

Beratungsrichtlinie zur Kostenübernahme bei Hörgeräten

(c) DSB – Deutscher Schwerhörigenbund, Berlin

Version 2.0
November 2012

Herausgeber und Copyright:

DSB Deutscher Schwerhörigenbund e.V., Berlin

Stand: 05.11.2012 - Version 2.0 / 05.11.2012 / Status: freigegeben

Inhalt

A.	Zusammenfassung: Richtlinien und Empfehlungen zum Vorgehen	5
B.	Ausgangssituation und Überblick	6
C.	Grundbegriffe und Grundlagen	7
C.1	Sachleistung und Kostenerstattung	7
C.2	Hilfsmittel und Hilfsmittelverzeichnis	7
C.3	Hilfsmittelrichtlinie	8
C.4	Festbeträge	8
D.	Welche Sachverhalte hat das Bundessozialgericht geregelt?	9
D.1	Was schuldet die GKV ihren Versicherten?	9
D.2	Wo liegen die Grenzen der Leistungspflicht für die gesetzlichen Krankenkassen?	10
D.3	Was ist ein Festbetrag, und was ist er nicht?	12
D.4	Welche "Gebrauchsvorteile" sind nicht erstattungsfähig?	13
D.5	Was heißt "selbstbeschafft"? Was muss man beachten, um den Leistungsanspruch nicht zu verlieren?	13
E.	Wie sind die aktuellen Festbeträge?	14
E.1	Die Grundfestbeträge für Hörgeräte (2007)	14
E.2	Der erhöhte Festbetrag für die Versorgung von an Taubheit grenzenden Patienten (2012)	15
F.	Stolperstein Mehrkostenerklärung: Sittenwidrig und daher rechtlich unwirksam	16
G.	Das Antragsverfahren in 6 Schritten	19
H.	Fragen und Antworten	22
H.1	Muss mir die Krankenkasse innerhalb einer bestimmten Frist antworten?	22
H.2	Warum soll ich den Antrag auf volle Kostenübernahme nicht meinem Akustiker überlassen?	24
H.3	Warum möchte mein Akustiker keine vergleichende Messung im Störgeräusch machen?	24
H.4	Kann meine Krankenkasse mir einen bestimmten Akustiker vorschreiben?	24
H.5	Kann ich nach der Ablehnung meines Antrags sofort vor das Sozialgericht gehen?	25
H.6	Was kostet eine Klage vor dem Sozialgericht?	25
H.7	Brauche ich vor dem Sozialgericht einen Anwalt?	25
H.8	Was tun, wenn ich es mir finanziell nicht leisten kann, für die notwendige Versorgung "in Vorleistung zu gehen"?	25
I.	Tipps für die Formulierung von Leistungsantrag, Widerspruch und Klage	26
I.1	Halten Sie es kurz und sachlich!	26
I.2	Vermeiden Sie falsche Argumente!	26
I.3	Vermeiden Sie Beispiele!	26
I.4	Verschießen Sie nicht gleich zu Beginn Ihr ganzes Pulver!	27

I.5	Seien Sie fair – auch gegenüber Ihrer Krankenversicherung.	27
I.6	Seien Sie fair – auch gegenüber Ihrem Hörgeräte-Akustiker.	27
J.	Und wenn es neue Versorgungsverträge gibt?	27
K.	Verzeichnis der Anlagen und Muster	28
L.	Literatur	28
M.	Abkürzungen	28
	Änderungsnachweis	29
	Anlagen	31
A.1	Typische Formulierungen der Mehrkostenerklärung	31
A.2	Leistungsantrag für eine Hörgeräte-Versorgung (Muster)	34
A.3	Widerspruch bei erfolgter Ablehnung (Muster)	35
A.4	Antrag auf Kostenerstattung nach erfolgter erster Ablehnung des Antrags auf Sachleistung mit voller Kostenübernahme (Muster)	37

A. Zusammenfassung: Richtlinien und Empfehlungen zum Vorgehen

Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. Dezember 2009 zur Kostenübernahme bei Hörgeräten ist der seit 2005 geltende Festbetrag für Hörgeräte (421 Euro) als rechtswidrig anzusehen. Der neue Festbetrag für an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit (seit 1. März 2012, 840 Euro) entspricht in seiner Höhe von vornherein nicht den vom Bundessozialgericht bereits 2009 gestellten Anforderungen und kann daher weder akzeptiert werden noch sinnvoll zur Anwendung kommen. Gegenwärtig sind daher die Anwendung beider aktuellen Festbeträge (für mittel-/hochgradige und an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit) abzulehnen.

