

Beratungsrichtlinie

Kostenübernahme bei Hörsystemen



Für Menschen mit Hörschädigungen,
Hörakustikerinnen und Hörakustiker sowie
Beraterinnen und Berater

DSB-Beratungsrichtlinie

Kostenübernahme bei

Hörsystemen

Für Menschen mit Hörschädigungen, Hörakustikerinnen und Hörakustiker sowie Beraterinnen und Berater

6., vollständig überarbeitete Auflage
Version 6.1 – November 2018

Autor: Norbert Böttges
Fachliche Redaktion
Wolfgang Buchholz und Renate Welter

Herausgeber
Deutscher Schwerhörigenbund e.V.
Sophie-Charlotten-Str. 23a
14059 Berlin

Tel.: 030 / 47 54 11 14
Fax: 030 / 47 54 11 16

dsb@schwerhoerigen-netz.de
<http://www.schwerhoerigen-netz.de>

Bildnachweis:

Titelseite : djgunne | iStock

Über diese Beratungsrichtlinie

Nach wie vor sprechen Hörakustiker und Krankenkassen im Zusammenhang mit der Finanzierung von Hörsystemen vom „Zuschuss“, den die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zur Anschaffung leisten. Dieser Begriff ist grob falsch. Denn die Krankenkassen sind verpflichtet, die Kosten für eine Hörversorgung in vollem Umfang zu übernehmen. Und die Messlatte für die Qualität dieser Hörversorgung liegt hoch: „GKV-Versicherte haben Anspruch auf die Hörgeräteversorgung, die die nach dem Stand der Medizintechnik bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlaubt.“ So hat es das Bundessozialgericht unmissverständlich festgestellt. Mit ihren Festbeträgen oder Vertragspreisen erfüllen die Kranken-

kassen deshalb keineswegs in jedem Einzelfall ihre Leistungspflicht. Zwar haben aufzahlungsfreie Hörsysteme heute eine Qualität erreicht, die vor zehn Jahren dem oberen Preissegment vorbehalten war. Trotzdem hat der Stand der Medizintechnik inzwischen neue Verfahren hervorgebracht, die spürbare weitere Gebrauchsvorteile beim Sprachverstehen im Alltag mit sich bringen können. Wer sich die Arbeit macht, diese Gebrauchsvorteile nachvollziehbar zu dokumentieren, hat gute Chancen, im Wege eines Kostenantrags die Kostenübernahme auch für teurere Hörsysteme zu erstreiten. Dafür liefert die vorliegende Beratungsrichtlinie die richtigen Argumente, rechtlichen Hintergründe und passenden Textmuster.

**Was schuldet die Krankenversicherung ihren
Versicherten?**

Richtige und falsche Argumente

Tipps zur Antragsformulierung

Inhalt

A.	Einführung und Zusammenfassung	6
B.	Das Antragsverfahren in 6 Schritten	8
C.	Grundtatsachen der Hörgeräte-Versorgung	13
C.1	Was schulden die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten?	13
C.2	Wo liegen die Grenzen der Leistungspflicht für die gesetzlichen Krankenkassen?	13
C.3	Festbetrag und Vertragspreise: Im Einzelfall ist mehr drin...	15
C.4	Gleichwertig im Labor heißt nicht gleichwertig im täglichen Leben. Das Hörtagebuch	16
D.	Stolpersteine der Kostenübernahme	18
D.1	K.o.-Kriterium: Vergleich mit einem aufzahlungsfreien System verweigert	18
D.2	Mehrkostenerklärung: Ärgerlich, im Zweifel aber rechtlich unwirksam	18
D.3	Selbstbeschaffung: Was muss man beachten, um den Leistungsanspruch nicht zu verlieren?	20
E.	Fragen und Antworten	22
E.1	Muss mir die Krankenkasse innerhalb einer bestimmten Frist antworten?	22
E.2	Muss ich mich um einen Zuständigkeitsstreit zwischen verschiedenen Kostenträgern kümmern?	22
E.3	Warum soll ich den Antrag auf volle Kostenübernahme nicht meinem Hörakustiker überlassen?	24
E.4	Warum macht mein Hörakustiker aus der vergleichenden Messung ein Geheimnis?	25
E.5	Kann ich meinen Hörakustiker wechseln?	25
E.6	Muss ich ein aufzahlungsfreies Gerät probieren?	26
E.7	Ist eine Kontrolle des Versorgungserfolgs durch den HNO-Arzt notwendig?	26
E.8	Kann ich nach der Ablehnung meines Antrags sofort vor das Sozialgericht gehen?	27
E.9	Was kostet eine Klage vor dem Sozialgericht?	27
E.10	Brauche ich vor dem Sozialgericht einen Anwalt?	27
E.11	Was tun, wenn ich es mir finanziell nicht leisten kann, für die notwendige Versorgung "in Vorleistung zu gehen"?	27
E.12	Was kann ich tun, wenn mir meine Krankenkasse "dumm kommt"? Die Fachaufsicht	28
F.	Tipps für die Formulierung von Leistungsantrag, Widerspruch und Klage	30

F.1	Halten Sie es kurz und sachlich!	30
F.2	Vermeiden Sie falsche Argumente!	30
F.3	Vermeiden Sie Beispiele!	30
F.4	Verschießen Sie nicht gleich zu Beginn Ihr ganzes Pulver!	30
F.5	Seien Sie fair – auch Ihrer Krankenversicherung gegenüber.	31
F.6	Seien Sie fair – auch Ihrem Hörakustiker gegenüber.	31
G.	Welche Hilfsmittel erstatten die Krankenkassen außerdem noch?	32
G.1	Lichtsignalanlagen	32
G.2	Drahtlose Übertragungsanlagen	32
G.3	... und was sie nicht erstatten	33
H.	Literaturhinweise	33
I.	Abkürzungen	34
	Änderungsnachweis	35
A.1	Leistungsantrag für eine Hörgeräte-Versorgung (Muster)	36
A.2	Widerspruch bei erfolgter Ablehnung (Muster)	37
A.3	Antrag auf Kostenerstattung (Muster)	39

A. Einführung und Zusammenfassung

Grundlegend für die aktuelle Situation bei der Kostenübernahme von Hörgeräten durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ist nach wie vor das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17.12.2009. Erstritten von einer Einzelperson in einem Einzelfall, hat es inzwischen in Richtlinien und Rechtsprechung weitgehend Einzug gehalten und die bis dahin geltende Vorstellung einer „elementaren Basisversorgung“ umgestoßen. Tragender Grundsatz des genannten Urteils ist:

"GKV-Versicherte haben Anspruch auf die Hörgeräteversorgung, die die nach dem Stand der Medizintechnik bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlaubt, soweit dies im Alltagsleben einen erheblichen Gebrauchsvorteil bietet."

Der Gemeinsame Bundesausschuss der kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Bundes der Krankenkassen hat diesen Grundsatz seit 2012 in die Versorgungsziele seiner Hilfsmittel-Richtlinie übernommen. Klar ist seitdem: Die von den gesetzlichen Krankenkassen festgelegten „Festbeträge“ für Hörgeräte sind eine Maßnahme der Verwaltungsvereinfachung, aber keine Höchstgrenze ihrer Leistungs-, sprich Zahlungspflicht. Und rechtlich bestätigt ist inzwischen auch: Die vertragliche Pflicht der Hörakustiker zu einer mehrkostenfreien Abgabe von Hörsystemen endet mit dem gleichwertigen Ergebnis beim Sprachtest im Störgeräusch in der Messkabine. Die Leistungspflicht der Krankenkassen geht aber darüber hinaus. Denn gleichwertig in der Messkabine bedeutet nicht unbedingt gleichwertig im täglichen Gebrauch.

Andere Rechtsurteile haben die qualitativen Höranforderungen im Alltag mit denen im Beruf auf gleiche Höhe gehoben. Telefonieren oder die Teilnahme an Besprechungen und Vorträgen sind für das tägliche Leben nicht mehr „Luxusgüter“, sondern selbstverständliche und einklagbare Gebrauchsvorteile.

Strittig und ungelöst ist dagegen die Berücksichtigung des Standes der Medizintechnik. Krankenkassen und Hörakustiker halten - aus durchschaubaren Gründen - an längst überholten Standards fest. Nach dem Willen der Versicherungen bleiben die enormen technischen Fortschritte der letzten zehn Jahre für die Regelversorgung von gesetzlich Versicherten damit unberücksichtigt. Dabei bringen die neuen technischen Möglichkeiten erhebliche Gebrauchsvorteile im alltäglichen Leben mit sich und sind mittlerweile weitgehend auch im unteren und mittleren Preissegment der Hersteller zu haben. Um diese Gebrauchsvorteile wirksam und gerichtsverwertbar zu beweisen, hat deshalb das Hörtagebuch eine Wiedergeburt erlebt. Darin lassen sich solche Hörvorteile vergleichend sichtbar machen, die im Sprachtest in der Hörkabine nicht messbar sind.

In die vorliegende 6. Auflage unserer Beratungsrichtlinie haben wir angesichts dieser Entwicklungen einige neue Themen aufgenommen. Andere Aspekte haben an Bedeutung verloren und wurden deshalb entfernt. Neu ist außerdem das Kapitel G

über Hilfsmittel jenseits der Hörsysteme, die auch von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden können.

Im Kern bleibt es dabei: Gesetzlich Krankenversicherte haben vollen Anspruch auf die Hörsysteme, die ihren Hörverlust dem Stand der Technik entsprechend möglichst weitgehend ausgleichen. Die von den Krankenkassen festgelegten Festbeträge sind dafür keine Obergrenze, wenn sie auch von Krankenkassen und Höra-kustikern nach wie vor gerne so dargestellt und praktiziert werden. Um ihren Rechtsanspruch durchzusetzen, besteht für die Versicherten daher die Notwendigkeit, die Hörvorteile qualitativ wirksam aufzuschreiben und zum richtigen Zeitpunkt ihren Anspruch auf volle Kostenerstattung gegenüber ihrer Krankenkasse persönlich und selbst geltend zu machen.

Wenn Sie diese Beratungsrichtlinie lesen, haben Sie sich dazu entschlossen, von Ihrem Recht Gebrauch zu machen. Wir können Sie nur dazu ermutigen; Sie haben gute Aussichten auf Erfolg. Aus der Sicht des Deutschen Schwerhörigenbundes ist letztlich die Tatsache unbefriedigend, dass Sie damit zu einer Minderheit gehören. Viele andere Versicherte werden um ihr Recht geprellt, weil sie mit dem falschen Begriff des „Kassenzuschusses“ in die Irre geführt werden oder den Weg eines Antrags auf Mehrkosten-Übernahme scheuen.

