

L 31 R 37/10

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
31
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 32 R 5964/06 Berlin
Datum
30.11.2009
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 31 R 37/10
Datum
25.11.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Übermittlung der Versorgungsanzeige durch den Hörgeräteakustiker an die Krankenkasse ist ein Antrag des Versicherten auf Gewährung eines Hörgerätes auch über den - später geleisteten - Festbetrag hinaus.
Die Berufung der Beigeladenen gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 30. November 2009 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass auf die Klage der Bescheid der Beklagten vom 03. August 2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 22. November 2006 aufgehoben wird. Die Beigeladene trägt auch die notwendigen außer-gerichtlichen Kosten der Klägerin des Berufungsverfahrens. Im Übrigen haben die Beteiligten einander Kosten nicht zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Kosten für ein Hörgerät über den von der beigeladenen Krankenkasse geleisteten Festbetrag hinaus.

Die 1965 geborene Klägerin ist seit ihrem 20. Lebensjahr schwerhörig; sie leidet an einer progredienten hochgradigen Innenohrschwerhörigkeit rechts, an einer mittelgradigen Innenohrschwerhörigkeit links sowie an einem beidseitigen Tinnitus. Die Klägerin ist Diplom-Pflegewirtin und beruflich seit dem 01. Mai 2006 als Qualitätsmanagementbeauftragte der AWO I-Geriatriezentrum N gGmbH tätig. Nach einer von dem Arbeitgeber übersandten Stellenbeschreibung hat die Klägerin u. a. die Aufgabe, Arbeitsgruppen zu organisieren und Fortbildungen durchzuführen.

Am 09. Juni 2006 verordnete der die Klägerin behandelnde Arzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten Dr. Dr. T aufgrund der Diagnose einer beidseitigen Schallempfindungsschwerhörigkeit eine Hörhilfe links, die bisherige Hörhilfe sei zu alt. Für den 12. Juli 2006 findet sich im EDV System der Beigeladenen u. a. folgender - von ihr später mit Schriftsatz vom 28. Mai 2009 als "Genehmigung" bezeichneter - Eintrag:

"Hilfsmittel 12.07.2006 132003 Hörgerät li. Versorgungspauschale, bewilligt".

An anderer Stelle ist dort ausgeführt, dass Lieferant Herr AM. S, D H Studio, B sei, und dass nach Preisprüfung am 12. Juli 2006 der Versorgungspauschale von 655,00 EUR zugestimmt worden sei, als "endgültiger Status" ist notiert: "bewilligt". Die Summe setzt sich ausweislich des Kostenvoranschlages des Hörgeräteakustikers S vom 27. September 2006 zusammen aus 421,00 EUR für den Festbetrag, 35,- EUR für eine Otoplastik und 209,00 EUR für eine Reparaturpauschale abzüglich einer Zuzahlung nach § 60 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) in Höhe von 10,00 EUR. Die Beigeladene äußerte sich im Erörterungstermin vom 29. September 2010 dahin, dass ihr bewilligender Vermerk vom 12. Juli 2006 nur aufgrund der durch den Hörgeräteakustiker zu erbringenden Versorgungsanzeige hin erfolgt sein könne. Weitere Einzelheiten konnten diesbezüglich nicht festgestellt werden. Irgendeine Äußerung der Beigeladenen gegenüber der Klägerin erfolgte nicht.

Mit Eingang am 25. Juli 2006 wandte sich die Klägerin an die Beklagte als Rentenversicherungsträger und begehrte die Übernahme von Kosten für ein hochwertiges Hörgerät. Zur Begründung führte sie aus, seit neun Jahren im Qualitätsmanagement in der Alten- und Krankenpflege zu arbeiten. Ein Schwerpunkt ihrer Aufgaben sei die Moderation von Arbeitsgruppen, in denen bis zu zehn Personen unterschiedliche Standpunkte, manchmal auch sehr lautstarke, austauschten. Darüber hinaus führe sie im Rahmen der Personalentwicklung häufig Schulungen und Seminare durch, hier seien bis zu 25 Personen anwesend. Hierfür benötige sie ein hochwertiges Hörgerät. Beigefügt waren die bereits genannte Stellenbeschreibung und eine Bestätigung ihres Arbeitgebers über die bei ihm ausgeübte Tätigkeit.

Die Beklagte befragte die beratende Ärztin Dr. W, die am 31. Juli 2006 mitteilte, dass wegen besonderer beruflicher Anforderungen kein über die Basisversorgung hinausgehendes höherwertiges Hörgerät erforderlich sei. Mit Bescheid vom 03. August 2006 lehnte die Beklagte die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben daraufhin ab. Denn die Voraussetzungen des § 10 Sozialgesetzbuch, Sechstes Buch, Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) lägen nicht vor. Ein höherwertiges Hörgeräte wegen besonderer beruflicher Anforderungen sei nicht erforderlich.

