

L 5 R 488/11

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 2 R 377/08

Datum

06.06.2011

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 5 R 488/11

Datum

07.02.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Rentenversicherung - Krankenversicherung - Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers - Abgrenzung des Umfangs der Leistungspflicht bei Hilfsmittelversorgung - 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 orenärztlichen 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 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).

4. 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 Anpassung 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.

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 6. Juni 2011 dahingehend abgeändert, dass die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 5. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Februar 2008 verurteilt wird, der Klägerin einen Betrag in Höhe von 2.730,00 Euro für die Anschaffung der Hörgeräte der Marke "Synco Compact Power" der Firma "O " zu erstatten hat.

II. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

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

IV. 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 5.342,80 Euro abzüglich des von der Krankenkasse bereits geleisteten Festbetrages zu Vertragsarztsätzen in Höhe von 1.212,80 Euro – und abzüglich des gesetzlichen Zuzahlungsbetrages in Höhe von 20,00 Euro – sowie abzüglich eines von einer privaten Krankenzusatzversicherung der Klägerin gewährten Zuschusses in Höhe von 1.400,00 Euro, mithin einen Betrag in Höhe von 2.730,00 Euro, zu erstatten.

Die 1964 geborene Klägerin ist seit 1. November 1999 als Referentin bei der Firma S AG beschäftigt. Sie arbeitet im Bereich Sales Support/Zentrales Ressourcenmanagement an einer zentralen Schnittstelle zwischen dem Management, den operativen Fachbereichen und den Verwaltungsbereichen Personal, Rechnungswesen sowie Vertrieb und Marketing. Ihr Aufgabengebiet umfasst dabei kommunikationsintensive Aufgaben, telefonische Kontakte mit Kollegen, Vertretern der Managementebene, Kunden und externen Partnern. Sie ist die zentrale Ansprechpartnerin für Vertragsfragen, muss diesbezüglich Abstimmungen treffen, sich in Mehrpersonengesprächen auf fachlicher Ebene auch in englischen Vokabeln verständigen, nimmt an Meetings teil und hat Informationen an die Unternehmensleitung und den operativen und internen Unternehmensbereich weiterzuleiten.

Nach (wiederholter) ohrenärztlicher Verordnung einer Hörhilfe wegen einer beidseitigen Innenohrschwerhörigkeit durch Dr. H (Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) vom 29. Januar 2007 und Einleitung der Test- und Hörgeräteanpassung im Juni 2007 bei der Firma S Hörsysteme Hörgeräte-Akustik GmbH stellte die Klägerin am 18. Juli 2007 bei der Beklagten einen Antrag auf Zuschuss zu den Hörhilfen, da sie diese aus beruflichen Gründen für die sachgerechte Ausübung ihrer Tätigkeit als Sachbearbeiterin im Vertriebsinnendienst, der Vertriebsunterstützung und des Vertragscontrollings benötige. Der Antrag ging bei der Beklagten am 21. August 2007 ein. Sie führte aus, ihr Hörvermögen sei nicht mehr leistungsfähig genug, um die Kommunikation und das Verstehen der Mitarbeiter und Kunden auf der Arbeit sowie im direkten als auch im Telefonkontakt zu gewährleisten. Besonders Personen- und Firmennamen, Eigennamen und englische Begriffe könne sie nur schwer verstehen. Die Sitzordnung und die räumlichen Gegebenheiten seien so, dass oft kein Ablesen vom Mund möglich sei und sich störende Nebengeräusche aus dem Flur, die ihr Hörvermögen behindern würden, nicht immer vermeiden ließen. Dem Antrag fügte sie die ohrenärztliche Verordnung von Dr. H vom 29. Januar 2007 bei und legte im Oktober 2007 die Anpassungsunterlagen sowie den Kostenvoranschlag der Firma S Hörsysteme Hörgeräte-Akustik GmbH vom 8. Oktober 2007 vor. Den Anpassberichten ist zu entnehmen, dass neben zwei digital programmierbaren Basisgeräten zu Vertragsarztpreisen der gesetzlichen Krankenkasse insgesamt sechs weitere voll digitale Geräte in einer Preisspanne zwischen 1.896,00 Euro und 5.148,00 Euro getestet wurden. Den Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 5. November 2007 und bestätigendem Widerspruchsbescheid vom 22. Februar 2008 ab und führte zur Begründung aus: Zwar sei eine Hörhilfe aus medizinischen Gründen notwendig. Es handle 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. Im Ablehnungsbescheid vom 5. November 2007 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 aufgrund der Schwere ihrer Hörschädigung in allen Lebensbereichen auf diesen Behinderungsausgleich angewiesen sei.

Dieser Empfehlung kam die Klägerin nach, indem sie am 20. November 2007 bei der Beigeladenen einen Antrag auf volle Kostenübernahme für die beiden Hörgeräte stellte. Nachdem die Beigeladene mit Festbetragsbewilligungsbescheid vom 23. November 2007 lediglich Kosten in Höhe von 1.212,80 Euro übernahm, lehnte sie mit Bescheid vom 21. Januar 2008 eine vollständige Kostenübernahme ab. Die hiergegen gerichteten Rechtsbehelfe der Klägerin (Widerspruch vom 19. Februar 2008, Klage vom 16. Dezember 2008) blieben erfolglos (Widerspruchsbescheid der Beigeladenen vom 20. November 2008, Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dresden im Verfahren S 15 KR 646/08 vom 16. Dezember 2010).

Gegen den ablehnenden Bescheid der Beklagten vom 5. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Februar 2008 erhob die Klägerin am 17. März 2008 Klage zum Sozialgericht Dresden.

Nach Abschluss der Test- und Anpassungsphase bei der Firma S Hörsysteme Hörgeräte-Akustik GmbH, während der unter anderem auch zwei eigenanteilsfreie Hörgeräte getestet wurden, die vom Hörgeräteakustiker als unzureichend bewertet worden waren, erwarb die Klägerin auf der Grundlage der ohrenärztlichen Verordnung von Dr. H vom 29. Januar 2007 am 8. Juli 2008 zwei volldigitale Mehrkanalhörgeräte mit Störschallunterdrückung und Spracherkennung der Marke "Syncro Compact Power" zum Preis von 5.342,80 Euro. Diese Rechnung beglich die Klägerin, nach Abzug der bereits von der Krankenkasse gewährten Festbeträge in Höhe von 1.212,80 Euro und nach Abzug des ihr von ihrer privaten Krankenzusatzversicherung gezahlten Betrages in Höhe von 1.400,00 Euro, im September 2008.

Das Sozialgericht Dresden hat im Rahmen des Klageverfahrens mit Beschluss vom 5. November 2008 die zuständige Krankenkasse der Klägerin beigeladen, Befundberichte vom Hausarzt Dr. K am 19. Januar 2010 und der behandelnden Hals-Nasen-Ohrenärztin Dr. H am 13. April 2010 beigezogen, eine Arbeitgeberauskunft der Firma S AG am 15. Februar 2010 eingeholt und am 19. März 2011 ein Gutachten auf otologischem Fachgebiet von Prof. Dr. Z (Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) erstellen lassen.

Gestützt auf dieses Gutachten hat das Sozialgericht Dresden mit Urteil vom 6. Juni 2011 die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 5. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Februar 2008 verurteilt, der Klägerin den Betrag von 2.750,00 Euro für die Anschaffung der Hörgeräte "System Syncro Compact Power" der Firma O zu erstatten. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Die Beklagte sei der zuerst angegangene Leistungsträger im Sinne des § 14 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Dies sei bereits durch den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dresden vom 16. Februar 2010 zwischen den Beteiligten verbindlich festgestellt worden. Die Leistungspflicht der Beklagten folge aus dem Recht zur Teilhabe am Arbeitsleben, weil die höherwertigen Hörgeräte für die Berufsausübung der Klägerin notwendig seien. Es bestehe eine berufsbedingte Notwendigkeit die höherwertigen Hörgeräte zu tragen. Selbst wenn die Beklagte nicht nach dem Sechsten Buch des Sozialgesetzbuch (SGB VI) leistungspflichtig sei, käme ihre Leistungspflicht nach krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften in Betracht ([§ 33 Abs. 1 Satz 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch [SGB V]).

Gegen das ihr am 20. Juni 2011 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 15. Juli 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 Krankenkassen mit den Akustikerverbänden Verträge zur Ausgestaltung der Leistungserbringung im Rahmen der Festbeträge geschlossen hätten, 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. Im Übrigen sei im erstinstanzlichen Verfahren ungeklärt geblieben, wann die Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers bei der Beigeladenen eingegangen sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 6. Juni 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt, von Stellungnahmen im Berufungsverfahren abgesehen und sich der Auffassung des Sozialgerichts Dresden im Urteil vom 6. Juni 2011 vollumfänglich angeschlossen.

Das Gericht hat die bei der Beigeladenen vorhandenen Unterlagen beigezogen.

Dem Gericht haben die Verwaltungsakten der Beklagten und der Beigeladenen sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie die Gerichtsakten im Verfahren des Sozialgerichts Dresden S 15 KR 646/08 vorgelegen. Zur Ergänzung des Sach- und Streitstandes wird hierauf insgesamt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist überwiegend unbegründet, weil das Sozialgericht Dresden der Klage im Ergebnis, bis auf die Berücksichtigung des gesetzlichen Zuzahlungsbetrages der Klägerin für die zwei Hörgeräte in Höhe von jeweils zehn Euro ([§ 61 SGB V](#)), zu Recht stattgegeben hat; lediglich insoweit war das Urteil zu Gunsten der Beklagten in der Höhe des Erstattungsbetrages abzuändern. Der Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 5. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Februar 2008 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die Klägerin hat einen Anspruch darauf, dass die Beklagte den vom Sozialgericht Dresden ausgerichteten Kostenanspruch der Klägerin in Höhe von 2.730,00 Euro (anstatt in Höhe von 2.750,00 Euro – wie vom Sozialgericht beziffert –) bedient.

Zur Begründung und zur Vermeidung überflüssiger Wiederholungen kann zunächst 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 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 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 18. Juli 2007, mit Eingang bei der Beklagten am 21. August 2007, Leistungen in Form der Bezuschussung der Hörgeräteversorgung, während sie sich über ihren Hörgeräteakustiker frühestens mit dem Kostenvoranschlag vom 8. Oktober 2007 bezüglich der Gewährung des Festbetrages und mit separatem weiteren Antrag vom 20. November 2007 bezüglich der Übernahme der vollen Kosten hinsichtlich der höherwertigen Hörgeräte an die beigeladene Krankenkasse gewandt hatte. Ausweislich der Rückseite der ohrenärztlichen Verordnung bestätigte der Hörgeräteakustiker erst am 2. Oktober 2007, dass er eine vertragsgerechte Versorgung der Klägerin durchführt. Vor diesem Zeitpunkt konnte eine "vertragsgerechte Versorgungsanzeige" an die beigeladene Krankenkasse durch den eingeschalteten Leistungserbringer nicht erfolgen. Aus diesem Grund weist auch der Kostenvoranschlag vom 8. Oktober 2007 erstmals die Festbeträge der Beigeladenen aus.

Soweit die Beklagte – zumindest indirekt, und wie monoton in anderen anhängigen Verfahren vorgetragen – meint, erstangegangener Leistungsträger sei die Beigeladene, weil die Klägerin bereits im Juni 2007 die ohrenärztliche Verordnung vom 29. Januar 2007 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 ohrenärztlichen 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 ohrenärztlichen 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).

Im Übrigen kann sich die Beklagte vorliegend auch nicht darauf berufen, im erstinstanzlichen Verfahren sei ungeklärt geblieben, "wann denn die Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers bei der Beigeladenen eingegangen sei", weil zwischen den Beteiligten auf Grund des rechtskräftigen Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Dresden vom 16. Dezember 2010 im Verfahren S 15 KR 646/08, in dem die Beklagte mit dortigem Beschluss vom 10. Juni 2010 beigeladen worden war, feststeht, dass sie der erstangegangene Leistungsträger ist. Dies ist in den dortigen Urteilsgründen ausgeführt und zwischen den Beteiligten daher verbindlich festgestellt.

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 5. November 2007 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 5. November 2008 zutreffend veranlasst hat.

