beachten, dass es eine sog. „regionale Landflucht“ von Ärzten, auch aus demographischen Gründen, gibt. Vermehrt wird darüber berichtet, dass es in bestimmten Gegenden keinen Arzt (schon gar keinen Facharzt) mehr gibt. Der Berufsverband der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte berichtet über Insolvenzen von HNO-Ärzten. All dies zeigt, dass eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten – hier mit Hörsystemen – nicht mit Zugangshürden versehen werden</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Hörgeräteakustiker den Versicherten bei Verdacht auf eine relevante Erkrankung zur Klärung an einen HNO-Arzt zu verweisen hat.</p> <p>Auf der tatsächlichen Ebene ist demnach festzuhalten, dass im etablierten System zur Versorgung von schwerhörigen Versicherten – erstens – keine Probleme wie etwa unbehandelte HNO-relevante Erkrankungen bestehen und – zweitens – HNO-Ärzte bzw. andere Fachärzte heute schon überall dort, wo es medizinisch geboten und/oder vom Versicherten gewünscht ist, in die Versorgung und Betreuung, z.B. bei den Kindern und Jugendlichen, eingebunden sind. Eine ausnahmslose Verpflichtung zur Einholung einer ärztlichen Verordnung vor einer Folgeversorgung, wie es die KBV vertritt, würde daher nicht nur ohne Kompetenz des G-BA beschlossen. Sie führte auch zu keiner (Qualitäts-)Verbesserung der Versichertenversorgung, da es auf der tatsächlichen Ebene schon keine Probleme zu lösen gibt.</p> <p>Schon im Urteil vom 20. Januar 1966 (I C 73/64) stellte das</p>		<p>sollte, die zum Einen gerade im ländlichen Räumen kaum mehr zu überwinden sein werden und zum Anderen keine Versorgungsprobleme lösen, da diese schon nicht existent sind.</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>BVerwG klar, dass eine Handlung, die seit Jahrzehnten durch die überwiegende Mehrzahl eines Gesundheitshandwerks bei seinen Kunden ständig praktiziert worden ist und bisher zu keinerlei nachweisbaren Gesundheitsschäden geführt hat, keine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellt. Gleiches gilt hier im Bereich der Hörgeräteversorgung.</p> <p>In diesem Zusammenhang verweisen wir ergänzend, wie auch schon das Bundesgesundheitsministerium mit seinem Schreiben vom 23. Februar 2012, auf die <u>verfassungsrechtliche</u> bzw. <u>grundrechtliche</u> Betroffenheit der Hörgeräteakustiker.</p> <p><b>b) Regelungsvorschlag der biha zu § 27 Abs. 1 S. 1 HilfsM-RL</b></p> <p>Gemäß dem eingereichten Entwurf setzt die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraus.</p> <p>Wir schlagen allerdings vor, den jetzt neu vorgeschlagenen Satz 1 in § 27 Abs. 1 HilfsM-RL <u>zu streichen</u>. Der bestehen bleibende neue Satz</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		2 entspricht der heutigen Fassung des § 27 Abs. 1 Satz 1 HilfsM-RL, der somit nicht geändert wird.  [siehe rechts]			
8	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)	<p><b>c) Regelungsvorschlag der biha zu § 27 Abs. 1 S. 4 HilfsM-RL</b></p> <p>Gemäß dem eingereichten Vorschlag ist eine ärztliche Verordnung bei einer Folgeversorgung notwendig, soweit eine „erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.“</p> <p>Sofern der G-BA die Ansicht vertritt, dass er eine gesetzliche Regelungskompetenz zur Konkretisierung des § 33 Abs. 5a SGB V hat – wovon wir nicht ausgehen (siehe oben) -, raten wir an zumindest der gesetzgeberischen Begründung durch einen expliziteren Wortlaut mehr Geltung zu verschaffen. In der BT-Drs. 17/10170, S. 25 heißt es:</p> <p>„Mit der Beschränkung des Verordnungserfordernisses in Satz 1 auf die Fälle, in denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus medizinischen Gründen <b>zwingend</b></p>	<p>§ 27 Abs. 1 Satz 4:</p> <p><sup>4</sup>Eine ärztliche Verordnung bei <del>einer Folgeversorgung</del> ist notwendig, soweit eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung <b>zwingend</b> medizinisch geboten ist.“</p>		Formulierung wird nicht geändert, da diese dem Wortlaut des Gesetzes entspricht