Die Klägerin erhob hiergegen Widerspruch, mit dem sie ausführte, dass sich das von ihr begehrte digitale Gerät automatisch an den Geräuschpegel anpasse, was für ihre berufliche Tätigkeit eine Grundvoraussetzung sei. Ohne eine angemessene Hörgeräteversorgung könne sie die Fortbildung der Mitarbeiter, die Moderation von Qualitätszirkeln und die Leitung von Arbeitsgruppen nicht mehr ausüben. Beigefügt war ein bestätigendes Schreiben ihres Arbeitgebers vom 12. September 2006. Dieser führte aus, dass auch die Befragung von Pflegeheimbewohnern zu den Aufgaben der Klägerin gehöre, die aufgrund ihrer Erkrankungen häufig schlecht zu verstehen seien, auch hierfür sei ein gutes Sprachverständnis zwingend notwendig. Mehr als 50 % der Arbeitszeit der Klägerin entfielen auf die Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen und die Moderation von Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln. Die hierzu erneut gehörte Beratende Ärztin Dr. W teilte mit Stellungnahme vom 28. September 2006 mit, dass keine erhöhte Anforderung an das Gehör vorliege und die Krankenkasse für den Behinderungsausgleich zuständig sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22. November 2006 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin daraufhin zurück. Ein Hilfsmittel sei nur dann als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des § 33 Abs. 8 Nr. 4 Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) anzusehen, wenn es ausschließlich zur Ausübung eines bestimmten Berufes oder zur Teilnahme an einer bestimmten beruflich vorbereitenden Maßnahme benötigt werde. Die Versorgung mit Hörhilfen gehöre grundsätzlich nicht zu den Leistungen der Deutschen Rentenversicherung im Sinne dieser Vorschrift. Eine Leistungsgewährung seitens der Deutschen Rentenversicherung Bund käme nur in Betracht, wenn die Hörhilfe - ggf. auch eine besondere Ausstattung - als höherwertige Hörgeräteversorgung über die Basisversorgung hinaus erforderlich sei, um den speziellen beruflichen Anforderungen gerecht zu werden. Dies sei nach ärztlicher Prüfung jedoch zu verneinen, weil die besondere Ausstattung im Falle der Klägerin nicht ausschließlich der Ausübung eines Berufes diene, der spezielle Anforderungen an das Hörvermögen stelle.

Im Abschlussbericht des Hörgeräteakustikers S vom 28. September 2006 ist ausgeführt, dass der Klägerin zwei geeignete zuzahlungsfreie Versorgungsvorschläge unterbreitet worden seien. Vorgenommen worden sei eine Versorgung des linken Ohres mit dem Gerät Savia 211 dSZ m. EasyPhone. Den Empfang des Hörgerätes bestätigte die Klägerin am 23. Oktober 2006. Mit Datum vom selben Tag stellte der Hörgeräteakustiker S der Klägerin für das Gerät abzüglich der "Krankenkassen-Anteile" einen verbleibenden Endbetrag von 1.956,90 EUR in Rechnung. Die Beigeladene bezahlte den von ihr bewilligten Betrag im November 2006.

Im Klageverfahren gegen die ablehnende Entscheidung der Beklagten hat das Sozialgericht Berlin durch Beschluss vom 30. Juli 2007 die Krankenkasse der Klägerin, die T K, zum Verfahren beigeladen. Die Beigeladene hat ein Gutachten des Dr. S für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vom 22. Februar 2008 beigebracht, der ausführte, dass die Notwendigkeit einer Hörhilfenversorgung außer Frage stehe. Aus dem tonaudiometrischen Hörschwellenverlauf lasse sich gut ableiten, dass eine mehrkanalig signalbearbeitende Hörhilfe gewählt werde, um die es sich bei der letztlich zur Anpassung gekommenen Savia 211 dSZ der Firma Phonak handele. Entsprechend könne die beantragte Versorgung begründet werden. Technisch sei das Produkt festbetragsfähig. Die Krankenkasse habe mit der Vergütung in Festbetragshöhe ihr Leistungssoll erfüllt. Der Nachweis, dass Hörhilfen bezogen auf den Ausgleich einer "konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreichen", sei praktisch nicht zu erbringen, da die Ermittlung des Sprachverständnisses im Freifeld wie im Störschall eine subjektive Testmethode und daher von der Compliance des zu versorgenden Patienten und subjektiven Störgrößen abhängig sei. Die im Falle der Klägerin erfolgte vergleichende Hörhilfen-Testung sei nicht als ausreichend aussagekräftig anzusehen, um zu belegen, dass keine geeignete Hörhilfe zum Festbetrag erhältlich gewesen sei. Daher könne nicht erkannt werden, wie eine festbetragsübersteigende Hörhilfenvergütung begründet werden könnte.