Im Sinne einer nachdrücklichen und überzeugenden Verhandlungsführung empfehlen wir Ihnen, das Verfahren in die eigene Hand zu nehmen und den Antrag auf volle Kostenübernahme selbst zu stellen. Muster für Ihre Schriftsätze enthält der Anhang der Richtlinie. In den übrigen Kapiteln zeigen wir die rechtlichen Hintergründe sowie die zweckmäßige Vorgehensweise auf und bieten Hinweise und Hilfestellungen für die Formulierung individueller Begründungen und Schriftsätze.

B. Das Antragsverfahren in 6 Schritten

1	<p>Gehen Sie zum HNO-Arzt und lassen Sie sich Hörgeräte verordnen</p> <p>Bei einer Erstversorgung ist eine Verordnung durch einen Hals-Nasen-Ohrenarzt zwingend notwendig. Der HNO-Arzt muss hierzu einen qualifizierten Hörtest erstellen.</p> <p>Eine Folgeversorgung (in der Regel frühestens nach 6 Jahren) kann dagegen auch direkt ohne neue Verordnung des Arztes erfolgen.</p>
2	<p>Suchen Sie sich einen geeigneten Hörakustiker</p> <p>Wenn Sie eine aufzahlungsfreie Versorgung oder eine spätere Mehrkosten-Übernahme durch die Krankenkasse anstreben -, klären Sie vor der Auswahl und Anpassung der Hörgeräte einige Dinge mit dem Hörakustiker Ihrer Wahl ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Weisen Sie Ihren Hörakustiker zu Beginn der Anpassung darauf hin, dass Sie im gegebenen Falle eine vollständige Kostenübernahme Ihrer Hörgeräte durch die Krankenkasse anstreben. <p>Ein solcher Hinweis zu Beginn der Anpassung ist ein Gebot der Fairness. Sollte der Hörakustiker eine vergleichende Anpassung von einem aufzahlungsfreien System verweigern, suchen Sie sich einen anderen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Beginnen Sie die Anpassung mit dem/den aufzahlungsfreie/n Gerät/en. Geben Sie jedem Versuch 4 Wochen Zeit und damit eine faire Chance. Erst wenn das Ergebnis nicht befriedigend ist, testen Sie Geräte, die mehr kosten als den "Vertragspreis" (die also der Hörakustiker nur gegen Aufzahlung herausgeben wird). <p>(Sollte der Hörakustiker auf dem umgekehrten Vorgehen bestehen (erst die teuren, später dann die aufzahlungsfreien) – suchen Sie sich einen anderen.)</p> <p>Ein Tipp: <i>Geben Sie dem Hörakustiker zu diesem Zeitpunkt Ihre <u>ärztliche Verordnung nur in Kopie</u>. Das reicht ihm, um Ihrer Krankenkasse gegenüber - falls nötig - eine „Versorgungsanzeige“ abzugeben. Wenn Sie das Original der Verordnung noch behalten, erleichtert Ihnen das später bei eventuellen Unstimmigkeiten, den Hörakustiker zu wechseln!</i></p> <p>Der Hörakustiker muss Ihnen mindestens ein aufzahlungsfreies System anbieten, das Ihren Hörverlust bestmöglich ausgleicht. So verlangt es der Vertrag, den Ihr Hörakustiker mit der Krankenkasse abgeschlossen hat. Das gilt aber auch umgekehrt: <u>Wenn Sie auf die Anprobe eines aufzahlungsfreien Systems verzichten, haben Sie</u></p>

	<p><u>später keinen Anspruch auf eine Kostenübernahme über den Festbetrag der Krankenkassen hinaus.</u></p> <p>Je nach Vertrag zwischen Hörakustiker und Krankenkasse schickt der Hörakustiker zu Beginn der Anpassung eine "Versorgungsanzeige" an die Krankenkasse. Damit versichert er sich, dass Ihr Versicherungsverhältnis noch besteht und holt sich die Erlaubnis, Sie mit der Sachleistung Hörgeräte zu versorgen. Das bedeutet aber nicht, dass Sie den Hörakustiker später nicht mehr wechseln können - ohne dass Ihnen dadurch Kosten entstehen dürfen. (Sogar die Kostenübernahme für vom ersten Hörakustiker angefertigte Ohrformstücke ist vertraglich geregelt.)</p>
3	<p>Auswahl und qualifizierte, vergleichende Anpassung der Hörgeräte durch den Hörakustiker</p> <p>Eine ordnungsgemäße Anpassung umfasst mindestens zwei Hörgeräte, oft auch drei (es sei denn, Sie finden gleich beim ersten Versuch ein aufzahlungsfreies Gerät, welches Ihren Hörverlust "möglichst weitgehend ausgleicht").</p> <p>Für den Test jedes dieser Hörsysteme sollten Sie 4 Wochen einplanen. Denn Ihre Ohren und Ihr Hörzentrum müssen sich jeweils an die "neuen Höreindrücke" gewöhnen, bevor sich ein guter Hörerfolg einstellt. In dieser Zeit müssen Sie die jeweiligen Geräte konsequent und ganztags tragen. Legen Sie ein „Hörtagebuch“ an und tragen dort Ihre subjektiven Eindrücke in den verschiedenen, für Sie typischen und wichtigen Hörsituationen für die verschiedenen Modelle vergleichend ein. Schreiben Sie Ihre Beobachtungen - was Sie stört und was sich als gut erwiesen hat - jeweils in kurzer Textform auf. Verwenden Sie zusätzlich ein Notenspektrum von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend. Aus diesen Noten können Sie später für jedes Hörsystem eine Durchschnittsnote als Gesamtbewertung bilden.</p> <p>Bei der vergleichenden Anpassung muss der Hörakustiker zum Abschluss den Nachweis erbringen, dass das von ihm vorgeschlagene aufzahlungsfreie Hörgerät gegenüber den ggf. teureren Versorgungsgen ein vergleichbares Sprachverständnis bietet. In Anlehnung an die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie wird der Test in der Regel mit dem Freiburger Einsilbertest im "freien Schallfeld" (also über Lautsprecher) und bei einer Lautstärke von 65 dB ("gute Gesprächslautstärke") durchgeführt. Dabei ist die Messung im Störschall (Rauschen von hinten) ausschlaggebend.</p> <p>Vergleichbar ist das Sprachverständnis des aufzahlungsfreien Systems, wenn das Einsilber-Verständnis um höchstens 5 (bei einigen Verträgen auch 10) Prozentpunkte unter dem der teureren Alternativen liegt. Bei 20 einsilbigen Wörtern in einer Testreihe bedeutet das,</p>

	<p>dass höchstens 1 Wort weniger verstanden werden darf. Gelingt dem Hörakustiker dieser Nachweis nicht, ist er vertraglich gehalten, die teureren Geräte ohne Aufpreis an den Versicherten herauszugeben.</p> <p>In aller Regel liegt der Unterschied aber innerhalb der geforderten Toleranz. Dann ist es wichtig, dass Sie in Ihrem Hörtagebuch typische Situationen des Alltags festgehalten haben, in denen sich das Verständnis mit den teureren Hörsystemen erheblich von dem mit den aufzahlungsfreien Systemen unterscheidet.</p>
4	<p>4a. Der Hörakustiker überlässt Ihnen die ausgewählten Hörgeräte aufzahlungsfrei: fertig!</p> <p>Sollte Ihnen der Hörakustiker die Geräte aufzahlungsfrei überlassen, rechnet er den Vertragspreis direkt mit der Krankenkasse ab. Sie erhalten die Hörgeräte als Sachleistung ausgehändigt. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.</p>
	<p>4b. Der Hörakustiker überlässt Ihnen die ausgewählten Hörgeräte nur mit Aufzahlung: Kostenvoranschlag mit Leistungsantrag an die Krankenkasse</p> <p>Wenn der Preis der notwendigen Hörgeräte den Vertragspreis überschreitet, wird Ihnen der Hörakustiker die Geräte in der Regel nicht ohne Aufzahlung überlassen.</p> <p>1. Wichtig ist jetzt zunächst, dass Sie in diesem Moment noch keinen verbindlichen Kaufvertrag im Sinne einer Selbstbeschaffung gegenüber dem Hörakustiker eingehen. <u>Ein Kaufvertrag mit dem Ziel der Selbstbeschaffung darf erst nach einem Ablehnungsbescheid der Krankenkasse (siehe Punkt 5b, ggf. 5c) abgeschlossen werden.</u> Sollte der Hörakustiker schon vorher eine Unterschrift unter einen Kaufvertrags verlangen, wechseln Sie den Hörakustiker. Alles andere ist später zwingend anspruchshindernd!</p> <p>Ausgenommen von diesem „Verbot“ ist die sog. Mehrkostenerklärung, die formaler Bestandteil des Versorgungsvertrags zwischen Krankenkasse und Hörakustiker ist. Diese können Sie unter den in Kap. D.2 ausgeführten Bedingungen unterschreiben.</p> <p>2. Stellen Sie gleichzeitig unverzüglich und schriftlich einen Leistungsantrag auf volle Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse. (Das müssen Sie selbst tun. Ihr Hörakustiker kann Ihnen dies aus vertraglichen Gründen nicht "mit Überzeugung" abnehmen.)</p> <p>Der Leistungsantrag muss den Kostenvoranschlag des Hörakustikers sowie die Dokumentation der Ergebnisse der vergleichenden Anpassung enthalten. Der Vergleich sollte in jedem Fall einen Sprachtest im Störgeräusch beinhalten. Ihre Begründung zur Notwendigkeit der „trotzdem“ gewählten Versorgung sollte kurz und formal gehalten</p>

