

L 9 KR 1021/05

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Neuruppin (BRB)
Aktenzeichen
S 9 KR 69/03
Datum
23.05.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 1021/05
Datum
16.04.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

[§ 13 Abs. 3 SGB V](#) und [§ 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#) decken sich in ihren tatbestandlichen Voraussetzungen und setzen insbesondere voraus, dass die Beschaffung der Leistung kausal zurück geht auf eine Ablehnung der Leistungserbringung durch den Leistungsträger.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 23. Mai 2005 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Kosten des Verfahrens sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Erstattung von 1.314,22 Euro für eine über den Festbetrag hinausgehende Versorgung mit Hörgeräten.

Der 1979 geborene Kläger leidet seit seiner Geburt an einer an Taubheit grenzenden Innenohrschwerhörigkeit beider Ohren. Seit seinem 4. Lebensjahr ist er mit Hörgeräten versorgt.

Vom 8. September 1997 bis zum 27. Februar 2001 absolvierte der Kläger beim B eine Berufsausbildung zum Gas- und Wasserinstallateur. In der Folgezeit bezog er Arbeitslosengeld und – bis zum 30. November 2002 – Arbeitslosenhilfe. Seit dem 1. Dezember 2002 steht er in einem Arbeitsverhältnis bei der Firma N mit einem Bruttoverdienst von etwa 1.000,00 Euro monatlich.

Der HNO-Arzt Dr. H verordnete dem Kläger am 22. August 2002 neue Hörgeräte für beide Ohren, weil die bislang getragenen Geräte "älter als 6 Jahre" waren. Dabei nutzte er den üblichen Vordruck (Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe), der auf der Rückseite zunächst den "Hinweis für den Versicherten" enthielt, dass die Krankenkassen die Kosten für Hörgeräte nur bis zu einem Festbetrag übernehmen und der Versicherte sich dort zunächst beraten lassen solle. Darunter sah ein weiteres Formularfeld den Kostenvoranschlag des Hörgeräteakustikers vor, darunter wiederum war eine "ärztliche Bescheinigung" vorgesehen, wonach der verordnende Arzt sich von einer ausreichenden Hörverbesserung überzeugt habe und das vom Hörgeräteakustiker vorgeschlagene Gerät zweckmäßig sei. Darunter schließlich befand sich ein Formularfeld, in dem die Krankenkasse die Höhe ihrer Leistung bescheinigen konnte.

Am 4. September 2002 wandte der Kläger sich an die Beklagte und überreichte die Verordnung vom 22. August 2002 sowie einen Kostenvoranschlag der K Hörgeräte in O (bereits) vom 20. August 2002 über Hörgeräte der Marke Oticon Digifocus Compact II Power Gr. 3; als von der Krankenkasse zu tragender Festbetrag war darin die Summe von 887,20 Euro ausgewiesen, als Eigenanteil ein Betrag von 3.475,64 Euro. Der Kläger erklärte gegenüber der Beklagten, hochgradig schwerhörig zu sein und sehr leistungsstarke Hörgeräte zu benötigen, um eine "Teilhabe am Leben" zu ermöglichen. Die zum Festpreis angebotenen Hörgeräte seien für ihn nicht leistungsstark genug. Er bitte um Übernahme der Gesamtkosten entsprechend leistungsstarker Hörgeräte. Mit Bescheid vom 6. September 2002 bewilligte die Beklagte eine Kostenübernahme in Höhe von 887,20 Euro, bezogen auf die Hörgeräte der Marke Oticon Digifocus Compact II Power Gr. 3. Es sei verständlich, dass der Kläger diese Hörgeräte nutzen wolle. Hinsichtlich der Versorgung mit Hörgeräten sei jedoch zwischen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker Mainz und der AOK für das Land Brandenburg sowie den Landesverbänden anderer Krankenkassen ein Vertrag nach [§ 127 SGB V](#) geschlossen worden, wonach gemeinsam und einheitlich Festbeträge für die Versorgung mit Hörhilfen festgelegt worden seien; diese beliefen sich hier auf 887,20 Euro. Darüber hinaus könnten Kosten nicht übernommen werden. Mit seinem hiergegen erhobenen Widerspruch machte der Kläger erneut geltend, hochgradig schwerhörig zu sein und deshalb besonders leistungsstarke Hörgeräte zu benötigen; er bitte als Bezieher von Arbeitslosenhilfe um Härtefallregelung und Einzelfallentscheidung.

