

## L 5 R 48/08

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Chemnitz (FSS)

Aktenzeichen

S 9 R 1435/05

Datum

07.11.2007

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 5 R 48/08

Datum

19.04.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Hörgeräteversorgung - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - Abgrenzung von Leistungen zur Teilhabe und Krankenbehandlung - Zuständigkeit des erstangegangenen Leistungsträgers - Abgrenzung des Umfangs der Leistungspflicht zwischen der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung im Fall der Hörgeräteversorgung - Hörgeräteakustiker als Erfüllungsgehilfe der Krankenkasse

1. Die Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers nach [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) erstreckt sich im Falle des nicht fristgerecht weitergeleiteten Antrages des Versicherten nicht nur auf Teilhabeleistungen sondern auch auf Leistungen der Krankenbehandlung, sofern solche Leistungen das Begehren des versicherten Antragstellers decken können. Der im Falle nicht fristgerechter Weiterleitung endgültig zuständig gewordene Leistungsträger hat den geltend gemachten Anspruch - hier auf das Hilfsmittel Hörhilfe - anhand aller Rechtsgrundlagen, auch nach zuständigkeitsfremden Leistungsgesetzen, zu prüfen und zu erbringen, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation in Betracht kommen und dem Grunde nach vorgesehen sind.

2. Der Hörgeräteakustiker ist zwar beauftragter Leistungserbringer der Krankenkasse, jedoch keine zur Entgegennahme von Sozialleistungsanträgen befugte Stelle ([§ 16 Abs. 1 Satz 2 SGB I](#)). Die Übergabe der ohrenärztlichen Verordnung durch den Versicherten an den Hörgeräteakustiker kann daher nicht bereits als Eingang des Antrages auf Hilfsmittelgewährung gegenüber der Krankenkasse gewertet werden. Erst die Weiterleitung des Hilfsmittelbegehrens durch den Hörgeräteakustiker namens und im Auftrag des Versicherten an die Krankenkasse stellt den Eingang des Leistungsantrages bei einem Sozialleistungsträger dar.

3. Die Abgrenzung des Umfangs der Leistungspflicht zwischen der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung im Bereich von geltend gemachten Teilhabeleistungen richtet sich danach, ob das begehrte Hilfsmittel - hier das Hilfsmittel Hörhilfe - dem unmittelbaren Behinderungsausgleich dient (Leistungspflicht der Krankenversicherung) oder ausschließlich berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile bietet (Leistungspflicht der Rentenversicherung).

4. Telefonate, Mehrpersonengespräche und Verständigungen unter Störgeräuschen gehören nahezu zu jeder beruflichen Tätigkeit; Störschall tritt auch in vielen Bereichen des täglichen Lebens, sei es im Straßenverkehr, in öffentlichen Verkehrsmitteln oder in Einkaufs- und kulturellen Einrichtungen auf. Diese Umstände begründen daher regelmäßig kein spezifisch ausschließlich aus beruflich bedingten Gründen bestehendes Erfordernis auf eine Hörgeräteversorgung, wie es etwa bei akustischen Kontroll- oder Überwachungsarbeiten oder beim feinsinnigen Unterscheiden zwischen bestimmten Tönen und Klängen gegeben ist.

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 7. Dezember 2007 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte hat der Klägerin deren notwendige außergerichtliche Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, die Kosten für zwei digitale Mehrkanalhörgeräte mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung in Höhe von 2.549,40 Euro, abzüglich des von der Krankenkasse bereits geleisteten Betrages in Höhe von 1.149,40 Euro und abzüglich des gesetzlichen Zuzahlungsbetrages in Höhe von 20,00 Euro, mithin einen Betrag in Höhe von 1.380,00 Euro, zu erstatten.

Die Klägerin arbeitet seit Juni 1987 als Verwaltungsangestellte, zuletzt bei einem Rentenversicherungsträger im Auskunfts- und Beratungsdienst. Im Rahmen ihrer Tätigkeit berät sie Versicherte, führt häufig Telefongespräche, nimmt an Schulungen und Vorträgen teil und unterweist Mitarbeiter in der Geschäftsstelle im Rahmen einer Multiplikatorenfunktion. Die Beratung der Versicherten findet dabei sowohl in einem Beratungsraum als auch in der Kundeninformation statt. Letztere ist ein offener Raum, bei dem Störgeräusche in Form von Telefonklingeln, der automatischen Eingangstür und von Hintergrundgeräuschen der wartenden Kunden auftreten.

Nach erstmaliger ohrenärztlicher Verordnung einer Hörhilfe wegen einer beidseitigen mittelgradigen Innenohrschwerhörigkeit durch Dr. H (Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) vom 24. Januar 2005 stellte die Klägerin am 8. Februar 2005 bei der Beklagten einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Diesen lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 21. Februar 2005 und bestätigendem Widerspruchsbescheid vom 29. Juni 2005 ab und führte zur Begründung aus: Zwar sei eine Hörhilfe aus medizinischen Gründen notwendig. Es handele sich aber um eine Leistung der medizinischen Grundversorgung, weil eine über die Basisversorgung hinausgehende Versorgung mit höherwertigen Hörgeräten nicht wegen besonderer Anforderungen während der Berufsausübung notwendig sei. Die Klägerin benötige bei jedweder Ausübung einer beruflichen Tätigkeit die begehrte Hörhilfe. Ihre konkrete Berufstätigkeit lasse keine spezifische, berufsbedingte Notwendigkeit der höherwertigen Hörgeräteversorgung erkennen.

Hiergegen erhob die Klägerin am 13. Juli 2005 Klage zum Sozialgericht Chemnitz.

