

## L 5 R 28/08

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Chemnitz (FSS)

Aktenzeichen

S 9 RA 1004/03

Datum

07.12.2007

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 5 R 28/08

Datum

05.04.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Hörgeräteversorgung - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - Abgrenzung von Leistungen zur Teilhabe und Krankenbehandlung - Zuständigkeit des erstangegangenen Leistungsträgers - Abgrenzung des Umfangs der Leistungspflicht zwischen der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung im Fall der Hörgeräteversorgung

1. Die Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers nach [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) erstreckt sich im Falle des nicht fristgerecht weitergeleiteten Antrages des Versicherten nicht nur auf Teilhabeleistungen sondern auch auf Leistungen als Krankenbehandlung, sofern solche Leistungen das Begehren des versicherten Antragstellers decken können. Der im Falle nicht fristgerechter Weiterleitung endgültig zuständig gewordene Leistungsträger hat den geltend gemachten Anspruch - hier auf das Hilfsmittel Hörhilfe - anhand aller Rechtsgrundlagen, auch nach zuständigkeitsfremden Leistungsgesetzen, zu prüfen und zu erbringen, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation in Betracht kommen und dem Grunde nach vorgesehen sind.

2. Die Abgrenzung des Umfangs der Leistungspflicht zwischen der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung im Bereich von geltend gemachten Teilhabeleistungen richtet sich danach, ob das begehrte Hilfsmittel - hier das Hilfsmittel Hörhilfe - dem unmittelbaren Behinderungsausgleich dient (Leistungspflicht der Krankenversicherung) oder ausschließlich berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile bietet (Leistungspflicht der Rentenversicherung).

3. Telefonate, Mehrpersonengespräche und Verständigungen unter Störgeräuschen gehören nahezu zu jeder beruflichen Tätigkeit; Störschall tritt auch in vielen Bereichen des täglichen Lebens, sei es im Straßenverkehr, in öffentlichen Verkehrsmitteln oder in Einkaufs- und kulturellen Einrichtungen auf. Diese Umstände begründen daher regelmäßig kein spezifisch ausschließlich aus beruflich bedingten Gründen bestehendes Erfordernis auf eine Hörgeräteversorgung, wie es etwa bei akustischen Kontroll- oder Überwachungsarbeiten oder beim feinsinnigen Unterscheiden zwischen bestimmten Tönen und Klängen gegeben ist.

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 7. Dezember 2007 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte hat der Klägerin deren notwendige außergerichtliche Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, die Kosten für ein volldigitales Mehrkanalhörgerät mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung in Höhe von 2.402,46 Euro, abzüglich des von der Krankenkasse bereits geleisteten Betrages in Höhe von 702,23 Euro und abzüglich des gesetzlichen Zuzahlungsbetrages in Höhe von 10,- Euro, mithin einen Betrag in Höhe von 1.690,23 Euro, zu erstatten.

Die Klägerin ist gelernte Textilfachverkäuferin und Industriekauffrau und arbeitet seit Mai 1986 als Verkäuferin und Disponentin in einem

Baustofffachhandelsgeschäft. Zu 30 % ihrer Arbeitszeit führt sie Preisverhandlungen mit Lieferanten und ist mit der Abwicklung und Auflösung von Bestellungen mit Lieferanten befasst. Diese Tätigkeiten erfolgen in einem separaten Büroraum unter weitgehendem Ausschluss von Störgeräuschen. Zu 70 % ihrer Arbeitszeit führt sie Beratungs- und Verkaufsgespräche mit Kunden sowie mit Außendienstmitarbeitern verschiedener Industriebereiche. Diese Tätigkeiten finden im Wesentlichen im Verkaufsraum statt, der mit drei Kassen ausgestattet ist und in dem teilweise reger Kundenverkehr mit Nebengeräuschen durch Kundengespräche und durch die Kassen auftritt.

Nach erstmaliger ohrenärztlicher Verordnung einer Hörhilfe wegen einer kombinierten beidseitigen (zutreffend: linksseitigen) Schwerhörigkeit durch Dipl.-Med. G1 (Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) vom 13. Dezember 2002 stellte die Klägerin am 7. Januar 2003 bei der Beklagten einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Diesen lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 12. März 2003 und bestätigendem Widerspruchsbescheid vom 24. Juni 2003 ab und führte zur Begründung aus: Zwar sei eine Hörhilfe aus medizinischen Gründen notwendig. Es handele sich aber um eine Leistung der medizinischen Grundversorgung, weil eine über die Basisversorgung hinausgehende Versorgung mit höherwertigen Hörgeräten nicht wegen besonderer Anforderungen während der Berufsausübung notwendig sei. Die Klägerin benötige bei jedweder Ausübung einer beruflichen Tätigkeit die begehrte Hörhilfe. Ihre konkrete Berufstätigkeit lasse keine spezifische, berufsbedingte Notwendigkeit der höherwertigen Hörgeräteversorgung erkennen.

Hiergegen erhob die Klägerin am 25. Juli 2003 Klage zum Sozialgericht Chemnitz.

