

S 13 KR 315/14

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 13 KR 315/14
Datum
07.07.2015
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird unter entsprechender Abänderung des Bescheides vom 15.04.2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 13.11.2014 verurteilt, den Kläger von der mit Rechnung vom 16.06.2014 geltend gemachten Forderung der Firma C. GmbH & Co. KG für die Versorgung mit dem Hörgerät "Phonak Naida Q 70SP" im Umfang von 2.886,00 EUR freizustellen. Die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers trägt die Beklagte.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte die nach Abzug der vom Versicherten zu leistenden gesetzlichen Zuzahlung verbleibenden, den Festbetrag bzw. Vertragspreis übersteigenden (Mehr-)Kosten für eine beidseitige Hörgeräteversorgung des Klägers in Höhe von 2.886,00 EUR zu übernehmen bzw. den Kläger von der ihm gegenüber durch Rechnung vom 16.06.2014 erhobenen Forderung des versorgenden Hörgeräteakustikunternehmens in entsprechender Höhe frei zu stellen hat.

Der 0000 geborene Kläger ist ausgebildeter Sozialpädagoge. Er leidet an einer hochgradigen beidseitigen Innenohrschwerhörigkeit. Er ist bei der Beklagten krankenversichert. Von Juli 2007 bis August 2010 war er als Leiter einer Beratungsstelle für Hörgeschädigte tätig; von September 2010 bis Juli 2011 arbeitete er als Schulbegleiter; seit Oktober 2011 ist Casemanager bei einem Dienstleistungsunternehmen für behinderte Menschen. 2007/2008 erhielt der Kläger, der damals noch bei der IKK krankenversichert war, das Hörgerät "Phonak eleva 411", dessen den Festbetrag übersteigende Kosten die Krankenkasse in vollem Höhe übernahm.

Der Kläger wird seit seiner Kindheit von demselben Hörgeräteakustikunternehmen, der Firma C. GmbH & Co. KG betreut, seit 1992 persönlich von dem Hörgeräteakustikmeister P., den das Gericht als Zeugen vernommen hat. Die Firma C. ist Mitglied der Bundesinnung für Hörgeräteakustik (BIHA). Diese hatte mit Wirkung ab 01.11.2013 u.a. mit der Beklagten einen "Vertrag zur Komplettversorgung mit Hörsystemen" (im Folgenden: Versorgungsvertrag) abgeschlossen. Der Kläger sucht den Hörgeräteakustikbetrieb in regelmäßigen Abständen – etwa alle zwei bis drei Monate – zwecks Beratung, Information, Kontrolle oder ggf. Reparatur seines Hörgerätes auf. Als sich das Hörvermögen weiter verschlechterte, wandte sich der Kläger im Oktober 2013 zwecks Überprüfung und ggf. Neuversorgung an den Hörgeräteakustiker. Am 04.10.2013 testete er das Hörsystem "Phonak Naida Q 30"; es handelte sich um ein Gerät, dessen Kosten über dem Festbetrag liegen (sog. Zuzahlungsgerät). Am 15.11.2013 erhielt der Kläger zwei Hörsysteme, die er zur Erprobung zu Hause und in beruflicher Umgebung mitnehmen konnte; es handelt sich um das Festbetragsgerät "Audio Service Mezzo 4 HP" und das Zuzahlungsgerät "Phonak Naida Q 70 SP". Am 26.11.2013 verordnete der HNO-Arzt Dr. N. eine Neuversorgung des Klägers mit beidseitigen Hörhilfen mit dem Hinweis, dass das bisher über sechs Jahre getragene Gerät nicht mehr den Anforderungen entspreche. Am 30.12.2013 bescheinigte der HNO-Arzt auf der Rückseite der Verordnung, dass er sich davon überzeugt habe, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe – das Hörsystem "Phonak Naida Q 70 SP" – eine ausreichende Hörverbesserung erzielt werde und das vorgeschlagene Gerät zweckmäßig sei. Der Kläger hatte – ebenfalls auf der Rückseite der ohrenärztlichen Verordnung – den Empfang dieser Hörhilfe am 15.11.2013 bestätigt.

Am 09.01.2014 zeigte die Firma C. die Versorgung des Klägers gegenüber der Beklagten an; sie fügte die ohrenärztliche Hörhilfen-Verordnung sowie einen Kostenvoranschlag vom 08.01.2014 bei. Nach eigenen Angaben der Beklagten (Seite 6 Mitte des Widerspruchsbescheids vom 13.11.2014) gab die Krankenkasse dem Hörgeräteakustiker am 14.01.2014 "eine Kostenzusage in Höhe der Vertragspreise". In der Folgezeit testete der Kläger noch weitere Hörgeräte, konkret am 28.02.2014 das Festbetragsgerät "Phonak Naida S 1 UP". Von März bis Mai 2014 wurden die Geräte "Phonak Naida Q 70 SP" und "Audio Service Mezzo 4 HP" wiederholt angepasst (vgl. Anpassberichte des Hörgeräteakustikers vom 20.03., 11.04. und 08.05.2014).

Am 01.03.2014 stellte der Kläger bei der Beklagten einen Antrag auf vollständige Kostenübernahme von bedarfsgerechten Hörgeräten. Er

