

Fragen zu Härtefällen und unteren Anpassungsgrenzen Projekt Hörgeräte-Pauschalen BSV, März 2010

1. Frage: Können (und wenn ja welche) audiologische Kriterien für die Zusprache einer Härtefallpauschale (resp. Ausschlusskriterien) definiert werden?

Zur weiteren Differenzierung dieser Frage habe ich folgenden Fragebogen erstellt und aufgrund von Diskussionen mit Hörgeräteakustiker / Literatur ausgefüllt:

- * Härtefälle, d.h. übermässig grosser Zeitaufwand für HG-Anpassung nur bei hoch-/höchstgradigen Schwerhörigkeiten? oder auch bei geringeren?
unabhängig von Schwerhörigkeit, obwohl im Versorgungsbereich mittelgradiger Schwerhörigkeit generell mit weniger Anpassungszeit gerechnet werden darf
- * Im voraus zu definieren?
nein, keine Parameter bekannt
- * Wie häufig bei höchstgradigen SH? regelmässig? Ausnahmen?
unvorhersehbar
- * Überhaupt Zusammenhang mit bestimmten Konstellationen (Beruf, Schwerhörigkeit, etc.) feststellbar? Beruf? Form/Art der Schwerhörigkeit? Subjektive Ansprüche?
keine eindeutigen bzw. direkten Zusammenhänge
- * Ausschluss von Härtefall: lineare SH? audiologisch überhaupt bestimmbar???
nicht bestimmbar - eine lineare Schwelle ist nicht zwingend Grund für Ausschluss!

Zusammenfassung: Die Verteilung der Fälle mit erhöhtem Anpassungsaufwand erweist sich erfahrungsgemäss als völlig unvorhersehbar und erratisch. Parameter zur Beurteilung der zentralen Sprachverarbeitung fehlen oder sind nicht genügend konklusiv für eine auch nur einigermaßen zuverlässige Vorhersage. Eine entsprechende Einteilung der Härtefälle ist deshalb fast ausnahmsweise erst retrospektiv, d.h. empirisch möglich. Höchstens können gewisse Berufe oder Arbeitssituationen einen erhöhten Aufwand erwarten lassen, jedoch ebenfalls nicht zuverlässig.

Empfehlung: Wie vorgeschlagen Prüfung *nach* der Hörgeräte-Anpassung durch wenige, möglichst unabhängige IV-Expertenärzte, somit wahrscheinlich an den HNO-Abteilungen grosser Kliniken (es dürfte sehr schwierig sein, zuverlässig unabhängige Ärzte unter den frei niedergelassenen IV-Experten zu finden - und wie würde man das Auswahlverfahren gestalten?). Dies hätte auch den Vorteil, dass zentral möglichst einfach Anpassungsdaten gesammelt und ausgewertet werden und somit rasch auf Fehler in der Verordnung reagiert werden kann (gute Kommunikation zwischen den Kliniken vorausgesetzt). Eine Ausscheidung der Härtefälle aufgrund zuverlässiger Kriterien *vor* der Anpassung ist offenbar praktisch nicht möglich. Ausschlusskriterien sind audiologisch kaum zu begründen, hingegen sind ungenügende Tragedauer (bei modernen Geräten objektivierbar) und mangelhafte Kooperation bei der Anpassung sowie unrealistische subjektive Anforderungen an die Hörgeräte zweifellos triftige Gründe für einen Ausschluss.

2. Frage: Anpassung der unteren Grenze „Anspruchsberechtigung“ für Hörgeräte (IV und eventuell AHV) durch Veränderung der Auswahlparameter?

2.1. IV:

Einteilung bei 198 IV-Versicherten (ohne Nichterwerbstätige im IV-Alter)

aktuelle Indikationsstufen	Anzahl Vers.	% Vers.
Indikationsstufe 1 (25 - 49 Punkte)	38	19,2 %
Indikationsstufe 2 (50 - 74 Punkte)	123	62,1 %
Indikationsstufe 3 (ab 75 Punkten)	37	18,7 %

In der untersten Indikationsstufe 1 weist etwa $\frac{1}{3}$ aller Versicherten einen Hörverlust von <25% beidseits auf (oder vergleichbar bei asymmetrischen Verlusten, und zwar in Reinton- und Sprachaudiogramm), und mehr als die Hälfte einen Verlust von <30%. Der Durchschnitt der Punkte aus der audiologischen Berechnung beträgt 11,6 Punkte, der Durchschnitt aus der Beurteilung der subjektiven Behinderung (sozial-emotionelles + berufliches Handicap) 30,2 Punkte. In der Indikationsstufe 2 beträgt dieser Durchschnitt audiologisch 33,5 Punkte und Handicap 26,0 Punkte:

Indikationsstufen	Ø audiolog.	Ø Handicap	audiolog. Anteil
Indikationsstufe 1 (25 - 49 Punkte)	11,6 Pkte.	30,2 Pkte.	27,8 %
Indikationsstufe 2 (50 - 74 Punkte)	33,5 Pkte.	26,0 Pkte.	56,3 %

Darstellung aller IV-Versicherten mit 50% Hörverlust pro Anzahl Punkte der Indikationsstufen-Berechnung siehe Anhang 1.

