

## L 5 R 408/12

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Chemnitz (FSS)

Aktenzeichen

S 13 R 757/11

Datum

01.06.2012

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 5 R 408/12

Datum

30.04.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Rentenversicherung - Krankenversicherung - Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers -

Abgrenzung des Umfangs der Leistungspflicht bei Hilfsmittelversorgung (hier Hörgerät) - Wirtschaftlichkeitsgebot

1. Prüft der erstangegangene Rehabilitationsträgers den Antrag des Versicherten auf Teilhabeleistungen und leitet er ihn innerhalb von 14 Tagen an den seiner Ansicht nach zuständigen Versicherungsträger weiter, liegt darin eine fristgerechte Weiterleitung im Sinne des [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) auch dann, wenn er den Antrag des Versicherten nach den für ihn maßgeblichen Leistungsgesetzen (hier: SGB VI) mit Bescheid ablehnt, und zwar auch dann, wenn diese Ablehnung inhaltlich unzutreffend ist. Der Versicherungsträger, an den der Antrag weitergeleitet wird, wird in diesem Fall als sachlich an sich unzuständiger, aber „durch Aufdrängung zuständig gewordenen“ Versicherungsträger zuständig und hat den geltend gemachten Anspruch - hier auf das Hilfsmittel Hörhilfe - anhand aller Rechtsgrundlagen, auch nach zuständigkeitsfremden Leistungsgesetzen, zu prüfen und zu erbringen, die 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 ohenärztlichen 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. Inwieweit sich möglicherweise künftig (nämlich nach Vorliegen der bislang nicht bekannten vollständigen Urteilsgründe), unter Berücksichtigung des vom BSG (Urteil vom 24. Januar 2013 - [B 3 KR 5/12 R](#)) angeführten Arguments, derjenige Leistungsträger, der sich der Antragsentgegennahme entzieht, kann sich nicht darauf berufen, es sei bei ihm kein Antrag gestellt worden, eine andere Bewertung ergeben könnte, bleibt ausdrücklich offen, weil die Beantwortung der Zuständigkeitsfrage im vorliegenden Fall davon nicht abhängt.

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). Diese Abgrenzung richtet sich nach den jeweils einzelfallspezifischen Besonderheiten (hier: berufsbedingter höherwertiger Hörgerätebedarf einer Lehrerin an einer Mittelschule für Englisch und Geschichte).

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 überbeuerte 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. Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Chemnitz vom 1. Juni 2012 aufgehoben.

II. Die Beigeladene zu 1. wird verurteilt, der Klägerin die Kosten für die zwei Hörgeräte der Marke "P A SMART III" in Höhe von 2.710,00 Euro

zu erstatten.

III. Die Beigeladene zu 1. hat der Klägerin deren notwendige außergerichtliche Kosten für das gesamte Verfahren zu erstatten.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte (oder die Beigeladene zu 1.) verpflichtet ist, der Klägerin als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder als Krankenbehandlung die Kosten für zwei volldigitale Mehrkanalhörgeräte mit Lärmmanagement, Rückkopplungsmanagement und Richtcharakteristik in Höhe von 2.710,00 Euro, abzüglich des von der Beigeladenen zu 1. bereits geleisteten Festbetrages zu Vertragsarztpreisen in Höhe von 808,88 Euro und abzüglich des gesetzlichen Zuzahlungsbetrages in Höhe von 20,- Euro, mithin einen Betrag in Höhe von 2.710,00 Euro zu erstatten.

Die 1955 geborene Klägerin ist Diplomlehrerin, arbeitet seit 1978 als Lehrerin an einer Mittelschule und gibt Unterricht in den Fächern Englisch und Geschichte.

