



Diskussionsforum Teilhabe und Prävention

Herausgegeben von:

Dr. Alexander Gagel & **Dr. Hans-Martin Schian**

in Kooperation mit:

Prof. Dr. Wolfhard Kohte
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Ulrich Preis
Institut für Deutsches und Europäisches
Sozialrecht, Universität zu
Köln

Prof. Dr. Felix Welti
Hochschule Neubrandenburg

Mai 2009

Forum A

Leistungen zur Teilhabe und Prävention
– Diskussionsbeitrag Nr. 7/2009 –

Zum Anspruch auf digitale Hörgeräte – nicht bedarfsdeckende Festbeträge – Verhältnis von Kranken- und Rentenversicherung

von Prof. Dr. Felix Welti

Der 13. Senat des BSG mit einer Klage gegen einen Rentenversicherungsträger auf ein digitales Hörgerät befasst, für das die Krankenkasse nur einen Zuschuss in Höhe des Festbetrags gezahlt hatte (BSG, Ur. v. 21.08.2008, Az. B 13 R 33/07 R). Viele hörbehinderte Menschen wünschen digitale Hörgeräte, die analogen Hörgeräten überlegen, aber meist auch teurer sind. Verschiedene Rechtsfragen in diesem Zusammenhang sind strittig. Die Entscheidung des BSG hat einen ersten Beitrag zur Klärung geleistet und macht Aussagen zum Umgang mit nicht bedarfsdeckenden Festbeträgen und zur Abgrenzung zwischen den Hilfsmittelansprüchen gegen Krankenkassen und Rentenversicherung.

- 1. Ist der Festbetrag nicht ausreichend, um eine krankenversicherte Person im Einzelfall mit einem Hörgerät zum Ausgleich der Behinderung zu versorgen, muss die Krankenkasse den überschießenden Anteil des Kaufpreises übernehmen.**
- 2. Zu den Grundbedürfnissen im Sinne der medizinischen Rehabilitation zählt auch die Ausübung einer sinnvollen beruflichen Tätigkeit.**
- 3. Die Krankenversicherung hat nicht für ein höherwertiges Hörgerät einzustehen, wenn dies nur wegen einer besonders guten Hörfähigkeit erfordernde Arbeit notwendig ist. Das BSG meint, dass es sich dann um eine Leistung der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung handeln könne, nicht aber um eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.**
- 4. Das Problem nicht bedarfsdeckender Festbeträge für Hilfsmittel muss rechtlich und politisch gelöst werden.**
- 5. Die Leistungsansprüche auf Hilfsmittel bedürfen insgesamt einer systematischen Neuordnung.**

Urteil des BSG vom 21.8.2008 – B 13 R 33/07 R

I. Der Fall

Der 1957 geborene Kläger ist seit Geburt **schwerhörig**. Er arbeitet als Lagerarbeiter, fährt Gabelstapler, gibt Waren aus und nimmt sie an. Sein HNO-Arzt verordnete ihm 2002 neue **digitale Hörgeräte** für 3.715 €, weil die Leistung der **analogen Hörgeräte unzureichend** sei. Die Krankenkasse zahlte den Festbetrag von 915 € (§§ 33 Abs. 1 Satz 1, 36 SGB V; § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). Wegen des Restbetrages beantragte der Kläger die Kostenübernahme beim Träger der Rentenversicherung als **Hilfsmittel zur Teilhabe am Arbeitsleben** (§§ 9, 16 SGB VI; § 33 Abs. 3 Nr. 6, Abs. 8 Nr. 4 SGB IX). Der Rentenversicherungsträger lehnte ab, weil die Hörgeräte nicht nur dem Arbeitsleben, sondern auch der **Hörfähigkeit im Alltag** dienen. Das SG Hildesheim verurteilte den Rentenversicherungsträger zur Zahlung des Differenzbetrages (Urt. v. 13.4.2005, Az. S 5 RJ 117/03). Auf Berufung des Rentenversicherungsträgers hat das LSG Niedersachsen-Bremen diesen zur Neubescheidung verurteilt (Urt. v. 8.3.2007, Az. L 10 R 247/05). Erste und zweite Instanz stützten sich darauf, dass der Kläger nach ihren Feststellungen zur Sicherheit am Arbeitsplatz auf digitale Hörgeräte angewiesen ist. Die Krankenkasse wurde von SG und LSG nicht beigeladen, weil der Anspruch auf die digitalen Hörgeräte auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gegen die Rentenversicherung gerichtet werden könnte (§§ 9, 15 SGB VI, § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX).

