

L 33 R 550/12

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
33
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 16 R 429/08
Datum
09.05.2012
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 33 R 550/12
Datum
20.11.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 09. Mai 2012 wird mit der Maßgabe abgeändert, dass der Bescheid der Beklagten vom 14. Dezember 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 2008 aufgehoben wird. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Übernahme von Kosten für Hörgeräte streitig, soweit sie den Festbetrag der Krankenversicherung übersteigen.

Die 1947 geborene Klägerin ist bei der Beklagten rentenversichert und bei der Beigeladenen krankenversichert. Sie leidet an einer beiderseitigen mittelgradigen Innenohrschwerhörigkeit. Sie war bis zum 31. Dezember 2012 als Verwaltungsangestellte im Einwohnermeldeamt der Gemeinde K L beschäftigt. Mit dem Arbeitgeber bestand eine Vereinbarung über eine Altersteilzeitarbeit im Blockmodell, die Vollerwerbsphase endete zum 31. Dezember 2009.

Die behandelnde Vertragsärztin Dr. P verordnete der Klägerin am 30. November 2006 aufgrund der Diagnose "mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits" Hörhilfen beidseits. Die Beigeladene bewilligte der Klägerin am 31. Mai 2007 eine Kostenübernahme für ein mehrkanaliges Hörgerät beidseits i. H. e. Pauschale von insgesamt 1.224,00 Euro einschließlich einer Reparaturpauschale. Sofern die Klägerin eine höherwertige Hörgeräteversorgung wünsche, könne sie diese wählen, müsse jedoch die Mehrkosten hierfür tragen.

Am 23. Juli 2007 wurde die Klägerin vom Hörgeräteakustiker "Hörgerätezentrum Haase & Partner" mit beidseitigen Hörhilfen des Typs "Phonak micro Eleva 100" und beidseitiger Otoplastik versorgt. Am selben Tag gab die Klägerin folgende Versicherterenerklärung zur Hörsystemversorgung ab: "Erklärung zu Mehrkosten Ich bin über das qualitativ hochwertige Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (ohne Aufzahlung, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung) im Rahmen der Festbetragsregelung informiert worden. Mit einer von mir zu leistenden höheren Vergütung bei einem Hörsystem mit privatem Eigenanteil bin ich einverstanden. ()". Außerdem erklärte sie in der "Empfangsbestätigung des Versicherten", die Bestandteil des "Abschlussberichts zur Hörgeräteversorgung" vom 23. August 2007 war: "Ich bin über das Angebot einer eigenanteilsfreien Versorgung (mit Ausnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung) informiert worden. Ich habe mich für eine Versorgung MIT Eigenanteil entschieden. Ich habe kein eigenanteilsfreies Versorgungsangebot gewünscht. Mit der Zahlung der Mehrkosten für die von mir ausgewählten Hörgeräte und den damit verbundenen Folgekosten bin ich einverstanden."

Mit Schreiben vom 04. September 2007 erstellte der Hörgeräteakustiker einen Kostenvoranschlag über den Eigenanteil gegenüber der Klägerin i. H. v. 2.803,00 Euro. Daraufhin beantragte die Klägerin bei der Beigeladenen einen Zuschuss zu den Kosten für die Anschaffung der Hörgeräte und trug zur Begründung vor, sie benötige die höherwertigen Geräte ausschließlich für ihre Tätigkeit im Einwohnermeldeamt (viele Kundenkontakte und sehr viele Telefonate). Diesen Antrag lehnte die Beigeladene mit Bescheid vom 14. September 2007 im Wesentlichen mit der Begründung ab, die Versorgung mit den angeschafften Hörgeräten sei aufgrund der Beschäftigung der Klägerin notwendig. Sie möge einen Antrag beim Rentenversicherungsträger stellen.

Die endgültige Rechnung vom 04. Oktober 2007 belief sich auf 3.995,80 Euro, der von der Klägerin zu zahlende Eigenanteil einschließlich der gesetzlichen Eigenleistung auf 2.803,00 Euro. Diesen Betrag hatte die Klägerin bereits am 28. September 2007 überwiesen.

Am 17. Oktober 2007 beantragte die Klägerin bei der Beklagten im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Gewährung eines Zuschusses für die Zahlung der Hörgeräte. Sie habe seit Ende 2006 mit einigen Unterbrechungen vier Hörgeräte getestet bei zwei

Hörgeräteakustikern. Das im Kostenangebot angegebene Hörgerät habe sich als optimal erwiesen. Die Klägerin überreichte u. a. die Dokumentation zur Anpassung von Hörsystemen vom 27. August 2007, zwei weitere Kostenvoranschläge der Hörgeräteakustikerfirma "Kind" vom 15. Dezember 2006 sowie einen "Tätigkeitsnachweis" des Arbeitgebers vom 30. Oktober 2007.

Die Beklagte lehnte den Antrag nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme mit Bescheid vom 14. Dezember 2007 ab, da die Versorgung mit höherwertigen Hörgeräten nicht berufsbedingt erforderlich sei. Ein spezielles Hörgerät sei im Berufsbild als "Verwaltungsangestellte" nicht erforderlich. Auf den Widerspruch der Klägerin veranlasste die Beklagte eine weitere prüfärztliche Stellungnahme, wies den Widerspruch dann jedoch mit Widerspruchsbescheid vom 13. März 2008 zurück.