Das Gericht hat zur Aufklärung des Sachverhaltes ein Gutachten des Hörgeräteakustikers W, H GmbH, vom 03. Dezember 2008 eingeholt, der ausführte, dass die Klägerin nur mit der erfolgten Premiumversorgung in der Lage sei, ihr Arbeitsumfeld zu bewältigen. Die Anforderungen des akustischen Umfeldes seien für die Klägerin als Referentin von Qualitätsmanagementsystemen sehr hoch. Mit dem Hörsystem Savia 211 dAZ habe sich in der Diskrimination im Freifeld bei 65 dB (normale Lautstärke bei der Umgangssprache) ergeben, dass 95 % der Einsilber verstanden worden seien, die Normmessung bei 65 dB Freifeld und 60 dB Störgeräusch habe ein Verständnis von 70 % von Einsilbern ergeben. Die im Vergleich hierzu getestete Basisversorgung mit dem Basisgerät Go Compact habe bei 65 dB Freifeld ebenfalls 95 % Einsilber-Verständnis ergeben, die Normmessung bei 65 dB Freifeld und 60 dB Störgeräusch habe jedoch lediglich ein Verständnis von Einsilbern von 25 % ergeben. Im Störgeräusch sei die Verständigung gegenüber der Premiumversorgung daher um 45 % herabgesunken. Zu beachten sei im Falle der Klägerin insbesondere, dass es sich lediglich um eine monaurale (einseitige) Anpassung auf dem linken Ohr handele, da das rechte Ohr wegen eines zu hohen und asymmetrischen Hörverlustes gegenüber dem linken Ohr nicht versorgbar sei. Somit sei die Klägerin, was das Richtungshören und Verstehen im Störgeräusch betreffe, gegenüber einer binauralen (beidseitigen) Versorgung sehr im Nachteil, weil alle Schallereignisse auf das linke Ohr träfen und Nutzschall und Störschall sehr schwer voneinander getrennt werden könnten. Bei der Untersuchung und Analyse habe sich die Hörgeräteversorgung mit dem Premium-Hörsystem Savia 211 dAZ damit sowohl rein messtechnisch als auch praxisbezogen im Hinblick auf die anspruchsvolle Tätigkeit der Klägerin im Beruf als einzig mögliche Lösung herausgestellt. Bei Nichtnutzung des speziellen Hörgerätes sei die Erwerbsfähigkeit der Klägerin erheblich gefährdet, die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit könne durch Inanspruchnahme des höherwertigen Hörgerätes abgewendet werden.

Mit Urteil vom 30. November 2009 hat das Sozialgericht die gegen die Beklagte gerichtete Klage abgewiesen, jedoch die Beigeladene verurteilt, der Klägerin die Kosten für das selbst beschaffte Hörgerät Savia 211 in Höhe von 1.956,90 EUR gemäß der Rechnung vom 23. Oktober 2006 zu erstatten. Die Beigeladene sei als erstangegangener Träger im Sinne des [§ 14 SGB IX](#) zu verurteilen. Anspruchsgrundlage sei, nachdem die Beklagte den Anspruch der Klägerin auf Versorgung mit einem digitalen Hörgerät zu Unrecht abgelehnt habe, [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#). Das Erfordernis mit einer Versorgung durch eine höherwertige Hörhilfe aufgrund des konkreten Berufsbildes der Klägerin folge aus den Feststellungen des Gutachters W. Der Erstattungsanspruch umfasse nach seiner Zwecksetzung wegen des Versagens des Sachleistungsprinzips den Ausgleich der konkret entstandenen Kosten.

