

# Projekt Hörgeräte-Pauschalen BSV März 2010

Verfasser:

Dr. med

ch

## 1. Fragestellung

- \* Es besteht die Absicht, die Hörgeräteversorgung für Erwachsene in zwei Pauschalen einzuteilen, wovon die erste v.a. für offene Versorgungen, die zweite für Fälle mit Resthörigkeit vorgesehen ist. Die zweite Gruppe soll ca. 2 - 4% aller Hörgeräteversorgungen ausmachen.
- \* Definition der verschiedenen Grade von Schwerhörigkeit
- \* Vor 1999 wurde die Hörgeräteversorgung für IV-Versicherte über die berufliche Indikation evaluiert, für AHV-Versicherte mit der Grenze von mind. 50% Hörverlust (CPT-AMA-Tabellen oder Sprachaudiogramm) auf beiden Ohren. Bei wieviel Prozent aller AHV-Versicherten würde diese Regel einen Hörgeräte-Beitrag auslösen im Unterschied zur heute gültigen Regelung mit dem Stufenmodell?
- \* Welche Punktezahl im Stufenmodell müsste mindestens erreicht werden, um 2, 3 oder 4% aller Hörgerätetragenden in die Pauschale mit Resthörigkeit einteilen zu können? Dies berechnet auf die Punktezahl einerseits nur audiologisch, andererseits Gesamtpunktzahl (Zusatz von 25 Pkt. bei definierten Handicaps ausgeschlossen).
- \* Die Einteilung der Versicherten in die verschiedenen Indikationsstufen hat sich seit der Einführung des heutigen Berechnungsmodells stetig gegen die höheren Stufen hin verschoben. Es besteht der Verdacht, dass die Versicherten das sozial-emotionale Handicap zunehmend schlechter bewertet haben, aus welchem Grund auch immer.

## 2. Grundlagen

- \* In Hinsicht auf eine Erstexpertise erhobene und in einer xml-Datenbank gespeicherte Daten von insgesamt 1064 IV- und AHV-Versicherten, welche alle mit Hörgerät versorgt wurden, stammend aus drei HNO-Praxen sowie aus dem Zeitraum vom Beginn der Versorgung nach den heute gültigen Berechnungsmethoden (Okt. 2001) bis anfangs 2010. Einzugsgebiet Bern und Umgebung.
- \* Praxiserfahrung seit 1977 (audiologische Ausbildung an der HNO-Klinik Bern), ab 1981 in eigener HNO-Praxis. Dabei vielfache Diskussionen mit Akustikern über allgemeine und besondere Probleme der Hörgeräteanpassung.
- \* Aktuelle Besprechungen mit Hörgeräteakustikern
- \* Bericht der EFK zur Hörmittelabgabe in der Schweiz (Juni 07)
- \* „Hörgeräte-Tragerate in der Schweiz“, Studie vom April 07 zuhanden der EFK
- \* Internet-Seiten: British Association of Otorhinolaryngologists, British Deaf Association, Deutscher Schwerhörigenbund, Hörgeräte (besser Hören im Alltag), Medline, NHS UK, Private Healthcare UK, pro audito schweiz, Royal National Institute for Deaf People, Stiftung Warentest, Vimentis

### 3. Definitionen

- \* Einteilung der Schwerhörigkeit aufgrund des prozentualen Hörverlusts:

|              |                                                           |
|--------------|-----------------------------------------------------------|
| 20 - 40% HV  | leichtgradige Schwerhörigkeit                             |
| 40 - 60% HV  | mittelgradige Schwerhörigkeit                             |
| 60 - 80% HV  | hochgradige Schwerhörigkeit                               |
| 80 - 95% HV  | Resthörigkeit                                             |
| 95 - 100% HV | Taubheit bzw. an Gehörlosigkeit grenzende Schwerhörigkeit |

