

L 5 KR 4686/11

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Ulm (BWB)

Aktenzeichen

S 3 KR 812/11

Datum

27.09.2011

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KR 4686/11

Datum

19.02.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 27.09.2011 geändert. Die Auferlegung von Missbrauchskosten in Höhe von 150 EUR wird aufgehoben.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Erstattung weiterer Kosten von 4.950 EUR für die Versorgung mit digitalen Hörgeräten.

Der 1956 geborene Kläger ist bei der Beklagten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert.

Unter dem 19.03.2010 beantragte der Kläger bei der Beklagten die volle Kostenübernahme der von ihm mit Rechnung vom 10.03.2010 beschafften Hörgeräte der Marke Widex Mind 440 (Mind M4-CIC) in Höhe von 4.950 EUR (Gesamtpreis 6.142,82 EUR abzüglich vom Kostenträger übernommener 1.212,82 EUR zuzüglich 20 EUR gesetzliche Zuzahlung). Er sei aufgrund seiner handwerklichen Arbeit als Fliesenleger und dem Vorsitz im Musikverein auf die bestmögliche Versorgung mit Hörgeräten angewiesen. Er berief sich auf das Urteil des BSG vom 17.12.2009 ([B 3 KR 20/08](#)) und legte ein Schreiben des Hörgeräteakustikers F. vom 18.03.2010 vor, wonach der Kläger fünf Hörsysteme getestet und der größtmögliche Nutzen sich für ihn beim Widex Mind 440 ergeben habe.

Mit Bescheid vom 09.04.2010 lehnte die Beklagte den Antrag mit der Begründung ab, dass der Kläger die Voraussetzungen für eine höherwertigere Versorgung gemäß dem genannten Urteil des BSG nicht erfülle. Bei ihm bestehe kein nahezu vollständiger Hörverlust. Die Hörgeräteakustiker seien verpflichtet, auch eigenanteilsfreie Hörsysteme anzubieten, die geeignet seien, den Hörverlust ausreichend und zweckmäßig auszugleichen. Die Beklagte wies ferner mit Schreiben an den Bevollmächtigten des Klägers vom 23.04.2010 darauf hin, dass der Kläger mit einer am 10.03.2010 unterzeichneten Erklärung die Übernahme der Mehrkosten akzeptiert habe. Zudem sei er die Verpflichtung zum Kauf der Hörgeräte vor der endgültigen Entscheidung der Beklagten eingegangen.

Hiergegen ließ der Kläger mit Schreiben seines Bevollmächtigten vom 23.04.2010 Widerspruch erheben. Mit den von ihm getesteten Hörgeräten habe er keine ausreichenden Ergebnisse erzielt. Es sei davon auszugehen, dass der Hörgeräteakustiker vorab den Antrag auf Kostenübernahme bei der Beklagten gestellt habe. Dies lasse sich aus dem Abzug des Festbetrages auf der Rechnung vom 10.03.2010 ersehen. Er sei nicht darüber aufgeklärt worden, dass ein Anspruch über die Festbeträge hinaus vorhanden sein könnte. Er habe erst später von dem grundlegenden Urteil des BSG erfahren. In der unterzeichneten Erklärung zu den Mehrkosten könne kein Verzicht gesehen werden. Er habe nur zugestimmt, die Mehrkosten für ein Gerät mit Eigenanteil zu zahlen. Ob es sich auch nach der Rechtsprechung des BSG um ein zuzahlungspflichtiges Gerät handele, müsse sich erst noch heraus stellen. Festbetragsgeräte seien generell ungeeignet, bei ihm einen Behinderungsausgleich herzustellen. Bei der Entscheidung des BSG handele es sich keinesfalls um eine Einzelfallentscheidung, sondern um ein Grundsatzurteil, das sich auch auf Personen erstrecke, deren Grad der Behinderung bei weniger als 100 % Hörminderung liege.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23.02.2011 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Der Kläger sei ausweislich der von ihm unterzeichneten Patientenerklärung vom Hörgeräteakustiker über das eigenanteilsfreie Angebot aufgeklärt worden und habe sich mit der von ihm zu leistenden höheren Vergütung für das von ihm gewünschte Gerät einverstanden erklärt. Die Rechtsprechung des BSG sei nur auf diejenigen Personen anwendbar, welche schwerst hörgeschädigt seien. Das BSG habe auch festgestellt, dass auch die Rehabilitationsträger