Gegen dieses ihr am 30. Dezember 2009 zugewandte Urteil richtet sich die am 14. Januar 2010 eingewandte Berufung der Beigeladenen. Die Beigeladene trägt vor, dass der Festbetrag/Vertragspreis gemäß [§ 36 SGB V](#) die Obergrenze des Leistungsanspruches des Versicherten darstelle. Entstehe dem Versicherten eine Eigenbeteiligung und wende er sich diesbezüglich an seine Krankenkasse, werde geprüft, ob ihm eine aufzahlungsfreie Versorgung mit ausreichendem Hörerfolg angeboten worden sei oder nicht. Sei dies geschehen, müsse der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen, wenn nicht, gehe die Krankenkasse gegen den Akustiker vor, um diesen zur Einhaltung seiner vertraglichen Verpflichtung zu bewegen. Eine Erstattung von Kosten über die Festbeträge hinaus sei aber nicht möglich. Im Übrigen habe die Klägerin einen Antrag bei ihr als Krankenkasse gar nicht gestellt. Die Zweiwochenfrist zur Klärung der Zuständigkeit beginne analog [§ 130 BGB](#) mit dem Eingang des vollständigen Antrages bei dem Rehabilitationsträger. Unter Antrag in diesem Sinne sei das Vorliegen der Unterlagen zu verstehen, die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen. Die Klägerin habe bei ihr aber keine Unterlagen eingereicht, aus denen sich ergebe, dass sie berufsbedingt ein höherwertigeres Hörgerät und damit die Übernahme von Mehrkosten begehre. Die bei ihr am 12. Juli 2006 eingewandte Versorgungsanzeige des Leistungserbringers sei kein Antrag der Klägerin gewesen. Aus den Abrechnungsunterlagen des Hörgeräteakustikers gehe nicht hervor, dass von der Klägerin berufsbedingt ein höherwertigeres Hörgerät begehrt worden sei. Mitgeteilt worden sei insoweit lediglich, dass zwei geeignete aufzahlungsfreie Versorgungsvorschläge unterbreitet worden seien. Das Sozialgericht Nürnberg habe hierzu entschieden (Urteil vom 12. Mai 2010, Az.: [S 18 R 1208/09](#) veröffentlicht in juris.de), dass in einem derartigen Übersenden einer Versorgungsanzeige kein Antrag auf Mehrkosten liege. Sie habe daher keinen Anlass gesehen, diese Unterlagen nach [§ 14 SGB IX](#) an die Berufungsbeklagte weiterzuleiten. Damit sei erstangegangener Rehabilitationsträger nicht sie, sondern die Beklagte. Eine Weiterleitung des Antrages durch die Beklagte sei nicht erfolgt, da sich die Beklagte für den berufsbedingten Mehrbedarf für zuständig gehalten, diesen aber nicht festzustellen vermocht habe. Den berufsbedingten Bedarf der Klägerin sehe sie als Krankenversicherungsträger aufgrund des vom Gericht eingeholten Gutachtens allerdings als gegeben an.

Die Beigeladene beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 30. November 2009 aufzuheben und die Klage im Hinblick auf sie als Beigeladene abzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, sie halte die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17. Dezember 2009 (Az.: [B 3 KR 20/08 R](#), juris.de) auch im vorliegenden Fall für relevant. Danach hätten zum Ausgleich einer Hörbehinderung die Krankenkassen für die Versorgung mit Hörgeräten aufzukommen, die nach dem Stand der Medizintechnik die bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlaubten und die gegenüber anderen Hörhilfen erhebliche Gebrauchsvorteile im Alltagsleben böten.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

hilfsweise, die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 03. August 2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 22. November 2006 zu verurteilen, ihr die Kosten für das selbst beschaffte Hörgerät Savia 211 in Höhe von 1.956,90 EUR zu erstatten.

Die Klägerin trägt vor, dass ein Antrag nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen auch formlos gestellt werden könne. Aufgrund der Versorgungsanzeige durch den Hörgeräteakustiker habe die Beigeladene als Rehabilitationsträgerin alle Möglichkeiten gehabt, ihre Zuständigkeit zu prüfen. In vergleichbaren Fällen tue dies die Beigeladene auch und informiere dann mit einem "Beratungsblatt" zur Hörgeräteversorgung und weise auf das Problem von Mehrkosten hin. Dies sei vorliegend allerdings nicht erfolgt. Die Beigeladene habe die Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers jedoch auch bereits am 12. Juli 2006 als Antrag begriffen, denn anders wäre der Vermerk in ihren Unterlagen: "Hilfsmittel 12.7.2006 132003 Hörgerät links. Versorgungspauschale, bewilligt" nicht zu verstehen.

Das Gericht hat zur Aufklärung des Sachverhaltes am 30. September 2010 einen Erörterungstermin durchgeführt, insoweit wird auf die Niederschrift zum Termin Bezug genommen.

Die Beteiligten haben sich in dem Erörterungstermin mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie den der Verwaltungsakten der Beklagten und der Beigeladenen.

Entscheidungsgründe:

Über die Berufung konnte mit Zustimmung der Beteiligten gemäß [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden werden.

