

L 8 KR 352/11

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Wiesbaden (HES)
Aktenzeichen
S 2 KR 133/09
Datum
10.10.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 352/11
Datum
24.07.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 10. Oktober 2011 aufgehoben. Die Beklagte wird unter Abänderung ihrer Bescheide vom 13. Februar 2007 und 28. Dezember 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Juni 2009 verurteilt, dem Kläger 3.715,24 EUR für die Beschaffung der Hörgeräte E. zu erstatten.

Die Beklagte hat dem Kläger dessen außergerichtliche Kosten aus beiden Instanzen zu erstatten. Im Übrigen sind keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Kosten der Hörgeräteversorgung des Klägers in Höhe von 3.715,24 Euro.

Der 1962 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Bei ihm besteht seit Jahren eine beidseitige Schallempfindungsschwerhörigkeit, die einer Taubheit entspricht sowie ein beidseitiger Tinnitus. Der Kläger trägt seit den 90er Jahren Hörgeräte. Er ist beruflich als Verwaltungsfachangestellter bei der Gemeinde F-Stadt tätig.

Bereits ab Herbst 2005 hatte der Kläger bei der Firma Hörakustik G. C., dem Beigeladenen, Hörgeräte getestet. Er war dabei von dem Sohn des Geschäftsinhabers, dem Hörgeräteakustiker H. C., der vom Sozialgericht als Zeuge vernommen worden ist, betreut worden. Nach Aussage des Zeugen war die Testphase im April 2007 mit Erstellung einer ohrenärztlichen Verordnung von Hörgeräten abgeschlossen. Der HNO-Arzt Dr. J. hatte dem Kläger mit ärztlicher Verordnung vom 1. Februar 2007 neue Hörgeräte verordnet, da die alten Geräte defekt seien und eine Reparatur unwirtschaftlich sei. Am 9. Februar 2007 hatte der Hörgeräteakustiker eine Versorgungsanzeige für eine beidohrige Nachversorgung an die Beklagte geschickt und um Bewilligung der Krankenkasse ersucht. Mit Schreiben vom 13. Februar 2007 hatte das Hilfsmittelkompetenzzentrum Gießen der Beklagten die Firma des Beigeladenen mit der Hörgeräteversorgung des Klägers beauftragt und mitgeteilt, die entstehenden Kosten würden im Rahmen einer Vergütungspauschale in Höhe von 1.192,80 EUR übernommen. Die gesetzliche Zuzahlung des Klägers betrage 20,00 EUR. Mit Bescheid vom 13. Februar 2007, der mit keiner Rechtsmittelbelehrung versehen ist, hatte die Beklagte dem Kläger mitgeteilt, sie übernehme für seine Hörgeräteversorgung die Kosten in Höhe einer Pauschale von 1.192,80 EUR, die die Hörgeräte einschließlich Ohrpassstücke (Otoplastik) in Höhe von 823,00 EUR und eine Servicepauschale in Höhe von 389,80 EUR für Reparatur-, Service- und Wartungsarbeiten für sechs Jahre umfassten. Seine an den Hörgeräteakustiker zu entrichtende gesetzliche Zuzahlung betrage 20,00 EUR. Weiter heißt es in diesem Bescheid, mit dem von Ihnen ausgewählten Hörgeräteakustiker haben wir vertraglich vereinbart, dass er Ihnen mindestens zwei eigenanteilsfreie Versorgungsangebote (Fettdruck im Original) mit analogen oder digitalen Hörgeräten unterbreitet, die geeignet sind, den festgestellten Hörverlust angemessen auszugleichen. Dies gilt für alle Schwerhörigkeitsgrade. Wählen Sie eine Versorgung mit privatem Eigenanteil, sind die Mehrkosten für das Hörsystem und die Ohranpassstücke sowie die Mehrkosten für Reparatur- und Wartungsleistungen von Ihnen zu übernehmen.

Der Hörgeräteakustikbetrieb des Beigeladenen ist Mitglied der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdÖR. Diese hatte mit Wirkung ab 1. Februar 2007 mit dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. einen Vertrag zur Komplettversorgung mit Hörsystemen (biha-VdAK/AEV-Vertrag) abgeschlossen, der nach seinem § 2 auch für die Beklagte und für die Mitglieder der Bundesinnung Gültigkeit hat. § 3 Nr. 1 Absatz 1 dieses Vertrages lautet wie folgt: § 3 Leistungsinhalt 1. Der Versicherte erhält mindestens zwei eigenanteilsfreie Versorgungsangebote (= ohne wirtschaftliche Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) mit analogen, digital programmierbaren oder volldigitalen Hörsystemen (Hörsysteme mit digitaler Signalverarbeitung) der Produktgruppen 13.20.01, 13.20.02 und 13.20.03 entsprechend dem festgestellten Hörverlust einschließlich der erforderlichen Otoplastik. Hierzu hält der

Leistungserbringer eigenanteilsfreie Angebote zum angemessenen Ausgleich des Hörverlustes bei allen Schwerhörigkeitsgraden vor. Analoge Hörsysteme der Produktgruppen 13.20.01, 13.20.02 und 13.20.03 kommen nur in vom Hörgeräteakustiker audiologisch begründeten Fällen zur Anpassung.

Mit der Zahlung der Vergütung nach § 7 ist bei eigenanteilsfreien Versorgungsen (= ohne wirtschaftliche Aufzählung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) für den Versorgungszeitraum von 6 Jahren ab dem Datum der Empfangsbestätigung des Hörsystems, die Instandhaltung des Hörsystems, die Lieferung der erforderlichen Otoplastiken sowie die Nachbetreuung abgegolten.

Nach der Anlage 1 zu diesem Vertrag beträgt die Versorgungspauschale für eine einohrige Versorgung 648,40 EUR und die Versorgungspauschale für das zweite Hörgerät bei einer beidohrigen Versorgung 564,40 EUR. Der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemäß [§ 36 Abs. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 213 SGB V](#) mit Wirkung ab 01.01.2007 festgesetzte Festbetrag für Hörhilfen (veröffentlicht im Bundesanzeiger vom 17.11.2006, S. 8f.) belief sich auf 421,28 EUR zuzüglich 35,29 EUR für die Otoplastik, wobei allerdings keine Vorgaben für die Vergütung von Serviceleistungen gemacht worden waren. Die Vertragspreise im biha-VdAK/AEV-Vertrag beruhen auf diesen Festbeträgen, da § 127 Abs. 4 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) vorgibt, dass in Versorgungsverträgen die Vertragspreise für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe dieses Festbetrages vereinbart werden können. Mit Wirkung ab 1. März 2012 hat der GKV-Spitzenverband einen besonderen Festbetrag für Hörhilfen für ein Hörgerät für an Taubheit grenzende Versicherte festgesetzt. Dieser beträgt nunmehr 786,86 EUR (veröffentlicht im Bundesanzeiger vom 1. Februar 2012, S. 382).

