

## L 5 KR 1539/07

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 8 KR 1498/06  
Datum  
08.02.2007  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KR 1539/07  
Datum  
24.09.2008  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 8.2.2007 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung der den einschlägigen Festbetrag übersteigenden Kosten für ein (digitales) Hörgerät.

Der 1982 geborene Kläger, bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert, beantragte mit einem bei der Beklagten (erstmalig) am 2.1.2004 eingegangenen Schreiben (Fax) die Versorgung mit einem digitalen Hörgerät. Zur Begründung führte er aus, er werde ein Praktikum absolvieren und sodann ein Studium aufnehmen. Deshalb sei notwendig, dass er mit dem digitalen Hörgerät noch vorhandene Hörreste nutzen könne. Er bitte, die Kosten für diese speziellen Hörgeräte zu übernehmen (Verwaltungsakte S. 2). Auf Anforderung der Beklagten durch Schreiben vom 12.1.2004 - im Betreff mit "Ihr Antrag auf Kostenübernahme eines digitalen Hörgeräts" überschrieben - legte der Kläger mit Fax vom 17.1.2004 eine Verordnung der HNO-Ärztin Dr. W. vom 16.2.2004 und einen Kostenvoranschlag der Firma Sch. und Scarsella (S. u. S.) vom 28.11.2003 vor; danach entstünden für das Hörgerät Digi Focus II Super Power (rechts und links) Gesamtkosten in Höhe von 4.240,08 EUR.

Das Hörgerät war dem Kläger im November 2003 angepasst worden. Dazu führte die Firma S. u. S. im Anpassungsbericht vom 19.6.2006 (SG-Akte S. 31) aus, im Rahmen der vergleichenden Anpassung habe man vier Hörgeräte ausgewählt. Es handele sich um die Geräte Oticon Sumo (leistungsstarkes analoges Hörsystem mittlerer Preislage), W. Bravo B 32 (leistungsstarkes digitales Hörsystem oberer Preisklasse), Ph. Super Ffont PP-C-L-4 (leistungsstarkes analoges Hörsystem, zuzahlungsfrei zum Krankenkassenfestbetrag) und Oticon DigiFocus 2 SuperPower (leistungsstarkes digitales Hörsystem der oberen Preisklasse). Auf Grund des starken Hörverlustes des Klägers sei eine Dokumentation durch eine Freifeldmessung mit Einsilbern (Freiburger Sprachtest) nicht möglich gewesen. Die Hörsystemeinstellungen seien jeweils mit In-situ-Messungen nach den subjektiven Angaben des Klägers überprüft worden. Dieser habe die Hörsysteme nach ihrem individuellen Klangbild sowie der Möglichkeit, einer Unterhaltung folgen zu können, beurteilt. Während der Anpassung sei es mit den Hörsystemen der Firmen W. und Ph. zu Rückkopplungen gekommen. Lediglich die Systeme der Firma Oticon (Sumo und DigiFocus 2 SuperPower) hätten über eine wirkungsvolle Rückkopplungsunterdrückung verfügt und hätten problemlos angepasst werden können. Auf Grund der besseren Verständlichkeit in der Unterhaltung und des angenehmeren Klangbildes habe sich der Kläger für das in Rede stehende System entschieden.

Die Beklagte befragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Hamburg (MDK). Der HNO-Arzt Dr. B. führte unter dem 25.3.2004 aus, beim Kläger liege Hörrestigkeit beidseits vor. Die vorhandenen Geräte seien technisch verbraucht, sodass keine ausreichende Verständigung mehr verfügbar gewesen sei. Die Neuversorgung erhalte das Richtungsgehör und verbessere das Ablesen vom Mund des jeweiligen Gesprächspartners. Diese Eigenschaften würden auch durch Festbetragsgeräte erreicht. Die Kostenübernahme für Geräte der Gruppe 3 werde befürwortet (Verwaltungsakte S. 13).

Mit Schreiben vom 6.4.2004 teilte die Beklagte dem Kläger mit, die Kosten für die Hörgeräteversorgung zum Kassensatz für die Gruppe 3 werde genehmigt. Den genehmigten Kostenvoranschlag habe man der Firma S. u. S. zugeschickt.

Mit Schreiben vom 27.10.2004 legte der Kläger der Beklagten eine Rechnung der Firma S. u. S. vom 26.5.2004 über 2 Hörgeräte Digi Focus II Super Power zum Preis von 4.162,06 EUR vor. Vom Rechnungsbetrag waren als Leistung der Beklagten 987,31 EUR abgezogen; es werde gebeten, die restlichen Kosten von 3.073 EUR zu übernehmen.

Mit Bescheid vom 22.12.2004 lehnte die Beklagte die Übernahme weiterer Kosten unter Hinweis auf Gesichtspunkte der Wirtschaftlichkeit und der medizinischen Notwendigkeit ab.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs trug der Kläger vor, zum Nachweis der Eignung und Wirtschaftlichkeit eines Hilfsmittels genüge es, wenn praktische Erfahrungen die jeweiligen Vorteile bestätigten. Die Vorteile digitaler Hörgeräte lägen auf der Hand.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17.3.2006 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Erstattungsfähig seien die für das jeweilige Hörgerät einschlägigen Festbeträge, es sei denn, nur das beantragte Gerät sei erforderlich im Sinne des [§ 33 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Hierzu habe der MDK festgestellt, dass ein Festbetragsgerät in gleichem Maße zur Verbesserung der Hörfähigkeit geeignet sei.

Am 13.4.2006 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Heilbronn, das den Rechtsstreit mit Beschluss vom 3.5.2006 an das örtlich zuständige Sozialgericht Mannheim verwies.

Der Kläger trug vor, aus einer Stellungnahme der Firma S. u. S. vom 26.4.2006 gehe hervor, dass das begehrte Hörgerät auf Grund seiner technischen Ausstattung bestmögliches Sprachverstehen und rückkopplungsfreies Tragen ermögliche. Er habe bei den Anpassungsversuchen die beste Hörverbesserung im Vergleich mit der bisherigen Versorgung festgestellt. Derzeit absolviere er ein Studium der Wirtschaftsinformatik. Seit Geburt leide er beidseits unter einer an Taubheit grenzenden Innenohrschwerhörigkeit, weshalb ihm ein GdB von 100 zuerkannt sei. Die angepassten Hörgeräte seien medizinisch notwendig. Der einschlägige Festbetrag genüge nicht, um seine Hörbehinderung auszugleichen.

In der Bescheinigung vom 26.4.2006 führte die Firma S. u. S. aus, durch die digitale Signalverarbeitung könne ein breiteres Frequenzspektrum übertragen und damit trotz des starken Hörverlustes ein besseres Sprachverstehen als mit analogen Hörgeräten erreicht werden. Auch in geräuschvoller Umgebung sei Sprachverstehen möglich. Bei der vergleichenden Anpassung habe man mit den in Rede stehenden Geräten die besten Ergebnisse erzielt.

Das Sozialgericht holte den (bereits erwähnten) Anpassungsbericht der Firma S. u. S. (Hörgeräteanpassungsbericht) vom 19.6.2006 (SG-Akte S. 31) ein, erhob Auskünfte der Hörgerätehersteller Ph. und W. sowie das Gutachten des HNO-Arzt Dr. Z. vom 7.11.2006.

Die Firma Ph. führte unter dem 30.8.2006 aus (SG-Akte S. 41), akustische Rückkopplungen seien ein sehr häufiges Phänomen bei der Anpassung von Hörgeräten. Das von ihr hergestellte Gerät Super Front PP-C-L-4 verfüge über weniger Möglichkeiten, Rückkopplungen aktiv zu unterdrücken, als moderne digitale Systeme. Insoweit seien bei diesem älteren analogen Modell die Fähigkeiten zur frequenzspezifischen Modifikation der Verstärkung sehr beschränkt, was das Lösen der Feed-Back-Problematik teilweise schwierig gestalte. Insbesondere bei der Versorgung von Personen mit hochgradigen Hörverlusten sei das ein sehr schwieriges Unterfangen, weil die Betroffenen sehr viel akustische Verstärkung benötigten, um ihre Umwelt wieder wahrnehmen zu können. Auch heute noch seien akustische Rückkopplungen problematisch. Hierbei handele es sich um eine reine Frage der Verstärkung - je höher die Verstärkung, desto größer die Wahrscheinlichkeit von Rückkopplungen.