Die Berufung der Beigeladenen ist zulässig, aber nicht begründet. Das Sozialgericht hat zu Recht die Beigeladene als erstangegangenen Rehabilitationsträger verurteilt, der Klägerin den über den bereits geleisteten Festbetrag hinaus angefallenen Betrag für das von ihr selbst beschaffte Hörgerät Savia 211 dSZ mit EasyPhone in Höhe von 1.956,90 EUR zu erstatten.

Zunächst einmal ist die Beigeladene erstangegangene Trägerin im Sinne des [§ 14 SGB IX](#). Nach [§ 14 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB IX stellt ein Rehabilitationsträger, bei dem Leistungen zur Teilhabe beantragt werden, innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Wird der Antrag nicht weitergeleitet, so stellt nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest, wobei er diesen nach allen in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen für Teilhabeleistungen unter Beachtung der besonderen persönlichen und

versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der jeweiligen Leistungsgesetze zu prüfen hat (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009, Az.: [B 5 R 5/07 R](#), zitiert nach juris.de).

Die Beigeladene ist vorliegend aufgrund der bei ihr jedenfalls in der Zeit bis 12. Juli 2006 eingegangenen Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers S erstangegangener Rehabilitationsträger im Sinne dieser Vorschrift. Dass eine derartige Versorgungsanzeige bei der Beigeladenen eingegangen ist, steht fest aufgrund der entsprechenden Bestätigung der Beigeladenen im Termin vom 30. September 2010. Bei dieser Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers handelt es sich jedenfalls auch um einen Antrag der Klägerin an die Beigeladene. Nach Sinn und Zweck des § 16 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch, Allgemeiner Teil (SGB I) sind als Antrag alle Begehren um Leistungen zu verstehen (Seewald in Kasseler Kommentar, § 16 Rdnr. 3). Ein Antrag ist jede einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung des öffentlichen Rechts, mit welcher der Antragsteller dem Antragsgegner gegenüber zum Ausdruck bringt, eine Sozialleistung in Anspruch nehmen zu wollen (Hauck/Noftz, SGB I, K § 16 Rdnr. 5, m. w. N.). Mit der Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers ist die Beigeladene unmissverständlich davon unterrichtet worden, dass die Klägerin eine Versorgung mit einem Hörgerät wünscht. Dies folgt bereits aus dem Wortlaut der Anzeige, wie er sich aus der Anlage 3 zum "Vertrag zur Komplettversorgung mit Hörsystemen", geschlossen zwischen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdöR und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und dem Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V., ergibt. Danach wird mit der Versorgungsanzeige mitgeteilt, dass ein bestimmter Versicherter eine Hörgeräteversorgung begehrt, weiter wird um "Bewilligung" der Versorgung gebeten. Dies erfüllt alle Voraussetzungen eines Antrages. Schließlich ist diese Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers von der Beigeladenen auch tatsächlich als Antrag aufgefasst worden. Denn die Beigeladene hat auf die Anzeige hin letztlich mit der Zahlung des Festbetrages eine Leistung erbracht, die antragsabhängig war.

Unschädlich ist, dass der Antrag bei der Beigeladenen nicht von der Klägerin persönlich gestellt worden ist, da nach allgemeinen Vertretungsregelungen (§§ 164 ff. BGB) auch eine Antragstellung durch den Hörgeräteakustiker als Vertreter des Versicherten möglich ist. Soweit § 16 Abs. 1 S. 2 SGB I den Kreis der Stellen, die Anträge auf Sozialleistungen entgegennehmen können, erweitert, ohne Leistungserbringer zu nennen, folgt hieraus nichts Gegenteiliges. Denn die Regelung betrifft nur die Zuständigkeit für die Entgegennahme von Anträgen. Wird ein Antrag von einer anderen als der hier genannten Stellen entgegengenommen, entfaltet er erst dann Rechtswirkungen, wenn er beim zuständigen Leistungsträger oder einer der in Satz 2 genannten Stellen eingegangen ist (Hauck/Noftz, a. a. O., Rdnr. 9). Die Möglichkeit einer Vertretung nach allgemeinen Regeln wird hierdurch nicht ausgeschlossen. Die Voraussetzungen des § 164 BGB für eine wirksame Vertretung lagen vor: Die Klägerin hatte dem Hörgeräteakustiker Vertretungsmacht erteilt, sich zwecks der Hörgeräteversorgung an die Beigeladene zu wenden, was dieser im Rahmen der ihm zustehenden Vertretungsmacht und ausdrücklich für die Klägerin auch tat.

