

# Rechtsdienst der Lebenshilfe

NR. 3/19, SEPTEMBER 2019

WWW.LEBENSILF.DE

## EDITORIAL:

### Verbot der Benachteiligung von Menschen mit Behinderung

Vor 25 Jahren, am 15.11.1994, ist Art. 3 Abs. 3 S. 2 Grundgesetz (GG) in Kraft getreten. Das Benachteiligungsverbot ist ein subjektives Grundrecht zugunsten von Menschen mit Behinderung. Es soll der besondere Schutz betont werden, den der Staat behinderten Menschen zukommen lassen soll.

### Eine schwere Geburt

Um den Satz „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ wurde lange gerungen.<sup>1</sup> In der Gemeinsamen Verfassungskommission von Bundestag und Bundesrat war zunächst keine notwendige Mehrheit zustande gekommen. Erst im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens und nach Einberufung des Vermittlungsausschusses kam es zur Annahme des Antrags im Wege einer Paketlösung.

Die Formulierung normiert ein Staatsziel und stellt kein einklagbares Grundrecht dar. Die Norm entfaltet aber eine Ausstrahlungswirkung bei der Auslegung und Anwendung privatrechtlicher Normen. Aus dem Vergleich mit Satz 1 der Vorschrift ergibt sich, dass eine Bevorzugung von Menschen mit Behinderung nicht verboten ist. Ein Anspruch auf Begünstigung kann daraus jedoch nicht abgeleitet werden.

<sup>1</sup> Vgl. das Editorial der Ausgabe 2/1994 des Rechtsdienstes der Lebenshilfe, abgedruckt in diesem Heft auf S. 158.

## AUS DEM INHALT:

### Rechts- und Sozialpolitik

Koordinierung der Rehabilitationsleistungen – jetzt aus einer Hand?

Was lange währt, wird endlich gut...? – Gesetz zur Anpassung der Betreuer- und Vormündervergütung verabschiedet

### Rechtsprechung und Rechtspraxis

Bundesverfassungsgericht stärkt Selbstbestimmungsrecht schwerstbehinderter Menschen

Keine rückwirkende Rücknahme oder Widerruf einer Leistungsgewährung

Behindertentestament – Ermittlung der gerichtlichen Jahresgebühr im Rahmen der rechtlichen Betreuung

Inklusives Wohnrecht für Wohngemeinschaften

Herausgegeben von:

Unter Beteiligung von:

Hilfsmitteln auf. Versicherte haben grundsätzlich keinen Anspruch auf ein weiteres Hilfsmittel, da dieses i. d. R. nicht „erforderlich“ i. S. d. § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V ist und damit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V, das die Leistungspflicht der KK auf das „Maß des Notwendigen“ beschränkt, widerspricht.<sup>7</sup>

Ein Anspruch kommt nur unter bestimmten Voraussetzungen in Betracht, z. B. wenn die Mehrfachversorgung aus medizinischen, hygienischen bzw. sicherheitstechnischen Gründen notwendig ist (vgl. § 6 Abs. 8 der Hilfsmittel-Richtlinie). Möglich ist eine Zweitversorgung auch, wenn dies zur Vorbereitung auf die Schule, zum Schulbesuch oder zur

Integration in der kindlichen und jugendlichen Entwicklungsphase erforderlich ist, weil das bereits vorhandene Hilfsmittel nicht oder nur mit einem unzumutbaren Aufwand in die Schule oder zur Kindertagesstätte transportiert werden kann.<sup>8</sup>

Interessant und erfreulich in diesem Zusammenhang ist, dass das vorliegende Urteil für die Auslegung des Begriffs der „Notwendigkeit“ i. S. d. § 12 Abs. 1 SGB V, der ja eine Mehrfachversorgung i. d. R. ausschließt, die Regelungen der UN-BRK heranzieht und mit diesen die zugesprochene Zweitversorgung rechtfertigt.

<sup>7</sup> So z. B. BSG, Urteil vom 03.11.2011 – Az: B 3 KR 5/11.

<sup>8</sup> Vgl. BSG, a. a. O. (Fn. 7).