Unter dem Datum 16. April 2007 hatte der Beigeladene einen schriftlichen Kostenvoranschlag für den Kläger erstellt. Darin ist ein Preis für zwei Hörgeräte des Typs "E." in Höhe 4.918,04 EUR angeführt, wovon nach Abzug der Leistungen der Krankenkasse in Höhe von 1.202,80 EUR vom Kläger noch 3.715,24 EUR zu zahlen seien. Weiter liegt ein Anpassungsbericht des Beigeladenen für den Kläger vom 27. April 2007 vor. Danach wurden Hörgeräte von K. und L. sowie die Hörgeräte E. bei dem Kläger getestet. Für die E-Geräte wurde demnach ein Hörgewinn von 25 % beidohrig ermittelt, mit den Hörgeräten der Firma L. wurden dagegen nur 5 % der Testwörter und mit denen der Firma K. 10 % der Testwörter verstanden. In dem formularmäßigen Abschlussbericht des Beigeladenen zur Hörgeräteversorgung vom 27. April 2007 heißt es, es sei eine Komplettversorgung des Versicherten mit Hörsystemen vorgenommen worden, der Gesamtbetrag der Versorgung mache 1.212,80 EUR aus. In der darunter stehenden formularmäßigen Rubrik "Empfangsbestätigung des Versicherten" hatte der Kläger nach dem Einleitungssatz "Ich bin über das Angebot einer zuzahlungsfreien Versorgung (mit Ausnahme der gesetzlichen vorgeschriebenen Zuzahlung von 20 EUR) informiert worden" durch Ankreuzen der aufgelisteten Alternativen und Unterschriftsleistung Folgendes erklärt: "Ich habe mich für eine Versorgung mit Zuzahlung entschieden. Ich habe kein zuzahlungsfreies Versorgungsangebot gewünscht. Mit der Zuzahlung der Mehrkosten für das (die) von mir ausgewählte(n) Hörgeräte und den damit verbundenen Folgekosten bin ich einverstanden."

Für den HNO-Arzt Dr. J. hatte der Beigeladene unter dem 27. April 2007 die Hörprüfungswerte aus dem Anpassungsbericht mitgeteilt und angegeben, nach den durchgeführten Hörproben werde die Verordnung von "2 x E.", "2 x Maßbohrstücke" und "2 x Reparaturpauschale" vorgeschlagen. Bei dieser Versorgung ergebe sich ein Gesamtpreis von 1.192,80 EUR. Mit Stempel und Unterschrift vom 8. Mai 2007 hatte Dr. J. bestätigt, dass durch diese Hörgeräte eine ausreichende Hörverbesserung eintrete, die vorgeschlagenen Geräte zweckmäßig seien und eine entsprechende ärztliche Verordnung vorgenommen. Weiter findet sich auf diesem Formular eine Bestätigung des Klägers, er habe die verordneten Hörhilfen erhalten.

Mit Schreiben vom 27. Dezember 2007 wandte sich der Kläger (erneut) an die Beklagte und führte aus, sein Hörgeräteakustiker habe die Übernahme des Festbetrages für seine Neuversorgung mit E. beantragt. Er wolle dies ergänzen und die Übernahme der Gesamtkosten beantragen. Dabei verwies er auf Urteile des Bundessozialgerichts vom 23. Januar 2003, Az. [B 3 KR 7/02 R](#) und vom 16. September 2004, Az. [B 3 KR 20/04 R](#) sowie auf ein Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 15. Juni 2005, Az. [L 4 KR 147/03](#). Mit Bescheid vom 28. Dezember 2007, der keine Rechtsbehelfsbelehrung enthielt, lehnte die Beklagte die Übernahme der Gesamtkosten ab und wies darauf hin, dass die angeführten Gerichtsurteile Einzelfallentscheidungen darstellten. Der Versorgungsvertrag mit den Hörgeräteakustikern sehe vor, dass die Hörgeräteakustiker in allen Fällen eine zuzahlungsfreie Versorgung sicherstellen müssten. Die Krankenkasse habe mit ihrer Kostenzusage vom 13. Februar 2007 alle ihre Verpflichtungen gegenüber dem Kläger erfüllt. Mit Schreiben vom 4. Februar 2008 legte der Kläger gegen diesen Bescheid Widerspruch ein und begründete diesen damit, dass er nur durch die Hörgeräte E. aktiv am sozialen Leben teilnehmen könne. Dazu seien einfache Kassengeräte, die er ausgiebig zur Probe getragen habe, nicht in der Lage. Mit Widerspruchsbescheid vom 3. Juni 2009 wies die Beklagte diesen Widerspruch als unbegründet zurück.

Der Kläger erhob am 22. Juni 2009 Klage zum Sozialgericht Wiesbaden mit dem Klageantrag, die Beklagte zu verurteilen, ihm 3.715,24 EUR für die Hörgerätebeschaffung zu erstatten. Im Laufe des Verfahrens legte der Kläger eine Quittung des Beigeladenen vom 4. Februar 2008 über seine Zahlung dieses Betrages an den Beigeladenen vor. Er trug vor, der Beigeladene habe ihm die E-Hörgeräte im Jahr 2007 zunächst leihweise überlassen; ein mündlicher Kaufvertrag für diese sei erst im Spätfrühjahr 2008 geschlossen worden. Deshalb seien die Kosten für die Hörgeräteversorgung in Höhe von 3.715,24 EUR ursächlich auf die Ablehnung der Beklagten vom 28. Dezember 2007 zurückzuführen. Diese Ablehnung sei zu Unrecht erfolgt, da seine Versorgung mit den Hörgeräten E. medizinisch notwendig und eine Versorgung mit einem Festbetragsgerät nicht ausreichend sei. Seine am 27. April 2007 gegenüber dem Beigeladenen im Rahmen der Empfangsbestätigung abgegebene Erklärung sei nicht als Kaufvertrag für die Hörgeräte mit endgültiger rechtlicher Verpflichtung zu werten.