Entgegen der Auffassung der Beigeladenen kommt es nicht darauf an, ob dieser Antrag "vollständig" war und ob die Beigeladene diesem Antrag entnehmen konnte, dass eine über den Festbetrag hinausgehende Versorgung begehrt war. Zunächst einmal hängt die Wirksamkeit eines Antrages bereits grundsätzlich nicht davon ab, dass er vollständig gestellt worden ist, es muss lediglich das Begehren unmissverständlich zum Ausdruck gebracht worden sein (Seewald in Kasseler Kommentar, § 16 SGB I Rdnr. 4, BSG, Urteil vom 12. Februar 2004, Az.: [B 13 RJ 58/03 R](#), zitiert nach juris.de). Etwas anderes folgt auch nicht daraus, dass vorliegend nicht mehr aufklärbar war, ob sich aus der Versorgungsanzeige bereits ergab, dass mögliche Mehrkosten über den Festbetrag hinaus anfallen würden. Denn im Zweifel will der behinderte Mensch die ihm günstigste Art der Leistungsgewährung – bei Hörgeräten also eine zuzahlungsfreie, seinen Bedürfnissen entsprechende Versorgung – in Anspruch nehmen, so dass der gestellte Antrag ohne Rücksicht auf seinen Wortlaut umfassend, d. h. auf alle nach Lage des Falles in Betracht kommenden Leistungen zu prüfen ist (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009, [a. a. O.](#); BSG, Urteil vom 28. August 2008, Az. [B 8/9b SO 18/07 R](#)). Ein Antrag ist daher regelmäßig vom Versicherungsträger so auszulegen, dass das Begehren des Antragstellers möglichst weitgehend zum Tragen kommt, die Behörde hat alle aufgrund des Sachverhalts zu seinen Gunsten in Betracht kommenden rechtlichen Möglichkeiten zu erwägen und notfalls auf eine Klärung des Verfahrensgegenstandes durch den Antragsteller hinzuwirken (Seewald, Kasseler Kommentar, § 16 SGB I Rdnr. 9 m. w. N.). Ein an die Krankenkasse gerichteter Antrag auf Versorgung mit Hörgeräten ist deshalb jedenfalls auch auf Leistungen zur Teilhabe im Sinne der §§ 1, 4 und 5 SGB IX gerichtet (BSG, Urteil vom 21. August 2008, Az. [B 13 R 33/07 R](#), zitiert nach juris.de). Der entgegenstehenden Auffassung des von der Beigeladenen zitierten SG Nürnberg (a. a. O.) kann angesichts dieser anders lautenden ständigen Rechtsprechung des BSG nicht gefolgt werden, diese widersprüche den genannten allgemeinen Grundsätzen. Selbst wenn der Beigeladenen nicht bekannt geworden sein sollte, dass eine über den Festbetrag hinausreichende Leistung begehrt war, kann dies der Klägerin unter Berücksichtigung dieser Grundsätze nicht mehr entgegengehalten werden, insoweit hätte die Beigeladene auf eine Klärung hinwirken müssen. Eine Aufspaltung des Antrages in einen Antrag auf Übernahme des Festbetrages und einen Antrag auf Übernahme der darüber hinausgehenden Kosten kam aus den genannten Gründen zur Auslegung von Anträgen nicht in Betracht. Dies widerspricht auch dem bei verständiger Würdigung zu verstehenden Begehren der Klägerin ebenso wie der Zielsetzung des § 14 Abs. 1 SGB IX, wonach für eine Versorgung des Versicherten nur ein einziger Rehabilitationsträger zuständig sein soll.

Weiter kam es nicht darauf an, dass das Datum des Eingangs des Antrages bei der Beigeladenen nicht mehr feststellbar ist. Denn jedenfalls steht aufgrund des durch die Beigeladene überreichten Auszuges der bei ihr gespeicherten Daten fest, dass ihr am 12. Juli 2006 die Versorgungsanzeige vorgelegen hat, da sie hier die Bewilligung einer Versorgungspauschale für sich notiert hat.

Unerheblich war auch, ob die Beigeladene mit der Bewilligung des Festbetrages ihre Leistungspflicht gegenüber der Klägerin vollständig erfüllt hat. Dahingestellt bleiben kann ferner, ob in der im November 2006 erfolgten Zahlung des Festbetrages ein Bescheid der Beigeladenen im Hinblick auf den Restbetrag zu sehen ist. Denn die formelle Zuständigkeit des erstangegangenen Trägers ändert sich nicht dadurch, dass dieser das Verwaltungsverfahren durch Erlass eines – und sei es auch bindenden – Verwaltungsaktes abschließt (BSG, Urteil vom 21. August 2008, [a. a. O.](#)).