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p><i>geboten ist, werden die Versicherten, ihre Angehörigen, die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Leistungserbringer von bürokratischem Aufwand entlastet und die Versorgungsprozesse vereinfacht.“ (Hervorhebung nicht im Original)</i></p> <p>Um den Ausnahmecharakter zu verdeutlichen, der <u>nicht</u> allein auf die Folgeversorgung begrenzt ist und der eindeutig aus der Gesetzesbegründung hervorgeht, schlagen wir daher vor, das Wort „zwingend“ zu übernehmen, sodass S. 4 lauten würde:</p> <p>[siehe rechts]</p>			
9	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)	<p><b>3. Position A (KBV/PatV) Regelungsvorschlag § 27 Abs. 1 S. 5 und S. 6 HilfsM-RL</b></p> <p><b>a) § 27 Abs. 1 S. 5 HilfsM-RL</b></p> <p>Wir verweisen zunächst auf unsere oben genannten grundlegenden rechtlichen Ausführungen zum Arztvorbehalt.</p> <p>Die von der KBV geforderte Normierung der „besonderen Fälle“ der Folgeversorgung mit einer ärztlichen Verordnung in § 27 Abs. 1 Satz 5 HilfsM-RL führte im</p>	Streichung aller Regelbeispiele der Position A in § 27 Abs. 1 S. 5		Siehe nachfolgend im Einzelnen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Ergebnis dazu, dass jedwede Folgeversorgung dem Arztvorbehalt unterläge. Dies wird auch noch dadurch verdeutlicht, dass die Aufzählung der KBV (und die der Position B des GKV-Spitzenverbandes) nicht abschließend ist, wie durch die Wortwahl „insbesondere“ deutlich wird.</p> <p>Das BMG äußerte sich bezüglich der Folgeverordnungspflicht mit Schreiben vom 23. Februar 2012 (Az.: 227-43921):</p> <p><i>„Ein generelles Verordnungserfordernis gilt nach den gesetzlichen Regelungen auch nicht für die Abgabe von Hörgeräten. (...) Dabei sind auch mögliche Grundrechtspositionen Dritter zu berücksichtigen.“</i></p> <p>Der weitreichende und letztlich unbegrenzte Katalog der verordnungspflichtigen Folgeversorgungen entspricht daher bereits nicht den Vorgaben des BMG bezüglich der ursprünglich geplanten HilfsM-RL. Die Bedenken, die das BMG bereits bezüglich der damaligen Fassung erklärt hat, werden nicht berücksichtigt.</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Auch der schon oben zitierten gesetzgeberischen Intention zu § 33 Abs. 5a SGB V wird nicht Rechnung getragen. In der Gesetzesbegründung zu dem neu eingeführten § 33 Abs. 5a SGB V heißt es ausdrücklich, dass die Versicherten, ihre Angehörigen, die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Leistungserbringer von bürokratischem Aufwand entlastet und die Versorgungsprozesse vereinfacht werden sollen (BT-Drs. 17/10170, S. 25).</p> <p>Die Position der KBV führt dazu, dass eine Verordnung bei der Hörgeräteversorgung generell erforderlich wird. Insofern entspricht der Vorschlag nicht dem Willen des Gesetzgebers nach Entlastung und Vereinfachung.</p> <p>Die Begründungen, die die KBV für die einzelnen Fallkonstellationen der medizinischen Erforderlichkeit einer ärztlichen Verordnung bei einer Folgeversorgung in den Tragenden Gründen unter Auffassung A angibt, tragen nicht. Sie sind offensichtlich geprägt von dem Wunsch einer häufigeren Konsultation der Versicherten beim HNO-Arzt. Das würde zwangsläufig</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>zu einer Kostenausweitung durch HNO-ärztliche Untersuchungen führen, ohne dass die Versicherten besser versorgt wären, da weder die regelmäßige Konsultation während des Versorgungszeitraumes, noch die erneute Konsultation bei der Folgeversorgung zur Verbesserung des Hörstatus, da irreversibel, beitragen kann. Gerade deshalb ist ja die dauerhafte Versorgung mit einem Hörgerät das Mittel der Wahl bei dem Befund „Schwerhörigkeit“.</p> <p><u>Sämtliche nachfolgenden eingebrachten Regelbeispiele lehnen wir ab und schlagen eine jeweils vollständige Streichung vor.</u></p>			
9a		<p><b>Im Einzelnen:</b></p> <p><b>aa) „Bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“</b></p> <p>Nach der vorliegenden Begründung wird für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres generell eine Verordnungspflicht gefordert aufgrund der „Besonderheiten der kindlichen Entwicklung zum Hören und Sprechen und zum Schutz vor</p>	<p>§ 27 Abs. 1 S. 5 1. Spiegelstrich (Position A):</p> <p><del>„- bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“</del></p>		<p>Keine Änderung des Textes oder Streichung, da sich Kinder/Jugendliche in Entwicklung befinden und daher eine medizinische Gebotenheit vorliegt, siehe auch ausführliche Begründung unter „Eckpunkte der Entscheidung“</p> <p>(siehe auch unter Nrn. 11a und 15a)</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>umfassenden und irreversiblen Auswirkungen von Fehlversorgungen“ (S. 4 der „Tragenden Gründe“).</p> <p>Zunächst wird in der HilfsM-RL selbst die Bedeutung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen deutlich, indem eine Wiederverordnung nach fünf und nicht erst nach sechs Jahren (§ 31 HilfM-RL) möglich ist. Diese Verkürzung zeigt aber auch, dass es gerade nicht medizinisch geboten ist, eine Verordnungspflicht zu fordern, da Kinder und Jugendliche bis zu einer regulären Wiederversorgung fünf Jahre lang ohne weitere ärztliche Untersuchung „auskommen“ müssen. Dies entspricht auch der Kinderuntersuchung gemäß § 26 SGB V i.V.m. „Kinder-Richtlinie“ des G-BA, in der gerade keine Untersuchungspflicht vorgesehen ist, sondern allein ein Anspruch.</p> <p>Insgesamt ist es nicht konsistent und plausibel, warum (erst) nach fünf Jahren zwingend ein Arzt wegen der Folgeversorgung konsultiert werden muss, wenn es doch nach der Begründung der KBV um die Besonderheiten der kindlichen Entwicklung beim Hören</p>			<p>Nebenstehende Schlussfolgerung des Stellungnehmers, wonach diese Verkürzung aber auch zeige, dass es gerade nicht medizinisch geboten sei (...), eine Verordnungspflicht zu fordern, ist aus pädaudiologischer Sicht nicht gerechtfertigt; üblich ist sogar, dass die Kinder mindestens im Halbjahresrhythmus vom Arzt gesehen werden</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>und Sprechen etc. gehen soll, die sich bekanntlich nicht in Fünf-Jahres-Sprüngen vollzieht. Des Weiteren sind sich gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer der besonderen Verantwortung der Kinder- und Jugendlichenversorgung bewusst, weshalb es in den Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V höhere bzw. zusätzliche fachliche und sachliche Voraussetzungen für die Kinder- und Jugendlichenversorgung gibt. Die Versorgung und Nachbetreuung kann bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur von einem Hörgeräteakustiker-Meister persönlich oder einem Hörgeräteakustiker-Gesellen mit einer mindestens drei-jährigen Berufserfahrung und mit der Zusatzausbildung zum „Päd-Akustiker“ durchgeführt werden. Auch bestehen bestimmte Mindestanforderungen an die Anpasstechnik und Ausstattung (z.B. gibt es eine Mindestraumgröße für die Anpasskabine, erweiterte Anforderungen an die vorhandene Messtechnik sowie spezielle Audiometer und kindgerechtes Testmaterial etc.). Insgesamt ist der Aspekt der Kinder- und Jugendlichen-</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>versorgung deshalb schon auf der tatsächlichen Ebene nicht regelungsbedürftig. Die speziellen Erfordernisse der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind durch die Krankenkassen in den Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V im Sinne der Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung umfassend beachtet.</p>			
9b		<p><b>bb) „Bei Verschlechterung des Hörvermögens um mehr als 3dB“</b></p> <p>Die Verordnungspflicht bei einer Verschlechterung von 3dB zu verlangen ist technisch unmöglich und unverhältnismäßig wie auch medizinisch nicht notwendig. In der Konsequenz würde diese Regelung dazu führen, dass jeder Versicherte bei einer solchen Veränderung einen Anspruch auf eine Neuversorgung hätte. Dies aber widerspricht den Vorgaben aus dem Hilfsmittelverzeichnis, in dem es heißt:</p> <p><i>„Eine Verstärkungsreserve von mindestens 10dB, die die in der Regelgebrauchszeit zu erwartende, progrediente Hörverschlechterung aufzufangen vermag, muss vorhanden sein und vom</i></p>	<p>§ 27 Abs. 1 S. 5 2. Spiegelstrich (Position A):</p> <p><del>„bei Verschlechterung des Hörvermögens um mehr als 3dB“</del></p>		<p>Positionen zur Aufführung dieses Punktes bleiben weiterhin dissent, siehe Begründungen unter „Eckpunkte der Entscheidung“</p> <p>(siehe auch gleichlautenden Vorschlag unter Nr. 15b und weiteren Vorschlag der BÄK unter Nr. 19a)</p> <p>KBV/PatV (Position A):</p> <p>§ 27 Abs. 1 S. 5 2. Spiegelstrich (Position A) wird wie folgt geändert:</p> <p><i>„- bei Verschlechterung des Hörvermögens im <u>Tonaudiogramm</u> um mehr als <u>35 dB in mehr als zwei Frequenzen zwischen 500 und 4000 Hertz</u>“</i></p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p><i>Leistungserbringer bestätigt werden.“ Bekanntmachung des GKV-Spitzenverbandes, Fortschreibung der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“, S. 29.</i></p> <p>Eine Verstärkungsreserve von „mindestens 10dB“ wäre nicht notwendig, wenn bereits bei einer Veränderung von 3dB eine neue Verordnungspflicht bestehen würde. Zu Recht geht das Hilfsmittelverzeichnis auch von einer zu <u>erwartenden</u>, <u>progredienten</u> Hörverschlechterung aus, die vom erworbenen Hörsystem erfasst sein muss.</p> <p>Grundsätzlich gehört es zu den Auswirkungen von Schwerhörigkeit (insbesondere im Alter), dass sich das Hörvermögen verschlechtert. Die Einführung einer Verordnungspflicht widerspricht gerade der Prämisse des BSG (vgl. Urt. v. 18.9.1973 – 6 RKa 2/72 konkret: zur Brille und dem Sehvermögen), wonach – im übertragenden Sinne – eine Hörschwäche und eine Erkrankung des Ohrs nicht in einem notwendigen Zusammenhang stehen, weshalb eine Verschlechterung des Hörvermögens keine medizinischen</p>			<p>PatV: möchte gravierende Verschlechterung als med. begründete Ausnahme festhalten</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Auswirkungen hat.</p> <p>Hinzu kommt, dass in der Regel bei Audiometern der Hörverlust in „5dB-Schritten“ gemessen wird. Lediglich bei der differenzierten medizinischen Diagnostik kann es sinnvoll sein, Messungen mit klinischen Audiometern in 1dB-Schritten durchzuführen.</p> <p>In der täglichen Praxis stellt die Messung in 1dB- bzw. 3dB-Schritten eine zusätzliche, nicht zu verantwortende körperliche und physische Belastung (insbesondere für ältere Versicherte) dar, wenn diese den Unterschied von 3dB wiedergeben sollen, da diese Messungen wesentlich zeitintensiver sind. Auch das Formularwesen sieht nur eine Eintragung in 5dB-Schritten vor.</p>			
9c		<p><b>cc) „Jede Folgeversorgung bei hochgradiger und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit (Hörverlust mehr als 70dB in mehr als 2 Frequenzen, 500-1000-2000-3000-4000 Hz oder weniger als 50% im Einsilberverschöden des Freiburger Sprachhörtötes bei 65dB)“</b></p> <p>Ein medizinischer Grund, warum</p>	<p>§ 27 Abs. 1 S. 5 3. Spiegelstrich (Position A):</p> <p><del>„jede Folgeversorgung bei hochgradiger und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit (Hörverlust mehr als 70dB in mehr als 2 Frequenzen, 500-1000-2000-3000-4000 Hz oder weniger als 50% im Einsilberverschöden des Freiburger Sprachhörtötes bei 65dB)“</del></p>		<p>keine Änderung, siehe Begründungen unter „Eckpunkte der Entscheidung“; es besteht kein Dissens darüber, <u>ob</u> dieser Sachverhalt aufgenommen wird, es bestehen nur abweichende Auffassungen zur Formulierung in Bezug auf WHO-Definition</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>bei hochgradig oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit jedwede Folgeverordnung der ärztlichen Befassung bedürfen soll, ist nicht plausibel. Auch hier gilt, dass die Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhanges zwischen der auszugleichenden Schwerhörigkeit und einer behandlungsbedürftigen Neuerkrankung nicht höher liegt als bei hörgesunden Versicherten.</p> <p>Grundsätzlich sind hochgradig und an Taubheit grenzend Schwerhörige mit Hörgeräten zu versorgen. Die HilfsM-RL gibt bspw. für die beidohrige Versorgung in § 21 Abs. 2 HilfsM-RL vor, wie hoch der zu erreichende Hörgewinn mit Hörgeräten mindestens sein muss, um eine Hörhilfenversorgung zu rechtfertigen. Eben diese Grundsätze unter Beachtung der Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 17. Dezember 2009 (Az: B 3 KR 20/08 R) spiegeln die aktuellen Versorgungsverträge nach § 127 Abs. 2 SGB V selbstverständlich wieder.</p> <p>Dass es anstelle der Hörgeräteversorgung die Möglichkeit der Cochlea-</p>			<p>PatV: ist einverstanden mit beiden Formulierungsvorschlägen</p> <p>Siehe auch unter Nrn. 11b und 15c</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Implantation (CI) für nicht mehr mit Hörgeräten versorgbare Versicherte gibt, ist unbestritten. Dies ändert aber nichts an der Tatsache, dass die operative Behandlung die „ultima ratio“ ist, wenn die konservative Hörgeräteversorgung keinen Erfolg (mehr) bringt. Jede konservative Hörgeräteversorgung für einen hochgradig oder an Taubheit grenzend Schwerhörigen wegen einer potentiell möglichen CI-Versorgung unter den generellen Verordnungsvorbehalt zu stellen, ist nicht rational, entspricht nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot und ist auch nicht sachlich gerechtfertigt, zumal die Hörgeräteakustiker-Meisterbetriebe die Kompetenz haben, auch zu einer möglichen CI-Versorgung – dann selbstverständlich unter Einbindung der Ärzte – zu beraten.</p> <p>Unsystematisch wäre es zudem, in § 27 Abs. 1 Satz 5 HilfsM-RL eine neue und zusätzliche Gruppe der hochgradig und an Taubheit grenzend Schwerhörigen zu definieren. Der GKV-Spitzenverband hat sich im Rahmen der Festbetragsfestsetzungen</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>ausdrücklich gegen die weitere Unterteilung der Versicherten – mit Ausnahme der an Taubheit grenzend Schwerhörigen nach der WHO-4-Definition – entschieden. Auch hier steht offenbar der Wunsch der KBV, die ärztliche Leistung in den Vordergrund zu rücken, ohne dass praktisch ein Mehrwert für die Versicherten daraus resultiert, im Vordergrund.</p>			
9d		<p><b>dd) „Sofern die Erstversorgung mehr als 2 Jahre zurückliegt.“</b></p> <p>In der Regel liegt jede Erstversorgung eines Erwachsenen und der von Kindern und Jugendlichen mehr als zwei Jahre vor einer Folgeversorgung zurück (vgl. § 31 HilfsM-RL – sechsjähriges Regelversorgungsintervall für Erwachsene und fünfjähriges Regelversorgungsintervall bei Kindern und Jugendlichen). Die KBV verdeckt hinter diesem „Regelfall“ ihre eigentliche Grundforderung, jedwede Folgeversorgung einer ärztlichen Kontrolle zu unterziehen.</p> <p>Dass sich das Hörvermögen schleichend, für den Patienten unmerklich verschlechtert, ist – wie</p>	<p>§ 27 Abs. 1 S. 5 4. Spiegelstrich (Position A):</p> <p><del>„Sofern die Erstversorgung mehr als 2 Jahre zurückliegt.“</del></p>		<p>dissentende Positionen verbleiben</p> <p>siehe auch Nr. 15d</p> <p>andere Zielsetzung des § 31 HilfsM-RL (dort: besondere Begründung erforderlich; bezieht sich auf Gerätetechnik), daher keine Begründung, die Regelung im 4. Spiegelstrich (dort: ärztliche Verordnung erforderlich, bezieht sich auf Krankheit, die hinter Symptom der Schwerhörigkeit steht) zu streichen</p> <p>Unterschiedliche Begrifflichkeiten „Wiederversorgung/Folgeversorgung“ haben auch unterschiedliche</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>schon gesagt – korrekt, entspricht aber der normalen Entwicklung einer Schwerhörigkeit. Einer erneuten ärztlichen Diagnose oder Therapieentscheidung bedarf es daher weder nach zwei Jahren noch nach 5 bzw. 6 Jahren. Im Umkehrschluss müsste man auch hier argumentieren, dass ansonsten grundsätzlich ein Versorgungsanspruch auch alle zwei Jahre bestehen würde.</p> <p>Auch an dieser Stelle wird die Rehabilitation mittels eines Hörgerätes mit der ärztlichen Diagnose- und Therapieentscheidung vermischt. Auch hier sei deshalb wieder auf die BSG-Rechtsprechung (vgl. Urt. v. 18.9.1972 – 6 RKa 2/72) hingewiesen, nach der</p> <p><i>„die bloße, mehr oder weniger weit entfernte Möglichkeit der Krankheitsgefährdung schon nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit“</i></p> <p>eine medizinische Diagnosenotwendigkeit gerade nicht begründet.</p> <p>In den Verträgen zwischen den Krankenkassen und der biha nach § 127 Abs. 2 SGB V ist im</p>			<p>Bedeutungen. Dies muss sich auch in der Richtlinie so widerspiegeln. Begrifflichkeiten haben in Praxis nicht zu Problemen geführt. Daher werden Sie beibehalten.</p> <p>Zur Begrifflichkeit vgl. auch unter Nr. 6</p> <p>PatV: schließt sich dem Vorschlag des GKV-SV an</p> <p>KBV ändert ihren Formulierungsvorschlag wie folgt:</p> <p><i>„Sofern die Erstversorgung mehr als 23 Jahre zurückliegt.“</i></p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Einzelnen definiert, unter welchen Voraussetzungen eine vorzeitige Wiederversorgung der Versicherten – ggf. unter Einbindung des MDK – erfolgt.</p> <p>Die Ausweitung auf eine – quasi durch die Hintertür – generelle Folgeverordnungspflicht widerspricht sowohl den „Tragenden Gründen“ der aktuell geltenden HilfsM-RL (v. 21.12.2011/15.3.2012) wie auch den Aussagen des BMG.</p> <p>In den „Tragenden Gründen“ der aktuellen HilfsM-RL heißt es (S. 8 f.):</p> <p><i>„§ 27 sieht in Absatz 1 nunmehr vor, dass die Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgen darf. Dies gilt nicht für Folgeverordnungen. Das SGB V (vgl. § 15) sieht einen solchen ärztlichen Verordnungsvorbehalt für Hilfsmittel nicht vor. Dies wurde in ständiger Rechtsprechung bestätigt. Die pathoätiologische Klärung der Schwerhörigkeit und damit auch die Klärung, ob die Hörbehinderung als Symptom kausaltherapeutisch zu</i></p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p><i>behandeln ist, erfolgt im Rahmen der Erstverordnung. Dass zum Zeitpunkt der Folgeverordnung ein Kausalzusammenhang zwischen der Schwerhörigkeit und einer behandlungsbedürftigen Neuerkrankung vorliegt, ist bei Hörhilfenträgern nicht signifikant wahrscheinlicher als bei Hörgesunden.</i></p> <p><i>Die Verträge der Krankenkassen, die bei Folgeversorgungen vereinzelt den Verzicht auf die ohrenärztliche Verordnung vorsehen, enthalten Hinweise, dass der Akustiker bei Auffälligkeiten, die auf einen krankhaften Zustand schließen, der Verweis an eine Fachärztin (...) zu erfolgen hat.</i></p> <p><i>Entsprechende Verträge, die bereits seit etwa 2001 existieren, haben nicht zu nachweislichen Problemen bei der Versorgung geführt. Von daher ist die Möglichkeit des Verzichts auf die ohrenärztliche Verordnung bei Folgeversorgungen sachlich und praktisch gerechtfertigt. Im Übrigen hat der Versicherte so die Entscheidungsfreiheit, ob er eine Fachärztin oder einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (...) im Vorfeld der Versorgung konsultiert</i></p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p><i>oder nicht.“</i></p> <p>Der G-BA selbst kam daher bereits 2011 zum Ergebnis, dass es keine Folgeverordnungspflicht gibt. Es bestände daher ein Wertungswiderspruch, wenn keine zwei Jahre später der G-BA zu einem völlig anderen Ergebnis käme.</p> <p>Auch das BMG äußerte sich bezüglich der Folgeverordnungspflicht mit Schreiben vom 23. Februar 2012 (Az.: 227-43921):</p> <p><i>„Ein generelles Verordnungserfordernis gilt nach den gesetzlichen Regelungen auch nicht für die Abgabe von Hörgeräten. (...) Dabei sind auch mögliche Grundrechtspositionen Dritter zu berücksichtigen.“</i></p> <p>Das BMG hat damit der Folgeverordnungspflicht eine Absage erteilt. Insbesondere weist es auf die Grundrechte der Betroffenen – sowohl der Patienten, wie auch der Hörgeräteakustiker – hin, die bei einer solchen Regelung unverhältnismäßig eingeschränkt wären.</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
9e		<p><b>ee) „Bei neu aufgetretenem Tinnitus“</b></p> <p>Die Tinnitus-Versorgung ist in § 24 HilfsM-RL geregelt. Einer Normierung im Rahmen des § 27 HilfsM-RL bedarf es daher nicht.</p> <p>Tritt bei einem Versicherten neu ein Tinnitus auf, sind die Hörgeräteakustiker vertraglich verpflichtet, dem Versicherten zum Besuch eines HNO-Arztes zu raten. In § 24 Abs. 1 Satz 2 HilfsM-RL findet sich dafür auch eine bereits ausreichende Regelung:</p> <p><i>„Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Hörstörung ist eine Verordnungsfähigkeit eines kombinierten Tinnitusgerätes/Hörgerätes (Tinnitusinstruments) nur dann möglich, wenn die Hörgeräteversorgung allein zur Minderung der Tinnituswahrnehmung nicht ausreicht.“</i></p> <p>Somit ist bereits klargestellt, dass es einer zusätzlichen Verordnung bedarf, wenn nach der Schwerhörigkeit auch noch ein Tinnitus auftritt. Benötigt der Patient ein Kombi-Gerät, dann bedarf es</p>	<p>§ 27 Abs. 1 S. 5 5. Spiegelstrich (Position A):</p> <p><del>„bei neu aufgetretenem Tinnitus“</del></p>		<p>keine Änderung/Streichung; Tinnitus ist von Schwerhörigkeit im Allgemeinen zu unterscheiden, daher wird gesonderte Aufführung in Spiegelstrich beibehalten</p> <p>Siehe auch unter Nrn. 11c, 15e und 16c</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		einer Verordnung. Insofern ist die Ergänzung unnötig.			
9f		<p><b>ff) „Bei vorliegenden weiteren Behinderungen, z.B. Hör-Seh-Behinderung“</b></p> <p>Dieser Vorschlag ist allein deshalb abzulehnen, da nicht erklärlich ist, weshalb bspw. eine Beinprothese – unstrittig eine weitere Behinderung – die spezielle Hinzuziehung eines HNO-Arztbesuches hervorrufen soll. Diese Regelung ist – ohne sich mit ihr weiter inhaltlich beschäftigen zu müssen – viel zu weitgehend als dass die in der Begründung vorgetragene Gründe greifen.</p> <p>Lediglich hilfsweise wird hier auf die – nur als Beispiel – formulierte „Hör-Seh-Behinderung“ eingegangen. Versicherte mit einer kombinierten Hör-Seh-Behinderung suchen von sich aus zunächst Fachärzte auf, um die Ursache der Behinderung zu ermitteln. In diesem Zusammenhang werden die Möglichkeiten ermittelt, wie die Versicherten kausaltherapeutisch oder die Behinderung ausgleichend (u.a. mit einer Hörhilfe) zu behandeln sind. Die „unterschiedlichsten apparativen Lösungen einer Hörhilfe“</p>	<p>§ 27 Abs. 1 S. 5 6. <del>Spiegelstrich (Position A):</del></p> <p><del>„- bei vorliegenden weiteren Behinderungen, z.B. Hör-Seh-Behinderung“</del></p>		<p>KBV ändert ihr Votum wie folgt:  <del>„- bei vorliegenden weiteren Behinderungen <u>und/oder schweren chronischen Erkrankungen</u> (insbesondere z.B. Hör-Sehbehinderung, <u>neurologische Störungen, Gefäßerkrankungen und z.B. im Rahmen einer Diabetes, bei Erkrankungen, die in einem DMP betreut werden, bei allen Malignomen),“</u></del></p> <p>PatV: hält Punkt für sehr wichtig, insbesondere bzgl. Hör-Seh-Störung</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>insbesondere im Rahmen der Folgeversorgung auszuloten, ist sodann genuine Aufgabe der Hörgeräteakustiker und rechtfertigt es nicht, einen Arztvorbehalt für die Folgeversorgung zu konstruieren.</p> <p>Selbstverständlich, und das sei an dieser Stelle noch einmal betont, sind bei spezifischen Erkrankungen die Fachärzte fortlaufend in den Versorgungskontext der Versicherten eingebunden. Aus dieser Tatsache der Versorgungsrealität folgt aber nicht die Kompetenz, einen spezifischen ärztlichen Folgeversorgungsvorbehalt für ein Hilfsmittel zu schaffen.</p>			
9g		<p><b>gg) „Sofern die Umstellung auf ein anderes Hörhilfenmodell mit anderen Eigenschaften erforderlich ist“</b></p> <p>Dass die Hörgerätetechnologie einem „raschen Wandel“ unterliegt, ist grundsätzlich korrekt, wobei dies keine weitere Aussagekraft hat, da die KBV nicht weiter begründet, was sie unter „rasch“ versteht. Es ist die originäre, vertraglich ausführlich geregelte Aufgabe des Hörgeräteakustiker-Meisterbetriebes, den Versicherten</p>	<p>§ 27 Abs. 1 S. 5 7. Spiegelstrich (Position A):</p> <p><del>„- sofern die Umstellung auf ein anderes Hörhilfenmodell mit anderen Eigenschaften erforderlich ist“</del></p>		<p>KBV: schwierige Einschätzung von künftigen Innovationen und Abgrenzung von Scheininnovationen, daher keine Streichung</p> <p>KBV ändert ihr Votum zu § 27 Abs. 1 S. 5 7. Spiegelstrich (Position A) wie folgt:</p> <p><i>„- sofern die Umstellung auf ein anderes Hörhilfenmodell mit anderen <u>relevanten</u></i></p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>adäquat mit einer für ihn individuell passenden Hörhilfe zu versorgen. Die entsprechende Kompetenz zur Ausübung des Hörgeräteakustiker-Handwerks erwerben die Hörgeräteakustiker-Meister und ihre Mitarbeiter in einer viele Jahre dauernden Ausbildung, die sie zur sachgerechten Auswahl und Anpassung des jeweils vom Versicherten benötigten Hörgerätes befähigt. Die KBV selbst hat einen medizinischen Grund für den Arztvorbehalt nicht einmal mehr vorgetragen.</p>			<p><i>Eigenschaften <u>medizinisch erforderlich ist (z.B. Umstellung von Luftleitung auf Knochenleitung oder auf CROS)</u></i></p> <p>PatV: hält Regelung derzeit nicht für erforderlich, da technische Anpassung vom Akustiker vorgenommen werden kann und z.B. bei CI oder Implantat muss ohnehin Arzt aufgesucht werden</p> <p>GKV: verzichtet auf Regelung (bisher 3. Spiegelstrich von Position B), da kein Akustiker nach Luftleitung ein Knochenleitungshörgerät abgeben würde ohne vorherigen Arztbesuch</p> <p>Siehe auch Nrn. 11d und 15g</p>
10	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)	<p><b>b) § 27 Abs. 1 S. 6 HilfsM-RL</b></p> <p>In dem Vorschlag der KBV heißt es in Satz 6:</p> <p><i>„Soweit ein Genehmigungsverzicht seitens der Krankenkassen für Hörhilfen besteht, ist eine ärztliche Versordnung immer notwendig.“</i></p> <p>§ 33 Abs. 5a Satz 2 SGB V überlässt es den Krankenkassen</p>	Streichung des Satzes 6		<p>KBV: Hörhilfen können aufgrund ihrer Komplexität nicht gemeint sein, wenn Gesetzgeber von Genehmigungsverzicht spricht; KBV bleibt bei ihrer Auffassung</p> <p>GKV/PatV: Möglichkeit eines Genehmigungsverzichts liegt bereits jetzt schon vor,</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>(„können“), inwieweit sie eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, wenn sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. Aus dieser „Kann“-Regelung interpretiert die KBV eine „Muss“-Regelung“ heißt es doch in der KBV-Begründung (S. 5 der „Tragenden Gründe“):</p> <p><i>„Verzichtet die Krankenkasse auf eine Genehmigung für die Folgeversorgung mit einer Hörhilfe, muss immer eine fachärztliche Verordnung vorliegen“.</i></p> <p>Diese klare Abweichung entspricht nicht dem Gesetzeswortlaut und auch nicht dem gesetzgeberischen Willen. Denn in der Begründung (BT-Drs. 17/10170, S. 25) heißt es hierzu:</p> <p><i>„Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung wird den Krankenkassen in Satz 2 die <u>Möglichkeit</u> eingeräumt, abweichend von Satz 1 eine vertragsärztliche Verordnung auch dann zu verlangen, wenn nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern die Versorgung genehmigungsfrei</i></p>			<p>Thema hier unpassend; Widerspruch, wenn bei Genehmigungsverzicht immer Arztvorbehalt, da kein medizinischer Grund; daher Streichung Satz 6 Siehe auch unter Nr. 18</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>erfolgen kann.“ (Hervorhebung nicht im Original)</p> <p>Ein medizinischer Grund kann der Position der KBV darüber hinaus auch hier nicht entnommen werden.</p>			
11	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)	<p><b>3. Position B (GKV-SV) Regelungsvorschlag § 27 Abs. 1 S. 5 HilfsM-RL</b></p> <p>Die Position B des GKV-Spitzenverbandes ist schon allein deshalb unverhältnismäßig, da auch diese Position durch die Einfügung des Wortes „insbesondere“ eine letztlich freie und offene und keine abschließende Aufzählung der Regelfälle schafft.</p> <p>Wie bereits oben aufgeführt, entspricht diese generelle Verordnungspflicht nicht dem Wortlaut des § 33 Abs. 5a SGB V, nicht dem Willen des Gesetzgebers, nicht der Rechtsprechung des BSG und auch nicht dem Willen des BMG.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband hat vier konkrete Fallgruppen in seinem Vorschlagsentwurf aufgeführt, bei denen er eine ärztliche Verordnung in der Folgeversorgung für notwendig hält. Dabei handelt es</p>	<p>Streichung aller Regelbeispiele der Position B in § 27 Abs. 1 S. 5</p> <p>„insbesondere“ streichen</p>		<p>Zu den Regelbeispielen siehe im Einzelnen nachfolgend.</p> <p>keine Streichung von „insbesondere“, da nicht überschaubar, inwiefern weitere Konstellationen möglich; offene Formulierung beabsichtigt</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>sich um die Kinder- und Jugendlichenversorgung, die Versorgung von an Taubheit grenzend Schwerhörigen, bei neu aufgetretenem Tinnitus sowie im Falle von Systemumstellungen.</p> <p>Um Wiederholungen zu vermeiden, wird auf die Ausführungen verwiesen, die in dieser Stellungnahme zur Position A bezüglich der Kinder- und Jugendlichenversorgung, Tinnitus sowie für die an Taubheit grenzend Schwerhörigen gemacht wurden.</p> <p>Da aber der GKV-Spitzenverband eine eigene Begründung für diese Position vorgelegt hat, soll dennoch die Ablehnung dieser Fallgruppen begründet werden:</p>			
11a		<p><b>a) „bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“</b></p> <p>Der GKV-Spitzenverband behauptet, dass sich hinter dem Erfordernis einer Neuversorgung eine komplexe Entwicklungsstörung oder Intelligenzmängel verbergen können, weshalb er eine Verordnungspflicht bei Folgeversorgungen vorschlägt. Es</p>	<p>§ 27 Abs. 1 S. 5 1. Spiegelstrich (Position B):</p> <p><del>„- bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“</del></p>		<p>Siehe Würdigung unter Nr. 9a</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>ist nochmals darauf hinzuweisen, dass gemäß § 31 HilfsM-RL lediglich alle fünf Jahre eine Wiederversorgung für Kinder- und Jugendliche geregelt ist. Würde also ein Kind bereits als 10 Monate alter Säugling ein Hörgerät erhalten, würde es den HNO-Arzt regulär – wenn man allein auf die Hörgeräteversorgung abstellt – kurz vor seinem 6., 11. und 16. Lebensjahr zu Gesicht bekommen - vorausgesetzt, die Eltern willigen in eine neue Versorgung ein. Es scheint deshalb vorgeschoben, dass sich Entwicklungsstörungen oder Intelligenzmängel bei solch langen Fristen durch eine Konsultation des Arztes wegen einer neuen Hörhilfe gegensteuern und verhindern lassen.</p> <p>Vor allem entspricht dies auch nicht der Grundstruktur der Krankenversicherung wie bereits das BSG (Urt. v. 18.9.1973 – 6 RKa 2/72) feststellte. In § 26 SGB V hat der Gesetzgeber für die Kinderuntersuchung keine Pflicht normiert, sondern lediglich einen Anspruch. Auch aus der „Kinder-Richtlinie“ lässt sich keine Pflicht herleiten.</p> <p>Im Ergebnis sind die Motive des</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar, doch ist die HilfsM-RL nicht das richtige Regulativ für eine Pflicht zur Vorstellung von Kindern und Jugendlichen beim HNO-Arzt. Die reguläre Folgeversorgungsmöglichkeit erst nach fünf Jahren zeigt zudem die Widersprüchlichkeit der Forderung: Denn in der Konsequenz müsste eine jährliche Folgeversorgungsoption ansonsten bestehen.</p> <p>Aus diesem Grund ist der Vorschlag abzulehnen, da er weder dem Grundbild der Versorgungsfreiheit noch dem übrigen System entspricht.</p>			
11b		<p><b>b) „bei Vorliegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit gemäß WHO (...)“</b></p> <p>Der GKV-Spitzenverband rechtfertigt eine Verordnungspflicht bei Folgeversorgungen bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen damit, dass stets neu zu überprüfen wäre, ob „eine erneute Therapieentscheidung medizinisch geboten sein kann“.</p> <p>Wissenschaftlich ist es aber unstrittig, dass eine</p>	<p>§ 27 Abs. 1 S. 5 2. Spiegelstrich (Position B):</p> <p><del>„bei Vorliegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit gemäß WHO (Hörverlust am Ohr → 80 dB als Durchschnitt der тонаudiometrischen dB-Werte bei 0,5 kHz, 1 kHz, 2 kHz, 4 kHz)“</del></p>		<p>Siehe auch unter 16b und Würdigung unter Nr. 9c</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Wiederherstellung der Innenohrfunktion nicht möglich ist. Es ist derzeit unmöglich, einen Hörverlust, resultierend aus einer nicht intakten oder nur zum Teil intakten Innenohrfunktion, ohne Implantat oder externe Hörhilfen/Hilfsmittel zu kompensieren. Insofern ist eine „erneute Therapieentscheidung“ – insbesondere bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen – nicht möglich, da eine Therapie gar nicht mehr möglich ist. Eine eigenständige Wiederherstellung der Innenohrfunktion ist nicht möglich. Es sind keine medikamentösen Therapien bei einer bestehenden Innenohr-Schwerhörigkeit bekannt.</p> <p>Im Ergebnis ist folglich eine Therapie nicht möglich; gerade an Taubheit grenzend Schwerhörige benötigen ein Hörgerät. Die einzige Alternative, die es gibt, wäre eine CI-Versorgung. Solange aber eine konservative Versorgung den gewünschten Erfolg erzielt, sollten (kostspielige) operative Versorgung nur im Einzelfall vorgenommen werden. Die Kompetenz zur Beratung zu einer CI-Versorgung besitzt der</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		Hörgeräteakustiker-Meisterbetrieb, ohne dass er aus monetären Gründen zu einer solche Versorgung rät.			
11c		<p><b>c) „bei neu aufgetretenem Tinnitus“</b></p> <p>Der GKV-Spitzenverband hält bei neu auftretendem Tinnitus eine Abklärung durch den HNO-Arzt für notwendig. Dieser Gedankengang verkennt, dass sich der Patient erst nach sechs Jahren (vgl. § 31 HilfsM-RL) um ein neues Hörgerät bemühen wird, das von der GKV bezahlt wird. Die Argumentation würde daher nur dann Sinn ergeben, wenn sich der Patient direkt nach dem Auftreten an den HNO-Arzt zu wenden hat. Hier geht es aber um die Verordnungspflicht bei Folgeversorgungen, also den Versorgungs nach sechs Jahren. Für diesen Zeitraum besteht aber keine Notwendigkeit mehr für eine Verordnungspflicht, da entweder der Tinnitus bereits behandelt wird oder aber vom Patienten seit längerem geduldet wird. Darüber hinaus ist die Frage der Tinnitusversorgung bereits abschließend in § 24 HilfsM-RL geregelt.</p>	<p>§ 27 Abs. 1 S. 5 3. Spiegelstrich (Position B):</p> <p><del>„- bei neu aufgetretenem Tinnitus“</del></p>		Siehe auch unter 16c und Würdigung unter Nr. 9e