Am 26. Juli 2005 erwarb die Klägerin auf der Grundlage der ohrenärztlichen Verordnung von Dr. H vom 24. Januar 2005 beim Hörgeräteakustiker K - J B zwei digitale Mehrkanalhörgeräte mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung der Marke "Phonak Perseo 111 dAZ" zum Preis von 2.549,40 Euro. Die Rechnung vom 26. Juli 2005 ließ sie - in Form eines auf den Festbetrag begrenzten Kostenvoranschlages vom 25. Juli 2005 - über ihren Hörgeräteakustiker bei ihrer Krankenkasse am 29. Juli 2005 einreichen, die der Klägerin am 6. September 2005 eine Leistung in Form der Festbetragsübernahme in Höhe von 1.149,40 Euro, einschließlich Reparaturpauschale und abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung in Höhe von 20,00 Euro, gewährte. Den Restbetrag in Höhe von 1.400,00 Euro zahlte sie selbst. Einen Antrag auf vollständige Kostenübernahme, vor Erwerb der Hörgeräte, stellte sie bei ihrer Krankenkasse nicht.

Das Sozialgericht Chemnitz hat im Rahmen des Klageverfahrens einen Befundbericht des Dipl.-Med. Sch (Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) vom 2. Oktober 2006 sowie ein Gutachten auf otologischem Fachgebiet bei Dr. H (Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) vom 7. August 2007 eingeholt. Dr. H stellte auf Grund der Untersuchung der Klägerin am 3. Juli 2007 einen Hörverlust von 20 % für das rechte und von 30 % für das linke Ohr fest, wobei es sich rechts um eine reine Schallempfindungsschwerhörigkeit und links um eine kombinierte Schwerhörigkeit mit einem geringgradigen Schalleitungsanteil im tiefen und mittleren Frequenzbereich handele. Er stellte fest, eine umgangssprachliche Verständigung im Störschall sei mit Basisgeräten nicht ausreichend möglich und schätzte ein: Durch die digitalen Hörgeräte verbessere sich bei der Klägerin das Sprachverständnis im Vergleich zum Hörvermögen ohne Hörgerät um 25 % und im Vergleich zum Hörvermögen mit Basishörgerät um 20 %. Durch die höherwertige Hörgeräteversorgung sei eine deutliche Verbesserung des Sprachverständnisses im Störschall zu erzielen und es werde damit eine ausreichende umgangssprachliche Verständigung überhaupt erst möglich. Für den Teil der Tätigkeit am Empfangscounter und während der Schulungen sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Verordnung der zwei digitalen Hörgeräte vom Typ "Perseo 111 dAZ" oder vergleichbarer Modelle zwingend erforderlich sei, um aus medizinischer Sicht ein ausreichendes Sprachverständnis zur Bewältigung der notwendigen Aufgaben zu erzielen. Für die übrige Arbeitszeit, die im Wesentlichen in separaten Beratungsräumen durchgeführt werde, sei eine Basisversorgung ausreichend.

Gestützt auf das Gutachten von Dr. H und nach Beiladung der Krankenkasse mit Beschluss vom 7. November 2007 hat das Sozialgericht Chemnitz mit Urteil vom 7. Dezember 2007 den Bescheid der Beklagten vom 21. Februar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Juni 2005 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Der Klägerin stehe im Rahmen von Teilhabeleistungen am Arbeitsleben ein Anspruch auf Erstattung von Kosten für zwei volldigitale Mehrkanalhörgeräte mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung zu. Das Begehren sei als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage dahingehend begründet, dass der Klägerin eine dauerhafte Ausübung ihrer Erwerbstätigkeit als Sachbearbeiterin in der Auskunfts- und Beratungsstelle des Rentenversicherungsträgers nur mit volldigitalen Mehrkanalhörgeräten mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung möglich sein. Erst diese Geräte würden der Klägerin die erforderliche Kommunikation ermöglichen und den bestehenden Hörverlust ausgleichen. Auf Grund des eingeholten Gutachtens von Dr. H stehe fest, dass die volldigitalen Mehrkanalhörgeräte einen optimalen Hörverlustausgleich ermöglichen würden. Die Entscheidung darüber, welches Hörgerät den Anforderungen jedoch am Besten genüge und von welchem Hersteller es zu erwerben sei, stehe unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Ermessen der Beklagten, so dass die Beklagte zur Neubescheidung des Begehrens zu verpflichten gewesen sei.

Gegen das ihr am 4. Januar 2008 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 18. Januar 2008 Berufung eingelegt, mit der sie die Abweisung der Klage verfolgt: Zwar sei die Klägerin aus beruflich bedingten Gründen auf kommunikative Anforderungen und Beanspruchung ihres Hörvermögens angewiesen. Das konkrete Berufsbild lasse jedoch keinen spezifischen berufsbedingten Kommunikationsbedarf erkennen. Es stelle sich deshalb die Frage nach der Erfüllung der medizinischen Grundversorgung, für die die Beklagte jedoch nicht zuständig sei. Gegenüber der inhaltlichen Fragestellung, ob eine Unterversorgung der Klägerin mit den zu Festbeträgen von der Krankenkasse finanzierten Hörgeräten vorliege, sei die Frage des erst- oder zweitangegangenen Trägers nachrangig, weil auch der erstangegangene Leistungsträger nur im Rahmen der Leistungspflicht des konkreten Trägers handeln könne. Außerdem habe sich die Klägerin vor der Antragstellung bei der Beklagten bereits an den Hörgeräteakustiker gewandt, der als Leistungserbringer Erfüllungsgehilfe der Beigeladenen sei, sodass die Beigeladene zuerst angegangen worden sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 7. Dezember 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen; gegebenenfalls die Revision zuzulassen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt, jedoch im Verfahren mehrfach darauf hingewiesen, dass die Beklagte der erstangegangene Rehabilitationsträger gewesen sei, so dass ein Kostenerstattungsanspruch gegen sie nicht bestehe. Selbst wenn es sich um einen nach Krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften geregelten Anspruch der Klägerin handele, sei die Beklagte als erstangegangener und damit zuständig gewordener Leistungsträger allein leistungspflichtig. Der Hörgeräteakustiker könne nicht als Empfangsbote oder Erfüllungsgehilfe für Anträge auf Hörgeräteversorgung angesehen werden, weil dieser lediglich in die geschuldete Sachleistungserbringung, nicht aber in die Feststellung einer Leistungspflicht ins Verwaltungsverfahren einbezogen sei.