### 4. Resultate

#### Vorbemerkungen:

- \* Die für „zusätzliche Erschwernisse“ vorgesehenen Zusatzpunkte (25 Pt.) wurden nicht berücksichtigt, da sie für die Berechnung der Indikationsstufen aufgrund von audiologischen Kriterien und des sozial-emotionalen Handicaps irrelevant sind.
- \* Das Ausmass des Hörverlusts und damit die Einteilung in verschiedene Schweregrade können nur mit Hilfe von Reinton- oder Sprachaudiogramm oder beiden zusammen bestimmt werden. Aufgrund der Berechnungen in der Erstexpertise ist dies nicht möglich, da die Punktetabelle der *binauralen* Hörverluste die Grenzen zwischen den definierten Hörverlust-Gruppen verwischt. Aus den Indikationsstufen der Erstexpertise kann man somit *nicht* auf den Schweregrad eines (binauralen) Gesamthörverlusts in % schliessen. Die Bestimmung des Hörverlusts geschieht deshalb im Folgenden aufgrund *aller* drei erwähnten Messmethoden (CPT-AMA-Tabellen *oder* Sprachaudiogramm *oder* beiden zusammen), um Vergleiche zu ermöglichen.

#### 4.1. Hochgradige Schwerhörigkeit

Die Gruppe der hochgradig Schwerhörigen wurde bestimmt durch die Berechnung der Anzahl Versicherten mit Hörverlust von 60 - 100% und Subtraktion derjenigen mit einem Hörverlust von 80 - 100%. Damit werden alle hochgradig Schwerhörigen eingeschlossen, welche auf dem schlechteren Ohr Verluste von >80% aufweisen, deren besseres Ohr aber verhindert, dass sie in die Gruppe der Resthörigen gezählt werden.

Die erste Zeile der Tabelle stellt alle hochgradig Schwerhörigen aus dem gesamten Kollektiv von 1064 Versicherten dar, die folgenden Zeilen jeweils die Anzahl in jeder Gruppe (IV, IV nicht erwerbstätig und AHV) und den Prozentsatz bezogen auf die Gesamtzahl der betreffenden Gruppe:

| Hochgradige Schwerhörigkeit   |           | Reintonaudiogramm |       | Sprachaudiogramm |       | RTA + Sprachaudio |       |
|-------------------------------|-----------|-------------------|-------|------------------|-------|-------------------|-------|
|                               |           | Anzahl            | %     | Anzahl           | %     | Anzahl            | %     |
| Alle IV- und AHV-Versicherten | 1064      | 264               | 24,8% | 300              | 28,2% | 250               | 23,5% |
| AHV,                          | total 696 | 190               | 27,3% | 239              | 34,3% | 180               | 25,9% |
| IV nicht erwerbstätig,        | total 170 | 60                | 35,3% | 36               | 21,2% | 56                | 32,9% |
| IV,                           | total 198 | 14                | 7,1%  | 25               | 12,6% | 14                | 7,1%  |

## 4.2. Resthörigkeit inkl. an Gehörlosigkeit grenzende Schwerhörigkeit

Diese Gruppe umfasst alle Versicherten mit Resthörigkeit (Verlust 80 - 95%) und an Gehörlosigkeit grenzender Schwerhörigkeit (Verlust zwischen 95 und 100%). Die letztere Gruppe ist derart klein (siehe unten), dass eine gesonderte Berücksichtigung bei der Hörgeräteversorgung nicht sinnvoll ist; zudem tendiert ein Teil dieser Gruppe wohl ohnehin zur CI-Versorgung.

| Resthörigkeit und an Gehörlosigkeit grenzende Schwerhörigkeit |           | Reintonaudiogramm |       | Sprachaudiogramm |       | RTA + Sprachaudio |       |
|---------------------------------------------------------------|-----------|-------------------|-------|------------------|-------|-------------------|-------|
|                                                               |           | Anzahl            | %     | Anzahl           | %     | Anzahl            | %     |
| Alle IV- und AHV-Versicherten                                 | 1064      | 76                | 7,1%  | 258              | 24,2% | 74                | 7,0%  |
| AHV,                                                          | total 696 | 34                | 4,9%  | 174              | 25,0% | 33                | 4,7%  |
| IV nicht erwerbstätig,                                        | total 170 | 32                | 18,8% | 68               | 40,0% | 32                | 18,8% |
| IV,                                                           | total 198 | 10                | 5,1%  | 16               | 8,1%  | 9                 | 4,5%  |

