L 16 R 1039/14

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 11 R 404/11
Datum
23.10.2014
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 16 R 1039/14
Datum
11.11.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 23. Oktober 2014 geändert. Die Beigeladene wird unter Aufhebung des Bescheides vom 10. Oktober 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. März 2012 verurteilt, der Klägerin unter Änderung der Bescheide vom 29. September 2010 und 5. November 2010 Kosten für die selbst beschafften Hörgeräte KINDSaphir Plus C HS in Höhe von 2.900,- EUR zu erstatten. Die Beigeladene trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin im gesamten Verfahren. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Übernahme von Kosten für eine beidseitige Hörgeräteversorgung der Klägerin, soweit diese den von der Beigeladenen geleisteten Festbetrag übersteigen.

Die 1954 geborene Klägerin ist seit 1999 bei einer Versicherungsgesellschaft als Bürokraft beschäftigt (Arbeitsvertrag vom 18. Juni 1999); auf die Tätigkeits- und Arbeitsplatzbeschreibung der Arbeitgeberin vom 17. November 2011 wird Bezug genommen.

Der Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Allergologie Dr. U verordnete der Klägerin unter dem 6. Juli 2010 auf einem entsprechenden Vordruck erstmalig beidseits Hörhilfen und nannte dazu als Diagnose "Presbyakusis" (Altersschwerhörigkeit). Mit dieser Hörgeräteverordnung wandte sich die Klägerin am 13. Juli 2010 an das Hörgeräteakustikunternehmen K GmbH in L (im Folgenden: K). K erstellte unter dem 30. August 2010 einen Kostenvoranschlag für eine beidseitige Hörgeräteversorgung der Klägerin mit dem Gerät KINDsaphirPlus C HS iHv 3.393,98 EUR (Gesamtpreis iHv 4.408,98 EUR abzüglich Festbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) iHv 1.015,- EUR) und nahm einen Hörgerätevergleich mit vier anderen Modellen, darunter dem zuzahlungsfreien KINDavero HS, vor; auf das Hörprotokoll vom 17. September 2010 wird verwiesen. Auf die Versorgungsanzeige der K vom 17. September 2010 teilte die beigeladene Krankenkasse der Klägerin mit Schreiben vom 29. September 2010 mit, dass die vertraglich vereinbarten Kosten iHv 1.035,- EUR übernommen würden. An den Mehrkosten für ein höherwertiges Gerät könne sich die Beigeladene nicht beteiligen. Die Klägerin erwarb das Gerät KINDsaphirPlus C HS, mit dem sie am 30. November 2010 versorgt wurde (Abschlussbericht der K vom 30. November 2010). Die entsprechende Rechnung der K vom 9. Dezember 2010 iH eines verbleibenden Eigenanteils von 2.900,- EUR nach Abzug der Zuzahlung iHv 20,- EUR beglich die Klägerin am 15. Dezember 2010.

Unter Verwendung des betreffenden Antragsformulars der beklagten Deutschen Rentenversicherung Bund und unter Beifügung des Kostenvoranschlags sowie der Hörgeräteverordnung beantragte die Klägerin am 4. Oktober 2010 bei der Beklagten die Übernahme der nicht von der Beigeladenen übernommenen Kosten des Hörgeräts. Mit Bescheid vom 20. Oktober 2010 lehnte die Beklagte der Klägerin gegenüber den Antrag auf Hörhilfeversorgung ab. Zur Begründung führte sie ua aus, dass kein berufsspezifischer Mehrbedarf, der über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu Lasten der Beklagten abzudecken sei, bestehe. Eine den medizinischen Erfordernissen entsprechende zweckmäßige Ausstattung durch die GKV sei auch bei der von der Klägerin ausgeübten Tätigkeit als Versicherungsangestellte ausreichend. Eine spezifisch berufsbedingte Notwendigkeit sei nicht erkennbar. Den Antrag der Klägerin leitete die Beklagte an die Beigeladene, dort eingehend am 27. Oktober 2010, weiter. Der Widerspruch der Klägerin blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 13. Mai 2011).