## SGB V

# Festbeträge können gesetzlichen Anspruch auf bedarfsgerechte Versorgung mit Hörgeräten nicht begrenzen

Sozialgericht (SG) Berlin, Urteil vom 31.08.2018 – Az: S 71 KR 945/16

Die Parteien streiten über die Kostenerstattung für ein Hörgerät.

Der 1980 geborene Kläger hat einen anerkannten Grad der Behinderung (GdB) von 40, eine leichte Sprachauffälligkeit, eine Lernbehinderung und eine Schwerhörigkeit. Zum Ausgleich der letztgenannten Einschränkung verordnete ihm sein HNO-Arzt eine Hörhilfe.

Der Kläger testete daraufhin verschiedene Modelle und entschied sich für ein aufzahlungspflichtiges Gerät, da ihm dieses – im Vergleich zu der aufzahlungsfreien Variante – ein besseres Hörverstehen ermöglichte. Dieses Empfinden wurde auch durch das Messergebnis nach Anpassung bestätigt, bei dem das gewählte Gerät um 5 % besser abschnitt. Dennoch lehnte die Krankenkasse (KK) seinen Antrag auf Versorgung mit dem begehrten Hilfsmittel sowohl im Ausgangs- als auch im Widerspruchsverfahren insoweit ab, als die Kosten der Versorgung über die geltenden Festbeträge hinausgingen.

In der Folge beschaffte sich der Kläger das Hörgerät auf eigene Rechnung, verfolgte sein Begehren jedoch mit einem Kostenerstattungsanspruch vor dem SG weiter. Auch wenn das von ihm gewählte Gerät sich im Messergebnis nur um 5 % von dem anderen Modell unterschieden habe, sei dies nicht zu vernachlässigen. Aufgrund seiner Hör- und Lernbehinderung sei es für ihn wichtig, jedes Wort zu hören, um das Gesprochene verstehen zu können. Insofern seien auch kleine Unterschiede von großer Bedeutung.

### Versorgung mit Hörgeräten dient dem unmittelbaren Behinderungsausgleich

Das Gericht folgte dieser Argumentation und verurteilte die KK gem. § 13 Abs. 3 S. 1 i. V. m. § 33 Abs. 1 S. 1 S. 3. Variante SGB V zur Kostenübernahme, da der Kläger das Hilfsmittel zum Ausgleich seiner Behinderung benötige und die KK den Versorgungsantrag zu Unrecht abgelehnt habe.

Es stellte in den Entscheidungsgründen zunächst klar, dass die Versorgung mit Hörgeräten dem unmittelbaren

Behinderungsausgleich diene. Anders als der mittelbare Behinderungsausgleich sei dieser nicht beschränkt, sondern zielen auf einen möglichst weitgehenden Ausgleich des Funktionsdefizits unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts und des aktuellen Standes medizinischer Erkenntnisse ab. Solange ein Ausgleich der Behinderung nicht vollständig i. S. e. Gleichziehens mit einem gesunden Menschen erreicht sei, könne die Versorgung daher nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstand sei ausreichend. Für den Ausgleich einer Hörbehinderung bedeute dies, dass das Hilfsmittel auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgerauschen ermöglichen müsse.<sup>1</sup>

### Begrenzung durch das Wirtschaftlichkeitsgebot

Zwar werde der Anspruch durch das Wirtschaftlichkeitsgebot gem. § 12 Abs. 2 SGB V beschränkt. Danach erfülle die KK ihre Leistungspflicht im Regelfall mit dem Festbetrag, sofern ein solcher – wie im Falle der Hörhilfen – festgelegt sei. Dies gelte jedoch nur, wenn der Festbetrag für eine sachgerechte Versorgung des Versicherten objektiv ausreiche.

Eine kostenintensivere Versorgung sei jedenfalls gerechtfertigt, wenn das Hilfsmittel wesentliche Gebrauchsvorteile gegenüber der günstigeren Versorgung aufweise, die nicht in erster Linie Bequemlichkeit und Komfort der Nutzung bzw. ästhetische Aspekte betreffen und nicht ausschließlich in bestimmten Lebensbereichen zum Tragen kämen.