Das Sozialgericht zog die Verwaltungsakte der Beklagten bei und nahm die Beiladung vor. Es holte sodann von Amts wegen ein Sachverständigengutachten von der HNO-Ärztin Dr. M. ein. Diese führte in ihrem auf der Grundlage einer durchgeführten Untersuchung und Befragung des Klägers sowie der Auswertung der Akten erstellten schriftlichen Gutachten vom 8. Juni 2010 aus, bei dem Kläger bestehe eine beidseitige Taubheit. Mit dem streitgegenständlichen Hörsystem E. sei er jedoch trotz rechnerischer Taubheit in der Lage, am sozialen Leben teilzunehmen und insbesondere auch zu telefonieren. Die anderen getesteten Hörgeräte hätten nach der Aktenlage deutlich schlechtere Hörergebnisse erbracht.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 10. Oktober 2011 befragte das Sozialgericht den Kläger und vernahm sodann den Hörgerätakustiker H. C., den Sohn des Beigeladenen, uneidlich als Zeugen. Die Sitzungsniederschrift zu seiner Vernehmung lautet wie folgt:

"Ich war bis zum Jahr 2010 im Geschäft meines Vaters G. C. tätig und habe mich erst im Jahr 2010 selbständig gemacht. Ich habe im

Geschäft meines Vaters die Beratung und Versorgung des Klägers vorgenommen. Ab Herbst 2005 wurden vom Kläger 8 bis 10 Hörgeräte getestet. Die Testphase wurde im April 2007 abgeschlossen mit der Ausfüllung der augenärztlichen Verordnung. Das Ergebnis war, dass der Kläger mitgeteilt hat, dass das Hörgerät "E." das beste Hörgerät ist ...

Über das Hörgerät existiert keine Rechnung. Es liegt lediglich eine Quittung über die Bezahlung eines Restbetrages vor. Es wurde keine Rechnung ausgestellt, weil der Kläger signalisiert hatte, dass eine Kostentragung durch Dritte erfolgen würde. Wenn die Kostentragung durch Dritte erfolgt, wird eine Rechnung für den Kläger ausgestellt. Erfolgt keine Kostentragung durch Dritte, kann der Kläger das Hörgerät trotzdem behalten.

Dem Kläger sind zuzahlungsfreie Hörgeräte angeboten worden: "N.", "O.". Diese Geräte sind für eine Versorgung des Klägers zweckmäßig und ausreichend. Der Kläger wollte die Versorgung mit dem "E." und keine Versorgung mit den anderen beiden genannten Geräten.

Grundlage dafür, dass der Kläger das Hörgerät bezahlen muss, ist die Tatsache, dass die Testphase für die Hörgeräte im April 2007 abgeschlossen wurde und ihm das Hörgerät endgültig überlassen wurde. Es ist reine Kulanz unserer Seite, dass der Kläger das Hörgerät im April 2007 noch nicht bezahlen musste. Ich gehe jedoch davon aus, dass sich ab diesem Zeitpunkt ein Anspruch unsererseits auf Bezahlung des Hörgerätes ergibt ...

Auf Befragen der Klägerbevollmächtigten erklärt der Zeuge: Wenn ein Kunde eine volle Kostenübernahme durch die Krankenkasse klären will, kann ich das auf dem vertraglich vorgesehenen Formular nicht vermerken. Im Zeitraum zwischen April und Dezember 2007 wurden noch weitere Anpassungen vorgenommen. Die anderen beiden genannten Geräte sind in abstrakter Weise ausreichend zweckmäßig, weil sie den technischen Anforderungen entsprechen. Dass die Versorgung ausreichend und zweckmäßig ist, bedeutet aber nicht, dass es nicht auch noch andere Geräte geben kann, die zu einer noch besseren Versorgung führen. Die beiden Geräte sind zum Telefonieren geeignet. Sie besitzen keine besonderen technischen Ausstattungen um Störgeräusche zu unterdrücken. Im Schreiben vom 27.06.2008 an die Deutsche Rentenversicherung Bund sind andere Geräte aufgeführt als im Schreiben vom 27.04.2007 an die Krankenkasse. Die im Schreiben der Deutschen Rentenversicherung Bund aufgeführten Geräte wurden jedoch getestet. Im Schreiben vom 27.04.2007 sind sie nicht aufgeführt weil andere Geräte exemplarisch aufgeführt wurden.

Auf Befragen des Prozessbevollmächtigten führt der Zeuge zu dem letzten Satz des Schreibens vom 27.06.2008 an die Deutsche Rentenversicherung Bund aus: Ich hätte ergänzen müssen, dass sich die Festbetragsgeräte im täglichen Gebrauch nach Aussage des Kunden als unzulänglich erwiesen haben."

Der Beigeladene führte aus, der Kläger habe auf ein zuzahlungsfreies Angebot verzichtet. Die Erprobungs- und Anpassungsphase habe bis 27. April 2007 gedauert. Er stellte keinen Antrag.