Die gemäss Experten-Empfehlungen durchgeführte Punktebewertung der Gruppe „Resthörigkeit und an Gehörlosigkeit grenzender Schwerhörigkeit“ (Hörverlust zwischen 80 und 100% aufgrund von Reinton- und Sprachaudiometrie) zeigt folgendes Bild, wenn sie nach AHV und IV aufgeschlüsselt wird (keine Rückschlüsse auf das Berechnungsmodell der Indikationsstufen möglich wegen unsicherer Korrelation):

|                                                     | nur audiologisch | + soz.-emot. HC |
|-----------------------------------------------------|------------------|-----------------|
| AHV, 696 Versicherte                                | 56,9 Pkte.       | 87,1 Pkte.      |
| IV nicht erwerbstätig, 170 Versicherte              | 56,5 Pkte.       | 86,9 Pkte.      |
| IV, 198 Versicherte (audiologisch 10 Pkte. weniger) | 47,7 Pkte.       | 84,1 Pkte.      |

### 4.3. An Gehörlosigkeit grenzende Schwerhörigkeit (95 - 100% HV)

An Gehörlosigkeit grenzende Schwerhörigkeit (Hörverlust zwischen 95 und 100%) kommt - zumindest bei Einbezug der Reintonsschwellen - bei diesem Kollektiv nur selten vor. Auch hier beziehen sich die Prozentangaben jeweils auf die Grösse der Versichertengruppe:

|                               |       |     | Reintonaudiogramm |      | Sprachaudiogramm |       | RTA + Sprachaudio |      |
|-------------------------------|-------|-----|-------------------|------|------------------|-------|-------------------|------|
|                               |       |     | Anzahl            | %    | Anzahl           | %     | Anzahl            | %    |
| Alle IV- und AHV-Versicherten | 1064  |     | 12                | 1,1% | 108              | 10,2% | 12                | 1,1% |
| AHV,                          | total | 696 | 3                 | 0,4% | 69               | 9,9%  | 3                 | 0,4% |
| IV nicht erwerbstätig,        | total | 170 | 5                 | 2,9% | 32               | 18,8% | 5                 | 2,9% |
| IV,                           | total | 198 | 4                 | 2,0% | 7                | 3,5%  | 4                 | 2,0% |

Bei den folgenden Tabellen wurde bei den oben aufgelisteten Gruppen ermittelt, welche Punkteanzahl sie aufgrund der Experten-Empfehlungen im Schnitt erhalten hatten, und zwar aufgeteilt in audiologische Punkte und in Punkte-Total inkl. Fragebogen. Audiologisch erreichen AHV- und IV-Gruppen jeweils das Maximum. Der statistische Wert dieser Zahlen ist angesichts der geringen Anzahl von Versicherten in diesen Gruppen eher fraglich.

| Punkteanzahl im Schnitt bei „an Gehörlosigkeit grenzender Schwerhörigkeit“ (Hörverlust zwischen 95 und 100%), errechnet aus Reinton- und Sprachaudiometrie | nur audiologisch | audiolog. + Fragebogen |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------|
| AHV, 696 Anpassungen                                                                                                                                       | 60,0 Pkte.       | 90,7 Pkte.             |
| IV nicht erwerbstätig, 170 Anpassungen                                                                                                                     | 58,4 Pkte.       | 91,2 Pkte.             |
| IV, 198 Anpassungen                                                                                                                                        | 50,0 Pkte.       | 89,0 Pkte.             |

| Punkteanzahl im Schnitt bei „an Gehörlosigkeit grenzender Schwerhörigkeit“ (Hörverlust zwischen 95 und 100%), errechnet <i>nur</i> aufgrund der Sprachaudiometrie | nur audiologisch | audiolog. + Fragebogen |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------|
| AHV, 696 Anpassungen                                                                                                                                              | 56,1 Pkte.       | 86,1 Pkte.             |
| IV nicht erwerbstätig, 170 Anpassungen                                                                                                                            | 56,8 Pkte.       | 87,5 Pkte.             |
| IV, 198 Anpassungen                                                                                                                                               | 48,6 Pkte.       | 87,4 Pkte.             |