Die Firma W. gab unter dem 30.8.2006 an (SG-Akte S. 43), seit der Einführung digitaler Hörgeräte vor 10 Jahren sei es möglich, Rückkopplungen in weitem Rahmen zu unterdrücken. Die Qualität der eingesetzten Systeme spiegele sich im Preis der Geräte wieder. Die Hörgeräte ihrer Bravo-Reihe, eine relativ preisgünstige Hörgeräte-Serie, verfügten nicht über ein eingebautes System zur Rückkoppelungsunterdrückung oder -auslöschung. Deshalb könne es bei diesen Geräten auch bei guter Einstellung durch den Hörgeräteakustiker gelegentlich zu Rückkopplungen kommen, beispielsweise beim Telefonieren. Das genannte Gerät (der Bravo-Reihe) sei als sehr leistungsstarkes Gerät wegen der hohen Verstärkung mehr von Rückkopplungen betroffen als leistungsschwächere Geräte dieser Baureihe.

Dr. Z. führte in seinem Gutachten aus, der Kläger habe nach eigenen Angaben mit dem alten Hörgerät beim Einzelgespräch und direkter Ansprache gut gehört, bei Umgebungsgeräuschen jedoch wesentlich weniger verstanden. Derzeit studiere er Informatik und habe zum Teil Schwierigkeiten beim Sprachverstehen im Hörsaal. Durch die Neuanpassung mit dem digitalen Hörgerät habe sich das wesentlich gebessert. Silben seien jetzt klar verständlich, sodass er auch in Umgebungsgeräuschen besser Worte unterscheiden könne als früher.

Der Gutachter fand ein Gesamtwortverstehen beidseits von 0%, weshalb nach sozialrechtlichen Kriterien der Hörverlust 100% betrage. Wegen des Hörverlusts sei eine Freifeldmessung nicht möglich. Die objektiven Messungen hätten im Wesentlichen die subjektiven Angaben des Klägers bestätigt. Das gelte auch für die Hirnstammaudiometrie. Beim Kläger liege faktisch Taubheit vor. Medizinisch fänden sich im Tief- und Mitteltonbereich Hörreste, die bei ausreichender Verstärkung durch Hörgeräte Hören und zum Teil Verstehen ermöglichen könnten. Nach dem Bericht der Firma S. u. S. seien vier Hörgeräte angepasst und verglichen worden. Bei der Anpassung mittels analoger Technik und auch mittels digitaler Technik mit dem System W. Bravo sei es zu starken Rückkoppelungseffekten gekommen. Da der Kläger nur noch über Hörreste im Tief- und Mitteltonbereich verfüge, müssten die Hörgeräte über eine große Verstärkerleistung verfügen. Bei höhergradiger Verstärkung (analog oder digital) seien Rückkopplungseffekte problematisch und prinzipiell nicht vermeidbar. Man könne sie technisch aber signifikant unterschiedlich angehen. Rückkopplungseffekte könnten die Wirkung des Hörgeräts zunichte machen, da dessen Träger zwar gut hören könne, das Hören aber durch häufiges Pfeifen unterbrochen werde. Analoge Geräte könnten Rückkopplungseffekte technisch nur unvollkommen unterdrücken, sofern dies überhaupt gelinge. Bei Analoggeräten könne man Rückkopplungseffekten meist nur dadurch begegnen, dass man die Verstärkung reduziere und das Mikrofon möglichst günstig im Gehörgang platziere. Bei höher und hochgradig Schwerhörigen sei das schwierig. Digitale Hörgeräte könnten Rückkopplungseffekte infolge technischer Besonderheiten wesentlich besser angehen. Es gebe auch Digitalgeräte zum Festbetragspreis; diese hätten zum Teil jedoch keinen oder nur einen fragmentarischen Mechanismus zur Unterdrückung der Rückkopplung. Bei geringgradiger Schwerhörigkeit sei dieses Problem nicht so evident wie bei hochgradiger Schwerhörigkeit.

Bezogen auf den Kläger bedeute dies, dass das Hörgerät über eine große Verstärkerleistung verfügen müsse, da die Hörschwelle zwischen 500 und 2000 Hz bzw. zwischen 80 und 100 dB liege. Diese Verstärkerleistung zzgl. einer Reserve müsse das Hörgerät erbringen. Die Verstärkerleistung als solche könnten sowohl analoge wie digitale Geräte darstellen. Da eine höhergradige Verstärkung jedoch zwangsläufig Rückkopplungseffekte verursache, müsse ein geeigneter Rückkopplungsmechanismus im Gerät integriert sein, da der erzielte Hörgewinn andernfalls wieder zunichte gemacht werden könne. Mit analoger Technik sei das nicht in ausreichendem Maße möglich. Daher seien aus medizinisch/physikalischen Gründen Digitalhörgeräte zu empfehlen. Diese gebe es zwar schon zum Festbetragspreis, allerdings nur ohne geeigneten Rückkopplungsmechanismus. Bei der Verstärkerleistung, die für den Kläger notwendig sei, sei selbst ein hochwertiges Gerät, wie das W. Bravo 2, nicht in der Lage, die Rückkopplungseffekte auf ein akzeptables Niveau zu reduzieren. Angesichts der beim Kläger nur vorhandenen Hörreste sei eine Diskrimination, das Verstehen des Gehörten, nur fragmentarisch möglich, weshalb die zur Verfügung stehende Frequenzbreite (125 bis maximal 2000 Hz) optimal dargestellt werden müsse. Dieser technisch höchst komplexe Vorgang sei nur mit höherwertigen Prozessoren im Hörgerät (mit größerer Rechnerleistung) zu bewältigen. Nach dem Anpassungsbericht der Firma S. u. S. sei das vom Kläger begehrte Hörgerät dazu in höherem Maße geeignet als die anderen erprobten Geräte. Es erreiche unter Berücksichtigung der Kriterien Verstärkerleistung, Diskrimination, Unterdrückung von Rückkopplungseffekten das beste Ergebnis. Es werde daher auf Grund der vorhandenen medizinischen und anamnестischen Datenlage empfohlen. Da es das vorhandene Restgehör am besten nutze, habe es unter den verglichenen Geräten auch den besten Einfluss auf die Verhinderung der Deprivation, also der Rückbildung der nervalen Hörbahnen. Dies sei wichtig, da der Kläger noch jung sei und eine Deprivation der nervalen Hörbahnen seine Chance auf natürliches Resthören noch weiter vermindern würde. Käme es dazu, bliebe nur noch die Versorgung mit Cochlear-Implantaten. Insgesamt biete das vom - faktisch tauben - Kläger begehrte Gerät wesentliche Gebrauchsvorteile gegenüber den verglichenen Geräten; Geräte mit analoger Technik seien aus medizinisch-physikalischen Gründen nicht zu empfehlen. Analogtechniken würden auch nicht mehr entwickelt. Beim Kläger sei ein Gerät der Hörgerätegruppe 3 zum Festpreis (analog oder digital) medizinisch nicht ausreichend. Die Argumentation des MDK-Gutachters Dr. B., der (nur) auf Richtungshören und erleichtertes Lippenablesen abgestellt habe, sei unvollständig; er habe weder die Frage der Diskrimination noch die Rückkopplungsproblematik berücksichtigt. Beim Kläger seien als Besonderheit der Grad der Schwerhörigkeit und seine Jugend in Rechnung zu stellen.

