

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 4/2012 –

08.02.2012

Umfang der Leistungspflicht bei Hilfsmittelversorgung (Hörhilfen) Anmerkung zu LSG Chemnitz, Urt. v. 04.10.2011 – L 5 R 228/11

von Dr. Thomas Stähler, Frankfurt am Main

In dieser Entscheidung geht es um die Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers nach § 14 Abs. 1 SGB IX bei Versorgung mit einem Hilfsmittel (hier: Hörgerät).

I. Wesentliche Aussagen des Urteils

1. Die Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX erstreckt sich nicht nur auf Teilhabeleistungen sondern auch auf Leistungen der Krankenbehandlung, sofern solche Leistungen das Begehren des versicherten Antragstellers decken können. Der ohne fristgerechte Weiterleitung endgültig zuständig gewordene Leistungsträger hat den geltend gemachten Anspruch – hier auf das Hilfsmittel Hörhilfe – anhand aller Rechtsgrundlagen, auch nach zuständigkeitsfremden Leistungsgesetzen, zu prüfen und zu erbringen, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation in Betracht kommen und dem Grunde nach vorgesehen sind.
2. Der Hörgeräteakustiker ist zwar beauftragter Leistungserbringer der

- Krankenkasse, jedoch keine zur Entgegennahme von Leistungsanträgen befugte Stelle (§ 16 Abs. 1 Satz 2 SGB I). Die Übergabe der ohrenärztlichen Verordnung durch den Versicherten an den Hörgeräteakustiker kann daher nicht bereits als Eingang des Antrages bei der Krankenkasse gewertet werden. Erst die Weitergabe des Hilfsmittelbegehrens durch den Hörgeräteakustiker namens und im Auftrag des Versicherten an die Krankenkasse bewirkt den Eingang des Antrages bei einem Leistungsträger.
3. Die Kostenerstattung eines selbstbeschafften Hörgeräts ist zwar davon abhängig, ob der Versicherte das ihm Zumutbare getan hat, um die notwendige Leistung zur Vermeidung unnötiger Kosten zu ermitteln. Testet der Versicherte bei einem von der Krankenkasse zugelassenen Hörgeräteakustiker jedoch mehrere Hörgeräte, darunter auch solche zu Vertragsarztpreisen oder Festbeträgen, und liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Testung und Anpassung unsachgemäß erfolgte oder überbeuerte beziehungsweise luxuri-

öse Geräte angepasst worden sind, dann erfüllt der Versicherte regelmäßig diese Obliegenheit, soweit die Leistungsträger nicht im Einzelfall Vorschläge unterbreiten, denen der Versicherte konkret nachgehen kann, um eine preiswertere Versorgung mit gleichen Ergebnissen zu erreichen.

II. These des Autors (Ergänzung zu I.)

„Selbst verschafft“ ist eine Hilfsmittelleistung nicht schon mit deren Auswahl. Denn diese ist dem Verfahren zur Hilfsmittelbewilligung notwendig vorgeschaltet.

III. Der Fall

Die Beteiligten streiten darüber, ob der beklagte Rentenversicherungsträger verpflichtet ist, der klagenden Versicherten als **Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben** oder als Leistung der **Krankenbehandlung** die Kosten für zwei digitale Mehrkanalhörgeräte mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung (abzüglich des von der Krankenkasse bereits geleisteten Festbetrages und abzüglich des gesetzlichen Zuzahlungsbeitrages sowie eines vom Hörgeräteakustiker gewährten Rabattes) zu erstatten.

