

Beratungsrichtlinie zur Kostenübernahme bei Hörgeräten

(c) DSB – Deutscher Schwerhörigenbund, Berlin

Version 4.0
Mai 2016

Herausgeber und Copyright:

DSB Deutscher Schwerhörigenbund e.V., Berlin

Stand: 21.05.2016 - Version 4.0 / 21.05.2016 / Status: freigegeben

Inhalt

A.	Einführung und Zusammenfassung	5
B.	Überblick: So ist es ...	6
C.	Grundbegriffe und Grundlagen	9
C.1	Sachleistung und Kostenerstattung	9
C.2	Hilfsmittel und Hilfsmittelverzeichnis	10
C.3	Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM – RL)	10
C.4	Festbeträge	11
C.5	Versorgungsverträge	11
C.6	Einzelfallentscheidung	12
D.	Grundtatsachen der Hörgeräte-Versorgung	13
D.1	Was schuldet die GKV ihren Versicherten?	13
D.2	Wo liegen die Grenzen der Leistungspflicht für die gesetzlichen Krankenkassen?	14
D.3	Was ist ein Festbetrag, und was ist er nicht?	17
D.4	Welche "Gebrauchsvorteile" sind nicht erstattungsfähig?	18
D.5	Was heißt "selbstbeschafft"? Was muss man beachten, um den Leistungsanspruch nicht zu verlieren?	18
E.	Wie sind die aktuellen Festbeträge?	19
E.1	Der Festbetrag für die Versorgung von schwerhörigen Versicherten mit Ausnahme der an Taubheit grenzenden schwerhörigen Versicherten (2013)	19
E.2	Der erhöhte Festbetrag für die Versorgung von an Taubheit grenzenden Patienten (2012)	20
F.	Stolperstein Mehrkostenerklärung: Sittenwidrig und daher rechtlich unwirksam	21
G.	Das Antragsverfahren in 6 Schritten	25
H.	Fragen und Antworten	29
H.1	Muss mir die Krankenkasse innerhalb einer bestimmten Frist antworten?	29
H.2	Muss ich mich um einen Zuständigkeitsstreit zwischen verschiedenen Kostenträgern kümmern?	29
H.3	Warum soll ich den Antrag auf volle Kostenübernahme nicht meinem Akustiker überlassen?	31
H.4	Warum möchte mein Akustiker keine vergleichende Messung im Störgeräusch machen?	31
H.5	Kann meine Krankenkasse mir einen bestimmten Akustiker vorschreiben?	32
H.6	Muss ich ein aufzahlungsfreies Gerät probieren?	32
H.7	Ist eine Kontrolle des Versorgungserfolgs durch den HNO-Arzt nicht mehr notwendig?	32
H.8	Kann ich nach der Ablehnung meines Antrags sofort vor das Sozialgericht gehen?	33
H.9	Was kostet eine Klage vor dem Sozialgericht?	33

H.10	Brauche ich vor dem Sozialgericht einen Anwalt?	33
H.11	Was tun, wenn ich es mir finanziell nicht leisten kann, für die notwendige Versorgung "in Vorleistung zu gehen"?	34
H.12	Was kann ich tun, wenn mir meine Krankenkasse "dumm kommt"?	34
I.	Tipps für die Formulierung von Leistungsantrag, Widerspruch und Klage	35
I.1	Halten Sie es kurz und sachlich!	35
I.2	Vermeiden Sie falsche Argumente!	35
I.3	Vermeiden Sie Beispiele!	35
I.4	Verschießen Sie nicht gleich zu Beginn Ihr ganzes Pulver!	36
I.5	Seien Sie fair – auch gegenüber Ihrer Krankenversicherung.	36
I.6	Seien Sie fair – auch gegenüber Ihrem Hörgeräte-Akustiker.	36
J.	Verzeichnis der Anlagen und Muster	37
K.	Literatur	37
L.	Abkürzungen	37
	Änderungsnachweis	38
	Anlagen	40
A.1	Leistungsantrag für eine Hörgeräte-Versorgung (Muster)	41
A.2	Widerspruch bei erfolgter Ablehnung (Muster)	42
A.3	Antrag auf Kostenerstattung nach erfolgter erster Ablehnung des Antrags auf Sachleistung mit voller Kostenübernahme (Muster)	44

A. Einführung und Zusammenfassung

Mit der Verkündung der neuen Festbeträge für Hörgeräte im Juli 2013 und dem Abschluss entsprechender Versorgungsverträge zwischen der Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker (biha) und den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) im Oktober 2013 ist der Reigen der Veränderungen bei der Hörgeräte-Versorgung beendet, den das Bundessozialgericht mit seinem Urteil im Dezember 2009 angestoßen hat.

Zur Erinnerung: Das Bundessozialgericht hatte am 17. Dezember 2009 den seit 2005 geltenden Festbetrag für Hörgeräte als unzureichend und daher rechtswidrig bezeichnet. In der Begründung des Urteils hatte das Gericht außerdem bestimmte technische Eigenschaften von Hörgeräten als dem "Stand der Medizintechnik" entsprechend nahegelegt. Unter Bezugnahme auf ein anderes Gerichtsurteil brachte das Bundessozialgericht sogar einen konkreten Betrag von "mindestens 1.000 Euro" als Hinweis auf die mögliche Höhe eines neuen Festbetrages ins Spiel.

Knapp vier Jahre haben die Krankenkassen gebraucht, um das höchstrichterliche Urteil in neue Texte umzusetzen. Am Ende stehen eine spürbare Anhebung der technischen Mindestanforderungen an erstattungsfähige Hörsysteme sowie ein nicht ganz verdoppelter Festbetrag. Alles andere bleibt im Großen und Ganzen beim Alten. Es gibt jedoch eine Reihe von Änderungen im Detail.

Wir nehmen das zum Anlass, unsere Beratungsrichtlinie zu überarbeiten. Wir haben Zahlen und Texte aktualisiert. Wir haben einige Themen neu aufgenommen. Und wir tragen der Erkenntnis Rechnung, dass sich mit dem Abschluss der neuen Versorgungsverträge der Konflikt für den Versicherten weniger an der Höhe des Festbetrags entzündet, als vielmehr an der Frage, ob der Akustiker ihm die notwendigen Systeme "aufzahlungsfrei" aushändigt.

Im Kern bleibt es dabei: Der gesetzlich Krankenversicherte hat den vollen Anspruch auf die Hörsysteme, die seinen Hörverlust dem Stand der Technik entsprechend möglichst weitgehend ausgleichen. Die von den Krankenkassen festgelegten Festbeträge sind dafür keine Obergrenze. Allerdings wird der Festbetrag von Krankenkassen und Akustikern so praktiziert. Um seinen Rechtsanspruch durchzusetzen, besteht für den Versicherten daher weiterhin die Notwendigkeit, zum richtigen Zeitpunkt seinen Anspruch auf volle Kostenerstattung gegenüber seiner 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 hinsichtlich der Kostenübernahme 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. Überblick: So ist es ...

Die Festbeträge: Seit 2013 nicht ganz das Doppelte

Fangen wir mit dem Einfachsten an: Mit der Verkündung des neuen Festbetrages für mittel- bis hochgradig Schwerhörige im Juli 2013 existieren nun dauerhaft zwei Festbeträge für die Versorgung mit Hörgeräten. Zusammen mit den bereits Ende 2011 veröffentlichten Festbeträgen für an Taubheit grenzende Schwerhörige gelten ab 1. November 2013 jetzt folgende Sätze:

- für schwerhörige Versicherte
außer an Taubheit grenzend schwerhörige Versicherte: 733,59 Euro
- für an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit: 786,86 Euro.

Bei einer beidohrigen Versorgung wird - wie bisher - für das zweite Hörgerät ein Abschlag von 20 Prozent vom GKV Spitzenverband vorgeben.

Die Festbeträge sollen nicht nur die Kosten der Hörgeräte abdecken, sondern umfassen auch alle Arbeitsleistungen und sonstigen Materialkosten des Hörgeräteakustikers, die mit der Auswahl und Anpassung der Hörgeräte sowie den notwendigen Vergleichsmessungen verbunden sind.

Seit dem Inkrafttreten der Festbeträge für schwerhörige Versicherte am 01.11.2013 haben die Krankenkassen und die Bundesinnung der Hörgeräteakustiker ihre Versorgungsverträge schon mehrmals angepasst und die darin festgelegten Vertragspreise und Servicepauschalen nach unten korrigiert. Die Schere zwischen dem Festbetrag und dem tatsächlich gezahlten Vertragspreis wird dadurch immer größer. Zwischen den Krankenkassen gibt es Unterschiede, die mit dem Wettbewerb begründet werden.

Ein Beispiel eines Versorgungsvertrages finden Sie unter folgendem Link.

<https://www.vdek.com/vertragspartner/hilfsmittel/hoerhilfen.html>.

Zu den in den Versorgungsverträgen vereinbarten Vertragspreisen haben sich die Akustiker vertraglich verpflichtet, den Versicherten jeweils mindestens ein geeignetes Hörsystem "aufzahlungsfrei" anzubieten, das geeignet ist, den Hörverlust dem Stand der Technik entsprechend möglichst weitgehend auszugleichen und auch ein Sprachverstehen im Umgebungsgeräusch und in größeren Personengruppen sicherzustellen.

Versicherte sollten - sollte es zu einem Prozess vor dem Sozialgericht kommen - bei den Sozialgerichten prüfen lassen, ob es zulässig ist, wenn die jeweilige Krankenkasse mit ihren Versorgungsverträgen unter den bundeseinheitlichen Festbeträgen bleiben.

Digitale Gerätestandards als Mindestanforderung anerkannt

Zu diesem Preis werden in den neuen Verträgen an die Geräte technische Anforderungen gestellt, die prinzipiell nur noch voll-digitale Systeme erfüllen. Dazu gehören:

- 4 Frequenzkanäle,

Hinweis: Zur besseren Vergleichbarkeit erfolgt in dieser Richtlinie die **Angabe aller Beträge "netto"**, d.h. ohne Mehrwertsteuer. Soweit in den offiziellen Dokumenten Bruttoangaben veröffentlicht wurden (z.B. in den Versorgungsverträgen), haben wir die Werte auf die entsprechenden Nettobeträge umgerechnet.

- 3 Hörprogramme,
- Störschallreduzierung und
- Rückkoppelungsunterdrückung.

Diese technischen Eigenschaften sind jetzt Pflicht bei allen Hörgeräten, deren Kosten die Krankenkasse übernehmen soll. Praktisch hat man damit die Vorgaben des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2009 übernommen.

Aus aktueller Sicht (2016) entsprechen diese Standards allerdings nicht mehr dem Stand der Medizintechnik. Es ist mittlerweile schon schwierig, Geräte mit diesen Eigenschaften noch auf dem Markt zu bekommen. Hörsysteme mit 6-8 Frequenzkanälen, Zwei-Mikrofon-Richtmikrofontechnik (zum Teil adaptiv) sind heute Standard und durchaus auch aufzahlungsfrei zu bekommen.