In dem dagegen gerichteten Klageverfahren vor dem Sozialgericht Potsdam (SG) hat die Klägerin u. a. eine betriebsärztliche Stellungnahme des Dr. M vom 13. März 2008 vorgelegt. Das Gericht hat eine Arbeitgeberauskunft vom 23. September 2008 sowie einen Befundbericht der behandelnden Hals-, Nasen-, Ohrenärztin Dr. P vom 19. September 2008 eingeholt.

Mit Schreiben vom 27. August 2008 hat die Klägerin bei der Beigeladenen einen Antrag auf Übernahme der vollständigen Kosten für die im September 2007 angeschafften Hörgeräte gestellt, den die Beigeladene mit Bescheid vom 09. September 2008 abgelehnt hat. Die Klägerin habe eine Erklärung abgegeben und unterschrieben, wonach sie kein eigenanteilfreies Versorgungsangebot gewünscht und sich für eine Versorgung mit Eigenanteil entschieden habe. Der Widerspruch hiergegen wurde mit Widerspruchsbescheid vom 15. Dezember 2008 zurückgewiesen. Die dagegen gerichtete Klage vor dem SG zu dem Aktenzeichen S 7 KR 12/09 hat die Klägerin am 30. Juli 2009 zurückgenommen.

Im hiesigen Verfahren hat das SG ein Gutachten des Dipl.-Ing. R R vom Deutschen Hörgeräte Institut vom 07. Oktober 2010 eingeholt, wonach nicht beantwortet werden könne, ob die aufgrund der Hörminderung eingetretenen Einschränkung auch durch andere als die gewählten Hörgeräte, die zum Festbetrag der Krankenversicherung angeboten werden, ausgeglichen werden können, da Messungen zu einer vergleichenden Anpassung entsprechender Geräte fehlten. Auf Nachfrage teilte das Hörgerätezentrum H und Partner unter dem 04. Februar 2011 mit, die Hörgeräte Bernafon Y111 und Siemens Phoenix 113 seien im Rahmen der Hörgeräteanpassung mittels Klangbeispielen angepasst worden. Die Klägerin habe sich gegen eine zuzahlungsfreie Hörgeräteversorgung entschieden aufgrund eines subjektiv unzureichenden akustischen Klangeindrucks, für sie unbefriedigende Trageeigenschaften sowie ästhetischer Gründe. Bedingt durch diesen persönlichen Entschluss seien keine weiteren Messungen zur Diskrimination und Validierung der Hörgeräteanpassung mit den besagten zuzahlungsfreien Geräten erfolgt. Mit Schreiben vom 11. Oktober 2011 wurde ergänzt, eine nachträgliche Messung der Diskrimination mit diesen Geräten sei nicht möglich, da sie nicht mehr hergestellt würden.

Das SG hat die Krankenkasse der Klägerin mit Beschluss vom 04. März 2011 beigeladen.

Das SG hat die auf Verurteilung der Beklagten, hilfsweise der Beigeladenen dahingehend, die Kosten für die Anschaffung der Hörgeräte Phonak micro Eleva 100 mit Otoplastik i. H. v. 2.803,00 Euro zu übernehmen, gerichtete Klage durch Urteil vom 09. Mai 2012 abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten gegenüber der Beklagten oder der Beigeladenen. Ein Anspruch gegenüber der Beklagten gemäß § 16 Sechstes Sozialgesetzbuch (SGB VI) i. V. m. [§ 33](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) als Sachleistung bestehe nicht, denn die Klägerin habe auch unter Berücksichtigung der Regelung des [§ 14 SGB IX](#) keinen entsprechenden Antrag bei der Beklagten oder der Beigeladenen gestellt. Die Klägerin habe mit der Erklärung bei Aushändigung der Hörgeräte, sie werde die Kosten in Höhe des angefallenen Eigenanteils selbst tragen, ihren Antrag auf Versorgung gegenüber der Beigeladenen auf die mit Bescheid vom 31. Mai 2007 durch die Beigeladene gewährten Leistungen beschränkt. Die Voraussetzungen des § 46 Abs. 2 1. Halbsatz Erstes Sozialgesetzbuch (SGB I) seien erfüllt. Ein Kostenersatzanspruch stehe ihr gemäß [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) weder gegenüber der Beklagten noch gegenüber der Beigeladenen zu, da die Versorgung mit Hörgeräten keine unaufschiebbare Leistung sei. Ein Anspruch auf Kostenersatz gegenüber der Beigeladenen ergebe sich auch nicht aus § 13 Abs. 3 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V).

Gegen das am 25. Juni 2012 zugestellte Urteil richtet sich die am 29. Juni 2012 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) eingegangene Berufung der Klägerin. Die Versorgungsanzeige durch den Hörgeräteakustiker sei als Antrag auf Erstattung der Mehrkosten auszulegen. Ihre Erklärung, sie werde den Eigenanteil selbst tragen, sei nicht als Verzichtserklärung auszulegen. Aufgrund der Vertragsbeziehung zwischen der Beigeladenen und dem Hörgerätezentrum H zu ihrer Versorgung könne ein Verzicht auch nur gegenüber der Beigeladenen gelten. Eine Kostenersatzspflicht anderer Leistungsträger sei damit nicht ausgeschlossen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 09. Mai 2012 sowie den Bescheid der Beklagten vom 14. Dezember 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die weiteren Kosten für die Anschaffung der Hörgeräte Phonak micro Eleva 100 mit Otoplastik in Höhe von insgesamt 2.803,00 Euro zu erstatten,

