

L 5 R 228/11

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 9 R 29/07

Datum

26.10.2010

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 5 R 228/11

Datum

04.10.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Rentenversicherung - Krankenversicherung - Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers - Abgrenzung des Umfangs der Leistungspflicht bei Hilfsmittelversorgung (hier: Hörgerät) - Hörgeräteakustiker als Erfüllungsgehilfe der Krankenkasse - Wirtschaftlichkeitsgebot

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 der 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. Der Hörgeräteakustiker ist zwar beauftragter Leistungserbringer der Krankenkasse, jedoch keine zur Entgegennahme von Sozialleistungsanträgen befugte Stelle ([§ 16 Abs. 1 Satz 2 SGB I](#)). Die Übergabe der ohrenärztlichen Verordnung durch den Versicherten an den Hörgeräteakustiker kann daher nicht bereits als Eingang des Antrages auf Hilfsmittelgewährung gegenüber der Krankenkasse gewertet werden. Erst die Weiterleitung des Hilfsmittelbegehrens durch den Hörgeräteakustiker namens und im Auftrag des Versicherten an die Krankenkasse stellt den Eingang des Leistungsantrages bei einem Sozialleistungsträger dar.

3. Die Kostenerstattung eines selbstbeschafften Hörgeräts ist zwar davon abhängig, ob der Versicherte das ihm Zumutbare getan hat, um die notwendige Leistung zur Vermeidung unnötiger Kosten zu ermitteln. Testet der Versicherte bei einem von der Krankenkasse zugelassenen Hörgeräteakustiker jedoch mehrere Hörgeräte, darunter auch solche zu Vertragsarztpreisen oder Festbeträgen, und liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Testung und An-passung unsachgemäß erfolgte oder überteuerte bzw luxuriöse Geräte angepasst worden sind, dann erfüllt der Versicherte regelmäßig diese Obliegenheit, soweit die Leistungsträger nicht im Einzelfall Vorschläge unterbreiten, denen der Versicherte konkret nachgehen kann, um eine preiswertere Hörgeräteversorgung mit gleichadäquaten Ergebnissen zu erreichen.

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 26. Oktober 2010 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 oder als Krankenbehandlung die Kosten für zwei digitale Mehrkanalhörgeräte mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung in Höhe von 3.269,00 Euro abzüglich des von der Krankenkasse bereits geleisteten Festbetrages zu Vertragsarztsätzen in Höhe von 1.244,00 Euro und

abzüglich des gesetzlichen Zuzahlungsbetrages in Höhe von 20 Euro sowie abzüglich eines vom Hörgeräteakustiker gewährten Rabattes in Höhe von 47 Euro, mithin einen Betrag in Höhe von 1.998,00 Euro, zu erstatten.

Die Klägerin ist seit 15. November 1999 als Officemanagerin in einem Großhandelsbetrieb beschäftigt. Ihr Aufgabengebiet umfasst die Büroverwaltung, den Kundenkontakt und die Teilnahme an Beratungen und Besprechungen.

Nach (wiederholter) ohrenärztlicher Verordnung einer Hörhilfe wegen einer reichlich mittelgradigen mediocochleären Innenohrschwerhörigkeit beidseits durch Dr. D (Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde) vom 22. März 2006 und Einleitung der Test- und Hörgeräteanpassung bei der Firma G Hörsysteme stellte die Klägerin am 27. April 2006 bei der Beklagten einen Antrag auf Zuschuss zu den verordneten Hörhilfen, da sie diese aus beruflichen Gründen für die sachgerechte Ausübung ihrer Tätigkeit als Büromanagerin benötige. Als Assistentin des Niederlassungsleiters habe sie Repräsentationspflichten gegenüber Industrielieferanten, gegenüber Kunden und Mitgliedern der Geschäftsführung bei deren Besuchen zu erfüllen. Dem Antrag fügte sie die ohrenärztliche Verordnung von Dr. D vom 22. März 2006 sowie den Kostenvorschlag der Firma G Hörsysteme bei und wies darauf hin, dass sie sich derzeit noch in der Testphase für die Hörhilfen befinde. Den Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 17. August 2006 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 begehrten Hörhilfen. Ihre konkrete Berufstätigkeit lasse keine spezifische, berufsbedingte Notwendigkeit der höherwertigen Hörgeräteversorgung erkennen. In dem Bescheid wies die Beklagte darauf hin, dass es der Klägerin freigestellt sei, bei der zuständigen Krankenkasse einen Antrag auf Kostenübernahme für eine höherwertige Hörgeräteversorgung zu stellen, da sie auf Grund der Schwere ihrer Hörschädigung in allen Lebensbereichen auf diesen Behinderungsausgleich angewiesen sei. Gegen den Bescheid erhob die Klägerin am 27. September 2006 Widerspruch und stellte bei der Beigeladenen am 11. September 2006 einen Antrag auf vollständige Kostenübernahme für die beidseitige höherwertige Hörgeräteversorgung. Die Beigeladene bewilligte am 20. September 2006 die Festbeträge zu Vertragsarztsätzen für die beiden Hörgeräte in Höhe von 1.244,00 Euro und leitete den darüber hinausgehenden Hilfsmittelantrag an die Beklagte weiter, der bei der Beklagten am 22. September 2006 einging.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 14. Dezember 2006 zurück.