Nach erstmaliger ohrenärztlicher Verordnung einer Hörhilfe wegen einer beidseitigen mittelgradigen cochleobasalen Schallempfindungsstörung durch Dr. A (Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) am 6. Juli 2010 und Einleitung der Test- und Hörgeräteanpassung bei der Firma Hörgeräte Dr. E am 8. Juli 2010, stellte die Klägerin am 30. August 2010 bei der Beklagten einen Antrag auf Zuschuss zu den Hörhilfen, da sie diese aus beruflichen Gründen für die sachgerechte Ausübung ihrer Tätigkeit als Lehrerin an einer Mittelschule benötige. Der Antrag ging bei der Beklagten am 13. September 2010 ein. Dem Antrag fügte sie die ohrenärztliche Verordnung von Dr. A vom 6. Juli 2010 bei und führte aus, ihr derzeitiges Hörvermögen reiche nicht aus, den Anforderungen des Unterrichts gerecht zu werden, da sie im Unterrichtsgespräch von den Schülern gegebene Antworten falsch oder nicht verstehe, häufiges Nachfragen und Falschverstehen zu Autoritätsverlust führen würden, und für den Sprachunterricht CD's eingesetzt werden müssten, die nur nach mehrmaligem Hören verstanden würden, da es sich dabei um Dialoge in lebensnahen Situationen wie auf dem Bahnhof und dem Schulhof handeln würde. Auch der Umgebungslärm auf dem Schulhof beeinträchtige ihr Hörvermögen stark.

Den Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 22. September 2010 ab und führte zur Begründung aus: Zwar seien Hörhilfen 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. Mit Schreiben vom (gleichfalls) 22. September 2010 leitete die Beklagte den Antrag mit der Bitte um Prüfung, ob die gewünschte Versorgung im Rahmen der Möglichkeiten nach Krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften erbracht werden könnten, an die zum damaligen Zeitpunkt zuständige Krankenkasse der Klägerin, die Beigeladene zu 1., weiter. Der weitergeleitete Antrag ging bei der Beigeladenen zu 1. am 27. September 2010 ein.

Gegen den Bescheid der Beklagten vom 22. September 2010 erhob die Klägerin am 29. September 2010 Widerspruch, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 6. April 2011 zurückwies.

Bereits mit Schreiben vom 4. Oktober 2010 informierte die Beigeladene zu 1. die Klägerin, auf Grund des von der Beklagten weitergeleiteten Antrages, darüber, dass sie im Rahmen ihrer Leistungspflicht die Festbeträge für die zwei Hörgeräte übernehmen werde. Gleichzeitig wies sie darauf hin, die Klägerin solle sich an ihren Akustiker, der im Rahmen der Vertragsverpflichtung zuzahlungsfreie Geräte anzubieten habe, wenden.

Nach Abschluss der Test- und Anpassungsphase bei der Firma Hörgeräte Dr. E im Mai 2011, während der unter anderem auch zwei eigenanteilsfreie Hörgeräte getestet und vom Hörgeräteakustiker als unzureichend bewertet wurden, erwarb die Klägerin auf der Grundlage der ohrenärztlichen Verordnung von Dr. A vom 6. Juli 2010 sowie der Versorgungsanzeige der Firma Hörgeräte Dr. E vom 12. Mai 2011 am 12. Mai 2011 zwei digitale Mehrkanalhörgeräte mit sechs Kanälen, Lärmmanagement, Rückkopplungsmanagement und Richtcharakteristik der Marke "P A Smart III (links und rechts)" zum Preis von insgesamt 3.538,88 Euro. Den in der Rechnung vom 12. Mai 2011 ausgewiesenen Eigenanteil der Klägerin in Höhe von 2.710,00 Euro überwies sie der Firma Hörgeräte Dr. E am 19. Mai 2011. Abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung in Höhe von 20,- Euro bewilligte die Beigeladene zu 1. am 26. Mai 2011 die Festbeträge in Höhe von 808,88 Euro und beglich diese gegenüber der Firma Hörgeräte Dr. E.