Allerdings hatte aufgrund der Zuständigkeit der Beigeladenen als erstangegangener Trägerin vorliegend die Beklagte die Entscheidungsbefugnis über die Gewährung von Rehabilitationsleistungen verloren. Denn aus der Zuständigkeit eines Trägers im Sinne von § 14 Abs. 1 und 2 SGB IX folgt, dass gleichzeitig alle anderen Träger die Entscheidungsbefugnis über die Gewährung von Rehabilitationsleistungen verlieren, so dass evtl. ergangene Bescheide wegen sachlicher Unzuständigkeit rechtswidrig und aufzuheben sind (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009, [a. a. O.](#), Rdnr. 16), weshalb vorliegend der Bescheid der Beklagten vom 03. August 2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 22. November 2006 aufzuheben war.

Rechtsgrundlage für den von der Klägerin geltend gemachten Erstattungsanspruch ist [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#). Diese Vorschrift normiert trägerübergreifend Kostenerstattungsansprüche für selbst beschaffte Teilhabeleistungen (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009, [a. a. O.](#)). Nach [§ 15 Abs. 1 S. 4 SGB IX](#) besteht eine Erstattungspflicht u. a. dann, wenn der Rehabilitationsträger eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Die Voraussetzungen dieser Anspruchsgrundlage sind erfüllt. Zunächst einmal erfolgte eine Ablehnung der beantragten Leistung, dies geschah mit Bescheid der Beklagten vom 03. August 2006. Die Klägerin hat sich das beantragte Hörgerät erst am 23. Oktober 2006 selbst beschafft, so dass unter dem Gesichtspunkt der Verpflichtung zur Sachleistungsgewährung keine Bedenken bestehen, das Sachleistungsprinzip wurde gewahrt. Unschädlich war die vorausgegangene Auswahlentscheidung, die nicht endgültig bindet und die Voraussetzung für den Leistungsantrag war (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2008, [a. a. O.](#), Rdnr. 12). Unerheblich war weiter, dass die Beklagte, wie bereits ausgeführt, aufgrund der Regelung des [§ 14 SGB IX](#) als nicht-erstangegangener Träger für den Erlass des Bescheides sachlich nicht zuständig war. Soweit [§ 15 SGB IX](#) eine Leistungsablehnung als Anspruchsvoraussetzung fordert, ist nach dem Zweck des [§ 14 SGB IX](#) auch ein Bescheid des unzuständigen Trägers ausreichend. Dies gilt umso mehr, als auch im Bereich des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches eine unzureichende Beratung, die zu Nachteilen für einen Berechtigten geführt hat, einer anderen Behörde zuzurechnen ist, wenn diese vom Gesetzgeber "arbeitsteilig" in das Verfahren eingeschaltet ist (BSG, Urteil vom 24. Juli 1985, Az.: [10 RKg 18/84](#), zitiert nach juris.de, m. w. N. und BSG, Urteil vom 09. Februar 1994, Az.: [11 RAr 49/93](#), zitiert nach juris.de, m. w. N.). Eine derartige arbeitsteilige Einschaltung eines anderen Versicherungsträgers ist durch [§ 14 SGB IX](#) dahingehend erfolgt, dass mit dieser Vorschrift ein genau festgelegtes Zusammenspiel von erstangegangenen und ggf. zweitangegangenen Träger geschaffen worden ist, welches sich zugunsten des Versicherten auswirken soll. Es würde der Zielsetzung des [§ 14 SGB IX](#) widersprechen, dem Versicherten die Nichteinhaltung des Sachleistungsprinzips entgegenzuhalten, wenn die Versicherungsträger ihre Zuständigkeitsprüfung nach [§ 14 SGB IX](#) fehlerhaft vorgenommen haben. Die Klägerin hatte auch einen Anspruch auf die Leistung als Sachleistung in Form eines Anspruches auf Übernahme der den Festbetrag übersteigenden Kosten. Dieser bestand allerdings nicht als Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf der Grundlage des [§ 33 Abs. 8 Nr. 4 SGB IX](#), da dieser - nachrangige - Anspruch nur solche Hilfsmittel umfasst, die zum Ausgleich einer Behinderung für eine bestimmte Berufsausübung erforderlich sind und nicht - wie Hörhilfen - generell für alle beruflichen Tätigkeiten benötigt werden (BSG, Urteil vom 21. August 2008, [a. a. O.](#)). Hieraus folgt entgegen der Annahme der Beklagten jedoch nicht, dass sie deshalb als Rentenversicherungsträger derartige Hilfsmittel grundsätzlich nicht zu erbringen hätte bzw. nur in den kaum relevanten Fällen, in denen ausschließlich die Berufsausübung ein Hilfsmittel erforderlich macht, wofür von ihr im Erörterungstermin beispielhaft der Klavierstimmer genannt wurde. Denn deren Gewährung kommt daneben auch dann, wenn sie aus beruflichen Gründen erforderlich sind, als Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Betracht.