Die Beklagte legte hierzu das weitere MDK-Gutachten des Dr. B. vom 5.12.2006 vor. Dieser führte aus, nach Maßgabe der einschlägigen Rechtsvorschriften bestehe kein Anspruch auf optimale Hilfsmittelversorgung. Die Beklagte müsse nur den Festbetrag leisten. Es genüge, wenn sie dem hörbehinderten Kläger einen Basisausgleich zur Erfüllung seiner Grundbedürfnisse verschaffe; ein Gleichziehen mit den letztendlich unbegrenzten Möglichkeiten Gesunder müsse sie ihm nicht ermöglichen. Die gesetzliche Krankenversicherung habe den Auftrag, ein allgemeines Grundbedürfnis, also ein vitales Lebensbedürfnis, auszugleichen, sei aber nicht dafür zuständig, Nachteile im privaten, gesellschaftlichen und beruflichen Bereich zu beseitigen. Nach der Rechtsprechung sei bei der Leistungsgewährung im Festbetragsbereich für Einzelfallentscheidungen kein Raum. Angesichts der Häufigkeit von Schwerhörigkeit aller Altersgruppen (15.000.000 Hörbehinderte, davon 2.500.000 mit Hörhilfen versorgt) bzw. der Zahl der in Schwerhörigenschulen unterrichteten Schüler (800.000) und der Zahl nahezu tauber Hörbehinderter (etwa 20000) wäre die gewünschte optimale Hörgeräteversorgung für die Krankenkassen zu teuer. Letztendlich gehe es darum, die bei höchstgradiger Schwerhörigkeit notwendige maximale Verstärkung ohne Rückkopplung umzusetzen; das leisteten auch analoge Geräte. Der Gutachter habe das allerdings bestritten. Ein wissenschaftlicher Beleg für den höheren therapeutischen Nutzen digitaler Geräte gem. [§ 139 SGB V](#) fehle. Im Hilfsmittelverzeichnis werde zwischen analogen und digitalen Geräten auch nicht unterschieden. Entgegen der Annahme des Gutachters lägen beim Kläger keine Besonderheiten vor, da es in Deutschland etwa 125.000 ähnlich schwer hörbehinderte Personen gebe. Dass bei suboptimaler Versorgung die Funktion der zentralen Hörbahn leide, sei nur eine Vermutung. Beim Kläger sei die Hörbahnreifung abgeschlossen, einen Reiz zur Aufrechterhaltung der nervalen Funktionen böten auch preisgünstigere Geräte. Die Jugend des Klägers sei nur insoweit als Besonderheit zu werten, als er noch studiere. Die Argumente des Gutachters seien überwiegend richtig; allerdings hätte er die eigentliche Besonderheit des Klägers, der im Studium auf die optimale Nutzung der Hörreste angewiesen sei, noch ausdrücklicher hervorheben können. Man solle dem Kläger, der als Kind und Jugendlicher immer nur mit höherwertigen Geräten zum Festbetrag für Kinder versorgt worden sei, den Kinderfestbetrag (doppelt so hoch wie der Erwachsenenfestbetrag) weiter gewähren. Hierfür wäre der Begriff des "schulischen Fortkommens" auf ein Studium analog anzuwenden; diese Rechtsauffassung werde dem Zweck des Gesetzes (eher) gerecht. Das habe sich in ähnlichen Fällen in der Vergangenheit auch bewährt.

Mit Urteil vom 8.2.2007 verurteilte das Sozialgericht die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 22.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.3.2006, dem Kläger weitere 3.073 EUR zzgl. 4 % Zinsen ab dem 1.5.2005 für das beschaffte Hörgerät zu erstatten. Zur Begründung führte es aus, die Beklagte habe es zu Unrecht abgelehnt, die Kosten des Hörgeräts in vollem Umfang zu übernehmen ([§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)). Unschädlich sei, dass der Kläger gegen den Bescheid vom 6.4.2004 (Übernahme der Kosten eines Hörgeräts zum Kassensatz der Gruppe 3) nicht vorgegangen sei, da die Beklagte den auf weitergehende Kostenerstattung gerichteten Antrag des Klägers vom 28.10.2004 mit Bescheid vom 22.12.2004 abgelehnt habe, ohne sich auf die Bestandskraft des Bescheids vom 6.4.2004 zu berufen. Vor Beschaffung des Hörgeräts habe der Kläger Anfang 2004 bei der Beklagten um Übernahme der Kosten nachgesucht. Ihm stehe die Versorgung mit einem neuen Hörgerät zu, weil er darauf zum Ausgleich seiner an Taubheit grenzenden Hörbehinderung angewiesen sei. Die Beklagte habe zu Unrecht Kosten nur in Höhe des hier einschlägigen Festbetrags nach [§ 36 SGB V](#) übernommen.

Das Bundesverfassungsgericht habe zwar entschieden, dass die Festbetragsregelung grundsätzlich nicht zu beanstanden sei. Allerdings habe der Gesetzgeber damit das Sachleistungsprinzip nicht aufgeben wollen, weshalb sich die Versicherten nicht mit einer Teilkostenerstattung zufrieden geben müssten (BVerfG, Ur. v. 17.12.2002, - 1 BvL 28795 - u.a.). Nach der Rechtsprechung des BSG begrenze der für ein Hilfsmittel festgesetzte Festbetrag die Leistungspflicht der Krankenkassen nicht, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreiche (Ur. v. 21.1.2003, - [B 3 KR 7/02 R](#) -; LSG Niedersachsen-Bremen, Ur. v. 24.6.2005, - [L 4 KR 147/03](#) -; SG Dresden, Ur. v. 2.6.2005, - [S 18 KR 210/02](#) -). Hier genüge der von der Beklagten gewährte Betrag der Festbetragsgruppe 3 in Höhe von 987,31 EUR zum Behinderungsausgleich nicht.

Der Leistungsanspruch des Klägers beschränke sich nicht auf die Deckung eines Grundbedürfnisses in ausgewählten Lebensbereichen. Vielmehr müsse er, soweit technisch im Hinblick auf seine Behinderung machbar, in die Lage versetzt werden, im Alltag mit Normalhörenden gleichziehen zu können. Qualität und Wirksamkeit der dem dienenden Versicherungsleistung müssten dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und den wissenschaftlichen Fortschritt berücksichtigen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Die Leistungspflicht der Krankenkasse richte sich nur dann nicht nach dem technisch Machbaren, wenn allein die Befriedigung

eines sonstigen allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens ohne Verbesserung elementarer Körperfunktionen in Rede stehe (BSG, Urt. v. 23.7.2002, - [B 3 KR 66/01 R](#) -). Aus dem Gutachten des Dr. Z. gehe überzeugend hervor, dass der Kläger den zum Ausgleich seiner Hörminderung erforderlichen Versorgungsstandard nur mit dem begehrten (oder einem gleichwertigen) Hörgerät erreichen könne, da nur dieses die notwendige Rückkopplungsunterdrückung gewährleiste, und, was bei der Jugend des Klägers besonders wichtig sei, außerdem sicherstelle, dass die Rückbildung nervaler Hörbahnen am effektivsten verhindert werde. Die Gewährung eines Hörgeräts der Festbetragsgruppe 3 sei daher medizinisch nicht ausreichend. Der MDK-Gutachter Dr. B. habe die Darlegungen des Dr. Z. im Kern bestätigt, zur Rückkopplungsproblematik indessen nicht Stellung genommen. Im Hinblick auf den Anpassungsbericht der Firma S. u. S. und das Gutachten des Dr. Z. habe nicht gleichsam auf Verdacht ermittelt werden müssen, ob es noch andere gleichwertige und möglicherweise billigere Geräte auf dem Markt gebe, zumal dies ohne weitere, praktisch undurchführbare Anpassungsversuche mit allen möglicherweise in Betracht kommenden Geräten nicht möglich wäre. Insoweit wäre es Sache der Beklagten gewesen, solche - in die durchgeführten Anpassungsversuche noch nicht einbezogenen - Geräte zu benennen (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen und SG Dresden, jeweils a. a. O.). Der Zinsanspruch folge aus [§ 44](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I).