teilte mit, er sei aufgrund einer massiven Hörverschlechterung dringend auf neue Hörgeräte angewiesen; daher habe er in den letzten Monaten verschiedene Geräte getestet; auch Geräte zum Festbetrag seien von ihm ausprobiert worden. Im Rahmen der vergleichenden Anpassung habe er leider feststellen müssen, dass mit den Hörgeräten zum Festbetrag kein ausreichendes Sprachverstehen in Gruppen und größeren Räumen habe erreicht werden können; nur das von ihm am Ende ausgewählte Modell – das Gerät "Phonak Naida Q 70 SP" – habe befriedigende Ergebnisse gebracht. Der Kläger fügte seinem Antrag neben der ohenärztlichen Verordnung vom 26.11.2013 und der Abnahmebescheinigung des HNO-Arzt vom 30.12.2013 Ton- und Sprachaudiogramme zu fünf verschiedenen Hörsystemen (zwei Festbetragsgeräte "Phonak Naida S 1 UP" und "Audio Service Mezzo 4 HP"; drei Zuzahlungsgeräte "Phonak Naida Q 30 SP", "Phonak Naida Q 50 SP" und "Phonak Naida Q 70 SP"), einen ihm gegenüber erstellten Kostenvoranschlag des Hörgeräteakustikunternehmens vom 28.02.2014 für zwei Hörgeräte des Systems "Phonak Naida Q 70 SP" über 4.500,00 EUR abzüglich eines Festbetrags in Höhe von 1.614,00 EUR zuzüglich der gesetzlichen Zuzahlung von 20,00 EUR, woraus sich eine Restforderung von 2.906,00 EUR ergab, sowie ein von ihm erstelltes Hörprotokoll über die fünf erprobten Hörgeräte bei.

Auf Anfrage der Beklagten übermittelte das Hörgeräteakustikunternehmen die Anpassberichte zu den beiden Hörsystemen "Audio Service Mezzo 4 HP" und "Phonak Naida Q 70 SP". Diese unterschieden sich insoweit, als die Freifeldmessungen mit den Hörgeräten bei dem Festbetragsgerät "Audio Service Mezzo 4 HP" einen Hörgewinn von 85 %, bei dem Zuzahlungsgerät "Phonak Naida Q 70 SP" einen Hörgewinn von 90 % ergaben. Die Beklagte vermerkte daraufhin in ihren Akten, dass bei annähernd gleichen Werten davon ausgegangen werden könne, dass eine eigenanteilsfreie Versorgung grundsätzlich möglich sei.

Durch Bescheid vom 15.04.2014 teilte die Beklagte dem Kläger (und nachrichtlich der Fa. C.) mit, eine vollständige Kostenübernahme der Hörgeräteversorgung sei nicht möglich; die Krankenkasse beteilige sich an den Kosten für die Versorgung mit den Hörgeräten "Phonak Naida Q 70 SP" in Höhe des Vertragspreises von 1.594,00 EUR. Die gesetzliche Zuzahlung von 20,00 EUR möge der Kläger bitte direkt an die Firma C. GmbH & Co. KG zahlen. Die Vergütungspauschale beinhalte Materialkosten für Hörgerät und Otoplastik sowie Service und Reparaturen für einen Zeitraum von sechs Jahren; der Zeitraum beginne mit dem Tag, an dem der Kläger das Hörgerät erhalten habe.

In seinem dagegen erhobenen Widerspruch wies der Kläger unter Bezugnahme auf die von ihm gefertigten Hörprotokolle nochmals daraufhin, er habe das Hörgerät vorab getestet und mit anderen Hörgeräten verglichen; letztendlich handele es sich bei dem Gerät "Phonak Naida Q 70 SP" um das Hörgerät, mit dem sein Hörschaden – aufgrund seiner hochgradigen Schwerhörigkeit sei er im Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit dem Grad der Behinderung von 70 – am besten ausgeglichen werden könne und ihm ein Hören ohne Rückkopplungseffekt und eine Verständigung nicht nur im Einzelgespräch vor einer geräuscharmen Kulisse ermöglicht werde. Mit zuzahlungsfreien Geräten habe er kein ausreichendes Sprachverständnis in größeren Gruppen und Umgebungsgeräuschen erzielen können, da die Sprache sehr verzerrt übertragen worden und auch der Klang sehr unangenehm gewesen sei. Nur mit dem gewählten Gerät sei er im Alltag am besten zurecht gekommen. Im Übrigen – so meinte er – sei der Bescheid bezüglich der Ablehnung der vollständigen Kostenübernahme bereits deshalb rechtswidrig, weil die Beklagte gegen die Bearbeitungsfristen nach [§ 13 Abs. 3a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verstoßen habe. Mit Schreiben vom 21.06.2014 teilte der Kläger mit, dass er sich nunmehr dazu gezwungen sehe, die benötigten Geräte selbst zu beschaffen, da er bisher keine Antwort auf seinen Widerspruch erhalten habe. Er legte die ihm gegenüber erstellte Rechnung der Firma C. vom 16.06.2014 über einen Zahlungsbetrag von 2.906,00 EUR vor. Am 30.06.2014 unterschrieb der Kläger auf dem dafür nach dem Versorgungsvertrag vorgesehenen Formular eine "Erklärung zu Mehrkosten" mit folgendem Inhalt: "Ich bin über das qualitativ hochwertige Angebot einer eigenanteilsfreien Versorgung (ohne Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) informiert worden. Mit dem(n) getesteten eigenanteilsfreien Hörsystem(en) habe ich – soweit möglich – sowohl störenden Umgebungsgeräuschen als auch in größeren Räumen und größeren Personengruppen ein bestmögliches Sprachverstehen erreicht. Dennoch habe ich mich für eine Versorgung mit Eigenanteil entschieden. Mit der von mir zu leistenden höheren Vergütung bin ich einverstanden. Des Weiteren bin ich darüber informiert, dass die aus der Mehrleistung bei einem Hörsystem mit privatem Eigenanteil resultierenden Reparaturmehrkosten auch zu meinen Lasten gehen. Ich erkläre mich bereit, auch diese zu übernehmen. Die Versicherteninformationen habe ich erhalten."