Das Gericht hat die bei der Beigeladenen vorhandenen Unterlagen beigezogen.

Dem Gericht haben die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Zur Ergänzung des Sach- und Streitstandes wird hierauf insgesamt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist unbegründet, weil das Sozialgericht Chemnitz der Klage im Ergebnis zutreffend stattgegeben hat. Der Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 21. Februar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Juni 2005 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die Klägerin hat einen Anspruch darauf, dass die Beklagte ihren Kostenerstattungsanspruch – unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts – bescheidet.

Der Anspruch der Klägerin ergibt sich, nach dem sie sich die begehrten Hörgeräte selbst beschafft hat, aus [§ 15 Abs. 1](#) des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), weil die Beklagte als erstangegangener Rehabilitationsträger zuständig geworden (und geblieben) ist (dazu nachfolgend unter I.) und die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (dazu nachfolgend unter II.). Diese Vorschrift ist entweder unmittelbar anwendbar, weil sie trägerübergreifend Kostenerstattungsansprüche für selbstbeschaffte Teilhabeleistungen normiert (so deutlich: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 12). Oder sie ist über [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) entsprechend heranzuziehen, weil zwar [§ 15 Abs. 1 Satz 1](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) auf sie nicht verweist, aber [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) einen allgemeinen Gedanken für sämtliche selbstbeschafften Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für jeden in Betracht kommenden Rehabilitationsträger enthält (so angedeutet: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 21 und 22 unter Bezugnahme auf BSG, 1. Senat, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 36/06 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 18). Die Frage kann dahinstehen, weil das Ergebnis des Rechtsstreits von ihrer Beantwortung nicht abhängt.

I. Von den in [§ 15 Abs. 1](#) Sätze 1 bis [4 SGB IX](#) geregelten drei unterschiedlichen Tatbeständen, die zur Kostenerstattungspflicht führen können, kommt vorliegend nur die in [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) geregelte in Betracht. Danach besteht eine Erstattungspflicht, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Rehabilitationsträger im Sinne von [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) ist ausweislich des systematischen Zusammenhangs der Bestimmung mit [§ 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#) der zuständige Rehabilitationsträger. Nach Satz 3 ist der "zuständige" Rehabilitationsträger unter bestimmten Voraussetzungen zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet, wenn sich Leistungsberechtigte eine erforderliche Leistung selbst beschaffen. Die Erstattungspflicht des "zuständigen" Rehabilitationsträgers erstreckt Satz 4 auf die darin geregelten Tatbestände, indem er bestimmt, dass die Erstattungspflicht "auch" in diesen Fällen besteht. Zuständiger Rehabilitationsträger im Sinne des [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) ist der nach [§ 14 SGB IX](#) verantwortliche Rehabilitationsträger (so deutlich: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 14). [§ 14 SGB IX](#) sieht im Grundsatz lediglich zwei Zuständigkeiten vor, die des erstangegangenen oder des im Wege der Weiterleitung zweitangegangenen Rehabilitationsträgers. Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger gemäß [§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei ihm fest, ob er nach den für ihn geltenden Leistungsgesetzen zuständig ist. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag gemäß [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) unverzüglich dem seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger zu. Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger gemäß [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. Im Falle der Nichtweiterleitung des Antrags ist danach der erstangegangene Rehabilitationsträger zuständig. Wird der Antrag demgegenüber weitergeleitet, gelten gemäß [§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX](#) die Sätze 1 und 2 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend. In diesem Fall hat dieser den Rehabilitationsbedarf festzustellen und ist gegenüber dem behinderten Menschen zuständig. Ein Weiterleitungsrecht besteht für ihn nicht, selbst wenn er nach den Leistungsgesetzen "eigentlich" nicht zuständig ist. Die Zuständigkeit nach [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX gegenüber dem behinderten Menschen ist eine ausschließliche Zuständigkeit. [§ 14 SGB IX](#) zielt darauf ab, zwischen den betroffenen behinderten Menschen und Rehabilitationsträgern die Zuständigkeit schnell und dauerhaft zu klären. Die Vorschrift trägt dem Bedürfnis Rechnung, im Interesse behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen durch rasche Klärung von Zuständigkeiten Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken. Diesem Gesetzeszweck liefe es zuwider, für das Außenverhältnis zum Leistungsberechtigten neben der Zuständigkeit eines Trägers nach [§ 14 SGB IX](#) eine Zuständigkeit des nach den Leistungsgesetzen "eigentlich" verpflichteten Trägers für möglich zu halten (so deutlich: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 15; offengelassen noch von: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 36 unter Bezugnahme auf BSG, 4. Senat, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 4 R 19/06 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 32), wie die Beklagte im Verfahren mehrfach angedeutet hat, indem sie von einer formellen und einer inhaltlichen Zuständigkeit ausgeht.