Der Versicherten wurden (wiederholt) wegen beidseitiger Innenohrschwerhörigkeit durch ihren Ohrenarzt Hörhilfen verordnet. Sie stellte bei ihrem Rentenversicherungsträger einen **Antrag auf Zuschuss** zu den verordneten Hörhilfen, da sie diese aus beruflichen Gründen für die sachgerechte Ausübung ihrer Tätigkeit als Büromanagerin und Assistentin des Niederlassungsleiters mit entsprechenden Repräsentationspflichten benötige. Unter Beifügung der ohrenärztlichen Verordnung sowie des Kostenvoranschlags eines von ihr aufgesuchten Hörgeräteakustikers wies sie bei Antragstellung darauf hin, dass

sie sich derzeit **noch in der Testphase für die Hörhilfen** befinde. Diesen Antrag lehnte der Rentenversicherungsträger ab. Nach Abschluss der Test- und Anpassungsphase erwarb die Versicherte daraufhin zwei für sie geeignete digitale Mehrkanalhörgeräte und stellte einen **Kostenerstattungsantrag** bei ihrem Rentenversicherungsträger. Letzterer lehnte auch diesen Antrag mit der Begründung ab, dass zwar eine Hörhilfe **aus medizinischen Gründen notwendig** sei, es sich hierbei aber um eine Leistung der medizinischen **Grundversorgung** handele. Die Versicherte benötige gerade keine über die Basisversorgung hinausgehende Versorgung mit höherwertigen Hörgeräten wegen besonderer Anforderungen während der Berufsausübung. Der nach erfolglosem Widerspruchsverfahren eingelegte Klage hat das Sozialgericht (SG) Dresden im Wesentlichen mit der Begründung stattgegeben, dass ein Erstattungsanspruch gegenüber dem beklagten Rentenversicherungsträger zwar nicht nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung, wohl aber **nach dem Recht der Krankenversicherung (GKV)** bestehe, weil der Rentenversicherungsträger erstangegangener Leistungsträger im Sinne des § 14 Abs. 1, Abs. 2 S. 1 SGB IX sei. Dieser habe daher auch den Bedarf nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung prüfen müssen, weil er den Antrag nicht innerhalb von 14 Tagen an die Krankenkasse der Versicherten weitergeleitet habe (§ 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX). Der Rentenversicherungsträger hätte daher prüfen müssen, ob die Hörminderung der Versicherten auch durch ein Hörgerät zum Festbetrag in geeigneter, notwendiger und ausreichender Weise hätte ausgeglichen werden können. Den von der Versicherten eingereichten Kostenvoranschlag habe der Rentenversicherungsträger aber vor seiner Ablehnungsentscheidung in keiner Weise hinterfragt. Die Versicherte selbst habe erst nach **Befassung der beiden Leistungsträger** (Kran-

kenkasse, Rentenversicherungsträger) mit dem Vorgang ihr unter Vorbehalt abgegebenes **Einverständnis** mit einer eigenanteils-behafteten Hörgeräteversorgung erklärt. Sie hatte sich also zum damaligen Zeitpunkt noch nicht auf ein bestimmtes Gerät festgelegt. Wesentlich preiswertere Geräte, die einen vergleichbaren **Behinderungsausgleich** ermöglicht hätten, seien jedoch nicht festzustellen. Der Rentenversicherungsträger habe es versäumt, Erkundigungen darüber einzuholen, wo die Versicherte das für sie erforderliche Hörgerät **zu einem günstigeren Preis** hätte erwerben können, ohne dass die Versicherte selbst bundesweit Kostenangebote hätte einholen müssen. Erst mit dieser Auskunft wäre er aber auch seiner Informationspflicht aus § 15 Abs. 2 SGB I gerecht geworden (dass diese Informationspflicht auch den Rentenversicherungsträger trifft, erschließt sich aus § 22 Abs. 2 S. 2 SGB IX).

Gegen die Entscheidung des Sozialgerichts Dresden hat der Rentenversicherungsträger Berufung eingelegt. Diese hat das Landessozialgericht (LSG) Chemnitz als unbegründet abgewiesen.

IV. Die Entscheidung

Vorliegend stellt das LSG Chemnitz – wie in seiner Parallelentscheidung vom 23. August 2011 – L 5 R 766/10¹ – fest, dass der Ablehnungsbescheid des Rentenversicherungsträgers in Gestalt des Widerspruchsbescheides rechtswidrig ist und die Versicherte in ihren Rechten verletzt.