Hiergegen erhob die Klägerin am 8. Januar 2007 Klage zum Sozialgericht Dresden.

Nach Abschluss der Test- und Anpassungsphase bei der Firma G Hörsysteme, während der unter anderem auch zwei eigenanteilsfreie Hörgeräte getestet und die vom Hörgeräteakustiker als unzureichend bewertet worden sind, erwarb die Klägerin auf der Grundlage der ohrenärztlichen Verordnung von Dr. D vom 22. März 2006 am 2. Februar 2007 zwei digitale Mehrkanalhörgeräte mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung der Marke "Artis Life" zum Preis von 3.269,00 Euro. Die Rechnung vom 2. Februar 2007 beglich die Klägerin, nach Abzug der bereits von der Krankenkasse gewährten Festbeträge in Höhe von 1.244,00 Euro abzüglich des gewährten Rabattes von 47,00 Euro und abzüglich der Eigenleistung in Höhe von 20,00 Euro, am 4. Februar 2007 und überwies den Restbetrag in Höhe von 1.998,00 Euro an die Firma G Hörsysteme.

Das Sozialgericht Dresden hat im Rahmen des Klageverfahrens eine Auskunft der Firma G Hörsysteme vom 23. September 2009 eingeholt, die Dokumentationsunterlagen zur Hörgeräteanpassung für sämtliche getesteten Geräte beigegeben und die zuständige Krankenkasse der Klägerin mit Beschluss vom 3. September 2009 beigegeben.