Auf das ihr am 28.2.2007 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 23.3.2007 Berufung eingelegt. Sie trägt vor, der Kläger habe erst mit Schreiben vom 27.10.2004 beantragt, ihm über den Festbetrag hinaus weitere Kosten zu erstatten. Demgegenüber trage die Rechnung der Firma S. u. S. das Datum des 26.5.2004. Das Hörgerät sei sogar bereits am 6.11.2003 und damit noch vor der erstmaligen Einreichung des Kostenvorschlags ausgeliefert worden. Der Kläger habe damit erst nach Beschaffung des Hörgeräts einen Antrag auf Kostenerstattung gestellt, weshalb die Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht erfüllt seien. Außerdem habe sie die Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Dem Kläger stehe nur der für Hörgeräte maßgebliche Festbetrag zu. Alles andere würde das Maß des Notwendigen übersteigen (LSG Brandenburg, Urt. v. 28.1.2003, - [L 4 KR 12/01](#) -). Nach der Rechtsprechung des BSG stelle der Festbetrag die Obergrenze des Leistungsanspruchs dar (BSG, Urt. v. 23.1.2003, - [B 3 KR 7/02 R](#) -). Außerdem habe dem Kläger nach Angabe der Firma S. u. S. auch das analoge Gerät "Oticon Sumo" (Preis 2.602,56 EUR) problemlos angepasst werden können; die Auffassung des Dr. Z., ein analoges Hörgerät könne die Hörbehinderung des Klägers nicht hinreichend ausgleichen, sei daher unrichtig.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 8.2.2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er trägt vor, die Beklagte habe in ihrem Schreiben vom 28.1.2004 auf einen bereits gestellten Kostenübernahmeantrag Bezug genommen und hierfür weitere Unterlagen angefordert. Deshalb - und im Hinblick auf das Schreiben der Beklagten vom 6.4.2004 (Genehmigung eines Geräts zum Kassensatz der Gruppe 3) - könne von einer Antragstellung erst durch Schreiben vom 27.10.2004 keine Rede sein. Mit dem genannten Schreiben vom 6.4.2004 habe die Beklagte implizit die Übernahme der den Festbetrag übersteigenden Kosten abgelehnt. Dass ihm das Hörgerät bereits am 6.11.2003 übergeben worden sei, sei rechtlich ohne B.ng. Dabei habe es sich nämlich in Abstimmung mit der Firma S. u. S. um eine kostenlose Hörgeräteerprobung gehandelt, bei der habe festgestellt werden sollen, ob das Hörgerät sich für eine dauerhafte Versorgung eigne. Nach der Erprobungsphase habe sich die Eignung des Geräts herausgestellt. Im Zuge der Erprobungsphase habe die Firma S. u. S. den Kostenvorschlag vom 28.11.2003 vorgelegt, der sodann zur Genehmigung des Kassensatzes durch Schreiben der Beklagten vom 6.4.2004 geführt habe.

Die Beklagte trägt abschließend vor, der Bescheid vom 6.4.2004 sei mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen gewesen; Widerspruch sei nicht eingelegt worden. Spätestens mit Einreichung des Kostenvorschlags am 2.1.2004 sei die Hörgeräteerprobung beendet gewesen. Zu diesem Zeitpunkt habe sich der Kläger für das in Rede stehende Gerät entschieden und demzufolge die Kostenübernahme beantragt. Der Kläger vertritt hierzu die Auffassung, man müsse den Antrag auf volle Kostenübernahme zumindest als Überprüfungsantrag nach [§ 44](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) einstufen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei einem Beschwerdewert von 3.073 EUR ohne Zulassung durch das Sozialgericht statthafte und auch sonst zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Das Sozialgericht hätte sie nicht dazu verurteilen dürfen, dem Kläger die den Festbetrag übersteigenden Kosten der Hörgeräteversorgung zu erstatten. Er hat darauf keinen Anspruch.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Anspruchs sind die Bestimmungen der [§ 2 Abs. 2 Satz 1, 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), wobei die bei Abschluss der Hilfsmittelversorgung (im Jahr 2004) geltende Gesetzesfassung maßgeblich ist (vgl. BSG, Urt. v. 6.9.2007, - [B 3 KR 20/06 R](#) -). Gem. [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erhalten die Versicherten die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen. Kostenerstattung findet nur statt, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist. Hierfür kommt insbesondere die Regelung in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V betrifft die Kostenerstattung bei hier unstrittig nicht in Rede stehenden unaufschiebbaren (Notfall-)Leistungen (dazu näher etwa Senatsurteil vom 22.11.2006, - [L 5 KR 1015/06](#) -). Im Übrigen sind dem Versicherten gem. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V die Kosten für eine selbst beschaffte Leistung zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war und die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Aus Wortlaut und Zweck dieser Vorschrift folgen Vorgaben für den Beschaffungsweg bei selbst beschafften Leistungen. Zwischen der rechtswidrigen Ablehnung der Leistung und der Kostenlast des Versicherten muss ein Kausalzusammenhang bestehen (vgl. etwa BSG, Urteil vom 20.5.2003 - [B 1 KR 9/03 R](#) -; Urteil vom 19.2.2003 - [B 1 KR 18/01 R](#) -). Der Erstattungsanspruch ist daher ausgeschlossen, wenn der Versicherte vor der Inanspruchnahme bzw. Beschaffung der Leistung nicht die Entscheidung der Krankenkasse über deren Gewährung abgewartet hat. Das Abwarten (auch) der Entscheidung über einen gegen die Leistungsablehnung eingelegten Widerspruch ist in der Regel aber nicht notwendig (BSG, Urt. v. 23.7.2002, - [B 3 KR 66/01 R](#) -).

Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V sind nicht erfüllt. Dem Kläger kann allerdings nicht entgegen gehalten werden, er habe den vorgeschriebenen Beschaffungsweg nicht eingehalten (unten 1.). Die Beklagte hat ihre Leistungspflicht aber mit der Gewährung des für Hörgeräte vorgesehenen Festbetrags ([§ 36 SGB V](#)) erfüllt (unten 2.) und ein Systemmangel, der ausnahmsweise die Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Kosten rechtfertigen könnte, liegt nicht vor (unten 3.). Damit ist die begehrte Leistung i. S. d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V nicht zu Unrecht abgelehnt worden.

1. Entgegen der Auffassung der Beklagten hat der Kläger den in [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V vorgesehenen Beschaffungsweg eingehalten. Er hatte nämlich mit einem erstmals am 2.1.2004 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben (Fax) beantragt, die Kosten für die Versorgung mit digitalen Hörgeräten zu übernehmen. Diesen Antrag lehnte die Beklagte, die zunächst weitere Unterlagen angefordert hatte, mit Bescheid vom 6.4.2004 der Sache nach insoweit ab, als die Übernahme der den Festbetrag (Hörgeräteversorgung zum Kassensatz der Gruppe 3) übersteigenden Kosten verweigert wurde; die Beklagte erklärte sich nur zur Versorgung des Klägers mit einem Festbetragsgerät bereit. Nachdem der Kläger sich die Hörgeräte sodann selbst beschafft und die Rechnung der Firma S. u. S. vom 26.5.2004 über den Hörgerätekauf bzw. die nach Abzug der Kassenleistung (987,31 EUR) verbleibenden Kosten vorgelegt hatte, lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme mit (weiterem) Bescheid vom 22.12.2004 erneut ab. Dem Kläger kann danach nicht vorgehalten werden, er habe sich die Hörgeräte noch vor einer (Ablehnungs-)Entscheidung der Beklagten beschafft. Unschädlich ist, dass bereits im November 2003 eine Hörgeräteanpassung bei der Firma S. u. S. durchgeführt worden war, bei der man unterschiedliche Hörgeräte erprobt hatte. Dies diene ebenso wie die daran anschließende Überlassung des als voraussichtlich geeignet ausgewählten Geräts am 6.11.2003 zur weiteren kostenlosen Erprobung und die Erstellung des Kostenvoranschlags vom 28.11.2003 nach erfolgreicher Erprobung nur der Vorbereitung eines ggf. an die Beklagte heranzutragenden Leistungsbegehrens. Der gesamte Vorgang von der probeweisen Anpassung eines möglicherweise geeigneten Hörgeräts bis zur Anfertigung des Kostenvoranschlags liegt im Vorfeld des eigentlichen Beschaffungsgeschäfts, dem Abschluss des Kaufvertrags über die Hörgeräte, und steht der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs gem. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V daher nicht entgegen. Dem Kläger kann insoweit nicht verwehrt werden, vor Antragstellung bei der Krankenkasse zunächst, ggf. mit Hilfe eines Hörgeräteakustikers, zu klären, ob die Versorgung mit einem digitalen Hörgerät für ihn überhaupt in Betracht kommen kann oder mangels individuellen Nutzens besser unterbleiben sollte (vgl. auch OVG Sachsen, Urt. v. 4.4.2006, - [4 B 384/03](#) -).