Diese Veränderungen der Fortschreibung der Produktgruppe 13 Hörhilfen kann man auf der Webseite des GKV Spitzenverbandes selbst nachvollziehen, siehe

http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/fortschreibungen_der_produkgruppen/fortschreibungen_der_produkgruppen.jsp

Versorgungsziel des "möglichst weitgehenden Ausgleichs" anerkannt

Für den Anspruch auf eine hochwertige Hörgeräte-Versorgung letztendlich entscheidend ist aber, was als grundsätzliches Versorgungsziel der gesetzlichen Hörgeräte-Versorgung festgeschrieben ist. Dazu wurde bereits in der im März 2012 überarbeiteten Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) festgelegt:

"Zielsetzung der Hörgeräteversorgung ist es, ein Funktionsdefizit des beidohrigen Hörvermögens ... möglichst weitgehend auszugleichen und dabei - soweit möglich - ein Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen zu erreichen."

Originaltext siehe unter

<https://www.gba.de/informationen/richtlinien/13/#tab/beschluesse/details/1461/listContext/beschluesse>

Dieser klare Anspruch hat jetzt Einzug auch in die neuen Versorgungsverträge gehalten. Als Anforderung an den "aufzahlungsfreien Versorgungsvorschlag", den der Akustiker dem Versicherten zu machen hat, ist in einem solchen Vertrag zum Beispiel formuliert:

"Mit dem aufzahlungsfreien Versorgungsvorschlag soll ein möglichst weitgehender Ausgleich des jeweiligen Schwerhörigkeitsgrades des Versicherten erfolgen, mit dem (...) auch ein Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen erreicht wird."

Dass dieser Anspruch - in der durch (...) markierten Auslassung - an der "individuellen alltagsrelevanten Lebenssituation des Versicherten" gemessen werden soll, muss durchaus als Versuch einer Relativierung gesehen werden. Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen dürfte allerdings "alltagsrelevant" für jeden Versicherten sein. Insofern sollte man sich hier nicht auf allzu inquisitorische Nachfragen auf den persönlichen Lebenswandel einlassen.

Der aufzahlungsfreie Versorgungsvorschlag darf also hässlich, groß und hautfarben sein: In seinem Hörerfolg darf er aber nicht wesentlich hinter "dem teuersten Gerät" zurück bleiben.

Für diesen Vergleich sieht derselbe Vertrag eine konkrete Maßzahl vor: eine Abweichung von maximal 10 Prozentpunkten im Freiburger Sprachtest ist zulässig, sonst ist der "aufzahlungsfreie Versorgungsvorschlag" durchgefallen.

Nach wie vor offen: Durchgängiger Nachweis des Versorgungsziels im Störschall

Damit kommen wir zu den Stolpersteinen auch der neuen Verträge. (Es sind im Wesentlichen die alten...)

Zunächst zum Nachweis, dass das Versorgungsziels auch wirklich erreicht wurde. In diesem Punkt sind sich die neuen Verträge nicht einig, ob dieser Nachweis auch im Störschall (als Nachbildung von "Umgebungsgeräusch und größeren Personengruppen") erfolgen soll. Nach dem Wortlaut eines der neuen Versorgungsverträge soll der Vergleich des Hörerfolgs "ohne Zusatzschall" erfolgen; ein anderer fordert ausdrücklich den Nachweis des Hörerfolgs "auch unter Einsatz von Störgeräuschen".

Es mag schwer gewesen sein, sich unter den versammelten Experten auf ein wirksames, allgemein reproduzierbares Messverfahren "im Umgebungsgeräusch" zu verständigen. Die Messung aber ganz auf die Situation "ohne Zusatzschall" zu beschränken, darf getrost als Vertragsfehler angesehen werden und wird im Ernstfall vor Gericht keinen Bestand haben. (Übrigens "verbietet" natürlich niemand dem Akustiker, eine solche Messung zu machen. Das wird von manchen Akustikern behauptet.)

Hören im Störschall: Subjektive Selbstbeobachtung muss der Krankenkasse genügen

Solange bzw. sofern für diesen Nachweis keine qualifizierte Messung vorgesehen ist, kann sich der Versicherte nur auf seine eigene Beobachtung berufen. Unser Tipp daher: Sollte es sich für Sie "sicher und belastbar" erweisen, dass Hörgeräte, die man Ihnen nicht aufzahlungsfrei überlassen will, ein besseres Sprachverständnis im Umgebungsgeräusch und/oder in größeren Gruppen bieten, so berufen Sie sich in Ihrer Antragsbegründung genau auf diese Ihre Beobachtung. Angesichts des fehlenden Tests muss der Krankenkasse Ihre persönliche Feststellung und Aussage reichen. In den Verträgen der Krankenkassen mit der Bundesin-
nung ist jedoch festgehalten, dass die Überprüfung des Hörhilfen-Ergebnisses im Störschall auch mit dem Freiburger Sprachtest im Störschall von 60 dB zu dokumentieren ist.

In aktuellen Sozialgerichts-Urteilen wird darüber hinaus anerkannt, dass die objektiven Messverfahren gar nicht in der Lage sind, alle relevanten Alltagssituationen für das Sprachverständnis zu erfassen und zu bewerten. Dies betrifft insbesondere die Möglichkeiten höherwertiger Hörsysteme, in schwierigen, dynamischen Hörsituationen Sprache aus wechselnden Richtungen zu orten sowie Störlärm aus ebenfalls wechselnden, anderen Richtungen zu unterdrücken. Aus diesem Grund gewinnen subjektive vergleichende Bewertungen für den „bestmöglichen Behinderungsausgleich“ eine neue Bedeutung. Solche Bewertungen können z.B. in einem Hörprotokoll oder Hörtagebuch dokumentiert werden.

Weiterhin im Rennen: Stolperstein Mehrkostenerklärung

Der zweite Stolperstein ist ebenfalls eine alte Bekannte. Die "Versichertenerklärung zur Versorgung mit Mehrkosten" feiert fröhliches Fortbestehen. Die entsprechenden Texte in den neuen Verträgen sind nun feiner formuliert, lassen aber ganz bewusst keine sinnvolle Möglichkeit zu, einen begründeten Anspruch auf eine höherwertige Versorgung im Rahmen des gesetzlichen Anspruchs zu markieren oder formulieren.

Deshalb bleibt es bei der bereits früher gegebenen Einschätzung des Deutschen Schwerhörigenbundes: Die Mehrkostenerklärung in dieser Form täuscht über den rechtlichen Anspruch hinweg und nutzt die Zwangslage des Versicherten aus. Damit ist sie sittenwidrig

Im Fall eines begründeten Anspruchs auf eine höherwertige Versorgung lautet unser Rat zur Mehrkostenerklärung: Unterschreiben Sie die Erklärung erst, nachdem Sie einen Antrag auf die Mehrkosten bei der Krankenkasse gestellt haben und darauf eine Rückantwort erhalten haben. Vor Gericht wird die Mehrkostenerklärung weiterhin diskutiert.

Fazit

Die besseren technischen Standards und der höhere Festbetrag lassen den Akustikern ab November 2013 einen größeren Spielraum für die Hörgeräte-Versorgung. Trotzdem: Der Festbetrag ist weiterhin deutlich zu knapp bemessen, um in jedem Einzelfall eine dem Behinderungsausgleich angemessene Versorgung zu erzielen.

Am Anspruch des Versicherten auf einen aufzahlungsfreien möglichst weitgehenden Ausgleich seiner Hörschädigung hat sich nichts geändert. Der geht nötigenfalls auch über den Festbetrag hinaus. Für den Versicherten ist der Anspruchspartner die Krankenkasse. Und hier bleibt es bei dem bekannten Weg: Antrag auf (Mehr-)Kostenübernahme im Wege einer Einzelfallentscheidung, Widerspruch, nötigenfalls Klage vor dem Sozialgericht. Dieser Weg ist in der Praxis jedoch schwieriger geworden. Achten Sie vor allem darauf, dass der Akustiker ihnen vor der Kaufentscheidung alle erforderlichen Kopien zur Dokumentation der vergleichenden Hörgeräteaustestung aushändigt. Nur so können Sie mit Ihrer Krankenkasse das Gespräch führen. Es gibt Fälle, wo der Akustiker die Herausgabe verweigert und von seinem Versorgungsangebot zurücktritt, wenn Sie das Gespräch mit der Krankenkasse führen wollen. Achten Sie darauf, dass alle getesteten Hörgeräte dokumentiert werden. Machen Sie sich in jedem Fall eigene Notizen zu den jeweils getesteten Hörgeräten.

C. Grundbegriffe und Grundlagen

C.1 Sachleistung und Kostenerstattung

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). Dieser Weg ist allerdings durch verschiedene Bedingungen und Einschränkungen mit Risiken behaftet und wird daher von den Versicherten nur im Ausnahmefall beschritten. Für unsere Zwecke ist in diesem Zusammenhang aber eine besondere Bestimmung des SGB V von Interesse:

§ 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 "fristsäumig", so kann der Versicherte in finanzielle Vorlage treten, um seine Versorgung mit einer "unaufschiebbaren Leistung" sicherzustellen. Die Ankündigung dieses Vorgehens der Krankenkasse gegenüber führt oft dazu, dass sie ihre Entscheidung

beschleunigt, denn offenbar ist der Weg der Kostenerstattung auch für die Kassen unliebsam. Allerdings Achtung: Eine zu früh selbstbeschaffte Leistung ist grundsätzlich anspruchsvorhindernd und das Aus für jede Kostenerstattung. Daher muss unbedingt vor dem Eingehen einer Kaufverpflichtung (Unterschrift Kaufvertrag) die Ablehnung der Krankenkasse vorliegen.

C.2 Hilfsmittel und Hilfsmittelverzeichnis

Von der Leistungspflicht erfasste Hilfsmittel werden in einem systematisch strukturierten Hilfsmittelverzeichnis geführt (§ 139 SGB V). Es kann darüber hinaus Qualitätsanforderungen an Hilfsmittel enthalten, für die die gesetzlichen Krankenversicherungen aufkommen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist "nicht abschließend". Wenn ein Hilfsmittel nicht im Verzeichnis steht, bedeutet das also noch nicht, dass es nicht verordnungs- und erstattungsfähig ist. Das Hilfsmittelverzeichnis wird vom der gesetzlichen Krankenkassen aufgestellt und geführt. Die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Verzeichnis erfolgt auf Antrag des Herstellers.

Unter der "Produktgruppe 13" (Hörhilfen) und dem "Anwendungsort 20" (Hörorgan) wurde das Hilfsmittelverzeichnis zum 01.11.2013 aktualisiert. Das Verzeichnis eignet sich durchaus für eine erste Information über die Grundfunktionalität eines bestimmten Hörgeräts.

Das Verzeichnis kann im Internet unter

https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/produktliste_input.action

eingesehen werden.

Übrigens: Die Aufnahme von Hörhilfen in das Hilfsmittelverzeichnis bedeutet nicht, dass damit alle gelisteten Hörhilfen vom Leistungserbringer aufzahlungsfrei abzugeben sind.