Diskussion: In der Indikationsstufe 1 der IV spielt das sozial-emotionelle und berufliche Handicap die Hauptrolle bei der Berechnung zur Erreichung dieser Stufe. Die Inhalte dieses subjektiven Handicaps können jedoch trotz der gezielten Fragestellung durch andere Problemkreise als durch die Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit beeinflusst werden, so dass eine Hörgeräteversorgung in solchen Fällen nicht zwingend eine Verbesserung der Integration am Arbeitsplatz zur Folge hat. Die Untersuchung „Hörgeräte-Tragerate in der Schweiz“ vom April 07 bestätigt ebenfalls ein grösseres Risiko zu unregelmässigem Tragen des/der Hörgeräte bei leichtgradiger Schwerhörigkeit (beidseits $\leq 40\%$ Hörverlust), so dass eine undifferenzierte, prinzipielle Hörgeräte-Versorgung in der Indikationsstufe 1 möglicherweise doch einer Luxusvariante entspricht, bei welcher die Kosten deutlich grösser sein könnten als der resultierende Nutzen.

Somit stellt sich zur Diskussion, ob man die ganze Indikationsstufe 1 nicht streichen und stattdessen in diesem Bereich eine Ausnahmeregelung mit ausführlicher Begründung einführen will (analog zum früher ausgeübten beruflichen Indikationenmodell). Ohne eine solche Ersatzregelung besteht sonst die Gefahr, dass einzelne Versicherte der heutigen Indikationsstufe 1 je nach beruflichen Anforderungen in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt werden und allenfalls sogar Rentenansprüche geltend machen könnten. Die ausführliche Begründung kann wie heute im Rahmen der normalen IV-Erstexpertise abgeboten werden.

Vorbehalt: Die verwendete Datenbasis ist bezüglich Verteilung der Indikationsstufen fraglich repräsentativ für ein gesamtschweizerisches Kollektiv (Indikationsstufen 1, 2 und 3 je ca. 20%, 60% und 20%). Für die Verhältnisse innerhalb der Indikationsstufe 1 dürfte diese Verteilung jedoch irrelevant sein.

2.2. AHV:

Einteilung bei 696 AHV-Versicherten

aktuelle Indikationsstufen	Anzahl Vers.	% Vers.
Indikationsstufe 1 (40 - 49 Punkte)	47	6,8 %
Indikationsstufe 2 (50 - 74 Punkte)	311	44,7 %
Indikationsstufe 3 (ab 75 Punkten)	318	45,7 %

Nachdem im AHV-Alter vor der Einführung des Indikationsstufen-Modells ein Hörverlust von 50% Beitragsgrenze gewesen war, schien es unter dem Aspekt einer Einführung von Pauschalen und der Absicht einer Vermeidung von Hörgeräteversorgungen mit schlechter Kosten-Nutzen-Ratio sinnvoll, wiederum diese Grenze als Vergleich zur heutigen Regelung heranzuziehen.

Ein Hörverlust von 50%, dargestellt im Vergleich zur heutigen Punkte-Berechnung von Indikationsstufen (Grafik im Anhang 2) zeigt wie erwartet, dass ein beidseitiger Hörverlust von 50% aufgrund des Sprachaudiogramms (ab ca. 55 Punkten) deutlich früher und ausgeprägter einsetzt als aufgrund des Reintonaudiogramms (ab etwa 65 Punkten). Eine auf 50% Hörverlust definierte Beitragsgrenze könnte somit bei etwa 55 (-60) heutigen Punkten liegen, je nach Temperament des Spardrucks. Unter 53 Punkten nach heutiger Berechnung existiert jedoch kein Versicherter mit Hörverlust von mindestens 50% beidseits, unabhängig von der Berechnung (Reinton- oder Sprachaudiogramm).

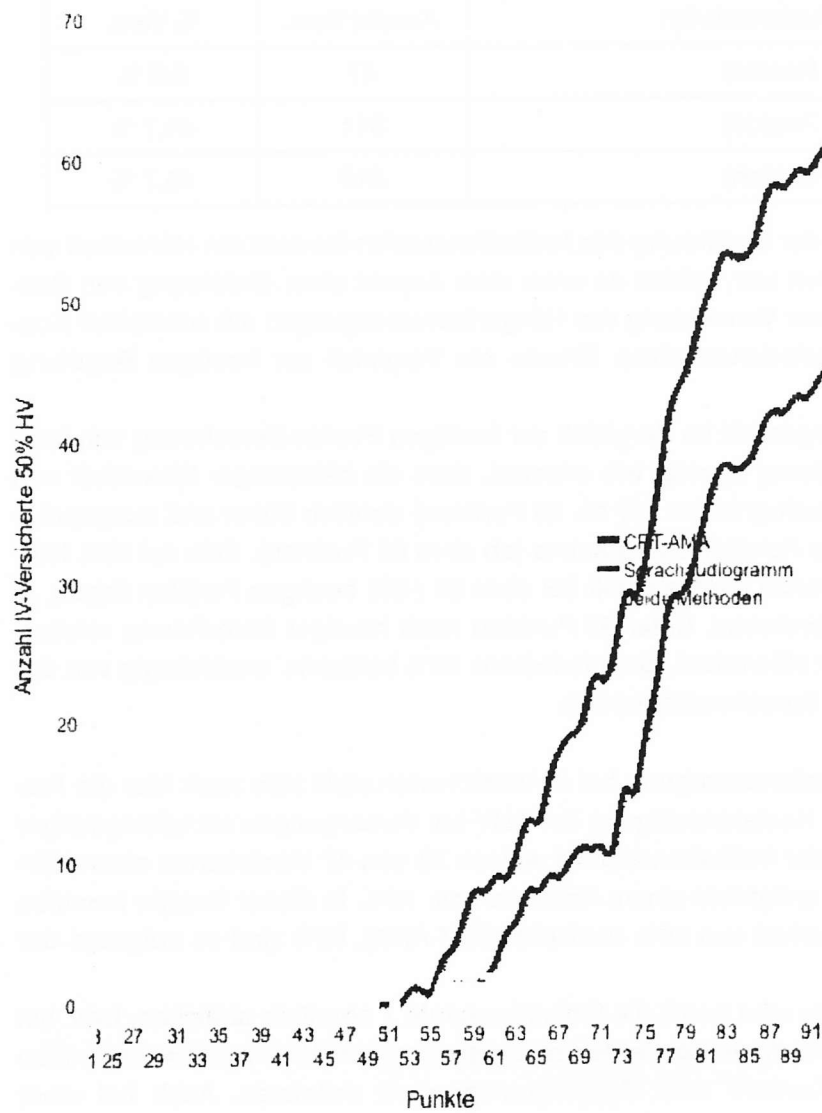
Diskussion: Analog zur Hörgeräteversorgung bei IV-Versicherten stellt sich auch hier die Frage, ob eine undifferenzierte Kostenbeteiligung der AHV bei Versorgung mit leichtgradiger Hörstörung Sinn macht. In der Indikationsstufe 1 weisen 33 von 47 Versicherten einen Hörverlust von <40% auf; dies entspricht einem Anteil von ca. 70%. In dieser Gruppe kommen 91,5% nicht auf einen Hörverlust von 50% beidseits (CPT-AMA), 68% sind es aufgrund der Sprachaudiometrie.

Ähnlich wie bei der IV könnte man somit die Indikationsstufe 1 ebenfalls streichen, bzw. bei einer rein audiologischen Bestimmung der Beitragsgrenze einen Wert irgendwo zwischen 40 und 50% Hörverlust (Reinton- oder Sprachaudiogramm) definieren. Auch bei einer Grenze von 50% erwarte ich nicht, dass die Deprivation von akustischem Input derart lange dauert, dass das zentrale Wortverständnis darunter irreversibel leiden würde. Ein Mass für den fraglichen Nutzen einer Hörgeräteversorgung bei einem Hörverlust von <45 - 50% ist überdies auch die Anzahl von Versicherten, die bei Nichterreichen der Beitragsgrenze eine Versorgung selbst finanzieren - diese war damals eine geringe Anzahl mit besonderen akustischen Ansprüchen (Feststellung aus der Erinnerung - keine Zahlenwerte greifbar).

Eine Ausnahmenregelung mit besonderer Begründung müsste restriktiver sein als bei der IV, da keine beruflichen Anforderungen mehr zu erfüllen sind. Höchstens für im AHV-Alter noch regelmässig Berufstätige könnte dies allenfalls nicht zutreffen. Vermutlich wäre es aber sogar sinnvoll, keine Ausnahmen zuzulassen (Gefahr einer unkontrollierbaren Mengenzunahme).

Anhang 1:

IV, n = 198



Anhang 2:

AHV, n = 696