hilfsweise, das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 09. Mai 2012 sowie die Bescheide der Beigeladenen vom 31. Mai 2007 und 14. September 2007 aufzuheben und die beigeladene zu verurteilen, die weiteren Kosten für die Anschaffung der Hörgeräte Phonak micro Eleva 100 mit Otoplastik in Höhe von insgesamt 2.803,00 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Die Beigeladene beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beteiligten haben mit Schriftsätzen vom 20. August 2013, 21. August 2013 und 30. September 2013 ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch die Berichterstatterin anstelle des Senats gemäß [§ 155 Abs. 3](#), 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichts- und Beklagtenakten sowie Akte der Beigeladenen und der Gerichtsakte zu dem Aktenzeichen S 7 KR 12/09 verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte Berufung ist zulässig ([§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#)). Sie ist jedoch überwiegend unbegründet. Das SG hat im Ergebnis zu Recht entschieden, dass der Klägerin weder gegenüber der Beklagten noch gegenüber der Beigeladenen ein Kostenerstattungsanspruch hinsichtlich der weiteren Kosten für die Anschaffung der Hörgeräte Phonak micro Eleva 100 plus beidseitiger Otoplastik i. H. v. 2803,00 Euro zusteht.

Streitgegenstand ist der Anspruch der Klägerin auf Erstattung der den Festbetrag nach [§ 36 SGB V](#) übersteigenden Kosten des Hörgeräts entweder durch die Beklagte oder durch die Beigeladene.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist folglich im Verhältnis zu der Beklagten deren Bescheid vom 14. Dezember 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 2008, mit dem die Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Kosten der Hörgeräteversorgung abgelehnt worden war. Im Verhältnis zur Beigeladenen ist Verfahrensgegenstand deren Entscheidung vom 31. Mai 2007 bzw. 14. September 2007, die begehrte Hörgeräteversorgung auf den Festbetrag zu beschränken, eine technisch aufwändigere und teurere Versorgung also abzulehnen.

Über diese Verwaltungsentscheidung ist zu befinden, weil eine unmittelbare Verurteilung der Beigeladenen nach [§ 75 Abs. 5 SGG](#) voraussetzt, dass dieser Ablehnungsentscheidung im Verhältnis zwischen der Klägerin und der Beigeladenen keine Bindungswirkung zukommt. Im Falle einer Bindungswirkung wäre eine Verurteilung der Beigeladenen nach [§ 75 Abs. 5 SGG](#) ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, RdNr. 12, m. w. N.).

Die Klägerin hat sich mit ihrem Begehren, eine verbesserte Hörgeräteversorgung zu erhalten, zunächst an die Beigeladene als krankenversicherungsrechtlichen Leistungsträger ([§ 33 SGB V](#)) und nach Kenntnis von deren auf den Festbetrag ([§ 36 i. V. m. § 12 Abs. 2 SGB V](#)) beschränkter Leistungsbewilligung durch Bewilligung des Festbetrags in Höhe von 1.224,00 EUR am 31. Mai 2007 und weiterer Ablehnung vom 14. September 2007 mit dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am 17. Oktober 2007 zusätzlich an die Beklagte als rentenversicherungsrechtlichen Leistungsträger ([§ 15 Abs. 1 SGB VI](#) i. V. m. [§ 26 Abs. 2 Nr. 6](#) und [§ 31 SGB IX](#)) gewandt, um auch den offenen Restbetrag als Versicherungsleistung zu erhalten.

Die Zuständigkeit der Beklagten als für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ([§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) i. V. m. [§ 5 Nr. 2](#) und [§ 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX](#)) einstandspflichtigem Versicherungsträger kam hier in Betracht, da die Klägerin als Verwaltungsangestellte das Erfordernis einer verbesserten Hörgeräteversorgung mit der Notwendigkeit eines besseren Hörverständnisses gerade bei der Arbeit begründete.

Der beklagte Rentenversicherungsträger ist aber im ausschließlich maßgebenden Außenverhältnis zur Klägerin ausgeschlossen, da dieser nicht der erstangegangene Träger im Sinne des [§ 14 SGB IX](#) ist. Der dort gestellte Antrag vom 17. Oktober 2007 ist mit Blick auf [§ 14 SGB IX](#) nicht als rehabilitationsrechtlicher Erstantrag, sondern lediglich als wiederholender Antrag (Zweitantrag) im Rahmen eines durch den bereits vor dem 31. Mai 2007 bzw. erneut am 10. September 2007 bei der Beigeladenen gestellten Leistungsantrag eingeleiteten rehabilitationsrechtlichen Verwaltungsverfahrens anzusehen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – a. a. O. Rn. 16-26).