Die Klägerin hat sich darüber hinaus die streitgegenständlichen zwei digitalen Mehrkanalhörgeräte mit Störschallunterdrückung, Spracherkennung und Rückkopplungsunterdrückung der Marke "Syncro Compact Power" des Herstellers O auch erst nach der ablehnenden Entscheidung der Beklagten (Ablehnungsbescheid vom 5. November 2007, Widerspruchsbescheid vom 22. Februar 2008), nämlich ausweislich der Rechnung der Firma S Hörsysteme Hörgeräte-Akustik GmbH am 8. Juli 2008, 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, entgegen den Ausführungen des Sozialgerichts im angefochtenen Urteil vom 6. Juni 2011, 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, wie das Sozialgericht in seiner Entscheidung bereits - hilfsweise - ausgeführt hat.

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 Fall 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 Sachbearbeiterin im Vertragsmanagement in der IT-Branche beschäftigt. Im Rahmen ihrer Tätigkeit ist sie für die Betreuung von Mitarbeitern und Kunden verantwortlich, bedient die Hotline der Firma und das Zeiterfassungssystem, bearbeitet zentrale Kunden- und Betriebsanfragen, nimmt an Besprechungen und Unterredungen teil, unterstützt die Zusammenarbeit mit den Bereichen Controlling, Buchhaltung und Empfang und muss Mehrpersonengespräche, auch mit Fachbegriffen und englischen Vokabeln führen. Die von ihr dabei zu leistende Kommunikation, sei es über persönliche Gespräche oder Telefonate oder in Besprechungen, 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 des vom Sozialgericht in Auftrag gegebenen Gutachtens auf otologischem Fachgebiet von Prof. Dr. Z vom 19. März 2011 leidet die Klägerin auch im Alltag durch eine überhöhte Störgeräuscheverstärkung, wie zum Beispiel bei Kfz-Geräuschen an stark befahrenen Straßen, an erhöhten Hörstörungen. Auch ergeben sich im Alltag Rückkoppelungsprobleme zum Beispiel beim Aufsetzen der Kapuze, so dass Festbetragsgeräte zu einer unzureichenden Kommunikation und übermäßigen Lärmbelastung mit schneller Ermüdung und Überreiztheit sowie zu Konzentrationsstörungen führen. Auch außerhalb ihrer beruflichen Tätigkeit sind die Straßenverkehrsgeräusche mit den gegenüber den Festbetragsgeräten höherwertigen Geräten der Marke "Syncro Compact Power" der Firma O besser verträglich; insbesondere werden Rückkoppelungserscheinungen beim Tragen von Mützen oder Kapuzen vermieden. Die Klägerin führte gegenüber dem Gutachter selbst aus, dass sie ohne Hörgeräte auch im Alltag beim Telefonieren Probleme habe oder in Situationen, in denen mehrere Menschen gleichzeitig Gespräche führen. Schwierige Situationen bestehen für sie vor allem auch im öffentlichen Nahverkehr auf Bahnhöfen und Flughäfen, wenn Ansagen über den Lautsprecher erfolgen.

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 Vertragsmanagerin und Sachbearbeiterin in der IT-Branche 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. Bereits der Hörgeräteakustiker bestätigte in seinem Anpassbericht vom 15. Oktober 2007, dass nach der, im Zeitraum von Juni bis Oktober 2007 durchgeführten, Erprobung unterschiedlicher, grundsätzlich geeigneter Systeme unter den Bedingungen des Alltags und des Arbeitsplatzes festzustellen war, dass insbesondere in Störlärm, wie im Großraumbüro oder an einer verkehrsreichen Straße, ein ausreichendes Sprachverstehen und Telefonieren nur erreicht werden kann, wenn das verwendete Hörsystem über eine Störschallunterdrückung, ein adaptives Richtmikrofon und eine automatische Spracherkennung verfügt. Diese Ausstattungsmerkmale finden sich ausschließlich bei modernen High-End-Systemen, nicht jedoch bei den zum Zeitpunkt der Hörgeräteanpassung getesteten digital programmierbaren Basisgeräten als Vertragsgeräte der gesetzlichen Krankenkasse zu Vertragsarztpreisen. Die beiden getesteten Basisgeräte "Swift 90+" der Firma O und "Y 111" der Firma B erbrachten ein Sprachverstehen im Störschall bei 60 Dezibel (dB) lediglich in