2. Die Beklagte hat ihre Leistungspflicht aus [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) mit der Gewährung des einschlägigen Festbetrags jedoch erfüllt. Den Differenzbetrag zum Abgabepreis des Hilfsmittelherstellers muss der Kläger selbst tragen.

Gem. [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung (zum Behinderungsbegriff die auch hier maßgebliche Definition in [§ 2 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch, SGB IX) vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) ausgeschlossen sind.

Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist allein die medizinische Rehabilitation, also die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktion einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Der Erfüllung dieser Aufgabe dient auch die gem. [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) geschuldete Versorgung mit Hilfsmitteln. Die Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen umfasst daher unmittelbar an der Behinderung selbst ansetzende, also die Ausübung einer beeinträchtigten Körperfunktion unmittelbar ermöglichende, ersetzende oder erleichternde Hilfsmittel (z. B. Prothesen) und darüber hinaus auch solche (nur) an den Folgen der Behinderung ansetzende Hilfsmittel (z. B. Rollstühle), die die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigten oder milderen und damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betreffen. Für den Ausgleich der allein das Berufsleben oder das gesellschaftlichen Leben im Übrigen betreffenden Behinderungsfolgen muss die Krankenversicherung indessen nicht sorgen; dies ist Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme. Zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens im hier maßgeblichen Sinn gehören das Gehen, Stehen, Greifen, Sehen, Hören, Nahrungsaufnehmen, Ausscheiden, (elementare) Körperpflege, selbstständige Wohnen sowie Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums, außerdem auch der Erwerb einer elementaren Schulbildung, nicht jedoch die darüber hinausgehende Ausbildung zur Ausübung qualifizierter Berufe, etwa durch ein Hochschulstudium (BSG, Urt. v. 30.1.2001, - [B 3 KR 10/00 R](#) - "Jura-Studium"). Die Gebrauchsvorteile eines (verbesserten) Hilfsmittels, die nur in Lebensbereichen außerhalb der menschlichen Grundbedürfnisse zum Tragen kommen, sind im Rahmen des [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht von B.ng. So kann ein Hörbehinderter, der bereits mittels eines Cochlear-Implantats eine grundlegende Verbesserung seines Hörvermögens erreicht hat, eine darüber hinaus begehrte so genannte "Mikroport-Anlage" zur Nutzung in Konferenzen und Gerichtsverhandlungen, nicht jedoch im Alltagsleben, nicht beanspruchen (BSG, Urt. v. 6.6.2002, - [B 3 KR 68/01 R](#) -).

Welche Qualität und Ausstattung ein danach von der Krankenkasse dem Grunde nach zu gewährendes Hilfsmittel haben muss, um als geeignete, notwendige, aber auch ausreichende Versorgung des Versicherten gelten zu können ([§§ 2 Abs 4, 12 Abs 1](#) und [33 Abs 1 SGB V](#)), richtet sich nach dem konkreten Zweck, dem die Versorgung im Einzelfall dient. Soll ein Hilfsmittel die Ausübung einer beeinträchtigten Körperfunktion unmittelbar ermöglichen, ersetzen oder erleichtern (z. B. Prothesen), ist grundsätzlich ein Hilfsmittel zu gewähren, das die ausgefallene bzw. gestörte Funktion möglichst weitgehend kompensiert, also den umfassendsten Gebrauchsvorteil bietet. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen müssen insoweit dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen ([§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#); dazu i.e.: BSG, Urt. v. 23.7.2002, - [B 3 KR 66/01 R](#) - "Damenperücke"; auch BSG, Urt. v. 6.6.2002, - [B 3 KR 68/01 R](#) - "C-Leg"). Solange ein Ausgleich der Behinderung nicht vollständig erreicht ist im Sinne eines Gleichziehens mit einem gesunden Menschen, kann die Versorgung mit einem fortschrittlichen Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend (BSG, Urt. v. 16.9.2004, - [B 3 KR 20/04 R](#) - ebenfalls zum "C-Leg", Fortführung von BSG, Urt. v. 6.6.2002, [a. a. O.](#)). Geht es hingegen um einen Ausgleich ohne Verbesserung elementarer Körperfunktionen allein zur Befriedigung eines sonstigen allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens, bemisst sich der Umfang der Leistungspflicht der Krankenkasse nicht nach dem technisch Machbaren (BSG, Urt. v. 23.7.2002, - [B 3 KR 66/01 R](#) - "Damenperücke"; hierzu näher - auch zu Besonderheiten bei der Hilfsmittelversorgung von Kindern - etwa BSG, Urt. v. 26.3.2003, - [B 3 KR 23/02 R](#) - "Ladevorrichtung für Rollstuhl"; Urt. v. 16.4.1998, - [B 3 KR 9/97 R](#) - "Rollstuhl-Bike für Jugendliche").

Stehen zusätzliche Gebrauchsvorteile durch Innovationen und Verbesserungen der Hilfsmittel in Rede, sind ergänzende Kosten-Nutzen-Erwägungen grundsätzlich nicht statthaft. Sie kommen nur in Betracht, wenn der zusätzliche Gebrauchsvorteil des Hilfsmittels im Alltagsleben eher gering, die dafür anfallenden Kosten im Vergleich zu einem bisher als ausreichend angesehenen Versorgungsstandard als

unverhältnismäßig einzuschätzen sind. Der Schutz der Solidargemeinschaft vor Überforderung kann dann gerade im Interesse der vordringlich auf Hilfe angewiesenen behinderten Menschen Einschränkungen erfordern. Das Wirtschaftlichkeitsgebot schließt außerdem eine Leistungspflicht der Krankenversicherung für solche Innovationen aus, die nicht die Funktionalität, sondern in erster Linie Bequemlichkeit und Komfort bei der Nutzung des Hilfsmittels betreffen (vgl. auch hierzu BSG, Ur. v. 6.6.2002, - [B 3 KR 68/01 R](#) -, C-Leg“).

Der Leistungsanspruch aus [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist gem. [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) grundsätzlich im Wege der Sachleistung zu erfüllen, wobei Hilfsmittel gem. [§ 126 Abs. 1 SGB V](#) a.F. nur durch zugelassene Leistungserbringer auf der Grundlage von Verträgen gem. [§ 127 SGB V](#) (a.F.) abgegeben werden durften; im Wesentlichen entsprechende Regelungen finden sich in den ab 1.1.2008 geltenden Bestimmungen der [§§ 126](#) und [127 SGB V](#) n.F. (vgl. auch [§ 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Die Einführung von Festbeträgen für Hilfsmittel ([§ 36 SGB V](#)) ändert an der Leistungserbringung im Sachleistungswege nichts. Allerdings erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht gem. [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) mit der Übernahme des Festbetrags. Dieser stellt die Obergrenze des Leistungsanspruchs des Versicherten dar. Ein etwaiger Differenzbetrag bis zum Abgabepreis des Leistungserbringers fällt dem Versicherten zur Last (BSG, Ur. v. 23.1. 2003, - [B 3 KR 7/02 R](#)-). Dementsprechend sah [§ 36 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (in der hier noch maßgeblichen Fassung) klarstellend vor, dass die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags trägt, wenn ein solcher Festbetrag für das Hilfsmittel festgesetzt ist. In Verträgen mit Leistungserbringern können für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden ([§ 127 Abs. 4 SGB V](#) in der ab 1.1.2008 geltenden Gesetzesfassung; vgl. auch [§ 126 Abs. 2 Satz 1](#) und [4 SGB V](#) a.F.).