II. Die Entscheidung

Das BSG hat auf die Revision des Rentenversicherungsträgers den Fall an das LSG Niedersachsen-Bremen **zurückverwiesen**, da § 14 SGB IX nicht beachtet wurde und noch Tatsachen zur Leistungsverpflichtung der Krankenkasse aufzuklären sind.

1. Nachrangigkeit der Hilfsmittel zur Teilhabe am Arbeitsleben

Zum materiellen Recht führt das BSG zunächst aus, der Anspruch auf Hilfsmittel als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Abs. 8 Satz 1 Nr. 4 SGB IX sei nachrangig gegenüber einer Leistungspflicht im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. Dies schließt das BSG aus der Formulierung im Gesetz „*es sei denn, dass (...) solche Leistungen als medizinische Leistungen erbracht werden können.*“ Daraus schließt das BSG, dass ein Anspruch auf ein digitales Hörgerät gegen die Rentenversicherung sich jedenfalls auf eine Leistung der medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI; § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX) richte.

2. Umgang mit nicht bedarfsdeckenden Festbeträgen

Ob der Anspruch sich nun im Ergebnis gegen die Krankenkasse oder gegen den Rentenversicherungsträger richtet, lässt das BSG wiederum offen. Das BSG stellt

fest, dass die Tatsachenfrage, ob der Festbetrag nicht ausreicht, eine bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen, ausdrücklich geklärt werden muss.

Ist positiv festgestellt, dass der Festbetrag nicht bedarfsdeckend ist, sieht das BSG die Krankenkasse als verpflichtet an, **in verfassungskonformer Auslegung** von §§ 33 Abs. 1, 36, 12 Abs. 2 SGB V das gesamte **Hilfsmittel als Sachleistung** zu erbringen. Dies stützt der 13. Senat des BSG auf die Entscheidung des BVerfG zu den Festbeträgen (BVerfG, Urt. v. 17.12.2002, BVerfGE 106, 275, 309 f.) und auf eine Entscheidung des 3. Senats vom 23.1.2003 (Az. B 3 KR 7/02 R, BSGE 90, 220, 224), die sich ebenfalls bereits mit Hörgeräten befasst hatte.

3. Berufstätigkeit als Grundbedürfnis

Der Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung durch die Krankenkasse mit einem Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich ist nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX, ob das Hilfsmittel die Behinderung bei der Befriedigung von **Grundbedürfnissen des täglichen Lebens** ausgleicht. Hierzu zählt der 13. Senat unter Hinweis auf ältere Rechtsprechung zum Krankenversicherungsrecht **auch die Ausübung einer sinnvollen beruflichen Tätigkeit** (BSG vom 12.10.1988, SozR 2200 § 182b Nr. 36). Die Grenze zu **spezifisch berufsbezogenen Hilfsmitteln** zieht das BSG da, wo das Hilfsmittel nur wegen besonderer Verhältnisse am konkreten Arbeitsplatz erforderlich ist, nicht jedoch, wenn das Grundbedürfnis allgemein in der Berufstätigkeit gesehen wird. „**Hierbei verbietet sich jedoch eine den Leistungsumfang der Krankenversicherung zu sehr zurücknehmende Sichtweise,**“ führt der 13. Senat aus.

III. Würdigung/Kritik

1. Hilfsmittel der Krankenversicherung als Leistung zur Teilhabe

Der 13. Senat meint aus der Entscheidung des 1. Senats vom 26.6.2007 (B 1 KR 36/06 R) herauszulesen, dieser sehe das Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nach § 33 Abs. 1 SGB V nicht als Leistung zur Teilhabe an. Doch liegt ein solcher Fall hier nicht vor. Zwar enthält die zitierte Entscheidung des 1. Senats zweifelhaft Aussagen über Ziele, Mittel und Leistungsumfang der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (zur Kritik: *Welti*, IQPR-Forum A Nr. 10/2008). Doch befasst sich diese Entscheidung gar nicht mit dem Anspruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich. In der Entscheidung findet sich der Satz: „*Die Krankenkassen – gemäß § 5 Nr 1, § 6 Abs. 1 Nr. 1 mögliche Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - sind vielmehr nach den Vorschriften des SGB V zur Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen nur unter den dort genannten Voraussetzungen verpflichtet.*“ Doch hält das SGB V für das Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich ja eine Anspruchsgrundlage in § 33 Abs. 1 SGB V bereit und die ausdrückliche Zielrichtung des Behinderungsausgleichs belegt, dass diese Leistung der Krankenkassen einem Ziel der medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 SGB V, § 26 Abs. 1 SGB IX) dient und nicht der Behandlung einer Krankheit. Entsprechend hat der 3. Senat des BSG das SGB IX bereits in mehreren Entscheidungen zu Hilfsmitteln der Krankenkassen als Maßstab angewandt (BSG, Urt. v. 06.06.2002, Az. B 3

KR 68/01 R; SozR 3-2500 § 33 Nr 44; BSG, Urt. v. 22.07.2004, Az. B 3 KR 13/03 R, SozR 4-2500 § 33 Nr 6; BSG, Urt. v. 16.09.2004, Az. B 3 KR 15/04 R).