C.3 Hilfsmittel-Richtlinie (Hilfsm – RL)

Die Hilfsmittel-Richtlinie (nicht verwechseln mit dem Hilfsmittelverzeichnis!) wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Kassenärzte und der gesetzlichen Krankenkassen aufgestellt. Sie enthält die aktuellen Anforderungen an Hilfsmittel, die *"eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten"* sicherstellen.

Neben einem allgemeinen Teil für Hilfsmittel enthält die Hilfsmittel-Richtlinie im Teil C spezielle Anforderungen an die Versorgung mit Hörhilfen. Sie definiert die Versorgungsziele, die Voraussetzungen für eine Hörgeräteversorgung sowie die Mindestanforderungen an den Hörerfolg,

Bezüglich der Anforderungen an die Versorgung mit Hörgeräten wurde die Hilfsmittel-Richtlinie zum 1.4.2012 an das Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. Dezember 2009 angepasst. Dabei wurden wesentliche Formulierungen des Bundessozialgerichts übernommen.

Entscheidend verändert haben sich dabei die "Versorgungsziele" der Hörgeräteversorgung. Jetzt heißt es in der Hilfsmittel-Richtlinie dazu:

"§ 19: Versorgungsziele

(1) Zielsetzung der Hörgeräteversorgung ist es,

a) ein Funktionsdefizit des beidohrigen Hörvermögens unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts möglichst weitge-

hend 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."

Diese Formulierung geht weit über den bisherigen "angemessenen Ausgleich des Hörverlustes" hinaus.

C.4 Festbeträge

Zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots ermöglicht das Sozialgesetzbuch den Krankenkassen die Festsetzung von Festbeträgen für die Versorgung mit bestimmten, zu definierenden Leistungen oder Hilfsmitteln. Ob und für welche Hilfsmittel von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, entscheidet der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). Auch die Höhe der Festbeträge legt letztlich der GKV-Spitzenverband fest.

Die Bildung von Festbeträgen bildet bisher erkennbar eine Ausnahme. Bisher wurden erst für drei Hilfsmittelgruppen Festbeträge definiert: Einlagen, Inkontinenzhilfen, und eben insbesondere Hörhilfen.

Die augenblicklich von den Krankenkassen für Hörhilfen festgelegten Festbeträge sind definitiv unzureichend und daher rechtswidrig. Nichtsdestoweniger bilden sie bis auf Weiteres die Grundlage für die laufenden pauschalen Kostenerstattungen und in der Regel auch für die erste Kostenablehnung bei Anträgen auf volle Kostenübernahme.

Zur Frage der Verbindlichkeit von Festbeträgen bei der Kostenübernahme siehe Abschnitt D.3.

C.5 Versorgungsverträge

Das Sozialgesetzbuch V regelt die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Demnach sind es zunächst die Krankenkassen selbst, die ihren Versicherten die Leistungen zur Verfügung stellen (§ 2 Abs. 1 SGB V): ambulante und stationäre medizinische Diagnose und Therapie, Vorsorge, Rehabilitation, Hilfsmittel und vieles mehr.

Natürlich können sie das nicht aus dem "eigenen Sortiment". Stattdessen schließen sie Verträge mit Leistungserbringern ab (Viertes Kapitel des SGB V). Zu diesen Leistungserbringern gehören Ärzte, Apotheken, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und manche mehr. Unter anderem gehören auch die Hörgeräte-Akustiker zu den Leistungserbringern - als Lieferanten hörtechnischer Hilfsmittel.

In Versorgungsverträgen (für die Hörgeräte-Akustiker nach § 127 SGB V) regeln die Krankenkassen die Einzelheiten dieser Versorgung mit den Leistungserbringern. Sie regeln

- Art und Umfang der abrechenbaren Leistungen,
- Voraussetzungen an die Qualifikation der Leistungserbringer und ihre apparative Ausstattung,
- den Prozess der Leistungserbringung von der Diagnose über die Erstellung der Leistung bis zur Abrechnung,
- qualitative Anforderungen an die zu erbringende Leistung und die Überprüfung des Behandlungs- oder Versorgungserfolgs,

- Vertragspreise für jede im Zusammenhang mit der Behandlung oder Versorgung abrechenbare Leistung.

Jede Krankenkasse kann dabei frei mit jedem potentiell geeigneten Leistungserbringer jeweils eigene, individuell ausgehandelte Verträge abschließen. So kommt es dazu, dass es für die Versorgung mit Hörsystemen eine ganze Reihe von Versorgungsverträgen gibt - mit durchaus unterschiedlichen Regelungen im Detail:

- Die Allgemeinen Orts-Krankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK), die Angestellten-Krankenkassen die BIG direkt, die IKK Classic, die Knappschaft, die Ersatzkassen (VDEK) und die Gesetzliche Unfallversicherung schließen - über ihre jeweiligen Bundesverbände - jeweils eigene Verträge ab.
- Das tun sie gerne auch noch unterschiedlich nach Leistungserbringern: mit der Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker (biha) und mit einzelnen "großen Ketten" (Geers, Kind).

Die Bestimmungen dieser Verträge sind letztlich entscheidend für die Art und Qualität der Leistungen, die der Versicherte erwarten kann, für die Vorgehensweise von der Verordnung über die Therapie oder Anpassung bis zur Erfolgskontrolle und Abrechnung.

In vielen Festlegungen stimmen die unterschiedlichen Versorgungsverträge überein. Es gibt aber auch spürbare Unterschiede. Zum Beispiel sieht der Vertrag der Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker (biha) mit der AOK, dem vdek eine vergleichende Erfolgskontrolle im Störgeräusch vor. Oder der Vertrag der AOK mit der biha verzichtet auf eine "Versorgungsanzeige" zu Beginn der Anpassung - andere Kassen wollen eine solche Versorgungsanzeige aber weiterhin sehen.

Insbesondere sind auch die Preise, die der Akustiker mit der Krankenkasse abrechnen kann, durchaus unterschiedlich. Ein Beispiel: Ein Akustiker, der Mitglied in der Bundesinnung ist, kann für eine beidohrige Hörgeräte-Versorgung "alles in allem" seit dem 01.01.2015 gegenüber einer Betriebskrankenkasse einen Betrag von 1.555,50 Euro abrechnen, gegenüber einer AOK nur 1.426,61 Euro. Seit dem 01.07.2015 kann er für eine beidohrige Hörgeräte-Versorgung nach dem vdek – Vertrag auch nur noch 1.426,61 Euro abrechnen. (Für eine antiallergische Beschichtung beidseits kann er der BKK noch einmal 9,72 Euro in Rechnung stellen - bei der AOK muss er das auf seine Kappe nehmen. Alle Preisangaben ohne MwSt.)

Für die vorliegende Beratungsrichtlinie heißt das: Alle Angaben stehen unter dem Vorbehalt abweichender Regelungen im jeweiligen Versorgungsvertrag.

C.6 Einzelfallentscheidung

Im Sozialgesetzbuch heißt es über den Anspruch auf medizinische Hilfsmittel:

§ 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.

Reicht der Festbetrag "im Einzelfall" nicht aus, die "geschuldete Leistung" zu finanzieren, hat die Krankenkasse die Möglichkeit, im Wege einer "Einzelfallentscheidung" über den Festbetrag hinaus zu gehen. Dafür müssen Sie einen entsprechenden Antrag ("Leistungsantrag") stellen.

D. Grundtatsachen der Hörgeräte-Versorgung

Die in diesem Kapitel dargestellten Anforderungen an die Hörgeräte-Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen gehen im Wesentlichen auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. Dezember 2009 zurück. Sie haben aber mittlerweile auch Einzug in die Hilfsmittel-Richtlinie des Bundesausschusses der Krankenkassen und Ärzte sowie in die Versorgungsverträge zwischen den Krankenkassen und den Hörgeräte-Akustikern gefunden. Man kann also davon ausgehen, dass sie inzwischen zum "Allgemeingut" geworden sind.

D.1 Was schuldet die GKV ihren Versicherten?

Schwerhörigkeit ist eine Behinderung. Hörgeräte sind Hilfsmittel, die notwendig sind, diese Behinderung auszugleichen, und sie sind keine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens.

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, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen (...) sind."*

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

§ 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."*

Was aber ist ausreichend, was ist angemessen? In seinen Leitsätzen hat das Bundessozialgericht im Dezember 2009 sehr weitgehend wie folgt formuliert:

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."

Weiterhin führt das Gericht aus:

"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)"*.

Diese Leitsätze haben 2012 als "Versorgungsziel" Einzug in die Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 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)

Als "Stand der Medizintechnik" konkretisierte das Bundessozialgericht zum Zeitpunkt seines Urteils folgende Eigenschaften:

- Digitaltechnik,
- Rückkoppelungsunterdrückung,
- Störgeräuschunterdrückung.

In der Neufassung der Festbeträge des GKV Spitzenverbandes zum 1.11.2013 wie auch in den sich darauf beziehenden neuen Versorgungsverträgen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern lesen sich die Mindestanforderungen an aufzahlungsfreie (!) Hörsysteme wie folgt:

- Digitaltechnik,
- mindestens 4 Kanäle,
- mindestens 3 Hörprogramme,
- Rückkoppelungsunterdrückung,
- Störschallunterdrückung.

Es liegt nahe, dass dieser Stand der Medizintechnik, der auf das BSG-Urteil des Jahres 2009 zurückzuführen ist, dem zeitlichen Wandel unterliegt und regelmäßig zu überprüfen ist.

Aus aktueller Sicht (2016) entsprechen diese Mindestanforderungen mit Sicherheit nicht mehr dem Stand der Medizintechnik. Hörsysteme mit 6-8 Frequenzkanälen und Zwei-Mikrofon-Richtmikrofontechnik (zum Teil adaptiv) sind heute Standard und durchaus auch aufzahlungsfrei erhältlich.

Darüber hinaus gibt es inzwischen eine Anzahl von etablierten Standard-Techniken, die alle Hersteller beherrschen und in komplexeren, dynamischen Gesprächssituationen erhebliche Vorteile beim Sprachverstehen erlauben. Sie sind zwar derzeit noch nicht im Rahmen der Festbeträge zu bekommen. Ihre Gebrauchsvorteile sind aber unter dem Gesichtspunkt des „bestmöglichen Behinderungsausgleichs“ sehr wohl relevant - und damit auch für Ihren Anspruch gegen Ihre Krankenkasse.

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

Für die Grenzen der Leistungspflicht der GKV greift das Urteil weniger auf Kostenaspekte zurück, sondern zeigt hier im Wesentlichen 3 Grenzlinien auf:

1.) Begrenzung der Leistungspflicht beim mittelbaren Behinderungsausgleich

Die Versorgung mit Hörgeräten stellt einen Behinderungsausgleich dar. Hierbei unterscheidet das Gericht zwischen dem unmittelbaren Behinderungsausgleich und dem mittelbaren Behinderungsausgleich.