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
11d		<p><b>d) „im Fall der Systemumstellung von Luftleitung auf Knochenleitung“</b></p> <p>Vorauszustellen ist, dass es sich bei dieser Fallkonstellation um einen äußerst außergewöhnlichen Versorgungsfall handelt. Bei diesen Fällen handelt es sich in der Regel um langjährige Hörsystemträger, bei denen die audiologische Vorgeschichte dem versorgenden Hörgeräteakustiker bekannt oder ersichtlich ist. Ein Hörgeräteakustiker-Meister ist aufgrund seiner Qualifikation in der Lage den Wechsel von Luftleitungs- zu Knochenleitungsversorgungen zu erkennen, zu begründen und durchzuführen. Eines zwingenden ärztlichen Verordnungsvorbehalts bedarf es nicht.</p>	<p>§ 27 Abs. 1 S. 5 3. Spiegelstrich (Position B):</p> <p><del>„im Fall der Systemumstellung von Luftleitung auf Knochenleitung“</del></p>		<p>GKV-SV/PatV: Streichung des Spiegelstriches, wie in Stellungnahme vorgeschlagen:</p> <p><del>„im Fall der Systemumstellung von Luftleitung auf Knochenleitung,“</del></p> <p>(siehe auch Nrn. 9g und 16d)</p>
12	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)	<p><b>3. Position C (GKV-SV) Regelungsvorschlag § 27 Abs. 1 HilfsM-RL</b></p> <p>Grundsätzlich sind die Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes in den „Tragenden Gründen“ zur</p>	Kein Änderungsvorschlag		Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Auffassung C zu begrüßen. Gerade im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot aus § 12 SGB V fragt es sich, wie diese Formulierungen zu der Position B stehen, die zu höheren Ausgaben wegen des ärztlichen Verordnungsvorbehalts führen.</p> <p>Allerdings könnte diese Position auch wieder zu Diskussionen führen, ob nicht doch eine Verordnungspflicht besteht. Schließlich orientiert sich der Vorschlag an § 33 Abs. 5a SGB V, der trotz seiner Klarheit nun doch uminterpretiert werden soll.</p>			
13	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)	<p><b>4. Position D (biha) Regelungsvorschlag zu § 27 Abs. 1 S. 4 HilfsM-RL</b></p> <p>Um die notwendige Klarheit zu erzielen, schlägt die Bundesinnung – neben den oben bereits aufgeführten S. 1 – folgende Formulierung für S. 4 hilfsweise vor:</p> <p>[siehe rechts]</p>	<p>§ 27 Abs. 1 Satz 4:  <i>„<u>Folgeversorgungen und Wiederversorgungen können ohne Verordnung vorgenommen werden.</u>  <del>Eine ärztliche Verordnung bei einer Folgeversorgung ist notwendig, soweit eine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.</del>“</i></p>	<p>Mit dieser Klarstellung wird auch der Begriff des § 31 HilfsM-RL („Wiederversorgung“) aufgenommen und klargestellt, dass jegliche Zweitversorgungen ohne Verordnung auskommen. Somit bestände – die vom BMG gewünschte und vom BSG geforderte – Klarheit.</p> <p>[siehe zur Begrifflichkeit auch Stellungnahme unter Nr. 6]</p>	<p>Vorschlag in der Stellungnahme zur Streichung/Formulierung widerspricht den diskutierten Formulierungen (Begründung siehe im Einzelnen oben); Vorschlag widerspricht auch gerade dem Anliegen des BMG und der gesetzlichen Vorgabe, da dort eine medizinische Begründung explizit erwartet wird</p> <p>Siehe auch unter Nr. 17</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
14	Zentralverband der Augenoptiker (ZVA)	<p>Da uns die Hörgeräteversorgung nicht unmittelbar betrifft, möchten wir zu Einzelheiten keine eigene Stellungnahme abgeben.</p> <p>Wir schließen uns jedoch vollinhaltlich der Stellungnahme des Bundesinnungsverbandes der Hörgeräteakustiker (BIHA) an. Insbesondere gehen wir konform in der Forderung der BIHA, dass sich die Rechtsprechung des BSG sowie die Einfügung des Absatzes 5 a in § 33 SGB V in den Formulierungen der Hilfsmittelrichtlinie wiederfinden müssen. Im Bereich der Hilfsmittel findet der Ärztevorbekalt des§ 15 Absatz 1 Satz 2 SGB V keine Anwendung (BSG, Urteil von 28.06.2001- Az: B 3 KR 3/00 R). Eine ärztliche Verordnung ist nicht Voraussetzung für eine Versorgung mit einem Hilfsmittel (BSG, Urteil von 16.04.1998- AZ: B 3 KR 9/97 R). Wir erinnern in diesem Zusammenhang an unsere Schreiben von 23.07.2013 und 05.11.2013, in denen wir eine Änderung der Hilfsmittelrichtlinie im Bereich der Sehhilfen vor demselben Hintergrund fordern.</p>	Schließt sich vollinhaltlich der Stellungnahme des Bundesinnungsverbandes der Hörgeräteakustiker (BIHA) an		Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
15	Zentralverband Orthopädie-schuh-technik (ZVOS)	<p><b>A. Zu § 27 Abs. 1 S. 1 HilfsM-RL</b></p> <p>Die vorgeschlagene Formulierung lehnen wir ab.</p> <p>Wir schlagen vor, dass § 27 Abs. 1 S. 1 HilfsM-RL in seiner jetzigen Form weiterhin Bestand hat, die lautet:</p> <p>[siehe rechts]</p>	<p>§ 27 Abs. 1 S. 1:</p> <p><del>„Die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus.“</del><sup>2</sup> Die Verordnung erfolgt auf dem dafür vereinbarten Vordruck.“</p> <p>[siehe auch Vorschlag unter Nr. 7]</p>	<p>[siehe auch Begründung unter Nr. 7]</p> <p>Nach der Rechtsprechung des BSG findet im Bereich der Hilfsmittel der Arztvorbehalt des § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V keine Anwendung (BSG, Urt. v. 28.6.2001 - Az. B 3 KR 3/00 R). Eine ärztliche Verordnung ist nicht Voraussetzung für eine Versorgung mit einem Hilfsmittel (BSG, Urt. v. 16.4.1998 - Az. B 3 KR 9/97 R). Da der Arztvorbehalt im Hilfsmittelbereich nicht gilt, schließt das Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung den Leistungsanspruch des Versicherten – hier auf ein Hörgerät – nicht aus (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urt. v. 28.6.2001 - B 3 KR 3/00).</p> <p>§ 27 Abs. 1 HilfsM-RL in der jetzigen Fassung verwehrt dabei schon keinem Versicherten die Möglichkeit, einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bzw. einen Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen bei Problemen mit dem Gehör/dem Hören aufzusuchen. Somit besteht für jeden Versicherten die Möglichkeit der ärztlichen Kontrolle, ohne dass dies eine Pflicht aber ist. Auch ist zu beachten, dass es</p>	Siehe Würdigung unter Nr. 7