Mit Urteil vom 10. Oktober 2011 wies das Sozialgericht die Klage als unbegründet ab. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Erstattung der von Kosten für die zwei Hörgeräte E. in Höhe von 3.715,24 Euro gegen die Beklagte. Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) seien dem Versicherten Kosten für selbst beschaffte Leistungen zu erstatten, die dadurch entstanden seien, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig habe erbringen können oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe, soweit die Leistung notwendig war. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bestehe bei diesem Kostenerstattungsanspruch ein strenges Erfordernis eines Kausalzusammenhangs zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand und dem Nachteil (Kostenlast) des Versicherten (BSG, Urteil vom 15. April 1997, Az. [1 BK 31/96](#), Juris; BSG, Urteil vom 25. September 2000, Az. [B 1 KR 5/99 R](#), Juris; BSG, Urteil vom 19. Februar 2003, Az. [B 1 KR 18/01 R](#), Juris; BSG, Urteil vom 20. Mai 2003, Az. [B 1 KR 9/03 R](#), Juris; BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006, Az. [B 1 KR 8/06 R](#), Juris). Im Bereich einer zu Unrecht abgelehnten Leistung sei deshalb wegen dieses Kausalitätserfordernisses eine Kostenerstattung für die Zeit vor der Leistungsablehnung regelmäßig ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 20. Mai 2003, Az. [B 1 KR 9/03 R](#), Juris). Zwar sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts im Bereich der Versorgung mit Hörhilfen ein Ursachenzusammenhang wegen der an den "medizinisch-technischen Notwendigkeiten orientierten Praxis" noch gegeben, wenn der Versicherte sich erst nach Lieferung und Anpassung des Gerätes an die Kasse wende (BSG, Urteil vom 23. Januar 2003, Az. [B 3 KR 7/02 R](#), Rdnr. 36). Ein Hilfsmittel sei damit grundsätzlich noch nicht mit seiner Auswahl selbst beschafft, da die Auswahl dem Hilfsmittelbewilligungsverfahren notwendig vorgeschaltet sei (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 9. März 2011, Az. [L 9 KR 453/07](#), Juris, Rdnr. 28). Anspruchshindernd sei vielmehr erst ein unbedingtes Verpflichtungsgeschäft im Verhältnis zwischen Versichertem und Leistungserbringer. Unschädlich seien damit nur Auswahlentscheidungen, die den Versicherten nicht endgültig binden würden und die regelmäßig Voraussetzung für den Leistungsantrag seien, also bei der Hörgeräteversorgung die Prüfung der Eignung und Anpassungsfähigkeit der in Betracht kommenden Geräte. Dazu gehöre auch eine probeweise Überlassung der angepassten Geräte. Anders sei es erst dann, wenn der Versicherte bereits vor der Entscheidung der Krankenkasse eine endgültige rechtliche Verpflichtung eingehe und der Leistungserbringer demgemäß auch im Falle der Ablehnung des Leistungsbegehrens durch die Krankenkasse die Abnahme und Bezahlung des Hilfsmittels verlangen könne. So liege der Fall hier. Nach dem Ergebnis der durch Befragung des Zeugen H. C. erfolgten Beweisaufnahme hätte sich der Kläger nach einer langen Testphase mit verschiedensten Hörgeräten, beginnend ab dem Jahr 2005 und bis April 2007 dauernd, noch im April 2007 endgültig für den Kauf des Hörgeräts E. entschieden und sich zu diesem Zeitpunkt zur Bezahlung der Hörgeräte unabhängig von der Kostenübernahme durch Dritte verpflichtet. Der Zeuge H. C. habe bei der Beweisaufnahme ausgesagt, dass die Auswahl der Hörgeräte im April 2007 abgeschlossen gewesen und dem Kläger das ausgesuchte Hörgerät endgültig überlassen worden und damit die Verpflichtung des Klägers zur Bezahlung des Hörgerätes entstanden sei. Diesen Aussagen des Zeugen sei zu folgen, weil sie sich auch mit den vorliegenden Unterlagen deckten. Nach den vom Kläger unterschriebenen Erklärungen vom 27. April 2007 sei dieser über das Angebot einer zuzahlungsfreien Versorgung informiert worden. Er habe sich aber für eine Versorgung mit Zuzahlung entschieden. Er habe kein zuzahlungsfreies Versorgungsangebot gewünscht und sei mit der Zuzahlung der Mehrkosten für die ausgewählten Hörgeräte und den damit verbundenen Folgekosten einverstanden gewesen. Nicht bestätigt hätte sich damit die auch nicht durch andere Unterlagen belegte Angabe des Klägers, er habe den Kaufvertrag über die Hörgeräte erst im Februar 2008 mündlich gleichzeitig mit der vollständigen Bezahlung der Hörgeräte und damit erst nach der ablehnenden Entscheidung der Beklagte am 28. Dezember 2007 abgeschlossen. Damit seien dem Kläger die Kosten für das Hörgerät bereits vor einer ablehnenden Entscheidung der Beklagten entstanden. Auch sei nach den Aussagen des Zeugen davon auszugehen, dass es auf einer reinen Kulanz beruhe habe, dass der Kläger die Verpflichtung zur Bezahlung des ihm endgültig überlassenen Hörgerätes nicht bereits im Jahr 2007 erfüllen habe müssen. Die vom Kläger am 27. April 2007 abgegebene Erklärung, er sei mit der Zuzahlung der Mehrkosten für das ausgewählte Hörgerät und den damit verbundenen Folgekosten einverstanden, stelle auch eine unmissverständliche Verpflichtung des Klägers gegenüber dem Beigeladenen dar, die empfangenen Hörgeräte in jedem Fall in voller Höhe zu bezahlen. Die Möglichkeit einer Rückgabe der Hörgeräte sei damit ausgeschlossen. Ob die mit Bescheid vom 28. Dezember 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Juni 2009 erfolgte Ablehnung der Übernahme der Gesamtkosten für die Hörgeräte des Klägers zu Unrecht erfolgt sei, könne damit offen bleiben. Ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) scheitere jedenfalls an der fehlenden Kausalität zwischen einer möglicherweise zu Unrecht erfolgten Ablehnung und der Entstehung von Kosten für das Hörgerät in

Höhe von 3.715,24 EUR. Im Übrigen liege mit dem Bescheid der Beklagten vom 13. Februar 2007 bereits ein bestandkräftiger Bescheid vor, nach dem die Beklagte dem Kläger für die Neuversorgung mit Hörgeräten lediglich eine Pauschalsumme gewähre. Auch aus diesem Grunde müsse die Beklagte keine höhere Leistung gewähren.

Gegen das ihm am 20. Oktober 2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 18. November 2011 Berufung eingelegt. Er hat zunächst vorgetragen, entgegen der Auffassung des Sozialgerichts habe er den Beschaffungsweg eingehalten. Mit seiner im Rahmen der Empfangsbestätigung vom 27. April 2007 abgegebenen Erklärung habe er nur eine Auswahlentscheidung bezüglich der Hörgeräte und noch keine Kaufentscheidung getroffen. Auch habe er rechtzeitig gegen die Entscheidung der Beklagten vom 13. Februar 2007 mit seiner Eingabe vom 27. Dezember 2007 Widerspruch eingelegt. Der Bescheid vom 13. Februar 2007 habe keine Rechtsmittelbelehrung enthalten, womit die Einjahresfrist für einen Widerspruch gelte. Inhaltlich hätte ihn die Beklagte darüber informieren müssen, dass in Einzelfällen eine die Pauschale übersteigende Kostenübernahme für Hörgeräte möglich sei. Aus dem im Gerichtsverfahren eingeholten Sachverständigengutachten ergebe sich, dass die Versorgung mit den gewählten Hörgeräten für eine hinreichende Hörverbesserung notwendig sei. Dies habe das Sozialgericht nicht beachtet. Des Weiteren hat der Kläger über seinen Prozessbevollmächtigten auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 24. Januar 2013 ([B 3 KR 5/12 R](#)) hingewiesen, in dem unter anderem ausgeführt wird, ein Leistungsbegehren auf Versorgung mit einem Hörgerät dürfe nicht in zwei separate Leistungsanträge, nämlich in einen Antrag auf Bewilligung eines Festbetrages und einen weiteren Antrag auf Bewilligung einer über den Festbetrag hinausgehenden, technisch anspruchsvolleren und teureren Versorgung aufgespalten werden (BSG – Urteil, [B 3 KR 5/12 R](#), juris Rz. 21).