Da die Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers im Außenverhältnis diejenige aller anderen Träger ausschließt, kann im Gerichtsverfahren über diese Frage im Verhältnis zu den vom behinderten Menschen angegangenen Rehabilitationsträgern nur einheitlich entschieden werden. Wird die Zuständigkeit eines Trägers im Sinne von [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX festgestellt, so hat das zwingend zur Folge, dass im

Verhältnis zwischen diesem und dem Leistungsberechtigten der Anspruch an Hand aller Rechtsgrundlagen zu prüfen ist, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation für Rehabilitationsträger vorgesehen sind (so ganz deutlich und einheitlich: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 16; BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 30; BSG, 1. Senat, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 24 ff.). Dies gilt nach der Rechtsprechung des BSG unabhängig davon, ob die Beklagte als Träger der Rentenversicherung "eigentlich" (nur oder auch) zur Leistungserbringung zuständig war. Ist der erstangegangene Träger für eine Leistung der beantragten Art gar nicht zuständig, hat er die Leistung dem Antragsteller gegenüber nach den Vorschriften des "eigentlich" zuständigen Leistungsträgers zu erbringen und gegebenenfalls einen Erstattungsanspruch gegenüber dem "eigentlich" zuständigen Träger geltend zu machen (BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 16; BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 30; BSG, 1. Senat, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 24 ff.). Aus diesem Grund ist die von der Beklagten im Verfahren mehrfach geäußerte Auffassung, die Frage des erst- oder zweitangegangenen Trägers sei nachrangig gegenüber der inhaltlichen Fragestellung zur Abgrenzung des Umfangs der Leistungspflicht zwischen der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung, unzutreffend. Ebenso unzutreffend ist die Ansicht der Beklagten, dass sich eine durch [§ 14 SGB IX](#) begründete Zuständigkeit lediglich auf Teilhabeleistungen erstrecken und sie deshalb nicht verpflichtet werden könne, als zuständig gewordener Leistungsträger gänzlich zuständigkeitfremde Leistungen, wie Leistungen für Hörhilfen als Krankenbehandlung (Hilfsmittel) nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ([§§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) zu erbringen (so wohl auch: LSG Berlin/Brandenburg, Urteil vom 24. Februar 2011 - [L 8 R 176/10](#) - JURIS-Dokument, Rn. 26). Denn diese Sichtweise entspricht nicht der höchstrichterlichen Rechtsprechung, die klargestellt hat, dass die durch [§ 14 SGB IX](#) begründete Zuständigkeit des erstangegangenen Leistungsträgers die Erbringung von Leistungen an Hand aller in der konkreten Bedarfssituation in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen, auch nach "zuständigkeitfremden Leistungsgesetzen" umfasst. Dies gilt auch dann, wenn die Versorgung mit Hörhilfen nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist. Denn [§ 14 SGB IX](#) gilt seiner Intention nach auch in solchen Fällen, in denen eine Leistung, hier das Hilfsmittel Hörhilfe, beantragt wird, die nach dem Recht des zuerst angegangenen Leistungsträgers eine solche der medizinischen Rehabilitation, nach dem der ("eigentlich" mit- oder allein-)zuständigen Krankenkasse jedoch keine Leistung zur Teilhabe im Sinne der [§§ 4, 5 SGB IX](#) ist (so ganz deutlich: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 38; im Ergebnis ebenso: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 16 und 22: "der Anspruch ist an Hand aller Rechtsgrundlagen zu prüfen, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation vorgesehen sind").

