

Bundessozialgericht entscheidet über Abgrenzung zwischen Kranken- und Rentenversicherung bei der Hörgeräteversorgung

Am 24.01.2013 entschied das Bundessozialgericht über einen Fall zum Anspruch auf Kostenerstattung für ein Hörgerät durch den Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse, wenn der Leistungsantrag zuerst bei der Krankenkasse gestellt worden ist und diese sich auf die Zahlung eines Festbetrages beschränkt hat.

B 3 KR 5/12 R (= Nr. 3 Terminvorschau 1/2013)

SG Berlin - S 32 R 5964/06

LSG Berlin-Brandenburg - L 31 R 37/10

Das BSG hat die Revision der beigeladenen Krankenkasse zurückgewiesen. Als erstangegangene Rehabilitationsträgerin (§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) ist die Beigeladene zwar nicht nach dem Leistungs- und Kostenerstattungsrecht des SGB V, wohl aber nach § 15 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB IX i.V.m. dem Leistungsrecht des SGB VI zur Kostenerstattung an die Klägerin verpflichtet. Das BSG kann offen lassen, ob die maßgebliche Antragstellung i.S.d. § 14 SGB IX durch Übergabe der kassenärztlichen Hörgeräteverordnung an den Hörgeräteakustiker oder durch dessen Versorgungsanzeige bei der Krankenkasse erfolgt ist. Deren Einwand, die vom LSG Berlin-Brandenburg als Antrag angesehene Versorgungsanzeige sei allein Bestandteil der Innenkommunikation zur Gewährleistung einer Sachleistung, durch die im Wesentlichen die Mitgliedschaft des Versicherten geklärt werde, ist unzutreffend und wirklichkeitsfremd. Wenn sich ein Rehabilitationsträger – wie hier und bei der Hörgeräteversorgung wohl allgemein üblich – seiner leistungsrechtlichen Verantwortung durch sog Verträge zur Komplettversorgung nahezu vollständig entzieht und dem Leistungserbringer quasi die Entscheidung darüber überlässt, ob dem Versicherten eine Teilhabeleistung (wenn auch nur zum Festbetrag) zuteil wird, dann erfüllt er weder seine Pflicht zur ordnungsgemäßen Einzelfallprüfung nach § 33 SGB V noch befolgt er die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit. Wer sich der Pflicht zur Antragsentgegennahme (§ 16 SGB I) entzieht, kann sich nicht darauf berufen, es sei bei ihm kein Antrag gestellt worden. Es mutet zudem abenteuerlich an, dass die Rehabilitationsträger die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln – hier: Hörgeräte – praktisch nicht mehr selbst vornehmen, sondern in die Hände der Leistungserbringer "outgesourced" haben. Dass ein solches Vorgehen weder dem Grundgedanken der Festbetragsregelung gerecht wird noch zur Kostendämpfung beiträgt, dürfte klar auf der Hand liegen. Hinzu kommt im vorliegenden Fall, dass die Beigeladene hinsichtlich der erfolgten Versorgung keinerlei nachprüfbare Unterlagen vorlegen konnte, wie dies in ihrem Vertrag zur Komplettversorgung mit dem Hörgeräteakustiker vorgeschrieben ist. Es existiert lediglich ein Datenauszug, der mit Datum 12.07.2006 die Bewilligung eines Hörgeräts und des Festbetrages dokumentiert – ohne jede weitere Überprüfung des Leistungsfalles. Das BSG hält eine derartige Praxis im Umgang mit dem Leistungsrecht des SGB V für nicht mehr akzeptabel.

Durch die antragsgemäße Bewilligung des Hörgeräts und mangels Weiterleitung des Antrags an die Beklagte ist eine umfassende Zuständigkeit der Beigeladenen begründet worden, die auch nicht dadurch entfallen ist, dass sich die Klägerin nach Ablehnung ihres weitergehenden Versorgungsbegehrens innerhalb der Zwei-Wochen-Frist auch noch an die Beklagte gewandt hat. Deren Zuständigkeit war als Folge der gesetzlichen Wertung des § 14 SGB IX entfallen, ihr ablehnender Bescheid vom LSG Berlin-Brandenburg also zu Recht aufgehoben worden. Materiell folgt der Anspruch der Klägerin gegen die Beigeladene auf Kostenerstattung aus § 15 Abs. 1 SGB IX i.V.m. § 9 Abs. 1 und 2, § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB VI sowie § 26 Abs. 1 und 2 Nr. 6, § 31 SGB IX, da die Versorgung ausschließlich zur Ausübung eines bestimmten Berufes erforderlich war und die Klägerin ihre bisherige Tätigkeit nach den eindeutigen Feststellungen des LSG, denen die Beklagte nicht widersprochen hat, ohne die begehrte Versorgung nicht weiter hätte ausüben können.