Hier sind die Voraussetzungen des [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (unstreitig) erfüllt. Bei den dem hörbehinderten Kläger verordneten bzw. von ihm bei einem zur Versorgung gesetzlich Versicherter mit Hilfsmitteln berechtigten Leistungserbringer beschafften Hörgeräten handelt es sich um Hörhilfen i. S. dieser Bestimmung, die dem Ausgleich einer körperlichen Behinderung dienen und weder als Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens anzusehen noch nach [§ 34 Abs. 3 SGB V](#) ausgeschlossen sind. Die Versorgung mit neuen Hörgeräten war auch dem Grunde nach erforderlich; Dr. B. hat das in seinem MDK-Gutachten vom 25.3.2004 festgestellt. Die Beklagte hat dem Kläger allerdings (ebenfalls unstreitig) den einschlägigen Festbetrag für die in Rede stehenden Hörgeräte gewährt. Damit hat sie ihre Leistungspflicht aus [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gem. [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) erfüllt. Anderes folgt entgegen der Rechtsauffassung des Sozialgerichts nicht aus den (subjektiven) Verhältnissen des Klägers bzw. den Erkenntnissen des Gutachters Dr. Z. vom 7.11.2006. Vielmehr bleibt es auch für den Kläger bei der gesetzlich angeordneten Maßgeblichkeit der Festbeträge für die Leistungspflicht der Krankenkasse. Abgesehen von Fällen der Unwirksamkeit einer Festbetragsfestsetzung als solcher kommt eine abweichende Bestimmung der Leistungspflicht nur im Sonderfall des so genannten "Systemversagens" in Betracht. Der Senat entnimmt dies dem Wortlaut und dem Zweck der Regelungen über die Festsetzung von Festbeträgen.

Gesetzliche Ermächtigung zur Festsetzung von Festbeträgen finden sich für Arznei- und Verbandmittel in [§§ 35](#) ff SGB V und für Hilfsmittel in [§ 36 SGB V](#). Diese Bestimmungen sind verfassungsmäßig und gültig (vgl. BVerfG, Ur. v. 17.12.2002, - [1 BvL 28/95](#) u.a. -). Sie richteten sich in der hier noch maßgeblichen Gesetzesfassung an die Spitzenverbände der Krankenkassen; seit 1.7.2008 ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Festbetragsfestsetzung zuständig ([§ 36 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Diese vollzieht sich in einem zweistufigen Verfahren. Auf der ersten Stufe werden Gruppen von Arzneimitteln (durch den Gemeinsamen Bundesausschuss [§ 35 Abs. 1 SGB V](#)) bzw. von Hilfsmitteln festgelegt, für die Festbeträge festgesetzt werden können. Auf der zweiten Stufe werden sodann die jeweiligen Festbeträge bestimmt. Bundeseinheitliche Festbeträge traten erstmals zum 1.1.2005 in Kraft. Bis dahin galten die Festbeträge, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen für den Bereich eines Landes festgesetzt worden waren ([§ 36 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) a.F.).

Näheres zum Verfahren der Festbetragsfestsetzung, zu inhaltlichen Vorgaben und zu etwaigen Rechtsbehelfen gegen Festbeträge legt das Gesetz in [§ 35 Abs. 3](#) ff. SGB V für Arznei- und Verbandmittel bzw. in [§ 36 Abs. 1](#) und [2 SGB V](#) sowie durch die Verweisung in [§ 36 Abs. 3 SGB V](#) auf die Bestimmungen des [§ 35 Abs. 5](#) und [7 SGB V](#) für Hilfsmittel fest. Gem. [§ 35 Abs. 5 Satz 1 bis 3 SGB V](#) sind die Festbeträge so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Die Festbeträge sind mindestens einmal im Jahr zu überprüfen und in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen. Der Festbetrag in einer Festbetragsgruppe soll sich nach näherer Maßgabe des [§ 35 Abs. 7 Satz 4 SGB V](#) am höchsten Abgabepreis des unteren Drittels orientieren. Den Verbänden der betroffenen Leistungserbringer ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen ([§ 36 Abs. 1 Satz 3, Abs. 2 Satz 3 SGB V](#); zu Anhörungsrechten bei Arzneimittelfestbeträgen [§ 35 Abs. 2 SGB V](#)). Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekannt zu machen. Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt ([§ 35 Abs. 7 Satz 1 bis 3 SGB V](#)).

Das in diesen Vorschriften näher ausgeformte Festbetragsystem ist eingeführt worden, um die Ausgaben der Krankenkassen für Arznei- und Hilfsmittel zu dämpfen. Dem expansiven Anstieg der Arzneimittelkosten soll durch einen intensivierten Preiswettbewerb begegnet und es sollen speziell im Hilfsmittelbereich Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft werden. Eine Abkehr vom Sachleistungsprinzip ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) ist indessen nicht gewollt. Dieses soll den Versicherten auch im unteren Preissegment erhalten bleiben. Feste Zuzahlungen oder prozentuale Beteiligungen, die nur den allgemeinen Sparzwang kennzeichnen, nicht aber als Merkmale für die Auswahl wirtschaftlicher Mittel im Rahmen der Angebotspalette taugen, sollten nicht eingeführt werden (BVerfG, Ur. v. 17.12.2002, [a. a. O.](#) unter Hinweis auf eine Stellungnahme der Bundesregierung; vgl. auch BSG, Ur. v. 23.1.2003, - [B 3 KR 7/02 R](#) -). Sollte sich herausstellen, dass Versicherte, die Hilfsmittel benötigen, diese - abgesehen von äußersten und eher zufälligen Ausnahmen - nicht mehr als Sachleistung ohne Eigenbeteiligung beziehen können, weil zu diesen Konditionen die Leistungserbringer mit den Krankenkassen nicht mehr die nach [§ 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) vorgesehenen Verträge abschließen, wären die Verbände ihren Aufgaben nach den [§§ 35, 36 SGB V](#) nicht gesetzeskonform nachgekommen (so BVerfG, [a. a. O.](#)). Allerdings soll eine über den Festbetrag hinausgehende Leistungspflicht der Krankenkasse auch dann nicht bestehen, wenn eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Leistung ([§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) durch den Festbetrag im Einzelfall nicht sichergestellt ist (so ausdrücklich die Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen - GRG - [BT-Drs. 11/2237 S. 164](#) zu [§ 12 Abs. 2 SGB V](#)). Die gerichtliche Kontrolle der Festbetragsfestsetzung gewinnt nach Ansicht des BVerfG ([a. a. O.](#)) im Hinblick auf die beschriebene Aufgabe der Verbände besondere Bedeutung und ist geeignet, die Rechte der Versicherten zu wahren; sie verhindert, dass der Festbetrag so niedrig festgesetzt wird, dass eine ausreichende Versorgung durch vertragsgebundene Leistungserbringer nicht mehr gewährleistet ist.

Aus Wortlaut und Zweck der genannten Vorschriften folgt zum einen, dass die notwendigerweise typisierenden und pauschalierenden Festbeträge die Leistungspflicht der Krankenkasse von den Umständen des jeweiligen Einzelfalls lösen und generalisierend festlegen. Die Regelung in [§ 35 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) verdeutlicht dies. Danach sind die Festbeträge so festzusetzen, dass sie (nur) im Allgemeinen - und nicht in jedem denkbaren Einzelfall - eine ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Zum anderen handelt es sich bei den Festbeträgen nicht um bloße Richtwerte oder um rechtlich unverbindliche Orientierungshilfen oder von Sachkunde getragene Empfehlungen (zu Festlegungen des Hilfsmittelverzeichnis etwa Senatsurteil vom 7.5.2008, - [L 5 KR 6125/06](#) -), von denen im Einzelfall bei ausreichender (medizinischer) Begründung abgewichen werden kann. Festbetragsfestsetzungen erfolgen nämlich durch Verwaltungsakt in der Form der Allgemeinverfügung ([§ 31 Satz 2 SGB X](#)). Als solche legen sie den Umfang der Leistungspflicht der Krankenkassen rechtsverbindlich und abschließend fest und grenzen das Maß des Notwendigen ab (vgl. auch Bayerisches LSG, Ur. v. 11.11.2004, - [L 4 KR 282/03](#) -). Der Gesetzgeber hat die Festbetragsfestsetzung - verfassungskonform (BVerfG, Ur. v. 17.12.2002, - [1 BvL 28/95](#) -) - als Verwaltungsakt (Allgemeinverfügung) eingestuft. Das geht (mittelbar) aus der Regelung des [§ 35 Abs. 7 SGB V](#) über die Anfechtbarkeit der Festbetragsfestsetzung, die Entbehrlichkeit eines Vorverfahrens ([§ 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGG](#)) und den Wegfall der aufschiebenden Wirkung der Klage ([§ 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG](#)) hervor, was nur bei Verwaltungsakten in Betracht kommt (vgl. auch etwa BayLSG, Ur. v. 25.8.2005, - [L 4 KR 150/04](#) -). Dass die Festbeträge den Umfang der Leistungspflicht der Krankenkassen abschließend festlegen und damit das Maß des Notwendigen abgrenzen, folgt aus der für das Festbetragsystem grundlegenden Regelung in [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) bzw. den diese allgemeine Vorschrift ergänzenden Bestimmungen (etwa in [§ 31 Abs. 2 SGB V](#) und [§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (a.F.) sowie (im Leistungserbringerrecht) in [§§ 133 Abs. 2](#) und [127 Abs. 4 SGB V](#)). Denn die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag ([§ 12 Abs. 2 SGB V](#)), trägt die Kosten für Arzneimittel bzw. Hilfsmittel demzufolge auch (nur) bis zur Höhe des Festbetrags ([§ 31 Abs. 2 SGB V](#) bzw. [§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F.) und kann außerdem ihre Leistungspflicht für Rettungsdienstfahrten auf Festbeträge beschränken ([§ 133 Abs. 2 SGB V](#)). Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt ist, können in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden ([§ 127 Abs. 4 SGB V](#) n.F.; vgl. auch [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) a.F. dort insbesondere Satz 4).