	<p>sein und sich auf einen Hinweis auf ihre persönlichen Aufzeichnungen beschränken.</p> <p>In allen Fällen (auch bei Mehrbedarf aus beruflichen Gründen) stellen Sie den Antrag immer an die Krankenkasse.</p>
5	<p>5a. Im Falle der Genehmigung Ihres Leistungsantrags: Abrechnung der Leistungen: fertig!</p> <p>Wenn Ihre Krankenkasse Ihren Antrag bewilligt, ist das Ziel erreicht. Das Sachleistungsprinzip ist gewährleistet. Der Hörakustiker kann seine Leistungen direkt mit der Krankenkasse abrechnen. (Das kommt allerdings so gut wie nie vor.)</p> <p>oder 5b. Im Falle der Ablehnung Ihres Leistungsantrags: Begründeter Widerspruch</p> <p>Der Normalfall ist aber, dass Ihr Antrag abgelehnt wird. Das liegt unter anderem an der kurzen Frist (3 Wochen), die der Krankenkasse für ihre Antwort bleibt. In aller Regel müssen Sie also Widerspruch einlegen.</p> <p>Der Widerspruch muss in der Regel innerhalb von einem Monat erfolgen. Diese Frist ist Bestandteil der Rechtsbehelfsbelehrung im Bescheid der Krankenkasse.</p> <p>Prüfen Sie, ob die Krankenkasse in ihrem Ablehnungsbescheid überhaupt auf Ihre Antragsbegründung eingegangen ist. Oft ist das nicht der Fall. Dann weisen Sie in Ihrem Widerspruch darauf hin. Andernfalls bieten Sie der Krankenkasse eine etwas vertiefte Begründung. Führen Sie die von Ihnen festgestellten "Gebrauchsvorteile" aus persönlicher Sicht auf. Dabei muss es sich um Vorteile handeln, die das Sprachverständnis beim allgemeinen Gebrauch im täglichen Leben betreffen.</p> <p>Eine allzu ausführliche Begründung zu diesem Zeitpunkt ist aber eher kontraproduktiv. Wichtig ist, in der Begründung keinen Ansatzpunkt für eine erneute Ablehnung zu bieten.</p> <p>In Ihrem Widerspruch können Sie für den Fall einer neuerlichen Ablehnung die Selbstbeschaffung der Leistung und ein Antrag auf Kostenerstattung ankündigen. Denn Sie wollen ja nicht „ewig“ auf Ihre angemessene Versorgung warten. Bei besonderer Dringlichkeit kann die Selbstbeschaffung aber auch schon direkt nach der ersten Ablehnung erfolgen. In diesem Fall ist der Widerspruch als Antrag auf Kostenerstattung zu formulieren.</p> <p>Hinweis: Wenn Ihre Krankenkasse Ihnen auf Ihren Antrag hin mitteilt, dass sie sich freut, den Festbetrag zu Ihren Hörgeräten zahlen zu können - dürfen und müssen Sie das als Ablehnung Ihres Kostenantrags werten. Auf diesen „Bescheid“ - der in Wahrheit eine Ablehnung</p>

	der vollen Kostenübernahme ist - legen Sie unmittelbar Widerspruch ein.
6	Bei erneuter, endgültiger Ablehnung des Leistungsantrags: Klage vor dem Sozialgericht Ab diesem Schritt empfehlen wir die Beiziehung eines Fachanwalts oder den Beitritt zu einem Sozialverband. Die Klage vor dem Sozialgericht kann in erster Instanz aber auch ohne Rechtsbeistand erhoben werden.

C. Grundtatsachen der Hörgeräte-Versorgung

C.1 Was schulden die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten?

Schwerhörigkeit ist eine Behinderung. Hörgeräte sind Hilfsmittel, die notwendig sind, diese Behinderung auszugleichen.

So steht es im Gesetz:

§ 33 Abs. 1 SGB V: *"Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, (...), die im Einzelfall erforderlich sind, um (...) eine Behinderung auszugleichen (...)."*

§ 2 Abs. 1 SGB V: *"(...) Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen."*

In seinen Leitsätzen zum Urteil vom 17.12.2009 hat das Bundessozialgericht diesen Anspruch wie folgt konkretisiert:

BSG-Urteil 2009, Leitsatz 1:

"GKV-Versicherte haben Anspruch auf die Hörgeräteversorgung, die die nach dem Stand der Medizintechnik bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlaubt, soweit dies im Alltagsleben einen erheblichen Gebrauchsvorteil bietet."

Dieser und weitere Leitsätze des Urteils haben 2012 als "Versorgungsziel" Einzug in die Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung und Krankenkassen gefunden:

"Zielsetzung der Hörgeräteversorgung ist es,

a) ein Funktionsdefizit des beidohrigen Hörvermögens unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts möglichst weitgehend auszugleichen und dabei – soweit möglich – ein Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen zu erreichen sowie

b) die Auswirkungen einer auditiven Kommunikationsbehinderung im gesamten täglichen Leben und damit bei der Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen zu beseitigen oder zu mildern." (§ 19 Abs. 1 HilfsM-RL 2012)

C.2 Wo liegen die Grenzen der Leistungspflicht für die gesetzlichen Krankenkassen?

Neben dem Wirtschaftlichkeitsgebot (siehe Kap. C.3) gelten in der Rechtsprechung für die Leistungspflicht der GKV im Wesentlichen zwei Grenzlinien:

- die Begrenzung auf deutliche Gebrauchsvorteile im Alltag und
- die Begrenzung auf den Lebensbereich des „gesamten täglichen Lebens“.

1.) Begrenzung der Leistungspflicht auf „deutliche Gebrauchsvorteile“

Will man die Funktionalität oder den Nutzen eines Hilfsmittels beschreiben, so sprechen die Juristen von seinen "Gebrauchsvorteilen". Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen bezieht und beschränkt sich auf „deutliche Gebrauchsvorteile“.

- *"Eingeschlossen in den Versorgungsauftrag der GKV ist eine kostenaufwendige Versorgung (...) dann, wenn durch sie eine Verbesserung bedingt ist, die einen wesentlichen Gebrauchsvorteil gegenüber einer kostengünstigeren Alternative bietet."*

Einen Vorteil im Hinblick auf das Versorgungsziel (siehe Kap. C.1) kann die Krankenkasse also nicht aus Kostengründen verwehren, wenn er wesentlich und nicht geringfügig ist.

Allerdings:

- *"Ausgeschlossen sind (...) Ansprüche auf teure Hilfsmittel, wenn eine kostengünstigere Versorgung für den angestrebten Nachteilsausgleich funktionell ebenfalls geeignet ist (...)"*

Ein Wunsch- und Wahlrecht, zum Beispiel hinsichtlich der Bauform oder des Herstellers, gibt es also für die Versicherten nicht. Nicht erstattungsfähig sind insbesondere auch Gebrauchsvorteile, die sich auf Bequemlichkeit, Komfort und Ästhetik beziehen:

- *"Keine Leistungspflicht besteht dagegen für solche Innovationen, die nicht die Funktionalität betreffen, sondern in erster Linie die Bequemlichkeit und den Komfort bei der Nutzung des Hilfsmittels (...) Dasselbe gilt für lediglich ästhetische Vorteile (...)"*

Auch Hinweise auf den besseren „Klang“ eines Hörsystems gelten als Komfort und führen in Richtung Ablehnung.

2.) Begrenzung der Leistungspflicht auf den Ausgleich der Behinderung auf den Lebensbereich "im gesamten täglichen Leben"

Nicht erstattungsfähig sind Gebrauchsvorteile, die sich lediglich auf bestimmte Lebensbereiche beziehen. Allerdings sind die Zeiten vorbei, in denen man „das gesamte tägliche Leben“ auf die Funktionen des täglichen Überlebens („Sitzen, Stehen, Liegen, Nahrung aufnehmen...“) reduzierte. So stellte das Sozialgericht Aachen in einem Urteil von 2017 (SG Aachen, S 13 R 135/15) fest, dass „häufiges Telefonieren“, „Beratung in Einzel- und Gruppengesprächen“, „Begleitung von Vermittlungsmaßnahmen“, „Kundenbesuche in Betrieben“ sowie „Besprechungen, Konferenzen und Tagungen“ nicht über die Anforderungen hinausgehen, die auch im privaten Alltag zu bewältigen seien. Die früher häufige Heranziehung der Rentenversicherung für eine höherwertige Versorgung Berufstätiger ist deshalb weitgehend überholt. Für die Finanzierung der kommunikativen Eigenschaften von Hörsystemen ist die Krankenkasse alleine verantwortlich.

Bei der Begründung eines Antrags, eines Widerspruchs oder einer Klage sollte man trotzdem weiterhin darauf achten, die für den Antrag oder die Klage geltend

gemachten Eigenschaften oder den gezogenen Nutzen auf den "allgemeinen Alltag" und die "menschlichen Grundbedürfnisse" zu beziehen:

- *"Desgleichen kann eine Leistungsbegrenzung zu erwägen sein, wenn die funktionalen Vorteile eines Hilfsmittels ausschließlich in bestimmten Lebensbereichen zum Tragen kommen."*

Deshalb sollte man auch bei den Vergleichsbeispielen aufpassen, die man nennt. Zu den nicht erstattungsfähigen Bedürfnissen zählten nämlich zum Beispiel nach einer älteren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts Gebrauchsvorteile, die lediglich in der Freizeit oder im Ehrenamt nutzbar sind.

Besondere berufliche Bedarfe leiten sich aus heutiger Sicht höchstens noch aus beruflichen Umweltbedingungen (Feuchtigkeit, Lärm) oder anderen nicht dem Alltag zuzurechnenden Anforderungen (z.B. Berufsmusiker) ab. Für solche Ansprüche kommen als Kostenträger dann die Rentenversicherung, die Arbeitsagentur oder die Berufsgenossenschaft in Frage.

C.3 Festbetrag und Vertragspreise: Im Einzelfall ist mehr drin...

Nicht überraschend ist, dass für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ein Wirtschaftlichkeitsgebot gilt:

§ 12 Abs. 1 SGB V: *"Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten."*

Was aber ist ausreichend, zweckmäßig und überschreitet das Maß des Notwendigen nicht? Hier liegt die Messlatte eindeutig hoch - und nicht niedrig -, wie aus der Begründung des BSG-Urteils vom 17.12.2009 hervorgeht:

"Das Maß der notwendigen Versorgung wird deshalb verkannt, wenn die Krankenkassen ihren Versicherten Hörgeräte (...) nur zur Verständigung "beim Einzelgespräch unter direkter Ansprache" zur Verfügung stellen müssten. Teil des von den Krankenkassen (...) geschuldeten - möglichst vollständigen - Behinderungsausgleichs ist es vielmehr, hörbehinderten Menschen im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen zu eröffnen (...)."

Nicht hinzunehmen hat der Versicherte *"erhebliche Einschränkungen bei Umgebungsgeräuschen und beim Sprachverstehen in größeren Personengruppen"*, da er *"damit gegenüber dem Hörvermögen hörgesunder Menschen deutlich zurück (bleibt)"*.