Diese Voraussetzungen sah das Gericht als erfüllt an: Nach den Angaben des Klägers ermögliche das gewählte Hilfsmittel im Vergleich zum aufzahlungsfreien Modell ein besseres Sprechverständnis, sowohl in ruhigen Situationen als auch bei der Teilnahme an öffentlichen Gesprächen. Die anderen getesteten Geräte hätten dagegen nicht ebenso verlässlich zwischen Störgeräuschen und Sprache differenziert. Alle Geräusche seien vielmehr zu laut gewesen.

<sup>1</sup> So auch BSG, Urteil vom 17.12.2009 – Az: B 3 KR 20/08 R, besprochen in RdLh 1/2010, S.10.

Außerdem habe es ständig Rückkopplungsgeräusche gegeben. Demgegenüber passe sich das gewählte Modell schneller an unterschiedliche Hörumgebungen an. Dies stelle einen wesentlichen Gebrauchsvorteil dar, der nicht nur in bestimmten Lebensbereichen zum Tragen komme.

Schließlich sah das Gericht auch das Verhältnis zwischen Mehrkosten und Gebrauchsvorteil als noch verhältnismäßig an. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Vorteile, die sich im praktischen Alltag wesentlich stärker gezeigt hätten als unter den künstlichen Bedingungen eines Hörtestes in der Kabine, seien die vom Kläger geltend gemachten Mehrkosten von 680 Euro noch als angemessen anzusehen. Im Ergebnis überschreite die Selbstbeschaffung damit nicht die Grenzen des Wirtschaftlichkeitsgebots.

### Kritik an Outsourcing der Versorgung

Abschließend kritisierte das Gericht ausdrücklich die Praxis der KK, die Verantwortung für die Versorgung mit Hörgeräten durch sog. Verträge zur Komplettversorgung auf die Leistungserbringer zu übertragen. Dies habe zur Folge, dass sich Versicherte mangels eigener Beratungs- und Untersuchungsstellen der Sozialleistungsträger auf das fachkundige, nicht immer uneigennützig Urteil des beratenden Hörgeräteakustikers verlassen müssten. Es könne daher nicht zu ihren Lasten gehen, wenn sich im Nachhinein nicht verlässlich klären lasse, ob eine gleichgeeignete Versorgung mit einem günstigeren Modell möglich gewesen wäre.

### Beratungspflicht der Krankenkassen

In die gleiche Richtung ging auch ein Urteil des LSG Berlin-Brandenburg.<sup>2</sup> In dem zugrunde liegenden Fall machte die Klägerin ebenfalls geltend, dass ihre Versorgung mit einem Hörgerät zum Festbetrag nicht ausreichend sichergestellt werden könne und bekam Recht.

Auch hier wies das Gericht auf die Beratungs- und Informationspflichten der KK, die aus dem Sachleistungsprinzip gem. § 2 Abs. 1 S. 1 SGB V folgten, hin. Allein durch den Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern – wie bspw. Hörgeräteakustikern – zur Versorgung der Versicherten, könne sich die KK hiervon nicht freizeichnen. Komme sie ihrer Beratungspflicht nicht nach, könne sie einem Anspruch der Versicherten auf Kostenerstattung nach Selbstbeschaffung auch nicht entgegenhalten, dass es auf dem Markt möglicherweise gleichgeeignete und günstigere Geräte gebe.

### Anmerkung von Lilian Krohn-Aicher

Die Urteile sind für Versicherte positiv und stehen im Einklang mit höchstrichterlicher Rechtsprechung.

Bereits im Jahr 2002 stellte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) klar, dass Versicherte sich trotz der Geltung von Festbeträgen nicht mit einer Teilkostenerstattung zufriedengeben müssten. Es gelte vielmehr weiterhin das Sachleistungsprinzip, demzufolge die vollständige Versorgung mit ausreichenden, zweckmäßigen und qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln durch die KK sicherzustellen sei. Dieses Prinzip könne der GKV-Spitzenverband nicht durch die Bestimmung von Festbeträgen aushebeln. Zu einer Änderung von solcher Tragweite sei vielmehr nur der Gesetzgeber berechtigt.<sup>3</sup>

Dieser Richtung folgend hatte das Bundessozialgericht (BSG) im Jahr 2009 ebenfalls entschieden, dass Festbetragsregelungen nicht den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung einschränken und damit die Ansprüche

der Versicherten auf einen Ausgleich ihrer Behinderung begrenzen können.<sup>4</sup>

### Festbeträge sollen nur die Kosten begrenzen, nicht den Umfang der Leistung

Mit der Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes zur Bestimmung von Festbeträgen verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, den Preiswettbewerb unter den Leistungserbringern anzukurbeln. Diese hatten zuvor wenig Anreiz, günstige Hilfsmittel zu verkaufen, da Versicherte auf Kosten der Versichertengemeinschaft von ihrer KK mit den benötigten Geräten als Sachleistung versorgt wurden und deren Preise für sie somit ohne Belang waren. Insoweit gab es erhebliche Preisspannen zwischen Hilfsmitteln mit gleichartiger und gleichwertiger Wirkung.<sup>5</sup>

Durch die Bestimmung eines Festbetrages sollte aufgezeigt werden, zu welchem Preis eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung im Allgemeinen gewährleistet werden kann (vgl. § 36 Abs. 2 S. 2 i. V. m. § 35 Abs. 5 S. 1 SGB V). Im Zusammenhang mit § 12 Abs. 2 SGB V, der festlegt, dass die KK ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag erfüllt, sollten Versicherte angeregt werden, bei den Leistungserbringern die Versorgung mit Geräten zum Festbetrag einzufordern und so den Preiswettbewerb ankurbeln.

### Ziel der Regelung wird in der Praxis verfehlt

In der Praxis zeigt sich jedoch, dass die Festbetragsregelung zu Versorgungsproblemen führt: So kam es laut einer Studie des IGES Institut GmbH häufig zu gerichtlichen Klagen, weil die Versorgung mit einem Hörgerät über den Festbetrag hinaus benötigt wurde und die KK eine entsprechende Kostenerstattung ablehnte.<sup>6</sup> Die Festbeträge reichen in der Praxis somit augenscheinlich häufig nicht aus, um den bestehenden Bedarf der Versicherten zu decken.

Dies kann zum einen daran liegen, dass Leistungserbringer eigennützig beraten und Versicherten eher die hochpreisigen Geräte anbieten, obwohl eine gleichwertige Versorgung zum Festpreis möglich wäre. Hier müsste die KK korrigierend durch bessere Beratungsangebote und Unterstützung bei der Versorgung eingreifen. Andernfalls wird die Verantwortung, eine kostengünstige Versorgung sicherzustellen, allein auf den gesundheitlich eingeschränkten Versicherten abgewälzt. Dieser kann als Laie – angesichts der unübersichtlichen Marktlage – wohl am wenigsten einschätzen, ob das Preis-Leistungsverhältnis bei seiner Versorgung stimmt.

Zum anderen können die derzeit geltenden Festbeträge zu niedrig angesetzt sein und den technischen Fortschritt zu wenig berücksichtigen.

Festzustellen ist in jedem Fall, dass die Festbetragsregelungen nicht unbedingt zu mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern führen, sondern bewirken, dass Versicherte die teilweise hohen und ggf. auch überhöhten Kosten einer Versorgung aus der eigenen Tasche zahlen bzw. klagen müssen, um eine Kostenerstattung durch die KK zu erreichen.

<sup>2</sup> LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 13.12.2018 – Az: L 1 KR 431/16.

<sup>3</sup> BVerfG, Urteil vom 17.12.2002 – Az: 1 BvL 28/95.

<sup>4</sup> BSG, Urteil vom 17.12.2009 – Az: B 3 KR 20/08 R, Besprechung in RdLh 1/2010, S.10 f.

<sup>5</sup> Becker/Kingreen, Kommentar zum SGB V, § 36 Rn. 3.

<sup>6</sup> IGES Institut GmbH, Leistungsbeihilfungen und -ablehnungen durch Krankenkassen, Studie für den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege, 2017, S. 53.