Hierauf führte die Beklagte mit Schriftsatz vom 3. September 2013 aus, sie halte nicht mehr an ihrer Auffassung fest, dass ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) an einer verspäteten Antragstellung scheitere. Die Versorgungsanzeige des Beigeladenen vom 9. Februar 2007 werde als umfassender Antrag auf bestmögliche Versorgung mit neuen Hörgeräten gewertet. Hierüber habe sie mit ihrem Bescheid vom 13. Februar 2007 entschieden und nur den Festbetrag bewilligt. Erst danach, nämlich am 27. April 2007, habe sich der Kläger die Hörsysteme E. selbst beschafft und damit den Beschaffungsweg eingehalten. Gleichwohl sehe sie aber den Beigeladenen als Leistungserbringer weiterhin in der vertraglichen Verpflichtung. Dieser hätte eine ausreichende Versorgung des Klägers mit höherwertigen Hörgeräten zu dem Vertragspreis des biha-VdAK/AEV-Vertrages vornehmen müssen. Sie schlage deshalb einen Vergleichslösung vor, der zufolge sie und der Beigeladene dem Kläger je zur Hälfte die Klageforderung begleichen unter gegenseitiger Aufrechnung der außergerichtlichen Kosten. Ein Vergleich ohne Einbeziehung des Beigeladenen komme für sie nicht in Betracht.

Der Prozessbevollmächtigte des Beigeladenen hat den Vergleichsvorschlag der Beklagten mit Schriftsatz vom 04.12.2013 abgelehnt. Seiner Auffassung nach sei er im Verhältnis zur Beklagten auf der Grundlage des biha-VdAK/AEV-Vertrages nicht verpflichtet gewesen, den Kläger zu den Bedingungen und Preisen dieses Versorgungsvertrages mit den von diesem ausgewählten Hörgeräten zu versorgen. Nach § 3 Abs. 1 des biha-VdAK/AEV-Vertrages schuldeten die Hörgeräteakustiker nur die eigenanteilsfreie Verschaffung von Hörsystemen, die einen angemessenen, das heiße einen ausreichenden und zweckmäßigen Hörverlustausgleich leisteten. Bei den vom Kläger ausgewählten Hörgeräten handle es sich um sogenannte "High-End-Geräte" zur optimalen Hörgeräteversorgung mit zusätzlichen Eigenschaften. Der Beigeladene verweist auf sozialgerichtliche Entscheidungen, die seine Grundsatzposition bestätigt hätten (z.B. das Urteil des Sozialgericht Koblenz vom 08.11.2012, [S 5 KR 543/10](#), juris) und auf Äußerungen der Bundesinnung für Hörgeräteakustiker KdöR sowie ein Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 5. November 2011. Weiter führt er aus, auch nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. Dezember 2009 ([B 3 KR 20/08 R](#), juris) sei die Verantwortung für eine unzureichende Festbetragsbemessung für Hörhilfen den Krankenkassen zugewiesen.

Der Kläger trägt nunmehr ergänzend vor, er habe keinen Einfluss darauf gehabt, welche Hörgeräteversorgung der Leistungserbringer ihm zuzahlungsfrei anbieten habe müssen. Er habe auch nicht überprüfen können, ob die ihm vom Beigeladenen unterbreiteten zuzahlungsfreien Hörgeräte eine angemessene Versorgung beinhaltet hätten.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 10. Oktober 2011 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 13. Februar 2007 und unter Aufhebung des Bescheides vom 28. Dezember 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Juni 2009 zu verurteilen, ihm 3.715,24 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Der Beigeladene stellt keinen Antrag.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakte verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) von EUR 750,00 ist überschritten.

Die Berufung des Klägers ist auch begründet. Das Sozialgericht hätte die Klage nicht wegen Nichteinhaltung des Beschaffungsweges abweisen dürfen. Der Kläger hat gegenüber der Beklagten auch den geltend gemachten Anspruch auf Erstattung seines Eigenanteils für die Hörgeräte E. in Höhe von 3.715,24 EUR.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Bescheid vom 13. Februar 2007 in der Gestalt des weiteren Bescheides vom 28. Dezember 2007 und des Widerspruchsbescheids vom 3. Juni 2009. Mit dem Bescheid vom 13. Februar 2007 bewilligte die Beklagte dem Kläger zwar eine Kostenübernahme für seine Hörgeräteversorgung in Höhe von 1.192,80 EUR. Dadurch war aber auch, wie die Beklagte mittlerweile einräumt, eine Leistungsbegrenzung erfolgt. Die Beklagte hatte mit der Leistungsgewährung zugleich ihre Leistungspflicht auf den Festbetrag beschränkt. Diese Entscheidung ist nicht bindend geworden, da sie mit keiner Rechtsmittelbelehrung versehen war und der

Kläger damit nach [§ 84 Abs. 2 Satz 3](#) in Verbindung mit [§ 66 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) binnen eines Jahres fristgerecht Widerspruch gegen diese Entscheidung erheben konnte. Ein solcher Widerspruch ist bei sachgerechter Auslegung in dem Schreiben des Klägers vom 27. Dezember 2007 zu sehen, mit dem er von der Beklagten die Übernahme der Gesamtkosten für seine Hörgerätebeschaffung verlangte. Die Beklagte lehnte dies zunächst mit weiterem Bescheid, der inhaltlich den Ausgangsbescheid bestätigte, ab und beschied den Kläger dann, als dieser auf eine förmliche Widerspruchsentscheidung bestand, mit Widerspruchsbescheid vom 3. Juni 2009. Demgemäß ist dieser Widerspruchsbescheid bei sachgerechter und im Berufungsverfahren noch möglicher Auslegung nicht nur als Bestätigung der ablehnenden Entscheidungen vom 13. Februar 2007 und 28. Dezember 2007, sondern auch als Billigung der Leistungsbegrenzung zu verstehen. Mit diesen - inhaltlich identischen - Regelungselementen ist der Widerspruchsbescheid zum Gegenstand des Rechtsstreits geworden (vgl. zu einem gleichgelagerten Fall: BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) -, in juris).

Rechtsgrundlage des hier geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 2 SGB V](#). Danach gilt: Hat die Krankenkasse "eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Erstattungsanspruch reicht, wie in der Rechtsprechung des BSG geklärt ist, nicht weiter als ein entsprechender - primärer - Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 [a.a.O.](#)). Der Anspruch ist demgemäß gegeben, wenn die Krankenkasse die Erfüllung eines Naturalleistungsanspruchs rechtswidrig abgelehnt und der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat, wenn weiterhin ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht, die selbst beschaffte Leistung notwendig ist und die Selbstbeschaffung eine rechtlich wirksame Kostenbelastung des Versicherten ausgelöst hat (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, [a.a.O.](#)).

So liegt es hier. Die Beklagte hat ihre Leistungspflicht zu Unrecht auf den Festbetrag begrenzt und die vollständige Erfüllung des gegebenen Leistungsanspruchs rechtswidrig abgelehnt. Hierauf hat sich der Kläger die geschuldete Leistung selbst beschafft und hierbei die Grenzen des Notwendigen gewahrt.