#### 4.4. Indikationsstufen für Hörgeräte im AHV-Alter

Im Folgenden ein Vergleich zwischen den Anpassungsrichtlinien vor 1999 (Schwerhörigkeit  $\geq 50\%$  Hörverlust beidseits, *entweder* im Reinton- oder im Sprachaudiogramm)<sup>1</sup> und der heutigen Lösung mit Indikationsstufen 1 bis 3, nur die Erst-Anpassung im AHV-Alter betreffend (ohne Besitzstand IV):

| AHV-Versichertetotal 696                                               | Anzahl | in %   |
|------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| heute: nach Indikationsstufe 1 - 3                                     | 696    | 100,0% |
| Vergleich: >50% Hörverlust beidseits <i>nur</i> im Reintonaudiogramm   | 370    | 53,2%  |
| Vergleich: > 50% Hörverlust beidseits in Reinton- und Sprachaudiogramm | 349    | 50,1%  |
| Vergleich: > 50% Hörverlust beidseits <i>nur</i> im Sprachaudiogramm   | 495    | 71,1%  |

#### 4.5. Vergleich der Daten zwischen 2003/04 und 2008/09

Im folgenden werden die Daten des sozial-emotionalen Handicaps und der audiologischen Werte zwischen 2003/04 und 2008/09 verglichen (aus 2 Jahren, um genügend grosse Zahlen zu erhalten):

|                     | Pkte. sozial-emionelles Handicap |          |         |       | Pkte. audiologische Werte |         |       |
|---------------------|----------------------------------|----------|---------|-------|---------------------------|---------|-------|
|                     | IV sozial                        | IV Beruf | IV n.e. | AHV   | IV                        | IV n.e. | AHV   |
| 2003/04, Anzahl 145 | 16,23                            | 15,46    | 26,33   | 24,17 | 30,5                      | 49,62   | 43,9  |
| 2008/09, Anzahl 415 | 16,4                             | 16,99    | 26,68   | 24,8  | 26,79                     | 44,11   | 45,39 |

### 5. Interpretation und Diskussion

1. Die Gruppe aller IV- und AHV-Versicherten mit Resthörigkeit und an Gehörlosigkeit grenzender Schwerhörigkeit (Hörverlust 80 - 100%) ist mit ca. 7% deutlich grösser als erwartet, so dass eine *weitere Unterteilung* mit den Zielwerten von 2, 3 oder 4% für eine Gruppe mit erhöhten Anforderungen an das Hörgerät *nicht sinnvoll erscheint*. Vielmehr bildet diese Gruppe eine Einheit, zwar mit willkürlichen Grenzen (80% Hörverlust), aber dennoch mit gegenüber der Gruppe mit hochgradigem Hörverlust erhöhten Geräteanforderungen wegen der benötigten Verstärkungsleistung.

<sup>1</sup> soweit erinnerlich und aufgrund meiner Daten in Form von damaligen Erstexpertisen eruierbar.