Im Verhältnis zur Klägerin ist damit die Beigeladene allein zuständiger Rehabilitationsträger für den Versorgungsfall geworden. Nach [§ 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX](#) verliert der materiell-rechtlich zuständige Rehabilitationsträger ([§ 6 SGB IX](#)) im Außenverhältnis zum Versicherten oder Leistungsempfänger seine Zuständigkeit für eine Teilhabeleistung, sobald der zuerst angegangene Rehabilitationsträger (hier: die beigeladene Krankenkasse) eine im Sinne von [§ 14 Abs. 1 SGB IX](#) fristgerechte Zuständigkeitsklärung versäumt hat und demzufolge die Zuständigkeit nach allen in Betracht kommenden rehabilitationsrechtlichen Rechtsgrundlagen auf ihn übergegangen ist. Sinn dieser Regelung ist es, zwischen den betroffenen behinderten Menschen und Rehabilitationsträgern schnell und dauerhaft die Zuständigkeit zu klären und so Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken (vgl. [BT-Drucks. 14/5074 S. 95](#) zu Nr. 5 und S 102 f zu § 14). Der erstangegangene Rehabilitationsträger ist deshalb gehalten, innerhalb von zwei Wochen nach Eingang eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe festzustellen, ob er nach dem für ihn geltenden gesetzlichen Regelwerk für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach [§ 40 Abs. 4 SGB V](#) ([§ 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX](#)). Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach [§ 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX](#) nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der dem Grunde nach zuständig wäre und die Leistung dann zunächst ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt ([§ 14 Abs. 1 S. 2](#) und 3 SGB IX). Anderenfalls bestimmt [§ 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX](#): "Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest." Diese Zuständigkeit nach [§ 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX](#) erstreckt sich im Außenverhältnis zwischen dem Antragsteller und dem erstangegangenen Rehabilitationsträger auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation rehabilitationsrechtlich vorgesehen sind (BSG, Urteil vom 26. Oktober 2004 – [B 7 AL 16/04 R](#) – in juris; Urteil vom 26. Juni 2007 – [B 1 KR 34/06 R](#) – in juris). Die nach außen verbindliche Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers lässt intern die Verpflichtungen des eigentlich zuständigen Leistungsträgers unberührt und verweist die Träger insoweit auf den nachträglichen Ausgleich nach [§ 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX](#) und [§§ 102 ff SGB X](#). Erstangegangener Rehabilitationsträger im Sinne von [§ 14 SGB IX](#) ist derjenige Träger, der von dem Versicherten bzw. Leistungsbezieher erstmals mit dem zu beurteilenden Antrag auf Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe befasst worden ist. Diese Befassungswirkung fällt nach der Rechtsprechung des BSG grundsätzlich auch nach einer verbindlichen abschließenden Entscheidung des erstangegangenen Trägers nicht weg. Vielmehr behält der erstmals befasste Rehabilitationsträger seine Zuständigkeit nach [§ 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX](#) im Außenverhältnis zum Antragsteller regelmäßig auch dann

weiter bei, wenn er, ohne den Antrag an den aus seiner Sicht zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet zu haben, das Verwaltungsverfahren durch Erlass eines Verwaltungsakts abschließt (vgl. [§ 8 SGB X](#)), selbst wenn dieser bindend wird. Er bleibt deshalb auch für ein mögliches Verfahren nach [§ 44 SGB X](#) zuständig, selbst wenn die Rechtswidrigkeit im Sinne dieser Vorschrift dann nur darin liegt, dass er die außerhalb seiner "eigentlichen" Zuständigkeit liegenden, nach dem Vorstehenden einschlägigen Rechtsgrundlagen nicht beachtet hat (BSG, Urteil vom 26. Oktober 2004 - [B 7 AL 16/04 R](#) - in juris; Urteil vom 20. November 2008 - [B 3 KN 4/07 R](#) - in juris).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist im hier zu entscheidenden Fall die beigeladene Krankenkasse als erstangegangener Rehabilitationsträger für die begehrte Hörgeräteversorgung im Sinne des [§ 14 SGB IX](#) anzusehen. Die Beigeladene ist im Außenverhältnis zur Klägerin mangels Weiterleitung des Leistungsantrags an die Beklagte nach [§ 14 Abs. 2 S 1 SGB IX](#) für das Versorgungsbegehren ausschließlich zuständig geworden.

Leistungen der GKV werden auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes ergibt ([§ 19 S. 1 SGB IV](#)). Der Anspruch eines Versicherten auf Krankenbehandlung umfasst u. a. die Versorgung mit Hilfsmitteln ([§ 27 Abs. 1 S 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 S 1 SGB V](#)) zu erbringen, wobei sie ihre Leistungspflicht gemäß [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) mit dem Festbetrag erfüllt, wenn für die Leistung ein Festbetrag festgesetzt ist (BSG [SozR 4-2500 § 33 Nr. 17](#) Rdnr. 13). Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern ([§ 2 Abs. 2 S 3 SGB V](#)).

Bereits durch die Übergabe der vertragsärztlichen Hörgeräteversorgung seitens der Klägerin an den Hörgeräteakustiker und die Weiterleitung an die zuständige Krankenkasse ist die maßgebliche Antragstellung im Sinne des [§ 14 SGB IX](#) erfolgt; dadurch liegt ein Leistungsbegehren der Klägerin und damit ein Leistungsantrag im Sinne des [§ 19 S 1 SGB IV](#) vor, der in der Zeit zwischen dem 30. November 2006 (Tag der vertragsärztlichen Verordnung) und dem 31. Mai 2007 (Tag der Verwaltungsentscheidung) bei der Beigeladenen eingegangen sein muss. Darüber hinaus hat die Klägerin explizit unter dem 10. September 2007 einen weiteren Antrag bei der Beigeladenen auf Übernahme weiterer Kosten gestellt. Insofern kann hier dahin gestellt bleiben, ob die Versorgungsanzeige rein Bestandteil der Innenkommunikation zwischen der Beigeladenen und dem Leistungserbringer ist (das BSG hat in seiner Entscheidung vom 24. Januar 2013 - [B 3 KR 5/12 R](#) - a. a. O. Rn. 20 klar gestellt, dass die Versorgungsanzeige nicht nur Bestandteil dieser Innenkommunikation ist).