Höhe von 55 bzw. 50 Prozent, während das konkret von der Klägerin erworbene höherwertige Hörgerät der Marke "Syncro Compact Power" der Firma O ein 80 prozentiges Sprachverstehen gewährleistet. Ausweislich des Gutachtens auf otologischem Fachgebiet von Prof. Dr. Z vom 19. März 2011 leidet die Klägerin an einer gering- bis mittelgradigen sensorischen Schwerhörigkeit beidseits, wobei bei ihr die Besonderheit im Hörschwellenverlauf darin besteht, dass das Maximum des Hörverlustes im Bereich der Sprachfrequenzen liegt, während im Tieftonbereich noch ein gutes Resthörvermögen vorliegt. Daraus erklärt sich, weshalb in der sprachaudiometrischen Messung bei der Umgangssprache lediglich eine 30 bis 40 prozentige Verständlichkeit festgestellt werden konnte. Um Patienten mit dieser Schwerhörigkeit hörgerätetechnisch zu versorgen, sind Geräte mit besonders hoher Verstärkerleistung in den hohen Frequenzen notwendig, die jedoch in der Lage sein müssen, trotz der hohen Verstärkung Rückkoppelungen zu vermeiden. Damit erfordert die spezielle Schwerhörigkeit der Klägerin eine automatische Störgeräuscheunterdrückung und eine automatische Lautstärkeregelung um einen angemessenen Behinderungsausgleich zu ermöglichen. Das von der Klägerin konkret erworbene Gerät der Marke "Syncro Compact Power" der Firma O besitzt diese Eigenschaften. Während der vergleichenden Tests wurde im sogenannten Oldenburger Satztest bei einem Sprachschallpegel von 65 dB ohne Störgeräusch eine Verständlichkeit von 96,7 Prozent mit dem konkret erworbenen Hörgerät erreicht. Bei einem Störschall mit kontinuierlichem Rauschen sank die Verständlichkeit auf 94,7 Prozent. Messtechnisch erbrachte zwar auch eines der Festbetragsgeräte ähnliche Werte. Prof. Dr. Z führte jedoch nachvollziehbar aus, dass bei der Bewertung der Messergebnisse zu berücksichtigen ist, dass bisher kein evaluiertes Testverfahren existiert, welches geeignet ist, Geräuschsituationen nachzustellen, wie sie bei der Klägerin im Büro oder auch im Straßenverkehr vorherrschen. Das getestete Hintergrundrauschen ist gleichmäßiger Natur und kann mit einem einfachen Hörgerät besser kompensiert werden als ein in der Intensität und Frequenz wechselndes Alltagshintergrundgeräusch. Die von der Klägerin geschilderten Effekte betreffen daher vor allem Störgeräusche, die plötzlich Auftreten (Klirren, Einschaltgeräusche von Druckern, Straßenverkehrslärm durch unterschiedliche Fahrzeuge, etc.). Diese Geräusche können bei der vorliegenden Form der Schwerhörigkeit lediglich durch hochwertige Geräte kompensiert werden. Auch die Rückkoppelungsunterdrückungsmechanismen sind bei den höherwertigen Hörgeräten technisch leistungsfähiger, sodass die geschilderte Problematik des Mützen- oder Kapuzentragens mit Entstehung von Rückkoppelungen beim Tragen der Festbetragsgeräte plausibel sind. Bei der besonderen Form des Hörschwellenverlaufes der Klägerin mit Betroffenheit der hohen Frequenz bereits ab 1 kHz ist deshalb das höherwertige Hörgerät zur Kompensation der Schwerhörigkeit nötig. Die besondere Schwerhörigkeitssituation der Klägerin erfordert von Hörgeräten neben einer maximalen Leistungsfähigkeit in den Sprachfrequenzen und in den hohen Frequenzen die Möglichkeit einer automatischen Störgeräuscheunterdrückung, einer automatische Lautstärkeregelung, einer Regelung des Richtungshörens sowie einer höherwertigen Rückkopplungsunterdrückung. Diese spezifischen Leistungsparameter resultieren aus den steil abfallenden Hörschwellenverlauf bereits in den Sprachfrequenzen, die zu einer Verständlichkeit für einsilbige Prüfworte von lediglich 30 Prozent bei 65 dB führen. Diese besondere Form der Schwerhörigkeit, wie sie die Klägerin aufweist, erfordert eine anspruchsvolle Technik mit maximaler Verstärkung der Sprachfrequenzen einerseits und andererseits einer effektiven Unterdrückung von Stör- und Nebengeräusche. Die von der Klägerin konkret erworbenen Hörgeräte der Marke "Syncro Compact Power" der Firma "O" kommen diesen Forderungen am nächsten. Vor diesem Hintergrund sind die verschiedenen getesteten Geräte unter bestimmten Hörsituationen, wie sie von der Klägerin geschildert werden, nachvollziehbar. Insbesondere die Erlebnisse der Rückkopplungsunterdrückung und Kompensation alltäglicher Störgeräusche konnten mit der gutachtlichen Untersuchung plausibilisiert werden, wenngleich die Klägerin auch bei den hochwertigen Hörgeräten nach wie vor darauf angewiesen ist, in bestimmten Hörsituationen von den Lippen mit abzulesen. Damit wird zugleich deutlich, dass es sich bei den gewählten Hörgeräten nicht um eine Luxus- oder Optimalversorgung mit der Einbringung von besonderen technischen Innovationen, sondern um einen normalen Gebrauchskomfort handelt, sodass die Schwerhörigkeit selbst mit dem hochwertigen Gerät nicht vollständig kompensiert werden kann. Mit einer eigenanteilsfreien Versorgung ohne die besonderen technischen Leistungsparameter kann dieser Zustand nicht erreicht werden. Selbst bei bestmöglicher Versorgung wird die Klägerin, aufgrund der Betroffenheit der Sprachfrequenzen, mehr Aufwand als ein Normalhörender betreiben müssen, um eine vergleichbare Hörleistungsfähigkeit entwickeln zu können. Ausdruck dessen ist insbesondere, dass sie bei allen Direktgesprächen den Sichtkontakt mit dem Mund der Gesprächspartner sucht. Die aufzubringende Konzentration auf die Gespräche ist bei der Klägerin dadurch wesentlich höher als bei Normalhörenden. Störgeräusche können grundsätzlich auch bei idealer Hörsystemversorgung schlechter kompensiert werden als bei Gesunden.