2. Bei der aktuell projektierten Einführung von pauschalen IV-Vergütungen, welche aufgrund des prozentualen Hörverlusts definiert werden sollen, können die Versicherten am ehesten mit Hilfe von *Reinton- und eventuell auch Sprachaudiogramm* in eine bestimmte Gruppe von Schwerhörigkeit eingeteilt werden. Dies gilt ähnlich auch für die Versorgung im AHV-Alter, wenn hier nicht wieder die Schwelle von 50% Hörverlust nach den CPT-AMA-Tabellen eingesetzt werden soll, wie sie vor der Berechnung der Indikationsstufen (ab 1999) üblich war. Bei der Gruppe mit Hörverlust von  $\geq 80\%$ , eventuell auch bei den hochgradig Schwerhörigen (60 - 80%), können zusätzliche überschwellige Untersuchungen allenfalls Auskunft über zu erwartende Schwierigkeiten bei der Hörgeräteversorgung geben. Es ist letztlich aber Sache der Audiologischen Kommission, zusammen mit dem BSV die notwendigen otologischen und audiologischen Untersuchungen für die Erstexpertise festzulegen.
3. Die *fehlende direkte Vergleichsmöglichkeit der verschiedenen Schweregrade von Schwerhörigkeit und des Indikationenmodells der Erstexpertise* führt zu Unsicherheiten bei der Interpretation der oben aufgeführten Werte. Allerdings darf man annehmen, dass analog zum Indikationenmodell die aus Reinton- und Sprachaudiogramm errechneten Werte verlässlicher (und auch restriktiver) sind als diejenigen aus Reinton- oder Sprachaudiogramm allein. Besonders die Sprachaudiometrie führt in den meisten Fällen zu einer deutlich schlechteren Einstufung, ohne dass eine Hörgeräteversorgung proportional dazu aufwändiger sein müsste - die v.a. im AHV-Alter schlechteren Werte kommen vermutlich durch Anteile der zentralen Wortverarbeitungsstörung bei Presbyakusis zustande. Die erhobenen Werte lassen insgesamt vermuten, dass eine *Hörgeräteindikation aufgrund von Reinton- und Sprachaudiogramm* gering restriktiver ist als aufgrund des Reintonaudiogramms allein.
4. Die Zahlen der *Resthörigkeit* aller Versicherten demonstrieren einen ähnlichen Prozentsatz bei den Versicherten im AHV- und IV-Alter, jedoch einen deutlich *höheren Anteil bei den IV-Versicherten* im AHV-Alter. Dies sehr wahrscheinlich als Folge der in dieser Gruppe deutlich früher einsetzenden und entsprechend auch früher hohe Verluste erreichenden Hörstörung. Falls ein solches Resultat auch bei grösseren Kollektiven als diesem zustande kommt, wird die heutige Regel bestätigt, bei erstmals im IV-Alter versorgten Versicherten die Hörgeräteversorgung auch nach Erreichen des AHV-Alters im Rahmen einer *Besitzstandwahrung* durchzuführen und nicht einer Erstversorgung im AHV-Alter gleichzusetzen (entgegen den Empfehlungen der EFK). Dem „Peak“ von Hörgeräteabgaben kurz vor der Pensionierung sollte demnach mit anderen Mitteln entgegen gewirkt werden als mit einer Aufhebung der Besitzstandgarantie. Z. B. könnte eine solche Garantie ab einer gewissen Zeit vor dem Übertritt ins AHV-Alter nur ab einem bestimmten höheren Ausmass der Schwerhörigkeit gewährt werden (besser noch mit einer linear [?] ansteigenden Kurve anstatt mit Fixwerten errechnet), um den Übergang vom IV- zum AHV-Alter diesbezüglich gleitend zu gestalten und einen „Peak“ von IV-Hörgeräteabgaben kurz vor dem AHV-Alter zu vermeiden. Dies könnte bei Bedarf auch die Besitzstandgarantie eines Teils der IV-Hörgeräteträger mit Indikationsstufe 1 betreffen, welche nach einer Pensionierung nicht selten auf das Tragen der Hörgeräte verzichten können und wollen.
5. Die *überschwelligen Hörtests* sollen helfen, Eigenheiten des geschädigten Gehörs aufzudecken, welche eine Hörgeräteversorgung erschweren können. Der *Sprachtoleranztest* erreichte allerdings in unserem Kollektiv bei 94,5% aller Hörgeräteträger die maximale



Punktzahl, so dass entweder seine Aussagekraft nicht sehr gross ist oder fast alle Versicherten unseres Kollektivs allzu frühangaben, die Lautstärke sei zu hoch bzw. ein Sprachverständnis nicht mehr vorhanden. Ein Vergleich mit anderen Datenbasen ist deshalb angezeigt, und falls sich das Ergebnis bestätigt, wäre es sinnvoll, einerseits die *Auswahl der überschwelligen Hörprüfungen einzuschränken* (unter Berücksichtigung der Objektivität und Reproduzierbarkeit), andererseits deren *Reihenfolge vorzuschreiben*, anstatt die Auswahl gemäss heutiger Regelung dem ausführenden Expertenarzt zu überlassen.