Die Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker hatte folgerichtig ihre Versorgungsverträge mit den Krankenkassen zum 30. Juni 2012 gekündigt. Ihre Kündigung hat sie kurz darauf wieder zurückgezogen. Die Akustiker hatten bemerkt, dass die pauschale Abrechnung zum Festbetrags-Preis mit privater (wenn auch unrechtmäßiger) Zuzahlung für sie letztlich das sicherere und einfachere Verfahren ist. Und "der Erfolg gibt ihnen Recht". Denn nur ein verschwindend geringer Anteil der Kunden kennt die Rechtslage und macht sich auf den Weg, die volle Kostenerstattung für eine notwendige Hörgeräteversorgung zu erstreiten.

Mit diesem Rückzug sind die alten Verträge wieder in Kraft. Mit dem pauschalen Abrechnungsverfahren zwischen Akustikern und Krankenkassen und der rechtswidrigen "Mehrkostenerklärung" sind wir wieder zurück gekehrt zum Sachleistungsprinzip mit "privater Zuzahlung". Um ihren Rechtsanspruch durchzusetzen, besteht daher für die Versicherten weiterhin die Notwendigkeit, zum richtigen Zeitpunkt ihren Anspruch auf volle Kostenerstattung gegenüber ihrer Krankenkasse persönlich und selbst geltend zu machen.

Die vorliegende Neuauflage unserer Richtlinie berücksichtigt diese neue (und eigentlich wieder: alte) Situation. Sie befasst sich insbesondere mit dem Stolperstein "Mehrkostenerklärung" – mit überraschendem und eindeutigen Ergebnis und einer klaren Handlungsempfehlung (siehe Kap. F).

Für Anfang 2013 haben die Krankenkassen an die Rechtsprechung angepasste, höhere Festbeträge angekündigt. Im Anschluss daran werden auch die Versorgungsverträge auf diese neuen Festbeträge umgestellt werden. Allerdings ist absehbar, dass auch diese Festbeträge im Einzelfall nicht ausreichen werden, um das gesetzte Versorgungsziel zu erreichen ("*Funktionsdefizit möglichst weitgehend ausgleichen*", "*soweit möglich, ein Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen zu erreichen*").

Neue Verträge in 2013 werden an der grundsätzlichen Situation, am Anspruch des Versicherten auf volle Kostenübernahme und dem hierfür zweckmäßigen Vorgehen nichts ändern. All dies wird in dieser Richtlinie beschrieben.

Im Sinne einer nachdrücklichen und überzeugenden Verhandlungsführung empfehlen wir den Versicherten, das Verfahren in die eigene Hand zu nehmen und den Antrag auf volle Kostenübernahme selbst zu stellen. (Überlassen Sie das nicht Ihrem Akustiker. Vielleicht wird er es für Sie tun, aber er kann aus prinzipiellen Gründen damit keinen Erfolg haben. Siehe Kap. H.2.) 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. Ausgangssituation und Überblick

Mit Beginn des Jahres 2012 ist das Thema Kostenübernahme bei Hörgeräten in Bewegung geraten. Ursache und Grundlage ist das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17. Dezember 2009. In diesem Urteil hat das BSG eine Reihe von unmissverständlichen Grundsätzen formuliert, was die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) angeht. Das Gericht ist dabei weit über das hinaus gegangen, was bis zu diesem Zeitpunkt allgemein vermutet und praktiziert wurde.

Mit zwei Jahren Verzögerung wurden nun die ersten Konsequenzen dieser gültigen und verbindlichen Rechtsprechung veröffentlicht:

- Seit dem 01. März 2012 gibt es einen neuen Festbetrag der Krankenkassen für die Hörmittelversorgung von Menschen mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit.

Dieser neue Festbetrag berücksichtigt die qualitativen Anforderungen, die das Bundessozialgericht aufgestellt hat und beruht in seiner Höhe auf einer Marktanalyse der Herstellerangebote, die diese Anforderungen erfüllen. Er beträgt ziemlich genau das Doppelte des bisherigen, allgemeinen Festbetrags für Hörgeräte.

- Am 01. April 2012 ist die neue Hilfsmittel-Richtlinie (Hilfsm-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) der kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Bundes der Krankenkassen in Kraft getreten (beschlossen am 21. Dezember 2011).

In dieser Richtlinie werden – ebenfalls als Konsequenz des BSG-Urteils von 2009 – als "Versorgungsziele der Hörgeräteversorgung" formuliert:

"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."

- In der Folge sah sich die Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (BIHA) nicht mehr in der Lage, eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung von Patienten mit Hörgeräten zu den Bedingungen der mit den Krankenkassen geschlossenen Versorgungsverträge zu erfüllen.

Die BIHA hatte daher konsequenterweise ihre Rahmenverträge mit den GKV zum 30. Juni 2012 gekündigt. Kurz darauf hat sie allerdings ihre Kündigung wieder zurückgezogen.