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
				<p>aufgrund der Demographie und der sog. „regionalen Landflucht“ Gegenden geben kann, in denen kein Arzt vor Ort ist und eine wohnortnahe Versorgung garantieren kann. Hier sollte garantiert werden, dass der Versicherte in jedem Fall an sein Hilfsmittel gelangt. Deshalb halten wir die vorgeschlagene Formulierung, dass die Abgabe von Hörgeräten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraussetzt, mit dem insofern höherrangigen SGB V für unvereinbar und somit rechtswidrig.</p>	
	<p>Zentralverband Orthopädie-schuh-technik (ZVOS)</p>	<p><b>B. Zu § 27 Abs. 1 S. 5 HilfsM-RL</b> Die Vorschläge „Position A (KBV/PatV)“ sowie „Position B (GKV-SV)“ werden vollinhaltlich abgelehnt. Grundsätzlich kann der „Position C (GKV-SV)“ gefolgt werden. Wir regen allerdings eine Klarstellung an, um etwaige Interpretationen zu vermeiden.</p>	<p>Ablehnung Positionen A und B; grundsätzlich kann Position C – allerdings mit Klarstellung – gefolgt werden</p>		<p>Siehe nachfolgend, insbesondere unter Nr. 17</p>
		<p><b>I. Position A (KBV/PatV)</b> Wir verweisen auf unsere oben genannten grundlegenden rechtlichen Ausführungen zum</p>	<p>[vgl. überwiegend gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 9]</p>		<p>Siehe unter Nr. 9 und nachfolgend im Einzelnen</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Arztvorbehalt. Die von der KBV geforderte Normierung der „besonderen Fälle“ der Folgeversorgung mit einer ärztlichen Verordnung in § 27 Abs. 1 Satz 5 HilfsM-RL führte im Ergebnis dazu, dass <u>jede</u> Folgeversorgung dem Arztvorbehalt unterläge. Dies wird auch noch dadurch verdeutlicht, als dass die Aufzählung der KBV (und der Position B) nicht abschließend ist wie durch die Wortwahl „insbesondere“ deutlich wird. Allein dadurch ist die Regelung offen und frei und somit unverhältnismäßig.</p> <p>Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) äußerte sich bezüglich der Folgeverordnungspflicht mit Schreiben vom 23. Februar 2012 (Az.: 227-43921): „<i>Ein generelles Verordnungserfordernis gilt nach den gesetzlichen Regelungen auch nicht für die Abgabe von Hörgeräten. (...) Dabei sind auch mögliche Grundrechtspositionen Dritter zu berücksichtigen.</i>“</p> <p>Die weitreichenden Ausführungen entsprechen daher bereits nicht den Vorgaben des BMG bezüglich der ursprünglich geplanten HilfsM-RL. Die Bedenken – die</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>verfassungsrechtlicher Art auch sind -, die das BMG bereits bezüglich der damaligen Fassung erklärt hat, werden nicht berücksichtigt.</p> <p>Auch der gesetzgeberischen Intention wird nicht Rechnung getragen. In der Gesetzesbegründung zu dem neu eingeführten § 33 Abs. 5a SGB V heißt es (BT-Drs. 17/10170, S. 25): „Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist für die Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine vertragsärztliche Verordnung nicht generell erforderlich. Dies wird im neuen Absatz 5a nunmehr ausdrücklich klargestellt und näher geregelt. Mit der Beschränkung des Verordnungserfordernisses in Satz 1 auf die Fälle, in denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus medizinischen Gründen zwingend geboten ist, werden die Versicherten, ihre Angehörigen, die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Leistungserbringer von bürokratischem Aufwand entlastet und die Versorgungsprozesse</p>			<p>Die im Vergleich zu der Stellungnahme unter Nr. 9 ergänzten Ausführungen (siehe grau hinterlegt) beinhalten den Gesetztestext und führen daher nicht zu einer anderen Bewertung.</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>vereinfacht.“</p> <p>Die Position der KBV führt dazu, dass eine Verordnung bei der Hörgeräteversorgung <u>generell</u> erforderlich wird. Insofern entspricht der Vorschlag nicht dem Willen des Gesetzgebers nach Entlastung und Vereinfachung.</p> <p>Die Begründungen, die die KBV für die einzelnen Fallkonstellationen der medizinischen Erforderlichkeit einer ärztlichen Verordnung bei einer Folgeversorgung in den Tragenden Gründen unter Auffassung A angibt, tragen nicht. Sie sind offensichtlich geprägt von dem Wunsch einer häufigeren Konsultation der Versicherten beim HNO-Arzt. Das würde zwangsläufig zu einer Kostenausweitung durch HNO-ärztliche Untersuchungen führen, ohne dass die Versicherten besser versorgt wären, da weder die regelmäßige Konsultation während des Versorgungszeitraumes noch die erneute Konsultation bei der Folgeversorgung zur Verbesserung des Hörstatus, da irreversibel, beitragen kann. Gerade deshalb ist ja die dauerhafte Versorgung mit einem Hörgerät das Mittel der Wahl bei dem Befund „Schwerhörigkeit“.</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		Im Einzelnen:			
15a		<p><b>1. „Bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“</b></p> <p>Nach der vorliegenden Begründung wird für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres generell eine Verordnungspflicht gefordert aufgrund der „Besonderheiten der kindlichen Entwicklung zum Hören und Sprechen und zum Schutz vor umfassenden und irreversiblen Auswirkungen von Fehlversorgungen“ (S. 4 der „Tragenden Gründe“).</p> <p>Zunächst wird in der HilfsM-RL selbst die Bedeutung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen deutlich, indem eine Wiederverordnung nach fünf und nicht erst nach sechs Jahren (§ 31 HilfM-RL) möglich ist. Diese Verkürzung zeigt aber auch, dass es gerade nicht medizinisch geboten ist, eine Verordnungspflicht zu fordern, da Kinder und Jugendliche fünf Jahre lang ohne weitere ärztliche</p>	[vgl. überwiegend gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 9a]		Siehe Würdigung unter Nr. 9a

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Untersuchung auskommen. Dies entspricht auch der Kinderuntersuchung gemäß § 26 SGB V i.V.m. „Kinder-Richtlinie“ des G-BA, in der gerade keine Untersuchungspflicht vorgesehen ist, sondern allein ein Anspruch. Andere Regelungen führten zu einem Früherkennungsmaßnahmenzwang, der „in mehrfacher Hinsicht der Grundstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung“ widerspricht (BSG, Urt. v. 18.9.1973 – 6 RKa 2/72). Insofern widerspricht die Begründung der Intention des Gesetzgebers.</p> <p>Des Weiteren sind sich gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer der besonderen Verantwortung der Kinder- und Jugendlichenversorgung bewusst, weshalb es höhere bzw. zusätzliche fachliche und sachliche Voraussetzungen gibt. Die Versorgung und Nachbetreuung kann bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nur von einem Hörgeräteakustiker-Meister persönlich oder einem Hörgeräteakustiker-Gesellen mit einer mindestens drei-jährigen Berufserfahrung und mit der</p>			<p>Die im Vergleich zu der Stellungnahme unter Nr. 9a ergänzten Ausführungen (siehe grau hinterlegt) beinhalten keine inhaltlich neuen Aspekte und führen daher nicht zu einer anderen Bewertung.</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Zusatzausbildung zum „Päd-Akustiker“ durchgeführt werden. Auch bestehen bestimmte Mindestanforderungen an die Anpasstechnik und Ausstattung (z.B. gibt es eine Mindestraumgröße für die Anpasskabine, erweiterte Anforderungen an die vorhandene Messtechnik sowie spezielle Audiometer und kindgerechtes Testmaterial etc.), sodass dieser Aspekt schon auf der tatsächlichen Ebene nicht regelungsbedürftig ist, da die speziellen Erfordernisse der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die Krankenkassen in den Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V im Sinne der Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung beachtet sind.</p>			
15b		<p><b>2. „Bei Verschlechterung des Hörvermögens um mehr als 3dB“</b></p> <p>Die Verordnungspflicht bei einer Verschlechterung von 3dB zu verlangen ist technisch unmöglich, unverhältnismäßig wie auch medizinisch nicht notwendig. In der Konsequenz würde diese Regelung dazu führen, dass jeder Versicherte bei einer solchen Veränderung einen Anspruch auf eine</p>	[vgl. überwiegend gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 9b]		Siehe Würdigung unter Nr. 9b

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Neuversorgung hätte. Dies aber widerspricht den Vorgaben aus dem Hilfsmittel-Verzeichnis, in dem es heißt:</p> <p><i>„Eine Verstärkungsreserve von mindestens 10dB, die die in der Regelgebrauchszeit zu erwartende, progrediente Hörverschlechterung aufzufangen vermag, muss vorhanden sein und vom Leistungserbringer bestätigt werden.“ Bekanntmachung des GKV-Spitzenverbandes, Fortschreibung der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“, S. 29.</i></p> <p>Eine Verstärkungsreserve von „mindestens 10dB“ wäre nicht notwendig, wenn bereits bei einer Veränderung von 3dB eine neue Verordnungspflicht bestehen würde. Zu Recht geht das Hilfsmittel-Verzeichnis auch von einer zu erwartenden, progredienten Hörverschlechterung aus, die vom erworbenen Hörsystem erfasst sein muss. Im Übrigen hat das BSG in seiner Entscheidung zur Hörgeräteversorgung vom 17. Dezember 2009 (B 3 KR 20/08 R) festgestellt, dass eine nur geringfügige Verbesserung des Gebrauchsnutzens keine</p>			<p>BSG-Entscheidung gibt die Aussage aus der Stellungnahme nicht wieder.</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Kostentragung der GKV rechtfertigt. Im Umkehrschluss kann dann eine geringfügige Veränderung dann aber auch keine Verpflichtung auslösen, zum Arzt gehen zu müssen.</p> <p>Grundsätzlich gehört es zu den Auswirkungen von Schwerhörigkeit (insbesondere im Alter), dass sich das Hörvermögen verschlechtert. Die Einführung einer Verordnungspflicht widerspricht aber gerade den Vorgabe des BSG (vgl. Ur. v. 18.9.1972 – 6 RKa 2/72 zur Brille und dem Sehvermögen), wonach eine Hörschwäche und eine Erkrankung des Ohrs nicht in einem notwendigen Zusammenhang stehen, weshalb eine Verschlechterung des Hörvermögens keine medizinischen Auswirkungen hat.</p> <p>Hinzu kommt, dass aktuelle Audiometer den Hörverlust in der Regel in „5dB-Schritten“ messen, sodass ein Wert von 3dB in der Praxis nicht ermittelbar ist.</p>			<p>Die im Vergleich zu der Stellungnahme unter Nr. 9a ergänzten Ausführungen (siehe grau hinterlegt) sind inhaltlich nicht korrekt. Weder Schwerhörige noch Hörgesunde werden im Alter automatisch schwerhörig(er). Stellungnahme führt daher nicht zu einer anderen Bewertung.</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
15c		<p><b>3. „Jede Folgeversorgung bei hochgradiger und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit (Hörverlust mehr als 70dB in mehr als 2 Frequenzen, 500-1000-2000-3000-4000 Hz oder weniger als 50% im Ein-silberversprechen des Freiburger Sprachhörtestes bei 65dB)“</b></p> <p>Ein medizinischer Grund, warum bei hochgradig oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit jedwede Folgeverordnung der ärztlichen Befassung bedürfen soll, ist nicht plausibel. Auch hier gilt, dass die Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhanges zwischen der auszugleichenden Schwerhörigkeit und einer behandlungsbedürftigen Neuerkrankung nicht höher liegt als bei hörgesunden Versicherten.</p> <p>Grundsätzlich sind hochgradig und an Taubheit grenzend Schwerhörige mit Hörgeräten zu versorgen. Die HilfsM-RL gibt bspw. für die beidohrige Versorgung in § 21 Abs. 2 HilfsM-RL vor, wie hoch der zu erreichende Hörgewinn mit Hörgeräten mindestens sein muss,</p>	[vgl. überwiegend gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 9c]		Siehe Würdigung unter Nr. 9c

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>um eine Hörhilfenversorgung zu rechtfertigen. Eben diese Grundsätze unter Beachtung der Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 17.12.2009 (Az: B 3 KR 20/08 R) spiegeln die aktuellen Versorgungsverträge nach § 127 Abs. 2 SGB V selbstverständlich wieder.</p> <p>Dass es anstelle der Hörgeräteversorgung die Möglichkeit der CI-Implantation für nicht mehr mit Hörgeräten versorgbare Versicherte gibt, ist unbestritten. Dies ändert aber nichts an der Tatsache, dass die operative Behandlung die „ultima ratio“ ist, wenn die konservative Hörgeräteversorgung keinen Erfolg (mehr) bringt. Sie steht also am Ende der Versorgungsmöglichkeiten. Daher besteht keine Verpflichtung der regelmäßigen Kontrolle durch den HNO-Arzt, da dies für den Versicherten keine Vorteile bringt (lediglich höhere Kosten für die GKV).</p> <p>Unsystematisch wäre es zudem, in § 27 Abs. 1 Satz 5 HilfsM-RL eine neue und zusätzliche Gruppe der hochgradig und an Taubheit grenzend Schwerhörigen zu definieren. Der GKV-</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Spitzenverband hat sich im Rahmen der Festbetragsfestsetzungen ausdrücklich gegen die weitere Unterteilung der Versicherten – mit Ausnahme der an Taubheit grenzend Schwerhörigen nach der WHO-4-Definition – entschieden. Auch hier steht offenbar der Wunsch der KBV, die ärztliche Leistung in den Vordergrund zu rücken, ohne dass praktisch ein Mehrwert für die Versicherten daraus resultiert, im Vordergrund.</p>			
15d		<p><b>4. „Sofern die Erstversorgung mehr als 2 Jahre zurückliegt.“</b></p> <p>In der Regel liegt jede Erstversorgung eines Erwachsenen und der von Kindern und Jugendlichen mehr als zwei Jahre vor einer Folgeversorgung zurück (vgl. § 31 HilfsM-RL – 6 jähriges Regelversorgungsintervall für Erwachsene und 5jähriges Regelversorgungsintervall bei Kindern und Jugendlichen). Die KBV verdeckt hinter diesem „Regelfall“ ihre eigentliche Grundforderung, jedwede Folgeversorgung einer ärztlichen Kontrolle zu unterziehen.</p> <p>Dass sich das Hörvermögen</p>	[vgl. überwiegend gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 9d]		Siehe Würdigung unter Nr. 9d