Am 23. Dezember 2004 erwarb die Klägerin auf der Grundlage der ohrenärztlichen Verordnung von Dipl.-Med. G1 vom 13. Dezember 2002, die auf Grund eines Wechsels der Zuständigkeit der Krankenkasse der Klägerin von Dipl.-Med. G1 am 23. Dezember 2004 nochmals ausgestellt wurde, bei der Hörgeräteakustikerin H1 ein digitales Mehrkanalhörgerät mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung der Marke "SENSODIVA SD-9M" zum Preis von 2.402,46 Euro. Die Rechnung vom 23. Dezember 2004 ließ sie – in Form eines auf den Festbetrag begrenzten Kostenvoranschlages vom 23. Dezember 2004 – über ihre Hörgeräteakustikerin bei ihrer Krankenkasse am 27. Dezember 2004 einreichen, die der Klägerin am 2. Februar 2005 eine Leistung in Form der Festbetragsübernahme in Höhe von 702,23 Euro, einschließlich Reparaturpauschale und abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung in Höhe von 10,- Euro, gewährte. Den Restbetrag in Höhe von 1.700,23 Euro zahlte sie selbst. Einen Antrag auf vollständige Kostenübernahme, vor Erwerb des Hörgerätes, stellte sie bei ihrer Krankenkasse nicht.

Das Sozialgericht hat im Rahmen des Klageverfahrens einen Befundbericht der Dipl.-Med. G1 vom 7. August 2006, Auskünfte des Arbeitgebers, der Firma B., zu den Arbeitsaufgaben und den Arbeitsanforderungen der Klägerin vom 25. August 2006 sowie ein Gutachten auf otologischem Fachgebiet bei Dr. H2 (Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) vom 24. September 2007 eingeholt. Dr. H2 stellte auf Grund der Untersuchung der Klägerin am 6. Juli 2007 einen Hörverlust von 50 % für das linke und noch keinen Hörverlust für das rechte Ohr fest, wobei es sich auf dem linken Ohr um eine mittelgradige Schwerhörigkeit im Sinne einer Schalleitungsschwerhörigkeit handele. Er stellte fest, eine umgangssprachliche Verständigung im Störschall sei weder ohne Hörgerät noch mit Basishörgerät möglich, wobei im Störschall das Sprachverständnis bei der Versorgung mit einem Basishörgerät schlechter als das Sprachverständnis ohne Hörgerät sei, und schätzte ein: Durch das digitale Hörgerät verbessere sich bei der Klägerin das Sprachverständnis im Vergleich zum Hörvermögen ohne Hörgerät um 15 % und im Vergleich zum Hörvermögen mit Basishörgerät um 45 %. Durch die höherwertige Hörgeräteversorgung sei eine deutliche Verbesserung des Sprachverständnisses im Störschall zu erzielen und es werde damit eine ausreichende umgangssprachliche Verständigung überhaupt erst möglich. Für den Teil der Tätigkeit im Verkaufsraum sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Verordnung des digitalen Hörgerätes vom Typ "SENSODIVA SD-9M" oder vergleichbarer Modelle zwingend erforderlich sei, um aus medizinischer Sicht ein ausreichendes Sprachverständnis zur Bewältigung der Aufgaben am Arbeitsplatz zu erzielen. Für die übrige Arbeitszeit, die im Wesentlichen ohne Störgeräusche ausgeübt werde, sei keine Hörgeräteversorgung notwendig.

Gestützt auf das Gutachten von Dr. H2 und nach Beiladung der Krankenkasse mit Beschluss vom 7. November 2007 hat das Sozialgericht Chemnitz mit Urteil vom 7. Dezember 2007 den Bescheid der Beklagten vom 12. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Juni 2003 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Der Klägerin stehe im Rahmen von Teilhabeleistungen am Arbeitsleben ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für ein digitales Mehrkanalhörgerät mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung zu. Das Begehren sei als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage dahingehend begründet, dass der Klägerin eine dauerhafte Ausübung ihrer Erwerbstätigkeit als Verkäuferin und Disponentin in einem Baustofffachhandelsmarkt nur mit dem volldigitalen Mehrkanalhörgerät mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung möglich sei. Erst dieses Gerät ermögliche ihr die erforderliche Kommunikation, um den bestehenden Hörverlust auszugleichen. Auf Grund des eingeholten Gutachtens von Dr. H2 stehe fest, dass das volldigitale Mehrkanalhörgerät mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung einen optimalen Hörverlustausgleich gewährleiste. Die Entscheidung, welches Hörgerät den Anforderungen am Besten genüge und von welchem Hersteller es zu erwerben sei, stehe unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Ermessen der Beklagten, so dass die Beklagte zur Neubescheidung des Begehrens zu verpflichten gewesen sei.

Gegen das ihr am 28. Dezember 2007 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 10. Januar 2008 Berufung eingelegt, mit der sie die Abweisung der Klage verfolgt: Zwar sei die Klägerin aus beruflich bedingten Gründen auf kommunikative Anforderungen und Beanspruchung ihres Hörvermögens angewiesen. Das konkrete Berufsbild lasse jedoch keinen spezifischen berufsbedingten Kommunikationsbedarf erkennen. Es stelle sich deshalb die Frage nach der Erfüllung der medizinischen Grundversorgung, für die die Beklagte jedoch nicht zuständig sei. Gegenüber der inhaltlichen Fragestellung, ob eine Unterversorgung der Klägerin mit den zu Festbeträgen von der Krankenkasse finanzierten Hörgeräten vorliege, sei die Frage des erst- oder zweitangegangenen Trägers nachrangig, weil auch der erstangegangene Leistungsträger nur im Rahmen der Leistungspflicht des konkreten Trägers handeln könne.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 7. Dezember 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt, jedoch im Verfahren mehrfach darauf hingewiesen, dass die Beklagte der erstangegangene Rehabilitationsträger gewesen sei, so dass ein Kostenerstattungsanspruch gegen sie selbst nicht bestehe. Selbst wenn es sich um einen nach Krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften geregelten Anspruch der Klägerin handele, sei die Beklagte als erstangegangener und damit zuständig gewordener Leistungsträger allein leistungspflichtig. Außerdem habe die Klägerin keine Festbetragsgeräte getestet, sodass sie von vornherein auf eine bestimmte Versorgung festgelegt gewesen sei, was einen Erstattungsanspruch ausschließe.