- Der AOK-Bundesverband hat zum 01. April 2012 einen neuen Versorgungsvertrag für die Versorgung von Menschen mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit veröffentlicht.

Darin werden im Wesentlichen die von den Krankenkassen festgelegten neuen Festbeträge für an Taubheit grenzende Patienten – auf volle 10 Euro abgerundet – als Vertragspreise festgeschrieben. Außerdem hat die AOK die "Mehrkostenerklärung" derart verfeinert, dass sie den Versicherten dazu verleiten will, nicht erstattungsfähige Gründe für seine Entscheidung zu benennen.

Dieser Versorgungsvertrag wurde bisher mit zwei bundesweit operierenden Akustikerketten abgeschlossen.

Alle diese Ereignisse sind der Anfang einer vollständigen Neuregelung bei der Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherungen für Hörmittel. Sie haben Unsicherheiten geschaffen über Ansprüche und Verfahren bei der Kostenübernahme von Hörgeräten.

Die vorliegende Richtlinie ist eine Grundlage und Arbeitshilfe für die Beratung der DSB-Beratungsstellen. Sie gibt Hinweise für eine schlüssige, konsequente und zielführende Vorgehensweise gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen.

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 anspruchshindernd 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 Verzeichnis wird vom Bund der Krankenkassen aufgestellt und geführt. Die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Verzeichnis erfolgt auf Antrag des Herstellers.

Unter der "Produktgruppe 20" (Hörorgan) und dem "Anwendungsort 13" (Hörorgan) führt das Hilfsmittelverzeichnis derzeit ca. 4.500 mehrkanalige Hörgeräte auf. Das Verzeichnis eignet

sich durchaus für eine erste Information über die Grundfunktionalität eines bestimmten Hörgeräts.

Das Verzeichnis kann im Internet unter <http://db1.rehadat.de/gkv2/Gkv.KHS> eingesehen werden.

Die Aufnahme von Hörhilfen in das Hilfsmittelverzeichnis bedeutet nicht, dass damit alle gelisteten Hörhilfen vom Leistungserbringer zum Festbetrag oder Vertragspreis abzugeben sind.

C.3 Hilfsmittelrichtlinie

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 *"die nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten"* sicherstellen.

Neben einem allgemeinen Teil für Seh- und Hörhilfen 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 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."

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.

D. Welche Sachverhalte hat das Bundessozialgericht geregelt?

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 Umgebungsgläuschen zu eröffnen (...)."

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

Als "Stand der Medizintechnik" konkretisiert das Gericht zum Zeitpunkt des Urteils folgende Eigenschaften:

- Digitaltechnik,
- Rückkoppelungsunterdrückung,
- Störgeräuschunterdrückung.

Es liegt nahe, dass dieser Stand der Medizintechnik dem zeitlichen Wandel unterliegt und regelmäßig zu überprüfen ist.

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 gesamten 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: 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 15.03.2012 in Kraft getretene Fassung der Hilfsmittelrichtlinie 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."*)

- 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 Schwersthörerschädigten *"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 Schwersthörerschädigten. 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. Hier wäre z.B. die Rentenversicherung anzusprechen.

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 Die Grundfestbeträge für Hörgeräte (2007)

Die derzeit gültigen, allgemeinen Festbeträge für alle Klassen von Hörgeräten wurden 2004 von den Krankenkassen festgelegt und sind zum 01. Januar 2005 in Kraft getreten. (Die derzeit gültige Fassung der Festbeträge ist vom 01. Januar 2007 – in unveränderter Höhe). Seit dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. Dezember 2009 müssen sie als nicht rechtskonform angesehen werden. Wenn wir sie hier trotzdem noch aufführen, so geschieht dies nur im Sinne einer vollständigen Dokumentation des Status quo und weil sie trotz Urteil weiterhin Grundlage der Regelentscheidungen der Krankenkassen sind.

Die wesentlichen Festbeträge dieser Festlegung sind wie folgt (Angabe jeweils einschl. 7 % MwSt.):

Hinter-dem-Ohr-(HdO) und Im-Ohr-(IO)-Geräte, erstes Hörgerät	421,28 Euro
Hinter-dem-Ohr-(HdO) und Im-Ohr-(IO)-Geräte, zweites Hörgerät bei beidohriger Versorgung	337,02 Euro
Ohrpasstücke	35,29 Euro
Zuschlag für Ohrpasstücke bei Verwendung von weichem Material	5,00 Euro

Streng zu unterscheiden von diesen bundesweit zentral und einheitlich festgelegten Festbeträgen sind die (durchaus unterschiedlichen) Versorgungsverträge, die die Krankenkassen seit 2007 mit den Hörgeräte-Akustikern (in der Regel mit der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker) geschlossen haben. Grundlage dieser – inzwischen weitgehend oder sogar vollständig (zum 01.07.2012) gekündigten – Versorgungsverträge zwischen den Krankenkassen und der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker sind (bzw. waren) die Festbeträge, allerdings teils in geringfügig abgerundeter Höhe oder sogar mit deutlichen Abschlägen.