Die Beigeladene hatte es mit Bescheid vom 5. November 2010 (erneut) abgelehnt, über den Vertragspreis hinausgehende Kosten der Hörgeräteversorgung zu übernehmen. Im August 2011 beantragte die Klägerin die Überprüfung dieses Bescheides nach Maßgabe von § 44 Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X). Mit Bescheid vom 10. Oktober 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. März 2012 lehnte die Beigeladene eine Änderung des Bescheides vom 5. November 2010 ab. Dabei hatte

sie im Widerspruchsverfahren K erneut um einen Hörgerätevergleich gebeten. K teilte nach Anpassung des zuzahlungsfreien Gerätes KINDavero HS (Bericht und Hörprotokoll vom 29. Dezember 2011) mit, die Klägerin habe das genannte Gerät in "gewohnter Umgebung" getragen. Dieses sei als ausreichende Versorgung ihres Hörverlustes anzusehen.

In dem auf den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 13. Mai 2011 anhängig gewordenen Klageverfahren hat das Sozialgericht (SG) Cottbus den Direktor der Klinik für Audiologie und Phoniatrie der Charité Berlin Prof. Dr. G als Sachverständigen eingesetzt. Dieser Arzt hat in seinem Gutachten vom 15. Juli 2014 (Untersuchung am 1. Juli 2014) ua ausgeführt, die Schallempfindungsschwerhörigkeit der Klägerin sei geringgradig ausgeprägt. Eine Hörgeräteversorgung sei indiziert. Es genüge dabei, dass die Klägerin mit einem Hörgerät zum Festbetrag versorgt werde. Nach dem Hörprotokoll für das Gerät KINDavero HS scheine dieses Gerät diese Bedingungen zu erfüllen. Das SG hat, nachdem die Beklagte den Bescheid vom 20. Oktober 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Mai 2011 aufgehoben hatte, die gegen die Beklagte, hilfsweise die Beigeladene gerichtete Klage abgewiesen (Urteil vom 23. Oktober 2014). Zur Begründung ist ausgeführt: Die Voraussetzungen für die Erstattung der Kosten lägen nicht vor. Die Beigeladene habe als erstangegangener Rehabilitationsträger den Anspruch der Klägerin unter allen rechtlich in Betracht kommenden Möglichkeiten prüfen müssen. Die Klägerin habe jedoch keinen Anspruch auf Ausstattung mit den gewünschten und schließlich auch angeschafften digitalen Hörgeräten, die über die Festbetragsversorgung hinausgingen. Es sei bei Beachtung des Sachverständigengutachtens von Prof. Dr. G davon auszugehen, dass die Klägerin zwar auf eine Hörgeräteversorgung angewiesen sei. Hierfür sei wegen der Art und Schwere der Hörbehinderung im Alltag und auch im Beruf indes eine Versorgung mit Festbetragsgeräten ausreichend.

Mit der Berufung verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Sie trägt vor: Das beschaffte Hörgerät ermögliche, wie aus den Hörprotokollen ersichtlich, eine bessere Sprachverständlichkeit als das zuzahlungsfreie KINDavero HS. Mit dem letztgenannten Gerät komme sie am Arbeitsplatz nicht klar. Das eingeholte Sachverständigengutachten habe nur begrenzte Aussagekraft, zumal eine vergleichende Messung der Hörgeräte nicht erfolgt sei. Der Sachverständige stütze sich alleine auf die Dokumentation der K.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 23. Oktober 2014 zu ändern und die Beigeladene unter Aufhebung des Bescheides vom 10. Oktober 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. März 2012 zu verurteilen, ihr unter Änderung der Bescheide vom 29. September 2010 und 5. November 2010 für die beidseitige Versorgung mit den Hörgeräten KINDSaphir Plus C HS weitere 2.900,- EUR zu erstatten.

Die Beigeladene beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG für zutreffend.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf deren vorbereitende Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

Die Gerichtsakten und die Verwaltungsakten der Beklagten und Beigeladenen haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin, mit der sie (nur) noch die Verurteilung der Beigeladenen zur Erstattung der den Festbetrag (vgl § 36 SGB Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V -) übersteigenden Kosten der von ihr beschafften Hörgeräte geltend macht, ist begründet. Die Beigeladene hat der Klägerin unter entsprechender Änderung ihrer Bescheide vom 29. September 2010 und 5. November 2010 die bezeichneten weiteren Kosten iHv 2.900,- EUR zu erstatten.