¹ Vgl. hingegen LSG Mainz, Urt. v. 21.09.2011 – L 4 R 56/10.

1. Zuständiger Rehabilitationsträger und Kostenerstattungspflicht

Die (Voll-) **Kostenerstattungspflicht** des Rentenversicherungsträgers ergibt sich aus § 15 Abs. 1 Satz 4, 2. Alt. SGB IX. Zuständiger Rehabilitationsträger im Sinne von Abs. 1 dieser Bestimmung ist der nach § 14 SGB IX verantwortliche Rehabilitationsträger. Letztgenannte Bestimmung sieht im Grundsatz lediglich zwei Zuständigkeiten vor: die des **erstangegangenen** oder die des im Wege der Weiterleitung **zweitangegangenen Rehabilitationsträgers** (die **Antragsweiterleitung** selbst ist im Übrigen als reine Verfahrenshandlung und damit Verwaltungsinternum nicht justiziabel²). Zweck dieser Regelung ist es, im Interesse behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen durch **rasche Klärung von Zuständigkeiten** Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken. Diesem Zweck liefe es zuwider, für das Außenverhältnis zum Leistungsberechtigten neben der Zuständigkeit eines Trägers nach § 14 SGB IX eine Zuständigkeit des nach den Leistungsgesetzen „eigentlich“ verpflichteten Trägers für möglich zu halten. Des Weiteren hat die Feststellung der Zuständigkeit eines Trägers im Sinne von § 14 zwingend zur Folge, dass im Verhältnis zwischen diesem und dem Leistungsberechtigten der Anspruch **anhand aller Rechtsgrundlagen zu prüfen** ist, die in der konkreten Bedarfssituation für Rehabilitationsträger vorgesehen sind. Auch wenn also der erstangegangene Träger für eine Leistung der beantragten Art überhaupt nicht zuständig ist, hat er nach höchstrichterlicher Rechtsprechung³ die **Leistung** dem Antragsteller gegenüber nach den Vorschriften des „eigentlich“ zuständigen Leistungsträgers **zu erbringen** und kann dann **gegebenenfalls**

² Vgl. unlängst SG Fulda, Gerichtsbescheid v. 02.01.2012 – S 1 R 151/09.

³ BSG, Urt. v. 20.10.2009 – B 5 R 5/07 R, sowie Urt. v. 21.08.2008 – B 13 R 33/07 R - und Urt. v. 26.06.2007 – B 1 KR 34/06 R.

einen **Erstattungsanspruch** gegenüber dem „eigentlich“ zuständigen Träger geltend machen.

2. Prüfung anhand aller in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen

In Verstärkung und gewissermaßen „Fort-schreibung“ der BSG-Rechtsprechung betont vorliegend das LSG Chemnitz, dass die durch § 14 SGB IX begründete Zuständigkeit des erstangegangenen Leistungsträgers (ebenso) die Erbringung von Leistungen anhand aller in der konkreten Bedarfssituation in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen, **auch nach „zuständigkeitsfremden Leistungsgesetzen“**, umfasse. Dies gilt zur Überzeugung des Gerichts auch dann, wenn die Versorgung mit Hörhilfen zwar nicht nach dem Recht der GKV, **wohl aber nach dem Recht des zuerst angegangenen Leistungsträgers** (i. S. v. § 14 SGB IX) eine Leistung zur medizinischen **Rehabilitation** beziehungsweise zur **Teilhabe** im Sinne der §§ 4, 5 SGB IX sei.⁴