Im vorliegenden Fall steht fest, dass die Beklagte der erstangegangene Rehabilitationsträger im Sinne von [§ 14 SGB IX](#) ist. Die Klägerin beantragte bei ihr am 8. Februar 2005 Teilhabeleistungen in Form der Hörgeräteversorgung, während sie sich über ihren Hörgeräteakustiker erst mit dem Kostenvorschlag vom 24. Januar 2005 in Form der Rechnung vom 25. Juli 2005 bezüglich der Gewährung des Festbetrages an die beigeladene Krankenkasse gewandt hatte. Soweit die Beklagte meint, erstangegangener Leistungsträger sei die Beigeladene, weil die Klägerin bereits am 24. Januar 2005 die ohrenärztliche Verordnung dem Hörgeräteakustiker überreicht habe und dieser daraufhin die Anpassung eingeleitet habe und als beauftragter Leistungserbringer für die Krankenkasse deren Erfüllungsgehilfe sei, weshalb die Übergabe der ohrenärztlichen Verordnung als Antragstellung bei der Beigeladenen zu erachten sei, stellt diese Sichtweise eine Verkennung der rechtlichen Regelungen dar. Der Hörgeräteakustiker ist als von der Beigeladenen eingeschalteter oder im Vorfeld beauftragter Leistungserbringer keine zur Entgegennahme von Sozialleistungsanträgen befugte Stelle; nach [§ 16 Abs. 1 Satz 2](#) des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) sind lediglich alle anderen Leistungsträger, alle Gemeinden und bei Personen, die sich im Ausland aufhalten, auch die amtlichen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland zur Entgegennahme von Sozialleistungsanträgen befugte Stellen. Der Hörgeräteakustiker kann lediglich als Erklärungsbote oder Erklärungsvertreter des Versicherten hinsichtlich der Weiterleitung des Antrages, nicht jedoch als Empfangsbote oder Empfangsvertreter der Krankenkasse angesehen werden. Auch wenn in der Übergabe der ohrenärztlichen Verordnung an den Hörgeräteakustiker ein Sozialleistungsantrag zu erblicken ist, entfaltet dieser erst mit der Weiterleitung und dem Eingang bei der Krankenkasse als dem zuständigen Leistungsträger ([§ 16 Abs. 1 Satz 1 SGB I](#)) oder bei den in [§ 16 Abs. 1 Satz 2 SGB I](#) genannten Stellen Rechtswirkungen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem, von der Beklagten angesprochenen, "Vertrag zur Komplettversorgung mit Hörsystemen zwischen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdÖR (BIHA) und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)". Nach [§ 4 Nr. 1 Satz 2 und 3](#) sowie Anlage 2 dieses Vertrages wird erst mit der Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers gegenüber der Krankenkasse mitgeteilt, dass ein bestimmter Versicherter eine Hörgeräteversorgung begehrt und um "Zustimmung" der Versorgung bittet. Erst mit dem Eingang dieser Versorgungsanzeige bei der Krankenkasse liegt ein Antrag beim zuständigen Leistungsträger vor, über den allein die Krankenkasse entscheidet, ohne die erbetene "Zustimmung" zur Hörgeräteversorgung an den Hörgeräteakustiker in irgendeiner Form im Vorfeld delegiert zu haben (vgl. dazu zutreffend: LSG Berlin/Brandenburg, Urteil vom 25. November 2010 - [L 31 R 37/10](#) - JURIS-Dokument, Rn. 30). Hiervon unabhängig ist im Übrigen im konkret vorliegenden Fall zu beachten, dass die Beigeladene, eine Allgemeine Ortskrankenkasse, ohnehin nicht Vertragspartner des von der Beklagten angesprochenen Rahmenvertrages ist und diese daher nicht bindet. Aus dem "Vertrag zwischen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdÖR und 14 Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), vertreten durch den AOK-Bundesvorstand" zum "Ablauf und Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der AOK mit Hörsystemen" ([§ 1](#) des Vertrages) ergibt sich gleichfalls nichts Gegenteiliges. Nach [§ 4 Abs. 3](#) dieses Vertrages soll der Hörgeräteakustiker unter Verwendung der als Anlage 4 des Vertrages vorformulierten Versorgungsanzeige vor jeder Versorgung unter Beifügung des Ton- und Sprachaudiogramms diese Versorgungsanzeige zur Prüfung und Zustimmung der AOK vorlegen. Mit der Versorgungsanzeige bittet der Versicherte durch den Hörgeräteakustiker um "Ausfertigung der Zustimmung"; erst die Krankenkasse "entscheidet" unter Verwendung des zweiten Teils der vorformulierten Versorgungsanzeige und "bewilligt" eine Hörsystemversorgung nach Vorlage der für die Indikationsstellung nötigen Informationen (Ton- und Sprachaudiogramm). Auch diese Regelungen verdeutlichen, dass erst mit dem Eingang der Versorgungsanzeige bei der Krankenkasse ein Antrag beim zuständigen Leistungsträger vorliegt, über den ausschließlich die Krankenkasse entscheidet, ohne die "Zustimmung" zur oder die "Entscheidung" über die Hörgeräteversorgung dem Hörgeräteakustiker überlassen zu haben.

Fest steht ebenfalls, dass die Beklagte den Antrag der Klägerin nicht wegen Unzuständigkeit innerhalb von zwei Wochen zur Entscheidung an die Beigeladene abgegeben, sondern mit Bescheid vom 21. Februar 2005 abschlägig beschieden, und bereits in diesem Bescheid auf Leistungen der medizinischen Grundversorgung verwiesen, hat – gerade der vorliegende Fall zeigt, dass innerhalb von zwei Wochen sehr wohl eine Frage über die Zuständigkeit getroffen werden kann. Die Beklagte ist danach der gegenüber der Klägerin umfassend zuständig gewordene Rehabilitationsträger. Sie hat sowohl die nach dem SGB VI als auch u.a. nach dem SGB V vorgesehenen Rehabilitationsleistungen und Leistungen der Krankenbehandlung, die das konkrete Begehren decken können, zu erbringen, weil sich die in [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX geregelte Zuständigkeit – wie ausgeführt – im Verhältnis zur Klägerin auf alle Rechtsgrundlagen erstreckt. Die Krankenkasse der Klägerin war hier jedoch als möglicherweise endgültig zuständiger Leistungsträger notwendig beizuladen (vgl. dazu: BSG,

5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 16), was das Sozialgericht mit Beschluss vom 7. November 2007 zutreffend veranlasst hat.

Die Klägerin hat sich darüber hinaus die streitgegenständlichen zwei digitalen Mehrkanalhörgeräte mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung der Marke "Phonak Perseo 111 dAZ" auch erst nach der ablehnenden Entscheidung der Beklagten (Ablehnungsbescheid vom 21. Februar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Juni 2005), nämlich ausweislich der Rechnung des Hörgeräteakustikers K - J B am 26. Juli 2005, selbst und auf eigene Kosten beschafft, so dass dies einem Anspruch nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) – ebenso wie einem solchen nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) – nicht entgegen steht (vgl. hierzu: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 23; BSG, 3. Senat, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 10-12). Die Ablehnung war auch ursächlich für die Selbstbeschaffung. Anhaltspunkte für eine Vorfestlegung der Klägerin auf die streitgegenständlichen Hörgeräte liegen nicht vor.