Natürlich geht es an dieser Stelle letzten Endes ums Geld. Die Krankenkassen haben deshalb für die Hörgeräte-Versorgung sogenannte „Festpreise“ festgelegt, um die Kosten pro Hörgerät zu deckeln. Der Festbetrag liegt derzeit (seit 2013) bei 784,94 Euro für eine einseitige und bei 1.412,89 Euro für eine beidseitige Hörgeräteversorgung (jeweils zum Endverbraucherpreis, d.h. einschließlich MwSt). (Für die Versorgung von an Taubheit grenzenden Patienten sind es 57 bzw. 102,60 Euro mehr.) Diese von ihnen selbst festgelegten Festbeträge unterlaufen die Kranken-

kassen regelmäßig noch mit den Vertragspreisen in den Versorgungsverträgen, die sie mit den Hörakustikern abschließen.

Auch wenn heutige aufzahlungsfreie Hörgeräte mittlerweile über viele höherwertige Techniken verfügen, ist zu diesen Preisen oft kein dem Stand der Technik entsprechender bestmöglicher Behinderungsausgleich möglich. In diesen Fällen bleibt den Versicherten nur der Weg über einen Antrag auf volle Kostenübernahme (über den Vertragspreis hinaus) im Wege einer „Einzelfallentscheidung“. Denn:

§ 33 SGB V:

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen (...)

Das bedeutet, dass sich Anspruch und Versorgung grundsätzlich an einer Beurteilung des Einzelfalls orientieren müssen. Festbeträge und pauschale Vertragspreise in Versorgungsverträgen sind demgegenüber nur eine organisatorische Vereinfachung, um die große Masse der Abrechnungsfälle zu bewältigen. Um mehr als den Festbetrag zu bekommen, müssen Sie also einen entsprechenden Antrag ("Leistungsantrag") stellen.

C.4 Gleichwertig im Labor heißt nicht gleichwertig im täglichen Leben. Das Hörtagebuch

Im klassischen vergleichenden Hörtest schneiden aufzahlungsfreie Hörsysteme immer öfter gleichauf mit teureren Alternativen ab – und das auch bei der Messung im Störgeräusch. Trotzdem empfinden Nutzer oft erhebliche Unterschiede beim Sprachverstehen in verschiedenen Alltagssituationen. Offenbar führen aktuelle, fortgeschrittene Verarbeitungstechniken zu Hörvorteilen, die sich im einfachen Sprachtest in der Hörkabine nicht nachweisen lassen. Das Sozialgericht Aachen stellt deshalb in einem Urteil aus dem Jahr 2015 fest:

„Ob der vom Versicherten zu beanspruchende bestmögliche Ausgleich des Hörverlusts durch ein bestimmtes Gerät erzielt werden kann und durch ein anderes Gerät nicht erzielt werden kann, (...) lässt sich nicht nur aufgrund objektiver Messergebnisse, sondern gegebenenfalls erst unter Zugrundelegung subjektiver – nicht messbarer – Feststellungen beurteilen.“

Im Aachener Fall hatte der Versicherte ein ausführliches Hörtagebuch über fünf getestete Hörsysteme geführt. Darin hatte er nach Ansicht des Gerichts dargelegt,

„dass allein mit dem [aufzahlungspflichtigen] Gerät (...) ein Sprachverstehen sehr gut und sehr präzise möglich war, beim Telefonieren, in der beruflichen Tätigkeit und bei Vorträgen alle Teilnehmer verstanden werden konnten und in Situationen mit mehreren Gesprächspartnern die Kommunikation sehr gut möglich war.“

Und obwohl im vorliegenden Fall ganz wesentlich auch berufliche Gesprächssituationen für den Vergleich herangezogen wurden, sieht das Gericht die Krankenkas-

se im Obligo und pariert diesen altbekannten Abwehrstreit der Krankenkassen mit der kleinen, sehr feinen Formulierung:

„Der Kläger kann privat und muss beruflich hohe Ansprüche an die Hörgerätequalität stellen.“

Eine Kostenübernahme fällt hier nicht vom Himmel. Mit einem Hörtagebuch können Sie aber eine wesentliche Grundlage schaffen, den von Ihnen subjektiv empfundenen Unterschied glaubhaft nachvollziehbar zu machen. Diese Arbeit sollten Sie sich also schon machen.

In einem solchen Hörtagebuch werden während der jeweils mehrwöchigen Probezeit der verschiedenen Hörsysteme zeitnah die typischen Hörsituationen bewertet. Welche Hörsituationen das sind, hängt bis zu einem gewissen Grad von Ihrem persönlichen Lebensumfeld ab. Relevante Hörsituationen sind aber zum Beispiel Sprachverstehen in Gruppen, Teilnahme an Besprechungen, Vorträgen und Konferenzen oder das Telefonieren. Andere typische Situationen könnten etwa der Einkauf, das Zweiergespräch auf einer belebten Straße oder das Fernsehen sein. Auch ein bis zwei „einfache“ Situationen - in denen sich die Hörsysteme weitgehend gleichen - dürfen dabei sein. Und bewerten Sie neben dem reinen Sprachverständnis durchaus auch die „Höranstrengung“, die Sie mit den unterschiedlichen Geräten aufbringen müssen.

Legen Sie sich auf sechs bis acht solcher Situationen fest und bewerten Sie immer genau diese. Bewerten Sie jede der Situationen mindestens einmal in der Woche. Zur leichten Vergleichbarkeit führen Sie die Bewertung schematisch durch, zum Beispiel nach Schulnoten (1 = „sehr gut“ bis 6 = „ungenügend“). Besondere Beobachtungen halten Sie als Langtext fest.

D. Stolpersteine der Kostenübernahme

D.1 K.o.-Kriterium: Vergleich mit einem aufzahlungsfreien System verweigert

Die Krankenkasse „schuldet“ Ihnen Hörsysteme, die Ihren Hörverlust dem Stand der Technik entsprechend möglichst weitgehend ausgleichen. Dabei haben Sie keinen Anspruch auf eine bestimmte Marke, Technik oder optische Ausführung. Die Krankenkasse ist gehalten, diese Leistung - nicht in ihrem eigenen, sondern im Interesse der Versichertengemeinschaft - zu wirtschaftlichen Bedingungen - also preisgünstig - zu erbringen.

Deshalb müssen Sie Ihrer Krankenkasse - beziehungsweise dem von ihr beauftragten Hörakustiker - die Chance geben, die Hörversorgung mit einem aufzahlungsfreien System zu erreichen. Die Geduld dafür müssen Sie aufbringen - auch wenn es Ihnen lästig erscheint. Tun Sie das nicht, bringen Sie sich beim Antrag auf Mehrkosten-Übernahme in eine aussichtslose Position.

D.2 Mehrkostenerklärung: Ärgerlich, im Zweifel aber rechtlich unwirksam

Der ärgerlichste Stolperstein bei der Übernahme von Mehrkosten ist nach wie vor die sogenannte „Mehrkostenerklärung“. Inzwischen gibt es einen ganzen Strauß von unterschiedlichen Formulierungen dafür, je nach Krankenkasse und dem mit dem Hörakustiker geschlossenen „Versorgungsvertrag“. Allen ist aber eins gemeinsam: Durch geschickte und verschlungene Formulierungen wollen sie Ihnen das Geständnis abringen,

1. dass Sie eine aufzahlungsfreie Versorgung angeboten bekommen haben, die Ihren Hörverlust dem Stand der Technik entsprechend bestmöglich ausgleicht, und
2. dass Sie die aufpreispflichtige Variante nur aus Komfort-, kosmetischen oder anderen „nicht relevanten“ Gründen gewählt haben.

Genau das aber ist - davon gehen wir jetzt einmal aus - nicht der Fall.

Wie gehen Sie mit dieser Situation am besten um?

Erstens: Fühlen Sie den Zwang, der auf Sie ausgeübt wird...

Fühlen Sie in dieser Situation ruhig einen Augenblick die miese Lage, in die Sie durch das zwischen Krankenkassen und Hörakustiker ausgehandelte Verfahren gebracht werden sollen. Denn wenn Sie diese Erklärung nicht unterschreiben, passiert folgendes:

- (a) Der Hörakustiker wird Ihnen die notwendigen Hörgeräte nicht aushändigen, solange Sie die Mehrkostenerklärung nicht unterschrieben haben.

(b) Und von Ihrer Krankenkasse bekommen Sie weder eine Kostenzusage noch einen Ablehnungsbescheid über die Mehrkosten. Denn Ihre Antragsunterlagen sind ja nicht vollständig und Ihr Antrag kann daher noch gar nicht bearbeitet werden...

Und zweitens: Fügen Sie sich dem Zwang, der auf Sie ausgeübt wird.

Unterscheiden Sie die Mehrkostenerklärung anschließend: notgedrungen und ohne weiteres Zögern. Und schicken noch am selben Tag einen Antrag auf Mehrkostenübernahme an Ihre Krankenkasse.

Manche Mehrkostenerklärungen bieten Ihnen die Möglichkeit, durch geeignetes Ausfüllen die Absicht der Erklärung selbst ad absurdum zu führen. Dann können Sie zum Beispiel unter den „sonstigen“ Gründen für Ihre Mehrkostenentscheidung ein Argument eintragen, welches in der Leistungspflicht der Krankenkasse liegt:

Ich wünsche deshalb eine Versorgung mit einem die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigenden Hörsystem. Die daraus entstehenden Mehrkosten, ggf. auch für Reparaturen, habe ich zu tragen.

Ich habe mich für das ausgewählte Hörsystem ausschließlich aus folgenden Gründen entschieden:

- berufliche Gebrauchsvorteile,
- Funk-/Schnittstellentechnik,
- Komfortmerkmale,
- mehr Hörprogramme oder Tonkanäle als audiologisch notwendig,
- subjektive Faktoren wie Klang etc.,
- Sonstiges (bitte kurz schildern)

Sprachverständnis im Umgebungsgeräusch und in größeren Gruppen

Andere „Mehrkostenerklärungen“ sind so gestaltet, dass Sie zwangsläufig die Unwahrheit unterzeichnen müssen. Da gibt es zum Beispiel die Formulierung:

Mit dem/den getesteten eigenanteilsfreien Hörsystem(en) habe ich - soweit möglich - sowohl bei störenden Umgebungsgeräuschen als auch in größeren Räumen und größeren Personengruppen ein bestmögliches Sprachverstehen erreicht.