2. Entscheidung der Krankenkasse durch Verwaltungsakt

Das BSG gibt dem LSG auf zu prüfen, ob der Festbetrag der Krankenkasse durch Verwaltungsakt oder ohne Verwaltungsakt geleistet wurde. Diese Prüfung wäre bei einer konsequenten Einordnung des Hilfsmittels zum Behinderungsausgleich als Leistung zur Teilhabe überflüssig. Denn es handelt sich um eine Antragsleistung, die nicht unmittelbar vom Vertragsarzt konkretisiert wird und für die die ärztliche Verordnung nicht Voraussetzung ist (BSG, Urt. vom 23.7.2002, Az. B 3 KR 66/01 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 45; *Butzer* in: Kingreen/ Becker, SGB V, Rz 8 zu § 33 mwN), was in §§ 5, 8 Abs. 2 HilfsMRL nur unzureichend wiedergegeben ist. Entsprechend muss die Krankenkasse entschieden haben, und zwar durch an den Versicherten gerichteten Verwaltungsakt (§ 31 SGB X), woran ihr Verzicht auf rechtsstaatliche Formen wie Schriftlichkeit und Rechtsbehelfsbelehrung nichts geändert hätte.

3. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

In den genannten Entscheidungen des 3. Senats wird insbesondere darauf Bezug genommen, dass sich die Beschränkung der Leistungspflicht der Krankenkassen auf den Ausgleich einer Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens ausdrücklich aus § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX und nicht mehr nur aus der Rechtsprechung des BSG ergibt. Strittig ist jedoch, welche Bedeutung der unbestimmte Rechtsbegriff der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens im Kontext des SGB IX hat, dessen Leistungsziele Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind (§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX).

Auch wenn man mit dem 1. und 3. Senat des BSG der umstrittenen Formel folgt, Leistungsziel der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung sei *„die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktion einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können“* (BSG, Urt. v. 26.03.2003, Az. B 3 KR 23/02 R, BSGE 91, 60; BSG, Urt. v. 26.06.2007, Az. B 1 KR 36/06 R, BSGE 98, 277; vgl. *Welti*, IQPR-Forum A Nr. 10/2008), wird man als Voraussetzungen eines selbstständigen Lebens kaum nur einen Basisausgleich auf dem Niveau des Existenzminimums sehen können. Dem 13. Senat ist daher nachdrücklich zuzustimmen, wenn er daran erinnert, dass die Rechtsprechung des BSG schon vor längerer Zeit die allgemeinen Voraussetzungen der Berufstätigkeit zu den Grundbedürfnissen gezählt hat und im vorliegenden Fall auch die Fähigkeit zur Mobilität mit dem Automobil bei der Arbeit und auf dem Arbeitsweg dazu zählt. Auch die Krankenversicherung ist als Sozialversicherung dem Leitbild eines Versicherten verpflichtet, der am Arbeitsleben teilnimmt.

Der lebensnahe Ansatz des 13. Senats bei der Bestimmung der Grundbedürfnisse sollte in der Rechtsprechung des BSG und der Instanzgerichte aufgegriffen werden. Das müsste dann zur Korrektur einiger Entscheidungen der letzten Jahre führen, in denen die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu eng interpretiert wurden. Hier-

durch wurden oft erst unnötige Schnittstellen zwischen den Leistungspflichten der Rehabilitationsträger geschaffen. So hat der 3. Senat in mehreren Entscheidungen als Grundbedürfnis der Mobilität nur angesehen, sich soweit fortzubewegen „*wie der gesunde Mensch zu Fuß*“ (BSG, Urt. v. 19.04.2007, Az. B 3 KR 9/06 R, BSGE 98, 213; *Welti*, IQPR-Forum A Nr. 1/2008; BSG, Urt. v. 16.09.2004, Az. B 3 KR 15/04 R; BSG, Urt. v. 26.03.2003, Az. B 3 KR 23/02 R, BSGE 91, 60). Mit dem Leitbild des selbstständigen Lebens in der modernen Welt, bei dem Arbeitsplatz, medizinische Versorgung und kulturelles Leben erreicht werden, ist das schwer vereinbar. Weiterhin hat der 3. Senat den Schulbesuch nach Ende der Schulpflicht (BSG, Urt. v. 22.07.2004, Az. B 3 KR 13/03 R, SozR 4-2500 § 33 Nr 6; *Reimann und Demmel*, IQPR-Forum A Nr. 1/2005) und den Besuch einer Hochschule (BSG, Urt. v. 30.01.2001, Az. B 3 KR 10/00 R, SozR 3-2500 § 33 Nr 40) nicht als Grundbedürfnisse angesehen, mit dem Ergebnis, dass die behinderten Menschen insoweit auf die Sozialhilfe verwiesen sind. Wenn aber Berufstätigkeit zu den Grundbedürfnissen gehört, warum nicht die Vorbereitung darauf?