In der Regel wurde zusätzlich zum Festbetrag für die Abgabe und Anpassung der Hörgeräte eine Servicepauschale für die Wartungs- und Instandhaltungsarbeiten für einen Zeitraum von sechs Jahren vereinbart. Beispielhaft hierfür ist die folgende Rahmenvereinbarung zwischen den großen bundesweiten Krankenkassen und der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker aus dem Jahr 2007:

Materialkosten für das erste Hörgerät (Gerät und Otoplastiken)	453,50 Euro
Materialkosten für das zweite Hörgerät (Gerät und Otoplastiken)	369,50 Euro

Servicepauschale Wartungs- und Instandsetzungsarbeiten an Hörgerät und Otoplastik mit allen Dienstleistungs- und Materialkosten für einen Zeitraum von sechs Jahren	194,90 Euro
--	-------------

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

Im Jahr 2011 wurde von den Krankenkassen für die Versorgung von an Taubheit grenzenden Patienten ein neuer, höherer Festbetrag beschlossen. Er ist ziemlich genau doppelt so hoch wie der bisherige und zum 1. März 2012 in Kraft getreten.

Die Festbeträge für an Taubheit grenzende Patienten sind wie folgt (Angabe zur Vergleichbarkeit jeweils einschl. 7 % MwSt.):

Hinter-dem-Ohr-(HdO) und Im-Ohr-(IO)-Geräte, erstes Hörgerät	841,94 Euro
Hinter-dem-Ohr-(HdO) und Im-Ohr-(IO)-Geräte, zweites Hörgerät bei beidohriger Versorgung	673,55 Euro

Für die übrigen Leistungen gelten die Festbeträge aus der bisherigen Regelung, also insbesondere:

Ohrpassstücke	35,29 Euro
Zuschlag für Ohrpassstücke bei Verwendung von weichem Material	5,00 Euro

Der neue Festbetrag ist an genaue qualitative Anforderungen gebunden:

(a) Grad der Schwerhörigkeit

Die Patienten müssen 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 mindestens 75 dB.

F. Stolperstein Mehrkostenerklärung: Sittenwidrig und daher rechtlich unwirksam

Für einen kurzen Zeitraum war die Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker (BIHA) aus allen "Versorgungsverträgen" mit den Krankenkassen ausgestiegen. Das war konsequent, denn eine ausreichende Versorgung zu den vereinbarten Vertragspreisen (die sich an den Festbeträgen orientieren, teilweise noch deutlich darunter liegen) ist im Regelfall nicht möglich. Kurz darauf hat die BIHA aber der eigene Mut verlassen. Sie hat die Kündigung zurückgezogen und ist wieder in die Versorgungsverträge eingestiegen. Damit werden die gesetzlich Versicherten wieder mit dem – bequemen – Sachleistungsprinzip konfrontiert. Sie brauchen – zunächst – kein Papier zu beschreiben und auch kein Geld in die Hand zu nehmen. All das nimmt ihnen der Akustiker mit seiner "Versorgungsanzeige" gegenüber der Krankenkasse ab, solange eine Versorgung zum Festbetrag oder Vertragspreis erfolgt.

Aber: Ein Kernstück dieser Verträge zwischen Krankenkassen und Hörgeräte-Akustikern ist die sogenannte "Mehrkostenerklärung". Diese Mehrkostenerklärung ist dann erforderlich, wenn die Versorgung mit Hörhilfen nicht zum Festbetrag oder Vertragspreis erfolgen soll. Für diese Mehrkostenerklärung gibt es unterschiedliche Formulierungen. Alle haben aber eines gemeinsam: Sie weisen den Versicherten darauf hin, dass es zuzahlungsfreie Geräte gibt, und veranlassen den Versicherten zu einer Unterschrift, dass er für darüber hinausgehende Kosten selbst aufkommen muss.

Stellvertretend für diese Formulierungen wird hier die häufigste Variante wiedergegeben:

"Erklärung zu Mehrkosten

Ich bin über das qualitativ hochwertige Angebot einer meinem Hörverlust angemessen ausgleichenden und gleichzeitig eigenanteilsfreien Versorgung (ohne Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) informiert worden. Mit einer von mir zu leistenden höheren Vergütung bei einem Hörsystem mit privatem Eigenanteil (Hilfsmittelnummer, Seriennummer siehe oben) bin ich einverstanden. Ich bin darüber informiert worden, dass die aus der Mehrleistung bei einem Hörsystem mit privatem Eigenanteil resultierenden Reparaturmehrkosten damit zu meinen Lasten gehen und erkläre mich bereit, diese zu übernehmen.