Gestützt auf die Auskunft der Firma G Hörsysteme hat das Sozialgericht Dresden mit Urteil vom 26. Oktober 2010 die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 17. August 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Dezember 2006 verurteilt, an die Klägerin 1.998,00 Euro zu zahlen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Ein Erstattungsanspruch bestehe gegenüber der Beklagten zwar nicht nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung, aber nach dem Recht der Krankenversicherung, weil die Beklagte zuerst angegangener Leistungsträger sei und den Antrag nicht wegen Unzuständigkeit an den zuständigen Leistungsträger abgegeben habe. Die Beklagte habe nach [§ 14](#) des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) auch den Bedarf nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung prüfen müssen, weil sie den Antrag nicht innerhalb von 14 Tagen an die Beigeladene weitergeleitet habe. Der Anspruch auf Hörgeräteversorgung nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bestehe, weil die von der Klägerin gewählten und beschafften Geräte der Marke "Artis Life" geeignet, notwendig und ausreichend seien, um die vorhandene Hörminderung in Bezug auf die Alltagsanforderungen einschließlich der Bewältigung der ihr im Berufsleben übertragenen Aufgaben auszugleichen. Das Gericht sehe sich auf Grund der Sachlage und des beschriebenen Prozederes zwar außer Stande festzustellen, ob die Hörminderung in geeigneter, notwendiger und ausreichender Weise ebenso durch irgendein zuzahlungsfreies Hörgerät auszugleichen gewesen wäre, ohne in Zweifel zu ziehen, dass sich die Klägerin an den vom Gesetz vorgesehenen Beschaffungsweg gehalten habe; vor allem habe die Klägerin die Prüfung, ob und wie die der Krankenkasse obliegende Sachleistungsverpflichtung erfüllt werden könne, keineswegs vereitelt. Die Beklagte habe aber den Kostenvorschlag vom 2. August 2006 vor ihrer Ablehnungsentscheidung vom 17. August 2006 in keinsten Weise hinterfragt. Auch der beigegebenen Krankenkasse hätten bei der Bewilligung der sogenannten Versorgungspauschale am 20. September 2006 die vollständigen Anpassungsunterlagen vorgelegen, ohne Anlass geboten zu haben, den erheblichen Anteil der Klägerin zu problematisieren. In diesem Kontext sei jedoch von außerordentlichem Belang, dass die Klägerin ihr unter Vorbehalt abgegebenes Einverständnis mit einer eigenanteilsbehafteten Hörgeräteversorgung erst am 30. Oktober 2006, also eindeutig nach Befassung der beiden Leistungsträger mit dem Vorgang, erklärt habe. Im Übrigen fehlten im der Beigeladenen vorliegenden Abschlussbericht zur Hörgeräteversorgung die Hilfsmittelpositionsnummern der zwei unterbreiteten geeigneten eigenanteilsfreien Versorgungsvorschläge, was – wie die beigegebene Krankenkasse im Verfahrensverlauf bereits vorgebracht habe, hier aber nicht aufzuklären sei – leise Zweifel wecke, ob und inwieweit sich der die Klägerin betreuende Akustiker vertragskonform verhalten habe. Anhaltspunkte dafür, dass die von der Klägerin gewählten Hörgeräte über das Maß des Notwendigen hinausgehen würden, seien aber weder vorgetragen noch sonst erkennbar, zumal sich die Klägerin zur Minimierung ihres eigenen Kostenrisikos für das zweitbeste Hörgerät zum hälftigen Preis entschieden habe und damit etwaige Obliegenheiten aus dem Versicherungsverhältnis im Rahmen des ihr Zuzumutenden in ausreichendem Maße beachtet habe. Der Umstand, dass der Akustiker den Abgabepreis für das zum Behinderungsausgleich geeignete und notwendige Hilfsmittel selbst festlege, bewirke nicht, dass die Beklagte eine über die Festbetragsregelung hinausgehende Kostenersatzung ablehnen könne. Stattdessen hätte sie sich im Bewusstsein ihrer formalen Zuständigkeit bei der beigegebenen Krankenkasse über die Modalitäten der Preisbildung für Hörgeräte

erkundigen können, um der Klägerin im Rahmen der sich insbesondere aus [§ 15 Abs. 2](#) des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) ergebenden Informationspflicht Auskunft darüber zu geben, wo dieses Hörgerät zu einem günstigeren Preis erworben werden könnte, ohne dass der Versicherte selbst bundesweit Kostenangebote einholen müsse. Dies habe die Beklagte unterlassen.

Gegen das ihr am 29. März 2011 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 11. April 2011 Berufung eingelegt, mit der sie die Abweisung der Klage weiterverfolgt. Zur Begründung führt sie aus: Sie sei weder formell noch zur Weiterleitung des Antrages verpflichtet gewesen, weil die Hörhilfen nicht auch Rehabilitationsleistungen, sondern als Leistungen der Krankenbehandlung zu erbringen seien. Rehabilitationsbedarf liege nicht vor. Zwar sei die Klägerin aus beruflich bedingten Gründen auf kommunikative Anforderungen und Beanspruchung ihres Hörvermögens angewiesen. Das konkrete Berufsbild lasse jedoch keinen berufsspezifischen Kommunikationsbedarf erkennen. Es stelle sich deshalb die Frage nach der Erfüllung der medizinischen Grundversorgung, für die die Beklagte 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. Dass die Krankenkasse mit den Akustikerverbänden Verträge zur Ausgestaltung der Leistungserbringung im Rahmen der Festbeträge geschlossen habe, die unterschiedlich von den Hörgeräteakustikern umgesetzt würden, dürfe weder zu Lasten der Betroffenen noch zu Lasten anderer Leistungsträger eine willkürliche nicht beeinflussbare Leistungs- und Kostenverschiebung zur Folge haben. Im Übrigen seien die Krankenkassen auf der Grundlage des geltenden Rechts nicht zu Leistungseinschränkungen befugt und auch durch die Festbetragsregelung nicht dazu ermächtigt. Die Krankenversicherung müsse bedarfsgerecht die Hilfsmittel so umfassend erbringen, dass weitere Leistungen nicht erforderlich wären. Insoweit sei die beigeladene Krankenkasse zur Leistungserbringung zu verpflichten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 26. Oktober 2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Beigeladene beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen und der Klage stattzugeben.