Im Dezember 2002 ließ der Kläger sich von der Firma K Hörgeräte der Marke Oticon Sumo Compact anpassen (Gesamtpreis: 2.201,42 Euro).

Bestellung durch den Kläger, Lieferung und Abnahme erfolgten ebenfalls im Dezember 2002. Aus Kulanzgründen stellte die Firma K Hörgeräte dem Kläger erst am 22. August 2003 den Eigenanteil von 1.314,22 Euro in Rechnung, den er beglich.

Der Hörgeräteakustiker S der Firma K vermerkte am 19. Februar 2003 in Zusammenhang mit einem Hörprotokoll, mit den bezeichneten Hörgeräten könne im Vergleich zu anderen aktuellen Powergeräten die deutlichste Hörverbesserung erzielt werden. Während der praktischen Erprobung habe der Kläger mit diesen Geräten den besten Hörerfolg erzielt. Die Anpassung dieser Geräte sei deshalb für den Kläger keine Luxusversorgung. Sie sei aus audiologischer und medizinischer Sicht wichtig und erforderlich.

Am 20. März 2003 erklärte der HNO-Arzt Dr. H auf der formularmäßig gestalteten Rückseite seiner Verordnung vom 22. August 2002 durch Unterschrift und Stempel, sich davon überzeugt zu haben, dass durch die ausgewählten Hörgeräte eine ausreichende Hörverbesserung erzielt werde, die Geräte seien zweckmäßig.

Am 10. April 2003 reichte der Kläger den Bericht des Hörgeräteakustikers nebst Kostenvoranschlag für die im Dezember 2002 beschafften Geräte der Marke Oticon Sumo Compact (erstmals) bei der Beklagten ein und bat um vollständige Erstattung.

Mit Bescheid vom 23. Mai 2003 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen die Übernahme von nur 887,20 Euro zurück und führte zur Begründung im Wesentlichen aus: Zwar umfasse die Krankenbehandlung u. a. auch die Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich seien, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen. Sei allerdings für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach [§ 36 SGB V](#) festgesetzt worden, so trage die Krankenkasse die Kosten nur bis zur Höhe dieses Betrages. Beim Kläger bestehe eine an Taubheit grenzende Innenohrschwerhörigkeit, weshalb die Indikation für eine Versorgung mit Hörgeräten gegeben sei. Durch den Hörgeräteakustiker sei die Anpassung von mehreren Hörgeräten der Festbetragsgruppe 3 erfolgt. Die Erprobung habe nach mehreren Monaten erfolgreich abgeschlossen werden können. Von daher entspreche die Übernahme der Hörgeräte der Festbetragsgruppe 3 dem Maß des Notwendigen. Eine weitere Kostenübernahme sei ausgeschlossen.

Mit der am 19. Juni 2003 erhobenen Klage verfolgt der Kläger sein Begehren weiter. Er meint, die von der Beklagten einheitlich festzulegenden Festbeträge entsprächen nicht den Anforderungen des vom Gesetzgeber vorausgesetzten Sachleistungsprinzips. Er müsse sich grundsätzlich nicht mit Teilkostenerstattungen zufrieden geben. Im Hilfsmittelsektor müsse die Versorgung mit ausreichenden, zweckmäßigen und in der Qualität gesicherten Hilfsmitteln als Sachleistungen gewährleistet sein. Die praktische Erprobung habe ergeben, dass er mit den Sumo-Geräten den besten Hörerfolg habe. Die Anpassung dieser Geräte sei daher keine Luxusversorgung. Der festgesetzte Höchstbetrag sei mit dem Sachleistungsprinzip nicht vereinbar. Der für ihn geltende Festbetrag der Gruppe 3 in Höhe von 887,20 Euro sei unter keinen Umständen und über keinen Anbieter geeignet, eine technisch ausreichende Hörgeräteversorgung zu gewährleisten. Der Hörgeräteakustiker habe das Gerät mit dem besten Hörerfolg ausgewählt; damit stehe fest, dass andere Geräte für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreichend seien. Notwendig sei nämlich eine Versorgung, die im Verhältnis des erkrankten hilfsmittelbedürftigen Menschen zu einem gesunden Menschen ein gleiches Hörempfinden ermögliche, soweit dies mit den ihm zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln technisch überhaupt möglich sei.