Danach ist von einem einheitlichen, spätestens am 10. September 2007 bei der Beigeladenen gestellten Leistungsantrag auszugehen.

Dieser Antrag entspricht inhaltlich den Anforderungen, die an einen Antrag nach [§ 14 Abs. 1 S 1 SGB IX](#) zu stellen sind.

Nach dem eindeutigen Gesetzeswortlaut genügt ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, um die Zuständigkeitsprüfung des erstangegangenen Leistungsträgers und die Zwei-Wochen-Frist in Gang zu setzen. Eine andere Auslegung liefe dem Gesetzeszweck zuwider, im Interesse behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen durch rasche Klärung von Zuständigkeiten ([BTDrucks. 14/5074 S. 102](#) f zu § 14).

Ein an die Krankenkasse gerichteter Antrag auf Versorgung mit einem Hörgerät ist jedenfalls auch auf Leistungen zur Teilhabe im Sinne von [§§ 1, 4](#) und [5 SGB IX](#) gerichtet. Der Versicherte will im Zweifel die für ihn günstigste Art der Leistungsgewährung in Anspruch nehmen; ein einmal gestellter Antrag ist also umfassend, d. h. auf alle nach Lage des Falles in Betracht kommenden Leistungen und Anspruchsgrundlagen hin zu prüfen (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 - [B 3 KR 5/12 R](#) -, a.a.O. unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 29. November 2007 - [B 13 R 44/07 R](#), Urteil vom 23. Mai 2006 - [B 13 RJ 38/05 R](#), Urteil vom 04. April 2006 - [B 1 KR 5/05 R](#) - jeweils nach juris), und insbesondere nicht "künstlich" in separate Teil-Leistungsanträge für die verschiedenen in Betracht kommenden Teilhabeleistungen aufzuspalten. Deshalb hatte die Beigeladene den Leistungsantrag von vornherein sowohl unter dem Aspekt der Hilfsmittelversorgung zur medizinischen Rehabilitation ([§ 5 Nr. 1](#), [§ 31 SGB IX](#), [§ 33 SGB V](#)) als auch unter dem Aspekt der Hilfsmittelversorgung zur Teilhabe am Arbeitsleben ([§ 5 Nr. 2](#), [§ 33 Abs. 8 S 1 Nr. 4 SGB IX](#), [§§ 9, 15 SGB VI](#)) zu prüfen und danach die Zuständigkeit zu bestimmen.

Nachdem die Beigeladene den Antrag der Klägerin auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb von zwei Wochen ab dessen Eingang weitergeleitet hat, oblag es ihr, unverzüglich den Rehabilitationsbedarf der Klägerin festzustellen ([§ 14 Abs. 2 S 1 SGB IX](#)). Diese Zuständigkeit der Beigeladenen ist ausschließlicher Natur; denn die Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers nach [§ 14 Abs. 2 S 1 SGB IX](#) schließt im Außenverhältnis zum Versicherten die Zuständigkeiten aller anderen Träger aus (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013, [a. a. O.](#) unter Hinweis auf st. Rspr.). Im Verhältnis zwischen dem erstangegangenen Träger und dem Leistungsberechtigten ist also der Anspruch anhand aller Rechtsgrundlagen zu prüfen, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation für Rehabilitationsträger vorgesehen sind. Darüber hinaus verlieren alle anderen Träger innerhalb des durch den Leistungsantrag ausgelösten Verwaltungsverfahrens ihre Zuständigkeit für die Gewährung von Rehabilitationsleistungen, was wiederum zur Folge hat, dass eventuell ergangene Bescheide wegen sachlicher Unzuständigkeit aufzuheben sind (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - juris).

Daher ist der Bescheid der Beklagten vom 14. Dezember 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. März 2008 zwar aufzuheben.

Die Klage und Berufung der Klägerin ist im Ergebnis dennoch nicht erfolgreich, denn - eine einzig noch zu prüfende - Kostenerstattungsspflicht der Beigeladenen besteht letztlich nicht.

Dabei mag dahin stehen, ob die Beigeladene nach [§ 75 Abs. 5 SGG](#) im Hinblick auf das bereits durchgeführte und bestandskräftig beendete Überprüfungsverfahren (nach Rücknahme der Klage bestandskräftiger Bescheid vom 09. September 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 2008) - als solches ist das auf den Antrag vom 01. September 2008 hin durchgeführte Verwaltungsverfahren anzusehen, auch wenn die Vorschrift des [§ 44 Abs. 1 SGB X](#) von der Beigeladenen bei ihrer Entscheidung mit keinem Wort benannt worden ist - überhaupt verurteilt werden könnte (vgl. hierzu Leitherer in Meyer-Ladewig, Keller, Leitherer, Kommentar zum SGG, 10. A. 2012, Rn. 18b zu § 75 m. w. N.).

Eine Kostenerstattungsspflicht der Beigeladenen resultiert nicht aus den krankenversicherungs-rechtlichen Vorschriften.

Grundlage des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs gegen die Beigeladene als zuständiger Krankenversicherungsträger ist [§ 13 Abs. 3 S. 1 Fall 2 SGB V](#) (hier in der Fassung des [Art 5 Nr. 7 Buchst. b SGB IX](#) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - vom 19.6.2001, [BGBl. I 1046](#)). Danach gilt: Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Erstattungsanspruch reicht, wie in der Rechtsprechung des BSG geklärt ist, nicht weiter als ein entsprechender - primärer - Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Der Anspruch ist demgemäß gegeben, wenn die Krankenkasse die Erfüllung eines Naturalleistungsanspruchs rechtswidrig abgelehnt und der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat, wenn weiterhin ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht, die selbst beschaffte Leistung notwendig ist und die Selbstbeschaffung eine rechtlich wirksame Kostenbelastung des Versicherten ausgelöst hat.

Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt, weil die Beigeladene ihre Leistungspflicht nach dem Leistungsrecht des SGB V zu Recht auf den Festbetrag begrenzt und die vollständige Erfüllung des gegebenen Leistungsanspruchs nicht rechtswidrig abgelehnt hat.

Rechtsgrundlage des krankenversicherungsrechtlichen Leistungsanspruchs ist [§ 33 Abs. 1 S. 1 SGB V](#), hier in der zum Zeitpunkt der Leistungsveranschaffung geltenden Fassung des Art. 1 Nr. 20 Buchst. a bb des Gesetzes zur Modernisierung der GKV (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003 ([BGBl. I 2190](#), im Folgenden: [§ 33 SGB V](#) a.F.). Hiernach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, wenn sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) aus der GKV-Versorgung ausgeschlossen und im Einzelfall erforderlich sind, um entweder den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Demgemäß besteht nach [§ 33 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) ein Anspruch auf Hörhilfen, die nur von hörbehinderten Menschen benutzt werden und deshalb kein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens sind, auch nicht nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) aus der GKV-Versorgung 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.

Bei dem in [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) als 3. Variante genannten Zweck des Behinderungsausgleichs (vgl. jetzt auch [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#)) steht im Vordergrund, die ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion selbst auszugleichen (unmittelbarer Behinderungsausgleich). Daneben können Hilfsmittel den Zweck haben, die direkten und indirekten Folgen der Behinderung auszugleichen (mittelbarer Behinderungsausgleich) (z. B. BSG, Urteil vom 29. April 2010 - [B 3 KR 5/09 R](#) in juris; Urteil vom 18. Mai 2011 - [B 3 KR 12/10 R](#) - in juris). Die Versorgung mit Hörgeräten dient dem unmittelbaren Behinderungsausgleich (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - a. a. O.). Bei diesem unmittelbaren Behinderungsausgleich gilt das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits - hier des Hörens - im Sinne des Gleichziehens mit einem gesunden Menschen, und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts. Dabei kann 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 nicht behinderten Menschen erreicht ist (ständige Rechtsprechung, z. B. BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - a. a. O.; vgl. auch Urteil vom 18. Mai 2011 - [B 3 KR 12/10 R](#) - in juris). Teil des von den Krankenkassen nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) geschuldeten - möglichst vollständigen - Behinderungsausgleichs ist es, 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. Das schließt je nach Notwendigkeit auch die Versorgung mit digitalen Hörgeräten ein (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - a. a. O.).

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 ohnehin nicht an. Umgekehrt kann ein Hilfsmittelanspruch gegen die GKV nicht auf ausschließlich berufliche Nutzungsvorteile gestützt werden, wenn das Hilfsmittel ansonsten keine allgemeinen Grundbedürfnisse betrifft und seine Nutzung die Auswirkungen der Behinderung nicht im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert.

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 ohnehin nicht an. Umgekehrt kann ein Hilfsmittelanspruch gegen die GKV nicht auf ausschließlich berufliche Nutzungsvorteile gestützt werden, wenn das Hilfsmittel ansonsten keine allgemeinen Grundbedürfnisse betrifft und seine Nutzung die Auswirkungen der Behinderung nicht im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert.

Die Klägerin war auf die Versorgung mit Hörgeräten aufgrund der bei ihr bestehenden beidseitigen mittelgradigen Innenohrschwerhörigkeit unstreitig angewiesen. Die angeschafften Hörhilfen waren jedoch nicht nur zum Ausgleich einer Behinderung für eine bestimmte Berufsausübung, sondern generell für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erforderlich. Zwar stellen sowohl die behandelnde Hals-Nasen-Ohren-Ärztin Dr. Pin in ihrer Bescheinigung vom 16. November 2010 als auch der Betriebsmediziner Dr. M in seiner Stellungnahme vom 13. März 2008 auf den beruflichen Nutzen und die berufliche Notwendigkeit der Hörgeräte ab. Die Klägerin übte als Verwaltungsangestellte im Einwohnermeldeamt jedoch keine Tätigkeit aus, bei der sie auf eine besondere bzw. spezielle Hörfähigkeit angewiesen ist, wie es etwa bei akustischen Kontroll- oder Überwachungsarbeiten der Fall wäre. Sowohl Telefonate als auch Gespräche mit mehreren Personen und Störschall sind Situationen bzw. Widrigkeiten, denen die Klägerin auch im alltäglichen Leben ausgesetzt ist. Auch Dipl.-Ing. Ror kommt in seinem Gutachten vom 07. Oktober 2010 zu dem Schluss, dass sich aus der Hörminderung der Klägerin Einschränkungen beim Führen von Telefongesprächen, bei Gesprächen mit Personen, die leise bzw. undeutlich sprechen, bei Gesprächen mit mehreren Personen und bei Umgebungsgläuschen (z. B. Fernseher) und gleichzeitigen Gesprächen (Telefon und Besucher) - samt und sonders Alltagssituationen - ergeben. Bei der Klägerin sei eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit auch im privaten Umfeld gegeben. Das vom Gutachter angesprochene Richtmikrofonsystem mag zwar im beruflichen Umfeld nützlich sein, es ist jedoch nicht ausschließlich dort nützlich, sondern auch im privaten Umfeld. Eine gesteigerte - d. h. wesentliche - Erforderlichkeit im beruflichen Umfeld der Klägerin gegenüber ihrem privaten Umfeld ist gerade nicht erkennbar.