Grundlage sind hierfür die §§ 9 Abs. 1 und 2, 15 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, Sechstes Buch, Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI), [§§ 26 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 6 SGB IX](#), [31 SGB IX](#). Gemäß [§ 9 Abs. 2](#) in Verbindung mit Abs. 1 SGB VI kann die Rentenversicherung u. a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, für die [§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) weiter auf die [§§ 26 bis 31 SGB IX](#) verweist. Nach [§ 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX](#) werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation behinderter Menschen, zu denen die Klägerin aufgrund ihrer Schwerhörigkeit gehört, erbracht, um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden oder zu lindern. Nach [§ 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX](#) umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insbesondere auch Hilfsmittel, deren Erbringung wiederum in [§ 31 SGB IX](#) näher geregelt ist.

Die Klägerin erfüllt die Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Persönliche Voraussetzung für Leistungen zur Teilhabe ist gemäß [§ 10 Abs. 1 SGB IX](#) zunächst, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten wegen Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdet ist und dass bei erheblicher Gefährdung eine Minderung durch die Leistungsgewährung abgewendet werden kann bzw. bei geminderter Erwerbsfähigkeit, dass diese durch die Leistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Die Klägerin benötigt das von ihr beschaffte Hörgerät der Marke Savia 211 dSZ, da nur so die aus ihrer Schwerhörigkeit resultierende Einschränkung ihrer Erwerbsfähigkeit zu überwinden ist. Offen bleiben kann vorliegend, ob unter dem Begriff der im Gesetz nicht definierten Erwerbsfähigkeit die Fähigkeit des Versicherten zu verstehen ist, seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit weiter ausüben zu können (BSG, Urteil vom 05. Februar 2009, Az. [B 13 R 27/08 R](#), [SozR 4-3250 § 28 Nr. 3](#), zitiert nach juris.de, m. w. N.) oder ob hierfür maßgeblich ist, ob der Versicherte unabhängig von den Besonderheiten des innegehaltenen Arbeitsplatzes den typischen Anforderungen des ausgeübten Berufes noch nachkommen kann (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009, Az. [B 5 R 44/08 R](#), [BSGE 104, 294](#), zitiert nach juris.de, m. w. N.). Denn die Anforderungen, die an die Klägerin an ihrem konkreten Arbeitsplatz als Qualitätsmanagementbeauftragte der AWO I-Geriatriezentrum N gGmbH gestellt werden, entsprechen den typischen Anforderungen dieses Berufes. Dies steht für das Gericht, da allgemeine Quellen (wie etwa das Grundwerk ausbildungs- und berufskundlicher Informationen oder BERUFENET der Bundesagentur für Arbeit) hierüber noch keine Auskunft geben, fest aufgrund der entsprechenden im Verwaltungsverfahren beigebrachten Stellenbeschreibung des Arbeitgebers für die Tätigkeit der Klägerin, da es sich bei diesem um einen großen bundesweit tätigen Träger handelt und die Beschreibung ersichtlich nicht auf Besonderheiten des konkreten Arbeitsplatzes abstellt. Danach gehören die Durchführung von Fortbildungen und die Organisation von Arbeitsgruppen, also die Dozententätigkeit zu den typischen Anforderungen dieses Berufes. Nach den Angaben des Arbeitgebers der Klägerin vom 12. September 2006, wonach mehr als 50 % der Arbeitszeit der Klägerin auf die Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen und die Moderation von Arbeitsgruppen in Qualitätszirkeln entfallen, hat dieser Teil der Tätigkeit sogar prägenden Charakter.

Diesen Anforderungen kann die Klägerin aufgrund ihrer Schwerhörigkeit nicht gerecht werden; das Hörgerät ist geeignet, diesen Zustand wesentlich zu bessern. Dies folgt zur Überzeugung des Gerichtes aus dem Gutachten des erstinstanzlich gehörten Gutachters und Hörgeräteakustikers W vom 03. Dezember 2008, der mit nachvollziehbarer Begründung ausgeführt hat, dass bei Nichtbenutzung des von der Klägerin gewählten Hörgerätes deren Leistungsvermögen gemindert wäre. Das Gericht schließt sich diesen gutachterlichen Feststellungen insgesamt an. