

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL): Ärztliche Abnahme von Hörhilfen nach § 30

Vom 17. Oktober 2019

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Würdigung der Stellungnahmen.....	3
4.	Bürokratiekostenermittlung	3
5.	Verfahrensablauf	3
6.	Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens	5
6.1	Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens	5
6.2	Eingegangene Stellungnahmen.....	5
6.3	Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren.....	6
6.4	Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren	7
6.5	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen	11
6.6	Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen.....	28
6.7	Mündliche Stellungnahmen	42
6.8	Wortprotokoll der Anhörung.....	44

1. Rechtsgrundlage

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

Im Rahmen von Beratungen im G-BA wurde als klärungsbedürftig angesehen, inwieweit die Regelungen der Vertragspartner nach § 127 Absatz 2 SGB V im Einklang mit der HilfsM-RL stehen. Dies betraf insbesondere die Regelung der ohrenärztlichen Endabnahme von Hörhilfen nach § 30 der HilfsM-RL. Vor diesem Hintergrund wurde gemäß 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA geprüft, ob eine Änderung der HilfsM-RL erforderlich ist.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Zur Änderung in § 30

Die Regelungen der Vertragspartner nach § 127 Absatz 2 SGB V zur ohrenärztlichen Endabnahme von Hörhilfen stehen nicht im Einklang mit dem hier in Rede stehenden § 30 der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA.

Die Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA besagt in § 30, dass sich die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt vergewissern muss, ob für die Versicherte oder den Versicherten der angestrebte Verstehensgewinn mit der von der Hörakustikerin oder dem Hörakustiker vorgenommenen Hörhilfenversorgung tatsächlich erreicht wurde. Im Gegensatz dazu ist jedoch gemäß den Verträgen nach § 127 Absatz 2 SGB V eine Versorgung mit Hörhilfen in der Regel ohne eine nachgehende Prüfung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt möglich.

Diese Regelung der Vertragspartner nach § 127 Absatz 2 SGB V führt dazu, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nicht feststellen kann, ob

- die angepassten Hörhilfen im Sinne der Hilfsmittel-Richtlinie wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig sind.
- ein Versorgungserfolg, beispielsweise hinsichtlich der Verbesserung der Sprachverständlichkeit ohne und mit Störschall, erreicht werden konnte.
- die oder der Versicherte genau die Hörhilfen erhalten hat, die einen weitgehenden Behinderungsausgleich ermöglichen (ggf. Fehlversorgung vorliegt).
- die von ihr oder ihm erforderlichenfalls gegebenen Hinweise auf spezifische Bedarfe umgesetzt wurden.

Vor diesem Hintergrund wurde mit dem neu angefügten Satz in § 30 der Hilfsmittel-Richtlinie noch einmal explizit das Erfordernis einer fachärztlichen Abnahme der angepassten Hörhilfe vor der endgültigen Abgabe durch die Hörakustikerin oder den Hörakustiker an die Versicherte oder den Versicherten klargestellt.

Erst nach Abnahme des angepassten Hörgerätes durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt darf die endgültige Abgabe an die Versicherte oder den Versicherten erfolgen.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen hat der GKV-SV im Rahmen seiner Positionierung § 30 Satz 3 zur Klarstellung wie folgt ergänzt (siehe Unterstreichung):

„³Hat die Hörgeräteakustikerin oder der Hörgeräteakustiker aufgrund einer ärztlichen Verordnung ein Hörgerät angepasst, muss sich die verordnende Fachärztin oder der verordnende Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder die verordnende Fachärztin oder der verordnende Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen beim sich wiedervorstellenden Versicherten mit den dokumentierten Ergebnissen (einer sorgfältigen Hörgeräteauswahl/ gegebenenfalls Programm oder Sprachmoduswahl) auseinandersetzen und durch audiometrische Untersuchung vergewissern, dass (...)“

Im Übrigen ergaben sich im Beschlussentwurf keine Änderungen aus den Stellungnahmen. Das Stellungnahmeverfahren ist in Abschnitt 6 dokumentiert.

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
25.04.2018	UA VL	Beauftragung der Arbeitsgruppe der Überprüfung des § 30 HilfsM-RL zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Hörgeräteversorgung
22.03.2019	G-BA	Einleitung des Beratungsverfahrens
22.05.2019	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie
10.07.2019	UA VL	Anhörung
28.08.2019	UA VL	Würdigung der Stellungnahmen und abschließende Beratung der Beschlussdokumente
17.10.2019	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie
28.11.2019		Anforderung einer ergänzenden Stellungnahme durch das BMG
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerFO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 17. Oktober 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

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

6.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung (GO) und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) in seiner Sitzung am 22. Mai 2019 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V sowie § 92 Absatz 7a SGB V vor seiner Entscheidung über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringer und Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene, der Bundesärztekammer sowie dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von vier Wochen zur beabsichtigten Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie Stellung zu nehmen. Den angeschriebenen Organisationen wurden anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens auch die Tragenden Gründe als Erläuterung übersandt. Die Stellungnahmefrist endete am 19. Juni 2019.

6.2 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
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V		
Bundesärztekammer (BÄK)	19.06.2019	Verzicht auf die Abgabe einer mündlichen Stellungnahme
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5a SGB V		
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)		Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme
Organisationen der Leistungserbringer und Spitzenorganisationen der betroffenen Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene gemäß § 92 Absatz 7a SGB V		
Bundesinnung der Hörakustiker KdöR (biha)	18.06.2019	
Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen (ZVA), Bundesinnungsverband	17.06.2019	
Bundesverband für Hörgeräte-Industrie e.V. (BVHI)	17.06.2019	
Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)	19.06.2019	
Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT)		Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Deutscher Apothekerverband e. V. (DAV)		
Europäische Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel (eurocom)		
SPECTARIS. Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V.		
Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (ZVOS), Bundesinnungsverband		

6.3 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 22.05.2019

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL): Ärztliche Abnahme von Hörhilfen nach § 30

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Juli 2018 beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL) in der Fassung vom 21. Dezember 2011 (BAnz AT 10.04.2012 B2), zuletzt geändert am TT. Monat 2018 (BAnz AT TT.MM.2018 BX), wie folgt zu ändern:

I. In § 30 wird nach Satz 4 folgender Satz angefügt:

KBV/PatV	GKV-SV
„Erst nach Abnahme des angepassten Hörgerätes durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt darf die endgültige Abgabe an die Versicherte oder den Versicherten erfolgen.“	

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Stand: 22.05.2019

Tragende Gründe



zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL): Ärztliche Abnahme von Hörhilfen nach § 30

Vom TT. Monat JJJJ

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3. Würdigung der Stellungnahmen.....	3
4. Bürokratiekostenermittlung	3
5. Verfahrensablauf	4

1. Rechtsgrundlage

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

Im Rahmen von Beratungen im G-BA wurde als klärungsbedürftig angesehen, inwieweit die Regelungen der Vertragspartner nach § 127 Absatz 2 SGB V im Einklang mit der HilfsM-RL stehen. Dies betraf insbesondere die Regelung der ohrenärztlichen Endabnahme von Hörhilfen nach § 30 der HilfsM-RL. Vor diesem Hintergrund wurde gemäß 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA geprüft, ob eine Änderung der HilfsM-RL erforderlich ist.

2. Eckpunkte der Entscheidung

KBV/PatV	GKV-SV
<p>Zur Änderung in § 30</p> <p>Die Regelungen der Vertragspartner nach § 127 Absatz 2 SGB V zur ohrenärztlichen Endabnahme von Hörhilfen stehen nicht im Einklang mit dem hier in Rede stehenden § 30 der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA.</p> <p>Die Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA besagt in § 30, dass sich die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt vergewissern muss, ob für die Versicherte oder den Versicherten der angestrebte Verstehensgewinn mit der von der Hörakustikerin oder dem Hörakustiker vorgenommenen Hörhilfenversorgung tatsächlich erreicht wurde. Im Gegensatz dazu ist jedoch gemäß den Verträgen nach § 127 Absatz 2 SGB V eine Versorgung mit Hörhilfen in der Regel ohne eine nachgehende Prüfung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt möglich.</p> <p>Diese Regelung der Vertragspartner nach § 127 Absatz 2 SGB V führt dazu, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nicht feststellen kann, ob</p> <ul style="list-style-type: none">- die angepassten Hörhilfen im Sinne der Hilfsmittel-Richtlinie wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig sind.- ein Versorgungserfolg, beispielsweise hinsichtlich der Sprachverständlichkeit ohne und mit Störschall, erreicht werden konnte.- die oder der Versicherte genau die Hörhilfen erhalten hat, die einen weitgehenden Behinderungsausgleich	<p>Die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zur Hörgeräteversorgung nach § 127 Absatz 2 SGB V enthalten vielfältige Maßnahmen zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ohne Aufzahlung, um die individuelle Hörminderung des Versicherten im Sinne des BSG-Urteils vom 17. Dezember 2009 (B 3 KR 20/08 R) möglichst weitgehend auszugleichen. Die Verträge regeln die Einzelheiten der Versorgung im Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse, wozu auch die Abrechnung der erbrachten Leistung gehört. Die Hörgeräteakustikerin oder der Hörgeräteakustiker wird dabei regelhaft dazu verpflichtet, den mit der Hörgeräteversorgung erzielten Hörgewinn entsprechend den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie im Anpassbericht zu dokumentieren. Der Vergütungsanspruch entsteht mit der Erbringung der Leistungen gemäß Vertrag und Abschluss der Anpassung sowie der endgültigen Abgabe der ausgewählten Hörgeräte an die oder den Versicherten, wenn diese oder dieser die erfolgreiche Versorgung durch Unterschrift schriftlich bestätigt.</p> <p>Eine verbindliche Verpflichtung der oder des Versicherten, in jedem Versorgungsfall seine verordnende Fachärztin oder seinen verordnenden Facharzt zur Nachkontrolle aufzusuchen, ist im Rahmen eines Vertragsverhältnisses nach § 127 SGB V nicht sachgerecht regelbar. Bei Fallgestaltungen wie z. B. Immobilität der oder des Versicherten, größerer Distanz zur Praxis oder langer Wartezeit auf einen erneuten</p>

KBV/PatV	GKV-SV
<p>ermöglichen (ggf. Fehlversorgung vorliegt).</p> <p>- die von ihr oder ihm erforderlichenfalls gegebenen Hinweise auf spezifische Bedarfe umgesetzt wurden.</p> <p>Vor diesem Hintergrund wurde mit dem neu angefügten Satz in § 30 der Hilfsmittel-Richtlinie noch einmal explizit das Erfordernis einer fachärztlichen Abnahme der angepassten Hörhilfe vor der endgültigen Abgabe durch die Hörakustikerin oder den Hörakustiker an die Versicherte oder den Versicherten klargestellt.</p> <p>Erst nach Abnahme des angepassten Hörgerätes durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt darf die endgültige Abgabe an die Versicherte oder den Versicherten erfolgen.</p>	<p>Arzttermin etc. ist dies den Versicherten nicht zuzumuten, wenn diese als zufriedene Versorgungsempfänger durch eigene Entscheidung auf die Abnahme durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt verzichten. Mit Blick auf den Leistungserbringer erscheint es darüber hinaus nicht angemessen, dessen Vergütungsanspruch von der ärztlichen Abnahme, welche den (ggf. nicht notwendig erachteten) Gang der oder des Versicherten zur Vertragsärztin oder zum Vertragsarzt voraussetzt, abhängig zu machen, wenn ihm durch die Versicherte oder den Versicherten bestätigt wurde, dass er seine vertragliche Leistung vertragskonform erbracht hat.</p> <p>Denn die Versorgungsrealität zeigt, dass es keinen Bedarf für eine derartig verschärfte Regelung zur ärztlichen Absicherung der Leistungserbringung gibt. Nach aktuellen Erhebungen suchen mindestens zwei Drittel der Hörgeräteversorgten nach Übergabe des Hörgeräts die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt zur Kontrolluntersuchung auf. Hinweise, dass gerade die Versicherten, die von dieser Möglichkeit nicht Gebrauch machen, nur unzureichend versorgt wären, liegen nicht vor. Danach besteht kein Anlass, an dem Versorgungserfolg oder an der wirtschaftlichen, ausreichenden, notwendigen und zweckmäßigen Versorgung zu zweifeln. Die aktuelle Regelung der Hilfsmittel-Richtlinie, die die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt verpflichtet, sich bei wiedervorstellenden Versicherten vom Erfolg der Versorgung zu überzeugen, bedarf daher keiner Ergänzung.</p>

