

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 9/2011 –

20.05.2011

Wissenschaft und Praxis im Dialog: Die Situation von Hörgeschädigten nach dem Urteil des BSG v. 17.12.2009 - B 3 KR 20/08 R

Kommentar von Rechtsanwalt Dr. Robert Weber zum Diskussionsbeitrag 12-2010 in Forum A von Prof. Dr. Felix Welti:

Der Diskussionsbeitrag A12-2010 von Prof. Dr. Felix Welti ist für den hörbehinderten Menschen eine notwendige, aber keine hinreichende Hilfe. Der hörbehinderte Mensch erfährt nicht, wie weit sein gesetzlicher Hilfsmittelanspruch reicht. Er wird auch nicht darüber informiert, an welchen Reha-Träger er seinen Leistungsantrag richten sollte. Weder dem Urteil noch der Anmerkung ist zu entnehmen, ob das unklar, klar oder egal ist. Unklar ist auch, worauf man in einem Streit um Hörgerätekosten hinwirken sollte und von wem man ggf. Gutachten benötigt. Mit dem Urteil werden sehr viele Fragen aufgeworfen, auf die es bisher keine befriedigenden Antworten gibt.

I. Unklare Reichweite des gesetzlichen Hilfsmittelanspruchs

Der oder die Versicherte möchte wissen, wo im Bereich der Hörgeräteversorgung der Unterschied zwischen Bequemlichkeit und un-mittelbarem Behinderungsausgleich liegt. Das erschließt sich nicht ohne weiteres. Deshalb gibt es auch keine Antwort auf die Frage, ob dazu ggf. ein ärztliches, ein hörgereätetechnisches oder ein berufskundliches Sachverständigengutachten eingeholt werden muss.

Der Versicherte möchte wissen, wie hoch ggf. die von ihm selbst zu tragenden Mehrkosten sind. Die Krankenkasse wird aber nicht in der Lage sein, ihn darüber zu informieren. Sie wird auf den Leistungserbringer verweisen. Aber der Leistungserbringer kennt weder die Reichweite des § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V noch die Reichweite des § 31 Abs. 3 SGB IX, er hat nur eine Vorstellung von seinen vertraglichen Verpflichtungen, die er einhalten muss, um den Vertragspreis gemäß § 33 Abs. 7 SGB V zu erhalten.

Der Versicherte möchte außerdem auf dem von ihm einzuhaltenden „Beschaffungsweg“ nichts falsch machen. Auch insoweit ist nicht gewährleistet, dass der Versicherte vom Leistungserbringer oder von der Krankenkasse über § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V oder

über § 15 Abs. 1 SGB IX richtig aufgeklärt wird. Über den genauen Inhalt von gesteigerten Obhuts- und Informationspflichten der Krankenkassen herrscht Unklarheit. Man könnte das auch drastischer ausdrücken.

Die Versicherten möchten wissen, wie die Chancen vor Gericht sind. Im Allgemeinen sind die Chancen von Betroffenen, die an Taubheit grenzend schwerhörig sind, besser geworden. Über alle anderen Gruppen von schwerhörigen Menschen, die gesetzlich krankenversichert sind und mit Hörgeräten versorgt werden müssen, wird in Bezug auf generelle Tatsachen nichts gesagt. Das Angebot und die Nachfrage müssten bei den verschiedenen Arten von Schwerhörigkeit „genereller“ als bisher berücksichtigt werden. Warum wird es nicht als generelle Tatsache begriffen, dass Hörgeräteträger(innen) – nicht nur die an Taubheit grenzend Schwerhörigen – mit den aktuellen Vertragspreisen (§ 33 Abs. 7 SGB V) im Allgemeinen nicht auskommen, um die Dienstleistungen des Hörgeräteakustikers zu bezahlen?