Eine einzelfallbezogene Relativierung bzw. Einschränkung der Maßgeblichkeit (rechtswirksam) festgesetzter Festbeträge ist nicht zulässig. Nach Auffassung des Senats kann dies auch nicht damit begründet werden, dass das BSG in seinem Urteil vom 23.1.2003 (- [B 3 KR 7/02 R](#) -) unter Hinweis auf das Urteil des BVerfG zur Verfassungsmäßigkeit von Festbetragsregelungen (Ur. v. 17.12.2002, - [1 BvL 28/95](#) - u.a.) ausgeführt hat, der festgesetzte Festbetrag begrenze die Leistungspflicht der Krankenkasse dann nicht, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreicht. Das Festbetragsystem unterliegt deswegen nicht einem gesetzlich nicht vorgesehenen "Vorbehalt des Einzelfalls". Nach dem Wortlaut des [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) besteht eine über den Festbetrag hinausgehende Leistungspflicht der Krankenkasse vielmehr auch dann nicht, wenn eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Leistung ([§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) durch den Festbetrag im Einzelfall nicht sichergestellt ist (so ausdrücklich die bereits zitierte Begründung des maßgeblichen Gesetzentwurfs, [BT-Drs. 11/2237 S. 164](#) zu [§ 12 Abs. 2 SGB V](#)). Insoweit bestimmt [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) als Sondervorschrift zu [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) das Maß des Notwendigen generell unter Bezugnahme auf den durch Allgemeinverfügung (wirksam) festgesetzten Festbetrag. Daher ist auch im Hinblick auf die genannte Wendung im Urteil des BSG vom 23.1.2003 ([a. a. O.](#): objektives Nichtausreichen zum Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung) nur eine generalisierende Betrachtungsweise statthaft. Diese bezieht sich der Sache nach auf die Rechtmäßigkeit bzw. Wirksamkeit ([§§ 39 Abs. 3, 40 SGB X](#)) der Festbetragsfestsetzung. Abzustellen ist deshalb auf die "konkret vorliegende Behinderung" nicht des jeweiligen Versicherten, sondern auf die der Festbetragsfestsetzung generell unterworfenen Behinderungsart, verstanden bspw. als Hör-, Seh-, Geh- oder sonstige Behinderung. Zum Ausgleich dieser Behinderungsart müssen die für die zugehörigen Hilfsmittelgruppen festgesetzten Festbeträge objektiv ausreichen. Ist das nicht der Fall, weil zu den Festbeträgen entsprechende Hilfsmittel generell nicht zu erlangen sind, erweist sich die Festbetragsfestsetzung als rechtswidrig und sie kann die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht gem. [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) begrenzen, sofern sie durch rechtskräftiges Gerichtsurteil aufgehoben wird oder von ihr im Fall der Nichtigkeit ([§ 40 SGB X](#)) Rechtswirkungen ohnehin nicht ausgehen. Demgegenüber sind die subjektiven Verhältnisse des jeweiligen Versicherten im Einzelfall nicht maßgeblich; sie können allenfalls unter dem Gesichtspunkt des Systemversagens von B.ng sein (dazu sogleich im folgenden; anders unter Bezugnahme auf die genannte Passage im Urteil des BSG v. 21.1.2003, - [B 3 KR 7/02 R](#) -, etwa LSG Berlin Brandenburg, Ur. v. 16.4.2008, - [L 9 KR 1021/05](#) -; LSG Niedersachsen-Bremen, Ur. v. 15.5.2005, - [L 4 KR 147/03](#) -; SG Hamburg, Ur. v. 6.5.2004, - [S 32 KR 666/01](#) -; SG Dresden, Ur. v. 18.9.2005, - [S 18 KR 499/03](#) -; zweifelnd Bayerisches LSG, Ur. v. 11.11.2004, - [L 4 KR 282/03](#) -; im Ergebnis wie hier: Peters, KV (SGB V) § 12 Rdnr. 35; Noftz, in Hauck/Noftz SGB V [§ 12](#) Rdnr. 49; KassKomm-Höfler SGB V [§ 12](#) Rdnr. 41).

Von der leistungsbegrenzenden Wirkung der Festbetragsfestsetzung ([§ 12 Abs. 2 SGB V](#)) könnte der Senat - unbeschadet der Bestandskraftfrage ([§ 77 SGG](#); vgl. auch Bayerisches LSG, Ur. v. 25.8.2005, - [L 4 KR 150/04](#) -) - danach im Grundsatz etwa dann abweichen, wenn mit den in Rede stehenden Festbeträgen nur Hörgeräte zu beschaffen wären, die zum Ausgleich der Hörbehinderung, auch eines beim Kläger vorliegenden Ausmaßes, objektiv nicht ausreichen würden und damit im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung i. S. d. [§ 35 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) (i. V. m. [§ 36 Abs. 3 SGB V](#)) nicht gewährleistet wäre. Für eine Fallgestaltung dieser Art ist indessen nichts ersichtlich und auch nichts geltend gemacht und insbesondere den vorliegenden Gutachten auch nicht zu entnehmen. Der Kläger konnte nach eigenen Angaben gegenüber dem Gutachter Dr. Z. mit dem bisher benutzten analogen Hörgerät beim Einzelgespräch unter direkter Ansprache gut hören. Auch bei Umgebungsgeräuschen war das Verstehen lediglich, wengleich offenbar erheblich, reduziert. Außerdem gab der Kläger zum Teil Schwierigkeiten beim Sprachverstehen im Hörsaal an. Dr. Z. sprach in seinem Gutachten auch lediglich eine Empfehlung zur Nutzung digitaler Hörgeräte aus; das vom Kläger beschaffte Hörgerät erreichte das beste Ergebnis und wurde vom Gutachter deswegen empfohlen. Das schließt freilich nicht generell aus, dass auch mit anderen, zum jeweiligen Festbetrag verfügbaren Hörgeräten eine gem. [§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ausreichende Versorgung bzw. der gem. [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gebotene Behinderungsausgleich zu gewährleisten wäre.

3. Ein Systemversagen, das ausnahmsweise die Übernahme der den Festbetrag übersteigenden Kosten des Hilfsmittels rechtfertigen könnte, liegt nicht vor.

