

Kostenerstattung bei Hörgeräteversorgung

Das Sozialgerichts Leipzig hat mit Gerichtsbescheid – S 11 R 682/13 – vom 07.08.2017 die beigeladene Krankenkasse verurteilt, dem Kläger 5.893,60 € wegen selbst beschaffter Hörgeräteversorgung zu erstatten.

Der als Mitarbeiter der Abteilung Technik bei einem Krankenhaus beschäftigte Kläger reichte im Herbst 2012 einen Kostenvoranschlag für eine Hörgeräteversorgung bei seiner gesetzlichen Krankenkasse ein. Daraufhin erhielt er ein Schreiben, demgemäß die Obergrenze des Leistungsanspruchs auf 812,50 € limitiert sei und dass eine medizinisch ausreichende und zweckmäßige Hörgeräteversorgung ohne Aufpreis möglich sein sollte. Die beruflichen Mehranforderungen von Hörgeräten seien für die Krankenkasse nicht relevant.

Daraufhin wandte sich der Kläger an seine gesetzliche Rentenversicherung. Diese lehnte Leistungen ab, weil keine besonderen beruflichen Mehranforderungen erkennbar seien.

Der Kläger sah nun keine andere Wahl – weil er seinen Arbeitsplatz nicht gefährden wollte – und beschaffte sich die Hörgeräteversorgung selbst. Vor dem Hintergrund seiner wirtschaftlichen Verhältnisse, konnte der Kläger auf die Erwirkung einer einstweiligen Regelung mittels eines sozialgerichtlichen Eilverfahrens verzichten.

Nach erfolglosem Widerspruchsverfahren wurde (nunmehr wegen Kostenerstattung) Klage gegen die Rentenversicherung erhoben und die Beiladung der Krankenkasse beantragt.

Nachdem ein Sachverständiger bestätigt hatte, dass der Kläger, insbesondere im Rahmen der Fehlersuche bei technischen Apparaten, besonderen Anforderungen an das Hörvermögen ausgesetzt ist und dass eine zuzahlungsfreie – für den Kläger im Alltag ausreichende – Hörgeräteversorgung hierfür nicht ausreichend ist, wurde die beigeladene Krankenkasse zur Zahlung verurteilt.

Zwar ist „eigentlich“ der Rentenversicherungsträger für die ausschließlich aus beruflichen Gründen erforderliche Hörgeräteversorgung zuständig. Vorliegend war jedoch die Krankenkasse als erstangegangener Reha-Träger (der den Antrag nicht oder nicht rechtzeitig an einen anderen Reha-Träger weiterleitet hatte) endgültig alleine zuständig und verpflichtet, seine Leistungspflicht nicht bloß im Hinblick auf die Regelungen des Krankenversicherungsrecht (SGB V), sondern auch nach allen anderen Reha-Regelungen – hier nach dem Rentenversicherungsrecht (SGB VI) – zu prüfen.

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Sozialrecht Sebastian E. Obermaier