Entgegen der Entscheidung des Gerichts erster Instanz scheitert der Kostenerstattungsanspruch nicht an der fehlenden Kausalität zwischen Leistungsablehnung und Kostenbelastung. Ansprüche nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) sind zwar nur gegeben, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten "dadurch" Kosten für die selbst beschaffte Leistung entstanden sind. Dazu muss die Kostenbelastung des Versicherten der ständigen Rechtsprechung des BSG zufolge wesentlich auf der Leistungsverzögerung der Krankenkasse beruhen (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 [a.a.O.](#), m.w.N.). Hieran fehlt es, wenn diese vor Inanspruchnahme der Versorgung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst worden ist, obwohl dies möglich gewesen wäre oder wenn der Versicherte auf eine bestimmte Versorgung von vornherein festgelegt war (vgl. hierzu weiter BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 [a.a.O.](#), m.w.N.). Dies ist hier nicht der Fall.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes ergibt ([§ 19 Satz 1](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch [SGB IV]). Der Anspruch eines Versicherten auf Krankenbehandlung umfasst u.a. die Versorgung mit Hilfsmitteln ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#)), und zwar nach Maßgabe des [§ 33 SGB V](#). Dieser Anspruch ist von der Krankenkasse grundsätzlich in Form einer Sachleistung ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) zu erbringen, wobei sie ihre Leistungspflicht gemäß [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) mit dem Festbetrag erfüllt, wenn für die Leistung ein Festbetrag festgesetzt ist (BSG, Urteil vom 6. September 2007 - [B 3 KR 20/06 R](#) -, in juris). Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern ([§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)). Im vorliegenden Fall maßgeblich ist der zwischen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker und dem damaligen VdAK/AEV für die Zeit ab 1. Februar 2007 geschlossene Vertrag nach [§§ 126, 127 SGB V](#) zur Komplettversorgung mit Hörsystemen. Danach erfolgt die Abgabe von Hörhilfen auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung oder einer Bewilligung der Ersatzkassen (§ 4 Nr. 1 Satz 1 des Vertrags). Weiter heißt es in diesem Abschnitt: Nach Vorlage der Verordnung durch den Versicherten erstattet der Leistungserbringer eine Versorgungsanzeige (Anlage 2) gegenüber der leistungspflichtigen Ersatzkasse. Der Leistungserbringer erhält nach Prüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen die Zustimmung der Ersatzkasse. Die Ersatzkasse kann auf die Vorlage der Versorgungsanzeige und/oder der Zustimmung verzichten. Nach Erhalt der Zustimmung der Ersatzkasse informiert der Hörgeräteakustiker den Versicherten abschließend über die Leistung der Ersatzkasse (Anlage 31, Anlage 3b). Die Versorgung kann abgerechnet werden, wenn die zur Versorgung geeigneten Hörhilfen nach der Anpassung an den Versicherten ausgeliefert sind und der HNO-Arzt eine ausreichende Hörverbesserung und die Zweckmäßigkeit der Hörhilfe bestätigt hat (§ 4 Nr. 1 des Vertrags).

Wie der 3. Senat des Bundessozialgerichts in seinem Urteil vom 24. Januar 2013 ([B 3 KR 5/12 R](#), juris) überzeugend dargetan hat, ist jedenfalls in der Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers ein Leistungsantrag des Versicherten im Sinne des [§ 19 Satz 1 SGB IV](#) zu sehen und kein bloßer Akt einer Innenkommunikation zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse. Weiter hat das Bundessozialgericht hervorgehoben, dass ein Antrag eines Versicherten auf eine Hörgeräteversorgung einen Antrag auf Teilhabeleistungen im Sinne von [§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) darstellt. Dabei geht es nach der Auslegungsregel des [§ 2 Abs. 2 SGB I](#) um eine umfassende, nach Maßgabe des Leistungsrechts des Sozialgesetzbuches bestmögliche Versorgung mit einem neuen Hörgerät. Eine solche Auslegung des Leistungsbegehrens schließt die Aufspaltung des Begehrens des Versicherten in zwei separate Leistungsanträge, nämlich in einem Antrag auf Bewilligung eines Festbetrages ("Normalversorgung", [§ 12 Abs. 2 SGB V](#)) und einen weiteren Antrag auf Bewilligung einer über den Festbetrag hinausgehenden, technisch anspruchsvolleren und teureren Versorgung ("Premiumversorgung"), von vornherein aus (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013, [B 3 KR 5/12 R](#), juris Rz.21).

Es ist also im Falle des Klägers von einem einheitlichen, spätestens mit Eingang der Versorgungsanzeige des Beigeladenen bei der Beklagten gestellten Leistungsantrag auszugehen. Diesem gab die Beklagte mit ihrer Bewilligungsentscheidung vom 13. Februar 2007 nur hinsichtlich der Gewährung der Festbetragspauschale statt und lehnte damit incidenter die Kostenübernahme für eine darüber hinausgehende höherwertige Hörgeräteversorgung des Klägers, der unter einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit litt, ab. Erst danach entschied sich der Kläger für den Erwerb der streitgegenständlichen Hörgeräte. Somit kann ihm nicht vorgehalten werden, er habe der Beklagten keine Gelegenheit gegeben, seinen Antrag auf Komplettversorgung zu prüfen. Der Beschaffungsweg ist somit eingehalten worden.

Rechtsgrundlage des primär verfolgten Leistungsanspruchs ist [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Hiernach haben Versicherte 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, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) aus der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind. Demgemäß besteht nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ein Anspruch auf Hörhilfen, die kein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens und nicht nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) aus der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind und weder der Krankenbehandlung noch der Vorbeugung einer Behinderung dienen, soweit sie im Rahmen des Notwendigen und Wirtschaftlichen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) für den von der Krankenkasse geschuldeten Behinderungsausgleich erforderlich sind (BSG, Urteile vom 17. Dezember 2009 [a.a.O.](#) und 24. Januar 2013 [a.a.O.](#)).