3. Selbstbeschaffung von Leistungen und Wirtschaftlichkeitsgebot

Das Landessozialgericht schließt sich in der weiteren Entscheidungsbegründung den Ausführungen der Vorinstanz⁵ inhaltlich an und betont dabei vor allem, dass bei **Selbstbeschaffung** von Leistungen durch den Leistungsberechtigten die volle Kostenerstattung (nach § 15 SGB IX) nur davon abhängig gemacht werden könne, ob dieser das ihm **Zumutbare** getan hat, um die „notwendige“ Leistung **zur Vermeidung unnötiger Kosten** zu ermitteln. Vorliegend ist der aus den §§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, 33 Abs. 1 SGB V folgende Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit digita-

len Mehrkanalhörgeräten (mit hier individuell erforderlicher Störschallunterdrückung und Spracherkennung) durch das **Wirtschaftlichkeitsgebot** des § 12 SGB V begrenzt. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Ausgeschlossen sind demnach Ansprüche auf teure Hilfsmittel zum einen, wenn eine kostengünstigere Versorgung **für den angestrebten Nachteilsausgleich funktionell ebenfalls geeignet** ist – **Mehrkosten** sind nach § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V ansonsten selbst zu tragen. Zum anderen, wenn durch die kostenaufwendigere Versorgung nicht eine Verbesserung im Sinne eines wesentlichen beziehungsweise erheblichen (mithin nicht nur geringfügigen) Gebrauchsvorteils im Alltagsleben des betroffenen Menschen bedingt wird.⁶ **Keine Leistungspflicht** des Trägers besteht jedenfalls für solche Innovationen, die nicht die Funktionalität betreffen, sondern in erster Linie die Bequemlichkeit und den Komfort bei der Nutzung des Hilfsmittels; dasselbe gilt im Übrigen für lediglich ästhetische Vorteile. Teurere Hörgeräte mit geringfügig noch besseren Anpassungsergebnissen sind aus Wirtschaftlichkeitsgründen von der Versicherten vorliegend aber gerade nicht begehrt worden. Des Weiteren hat nach Feststellung des Gerichts die Versicherte insgesamt auch **keine weiteren Anstrengungen** unternehmen müssen, um herauszufinden, ob noch günstigere gleichwertige Hörhilfen auf dem deutschen Markt zur Verfügung standen.

⁴ Vgl. insoweit v. a. BSG, Urt. v. 21.08.2008 – B 13 R 33/07 R – sowie Urt. v. 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R.

⁵ SG Dresden, Urt. v. 26.10.2010 – S 9 R 29/07.

⁶ Vgl. auch BSG, Urt. v. 06.06.2002 – B 3 KR 68/01 R (st. Rspr.).

4. Festbetragsregelung und Kostengünstigkeit der Versorgung mit dem Hilfsmittel

Nach gefestigter Rechtsprechung des BSG⁷ ermächtigt die **Festbetragsregelung des SGB V als Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots** zu Leistungsbegrenzungen nur im Hinblick auf die **Kostengünstigkeit** der Versorgung, **nicht** aber zu **Einschränkungen des GKV-Leistungskatalogs**. Kann danach mit dem Festbetrag die nach dem GKV-Leistungsstandard gebotene Versorgung nicht für grundsätzlich jeden Versicherten zumutbar gewährleistet werden, bleibt die Krankenkasse weiterhin zur Sachleistung verpflichtet. Diese Sachleistung kann sich der Versicherte dann unter den Voraussetzungen der §§ 13 Abs. 1, 3 SGB V, 15 SGB IX auch selbst beschaffen. „**Selbst verschafft**“ ist hiernach eine Hilfsmittelleistung nicht schon mit deren Auswahl, denn diese ist dem Hilfsmittelbewilligungsverfahren notwendigerweise vorgeschaltet und scheidet deshalb – mit Ausnahme von Fällen der Vorfestlegung – als Anknüpfungspunkt für den Zeitpunkt der Hilfsmittelbeschaffung aus. **Anspruchshindernd** (im Sinne eines Leistungsausschlussgrundes) wirkt hingegen erst der Abschluss eines **unbedingten Verpflichtungsgeschäfts** (z. B. über ein Hörgerät) zwischen Versichertem und Leistungserbringer.⁸

V. Würdigung/Kritik

Gerichtsentscheidungen zur Thematik der Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX und der damit zusammenhängenden Frage der Weiterleitung von Rehabilitationsanträgen sowie zur Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach § 15 SGB IX sind mittlerweile

⁷ BSG, Urt. v. 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R m. w. N.