Beim unmittelbaren Behinderungsausgleich geht es um den Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion. Hierzu stellt das Gericht ohne wesentliche Einschränkungen fest:

BSG-Urteil 2009, Ziff. 5 a):

"Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs ist die Hilfsmittelversorgung grundsätzlich von dem Ziel eines vollständigen funktionellen Ausgleichs geleitet. (...) Für diesen unmittelbaren Behinderungsausgleich gilt das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits, und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts. Dies dient in aller Regel ohne gesonderte weitere Prüfung (...) der Befriedigung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens (...), weil die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer Körperfunktion als solche schon ein Grundbedürfnis in diesem Sinne ist."

"6. Die Versorgung mit Hörgeräten dient dem unmittelbaren Behinderungsausgleich und demzufolge ist das begehrte Hörgerät grundsätzlich (zu Grenzen durch das Wirtschaftlichkeitsgebot vgl unten 6. b) erforderlich iS von § 33 Abs 1 Satz 1 SGB V, weil es nach dem Stand der Medizintechnik (§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V) die bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlaubt und damit im allgemeinen Alltagsleben einen erheblichen Gebrauchsvorteil gegenüber anderen Hörhilfen bietet."

Anders ist es beim mittelbaren Behinderungsausgleich, bei dem es um Hilfsmittel zum Ausgleich der Folgen einer Behinderung geht.

BSG-Urteil 2009, Ziff. 5 b):

"Aufgabe der GKV ist in allen Fällen allein die medizinische Rehabilitation (...) Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation ist Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme. Ein Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich ist von der GKV deshalb nur dann zu gewähren, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft."

Zu diesen allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens gehören nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts *"das Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, Nahrungsaufnehmen, Ausscheiden, die elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums."*

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

Weiterhin stellt das BSG fest:

BSG-Urteil 2009, Ziff. 5 c):

"Für Leistungen der medizinischen Rehabilitation und demgemäß (...) auch für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die Krankenkassen nicht allein zuständig, sondern ebenso Rehabilitationsträger wie u.a. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (...) und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (...). Dies rechtfertigt die Leistungsbegrenzung in der GKV auf solche Hilfsmittel, mit denen die Auswirkungen der Behinderung im ge-

... samten täglichen Leben beseitigt oder gemildert werden können und die damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betreffen (...)."

Aus der andererseits formulierten weitgehenden Leistungspflicht der Krankenkassen ist aber im Umkehrschluss zu folgern, dass die Krankenkassen nur dann nicht aufzukommen haben, wenn die zusätzlichen Leistungen ausschließlich beruflich bedingt sind (*"Ausschließlich berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile sind demgemäß für die Hilfsmittelversorgung nach dem SGB V grundsätzlich unbeachtlich."*)

3.) Begrenzung der Leistungspflicht auf deutliche Gebrauchsvorteile im Alltagsleben

Schließlich formuliert das Bundessozialgericht Einschränkungen der Leistungspflicht hinsichtlich der Funktionalität bzw. des Nutzens (Gerichtsjargon: "Gebrauchsvorteile") der Hilfsmittel:

- *"Ausgeschlossen sind (...) Ansprüche auf teure Hilfsmittel, wenn eine kostengünstigere Versorgung für den angestrebten Nachteilsausgleich funktionell ebenfalls geeignet ist (...)"*
- Jedoch: *"Eingeschlossen in den Versorgungsauftrag der GKV ist eine kostenaufwendige Versorgung dagegen dann, wenn durch sie eine Verbesserung bedingt ist, die einen wesentlichen Gebrauchsvorteil gegenüber einer kostengünstigeren Alternative bietet."*
- Wiederum einschränkend: *"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 (...)"*
- Weiterhin einschränkend: *"Desgleichen kann eine Leistungsbegrenzung zu erwägen sein, wenn die funktionalen Vorteile eines Hilfsmittels ausschließlich in bestimmten Lebensbereichen zum Tragen kommen."*

Anmerkung und Exkurs zum Thema "FM-Anlagen und Kostenerstattung"

An dieser Stelle verweist das Bundessozialgericht auf die höchstrichterliche Ablehnung der Versorgung eines Erwachsenen mit einer – dem mittelbaren Behinderungsausgleich dienenden – Mikroportanlage. Der große Fehler im Gerichtsprozess von 1999 lag darin, dass die Mikroportanlagen seinerzeit ausschließlich auf bestimmte Lebensbereiche (Freizeit!) bezogen wurde. Mit einer solchen Begründung würde man auch heute noch scheitern.

Die Einschränkung bei Mikroportanlagen für Erwachsene wurde mittlerweile konkretisiert. Die zum 01.04.2012 in Kraft getretene Fassung der Hilfsmittel-Richtlinie (Hilfsm-RL) sieht die Verordnung von Übertragungsanlagen grundsätzlich (also auch für Erwachsene) vor. Dabei wird folgende explizite Einschränkung gemacht: *"Nicht verordnungsfähig sind Übertragungsanlagen, sofern sie nicht zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens eingesetzt werden."*

In den "Tragenden Gründen" des Gemeinsamen Bundesausschusses zur aktuellen Hilfsmittel-Richtlinie wird zum Thema Übertragungsanlagen ausgeführt:

"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)."

- Und schließlich generell: *"Weitere Grenzen der Leistungspflicht können schließlich berührt sein, wenn einer nur geringfügigen Verbesserung des Gebrauchsnutzens ein als unverhältnismäßig einzuschätzender Mehraufwand gegenübersteht".*
- Und ebenfalls generell: *"Ausschließlich berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile sind demgemäß für die Hilfsmittelversorgung nach dem SGB V grundsätzlich unbeachtlich."*

D.3 Was ist ein Festbetrag, und was ist er nicht?

In seinem Urteil stellt das Bundessozialgericht unmissverständlich fest, dass der von den Krankenkassen im Falle der Hörgeräte festgesetzte Festbetrag im Falle des klagenden Schwersthörigeschädigten *"nicht ausreichend bemessen"* und *"deshalb keine taugliche Grundlage für eine Begrenzung der Leistungspflicht der Beklagten"* bildet. Diese Feststellung bezieht sich zunächst nur auf den Fall des klagenden Schwersthörigeschädigten. Aber mittelbar übernimmt das Gericht auch für andere Grade der Schwerhörigkeit die Feststellung anderer Instanzen, *"dass selbst bei einer mittelgradigen Schwerhörigkeit eine Versorgung mit Festbetragshörgeräten nicht ausreichend ist, sondern ein Betrag von durchschnittlich mindestens 1.000 Euro pro Gerät notwendig ist (vgl. SG Neubrandenburg, Urteil vom 10.6.2008 - S 4 KR 39/04 -, juris RdNr 65 ff)"*

In der Konsequenz muss das Bundessozialgericht die an sich eindeutige Aussage des Sozialgesetzbuches relativieren bzw. in einen qualifizierenden Zusammenhang einordnen:

§ 12 Abs. 2 SGB V: *"Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag."*

Hierzu zieht das BSG weitere Bestimmungen des SGB V heran:

§ 35 Abs. 5 SGB V: *"Die Festbeträge sind so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten."*

Aus dieser gesetzlichen Bestimmung leitet das BSG ab:

"Die Festbetragsregelung ermächtigt als Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu Leistungsbegrenzungen nur im Hinblick auf die Kostengünstigkeit der Versorgung, nicht aber zu Einschränkungen des GKV-Leistungskatalogs."

Und weiterhin:

"Kann mit einem Festbetrag die nach dem GKV-Leistungsstandard gebotene Versorgung nicht für grundsätzlich jeden Versicherten zumutbar gewährleistet werden, bleibt die Krankenkasse weiterhin zur Sachleistung verpflichtet."

D.4 Welche "Gebrauchsvorteile" sind nicht erstattungsfähig?

Zur qualitativen Eingrenzung der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen entlehnt das Bundessozialgericht den Begriff der "Gebrauchsvorteile" aus dem Zivilrecht. Gemeint sind dabei Eigenschaften und Nutzen der Hilfsmittel für den Patienten.

Für die Eingrenzung der Erstattungspflicht können unterschieden werden:

Qualitative Kriterien der Gebrauchsvorteile

Nicht erstattungsfähig sind Gebrauchsvorteile, die sich auf Bequemlichkeit, Komfort und Ästhetik beziehen.

Anwendungsbereich der Gebrauchsvorteile

Nicht erstattungsfähig sind Gebrauchsvorteile, die sich lediglich auf bestimmte Lebensbereiche beziehen. Das gilt insbesondere für den beruflichen Bereich. Für Ansprüche, die sich ausschließlich auf den beruflichen Bereich beziehen, kommen als Kostenträger die Rentenversicherung, die Arbeitsagentur oder die Berufsgenossenschaft in Frage.

In den letzten Jahren haben die Krankenkassen allerdings weitgehend akzeptiert, dass sie im Sinne des § 14 Abs. 1 SGB IX als „erstangegangener Kostenträger“ über die Kostenübernahme insgesamt entscheiden müssen. Sie müssen also auch berufsbedingte Gründe prüfen und gelten lassen. Sie können sich im gegebenen Fall dann einen Teil der Kosten von anderen Kostenträgern wiederholen. In diesem Sinne ist es mittlerweile durchaus sinnvoll, auch der Krankenkasse gegenüber mit berufsbedingten Anforderungen zu argumentieren. Ob die Krankenkasse sich später Teile der Kosten von woanders wiederholt, bleibt ihr überlassen. Oft stellt sich heraus, dass die vermeintlich beruflich bedingten höheren Anforderungen genauso auch für das Alltagsleben zu stellen sind.

Indirekt umfasst dies aber auch z.B. Vorteile im Alltagsleben, die sich nicht "auf menschliche Grundbedürfnisse" beziehen. Zu den nicht erstattungsfähigen Bedürfnissen zählen nach einer anderen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts z.B. Gebrauchsvorteile, die lediglich in der Freizeit oder im Ehrenamt nutzbar sind. Für diese Lebensbereiche kommen als Kostenträger nicht die Krankenkassen, sondern beispielsweise die Sozialämter in Betracht.

Bei der Begründung eines Antrags, eines Widerspruchs oder einer Klage kommt es ganz wesentlich darauf an, die für den Antrag oder die Klage geltend gemachten Eigenschaften oder den gezogenen Nutzen auf den "allgemeinen Alltag" und die "menschlichen Grundbedürfnisse" zu beziehen. Denn: *"Die Krankenkasse ist kein subsidiäres Sozialleistungssystem."* (BSG B3 KR 3/99 R).

D.5 Was heißt "selbstbeschafft"? Was muss man beachten, um den Leistungsanspruch nicht zu verlieren?

Ein ganz kritischer Punkt bei der Hörgeräteversorgung ist die Selbstbeschaffung. **Eine zu frühe Selbstbeschaffung ist grundsätzlich anspruchsverhindernd und daher in jedem Fall das Aus für jeden Kostenerstattungsanspruch über den Festbetrag hinaus.**

Grundsätzlich sieht das SGB V den Weg der Kostenerstattung vor. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse aber unbedingt vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen:

§ 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 verschärfte 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."*

Wichtig sind aber die beiden Voraussetzungen "unaufschiebbar" und "zu Unrecht abgelehnt".