Der Kläger versah diese Erklärung mit dem Vermerk "unter Vorbehalt der Entscheidung der Krankenkasse". Mit weiterem Schreiben vom 02.08.2014 erinnerte der Kläger nochmals an die Bescheidung seines Widerspruchs; er legte dazu ein Schreiben seines Arbeitgebers vom 24.07.2014 vor. In diesem wurde mitgeteilt, dass der Kläger als Casemanager für circa 67 Personen mit Sinnesbehinderung verschiedene Maßnahmen (berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen, Ausbildung und Werkstatt) koordiniere; diese Arbeit erfordere ein hohes Maß an Kommunikation; hierfür sei es zwingend notwendig, dass der Kläger optimal mit Hörgeräten versorgt sei, um seinen dienstlichen Verpflichtungen nachzukommen. Der Arbeitgeber erklärte weiter, dass der Kläger mit dem von ihm getesteten Gerät "Mezzo 4 HP" eine nur wenig zufrieden stellende Veränderung der Hörfähigkeit habe feststellen können, da er mit diesem Gerät kein ausreichendes Sprachverstehen habe erreichen können, weshalb er nicht in der Lage gewesen sei, berufliche Telefonate zu führen, an Dienstbesprechungen mit Kollegen und Vorträgen beziehungsweise Fortbildungen teilzunehmen. Mit dem Gerät "Naida Q 70 SP" sei dies möglich.

Auf Anfrage der Beklagten teilte der zuständige Rentenversicherungsträger mit, der Kläger habe für einen Rehabilitations-(Reha-)Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Reha die Vorversicherungszeit (versicherungsrechtliche Voraussetzungen/15 Beitragsjahre) noch nicht erfüllt. Die Arbeitsverwaltung (Agentur für Arbeit/Jobcenter) teilte der Beklagten mit, dass eine Zuständigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dort nicht gegeben sei, da der Kläger nicht im Leistungsbezug stehe.

Die Beklagte wies den Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 13.11.2014 als unbegründet zurück. Sie vertrat die Auffassung, dass die vom Kläger in seinem Widerspruch herangezogene Vorschrift des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) und die dort genannten Fristen auf die Hörhilfeversorgung als Leistung zur medizinischen Rehabilitation keine Anwendung finde; einschlägig seien die [§§ 14](#) und [15](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Desweiteren vertrat die Beklagte die Auffassung, der Anspruch des Klägers auf Versorgung mit Hörhilfen gem. [§ 33 Abs. 1 SGB V](#) sei gemäß Abs. 7 dieser Vorschrift auf die jeweils vertraglich vereinbarten Preise begrenzt. Soweit gemäß [§ 36 SGB V](#) Festbeträge für Hilfsmittel einheitlich festgesetzt worden seien, genüge eine gesetzliche Krankenkasse mit der Übernahme der Festbeträge ihrer Leistungspflicht gegenüber den Versicherten. Einzelheiten zur Versorgung mit Hörhilfen seien in dem zwischen der BIHA und ihr geschlossenen neuen, seit 01.11.2003 geltenden Versorgungsvertrag geregelt. Darin hätten sich die Akustiker verpflichtet, im Rahmen der Hörgeräteanpassung mindestens ein individuell geeignetes, eigenanteilsfreies Versorgungsangebot zu unterbreiten, mit dem ein möglichst weitgehender Ausgleich des jeweiligen Schwerhörigkeitsgrades des Versicherten erfolgen und – soweit möglich – ein Sprachverstehen bei

Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen erreicht werden solle. Wähle der Versicherte nach der Anpassung der angebotenen eigenanteilsfreien Versorgung eine Mehrausstattung, die nicht dem Ausgleich der Hörbehinderung im Sinne des maximalen Sprachverstehens diene, das heißt, wenn es sich um Hörgeräte mit zusätzlichen Ausstattungsmerkmalen wie Bedienvorteilen (z.B. Fernbedienung, Funk- und Schnittstellentechnologie), ästhetischen/kosmetischen Vorteilen (z.B. Größe/Design), erhöhtem Hörkomfort (Klang, Gewicht, Bequemlichkeit), mehreren Hörprogrammen oder mehr Kanälen als audiologisch notwendig handele, habe er die Mehrkosten sowie die daraus resultierenden Mehrkosten für Reparatur- und Wartungsleistungen selbst zu tragen. Bei dem von der Firma C. angebotenen eigenanteilsfreien Hörsystem der Marke "Mezzo 4 HP" handele es sich um einen individuellen, qualitativ hochwertigen Versorgungsvorschlag, der technisch geeignet sei, den Hörverlust ausreichend und zweckmäßig auszugleichen. Desweiteren behauptete die Beklagte, sie sei erst über die Versorgung informiert worden, nachdem sich der Kläger für das begehrte Hörsystem entschieden habe. Die Krankenkasse habe insofern keine Möglichkeit gehabt, rechtzeitig über die maßgebende Rechtslage aufzuklären oder Alternativen zu benennen. Die Beklagte meint, nach höchstrichterlicher Rechtsprechung stehe schon allein diese Tatsache einer Kostenerstattung entgegen.