Die Versicherteninformation habe ich erhalten."

(Vertrag der Angestellten-Krankenkassen mit der Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker von 2007)

Diese Formulierung suggeriert, dass eine über den Festbetrag bzw. Vertragspreis hinausgehende Versorgung zwingend und in jedem Fall zu Lasten des Versicherten geht. Das entspricht nicht der Rechtslage. Es handelt sich bei dieser Erklärung also um eine beabsichtigte grobe Irreführung der Versicherten durch die Krankenkassen.

Aber: Wenn Sie diese Erklärung nicht unterschreiben, ist das zwischen den Krankenkassen und Akustikern ausgehandelte Antragsverfahren unvollständig. Damit kommt Ihr Versorgungsverfahren zum Erliegen. Denn jetzt passiert folgendes:

- (a) Der Akustiker wird Ihnen die notwendigen Hörgeräte nicht auf Dauer 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...

Vornehm kann man das ein "Dilemma" nennen. Sie sitzen in der Falle. Unterschreiben Sie, verzichten Sie wachen Geistes auf die volle Kostenübernahme, unterschreiben Sie nicht, kommen Sie erst gar nicht in den Besitz Ihrer Hörgeräte.

Fühlen Sie in dieser Situation ruhig die miese Lage, in die Sie Krankenkassen und Akustiker durch das zwischen ihnen ausgehandelte Verfahren gebracht haben. – Und unterschreiben die Mehrkostenerklärung anschließend – notgedrungen und ohne weiteres Zögern.

Denn diese Mehrkostenerklärung ist schlicht sittenwidrig.

Siehe hierzu:

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.)

In Verbindung mit dem 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."

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

Zwei ergänzende Hinweise:

- Ob sich der zivilrechtliche Begriff der "Sittenwidrigkeit" auf sozialrechtliche Fragen anwenden lässt – darüber mag bei Gelegenheit getrost das Bundessozialgericht entscheiden.
- Zurzeit sind "neue" Formulierungen für die Mehrkostenerklärung in Arbeit. Diese ändern an der grundsätzlichen Absicht der Krankenkassen nichts, Sie über Ihre rechtliche Situation hinwegzutäuschen.

Bei den neuen Formulierungen aber aufgepasst! Auch sie berücksichtigen die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Aber zu Ihrem Nachteil: Bei den neuen Formulierungen sollen Sie nämlich zusätzlich angeben, *welche Gründe* für Ihre höherwertige Versorgung maßgebend waren. Dabei werden Ihnen zum Ankreuzen ausschließlich Gründe genannt, die das Sozialgerichts-Urteil vom 17. Dezember 2009 als "nicht erstattungsfähig" aufführt.

Liefern Sie sich hier nicht ans Messer: Unterschreiben Sie, aber kreuzen Sie keinen Grund an! Wenn Sie einen Grund frei formulieren können, dann schreiben Sie: "*Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen*".

Zur Illustration finden Sie auch für eine solche Formulierung im Anhang ein Beispiel.

Und noch eine "persönliche" Anmerkung:

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

Verlieren Sie durch diese Situation nicht den Glauben an Ihre Krankenkasse! Nehmen Sie die Mehrkosten-Regelung als ein dunkles Kapitel der Krankenkassen-Politik. Auf anderem Gebiet leisten die gesetzlichen Krankenkassen Hervorragendes für ihre Versicherten. Zum Beispiel sind Vorsorge, Qualitätsstandards und Wirkungsnachweise ganz wesentlich Verdienste der gesetzlichen Krankenkassen.

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. Dieser Hörtest ist auch die Grundlage für die spätere, abschließende Beurteilung eines ausreichenden Versorgungserfolgs.</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"> ▶ Beginnen Sie die Anpassung mit den zuzahlungsfreien Geräten. Geben Sie jedem dieser beiden Versuche 4 Wochen Zeit und damit eine faire Chance. Erst wenn das Ergebnis nicht befriedigend ist, testen Sie Geräte, die mehr kosten als den "Vertragspreis". <p>Sollte der Akustiker auf dem umgekehrten Vorgehen bestehen (erst die teuren, später dann die zuzahlungsfreien) – suchen Sie sich einen anderen Akustiker.</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. Hierzu muss der Akustiker eine vergleichende Anpassung von mindestens zwei Hörgeräten zum Festbetrag vornehmen. (Dieses Vorgehen ist in der Regel so auch im Versorgungsvertrag zwischen Akustiker und Krankenkasse vorgesehen.) <p>Ein solcher Hinweis zu Beginn der Anpassung ist ein Gebot der Fairness zwischen Kunde und Akustiker. Sollte der Akustiker eine vergleichende Anpassung von zwei zuzahlungsfreien Geräten verweigern, suchen Sie sich einen anderen.</p> <p>Händigen Sie Ihrem Akustiker zu diesem Zeitpunkt die Verordnung der HNO-Arzt 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>Vor Beginn der Anpassung schickt der Akustiker 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.</p>
3	<p>Auswahl und qualifizierte, vergleichende Anpassung der Hörgeräte durch den Akustiker</p> <p>Eine ordnungsgemäße Anpassung umfasst mindestens 3 Hörgeräte (es sei denn, Sie finden bereits vorher ein zuzahlungsfreies Gerät, welches Ihren Hörverlust "möglichst weitgehend ausgleicht"). Für den Test jedes dieser 3 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</p>