II. Der Klägerin stand ein Anspruch auf Versorgung mit Hörgeräten zu, den die Beklagte zu Unrecht im Sinne des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) abgelehnt hat. Zwar waren die digitalen Hörgeräte nicht aus spezifisch beruflich bedingten Gründen erforderlich, da keine besondere berufliche Betroffenheit bei der Klägerin gegeben ist (dazu nachfolgend unter 1.), allerdings stehen ihr die Hörgeräte nach Krankenversicherungsrecht zu (dazu nachfolgend unter 2.).

Die von der Beklagten im Verfahren mehrfach in den Vordergrund gestellte Frage hinsichtlich der Abgrenzung des Umfangs der Leistungspflicht zwischen der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung beantwortet sich dabei nach der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung des BSG wie folgt: Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs ist die Hilfsmittelversorgung grundsätzlich von dem Ziel eines vollständigen funktionellen Ausgleichs geleitet. Insoweit hat der in [§ 33 Abs. 1 Satz 1](#) Var. 3 SGB V genannte Zweck (ebenso auch: [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#)) für die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gebotene Hilfsmittelversorgung zwei Ebenen. Im Vordergrund steht der unmittelbare Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion. Davon ist auszugehen, wenn das Hilfsmittel die Ausübung der beeinträchtigten Körperfunktion selbst ermöglicht, ersetzt oder erleichtert. 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 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 weiterentwickelten 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 (BSG, 3. Senat, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 15). Ausschließlich berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile sind demgemäß für die Hilfsmittelversorgung nach dem SGB V grundsätzlich unbeachtlich. Ist ein Versicherter für die Anforderungen des allgemeinen Alltagslebens ausreichend versorgt, kommt es auf etwaige zusätzliche Nutzungsvorteile im Erwerbsleben für die Beurteilung eines sich aus [§ 33 SGB V](#) ergebenden Leistungsanspruchs gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse nicht an (BSG, 3. Senat, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 16-17; im Grundsatz ebenso wohl auch: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 22-24). Spezifische (objektivierbare) Nutzungsvorteile im Erwerbsleben können allerdings, vorbehaltlich einer durch [§ 14 Abs. 2 SGB IX](#) bewirkten Zuständigkeitsverlagerung, den Rentenversicherungsträger dazu verpflichten, im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (und gegebenenfalls im Ermessenswege) berufsbedingte Mehrkosten für ein einheitliches Hilfsmittel zu übernehmen (BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 41-45). Die Versorgung mit Hörgeräten dient grundsätzlich dem unmittelbaren Behinderungsausgleich, weil dadurch das allgemeine Grundbedürfnis des täglichen Lebens in Form des Hörens befriedigt wird.

1. Nach [§ 33 Abs. 8 Satz 1 Nr. 4 SGB IX](#) in Verbindung mit [§ 16 SGB VI](#) gehört zu den Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungsträger auch die Übernahme von Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können. Auch medizinische Hilfsmittel können dabei als Teilhabeleistungen erbracht werden. Die Abgrenzung zwischen dem Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und der gesetzlichen Rentenversicherung andererseits hat – wie erwähnt – danach zu erfolgen, ob das Hilfsmittel dem medizinischen Ausgleich der Behinderung dient oder ob es ausschließlich für Verrichtungen bei bestimmten Berufen oder Berufsausbildungen benötigt wird.

Im Falle der Klägerin steht auf Grund der bereits im sozialgerichtlichen Verfahren durchgeführten Ermittlungen fest, dass die digitalen Hörgeräte nicht ausschließlich zum Ausgleich einer Behinderung für eine bestimmte Berufsausübung erforderlich sind, sondern generell für die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit und auch für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben notwendig sind. Eine Notwendigkeit, die streitgegenständlichen Hörhilfen sich ausschließlich aus beruflichen Gründen anzuschaffen, bestand nicht. Die Klägerin ist als sachbearbeitende Verwaltungsangestellte bei einem Rentenversicherungsträger im Auskunfts- und Beratungsdienst beschäftigt. Im Rahmen ihrer Tätigkeit berät sie Versicherte, führt häufig Telefongespräche, nimmt an Schulungen und Vorträgen teil und unterweist Mitarbeiter in der Geschäftsstelle im Rahmen einer Multiplikatorenfunktion. Die von ihr dabei zu leistende Kommunikation, sei es über persönliche Gespräche oder Telefonate, ist nicht auf ihren konkreten Arbeitsplatz beschränkt, vielmehr findet sie in gleicher oder ähnlicher Form auch im Privatleben oder in den meisten anderen beruflichen Tätigkeiten statt. Es ist nicht ersichtlich, dass die Klägerin ausschließlich in ihrer konkreten beruflichen Tätigkeit auf eine besondere bzw. spezielle Hörfähigkeit – wie etwa bei akustischen Kontroll- oder Überwachungsarbeiten oder beim feinsinnigen Unterscheiden zwischen bestimmten Tönen und Klängen – angewiesen wäre. Telefonate, Mehrpersonengespräche und Verständigungen unter Störgeräuschen gehören nahezu zu jeder beruflichen Tätigkeit. Störschall tritt auch in vielen Bereichen des täglichen Lebens, sei es im Straßenverkehr, in öffentlichen Verkehrsmitteln, in Einkaufs- und kulturellen Einrichtungen auf. Der vom Sozialgericht beauftragte Sachverständige, Dr. H., hatte im Rahmen der Begutachtung der Klägerin am 3. Juli 2007 anhand der erhobenen objektivierbaren Befunde und der durchgeführten Hörprüfungen (Hörweitenbestimmung, Stimmgabelprüfung, Tonaudiogramm, Sprachaudiogramm, Tympanogramm, Stapediusreflexschwellenbestimmung, Unbehaglichkeitsschwellenprüfung und sprachaudiometrische Untersuchungen im Freifeld unter speziellen Bedingungen) einen Hörverlust von 20 % für das rechte und von 30 % für das linke Ohr festgestellt, wobei es sich rechts um eine reine Schallempfindungsschwerhörigkeit und links um eine kombinierte Schwerhörigkeit mit einem geringgradigen Schallleitungsanteil im tiefen und mittleren Frequenzbereich handelt. Die Untersuchungen ergaben, dass eine umgangssprachliche Verständigung im Störschall weder ohne Hörgeräte noch mit Basishörgeräten ausreichend möglich war. Durch die