⁸ Vgl. auch BSG, Urt. v. 03.08.2006 – B 3 KR 24/05 R.

bereits zahlreich ergangen, so erst unlängst vom Landessozialgericht Mainz⁹. Leitend dabei hat zu sein, dass § 14 SGB IX nach dem Willen des Gesetzgebers dem **Schutz behinderter Menschen vor Zuständigkeitsstreitigkeiten** der Rehabilitationsträger und einer **Beschleunigung des Verfahrens** zugunsten rascher Leistungsentscheidung und -erbringung dienen soll. Wie auch vom LSG Mainz (in vorgenanntem Beschluss vom 16. August 2011) festgestellt, ist mit dieser **Schutzfunktion** eine erneute Weiterleitung oder sogar Rückübertragung durch den zweitangegangenen Rehabilitationsträger an den erstangegangenen nicht zu vereinbaren.¹⁰ Zur Vermeidung von Zuständigkeitsstreitigkeiten „auf dem Rücken“ der Betroffenen soll dies selbst dann gelten, wenn die erste Weiterleitung unberechtigt oder sogar rechtsmissbräuchlich erfolgte.

Entscheidend ist, dass ein einmal gestellter **Antrag umfassend**, das heißt auf alle nach Lage des Falles in Betracht kommenden Leistungen **zu prüfen** ist.¹¹

VI. Ausblick/Praktische Konsequenzen

1. Weiterer rechtlicher Diskussionsbedarf

Die **Besonderheit** der vorliegenden LSG-Entscheidung (ebenso auch in dem vom Gericht mit Urt. v. 23.08.2011 entschiedenen Fall) liegt darin, dass die Versicherte nach erfolgter Begleichung (nur) eines Teils des Rechnungsbetrages über die Hörhilfen bei ihrer Krankenkasse **keinen Antrag auf voll-**

⁹ LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 16.08.2011 – L 5 KR 175/11 B ER - sowie Urt. v. 21.09.2011 – L 4 R 56/10.

¹⁰ Vgl. auch „Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens“ i. d. F. vom 28.09.2010, insbes. §§ 2 Abs. 2, 3 Abs. 1.

¹¹ Vgl. BSG, Urt. v. 29.11.2007 – B 13 R 44/07 R; s. zum SGB V auch BSG, Urt. v. 04.04.2006 – B 1 KR 5/05 R.

ständige Kostenübernahme (vor Erwerb der Hörgeräte) gestellt hat. Dieser Umstand führt nach der Rechtsauffassung des LSG Chemnitz jedoch zu keiner anderen Einschätzung in der Frage, wer als nach § 14 SGB IX zuständiger Rehabilitationsträger letztlich auch leistungspflichtig ist.

Gleichwohl bestehen insgesamt Zweifel, ob das LSG mit seiner „Fortschreibung“ der BSG-Rechtsprechung diese nicht bereits zu sehr „überdehnt“ hat. Denn es besteht schon auch ein sachlicher wie rechtlicher Unterschied, ob das Bestehen eines Leistungsanspruchs nach allen in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen (lediglich) zu prüfen oder ob eine Leistung – generell – auch nach (allen anderen) „zuständigkeitsfremden Gesetzen“ zu erbringen ist. Dies gilt vor allem dann, wenn die erforderliche Leistung vom Leistungsspektrum des zweitangegangenen oder auch aufgrund versäumter rechtzeitiger Weiterleitung zuständig gewordenen Rehabilitationsträgers – beispielsweise also des Rentenversicherungsträgers – überhaupt nicht umfasst ist (zur Frage der Leistungserbringung durch einen unzuständigen Rehabilitationsträger vergleiche hingegen § 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX; ferner § 14 Abs. 6 Satz 1 SGB IX hinsichtlich weiterer Leistungen zur Teilhabe, das heißt nach Feststellung eines weiteren Bedarfs nach § 10 SGB IX). Gleichwohl dürfte festzuhalten sein, dass die Rehabilitationsträger jedenfalls zu einer gewissenhaften, zügigen Antragsprüfung aufgefordert sind, da ihnen anderenfalls nach der Rechtsprechung eine Leistungserbringung aufgrund aller Rechtsgrundlagen¹² „droht“.