Bei dem in [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) als 3. Variante genannten Zweck des Behinderungsausgleichs (vgl. jetzt auch [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#)) steht im Vordergrund, die ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktionen selbst auszugleichen (so genannter unmittelbarer Behinderungsausgleich). Daneben können Hilfsmittel den Zweck haben, die direkten und indirekten Folgen der Behinderung auszugleichen (so genannter mittelbarer Behinderungsausgleich) (z.B. BSG, Urteile vom 29. April 2010 [B 3 KR 5/09 R](#) -, 18. Mai 2011 - [B 3 KR 12/10 R](#) -, beide in juris und Urteil vom 24. Januar 2013 [a.a.O.](#)). Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs ist die Hilfsmittelversorgung grundsätzlich von dem Ziel eines vollständigen funktionellen Ausgleichs geleitet. Im Vordergrund steht dabei der unmittelbare Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion. Davon ist auszugehen, wenn das Hilfsmittel die Ausübung der beeinträchtigten Körperfunktion - hier das Hören - selbst ermöglicht, ersetzt oder erleichtert. Die Versorgung mit Hörgeräten dient dem unmittelbaren Behinderungsausgleich (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 [a.a.O.](#)). 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 ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Dies dient in aller Regel ohne gesonderte weitere Prüfung der Befriedigung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens im Sinne von [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#), weil die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer Körperfunktion als solche schon ein Grundbedürfnis in diesem Sinne ist. Deshalb kann auch die Versorgung mit einem fortschrittlichen, technisch weiter entwickelten Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend, solange ein Ausgleich der Behinderung nicht vollständig im Sinne des Gleichziehens mit einem gesunden Menschen erreicht ist. Das Maß der notwendigen Versorgung würde deshalb verkannt, wenn die Krankenkassen ihren Versicherten Hörgeräte ungeachtet hörgerätetechnischer Verbesserungen nur "zur Verständigung beim Einzelgespräch unter direkter Ansprache" zur Verfügung stellen müssten. Teil des von den Krankenkassen nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) 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 und ihnen die dazu nach dem Stand der Hörgerätetechnik ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) jeweils erforderlichen Geräte zur Verfügung zu stellen. Dies schließt je nach Notwendigkeit auch die Versorgung mit digitalen Hörgeräten ein (so BSG, Urteile vom 17. Dezember 2009 und 24. Januar 2013 [a.a.O.](#)).

Begrenzt ist der so umrissene Anspruch allerdings durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#). Die Leistungen müssen danach "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein" und dürfen "das Maß des Notwendigen nicht überschreiten"; Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Demzufolge verpflichtet auch [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht dazu, den Versicherten jede gewünschte, von ihnen für optimal gehaltene Versorgung zur Verfügung zu stellen. Ausgeschlossen sind danach Ansprüche auf teure Hilfsmittel, wenn eine kostengünstigere Versorgung für den angestrebten Nachteilsausgleich funktionell ebenfalls geeignet ist; Mehrkosten sind andernfalls selbst zu tragen ([§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#)). Eingeschlossen in den Versorgungsauftrag der GKV ist eine kostenaufwändige Versorgung dagegen dann, wenn durch sie eine Verbesserung bedingt ist, die einen wesentlichen Gebrauchsvorteil gegenüber einer kostengünstigeren Alternative bietet. Das gilt bei Hilfsmitteln zum unmittelbaren Behinderungsausgleich für grundsätzlich jede Innovation, die dem Versicherten nach ärztlicher Einschätzung in seinem Alltagsleben deutliche Gebrauchsvorteile bietet. 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. Desgleichen kann eine Leistungsbegrenzung zu erwägen sein, wenn die funktionalen Vorteile eines Hilfsmittels ausschließlich in bestimmten Lebensbereichen zum Tragen kommen. Weitere Grenzen der Leistungspflicht können schließlich berührt sein, wenn einer nur geringfügigen Verbesserung des Gebrauchsnutzens ein als unverhältnismäßig einzuschätzender Mehraufwand gegenübersteht (BSG, Urt. vom 17. Dezember 2009 - a.a.O. m.w.N.).

Soweit die Krankenkasse aus Gründen der Wirtschaftlichkeit die Sachleistung "Versorgung mit Hörhilfen" ([§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) auf der Grundlage einer Festbetragsregelung ([§ 36 SGB V](#)) zu erbringen hat, also unter Zuzahlungspflicht des Versicherten hinsichtlich des den Festbetrag übersteigenden Teils des Kaufpreises, erfüllt sie zwar im Regelfall ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag ([§ 12 Abs. 2 SGB V](#)). Dies ist grundsätzlich verfassungsgemäß, gilt jedoch in dieser Form nur, wenn eine sachgerechte Versorgung des Versicherten zu den festgesetzten Festbeträgen möglich ist. Der für ein Hilfsmittel festgesetzte Festbetrag begrenzt die Leistungspflicht der Krankenkasse nämlich dann nicht, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreicht (BSG, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) -, [BSGE 101, 207](#) m.w.N. insbesondere zur Rechtsprechung des BVerfG und des BSG).

Der Kläger leidet an einer beidseitigen an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit und ist auf die Versorgung mit Hörgeräten angewiesen. Den Grad der Schwerhörigkeit und die sich daraus ergebenden Anforderungen an die Leistungsfähigkeit und Funktionen der zum Behinderungsausgleich benötigten Hörgeräte hat die Beklagte indessen im Verwaltungsverfahren keiner eigenständigen Prüfung und Feststellung zugeführt. Sie hat weder durch die Heranziehung eigener fachkundiger Stellen und oder von Sachverständigen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) abklären lassen, welche Hörhilfen der Kläger benötigt. Dies ist bislang keine bloße fehlerhafte Vorgehensweise in einem Einzelfall, sondern durchgängige Praxis. Obwohl eine erhebliche Zahl von Versicherten vergleichbar nachhaltig im Hörvermögen beeinträchtigt ist wie der Kläger, halten die Krankenkassen und auch die weiter als Rehabilitationsträger in Betracht kommenden Rentenversicherungsträger bislang nicht die erforderlichen Beratungs- und Begutachtungsstrukturen vor, um eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Ermittlung des Versorgungs- und Rehabilitationsbedarfes zu ermöglichen. Die Sozialleistungsträger bieten den hörgeschädigten Versicherten keinen Zugang zu unabhängigen Beratungs- und Begutachtungsstellen, die losgelöst von eigenen Gewinnerwartungen eine neutrale Untersuchung und Beratung - was eine ausgiebige Erprobung und Anpassung der in Betracht kommenden Hörgeräte beinhalten müsste - über die (unter Beachtung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit im vorstehend erläuterten Sinne) bestmögliche Hörgeräteversorgung gewährleisten (so zutreffend LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 4. November 2013, [L 2 R 438/13 ER](#), juris Rz. 47 ff; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15. November 2013, [L 4 KR 85/12](#), juris Rz. 24, 32 f.). Das Bundessozialgericht hat sich im

Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung bei hörgeschädigten Versicherten zu der Feststellung veranlasst gesehen, dass sich die zuständigen Rehabilitationsträger ihrer leistungsrechtlichen Verantwortung durch sog. "Verträge zur Komplettversorgung" jedenfalls vielfach nahezu vollständig entziehen und dem Leistungserbringer quasi die Entscheidung darüber überlassen, ob dem Versicherten eine Teilhabeleistung (wenn auch unmittelbar zunächst nur zum Festbetrag) zu Teil wird. Es hat hervorgehoben, dass die betroffenen Träger damit weder ihrer Pflicht zur ordnungsgemäßen Einzelfallprüfung nach [§ 33 SGB V](#) genügen noch die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beachten ([§ 12 Abs. 1](#) und [§ 70 Abs. 1 S. 2 SGB V](#); vgl. BSG, Urteil vom 24. Januar 2013, [a.a.O.](#), vgl. auch den dortigen Hinweis: Es mite zudem "abenteuerlich" an, dass die Rehabilitationsträger die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln - hier: Hörgeräte - praktisch nicht mehr selbst vornehmen, sondern in die Hände der Leistungserbringer "outgesourced" haben). Ein entsprechendes "Outsourcing" hat für Fallgestaltungen der vorliegenden Art überdies zur Folge, dass sich die Versicherten mangels eigener Beratungs- und Untersuchungsstellen der Sozialleistungsträger zur bestmöglichen Hörgeräteversorgung auch bezüglich der Frage, inwieweit sich mit höherwertigen als den sog. Festbetragsgeräten greifbare bessere Hörerfolge erzielen lassen, in weiten Teilen auf das fachkundige (wenn auch nicht immer von vornherein uneigennützig) Urteil des beratenden Hörgeräteakustikers verlassen müssen.

Der Senat vermag nicht festzustellen, dass die von dem Kläger selbst beschafften Hörgeräte E. die Grenzen des Wirtschaftlichkeitsgebots überschreiten, weil auch mit anderen von Hörgeräteakustikern eigenanteilsfrei bereitgestellten Hörgeräten eine vergleichsweise ähnlich gute Hörverbesserung zu erzielen wäre. Fest steht als Ergebnis der Beweisaufnahme durch Einholung des gerichtlichen Sachverständigengutachtens der HNO-Ärztin Dr. M., dass der Kläger mit dem ausgewählten Hörsystem E. trotz Taubheit nach den zur Ermittlung des Hörverlustes einschlägigen Hörverlusttabellen noch in der Lage ist, hinreichend lautsprachlich zu kommunizieren und auch Telefongespräche zu führen. Ob ein solcher bemerkenswerter Erfolg auch mit den nach Angaben des Beigeladenen angepassten und getesteten beiden zuzahlungsfreien Hörgerätetypen erreichbar ist, konnte die Sachverständige nicht klären. Sie wies allerdings darauf hin, dass diese Frage unter Zugrundelegung der in dem Anpassungsbericht des Beigeladenen angegebenen Werte zum Diskriminationsverlust zu verneinen sei.

Ob nur die von dem Kläger selbst beschafften Hörgeräte einen möglichst weitgehenden Ausgleich seiner Funktionsdefizite beim Hören gewährleisten, lässt sich somit nicht verlässlich klären. Die Beklagte führt allerdings selbst aus, die dem Kläger angebotenen zuzahlungsfreien Geräte hätten die vertraglichen Voraussetzungen zum angemessenen Ausgleich des Hörverlustes bei allen Schwerhörigkeitsgraden nicht erfüllt, ist andererseits aber auch nicht bereit, ein Anerkenntnis abzugeben. Somit bedarf es einer gerichtlichen Entscheidung, die auch von der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der vom Kläger gewählten Hörgeräteversorgung abhängt. Dass sich dieses Anspruchskriterium nicht mehr hinreichend verlässlich beurteilen lässt, kann nicht zu Lasten des Klägers gehen. Der Umstand, dass die Krankenkassen und andere Sozialleistungsträger entgegen [§ 4 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen \(SGB IX\)](#) systematisch und somit letztlich im Rahmen eines sog. Systemversagens keine eigenständige Untersuchung und Beratung der Versicherten bei der Hörgeräteauswahl mit dem Ziel eines weitest möglichen Behinderungsausgleichs anbieten, kann die Gerichte nicht von ihrer Verpflichtung entbinden, eine effektive Durchsetzung der Hilfsmittelansprüche der Versicherten zu bewirken. Mit der Beauftragung der gewerblichen Hörgeräteakustiker haben insbesondere die Krankenkassen im Ergebnis zum Ausdruck gebracht, dass sie diesen die erforderliche Fachkunde und Beurteilungskompetenz in den Fragen der Hörgeräteversorgung zuerkennen und die Erwartung für berechtigt erachten, dass die Qualität der Beratung durch die Hörgeräteakustiker nicht durch eigenwirtschaftliche Interessen der herangezogenen Akustikerbetriebe ernsthaft beeinträchtigt wird. Die Krankenkassen haben sich somit von der Erwartung leiten lassen, die Heranziehung der gewerblichen Hörgeräteakustiker werde jedenfalls im Regelfall zu einer im Rahmen der sog. Festbetragsgeräte optimierten Versorgung führen. An dieser eigenen Einschätzung müssen sich die Krankenkassen und auch an ihrer Stelle nach [§ 14 SGB IX](#) zuständige andere Leistungsträger festhalten lassen, soweit sie nicht im jeweiligen Einzelfall anderweitig verlässliche Feststellungen hinsichtlich des Rehabilitationsbedarfs gewährleisten. Unter Berücksichtigung des aufgezeigten Systemversagens ist diese Zuweisung der erforderlichen Fachkunde und Beurteilungskompetenz an die gewerblichen Hörgeräteakustiker im Rahmen der gebotenen Gesamtwertung auch bei der Beurteilung der Frage zu berücksichtigen, ob im Einzelfall - insbesondere aufgrund einer besonders schwer wiegenden Hörschädigung - eine aufwändigere als eine zum Festbetrag erforderliche Versorgung im vorstehend erläuterten Sinne zum weitest möglichen Ausgleich der Behinderung erforderlich ist (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 4. November 2013, [L 2 R 438/13 ER](#), juris Rz. 51 ff; im Ergebnis ähnlich LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15. November 2013, [L 4 KR 85/12](#), juris Rz. 33 f.).

Darüber, ob der Beigeladene auf Grund seiner Bindung an den biha-VdAK/AEV-Vertrag verpflichtet war, dem Kläger eigenanteilsfrei das Hörsystem E. zur Verfügung zu stellen, musste der Senat nicht entscheiden. Diese Frage betrifft nur das Innenverhältnis von Krankenkasse und Leistungserbringer und hat keine Auswirkung auf den streitigen Hilfsmittelanspruch des Versicherten. Das Erstattungsbegehren des Klägers ist somit in Höhe von 3.715,24 EUR begründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2015-01-21