Streichen Sie hier „erreicht“ durch und schreiben Sie handschriftlich daneben „nicht erreicht“.

Weiter heißt es dann zum Beispiel:

Mit dem von mir zu leistenden Eigenanteil bin ich einverstanden.

Machen Sie ein Sternchen dahinter uns schreiben unter den Text: „(*) *vorbehaltlich der Entscheidung der Krankenkasse.*“ So erkennen Sie das Formular an und bleiben andererseits ehrlich.

Solche handschriftliche Änderungen lassen viele Hörakustiker allerdings nicht zu, weil sie unsicher sind, ob die Krankenkasse die Mehrkostenerklärung anschließend anerkennt. Lassen Sie sich dann nicht auf einen Streit mit Ihrem Akustiker ein, sondern unterschreiben die Erklärung unverändert und schicken noch am selben Tag einen Antrag auf Mehrkostenübernahme an Ihre Krankenkasse. Darin legen Sie die tatsächlichen Gründe Ihrer Entscheidung dar und widersprechen damit der Mehrkostenerklärung.

Gehen Sie davon aus: Insoweit die Mehrkostenerklärung Sie daran hindern möchte, Ihren berechtigten Anspruch auf eine bestmögliche, aufzahlungsfreie Hörgeräteversorgung geltend zu machen, ist sie schlicht sittenwidrig.

Mit Ihrer – unter Druck und in der geschilderten Zwangslage geleisteten – Unterschrift lassen Sie es zu diesem Zeitpunkt bewenden. Ihre Argumente hinsichtlich Rechtswidrigkeit der Mehrkostenregelung und der Zwangslage, in der Sie sich befanden, brauchen Sie Ihrer Krankenkasse oder dem Sozialgericht erst vorzubringen, sollte sich die Krankenkasse tatsächlich im weiteren Verlauf des Verfahrens auf die Mehrkostenerklärung berufen. (Sie wird es vermutlich nicht tun.)

D.3 Selbstbeschaffung: Was muss man beachten, um den Leistungsanspruch nicht zu verlieren?

Grundlage für die Tätigkeit der gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V). Darin wird festgelegt, dass die Leistungen für die Versicherten als **Sachleistung** (Sach- oder Dienstleistung) zu erbringen sind (§ 2 Abs. 2 SGB V). Das bedeutet, dass die Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln) ihre Leistungen direkt mit den Krankenversicherungen abrechnen. Der Versicherte braucht hierfür kein "Geld in die Hand zu nehmen".

Anstelle einer Sach- oder Dienstleistung *können* die Versicherten aber auch den Weg einer **Kostenerstattung** wählen (§ 13 SGB V).

§ 13 Abs. 2 SGB V: *"Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen."*

Eine besondere Erstattungspflicht entsteht für die Krankenkassen im Falle einer unaufschiebbaren Leistung oder nach einer Ablehnung, die sich später als unrechtmäßig erweist:

§ 13 Abs. 3 SGB V: *"Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden,*

sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war."

Ist die Krankenkasse also bei einer "unaufschiebbaren Leistung" fristsäumig oder hat sie einen Antrag abgelehnt, so kann der Versicherte in finanzielle Vorlage treten. Dieser Weg ist allerdings durch die genannten Bedingungen und Einschränkungen mit Risiken behaftet. Entscheidend für die spätere Kostenübernahme sind die beiden eingeflochtenen Voraussetzungen "unaufschiebbar" beziehungsweise "zu Unrecht abgelehnt".

Deshalb Achtung:

Eine zu frühe Selbstbeschaffung ist grundsätzlich anspruchshindernd und daher in jedem Fall das Aus für jeden Kostenerstattungsanspruch über den Festbetrag hinaus. Daher muss vor dem Eingehen einer Kaufverpflichtung (Unterschrift Kaufvertrag) unbedingt die erste Ablehnung der Krankenkasse auf Ihren Antrag auf Kostenübernahme vorliegen.

Die Ankündigung einer beabsichtigten Selbstbeschaffung führt im Übrigen oft dazu, dass die Krankenkasse ihre Entscheidung beschleunigt. Offenbar ist der Weg der Kostenerstattung für die Krankenkassen unliebsam.

E. Fragen und Antworten

E.1 Muss mir die Krankenkasse innerhalb einer bestimmten Frist antworten?

Ja. Seit dem 01.01.2013 ist im - neuen - § 13 Abs. 3a des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) eindeutig geregelt:

Entscheidungsfrist für Anträge auf Leistungen

§ 13 Abs. 3a SGB V: *"Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten."*

Was passiert aber, wenn die Krankenkasse diese Fristen nicht einhält? Zwar wird eine Fristsäumigkeit im weiteren Verlauf des § 13 Abs. 3a SGB V sozusagen „unter Strafe gestellt“: *„Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.“* Diese als Genehmigungsfiktion bezeichnete Regelung wurde aber für Hilfsmittel nach letzter Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (März 2018) auf den seltenen Fall beschränkt, dass die Hilfsmittel eine Krankenbehandlung sicherstellen. Das ist bei Hörsystemen mit Sicherheit nicht der Fall. Bei Hörsystemen bleibt eine Fristversäumnis also für die Krankenkasse letztlich ohne Folgen.

E.2 Muss ich mich um einen Zuständigkeitsstreit zwischen verschiedenen Kostenträgern kümmern?

Nein. Denn als Hörgeschädigter sind Sie "behindert" und können deshalb zusätzlich die Regelungen des Neunten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) auf sich anwenden. Im SGB IX gibt es einige interessante Bestimmungen über das Antragsverfahren und die Fristen, innerhalb derer die Krankenkasse über Ihren Antrag entscheiden muss:

(1) Zuständigkeitserklärung

§ 14 Abs. 1 SGB IX: *"Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist (...). Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung insgesamt nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu und unterrichtet hierüber den Antragsteller."*

Im Klartext: Ihr Antrag hat spätestens nach 2 Wochen beim zuständigen Rehabilitationsträger zu sein (dies mag nach Ansicht der Krankenkasse z.B. die Rentenversicherung sein). Dafür brauchen Sie nicht zu sorgen. Leitet die Krankenkasse nicht weiter, ist sie zuständig. Leitet sie an einen anderen Rehabilitationsträger weiter, ist dieser zuständig. Eine zweite (und letzte) Weiterleitung ist unter bestimmten Bedingungen möglich (siehe § 14 Abs. 3), verlängert aber die Entscheidungsfrist nicht.

(2) Entscheidungsfrist

§ 14 Abs. 2 SGB IX: *"Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf (...) unverzüglich und umfassend fest und erbringt die Leistungen (leistender Rehabilitationsträger). Muss für diese Feststellung kein Gutachten eingeholt werden, entscheidet der leistende Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragsingang. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen."*

Im einfachsten Fall muss die Krankenkasse also spätestens nach 3 Wochen über Ihren Antrag entschieden haben. Im Falle, dass die erste Stelle nicht zuständig war und an einen anderen Kostenträger weitergeleitet hat, muss dieser spätestens 5 Wochen nach dem ursprünglichen Antragsingang entschieden haben.

Unübersichtlich wird es allerdings wenn

- ein Gutachten notwendig wird: *"Ist (...) ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen."*

Dass das Gutachten aber nicht ewig dauern darf, regelt § 18 SGB IX (s.u.).

- nach Auffassung des „leistenden Rehabilitationsträgers“ der Antrag auch Leistungen umfasst, die andere Leistungsträger zu erbringen haben.

In diesem Fall hat der leistende Rehabilitationsträger zwei Möglichkeiten:

1. Er leitet den Antrag „insoweit“ an den nach seiner Auffassung zuständigen (weiteren) Kostenträger weiter, der dann über diesen Aspekt in eigener Zuständigkeit entscheidet und den Antragssteller unterrichtet (§ 15 Abs. 1 SGB IX).
2. Er initiiert einen kostenträger-übergreifenden Teilhabeplan nach § 19 ff SGB IX. (Der Teilhabeplan ist ein 2018 neu in das SGB IX eingeführtes Instrument der Bedarfsermittlung.) In diesem Fall behält der leistende Kostenträger die Entscheidung insgesamt in seinen Händen und *"stellt (...) den Rehabilitationsbedarf nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen umfassend fest."*

(3) Säumigkeit und Selbstbeschaffung

§ 18 SGB IX: *"(1) Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Antragsingang bei dem leistenden Rehabilitationsträger entschieden werden, teilt er den Leistungsberechtigten vor Ablauf der Frist die Gründe hierfür schriftlich mit (begründete Mitteilung).*

(2) (...) In der begründeten Mitteilung kann der leistende Rehabilitationsträger die Frist von zwei Monaten nach Absatz 1 nur in folgendem Umfang verlängern:

1. um bis zu zwei Wochen zur Beauftragung eines Sachverständigen für die Begutachtung infolge einer nachweislich beschränkten Verfügbarkeit geeigneter Sachverständiger,
2. um bis zu vier Wochen, soweit von dem Sachverständigen die Notwendigkeit für einen solchen Zeitraum der Begutachtung schriftlich bestätigt wurde und
3. (...).“

(3) Erfolgt keine begründete Mitteilung, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. (...)

(4) Beschaffen sich Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung selbst, ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der Aufwendungen für selbstbeschaffte Leistungen verpflichtet. (...)

(5) Die Erstattungspflicht besteht nicht,

1. wenn und soweit kein Anspruch auf Bewilligung der selbstbeschafften Leistungen bestanden hätte und
2. die Leistungsberechtigten dies wussten oder infolge grober Außerachtlassung der allgemeinen Sorgfalt nicht wussten.“

Die Situation hinsichtlich der einzuhaltenden Fristen ist also etwas verwickelt. Man kann sie vereinfachend auf „maximal 2 Monate plus 4 Wochen“ herunterbrechen. Und ob am Ende die „Genehmigungsfiktion“ nach Absatz 3 für Hilfsmittel wie Hörsysteme vor Gericht Bestand hat, muss nach der jüngsten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vorsichtig bezweifelt werden.

Eine sichere Voraussetzung für eine zulässige Selbstbeschaffung ist deshalb nach wie vor nur die vorliegende Ablehnung des Antrags auf Kostenübernahme (§ 18 Abs. 6 SGB IX). Allerdings: Das Risiko, dass die Kosten – ggf. auch nach Einschlagen des Rechtswegs – nicht in voller Höhe anerkannt werden, tragen Sie auch hier.