für die Versorgung mit Hilfsmitteln zuständig seien. Soweit der Kläger das Hilfsmittel für die Ausübung der beruflichen Tätigkeit aufgrund der besonderen Verhältnisse am Arbeitsplatz benötige, falle dies nicht in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkasse. Die Ausübung von Freizeitbeschäftigungen gehöre nicht zu den allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens und begründe deshalb keinen Anspruch auf Kostenübernahme einer höherwertigen Versorgung. Die Kostenübernahme durch die Krankenkasse habe der Kläger im Übrigen nicht vor der Eigenbeschaffung beantragt.

Am 08.03.2011 erhob der Kläger durch seinen Bevollmächtigten Klage zum Sozialgericht. Er ließ gelten machen, für einen unmittelbaren Behinderungsausgleich bedürfe es eines möglichst vollständigen Ausgleichs des Funktionsdefizits. Zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zählten die Ausübung des Berufes und das Nachgehen einer Freizeitbeschäftigung, ferner die sichere Teilnahme am Straßenverkehr und der Besuch von Veranstaltungen. Solange der Ausgleich nicht im Sinne einer vollständigen Gleichstellung mit einem gesunden Menschen erfolgt sei, könne die Versorgung mit einem fortschrittlichen, technisch weiterentwickelten Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der erreichte Versorgungsstandart sei ausreichend. Die Beklagte sei daher verpflichtet, auch die Kosten der teureren Hörgeräte zu übernehmen, wenn mit diesen ein besseres Ergebnis erzielt werden könne als mit den Festbetragsgeräten. Der Kläger sei nach seiner subjektiven Wahrnehmung mit den erworbenen Hörgeräten so gestellt, als bestehe keine Beeinträchtigung mehr. Er habe mit dem gewählten Gerät insbesondere in geräuschvoller Umgebung ein besseres Sprachverstehen erzielen können. Dies sei auch objektiv zu bestätigen. Der Leistungsanspruch sei auch nicht deshalb ausgeschlossen, weil er sich die Hörgeräte vor der Ablehnungsentscheidung der Beklagten beschafft habe. Vor Abschluss des Kaufvertrages sei der Festbetrag bewilligt worden. In der Versichertenerklärung sei er - rechtswidrig - nicht darüber aufgeklärt worden, dass er gegebenenfalls auch die Kosten verlangen könne, die den Festbetrag überstiegen. Ein Verzicht könne darin nicht gesehen werden, er habe lediglich erklärt, dass er mit der Zuzahlung für ein Gerät mit Eigenanteil einverstanden sei.

Das Sozialgericht befragte den Hörgeräteakustiker F. zur Durchführung der Hörgeräteversorgung beim Kläger. Dieser teilte mit Stellungnahme vom 06.07.2011 mit, es bestehe beim Kläger ein prozentualer Hörverlust von 55 % rechts und 45 % links. Eine für den Alltag ausreichende zweckmäßige Versorgung habe mit allen vom Kläger getesteten Hörgeräten einschließlich des Modells der zuzahlungsfreien Basisversorgung erfolgen können. Eine weitere Testung im Basisbereich habe der Kläger abgelehnt, eine eigenanteilsfreie Versorgung sei von ihm nicht gewünscht worden. Er habe bereits zu Beginn der Behandlung eine High-End-Versorgung als Im-Ohr-Gerät mit Fernbedienung gewünscht und sei über sämtliche Kosten der Versorgung aufgeklärt worden. Das gewählte Gerät habe dem Kläger in anspruchsvollen Situationen (geräuschvolle Umgebung, Musikverein) durch die vollautomatische Situationserkennung und adaptive Störgeräuscheunterdrückung den größtmöglichen Nutzen gebracht.