¹² Vgl. erst unlängst BSG, Urt. v. 30.11.2011 – B 11 AL 7/10 R – zur Leistungsausführung durch ein Persönliches Budget gemäß § 17 SGB IX.

2. Verbesserung der Versorgung nach Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinie

Im schriftlichen Verfahren ist am 21. Dezember 2011 eine Neufassung der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL)“¹³ beschlossen worden, die nach – zu erwartender – beanstandungsfreier Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Bekanntmachung im Bundesanzeiger alsbald in Kraft treten wird. Mit der neugefassten Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 17. Dezember 2009¹⁴ umgesetzt, mit der die **Zielsetzung**, die eine Hörhilfe im Rahmen des Leistungsanspruchs gewährleisten muss, klargestellt worden ist. Dementsprechend sind in der überarbeiteten Hilfsmittel-Richtlinie nicht zuletzt die **Regelungen zu den Hörhilfen** (§§ 18 ff., zu Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen s. § 28) an den **aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik** sowie an die Versorgungspraxis angepasst und bestehende Unklarheiten bezüglich des **technisch erforderlichen Standards** der Hörhilfen ausgeräumt worden. Die GKV¹⁵ hat hiernach für solche Hörgeräte aufzukommen, die nach dem Stand der Medizintechnik **Funktionsdefizite des Hörvermögens** möglichst weitgehend – im Sinne vollständigen Gleichziehens mit den letztendlich unbegrenzten Möglichkeiten eines gesunden Menschen und

¹³ Siehe § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und 8 SGB V; vgl. in diesem Zusammenhang auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie, BANz. 2009 S. 2131), v. a. § 12 betr. die Leistungsentscheidung der Krankenkasse unter Berücksichtigung der Fristen des § 14 SGB IX.

¹⁴ BSG, Urt. v. 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R.

¹⁵ Vgl. auch das aktualisierte GKV-Hilfsmittelverzeichnis (hier speziell Produktgruppe 13), veröffentlicht im BANz. Nr. 5 vom 10.01.2012.

mithin zur Ermöglichung gleichberechtigter **Teilhabe am Leben in der Gesellschaft** im Sinne von § 1 SGB IX – ausgleichen; hierbei soll, soweit möglich, ein Sprachverstehen auch bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen erreicht werden.¹⁶ Im vorliegenden Entscheidungskontext sind insbesondere auch die in § 30 HilfsM-RL getroffenen Festlegungen zur **Auswahl des Hörgerätes** und dessen Abnahme von Interesse. Danach setzt die Hörgeräteversorgung eine sorgfältige vergleichende Hörhilfen-Testung mit geeigneten Geräten aktueller Technik voraus, die bezüglich des Sprachverständnisergebnisses zu dokumentieren ist. Die individuelle **Anpassung** des Hörgerätes erfolgt **durch den Hörgeräteakustiker** aufgrund ärztlicher

Verordnung. Der verordnende Facharzt muss sich dabei durch audiometrische Untersuchung vor allem vergewissern, dass die vom Hörgeräteakustiker vorgeschlagene Hörhilfe den angestrebten Verstehensgewinn (Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen) nach § 19 HilfsM-RL erbringt.

Auch nach Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinie wird die weitere Entwicklung im Bereich der Hilfsmittel- und insbesondere Hörgeräteversorgung sicherlich aufmerksam zu beobachten sein.

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

¹⁶ Siehe Pressemitteilung Nr. 52/2011 des G-BA vom 22.12.2011, www.g-ba.de.