(4) Untätigkeitsklage vor dem Sozialgericht

Nach dem Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann man gegen einen "ohne sachlichen Grund in angemessener Frist nicht beschiedenen" Leistungsantrag eine Untätigkeitsklage vor dem Sozialgericht erheben. Wie lang diese "angemessene Frist" allerdings sein kann, geht daraus hervor, dass diese Untätigkeitsklage bei einem Leistungsantrag frühestens nach 6 Monaten erhoben werden kann. (Bei Untätigkeit auf einen Widerspruch hin gilt eine kürzere Frist von 3 Monaten.) Deshalb wird der Weg einer Untätigkeitsklage erst im Widerspruchsverfahren interessant.

E.3 Warum soll ich den Antrag auf volle Kostenübernahme nicht meinem Hörakustiker überlassen?

Im Versorgungsvertrag hat sich Ihr Hörakustiker gegenüber der Krankenkasse verpflichtet, Sie "aufzahlungsfrei" mit Hörgeräten zu versorgen, die einen möglichst

weitgehenden Ausgleich Ihres Hörverlusts gewährleisten. Dabei ist es unerheblich, was diese Geräte den Hörakustiker "im Einkauf" kosten. Argumentiert der Hörakustiker nachvollziehbar und überzeugend, dass er das ohne "Aufzahlung" nicht kann, liegt in der Logik des Vertrags, dass dann nicht Sie und auch nicht die Versicherung, sondern Ihr Hörakustiker die Aufzahlung tragen muss. (Das ist in der Praxis vorgekommen.)

Der Hörakustiker wird sich in seiner Begründung daher mit überzeugenden Formulierungen schwer tun. Und damit ist Ihnen nicht gedient. Sie müssen Ihren Antrag also schon selbst stellen.

E.4 Warum macht mein Hörakustiker aus der vergleichenden Messung ein Geheimnis?

Manche Hörakustiker haben aus ihrem Dilemma (siehe Abschnitt E.3) die Schlussfolgerung gezogen, beim vergleichenden Test des Sprachverständnisses mit Hörgeräten oberhalb des Vertragspreises die gemessenen Unterschiede auf die von der Krankenkasse geforderten 5 oder 10 Prozentpunkte zu beschneiden. Auf Nachfrage erklären auf die eine oder andere Weise, warum das Ergebnis nicht höher ausfallen kann oder darf.

Wenn Ihnen in diesem Zusammenhang die Messergebnisse Ihres Hörakustikers „suspekt“ vorkommen, sollten Sie das ansprechen. Das Vertrauensverhältnis, das zwischen Ihnen und Ihrem Hörakustiker unverzichtbar ist, gerät sonst in Gefahr. Auf der anderen Seite bedenken Sie, dass die Laborsituation mit dem echten Leben draußen nur bedingt zu tun hat. Deshalb ist es durchaus nicht unmöglich, dass aufzahlungsfreie Systeme in der Messkabine ähnlich gut abschneiden wie teurere Geräte, auch wenn Sie im täglichen Gebrauch draußen deutliche Unterschiede festgestellt haben.

E.5 Kann ich meinen Hörakustiker wechseln?

Eindeutig ja. Das sehen alle Versorgungsverträge ausdrücklich vor. Wenn Sie mit der Vorgehensweise oder den Ergebnissen Ihres Hörakustikers nicht einverstanden sind, können Sie Ihre Hörsysteme zurückgeben und einen anderen Akustiker aufsuchen. Kosten dürfen Ihnen dabei nicht entstehen.

Bei einem Wechsel stellen sich unter Umständen einige praktische Fragen:

- Gibt Ihr bisheriger Akustiker die ärztliche Verordnung wieder heraus? Wenn Sie dem Akustiker nur eine Kopie der Verordnung gegeben haben, sind Sie hier im Vorteil.
- Allerdings ist die Verordnung des HNO-Arztes auch nur vier Wochen gültig. Bei einem späteren Wechsel muss also nach einer anderen Lösung gesucht werden.

Schalten Sie in allen Fällen, wenn Sie den Akustiker wechseln, Ihre Krankenkasse ein. Sie muss und wird Ihnen den richtigen Weg erklären, wie Sie eventuelle Schwierigkeiten beim Wechsel bewältigen können.

E.6 Muss ich ein aufzahlungsfreies Gerät probieren?

Wenn Sie die Kostenübernahme entstehender Mehrkosten anstreben, müssen Sie Hörakustiker und Krankenkasse die Chance geben, Ihnen eine aufzahlungsfreie Versorgung anzubieten und im Vergleich anzupassen. Dann heißt die Antwort auf die Frage eindeutig: **Ja**, Sie müssen.

Andernfalls steht Ihnen natürlich grundsätzlich frei, von vornherein auf eine mögliche Übernahme von Mehrkosten durch Ihre Krankenkasse zu verzichten. Dann begnügen Sie sich mit dem Vertragspreis als Zuschuss und zahlen den Rest privat dazu. (In diesem Fall können Sie diese Beratungsrichtlinie spätestens jetzt beiseitelegen...)

E.7 Ist eine Kontrolle des Versorgungserfolgs durch den HNO-Arzt notwendig?

Die Versorgungsverträge sehen keine Kontrolle des Hörerfolgs durch den verordnenden HNO-Arzt mehr vor. Damit kann der Hörakustiker die Geräte unabhängig von einer abschließenden Untersuchung des HNO-Arztes abrechnen. Das gilt auch für die Erstversorgung. (Ausnahmen: Eine Beteiligung des HNO-Arztes ist bei einer Folgeversorgung zwingend bei Kindern, neu aufgetretenem Tinnitus und an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit/WHO-4.)

Diese Unterlassung steht allerdings im Widerspruch zur Hilfsmittel-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses der Krankenkassen und Ärzte. In der heißt es nämlich:

Hilfsm-RL 2012, § 30: "Auswahl des Hörgerätes und Abnahme"

„(1) Hat die Hörakustikerin oder der Hörakustiker aufgrund einer ärztlichen Verordnung ein Hörgerät angepasst, muss sich die verordnende Fachärztin oder der verordnende Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder die verordnende Fachärztin oder der verordnende Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen durch audiometrische Untersuchung vergewissern, dass

- *die von der Hörakustikerin oder von dem Hörakustiker vorgeschlagene Hörhilfe den angestrebten Verstehensgewinn nach § 19 erbringt und*
- *die selbst erhobenen Messwerte mit denen der Hörakustikerin oder des Hörakustikers übereinstimmen.*

(2) Ergänzend zur audiometrischen Untersuchung kann der APHAB-Fragebogen (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit) verwendet werden."

Die Krankenkassen unterlaufen mit einem Verzicht auf die ärztliche Abschlussprüfung in ihren Versorgungsverträgen also die von ihnen selbst mit beschlossene

Hilfsmittelrichtlinie. Der Deutsche Schwerhörigenbund steht deshalb auf dem Standpunkt, dass die Versorgungsverträge in diesem Punkt rechtswidrig sind.

Aber selbst wenn der Hörakustiker seine Leistungen nach den aktuellen Versorgungsverträgen ohne Abschlusskontrolle beim verordnenden Arzt abrechnen kann, hindert Sie niemand daran, Ihren Arzt noch einmal zu einer Abschlussbegutachtung aufzusuchen. Das gilt natürlich auch für die Folgeversorgung. Dass Sie nach sechs Jahren für Ihre zweiten Geräte direkt zum Hörakustiker gehen dürfen, heißt nicht, dass Sie es *müssen*. Fühlen Sie sich auch hier frei, den Weg über Ihren HNO-Arzt zu gehen.

E.8 Kann ich nach der Ablehnung meines Antrags sofort vor das Sozialgericht gehen?

Nein. Der Ablehnung des Leistungsantrags durch die Krankenkasse muss zunächst der Widerspruch folgen. Der Widerspruch muss innerhalb einer Frist von einem Monat ab Zugang des Ablehnungsbescheids erhoben werden. Nachdem Ihr Widerspruch abgelehnt wurde, können Sie Klage vor dem Sozialgericht erheben.

E.9 Was kostet eine Klage vor dem Sozialgericht?

In Verfahren vor dem Sozialgericht werden keine Gerichtsgebühren erhoben. Auch evtl. Auslagen (z.B. die Kosten für medizinische Sachverständige) werden dem Kläger nicht in Rechnung gestellt.

Die Kosten eines eigenen Anwalts muss der Kläger tragen, allerdings nur, wenn er unterliegt.

E.10 Brauche ich vor dem Sozialgericht einen Anwalt?

In den ersten beiden Instanzen (Sozialgericht, Landessozialgericht) benötigt der Kläger keinen Anwalt. Das Sozialgericht ist – im Gegensatz zum Zivilgericht – sogar verpflichtet, den Sachverhalt "von Amts wegen" selbst weiter zu erforschen.

Erst beim Bundessozialgericht herrscht Anwaltszwang. Man kann aber davon ausgehen, dass "normale" Streitigkeiten vor dem Sozialgericht nicht bis zum Bundessozialgericht kommen. In der Regel legen die Krankenkassen, wenn sie auf unterer Ebene unterliegen, keine Berufung ein. Dies tun sie im wohlverstandenen eigenen Interesse, um keine unliebsame höchstrichterliche Entscheidung zu provozieren, die dann Präzedenzfall-Wirkung hätte.

E.11 Was tun, wenn ich es mir finanziell nicht leisten kann, für die notwendige Versorgung "in Vorleistung zu gehen"?

Wenn Ihre Krankenkasse Ihren Antrag und ggf. auch Ihren Widerspruch abgelehnt hat, müssen Sie vors Sozialgericht gehen. Das kann dauern. Sie haben jetzt die

Möglichkeit, sich die Geräte selbst zu beschaffen. Das Geld können Sie sich später – nach einem erfolgreichen Gerichtsspruch – von der Krankenkasse wiederholen.

Was können Sie aber tun, wenn Sie das Geld zum Vorstrecken nicht haben?

Für diese Situation sieht unser Gesetz die "einstweilige Anordnung" vor. In § 86b SGG (Sozialgerichtsgesetz) steht:

"§ 86b

(1) Das Gericht der Hauptsache kann auf Antrag

1. in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage aufschiebende Wirkung haben, die sofortige Vollziehung ganz oder teilweise anordnen (...)"

Konkret heißt das: Ihr Widerspruch oder später Ihre Klage schieben die Wirkung der Ablehnung der Krankenkasse auf. Sie haben die Aussicht, dass Ihr Antrag auf volle Kostenübernahme am Ende Erfolg haben wird. Ohne weiteres bleiben Sie aber bis zu einer endgültigen Entscheidung bezüglich Ihrer Hörsituation nicht ausreichend versorgt. Das kann für Sie zu dauerhaften, unumkehrbaren Schäden führen (psychische Belastung, Depression, Arbeitsplatzverlust...)

In dieser Situation kann das zuständige Gericht die Krankenkasse dazu verpflichten, die Kosten für die Hörgeräte einstweilig zu übernehmen. Das tut es, ohne damit über die Rechtmäßigkeit oder Erfolgsaussichten Ihres Anspruchs zu urteilen. Es kann also durchaus sein, dass Sie später im Prozess unterliegen. Dann müssen Sie der Krankenkasse den Betrag zurückzahlen. (Man spricht daher auch von "einstweiligem Rechtsschutz".)

Das Gericht der Hauptsache ist in diesem Fall das Sozialgericht. Dort müssen Sie Ihren Antrag stellen. Das können Sie schriftlich oder auch mündlich persönlich tun. Sie müssen dazu noch keine Klage vor dem Sozialgericht erhoben haben.

Sie können einen solchen Antrag auch schon stellen, nachdem die Krankenkasse Ihren ersten Antrag abgelehnt hat und Sie Widerspruch erhoben haben.

E.12 Was kann ich tun, wenn mir meine Krankenkasse "dumm kommt"? Die Fachaufsicht

Es kommt immer wieder vor, dass in einem Bescheid unhaltbare Begründungen für eine Ablehnung gegeben werden. Dass sich möglicherweise ein Sachbearbeiter mit der Rechtslage bei der Kostenübernahme von Hörgeräten nicht wirklich auskennt. Oder einen ausgeprägten sportlichen Standpunkt entwickelt, berechnete Ansprüche abzuwimmeln.

Bevor Sie nun allein deswegen schon vor Gericht ziehen, gibt es für Sie eine weitere Möglichkeit, diesen Knoten zu lösen: die Fachaufsichtsprüfung bei der Aufsichtsbehörde Ihrer Krankenkasse. Sie ist gerade in solchen - wir gehen einmal davon aus: berechtigten - Fällen ein äußerst wirksames Mittel.

Der Antrag auf eine Fachaufsichtsprüfung bedarf keiner besonderen Form.

Bundesunmittelbare Krankenkassen unterstehen der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes in Bonn. Zu diesen Krankenkassen gehören z.B. die Barmer GEK, die Techniker Krankenkasse oder die DAK.

Landesunmittelbare Krankenkassen unterstehen der Aufsicht in den jeweiligen Landesregierungen. Dazu gehören z.B. die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK).

Die Anschriften sind im Internet bei den jeweiligen Krankenkassen im Impressum leicht recherchierbar.

F. Tipps für die Formulierung von Leistungsantrag, Widerspruch und Klage

F.1 Halten Sie es kurz und sachlich!

Ihr Anliegen ist einfach, Ihre Gründe sind überschaubar. Es gilt nicht, viele Worte zu machen.

Bedenken Sie, dass Ihr Gegenüber Fachmann oder Fachfrau für die Materie ist und die einschlägigen Gesetze und Gerichtsurteile im Schlaf kennt. Halten Sie sich an die stereotypen, immer wiederkehrenden Redewendungen aus diesen Quellen und versuchen Sie sich nicht an eigenen, originellen Formulierungen. Mit diesen immer gleichen Redewendungen zeigen Sie an, dass Sie sich informiert haben.

Zitieren Sie aber nicht mit Paragraph und Aktenzeichen. Sie sind kein Rechtsanwalt und fordern mit solcher "Besserwisserei" nur den Sportsgeist Ihres Gegenübers heraus. (Zitieren ohne Quellenangabe: das ist in diesem Fall ausnahmsweise mal kein Plagiat...)

F.2 Vermeiden Sie falsche Argumente!

Nach Lektüre dieser DSB-Beratungsrichtlinie kennen Sie die richtigen Argumente. (Es sind nicht viele - aber gute...) Genau auf diese müssen Sie abstellen: "Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen", "allgemeiner Alltag", "menschliche Grundbedürfnisse", "die nach dem Stand der Medizintechnik bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder", "im Alltagsleben einen erheblichen Gebrauchsvorteil", "das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen"...

Und Sie kennen die falschen Argumente: Komfort, Bequemlichkeit, Ästhetik, Gebrauchsvorteile in Freizeit, Volkshochschule... Kein Wort davon!

F.3 Vermeiden Sie Beispiele!

Schmücken Sie Ihre Begründung nicht mit Beispielen aus. Jedes Beispiel bietet Angriffspunkte. Genau auf ein solches Beispiel lässt sich dann eine Ablehnung stützen. Sparen Sie Worte, sparen Sie Papier, und bleiben bei den stereotypen, immer wiederkehrenden Allgemeinformulierungen.

F.4 Verschießen Sie nicht gleich zu Beginn Ihr ganzes Pulver!

Legen Sie Ihr Drehbuch auf mehrere Schritte an. Antrag – Widerspruch – Klage: Rechnen Sie von vornherein mit dem vollen Programm.

Zeigen Sie gleich zu Anfang, dass Ihr Anliegen berechtigt ist. Dass Sie sich informiert haben und die richtigen Formulierungen kennen. Dass eine Ablehnung also eigentlich keine Chance hat. Aber bewahren Sie sich für jeden der noch folgenden Schritte ein neues Häppchen an Argumenten und Formulierungen auf. (Ein bisschen ist es so wie auf einem orientalischen Basar.)

F.5 Seien Sie fair – auch Ihrer Krankenversicherung gegenüber.

Seien Sie fair gegenüber Ihrer Krankenversicherung. *"Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern."* Daran arbeitet auch Ihr/e Sachbearbeiter/in bei der Krankenkasse. Dazu gehört unter anderem, dass die Krankenversicherungen (die gesetzlichen zumindest, die privaten sind da nicht so gut aufgestellt...) für die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen, die Ihnen angeboten werden, zu sorgen versuchen.

Eine ihrer Aufgaben besteht allerdings auch darin, die Rechtmäßigkeit von Ansprüchen zu prüfen und unberechtigte Ansprüche abzuwehren. Helfen Sie ihnen dabei, indem Sie Ihren Antrag sachlich korrekt begründen und die notwendigen Unterlagen – zum Beispiel den vergleichenden Hörtest Ihres Hörakustikers – besorgen und zur Verfügung stellen.

F.6 Seien Sie fair – auch Ihrem Hörakustiker gegenüber.

Seien Sie fair gegenüber Ihrem Hörakustiker. Er ist vor allem ein gut qualifizierter, technisch ausgebildeter Fachmann. Er wird Sie auch in allen normalen Fragen der Antragstellung unterstützen und begleiten. Aber er ist kein Sozialanwalt und auch kein Schriftgelehrter.

Bedenken Sie außerdem, dass er von seiner Hände Arbeit leben muss. Mit Kulanz und Absprachen kann er viele Dinge für Sie "regeln". Aber am Ende muss für ihn die Rechnung auch aufgehen. Signalisieren Sie ihm daher gleich zu Beginn, was Sie wünschen und worauf Sie hinaus wollen. Dann kann er Umwege vermeiden und seine Beratung und Vorgehensweise von Anfang an gezielt darauf abstimmen.

G. Welche Hilfsmittel erstatten die Krankenkassen außerdem noch?

G.1 Lichtsignalanlagen

Hochgradig schwerhörige oder ertaubte Menschen haben oft Schwierigkeiten, Türklingel, Telefon oder das Signal ihres Rauchwarnmelders zuverlässig zu hören. Dann bleibt der Gast unverrichteter Dinge vor der Türe stehen, das Telefon wird nicht abgenommen oder das Haus brennt unbeachtet ab. Diese Gefahr besteht insbesondere nachts, wenn die Hörsysteme nicht getragen werden.

Für diese Zwecke gibt es spezielle Lichtsignalanlagen. Sie geben neben dem Tonzeichen ein Blitzsignal oder bei Bedarf auch ein Vibrationssignal. Da es um die Bewältigung des täglichen und selbstständigen Lebens geht, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für eine solche Lichtsignalanlage.

Für die Kostenübernahme bedarf es einer Verordnung des Arztes. Mit dieser kann man zum Beispiel zu einem Hörakustiker gehen und sich eine entsprechende Lichtsignalanlage aussuchen. Zu einer solchen Anlage gehören in der Regel

- 2 Signalgeber für Türklingel und Telefon,
- 1 Lichtsignalwecker (zugleich Blitzmelder für das Schlafzimmer)
- 3 Rauchwarnmelder
- 2-3 Blitzlampen oder Vibrationsmelder.

Das Angebot des Hörakustikers sollte auch die Kosten für die Montage enthalten. Damit stellen Sie bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Kostenübernahme. Nach Bewilligung kann die Anlage dann geliefert und montiert werden.

G.2 Drahtlose Übertragungsanlagen

Auch die besten Hörsysteme kommen schnell an ein Ende, wenn die akustischen Bedingungen der Verständigung schlecht sind. Das ist oft schon ab einer Sprechentfernung von 3 Metern der Fall. Raumhall und Echos von Rück- und Seitenwänden führen zu einem für Hörgeschädigte schwer zu entziffernden akustischem Durcheinander.

Der Schlüssel zum Erfolg liegt hier in einer Verkürzung der Sprechentfernung. Wenn es sich einrichten lässt, gehen Sie einfach auf den Sprecher zu, und schon verstehen Sie deutlich besser. In einem Vortrag, beim Tanzunterricht oder in einem Gespräch am runden Tisch ist das aber nicht praktikabel. Dann kann die Lösung in einer sogenannten „Übertragungsanlage“ bestehen. Dem Sprecher wird ein Mikrofon gegeben oder angesteckt, und über einen Empfänger bekommen Sie das Sprachsignal direkt in Ihre Hörsysteme übertragen. Die wirksame Sprechentfernung wird dadurch technisch auf wenige zehn Zentimeter reduziert.

