

Das Urteil des BSG zur Hörgeräteversorgung vom 17. Dezember 2009, B 3 KR 20/08 R

Anmerkung von RA Dr. Robert Weber zum Diskussionsbeitrag A 12

Der Diskussionsbeitrag A 12 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 befriedigende Antworten gibt.

1. Unklare Reichweite des gesetzlichen Hilfsmittelanspruchs

Der oder die Versicherte möchte wissen, wo im Bereich der Hörgeräteversorgung der Unterschied zwischen Bequemlichkeit und unmittelbarem Behinderungsausgleich liegt. Das erschließt sich nicht ohne weiteres. Deshalb gibt es auch keine Antwort auf die Frage, ob dazu ggf. ein ärztliches, ein hörgerätetechnisches oder ein berufskundliches Sachverständigen Gutachten 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?

2. 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 Mindermeinung auf und vertritt den Standpunkt, § 14 SGB IX sei in Hörerätefällen 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.

3. 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 unangefochtener 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!

4. 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 Höreräteakustiker 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 Höreräteversorgung 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 Höreräteakustiker 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.