Dagegen hat der Kläger am 28.11.2014 Klage erhoben. Er trägt vor, er habe sich – nach der Ablehnung der vollen Kostenübernahme seitens der Beklagten durch Bescheid vom 15.04.2014 – die benötigte Hörgeräteversorgung erst am 21.06.2014 selbst beschafft. Zwar habe er die Auswahlentscheidung bezüglich des Hörgerätes "Phonak Naida Q 70 SP" bereits vor dem 15.04.2014 getroffen, nicht aber zugleich eine Kaufentscheidung; diese sei erst nach Zugang des Bescheides der Beklagten ergangen. Er benötige die gewählte Hörgeräteversorgung, wie sich auch aus dem Schreiben des Arbeitgebers ergebe, insbesondere aus beruflichen Gründen. Die getesteten Festbetragsgeräte, speziell das Hörsystem "Mezzo 4 HP" verfüge nicht über die Ausstattungsmerkmale, die das "Naida Q 70 SP" aufweise. Bei diesen Ausstattungsmerkmalen wie einer Impulsschallunterdrückung (SoundRelax), QuickSync und weiteren Modi in der Störgeräuschunterdrückung handele es sich nicht um solche, die in erster Linie Bequemlichkeit und Komfort des Hilfsmittels betreffen; vielmehr ginge es bei diesen Ausstattungen gerade um die Funktionalität im Hinblick auf den unmittelbaren Behinderungsausgleich; damit sei ein wesentlicher Gebrauchsvorteil verbunden. Entgegen der Auffassung der Beklagten stehe diesem nicht entgegen, dass die vorhandenen Messdaten bei den Hörgerätesystemen einen gleichwertigen Hörerfolg ergeben hätten. Bei den vom Hörgeräteakustiker durchgeführten Messungen handele es sich um solche, bei denen standardisierte Störgeräusche simuliert würden, die sich aber nicht auf die alltägliche Situation, in denen sich der Kläger in seinem Privat- und Berufsleben befinde, übertragen werden könnten. Störgeräusche seien so vielfältig, dass sie sich nicht ausreichend simulieren ließen; selbst am Arbeitsplatz wechsele die Störgeräuschsituationen von einem Augenblick zum anderen, aber auch von einem Tag zum anderen. Seine differenzierten und plausiblen Schilderungen und die des Arbeitgebers machten es durchaus glaubhaft, dass er mit der von ihm aktuell benutzten Hörgeräteversorgung deutlich besser am Arbeitsplatz klar komme.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter entsprechender Abänderung des Bescheides vom 15.04.2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 13.11.2014 zu verurteilen, ihn von der mit Rechnung vom 16.06.2014 geltend gemachten Forderung der Firma C. GmbH & Co. KG für die Versorgung mit dem Hörgerät "Phonak Naida Q 70 SP" im Umfang von 2.886,00 EUR freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verbleibt bei ihrer Auffassung, dem Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruch stehe die Nichteinhaltung des Beschaffungsweges entgegen; sie sei über die Versorgung erst informiert worden, nachdem sich der Kläger für das begehrte Hörsystem entschieden und der HNO-Arzt die Hörgeräteanpassung am 30.12.2013 abgenommen habe. Im Übrigen verweist sie auf die Entscheidungsgründe des Widerspruchsbescheides.

Das Gericht hat zur Aufklärung des Sachverhalts Auskünfte von dem HNO-Arzt Dr. N. vom 17.03.2015 und dem Hörgeräteakustikunternehmen Firma C. vom 24.04.2015 nebst Anlagen eingeholt, auf die verwiesen wird. In der mündlichen Verhandlung vom 07.07.2015 ist Beweis erhoben worden über die Umstände der Versorgung des Klägers mit Hörgeräten durch Vernehmung des Hörgeräteakustikmeisters Q. P. ... Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Anlage zum Sitzungsprotokoll verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte, den Inhalt des als Beiheft zur Akte genommenen Versorgungsvertrags zwischen der BIHA und der Beklagten, der Gerichtsakten S 15 KR 136/14 ER und S 13 KR 219/14 sowie der beigezogenen den Kläger betreffenden Verwaltungsakten der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet.

Der Kläger wird durch die angefochtenen Bescheide im Sinne des [§ 54 Abs. 2 SGG](#) beschwert, da sie rechtswidrig sind. Er hat Anspruch auf Freistellung von der gemäß Rechnung vom 16.06.2014 ihm gegenüber geltend gemachten Forderung der Firma C. GmbH & Co. KG in Höhe von 2.886,00 EUR für die Versorgung mit der beidseitigen Hörhilfe "Phonak Naida Q 70 SP".

Allerdings finden – entgegen der Auffassung des Klägers – die Regelungen des mit Wirkung vom 26.02.2013 durch Art 2 Nr. 1 des "Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten" vom 20.02.2013 ([BGBl. I S. 277](#)) eingefügten [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) dessen Sätze 1 bis 7 bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zu denen auch das hier beanspruchte Hilfsmittel zählt, gem. [§ 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V](#) keine Anwendung; denn danach gelten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die [§§ 14, 15 SGB IX](#) zur Zuständigkeitserklärung und Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (SG Stralsund, Gerichtsbescheid vom 07.04.2014 – [S 3 KR 112/13](#)).

Anspruchsgrundlage für die Erstattung der Kosten einer selbstbeschafften Leistung, der für den Fall, dass der Versicherte die Kosten noch

nicht bezahlt hat, ein Anspruch auf Freistellung von der Forderung des Leistungserbringers gleichgestellt ist, (vgl. BSG Urteil vom 02.09.2014 – [B 1 KR 11/13 R](#)), ist allein [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#). Diese Vorschrift normiert trägerübergreifend Kostenerstattungsansprüche für selbstbeschaffte Teilhabeleistungen (BSG, Urteil vom 20.10.2009 – [B 5 R 5/07 R](#)). Dies bestätigt insbesondere der mit Wirkung vom 01.07.2011 in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) eingefügte Satz 2; danach werden Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX gem. [§ 15 SGB IX](#) erstattet. Mit dieser Regelung wollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass sich die Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abweichend von der Selbstbeschaffung anderer Leistungen nach dem SGB IX richtet. Ausweislich dieser gesetzgeberischen Absicht sollte mit [§ 15 SGB IX](#) eine einheitliche Kostenerstattungsregelung für den Bereich der Teilhabeleistungen geschaffen werden (BSG, Urteil vom 30.10.2014 – [B 5 R 8/14 R](#) – unter Hinweis auf [BT-Drucksache 14/5074, S. 117](#) zu Nr. 7 Buchstabe b). Die Kostenerstattungsregelung des [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) gilt auch für die gesetzlichen Krankenkassen, da der Anwendungsbereich dieser Regelung nur für die Träger der Sozialhilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsgesopferfürsorge ausgeschlossen ist ([§ 15 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#)).