Auch Übertragungsanlagen können von der Krankenversicherung finanziert werden. Die oft geltend gemachte Einschränkung, das gelte nur für Kinder in der Sprachentwicklung, leitet sich aus den in der Hilfsmittelrichtlinie gegebenen Beispielen ab, ist aber schlicht falsch. Das geht eindeutig aus den „tragenden Gründen“ zur aktuellen Hilfsmittelrichtlinie hervor:

„Übertragungsanlagen dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit über den Wirkungsbereich des Hörgerätes, mit dem sie verkoppelt werden, hinaus zu verbessern, um in bestimmten Anwendungsbereichen das Sprachverstehen durch eine verbesserte Nutzschall-/Störschall-Relation zu verbessern. Damit auch für Übertragungsanlagen als Hilfsmittel ein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung geltend gemacht werden kann, muss die Verbesserung des Sprachverstehens in einem Lebensbereich notwendig sein, der zu den allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zählt. Eine Verbesserung des Behinderungsausgleiches auf beruflicher oder gesellschaftlicher Ebene sowie im Freizeitbereich reicht dazu nicht aus (vgl. BSG, Urteil vom 03.11.1999, Az. B 3 KR 3/99 R).“

Nach den Ausführungen dieser Beratungsrichtlinie zu Hörsystemen dürfte dieser Ausschnitt aus den tragenden Gründen Anspruch und Fallstricke der Antragsbegründung ausreichend darstellen. Der Weg zur Übertragungsanlage ist derselbe wie bei der Lichtsignalanlage:

1. Verordnung durch den Arzt
2. Auswahl und Kostenvoranschlag des Hörakustikers
3. Antrag auf Kostenübernahme bei der Krankenkasse
4. Nach Antragsbewilligung Lieferung und Abrechnung durch den Hörakustiker.

G.3 ... und was sie nicht erstatten

Über Hörsysteme, Lichtsignalanlagen und Übertragungsanlagen hinaus erstatten die Krankenkassen allerdings andere sinnvolle technische Hilfsmittel des täglichen Lebens nicht. Dazu gehören zum Beispiel spezielle, für Hörgeschädigte besonders geeignete Festnetz- oder Mobiltelefone. Für an Taubheit grenzend schwerhörige Menschen sind heutzutage auch Tablets mit Spracherkennung ein taugliches Hilfsmittel, um sich mit anderen Menschen zu verständigen. Eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen für solche Hilfsmittel ist bisher nicht bekannt.

H. Literaturhinweise

1. Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V): Gesetzliche Krankenversicherung
2. Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch (IX): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
3. Hilfsmittel-Richtlinie HilfsM-RL
Aktuelle Fassung vom 24.11.2016, in Kraft seit dem 17.02.2017

4. GKV Festbeträge Hörhilfen an Taubheit grenzend (WHO-4) 2012
5. GKV Festbeträge Hörhilfen sonstige 2013
6. Referenzvertrag vdek vom 01.07.2015
7. BSG Urteil vom 17.12.2009, B 3 KR 20/08 R
(Richtungsweisendes Urteil zur Kostenübernahme bei Hörgeräten)
8. BSG Urteil vom 07.11.2017, B1 KR 15/17 R und B1 KR 24/17 R
(„fingierte Genehmigung“ bei Fristversäumnis)
9. SG Aachen Urteil vom 07.07.2015, S13 KR 315/14 (Leistungspflicht der GKV ist auch unter Zugrundelegung subjektiver, nicht messbarer Feststellungen zu beurteilen)
10. SG Aachen, Urteil von 2017, S 13 R 135/15
(Telefonieren, Gruppengespräche, Konferenzen, Tagungen gehen nicht über die Anforderungen hinaus, die auch im privaten Alltag zu bewältigen sind)

I. Abkürzungen

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse(n)
BIHA	Bundesinnung der Hörakustiker
BSG	Bundessozialgericht
DSB	Deutscher Schwerhörigenbund
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss der kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Bundes der Krankenkassen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung(en)
GKV-SV	Gesetzliche Krankenversicherung - Spitzenverband
HilfsM-RL	Hilfsmittel-Richtlinie (des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA)
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGG	Sozialgerichtsgesetz
vdek	Verband der Ersatzkassen

Änderungsnachweis

Vers.	Datum	Bearbeiter	Inhalt	Status
0.1	20.05.2012	Norbert Böttges	Neuerstellung	Entwurf
1.0	03.06.2012	Renate Welter	Annahme aller Änderungen	Freigabe
2.0	05.11.2012	Renate Welter	Annahme aller Änderungen	Freigabe
3.0	31.10.2013	Renate Welter	Freigabe	Freigabe
4.0	16.05.2016	Norbert Böttges	Freigabe	Freigabe
4.1	31.03.2018	Norbert Böttges	Grundlegende Überarbeitung	Entwurf
4.2	29.04.2018	Renate Welter	Prüfung	Entwurf
4.3	30.04.2018	W. Buchholz	Prüfung	Entwurf
4.4	03.05.2018	N. Böttges	Änderungsvorschläge geprüft und übernommen	Entwurf
5.0	04.05.2018	N. Böttges	Freigabe	Freigabe
5.1	06.06.2018	N. Böttges	E.1: Anpassung Rechtsprechung E.2: Anpassung BTHG: Fristen, mehrere Kostenträger, Teilhabeplan; neu: E.5	Änderung, Erweiterung
5.1	27.06.2018	Renate Welter W. Buchholz	Prüfung	Entwurf
6.0	29.06.2018	N. Böttges	Freigabe	Freigabe

A.1 Leistungsantrag für eine Hörgeräte-Versorgung (Muster)

Marianne Mustermann Musterhagen, den.....
Musterstraße 10
12345 Musterhagen

An die
Krankenkasse
.....
.....

Antrag auf Versorgung mit bedarfsgerechten Hörhilfen

Sehr geehrte Damen und Herren,
für die Auswahl meiner neuen Hörgeräte habe ich in den vergangenen Monaten mehrere unterschiedliche Geräte ausprobiert. Unter den Modellen waren auch solche, die mir aufzahlungsfrei angeboten wurden.

Im Rahmen einer mehrwöchigen vergleichenden Anpassung musste ich feststellen, dass mir keines der getesteten aufzahlungsfreien Geräte ein ausreichendes Sprachverstehen in Gruppen und größeren Räumen ermöglichte. Nur das von mir am Ende ausgewählte Modell erbrachte hier den geforderten bestmöglichen Ausgleich meines Hörverlusts.

Ich beantrage daher die Übernahme der Kosten für die ausgewählten Hörgeräte in voller Höhe. Den Kostenvoranschlag meines Hörakustikers sowie den Anpassbericht mit dem Vergleich gegenüber aufzahlungsfreien Geräten füge ich bei.

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang meines Antrags kurz schriftlich. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

(Marianne Mustermann)

Anlagen: Kostenvoranschlag
Anpassbericht (Vergleichende Anpassung)

A.2 Widerspruch bei erfolgter Ablehnung (Muster)

Marianne Mustermann Musterhagen, den.....
Musterstraße 10
12345 Musterhagen

An die
Krankenkasse
.....
.....

Widerspruch gegen den Bescheid zur Bewilligung meiner Hörhilfen vom

Sehr geehrte Damen und Herren,
vielen Dank für Ihren Bescheid vom, in dem Sie die volle Kostenübernahme für die von mir benötigten Hörhilfen ablehnen. Stattdessen bieten Sie mir lediglich eine Versorgung zum Festbetrag an.

Gegen diesen Bescheid lege ich hiermit fristgerecht innerhalb von 4 Wochen

Widerspruch

ein.

Begründung:

Ich bin auf die von mir ausgewählten und getesteten Hörhilfen angewiesen. Andere Geräte erfüllen in meinem Einzelfall keine ausreichende Versorgung. Im Störgeräusch, in größeren Gruppen und in anderen Situationen des täglichen Lebens ist mir anders kein ausreichendes Sprachverstehen möglich. Dies hat eine vergleichende Anpassung unter Einbeziehung mehrerer aufzahlungsfreier Hörgeräte-Modelle gezeigt.

{Eventuell ergänzen:}

Ergänzend zum Vergleichstest meines Hörakustikers habe ich während der Probezeit ein Hörtagebuch geführt, aus der die Unterschiede im Sprachverständnis in verschiedenen alltagsrelevanten Situationen hervorgehen. Das Hörtagebuch stelle ich Ihnen gerne auf Anfrage zur Verfügung.

Ich beantrage deshalb weiterhin die Übernahme der Kosten für die Hörgeräte laut dem bereits eingereichtem Kostenvoranschlag vom in voller Höhe. Ich bitte um erneute Prüfung meines Antrags und Erteilung eines rechtsmittel-

fähigen Widerspruchsbescheids.

{Eventuell ergänzen:}

Zusätzlich teile ich Ihnen vorsorglich mit:

Mein augenblicklicher Hörstatus ist derart schlecht, dass ich dringend auf die neuen Hörgeräte angewiesen bin. Falls ich daher bis zum (3-Wochen-Frist setzen) von Ihnen keinen Bescheid erhalte, sehe ich mich gezwungen, die Geräte selbst zu beschaffen und den Kaufpreis bei Ihnen im Wege der Kostenerstattung einzufordern.

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang meines Widerspruchs kurz schriftlich.
Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

(Marianne Mustermann)

A.3 Antrag auf Kostenerstattung (Muster)

Marianne Mustermann
Musterstraße 10
12345 Musterhagen

Musterhagen, den.....

An die

Krankenkasse

.....
.....

Antrag auf Kostenerstattung für selbstbeschaffte Hörhilfen

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrem Bescheid vom haben Sie die volle Kostenübernahme für die von mir benötigten Hörhilfen abgelehnt. Gegen diesen Bescheid habe ich fristgerecht am Widerspruch eingelegt.

In meinem Widerspruch hatte ich Sie darauf hingewiesen, dass mein augenblicklicher Hörstatus derart schlecht ist, dass ich dringend auf die neuen Hörgeräte angewiesen bin und aus diesem Grund eine rasche Entscheidung bis zum erwarte. Bis zum heutigen Datum habe ich aber noch keine Antwort auf meinen Widerspruch erhalten. Deshalb sah ich mich jetzt gezwungen, mir die benötigten Geräte selbst zu beschaffen.

Ich beantrage daher, mir die Kosten der Hörhilfen in voller Höhe laut beigefügter Rechnung zu erstatten.

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang meines Antrags kurz schriftlich und überweisen den Betrag innerhalb von 14 Tagen auf mein Konto (IBAN) bei (BIC/Bankinstitut).

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

(Marianne Mustermann)

Anlage: Rechnung über die selbst beschafften Hörhilfen



Deutscher Schwerhörigenbund e.V.
Der Interessenverband der Schwerhörigen
und Ertaubten in Deutschland