II. Bei wem (zuerst) den Antrag stellen?

Der berufstätige Versicherte möchte wissen, ob er einen Antrag zuerst an die Krankenkasse oder zuerst an die Rentenversicherung (oder an die Agentur für Arbeit) richten soll. Lange Zeit meinten viele, dass die Chancen auf volle Kostenübernahme bei der Rentenversicherung etwas besser seien. Aber seit der höchstrichterlichen Hervorhebung von Leistungspflichten der Krankenkassen sinken die Chancen bei der Rentenversicherung. Nach dem gesetzgeberischen Anliegen ist es egal, wer erstangegangener Leistungsträger ist. Unter Berücksichtigung der Antragsbearbeitung durch die Rentenversicherung, wie sie insbesondere seit dem Urteil des 3. Senats des BSG vom 17. Dezember 2009 praktiziert wird, gilt dies jedoch nicht unbedingt. Die Rentenversicherung rüstet mit einer juristischen Mindermei-

nung auf und vertritt den Standpunkt, § 14 SGB IX sei in Hörgerätefällen für sie unanwendbar. Damit tritt die Rentenversicherung – möglicherweise sogar erfolgreich – den Kostenrisiken gemäß § 192 Abs. 4 SGG entgegen. Die Rentenversicherung leistet großen Widerstand: Sie führt keine Zuständigkeitsklärung durch, ermittelt unzureichend, verweist pauschal auf die Krankenkasse und entscheidet ablehnend. Auch wenn die Antragsbearbeitung durch Krankenkassen nicht besser ist, spricht jedenfalls nichts (mehr) dagegen, den Antrag auf volle Kostenübernahme zuerst bei der Krankenkasse zu stellen. Es ist also nicht egal, an wen man den Antrag (zuerst) richtet, sondern es ist im Zweifel weniger kompliziert, wenn man sich zuerst an die Krankenkasse wendet.

III. Die prozessualen Folgen der unzureichenden Ermittlungen im Verwaltungsverfahren

Der Rechtsanwalt des hörbehinderten Menschen muss sich überlegen, ob aus der von der Rentenversicherung vertretenen Auffassung (vgl. „Lösungsoptionen zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln“ – in diesem Forum unter „Stellungnahmen“ einsehbar) spezielle prozessuale Konsequenzen zu ziehen sind. Möglicherweise empfiehlt es sich, rechtzeitig auf eine Abkürzung (?) nach § 131 Abs. 5 Satz 1 SGG zu drängen. Im Übrigen hat das Nebeneinander von mehreren in Frage kommenden Reha-Trägern in der Sozialgerichtsbarkeit zu einer Aufblähung geführt. Die prozessualen Regelungen der §§ 75 und 96 SGG fangen diese Problematik nur unzureichend auf. Insbesondere ist es unökonomisch, wenn die Verurteilung eines beigeladenen Reha-Trägers schon aus rein verfahrensrechtlichen Gründen scheitert. Ein solches verfahrensrechtliches Hindernis liegt vor, wenn bereits ein bisher unangefochte-

ner Ablehnungsbescheid der Beigeladenen existiert. Oft wird insoweit zwar nachträglich ein Überprüfungsverfahren gemäß § 44 SGB X in Gang gesetzt, meistens endet dieses aber mit einem zurückweisenden Widerspruchsbescheid bzw. mit der Notwendigkeit einer zweiten Klage!

IV. Das Ergebnis: Teilhabebeeinträchtigungen

Literatur und Rechtsprechung bekommen es anscheinend nicht hin, das Sozialrecht hörbehinderter Menschen verständlich und praktikabel auszulegen. Umso problematischer ist es dann aber, den Hörgeräteakustiker im Interesse des gesetzlich krankenversicherten Kunden zu mehr Verbraucherschutz anzuhalten.

Nicht wenige hörbehinderte Menschen setzen „vorschnell“ ihre Ersparnisse ein oder verschulden sich, etwa weil sie eine neue Hörgeräteversorgung dringend im Beruf oder bei der Arbeitssuche benötigen und nicht auf den Ausgang eines langwierigen Rechtsstreits warten könnten. Manche bleiben aus rein formalen Gründen auf diesen Kosten endgültig sitzen. Andere scheuen das finanzielle Risiko gleich ganz und brechen die Testphase bei dem Hörgeräteakustiker ab. Wieder andere beginnen nicht einmal eine Testphase und bleiben ebenfalls unversorgt. Die Ursache all dieser „Teilhabebeeinträchtigungen“ sind die eigenen finanziellen Interessen von Leistungserbringern und Reha-Trägern. Es fehlt an einem Anreiz dafür zu sorgen, dass der Versicherte bei der Geltendmachung seines Sachleistungsanspruchs nicht vom Weg abkommt.