Versagt das Sachleistungssystem, kann die Krankenkasse dem Versicherten also die ihm zustehende Versorgung als Sachleistung ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) nicht gewähren, entsteht nach näherer Maßgabe des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ein Anspruch auf Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen. Der Kostenerstattungsanspruch ergänzt den Primäranspruch des Versicherten auf Sachleistung insbesondere in solchen (Einzel-)Fällen, in denen die Krankenkasse unaufschiebbare Leistungen nicht rechtzeitig erbringen kann, oder Leistungen zu Unrecht ablehnt ([§ 13 Abs. 1 Satz 1](#) 1. und 2. Alt. SGB V). Die Erstattung der Kosten selbst beschaffter Leistungen kommt darüber hinaus aber auch

dann in Betracht, wenn das Sachleistungssystem generell versagt, etwa angemessene Behandlungsmöglichkeiten (gar) nicht zur Verfügung gestellt werden oder (bspw.) das Verfahren hinsichtlich der Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§§ 92 Abs. 1, 135 Abs. 1 SGB V) aus willkürlichen, auf sachfremden Erwägungen beruhenden Gründen blockiert oder verzögert wird (vgl. dazu Noftz, in Hauck/Noftz, SGG V § 13 Rdnr. 42 ff.). Der wegen Systemversagens ins Leere gehende primäre Sachleistungsanspruch muss dann zur Vermeidung unverhältnismäßiger Eingriffe in die grundrechtlich geschützte Rechtsstellung des Versicherten durch einen sekundären Kostenerstattungsanspruch ergänzt werden.

Sind für die Sachleistung – hier die Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 33 SGB V) – Festbeträge rechtsgültig festgesetzt, kann nach Auffassung des Senats ein Systemversagen im beschriebenen Sinn auch dann vorliegen, wenn die Festbeträge zwar (im vorstehend beschriebenen Sinn) zum Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv ausreichen, jedoch in besonders gelagerten, atypischen Einzelfällen eine den Maßgaben des § 12 Abs. 1 SGB V genügende Versorgung des Versicherten nicht hinreichend sicherstellen können. Bei der der Festbetragsfestsetzung durch Allgemeinverfügung zugrunde liegenden, generalisierenden Betrachtungsweise (vgl. § 35 Abs. 5 Satz 1 i. V. m. § 36 Abs. 3 SGB V) ist es nämlich nicht möglich, jeden Einzelfall in all seinen Besonderheiten zu bedenken und zu berücksichtigen. Deswegen sind unverhältnismäßige Einschränkungen des auch bei Festbetragsleistungen fortbestehenden Sachleistungsanspruchs des Versicherten in besonders gelagerten Einzelfällen nicht auszuschließen. Kommt es dazu, hat das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung – hier als Sachleistung mit Festbetrag – versagt. Es bedarf insoweit der Ergänzung durch einen auf § 13 Abs. 3 SGB V gestützten Erstattungsanspruch. Im Hinblick auf die mit den Festbetragsregelungen der §§ 36 und 12 Abs. 2 SGB V getroffene und als verfassungskonform zu akzeptierende Entscheidung des Gesetzgebers, die Leistungspflicht der Krankenkassen generell auf den Festbetrag (als das damit abgegrenzte Maß des Notwendigen – vgl. etwa Bayerisches LSG, Ur. v. 11.11.2004, - L 4 KR 282/03 -) zu beschränken, müssen an das Vorliegen eines atypischen Sonderfalls freilich strenge Anforderungen gestellt werden. Insbesondere kann es für die Gewährung festbetragsüberschreitender Leistungen für sich allein nicht genügen, dass das in Rede stehende Hilfsmittel leistungsstärker, etwa mit zusätzlichen oder verbesserten Funktionen und Gebrauchsvorteilen ausgestattet ist, und es sich zum Behinderungsausgleich für den Versicherten deswegen besser eignet als die zum Festbetrag verfügbaren Hilfsmittel. Das gilt auch in solchen Fällen, in denen ein unmittelbar an der ausgefallenen Körperfunktion – hier des Hörens – ansetzendes Hilfsmittel in Rede steht. Der Senat verkennt dabei nicht, dass die Festsetzung von Festbeträgen gerade hier dazu führen kann, dass der Versicherte im Einzelfall ein nach Maßgabe des eingangs Gesagten an sich gem. §§ 33 Abs. 1 Satz 1, 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu beanspruchendes, die Behinderung möglichst weitgehend kompensierendes Hilfsmittel ohne Eigenleistung nicht erlangen kann.

Ein besonders gelagerter atypischer Einzelfall, der festbetragsüberschreitende Leistungen rechtfertigen könnte, liegt nach Auffassung des Senats hier nicht vor, ist insbesondere mit den Erkenntnissen der erhobenen Gutachten nicht zu begründen. Nach den Feststellungen des Dr. Z. verfügt der bei einem Hörverlust von 100 % faktisch taube Kläger über Hörreste im Tief- und Mitteltonbereich, die bei ausreichender Verstärkung durch Hörgeräte Hören und zum Teil Verstehen ermöglichen können. Mit dem alten Hörgerät konnte der Kläger (nach eigenen Angaben) beim Einzelgespräch und direkter Ansprache gut hören, bei Umgebungsgeräuschen jedoch wesentlich weniger verstehen, und hatte zum Teil Schwierigkeiten beim Sprachverstehen im Hörsaal, was sich durch die Neuanpassung mit dem digitalen Hörgerät wesentlich gebessert hat. Der Kläger kann nunmehr auch in Umgebungsgeräuschen besser Worte unterscheiden als früher. Angesichts der vom Gutachter für notwendig erachteten Verstärkerleistung ist ein möglichst optimaler Mechanismus zur Unterdrückung von Rückkopplungseffekten notwendig, den das vom Kläger beschaffte Hörgerät offenbar am besten bewerkstelligen kann. Hierauf gestützt hat Dr. Z. die Versorgung mit diesem Gerät auch empfohlen und im Kern darauf verwiesen, dass in Rede stehende Hörgeräte erreiche unter Berücksichtigung der Kriterien Verstärkerleistung, Diskrimination, Unterdrückung von Rückkopplungseffekten das beste Ergebnis und biete dem Kläger wesentliche Gebrauchsvorteile gegenüber den verglichenen, aus seiner (des Gutachters) Sicht medizinisch nicht ausreichenden Geräten. Dabei hat Dr. Z. als Besonderheit des Klägers den Grad der Schwerhörigkeit und dessen Jugend hervorgehoben. Zur Begründung eines besonders gelagerten atypischen Sonderfalls im vorstehend beschriebenen Sinne genügt das indessen nicht. Die von Dr. Z. angeführten Vorzüge der begehrten Hörgeräteversorgung gelten – wie Dr. B. im MDK-Gutachten vom 5.12.2006 betont hat – nämlich für eine Vielzahl von Hörbehinderten in gleicher Weise wie für den Kläger. So leben in Deutschland etwa 15.000 nahezu taube Hörbehinderte und etwa 125.000 ähnlich schwer Hörbehinderte wie der Kläger. Auch diesen könnten entsprechend leistungsstärkere Geräte naturgemäß die von Dr. Z. im Einzelnen beschriebenen verbesserten bzw. optimalen Leistungen bieten. Ein besonders gelagerter atypischer Sonderfall folgt auch nicht aus dem Alter des Klägers oder aus der Tatsache, dass er mittlerweile ein Studium aufgenommen hat. Da der im Jahr 2004 22 Jahre alte Kläger dem Kindesalter entwachsen ist, sind für Kinder im Wachstumsalter geltende und bei der Bemessung der entsprechend höheren Festbeträge für Kinder auch berücksichtigte Besonderheiten nicht mehr von B.ng. Dr. B. hat insoweit zu Recht darauf verwiesen, dass die Hörbahnreife abgeschlossen ist und im Übrigen auch andere (preisgünstigere) Hörgeräte einen Reiz zur Aufrechterhaltung der nervalen Funktion bieten. Die Aufnahme eines Studiums und der Besuch von Lehrveranstaltungen in Form von Vorlesungen begründen besonders gelagerte Einzelfallumstände ebenfalls nicht, zumal die Krankenkassen gerade zur Durchführung von Ausbildungen für qualifizierte Berufe erforderliche Hilfsmittel nicht gewähren müssen. Die Begrenzung der Leistungspflicht auf den Festbetrag (§ 12 Abs. 2 SGB V) führt daher nicht zu einer nicht mehr verhältnismäßigen Einschränkung des Sachleistungsanspruchs des Klägers auf Hilfsmittelversorgung, so dass ein ergänzender Anspruch auf Kostenerstattung zur Kompensation eines Mangels des Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht entstehen kann.

Da dem Kläger den Festbetrag übersteigende Leistungen danach nicht zustehen, ist das Urteil des Sozialgerichts auf die Berufung der Beklagten aufzuheben und die Klage abzuweisen. Hierauf und auf § 193 SGG beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-10-06