3. Würdigung der Stellungnahmen

4. Bürokratiekostenermittlung

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
25.04.2018	UA VL	Beauftragung der Arbeitsgruppe der Überprüfung des § 30 HilfsM-RL zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Hörgeräteversorgung
22.03.2019	G-BA	Einleitung des Beratungsverfahrens
22.05.2019	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie
10.07.2019	UA VL	Anhörung
TT.MM.2019	UA VL	Würdigung der Stellungnahmen und abschließende Beratung der Beschlussdokumente
TT.MM.2019	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6.5 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
1.	ZVA	<p>Die von der KBV und der PatV vorgeschlagene Ergänzung des § 30 der Hilfsmittel-Richtlinie ist abzulehnen, da sie weder rechtmäßig noch zweckmäßig ist. Im Einzelnen:</p> <p>1. Der Vorschlag der KBV und der PatV, § 30 der Hilfsmittel-Richtlinie um einen neuen Satz 5 zu ergänzen, ist mangels Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) rechtswidrig. Zwar räumt § 92 Abs. 1 SGB V dem G-BA die Befugnis ein, die erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zur Sicherung der ärztlichen Versorgung zu beschließen. Allerdings tritt diese generell gehaltene Befugnisnorm zum Richtlinienenerlass hinter dem spezielleren § 127 Abs. 2 SGB V zurück, der die Regelung der Qualität der Hilfsmittel, die Preise sowie die Abrechnungsmodalitäten der Hilfsmittelversorgung den Krankenkassen und den Leistungserbringern zuordnet (vgl. Schmidt-De Caluwe in Becker/Kingreen, SGB V, 6. Auflage 2018, § 92, Rdn. 2).</p> <p>Im vorliegenden Fall würde der Vorschlag der KBV/PatV dazu führen, dass der Vergütungsanspruch des Hilfsmittelerbringers von der fachärztlichen Abnahme des Hilfsmittels abhinge. Die Regelungen zur Fälligkeit der Vergütung ist essentieller Bestandteil eines jeden Versorgungsvertrages. Gleiches gilt für die qualitative Beschreibung der Hauptleistung, der Hörgeräteversorgung.</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Es ist zutreffend dargestellt, dass Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Preise und die Abrechnung schließen (vgl. § 127 SGB V). In den Verträgen ist i. d. R. festgelegt, dass der Krankenkasse die Rechnung erst nach Übergabe des Hilfsmittels zur Bezahlung vorgelegt werden darf. Daher wäre bei dem Regelungsvorschlag der KBV/PatV der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers von der fachärztlichen Abnahme des Hilfsmittels abhängig, was wiederum die erneute Vorstellung des Versicherten beim Vertragsarzt oder bei der Vertragsärztin voraussetzen würde. Damit würde der Vorschlag unverhältnismäßig in die Regelungskompetenzen der Vertragspartner nach § 127 SGB V und in die Rechte bzw. Pflichten der Versicherten eingreifen.</p>	keine Änderung im BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
			<p>KBV/PatV</p> <p>Die Vergütung ist Bestandteil der Verträge nach § 127 SGB V zwischen GKV-SV und der biha.</p> <p>Die fachärztliche Abnahme ist Bestandteil der Richtlinie sowie des Musters 15.</p> <p>Insoweit wird mit der neuen Textierung in § 30 weder die Regelungskompetenz des G-BA überschritten, noch wird die Berufsausübungsfreiheit des Akustikers eingeschränkt.</p> <p>Es geht lediglich um den Zeitpunkt der Übereignung der Hörhilfe an den Versicherten. Diese kann erst dann erfolgen, wenn sich die/der Fachärztin/Facharzt von dem möglichst weitgehenden Ausgleich des Funktionsdefizits überzeugt hat, ein Sprachverstehen erreicht wurde, spezifische Bedarfe des Versicherten berücksichtigt wurden.</p> <p>So wird bei der Versorgung von Kindern bereits heute die Fälligkeit der Vergütung und Endabnahme durch den Hörakustiker in einigen Verträgen an die ärztliche Bestätigung geknüpft (siehe auch vdek-Referenzvertrag vom 01.07.2015, § 81).</p>	

¹ Abrufbar im Internet unter <https://www.vdek.com/vertragspartner/hilfsmittel/hoerhilfen.html> [zuletzt aufgerufen am 13.08.2019]

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
2.		<p>2. Das Argument der KBV und der PatV, § 127 Abs. 2 SGB V stelle nicht sicher, dass die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt prüfen könne, ob eine wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweckmäßige Versorgung erfüllt ist, greift nicht. Denn gerade im Hilfsmittelbereich ist anerkannt, dass die fachärztliche Mitwirkung an der Versorgung auf medizinisch notwendige Einzelfälle zu beschränken ist. Dies hat der Gesetzgeber 2012 mit dem Einfügen des Abs. 5a in § 33 SGB V durch das Pflegeeneuausrichtungsgesetz klar zum Ausdruck gebracht. Die Abnahme einer handwerklichen Leistung ist jedoch ganz sicherlich kein Fall für eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitwirkung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes.</p>	<p>GKV-SV Es ist zutreffend, dass § 33 Absatz 5a SGB V die ärztliche Verordnung und damit die ärztliche Mitwirkung an der Versorgung nur für bestimmte Ausnahmefälle vorsieht. Darüber hinaus ist von der Vertragsärztin bzw. vom Vertragsarzt bereits bei der Verordnung des Hilfsmittels – sofern diese überhaupt erforderlich ist - festzustellen (vgl. § 6 der HilfsM-RL), ob eine wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweckmäßige Versorgung sichergestellt ist.</p> <p>KBV/PatV Die handwerkliche Leistung des Akustikers ist Bestandteil der Verträge nach § 127 SGB V. Die fachärztliche Abnahme ist Bestandteil der Richtlinie und des Musters und setzt die handwerkliche Leistung in Beziehung zum medizinisch erforderlichen Bedarf auf Basis der Diagnose.</p>	keine Änderung im BE
3.		<p>3. Zudem zeigt auch die Vergangenheit, dass die Regelungen zur Sicherung der Qualität der Hörgeräteversorgung in den Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen greifen. Denn andernfalls hätte es Beschwerden über ungenügende Hörgeräteversorgungen gegeben. Bezeichnenderweise tragen die KBV und die PatV hierzu nichts vor.</p> <p>4. Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, dass aufgrund des Vorschlages der KBV und der PatV alle Versicherte, die ein Hörgerät benötigen, gezwungen</p>	<p>GKV-SV Der GKV-SV pflichtet den Aussagen bei, dass der oder die Versicherte durch die von der KBV/PatV vorgeschlagene Regelung zum erneuten Arztbesuch gezwungen würde. Dies stellt einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte dar.</p>	GKV-SV Änderung im BE wie nebenstehend

