

TECHNISCHE HILFSMITTEL

Krankenkassen müssen teure Hörgeräte zahlen

von Christian Noe, Leipzig

| Hörbehinderte benötigen oft besonders leistungsfähige Hörgeräte. Seit dem 1.11.13 gelten zudem neue Festbeträge für die Kassenzuschüsse. Das SG Aachen hat entschieden, wann Versicherte einen Anspruch auf teurere Geräte haben und was bei Antragstellung und Selbstbeschaffung des Hörgeräts zu beachten ist SG Aachen, 20.4.15, S 11 SF 11/15 E, Abruf-Nr. 145311. |

1. Der Fall des SG Aachen

Strittig zwischen den Parteien war die Übernahme von Mehrkosten für ein beidseitiges Hörgerät in Höhe von 2.886 EUR. Der Kläger (Sozialpädagoge) leidet an einer hochgradigen, beidseitigen Innenohrschwerhörigkeit und wird seit seiner Kindheit vom demselben Hörgeräteakustikunternehmen betreut.

PRAXISHINWEIS | Die Krankenkassen zahlen im Rahmen von Versorgungsverträgen einen so genannten Festbetrag für ein Hörgerät. Dieser beträgt seit der letzten Anpassung zum 1.11.13 (ausgenommen für an Taubheit grenzend schwerhörige Versicherte) 733,59 EUR. Bei beidseitiger Hörgeräte-Versorgung wird ein Abschlag für das zweite Gerät vorgenommen (146,72 EUR). Hörgeräte, deren Kosten die Festbeträge übersteigen, sind so genannte „Zuzahlungsgeräte“.

Seit Oktober 2013 erprobte der Kläger privat und beruflich ein Festbetragsgerät sowie das Zuzahlungsgerät Phonak Naida Q 70 SP. Sein HNO-Arzt verordnete am 26.11.13 eine Neuversorgung des Klägers und bescheinigte, dass das vorgeschlagene Phonak-Modell zweckmäßig sei. Die Beklagte (Krankenkasse) gab eine Kostenzusage in Höhe der Vertragspreise, während der Kläger noch weitere Modelle testete und die beiden Probegeräte weiter angepasst wurden (Einstellungen entsprechend dem individuellen Hörverlust).

Am 9.1.14 ging bei der Beklagten eine Versorgungsanzeige des Hörgeräteunternehmens ein. Am 1.3.14 stellte der Kläger bei der Beklagten einen Antrag auf vollständige Kostenübernahme für ein bedarfsgerechtes Gerät. Unter Hinweis auf seine massive Hörverschlechterung und das mit den Festpreis-Geräten kein ausreichendes Verstehen in Gruppen und größeren Räumen möglich sei, hätte nur das Modell Phonak Naida Q 70 SP befriedigende Ergebnisse erbracht. Der Kläger fügte neben der ärztlichen Verordnung Hörprotokolle, Messergebnisse der erprobten Hörgeräte sowie Kostenvorschläge bei. Die Beklagte lehnte die Kostenübernahme ab. Der Kläger legte Widerspruch ein und teilte im weiteren Verlauf mit, dass er sich die Geräte selbst beschaffen wolle. Die Rechnung des Hörgeräteunternehmens über 2.906 EUR legte er vor. Mit Widerspruchsbescheid vom 13.11.14 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Hiergegen erhob der Kläger Klage und beantragte die vollständige Kostenübernahme für das Phonak-Zuzahlungsgerät in Höhe von 2.886 EUR.

Seit der Kindheit
hörbehindert

Betroffener testete
mehrere Probegeräte

Teureres Gerät
lieferte deutlich
bessere Ergebnisse

2. Die Entscheidung des SG Aachen

Das Gericht gab der Klageforderung vollumfänglich statt. Bereits in der Versorgungsanzeige/Übermittlung des Kostenvoranschlages des Leistungserbringers ist gleichzeitig ein Antrag des Versicherten i.S. des § 19 S. 1 SGB IV zu sehen. Es sind nicht zwei verschiedene Anträge notwendig (Bewilligung sowohl eines Festpreis-, als auch eines Zusatzgeräts). Daher gilt der einheitliche Leistungsantrag mit Eingang der Versorgungsanzeige vom 9.1.14 bei der Beklagten als gestellt. Die Beklagte erklärte am 14.1.14 ihre Kostenzusage für ein Festpreisgerät und lehnte damit darüber hinausgehende Kostenübernahmen ab. Erst danach entschloss sich der Kläger für den Kauf eines Zuzahlungsgeräts. Damit hatte die Beklagte Gelegenheit, den Antrag auf Komplettversorgung zu prüfen.