Das Gericht hat die bei der Beigeladenen vorhandenen Unterlagen beigezogen.

Dem Gericht haben die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Zur Ergänzung des Sach- und Streitstandes wird hierauf insgesamt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist unbegründet, weil das Sozialgericht Chemnitz der Klage im Ergebnis zutreffend stattgegeben hat. Der Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 12. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Juni 2003 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die Klägerin hat einen Anspruch darauf, dass die Beklagte einen Kostenerstattungsanspruch der Klägerin – unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts – bescheidet.

Der Anspruch der Klägerin ergibt sich, nachdem sie sich die begehrten Hörgeräte selbst beschafft hat, aus [§ 15 Abs. 1](#) des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), weil die Beklagte als erstangegangener Rehabilitationsträger zuständig geworden (und geblieben) ist (dazu nachfolgend unter I.) und die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (dazu nachfolgend unter II.). Diese Vorschrift ist entweder unmittelbar anwendbar, weil sie trägerübergreifend Kostenerstattungsansprüche für selbstbeschaffte Teilhabeleistungen normiert (so deutlich: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 12). Oder sie ist über [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) entsprechend heranzuziehen, weil zwar [§ 15 Abs. 1 Satz 1](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) auf sie nicht verweist, aber [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) einen allgemeinen Gedanken für sämtliche selbstbeschafften Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für jeden in Betracht kommenden Rehabilitationsträger enthält (so angedeutet: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 21 und 22 unter Bezugnahme auf BSG, 1. Senat, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 36/06 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 18). Die Frage kann dahinstehen, weil das Ergebnis des Rechtsstreits von ihrer Beantwortung nicht abhängt.

I. Von den in [§ 15 Abs. 1](#) Sätze 1 bis 4 SGB IX geregelten drei unterschiedlichen Tatbeständen, die zur Kostenerstattungspflicht führen können, kommt vorliegend nur der in [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) geregelte in Betracht. Danach besteht eine Erstattungspflicht, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Rehabilitationsträger im Sinne von [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) ist ausweislich des systematischen Zusammenhangs der Bestimmung mit [§ 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#) der zuständige Rehabilitationsträger. Nach Satz 3 ist der "zuständige" Rehabilitationsträger unter bestimmten Voraussetzungen zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet, wenn sich Leistungsberechtigte eine erforderliche Leistung selbst beschaffen. Die Erstattungspflicht des "zuständigen" Rehabilitationsträgers erstreckt Satz 4 auf die darin geregelten Tatbestände, indem er bestimmt, dass die Erstattungspflicht "auch" in diesen Fällen besteht. Zuständiger Rehabilitationsträger im Sinne des [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) ist der nach [§ 14 SGB IX](#) verantwortliche Rehabilitationsträger (so deutlich: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 14). [§ 14 SGB IX](#) sieht im Grundsatz lediglich zwei Zuständigkeiten vor, die des erstangegangenen oder des im Wege der Weiterleitung zweitangegangenen Rehabilitationsträgers. Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger gemäß [§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei ihm fest, ob er nach den für ihn geltenden Leistungsgesetzen zuständig ist. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag gemäß [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) unverzüglich dem seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger zu. Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger gemäß [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. Im Falle der Nichtweiterleitung des Antrags ist danach der erstangegangene Rehabilitationsträger zuständig. Wird der Antrag demgegenüber weitergeleitet, gelten gemäß [§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX](#) die Sätze 1 und 2 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend. In diesem Fall hat dieser den Rehabilitationsbedarf festzustellen und ist gegenüber dem behinderten Menschen zuständig. Ein Weiterleitungsrecht besteht für ihn nicht, selbst wenn er nach den Leistungsgesetzen "eigentlich" nicht zuständig ist. Die Zuständigkeit nach [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX gegenüber dem behinderten Menschen ist eine ausschließliche Zuständigkeit. [§ 14 SGB IX](#) zielt darauf ab, zwischen den betroffenen behinderten Menschen und Rehabilitationsträgern die Zuständigkeit schnell und dauerhaft zu klären. Die Vorschrift trägt dem Bedürfnis Rechnung, im Interesse behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen durch rasche Klärung von Zuständigkeiten Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken. Diesem Gesetzeszweck liefe es zuwider, für das Außenverhältnis zum Leistungsberechtigten neben der Zuständigkeit eines Trägers nach [§ 14 SGB IX](#) eine Zuständigkeit des nach den Leistungsgesetzen "eigentlich" verpflichteten Trägers für möglich zu halten (so deutlich: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 15; offengelassen noch von: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 36 unter Bezugnahme auf BSG, 4. Senat, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 4 R 19/06 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 32), wie die Beklagte im Verfahren mehrfach angedeutet hat, indem sie von einer formellen und einer inhaltlichen Zuständigkeit ausgeht.