**Erwiderung von Prof. Dr. Felix Welti und
Manuela Willig, Dipl. jur., M. mel.:**

Zusammenfassende Thesen:

1. Es ist begrüßenswert, dass das BSG in seinem Urteil vom 17. Dezember 2009 (Az. B 3 KR 20/08 R, BSGE 105, 170) klargestellt hat, dass Hörgeräte als Hilfsmittel zum unmittelbaren Behinderungsausgleich nach dem neuesten Stand der Technik zu erbringen sind.
2. Dient ein Hilfsmittel dem Behinderungsausgleich, handelt es sich bei diesem um eine Leistung zur Teilhabe. Dies hat zur Folge, dass die koordinierenden Verfahrensvorschriften des SGB IX Anwendung finden. Das bedeutet insbesondere, dass § 14 SGB IX auf Hörgerätekfälle uneingeschränkt Anwendung findet.
3. Abgrenzungsfragen im Hilfsmittelbereich sollten durch die Rehabilitationsträger in einer gemeinsamen Empfehlung (§§ 13 I, 12 SGB IX) einvernehmlich geklärt werden.
4. Die Bedarfsfeststellung für Leistungen zur Teilhabe ist auch im Hilfsmittelbereich Sache der Rehabilitationsträger (§§ 10, 14 SGB IX), nicht der Leistungserbringer (z. B. der Hörgeräteakustiker).
5. Die Grundannahme des Gesetzgebers, die Festbeträge würden zu Preissenkungen führen, hat sich nicht bewahrheitet. Die Gründe hierfür sind durch empirische Forschung zu ermitteln.
6. Die Gewährleistungsverantwortung der Rehabilitationsträger wird weder durch Festbeträge noch durch Vertragspreise aufgehoben.
7. Die Beratungspflichten der Rehabilitationsträger können nicht durch Verweis auf die Leistungserbringer aufgehoben werden.

I. Vorbemerkung

Das Urteil des BSG vom 17. Dezember 2009 (Az. B 3 KR 20/08 R, BSGE 105, 170) hat in mehrfacher Weise begrüßenswerte Klarstellungen über das Konzept der Hilfsmittelversorgung gebracht. Es stellt heraus, dass Hörgeräte dem unmittelbaren Behinderungsausgleich dienen und deshalb nach dem neuesten Stand der Technik zu erbringen sind und unabhängig von einzelnen Bedürfnissen des täglichen Lebens oder beruflichen Anforderungen beansprucht werden können.

Die Anmerkung von Rechtsanwalt Dr. Weber zum Urteil des BSG vom 17. Dezember 2009 und zum Diskussionsbeitrag 12-2010 in Forum A (Welti) weist zu Recht darauf hin, dass die Rechtslage und vor allem die richtige Strategie zur Rechtsdurchsetzung für die hörbehinderten Betroffenen und für ihre Vertreter nach wie vor unklar ist. Dies folgt aus einer unklaren Gesetzeslage, einer Rechtsprechung, die von den klärenden Ansätzen des SGB IX nicht immer konsequent Gebrauch gemacht hat, sowie einer Praxis von Rehabilitationsträgern, die neben dem Leistungsrecht auch durch andere Handlungsanreize geleitet wird.

Eine Diskussion zwischen Wissenschaft und Praxis ist deshalb dringend erforderlich, um zur Klärung beizutragen und Lösungsangebote für Sozialpolitik, Rechtsprechung und Rechtsberatung zu entwickeln. Dabei müssen gleichermaßen die Stärken wie die Schwächen der gegenwärtigen Rechtslage und Rechtspraxis herausgearbeitet werden. Auf einige dieser Punkte wird im Folgenden eingegangen.

II. Hörgeräte gehören zu den Leistungen zur Teilhabe. § 14 SGB IX soll Nachteile bei Anträgen an nicht zuständige Träger vermeiden

Die jüngere Rechtsprechung des BSG geht einhellig davon aus, dass Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich – und damit auch Hörgeräte – aller Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe sind. Das ist nicht selbstverständlich, denn Krankenkassen vertreten auch den Standpunkt, es handele sich um Leistungen der Krankenbehandlung. Die Systematik des SGB V ist insoweit unklar und erst aus dem auf Behinderungsausgleich gerichteten Ziel ergibt sich die richtige Zuordnung zu Rehabilitation und Teilhabe.