Bereits am 9. Mai 2011 hatte die Klägerin Klage gegen den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 6. April 2011 erhoben. Das Sozialgericht Chemnitz hat die Dokumentationsunterlagen zur Hörgeräteanpassung für sämtliche getesteten Geräte (zwei Festbetragsgeräte, ein preiswerteres Überfestbetragsgerät sowie zwei weitere teurere Überfestbetragsgeräte als die beschafften Geräte) beigezogen und die zum damaligen Zeitpunkt zuständige Krankenkasse der Klägerin, die Beigeladene zu 1., mit Beschluss vom 16. Februar 2012 beigeladen. Mit Gerichtsbescheid vom 1. Juni 2012 hat das Sozialgericht Chemnitz die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 22. September 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. April 2010 (zutreffender Weise: 2011) verpflichtet, der Klägerin die Kosten für die Hörgeräteversorgung beidseits mit den Hörgeräten P Smart III in Höhe von 2.710,00 Euro zu erstatten. Zur Begründung hat es ausgeführt: Die Beklagte sei als erstangegangener Versicherungsträger zur Zahlung der Kosten verpflichtet, weil die Klägerin mit Festbetragsgeräten nicht ausreichend versorgt werden könne. Materiell folge der Kostenerstattungsanspruch aus Krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften und nicht aus rentenversicherungsrechtlichen Vorschriften, weil der Beruf der Lehrerin zwar kommunikative Anforderungen in erheblichem Maße, jedoch keine spezifisch berufsbedingten Kommunikationserfordernisse, die über das übliche Maß hinaus gehen würden, stelle. Die Versorgung mit Hörgeräten diene dem unmittelbaren Behinderungsausgleich. Auf die bundesweit einheitlichen Festbeträge könne die Klägerin nicht verwiesen werden. Ausweislich der Anpassberichte erziele die Klägerin mit den Festbetragsgeräten lediglich ein Sprachverständnis im Störgeräusch von 55 bzw. 50 Prozent. Von den zwei anderen, teureren Hörgeräten, mit denen sie ein Sprachverständnis im Störschall von 70 Prozent erreicht habe, habe sie die günstigeren Geräte P Smart III ausgewählt. Die Klägerin habe sich danach wirtschaftlich verhalten und könne nicht auf andere Geräte verwiesen werden.

Gegen den ihr am 6. Juni 2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 21. Juni 2012 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 vielmehr die Frage nach der Erfüllung der medizinischen Grundversorgung, für die sie 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. Im Übrigen habe das Bundessozialgericht festgestellt, dass die gesetzliche Krankenversicherung regelmäßig bereits erstangegangener Rehabilitationsträger sei, wenn eine Hörgeräteversorgung beim Hörgeräteakustiker geprüft und erbracht werde. Somit sei die Krankenkasse auch im Hinblick auf die in das Teilhaberecht hineinreichenden berufsbedingten Bedarfslagen zur umfassenden Prüfung des Antrags und gegebenenfalls zu dessen Weiterleitung verpflichtet, wenn sich über die Grundversorgung hinaus berufsbedingte Bedarfslagen ergeben würden. Auf solch eine Bedarfslage habe sie durch Übersendung der einschlägigen Unterlagen am 22. September 2010 an die Beigeladene zu 1. hingewiesen und mit Schriftsatz vom 21. Februar 2013 ihren Bescheid vom 22. September 2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 6. April 2011 zurückgenommen. Denn bereits bei der Testung durch den Hörgeräteakustiker ab dem 8. Juli 2010 – also vor Antragstellung bei ihr am 13. September 2010 – sei ein Antragsverfahren bei der Beigeladenen zu 1. in Gang gesetzt worden. Eine Weiterleitung des Antrages durch die Beigeladene zu 1. sei nicht erfolgt. Sie sei daher ein gänzlich unzuständiger Leistungsträger.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Chemnitz vom 1. Juni 2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung in der Form zurückzuweisen, dass nunmehr die Beigeladene zu 1. zur Zahlung verpflichtet wird.

Sie hält die angefochtene Entscheidung im Ergebnis für zutreffend.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt.

Das Gericht hat einen Befundbericht von Dr. A vom 10. September 2012 eingeholt, die Unterlagen der Beigeladenen zu 1. beigezogen, Auskünfte eingeholt und Unterlagen beigezogen von der Hörgeräteakustikfirma Hörgeräte Dr. E am 27. September 2012, mit Beschluss vom 29. August 2012 den seit Februar 2012 für die Klägerin zuständigen gesetzlichen Krankenversicherungsträger, die Beigeladene zu 2., beigezogen, berufskundliche Unterlagen zum Lehrer an Mittelschulen beigezogen und von Dipl.-Med. H (Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde) in Kooperation mit Hörgeräteakustikmeister Dippe ein Gutachten auf otologischem und hörgeräteakustischem Fachgebiet am 22. Januar 2013 erstellen lassen.

Dem Gericht haben die Verwaltungsakten der Beklagten und der Beigeladenen zu 1. sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Zur Ergänzung des Sach- und Streitstandes wird hierauf insgesamt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte im Termin zur mündlichen Verhandlung am 30. April 2013 in Abwesenheit der Beigeladenen zu 1. verhandeln und entscheiden, weil sie in der Terminmitteilung vom 25. März 2013 auf diese Möglichkeit hingewiesen wurde ([§§ 153 Abs. 1, 110 Abs. 1 Satz 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes [SGG]).

Die Berufung der Beklagten ist begründet, weil das Sozialgericht Chemnitz die Beklagte im Ergebnis und mit unzutreffender Begründung zu Unrecht verurteilt hat. Der Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 22. September 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. April 2011 ist zwar rechtswidrig, weil er inhaltlich unzutreffend und wegen der Weiterleitung auch formell unrichtig ist. Er beschwert die Klägerin jedoch nicht mehr, weil die Beklagte mit Schriftsatz vom 21. Februar 2013 den Bescheid vom 22. September 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. April 2011 zurückgenommen hat, sodass es einer "isolierten" Aufhebung des Bescheides wegen sachlicher Unzuständigkeit (vgl. dazu ausdrücklich: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 16) im vorliegenden Fall nicht (mehr) bedarf.

Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die höherwertige Hörgeräteversorgung. Vielmehr ist die Beigeladene zu 1. in der Pflicht, die Kosten für die höherwertigen Hörgeräte nach rentenversicherungsrechtlichen Vorschriften zu erstatten. Eine Verurteilung der Beigeladenen zu 1. in diesem Sinne ist auf Grund der Beiladung nach [§ 75 Abs. 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) möglich und im Ergebnis berechtigt. Die Beigeladene zu 1. wurde zwar nicht zuerst mit dem Hörgeräteversorgungsbegehren befasst. Ihr wurde die Zuständigkeit für die Versorgung und Erstattung von der Beklagten im Wege der fristgerechten Weiterleitung aber aufgedrängt. Deshalb ist die Beigeladene zu 1. verpflichtet, die Kosten für die höherwertige Hörgeräteversorgung zu übernehmen. Dazu im Einzelnen:

1. Im vorliegenden Fall ist eine Konstellation der fristgerechten Weiterleitung der sachlichen unzutreffenden Zuständigkeit infolge des [§ 14](#) des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) gegeben, weil "erstangegangener Leistungsträger" der beklagte Rentenversicherungsträger war und dieser den Antrag fristgerecht an die Beigeladene zu 1. weitergeleitet hat. Bei der Beklagten ging der Antrag der Klägerin auf Hörgeräteversorgung vom 30. August 2010 am 13. September 2010 ein. Diesen Antrag hat die Beklagte geprüft, mit Bescheid vom 22. September 2010 innerhalb ihrer sachlichen Zuständigkeit beschieden (was insofern nicht zutreffend war) und unverzüglich an die Beigeladene zu 1. (Schreiben vom gleichfalls 22. September 2010) als sachlich an sich unzuständigen, aber zweitangegangenen und damit "durch Aufdrängung zuständig gewordenen" Versicherungsträger weitergeleitet. Dieser Antrag ging bei der Beigeladenen zu 1. am 27. September 2010, also 14 Tage nach Antragseingang bei der Beklagten, ein. Dieses Prozedere stellt im vorliegenden Fall zwar eine sachlich unzutreffende, aber fristgerechte Antragsweiterleitung im Sinne des [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) dar. Der Beigeladenen zu 1. ist die

Zuständigkeit im Ergebnis damit fristgerecht aufgedrängt worden. Zwar hätte die Beklagte auch den Ablehnungsbescheid nicht erlassen dürfen, weil sie zum einen durch die Antragsweiterleitung ihrer Entscheidungsbefugnis über den Antrag vollständig verlustig gegangen – also sachlich unzuständig geworden – ist und zum anderen wieder eine "Zwei-Fronten-Auseinandersetzung" des Versicherten provoziert hat, die durch [§ 14 SGB IX](#) gerade vermieden werden soll. Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 2 der "Gemeinsamen Empfehlung über die Ausgestaltung des in [§ 14 SGB IX](#) bestimmten Verfahrens (Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung)" in der Fassung vom 28. September 2010 (= Gemeinsame Empfehlung auf der Grundlage von [§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX](#)) hätte die Beklagte der Klägerin lediglich die Weiterleitung des Antrages schriftlich mitteilen, nicht aber den Antrag inhaltlich nach (nur) einem Teilbereich der Teilhabeleistungen ablehnen dürfen. Im Ergebnis ändert dies jedoch nichts an der fristgerecht aufgedrängten Zuständigkeit. Hinzukommt im vorliegenden Fall im Übrigen, dass die Beklagte mit Schriftsatz vom 21. Februar 2013 ihren ablehnenden Bescheid vom 22. September 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. April 2011 zurückgenommen hat, sodass es einer "isolierten" Aufhebung des Bescheides wegen sachlicher Unzuständigkeit (vgl. dazu ausdrücklich: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 16) nicht bedarf.

Damit sind im vorliegenden Fall die vom erkennenden Senat nunmehr in ständiger Rechtsprechung erkannten Grundsätze (vgl. Urteile vom 5. April 2011 im Verfahren [L 5 R 28/08](#), vom 19. April 2011 im Verfahren [L 5 R 48/08](#), vom 23. August 2011 im Verfahren [L 5 R 766/10](#), vom 4. Oktober 2011 im Verfahren [L 5 R 228/11](#), vom 4. Oktober 2011 im Verfahren [L 5 R 132/11](#), vom 15. November 2011 im Verfahren [L 5 R 445/11](#) und vom 7. Februar 2012 im Verfahren [L 5 R 488/11](#); sämtlich abrufbar sowohl über [www.juris.de](http://www.juris.de) als auch über [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)) sinngemäß anwendbar und führen im Ergebnis zu der Bewertung, dass die Beigeladene zu 1. der Klägerin gegenüber sowohl nach krankensicherungsrechtlichen als auch nach rentenversicherungsrechtlichen Anspruchsgrundlagen leistungs verpflichtet ist. Dies ergibt sich insgesamt aus folgenden rechtlichen Bewertungen:

Zuständiger Rehabilitationsträger 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, RdNr. 14). [§ 14 SGB IX](#) sieht im Grundsatz lediglich zwei Zuständigkeiten vor, die des erstangegangenen oder die, 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, RdNr. 15; offengelassen noch von: BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 36 unter Bezugnahme auf BSG, 4. Senat, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 4 R 19/06 R](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 32), wie die Beklagte im Verfahren mehrfach angedeutet hat, indem sie von einer formellen und einer inhaltlichen Zuständigkeit ausgeht. Aus demselben Grund kann es auch nicht darauf ankommen, ob die Weiterleitung sachlich zutreffend – oder wie im vorliegenden Fall – sachlich unberechtigt war.

Soweit die Beklagte unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 24. Januar 2013 ([B 3 KR 5/12 R](#)) mit Schriftsatz vom 3. April 2013 meint, nach den in der genannten Entscheidung enthaltenen Darlegungen sei die Krankenkasse regelmäßig bereits dann erstangegangener Träger, wenn eine Hörgeräteversorgung vor einer Antragstellung bei der Rentenversicherung bereits beim Hörgeräteakustiker geprüft und erbracht werde, so dass diese im Hinblick auf die möglicherweise ins Teilhaberecht hineinreichenden berufsspezifischen Bedarfslagen zur umfassenden Prüfung des Antrags und gegebenenfalls zu dessen Weiterleitung verpflichtet sei, wenn sich über die Grundversorgung im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hinaus besondere berufsbedingte Bedarfslagen ergeben könnten, ist diese Behauptung unzutreffend. Es ist nicht ersichtlich, aus welchen Äußerungen des BSG die Beklagte diesen Einwand herleitet, zumal die vollständigen Urteilsgründe der Entscheidung des BSG vom 24. Januar 2013 ([B 3 KR 5/12 R](#)) bis dato nicht vorliegen und in der Pressemitteilung zu dieser Entscheidung (Ziffer 3. zum BSG-Terminbericht Nr. 1/13) lediglich ausgeführt ist, "der Senat kann offen lassen, ob die maßgebliche Antragstellung im Sinne des [§ 14 SGB IX](#) durch Übergabe der kassenärztlichen Hörgeräteverordnung an den Hörgeräteakustiker oder durch dessen Versorgungsanzeige bei der Krankenkasse erfolgt ist". Eine Abweichung von einer Entscheidung des BSG, wie die Beklagte unterstellt, liegt damit nicht vor, wenn das Gericht an seine bisherige Rechtsprechung (vgl. dazu ausführlich bereits: Sächsisches LSG, Urteil vom 7. Februar 2012 - [L 5 R 488/11](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 24; Sächsisches LSG, Urteil vom 7. Februar 2012 - [L 5 R 286/11](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 19; Sächsisches LSG, Urteil vom 4. Oktober 2011 - [L 5 R 132/11](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 23; Sächsisches LSG, Urteil vom 23. August 2011 - [L 5 R 766/10](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 23; Sächsisches LSG, Urteil vom 19. April 2011 - [L 5 R 48/08](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 21) anknüpft, wonach in der Übergabe der ohrenärztlichen Verordnung des Versicherten an den Hörgeräteakustiker in der Regel keine Antragstellung bei der beigeladenen Krankenkasse zu erblicken ist. Der Hörgeräteakustiker ist als von der Krankenkasse 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 (zustimmend bspw.: Gutzler, ZFSH SGB 2013, 13, 18). 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 den sogenannten "Verträgen zur Komplettversorgung mit Hörsystemen" (vgl. dazu zutreffend: LSG Berlin/Brandenburg, Urteil vom 25. November 2010 - [L 31 R 37/10](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 30).

Entscheidungserheblich ist diese - vom BSG offen gelassene - Frage im vorliegenden Rechtsstreit nicht, weil das Gericht ohnehin von der Leistungsverpflichtung der Beigeladenen zu 1. - infolge der aufgedrängten Zuständigkeit durch die fristgerechte Antragsweiterleitung der Beklagten - ausgeht. Mögliche künftige Erstattungsstreitigkeiten der Leistungsträger untereinander hat das Gericht vorliegend nicht zu klären. Inwieweit sich möglicherweise künftig, unter Berücksichtigung des vom BSG angeführten Arguments, derjenige Leistungsträger, der sich der Antragsentgegennahme entzieht, kann sich nicht darauf berufen, es sei bei ihm kein Antrag gestellt worden, eine andere Bewertung ergeben könnte, bleibt daher ausdrücklich offen, weil die Beantwortung der Zuständigkeitsfrage im vorliegenden Fall davon nicht abhängt.

2. Der Anspruch der Klägerin ergibt sich, nachdem sie sich die begehrten Hörgeräte selbst beschafft hat, aus [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#), weil die Beigeladene zu 1., wegen der fristgerechten Weiterleitung, als 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, RdNr. 12). Oder sie ist über [§ 13 Abs. 3 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, RdNr. 21 und 22 unter Bezugnahme auf BSG, 1. Senat, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 36/06 R](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 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.

Die Leistungsablehnung durch die Beigeladene zu 1. ist im vorliegenden Fall darin zu erblicken, dass sie sich mit Schreiben vom 4. Oktober 2010 nur zur Übernahme der Festbeträge bereit erklärte und das weitergehende Versorgungsbegehren gänzlich ignorierte und damit inhaltlich ablehnte, wie sie selbst im Schriftsatz vom 18. September 2012 ausführte.

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, RdNr. 16; BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 30; BSG, 1. Senat, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 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, RdNr. 16; BSG, 13. Senat, Urteil vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 30; BSG, 1. Senat, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 34/06 R](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 24 ff.). Selbiges gilt in dem hier vorliegenden umgekehrten Fall: Ist der Träger, an den der Antrag fristgerecht weitergeleitet wurde, für eine Leistung der beantragten Art 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.

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 deshalb nicht zur Verpflichtung führen könne, gänzlich zuständigkeitfremde 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, RdNr. 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, RdNr. 38; im Ergebnis ebenso: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 16 und 22: "der Anspruch ist an Hand aller Rechtsgrundlagen zu prüfen, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation vorgesehen sind"). Selbiges gilt in dem hier vorliegenden umgekehrten Fall.

3. Die Klägerin hat gegenüber der beigeladenen Krankenkasse zu 1. einen Anspruch auf Versorgung mit höherwertigen Hörgeräten und - nach deren Beschaffung infolge rechtswidriger Leistungsablehnung - auf Erstattung der Kosten, weil sie hauptsächlich wegen ihrer speziellen Berufsausübung als Lehrerin für Englisch und Geschichte an einer Mittelschule auf das Tragen von Hörgeräten mit sechskanaligem Frequenz- und Dynamikverstärker, Lärmmanagement und Richtwirkung (wie sie die konkret der Klägerin angepassten und

von ihr am 19. Mai 2011 erworbenen Geräte der Marke P A Smart III aufweisen) angewiesen ist.

Die dabei 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 nach der 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 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, RdNr. 15). Hauptsächlich oder gar 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, RdNr. 16-17; im Grundsatz ebenso wohl auch: BSG, 5. Senat, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - JURIS-Dokument, RdNr. 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, RdNr. 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 nach den im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen, insbesondere wegen der eingeholten Anpassungsunterlagen und der ergänzenden Auskunft der Firma Hörgeräte Dr. E von September 2012 sowie auf Grund des bei Hörgerätekustikmeister Dippe und Dipl.-Med. H eingeholten Gutachtens auf otologischem und hörgeräteakustischem Fachgebiet vom 22. Januar 2013 fest, dass höherwertige Hörgeräte hauptsächlich zum Ausgleich einer Behinderung für die bestimmte bzw. die spezielle Berufsausübung der Klägerin erforderlich sind und nicht generell für die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit oder für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben notwendig sind. Für den Alltag, das Privatleben und die Freizeitgestaltung sowie für Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt kann die Klägerin mit mehrkanaligen Festbetragsgeräten ausreichend und zweckmäßig versorgt werden. Die otoakustischen Messungen, insbesondere im Einsilbertest, zeigten bei der Klägerin bei allen gestesteten Geräten, also auch bei den Festbetragsgeräten (P M SP und W B B1), nahezu gleich gute Ergebnisse im Freifeld (85 Prozent bis 90 Prozent), so dass auch mit diesen Geräten eine ausreichende Frequenz- und Dynamikanpassung erfolgen kann. Im Alltag sie daher mit einer zuzahlungsfreien Variante von Hörgeräten ausreichend versorgt, um ein weitgehend behinderungsfreies Leben führen zu können. Der bessere Klang durch den Ex-Hörer und die Sound-Recover-Technik des konkreten Gerätes haben neben anderen Funktionen für die Klägerin nur zusätzlichen und insoweit auch erforderlichen Nutzen in der beruflichen Umgebung und für die konkrete berufliche Tätigkeit. Die konkreten Bedingungen ihrer Berufsausübung wurden bereits mehrfach im Verfahren benannt und bedingen die Zusatzfunktionen der konkret angeschafften Geräte. Es handelt sich um folgende Determinanten: - Klassenstärke von ca. 25 Schülern, größtenteils mit Migrationshintergrund, - hallige Klassenräume in einem Plattenbau mit ungünstiger Akustik, - Fremdsprachenunterricht mit sehr viel mündlicher Kommunikation, - Stimmengewirr im Unterricht, - Kommunikation unter Nebengeräuschen durch schulisch bedingte Vorführtchnik (Projektor), - Kommunikation unter anderen berufsspezifischen bzw. beruflich bedingten Nebengeräuschen (offene Fenster, Durcheinanderreden, Kinderlärm, Pausenlärm, etc.), - Arbeiten mit CD's unter realistischen Lebenssituationen in englischer Sprache, - weitere hohe spezifische Kommunikationsanforderungen im konkreten Beruf (Bewertung mündlicher Prüfungsleistungen).