	<p>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 am Ende der Nachweis erbracht werden, dass das beantragte Hörgerät gegenüber dem besseren der beiden zuzahlungsfreien Geräte ein weiter verbessertes Sprachverständnis erbringt. Für Art und Umfang dieser Verbesserung geben weder die Hilfsmittel-Richtlinie noch die Versorgungsverträge der Krankenkassen ein objektives Kriterium vor. In Anlehnung an die übrigen Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie wird der Test aber 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 jedoch "wesentlich" und nicht nur "geringfügig" sein. Sollte dabei ein "wesentlicher" Unterschied in Ruhe nicht nachzuweisen sein, bestehen Sie auf einem Test im Störgeräusch. Dies fordert die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.</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 dem Ablehnungsbescheid der Krankenkasse (siehe Punkt 5b, ggf. 5c) eingegangen und unterschrieben werden. Alles andere ist später zwingend anspruchshindernd! Hier gilt: Sollte der Akustiker eine solche Unterschrift schon vorher verlangen, ist ein anderer Akustiker aufzusuchen.</p>
4	<p>4a. Der Preis der ausgewählten Hörgeräte liegt innerhalb des Festbetrags</p> <p>Sollte der Preis der notwendigen Hörgeräte im Rahmen des Festbetrags liegen, rechnet der Akustiker den Preis direkt mit der Krankenkasse ab. Sie erhalten die Hörgeräte als Sachleistung ausgehändigt. Damit ist das Verfahren abgeschlossen.</p> <p>4b. Der Preis der ausgewählten Hörgeräte überschreitet den Festbetrag: Leistungsantrag an die Krankenkasse mit Kostenvoranschlag</p> <p>Wenn der Preis der notwendigen Hörgeräte den Festbetrag überschreitet, dann stellen Sie vor Abschluss der Hörgeräteversorgung 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.2.)</p> <p>Der Leistungsantrag muss den Kostenvoranschlag des Akustikers sowie den Bericht 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: Wenn der Mehrbedarf bei Ihrer gewählten Hörgeräteversorgung ein-</p>

	<p>deutig berufsbedingt ist, dann wenden Sie Ihren Antrag direkt und in vollem Umfang an die Rentenversicherung. Diese wird sich dann mit Ihrer Krankenkasse abstimmen. Sollte Ihre Hörschädigung auf Berufslärm (auch teilweise) zurückzuführen sein, ist die Berufsgenossenschaft die richtige Ansprechadresse.</p>
5	<p>5a. Im Falle der Genehmigung des 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> <p>oder 5b. Im Falle der Ablehnung des Leistungsantrags: Begründeter Widerspruch</p> <p>Der Widerspruch muss innerhalb einer Frist von 30 Tagen 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 diesem Schreiben 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 Höranforde-</p>

	<p>rungen wie z.B. beim Beruf eines Konzertmusikers oder des Klavierstimmers verweisen.</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?

Das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) ist für die Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig und sieht für den Entscheid über Anträge an die Krankenkasse keine festgelegten Fristen vor.

Als Hörgeschädigter sind Sie aber "behindert" und können die Regelungen des Neunten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) auf sich anwenden. Und 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). (Einzige Ausnahme: Sollte ein Gutachten notwendig sein, unterbricht dieses die Entscheidungsfrist: *"Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen."* Dies könnte ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse sein.)

(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.2 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 "zum Vertragspreis" mit Hörgeräten zu versorgen, die einen angemessenen 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.3 Warum möchte mein Akustiker keine vergleichende Messung im Störgeräusch machen?

Manche Akustiker haben aus ihrem Dilemma (siehe Abschnitt H.2) 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 die Krankenkassen und HNO-Ärzte in der Hilfsmittel-Richtlinie aufgestellt haben, 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, haben Sie 2 Möglichkeiten:

- ▶ Sie weisen Ihre Krankenkasse auf die Weigerung Ihres Akustikers hin, und bitten Sie, eine vergleichende Messung im Störschall von Ihrem Akustiker anzufordern.
- ▶ Suchen Sie sich einen anderen Akustiker, der mit Ihnen kooperiert.