Mit Urteil vom 23. Mai 2005 hat das Sozialgericht Neuruppin der Klage stattgegeben, den Bescheid der Beklagten vom 6. September 2002 und den Widerspruchsbescheid vom 23. Mai 2003 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, für die Versorgung mit Hörgeräten weitere 1.314,22 Euro an den Kläger zu zahlen. Zur Begründung hat das Sozialgericht im Wesentlichen ausgeführt: Die Klage sei begründet. Der Kläger habe gegen die beklagte Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Hörgeräte über die erstatteten 887,20 Euro hinaus. Dieser Anspruch ergebe sich allerdings nicht aus [§§ 13](#) und [33 SGB V](#). Ein Anspruch auf Kostenerstattung über den Festbetrag hinaus bestehe nicht. Mit Allgemeinverfügung vom 25. März 1997, die im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde, hätten die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen im Lande Brandenburg Festbeträge für Hörhilfen festgesetzt. Für die beiden vom Kläger erworbenen Hörgeräte habe die Beklagte den jeweils höchsten Festbetrag von insgesamt 887,20 Euro festgesetzt. Damit habe sie ihre Leistungsverpflichtung erfüllt. Der Anspruch des Klägers auf Erstattung der über die von der Beklagten gezahlten Festbeträge hinaus gehenden Kosten ergebe sich jedoch aus den Regelungen des SGB IX. Hierfür sei die Beklagte auch zuständig gewesen, weil sie den Antrag des Klägers nicht innerhalb der notwendigen Fristen an einen anderen Rehabilitationsträger ganz oder teilweise weitergeleitet habe. Die Pflicht zur Weiterleitung eines Antrages bestehe nicht nur dann, wenn sich aus dem "eigenen" Leistungsgesetz des zuerst angegangenen Leistungsträgers kein Anspruch ergebe, sondern auch dann, wenn der zuerst angegangene Leistungsträger die beantragte Leistung nach "seinem" Leistungsgesetz nur teilweise gewähren könne, aber der Rest der beantragten Leistungen – wie hier – von einem anderen Leistungsträger zu gewähren sei. Die Weiterleitungspflicht bestehe sogar dann, wenn der leistende Rehabilitationsträger über den Antrag hinaus weitere Leistungen zur Teilnahme für erforderlich halte, für die er selbst nicht Träger sein könne. Weil sie den Antrag nicht innerhalb der vorgesehenen Fristen an einen anderen Rehabilitationsträger weitergeleitet habe, sei die Beklagte verpflichtet gewesen, den Rehabilitationsbedarf unverzüglich nach allen in Frage kommenden Anspruchsgrundlagen festzustellen. Insbesondere habe sie sich nicht auf die Prüfung des Krankenversicherungsrechts beschränken und den Antrag im Übrigen abweisen dürfen. Der Kläger erfülle die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, weil seine Erwerbsfähigkeit wegen körperlicher Behinderung erheblich gemindert sei und seine Erwerbsfähigkeit durch die Hörgeräte als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wesentlich gebessert werden könne. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für solche Leistungen seien erfüllt, weil er in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung im September 2002 mindestens sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Tätigkeit aufweisen könne. Die vom Kläger konkret gewählten Hörgeräte seien auch medizinisch erforderlich. Dies entnehme das Gericht dem ausführlichen und nachvollziehbaren Anpassungsbericht des Hörgeräteakustikers S vom 19. Februar 2003. Auch die Beklagte habe nicht ansatzweise dargelegt, warum der hochgradig schwerhörige Kläger mit einem Gerät, das kein bestmögliches Hörverstehen herbeiführe, schon ausreichend versorgt sein solle, oder mit welchem nicht getesteten Gerät ein gleichwertiges Hörverstehen erreicht werden könne. Ein Hörgerät stelle jedenfalls solange keine Überversorgung dar, als es maximal erreiche, dass das Hörvermögen seines Trägers in den wichtigsten Situationen des alltäglichen Lebens dem Hörvermögen eines gesunden Menschen annähernd entspreche. Nach dem Eindruck der Kammer aus der mündlichen Verhandlung sei das Hörvermögen des Klägers auch mit Ausgleich durch die gewählten Hörgeräte merklich geringer als das Hörvermögen eines gesunden Menschen.