Insbesondere muss der Krankenkasse die Gelegenheit gegeben werden, die Leistung als Sachleistung zu erbringen. Hierzu muss bei der Krankenkasse ein Leistungsantrag gestellt und der Bescheid abgewartet worden sein. **Eine verbindliche Erklärung gegenüber dem Akustiker, die Kosten oder einen Anteil an den Kosten selbst zu übernehmen, darf nachweislich erst nach dem Ablehnungsbescheid der Krankenkasse eingegangen und unterschrieben werden.**

Siehe hierzu aber das Kapitel zum "Stolperstein Mehrkostenerklärung" (Kap. F)!

E. Wie sind die aktuellen Festbeträge?

E.1 Der Festbetrag für die Versorgung von schwerhörigen Versicherten mit Ausnahme der an Taubheit grenzenden schwerhörigen Versicherten (2013)

Ab dem 1. November 2013 gelten für schwerhörige Versicherte mit Ausnahme der an Taubheit grenzenden schwerhörigen Versicherten folgende Festbeträge für Hörsysteme (Angabe jeweils netto ohne MwSt.):

Hinter-dem-Ohr-(HdO) und Im-Ohr-(IO)-Geräte, erstes Hörgerät	733,59 Euro
Hinter-dem-Ohr-(HdO) und Im-Ohr-(IO)-Geräte, zweites Hörgerät bei beidohriger Versorgung	586,87 Euro

Der Grad der Schwerhörigkeit ist negativ abgegrenzt. Der Festbetrag gilt für "schwerhörige Versicherte mit Ausnahme der an Taubheit grenzenden Versicherten". (Für letztere gelten die bereits im Jahr 2012 in Kraft getretenen höheren Festbeträge laut Kap. E.2.)

Beträge für Ohrpassstücke wurden nicht mehr in die Festbetragsregelung aufgenommen. Aus den mittlerweile abgeschlossenen Versorgungsverträgen ergibt sich folgende, leicht variierende Beträge:

Ohrpassstücke	31,31 bis 32,98 Euro
Zuschlag für Ohrpassstücke bei Verwendung von weichem Material	4,67 Euro

Streng zu unterscheiden von diesen bundesweit zentral und einheitlich festgelegten Festbeträgen sind die (durchaus unterschiedlichen, siehe Kap. C.5) Versorgungsverträge, die die

Krankenkassen mit den Hörgeräte-Akustikern (mit der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker und zum Teil mit einigen bundesweiten Akustiker-Ketten) geschlossen haben. Diese Verträge enthalten auch die Preise für Nebenleistungen wie z.B. Ohrpassestücke sowie insbesondere eine Reparaturpauschale zur Abgeltung aller Reparaturleistungen für die Dauer von 6 Jahren.

Für die in diesen Versorgungsverträgen konkret festgelegten Vertragspreise gelten die von den Krankenkassen festgelegten Festbeträge zwar als Höchstgrenze (vgl. § 127 Abs. 4 SGB V). Aber die Leistungserbringer müssen hier in aller Regel noch einmal spürbare Abschläge hinnehmen. Beispiele hierzu:

Vertrag	Vertragspreis für beidohrige Versorgung
Vertrag BKK mit der biha ab 01.01.2015	1555,50 Euro
Vertrag AOK mit der biha ab 01.01.2015	1426,61 Euro
Vertrag vdek mit der biha ab 01.07.2015	1426,61 Euro

Der Vertragspreis für eine beidohrige Versorgung beinhaltet die zwei Hörgeräte, die beiden Otoplastiken und die beiden Reparaturpauschalen zum Zeitpunkt des Vertrages.

Qualitative Anforderungen

Die Hörgeräte müssen mindestens die folgenden Eigenschaften besitzen:

- Digitaltechnik
- Mehrkanaligkeit (mindestens 4 Kanäle)
- Rückkoppelungs- und Störschallunterdrückung
- mindestens 3 Hörprogramme.

E.2 Der erhöhte Festbetrag für die Versorgung von an Taubheit grenzenden Patienten (2012)

Die Festbeträge für an Taubheit grenzende Patienten sind seit dem 1. März 2012 wie folgt (Angabe ohne MwSt.):

Hinter-dem-Ohr-(HdO) und Im-Ohr-(IO)-Geräte, erstes Hörgerät	786,86 Euro
Hinter-dem-Ohr-(HdO) und Im-Ohr-(IO)-Geräte, zweites Hörgerät bei beidohriger Versorgung	629,49 Euro

Auch hier sind keine weiteren Beträge für Nebenleistungen aufgeführt. Diese ergeben sich aus den konkret abgeschlossenen Verträgen.

Der neue Festbetrag ist an genaue qualitative Anforderungen gebunden:

(a) Grad der Schwerhörigkeit

Für einen Anspruch auf den erhöhten Festbetrag müssen die Versicherten die Voraussetzungen einer "an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit" gemäß Grad 4 der Einstufung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erfüllen.

Das bedeutet, dass sie

- auf dem besseren Ohr
- bei den vier Tonfrequenzen 500, 1.000, 2.000 und 4.000 Hertz
- einen durchschnittlichen Hörverlust von mindestens 81 dB (Dezibel)

aufweisen müssen.

(b) Minimale technische Eigenschaften der Hörgeräte

Die Hörgeräte müssen mindestens die folgenden Eigenschaften besitzen:

- Digitaltechnik
- Mehrkanaligkeit (mindestens 4 Kanäle)
- Rückkoppelungs- und Störschallunterdrückung
- mindestens 3 Hörprogramme
- Verstärkungsleistung von mehr als 75 dB.

F. Stolperstein Mehrkostenerklärung: Sittenwidrig und daher rechtlich unwirksam

Im Grunde ist die Sache einfach und klar: Ein gesetzlich versicherter Hörgeschädigter hat den Anspruch auf zwei Hörsysteme, die seinen Hörverlust dem Stand der Technik entsprechend möglichst weitgehend (also: bestmöglich) ausgleichen. Diesen Anspruch hat er gegenüber seiner Krankenkasse. Die Krankenkasse hat dazu mit geeigneten Hörgeräteakustikern Verträge abgeschlossen, in denen diese sich verpflichten, den Anspruch der Versicherten "aufzahlungsfrei" zu erfüllen. Die Versicherten brauchen dafür keinen Antrag zu stellen und auch kein Geld in die Hand zu nehmen. All das nimmt ihnen der Akustiker ab.

In diesem Konstrukt ist kein Platz für "Mehrkosten" - es sei denn, der Versicherte wünscht besondere Eigenschaften, die sich nicht mehr auf den Hörerfolg und den Gebrauch im täglichen Leben beziehen. Es braucht den Versicherten auch nicht zu interessieren, was den Akustiker die für ihn notwendigen Geräte "im Einkauf" kosten. Der Akustiker hat die Freiheit, im Sinne einer Ausgleichskalkulation seine Kunden mit Geräten unterschiedlicher Preisklassen zu versorgen, solange im Einzelfall der Anspruch auf eine "bestmögliche" Versorgung erfüllt wird.

In der Praxis weigern sich die Akustiker allerdings in aller Regel, Geräte, deren Ladenpreis über dem Festbetrag liegt, ohne Aufzahlung herauszugeben. In solchen Fällen kommt dann

die sogenannte "Mehrkostenerklärung" ins Spiel. Sie ist fester Bestandteil der zwischen den Krankenkassen und den Hörgeräte-Akustikern ausgehandelten Verträge.

An dieser Stelle fängt das Problem an.

Für die Mehrkostenerklärung gibt es unterschiedliche Formulierungen. Alle haben aber eines gemeinsam: Sie weisen den Versicherten darauf hin, dass es aufzahlungsfreie Geräte gibt, die die bestmögliche Versorgung sicherstellen, und veranlassen den Versicherten zu einer Unterschrift, dass er für darüber hinausgehende Kosten selbst aufkommen muss und für spätere Reparaturen anteilige Kosten trägt.

Stellvertretend für diese Formulierungen sei hier eine Variante wiedergegeben:

"Erklärung zu Mehrkosten"

Ich bin über das moderne und qualitativ hochwertige Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung informiert worden.

Ich habe aufzahlungsfreie Hörsysteme ausprobiert, mit denen meine individuelle Hörminderung in alltagsrelevanten Hörsituationen getestet wurde und mit denen ich gut zurecht kam.

Dennoch habe ich mich entschieden, ein Hörsystem mit Aufzahlung zu wählen, weil ich Ausstattungsmerkmale möchte, die nichts mit dem reinen Hörverstehen im Alltag zu tun haben.

- 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) _____*

Datum: _____ Unterschrift: _____

Eine solche Formulierung wäre sinnvoll und in Ordnung, wenn die Akustiker ihrer vertraglich eingegangenen Verpflichtung nachkämen und im Bedarfsfall ohne weiteres auch Hörsysteme aufzahlungsfrei herausgeben würden, deren Ladenpreis über dem Vertragspreis liegt, den sie abrechnen können (Ausgleichskalkulation). Das tun sie aber in aller Regel nicht.

Dadurch kommt der Versicherte in ein Dilemma. Wie soll er sich verhalten, wenn der geforderte bestmögliche Ausgleich seiner Hörschädigung bei der vergleichenden Anpassung nur mit einem höherwertigen Hörsystem erzielt werden konnte? Und der Akustiker verlangt nun vor der Herausgabe dieser Hörsysteme die Unterschrift unter die Mehrkosten-Erklärung?

Zunächst und zuallererst: Mischen Sie sich nicht in den Streit ein, ob für die Mehrkosten Ihr Akustiker oder Ihre Krankenkasse aufzukommen hat.

Ihr Anspruch auf qualifizierte Versorgung besteht gegenüber Ihrer Krankenkasse. Der gegenüber machen Sie Ihren Anspruch geltend.

Die Kasse hat grundsätzlich zwei Möglichkeiten: Sie kann dem Akustiker gegenüber auf Vertragserfüllung bestehen oder sie kann die Mehrkosten im Wege einer "Einzelfallentscheidung" selbst übernehmen.

Vertragserfüllung heißt für den Akustiker, dass er in einem vergleichenden Hörtest ein aufzahlungsfreies Angebot machen kann, welches im Sprachverständlichkeitstest nahezu gleich gut abschneidet wie ein gewünschtes teureres Gerät. Das genaue Messverfahren ist im jeweiligen Versorgungsvertrag festgelegt und umfasst heutzutage in der Regel auch eine Messung „im Störgeräusch“.

Durch diesen Nachweis ist der Akustiker „aus dem Schneider“. Nicht aber die Krankenkasse. Sie muss auch subjektive Gebrauchsvorteile gegen sich gelten lassen. Können Sie glaubhaft nachweisen, dass das gewünschte teurere Gerät in alltagsrelevanten Gesprächssituationen ein deutlich besseres Sprachverständnis bietet, so ist das ein starkes Indiz, dass die Krankenkasse Mehrkosten übernehmen muss.