Die selbstbeschafften Hörgeräte überschreiten darüber hinaus die Grenzen des Wirtschaftlichkeitsgebots. Wie alle Ansprüche im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch der Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) begrenzt. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (Satz 1). Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (Satz 2).

Es ist letztlich nämlich nicht nachgewiesen und auch nicht mehr nachweisbar, dass diese Grenze ist durch die erfolgte Versorgung mit den Hörgeräten Phonak micro Eleva 100 eingehalten worden ist, da eine ordnungsgemäße Anpassung der zuzahlungsfreien Geräte Siemens Phoenix 113 und Bernafon Y111 nicht erfolgt ist. Die Klägerin hat vielmehr ohne eine solche vergleichende Anpassung sich nur nach Klangbeispielen für das dann angeschaffte Gerät entschieden und dies keineswegs nur wegen eines – zumindest subjektiv so empfundenen – besseren Hörverständnisses, sondern auch aus ästhetischen Gründen und wegen unbefriedigender Trageeigenschaften. Sie hat damit nicht das ihr Zumutbare getan, um die notwendige Leistung zur Vermeidung unnötiger Kosten zu ermitteln.

Der Klägerin ist ferner entgegen zu halten, dass sie am 23. Juli 2007 eine Erklärung unterschrieben hat, wonach sie über das Angebot einer eigenanteilsfreien Versorgung (mit Ausnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung) informiert worden war, sich dennoch für eine Versorgung mit Eigenanteil entschieden und kein eigenanteilsfreies Versorgungsangebot gewünscht habe. Mit der Zahlung der Mehrkosten für die von ihr ausgewählten Hörgeräte und den damit verbundenen Folgekosten sei sie einverstanden. Sie hat damit jedenfalls gegenüber der Beigeladenen einen wirksamen Verzicht nach [§ 46 SGB I](#) erklärt, der aufgrund der Regelung des [§ 14 SGB IX](#) insbesondere auch nicht zu Lasten eines anderen Leistungsträgers (der Beklagten) geht.

Die Klägerin hat auch nach Maßgabe rentenversicherungsrechtlicher Vorschriften keinen Anspruch gegen die Beigeladene, für dessen Erfüllung diese im Außenverhältnis zur Klägerin nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) zuständig wäre.

Rechtsgrundlage des aus der Selbstbeschaffung der Leistung resultierenden rehabilitations-rechtlichen Kostenerstattungsanspruchs ist [§ 15 Abs. 1 S. 3](#) und 4 SGB IX: "Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist (gemeint ist damit die dem Rehabilitationsträger zu setzende angemessene Nachfrist nach [§ 15 Abs. 1 S. 2 SGB IX](#)) eine erforderliche Leistung selbst, ist der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet. Der Erstattungsanspruch besteht auch, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat." Im vorliegenden Fall geht es um einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 15 Abs. 1 S. 4 Fall 2 SGB IX](#), weil die Beigeladene ihre Leistungspflicht auf den Festbetrag beschränkt und damit den weitergehenden Antrag auf Ausstattung mit dem höherwertigen Gerät abgelehnt hat (BSG SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, Rn. 9).

Die Regelungen des [§ 15 Abs. 1 S. 3](#) und 4 SGB IX sind auch im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung unmittelbar anwendbar (BSG SozR 4-3250 § 14 Nr. 8 Rn. 12). Dem steht insbesondere [§ 7 S. 2 SGB IX](#) nicht entgegen, wonach die Zuständigkeit der Träger und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe ([§§ 4, 5 SGB IX](#)) nach den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen zu bestimmen sind. Schon nach dem Wortlaut dieser Vorschrift bezieht sich diese Verweisung nur auf Teilhabeleistungen - also die Primäransprüche - selbst, nicht jedoch auf den hier streitbefangenen Kostenerstattungsanspruch.

Die Beigeladene ist auch hinsichtlich des Kostenerstattungsanspruchs nach [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) passivlegitimiert. "Zuständiger Rehabilitationsträger" i. S. von [§ 15 Abs. 1 S. 4 SGB IX](#) ist der nach [§ 14 SGB IX](#) zuständige Träger (BSG SozR 4-3250 § 14 Nr. 8 Rn. 14).