Da die Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers im Außenverhältnis diejenige aller anderen Träger ausschließt, kann im Gerichtsverfahren über diese Frage im Verhältnis zu den vom behinderten Menschen angegangenen Rehabilitationsträgern nur einheitlich entschieden werden. Wird die Zuständigkeit eines Trägers im Sinne von [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX festgestellt, so hat das zwingend zur Folge, dass im Verhältnis zwischen diesem und dem Leistungsberechtigten der Anspruch an Hand aller Rechtsgrundlagen zu prüfen ist, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation für Rehabilitationsträger vorgesehen sind (so ganz deutlich und einheitlich: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 16; BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 30; BSG, 1. Senat, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 24 ff.). Dies gilt nach der Rechtsprechung des BSG unabhängig davon, ob die Beklagte als Träger der Rentenversicherung "eigentlich" (nur oder auch) zur Leistungserbringung zuständig war. Ist der erstangegangene Träger für eine Leistung der beantragten Art gar nicht zuständig, hat er die Leistung dem Antragsteller gegenüber nach den Vorschriften des "eigentlich" zuständigen Leistungsträgers zu erbringen und gegebenenfalls einen Erstattungsanspruch gegenüber dem "eigentlich" zuständigen Träger geltend zu machen (BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn.

16; BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 30; BSG, 1. Senat, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 24 ff). Aus diesem Grund ist die von der Beklagte im Verfahren mehrfach geäußerte Auffassung, die Frage des erst- oder zweitangegangenen Trägers sei nachrangig gegenüber der inhaltlichen Fragestellung zur Abgrenzung des Umfangs der Leistungspflicht zwischen der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung, unzutreffend. Ebenso unzutreffend ist die Ansicht der Beklagten, dass sich eine durch [§ 14 SGB IX](#) begründete Zuständigkeit lediglich auf Teilhabeleistungen erstrecken und sie deshalb nicht verpflichtet werden könne, als zuständig gewordenener Leistungsträger gänzlich zuständigkeitsfremde Leistungen, wie Leistungen für Hörhilfen als Krankenbehandlung (Hilfsmittel) nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ([§§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) zu erbringen (so wohl auch: LSG Berlin/Brandenburg, Urteil vom 24. Februar 2011 - [L 8 R 176/10](#) - JURIS-Dokument, Rn. 26). Denn diese Sichtweise entspricht nicht der höchstrichterlichen Rechtsprechung, die klargestellt hat, dass die durch [§ 14 SGB IX](#) begründete Zuständigkeit des erstangegangenen Leistungsträgers die Erbringung von Leistungen an Hand aller in der konkreten Bedarfssituation in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen, auch nach "zuständigkeitsfremden Leistungsgesetzen" umfasst. Dies gilt auch dann, wenn die Versorgung mit Hörhilfen nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist. Denn [§ 14 SGB IX](#) gilt seiner Intention nach auch in solchen Fällen, in denen eine Leistung, hier das Hilfsmittel Hörhilfe, beantragt wird, die nach dem Recht des zuerst angegangenen Leistungsträgers eine solche der medizinischen Rehabilitation, nach dem der ("eigentlich" mit- oder allein-)zuständigen Krankenkasse jedoch keine Leistung zur Teilhabe im Sinne der [§§ 4, 5 SGB IX](#) ist (so ganz deutlich: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 38; im Ergebnis ebenso: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 16 und 22: "der Anspruch ist an Hand aller Rechtsgrundlagen zu prüfen, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation vorgesehen sind").

Im vorliegenden Fall steht fest, dass die Beklagte der erstangegangene Rehabilitationsträger im Sinne von [§ 14 SGB IX](#) ist. Die Klägerin beantragte bei ihr am 7. Januar 2003 Teilhabeleistungen in Form der Hörgeräteversorgung, während sie sich über ihre Hörgeräteakustikerin erst mit dem Kostenvoranschlag vom 23. Dezember 2004 in Form der Rechnung vom 23. Dezember 2004 am 27. Dezember 2004 bezüglich der Gewährung des Festbetrages an die beigeladene Krankenkasse gewandt hat. Fest steht ebenfalls, dass die Beklagten den Antrag der Klägerin nicht wegen Unzuständigkeit innerhalb von zwei Wochen an die Beigeladene abgegeben, sondern mit Bescheid vom 12. März 2003 und Widerspruchsbescheid vom 24. Juni 2003 abschlägig beschieden, und bereits im Widerspruchsbescheid auf Leistungen der medizinischen Grundversorgung verwiesen hat. Die Beklagte ist danach der gegenüber der Klägerin umfassend zuständig gewordene Rehabilitationsträger. Sie hat sowohl die nach dem SGB VI als auch u.a. nach dem SGB V vorgesehenen Rehabilitationsleistungen und Leistungen der Krankenbehandlung, die das konkrete Begehren decken können, zu erbringen, weil sich die in [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX geregelte Zuständigkeit – wie ausgeführt – im Verhältnis zur Klägerin auf alle Rechtsgrundlagen erstreckt. Die Krankenkasse der Klägerin war hier jedoch als möglicherweise endgültig zuständiger Leistungsträger notwendig beizuladen (vgl. dazu: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 16), was das Sozialgericht mit Beschluss vom 7. November 2007 zutreffend veranlasst hat.

Die Klägerin hat sich darüber hinaus das streitgegenständliche digitale Mehrkanalhörgerät mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung der Marke "SENSODIVA SD-9M" auch erst nach der ablehnenden Entscheidung der Beklagten (Ablehnungsbescheid vom 12. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Juni 2003), nämlich ausweislich der Rechnung der Hörgeräteakustikerin H1 am 23. Dezember 2004, selbst und auf eigene Kosten beschafft, so dass dies einem Anspruch nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB VII](#) – ebenso wie einen solchen nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) – nicht entgegensteht (vgl. hierzu: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 23; BSG, 3. Senat, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 10-12). Die Ablehnung war auch ursächlich für die Selbstbeschaffung.

Entgegen der von der Beigeladenen im Schriftsatz vom 7. Februar 2011 geäußerten Ansicht, lag eine Vorfestlegung der Klägerin auf ein bestimmtes Gerät nicht vor. Ausweislich der Bescheinigung der Hörgeräteakustikerin vom 8. Dezember 2005 (Bl. 42 der LSG-Akte) hat die Klägerin das Hörgerät am 9. Januar 2003 lediglich zum Probetragen angepasst erhalten und dieses erst am 3. Juli 2003 (und damit nach Erlass sowohl des Ablehnungsbescheides vom 12. März 2003 als auch des Widerspruchsbescheides vom 24. Juni 2003) abschließend in Empfang genommen. Aus den Aktenvorgängen ist nicht nachvollziehbar, wie die Beigeladene zu der Behauptung gelangt, die Klägerin habe keine Festbetragsgeräte testen wollen, so dass sie bereits von vornherein auf eine bestimmte Versorgung vorfestgelegt gewesen sei. Im Übrigen steht auf Grund des Gutachtens von Dr. H2 vom 24. September 2007 fest, dass zum Zeitpunkt der Hörgeräteverordnung und Hörgeräteanpassung lediglich Basisgeräte entsprechend der Festbetragsregelung der Krankenkasse zur Verfügung standen, die digitalprogrammierbare, analoge und vollanaloge Geräte waren. Diese verfügten weder über eine Störschallunterdrückung noch über eine Spracherkennung. Bei Anpassung eines solchen Gerätes wäre bei der Klägerin zu erwarten gewesen, dass das Sprachverständnis unter Störgeräuschen noch schlechter gewesen wäre als ohne Hörgerät; zudem wäre auch zu erwarten gewesen, dass das Sprachverständnis unter Störgeräuschen schlechter gewesen wäre als bei dem von ihr erworbenen und erprobten Gerät. Der Grund hierfür liegt darin, dass es bei fehlender Störschallunterdrückung im Hörgerät, wie es bei den entsprechenden Basisgeräten zum damaligen Zeitpunkt der Fall war, bei einseitiger Schwerhörigkeit unter Störgeräuschen zu einer Verschlechterung des allgemeinen Sprachverständnisses kommt, weil eine undifferenzierte Verstärkung der Störgeräusche auch durch die Wahrnehmung über das gesunde Ohr stattfindet, was zusätzlich störenden Einfluss hat.

II. Der Klägerin stand ein Anspruch auf medizinische Rehabilitation zu, den die Beklagte zu Unrecht im Sinne des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) abgelehnt hat. Zwar waren die digitalen Hörgeräte nicht aus spezifisch beruflich bedingten Gründen erforderlich, da keine besondere berufliche Betroffenheit bei der Klägerin gegeben ist (dazu nachfolgend unter 1.), allerdings stehen ihr die Hörgeräte nach Krankenversicherungsrecht zu (dazu nachfolgend unter 2.).

Die von der Beklagten im Verfahren mehrfach in den Vordergrund gestellte Frage hinsichtlich der Abgrenzung des Umfangs der Leistungspflicht zwischen der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung beantwortet sich dabei nach der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung des BSG wie folgt: Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs ist die Hilfsmittelversorgung grundsätzlich von dem Ziel eines vollständigen funktionellen Ausgleichs geleitet. Insoweit hat der in [§ 33 Abs. 1 Satz 1](#) Var. 3 SGB V genannte Zweck (ebenso auch: [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#)) für die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gebotene Hilfsmittelversorgung zwei Ebenen. Im Vordergrund steht der unmittelbare Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion. Davon ist auszugehen, wenn das Hilfsmittel die Ausübung der beeinträchtigten Körperfunktion 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. Dies dient in aller Regel ohne gesonderte weitere Prüfung der Befriedigung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens im Sinne von [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#), weil die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer Körperfunktion als solche schon ein Grundbedürfnis in diesem Sinne ist. Deshalb kann auch die Versorgung mit einem fortschrittlichen, technisch weiterentwickelten Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend, solange ein Ausgleich der Behinderung nicht vollständig im Sinne des Gleichziehens mit einem gesunden Menschen erreicht ist (BSG, 3. Senat, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 15). Ausschließlich berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile sind demgemäß für die Hilfsmittelversorgung nach dem SGB V grundsätzlich unbeachtlich. Ist ein Versicherter für die Anforderungen des allgemeinen Alltagslebens ausreichend versorgt, kommt es auf etwaige zusätzliche Nutzungsvorteile im Erwerbsleben für die Beurteilung eines sich aus [§ 33 SGB V](#) ergebenden Leistungsanspruchs gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse nicht an (BSG, 3. Senat, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 16-17; im Grundsatz ebenso wohl auch: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 22-24). Spezifische (objektivierbare) Nutzungsvorteile im Erwerbsleben können allerdings, vorbehaltlich einer durch [§ 14 Abs. 2 SGB IX](#) bewirkten Zuständigkeitsverlagerung, den Rentenversicherungsträger dazu verpflichten, im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (und gegebenenfalls im Ermessenswege) berufsbedingte Mehrkosten für ein einheitliches Hilfsmittel zu übernehmen (BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 41-45). Die Versorgung mit Hörgeräten dient grundsätzlich dem unmittelbaren Behinderungsausgleich, weil dadurch das allgemeine Grundbedürfnis des täglichen Lebens in Form des Hörens befriedigt wird.

1. Nach [§ 33 Abs. 8 Satz 1 Nr. 4 SGB IX](#) in Verbindung mit [§ 16 SGB VI](#) gehört zu den Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungsträger auch die Übernahme von Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können. Auch medizinische Hilfsmittel können dabei als Teilhabeleistungen erbracht werden. Die Abgrenzung zwischen dem Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und der gesetzlichen Rentenversicherung andererseits hat – wie erwähnt – danach zu erfolgen, ob das Hilfsmittel dem medizinischen Ausgleich der Behinderung dient oder ob es ausschließlich für Verrichtungen bei bestimmten Berufen oder Berufsausbildungen benötigt wird.

Im Falle der Klägerin steht auf Grund der bereits im sozialgerichtlichen Verfahren durchgeführten Ermittlungen fest, dass das digitale Hörgerät nicht ausschließlich zum Ausgleich einer Behinderung für eine bestimmte Berufsausübung erforderlich ist, sondern generell für die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit und auch für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben notwendig ist. Eine Notwendigkeit, die streitgegenständliche Hörhilfe sich ausschließlich aus beruflichen Gründen anzuschaffen, bestand nicht. Die Klägerin ist als Verkäuferin und Disponentin im Baustofffachhandel beschäftigt. Im Rahmen ihrer Tätigkeit führt sie persönliche und telefonische Preisverhandlungen mit Lieferanten, wickelt die Bestellung und Lieferung sowie Reklamationen ab, führt Beratungs- und Verkaufsgespräche mit Kunden und unterweist Praktikanten und Auszubildende. Die von ihr dabei zu leistende Kommunikation sei es über persönliche Gespräche oder Telefonate, ist nicht auf ihren konkreten Arbeitsplatz beschränkt, vielmehr findet sie in gleicher oder ähnlicher Form auch im Privatleben oder in den meisten anderen beruflichen Tätigkeiten statt. Es ist nicht ersichtlich, dass die Klägerin ausschließlich in ihrer konkreten beruflichen Tätigkeit auf eine bessere bzw. spezielle Hörfähigkeit – wie etwa bei akustischen Kontroll- oder Überwachungsarbeiten oder beim feinsinnigen Unterscheiden zwischen bestimmten Tönen und Klängen – angewiesen wäre. Telefonate, Mehrpersonengespräche und Verständigungen unter Störgeräuschen gehören nahezu zu jeder beruflichen Tätigkeit. Störschall tritt auch in vielen Bereichen des täglichen Lebens, sei es im Straßenverkehr, in öffentlichen Verkehrsmitteln, in Einkaufs- und kulturellen Einrichtungen auf. Der vom Sozialgericht beauftragte Sachverständige, Dr. H2 (Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde), hatte im Rahmen der Begutachtung der Klägerin auf otologischem Fachgebiet am 6. Juli 2007 anhand der erhobenen objektivierbaren Befunde und der durchgeführten Hörprüfungen (Hörweitenbestimmung, Stimmgabelprüfung, Tonaudiogramm, Sprachaudiogramm, Tympanogramm, Stapediusreflexschwellenbestimmung, Unbehaglichkeitsschwellenprüfung und sprachaudiometrische Untersuchungen im Freifeld unter speziellen Bedingungen) einen Hörverlust für das linke Ohr von 50 % festgestellt, wobei es sich um eine Schallleitungsschwerhörigkeit in mittelgradigem Ausmaß handelt. Die Untersuchungen ergaben, dass eine umgangssprachliche Verständigung im Störschall weder ohne noch mit Basishörgerät ausreichend möglich war. Durch das digitale Hörgerät verbesserte sich bei der Klägerin das Sprachverständnis im Vergleich zum Hörvermögen ohne Hörgerät um 15 % und im Vergleich zum Hörmögen mit Basishörgerät sogar um 45 %, was wiederum damit zusammenhängt, dass Basishörgeräte zum Zeitpunkt der ohrenärztlichen Hörgeräteverordnung über keine Störschallunterdrückung verfügten und es bei fehlender Störschallunterdrückung im Hörgerät bei einseitiger Schwerhörigkeit unter Störgeräuschen zu einer Verschlechterung des allgemeinen Sprachverständnisses kommt, weil eine undifferenzierte Verstärkung der Störgeräusche auch durch die Wahrnehmung über das gesunde Ohr stattfindet, was zusätzlich störenden Einfluss hat. Durch die höherwertige Hörgeräteversorgung ist eine deutliche Verbesserung des Sprachverständnisses im Störschall zu erzielen. Erst diese höherwertige Hörgeräteversorgung ermöglicht der Klägerin eine ausreichende umgangssprachliche Verständigung. Diese Untersuchungsergebnisse korrespondieren mit den eigenen Angaben der Klägerin, die diese während der anamnestischen Befragung durch Dr. H2 angegeben hat: Zwar höre sie ohne Hörgerät die Tür- und Telefonklingel und könne mit dem rechten Ohr auch gut telefonieren. Sie müsse jedoch den Fernseher ohne Hörgerät etwas lauter stellen, um vollständig zu hören; mit Hörgerät gibt es dabei keine Verständigungsschwierigkeiten. Auch Unterhaltungen ohne Störgeräusche sind ihr ohne Hörgerät möglich. Unter Störgeräuschen ist das Verständnis allerdings ohne Hörgerät deutlich eingeschränkt; mit Hörgerät ist es nahezu vollständig ausgeglichen.

Insgesamt steht damit fest, dass die Hörgeräteversorgung wegen des Ausmaßes der Hörstörung der Klägerin vor dem Hintergrund erfolgt ist, einen unmittelbaren Behinderungsausgleich zu erreichen, weil erst das digitale Mehrkanalhörgerät mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung ein umgangssprachliche Verständigung im Störschall ermöglicht. Störschall tritt aber nicht ausschließlich bei der Erwerbstätigkeit der Klägerin auf, sondern sowohl im Privatleben als auch bei anderen beruflichen Tätigkeiten, die mit Kundenverkehr, Telefon-, Hintergrund- und Nebengeräuschen verbunden sind. Wenn sich, wie hier durch die Grundversorgung automatisch auch Verbesserungen für die Kommunikation im Erwerbsleben ergeben, ist dies für den Teilhabeanspruch aus [§ 16 SGB VI](#) nicht von rechtlich relevantem Belang (BSG, 3. Senat, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 17). Aus diesem Grund ist der, sowohl vom Sozialgericht, als auch von Dr. H2 in den Vordergrund gestellte Umstand, dass die Klägerin ihre Aufgaben als Verkäuferin und Beraterin im Verkaufsraum des Baumarktes nur mit einem digitalen Mehrkanalhörgerät mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung bewältigen kann, nicht ausschlaggebend. Es handelt sich hierbei lediglich um einen nützlichen Nebeneffekt bezüglich eines Teilbereiches der konkret von der Klägerin zu bewältigenden Arbeitsaufgaben, nicht aber um ein den Hilfsmittelbedarf erst ausschließlich begründendes spezifisch durch die konkrete Berufsausübung oder den konkreten Beruf hervorgerufenes Erfordernis.



2. Im Krankenversicherungsrecht hat der Versicherte nach [§§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Versorgung mit einer Hörhilfe, wenn sie im Einzelfall erforderlich ist, um eine Behinderung auszugleichen. Ist eine bestimmte Hörhilfe notwendig im Sinne des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, so hat der Versicherungsträger die Hörhilfe – von Zuzahlungen abgesehen – in vollem Umfang zu gewähren. Dieser Grundsatz gilt aber nur, wenn eine gegenüber den Festbetragsgeräten höherwertige Hörmittelversorgung medizinisch notwendig ist. Denn grundsätzlich erfüllt die Krankenkasse mit der Zahlung des Festbetrags ihre Leistungspflicht (vgl. [§ 12 Abs. 2 SGB V](#)). Der für ein Hilfsmittel festgesetzte Festbetrag, der eine besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots darstellt, begrenzt die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung also dann nicht, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreicht (dazu ausführlich: BSG, 3. Senat, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 23-41 mit zahlreichen weiteren Nachweisen).

Zur Überzeugung des Gerichts steht fest, dass ein solcher Behinderungsausgleich nicht durch ein Hörgerät zum festgelegten Festbetrag bei der Klägerin zu erreichen war. Dies folgt aus dem Gutachten von Dr. H2. Er stellte fest, dass eine umgangssprachliche Verständigung im Störschall weder mit noch ohne Basisgerät ausreichend möglich war und sich durch das digitale Hörgerät bei der Klägerin das Sprachverständnis im Vergleich zum Hörvermögen ohne Hörgerät um 15 % und im Vergleich zum Hörmögen mit Basis Hörgerät um 45 % verbesserte. Durch die höherwertige Hörgeräteversorgung war eine deutliche Verbesserung des Sprachverständnisses im Störschall zu erzielen, so dass eine ausreichende umgangssprachliche Verständigung überhaupt erst durch das digitale Mehrkanalhörgerät mit Störschallunterdrückung ermöglicht wird. Zum Zeitpunkt der Hörgeräteverordnung und -anpassung standen als Basisgeräte entsprechend der Festbetragsregelung der Krankenkasse digitalprogrammierbare analoge und vollanaloge Hörgeräte zur Verfügung. Diese verfügten weder über eine Störschallunterdrückung noch über eine Spracherkennung. Bei Anpassung solcher Festbetragsgeräte wäre zu erwarten gewesen, dass das Sprachverständnis unter Störgeräuschen schlechter ist als bei dem von ihr ausgewählten Gerät und sogar schlechter gewesen wäre, als ohne Hörgerät.

Begrenzt ist der aus [§§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) folgende Anspruch der Klägerin auf Versorgung mit digitalen Mehrkanalhörgeräten mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung allerdings durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#). Die Leistungen müssen danach "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein" und dürfen "das Maß des Notwendigen nicht überschreiten"; Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Demzufolge verpflichtet auch [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht dazu, den Versicherten jede gewünschte, von ihnen für optimal gehaltene Versorgung zur Verfügung zu stellen. Ausgeschlossen sind danach Ansprüche auf teure Hilfsmittel, wenn eine kostengünstigere Versorgung für den angestrebten Nachteilsausgleich funktionell ebenfalls geeignet ist; Mehrkosten sind andernfalls selbst zu tragen ([§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#)). Eingeschlossen in den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine 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 nach ärztlicher Einschätzung in seinem Alltagsleben deutliche Gebrauchsvorteile bietet. Keine Leistungspflicht besteht dagegen für solche Innovationen, die nicht die Funktionalität betreffen, sondern in erster Linie die Bequemlichkeit und den Komfort bei der Nutzung des Hilfsmittels. Dasselbe gilt für lediglich ästhetische Vorteile. Desgleichen kann eine Leistungsbegrenzung zu erwägen sein, wenn die funktionalen Vorteile eines Hilfsmittels ausschließlich in bestimmten Lebensbereichen zum Tragen kommen. Weitere Grenzen der Leistungspflicht können schließlich berührt sein, wenn einer nur geringfügigen Verbesserung des Gebrauchsnutzens ein als unverhältnismäßig einzuschätzender Mehraufwand gegenübersteht (vgl. auch dazu wiederum lediglich ausführlich: BSG, 3. Senat, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 21 und 41 mit zahlreichen weiteren Nachweisen; ebenso: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 49).