Zum Zweiten: Fügen Sie sich dem Zwang, der hier auf Sie ausgeübt wird.

Denn: Wenn Sie diese Erklärung nicht unterschreiben, passiert folgendes:

- (a) Der Akustiker 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...

Fühlen Sie also in dieser Situation ruhig die miese Lage, in die Sie durch das zwischen Krankenkassen und Akustiker ausgehandelte Verfahren gekommen sind. Und - unterschreiben die Mehrkostenerklärung anschließend: notgedrungen und ohne weiteres Zögern.

Und ein Rat zum Ausfüllen der Mehrkostenerklärung:

Der zitierte Text lässt Ihnen keine Wahl, einen berechtigten Anspruch auf eine aufzahlungsfreie Versorgung mit einem höherpreisigen Gerät zu kennzeichnen. Er bietet Ihnen aber die Möglichkeit, durch geeignete Auswahl und Formulierung die Erklärung selbst ad absurdum zu führen. Kreuzen Sie an und füllen Sie aus:

- 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

Geben Sie auf keinen Fall irgendeinen der anderen Gründe an! Denn hier werden Ihnen zum Ankreuzen ausschließlich Gründe genannt, die das Sozialgerichts-Urteil vom 17. Dezember 2009 als "nicht erstattungsfähig" aufführt. Diese Gründe unterstützen also nicht Ihr Anliegen, sondern vereiteln es! (So ist es beabsichtigt.)

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

Im Übrigen 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 Kasse tatsächlich im weiteren Verlauf des Verfahrens auf die Mehrkostenerklärung berufen. (Sie wird es vermutlich nicht tun.)

Anmerkung 1: Zum Thema "Mehrkostenerklärung"

Die Mehrkosten-Erklärung ist dem Verfahren beim Zahnersatz nachgebildet. Dort müssen Sie eine ganz ähnliche Erklärung unterschreiben. Was die Krankenkassen hier aber nicht offen sagen: Beim Zahnersatz handelt es sich um einen Festzuschuss. Bei einem Festzuschuss ist ein Eigenanteil vom Gesetzgeber so gewollt, beschlossen und ausdrücklich vorgesehen. Bei den Hörhilfen gilt aber weiterhin das Sachleistungsprinzip mit der Pflicht einer vollen Kostenübernahme.

Anmerkung 2: Zum Thema "Sittenwidrigkeit":

BGB – Bürgerliches Gesetzbuch

"§ 138 BGB Sittenwidriges Rechtsgeschäft"

(1) Ein Rechtsgeschäft, das gegen die guten Sitten verstößt, ist nichtig.

(2) Nichtig ist insbesondere ein Rechtsgeschäft, durch das jemand unter Ausbeutung der Zwangslage, der Unerfahrenheit, des Mangels an Urteilsvermögen oder der erheblichen Willensschwäche eines anderen sich oder einem Dritten für eine Leistung Vermögensvorteile versprechen oder gewähren lässt, die in einem auffälligen Missverhältnis zu der Leistung stehen."

(Entscheidend erscheint hier die "Ausbeutung der Zwangslage" und die "Ausbeutung der Unerfahrenheit" – also der rechtlichen Unkenntnis.)

Setzen Sie das in Bezug zum Auftrag der Krankenkassen, ihre Versicherten über ihre Rechte aufzuklären (SGB I – Erstes Buch):

"§ 13 Aufklärung

Die Leistungsträger, ihre Verbände und die sonstigen in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären.

§ 14 Beratung

1 Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch.

2 Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind."

(Die Leistungsträger – das sind in diesem Fall die gesetzlichen Krankenkassen.)

Schließlich hat der Gesetzgeber die gesetzlichen Krankenkassen als "Körperschaften des öffentlichen Rechts" eingerichtet (SGB V – Fünftes Buch):

"§ 4 Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung."

G. Das Antragsverfahren in 6 Schritten

1	<p>Gehen Sie zum HNO-Arzt und lassen Sie sich Hörgeräte verordnen</p> <p>Bei einer Erstversorgung ist zunächst eine Verordnung durch einen Hals-Nasen-Ohrenarzt 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 Akustiker</p> <p>Klären Sie vor der Auswahl und Anpassung der Hörgeräte aber zunächst einige Dinge mit dem Akustiker Ihrer Wahl ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Weisen Sie Ihren Hörgeräte-Akustiker 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 zwi-</p>

	<p>schen Kunde und Akustiker. Sollte der Akustiker eine vergleichende Anpassung von einem aufzahlungsfreien System verweigern, suchen Sie sich einen anderen.</p> <p>► 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 Akustiker nur gegen Aufzahlung herausgeben wird).</p> <p>Der Akustiker muss Ihnen mindestens ein aufzahlungsfreies System anbieten, dass Ihren Hörverlust bestmöglich ausgleicht. So verlangt es der Vertrag, den Ihr Akustiker mit der Krankenkasse abgeschlossen hat.</p> <p>Sollte der Akustiker auf dem umgekehrten Vorgehen bestehen (erst die teuren, später dann die aufzahlungsfreien) – suchen Sie sich einen anderen Akustiker.</p> <p>Händigen Sie Ihrem Akustiker zu diesem Zeitpunkt die Verordnung der HNO-Arzttes nur in Kopie aus. Bedenken Sie, dass Sie den Akustiker ggf. später noch einmal wechseln möchten. Dann ist es einfacher, wenn Sie das Original noch in der Hand haben.</p> <p>Je nach Vertrag zwischen Akustiker und Krankenkasse schickt der Akustiker 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 sich nicht später noch für einen anderen Akustiker entscheiden können - ohne dass Ihnen dann Kosten entstehen dürfen.</p>
3	<p>Auswahl und qualifizierte, vergleichende Anpassung der Hörgeräte durch den Akustiker</p> <p>Eine ordnungsgemäße Anpassung umfasst mindestens 2 Hörgeräte (es sei denn, Sie finden gleich beim ersten Versuch ein aufzahlungsfreies Gerät, welches Ihren Hörverlust "möglichst weitgehend ausgleicht"). Für den Test jedes dieser Hörgeräte müssen 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. Lassen Sie sich von Ihrem Akustiker ein Hörtagebuch geben und tragen dort Ihre subjektiven Eindrücke in den verschiedenen, für Sie typischen und wichtigen Hörsituationen ein.</p> <p>Bei der vergleichenden Anpassung muss der Nachweis erbracht werden, dass das vom Akustiker vorgeschlagene Hörgerät gegenüber den ggf. teureren Versorgungsungen ein vergleichbares Sprachverständnis bietet. Im Umkehrschluss ist daraus zu schließen: Entscheiden Sie sich am Ende für ein System, welches Mehrkosten verursacht, sollte der Nachweis erbracht werden, dass dieses gegenüber dem besten getesteten aufzahlungsfreien System ein messbar verbessertes Sprachverständnis erbringt. In Anlehnung an die übrigen 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. Gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sollte die Verbesserung "wesentlich" und nicht nur "geringfügig" sein. Einige Versorgungsverträge geben für diese "wesentliche" Verbesserung</p>

	<p>eine Verbesserung des Einsilber-Verständnisses um mindestens 10 Prozentpunkte vor. Sollte ein "wesentlicher" Unterschied in Ruhe nicht nachzuweisen sein, bestehen Sie auf einem Test im Störgeräusch. Dies fordert die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und ist inzwischen auch in einigen Versorgungsverträgen festgelegt.</p> <p>Weiterhin ist zu diesem Zeitpunkt unbedingt zu beachten:</p> <p>Eine verbindliche Erklärung gegenüber dem Akustiker, die Kosten oder einen Anteil an den Kosten selbst zu übernehmen, darf nachweislich erst nach einem Ablehnungsbescheid der Krankenkasse (siehe Punkt 5b, ggf. 5c) eingegangen und unterschrieben werden. Alles andere ist später zwingend anspruchshindernd!</p> <p>Dies gilt für eine Vereinbarung im Sinne eines Kaufvertrags zwischen Ihnen und dem Akustiker. Ausgenommen davon ist die sog. Mehrkostenerklärung, die formaler Bestandteil des Versorgungsvertrags zwischen Krankenkasse und Hörgeräte-Akustiker ist. Diese können Sie unter den in Kap. F ausgeführten Bedingungen unterschreiben.</p> <p>Sollte der Akustiker eine Unterschrift im Sinne eines Kaufvertrags schon vorher verlangen, müssen Sie einen anderen Akustiker aufsuchen.</p>
4	<p>4a. Der Akustiker überlässt Ihnen die ausgewählten Hörgeräte aufzahlungsfrei</p> <p>Sollte Ihnen der Akustiker 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 Akustiker überlässt Ihnen die ausgewählten Hörgeräte nur mit Aufzahlung: Leistungsantrag an die Krankenkasse mit Kostenvoranschlag</p> <p>Wenn der Preis der notwendigen Hörgeräte den Vertragspreis überschreitet, wird Ihnen der Akustiker die Geräte in der Regel nicht ohne Aufzahlung überlassen. In diesem Fall stellen Sie vor Abschluss der Hörgeräteversorgung schriftlich einen Leistungsantrag auf volle Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse. (Das müssen Sie selbst tun! Ihr Hörgeräte-Akustiker kann Ihnen dies aus vertraglichen Gründen nicht "mit Überzeugung" abnehmen. Siehe Kap. H.3.)</p> <p>Der Leistungsantrag muss den Kostenvoranschlag des Akustikers sowie den Bericht (Dokumentation) über die Ergebnisse der vergleichenden Anpassung enthalten. Ihre Begründung zur Notwendigkeit der gewählten Versorgung sollte kurz und formal gehalten sein und sich auf einen Hinweis auf das Anpassungsergebnis beschränken.</p> <p>Wenn Sie die Entschlossenheit hierzu besitzen, dann kündigen Sie in Ihrem Schreiben für den Fall einer Ablehnung gleich die Selbstbeschaffung und einen Antrag auf Kostenerstattung (§ 13 SGB V) an. (Sie müssen diesen Weg dann aber auch gehen!)</p> <p>Anmerkung: Sollte Ihre Hörschädigung auf Berufslärm (auch teilweise) zurückzuführen sein, ist die Berufsgenossenschaft die richtige Ansprechadresse.</p> <p>In allen anderen Fällen (auch bei Mehrbedarf aus beruflichen Gründen) sollte der Antrag immer an die Krankenkasse gestellt werden.</p>