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>werden, erneut einen Arzt aufzusuchen. Dies ist insbesondere mit Blick auf die Kosten und auf die langen Wartezeiten für einen Facharzttermin abzulehnen.</p>	<p>Aufgrund der Stellungnahme ist zur Klarstellung § 30 Satz 3 wie folgt zu ergänzen:</p> <p><i>„³Hat die Hörgeräteakustikerin oder der Hörgeräteakustiker aufgrund einer ärztlichen Verordnung ein Hörgerät angepasst, muss sich die verordnende Fachärztin oder der verordnende Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder die verordnende Fachärztin oder der verordnende Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen <u>beim sich wiedervorstellenden Versicherten</u> mit den dokumentierten Ergebnissen (einer sorgfältigen Hörgeräteauswahl/ gegebenenfalls Programm oder Sprachmoduswahl) auseinandersetzen und durch audiometrische Untersuchung vergewissern, dass (...)“</i></p> <p>Durch die Stellungnahme wird im Zusammenspiel mit anderen Stellungnahmen (siehe Nrn. 6 und 21) deutlich, dass auch die Formulierung des § 30 Satz 3 unterschiedlich interpretiert werden kann und daher einer Klarstellung bedarf. Aus der Stellungnahme (ebenso aus der Stellungnahme unter Nummer 6) ergibt sich das Verständnis des bisherigen § 30 Satz 3 dergestalt, dass es in der Eigenverantwortung des Patienten liegt, den Arzt nach Anpassung eines Hörgerätes erneut aufzusuchen und insoweit die Untersuchung des Arztes</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
			<p>keine Voraussetzung für die Abnahme des Hörgerätes darstellt.</p> <p>Missverständlich ist bisher, ob sich der Satz:</p> <p><i>„Hat die Hörgeräteakustikerin oder der Hörgeräteakustiker aufgrund einer ärztlichen Verordnung ein Hörgerät angepasst, muss sich die verordnende Fachärztin oder der verordnende Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder die verordnende Fachärztin oder der verordnende Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen mit den dokumentierten Ergebnissen (einer sorgfältigen Hörgeräteauswahl/gegebenenfalls Programm oder Sprachmoduswahl) auseinandersetzen und durch audiometrische Untersuchung vergewissern, dass</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - die von der Hörgeräteakustikerin oder von dem Hörgeräteakustiker vorgeschlagene Hörhilfe den angestrebten Verstehensgewinn nach § 19 erbringt und - die selbst erhobenen Messwerte mit denen der Hörgeräteakustikerin oder des Hörgeräteakustikers übereinstimmen.“ <p>an den verordnenden Facharzt oder die verordnende Fachärztin richtet, sich bei der oder dem nach der Hörgeräte-</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
			<p>versorgung freiwillig wiedervorstellenden Versicherten durch erneute Untersuchungen vom erfolgreichen Behinderungsausgleich zu überzeugen, oder aber als an die oder den Versicherten gerichtete Verpflichtung zu verstehen ist, sich nach der Versorgung durch den Leistungserbringer mit ihrem oder seinem von ihr oder ihm ausgewählten und entsprechend ihrer oder seiner Hörstörung angepassten Hörgerät in jedem Fall erneut zur Verordnerin oder zum Verordner begeben zu müssen.</p> <p>Ein derartiger Zwang zum erneuten Arztbesuch ist im SGB V nicht vorgesehen. Mit der Ergänzung, dass die oder der sich wiedervorstellende Versicherte entsprechend zu untersuchen ist, wird daher klargestellt, dass es sich mit Satz 3 um eine an die Ärztin und den Arzt gerichtete, Regelung handelt. Es erfolgt eine Klarstellung des validen Sachverhaltes.</p> <p>KBV/PatV</p> <p>Die neue Formulierung basiert konkret auf einer nicht zufriedenstellenden Versorgungslage, die insbesondere durch die PatV vorgetragen wurde.</p> <p>KBV ergänzend</p> <p>Ein Bezug zu langen Wartezeit auf einen Facharzttermin kann nicht hergestellt werden. Gemäß</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
			Evaluationsbericht 2018 der KBV zu den Terminservicestellen entfallen lediglich 0,2 % der berechtigten Vermittlungswünschen auf HNO-Ärzte (Evaluationsbericht 2018 gem. §75 Abs. 1a Satz 19 SGB V).	
4.	BVHI	<p>Der BVHI schließt sich den in den „Tragenden Gründen“ vom GKV-Spitzenverband genannten Erwägungen an und sieht ebenfalls keinen Bedarf einer Ergänzung von § 30 HilfsM-RL.</p> <p>Die derzeit geübte Versorgungspraxis hat sich bewährt. Das Hörakustiker-Handwerk ist durch regelmäßige Schulungen mit den Funktionen und Nutzungsmöglichkeiten moderner Hörgeräte vertraut. Die hierzulande sehr gut aus- und fortgebildeten Hörakustiker können die in immer kürzeren Innovationszyklen weiter entwickelten Hörgeräte als maßgeschneiderte Hörsysteme entsprechend dem individuellen Hörverlust der Versicherten bestmöglich anpassen. Auch in der Nachversorgung steht der Hörakustiker dem Versicherten für ggf. notwendige weitere Anpassungen zur Verfügung, was eine durchgehende Qualitätssicherung der Versorgungsleistung gewährleistet.</p>	<p>GKV-SV Der GKV-SV nimmt die Ausführungen des BVHI zur Kenntnis und teilt die Auffassung, dass sich die Versorgungspraxis bewährt hat.</p> <p>KBV/PatV Siehe unter Nummer 1 und 3.</p>	
5.	biha	<p>Die Ergänzung von § 30 Hilfsmittel-Richtlinie um Satz 5 ist abzulehnen.</p> <p>1. Regelungskompetenz des G-BA</p> <p>1. Mit der geplanten Regelung greift der G-BA erneut in unzulässiger Weise in die Einzelheiten der Versorgung mit Hörhilfen ein, die allein das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern betreffen. Werden entsprechende detaillierte Vorgaben für eine ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten für notwendig erachtet, sind diese in den Verträgen nach § 127 SGB V zu vereinbaren. Sie unterliegen nicht der Regelungskompetenz des G-BA. Wir verweisen hier gerne auf die schon in ähnlicher Angelegenheit ergangenen Beanstandungen durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Der G-BA hat beim Erlass seiner Richtlinien seine Kompetenzgrenzen zu beachten. In Bezug auf die HilfsM-RL ist sein Richtlinienauftrag gem. § 92 Abs.1 Nr.6 SGB V nur auf die Konkretisierung der anspruchsbegründenden Normen der §§ 27 Abs.1, 33 SGB V und damit des im Hilfsmittelbereichs</p>	<p>GKV-SV Siehe Ausführungen zu Nummer 1</p> <p>KBV/PatV Siehe auch zu Nummer 1 und 2.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>geltenden gesetzlichen Leistungs- und Leistungserbringungsrechts gerichtet (Krauskopf/Sproll, 102. EL Februar 2019, SGB V § 92 Rn. 38). Insoweit ist der G-BA beim Erlass von Richtlinien (hier: der HilfsM-RL) gehindert, diesen gesetzlichen Rahmen mit seiner Normsetzung zu überschreiten (Krauskopf/Sproll, 102. EL Februar 2019, SGB V § 92 Rn. 11 m.w.N.).</p>		
6.		<p>2. Der G-BA überschreitet bereits durch die „alte“ Regelung in § 30 S.3 HilfsM-RL seine Festsetzungskompetenz, wenn er vorschreibt, dass sich der verordnende HNO-Arzt nach erfolgter Anpassung eines Hörgerätes durch den Hörakustiker mit den dokumentierten Ergebnissen einer sorgfältigen Hörgeräteauswahl auseinandersetzt und sich durch audiometrische Untersuchung vergewissert, dass die Hörhilfe den angestrebten Verstehensgewinn erbringt. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Regelung in § 30 S.3 HilfsM-RL als <u>Abnahmepflicht</u> des verordnenden HNO-Arztes zu verstehen ist.</p> <p>3. Wir hatten diese Änderungen seinerzeit nur deshalb nicht beanstanden lassen, weil diese dann (noch) als gewahrt angesehen werden kann, wenn sie nicht als zwingende ärztliche Pflicht auszulegen ist. Für eine solche Auslegung spricht auch § 9 HilfsM-RL, in dem für die Hilfsmittelversorgung eine allgemeine Abnahme der Vertragsärzte im Rahmen einer solchen „Soll“-Regelung vorgesehen ist. § 9 HilfsM-RL lautet:</p> <p><i>„Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll prüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel ihrer oder seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde.“</i> [Hervorhebung durch die Unterzeichner]</p> <p>4. Durch den Beschlussentwurf vom 22. Mai 2019 soll aus Sicht der KBV/PatV die bisherige „Soll“-Regelung geändert werden:</p> <p><i>„Erst nach Abnahme des angepassten Hörgeräts durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt darf die endgültige Abgabe an die Versicherte oder den Versicherten erfolgen.“</i></p> <p>Es ist nicht ersichtlich, aus welchem Grund die verschiedenen Abnahmeregelungen in § 9 HilfsM-RL und § 30 S.3 HilfsM-RL ergänzt um § 30 S.5 HilfsM-RL (neu) unterschiedlichen Pflichtencharakter haben sollen bzw. warum ein Arzt gerade bei Hörgeräten eine spezielle Abnahmepflicht haben soll,</p>	<p>GKV-SV: Der GKV-SV verweist auf seine Würdigung zu Nummer 3.</p>	siehe Nr. 3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>während dies bei den anderen Hilfsmitteln nicht, zumindest nicht zwingend vorgeschrieben ist. Insoweit ist § 30 S.3 HilfsM-RL (alt) und erst Recht § 30 S.5 HilfsM-RL (neu) im Lichte der allgemeinen Abnahmevorschrift des § 9 HilfsM-RL auszulegen und deshalb als bloße „Soll-Regelung“ zu verstehen, bzw. die von der KBV/PatV geforderte Ergänzung verstößt gegen die Richtlinienkompetenz des G-BA.</p> <p>5. Dieses Verständnis des § 30 S.3 HilfsM-RL und damit die Ablehnung der Ergänzung durch § 30 S.5 HilfsM-RL (neu) wird auch durch den G-BA in den Tragenden Gründen zu § 30 der HilfsM-RL (6. November 2013) bestätigt, wenn diese Vorschrift als eine rein „deklaratorische“ Regelung beschrieben wird:</p> <p><i>„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.“</i> [Hervorhebung durch die Unterzeichner]</p>		
7.		<p>2. Notwendigkeit einer Abnahme durch den HNO-Arzt</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 S.2 SGB V gilt hier in gleichem Maße nicht. Regelungen zur Auswahl des Hörgerätes durch den Hörakustiker sind den Verträgen nach § 127 Abs.1 SGB V vorbehalten und wurden dort entsprechend getroffen. Auch in anderen Bereichen, in denen Versicherte ebenfalls mit hochspezialisierten Hilfsmitteln versorgt werden (bspw. Abgabe von Sehhilfen), findet keine ärztliche Abnahme der Versorgung statt. 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. Eine Abnahmepflicht würde den Hörakustiker zudem in seiner Versorgungsfreiheit beschränken und ist auch aus diesem Grunde juristisch nicht zulässig. Aber auch in allen anderen Versorgungsbereichen, selbst bei stationären Versorgung im Krankenhaus, können erbrachte Leistungen der Leistungserbringer mit den gesetzlichen Krankenversicherungen abgerechnet werden, selbst wenn der Versicherte nicht allen (notwendigen) Folgeuntersuchungen gefolgt ist. Es besteht kein sachlicher Grund,</p>	<p>GKV-SV</p> <p>Der GKV-SV schließt sich den Ausführungen an. Durch die vorgeschlagene Neuregelung der KBV/PatV würde eine weitere Anspruchsgrundlage geschaffen, die § 33 SGB V nicht vorsieht.</p> <p>KBV</p> <p>Siehe auch zu Nummer 1 und 2. Zudem ist die Versorgung mit Sehhilfen einerseits und Hörhilfen andererseits nicht miteinander vergleichbar.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		Hörakustiker im Zusammenhang mit der Vergütung von erbrachten Leistungen schlechter zu stellen als alle anderen Akteure im Gesundheitswesen.		
8.		<p>3. Vertragsabschlusshoheit der Krankenkassen und Leistungserbringer</p> <p>1. Die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zur Hörgeräteversorgung nach § 127 Abs.1 SGB V enthalten vielfältige Maßnahmen zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ohne Aufzahlung, um die individuelle Hörminderung des Versicherten im Sinne des BSG-Urteils vom 17. Dezember 2009 (B 3 KR 20/08 R) möglichst weitgehend auszugleichen. Die Verträge regeln die Einzelheiten der Versorgung im Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse, wozu auch die Abrechnung der erbrachten Leistung gehört. Der Hörakustiker wird dabei regelhaft dazu verpflichtet, den mit der Hörgeräteversorgung erzielten Hörgewinn entsprechend den Vorgaben der HilfsM-RL im Anpassbericht zu dokumentieren. Der Vergütungsanspruch entsteht mit der Erbringung der Leistungen gemäß Vertrag und Abschluss der Anpassung sowie der endgültigen Abgabe der ausgewählten Hörgeräte an den Versicherten, wenn dieser die erfolgreiche Versorgung durch Unterschrift schriftlich bestätigt.</p>	<p>GKV-SV Siehe Ausführungen zu Nummer 1.</p> <p>KBV/PatV Siehe auch zu Nummer 1 und 2.</p>	
9.		<p>2. Eine verbindliche Verpflichtung des Versicherten, in jedem Einzelfall seinen verordnenden Facharzt zur Nachkontrolle aufzusuchen, ist im Rahmen eines Vertragsverhältnisses nach § 127 SGB V darüber hinaus auch nicht sachgerecht. Bei Fallgestaltungen wie z. B. Immobilität des Versicherten, größerer Distanz zur Praxis oder langer Wartezeit auf einen erneuten Arzttermin etc. ist dies den Versicherten nicht zuzumuten, wenn diese als zufriedene Versorgungsempfänger durch eigene Entscheidung auf die Abnahme durch den Vertragsarzt verzichten.</p>	<p>GKV-SV Der GKV-SV nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p> <p>KBV/PatV Siehe auch zu Nummer 3.</p>	
10.		<p>3. Die Vertragshoheit der Vertragspartner des § 127 SGB V wird auch von der Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme vom 5. Dezember 2013 zur damals geplanten Änderung der HilfsM-RL bestätigt. Dort heißt es kurz und bündig: „Zu § 30: Die vorgeschlagenen Veränderungen bedürfen aus Sicht der BÄK keiner weiteren Ergänzung.“</p>	<p>GKV-SV Der GKV-SV nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>Schon 2013 war bekannt, dass die Krankenkassen auf eine ärztliche Bestätigung im Sinne des § 30 HilfsM-RL verzichten und dennoch sah die Bundesärztekammer zum damaligen Zeitpunkt keine Notwendigkeit für eine Ergänzung. An der Versorgungssituation der Versicherten hat sich seit dieser Stellungnahme aber nichts verändert, so dass es auch insoweit keine Notwendigkeit für eine Anpassung gibt.</p>		
11.		<p>4. Mit Blick auf den Hörakustiker ist es außerdem nicht angemessen, seinen Vergütungsanspruch von der ärztlichen Abnahme, welche den (ggf. nicht notwendig erachteten) Gang des Versicherten zum Vertragsarzt voraussetzt, abhängig zu machen. Denn die Hörakustiker sind zur ausführlichen Dokumentation des Versorgungserfolges hinsichtlich der Verbesserung der Sprachverständlichkeit ohne und mit Störschall verpflichtet, so dass sich die Krankenkasse selbst ein Bild über den Versorgungserfolg machen kann. Dabei wird auch dokumentiert, dass mit den vom Versicherten gewünschten Hörsystemen, soweit möglich, das dB-Optimum (§ 21 Abs.2 S.2 HilfsM-RL: Punkt maximalen Einsilberverstehens ohne Hörgeräte) erreicht wird. Damit wird sichergestellt, dass die Versicherten genau die Hörhilfe erhalten, die einen weitgehenden Behinderungsausgleich ermöglichen.</p> <p>Schließlich habe sich die Hörakustiker vertraglich verpflichtet eine ausreichend notwendige und zweckmäßige Hörgeräteversorgung, dokumentiert im Anpassbericht, zu erbringen. Daher bedarf es in diesem Bereich keiner Kontrolle durch einen Dritten.</p>	<p>GKV-SV Der GKV-SV nimmt die Ausführungen zur Kenntnis und verweist im Übrigen auf seine Würdigung zu Nummer 1.</p>	
12.		<p>4. Versorgungspolitische Hintergründe</p> <p>1. Nicht nur der HNO-Berufsverband, sondern die Ärzteschaft im Allgemeinen beschwert sich regelmäßig und öffentlich über den zeitlichen Notstand in den Praxen. Nun beantragt nicht nur die KBV, sondern auch die Patientenvertretung zusätzlich und völlig unnötige Arztbesuche. Dabei gehen wir von ca. einer Viertelmillion zusätzlichen Arztbesuchen aus. Dabei haben wir schon die Aussagen des GKV-Spitzenverbandes beachtet, dass schon heute ca. 70% der Versicherten eine Nachkontrolle beim HNO-Arzt wahrnehmen. Die dauerhaft vom HNO-Berufsverband vorgetragene Meldung, dass die Verträge</p>	<p>GKV-SV Der GKV-SV nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p> <p>KBV/PatV Siehe auch zu Nummer 3.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>von biha und GKVn einen Arztbesuch verhindern, ist alleine schon durch die jüngsten Erhebungen durch den GKV-Spitzenverband widerlegt.</p> <p>2. Aus der täglichen Versorgungspraxis wird uns regelmäßig berichtet, dass HNO-Termine oftmals zur Überprüfung der Hörsystemversorgung ins Folgequartal verschoben werden. Das erfolgt u.E. aus Abrechnungsgründen. Zudem erhalten GKV-Versicherte auch ohne diese Abrechnungsverschiebungen Termine beim HNO-Arzt oftmals erst nach monatelangen Wartezeiten.</p>		
13.		<p>3. Offenbar geht es dem HNO-Berufsverband auch nicht um eine Kontrolle der hörakustischen Dienstleistung, sondern einerseits um die eigene Qualitätssicherungsvereinbarung (die mit dem Leistungserbringer „Hörakustiker“ nichts zu tun hat) und andererseits um die gezielte Druckausübung auf den Hörakustiker. So formuliert der HNO-Berufsverband in seinen offiziellen Mitteilungen 1/2019: <i>„Es wird den HNO-Ärzten durch den Vertrag unmöglich gemacht, das Attest auf der Rückseite des Musters 15 entsprechend zu verweigern.“</i></p> <p>Unabhängig von der Abrechnung durch den Leistungserbringer kann der HNO-Arzt jederzeit den Patienten zur Erfüllung der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 SGBV in seine Praxis bitten. Der Hörakustiker hat mit der Vereinbarung nach § 135 SGB V nichts zu tun.</p>	<p>KBV</p> <p>Die HNO-Ärztin oder der HNO-Arzt prüft nicht primär die hörakustische Dienstleistung, sondern prüft, inwieweit die Versorgungsziele gemäß der RL erreicht wurden. Dazu gehört u. a. das Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen weitgehend auszugleichen.</p> <p>Im G-BA wurde bereits auf die Untersuchung aus Frankfurt hingewiesen. Das Resultat der Untersuchung des Universitätsklinikum Frankfurt bei der untersuchten Gruppe der über 65-Jährigen lautet:</p> <p>„Zwar zeigte sich ein Gewinn durch die Hörgeräteversorgung in 82 % der untersuchten Fälle, die nach Hilfsmittelrichtlinie geforderte Verbesserung von mindestens 20 % gegenüber der unversorgten Situation wurde jedoch in 56 % der Fälle nicht erreicht. (Untersuchung der Qualität der Hörgeräteversorgung bei Senioren, Kronlachner M et al., Untersuchung der</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
			<p>Qualität ..., Laryngo-Rhino-Otol 2018; 97: 852–859“)</p> <p>Vor diesem Hintergrund ist die Forderung von KBV und PatV von hoher Relevanz.</p> <p>GKV-SV Der GKV-SV nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p>	
14.		<p>4. Weder die KBV noch die Patientenvertretung begründen ihre Forderungen mit medizinischen oder fachlichen Fakten. So sind keinerlei Komplikationen bekannt oder von der KBV vorgetragen, die wegen einer Nichtabnahme durch den HNO-Arzt entstanden sind.</p> <p>5. In der arbeitsteiligen Zusammenarbeit zwischen Hörakustikern und HNO-Ärzten hat sich darüber hinaus bewährt, dass der Hörakustiker im Rahmen der sechsjährigen Nachbetreuung bei Verdacht auf eine relevante Erkrankung den Patienten zur weiteren Klärung an einen HNO-Arzt verweist.</p> <p>6. Eine Zwangsvorführung der betroffenen Patienten, durch wen auch immer, erscheint realitätsfremd. Weder der Leistungserbringer noch die GKV hat für diese Maßnahme einen Grund und durchgreifende Möglichkeiten.</p>	<p>GKV-SV Der GKV-SV verweist auf seine Würdigung zu Nummer 1 und 3.</p> <p>KBV/PatV Siehe auch zu Nummer 2 und 13.</p>	
15.		<p>7. Wenn KBV und/oder Patientenvertretung sich einen wie auch immer gearteten „Eigentumsvorbehalt“ bis zur Abnahme durch den HNO-Arzt vorstellen, so ist das sozialrechtlich unzulässig und würde auch in den Geschäftsbetrieb des Hörakustikers ebenso unzulässig eingreifen.</p> <p>8. Die Leistungsvergütung von Leistungserbringern von dem Versorgungsverständnis der Patienten und Leistungswillen von HNO-Ärzten abhängig zu machen, erscheint ebenso praxisfremd. Bisher ist keine gesetzliche Regelung bekannt, die HNO-Ärzte dazu zwingt, in bestimmten Zeiten und Quartalen allen Terminwünschen der Versicherten gerecht zu werden. Das darf aber auch nicht dazu führen, den Hörakustiker in seiner wirtschaftlichen Existenz zu gefährden.</p>	<p>Siehe auch zu Nummer 1 und 2.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
16.		<p>9. Kürzlich ließ der vdek verlautbaren, dass 300 HNO-Ärzte am verkürzten Versorgungsweg gemäß § 128 SGB V teilnehmen. Unbekannt ist die Anzahl der HNO-Ärzte, die sich an solchen Vereinbarungen mit den AOKen beteiligen. Dabei stehen diese HNO-Ärzte im unmittelbaren Wettbewerb zu den Hörakustikern. Im Wettbewerb stehende HNO-Ärzte im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges können und werden einer neutralen Begutachtung der Leistung von Hörakustikern nicht gerecht werden können. So sind aus der Vergangenheit Beispiele bekannt, bei denen HNO-Ärzte die Abnahme verweigert haben, um im Anschluss die Patienten im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges selber zu versorgen. Mit der Möglichkeit der HNO-Ärzte, sich am verkürzten Versorgungsweg zu beteiligen, scheiden sie als neutrale Überprüfer von hörakustischen Leitungen auch aus wettbewerblichen Gründen aus.</p>	<p>GKV-SV Der GKV-SV nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p> <p>KBV An dieser Stelle wird der Eindruck vermittelt, dass der am verkürzten Versorgungsweg (VV) teilnehmende HNO-Arzt technische Leistungen erbringe, mithin also Aufgaben des Hörakustikers übernehme. Das ist falsch, denn auch beim VV kommt es zur Aufgabenteilung zwischen dem - zentral agierenden - Hörakustiker und dem am VV teilnehmenden HNO-Arzt. Inwieweit hier von einem Wettbewerb zwischen HNO und Akustiker gesprochen werden kann, ist ohnehin fraglich. Denn in Deutschland waren vergleichsweise im Jahr 2018 bundesweit rund 15.000 Hörakustiker in etwa 6.600 Hörakustik-Betrieben beschäftigt.</p>	
17.		<p>10. HNO-Ärzte können der technischen Entwicklung von Hörsystemen nicht mehr folgen und somit auch die Qualität einer Hörsystemversorgung hinsichtlich der Erfüllung des konkreten Versorgungsbedarfes nicht beurteilen. Nicht zuletzt verfügt er nicht über die technischen Eigenschaften zur objektiven und messtechnischen Überprüfung der Hörsystemeinstellung in seiner HNO-Praxis wie der Hörakustiker.</p>	<p>GKV-SV Der GKV-SV nimmt die Ausführungen zur Kenntnis.</p> <p>KBV Siehe auch unter Nummer 2.</p>	
18.		<p>Die Regelung in § 30 S.3 der Hilfsmittel-Richtlinie ist insgesamt zu streichen. Fazit: Die Forderungen von KBV und Patientenvertretung sind abzulehnen.</p>	<p>GKV-SV Der GKV-SV verweist auf seine Würdigung zu Nummer 3. Die Forderung einer Klarstellung, dass die</p>	<p>Siehe unter Nr. 3</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>Wenn sich schon heute die freiwillige HNO-ärztliche Nachuntersuchung bewährt hat, sollte zur Klarstellung dieses validen Sachverhaltes die Streichung des § 30 S.3 HilfsM-RL vorgenommen werden.</p> <p>Selbstverständlich bleibt es dem Patienten immer unbenommen, sich nach der erfolgten Versorgung an den zuständigen HNO-Arzt zu wenden und die Versorgung im Nachgang noch einmal ärztlich betrachten zu lassen. Für die eigentliche Versorgung notwendig ist dies aber, wie bereits ausgeführt, gerade nicht. Der Patient hat hier also die eigene selbstverantwortliche Wahl, ob er sich nach der Versorgung nochmals an seinen Arzt wendet oder nicht. Die Vergütung des seine Pflicht ordnungsgemäß erfüllenden Leistungserbringers hier von dem Willen des Patienten zur Nachsorge abhängig zu machen, ist gerade nicht die Intention des Gesetzgebers. Die – freiwillige – Inanspruchnahme der Nachsorge durch den HNO-Arzt und der ordnungsgemäße Abschluss der Versorgung durch den Hörakustiker stehen vielmehr gesondert nebeneinander und sind gerade nicht miteinander verknüpft.</p>	<p>HNO-ärztliche Nachuntersuchung freiwillig erfolgt, wird aufgenommen, indem statt den gesamten Satz 3 zu streichen die Wörter „beim sich wiedervorstellenden Versicherten“ eingefügt werden (siehe Nummer 3). Hierdurch soll eine Klarstellung des validen Sachverhaltes erfolgen.</p> <p>KBV/PatV Siehe auch unter 1. und 2.</p>	
19.	BÄK	<p>Hintergrund der Änderung</p> <p>Kassenärztliche Bundesvereinigung und Patientenvertretung fordern eine Ergänzung von § 30 HilfsM-RL (Auswahl des Hörgerätes und Abnahme), mit der geregelt werden soll, dass die endgültige Abgabe eines Hörgerätes vom Hörgeräteakustiker an den Versicherten erst erfolgen darf, wenn das Gerät durch den verordnenden Facharzt/Fachärztin abgenommen wurde. Damit soll geprüft und gewährleistet werden, dass der gewünschte Versorgungserfolg erreicht werden konnte, der Versicherte eine geeignete Hörhilfe erhalten hat und gegebenenfalls spezifische Bedarfe umgesetzt wurden.</p> <p>Nach Ansicht von KBV und Patientenvertretung ist dieses Vorgehen nach § 30 Satz 3 HilfsM-RL bereits intendiert. Diese Vorgabe wird jedoch in den Verträgen nach § 127 SGB V so nicht umgesetzt. Der zu ergänzende Satz dient der Klarstellung. Der GKV-SV spricht sich gegen diesen Zusatz aus.</p>	Kenntnisnahme	
20.		<p>Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:</p> <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es unerlässlich, dass sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt über das Versorgungsergebnis und den Versorgungserfolg einer von ihr/ihm verordneten Maßnahme regelhaft</p>	<p>KBV/PatV Zustimmende Kenntnisnahme</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>vergewissern können muss. Die Bundesärztekammer unterstützt daher die Position von KBV und Patientenvertretung und die mit der Position vorgelegten Tragenden Gründe vollumfänglich.</p>	<p>GKV-SV Sofern eine erneute ärztliche Konsultation aus Sicht der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes aus medizinischer Sicht notwendig ist, kann diese bzw. dieser die oder den Versicherten darauf im Rahmen der Verordnung hinweisen. Sollte nämlich die oder der Versicherte die Ärztin oder den Arzt nicht aufsuchen wollen, sind die Konsequenzen (vgl. hierzu Ausführungen unter Nummer 1 und 2) unverhältnismäßig. Die Abgabe der Hörhilfe wird von einer weiteren Anspruchsvoraussetzung abhängig gemacht, die nicht durch § 33 SGB V gedeckt ist.</p>	
21.	BVMed	<p>Der BVMed befürwortet die Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie in § 30 gemäß Vorschlag von KBV und Patientenverbänden.</p> <p>Wir schließen uns damit zunächst vollumfänglich der Argumentation an, welche seitens KBV/PatV in den Tragenden Gründen vom 22.05. 2019 für die ärztliche Abnahme von Hörhilfen nach § 30 Hilfsmittel-Richtlinie aufgenommen worden ist.</p> <p>Nur bei Abnahme jeder Hörgeräteversorgung durch den HNO-Facharzt kann die Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung nach § 135 Abs. 2 SGB V umgesetzt werden, welche verpflichtend vorsieht, dass der HNO-Facharzt vor, während und nach einer vom Hörgeräteakustiker durchgeführten Hörgeräteversorgung bestimmte Parameter erhebt und bewertet. Ziel der Vereinbarung ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Patienten, die mit Hörgeräten versorgt werden.</p> <p>§ 27 der Hilfsmittel-Richtlinie sieht für die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bereits vor, dass eine Verordnung</p>	<p>KBV/PatV Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>AG: Nach der geplanten Regelung soll nicht jede Hörgeräteversorgung ärztlich abgenommen werden, sondern die aufgrund ärztlicher Verordnung.</p> <p>GKV-SV Der BVMed stellt darauf ab, dass eine Abnahme der Versorgung durch eine</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt stets erforderlich ist, da eine Abklärung der Ursache des Hörverlustes vor Erstversorgung medizinisch geboten ist. Nur der HNO-Facharzt kann eine medizinisch abgesicherte Indikation einer Hörgeräteversorgung sicherstellen. Die verpflichtende Abnahme der Hörgeräteversorgung durch den HNO-Facharzt schließt sich hieran konsequenterweise an. So kann nicht zuletzt allein der HNO-Facharzt alternative Therapiemöglichkeiten zu einer Hörgeräteversorgung durch Medikamente oder Operationen abwägen und den betroffenen Patienten entsprechend informieren.</p> <p>Die vorgeschlagene Änderung des § 30 Hilfsmittel-Richtlinie bestärkt damit klarstellend und ohne Interpretationsmöglichkeit ausnahmslos den nach unserer Auffassung bereits intendierten Charakter der Regelung in § 30 der aktuellen Hilfsmittel-Richtlinie, welche ebenfalls eine ohrenärztliche Endabnahme ausdrücklich vorsieht. Hier gab es in der Vertragspraxis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie entsprechend in der Versorgungspraxis bislang unterschiedliche Auslegungen dieser Abnahmepflicht. Mit der vorgesehenen Ergänzung erhoffen wir im Sinne einer qualitätsgesicherten Hörgeräteversorgung somit die unmissverständliche Klargestellung, dass sowohl alle Erstversorgungen wie auch sämtliche Folgeversorgungen stets einer ohrenärztlichen Abnahme bedürfen – dass anderweitige Regelungen oder Verfahrensweisen also einen Verstoß gegen die Hilfsmittel-Richtlinie darstellen.</p> <p>Insbesondere die Umsetzung der Abnahmepflicht bei Erst- und Folgeversorgungen wurde in der Versorgungspraxis bislang uneinheitlich gehandhabt. Zur weiteren Klarstellung regen wir daher eine Anpassung des § 27 – die Streichung des Wortes „erstmalige“ in § 27 Abs. 1 S. 1 – oder eine erläuternde Ergänzung der Tragenden Gründe an.</p>	<p>Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt stets erforderlich sei, da der HNO-Facharzt/die Fachärztin so alternative Therapiemöglichkeiten zu einer Hörgeräteversorgung durch Medikamente oder Operationen abwägen und die betroffene Patientin oder den betroffenen Patienten entsprechend informieren kann. Diese Entscheidungen sind allerdings zweckmäßigerweise bereits bei der Verordnung einer Hörhilfe zu treffen, so dass die Argumentation ins Leere geht.</p> <p>Hinsichtlich einer Klarstellung bzgl. der unterschiedlichen Auslegung von § 30 HilfsM-RL wird auf Nummer 3 verwiesen.</p> <p>s.o.</p> <p>AG: Der ärztliche Verordnungsvorbehalt für die Hörhilfenversorgung nach § 27 der HilfsM-RL ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Zur Begründung der Regelungen in § 27 der HilfsM-RL wird auf die Tragenden Gründe zur Beschlussfassung des G-BA „Verordnung und Auswahl von Hörhilfen“ vom 17.07.2014 verwiesen (siehe Internetseite des G-BA unter https://www.g-ba.de/beschluesse/2045/).</p>	

6.6 Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL):

Ärztliche Abnahme von Hörhilfen nach § 30 HilfsM-RL

Berlin, 19.06.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 22.05.2019 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zu der vorgesehenen Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses bezüglich der ärztlichen Abnahme von Hörhilfen nach § 30 HilfsM-RL aufgefordert.

Hintergrund der Änderung

Kassenärztliche Bundesvereinigung und Patientenvertretung fordern eine Ergänzung von § 30 HilfsM-RL (Auswahl des Hörgerätes und Abnahme), mit der geregelt werden soll, dass die endgültige Abgabe eines Hörgerätes vom Hörgeräteakustiker an den Versicherten erst erfolgen darf, wenn das Gerät durch den verordnenden Facharzt/Fachärztin abgenommen wurde. Damit soll geprüft und gewährleistet werden, dass der gewünschte Versorgungserfolg erreicht werden konnte, der Versicherte eine geeignete Hörhilfe erhalten hat und gegebenenfalls spezifische Bedarfe umgesetzt wurden.

Nach Ansicht von KBV und Patientenvertretung ist dieses Vorgehen nach § 30 Satz 3 HilfsM-RL bereits intendiert. Diese Vorgabe wird jedoch in den Verträgen nach § 127 SGB V so nicht umgesetzt. Der zu ergänzende Satz dient der Klarstellung.

Der GKV-SV spricht sich gegen diesen Zusatz aus.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es unerlässlich, dass sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt über das Versorgungsergebnis und den Versorgungserfolg einer von ihr/ihm verordneten Maßnahme regelhaft vergewissern können muss.

Die Bundesärztekammer unterstützt daher die Position von KBV und Patientenvertretung und die mit der Position vorgelegten Tragenden Gründe vollumfänglich.

biha | Wallstraße 5 | 55122 Mainz

Frau
Dr. Sandra Carius
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

17.06.2019

Änderung der Hilfsmittel/Richtlinie (HilfsM/RL): Ärztliche Abnahme von Hörhilfen nach § 30
hier: Stellungnahmerecht gem. § 92 Abs.7a SGB V

Sehr geehrte Frau Dr. Carius,

wir nehmen als die für die Wahrnehmung der Interessen der Hörakustiker maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene gem. § 92 Abs.7a i.V.m. § 127 Abs.9 SGB V zu dem von Ihnen übersandten Beschlussentwurf vom 22. Mai 2019 zur Änderung der HilfsM-RL wie folgt Stellung.

Des Weiteren möchten wir im Rahmen einer Anhörung mündlich Stellung nehmen. Gleichzeitig beantragen wir, zu den weiteren Beratungen des Unterausschusses „Veranlasste Leistungen“ zur hier gegenständlichen Thematik zugelassen zu werden (§ 12 Abs.5 Verfahrensordnung G-BA).

1. Regelungskompetenz des G-BA

1. Mit der geplanten Regelung greift der G-BA erneut in unzulässiger Weise in die Einzelheiten der Versorgung mit Hörhilfen ein, die allein das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern betreffen. Werden entsprechende detaillierte Vorgaben für eine ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten für notwendig erachtet, sind diese in den Verträgen nach § 127 SGB V zu vereinbaren. Sie unterliegen nicht der Regelungskompetenz des G-BA. Wir verweisen hier gerne auf die schon in ähnlicher Angelegenheit ergangenen Beanstandungen durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Der G-BA hat beim Erlass seiner Richtlinien seine Kompetenzgrenzen zu beachten. In Bezug auf die HilfsM-RL ist sein Richtlinienauftrag gem. § 92 Abs.1 Nr.6 SGB V nur auf die Konkretisierung der anspruchsbegründenden Normen der §§ 27 Abs.1, 33 SGB V und damit des im Hilfsmittelbereichs geltenden gesetzlichen Leistungs- und Leistungserbringungsrechts gerichtet (Krauskopf/Sproll, 102. EL Februar 2019, SGB V § 92 Rn. 38). Insoweit ist der G-BA beim Erlass von Richtlinien (hier: der HilfsM-RL) gehindert, diesen gesetzlichen Rahmen mit seiner Normsetzung zu überschreiten (Krauskopf/Sproll, 102. EL Februar 2019, SGB V § 92 Rn. 11 m.w.N.).

Bankverbindung:
Commerzbank Filiale Mainz
IBAN: DE09 5508 0065 0269 7300 00
BIC: DRESDEFF550

2. Der G-BA überschreitet bereits durch die „alte“ Regelung in § 30 S.3 HilfsM-RL seine Festsetzungskompetenz, wenn er vorschreibt, dass sich der verordnende HNO-Arzt nach erfolgter Anpassung eines Hörgerätes durch den Hörakustiker mit den dokumentierten Ergebnissen einer sorgfältigen Hörgeräteauswahl auseinandersetzt und sich durch audiometrische Untersuchung vergewissert, dass die Hörhilfe den angestrebten Verstehensgewinn erbringt. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Regelung in § 30 S.3 HilfsM-RL als Abnahmepflicht des verordnenden HNO-Arzt zu verstehen ist.
3. Wir hatten diese Änderungen seinerzeit nur deshalb nicht beanstanden lassen, weil diese dann (noch) als gewahrt angesehen werden kann, wenn sie nicht als zwingende ärztliche Pflicht auszulegen ist. Für eine solche Auslegung spricht auch § 9 HilfsM-RL, in dem für die Hilfsmittelversorgung eine allgemeine Abnahme der Vertragsärzte im Rahmen einer solchen „Soll“-Regelung vorgesehen ist. § 9 HilfsM-RL lautet:

*„Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt **soll** prüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel ihrer oder seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde.“* [Hervorhebung durch die Unterzeichner]

4. Durch den Beschlussentwurf vom 22. Mai 2019 soll aus Sicht der KBV/PatV die bisherige „Soll“-Regelung geändert werden:

„Erst nach Abnahme des angepassten Hörgeräts durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt darf die endgültige Abgabe an die Versicherte oder den Versicherten erfolgen.“

Es ist nicht ersichtlich, aus welchem Grund die verschiedenen Abnahmeregeln in § 9 HilfsM-RL und § 30 S.3 HilfsM-RL ergänzt um § 30 S.5 HilfsM-RL (neu) unterschiedlichen Pflichtencharakter haben sollen bzw. warum ein Arzt gerade bei Hörgeräten eine spezielle Abnahmepflicht haben soll, während dies bei den anderen Hilfsmitteln nicht, zumindest nicht zwingend vorgeschrieben ist. Insoweit ist § 30 S.3 HilfsM-RL (alt) und erst Recht § 30 S.5 HilfsM-RL (neu) im Lichte der allgemeinen Abnahmevorschrift des § 9 HilfsM-RL auszulegen und deshalb als bloße „Soll-Regelung“ zu verstehen, bzw. die von der KBV/PatV geforderte Ergänzung verstößt gegen die Richtlinienkompetenz des G-BA.

5. Dieses Verständnis des § 30 S.3 HilfsM-RL und damit die Ablehnung der Ergänzung durch § 30 S.5 HilfsM-RL (neu) wird auch durch den G-BA in den Tragenden Gründen zu § 30 der HilfsM-RL (6. November 2013) bestätigt, wenn diese Vorschrift als eine rein „deklaratorische“ Regelung beschrieben wird:

*„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.**“* [Hervorhebung durch die Unterzeichner]

2. Notwendigkeit einer Abnahme durch den HNO-Arzt

Eine gesetzliche Verpflichtung zur Abnahme einer Hörgeräteversorgung durch den Arzt kennt § 33 SGB V nicht. Der Arztvorbehalt im Sinne des § 15 Abs.1 S.2 SGB V gilt hier in gleichem Maße nicht. Regelungen zur Auswahl des Hörgerätes durch den Hörakustiker sind den Verträgen nach § 127 Abs.1 SGB V vorbehalten und wurden dort entsprechend getroffen.

Auch in anderen Bereichen, in denen Versicherte ebenfalls mit hochspezialisierten Hilfsmitteln versorgt werden (bspw. Abgabe von Sehhilfen), findet keine ärztliche Abnahme der Versorgung statt. 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. Eine Abnahmepflicht würde den Hörakustiker zudem in seiner Versorgungsfreiheit beschränken und ist auch aus diesem Grunde juristisch nicht zulässig.

Aber auch in allen anderen Versorgungsbereichen, selbst bei stationären Versorgung im Krankenhaus, können erbrachte Leistungen der Leistungserbringer mit den gesetzlichen Krankenversicherungen abgerechnet werden, selbst wenn der Versicherte nicht allen (notwendigen) Folgeuntersuchungen gefolgt ist.

Es besteht kein sachlicher Grund, Hörakustiker im Zusammenhang mit der Vergütung von erbrachten Leistungen schlechter zu stellen als alle anderen Akteure im Gesundheitswesen.

3. Vertragsabschlusshoheit der Krankenkassen und Leistungserbringer

1. Die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zur Hörgeräteversorgung nach § 127 Abs.1 SGB V enthalten vielfältige Maßnahmen zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ohne Aufzahlung, um die individuelle Hörminderung des Versicherten im Sinne des BSG-Urteils vom 17. Dezember 2009 (B 3 KR 20/08 R) möglichst weitgehend auszugleichen. Die Verträge regeln die Einzelheiten der Versorgung im Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse, wozu auch die Abrechnung der erbrachten Leistung gehört. Der Hörakustiker wird dabei regelhaft dazu verpflichtet, den mit der Hörgeräteversorgung erzielten Hörgewinn entsprechend den Vorgaben der HilfsM-RL im Anpassbericht zu dokumentieren. Der Vergütungsanspruch entsteht mit der Erbringung der Leistungen gemäß Vertrag und Abschluss der Anpassung sowie der endgültigen Abgabe der ausgewählten Hörgeräte an den Versicherten, wenn dieser die erfolgreiche Versorgung durch Unterschrift schriftlich bestätigt.
2. Eine verbindliche Verpflichtung des Versicherten, in jedem Einzelfall seinen verordnenden Facharzt zur Nachkontrolle aufzusuchen, ist im Rahmen eines Vertragsverhältnisses nach § 127 SGB V darüber hinaus auch nicht sachgerecht. Bei Fallgestaltungen wie z. B. Immobilität des Versicherten, größerer Distanz zur Praxis oder langer Wartezeit auf einen erneuten Arzttermin etc. ist dies den Versicherten nicht zuzumuten, wenn diese als zufriedene Versorgungsempfänger durch eigene Entscheidung auf die Abnahme durch den Vertragsarzt verzichten.

3. Die Vertragshoheit der Vertragspartner des § 127 SGB V wird auch von der Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme vom 5. Dezember 2013 zur damals geplanten Änderung der HilfsM-RL bestätigt. Dort heißt es kurz und bündig:

„Zu § 30: Die vorgeschlagenen Veränderungen bedürfen aus Sicht der BÄK keiner weiteren Ergänzung.“

Schon 2013 war bekannt, dass die Krankenkassen auf eine ärztliche Bestätigung im Sinne des § 30 HilfsM-RL verzichten und dennoch sah die Bundesärztekammer zum damaligen Zeitpunkt keine Notwendigkeit für eine Ergänzung. An der Versorgungssituation der Versicherten hat sich seit dieser Stellungnahme aber nichts verändert, so dass es auch insoweit keine Notwendigkeit für eine Anpassung gibt.

4. Mit Blick auf den Hörakustiker ist es außerdem nicht angemessen, seinen Vergütungsanspruch von der ärztlichen Abnahme, welche den (ggf. nicht notwendig erachteten) Gang des Versicherten zum Vertragsarzt voraussetzt, abhängig zu machen. Denn die Hörakustiker sind zur ausführlichen Dokumentation des Versorgungserfolges hinsichtlich der Verbesserung der Sprachverständlichkeit ohne und mit Störschall verpflichtet, so dass sich die Krankenkasse selbst ein Bild über den Versorgungserfolg machen kann. Dabei wird auch dokumentiert, dass mit den vom Versicherten gewünschten Hörsystemen, soweit möglich, das dB-Optimum (§ 21 Abs.2 S.2 HilfsM-RL: Punkt maximalen Einsilberverstehens ohne Hörgeräte) erreicht wird. Damit wird sichergestellt, dass die Versicherten genau die Hörhilfe erhalten, die einen weitgehenden Behinderungsausgleich ermöglichen. Schließlich habe sich die Hörakustiker vertraglich verpflichtet eine ausreichend notwendige und zweckmäßige Hörgeräteversorgung, dokumentiert im Anpassbericht, zu erbringen. Daher bedarf es in diesem Bereich keiner Kontrolle durch einen Dritten.

4. Versorgungspolitische Hintergründe

1. Nicht nur der HNO-Berufsverband, sondern die Ärzteschaft im Allgemeinen beschwert sich regelmäßig und öffentlich über den zeitlichen Notstand in den Praxen. Nun beantragt nicht nur die KBV, sondern auch die Patientenvertretung zusätzlich und völlig unnötige Arztbesuche. Dabei gehen wir von ca. einer Viertelmillion zusätzlichen Arztbesuchen aus. Dabei haben wir schon die Aussagen des GKV-Spitzenverbandes beachtet, dass schon heute ca. 70% der Versicherten eine Nachkontrolle beim HNO-Arzt wahrnehmen. Die dauerhaft vom HNO-Berufsverband vorgetragene Meldung, dass die Verträge von biha und GKVen einen Arztbesuch verhindern, ist alleine schon durch die jüngsten Erhebungen durch den GKV-Spitzenverband widerlegt.
2. Aus der täglichen Versorgungspraxis wird uns regelmäßig berichtet, dass HNO-Termine oftmals zur Überprüfung der Hörsystemversorgung ins Folgequartal verschoben werden. Das erfolgt u.E. aus Abrechnungsgründen. Zudem erhalten GKV-Versicherte auch ohne diese Abrechnungsverschiebungen Termine beim HNO-Arzt oftmals erst nach monatelangen Wartezeiten.

3. Offenbar geht es dem HNO-Berufsverband auch nicht um eine Kontrolle der hörakustischen Dienstleistung, sondern einerseits um die eigene Qualitätssicherungsvereinbarung (die mit dem Leistungserbringer „Hörakustiker“ nichts zu tun hat) und andererseits um die gezielte Druckausübung auf den Hörakustiker. So formuliert der HNO-Berufsverband in seinen offiziellen Mitteilungen 1/2019:

„Es wird den HNO-Ärzten durch den Vertrag unmöglich gemacht, das Attest auf der Rückseite des Musters 15 entsprechend zu verweigern.“

Unabhängig von der Abrechnung durch den Leistungserbringer kann der HNO-Arzt jederzeit den Patienten zur Erfüllung der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 SGBV in seine Praxis bitten. Der Hörakustiker hat mit der Vereinbarung nach § 135 SGB V nichts zu tun.

4. Weder die KBV noch die Patientenvertretung begründen ihre Forderungen mit medizinischen oder fachlichen Fakten. So sind keinerlei Komplikationen bekannt oder von der KBV vorgetragen, die wegen einer Nichtabnahme durch den HNO-Arzt entstanden sind.
5. In der arbeitsteiligen Zusammenarbeit zwischen Hörakustikern und HNO-Ärzten hat sich darüber hinaus bewährt, dass der Hörakustiker im Rahmen der sechsjährigen Nachbetreuung bei Verdacht auf eine relevante Erkrankung den Patienten zur weiteren Klärung an einen HNO-Arzt verweist.
6. Eine Zwangsvorführung der betroffenen Patienten, durch wen auch immer, erscheint realitätsfremd. Weder der Leistungserbringer noch die GKV hat für diese Maßnahme einen Grund und durchgreifende Möglichkeiten.
7. Wenn KBV und/oder Patientenvertretung sich einen wie auch immer gearteten „Eigentumsvorbehalt“ bis zur Abnahme durch den HNO-Arzt vorstellen, so ist das sozialrechtlich unzulässig und würde auch in den Geschäftsbetrieb des Hörakustikers ebenso unzulässig eingreifen.
8. Die Leistungsvergütung von Leistungserbringern von dem Versorgungsverständnis der Patienten und Leistungswillen von HNO-Ärzten abhängig zu machen, erscheint ebenso praxisfremd. Bisher ist keine gesetzliche Regelung bekannt, die HNO-Ärzte dazu zwingt, in bestimmten Zeiten und Quartalen allen Terminwünschen der Versicherten gerecht zu werden. Das darf aber auch nicht dazu führen, den Hörakustiker in seiner wirtschaftlichen Existenz zu gefährden.
9. Kürzlich ließ der vdek verlautbaren, dass 300 HNO-Ärzte am verkürzten Versorgungsweg gemäß § 128 SGB V teilnehmen. Unbekannt ist die Anzahl der HNO-Ärzte, die sich an solchen Vereinbarungen mit den AOKen beteiligen. Dabei stehen diese HNO-Ärzte im unmittelbaren Wettbewerb zu den Hörakustikern. Im Wettbewerb stehende HNO-Ärzte im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges können und werden einer neutralen Begutachtung der Leistung von Hörakustikern nicht gerecht werden können. So sind aus der Vergangenheit Beispiele bekannt, bei denen HNO-Ärzte die Abnahme verweigert haben, um im Anschluss die Patienten im Rahmen des verkürzten Versorgungsweges selber zu versorgen. Mit der Möglichkeit der HNO-Ärzte, sich am verkürzten Versorgungsweg zu beteiligen, scheiden sie als neutrale Überprüfer von hörakustischen Leitungen auch aus wettbewerblichen Gründen aus.

10. HNO-Ärzte können der technischen Entwicklung von Hörsystemen nicht mehr folgen und somit auch die Qualität einer Hörsystemversorgung hinsichtlich der Erfüllung des konkreten Versorgungsbedarfes nicht beurteilen. Nicht zuletzt verfügt er nicht über die technischen Eigenschaften zur objektiven und messtechnischen Überprüfung der Hörsystemeinstellung in seiner HNO-Praxis wie der Hörakustiker.

Fazit:

Die Forderungen von KBV und Patientenvertretung sind abzulehnen.

Wenn sich schon heute die freiwillige HNO-ärztliche Nachuntersuchung bewährt hat, sollte zur Klarstellung dieses validen Sachverhaltes die Streichung des § 30 S.3 HilfsM-RL vorgenommen werden.

Selbstverständlich bleibt es dem Patienten immer unbenommen, sich nach der erfolgten Versorgung an den zuständigen HNO-Arzt zu wenden und die Versorgung im Nachgang noch einmal ärztlich betrachten zu lassen. Für die eigentliche Versorgung notwendig ist dies aber, wie bereits ausgeführt, gerade nicht. Der Patient hat hier also die eigene selbstverantwortliche Wahl, ob er sich nach der Versorgung nochmals an seinen Arzt wendet oder nicht. Die Vergütung des seine Pflicht ordnungsgemäß erfüllenden Leistungserbringers hier von dem Willen des Patienten zur Nachsorge abhängig zu machen, ist gerade nicht die Intention des Gesetzgebers. Die – freiwillige – Inanspruchnahme der Nachsorge durch den HNO-Arzt und der ordnungsgemäße Abschluss der Versorgung durch den Hörakustiker stehen vielmehr gesondert nebeneinander und sind gerade nicht miteinander verknüpft.

Mit freundlichen Grüßen


Mahianne Frickel
Präsidentin


Jakob Stephan Bachhub
Hauptgeschäftsführer



ZVA · Alexanderstraße 25a · D-40210 Düsseldorf

Gemeinsamer Bundesausschuss
z. H. Frau Dr. Sandra Carius
Abteilung Methodenbewertung & veranlasste Leistungen
Wegelystraße 8
10623 Berlin

per E-Mail: HilfsM-RL@g-ba.de

**Zentralverband der
Augenoptiker und Optometristen**

Alexanderstraße 25a
D-40210 Düsseldorf

Tel.: 0211/86 32 35-0
Fax: 0211/86 32 35-35

E-Mail info@zva.de
Internet: www.zva.de

17. Juni 2019
we

**Änderung der Hilfsmittel/Richtlinie (HilfsM/RL): Ärztliche Abnahme
von Hörhilfen nach § 30
hier: Stellungnahmerecht gem. § 92 Abs. 7a SGB V**

Sehr geehrte Frau Dr. Carius,

wir nehmen zur geplanten Änderung der Hilfsmittelrichtlinie wie folgt
Stellung:

Die von der KBV und der PatV vorgeschlagene Ergänzung des § 30 der
Hilfsmittel-Richtlinie ist abzulehnen, da sie weder rechtmäßig noch
zweckmäßig ist. Im Einzelnen:

1.

Der Vorschlag der KBV und der PatV, § 30 der Hilfsmittel-Richtlinie um
einen neuen Satz 5 zu ergänzen, ist mangels Regelungskompetenz des
Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) rechtswidrig. Zwar räumt
§ 92 Abs. 1 SGB V dem G-BA die Befugnis ein, die erforderlichen
Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und
wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zur Sicherung der ärztlichen

Bankverbindung:

Stadtsparkasse Düsseldorf
BLZ: 300 501 10
Kto.-Nr.: 1 006 519 274
IBAN:
DE 8030 0501 1010 0651 9274
BIC: DUSSEDDXXX

Versorgung zu beschließen. Allerdings tritt diese generell gehaltene Befugnisnorm zum Richtlinienenerlass hinter dem spezielleren § 127 Abs. 2 SGB V zurück, der die Regelung der Qualität der Hilfsmittel, die Preise sowie die Abrechnungsmodalitäten der Hilfsmittelversorgung den Krankenkassen und den Leistungserbringern zuordnet (vgl. *Schmidt-De Caluwe* in Becker/Kingreen, SGB V, 6. Auflage 2018, § 92, Rdn. 2).

Im vorliegenden Fall würde der Vorschlag der KBV/PatV dazu führen, dass der Vergütungsanspruch des Hilfsmittelerbringers von der fachärztlichen Abnahme des Hilfsmittels abhinge. Die Regelungen zur Fälligkeit der Vergütung ist essentieller Bestandteil eines jeden Versorgungsvertrages. Gleiches gilt für die qualitative Beschreibung der Hauptleistung, der Hörgeräteversorgung.

2.

Das Argument der KBV und der PatV, § 127 Abs. 2 SGB V stelle nicht sicher, dass die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt prüfen könne, ob eine wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweckmäßige Versorgung erfüllt ist, greift nicht. Denn gerade im Hilfsmittelbereich ist anerkannt, dass die fachärztliche Mitwirkung an der Versorgung auf medizinisch notwendige Einzelfälle zu beschränken ist. Dies hat der Gesetzgeber 2012 mit dem Einfügen des Abs. 5a in § 33 SGB V durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz klar zum Ausdruck gebracht. Die Abnahme einer handwerklichen Leistung ist jedoch ganz sicherlich kein Fall für eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitwirkung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes.

3.

Zudem zeigt auch die Vergangenheit, dass die Regelungen zur Sicherung der Qualität der Hörgeräteversorgung in den Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen greifen. Denn andernfalls hätte es Beschwerden über ungenügende Hörgeräteversorgungen gegeben. Bezeichnenderweise tragen die KBV und die PatV hierzu nichts vor.

4.

Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, dass aufgrund des Vorschlages der KBV und der PatV alle Versicherte, die ein Hörgerät benötigen, gezwungen werden, erneut einen Arzt aufzusuchen. Dies ist insbesondere mit Blick auf die Kosten und auf die langen Wartezeiten für einen Facharzttermin abzulehnen.

Mit freundlichen Grüßen

Zentralverband der Augentoptiker und Optometristen

- Bundesinnungsverband -



Dr. Jan Wetzel
(Geschäftsführer)

BVHI | Herriotstr. 1 | 60528 Frankfurt/M.

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
D-10587 Berlin
(per Email)

Geschäftsstelle:
Bundesverband der
Hörgeräte-Industrie e. V.

Dr. Stefan Zimmer

Herriotstraße 1
60528 Frankfurt am Main

Fon: +49 (0)69 / 6642 6340 - 0
E-Mail: zimmer@bvhi.org

www.bvhi.org

Frankfurt, 17.06.2019

**Stellungnahme über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL):
Ärztliche Abnahme von Hörhilfen nach § 30**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bundesverband der Hörgeräte-Industrie (BVHI) nimmt zum von Ihnen übersandten Entwurf vom 22.05.2019 zur Änderung der HilfsM-RL wie folgt Stellung:

Der BVHI schließt sich den in den „Tragenden Gründen“ vom GKV-Spitzenverband genannten Erwägungen an und sieht ebenfalls keinen Bedarf einer Ergänzung von § 30 HilfsM-RL.

Die derzeit geübte Versorgungspraxis hat sich bewährt. Das Hörakustiker-Handwerk ist durch regelmäßige Schulungen mit den Funktionen und Nutzungsmöglichkeiten moderner Hörgeräte vertraut. Die hierzulande sehr gut aus- und fortgebildeten Hörakustiker können die in immer kürzeren Innovationszyklen weiter entwickelten Hörgeräte als maßgeschneiderte Hörsysteme entsprechend dem individuellen Hörverlust der Versicherten bestmöglich anpassen. Auch in der Nachversorgung steht der Hörakustiker dem Versicherten für ggf. notwendige weitere Anpassungen zur Verfügung, was eine durchgehende Qualitätssicherung der Versorgungsleistung gewährleistet.

Mit freundlichen Grüßen,


Dr. Stefan Zimmer

Vorsitzender des Vorstands

Bundesverband der Hörgeräte-Industrie e.V. (BVHI)
Vorstand: Dr. Stefan Zimmer (Vorsitzender), Torben Lindø Hansen, Thomas Mettang, Bernd von Polheim
Registergericht: Amtsgericht Nürnberg, Register-Nr.: VR 10651 – Finanzamt Nürnberg, Steuer-Nr.: 241/111/50148; USt-IdNr.: DE133551001

**Stellungnahme über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL): Ärztliche
Abnahme von Hörhilfen nach § 30**

BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V.	
19.06.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 30 HilfsM-RL	<p>Der BVMed befürwortet die Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie in § 30 gemäß Vorschlag von KBV und Patientenverbänden.</p> <p>Wir schließen uns damit zunächst vollumfänglich der Argumentation an, welche seitens KBV/PatV in den Tragenden Gründen vom 22.05.2019 für die ärztliche Abnahme von Hörhilfen nach § 30 Hilfsmittel-Richtlinie aufgenommen worden ist.</p> <p>Nur bei Abnahme jeder Hörgeräteversorgung durch den HNO-Facharzt kann die Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung nach § 135 Abs. 2 SGB V umgesetzt werden, welche verpflichtend vorsieht, dass der HNO-Facharzt vor, während und nach einer vom Hörgeräteakustiker durchgeführten Hörgeräteversorgung bestimmte Parameter erhebt und bewertet. Ziel der Vereinbarung ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Patienten, die mit Hörgeräten versorgt werden.</p> <p>§ 27 der Hilfsmittel-Richtlinie sieht für die erstmalige Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bereits vor, dass eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt stets erforderlich ist, da eine Abklärung der Ursache des Hörverlustes vor Erstversorgung medizinisch geboten ist. Nur der HNO-Facharzt kann eine medizinisch abgesicherte Indikation einer Hörgeräteversorgung sicherstellen. Die verpflichtende Abnahme der Hörgeräteversorgung durch den HNO-Facharzt schließt sich hieran konsequenterweise an. So kann nicht zuletzt allein der HNO-Facharzt alternative Therapiemöglichkeiten zu einer Hörgeräteversorgung durch Medikamente oder Operationen abwägen und den betroffenen Patienten entsprechend informieren.</p> <p>Die vorgeschlagene Änderung des § 30 Hilfsmittel-Richtlinie bestärkt damit klarstellend und ohne Interpretationsmöglichkeit ausnahmslos den nach unserer Auffassung bereits intendierten Charakter der Regelung in § 30 der aktuellen Hilfsmittel-Richtlinie, welche ebenfalls eine ohrenärztliche Endabnahme ausdrücklich vorsieht. Hier gab es in der Vertragspraxis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie entsprechend in der Versorgungspraxis bislang unterschiedliche Auslegungen dieser Abnahmepflicht. Mit der vorgesehenen Ergänzung erhoffen wir im Sinne einer qualitätsgesicherten Hörgeräteversorgung somit die unmissverständliche Klargestellung, dass sowohl alle Erstversorgungen wie auch sämtliche Folgeversorgungen stets einer ohrenärztlichen Abnahme bedürfen – dass anderweitige Regelungen oder Verfahrensweisen also einen Verstoß gegen die Hilfsmittel-Richtlinie darstellen.</p> <p>Insbesondere die Umsetzung der Abnahmepflicht bei Erst- und Folgeversorgungen wurde in der Versorgungspraxis bislang</p>

BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V.	
19.06.2019	
	uneinheitlich gehandhabt. Zur weiteren Klarstellung regen wir daher eine Anpassung des § 27 – die Streichung des Wortes „erstmalige“ in § 27 Abs. 1 S. 1 – oder eine erläuternde Ergänzung der Tragenden Gründe an.

6.7 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 10. Juli 2019 eingeladen worden.

Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter www.g-ba.de). Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung vom 10. Juli 2019 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Bundesinnung der Hörakustiker KdöR (biha)	Frau Isabell Claßen	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Herr Eberhard Schmidt	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Bundesverband für Hörgeräte- Industrie e.V. (BVHI)	Herr Dr. Max Niebling	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)	Frau Juliane Pohl	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Im „Formblatt 1 zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte für Sachverständige und Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten“ wurden folgende 6 Fragen gestellt:

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen,

einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahme wurde in einem stenografischen Wortprotokoll festgehalten und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Veranlasste Leistungen 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 (siehe 1. Kapitel § 13 Absatz 3 Satz 4 VerfO).

Wortprotokoll



einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Ärztliche Abnahme von Hörhilfen

Vom 10. Juli 2019

Vorsitzende:	Frau Dr. Leigemann
Beginn:	11:35 Uhr
Ende:	12:05 Uhr
Ort:	Geschäftsstelle des G-BA Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Angemeldete Teilnehmer für die Bundesinnung für Hörgeräteakustiker KdöR (biha)

Frau Isabell Claßen

Herr Eberhard Schmidt

Angemeldeter Teilnehmer für Hörgeräte-Industrie e. V. (BVHI)

Herr Dr. Max Niebling

Angemeldete Teilnehmerin für den Bundesverband Medizintechnologie e. V.

Frau Juliane Pohl

Beginn der Anhörung: 11:35 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Ich darf Sie im Namen des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere des Unterausschusses Veranlasste Leistungen, herzlich zu unserer mündlichen Anhörung zur Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie, Thema „Ärztliche Abnahme von Hörhilfen“ begrüßen. Herzlich willkommen!

Kurze Vorbemerkung: Wir erstellen von dieser Anhörung ein Wortprotokoll. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, würde ich Sie jetzt um ein Handzeichen bitten. – Da das nicht der Fall ist, gehe ich davon aus, dass Sie einverstanden sind. Ich würde Sie bitten, damit die Erstellung des Wortprotokolls erleichtert wird, vor jedem Wortbeitrag Ihren Namen und die Organisation, für die Sie sprechen, zu nennen und - ganz zum Thema passend und besonders im Sinne unserer Patientenvertreterinnen und -vertreter - das Mikrofon zu benutzen.

Ich begrüße Sie zunächst namentlich: Für die Bundesinnung für Hörgeräteakustiker Frau Claßen und Herrn Schmidt, für den Bundesverband für Hörgeräte-Industrie Herrn Dr. Niebling und für den Bundesverband Medizintechnologie Frau Pohl. Herzlich willkommen!

Wir haben alle Ihre Stellungnahmen gelesen und gewürdigt. Daher wäre meine Bitte, sich insbesondere auf die besonders wichtigen und eventuell neuen Aspekte zu konzentrieren. Wer von Ihnen möchte beginnen? - Herr Schmidt.

Eberhard Schmidt (Bundesinnung für Hörgeräteakustiker KdÖR (biha): Sehr geehrte Frau Dr. Lelgemann! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank, dass die Bundesinnung der Hörgeräteakustiker zur geplanten Änderung des § 30 Hilfsmittel-Richtlinie Stellung nehmen darf.

Die Bundesinnung der Hörgeräteakustiker lehnt die geplante Änderung vollumfänglich ab. Zum einen ist die Frage der Leistungserbringung und der Bezahlung allein Aufgabe der Vertragspartner, der Verträge nach § 127 SGB V. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hier keine Regelungskompetenz.

Darüber hinaus gibt es aber auch keinerlei medizinische Gründe für die Kontrolle der Hörgeräteversorgung durch den HNO-Arzt. Den in § 21 Abs. 2 der Hilfsmittel-Richtlinie vorgesehenen Nachweis des verbesserten Hörgewinns mit den angepassten Hörsystemen kann auch der Hörgeräteakustiker erbringen. In der Regel erfolgt dies ja auch bereits im Rahmen der vom Hörakustiker gefertigten Anpassberichte. Die Frage des besseren Hörens kann auch der Betroffene mit Sicherheit am besten selber beurteilen.

Das zuletzt vom HNO-Berufsverband vorgebrachte Argument, die fehlende Abnahme der Hörsysteme führe zu Mehrkosten bei den Patienten, greift an der Stelle nicht. Schon heute lassen zwei Drittel aller Patienten ihre Hörgeräteversorgungen freiwillig vom Hals-Nasen-Ohrenarzt überprüfen. Uns ist nicht bekannt, dass es hier zu umfänglichen Zurückweisungen der Versorgungen kommt. Daher lehnen wir die Einführung einer Abnahmepflicht durch den HNO-Arzt im Sinne der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Patientenvertretung geforderten Ergänzung in § 30 Absatz 5 Hilfsmittel-Richtlinie ab.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank für die Stellungnahme. – Wer möchte fortfahren? - Herr Dr. Niebling.

Dr. Max Niebling (Hörgeräte-Industrie e. V. [BVHI]): Vielen Dank für die Möglichkeit, heute hier zu sprechen. Als Hersteller sind wir nicht direkt von der Änderung betroffen; deswegen halte ich mein Statement kurz.