Bei dem rehabilitationsrechtlichen Kostenerstattungsanspruch wegen rechtswidriger Leistungsablehnung nach [§ 15 Abs. 1 S. 4 Fall 2 SGB IX](#) handelt es sich um einen Parallelanspruch zum krankenversicherungsrechtlichen Kostenerstattungsanspruch wegen rechtswidriger Leistungsablehnung nach [§ 13 Abs. 3 S. 1 Fall 2 SGB V](#). Der Anspruch ist demgemäß gegeben, wenn der nach [§ 14 SGB IX](#) zuständige Rehabilitationsträger die Erfüllung eines Naturalleistungsanspruchs rechtswidrig abgelehnt und der Versicherte bzw. Leistungsberechtigte sich die Leistung selbst beschafft hat, wenn weiterhin ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht, die selbst beschaffte Leistung notwendig ist und die Selbstbeschaffung eine rechtlich wirksame Kostenbelastung des Versicherten bzw. Leistungsberechtigten ausgelöst hat. Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt.

Der Kostenerstattungsanspruch scheitert nicht an der fehlenden Kausalität zwischen Leistungsablehnung und Kostenbelastung. Ansprüche nach [§ 15 Abs. 1 S. 4 Fall 2 SGB IX](#) sind - ebenso wie nach [§ 13 Abs. 3 S. 1 Fall 2 SGB V](#) - zwar nur gegeben, wenn der zuständige Rehabilitationsträger (hier die beigeladene Krankenkasse) eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten "dadurch" Kosten für die selbst beschaffte Leistung entstanden sind. Dazu muss die Kostenbelastung des Versicherten der ständigen Rechtsprechung des BSG zufolge wesentlich auf der Leistungsverzögerung des Trägers beruhen (vgl. etwa BSGE 96, 161 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 8, Rn. 24). Hieran fehlt es, wenn dieser vor Inanspruchnahme der Versorgung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst worden ist, obwohl dies möglich gewesen wäre (vgl. BSG SozR 3-2500 § 13 Nr. 15 S. 74 m. w. N.; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 12, Rn. 10; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 16, Rn. 13 m. w. N.), oder wenn der Versicherte auf eine bestimmte Versorgung von vornherein festgelegt war (stRspr; vgl. BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 20 Rn. 29). Das ist hier nicht der Fall.

"Selbst verschafft" ist eine Hilfsmittel-Leistung nicht schon mit deren Auswahl. Die Auswahl ist dem Hilfsmittelbewilligungsverfahren notwendig vorgeschaltet und scheidet deshalb mit Ausnahme von Fällen der Vorfestlegung - für die hier nichts festgestellt ist - als Anknüpfungspunkt für den Zeitpunkt der Hilfsmittelbeschaffung aus. Anspruchshindernd ist erst ein unbedingtes Verpflichtungsgeschäft im Verhältnis zwischen Versichertem und Leistungserbringer (vgl. BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 10 Rn. 22). Unschädlich sind danach Auswahlentscheidungen, die den Versicherten nicht endgültig binden und die 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 des Trägers eine endgültige rechtliche Verpflichtung eingeht und der Leistungserbringer demgemäß auch im Falle der Ablehnung des Leistungsbegehrens durch den Träger die Abnahme und Bezahlung des Hilfsmittels verlangen kann. Dies ist hier erst mit dem Empfang der Hörgeräte am 23. August 2007 der Fall gewesen und damit deutlich nach der - in der Beschränkung auf den Festbetrag liegenden - ersten Teil-Ablehnung der Beigeladenen vom 31. Mai 2007.

Der Anspruch der Klägerin gemäß [§§ 9, 15 SGB VI](#) i. V. m. [§ 26 Abs. 2 Nr. 6](#) und [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) scheitert jedoch daran, dass es – wie oben bereits ausgeführt – an dem Nachweis der Erforderlichkeit der höherwertigen Ausstattung aus rein beruflichen Gründen fehlt. Wählt ein Versicherter ein zum Behinderungsausgleich geeignetes Hilfsmittel in einer über das medizinisch Notwendige hinausgehenden aufwändigeren Ausführung, trägt die Krankenkasse nur die Kosten des Hilfsmittels in der notwendigen Ausstattung, während die Mehrkosten grundsätzlich vom Versicherten selbst zu tragen sind ([§ 33 Abs. 1 S. 5 SGB V](#) und [§ 31 Abs. 3 SGB IX](#)). Ist die höherwertige Ausstattung dagegen zwar nicht für den Alltagsgebrauch, wohl aber aus rein beruflichen Gründen erforderlich, fallen die Mehrkosten, die sonst der Versicherte selbst tragen müsste, dem Rentenversicherungsträger zur Last. Gerade letzteres ist hier angesichts des Berufsbildes der Klägerin und der Feststellungen des Dipl.-Ing. R in seinem Gutachten vom 07. Oktober 2010 nicht ersichtlich. Ferner hat auch hier die Klägerin im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach [§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) nicht das ihr Zumutbare getan, um die notwendige Leistung zur Vermeidung unnötiger Kosten zu ermitteln. Schließlich ist ihr auch hier der von ihr am 23. Juli 2007 gegenüber der Beigeladenen erklärte Verzicht entgegen zu halten.

Das Urteil des SG war daher dahingehend abzuändern, dass der Bescheid der Beklagten vom 14. Dezember 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. März 2008 aufzuheben war.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Zwar hat die Klägerin insoweit obsiegt, als der angefochtene Bescheid der Beklagten in der Gestalt des Widerspruchsbescheides aufzuheben war, jedoch resultiert daraus kein Anspruch der Klägerin auf Erstattung der weiteren Kosten für die Hörgeräte, so dass diese im Wesentlichen unterlegen ist.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2014-01-17