Mit der Einordnung der Hörgeräte als Leistungen zur Teilhabe durch die Rechtsprechung wird die Anwendung des SGB IX eröffnet. Die Instrumente aus § 14 SGB IX werden zur Lösung von Zuständigkeitskonflikten genutzt. Hier ist die Rechtsprechung konsequent. Unabhängig davon, wo der erste Antrag gestellt worden ist, ergibt sich die Pflicht zur Entscheidung über die Zuständigkeit innerhalb von zwei Wochen. Wer einen Antrag gestellt hat, soll nach zwei Wochen wissen, wer über ihn entscheiden wird. Eine vernünftige Begründung, warum § 14 SGB IX in Hörgerätefällen nicht anwendbar sein soll, ist nicht ersichtlich. Das BSG hat schon früher klargestellt, dass auch bei rechtlicher oder tatsächlicher Unklarheit, ob ein Hilfsmittel als Leistung zur Krankenbehandlung oder als Leistung zur Teilhabe beansprucht werden kann, alle in Betracht kommenden Leistungen zu prüfen sind und deswegen auch § 14 SGB IX anzuwenden ist¹.

III. Einheitlicher Leistungsrahmen?

Aus der Anwendung des SGB IX auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich folgt nach § 12 Abs. 1 SGB IX die Pflicht der Rehabilitationsträger, dafür zu sorgen, dass die Leistungen zur Teilhabe nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden. Hierzu sollen die Rehabilitationsträger gemeinsame Empfehlungen vereinbaren (§ 13 Abs. 1 SGB IX).

In der Entscheidung des BSG vom 17. Dezember 2009 (Rz 17) wird nicht völlig ausgeschlossen, dass der Leistungsumfang von Hilfsmitteln der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung größer sein könnte als in der Krankenversicherung. Das BSG sieht eine „Aufgabenaufteilung“ zwischen den Trägern, die bewirke, dass „ausschließlich berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile“ durch die Krankenversicherung nicht auszugleichen seien, wohl aber durch die Renten- und Unfallversicherung.

Praktisch wird dies in der gleichen Entscheidung wieder relativiert (Rz 18), indem darauf hingewiesen wird, dass der möglichst weitgehende Ausgleich des Funktionsdefizits „Hören“ immer geboten sei, ohne dass dieses auf ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens bezogen sein müsse. Das Gericht definiert den möglichst vollständigen Behinderungsausgleich sodann (Rz 20) dadurch, dass hörbehinderten Menschen im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen eröffnet werden muss und ihnen die nach dem Stand der Technik erforderlichen Hörgeräte zur Verfügung zu stellen sind, um mit hörgesunden Menschen gleichzuziehen (Rz 22). Anhand dieses Maßstabs ist dann wieder kaum ein Fall vorstellbar, in dem besseres Hören rein beruflich und arbeitsplatzspezifisch wäre. Diese Ausführungen des BSG zu beruflichen Gebrauchsvorteilen könnten insoweit für die

¹ BSG v. 21.8.2008, Az. B 13 R 33/07 R, Rz 34.I.

Hörgeräteversorgung von geringer Bedeutung bleiben.

Wäre der Leistungsanspruch bei den Trägern der medizinischen Rehabilitation insoweit doch identisch, bliebe es von §§ 12, 13 SGB IX geboten und darüber hinaus zweckmäßig, den Leistungsrahmen nun auch in gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger zu konkretisieren. Selbst wenn man der Ansicht folgte, der Leistungsanspruch könne unterschiedlich sein, wäre eine gemeinsame Empfehlung zum Leistungsumfang hilfreich, weil sie für die Praxis Klarheit schaffen könnte. Das Gesetz gebietet ausdrücklich, Abgrenzungsfragen einvernehmlich durch gemeinsame Empfehlungen zu klären².