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>schleichend, für den Patienten unmerklich verschlechtert, ist korrekt, entspricht aber den normalen medizinischen Gegebenheiten einer Schwerhörigkeit. Einer erneuten ärztlichen Diagnose oder Therapieentscheidung bedarf es daher nach zwei Jahren nicht. Im Umkehrschluss müsste man auch hier argumentieren, dass ansonsten grundsätzlich ein Versorgungsanspruch auch alle zwei Jahre bestehen würde.</p> <p>Auch an dieser Stelle wird die Rehabilitation mittels eines Hörgerätes mit der ärztlichen Diagnose und Therapieentscheidung vermischt. Auch hier sei deshalb wieder auf die BSG-Rechtsprechung (vgl. Urt. v. 18.9.1972 – 6 RKa 2/72) hingewiesen, dass</p> <p><i>„die bloße, mehr oder weniger weit entfernte Möglichkeit der Krankheitsgefährdung schon nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit“</i></p> <p>eine medizinische Diagnosenotwendigkeit gerade nicht begründet.</p> <p>In den Verträgen zwischen den</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Krankenkassen und der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker nach § 127 Abs. 2 SGB V ist im Einzelnen definiert, unter welchen Voraussetzungen eine vorzeitige Wiederversorgung der Versicherten – ggf. unter Einbindung des MDK – erfolgt.</p> <p>Die Ausweitung auf eine – quasi durch die Hintertür – generelle Folgeverordnungspflicht widerspricht sowohl den „Tragenden Gründen“ des HilfsM-RL (v. 21.12.2011/15.03.2012) wie auch den Aussagen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).</p> <p>In den „Tragenden Gründen“ des HilfsM-RL heißt es (S. 8):</p> <p><i>„§ 27 sieht in Absatz 1 nunmehr vor, dass die Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgen darf. Dies gilt nicht für Folgeverordnungen. Das SGB V (vgl. § 15) sieht einen solchen ärztlichen Verordnungsvorbehalt für Hilfsmittel nicht vor. Dies wurde in ständiger Rechtsprechung bestätigt. Die</i></p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p><i>pathoätiologische Klärung der Schwerhörigkeit und damit auch die Klärung, ob die Hörbehinderung als Symptom kausaltherapeutisch zu behandeln ist, erfolgt im Rahmen der Erstverordnung. Dass zum Zeitpunkt der Folgeverordnung ein Kausalzusammenhang zwischen der Schwerhörigkeit und einer behandlungsbedürftigen Neuerkrankung vorliegt, ist bei Hörhilfenträgern nicht signifikant wahrscheinlicher als bei Hörgesunden.</i></p> <p><i>Die Verträge der Krankenkassen, die bei Folgeversorgungen vereinzelt den Verzicht auf die ohrenärztliche Verordnung vorsehen, enthalten Hinweise, dass der Akustiker bei Auffälligkeiten, die auf einen krankhaften Zustand schließen, der Verweis an eine Fachärztin (...) zu erfolgen hat.</i></p> <p><i>Entsprechende Verträge, die bereits seit etwa 2001 existieren, haben nicht zu nachweislichen Problemen bei der Versorgung geführt. Von daher ist die Möglichkeit des Verzichts auf die ohrenärztliche Verordnung bei Folgeversorgungen sachlich und praktisch gerechtfertigt.</i></p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p><i>Im Übrigen hat der Versicherte so die Entscheidungsfreiheit, ob er eine Fachärztin oder einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (...) im Vorfeld der Versorgung konsultiert oder nicht.“</i></p> <p>Der G-BA selbst kam daher bereits 2011 zum Ergebnis, dass es weder ein Folgeverordnungsrecht, noch eine Folgeverordnungspflicht gibt. Es bestände daher ein Wertungswiderspruch, wenn keine zwei Jahre später der G-BA zu einem völlig anderen Ergebnis käme.</p> <p>Auch das BMG äußerte sich bezüglich der Folgeverordnungspflicht mit Schreiben vom 23. Februar 2012 (Az.: 227-43921):</p> <p><i>„Ein generelles Verordnungserfordernis gilt nach den gesetzlichen Regelungen auch nicht für die Abgabe von Hörgeräten. (...) Dabei sind auch mögliche Grundrechtspositionen Dritter zu berücksichtigen.“</i></p> <p>Das BMG hat damit der Folgeverordnungspflicht eine Absage erteilt. Insbesondere weist es auf die Grundrechte der</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		Betroffenen – sowohl der Patienten, wie auch der Hörakustiker – hin, die bei einer solchen Einführung unverhältnismäßig belastet wären.			
15e		<p><b>5. „Bei neu aufgetretenem Tinnitus“</b></p> <p>Die Tinnitus-Versorgung ist in § 24 HilfsM-RL geregelt. Einer Normierung im Rahmen des § 27 HilfsM-RL bedarf es daher nicht.</p> <p>Tritt bei einem Versicherten neu ein Tinnitus auf, sind die Hörgeräteakustiker vertraglich verpflichtet, dem Versicherten zum Besuch eines HNO-Arztes zu raten. In § 24 Abs. 1 Satz 2 HilfsM-RL findet sich dafür auch eine bereits ausreichende Regelung:</p> <p>„Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Hörstörung ist eine Verordnungsfähigkeit eines kombinierten Tinnitusgerätes/ Hörgerätes (Tinnitusinstruments) nur dann möglich, wenn die Hörgeräteversorgung allein zur Minderung der Tinnituswahrnehmung nicht ausreicht.“</p> <p>Somit ist bereits klargestellt, dass es einer zusätzlichen Verordnung bedarf, wenn nach der</p>	[vgl. gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 9e]		Siehe Würdigung unter Nr. 9e

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		Schwerhörigkeit auch noch ein Tinnitus auftritt. Benötigt der Patient ein Kombi-Gerät, dann bedarf es einer Verordnung. Insofern ist die Ergänzung auch unnötig.			
15f		<p><b>6. „Bei vorliegenden weiteren Behinderungen, z.B. Hör-Seh-Behinderung“</b></p> <p>Dieser Vorschlag ist allein deshalb abzulehnen, da nicht erklärlich ist, weshalb bspw. eine Beinprothese – unstrittig eine weitere Behinderung – die spezielle Hinzuziehung eines HNO-Arztes hervorrufen soll. Diese Regelung ist – ohne sich mit ihr weiter inhaltlich beschäftigen zu müssen – viel zu weitgehend als dass die in der Begründung vorgetragene Gründe greifen.</p> <p>Lediglich hilfsweise wird hier auf die – nur als Beispiel – formulierte „Hör-Seh-Behinderung“ eingegangen. Versicherte mit einer kombinierten Hör-Seh-Behinderung suchen von sich aus zunächst Fachärzte auf, um die Ursache der Behinderung zu ermitteln. In diesem Zusammenhang werden die Möglichkeiten ermittelt, die Versicherten kausaltherapeutisch oder die Behinderung ausgleichend (u.a. mit einer Hörhilfe) zu</p>	[vgl. gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 9f]		Siehe Würdigung unter Nr. 9f

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>behandeln. Die „unterschiedlichsten apparativen Lösungen einer Hörhilfe“ insbesondere im Rahmen der Folgeversorgung auszuloten, ist sodann genuine Aufgabe der Hörgeräteakustiker und rechtfertigt es nicht, einen Arztvorbehalt für die Folgeversorgung zu konstruieren.</p> <p>Selbstverständlich, und das sei an dieser Stelle noch einmal betont, sind bei spezifischen Erkrankungen die Fachärzte fortlaufend in den Versorgungskontext der Versicherten eingebunden. Aus dieser Tatsache der Versorgungsrealität folgt aber nicht die Kompetenz, einen spezifischen ärztlichen Folgeversorgungsvorbehalt für ein Hilfsmittel zu schaffen.</p>			
15g		<p><b>7. „Sofern die Umstellung auf ein anderes Hörhilfemodell mit anderen Eigenschaften erforderlich ist“</b></p> <p>Dass die Hörgerätetechnologie einem „raschen Wandel“ unterliegt, ist grundsätzlich korrekt, wobei dies keine weitere Aussagekraft hat, da die KBV nicht weiter begründet, was sie unter „rasch“ versteht. Es ist die originäre, vertraglich ausführlich geregelte Aufgabe des</p>	[vgl. gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 9g]		Siehe Würdigung unter Nr. 9g und 11d

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Hörgeräteakustiker-Meisterbetriebes, den Versicherten adäquat mit einer für ihn individuell passenden Hörhilfe zu versorgen. Die entsprechende Kompetenz zur Ausübung des Hörgeräteakustiker-Handwerks erwerben die Hörgeräteakustiker-Meister und ihre Mitarbeiter in einer viele Jahre dauernden Ausbildung, die sie zur sachgerechten Auswahl und Anpassung des jeweils vom Versicherten benötigten Hörgerätes befähigt.</p> <p>Die KBV selbst hat einen medizinischen Grund für den Arztvorbehalt nicht einmal mehr vorgetragen.</p>			
16	Zentralverband Orthopädie-schuh-technik (ZVOS)	<p><b>II. Position B (GKV-SV)</b></p> <p>Die Position B des GKV-Spitzenverbandes ist schon allein deshalb unverhältnismäßig, da sich auch diese Position durch die Einfügung des Wortes „insbesondere“ eine letztlich freie und offene und keine abschließende Aufzählung der Regelfälle schafft. Wie bereits oben aufgeführt, entspricht diese unkontrollierbare, generelle Verordnungspflicht-Option nicht dem Willen des BMG und auch</p>	[vgl. überwiegend gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 11]		<p>siehe Würdigung unter Nr. 11</p> <p>zu den Regelbeispielen siehe im Einzelnen nachfolgend</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>nicht dem Willen des Gesetzgebers.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband hat drei konkrete Fallgruppen in seinem Vorschlagsentwurf aufgeführt bei dem er eine ärztliche Verordnung in der Folgeversorgung für notwendig hält. Dabei handelt es sich um die Kinder -und Jugendlichenversorgung, die Versorgung von an Taubheit grenzend Schwerhörigen, bei Tinnitus sowie im Falle von Systemumstellungen.</p> <p>Um Wiederholungen zu vermeiden, wird auf die Ausführungen verwiesen, die in dieser Stellungnahme zur Position A bezüglich der Kinder- und Jugendlichenversorgung, Tinnitus sowie für die an Taubheit grenzend Schwerhörigen gemacht wurden.</p> <p>Da aber der GKV-Spitzenverband eine eigene Begründung für diese Position vorgelegt hat, soll dennoch in aller Kürze die Ablehnung dieser beiden Fallgruppen dargestellt werden:</p>			
16a		<p><b>1. „Bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“</b></p>	[vgl. überwiegend gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 11a]		Siehe auch unter 11a und Würdigung unter Nr. 9a