Mit Urteil vom 27.09.2011 wies das Sozialgericht die Klage ab und erlegte dem Kläger Missbrauchskosten in Höhe von 150 EUR auf. Ein Anspruch auf volle Kostenübernahme der Hörgeräteversorgung aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bestehe nicht, da keine unaufschiebbare Notsituation nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V](#) gegeben sei. Eine Leistung sei nur dann unaufschiebbar, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich sei, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr bestehe. Auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Alt. 2 SGB V](#) würden nicht vorliegen. Danach seien die Kosten für eine selbstbeschaffte, notwendige Leistung von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe und dem Versicherten dadurch für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden seien. Zwischen der rechtswidrigen Ablehnung der Leistung und der Kostenlast des Versicherten müsse ein Kausalzusammenhang bestehen. Der Erstattungsanspruch sei daher ausgeschlossen, wenn der Versicherte vor der Inanspruchnahme bzw. Beschaffung der Leistung nicht die Entscheidung der Krankenkasse über deren Gewährung abgewartet habe. Das Abwarten einer vorherigen Entscheidung der Krankenkasse sei auch dann nicht entbehrlich, wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa aufgrund Erfahrungen aus anderen Verfahren - von vornherein feststehe (vgl. BSG, Beschluss v. 01.04.2010 - [B 1 KR 114/09 B](#); BSG, Urteil v. 30.06.2009 - [B 1 KR 5/09 R](#)). Der Kläger habe den Beschaffungsweg nicht eingehalten, sondern sich die Hörgeräte mit Rechnung vom 10.03.2010 selbst beschafft. Am 19.03.2010 habe er diese bei der Beklagten mit dem Antrag auf Kostenerstattung eingereicht, mithin nach der Eigenbeschaffung. Der Kläger habe der Beklagten mit dieser Vorgehensweise die Möglichkeit genommen, die Leistung vor der Beschaffung abzulehnen. Entgegen den Ausführungen des Klägers stehe eine Nachfrage des Hörgeräteakustikers zur Höhe der Festbeträge einem Antrag auf volle Kostenübernahme nicht gleich. Der Hörgeräteakustiker handele insoweit nicht in Vollmacht des Klägers, sondern in eigener Abrechnungssache, um Kenntnis davon zu erhalten, welchen Betrag er direkt über die Krankenkasse abrechnen und welchen er noch dem Betroffenen privat in Rechnung stellen müsse. Mit einem weitergehenden Antrag hätte sich der Kläger selbst an die Beklagten wenden müssen, was er aber vor Beschaffung der Hörgeräte nicht getan habe. In der mündlichen Verhandlung sei der Kläger auf die Verhängung von Missbrauchsgebühren aufgrund der offensichtlichen Aussichtslosigkeit der Klage unter Hinweis auf die geltende Rechtsprechung des BSG hingewiesen worden. Dennoch sei die Klage auf ausdrücklichen Wunsch des Klägers aufrechterhalten worden. Bei der vorliegenden offensichtlichen Unbegründetheit der Klage - welche durch das BSG in diesen Fällen vielfach bestätigt worden sei - sei von einer missbräuchlichen Weiterverfolgung des Klagebegehrens auszugehen, wenn trotz der ausdrücklichen Erläuterung der Rechtslage auf dem Ausspruch eines Urteils beharrt wird. Dem Kläger seien deshalb ergänzend Missbrauchskosten gemäß [§ 192 SGG](#) auferlegt worden.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 30.09.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 27.10.2011 Berufung eingelegt. Er lässt vortragen, es habe für ihn keine Verpflichtung bestanden, vor der Selbstbeschaffung des ausgewählten Gerätes einen erneuten Bewilligungsantrag auch für die Kosten zu stellen, die über die Festbetragsregelung hinausgingen, nachdem der Versorgungsanspruch in Höhe der Festbetragsregelung von der Beklagten bewilligt worden war. Diese habe durch die Aufklärung über die Mehrkosten bei nicht eigenanteilsfreien Geräten bereits konkludent mitgeteilt, dass die Übernahme der Mehrkosten nicht bewilligt werde. Der Beschaffungsweg sei damit eingehalten. Der Kläger legt hierzu ein Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 03.05.2011 ([§ 13 KR 233/10](#)). Er habe daher einen Anspruch auf die volle Kostenübernahme der Hörgeräteversorgung. Der Kläger verweist insoweit auf sein Vorbringen im erstinstanzlichen Verfahren. Er wendet sich ferner gegen die Auferlegung von Missbrauchskosten und macht hierzu geltend, da das Sozialgericht Aufklärungsmaßnahmen zur Sache durchgeführt habe, sei es überraschend gewesen, dass in der mündlichen Verhandlung die Einhaltung des Beschaffungsweges verneint worden sei. Zudem vertrete das Sozialgericht Aachen zum Beschaffungsweg eine andere Auffassung, so dass von einer offensichtlichen Unbegründetheit nicht ausgegangen werden könne.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 27.09.2011 und den Bescheid vom 09.04.2010 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom

23.02.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm einen weiteren Betrag in Höhe von 4.950,00 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 % seit dem 10.04.2010 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie führt aus, eine Hörgeräteversorgung außerhalb der Vertragspreise sei beim Kläger nicht notwendig, da bei ihm lediglich ein mittelgradiger Hörverlust vorliege. Der Kläger sei über das qualitativ hochwertige Angebot eigenanteilsfreier Versorgung vom Hörgeräteakustiker aufgeklärt worden. Er habe aber nach den Angaben des Hörgeräteakustikers nur ein Festbetragsgerät getestet und auf die Testung weiterer Festbetragsgeräte verzichtet. Mit dem getesteten Gerät habe eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung erreicht werden können.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Vortrag der Beteiligten und den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch sonst zulässig. Der Beschwerdewert von 750 EUR nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) ist mit dem geltend gemachten, weitergehenden Kostenanspruch in Höhe 4.950 EUR überschritten.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Die Beklagte hat die Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Mehrkosten für die Versorgung des Klägers mit digitalen Hörgeräten im Ergebnis zu Recht versagt. Der Kläger hat weder nach Krankenversicherungsrecht noch auf der Basis einer rehabilitationsrechtlichen Teilhabeleistung einen Kostenerstattungsanspruch gegen die Beklagte.

I.

Nach der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts -BSG- im Urteil vom 24.01.2013 (- [B 3 KR 5/12 R](#) - in Juris) war die Beklagte verpflichtet, den Kostenerstattungsanspruch des Klägers für die begehrte Hörgeräteversorgung sowohl als krankenversicherungsrechtlicher Leistungsträger nach [§ 33](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch -SGB V- als auch als erstangegangener Rehabilitationsträger i.S.d. [§ 14](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch -SGB IX- zu prüfen. Zu Unrecht hat sich die Beklagte im Widerspruchsbescheid der Prüfung, ob der Kläger aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit einer höherwertigen Hörgeräteversorgung bedarf, mit der Begründung entzogen, diese falle nicht in ihre Zuständigkeit, sondern in die der Rentenversicherung als zuständigem Rehabilitationsträger.

Das BSG hat in der genannten Entscheidung dargelegt, dass ein Antrag auf Versorgung mit einem Hörgerät ein Antrag auf Teilhabeleistungen i. S. v. [§ 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX](#) ist und zwar nach der Auslegungsregel des [§ 2 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch -SGB I- auf eine umfassende, nach Maßgabe des Leistungsrechts des Sozialgesetzbuches - sowohl des Leistungsrechts der GKV nach dem SGB V als auch des Leistungsrechts der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch Sechstes Buch -SGB VI- - bestmögliche Versorgung mit einem neuen Hörgerät. Eine solche Auslegung des Leistungsbegehrens schließt die Aufspaltung des klägerischen Begehrens in zwei separate Leistungsanträge, nämlich in einem Antrag auf Bewilligung eines Festbetrages ("Normalversorgung", [§ 12 Abs. 2 SGB V](#)) und einen weiteren Antrag auf Bewilligung einer über den Festbetrag hinausgehenden, technisch anspruchsvolleren und teureren Versorgung ("Premiumversorgung"), von vornherein aus (BSG, a.a.O. Juris RdNr. 21). Die ordnungsgemäße Antragstellung nach [§ 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX](#) kann auch in Form der Versorgungsanzeige eines Hörakustikstudios erfolgen und setzt die Zuständigkeitsprüfung des erstangegangenen Leistungsträgers innerhalb der dafür vorgesehene Zwei-Wochen-Frist in Gang. Eine andere Auslegung liefe nach der Auffassung des BSG dem Gesetzeszweck zuwider, im Interesse behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen durch rasche Klärung von Zuständigkeiten Nachteilen im gegliederten System entgegenzuwirken (BSG, a.a.O. RdNr. 23 mit Hinweis auf [BT-Drucks 14/5074 S 102](#) f zu § 14).