Sie bezieht sich ebenfalls auf das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Dresden und sieht von Stellungnahmen im Berufungsverfahren ab.

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 Dresden der Klage im Ergebnis und mit zutreffender Begründung stattgegeben hat. Der Ablehnungs- bescheid der Beklagten vom 17. August 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Dezember 2006 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die Klägerin hat einen Anspruch darauf, dass die Beklagte den vom Sozialgericht Dresden ausgeurteilten Kostenanspruch der Klägerin bedient.

Zur Begründung und zur Vermeidung überflüssiger Wiederholungen kann auf die zutreffenden Ausführungen im angegriffenen Urteil des Sozialgerichts Dresden verwiesen und von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe abgesehen werden ([§ 153 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes [SGG]). Zur Ergänzung ist lediglich Folgendes auszuführen:

1. Der Anspruch der Klägerin ergibt sich, nach dem 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 und die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. 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.

Von den in [§ 15 Abs. 1](#) Sätze 1 bis 4 SGB IX geregelten drei unterschiedlichen Tatbeständen, die zur Kostenerstattungspflicht führen können, kommt vorliegend nur die 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 Beklagten 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 gewordener 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 höchstgerichtlichen 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 27. April 2006 Leistungen in Form der Zuschussung der Hörgeräteversorgung, während sie sich über ihren Hörgeräteakustiker erst mit dem Kostenvoranschlag vom 2. August 2006 bezüglich der Gewährung des Festbetrages und mit separatem weiteren Antrag vom 11. September 2006 bezüglich der Übernahme der vollen Kosten hinsichtlich der höherwertigen Hörgeräte an die beigeladene Krankenkasse gewandt hatte. Soweit die Beklagte – zumindest indirekt, und wie monoton in anderen anhängigen Verfahren vorgetragen – meinen sollte, erstangegangener Leistungsträger sei die Beigeladene, weil die Klägerin bereits im März oder April 2006 die ohenärztliche Verordnung vom 22. März 2006 dem Hörgeräteakustiker überreicht habe und dieser daraufhin die Anpassung eingeleitet habe und als beauftragter Leistungserbringer für die Krankenkasse deren Erfüllungsgehilfe sei, weshalb die Übergabe der ohenärztlichen Verordnung als Antragstellung bei der Beigeladenen zu erachten sei, stellt diese Sichtweise eine Verkennung der rechtlichen Regelungen dar. Der Hörgeräteakustiker ist als von der Beigeladenen eingeschalteter oder im Vorfeld beauftragter Leistungserbringer keine zur Entgegennahme von Sozialleistungsanträgen befugte Stelle; nach [§ 16 Abs. 1 Satz 2](#) des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) sind lediglich alle anderen Leistungsträger, alle Gemeinden und bei Personen, die sich im Ausland aufhalten, auch die amtlichen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland zur Entgegennahme von Sozialleistungsanträgen befugte Stellen. Der Hörgeräteakustiker kann lediglich als Erklärungsbote oder Erklärungsvertreter des Versicherten hinsichtlich der Weiterleitung des Antrages, nicht jedoch als Empfangsbote oder Empfangsvertreter der Krankenkasse angesehen werden. Auch wenn in der Übergabe der ohenärztlichen Verordnung an den Hörgeräteakustiker ein Sozialleistungsantrag zu erblicken ist, entfaltet dieser erst mit der Weiterleitung und dem Eingang bei der Krankenkasse als dem zuständigen Leistungsträger ([§ 16 Abs. 1 Satz 1 SGB I](#)) oder bei den in [§ 16 Abs. 1 Satz 2 SGB I](#) genannten Stellen Rechtswirkungen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem, von der Beklagten angesprochenen, "Vertrag zur Komplettversorgung mit Hörsystemen zwischen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdÖR (BIHA) und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)". Nach [§ 4 Nr. 1 Satz 2 und 3](#) sowie Anlage 2 dieses Vertrages wird erst mit der Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers gegenüber der Krankenkasse mitgeteilt, dass ein bestimmter Versicherter eine Hörgeräteversorgung begehrt und um "Zustimmung" der Versorgung bittet. Erst mit dem Eingang dieser Versorgungsanzeige bei der