digitalen Hörgeräte verbesserte sich bei der Klägerin das Sprachverständnis im Vergleich zum Hörvermögen ohne Hörgerät um 25 % und im Vergleich zum Hörvermögen mit Basishörgerät um 20 %. Durch die höherwertige Hörgeräteversorgung ist eine deutliche Verbesserung des Sprachverständnisses im Störschall zu erzielen. Erst diese höherwertige Hörgeräteversorgung ermöglicht der Klägerin eine ausreichende umgangssprachliche Verständigung überhaupt. Diese Untersuchungsergebnisse korrespondieren mit den eigenen Angaben der Klägerin, die diese während der anamnestischen Befragung durch Dr. H angegeben hat: Beim Telefonieren hat sie zum Teil auf beiden Ohren Verständigungsschwierigkeiten, so dass sie gehäuft nachfragen muss; mit den Hörgeräten ist das Sprachverständnis am Telefon besser. Beim Fernsehen hat sie ohne Hörgeräte nur ein ausreichendes Sprachverständnis, wenn das Fernsehgerät lauter gestellt ist; mit den Hörgeräten kann sie eine normale Lautstärke am Fernsehgerät einstellen. Unterhaltungen ohne Störgeräusche kann sie zwar auch ohne Hörgeräte führen, allerdings muss sie dann häufiger nachfragen; mit den beiden Hörgeräten ist die Verständigung uneingeschränkt möglich. Unter Störgeräuschen ist eine Unterhaltung ohne Hörgeräte infolge eines schlechten Sprachverständnisses erheblich erschwert; auch mit den eingesetzten Hörgeräten treten unter Störgeräuschen gelegentliche Verständigungsschwierigkeiten auf, die allerdings nicht mehr vorhanden sind, wenn sie das Hörgeräteprogramm für eine laute Umgebung einstellt. Diese Angaben der Klägerin konnte Dr. H bestätigen: Ihm fiel während der Anamneseerhebung ein häufiges Nachfragen auf. Dies war bedingt dadurch, dass die Erhebung der Anamnese unter von außen einwirkenden Störgeräuschen durch Baulärm mit einem Schalldruckpegel von ca. 60 bis 70 Dezibel (dB) erfolgte.

Insgesamt steht damit fest, dass die Hörgeräteversorgung wegen des Ausmaßes der Hörstörung der Klägerin vor dem Hintergrund erfolgt ist, einen unmittelbaren Behinderungsausgleich zu erreichen, weil erst die digitalen Mehrkanalhörgeräte mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung eine umgangssprachliche Verständigung im Störschall ermöglichen. Störschall tritt aber nicht ausschließlich bei der spezifischen Erwerbstätigkeit der Klägerin auf, sondern sowohl im Privatleben, wie die Untersuchung bei Dr. H signifikant belegt, als auch bei anderen beruflichen Tätigkeiten, die mit Kundenverkehr, Telefon-, Hintergrund- und Nebengeräuschen verbunden sind. Wenn sich, wie hier, durch die Grundversorgung automatisch auch Verbesserungen für die Kommunikation im Erwerbsleben ergeben, ist dies für den Teilhabeanspruch aus [§ 16 SGB VI](#) nicht von rechtlich relevantem Belang (BSG, 3. Senat, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 17). Aus diesem Grund ist der, sowohl vom Sozialgericht, als auch von Dr. H in den Vordergrund gestellte Umstand, dass die Klägerin ihre Aufgaben als beratende Verwaltungsangestellte am Empfangscounter sowie während der Schulungen nur mit digitalen Mehrkanalhörgeräten mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung bewältigen kann, nicht ausschlaggebend. Es handelt sich hierbei lediglich um einen nützlichen Nebeneffekt bezüglich eines Teilbereichs der konkret von der Klägerin zu bewältigenden Arbeitsaufgaben, nicht aber um ein den Hilfsmittelbedarf erst ausschließlich begründendes spezifisch durch die konkrete Berufsausübung oder den konkreten Beruf hervorgerufenes Erfordernis.

2. Im Krankenversicherungsrecht hat der Versicherte nach [§§ 11 Abs. 1 Nr. 4](#), [27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3](#), [33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Versorgung mit einer Hörhilfe, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um eine Behinderung auszugleichen. Ist eine bestimmte Hörhilfe notwendig im Sinne des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, so hat der Versicherungsträger die Hörhilfe - von Zuzahlungen abgesehen - in vollem Umfang zu gewähren. Dieser Grundsatz gilt aber nur, wenn eine gegenüber den Festbetragsgeräten höherwertige Hörmittelversorgung medizinisch notwendig ist. Denn grundsätzlich erfüllt die Krankenkasse mit der Zahlung des Festbetrags ihre Leistungspflicht (vgl. [§ 12 Abs. 2 SGB V](#)). Der für ein Hilfsmittel festgesetzte Festbetrag, der eine besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots darstellt, begrenzt die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung also dann nicht, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreicht (dazu ausführlich: BSG, 3. Senat, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 23-41 mit zahlreichen weiteren Nachweisen).

Zur Überzeugung des Gerichts steht fest, dass ein solcher Behinderungsausgleich nicht durch Hörgeräte zum festgelegten Festbetrag bei der Klägerin zu erreichen war. Dies folgt aus dem vom Sozialgericht eingeholten Gutachten von Dr. H vom 7. August 2007. Er stellte fest, dass eine umgangssprachliche Verständigung im Störschall mit Basisgeräten nicht ausreichend möglich war und sich durch die digitalen Hörgeräte bei der Klägerin das Sprachverständnis im Vergleich zum Hörvermögen mit Basishörgeräten um 20 % verbesserte. Durch die höherwertige Hörgeräteversorgung war eine deutliche Verbesserung des Sprachverständnisses im Störschall zu erzielen, sodass eine ausreichende umgangssprachliche Verständigung überhaupt erst durch die digitalen Mehrkanalhörgeräte mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung ermöglicht wird. Zum Zeitpunkt der Hörgeräteverordnung und -anpassung standen als Basisgeräte entsprechend der Festbetragsregelung der Krankenkasse lediglich volldigitale Ein- oder Zweikanalgeräte zur Verfügung. Diese verfügten weder über eine Störschallunterdrückung noch über eine Spracherkennung. Bei Anpassung solcher Festbetragsgeräte wäre zu erwarten gewesen, dass das Sprachverständnis der Klägerin unter Störgeräuschen schlechter ist als bei den von ihr ausgewählten höherwertigen Hörhilfen.

Begrenzt ist der aus [§§ 11 Abs. 1 Nr. 4](#), [27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3](#), [33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) folgende Anspruch der Klägerin auf Versorgung mit digitalen Mehrkanalhörgeräten mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung 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 gesetzlichen Krankenversicherung ist eine kostenaufwendige 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 insbesondere durch Prothesen 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 (vgl. auch dazu wiederum lediglich ausführlich: BSG, 3. Senat, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 21 und 41 mit zahlreichen weiteren Nachweisen; ebenso: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 49).

Ob konkrete anderweitige und möglicherweise preisgünstigere gleichwertige Versorgungsmöglichkeiten bestanden, wurde von der

Beklagten als zuständig gewordenen erstangegangenen Rehabilitationsträger zwar noch nicht geprüft. Anderweitige Versorgungsmöglichkeiten wurden jedoch weder von ihr noch von der Beigeladenen genannt und sind auch nicht ersichtlich. Im Übrigen hatte die Klägerin im Klageverfahren durch die Bescheinigung des Firma KIND Hörgeräte GmbH & Co. KG vom 19. Oktober 2005 (Bl. 25 der SG-Akte) nachgewiesen, dass nach verschiedenen Vergleichstests mit Hinter-Ohr-Geräten die konkret erworbenen Geräte der Marke "Phonak Perseo 111 dAZ" die beste Hörleistung erzielten und dass sie aus medizinischen Gründen auf eine sog. offene Versorgung, bei der die Gehörgänge nicht mit einer Otoplastik verschlossen, sondern über einen Schallschlauch versorgt werden, angewiesen ist, weil die den Gehörgang vollständig verschließenden Otoplastiken zu Kopfschmerzen führten. Hinzuweisen ist insoweit darauf, dass die Leistungen nach Krankenversicherungsrecht von vornherein nicht im Ermessen des Leistungsträgers stehen, sondern als Anspruchsleistungen zu erbringen sind (vgl. dazu ausdrücklich: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 44), sodass es sich bei dem im Rahmen ihrer Zuständigkeit nach [§ 14 SGB IX](#) liegenden Anspruchs der Klägerin eigentlich um ein Leistungsbegehren handelte, das gerichtlich mit der Leistungsklage, nicht der Verpflichtungsklage, geltend zu machen wäre. Letztlich kann die Frage, ob konkrete anderweitige und möglicherweise preisgünstigere gleichwertige Versorgungsmöglichkeiten bestanden haben, im vorliegenden Fall offenbleiben und muss auch vom Gericht nicht weiter aufgeklärt werden, weil Gegenstand des anhängigen Berufungsverfahrens nicht ein konkret geltend gemachter (gebundener) Kostenerstattungsanspruch der Klägerin, sondern die von der Beklagten begehrte Aufhebung des erstinstanzlichen Urteils ist, mit dem sie zur Neubescheidung des Antrages der Klägerin vom 8. Februar 2005 unter Aufhebung der ablehnenden Verfügungen im Bescheid vom 21. Februar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Juni 2005 verurteilt worden ist. Über dieses erstinstanzliche Verpflichtungsurteil hinaus kann das Berufungsgericht nicht befinden, weil lediglich die Beklagte Berufung eingelegt hat und die Klägerin wegen des bereits erstinstanzlich gerichtlich lediglich geltend gemachten Verpflichtungsbegehrens nicht beschwert ist (und deshalb auch keine unselbständige Anschlussberufung hätte einlegen können). Insoweit kann das Gericht nur über die vollständige Abweisung der Berufung der Beklagten, nicht jedoch über ein weitergehendes Leistungsbegehren der Klägerin befinden (vgl. dazu auch: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 134). Und auch über die Frage, ob der Beklagten gegebenenfalls ein Rückgriffsanspruch gegenüber der Beigeladenen nach [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) zusteht, ist vorliegend nicht zu entscheiden, weil dies weder Klage- noch Berufungsgegenstand ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2011-05-05