Die Verurteilung der Beigeladenen ergibt sich aus der durch § 75 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eröffneten Befugnis, anstelle des verklagten Versicherungs- oder Leistungsträgers nach Beiladung den tatsächlich leistungsverpflichteten, aber nicht verklagten Träger zu verurteilen. Wie vom Bundessozialgericht (BSG) in einem vergleichbaren Fall entschieden (vgl Urteil vom 24. Januar 2013 – B 3 KR 5/12 R – juris Rn 12), ist – nach Aufhebung des Ablehnungsbescheides der Beklagten – Verfahrensgegenstand die für das Verhältnis der Klägerin zur Beigeladenen maßgebende Entscheidung im Zugunstenverfahren nach § 44 SGB X vom 10. Oktober 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. März 2012, mit der diese bei verständiger Würdigung der getroffenen Verwaltungsentscheidung eine Änderung ihrer Bescheide vom 29. September 2010 und 5. November 2010 abgelehnt hat, in denen sie ihre Kostenzusage auf den Festbetrag beschränkt und eine technisch aufwändigere und teurere Versorgung abgelehnt hatte. Über diese Verwaltungsentscheidung der Beigeladenen ist zu befinden, weil eine unmittelbare Verurteilung der Beigeladenen nach § 75 Abs. 5 SGG voraussetzt, dass dieser Ablehnungsentscheidung im Verhältnis zwischen dem Kläger und der Beigeladenen keine Bindungswirkung zukommt; andernfalls wäre eine Verurteilung der Beigeladenen nach § 75 Abs. 5 SGG ausgeschlossen (BSG aaO). Im Übrigen sind die Ablehnungsentscheidungen der Beigeladenen vom 29. September 2010 und 5. November 2010 ohnehin nicht in Bestandskraft erwachsen, weil der Teilhabeantrag der Klägerin gegenüber der Beklagten vom 4. Oktober 2010 auch als Widerspruch gegen die Ablehnungsentscheidung der Beigeladenen vom 29. September 2010 anzusehen ist (vgl BSG aaO Rn 59 mwN) mit der Folge, dass auch der weitere Ablehnungsbescheid vom 5. November 2010 Gegenstand dieses Widerspruchsverfahrens geworden ist (vgl § 86 SGG), ebenso wie der dann ergangene negative Zugunstenbescheid vom 10. Oktober 2011.

Den Anspruch auf Kostenerstattung für die iHv 2.900,- EUR selbst finanzierte Versorgung mit beidseitigen Hörgeräten macht die Klägerin zu Recht mit der statthaften kombinierten Anfechtungs,- Verpflichtungs- und Leistungsklage geltend.

Der Anspruch der Klägerin gegenüber der Beigeladenen auf Erstattung des für die selbst beschafften Hörgeräte zu entrichtenden Eigenanteils beruht auf § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V. Als Anspruchsgrundlage kommen für den geltend gemachten Erstattungsanspruch einerseits nach dem Recht der GKV § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V und andererseits – im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung

unmittelbar (vgl BSG SozR 4-3250 § 14 Nr 8) - § 15 Abs. 1 Satz 4 iVm Satz 3 Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX) in Betracht. Danach gilt nach dem Recht der GKV: Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch dem 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 (stRspr; vgl zB BSGE 79, 125, 126 f = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 51 f mwN; BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 27 Nr 12, Rn 11 mwN; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 19 Rn 12). Der Anspruch ist demgemäß gegeben, wenn die Krankenkasse die Erfüllung eines Naturalleistungsanspruchs rechtswidrig abgelehnt und der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat, wenn weiterhin ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht, die selbst beschaffte Leistung notwendig ist und die Selbstbeschaffung eine rechtlich wirksame Kostenbelastung des Versicherten ausgelöst hat (vgl BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 20 Rn 25). Diese Voraussetzungen sind daher erfüllt, wenn die Beigeladene ihre Leistungspflicht nach dem Leistungsrecht des SGB V zu Unrecht auf den Festbetrag begrenzt und die vollständige Erfüllung des gegebenen Leistungsanspruchs somit rechtswidrig abgelehnt hat. Dies ist hier der Fall, weil der Klägerin ein krankenversicherungsrechtlicher Anspruch auf die von ihr selbst beschaffte "Primärversorgung" zustand, die Beigeladene diese rechtswidrig abgelehnt (erstmals mit Bescheid vom 29. September 2010) und die Klägerin sich diese danach durch ein Verpflichtungsgeschäft mit dem Hörgeräteakustiker im Dezember 2010 selbst beschafft hatte. Es kommt daher nicht darauf an, dass die Beigeladene als (auch) für eine etwaige rentenversicherungsrechtliche Hilfsmittelversorgung zuständig gewordener erstangegangener – dazu sogleich - Leistungsträger iSv § 14 SGB IX nach Maßgabe von §§ 9 Abs. 1 Satz 1, 15 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – (SGB VI) iVm §§ 26 bis 31 SGB IX auch insoweit der im Außenverhältnis zur Klägerin für den hier in Rede stehenden Versorgungsfall allein zuständige Leistungsträger ist.