Krankenkasse liegt ein Antrag beim zuständigen Leistungsträger vor, über den allein die Krankenkasse entscheidet, ohne die erbetene "Zustimmung" zur Hörgeräteversorgung an den Hörgeräteakustiker in irgendeiner Form im Vorfeld delegiert zu haben (vgl. dazu zutreffend: LSG Berlin/Brandenburg, Urteil vom 25. November 2010 - [L 31 R 37/10](#) - JURIS-Dokument, Rn. 30).

Fest steht ebenfalls, dass die Beklagte den Antrag der Klägerin nicht wegen Unzuständigkeit innerhalb von zwei Wochen zur Entscheidung an die Beigeladene abgegeben, sondern mit Bescheid vom 17. August 2006 abschlägig beschieden, und bereits in diesem Bescheid auf Leistungen der medizinischen Grundversorgung und die Zuständigkeit der Krankenkasse 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 3. September 2009 zutreffend veranlasst hat.

Die Klägerin hat sich darüber hinaus die streitgegenständlichen zwei digitalen Mehrkanalhörgeräte mit Störschallunterdrückung, Spracherkennung und Rückkopplungsunterdrückung der Marke "Artis Life" auch erst nach der ablehnenden Entscheidung der Beklagten (Ablehnungsbescheid vom 17. August 2006, Widerspruchsbescheid vom 14. Dezember 2006), nämlich ausweislich der Rechnung der Firma G Hörsysteme am 2. Februar 2007, selbst und auf eigene Kosten beschafft, so dass dies einem Anspruch nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) – ebenso wie einem solchen nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) – nicht entgegen steht (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. Anhaltspunkte für eine Vorfestlegung der Klägerin auf die streitgegenständlichen Hörgeräte liegen nicht vor.

2. Zutreffend hat im Übrigen das Sozialgericht Dresden ausgeführt, dass der Klägerin ein Anspruch auf Versorgung mit höherwertigen Hörgeräten zustand, 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, allerdings stehen ihr die Hörgeräte nach Krankenversicherungsrecht zu.

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.

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 die digitalen Hörgeräte nicht ausschließlich zum Ausgleich einer Behinderung für eine bestimmte Berufsausübung erforderlich sind, sondern generell für die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit und auch für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben notwendig sind. Eine Notwendigkeit, die streitgegenständlichen Hörhilfen sich ausschließlich aus beruflichen Gründen anzuschaffen, bestand nicht. Die Klägerin ist als Officemanagerin beschäftigt. Im Rahmen ihrer Tätigkeit ist sie mit der Büroverwaltung, dem Kundenkontakt und der Teilnahme an Beratungen und Besprechungen befasst. 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 besondere 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. Ausweislich der vom Sozialgericht beigezogenen Auskunft der Firma G Hörsysteme vom 23. September 2009 muss die Klägerin zwar beruflich in der Lage sein, Gesprächspartner auch in akustisch ungünstigen Situationen, z.B. im Störgeräusch oder wenn viele Menschen durcheinander sprechen, zu verstehen. Solche Situationen treten jedoch nicht ausschließlich im Beruf auf. Zuschussfreie Hörgeräte können im ruhigen Einzelgespräch zwar zweckmäßig sein, haben aber keinerlei Filterung, wenn mehrere Gesprächspartner gleichzeitig sprechen oder Störgeräusche mit in die Mikrofone gelangen und ebenso verstärkt werden. Die Klägerin ist auf die höherwertige Hörgeräteversorgung auch im Alltag angewiesen.