5	<p>5a. Im Falle der Genehmigung Ihres Leistungsantrags: Abrechnung der Leistungen</p> <p>Mit der Genehmigung ist das Ziel des Antrags erreicht. Das Sachleistungsprinzip ist gewährleistet. Der Akustiker kann seine Leistungen direkt mit der Krankenkasse abrechnen.</p> <hr/> <p>oder 5b. Im Falle der Ablehnung Ihres Leistungsantrags: Begründeter Widerspruch</p> <p>Der Widerspruch muss in der Regel innerhalb von einem Monat erfolgen. Diese Frist ist Bestandteil der Rechtsbehelfsbelehrung im Bescheid der Krankenkasse. Hat die Krankenkasse keine Rechtsbehelfsbelehrung vorgenommen, kann der Widerspruch innerhalb eines Jahres erfolgen. Er sollte eine weitergehende Begründung enthalten. Darin sollten die festgestellten "Gebrauchsvorteile" aus persönlicher Sicht aufgeführt werden. Dabei muss es sich um Gebrauchsvorteile handeln, die den allgemeinen Gebrauch im täglichen Leben betreffen und sich nicht lediglich auf bestimmte Lebensbereiche beziehen.</p> <p>Hinweise auf entsprechende Zitate aus dem BSG-Urteil vom Dezember 2009 unterstreichen die Ernsthaftigkeit des Widerspruchs. Eine allzu ausführliche Begründung zu diesem Zeitpunkt ist aber eher kontraproduktiv. Es sollte vielmehr darauf geachtet werden, in der Begründung keine Ansatzpunkte für eine erneute Ablehnung zu bieten. Das bedeutet insbesondere, dass alle angeführten Gebrauchsvorteile die Bedingungen für die Erstattung durch die Krankenkassen erfüllen müssen (siehe Kap.D.4).</p> <p>Es ist darauf zu achten, dass an dieser Stelle keine berufsbedingten Gebrauchsvorteile aufgeführt werden, weil die Krankenkassen dafür nicht zuständig sind und mit dieser Begründung den Leistungsantrag bzw. den Widerspruch ablehnen könnten. Sollten die berufsbedingten Gebrauchsvorteile überwiegen, wäre der Leistungsantrag direkt und in vollem Umfang an die Rentenversicherung zu richten (siehe oben).</p> <p>In Ihrem Widerspruch sollte für den Fall einer neuerlichen Ablehnung die Selbstbeschaffung der Leistung und ein Antrag auf Kostenerstattung angekündigt werden. Bei besonderer Dringlichkeit kann die Selbstbeschaffung aber auch schon jetzt nach der ersten Ablehnung unmittelbar erfolgen. In diesem Fall ist der Widerspruch als Antrag auf Kostenerstattung zu formulieren.</p> <p><u>Bemerkung:</u></p> <p>Für Leistungen der medizinischen Rehabilitation und demgemäß nach § 26 Abs 2 Nr 6 SGB IX auch für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die Krankenkassen nicht allein zuständig, sondern ebenso Rehabilitationsträger wie u.a. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (<i>vgl §§ 9 Abs 1 Satz 1, 15 Abs 1 Satz 1 SGB VI iVm § 31 SGB IX</i>) und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (<i>vgl § 31 Abs 1 Satz 1 SGB VII</i>)</p> <p>In der Praxis ist es aber gegenwärtig so, dass seit dem Urteil des BSG die DRV fast keine Anträge mehr positiv beschieden hat. Dabei wurde immer darauf verwiesen, dass die DRV grundsätzlich nicht für Hörhilfen zuständig sei, dabei wird auf die Ausübung eines bestimmten Berufes spezifische berufliche Höranforderungen wie z.B. beim Beruf eines Konzertmusikers oder des Klavierstimmers verwiesen.</p>
----------	---

	<p>oder 5c. Im Falle einer Säumigkeit/Entscheidungsverzögerung durch die Krankenkasse: Ankündigung der Selbstbeschaffung im Wege der Kostenerstattung</p> <p>Falls die Krankenkasse innerhalb der Frist von 3 Wochen nicht entschieden hat, sollten Sie unverzüglich eine Nachfrist von 14 Tagen setzen.</p> <p>In diesem Schreiben sollte für den Fall einer neuerlichen Fristüberschreitung die Selbstbeschaffung der Leistung wegen "Unaufschiebbarkeit" angekündigt und bereits vorsorglich ein Antrag auf Kostenerstattung gestellt werden.</p>
6	<p>6. Bei erneuter, endgültiger Ablehnung des Leistungsantrags: Rechtsweg</p> <p>Ab diesem Schritt empfehlen wir die Beiziehung eines Fachanwalts oder den Beitritt zu einem Sozialverband. Die Klage kann in erster Instanz aber auch ohne Rechtsbeistand erhoben werden.</p>

H. Fragen und Antworten

H.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."

Damit hat das bisherige Tauziehen um die Frist ein Ende. Seitdem diese Regelung nun im allgemeinen, für alle Leistungsanträge verbindlichen Teil der Sozialgesetzbuchs (SGB V) steht, wird sie von den Krankenkassen auch wahrgenommen und ziemlich eisern angewandt.

H.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 4 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 nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu."*

Im Klartext: Ihr Antrag hat spätestens nach 2 Wochen beim zuständigen Rehabilitationsträger (dies mag nach Ansicht der Krankenkasse z.B. die Rentenversicherung sein) zu 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 Weiterleitung gibt es nicht.

Leistungspflichtig ist die letzte Stelle in beiden Fällen in vollem Umfang. Auch wenn es zu einer Kostenteilung kommen sollte. Sie brauchen nicht vermitteln.

(2) Entscheidungsfrist

§ 14 Abs. 2 SGB IX: *"Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. Muss für diese Feststellung ein Gutachten nicht eingeholt werden, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang. Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Sätze 1 und 2 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die in Satz 2 genannte Frist beginnt mit dem Eingang bei diesem Rehabilitationsträger."*

Im Klartext: Ihr Antrag muss spätestens nach 3 Wochen entschieden sein (im Falle, dass die erste Stelle nicht zuständig war und weitergeleitet hat: spätestens nach 5 Wochen). (Dies entspricht der inzwischen auch für alle übrigen Krankenversicherten eingeführten Entscheidungsfrist in § 13 Abs. 3a des SGB V, siehe Kap. H.1.)

(3) Säumigkeit und Selbstbeschaffung

§ 15 SGB IX: *"Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb der in § 14 Abs. 2 genannten Fristen entschieden werden, teilt der Rehabilitationsträger dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mit. Erfolgt die Mitteilung nicht oder liegt ein zureichender Grund nicht vor, können Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet."*

Im Klartext: Sie brauchen bei ungerechtfertigter Säumigkeit der Krankenkasse nicht auf einen (ablehnenden) Bescheid zu warten, sondern können nach Ankündigung der Selbstbeschaffung und Ablauf einer von Ihnen gesetzten angemessenen Nachfrist die benötigten Hörgeräte selbst beschaffen. Dies ist eine klarere Regelung als im SGB V. (Allerdings: Das Risiko, dass die Kosten – ggf. auch nach Einschlagen des Rechtswegs – nicht in voller Höhe anerkannt werden, tragen Sie auch hier.)

(4) Gemeinsame Servicestellen – Professionelle Klärung der Zuständigkeit

§ 22 SGB IX: *"Gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten nach § 60 Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere ... zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, auf klare und sachdienliche Anträge hinzuwirken und sie an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten."*

Im Klartext: Wenn Sie unsicher sind, welcher Träger für Ihren Antrag in Frage kommt (z.B. ob Krankenkasse oder doch eher Rentenversicherung), können Sie Ihren Antrag auch an die örtliche "Gemeinsame Servicestelle" richten. Die Servicestelle klärt dann für Sie, wer zuständig ist, und leitet den Antrag an den zuständigen Leistungsträger weiter. Dieser hat dann zwingend zu entscheiden und zu leisten. Selbst wenn sich nachher herausstellen sollte, dass doch ein anderer zuständig war. Eine zweite Weiterleitung gibt es nicht.

(5) 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" ist, geht allerdings 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.)

Fordern Sie ggf. hilfsweise einen schriftlichen Zwischenbescheid über den Sachstand des Leistungsantrags an.

H.3 Warum soll ich den Antrag auf volle Kostenübernahme nicht meinem Akustiker überlassen?

Wenn Sie Ihren Akustiker um diesen Gefallen bitten, bringen Sie ihn in eine Zwickmühle. Denn im Versorgungsvertrag hat er sich gegenüber der Krankenkasse verpflichtet, Sie "aufzahlungsfrei" mit Hörgeräten zu versorgen, die einen möglichst weitgehenden (also der Leistungspflicht der Krankenkasse genügenden) Ausgleich Ihres Hörverlusts gewährleisten. Dabei ist es unerheblich, was diese Geräte den Akustiker "im Einkauf" kosten.

Argumentiert der Akustiker jetzt nachvollziehbar und überzeugend, dass er das ohne "Aufzahlung" nicht kann, so pocht die Krankenkasse auf den abgeschlossenen Vertrag. Es liegt in der Logik des Vertrags, dass dann nicht Sie, aber Ihr Akustiker die Aufzahlung tragen muss. (Das ist in der Praxis vorgekommen.)

Der Akustiker 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.

H.4 Warum möchte mein Akustiker keine vergleichende Messung im Störgeräusch machen?

Manche Akustiker haben aus ihrem Dilemma (siehe Abschnitt H.3) die Schlussfolgerung gezogen, auf einen überzeugenden Nachweis des besseren Sprachverständnisses mit Hörgeräten oberhalb des Vertragspreises ganz zu verzichten. Sie weigern sich daher, eine vergleichende Messung im Störgeräusch zu machen, oder jedenfalls, das Ergebnis einer solchen Messung auszuhändigen oder der Krankenkasse einzusenden.

Gemäß den "Versorgungszielen", die der Gemeinsame Bundesausschuss in der Hilfsmittel-Richtlinie aufgestellt hat, steht Ihnen aber "*soweit möglich, ein Sprachverstehen bei Umgebungsgerauschen*" zu. Zum Nachweis ist eine vergleichende Messung im Störgeräusch Voraussetzung. Weigert sich der Akustiker, das entsprechende Ergebnis zu ermitteln oder herauszugeben, gehen Sie wie folgt vor:

- ▶ Berufen Sie sich in Ihrem Leistungsantrag für die Erstattung der Mehrkosten auf Ihren persönlichen Eindruck, dass Sie mit den teureren Geräten "im Umgebungsgeräusch und in größeren Personengruppen" deutlich besser verstehen können. Das muss der Krankenkasse genügen. Die Beweislast liegt jetzt bei ihr, dass dem nicht so ist.
- ▶ Weisen Sie ggf. Ihre Krankenkasse auf die Weigerung Ihres Akustikers hin, und stellen Sie frei, eine vergleichende Messung im Störschall von Ihrem Akustiker anzufordern.

Übrigens: Einige Krankenkassen - z.B. die AOK - haben in ihren Versorgungsverträgen ausdrücklich eine vergleichende Messung im Störgeräusch vorgesehen. Andere - auch mehr oder weniger ausdrücklich - nicht. Angesichts der an die Versorgung gestellten Anforderungen dürfte letzteres in einer gerichtlichen Auseinandersetzung keinen Bestand haben.

H.5 Kann meine Krankenkasse mir einen bestimmten Akustiker vorschreiben?

Im Prinzip ja. Zumindest, sofern Sie den üblichen Weg der bargeldlosen Sachleistung gehen wollen. Hierfür hat Ihre Krankenkasse ja die Versorgungsverträge mit den Leistungserbringern (und ggf. eben mit speziellen...) abgeschlossen.