Rechtsgrundlage des krankenversicherungsrechtlichen Leistungsanspruchs ist § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Hiernach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, wenn sie erstens nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder nach § 34 Abs. 4 SGB V aus der GKV-Versorgung ausgeschlossen und zweitens 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 Satz 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.

Die Beigeladene ist gegenüber der Klägerin im Außenverhältnis nach § 14 SGB IX allein zuständiger Träger für den hier in Rede stehenden Versorgungsfall.

Erstangegangener Rehabilitationsträger iSv § 14 SGB IX ist zunächst der Träger, von dem Versicherte bzw Leistungsbezieher erstmals mit dem zu beurteilenden Antrag auf Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe befasst worden ist. So liegt es hier in Bezug auf die Beigeladene. Diese als erstmals befasste "Stelle" hat ihre Zuständigkeit nach § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IV im Außenverhältnis zur Klägerin auch nicht dadurch verloren, dass sie aus ihrer Sicht – hier mit dem (ohne Rechtsmittelbelehrung ergangenen) Erstbescheid vom 29. September 2010 wegen der Kostenübernahme für Hilfsmittel in Höhe des Festbetrages – das Verwaltungsverfahren abgeschlossen hat (vgl § 8 SGB X). Die Beigeladene ist im Außenverhältnis zur Klägerin (im Verhältnis zur Beklagten verweisen § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX und §§ 102 ff. SGB X auf einen nachträglichen Ausgleich) mangels Weiterleitung des Leistungsantrags an die Beklagte nach § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX für das Versorgungsbegehren ausschließlich zuständig geworden; dies schließt eine Zuständigkeit der Beklagten für die Erfüllung des Kostenerstattungsanspruchs von vornherein aus (vgl BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – B 3 KR 5/12 R – aaO - Rn 18).

Nach der Rechtsprechung des BSG, die der Senat seiner Entscheidung zugrunde legt, ist grundsätzlich – so auch hier – davon auszugehen, dass Versicherte, wie die Klägerin, die mit einem Leistungserbringer – hier dem Hörgeräteakustiker – als Vertragspartner ihrer Krankenkasse in Kontakt treten und diesem eine vertragsärztliche Verordnung vorlegen, damit gleichzeitig den Antrag nach § 19 Satz 1 SGB IV stellen (vgl BSG, Urteil vom 30. Oktober 2014 – B 5 R 8/14 R – Rn 42) Dies war vorliegend am 13. Juli 2010 der Fall. Es besteht insoweit ein der Krankenkasse zurechenbarer Rechtsschein der Empfangszuständigkeit des Hörgeräteakustikers für rehabilitationsrechtliche Leistungsanträge im Sinne einer geduldeten passiven Stellvertretung (vgl BSG aaO Rn 42). Denn "da die Krankenkasse im von ihr initiierten Versorgungsablauf praktisch das gesamte der ärztlichen Verordnung folgende Antrags-, Bedarfsfeststellungs-, Versorgungs- und Abrechnungsverfahren den Hörgeräteakustikern überantwortet hat, begründet sie bei ihren Versicherten ein schutzwürdiges Vertrauen darauf, dass es sich beim Hörgeräteakustiker insoweit um eine zur Antragsentgegennahme zuständige Stelle handelt." Gleichwohl ist nicht ausgeschlossen, dass Hörgeräteakustiker ausnahmsweise von Versicherten, denen ein freies Wahlrecht hinsichtlich des in Anspruch genommen Rehabilitationsträgers zusteht, allein in dieser Funktion – und nicht gleichzeitig als Repräsentant des Krankenversicherungsträgers – aufgesucht werden und damit Raum für eine (Erst-)Antragstellung insbesondere bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bleibt. Anhaltspunkte für Letzteres sind hier indes nicht ersichtlich. Der Antrag der Klägerin richtete sich nach der Auslegungsregel des § 2 Abs. 2 SGB I auf eine umfassende, nach Maßgabe des Sozialgesetzbuchs – hier also nach dem SGB V und dem SGB VI – bestmögliche Versorgung mit einem Hörgerät. Diese Auslegung schließt zugleich die Aufspaltung des klägerischen Begehrens in zwei separate Leistungsanträge – also einen Antrag auf Bewilligung eines Festbetrages (vgl § 12 Abs. 2 SGB V) und einen weiteren Antrag auf Bewilligung einer über den Festbetrag hinausgehenden, technisch anspruchsvolleren und teureren Versorgung von vornherein aus (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – B 3 KR 5/12 R - Rn 21). Es ist mithin von einem einheitlichen, hier am 13. Juli 2010 bei der Beigeladenen gestellten Leistungsantrag auszugehen. Auch die Versorgungsanzeige der K gegenüber der Beigeladenen und selbst die (erste) Verwaltungsentscheidung der Beigeladenen erfolgten im Übrigen vor der Antragstellung bzw erstmaligen Befassung der Beklagten am 4. Oktober 2010, nämlich bereits im September 2010.

Die Voraussetzungen eines krankenversicherungsrechtlichen Erstattungsanspruches gegenüber der Beigeladenen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V iVm § 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 2 SGB V liegen auch im Übrigen vor. Danach gilt (vgl BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – B 3 KR 5/12 R - Rn 38): 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 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. Teil des von den Krankenkassen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V geschuldeten und möglichst vollständigen (unmittelbaren) Behinderungsausgleichs ist es, hörbehinderten Menschen nicht nur die Verständigung im Einzelgespräch unter direkter Ansprache zu ermöglichen, sondern ihnen auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen zu eröffnen und ihnen die dazu nach dem Stand der Hörgerätetechnik (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) jeweils erforderlichen Geräte zur Verfügung zu stellen. Das schließt je nach Notwendigkeit auch die Versorgung mit digitalen Hörgeräten ein. Beschränkter sind die Leistungspflichten der GKV, wenn die Erhaltung bzw Wiederherstellung der beeinträchtigten Körperfunktion nicht oder nicht ausreichend möglich ist und deshalb Hilfsmittel zum Ausgleich von direkten und indirekten Folgen der Behinderung im gesamten täglichen Leben benötigt werden und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens – wie das Hören – betroffen wäre (sog mittelbarer Behinderungsausgleich). Dann sind die Krankenkassen ständiger BSG-Rechtsprechung (aaO Rn 32) zufolge nur für einen Basisausgleich von Behinderungsfolgen eintrittspflichtig. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation ist in diesem Fall Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme, weil Auswirkungen bei der oder auf die Berufsausübung für die Hilfsmittelgewährung nach dem SGB V grundsätzlich unbeachtlich sind. Für Leistungen der medizinischen Rehabilitation und demgemäß nach § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX auch für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die Krankenkassen insofern nicht allein zuständig, sondern ebenso Rehabilitationsträger wie ua die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. §§ 9 Abs. 1 Satz 1, 15 Abs. 1 Satz 1 SGB VI iVm § 31 SGB IX) und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (vgl § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Dies rechtfertigt die Leistungsbegrenzung in der GKV auf solche Hilfsmittel, mit denen die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder gemildert werden können und die damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betreffen (stRspr, aaO Rn. 33).