4. Zu niedrige Festbeträge – generell rechtswidrig oder Korrektur im Einzelfall?

Das BSG hatte sich in der Entscheidung damit zu befassen, was daraus folgt, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung mit den nach § 36 SGB V festgesetzten Festbeträgen nicht möglich ist, wie dies für den Bereich der Hörgeräte von vielen Betroffenen geltend gemacht wird. Der 13. Senat hat sich im Anschluss an den 3. Senat (BSG, Urt. v. 23.01.2003, Az. B 3 KR 7/02; ebenso: LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 15.06.2005, Az. L 4 KR 147/03) für die Auslegung entschieden, eine solche Bedarfsunterdeckung sei im Einzelfall festzustellen und der Versicherte sei dann bedarfsgerecht mit dem Hilfsmittel als Sachleistung zu versorgen. Sowohl in der vorliegenden Entscheidung wie auch in der in Bezug genommenen Entscheidung ist diese Auffassung nicht tragend und das Problem nicht endgültig gelöst. Würde der angedeutete Lösungsweg beschritten, müssten die Leistungsberechtigten die Bedarfsunterdeckung in jedem Einzelfall geltend machen und nachweisen, auch wenn die Festbeträge die Bedarfsdeckung generell verfehlen. Der bei den Hörgeräten geltend gemachte Fall, dass eine technische Innovation schlicht bei der Festbetragsfestsetzung ignoriert wird, obwohl sie allgemein den Behinderungsausgleich verbessert (vgl. BSG, Urt. v. 16.09.2004, Az. B 3 KR 20/04 R, BSGE 93, 183 – C-Leg; *Gagel*, IQPR-Forum A Nr. 2/2005), könnte so nur unzureichend erfasst werden. Aus Sicht der Krankenkassen könnte eingewandt werden, dass die Festbeträge ihre Funktion verfehlen und zur bloßen Richtgröße würden, obwohl nach § 12 Abs. 2 SGB V die Krankenkassen ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag erfüllt haben sollen.

Es wäre daher der rechtlich und politisch klarere Weg, den Hinweis des BVerfG auf die Kontrolle der Rechtmäßigkeit von Festbeträgen (BVerfG, Urt. v. 17.12.2002, 1 BvL 28/95, 1 BvL 29/95, 1 BvL 30/95, BVerfGE 106, 275) nicht auf den Einzelfall zu beziehen, sondern eine generelle Rechtmäßigkeitskontrolle vorzunehmen. Eine solche klare Herangehensweise kann dann entweder dazu führen, dass die Festbeträge für Hörgeräte generell als gültig angesehen werden und eine weiter gehende Versor-

gung abgelehnt wird (so LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.09.2008, Az. L 5 KR 1539/07; LSG Bayern, Urt. v. 21.08.2008, Az. L 4 KR 265/06; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.03.2005, Az. L 11 KR 1913/04) oder dass die Festbeträge für Hörgeräte für rechtswidrig gehalten werden, weil sie der Mehrheit der Leistungsberechtigten eine bedarfsgerechte Versorgung nicht mehr ermöglichen (so in einer gut begründeten Entscheidung des SG Neubrandenburg, Urt. v. 10.06.2008, Az. S 4 RA 114/03; Urt. v. 10.06.2008, Az. S 4 KR 39/04).

5. Unterschiedlicher Leistungsumfang von Krankenversicherung und Rentenversicherung?

Die Entscheidung des 13. Senats wirft schließlich die Frage auf, ob die mit dem SGB IX beabsichtigte Einheitlichkeit des Leistungsrechts der medizinischen Rehabilitation durch die Rechtsprechung wieder beseitigt wird. In der Entscheidung wird eine mögliche Leistungspflicht der Rentenversicherung nach § 15 SGB VI im Rahmen der medizinischen Rehabilitation geprüft, aber nicht thematisiert, dass diese nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX Hilfsmittel in gleicher Weise auf die Grundbedürfnisse bezieht wie in der Krankenversicherung. Eine Leistungspflicht der Rentenversicherung kommt daher im vorliegenden Fall nur bei einem besonderen rein beruflichen Bedarf in Betracht und wäre dann, wie das LSG angenommen hatte, nach § 16 SGB VI, § 33 Abs. 8 Nr. 4 SGB IX als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen.