[§ 15 Abs. 1 Satz 3](#) i.V.m. Satz 4 SGB V bestimmt, dass, wenn eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt wird und Leistungsberechtigte sich eine erforderliche Leistung selbst beschaffen, der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet ist. Zuständiger Reha-Träger im Sinne des [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) ist der nach [§ 14 SGB IX](#) verantwortliche Reha-Träger (BSG, Urteil vom 30.10.2014 – [B 5 R 8/14 R](#)). Dies ist die beklagte Krankenkasse, bei der der Kläger erstmals Leistungen zur Teilhabe, konkret: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Form der Versorgung mit einem Hilfsmittel (vgl. [§§ 5 Nr. 1, 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX](#)) beantragt hat und die den Antrag nicht weitergeleitet hat ([§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX). Die Zuständigkeit der Beklagten ist ausschließlicher Natur; denn die Zuständigkeit des erstangegangenen Reha-Trägers nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) schließt im Außenverhältnis zum Versicherten die Zuständigkeit aller anderer Träger aus (BSG, Urteil vom 26.10.2004 – [B 7 AL 16/04 R](#); Urteil vom 26.06.2007 – [B 1 KR 34/06 R](#); Urteil vom 21.08.2008 – [B 13 R 33/07 R](#); Urteil vom 20.10.2009 – [B 5 R 5/07 R](#); Urteil vom 24.01.2013 – [B 3 KR 5/12 R](#)). Im Verhältnis zu dem erstangegangenen Träger und dem Leistungsberechtigten ist also der Anspruch anhand aller Rechtsgrundlagen zu prüfen, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation für Reha-Träger vorgesehen sind (BSG, Urteil vom 20.11.2008 – [B 3 KN 4/07 KR R](#); Urteil vom 25.06.2009 – [B 3 KR 4/08 R](#); Urteil vom 20.10.2009 – [B 5 R 5/07 R](#); Urteil vom 24.01.2013 – [B 3 KR 5/12 R](#)).

Dementsprechend hat die Beklagte den Teilhabeanspruch des Klägers nicht nur nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), sondern auch nach den in Betracht kommenden Rechtsgebieten der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) sowie der Arbeitsförderung bzw. Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB III/SGB II) geprüft. Ein Reha-Anspruch nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung besteht nicht, da der Kläger für einen solchen Anspruch die Vorversicherungszeit (versicherungsrechtliche Voraussetzungen/15 Beitragsjahre) noch nicht erfüllt hat. Ansprüche nach dem SGB III oder dem SGB II gegenüber der Arbeitsverwaltung (Agentur für Arbeit/Jobcenter) bestehen nicht, da der Kläger bei diesen Reha-Trägern nicht im Leistungsbezug stand und steht. Dies ergibt sich aus den von der Beklagten eingeholten Auskünften der betreffenden Behörden.

Der Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruch finde seine materiell-rechtliche Grundlage im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V).

Der Anspruch scheitert – entgegen der Auffassung der Beklagten – nicht an einer fehlenden Kausalität zwischen Leistungsablehnung und Kostenbelastung. Auch wenn [§ 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#) – anders als die entsprechende Regelung des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) – nicht ausdrücklich darauf abstellt, dass die entstandenen Aufwendungen/Kosten durch die Selbstbeschaffung ("dadurch") entstanden sind, können die zur Kausalität zwischen Leistungsablehnung und Kostenbelastung sowie zur Einhaltung des Beschaffungsweges im Rahmen von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze auf den Anspruch nach [§ 15 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) übertragen werden. Die Kostenbelastung des Versicherten muss, um den Erstattungs- bzw. Freistellungsanspruch zu begründen, wesentlich auf der Leistungsvergütung der Krankenkasse beruhen. 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 (BSG, Urteil vom 17.12.2009 – [B 3 KR 20/08 R](#) – m.w.N.). Dies ist hier nicht der Fall.

"Selbst beschafft" ist eine Hilfsmittel-Leistung nicht schon mit deren Auswahl. Unschädlich sind Auswahlentscheidungen, die den Versicherten nicht endgültig binden und regelmäßig Voraussetzung für den Leistungsantrag sind, wie bei der Hörgeräteversorgung die Prüfung der Eignung und Anpassungsfähigkeit der in Betracht kommenden Geräte. Dazu gehört auch eine probeweise Hörgeräteüberlassung. Anders ist es erst dann, wenn der Versicherte bereits vor der Entscheidung der Krankenkasse eine endgültige rechtliche Verpflichtung eingeht und der Leistungserbringer demgemäß auch im Falle der Ablehnung des Leistungsbegehrens durch die Krankenkasse die Abnahme und Bezahlung des Hilfsmittels verlangen kann (BSG, Urteil vom 17.12.2009 – [B 3 KR 20/08 R](#)).

Zwar hat der Kläger bereits am 15.11.2013 den Empfang des Hörgerätes "Phonak Naida Q 70 SP", für das er sich letztendlich entschieden hat, bestätigt; auch hat der HNO-Arzt Dr. N. bereits am 30.12.2013 dieses Hörgerät als geeignet und zweckmäßig abgekommen. Zu diesem Zeitpunkt kann jedoch noch nicht von einer Selbstbeschaffung der Leistung gesprochen werden. Denn auch nach diesem Zeitpunkt hat der Kläger noch weitere Hörsysteme getestet und erprobt, so am 28.02.2014 das Festbetragsgerät "Phonak Naida S 1 UP". Noch am 22.04.2014 wurde der Beklagten von Seiten des Leistungserbringers mitgeteilt, dass der Kläger die von ihm gewählten Hörgeräte zur Erprobung habe, die Versorgung noch nicht abgeschlossen und noch keine Rechnungsstellung an den Kunden erfolgt sei (vgl. Bl. 43 der Verwaltungsakte). Schließlich hat der Zeuge P. in der mündlichen Verhandlung dargelegt, dass er zwar grundsätzlich davon ausgehe, dass mit dem Zeitpunkt der Vorstellung mit einem bestimmten Gerät beim HNO-Arzt und der Abnahme dieses Gerätes durch den HNO-Arzt für den Versicherten die Entscheidung für dieses Hörgerät gefallen ist, dass er also damit zufrieden ist und dieses behalten möchte; anders sei es aber, wenn – wie im Fall des Klägers – noch andere Umstände hinzukämen. Der Kläger hat – wie dargelegt – auch nach dem 30.12.2013 noch weitere Hörgeräte getestet und erprobt. Hätte er – so der Zeuge P. – nach dem 15.04.2014, dem Datum des Bescheides über die Ablehnung einer vollständigen Kostenübernahme, den Wunsch gegenüber der Firma C. geäußert, mit einem anderen Hörgerät versorgt werden zu wollen, so hätte der Leistungserbringer dieses Gerät gegen das "Phonak Naida Q 70 SP" getauscht. Der Kläger hat für die Kammer glaubhaft dargelegt, seine verbindliche Kaufentscheidung für das letztendlich gewählte Hörsystem erst im Juni 2014 getroffen zu haben. Damit in Einklang steht, dass die Firma C. erst unter dem 16.06.2014 die maßgebliche Rechnung erstellt und der Kläger erst am 30.06.2014 die "Erklärung zu Mehrkosten" gegenüber der Firma C. – versehen mit einem Vorbehalt in Bezug auf eine Entscheidung der Krankenkasse – abgegeben hat.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für einzelne 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. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Viertel Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern ([§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)). Im vorliegenden Fall maßgeblich ist der zwischen der BIHA und u.a. der Beklagten für die Zeit ab 01.11.2013 geschlossene Versorgungsvertrag. Danach ist der Hörgeräteakustiker im Rahmen der Abgabe von Hörhilfen verpflichtet, der Krankenkasse sowohl eine Versorgungsanzeige als auch einen Kostenvoranschlag zu übermitteln (§ 7 Abs. 1 Satz 1 des Versorgungsvertrages). Jedenfalls in der Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers ist (auch) ein Leistungsantrag des Versicherten im Sinne des [§ 19 Satz 1 SGB IV](#) zu sehen und kein bloßer Akt einer Innenkommunikation zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse (BSG, Urteil vom 24.01.2013 – [B 3 KR 5/12 R](#)). Ein Antrag eines Versicherten auf eine Hörgeräteversorgung stellt einen Antrag auf Teilhabeleistungen im Sinne von [§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) dar. Dabei geht es nach der Auslegungsregel des [§ 2 Abs. 2](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (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 einen Antrag auf Bewilligung eines Festbetrages und einen weiteren Antrag auf Bewilligung einer über den Festbetrag hinausgehenden, technisch anspruchsvolleren und teureren Versorgung, von vornherein aus (BSG, a.a.O.).

Im Fall des Klägers ist also nicht erst mit dem Antrag vom 01.03.2014, sondern spätestens mit Eingang der Versorgungsanzeige der Firma C. am 09.01.2014 von einem einheitlichen, bei der Beklagten gestellten Leistungsantrag auszugehen. Diesem gab die Beklagte nicht erst mit ihrem Bewilligungsbescheid vom 15.04.2014, sondern, wie sie selbst im Widerspruchsbescheid dargelegt hat, mit ihrer Kostenzusage vom 14.01.2014 nur hinsichtlich der Gewährung des Festbetrages/Vertragspreises statt und lehnte damit inzidenter die Kostenübernahme für eine darüber hinaus gehende höherwertige Hörgeräteversorgung des Klägers ab. Erst danach entschied sich der Kläger für den Erwerb der streitgegenständlichen Hörgeräte. Ihm kann daher nicht vorgehalten werden, er habe der Beklagten keine Gelegenheit gegeben, seinen Antrag auf Komplettversorgung zu prüfen. Der Beschaffungsweg ist somit eingehalten worden.

Der Kostenerstattungs-/Freistellungsanspruch nach [§ 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch. Er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung – hier: die Hörhilfe "Phonak Naida Q 70 SP" gemäß der Rechnung der Firma C. vom 16.06.2014 – zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistungen zu erbringen haben (BSG, Urteil vom 12.11.2007 – [B 1 KR 11/07 R](#) – m.w.N.). Dies ist vorliegend der Fall.

Rechtsgrundlage des primär verfolgten Leistungsanspruchs ist [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Hiernach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit u.a. Hörhilfen, 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, Urteil vom 17.12.2009 – [B 3 KR 20/08 R](#), Urteil vom 24.01.2013 – [B 3 KR 5/12 R](#); LSG Hessen, Urteil vom 24.07.2014 – [L 8 KR 352/11](#)).

Bei dem in [§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) als dritte Variante genannten Zweck des Behinderungsausgleichs steht im Vordergrund, die ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktionen selbst – unmittelbar – auszugleichen (BSG, Urteil vom 17.12.2009 – [B 3 KR 20/08 R](#)). 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 17.12.2009 – [B 3 KR 20/08 R](#)). 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 Sinn 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 (BSG, Urteil vom 17.12.2009 – [B 3 KR 20/08 R](#) – m.w.N.). 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 Umgebungsgläuschen 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 (BSG, Urteile vom 17.12.2009 – [B 3 KR 20/08 R](#) – und vom 24.01.2013 – [B 3 KR 5/12 R](#)).

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 Gesetzlichen Krankenversicherung 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, Urteil vom 17. 12 2009 – [B 3 KR 20/08 R](#) – m.w.N.).

In dieser Hinsicht ist ferner zu beachten, dass die Krankenkasse zwar 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 (BSG, Urteil vom 23.1.2003 – [B 3 KR 7/02 R](#)). Soweit für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt ist, erfüllt die Krankenkasse 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 (BVerfG, Urteil vom 17.12.2002 – [1 BvL 28/95](#), 29/95 und 30/95; BSG, Urteil vom 23.1.2003 – [B 3 KR 7/02 R](#); LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 15.06.2005 – [L 4 KR 147/03](#)).

Der Kläger leidet an einer beidseitigen hochgradigen Innenohrschwerhörigkeit und ist auf die Versorgung mit Hörgeräten angewiesen. Die Kammer vermag nicht festzustellen, dass die von dem Kläger selbst beschafften Hörgeräte "Phonak Naida Q 70 SP" die Grenzen des Wirtschaftlichkeitsgebots überschreiten, weil auch mit anderen von Hörgeräteakustikern eigenanteilsfrei bereitgestellten Hörgeräten eine vergleichsweise ähnlich gute Hörverbesserung zu erzielen wäre. Der Kläger kann privat und muss beruflich hohe Ansprüche an die Hörgerätequalität stellen. Seine Tätigkeit als Casemanager in einem Dienstleistungsunternehmen für behinderte Menschen erfordert ein hohes Maß an Kommunikation. Wie sein Arbeitgeber im Schreiben vom 24.07.2014 mitgeteilt hat, muss er u.a. in der Lage sein, berufliche Telefonate zu führen, an Dienstbesprechungen mit Kollegen und Vorträgen bzw. Fortbildungen teilzunehmen. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme durch Vernehmung des Hörgeräteakustikermeisters P. als (sachverständigen) Zeugen steht fest, dass der Kläger mit dem ausgewählten Hörsystem in der Lage ist, nicht nur hinreichend lautsprachlich zu kommunizieren, sondern auch beidseitig zu telefonieren. Dies beruht auf bestimmten Ausstattungsmerkmalen, wie sie das "Phonak Naida Q 70 SP" aufweist, nicht aber eigenanteilsfreie Hörgeräte. Der Zeuge P. hat dargelegt, dass beidseitiges Telefonieren beim Kläger bedeutet, dass, wenn er den Telefonhörer an ein Ohr hält, die Sprache aus dem Hörer über das Mikrofon auf beide Ohren übertragen wird. Allerdings telefonieren auch nicht schwerhörige Menschen mit dem Hörer an einem Ohr und empfangen nur dort den Ton; sie sind aber in der Lage, äußere Störgeräusche zu kompensieren, obwohl dies auch für sie oft schon schwierig ist, beispielsweise dann, wenn die Umgebungslautstärke groß ist. Für den Kläger – so der Zeuge P. – wäre aber ein derartiges einseitiges Telefonieren aufgrund seiner Hörbehinderung kaum möglich. Trotz der Ausstattungsmerkmale, über die das "Audioservice Mezzo 4 HP"-Gerät verfügt, wäre es – so der Zeuge – dem Kläger damit nicht möglich, mit diesem Hörgerät dauerhaft zu telefonieren. Allerdings hatte der Hörgeräteakustikermeister P. für die Firma C. in der im April 2015 gegebenen schriftlichen Auskunft dargelegt, dass das Gerät "Phonak Naida Q 70 SP" nicht allein geeignet sei, die individuelle Hörminderung des Klägers im Alltag und Beruf bestmöglich auszugleichen, sondern das eigenanteilsfrei angebotene Gerät "Audioservice Mezzo 4 HPT" ebenso geeignet sei. Diese Aussage beruht jedoch allein auf objektiven – messbaren – Ergebnissen. Soweit die Messergebnisse der beiden Hörsysteme beim Sprachverstehen in Ruhe und auch mit Störschall jeweils eine Differenz von fünf Prozentpunkten aufwiesen, ist dieser Unterschied unwesentlich, weil ein Sprachverstehensunterschied von fünf Prozent zwischen den verschiedenen angebotenen Systemen lediglich das Verstehen oder nicht Verstehen eines Wortes der Testreihe darstellt. Größere Unterschiede im Sprachverstehen können aufgrund der Tagesform, Konzentrationsschwankungen und Messtoleranzen entstehen. Die objektiven Ergebnisse mit den verschiedenen Hörgeräten sind aus Sicht des Hörgeräteakustikers gleichwertig. Allein nach den objektiven – messbaren – Ergebnissen ließe sich somit für beide Systeme ein "möglichst weitgehender Ausgleich" des Hörverlustes erzielen. Ob dieser "bestmögliche Ausgleich" allerdings auch in der Alltagssituation besteht, kann nur der Versicherte selbst beurteilen. Der Zeuge P. hat in der mündlichen Verhandlung dargelegt, dass im Messlabor des Hörgeräteakustikers nicht festgestellt werden kann, mit welchen der beiden Geräte der Kläger besser in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgläuschen hören und verstehen kann. Die im Studio möglichen Messungen können derartige Situationen nicht bewerten. Der Zeuge P. hat daher klargestellt, dass sich nur aufgrund der im Wesentlichen gleichwertigen Messergebnisse im Labor/Studio für ihn sagen lässt, dass der Ausgleich des Hörvermögens mit den beiden Geräten gleich möglich ist; dies bezieht sich aber nur auf die Situation, die im Labor gemessen werden kann. In diesem Sinne hat der Zeuge auch zum Ausdruck gebracht, dass die Verwendung der Begriffe "Sprachverstehen" und "besseres Sprachverstehen" für ihn auf ein objektiv messbares Sprachverstehen bezogen ist. Dies – so der Zeuge – schließt aber nicht aus, dass der Versicherte in bestimmten Alltagssituationen subjektiv ein besseres Sprachverstehen erzielt, was aber gerade nicht messbar sei. Dieses Verständnis eines bestmöglichen Sprachverstehens trägt aber nicht den Vorgaben des Bundessozialgerichts im Urteil vom 17.12.2009 ([B 3 KR 20/08 R](#)) Rechnung. Denn danach gehört zu einem bestmöglichen Sprachverstehen im Sinne eines bestmöglichen Ausgleiches der Hörminderung auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen bei störenden Umgebungsgläuschen. Gerade dies aber lässt sich, so der sachverständige Zeuge, nicht durch Messergebnisse objektivieren.

Der vorliegende Fall offenbart ein Problem bezüglich der Auslegung des Begriffs des "bestmöglichen Ausgleich des Hörverlustes" im Sinne von § 3 Abs. 1 der Anlage 1 zum Versorgungsvertrag. Danach erhält der Versicherte für seine Hörsituation mindestens ein individuelle geeignetes eigenanteilsfreies Versorgungsangebot (= ohne wirtschaftliche Aufzählung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) mit voll digitalen Hörsystemen (Hörsystem mit digitaler Signalverarbeitung) entsprechend dem festgestellten Hörverlust einschließlich der erforderlichen Otoplastik (Satz 1). Mit dem angebotenen Hörsystem ist das im Sprachaudiogramm ermittelte maximale Sprachverstehen (mit Freiburger Sprachtest gemessen mit Kopfhörern) – soweit möglich – zu erreichen (Satz 2). Hierzu hält der Mitgliedsbetrieb ein ausreichendes Sortiment von eigenanteilsfreien Angeboten zum bestmöglichen Ausgleich des Hörverlustes vor (Satz 3). Diese Regelung betrifft zwar nicht den Anspruch des Klägers im Verhältnis zu beklagten Krankenkasse, wohl aber das Vertragsverhältnis zwischen der BIHA bzw. den einzelnen Hörgeräteakustikern (hier: der Firma C.) und den Krankenkassen (hier: der Beklagten). Wenn aber die Krankenkassen meinen, mit den Regelungen des Versorgungsvertrages den Vorgaben des BSG zu genügen, die BIHA/der Hörgeräteakustiker jedoch ein maximales Sprachverstehen zum bestmöglichen Ausgleich des Hörverlustes allein aus objektiv erzielbaren Messergebnissen herleiten und zugleich bestätigen, dass durchaus in bestimmten Alltagssituationen von den Versicherten subjektiv ein besseres Sprachverstehen als im Labor messbar erzielt werden kann und erzielt wird, ergibt sich ein Dissens, der nicht auf dem Rücken der Versicherten – hier: des Klägers – ausgetragen werden kann und darf.

Das Bundessozialgericht hat sich im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung bei hörgeschädigten Versicherten zu der Feststellung

veranlasst gesehen, dass sich die zuständigen Rehabilitationsträger, wenn sie sich ihrer leistungsrechtlichen Verantwortung durch sog. "Verträge zur Komplettversorgung" nahezu vollständig entziehen und dem Leistungserbringer quasi die Entscheidung darüber überlassen, ob dem Versicherten eine Teilhabeleistung (wenn auch nur zum Festbetrag) zuteilwird, 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](#)). Es munde zudem "abenteuerlich" an, dass die Rehabilitationsträger die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln – hier: Hörgeräte – praktisch nicht mehr selbst vornehmen, sondern in die Hände der Leistungserbringer "outsourced" haben. Ein solches Vorgehen werde weder dem Grundgedanken der Festbetragsregelung gerecht noch trage es zur Kostendämpfung bei (BSG, Urteil vom 24. 01. 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#)). Es hat für Fallgestaltungen der vorliegenden Art überdies zur Folge, dass sich die Versicherten 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 Urteil des beratenden Hörgeräteakustikers verlassen müssen und – wie der Kläger (wenn auch "unter Vorbehalt") – vorgefertigte Mehrkostenerklärungen unterschreiben, ohne sich über die mögliche Tragweite einer solchen Erklärung im Klaren zu sein.

Der Kläger hat in seinem ausführlichen Hörprotokoll über die fünf getesteten Hörgeräte dargelegt, dass allein mit dem Gerät "Phonak Naida Q 70 SP" ein Sprachverstehen sehr gut und sehr präzise möglich war, beim Telefonieren, in der beruflichen Tätigkeit und bei Vorträgen alle Teilnehmer verstanden werden konnten und in Situationen mit mehreren Gesprächspartnern die Kommunikation sehr gut möglich ist. Diese in Alltagssituationen subjektiv empfundene Qualität lässt sich im Studio des Hörgeräteakustikers nicht durch entsprechende Messungen objektivieren. Gerade zu den vom BSG (im Urteil vom 17.12.2009 – [B 3 KR 20/08 R](#)) aufgestellten Kriterien des Hörens und Verstehens in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen hat der sachverständige Zeuge dargelegt, dass dies im Studio nicht gemessen werden kann. Dann aber lässt sich nicht nur aufgrund objektiver Messergebnisse, sondern gegebenenfalls erst unter Zugrundelegung subjektiver – nicht messbarer – Feststellungen beurteilen, ob der zu beanspruchende bestmögliche Ausgleich des Hörverlustes durch ein bestimmtes Gerät erzielt werden kann und durch ein anderes Gerät nicht erzielt werden kann. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist die Kammer zu der Überzeugung gelangt, dass diese Optimalversorgung in der besonderen Situation des Klägers nur durch das Gerät "Phonak Naida 70 SP" erreicht werden kann. Dabei mag die Kammer nicht ausschließen, dass es unter den zahlreichen, sicher mehreren hundert anderen Hörsystemen möglicherweise auch eines gibt, was eigenanteilsfrei die Optimalversorgung sichern könnte. Jedoch kann es weder vom Hörgeräteakustiker noch vom Versicherten verlangt werden, alle Hörsystemvarianten darauf zu testen und Probe zu tragen, ob irgendein eigenanteilsfreies System diese Anforderungen erfüllt.

Der Umstand, dass das vom Kläger gewählte Gerät nicht zum Festbetrag bzw. Vertragspreis erhältlich ist, dürfte nicht zuletzt auch der Tatsache geschuldet sein, dass es mit Ausstattungsmerkmalen wie Impulsschallunterdrückung (SoundRelax), QuickSync und weiteren Modi in der Störgeräuschunterdrückung ausgestattet ist, die andere – eigenanteilsfreie – Hörgeräte nicht aufweisen. Diese Ausstattungsmerkmale dienen jedoch, wie der sachverständige Zeuge dargelegt hat, nicht allein dem Komfort und der Bequemlichkeit, sondern können durchaus auch für einen subjektiv besseren Ausgleich des Hörverlustes geeignet sein. Damit betreffen diese Ausstattungsmerkmale – entgegen der Einschätzung der Beklagten – nicht Bedienvorteile, ästhetische oder kosmetische Vorteile oder einen erhöhten Hörkomfort; vielmehr betreffen sie die Funktionalität und stellen, wie der Zeuge gerade im Bezug auf das Telefonieren dargelegt hat, im Fall des Klägers bei dem gewählten Gerät "Phonak Naida Q 70 SP" einen echten Gebrauchsvorteil dar. Dies verpflichtet die beklagte Krankenkasse, die vollen Kosten für die entsprechende beidseitige Hörgeräteversorgung des Klägers zu übernehmen und ihn von der Forderung des Leistungserbringers im beantragten Umfang freizustellen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2015-10-13