IV. Die vertraglichen Regelungen der Krankenkassen mit den Hörgeräteakustikern sichern keine bedarfsgerechte Versorgung

Die Bedarfsfeststellung für Leistungen zur Teilhabe ist nach §§ 10, 14 SGB IX ausdrücklich Sache der Rehabilitationsträger. Dies bekräftigt für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung § 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, wonach zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach §§ 10–12 SGB IX, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen ist. Für Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich wird diese Regel nicht immer angewandt. Die Krankenkassen nehmen vielmehr die ärztliche Verordnung als Bedarfsfeststellung, obwohl diese für Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nach ständiger Rechtsprechung des BSG nicht mehr ist als eine Anregung, die weder notwendige noch hinreichende Bedingung der Leistung ist.³ Für Hörgeräte

findet faktisch ein erheblicher Teil der Bedarfsfeststellung durch den Hörgeräteakustiker statt.

Die vertraglichen Regelungen der Krankenkassen mit den Hörgeräteakustikern scheinen in der Praxis keineswegs hinreichend, um sicherzustellen, dass eine bedarfsgerechte Versorgung ohne Zuzahlungen erfolgt, wie es dem Leistungsrecht entsprechen würde. In der Praxis scheinen sehr viele Leistungsfälle mit einer „freiwilligen“ erheblichen Zuzahlung zu enden, nachdem die Versicherten im Beratungsverhältnis zum Hörgeräteakustiker zu dem Ergebnis gekommen sind, eine bedarfsgerechte Versorgung sei anders nicht möglich. Die Grundannahme des Gesetzgebers, die Festbeträge würden zu Preissenkungen führen, hat sich nicht bewahrheitet. Ob dies daran liegt, dass eine solche bedarfsgerechte Versorgung zum Vertragspreis nicht möglich ist – wie das BSG es zumindest für einen Teil der besonders stark Hörbehinderten festgestellt hat – oder ob es auch eine Rolle spielt, dass weder Hörgeräteakustiker noch Krankenkassen die zuzahlungsfreie Versorgung der Versicherten als ihr Interesse definieren und entsprechend beraten, wäre letztlich durch empirische Forschung aufzuklären. Jedenfalls scheint es, dass sich erhebliche Teile der Praxis vom Leitbild des Gesetzes und der Rechtsprechung des BSG weit entfernt haben.

V. Informationspflicht und Leistungsverantwortung der Träger

Das Urteil des BSG vom 17. Dezember 2009 hat verdeutlicht, dass die Verantwortung für die umfassende Information und die Erschließung der Leistungen bei den Rehabilitationsträgern liegt. Nachdem das BSG klargestellt hat, dass die Gewährleistungsverantwortung für bedarfsgerechte Hilfsmittel durch Festbeträge nicht aufgehoben wird, muss das Gleiche auch für Vertragspreise

² § 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX.

³ BSGE 84, 266, 267; BSGE 88, 204, 215.

gelten, die eine bedarfsgerechte Versorgung nicht ermöglichen. Ebenso können die Beratungspflichten der Rehabilitationsträger nicht durch Verweis auf Leistungserbringer aufgehoben werden. Hierzu hat jüngst das LSG Berlin-Brandenburg verdeutlicht, dass schon die Übermittlung der Versorgungsanzeige durch den Hörgeräteakustiker an die Krankenkasse als Antrag des Versicherten auch über den Festbetrag hinaus zu werten ist.⁴

VI. Schluss

Mit Blick auf die Praxis ist die Skepsis von Rechtsanwalt Weber verständlich, ob und wie hörbehinderte Menschen in Deutschland bedarfsgerechte Leistungen zum Ausgleich ihrer Behinderung erhalten können.

Dennoch sollte nicht gering geschätzt werden, dass das BSG mit seiner Entscheidung vom 17. Dezember 2009 den Anspruch der hörbehinderten Menschen bekräftigt hat. Rechtsberatung und Rechtsprechung sind nun herausgefordert, die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit zu verkleinern. Gesetzgebung und Politik sind gefordert zu überprüfen, ob und wie, gerade angesichts der Behindertenrechtskonvention, die jetzige Gesetzeslage ausreicht, um ihre erklärten Ziele zu erreichen.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

⁴ LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 25.11.2010, Az. L 31 R 37/10.