Über die zur Gewährleistung dieser speziellen Kommunikation erforderliche Ausstattung verfügen weder die Festbetragsgeräte, noch die preiswerteren Überfestbetragsgeräte. Vor diesem Hintergrund kam der gerichtlich als Sachverständige herangezogene Hörgerätekustikmeister Dippe in seinem Gutachten vom 22. Januar 2013, welches er in Kooperation mit Dipl.-Med. H erstellte, nachvollziehbar zu dem Ergebnis, dass die beschriebenen beruflichen akustischen Bedingungen die höherwertigen Hörgeräte vom Typ P A Smart III rechtfertigen und andere berufliche Tätigkeiten den von den Zusatzfunktionen dieser Geräte ausgehenden Nutzen nicht erfordern. Einmal mehr wird damit deutlich, dass die spezifischen Besonderheiten des konkreten Einzelfalles die Entscheidung bestimmen.

4. Ergänzend ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass zwar nicht feststeht, ob im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung (19. Mai 2011) wesentlich preiswertere Geräte auf dem Markt zur Verfügung standen, die einen vergleichbaren beruflichen 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 [§ 16 SGB VI](#) in Verbindung mit [§ 33 Abs. 8 Satz 1 Nr. 4 SGB IX](#) folgende Anspruch der Klägerin auf Versorgung mit digitalen Mehrkanalhörgeräten mit Frequenz- und Dynamikverstärker, Lärmmanagement, Rückkopplungsmanagement und Richtcharakteristik durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#). Nach dieser Vorschrift bestimmt der Träger (der Rentenversicherung) im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze

der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit unter anderem auch Art und Umfang der Leistungen zur Teilhabe. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte daher nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Leistungsträger nicht bewilligen. Demzufolge verpflichtet [§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) nicht dazu, den Versicherten jede gewünschte, von ihnen für optimal gehaltene Teilhabeleistung zur Verfügung zu stellen. Ausgeschlossen sind danach Ansprüche auf teure Hilfsmittel, wenn eine kostengünstigere Versorgung für den angestrebten beruflichen Nachteilsausgleich funktionell ebenfalls geeignet ist.

Im Fall der Klägerin ist unter Berücksichtigung dieser Maßgaben festzustellen, dass sie bei einem von der Beigeladenen zu 1. als Krankenkasse zugelassenen Hörgeräteakustiker mehrere Hörgeräte, darunter zwei Hörgeräte (Modelle "P M SP" und "W B B1") zum Festbetrag, getestet und anpassen lassen hat. Für sie lagen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Anpassung unsachgemäß erfolgte oder gar überteuerte bzw. luxuriöse Geräte angepasst worden sind. Vielmehr handelte es sich bei den ausgewählten Geräten der Marke "P A SMART III" um solche im mittleren Preissegment. Noch teurere, mit noch mehr Kanälen ausgestattete Hörgeräte wurden aus Kostengründen gerade nicht angeschafft. Die weiteren getesteten preiswerteren "Überfestbetragsgeräte" (Modelle "Audio Service A D ..." und "O H ...") weisen die erforderliche Ausstattung, die die Klägerin zum Ausgleich ihres berufsbedingten Versorgungsbedarfs benötigt, nicht auf, wie sich aus dem bei Hörgerätekustikmeister Dippe eingeholten Gutachten auf otologischem und hörgeräteakustischem Fachgebiet vom 22. Januar 2013 ergibt. 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 zu 1. der Klägerin im Sinne der Wirtschaftlichkeit im Ansatz Vorschläge unterbreitet haben, denen sie hätte nachgehen können, um eine preiswertere Hörgeräteversorgung mit gleichadäquaten Ergebnissen erreichen zu können. Keiner der potentiellen Leistungsträger stand ihr beratend zur Seite, vielmehr hat jeder von ihnen von vornherein seine Verantwortung auf den jeweils anderen Leistungsträger abzuwälzen versucht und die Versicherte im Ergebnis ohne konkrete Hinweise gelassen. Selbst im gerichtlichen Verfahren und nach Durchführung der erforderlichen Ermittlungen wurde der Zuständigkeitsstreit einseitig und mit Vehemenz nach wie vor ausschließlich "auf dem Rücken" der Klägerin ausgetragen.

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

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

Jacobi Dr. Schnell Schuler  
Rechtskraft  
Aus  
Login  
FSS  
Saved  
2013-05-30