H.4 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.5 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.6 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.7 Brauche ich vor dem Sozialgericht einen Anwalt?

In den ersten beiden Instanzen (Sozialgericht, Landessozialegericht) 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.8 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.

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, Beruf ... 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. Und wenn es neue Versorgungsverträge gibt?

Die gegenwärtig festgelegten Festbeträge (421 Euro bzw. 842 Euro) sind nicht ausreichend, um *"die nach dem GKV-Leistungsstandard gebotene Versorgung für grundsätzlich jeden Versicherten zumutbar zu gewährleisten."* (BSG-Urteil vom 17.12.2009). Die Krankenkassen haben daher für Anfang 2013 neue Festbeträge angekündigt. Im Anschluss daran werden auch die Versorgungsverträge auf diese neuen Festbeträge umgestellt.

Wenn die Krankenkassen ihre neuen Festbeträge für weitere Grade der Schwerhörigkeit veröffentlichen, so wird zu prüfen sein, ob sie im Sinne des vom Bundessozialgericht verkündeten Leistungsanspruchs der Versicherten ausreichend sind. Dabei haben die Krankenkassen bisher die Berechnungsgrundlagen für die von ihr festgelegten Festbeträge regelmä-

ßig nicht ausreichend offen gelegt. Von ihrer Absicht her sind die Festbeträge aber offensichtlich und nachvollziehbar dazu gedacht, das Abrechnungsverfahren zu pauschalisieren und zu vereinfachen und dabei auch die erstatteten Beträge zu "deckeln".

Aus diesem Grund ist absehbar, dass auch die neuen Festbeträge in vielen Fällen nicht ausreichen werden, um das gesetzte Versorgungsziel zu erreichen ("*Funktionsdefizit möglichst weitgehend ausgleichen*", "*soweit möglich, ein Sprachverstehen bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen zu erreichen*"). Die auf ihrer Grundlage abgeschlossenen neuen Versorgungsverträge werden 2013 daher an der grundsätzlichen Situation nichts ändern. Der "gebotene GKV-Leistungsstandard" ergibt sich weiterhin nicht aus den von den GKV beschlossenen Festbeträgen, sondern aus den Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs und der darauf beruhenden Rechtsprechung.

Das in dieser Richtlinie dargestellt Verfahren wird daher absehbar auch weit über das Jahr 2013 Bestand haben.

K. Verzeichnis der Anlagen und Muster

1. Typische Formulierungen der Mehrkostenerklärung
2. Leistungsantrag für eine Hörgeräteversorgung
3. Widerspruch bei erfolgter Ablehnung
4. Antrag auf Kostenerstattung nach erfolgter Ablehnung des Antrags auf Sachleistung

L. 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. HilfM-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. Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V): Gesetzliche Krankenversicherung
9. Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch (IX): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

M. 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	Hilfsmittelrichtlinie (des Gemeinsamen Bundesausschusses GBA)
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

Anlagen

A.1 Typische Formulierungen der Mehrkostenerklärung

Die "Mehrkostenerklärung" ist Bestandteil der zwischen den Hörgeräte-Akustikern und den gesetzlichen Krankenkassen ausgehandelten Versorgungsverträge. Die Versorgungsverträge bilden die Grundlage der Regelversorgung mit Hörgeräten für gesetzlich Krankenversicherte. Sie erhalten damit ihre Hilfsmittel als "Sachleistung", d.h. bargeldlos. (Wenn man von der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlung von 10 Euro pro Gerät absieht.)

Mit der Unterzeichnung der Mehrkostenerklärung versuchen Krankenkassen und Hörgeräte-Akustiker, einen über den Festbetrag hinausgehenden Kaufpreis auf den Kunden bzw. Versicherten abzuwälzen. Soweit diese Mehrkosten aber darauf beruhen, ein zufriedenstellendes Versorgungsniveau zu erreichen, ist dieses Vorgehen unrechtmäßig.

Andererseits: Unterzeichnet der Kunde bzw. Versicherte die Mehrkosten-Erklärung nicht, so fehlt dem Versorgungsvorgang eine wichtige Unterlage. Das Verfahren kommt zum Stillstand.

Wie Sie sich in dieser Situation verhalten, steht in Kapitel. F.

Da unterschiedliche Krankenkassen und Krankenkassen-Verbände mit unterschiedlichen Einzelakustikern und der Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker unterschiedliche Verträge abschließen, gibt es für die "Mehrkostenerklärung" verschiedene Formulierungen. Wir bringen hier zu Ihrer Information einige typische Formulierungen.