Das BSG hat daraus gefolgert, dass ein an die Krankenkasse gerichteter Antrag auf Versorgung mit einem Hörgerät deshalb auch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gerichtet ist. Der Versicherte will im Zweifel die ihm günstigste Art der Leistungsgewährung in Anspruch nehmen; ein einmal gestellter Antrag ist deshalb umfassend auf alle nach Lage des Falles in Betracht kommenden Leistungen und Anspruchsgrundlagen hin zu prüfen, und insbesondere nicht "künstlich" in separate Teil-Leistungsanträge für die verschiedenen in Betracht kommenden Teilhabeleistungen aufzuspalten (BSG, a.a.O. RdNr. 25 m.w. N.). Die Beklagte hätte den Leistungsantrag daher 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](#)) prüfen und danach die Zuständigkeit bestimmen müssen.

Da die Beklagte die Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers als Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb von zwei Wochen ab dessen Eingang weitergeleitet hat, oblag es ihr, unverzüglich den Rehabilitationsbedarf des Klägers festzustellen ([§ 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX](#)). Diese Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers nach [§ 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX](#) schließt im Außenverhältnis zum Versicherten die Zuständigkeiten aller anderen Träger aus (BSG, stRspr. Urteil vom 24.01.2013 [a.a.O.](#) RdNr. 26 m.w.N.). Die Beklagte hatte daher als erstangegangenen Träger den Anspruch des Klägers anhand aller Rechtsgrundlagen zu prüfen, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation für Rehabilitationsträger vorgesehen sind (so bereits BSG, Urteil vom 21.08.2008 - [B 13 R 33/07 R](#) -, in Juris).

II.

Die Beklagte ist als originär zuständiger Krankenversicherungsträger nicht zur Leistung der über den Festbetrag hinausgehenden Mehrkosten der digitalen Hörgeräte verpflichtet.

1. Rechtsgrundlage des im Rahmen des Krankenversicherungsrechts geltend gemachten Erstattungsanspruchs sind die Bestimmungen der

[§§ 2 Abs. 2 Satz 1, 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#). Gem. [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erhalten Versicherte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich als Sach- oder Dienstleistung. Kostenerstattung findet nur statt, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist. Hierfür kommt vorliegend nur die Regelung in [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Danach sind dem Versicherten die für eine selbstbeschaffte Leistung entstandenen Kosten von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Leistung notwendig und unaufschiebbar war und die Krankenkasse diese rechtzeitig erbringen konnte (1. Alt.) oder sie die - notwendige - Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (2. Alt.).

Ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V kommt nicht in Betracht, da es sich bei der Versorgung des Klägers mit digitalen Hörgeräten nicht um eine unaufschiebbare Notfall-Leistung handelt, die dann erbracht wird, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Versicherten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen und aufgesucht werden kann (vgl. BSG, Urte. v. 01.02.1995, - [6 RKA 9/94](#) -; Senatsurteil vom 22.11.2006, - [L 5 KR 1015/06](#) -). Diese Voraussetzungen liegen bei der Folgeversorgung mit Hörgeräten nicht vor.

Der daher allein in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V wegen einer zu Unrecht abgelehnten Leistung reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch. Er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (BSG, Urte. v. 14.12.2006, - [B 1 KR 8/06 R](#) -). Aus Wortlaut und Zweck dieser Vorschrift folgen außerdem Vorgaben für den Beschaffungsweg bei selbst beschafften Leistungen. Zwischen der rechtswidrigen Ablehnung der Leistung und der Kostenlast des Versicherten muss ein Kausalzusammenhang bestehen. 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 (vgl. Senatsurteil vom 24.09.2008, - [L 5 KR 1539/07](#) - m. Nachw. zur Rspr. des BSG).

2. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts hat der Kläger den Beschaffungsweg eingehalten. Hierfür reicht nach der vom BSG im Urteil vom 24.01.2013 ([a.a.O.](#) Juris-RdNr. 20) dargelegten Auffassung das Vorliegen der Versorgungsanzeige des Leistungserbringers und die Bewilligung des Hörgerätes zum Festbetrag durch die Beklagte aus. Das BSG hat die Praxis der Krankenkassen, bei der Hörgeräteversorgung die Versicherten an die Hörgeräteakustiker zu verweisen und sich damit einer eigenen Prüfung des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen für Teilhabeleistungen zu entziehen, ausdrücklich beanstandet. Es hat darin eine Verweigerung zur Entgegennahme von Anträgen gesehen mit der Folge, dass sich die Krankenkasse nicht darauf berufen kann, es sei bei ihr kein Antrag auf Mehrkosten gestellt worden. Wenn ein Rehabilitationsträger die Versorgung mit Hörgeräten nicht mehr selbst vornimmt, sondern in die Hand der Leistungserbringer "outsourced", werde dies weder dem Grundgedanken der Festbetragsregelung gerecht noch trage dies zur Kostendämpfung bei (BSG, a.a.O.). Wie im dort entschiedenen Fall liegen auch im vorliegenden Fall keine Unterlagen dazu vor, wann die Entscheidung über die Folgeversorgung und die Bewilligung des Festbetrages überhaupt erfolgt ist. Die Beklagte kann insoweit auch nicht mit Erfolg einwenden, dass es sich hierbei nur um die abrechnungstechnische Abwicklung zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse handele. Das BSG hat diese Praxis im Umgang mit dem Leistungsrecht des SGB V nicht mehr für akzeptabel angesehen (a.a.O.). Es ist daher dem Kläger-Vertreter darin zu folgen, dass die Beklagte schon mit dem Hinweis auf die Begrenzung der Erstattung nur zum Festbetrag konkludent die Erstattung darüber hinaus gehender Kosten abgelehnt hat.

3. Der Kostenerstattungsanspruch des Klägers nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) scheitert aber daran, dass der Kläger keinen Sachleistungsanspruch nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auf die Versorgung mit dem gewählten digitalen Hörgerät hat. Nach dieser Regelung haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um entweder den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit diese Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) aus der GKV-Versorgung ausgeschlossen sind.

Der Kläger hat insoweit zu Recht auf die differenzierten Anforderungen an die Erforderlichkeit der Leistung hingewiesen, je nachdem, ob es sich um einen Fall des unmittelbaren oder des mittelbaren Behinderungsausgleichs handelt. Der unmittelbare Behinderungsausgleich zielt auf den Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion, etwa wenn das Hilfsmittel die Ausübung der beeinträchtigten Körperfunktion - hier das Hören - selbst ermöglicht, ersetzt oder erleichtert. Für diesen unmittelbaren Behinderungsausgleich gilt das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits, und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts ([§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V](#)). Demgegenüber ist in Fällen des sog. mittelbaren Behinderungsausgleichs die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der beeinträchtigten Körperfunktion nicht oder nicht ausreichend möglich, weshalb Hilfsmittel zum Ausgleich von direkten und indirekten Folgen der Behinderung benötigt werden. Dann sind die Krankenkassen ständiger Rechtsprechung des BSG zufolge nur für einen Basisausgleich von Behinderungsfolgen eintrittspflichtig. Es geht in diesen Fällen nicht um einen Ausgleich im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten eines gesunden Menschen (BSG, a.a.O. Juris-RdNr. 30 ff).

Allerdings ist auch bei der Hilfsmittelversorgung das Wirtschaftlichkeitsgebot der [§§ 2 Abs. 1 Satz 1, 12 Abs. 1 SGB V](#) zu wahren. Danach muss das Hilfsmittel nicht nur ausreichend und zweckmäßig, sondern auch wirtschaftlich sein. Das Maß des Notwendigen darf nicht überschritten werden. Nicht notwendige oder unwirtschaftliche Hilfsmittel können Versicherte nicht beanspruchen und dürfen die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). 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 in diesen Fällen selbst zu tragen ([§ 33 Abs. 1 S. 5 SGB V](#)). Eingeschlossen in den Versorgungsauftrag der GKV ist eine kostenaufwendige Versorgung dagegen dann, wenn durch sie eine Verbesserung bedingt ist, die einen wesentlichen Gebrauchsvorteil gegenüber einer kostengünstigeren Alternative bietet. Das gilt bei Hilfsmitteln zum unmittelbaren Behinderungsausgleich insbesondere durch Prothesen für grundsätzlich jede Innovation, die dem Versicherten 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 (BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr. 44](#) S. 249; [BSGE 93, 183](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr. 8](#), RdNr 15). Desgleichen kann eine Leistungsbegrenzung zu erwägen sein, wenn die funktionalen Vorteile eines Hilfsmittels ausschließlich in bestimmten Lebensbereichen zum Tragen kommen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr.](#)

[34](#) zur Versorgung mit einer - dem mittelbaren Behinderungsausgleich dienenden - Mikroportanlage).