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Der GKV-Spitzenverband behauptet, dass sich hinter dem Erfordernis einer Neuversorgung eine komplexe Entwicklungsstörung oder Intelligenzmängel verbergen können, weshalb er eine Verordnungspflicht bei Folgeversorgungen vorschlägt. Es ist darauf hinzuweisen, dass gemäß § 31 HilfsM-RL lediglich alle fünf Jahre eine Wiederversorgung für Kinder- und Jugendliche angedacht ist. Würde also ein Kind bereits als Neugeborenes ein Hörgerät erhalten, würde es den HNO-Arzt maximal an seinem 5., 10. und 15. Lebensjahr zu Gesicht bekommen - vorausgesetzt, die Eltern willigen einer neuen Versorgung ein. Es scheint vorgeschoben, dass sich Entwicklungsstörungen oder Intelligenzmängel bei solch langen Fristen gegensteuern und verhindern lassen.</p> <p>Vor allem entspricht dies auch nicht der Grundstruktur der Krankenversicherung wie bereits das BSG (Urt. v. 18.9.1973 – 6 RKa 2/72) feststellte. In § 26 SGB V hat der Gesetzgeber für die Kinderuntersuchung keine Pflicht normiert, sondern lediglich einen</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Anspruch. Auch aus der „Kinder-Richtlinie“ lässt sich keine Pflicht herleiten. Im Ergebnis sind die Motive des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar, doch ist die HilfsM-RL nicht das richtige Regulativ für eine Pflicht. Die Folgeversorgungsmöglichkeit erst nach fünf Jahren zeigt zudem die Widersprüchlichkeit der Forderung: Denn in der Konsequenz müsste eine jährliche Folgeversorgungsoption ansonsten bestehen.</p> <p>Aus diesem Grund ist der Vorschlag abzulehnen, da er weder dem Grundbild der Versorgungsfreiheit entspricht, noch dem übrigen System entspricht.</p>			
16b		<p><b>2. „bei Vorliegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit gemäß WHO (...)“</b></p> <p>Der GKV-Spitzenverband rechtfertigt eine Verordnungspflicht bei Folgeversorgungen bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen damit, dass stets neu zu überprüfen wäre, ob „eine erneute Therapieentscheidung medizinisch geboten sein kann“.</p>	[vgl. überwiegend gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 11b]		Siehe auch unter 11b und Würdigung unter Nr. 9c

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Wissenschaftlich ist es aber unstrittig, dass eine Wiederherstellung der Innenohrfunktion nicht möglich ist. Es ist derzeit unmöglich, einen Hörverlust, resultierend aus einer nicht intakten oder nur zum Teil intakten Innenohrfunktion, ohne Implantat oder externe Hörhilfen/Hilfsmittel zu kompensieren. Insofern ist eine „erneute Therapieentscheidung“ – insbesondere bei an Taubheit grenzend Schwerhörigen – nicht möglich, da eine Therapie gar nicht mehr möglich ist. Eine eigenständige Wiederherstellung der Innenohrfunktion ist nicht möglich. Es sind keine medikamentösen Therapien bei einer bestehenden Innenohr-Schwerhörigkeit bekannt.</p> <p>Im Ergebnis ist folglich eine Therapie nicht möglich; gerade an Taubheit grenzend Schwerhörige benötigen ein Hörgerät. Die einzige Alternative, die es gibt, wäre eine CI-Versorgung. Solange aber eine konservative Versorgung den gewünschten Erfolg erzielt, sollten (kostspielige) operative Versorgungen nur im Einzelfall vorgenommen werden. Die</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		Kompetenz zur Mitwirkung im Rahmen der CI-Versorgung hierzu besitzt der Hörakustiker, ohne dass er aus monetären Gründen zu einer solche Versorgung rät.			
16c		<p><b>3. „Bei neu aufgetretenem Tinnitus“</b></p> <p>Der GKV-Spitzenverband hält bei neu auftretendem Tinnitus eine Abklärung durch den HNO-Arzt für notwendig. Dieser Gedankengang verkennt, dass sich der Patient erst nach sechs Jahren (vgl. § 31 HilfsM-RL) um ein neues Hörgerät bemühen wird, das von der GKV bezahlt wird. Die Argumentation würde daher nur dann Sinn ergeben, wenn sich der Patient direkt nach dem Auftreten an den HNO-Arzt zu wenden hat. Hier geht es aber um die Verordnungspflicht bei Folgeversorgungen, also den Versorgungen nach sechs Jahren. Für diesen Zeitraum besteht aber keine Notwendigkeit mehr für eine Verordnungspflicht, da entweder der Tinnitus bereits behandelt wird oder aber vom Patienten seit längerem geduldet wird.</p>	[vgl. überwiegend gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 11c]		Siehe auch unter 11c und Würdigung unter Nr. 9e
16d		<p><b>4. „Im Fall der Systemumstellung von Luftleitung auf</b></p>	[vgl. überwiegend gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 11d]		Siehe unter Nrn. 9g und 11d

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p><b><i>Knochenleitung</i></b>  Vorauszustellen ist, dass es sich bei dieser Fallkonstellation um einen äußerst außergewöhnlichen Versorgungsfall handelt. Bei diesen Fällen handelt es sich in der Regel um langjährige Hörsystemträger bei denen die audiologische Vorgeschichte dem versorgenden Hörgeräteakustiker bekannt oder ersichtlich ist. Ein Hörgeräteakustiker-Meister ist aufgrund seiner Qualifikation in der Lage den Wechsel von Luftleitungs- zu Knochenleitungsversorgungen zu erkennen, zu begründen und durchzuführen.</p>			
17	Zentralverband Orthopädie-schuh-technik (ZVOS)	<p><b>III. Position C (hilfsweise GKV-SV)</b>  Grundsätzlich sind die Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes in den „Tragenden Gründen“ zur Auffassung C zu begrüßen. Gerade im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot aus § 12 SGB V fragt es sich, wie diese Formulierungen zu der Position B steht, die zu höheren Ausgaben wegen des Arztzwangs führt. Allerdings könnte diese Position auch wieder zu Diskussionen</p>	<p>§ 27 Abs. 1 Satz 4:  <i>„Folgeversorgungen und Wiederversorgungen können ohne Verordnung vorgenommen werden.“</i>  [siehe auch Vorschlag der biha unter Nr. 13]</p>	<p>Diese Klarstellung wird von unserer Seite unterstützt, da diese Formulierung sämtliche Interpretationen unterbindet und damit Klarheit schafft.</p>	<p>Siehe Würdigung unter Nr. 13</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>führen, ob nicht doch eine Verordnungspflicht besteht. Schließlich orientiert sich der Vorschlag an § 33 Abs. 5a SGB V, der trotz seiner Klarheit nun doch uminterpretiert werden soll. Um die notwendige Klarheit zu erzielen, schlägt die Bundesinnung vor:</p> <p>[siehe rechts]</p>			
18	Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (ZVOS)	<p><b>C. Zu § 27 Abs. 1 S. 6 HilfsM-RL</b></p> <p>In dem Vorschlag der KBV heißt es:</p> <p><i>„Soweit ein Genehmigungsverzicht seitens der Krankenkassen für Hörhilfen besteht, ist eine ärztliche Verordnung immer notwendig.“</i></p> <p>§ 33 Abs. 5a Satz 2 SGB V überlässt es den Krankenkassen („können“), inwieweit sie eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, wenn sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. Aus dieser „Kann“-Regelung interpretiert die KBV eine „Muss“-Regelung“ heißt es doch in der KBV-Begründung (S. 5 der „Tragenden Gründe“):</p> <p><i>„Verzichtet die Krankenkasse auf eine Genehmigung für die</i></p>	[vgl. überwiegend gleichlautende Stellungnahme unter Nr. 10]		Siehe Würdigung unter Nr. 10

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p><i>Folgeversorgung mit einer Hörhilfe, muss immer eine fachärztliche Verordnung vorliegen“.</i></p> <p>Diese klare Abweichung entspricht nicht dem Gesetzeswortlaut und auch nicht dem Gesetzeswillen. Denn in der Begründung (BT-Drs. 17/10170, S. 25) heißt es hierzu: <i>„Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung wird den Krankenkassen in Satz 2 die Möglichkeit eingeräumt, abweichend von Satz 1 eine vertragsärztliche Verordnung auch dann zu verlangen, wenn nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern die Versorgung genehmigungsfrei erfolgen kann.“</i></p> <p>Ein medizinischer Grund kann der Position der KBV darüber hinaus auch hier nicht entnommen werden.</p>			
19	Bundesärztekammer (BÄK)	<p><b>Zu § 27 Verordnung</b></p> <p>Hier ist die Bundesärztekammer der Auffassung, dass die Pos. A) (KBV/Pat. Vertreter) dem ärztlichen Versorgungsauftrag entspricht. Zur Begründung wird auf die Ausführungen zu den tragenden Gründen zum selben Themenkomplex verwiesen (s. u.).</p>	Zustimmung zu Position A		Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Die in der Pos. B) von der GKV-Seite formulierten Punkte sind in keinem Fall ausreichend und führen nach aktuellen ärztlichen Beobachtungen der Versorgungssituation zu massiven und zahlreichen Komplikationen bei Patienten, zu finanziellen Schäden für die gesetzliche Krankenversicherung und zu einer Konterkarierung vereinbarter Qualitätssicherungsmaßnahmen (siehe auch die Anmerkungen zu den tragenden Gründen).</p> <p><b>Zu den tragenden Gründen</b></p> <p><b>Zu Unterpunkt 2.3, Änderung des § 27 Abs. 1:</b></p> <p>Die Bundesärztekammer schließt sich inhaltlich der Position A an. Insbesondere der Hinweis auf das PNG macht deutlich, dass es sich bei einem Hörgerät immer um eine individuelle Anpassung eines überaus speziellen Hilfsmittels handelt, das allenfalls im Rahmen eines Verlustes innerhalb eines kurzen Zeitraums ohne erneute ärztliche Diagnostik neu angepasst werden darf. Schwerhörigkeit ist ein Symptom. Die der Schwerhörigkeit zugrundeliegende Erkrankung ist</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>chronisch und bedarf einer ständigen fachärztlichen Begleitung. Ferner können verschiedene Krankheiten eine Schwerhörigkeit hervorrufen, es ist also gut möglich, dass sich zu der primär die Schwerhörigkeit auslösenden Krankheit eine sekundäre Schwerhörigkeit verursachende Erkrankung hinzugesellt. Da sich die Schwerhörigkeit in der Regel nur schleichend verschlechtert, ist dieses für den Patienten selbst nicht bemerkbar. Ein Hörgerät bedarf eines anderen Umgangs wie z. B. eine Bandage, wie im PNG festgehalten.</p> <p>Zu einzelnen Unterpunkten der Positionen</p>			
19a		<p><b>Zu Position A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Verschlechterung des Hörvermögens um mehr als 3 dB</li> </ul> <p>Die durchschnittlichen Stufen des Audiometers in den meisten HNO-Praxen in Deutschland umfassen üblicherweise eine Schrittweite von 5 dB. Die Ausführungen seitens Position A, dass ein Hörverlust von 3 dB bedeute, dass doppelt so viel Schallenergie erforderlich sei, um hören zu können, ist hörakustisch</p>	<p>möglicherweise sinnvoll, Wert auf 5 dB zu erhöhen</p>		<p>siehe Würdigung unter Nr. 9b</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>richtig. Für die Praxis wäre es jedoch möglicherweise sinnvoll, diesen Wert auf 5 dB zu erhöhen, jedoch in Übereinstimmung mit Position A ebenfalls dann, wenn sich das Hörvermögen in mindestens 2 Frequenzen zwischen 500 und 4.000 Hz um mehr als 3 dB verschlechtert hat.</p>			
19b		<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei vorliegenden weiterer Behinderungen (z. B. Hör-Seh-Behinderung)</li> </ul> <p>Wie in Position A aufgeführt, muss bei dem Vorliegen mehrerer Behinderungen immer fachärztlich, ggf. in Absprache mit weiteren Fachkollegen und dem Hausarzt, geklärt werden, inwiefern die Behinderungen für die oder den Betroffenen bestmöglich in der Gesamtschau aller Beeinträchtigungen auszugleichen sind. Hierzu gehören auch die unterschiedlichsten apparativen Lösungen einer Hörhilfe, insbesondere auch immer die Abklärung einer möglichen operativen Lösung.</p>	Zustimmung zu Position A		<p>Kenntnisnahme; siehe vorangegangene Würdigung im Einzelnen und Ausführungen in den Tragenden Gründen</p>
19c		<p><b>Zu Position B:</b></p> <p>Die hier aufgeführten erforderlichen Veränderungen beim Patienten für</p>	Zustimmung zu Position A		<p>Kenntnisnahme; siehe vorangegangene Würdigung im Einzelnen und Ausführungen in den</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		eine erneute HNO-fachärztliche bzw. pädaudiologische Kontrolle sind nicht ausreichend. Es fehlen die zusätzlich in Position A aufgeführten Unterpunkte.			Tragenden Gründen
19d		<p><b>Zu Position C:</b></p> <p>Hier wird darauf verwiesen, dass die Verträge der Krankenkasse, die bei Folgeversorgungen vereinzelt den Verzicht auf die ohrenärztliche Versorgung vorsehen, Hinweise enthalten würden, dass die Akustikerin oder der Akustiker bei Auffälligkeiten, die auf einen krankhaften Zustand schließen lassen, der Verweis an eine HNO-Ärztin oder einen HNO-Arzt bzw. eine Ärztin oder einen Arzt für Phoniatrie und Pädaudiologie zu erfolgen hat. Entsprechende Verträge, die bereits seit etwa 2001 existieren, hätten nicht zu nachweislichen Problemen bei der Versorgung geführt. Von daher sei die Möglichkeit des Verzichts auf die ohrenärztliche Verordnung bei Folgeversorgung sachlich und praktisch gerechtfertigt. Im Übrigen habe die oder der Versicherte die Entscheidungsfreiheit, ob sie oder er eine HNO-Ärztin oder einen HNO-Arzt bzw. eine Ärztin oder einen Arzt für Phoniatrie und</p>	Zustimmung zu Position A		<p>Siehe vorangegangene Würdigung im Einzelnen und Ausführungen in den Tragenden Gründen</p> <p>GKV-SV: Alternativposition wird im weiteren Beratungsverfahren beibehalten</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Pädaudiologie im Vorfeld der Versorgung konsultiere oder nicht. Denn die Möglichkeit, eine HNO-Ärztin oder einen HNO-Arzt zu konsultieren, bleibe in jedem Fall erhalten. Eine Konkretisierung der gesetzlichen Regelung des § 33 Abs. 5 a SGB V könne in den Verträgen vorgenommen werden.</p> <p>Hierzu ist Folgendes festzustellen:</p>			
19e		<p>1.</p> <p>Es handelt sich mitnichten um vereinzelt Verträge.</p> <p>Die AOK und über 100 BKKen haben kürzlich mit der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker Verträge geschlossen, die auf eine Abnahme einer Hörgeräteversorgung durch den HNO-Arzt bereits im Rahmen der Erstversorgung verzichten. Dieses gilt dann auch für die Folgeversorgung. Insofern ist ein Großteil der gesetzlich versicherten Bürgerinnen und Bürger Deutschlands betroffen. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einerseits und dem Spitzenverband der Krankenkassen andererseits in</p>			Siehe vorangegangene Zeile