Ob konkrete anderweitige und möglicherweise preisgünstigere gleichwertige Versorgungsmöglichkeiten bestanden, wurde von der Beklagten als zuständig gewordenem erstangegangenen Rehabilitationsträger zwar noch nicht geprüft. Anderweitige Versorgungsmöglichkeiten wurden jedoch weder von ihr noch von der Beigeladenen genannt und sind auch nicht ersichtlich. Im Übrigen hatte die Klägerin durch die vergleichenden Messberichte der Hörgerätekustikerin Undine Hoyer vom 22. Dezember 2004 (Bl. 45 der LSG-Akte) nachgewiesen, dass verschiedene Geräte vergleichend getestet wurden und das von der Klägerin gewählte eine 100 %-ige Verständigung ermöglichte, während zwei weitere Geräte lediglich eine Verständigung zu 90 % ermöglichten. Hinzuweisen ist insoweit darauf, dass die Leistungen nach Krankenversicherungsrecht von vornherein nicht im Ermessen des Leistungsträgers stehen, sondern als Anspruchsleistungen zu erbringen sind (vgl. dazu ausdrücklich: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 44), sodass es sich bei dem im Rahmen ihrer Zuständigkeit nach [§ 14 SGB IX](#) liegenden Anspruch der Klägerin eigentlich um ein Leistungsbegehren handelte, das gerichtlich mit der Leistungsklage, nicht der Verpflichtungsklage, geltend zu machen gewesen wäre. Letztlich kann die Frage, ob konkrete anderweitige und möglicherweise preisgünstigere gleichwertige Versorgungsmöglichkeiten bestanden haben, im vorliegenden Fall offenbleiben und muss auch vom Gericht nicht weiter aufgeklärt werden, weil Gegenstand des anhängigen Berufungsverfahrens nicht ein konkret geltend gemachter (gebundener) Kostenerstattungsanspruch der Klägerin, sondern die von der Beklagten begehrte Aufhebung des erstinstanzlichen Urteils ist, mit dem sie zur Neubeschreibung des Antrags der Klägerin vom 7. Januar 2003 unter Aufhebung der ablehnenden Verfügungen im Bescheid vom 18. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Juni 2003 verurteilt worden ist. Über dieses erstinstanzliche Verpflichtungsurteil hinaus kann das Berufungsgericht nicht befinden, weil lediglich die Beklagte Berufung eingelegt hat und die Klägerin wegen des bereits erstinstanzlich gerichtlich lediglich geltend gemachten Verpflichtungsbegehrens nicht beschwert ist (und deshalb auch keine unselbständige Anschlussberufung hätte einlegen können). Insoweit kann das Gericht nur über die vollständige Abweisung der Berufung der Beklagten, nicht jedoch über ein weitergehendes Leistungsbegehren der Klägerin befinden (vgl. dazu auch: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, Rn. 13). Und auch über die Frage, ob der Beklagten gegebenenfalls ein Rückgriffsanspruch gegenüber der Beigeladenen nach [§ 14 Abs. 4 SGB IX](#) zusteht, ist vorliegend nicht zu entscheiden, weil dies weder Klage- noch Berufungsgegenstand ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

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

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

## **I. Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil steht den Beteiligten die Revision nur zu, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem beim Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht Hausanschrift: Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel, Postanschrift: 34114 Kassel einzulegen. Die Beschwerdeschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Die elektronische Form wird durch eine qualifizierte signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht vom 18.12.2006 ([BGBl. I S. 3219](#)) in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist; nähere Hinweise finden Sie auf der Internetseite des Bundessozialgerichts und auf der Internetseite [www.egvp.de/](http://www.egvp.de/).

Die Einlegung der Beschwerde durch einfache E-Mail wahrt daher die Form nicht. Es wird darauf hingewiesen, dass das Rechtsmittel innerhalb der Frist in der vorgeschriebenen Form einzulegen ist.

Die Beteiligten können sich durch einen Rechtsanwalt oder einen Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, der die Befähigung zum Richteramt besitzt, als Bevollmächtigten vertreten lassen.

Als Prozessbevollmächtigte sind zugelassen

1. Rechtsanwälte, 2. Rechtslehrer an einer deutschen Hochschule im Sinne des Hochschulrahmengesetzes mit Befähigung zum Richteramt, 3. selbständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder, 4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder, 5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder, 6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder, 7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form (s. o.) zu begründen.

In der Begründung muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht, oder ein Verfahrensmangel, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden. Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der [§§ 109](#) und [128 Abs.1 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des [§ 103 SGG](#) nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

## **II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe**

Für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter, der nicht schon durch einen unter I Nrn. 2 bis 7) genannten Bevollmächtigten vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich oder in elektronischer Form (s. o.) einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten und ggf. durch den Schreibwarenhandel bezogen werden. Der ausgefüllte Vordruck und Anlagen können eingescannt und in elektronischer Form (s. o.) eingereicht werden.

Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - ggf. nebst entsprechenden Belegen - müssen bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Beschwerde (ein Monat nach Zustellung des Urteils) beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch,

wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2011-04-26