Hier ist ein möglichst vollständiger funktionaler Ausgleich der Hörbehinderung (nur) durch die von der Klägerin beschafften Hörgeräte möglich, so dass diese schon im Rahmen des unmittelbaren Behinderungsausgleichs von der Beigeladenen zur Verfügung zu stellen sind. Die Anforderungen am Arbeitsplatz, wie sie sich aus den beigezogenen Arbeitsplatzbeschreibungen und den Angaben der Klägerin ergeben, sind dabei im Wesentlichen solche, die auch beim unmittelbaren Behinderungsausgleich zugrunde zu legen sind (zB Telefonate mit Störgeräuschen im Hintergrund, Hören und Verstehen in größeren Räumen), dh das Hören und Verstehen in großen Räumen und/oder bei störenden Nebengeräuschen. Nach den vorliegenden Hörprotokollen der K vom 17. September 2010 und 29. Dezember 2011 und dem Sachverständigengutachten von Prof. Dr. G konnte zwar sowohl mit dem zuzahlungsfreien Gerät KINDavero HS als auch mit dem von der Klägerin beschafften Gerät KINDsaphirPlus C HS – (nur) dieses Gerät trug die Klägerin bei der gutachterlichen Untersuchung - im Freifeld (65 dB Nutzschall und 0 dB Störschall) das Sprachverstehen von 75 bzw 85% auf 100% gesteigert werden, so dass sich insoweit ein signifikanter Mehrnutzen durch die von der Klägerin beschafften Geräte nicht erkennen lässt. Allerdings ermöglichen die beschafften Geräte – wie sich nachvollziehbar aus den genannten Hörprotokollen ergibt und im Übrigen auch zwischen den Beteiligten nicht streitig ist - bei einem Störschall von 60 dB bei stereophoner Anpassung eine Verbesserung der Sprachverständlichkeit links auf 70% gegenüber dem zuzahlungsfreien Gerät von nur 60%. Gerade im Hinblick auf störende Umgebungsgeräusche, auf die die Klägerin explizit abhebt, erlauben die erworbenen Geräte somit eine wesentlich bessere Sprachverständlichkeit. Hinzu kommt auch bei einem Nutzschall im Freifeld von 55 dB eine deutlich verbesserte Verständlichkeit mit dem KINDsaphirPlus C HS (85% zu 60%). Der Senat sieht auf der Grundlage dieser Feststellungen iS des unmittelbaren Behinderungsausgleichs deutliche Gebrauchsvorteile der gewählten Hörversorgung im Alltagsleben gegenüber dem Festbetragsgerät. Dass die Schwerhörigkeit der Klägerin insgesamt "geringgradig" (Prof. Dr. G) ausgeprägt ist, kann als solches nicht zu Einschränkungen beim unmittelbaren Behinderungsausgleich führen, der vom Ziel des vollständigen funktionalen Ausgleichs getragen ist. Der Hinweis des Sachverständigen, das – von ihm bei der Klägerin gar nicht getestete - Festbetragsgerät KINDavero HS "scheint ...diese Bedingungen", die er im Einzelnen nicht dargelegt hat, zu erfüllen, rechtfertigt keine anderslautende Beurteilung. Mangels vergleichender Bewertung hat es insoweit auch keiner klarstellenden Nachfrage bei Prof. Dr. G bedurft.

Zwar ist der Anspruch auf eine Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V begrenzt. 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 S 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 (vgl BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 26 S 153; stRspr); Mehrkosten sind andernfalls selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Eingeschlossen in den Versorgungsauftrag der GKV ist eine kostenaufwändige Versorgung dagegen dann, wenn durch sie eine Verbesserung bedingt ist, die einen wesentlichen Gebrauchsvorteil gegenüber einer kostengünstigeren Alternative bietet. Das gilt bei Hilfsmitteln zum unmittelbaren Behinderungsausgleich insbesondere durch Prothesen für grundsätzlich jede Innovation, die dem Versicherten in seinem Alltagsleben deutliche Gebrauchsvorteile bietet (vgl BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 44 S 249 - C-Leg I; BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 45 S 255 - Damenperücke; BSGE 93, 183 = SozR 4-2500 § 33 Nr 8, RdNr 4 - C-Leg II). 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 (vgl BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 44 S 249; BSGE 93, 183 = SozR 4-2500 § 33 Nr 8, RdNr 15)Dasselbe gilt für lediglich ästhetische Vorteile (vgl BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 45 -Damenperücke). Nach diesen Grundsätzen zur Versorgung Versicherter mit Hilfsmitteln zum Ausgleich von Behinderungen bietet das gewählte Gerät – wie dargelegt - deutliche Gebrauchsvorteile im Alltagsleben gegenüber dem Festbetragsgerät.

Der Klägerin steht damit gegenüber der insoweit nach § 75 SGG Abs. 5 SGG zu verurteilenden Beigeladenen ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V iH der entstandenen und von ihr getragenen Kosten von 2.900,- EUR zu, weil sie einen Sachleistungsanspruch auf Ausstattung mit den ihr angepassten Hörgeräten (§ 33 SGB V) hat. Die Entscheidung für die Geräte KINDsaphirPLUS C HS fiel iS eines unbedingten Verpflichtungsgeschäfts (vgl BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – B 3 KR 5/12 R – Rn 44 mwN) frühestens am 9. Dezember 2010. Die Beigeladene hatte zuvor mit Bescheiden vom 29. September 2010 und 5. November 2010 die Erfüllung des Naturalleistungsanspruchs rechtswidrig abgelehnt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für eine Zulassung der Revision gemäß § 160 Abs. 2 Nrn. 1 oder 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login

BRB
Saved
2016-03-01