Der 13. Senat scheint jedoch ebenso wie zuvor der 1. Senat in seiner Entscheidung zur Adaptionsbehandlung (BSG, Urt. v. 26.06.2007, Az. B 1 KR 36/06 R), davon auszugehen, dass unterschiedliche Ziele von Kranken- und Rentenversicherung auch einen unterschiedlichen Leistungsumfang bedingen könnten. Die unterschiedlichen Ziele von Kranken- und Rentenversicherung sind jedoch nach § 7 Satz 2 SGB IX nur bei der Bestimmung von Zuständigkeit und Leistungsvoraussetzungen relevant. Der Leistungsumfang wäre nur unterschiedlich, wenn die Leistungsgesetze SGB V und SGB VI insoweit unterschiedliche Bestimmungen enthielten (§ 7 Satz 1 SGB IX). Das ist zwar in Bezug auf die Festbeträge (§ 36 SGB V) der Fall, nicht jedoch in Bezug auf die Ziele der Leistungen, die sich aus § 26 Abs. 1 SGB IX ergeben und die durch § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V jedenfalls in Bezug auf den Behinderungsausgleich nicht eingeschränkt, sondern nur bekräftigt werden. Mit dem SGB IX sollte die Konvergenz des Leistungsrechts herbeigeführt werden, wie sich in §§ 4 Abs. 2, 10 Abs. 1 Satz 3, 12 Abs. 1 SGB IX festgeschrieben ist. Für die Konstruktion eines unterschiedlichen Leistungsumfangs gibt das geltende Recht dagegen nichts her.

6. Für eine Reform des Hilfsmittelrechts

Der vorliegende Fall zeigt exemplarisch, dass das geltende Hilfsmittelrecht reformbedürftig ist. Das Leistungssystem ist komplex und gleichzeitig lückenhaft. Es wird von den Leistungsberechtigten kaum noch durchschaut, von den Rehabilitationsträgern widersprüchlich angewandt und von den Gerichten unterschiedlich interpretiert. Ein Hilfsmittelsanspruch kann der medizinischen Rehabilitation (§ 31 Nr. 3 SGB IX) bei sechs verschiedenen Rehabilitationsträgern, der Teilhabe zum Arbeitsleben (§ 33 Abs. 8 Nr. 4 SGB IX) bei sechs verschiedenen Rehabilitationsträgern oder der Teil-

habe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX) bei vier verschiedenen Rehabilitationsträgern zuzuordnen sein; dazu kommen noch die Hilfsmittel zur Krankenbehandlung und die Pflegehilfsmittel bei je vier möglichen Trägern. Wie sich diese 24 Möglichkeiten zueinander verhalten ist, wie der vorliegende Fall zeigt, häufig unklar. Hier kann auch § 14 SGB IX nur bedingt weiterhelfen. Zwischen den verschiedenen Leistungsträgern fehlen zum Teil sogar Vorrangnormen. Würde man im vorliegenden Fall eine Konkurrenz zwischen Leistungsansprüchen der medizinischen Rehabilitation gegen Krankenkasse und Rentenversicherungsträger annehmen, so wäre § 40 Abs. 4 SGB V nicht anwendbar, weil sich die Norm nur auf Rehabilitation in Einrichtungen bezieht.

Der Gesetzgeber sollte das Leistungsrecht der Hilfsmittel neu ordnen und vereinfachen. Die Zuordnung zur Krankenversicherung ist dabei nicht zwingend die beste Lösung. Die Unklarheiten darüber, welche Grundbedürfnisse behinderter Menschen unterstützt werden, ob es noch einen bedarfsdeckenden Leistungsanspruch gibt und ob sie am technischen Fortschritt partizipieren können, sollten politisch geklärt werden. Die UN-Behindertenrechtskonvention gibt den Vertragsstaaten auf, Verfügbarkeit und Nutzung von hochwertigen Mobilitätshilfen, Geräten, unterstützenden Technologien für Menschen mit Behinderungen zu erleichtern (Art. 4 Abs. 1 lit. g, Art. 20 lit. b). Barrierefreiheit beginnt hier mit einem einfacheren Recht.

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