(1) Vertrag zwischen der Bundesinnung der Hörgeräte-Akustiker dem Verband der Angestellten-Krankenkasse von 2007 (gewissermaßen die Urmutter alle Mehrkosten-Erklärungen):

Erklärung zu Mehrkosten

Ich bin über das qualitativ hochwertige Angebot einer meinem Hörverlust angemessen ausgleichenden und gleichzeitig eigenanteilsfreien Versorgung (ohne Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) informiert worden. Mit einer von mir zu leistenden höheren Vergütung bei einem Hörsystem mit privatem Eigenanteil (Hilfsmittelnnummer, Seriennummer siehe oben) bin ich einverstanden. Ich bin darüber informiert worden, dass die aus der Mehrleistung bei einem Hörsystem mit privatem Eigenanteil resultierenden Reparaturmehrkosten damit zu meinen Lasten gehen und erkläre mich bereit, diese zu übernehmen.

Die Versicherteninformation habe ich erhalten.

Kommentar: Diese Erklärung widerspricht Ihrer Absicht, Ihren Anspruch auf volle Kostenübernahme geltend zu machen. Unterzeichnen Sie nicht, wird Ihr Versorgungsantrag voraussichtlich nicht weiter bearbeitet. Sie befinden sich in einer Zwangslage.

Was sollen Sie also tun? Unterschreiben Sie, um Ihre Versorgung nicht zum Stillstand kommen zu lassen.

(2) Vertrag zwischen der AOK (alle Landesverbände) und einem überregionalen Akustiker (2012)**Mehrkostenerklärung des Versicherten**

Ich wurde über das qualitativ hochwertige aufzahlungsfreie (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot eines Hörsystems zum Ausgleich meiner individuellen Hörminderung in allen alltagsrelevanten Hörsituationen informiert.

- Obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung aufgeklärt worden bin, **wünsche ich ausdrücklich keine Anpassung von aufzahlungsfreien Hörsystemen**. Die daraus entstehenden Mehrkosten, ggf. auch für Reparaturen, habe ich zu tragen.
- Obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung aufgeklärt worden bin, **wünsche ich ausdrücklich die Versorgung mit einem die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung übersteigenden Hörsystem**.

Die von mir persönlich zu tragende Aufzahlung (gemäß Kostenvoranschlags-Nr.: _____) ist insbesondere durch

- Merkmale des Bedienungskomforts:

_____ ,

- Merkmale der Ästhetik: _____
und/oder,

- sonstiges: _____ be-
dingt.

Die daraus entstehenden Mehrkosten, ggf. auch für Reparaturen, habe ich zu tragen.

- Ich habe mich beruflich bedingt für ein die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung übersteigendes Hörsystem entschieden**, das folgende besondere Merkmale aufweist:

_____.

Kommentar: Diese Erklärung lässt Ihnen keine Chance. Die vorgesehene Auswahl bietet Ihnen nämlich nicht die zutreffende Alternative:

- ▶ Nachweislich haben Sie – unserer Empfehlung und dem vorgeschriebenen Vertragsverfahren folgend – eine Anpassung von aufzahlungsfreien Hörgeräten vornehmen lassen. Alternative 1 trifft nicht zu.
- ▶ Sie wünschen die Versorgung mit einem Hörsystem, welches der Leistungspflicht entspricht. Sie haben keinen Luxus gewählt. Alternative 2 trifft nicht zu.
- ▶ Die Mehrkosten sind auch nicht beruflich bedingt. Alternative 3 trifft auch nicht zu.

Sie befinden sich in einer verschärften Zwangslage.

Was sollen Sie also tun? Unterschreiben Sie, um Ihre Versorgung nicht zum Stillstand kommen zu lassen. Unterschreiben Sie dabei nach Möglichkeit, ohne etwas anzukreuzen. Wenn Ihr Akustiker oder die Krankenkasse das nicht akzeptiert: Kreuzen Sie die erste Alternative an. (Da Sie ja eine Anpassung von zuzahlungsfreien Geräten nachweislich vorgenommen haben, widerlegt sich diese Auskunft von selbst.)

unter dem Punkt Sonstiges, könnte der Versicherte auf seinen Antrag auf volle Kostenübernahme (mit Datum) und möglicherweise auch schon auf den eingelegten Widerspruch (mit Datum) bei Ablehnung verweisen.

A.2 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 mit Preisen innerhalb des von den Krankenkassen festgelegten Festbetrags.

Im Rahmen einer mehrwöchigen vergleichenden Anpassung musste ich feststellen, dass mir keines der getesteten zuzahlungsfreien 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 zuzahlungsfreien 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.3 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 zuzahlungsfreier 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 Teilkostenerstattung 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.4 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 (Kontonummer) bei (Bankinstitut/Bankleitzahl).

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