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>langwierigen Verhandlungen eine Qualitätssicherungsmaßnahme zur Verbesserung der Versorgung bei Patienten mit Schwerhörigkeit und einer Hörgeräteversorgungspflicht vereinbart wurde. Wenn jetzt, wie im geschilderten Fall der AOK und von über 100 BKKen geschehen, bereits auf die Kontrolluntersuchung im Rahmen einer Erstverordnung von Hörgeräten seitens der GKV verzichtet wird, wird diese an sich sehr sinnvolle und begrüßenswerte Qualitätssicherungsmaßnahme zum Wohle der Patienten, aber auch zur Vermeidung von Fehlinvestitionen seitens der GKV, konterkariert.</p>			
19f		<p>2. Laut Position C hätten die existierenden Verträge nachweislich zu keinen Problemen geführt. Dieser Auffassung ist zu widersprechen. Die Bundesärztekammer hat Kenntnis von einer in Publikation befindlichen Untersuchung [Löhler et. al (2013) "Komplikationen bei der Hörgeräteversorgung ohne HNO-Arzt", HNO (in press)], in der</p>			Siehe vorangegangene Zeilen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>kumulativ 484 Fälle, gesammelt über ein Jahr, aus 115 HNO-Praxen und 7 HNO-Kliniken vorgestellt und nach Behandlungsfehlern in folgenden Komplexen zusammengefasst dargestellt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verkennung der medizinischen Ursachen (147 Fälle)</li> <li>2. Fehldiagnosen (22 Fälle)</li> <li>3. Lärmschwerhörigkeit, bei der möglicherweise eine Versorgung eher zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung hätte erfolgen müssen (14 Fälle)</li> <li>4. Schwere handwerkliche Mängel (165 Fälle)</li> <li>5. Zwischenversorgung und Fehlversorgung (136 Fälle)</li> </ol> <p>Die Tatsache, dass diese Fälle aus einem einzigen Jahr und lediglich 115 HNO-Praxen sowie wenigen Kliniken stammen, lässt ein größeres Ausmaß der Probleme vermuten. Vor diesem Hintergrund sind die Ausführungen in Position C), wonach es nicht zu nachweislichen Problemen in der Versorgung in den Fällen geführt habe, zurückzuweisen. Die meisten Veränderungen im Hörvermögen sind so schleichend, dass die oder</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>der Betroffene dieses nicht bemerkt. So kann auch von den Betroffenen nicht erkannt werden, dass sich zu der primär die Schwerhörigkeit auslösenden Erkrankung möglicherweise eine zweite, evtl. nicht durch ein Hörgerät auszugleichende Schwerhörigkeit verursachende Erkrankung hinzugesellt hat. Dieses ist allein durch fachärztliche Diagnostik möglich. In diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit, einen HNO-Arzt zu konsultieren, zu verweisen, wird nach Ansicht der Bundesärztekammer der Situation in keiner Weise gerecht.</p> <p>Es sei auch darauf hingewiesen, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Disease-Management-Programme z. B. für Diabetiker und Asthmatiker aufwändige Steuerungs- und Begleitinstrumente einsetzen, um die Patienten dieser chronischen Erkrankungen vor Folgeschäden und damit die Versichertengemeinschaft vor Folgekosten zu schützen. Zudem haben die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Neueinführung der EBM-Ziffer</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		<p>09372 bis 09375 und der zugehörigen pädaudiologischen Ziffern mit der KBV im Rahmen einer Hörgeräteversorgung eine umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahme beschlossen, die ärztlicherseits nur zu erfüllen ist, wenn der Patient sowohl vor als auch nach einer Hörgeräte-Erstverordnung als auch im Laufe der Folgeverordnung HNO-ärztlich gesehen und untersucht wird. Durch die in den Positionen B) und C) beschriebenen Auffassungen werden diese Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der Hörhilfenversorgung ad absurdum geführt, der betroffene HNO-Arzt ist nicht mehr in der Lage, die in den Qualitätssicherungsbögen geforderten Daten überhaupt zu erheben, da ihm der Patient regelrecht aus der Versorgung entzogen wird. Hierin wird ein Widerspruch in den Zielsetzungen der gesetzlichen Krankenkassen erkennbar Einerseits werden umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen gefordert und vereinbart, auf der anderen Seite wird die Erfüllung dieser, dem Patienten nützenden</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Begründung eines neuen Vorschlages	Würdigung der Stellungnahme
		und möglicherweise Versichertengelder einsparende Maßnahme jedoch durch die in den Begründungen der Positionen B) und C) erkennbaren Ansichten konterkariert.			
20	Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT)	Wir bedanken uns, dass Sie uns im Vorfeld der geplanten Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie im Bereich der Verordnung und Auswahl von Hörhilfen Gelegenheit zur Stellungnahme geben. Auch wenn der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik und seine Mitglieder nicht im Bereich der Hörhilfen tätig sind, sehen wir in der geplanten Änderung und hier insbesondere in der Frage nach der Verordnungspflicht dennoch auch Auswirkungen für unser Gewerk. Wir unterstützen daher die Stellungnahme der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker und hier insbesondere den Vorschlag, dass Folgeversorgungen und Wiederversorgungen ohne Verordnung vorgenommen werden sollten. Diese Klarstellung wird von unserer Seite unterstützt, da sie sämtliche Interpretationen unterbindet und damit Klarheit schafft.	unterstützt Stellungnahme der biha insbesondere zu § 27		Kenntnisnahme; siehe vorangegangene Würdigung im Einzelnen unter Nrn. 8ff. und Ausführungen in den Tragenden Gründen



#### D. Stellungnahmen zur Änderung des § 30 HilfsM-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
21	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA)	<p><b>III. Änderung des § 30 HilfsM-RL</b></p> <p>Eine gesetzliche Verpflichtung zur Abnahme einer Hörgeräteversorgung durch den Arzt kennt § 33 SGB V nicht. Der Arztvorbehalt im Sinne des § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt hier in gleichem Maße nicht. Regelungen zur Auswahl des Hörgerätes durch den Hörgeräteakustiker sind den Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V vorbehalten und wurden dort entsprechend getroffen. Da die Auswahl des Hörgerätes durch den Hörgeräteakustiker und die Abnahme des Hörgerätes durch einen Arzt die „Verordnung von Hilfsmitteln“ im Sinne der Kompetenznorm des § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von vornherein nicht betreffen, mangelt es dem G-BA auch insoweit an der Kompetenz, hier – wenn auch nur deklaratorische – Regelungen zu treffen.</p> <p>Wir weisen darauf hin, dass in anderen Bereichen, in denen Versicherte ebenfalls mit hochspezialisierten Hilfsmitteln versorgt werden (bspw. mit Schlafapnoegeräten oder mit Schultermotorbewegungsschienen), keine ärztliche Abnahme der Versorgung stattfindet. Darauf kann selbstverständlich auch im Rahmen der Hörgeräteversorgung verzichtet werden, da die Abnahme durch den HNO-Arzt keinen versorgungsrelevanten Mehrwert für den Versicherten mit sich bringt. Wir verweisen der guten Ordnung halber auf unsere oben genannten grundsätzlichen juristischen Bedenken zur Einschränkung der Versorgungsfreiheit von Hörgeräteakustikern.</p> <p>In der Zeitschrift des HNO-Berufsverbandes „HNO-Mitteilungen“ (4/2003, Seifert, Die Bedeutung der gleitenden Anpassung, S. 118) wurde darauf hingewiesen, dass eine erfolgreiche Anpassung einen Lernprozess darstellt,</p> <p>„der ein geduldiges und immer wieder nur geringes Nachstellen der Verstärkung und ggf. der Kompression in den kritischen Bereichen verlangt; dies kann Wochen und auch Monate, in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr, erfordern.“</p> <p>Insofern ist es in der Praxis gar nicht möglich, „das Ergebnis der Testung“ dem HNO-Arzt anzugeben, da nicht feststeht, wann dieses Ergebnis vorliegt.</p> <p>Wir regen daher an, auf § 30 HilfsM-RL vollständig zu verzichten, da eine gesetzliche</p>	Streichung § 30	Konsentiertere Formulierung wird beibehalten, keine Änderung; Ergänzung des § 30 kommt dem Anliegen des BMG nach; keine Streichung, da Regelung in § 30 aus Gründen der Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung für sinnvoll erachtet wird

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Zusammenfassung / Änderungsvorschlag	Würdigung der Stellungnahme
		Verpflichtung zur Abnahme einer Hörgeräteversorgung durch einen Vertragsarzt schon nicht besteht und zudem Regelungen zur Auswahl der Hörgeräte den Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V vorbehalten sind.		
		Zur Frage einer sorgfältigen „Testung“ und „Hörgeräteauswahl“ teilen wir mit, dass hier die Rechte der Hörgeräteakustiker erneut und in eklatanter Weise missachtet werden. Das BMG hatte bereits in seinem Schreiben vom 23. Februar 2012 angeordnet, dass Regelungen in § 30 Abs. 1 HilfsM-RL zur Auswahl von Hörgeräten gestrichen bzw. geändert werden müssen, um nicht die Regelungskompetenz der Vertragspartner gemäß § 127 SGB V zu verletzen. Die nun gewählten Regelungen greifen erneut in die Vertragshoheit, Vertragsfreiheit und Vertragskompetenz der Vertragspartner ein. Eine Hörgeräteversorgung ist eben keine audiologisch oder medizinisch-begründbare Probierstube, die eine wie auch immer geartete Testung vorsieht. Auch der GKV-Spitzenverband hat bei der Neufestlegung der Festbeträge gemäß § 36 SGB V eine sorgfältige Testung nicht als Mindestkriterium einer Hörsystemversorgung angenommen. Gleiches gilt für die Dokumentierung dieser unnötigen und in der Sache unbegründeten Testungen.		Siehe vorangegangene Zeile
22	Bundesärztekammer (BÄK)	<p><b>Zu § 30</b></p> <p>Die vorgeschlagenen Veränderungen bedürfen aus Sicht der BÄK keiner weiteren Ergänzung.</p>	keine Ergänzung	Kenntnisnahme

## 7.4 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind zur mündlichen Anhörung eingeladen worden. Die Anhörung fand am 12. Februar 2014 statt.

Folgende Organisation hat an der mündlichen Anhörung teilgenommen:

Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (biha): Frau Marianne Fricke, Präsidentin, und Herr Jakob Stephan Baschab, Hauptgeschäftsführer

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahmen wurde in einem stenografischen Wortprotokoll festgehalten und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Veranlasste Leistungen ausgewertet und gewürdigt.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (s. 1. Kapitel § 13 Abs. 3 Satz 4 VerfO).