6. Die zunehmende *Verschiebung der Hörgeräte-Indikation von Stufe 1 zu Stufe 3* ist schwerlich auf eine zunehmende Verschlechterung der Hörfähigkeit der Bevölkerung zurückzuführen; entsprechende Hinweise finden sich nicht in der Literatur (Medline). Somit muss man bei gleichbleibenden „objektiven“ bzw. zumindest gut reproduzierbaren Messresultaten der audiologischen Untersuchungen annehmen, dass ausschliesslich der Schweregrad der subjektiven Beurteilung zugenommen und zu einer Mengenzunahme in der Indikationsstufe 3 geführt hat. Es handelt sich dabei um die Beurteilung des sozial-emotionalen Handicaps, welches vom Versicherten durch subjektive Angaben wesentlich beeinflusst werden kann. So sehr ein solches Element zur Beurteilung der Hörgeräteindikation wünschbar wäre, spricht aber die Mengenzunahme in der höchsten Indikationsstufe gegen die Integration einer derart leicht beeinflussbaren Beurteilungsmethode in die Berechnung der Indikationsstufe. Und nicht zuletzt können sich heute die Grundlagen bei der Beurteilung z. B. der beruflichen Anforderungen innerhalb der Lebensdauer eines Hörgeräts derart ändern, dass die zur Indikation notwendige Beurteilung längst nicht mehr zutrifft. Die *eigenen Zahlen* können im Übrigen eine solche Verschiebung nicht belegen, höchstens lassen die audiologischen Zahlen bei den IV-Versorgungen annehmen, dass sich vermehrt IV-Versicherte auch mit nur leichtgradigen Hörstörungen versorgen lassen (Stufe 1). Diese Datenbasis ist somit bei dieser Fragestellung nicht repräsentativ für das gesamtschweizerische Phänomen der Mengenzunahme in der Indikationsstufe 3.
7. Diese Betrachtungen sowie die Schwierigkeiten beim Vergleich der Berechnungen für die Indikationsstufen mit der Einteilung des prozentualen Hörverlusts führen zur *Empfehlung einer vereinfachten, vorwiegend oder eventuell sogar ausschliesslich audiologischen Indikation* mit gut reproduzierbaren und auch statistisch gut auswertbaren Messmethoden. Jegliches strukturierte Interview zur Erhebung der subjektiven Hörbehinderung im Alltag trägt das Risiko in sich, dass die Bedeutung der Werte bekannt wird und die Werte selbst sich deshalb über die Verbreitung dieses Wissens im Laufe der Jahre derart verändern können, dass sie nicht mehr repräsentativ sind. Wenn aktuell bereits eine neue, IT-basierte Verordnung von Hörgeräten vorgesehen ist, wäre es wünschenswert, bei der Einführung für die verschiedenen Sprachräume einheitliche und Plattform- (Rechner-) unabhängige Programme zu verwenden, welche überdies die anonymisierten Daten jeweils automatisch auf einem zentralen Server der schweizerischen ORL-Gesellschaft speichern (Namen von Versicherten und Einsender gelöscht, Alter in Bereichen angegeben ohne genaues Geburtsjahr, SSL-verschlüsselt [dieses Vorgehen überprüft von einem Ingenieur für Kommunikationssysteme, speziell „Internet Security“]). Nur so ist es möglich, fortlaufend zuverlässige Rückmeldungen über die Indikationsberechnungen und deren Steuerung der Hörgeräteversorgung zu erhalten.