Gemessen an diesen Anforderungen kann die Erforderlichkeit der höherwertigen digitalen Hörgeräte für einen unmittelbaren Behinderungsausgleich beim Kläger nicht festgestellt werden. Der Hörgeräteakustiker F. hat in seiner Stellungnahme gegenüber dem Sozialgericht ausdrücklich angegeben, eine für den Alltag taugliche zweckmäßige Versorgung sei mit jedem der getesteten Hörgeräte, also auch mit dem getesteten Festbetragsgerät erreicht worden. Dass die gewählten Premiumgeräte dem Kläger demgegenüber im Alltag wesentliche Gebrauchsvorteile bieten, vermag der Senat nicht festzustellen.

Der Kläger hat die Auswahl der höherwertigen Geräte damit begründet, er sei am Arbeitsplatz und in seiner privaten Umgebung auf optimale Hörakustik angewiesen, und insoweit auf seine Tätigkeit als Fliesenleger verwiesen, in der er sehr viel mit Kundschaft zu tun habe, sowie auf seine Tätigkeit als Vorsitzender des Musikvereins, in dem er früher auch als Dirigent tätig gewesen sei. Mit dem ausgewählten Gerät habe er in geräuschvoller Umgebung am Arbeitsplatz und im Musikverein ein fast vollständiges Sprachverstehen erreicht, wohingegen mit den Festbetragsgeräten ein vergleichbar gutes Sprachverstehen in geräuschvoller Umgebung nicht gewährleistet sei.

Mit beiden Argumenten kann der Kläger im Hinblick auf die Erforderlichkeit des Behinderungsausgleichs in der GKV nicht gehört werden. Die Tätigkeit als Vorsitzender des Musikvereins fällt in den Bereich der Freizeitbetätigung und damit nur in einen begrenzten Lebensbereich. Der zusätzliche Nutzungsvorteil des höherwertigen Gerätes muss sich jedoch auf das gesamte Alltagsleben beziehen. Hilfsmittel, die in erster Linie zur Ausübung einer Freizeittätigkeit erforderlich sind, fallen deshalb grundsätzlich nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, die im Rahmen des Behinderungsausgleichs nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1](#), 2. Alternative SGB V nur für die medizinische Rehabilitation zuständig ist (BSG, Urteil vom 03.11.1999 - [B 3 KR 3/99 R](#) - in Juris). Der geltend gemachte Gebrauchsvorteil für die berufliche Tätigkeit als Fliesenleger kann aus dem gleichen Grund nicht im Rahmen des krankenversicherungsrechtlichen Versorgungsanspruchs aus [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) berücksichtigt werden. Dieser ist durch die Gewährung des Festbetrages erfüllt, da für den Alltagsgebrauch ein Festbetragsgerät ausgereicht hätte.

III.

Dem Kläger steht auch kein Kostenerstattungsanspruch gegen die Beklagte als erstangegangenem Rehabilitationsträger nach Rentenversicherungsrecht zu. Auch für einen solchen Anspruch ist die Beklagte - wie dargelegt - nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) im Außenverhältnis zum Kläger zuständig.

1. 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 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 (BSG, a.a.O. Juris-RdNr. 42).

2. Im Hinblick auf die Einhaltung des Beschaffungsweges - des Kausalzusammenhangs zwischen der Leistungsablehnung und der Selbstbeschaffung - gilt nichts anderes als im Rahmen des krankenversicherungsrechtlichen Kostenerstattungsanspruchs. Auch insoweit reicht die Bewilligung des Festbetrages, mit der zugleich die Ablehnung der Erstattung weitergehender Kosten erfolgte, aus. Der Kläger hat sich die Hörgeräte in Kenntnis dieser Leistungsbeschränkung beschafft.