Nach § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen. Diese dienen dem unmittelbaren Behinderungsausgleich, wobei aktuelle medizinische und technische Fortschritte zu berücksichtigen sind.

PRAXISHINWEIS | Die Hörgeräte-Entwicklung ist in den vergangenen Jahren stark vorangeschritten. Die Miniaturisierung der Modelle sowie die komplexen Funktionen digitaler Hörgeräte (automatische Anpassung an individuelle Geräuschkombinationen) bedeuten starke Entwicklungssprünge und Verbesserungen für Nutzer. Krankenkassen würden den Versorgungsanspruch verkennen, wenn sie nur Geräte für Einzelgesprächsverständigung bezahlen und den Stand der Hörgerätetechnik außer Acht lassen (BSG 17.12.09, B 3 KR 20/08 R; 24.1.13, B 3 KR 5/12 R).

Zwar haben die Krankenkassen das Wirtschaftlichkeitsgebot zu berücksichtigen (§ 12 Abs. 1 SGB V), nachdem Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Allerdings ist der Versicherte aufgrund der Schwere seiner Behinderung (hochgradige Innenohrschwerhörigkeit) und aus beruflichen Gründen auf ein besonders leistungsfähiges Gerät angewiesen. Er muss in der Lage sein, berufliche Telefonate zu führen, an Dienstbesprechungen teilzunehmen und insbesondere beidseitig telefonieren zu können. Das bedeutet, dass die Sprache aus dem Hörer über ein Mikrofon auf beide Ohren übertragen wird. Das Phonak-Modell verfügt über besondere Ausstattungsmerkmale bei der Störgeräuscheunterdrückung, die eben nicht nur dem Komfort, sondern einem subjektiv besseren Ausgleich des Hörverlusts dienen. Es liegt ein echter Gebrauchsvorteil vor, der die Krankenkasse verpflichtet, die vollständigen Kosten für die beidseitigen Hörgeräte zu übernehmen.

3. Hörgeräte testen bedeutet keine Selbstbeschaffung

Die Selbstbeschaffung einer Leistung der Krankenversicherung kann Probleme mit sich bringen. Der zuständigen Kostenträger muss die Möglichkeit haben, sich mit dem Antrag zu beschäftigen und über ihn zu entscheiden. Darüber hinaus muss eine angemessene Frist mit der Erklärung gesetzt werden, sich die Leistung nach Fristablauf selbst zu beschaffen. Wird bei-

Kläger kaufte
teureres Gerät erst
nach Absage der
Krankenkasse

Kläger benötigt
das Hörgerät
zur Ausübung
seines Berufs

Testen ist nicht
bereits Beschaffen

spielsweise eine Reha-Maßnahme angetreten und erst danach ein Kostenübernahmeantrag gestellt, kann der Kostenträger die Kostenübernahme ablehnen (LSG Hessen 24.6.15, L 5 R 418/14, Abruf-Nr. 145057).

PRAXISHINWEIS | Nicht endgültig bindende Auswahlentscheidungen, die notwendig sind, sind noch keine Selbstbeschaffung. So können ein oder mehrere Hörgeräte in verschiedenen Lebenssituationen bzw. über bestimmte Zeiträume ausprobiert werden (privat, Berufsalltag, Gesprächssituationen). Das Gerät wird technisch weiter angepasst, bei Bedarf werden geeignetere Modelle gesucht.