Allerdings: Die Versorgung muss für die Versicherten "zumutbar" sein. Das schließt z.B. lange Reisewege zu einem bestimmten Vertragspartner einer Krankenkasse aus. Insbesondere rechtfertigen die notwendigen häufigen Besuche bei Akustiker während der Anpassung, aber auch später im Rahmen der laufenden Pflege und Nachsorge, dass Sie auf einer ortsnahen Versorgung bestehen.

H.6 Muss ich ein aufzahlungsfreies Gerät probieren?

Ja und Nein. Zunächst: Die unterschiedlichen Mehrkostenerklärungen sind hier nicht ganz einheitlich formuliert. Einige gehen davon aus, dass Sie aufzahlungsfreie Hörsysteme "probiert haben", andere lassen Ihnen die Wahl, dass Sie "ausdrücklich keine Anpassung von aufzahlungsfreien Hörsystemen wünschen".

Die grundsätzliche Antwort muss wohl heißen: Nein, Sie müssen nicht. Grundsätzlich steht Ihnen 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...)

Wenn Sie umgekehrt die Kostenübernahme entstehender Mehrkosten anstreben, müssen Sie Akustiker und Krankenkasse die Chance geben, Ihnen eine aufzahlungsfreie Versorgung anzupassen und anzubieten. Und dann heißt die Antwort auf die Frage: **Ja**, Sie müssen.

H.7 Ist eine Kontrolle des Versorgungserfolgs durch den HNO-Arzt nicht mehr notwendig?

Die bisher bekannt gewordenen neuen Versorgungsverträge sehen keine Kontrolle des Hörerfolgs durch den verordnenden HNO-Arzt mehr vor. (Bisher war das anders.) Damit kann der Hörgeräte-Akustiker die Geräte unabhängig von einer abschließenden Untersuchung des HNO-Arztes abrechnen. Das gilt auch für die Erstversorgung.

Diese Unterlassung steht in 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 Hörgeräteakustikerin oder der Hörgeräteakustiker 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 Hörgeräteakustikerin oder von dem Hörgeräteakustiker vorgeschlagene Hörhilfe den angestrebten Verstehensgewinn nach § 19 erbringt und*
- *die selbst erhobenen Messwerte mit denen der Hörgeräteakustikerin oder des Hörgeräteakustikers übereinstimmen.*

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

Selbst wenn der Akustiker seine Leistungen nach den aktuellen Versorgungsverträgen ohne Abschlusskontrolle beim verordnenden Arzt abrechnen kann, hindert Sie niemand daran, Ihren Arzt noch einmal aufzusuchen. Die Empfehlung des DSB lautet daher: Lassen Sie den Erfolg Ihrer Hörgeräte-Anpassung nach Abschluss aller Arbeiten noch einmal von Ihrem HNO-Arzt überprüfen.

Übrigens gilt das auch für die Folgeversorgung. Dass Sie nach sechs Jahren für Ihre zweiten Geräte direkt zum Akustiker gehen dürfen, heißt nicht, dass Sie es *müssen*. Unsere Empfehlung: Fühlen Sie sich auch hier frei, den Weg über Ihren HNO-Arzt zu gehen.

H.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.

H.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.

H.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.

H.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 eine berechtigte Aussicht, dass Ihr Antrag auf volle Kostenübernahme am Ende Erfolg haben wird. Ohne weiteres bleiben Sie aber bis zu einem endgültigen Entscheid 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.

H.12 Was kann ich tun, wenn mir meine Krankenkasse "dumm kommt"?

Zunächst: Bei Ihrer Krankenkasse haben Sie es mit versierten Fachleuten zu tun, die sich in aller Regel mit der Materie auskennen und die einschlägige Rechtslage kennen. Und die Rechtslage bei der Hörgeräte-Versorgung ist weitgehend klar und ausgelegt. Insofern: Wenn Sie einen Bescheid Ihrer Krankenkasse bekommen, prüfen Sie erst noch einmal genau Ihre Rechtsposition.

Es kommt aber immer wieder vor, dass in einem Bescheid tatsächlich unhaltbare Begründungen für eine Ablehnung gegeben werden. Dass sich möglicherweise ein Sachbearbeiter nun gerade mit der Rechtslage bei der Kostenübernahme von Hörgeräten nicht wirklich auskennt. Und dann auch noch auf seinem Standpunkt beharrt. (Das meinen wir hier mit "dumm kommen".)

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

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

I.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...)

I.2 Vermeiden Sie falsche Argumente!

Nach Lektüre dieser Broschüre kennen Sie die richtigen Argumente. (Es sind nicht viele...) 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!

I.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.

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

Legen Sie Ihr Drehbuch auf mehrere Schritte an. Antrag – Widerspruch – Klage: Rechnen Sie 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 Ihrer Formulierungen auf. (Ein bisschen so wie auf dem orientalischen Basar.)

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

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 Hörgeräte-Akustikers – besorgen und zur Verfügung stellen.

I.6 Seien Sie fair – auch gegenüber Ihrem Hörgeräte-Akustiker.

Seien Sie fair gegenüber Ihrem Hörgeräte-Akustiker. 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 auch, 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.

J. Verzeichnis der Anlagen und Muster

1. Leistungsantrag für eine Hörgeräteversorgung
2. Widerspruch bei erfolgter Ablehnung
3. Antrag auf Kostenerstattung nach erfolgter Ablehnung des Antrags auf Sachleistung

K. Literatur

1. BSG Urteil vom 17.12.2009, B 3 KR 20/08 R
2. BSG Urteil vom 03.11.1999, B 3 KR 3/99 R
3. HilfsM-RL vom 21.12.2011, in Kraft getreten zum 01.04.2012
4. GKV Festbeträge Hörhilfen 2007
5. GKV Festbeträge Hörhilfen WHO-4 2012
6. Versorgungsvertrag VDAK-BIHA 2007
7. Versorgungsvertrag AOK-Bundesverband WHO-4 2012
8. Referenzvertrag vdek vom 01.07.2015
9. Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V): Gesetzliche Krankenversicherung
10. Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch (IX): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

L. Abkürzungen

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse(n)
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BIHA	Bundesinnung der Hörgeräteakustiker
BSG	Bundessozialgericht
DRV	Deutsche Rentenversicherung
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 I	Sozialgesetzbuch Erstes Buch: Allgemeiner Teil
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch: Rehabilitation und Teilhabe behinderter

Menschen
SGG Sozialgerichtsgesetz

Änderungsnachweis

Vers.	Datum	Bearbeiter	Inhalt	Status
0.1	20.05.2012	Norbert Böttges	Neuerstellung	Entwurf
0.2	21.05.2012	Wolfgang Buchholz	Ergänzungsvorschläge	Entwurf
0.3	25.05.2012	Renate Welter	Ergänzungsvorschläge	Entwurf
0.4	28.05.2012	Norbert Böttges	Zusammenführung von 0.1-0.3 Ergänzt: Kap. G "Fragen und Antworten" und H "Tipps für die Formulierung"	Entwurf
0.5	30.05.2012	Renate Welter	Ergänzungsvorschläge	Entwurf
0.6	01.06.2012	Norbert Böttges	Zusammenführung, letzte Änderungen. Neu: "Bringt mir ein Behindertenausweis Vorteile?"	Entwurf
1.0	03.06.2012	Renate Welter	Annahme aller Änderungen	Freigabe
1.1	14.10.2012	Norbert Böttges	Überarbeitung, Korrekturen, Aktualisierung, Erweiterung neu: Stolperstein Mehrkosten-Erklärung neu: Antragsverfahren um Auswahl des geeigneten Akustikers erweitert neu: Untätigkeitsklage vor dem Sozialgericht neu: weitere "Fragen und Antworten" neu: Einstweilige Anordnung	Entwurf
1.2	18.10.2012	Wolfgang Buchholz	Ergänzungsvorschläge	Entwurf
1.3	02.11.2012	Renate Welter	Ergänzungsvorschläge	Entwurf
1.4	04.11.2012	Norbert Böttges	Zusammenführung, letzte Änderungen	Entwurf
2.0	05.11.2012	Renate Welter	Annahme aller Änderungen	Freigabe

2.1	23.10.2013	Norbert Böttges	Beginn Überarbeitung/Aktualisierung für Version 3.0	Entwurf
2.2	28.10.2013	Wolfgang Buchholz	Ergänzungsvorschläge	Entwurf
2.3	28.10.2013	Renate Welter	Ergänzungsvorschläge	Entwurf
2.4	29.10.2013	Norbert Böttges	Letzte Änderungen	Entwurf
3.0	31.10.2013	Renate Welter	Freigabe	Freigabe
3.1	10.05.2016	Wolfgang Buchholz	Review und Ergänzungen	Entwurf
3.2	20.05.2016	Norbert Böttges	Letzte Änderungen	Entwurf
4.0	21.05.2016	Renate Welter	Review	Entwurf
4.0	21.05.2016	Norbert Böttges	Freigabe	Freigabe

Anlagen

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 befriedigende Ergebnisse.

Ich beantrage daher die Übernahme der Kosten für die ausgewählten Hörgeräte in voller Höhe. Den Kostenvoranschlag meines Hörgeräte-Akustikers 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,

in Ihrem Bescheid vom lehnen Sie die volle Kostenübernahme für die von mir benötigten Hörhilfen ab. 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 und in größeren Gruppen ist mir anders kein ausreichendes Sprachverständnis möglich. Dies hat eine vergleichende Anpassung unter Einbeziehung mehrerer aufzahlungsfreier Hörgeräte-Modelle gezeigt.

Für die Kostenübernahme verweise ich auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 17.12.2002. Darin heißt es u.a.: „Die Versicherten müssen sich nicht mit einer Teilkostenersatzung zufrieden geben (...); im Hilfsmittelsektor muss die Versorgung mit ausreichenden, zweckmäßigen und in der Qualität gesicherten Hilfsmitteln als Sachleistung gewährleistet sein“.

Aus diesem Grunde beantrage ich 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 rechtsmittelfähigen Widerspruchsbescheids.

{Eventuell ergänzen:}

Vorsorglich teile ich Ihnen zusätzlich mit: Mein augenblicklicher Hörstatus ist derart schlecht, dass ich dringend auf die neuen Hörgeräte angewiesen bin. Falls ich daher bis zum (2-Wochen-Frist setzen) von Ihnen keinen positiven Bescheid erhalten haben sollte, 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 nach erfolgter erster Ablehnung des Antrags auf Sachleistung mit voller Kostenübernahme (Muster)

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

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.

Bereits 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. Daher sah ich mich jetzt dazu gezwungen, mir die benötigten Geräte selbst zu beschaffen.

Ich beantrage daher jetzt, 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).

Ich weise darauf hin, dass ich den Anspruch auf Verzinsung des Kostenerstattungsanspruchs in Höhe 4 von Hundert gemäß § 44 Sozialgesetzbuch Erstes Buch geltend mache.

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

(Marianne Mustermann)

Anlage: Rechnung über die selbst beschafften Hörhilfen