Zum einen liegt es uns fern, zu beurteilen, ob die HNO-Ärzte dafür geeignet sind, Hörgeräte abzunehmen, oder nicht. Was wir aber sagen können, ist, dass wir sehr eng mit den Akustikern zusammenarbeiten und hier sehen, dass die Akustiker bestens ausgebildet und fortgebildet sind, auch regelmäßig, über die Jahre hinweg Hörgeräte anzupassen und auch abzunehmen. Der Anpassungsprozess ist ein mehrmonatiger Prozess, der ausführlich dokumentiert wird, in dem der Patient auch aufgeklärt wird, und wir sagen: Wenn dieser aufgeklärte Patient sich dazu entscheidet, am Ende des Prozesses sein Hörgerät nicht vom HNO-Arzt abnehmen zu lassen, darf aus unserer Sicht der Akustiker in diesem Fall nicht mit in Haftung genommen werden.

Wir führen auch regelmäßig Studien durch und sehen, dass rund 90 Prozent der von uns befragten Hörgeräträger mit dem Anpassungsprozess, mit der Leistung des Akustikers zufrieden sind. Und wenn jeder Patient aufgeklärt und zufrieden ist, wenn das Hörgerät so an seine individuellen Bedürfnisse angepasst ist, wie er sich das vorstellt und auch für richtig hält, sehen wir letztendlich keinen versorgungsrelevanten Mehrwert, wenn dieses Hörgerät noch einmal vom HNO-Arzt abgenommen wird.

Ich fasse kurz zusammen: Wir lehnen die Änderung ab.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. - Dann übergebe ich an Frau Pohl.

Juliane Pohl (Bundesverband Medizintechnologie e. V.): Wir sehen das ein klein wenig anders. Wir befürworten die vorgesehene Anpassung des § 30. Eine ärztliche Abnahme bei solchen hochkomplexen Versorgungen wie der Hörgeräteversorgung halten wir für sinnvoll. Diese Ergänzung dient damit auch der Umsetzung der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Dies erfolgt derzeit in der Praxis eher heterogen. Sollte sich beispielsweise bei der finalen Überprüfung ergeben, dass der individuelle Hörverlust durch das Hörgerät nicht ausgeglichen werden kann - und das auch losgelöst von dem Produkt, von der Versorgung mit dem Hörgerät selbst -, könnten somit beispielsweise direkt Therapieergänzungen erwogen werden. Insofern: Wir befürworten den Anpassungsvorschlag.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. – Wer möchte weitere Punkte ergänzen? - Ansonsten würde ich nach diesem klaren Statement sofort die Fragerunde eröffnen wollen. Einverstanden? – Die KBV.

KBV: Herr Schmidt, Sie haben eben darauf verwiesen, dass die Bezahlung des Hörgeräteakustikers nicht der Kompetenz des G-BA unterliege und deswegen der Vorbehalt, der da jetzt aufgenommen werden soll, unzulässig sei. Die Bezahlung des Hörgeräteakustikers wird tatsächlich in Einzelverträgen zwischen der biha und den einzelnen Krankenkassen formuliert, und sie wird auch durch die Hilfsmittel-Richtlinie in keiner Weise berührt. Sie können ja Verträge schließen, wie Sie möchten, und Sie können sich auch für Ihre Arbeit bezahlen lassen, wie Sie das ausgehandelt haben.

Worum dieser Vorschlag kreist: Wenn diese Ergänzung des § 30 angenommen wird, bedeutet dies ja, dass der endgültige Eigentumsübergang durch die letztmalige Abnahme beim Hals-Nasen-Ohrenarzt sichergestellt wird. Das heißt, das Hilfsmittel, das von der Solidargemeinschaft zum Behinderungsausgleich des Versicherten finanziert wird, gehört anschließend dem Patienten. Das hat mit Ihrer Bezahlung überhaupt nichts zu tun. Insofern ist auch Ihre Berufsfreiheit, die grundgesetzlich garantiert ist, oder Ihre Vertragsfreiheit da nicht eingeschränkt. Deswegen weise ich diesen Kritikpunkt namens der KBV zurück.

Sie haben weiterhin angeführt, dass es nicht erforderlich sei, bei einer Kontrolluntersuchung medizinische Untersuchungen durchzuführen, und es seien auch keine Komplikationen bekannt. Dazu gibt es Studien. Es gibt selbstverständlich medizinische Dinge, die hinterher zu beachten sind und die der Hörgeräteakustiker als Handwerker überhaupt nicht beurteilen kann. Es können sich zum Beispiel durch Hörgeräte Druckstellen im Gehörgang entwickeln. Diese Druckstellen sind mit dem Otoskop für den Nichtarzt nicht von ebenfalls durch das Hörgerät induzierten Gehörgangschleimhautentzündungen zu unterscheiden, die einfach durch das Scheuern induziert werden können. Das eine wird mit Salbe behandelt, das andere muss zwingend operiert werden, sonst ist irgendwann das ganze Felsenbein kaputt. Das kann ich erst nach einer Abnahme-Untersuchung machen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Ich will noch einmal an den eigentlichen Charakter der Veranstaltung erinnern: dass wir hier im Prinzip eine Anhörung durchführen. Wir stellen Fragen und klären vielleicht Missverständnisse mit den hier anwesenden Stellungnahmeberechtigten. Erlauben Sie mir diesen Hinweis.

KBV: Ja, genau, vielen Dank. Ich wollte das in vier Punkten zusammenfassen und dann bitten, das zu ergänzen, denn es stimmt schlicht nicht, was vorgetragen wurde. Daher ist meine Frage an Herrn Schmidt, wie er das richtigstellen möchte. Ist das in Ordnung für Sie?

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Ja, aber Sie verstehen auch meinen Einwand?

KBV: Absolut! - Der Hörgeräteakustiker kann vom HNO-Arzt durch das Vier-Augen-Prinzip kontrolliert werden. Wenn der Hörgeräteakustiker etwas misst und dokumentiert, ist es sicherlich gut, wenn das noch jemand kontrolliert. Die Mehrkosten und das andere von Ihnen Erwähnte lasse ich jetzt weg und bitte Sie, dazu kurz zu antworten.

Isabell Claßen (Bundesinnung für Hörgeräteakustiker KdÖR [biha]): Ich möchte zu dem ersten Teil Stellung nehmen und dann an Herrn Schmidt weitergeben.

Zu Eigentumsvorbehalt: Das ist eine zivilrechtliche Frage, die sich aus dem BGB ergibt und wo sich dann erst recht die Frage stellen würde, wo die Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses liegt, wenn Sie die Frage der Eigentumsübertragung ansprechen, die ja auch nicht von der Abnahme des Arztes abhängig sein kann, sondern die gegebenenfalls sogar von der Frage der Bezahlung, wenn eine Versorgung mit Mehrkosten erfolgt, abhängig ist. Da kann der Arzt keinerlei Freigabe zeichnen, die dann zu einer Eigentumsübertragung führt. – Zu dem zweiten Punkt möchte ich an Herrn Schmidt weitergeben.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank.

Eberhard Schmidt (Bundesinnung für Hörgeräteakustiker KdÖR (biha): Die Kontrolle ist natürlich insgesamt ein sehr schwieriger Prozess. Wir wissen, dass wir in Deutschland unsere Kunden schon sieben Jahre zu spät versorgen. Ergo starten wir mit der Hörgeräteversorgung, nachdem - sobald ich nach der Austestung ein Hörgerät gefunden habe - bereits 8 bis 12 Wochen vergangen sind. Nach diesen 8 bis 12 Wochen startet die gleitende Anpassphase für weitere 6 bis 12 Monate. Das heißt, dass der Kunde hier 8- bis 15-mal mit dem Hörgeräteakustiker zusammen ist.

Ich denke, dass ein Hörgeräteakustikermeister, der gut ausgebildet ist, durchaus in der Lage ist, zu beurteilen, ob der Kunde Schwierigkeiten hat, Schmerzen hat. Es sind ja unterschiedliche Materialien getestet worden. Ein ganz wichtiger Aspekt, den Sie auch genannt haben, ist die Zusammenarbeit zum Beispiel bei Allergien, die bei Kunststoffen durchaus vorkommen können. Der Vorrang des Kontakts mit den Hals-Nasen-Ohren-Arztpraxen ist bei solchen Dingen durchaus da; den lieben und fördern wir auch. Wichtig ist nur: Es kann nicht sein, dass erst durch die Abnahme und die Unterschrift auf der Rückseite der Verordnung die Hörgeräteversorgung abgeschlossen ist. Dadurch wird sie nicht abgeschlossen, sondern die Hörgeräteversorgung dauert durchaus länger. Wir sehen da absolut keinen Bedarf, dass dann zu irgendeinem beliebigen Zeitpunkt noch einmal eine Unterschrift zu leisten ist, denn dann müsste man fragen: Zu welchem Zeitpunkt ist das? - Die Hörakustiker schicken ihre Kunden, die Patienten immer auch zum Hals-Nasen-Ohren-Arzt, weil dieses Miteinander in einem sechsjährigen Versorgungszeitraum immer ein ganz wichtiger Aspekt ist. Aber jetzt singulär zu sagen „Ich mache das jetzt von dem abhängig“, lehnen wir ab.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen, Anmerkungen? – GKV.

GKV-SV: Eine Frage an Frau Pohl: Sie setzen sich hier sehr dafür ein, dass die Hörgeräteversorgung – egal, ob sie vom Arzt verordnet oder nicht vom Arzt verordnet wurde – nach erfolgter Versorgung kontrolliert und abgenommen wird, bevor es dann zur endgültigen Kassenleistung kommt. Sie vertreten ansonsten ja auch die Interessen vieler anderer Berufsgruppen und Versorgungsbereiche im Rahmen der Hilfsmittelversorgung. Wie sehen Sie es in diesen Bereichen: Ist es ein grundsätzliches Problem, das wir in der Hilfsmittel-Richtlinie haben, dass wir zu wenig Ärzte-Abnahme haben und wir die immer brauchen, bevor wir in die Versorgung kommen?

Juliane Pohl (Bundesverband Medizintechnologie e. V.): Ich denke, das ist hier eine sehr spezifische Konstellation im Bereich der Hörgeräte. Die Versorgung ist sehr komplex, hochtechnisch, und insofern sehen wir diesen Bedarf, dass dort die Versorgung vom HNO-Arzt abgenommen wird, allein für die Hörgeräteversorgung.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. – Eine Nachfrage?

GKV-SV: Welche technische Expertise sehen Sie, um diese Versorgung dann auch beurteilen zu können?

Juliane Pohl (Bundesverband Medizintechnologie e. V.): Der HNO-Arzt hat technische Mittel zur technischen Prüfung, um das Wiederherstellen bzw. den möglichst besten Ausgleich des Hörverlustes zu überprüfen. Wir gehen davon aus, dass das in der HNO-

Praxis bestmöglich umgesetzt wird, ohne dass darüber hinaus, wie bereits ausgeführt wurde, medizinische Notwendigkeiten, medizinische Defizite festgestellt und ergänzende Therapien eingeleitet werden können.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank. – Eine weitere Nachfrage?

GKV-SV: Wenn diese medizinische Expertise so vorliegt, müsste der Arzt ja im Prinzip dann den Zehnsteller verordnen können?

Juliane Pohl (Bundesverband Medizintechnologie e. V.): Dazu kann ich mich im Moment nicht äußern; ich weiß nicht, wie die spezifischen Produkte sind und wie die Verordnungen erfolgen.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: KBV.

KBV: Zu dem letzten Satz des GKV-SV möchte ich nur sagen, dass es ja nur um die Anfertigung eines Hilfsmittels geht, und das ist eine handwerkliche Leistung. Insofern ist diese Zehnsteller-Geschichte dann auch abgebildet. Das liegt nicht im Bereich des ärztlichen Handelns. Im Bereich des ärztlichen Handelns liegen die Überprüfung des Behinderungsausgleichs und gegebenenfalls die Erkennung von Zweit- und Folgeerkrankungen sowie die Feststellung der medizinischen Zweckmäßigkeit dieses Hilfsmittels zum Ausgleich der durch eine Grunderkrankung verursachten Schwerhörigkeit.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank. – Weitere Fragen an die Stellungnehmer? – Da das nicht der Fall ist, bleibt mir nur, mich bei Ihnen im Namen des Unterausschusses ganz herzlich zu bedanken und Ihnen eine gute Heimfahrt zu wünschen. Vielen Dank.

Schluss der Anhörung: 12:05 Uhr