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 die höherwertigen digitalen Mehrkanalhörgeräte mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung eine umgangssprachliche Verständigung im Störschall ermöglichen. Störschall tritt aber nicht ausschließlich bei der spezifischen 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 Hörgeräteakustiker als auch von der Klägerin mehrfach in den Vordergrund gestellte Umstand, dass sie ihre Aufgaben als Assistentin der Geschäftsführung nur mit den höherwertigen digitalen Mehrkanalhörgeräten mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung bewältigen kann, nicht ausschlaggebend. Es handelt sich hierbei lediglich um einen nützlichen Nebeneffekt bezüglich eines Teilbereichs 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.

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 sind, 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 Hörgeräte zum festgelegten Festbetrag bei der Klägerin zu erreichen war. Ausweislich der vom Sozialgericht beigezogenen Auskunft der Firma G Hörsysteme vom 23. September 2009 und dem vorliegenden Tonaudiogramm steht fest, dass bei der Klägerin die Hörverlustkurve auf beiden Seiten sehr ungleichmäßig über den Frequenzbereich verläuft. Der Hörgeräteakustiker hat nachvollziehbar ausgeführt, dass auf der rechten Seite im Tieftonbereich fast kein Hörverlust ersichtlich ist, ab 500 Hz ein Hörverlust von 45 Dezibel (dB), von 2 kHz bis 3 kHz ansteigend und bis 6 kHz wieder abfallend, besteht. Dies stellt für die Hörgeräteversorgung im konkreten Einzelfall bei der Klägerin ein großes Problem dar, da die Verstärkung des Hörgerätes genau an die Kurve des Hörverlustes angeglichen werden muss. Zuschussfreie Hörgeräte verfügen über maximal zwei Kanäle. Dies bedeutet, dass die Verstärkung im ersten Kanal breitbandig (waagerechte Verstärkungs-Kennlinie) und im zweiten Kanal mit einer steilen Flanke eingestellt werden muss. Diese von den Festbetragsgeräten zu leistenden Hörverstärkung wird dem komplizierten Frequenzgang bei der Klägerin nicht gerecht. Die Klägerin bedarf auf der rechten Seite im Tieftonbereich einer leichten, zwischen 500 Hz und 2 kHz einer höheren Verstärkung, ab 3 kHz wiederum einer sehr geringen und bis zu 6 kHz hin wieder einer höheren Verstärkung mit einer relativ steilen Flanke. Dieser Frequenzgang lässt sich nur mit möglichst vielen Kanälen nachbilden. Bei zuschussfreien Geräten würde die Frequenz zwischen 250 Hz und 3 kHz viel zu laut wahrgenommen und somit, wie die Tests bei der Firma G Hörsysteme bestätigt haben, eine schlechte Trageakzeptanz ergeben. Die von der Klägerin erworbenen und vom Hörgeräteakustiker angepassten Geräte der Marke "Artis Life" verfügen über zwölf Kanäle, mit denen der Frequenzgang in zwölf kleine Abschnitte zerlegt wird und somit zwölf unterschiedliche Verstärkungen über den Frequenzgang eingestellt werden können. Die angepassten Geräte passen sich automatisch in der Lautstärke der jeweiligen Hörsituation an, verfügen über eine Doppelmikrofontechnologie, die das Richtungshören und damit die Sprachverständlichkeit im Störgeräusch deutlich verbessern, über eine Störschallunterdrückung mit gleichzeitiger Anhebung der Sprachsignale und über eine Rückkopplungsunterdrückung. Des Weiteren war erforderlich, dass die Versorgung bei der Klägerin "offen" erfolgt, d.h. die Gehörgänge nicht durch die Ohrstücke verschlossen werden, da sich ansonsten die Gehörgänge entzünden würden, weil kein Luftaustausch stattfinden kann. Dies gewährleisten nur moderne "Slim-Tube"-Geräte bei denen lediglich ein dünner Schlauch ohne Ohrstück in den Gehörgang geführt wird. Sämtliche Aspekte schließen eine Geeignetheit der zuschussfreien Festbetragsgeräte aus.

3. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass zwar nicht feststeht, ob im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung wesentlich preiswertere Geräte auf dem Markt zur Verfügung standen, die einen vergleichbaren Behinderungsausgleich ermöglicht hätten. Jedoch kann die volle Kostenerstattung nur davon abhängig gemacht werden, ob der Versicherte das ihm Zumutbare getan hat, um die notwendige Leistung zur Vermeidung unnötiger Kosten zu ermitteln. Denn: 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 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 Leistungsträger 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).

Im Fall der Klägerin ist unter Berücksichtigung dieser Maßgaben festzustellen, dass sie bei einem von der Beigeladenen als Krankenkasse zugelassenen Hörgeräteakustiker mehrere Hörgeräte, darunter zwei Hörgeräte zum Festbetrag, getestet und anpassen lassen hat. Für die Klägerin lagen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Anpassung unsachgemäß erfolgte oder gar übertriebene bzw. luxuriöse Geräte angepasst worden sind. Vielmehr handelte es sich bei den ausgewählten Geräten um solche im mittleren Preissegment. Noch teurere, mit noch mehr Kanälen ausgestattete, Hörgeräte wurden aus Kostengründen gerade nicht angeschafft. Wie bereits hervorgehoben, war mit den zwei getesteten Hörsystemen zu Vertragsarztpreisen keine Verbesserung des Sprachverständnisses im stark frequenzabhängigen Bereich zu erzielen. Ein unmittelbarer Behinderungsausgleich war mit den Festbetragsgeräten im Sinne eines wie vom Bundessozialgericht geforderten vollständigen Gleichziehens mit einem gesunden Menschen nicht zu erreichen. Hörbehinderten Menschen ist im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen zu eröffnen und ihnen sind dazu die nach dem Stand der Hörgeräte-technik ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) jeweils erforderlichen Geräte zur Verfügung zu stellen (BSG, 3. Senat, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - JURIS-Dokument, Rdnr. 20). Die Klägerin musste deshalb insgesamt keine weiteren Anstrengungen unternehmen, um herauszufinden, ob noch günstigere gleichwertigere Hörhilfen auf dem gesamten Markt der Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung standen. In diesem Zusammenhang ist gleichfalls zu beachten, dass weder die Beklagte noch die Beigeladene der Klägerin im Sinne der Wirtschaftlichkeit im Ansatz Vorschläge unterbreitet haben, denen die Klägerin hätte nachgehen können, um eine preiswertere Hörgeräteversorgung mit gleichadäquaten Ergebnissen erreichen zu können.

In wie weit sich der Hörgeräteakustiker gegebenenfalls, wie die Beigeladene im Verfahren mehrfach vorgetragen hat, vertragswidrig verhalten haben könnte, indem er im zu Grunde liegenden Abschlussbericht zur Hörgeräteversorgung die Hilfsmittelpositionsnummern der zwei unterbreiteten eigenanteilsfreien Hörgeräte nicht aufgeführt hat, bzw. indem er sich von der Klägerin unter Vorbehalt die eigenanteilsfreie Beschaffung auf eigene Kosten unterzeichnen lies, kann vorliegend dahingestellt bleiben. Denn insoweit hat das Sozialgericht bereits zutreffend ausgeführt, dass das vertragswidrige Verhalten des Hörgeräteakustikers auf Grund der internen Vertragsbindungen zwischen der Beigeladenen und dem Akustiker jedenfalls nicht zu Lasten der Klägerin gehen kann, so lange diese hierüber von der Beigeladenen nicht in Kenntnis gesetzt worden ist und selbst keine andere Möglichkeit hatte sich über sämtliche Angebote, die am Markt zur Verfügung stehen, einen Überblick verschaffen konnte, ohne dass die Leistungsträger der Klägerin beratend zur Seite gestanden haben. In diesem Zusammenhang ist vorliegend vielmehr zu konstatieren, dass beide Leistungsträger von vornherein ihre Verantwortung auf jeweils andere Leistungsträger oder andere Vertragspartner abzuwälzen versucht haben und die Versicherte im Ergebnis ohne konkrete Hinweise gelassen haben.

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

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

Jacobi Lübke Dr. Schnell
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2011-10-18