3. Der Kläger erfüllt allerdings die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung nicht. Ein solcher Anspruch beruht auf den Regelungen der [§§ 9, 15 SGB VI](#) i.V.m. [§ 26 Abs. 2 Nr. 6](#) und [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#). Gemäß [§ 9 Abs. 1 SGB VI](#) kann die Rentenversicherung u.a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 15 SGB VI](#) erbringen. In [§ 15 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) wird insoweit auf die rehabilitationsrechtlichen Bestimmungen der [§§ 26 bis 31 SGB IX](#) verwiesen. Nach [§ 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX](#) werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation behinderter Menschen erbracht, um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden oder zu mindern. Zu diesen Leistungen gehören nach [§ 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX](#) auch Hilfsmittel, deren Erbringung wiederum in [§ 31 SGB IX](#) näher geregelt ist. Hierzu zählen nach [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) auch Hilfsmittel, die unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls erforderlich sind, um eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind.

Zu den Leistungsvoraussetzungen gehört aber auch, dass die persönlichen und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der [§§ 10 und 11 SGB VI](#) erfüllt sind. Es fehlt hier an der Erfüllung der persönlichen Voraussetzungen für die Leistungsgewährung. Der Kläger fällt mit seiner Hörbehinderung nicht in den persönlichen Anwendungsbereich ([§ 10 SGB VI](#)), da er nicht aufgrund der Hörbehinderung in seiner Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist. Abzustellen ist insoweit auf die konkret ausgeübte Beschäftigung und nicht auf die generelle Erwerbsfähigkeit i.S.v. [§ 43 Abs. 2 S. 2 SGB VI](#). Der Senat kann nicht feststellen, dass der Kläger seine Tätigkeit als Fliesenleger ohne die höherwertige Hörgeräteversorgung nicht mehr erfüllen kann. Der Kläger hat sich insoweit darauf berufen, sehr viel mit Kunden zu tun zu haben, und dass das Sprachverstehen in geräuschvoller Umgebung und am Arbeitsplatz unbefriedigend gewesen sei. Hieraus ergibt sich keine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit im Beruf des Fliesenlegers. Der Umgang mit Kunden macht ein höherwertiges Hörgerät nicht erforderlich, da zum einen das Führen von Kundengesprächen nicht die Tätigkeit eines Fliesenlegers prägt und es zum anderen zugemutet werden kann, Kundengespräche in eine geräuscharme Umgebung zu verlegen. Die handwerkliche Tätigkeit selbst, etwa der geräuschintensive Umgang mit Geräten zur Entfernung von Fliesen, bedarf eher eines Lärmschutzes denn einer Hörgeräteversorgung mit Premiumgeräten. Dass dem Kläger die Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit ohne die von ihm gewählten Hörgeräte nicht mehr möglich oder ganz erheblich erschwert wäre, ist damit nicht festzustellen.

Der Kläger hat auch aus rehabilitationsrechtlichen Gesichtspunkten keinen Anspruch auf Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Mehrkosten. Die Ablehnung der Kostenerstattung ist daher im Ergebnis zu Recht erfolgt.

Die Berufung hat daher hinsichtlich des geltend gemachten Erstattungsanspruchs keinen Erfolg.

IV.

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

Die Auferlegung von Missbrauchskosten durch das Sozialgericht war hingegen aufzuheben. Die Frage der Erfüllung des Beschaffungsweges war unterschiedlichen Rechtsauffassungen zugänglich, wie sich zum einen aus dem vom Kläger-Vertreter vorgelegten Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 03.05.2011 ergibt, welches in der Begrenzung der Kostenerstattung die Ablehnung eines weitergehenden Erstattungsantrags sieht, und zum anderen in dem diese Rechtsauffassung bestätigenden Urteil des BSG vom 24.01.2013 ([a.a.O.](#)). Das Festhalten an der Klage aufgrund der vom Kläger vertretenen und letztlich vom BSG bestätigten Rechtsauffassung kann daher nicht als rechtsmissbräuchlich im Sinne von [§ 192 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) angesehen werden.

Der Erfolg der Berufung insoweit fällt in Anbetracht des Umfangs des streitgegenständlichen Erstattungsanspruchs kostenrechtlich jedoch nicht ins Gewicht.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-03-28