Die Selbstbeschaffung geschah nach Meinung des SG durch die im Juni 2014 erfolgte verbindliche Kaufentscheidung, also nach der Leistungsablehnung der Beklagten (Bescheid vom 15.4.14). Entsprechend wurde auch die Rechnung für das Hörgerät erst am 16.6.14 erstellt. Auch das BSG hat ausgeführt, dass die Kostenbelastung des Versicherten wesentlich darauf beruhen muss, dass die Krankenkasse die beantragte Leistung ablehnt. Dann ist ein Freistellungsanspruch (hier: Mehrkosten des Hörgeräts) begründet (17.12.09, B 3 KR 20/08 R).

Wichtig: Erst kaufen, wenn die Krankenkasse abgelehnt hat

CHECKLISTE / Hinweise für Prozessführung und Beratungsangebote

- Die Durchsetzung einer Kostenübernahme für teurere Zuzahlungsgeräte hat Erfolgsaussicht, wenn der Kläger eine notwendige hohe Hörqualität, gegebenenfalls berufsbedingt, begründen kann. Insoweit sind entscheidende technische Ausstattungsmerkmale des Wunschgeräts vorzutragen und unter Beweis zu stellen (hier: Vernehmung eines Hörgeräteakustikmeisters).
- Studiomessungen von Hörgeräteakustikern können bestimmte Alltagssituationen mitunter nicht bewerten (hier: Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgläuschen). Diese beiden Merkmale betreffen das bestmögliche Sprachverstehen (BSG 17.12.09, B 3 KR 20/08). Wird das Sprachverstehen mit Messergebnissen bewertet, die ein in bestimmten Situationen besseres – nicht messbares – subjektives Hörverständnis nicht berücksichtigen, darf dies nicht zulasten der Versicherten gehen.
- Der Deutsche Schwerhörigenbund e.V. (DSB) gibt Empfehlungen zu Hörgeräten und bietet eine Online-Beratung an (www.schwerhoerigen-netz.de).

Im Mai 2015 ist das neue REHADAT-Portal online gegangen, auf dem über 24.000 Dienstleister, Organisationen und Beratungsstellen aus allen Bereichen der beruflichen Teilhabe mit Kontaktdaten und Beschreibung der Angebote und Beratungsleistungen vorgehalten sind (www.rehadat-adressen.de). Hier finden sich Arbeitsgemeinschaften und ambulante Beratungsstellen für Hörbehinderte sowie Gehörgeschädigtenverbände. Die Informationen werden laufend aktualisiert und ergänzt.

Berufsbedingte Gründe vortragen und Beweis antreten

Subjektives Hörempfinden darf nicht zulasten des Betroffenen gehen

Mehrkostenerstattung bei Hörgeräten



Versicherter stellt Kostenübernahmeantrag
(gilt grundsätzlich als Antrag auf Teilhabeleistungen
gem. § 14 SGB IX) bei seiner Krankenkasse

Es genügt, dass der Versicherte den Kostenübernahmeantrag nur bei der Krankenkasse beantragt. Die Krankenkasse muss eigenverantwortlich prüfen, ob gegebenenfalls andere Kostenträger in Betracht kommen.



Festbetrag deckt
beantragte
Hörversorgung



Festbetrag deckt
beantragte
Hörversorgung **nicht**

Krankenkasse muss prüfen, ob
andere Rehabilitationsträger die
Mehrkosten zu übernehmen
haben (§ 14 SGB IX).



**Bei Antrag auf eine aufwendige Hörversorgung
aus beruflichen Gründen**
(Anforderungen am Arbeitsplatz)

Krankenkasse leitet den Antrag samt Bewilligung des Festbetrags an den beruflichen Reha-Träger weiter. Mehrkosten (über Festbetrag) für eine Hörversorgung aus rein beruflichen Gründen sind vom Rentenversicherungsträger zu tragen (BSG 24.1.13, B 3 KR 5/12 R).

Prüfungs- und Weiterleitungsfrist: **Zwei Wochen**



Wird die Frist versäumt,
fallen der Krankenkasse die Gesamtkosten zur Last.

Grafik: IWW Institut

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Verspäteter Kostenübernahmeantrag bei selbstbeschaffter Reha-Maßnahme, SR 15, 138
- Technologien und Eingabehilfen für eingeschränkte Mandanten, SR 14, 3
- Hörgerät verloren - zahlt die Krankenkasse ein Ersatzgerät? (ogy.de/iuxr)