Gegen das ihr am 14. Juni 2005 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 14. Juli 2007 Berufung eingelegt, zu deren Begründung sie im Wesentlichen vorbringt: Zutreffend habe das Sozialgericht festgestellt, dass der Leistungsanspruch des Klägers auf eine Hörgeräteversorgung nach [§ 33 SGB V](#) auf die Höhe der geltenden Festbeträge beschränkt sei. Die Annahme des Sozialgerichts, dass der

Antrag des Klägers an die Beigeladene zu 1) hätte weitergeleitet werden müssen, sei jedoch zu beanstanden. Für die beantragte Hilfsmittelversorgung des Klägers sei die Krankenkasse der zuständige Sozialleistungsträger. Über den Anspruch des Klägers sei abschließend entschieden worden. Für die Anwendung von [§ 14 SGB IX](#) bleibe daher kein Raum. Es sei auch nicht ersichtlich gewesen, dass gegebenenfalls eine Leistungspflicht der Beigeladenen zu 1) in Betracht komme. Hier habe eine Hörbehinderung in medizinischer Hinsicht beseitigt werden sollen, was nicht in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Rentenversicherung falle. Im Übrigen hätte der Kläger sich das Hörgerät nur unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beschaffen dürfen. Die Wirtschaftlichkeit einer Hörgeräteversorgung sei aber gerade mit den Festbeträgen festgelegt. Selbst wenn allerdings die Beigeladene zu 1) nach den Ausführungen des Sozialgerichts leistungspflichtig gewesen wäre, so bleibe für eine Verurteilung der Beklagten kein Raum. Vielmehr hätte das Sozialgericht die Beigeladene zu 1) direkt zur Zahlung an den Kläger verurteilen müssen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 23. Mai 2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Soweit die Beklagte vorbringe, für sie sei nicht erkennbar gewesen, dass gegebenenfalls eine Leistungspflicht der Beigeladenen zu 1) in Betracht komme, so sei dies unrichtig. Der Sachverhalt, welcher einen Anspruch des Klägers begründe, sei der Beklagten in vollem Umfang bekannt gewesen. Auch habe die Hörbehinderung nicht nur aus medizinischer Überlegung heraus beseitigt werden sollen, sondern um alle Behinderungen, die sich aus der Taubheit ergäben, zu mindern bzw. auszugleichen. Ein Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 15 SGB IX](#) sei nicht durch die Festbetragsgrenzen des [§ 36 SGB V](#) eingeschränkt. Dem Vorwurf, er würde mehr Kosten verursachen, weil er besonderes aufwendige Hörgeräte ausgewählt habe, sei entschieden entgegenzutreten. Die Festbetragsgrenzen seien vorliegend nicht ausreichend, um auf dem Hörgerätemarkt eine geeignete Versorgung sicherzustellen.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 23. Mai 2005 ist zulässig und begründet. Zu Unrecht hat das Sozialgericht die Beklagte zur Erstattung von 1.314,22 Euro für die über den Festbetrag hinausgehende Versorgung des Klägers mit Hörgeräten verurteilt.

Der Kläger hat keinen Erstattungsanspruch in Höhe von 1.314,22 Euro, und zwar weder nach [§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch \(SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung\)](#), noch nach [§ 15 Abs. 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch \(SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen\)](#). Beide Vorschriften machen die Erstattung von Kosten (Aufwendungen) für eine selbst beschaffte Leistung in einem Fall wie dem vorliegenden in dem es schon wegen der langjährigen dauerhaften Erkrankung des Klägers nicht um eine aufschiebbare, nicht rechtzeitig erbrachte Leistung geht, übereinstimmend davon abhängig, dass der zur Leistung verpflichtete Träger eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Welche dieser Bestimmungen hier letztlich einschlägig ist, bedarf keiner Entscheidung. Denn beide Bestimmungen decken sich in ihren tatbestandlichen Voraussetzungen (vgl. hierzu schon Urteil des 9. Senats des Landessozialgerichts Berlin vom 19. Mai 2004, [L 9 KR 51/03](#), zitiert nach juris) und setzen insbesondere voraus, dass die Beschaffung der Leistung kausal zurück geht auf eine Ablehnung der Leistungserbringung durch den Leistungsträger. Angesichts der im Tatbestand wiedergegebenen Chronologie fehlt es daran im vorliegenden Fall.

Der konkrete Ablauf zeichnet sich hier dadurch aus, dass der Kläger sich die Hörgeräte der Marke Oticon Sumo Compact zu einem Gesamtpreis von 2.201,42 Euro im Dezember 2002 beschaffte; erst am 20. März 2003 vervollständigte der behandelnde HNO-Arzt seine Verordnung, und am 10. April 2003 reichte der Kläger erstmals einen Antrag auf Kostenerstattung für die beschafften Hörgeräte bei der Beklagten ein; diese war bislang nur mit einem Antrag für die Hörgeräte der Marke Oticon Digifocus Compact II Power Gr. 3 befasst gewesen, der sich inzwischen erledigt hatte, und wusste nichts von der Beschaffung der anderweitigen Geräte.

Diese vom Kläger zu vertretende Reihenfolge der Ereignisse läuft dem Institut der Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) bzw. [§ 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#) zuwider: Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. nur Urteil vom 2. November 2007, [B 1 KR 14/07 R](#), zitiert nach juris) scheidet der Erstattungsanspruch aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne zuvor den Leistungsträger einzuschalten und seine Entscheidung abzuwarten. Der Erstattungsanspruch besteht nämlich für den Ausnahmefall, dass eine vom Leistungsträger geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Erstattungsvorschriften muss zwischen dem die Haftung des Leistungsträgers begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn der Leistungsträger - wie hier - vor Beschaffung des konkreten Hilfsmittels mit dem auf eben dieses Hilfsmittel bezogenen Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre. Die Erstattungsvorschriften wollen dem Versicherten nämlich einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine vom Leistungsträger geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern des Leistungsträgers. Nur er hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den zu beanspruchenden Leistungen gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden

Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht. Sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Beschaffungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt. Es ist deshalb weder unzumutbar noch bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art eines zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass der Leistungsträger zuvor Gelegenheit hatte, über seine Leistungspflicht im Hinblick auf das konkrete Hilfsmittel zu entscheiden.

Diesen Weg hat der Kläger nicht eingehalten, indem er die Hörgeräte beschaffte und erst im Nachhinein die ärztliche Verordnung hinreichend konkretisieren ließ bzw. die Beklagte mit dem Erstattungsersuchen konfrontierte. Dass er bei der Beklagten vorab schon im September 2002 einen Kostenvoranschlag für Hörgeräte eingereicht hatte, ist dabei unerheblich, denn dieser bezog sich auf wesentlich teurere Geräte der Marke Oticon Digifocus Compact II Power Gr. 3. Nur auf dieses konkrete Hilfsmittel bezogen sich auch der Bescheid vom 6. September 2002 und das hierauf in Gang gesetzte Widerspruchsverfahren.

Der Kläger hätte mithin vor der Beschaffung der Hörgeräte der Marke Oticon Sumo Compact an die Beklagte herantreten müssen, um dieser die Gelegenheit zu geben zu prüfen – unter Zuhilfenahme des MDK, eines Sachverständigen oder eigener Sachkunde –, ob der für das Hilfsmittel festgesetzte Festbetrag für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv ausreicht (grundlegend: obiter dictum im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 17. Dezember 2002, [1 BvL 28/95](#), 29/95 und 30/95, Rdnr. 138 bis 141; dem folgend die Instanzgerichte, vgl. etwa Bundessozialgericht, Urteil vom 23. Januar 2003, [B 3 KR 7/02 R](#), Rdnr. 19; Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 15. Juni 2005, [L 4 KR 147/03](#), Rdnr. 27 ff.; SG Lübeck, Urteil vom 1. Juni 2006, [S 3 KR 201/05](#), Rdnr. 25; zitiert jeweils nach juris). Weil der Kläger den so beschriebenen Weg nicht eingehalten, sich die Hörgeräte vielmehr übereilt selbst besorgt hat, kommt die begehrte Kostenerstattung nicht in Betracht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-05-27