Im Übrigen geht die Beklagte selbst davon aus, dass die Klägerin wegen der Schwere ihrer Hörstörung in allen Lebensbereichen auf eine höherwertige Hörgeräteversorgung angewiesen ist, wie sie explizit in ihrem Ablehnungsbescheid vom 5. November 2007 ausführte.

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 überbeuerte 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.

Ausweislich des Gutachtens auf otologischem Fachgebiet von Prof. Dr. Z vom 19. März 2011 ist die Klägerin trotz der höherwertigen Hörgeräteversorgung in bestimmten Hörsituationen wegen der Rückkopplungsunterdrückung und der Kompensation alltäglicher Störgeräusche auf das Ablesen von den Lippen angewiesen. Damit wird deutlich, dass es sich bei den konkret erworbenen Geräten nicht um eine Luxus- oder Optimalversorgung mit besonderen technischen Innovationen, sondern um einen normalen Gebrauchskomfort handelt, so dass die bestehende Schwerhörigkeit selbst mit den hochwertigen Geräten nicht vollständig kompensiert werden kann. Wie bereits hervorgehoben, war mit den zwei getesteten Hörsystemen zu Vertragsarztpreisen keine Verbesserung des Sprachverständnisses im stark frequenzabhängigen Bereich zu erzielen, weil diesen Geräten die für die konkrete Hörsituation der Klägerin erforderliche automatische Störgeräuscheunterdrückung und die automatische Lautstärkeregelung fehlt. 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 Hörgerätetechnik ([§ 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 wieweit sich der Hörgeräteakustiker gegebenenfalls, wie die Beigeladene im Verfahren mehrfach vorgetragen hat, vertragswidrig verhalten haben könnte, indem er der Klägerin nicht "zwei geeignete eigenanteilsfreie Versorgungsvorschläge, die den individuellen Hörverlust der Klägerin entsprechend der medizinischen Notwendigkeit angemessen ausgleichen, unterbreitet hat", bzw. in dem er sich von der Klägerin unter Vorbehalt die eigenanteilsfreie Beschaffung auf eigene Kosten unterzeichnen ließ, kann vorliegend dahingestellt bleiben. Denn insoweit ist darauf hinzuweisen, 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 zu verschaffen, 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
2012-02-27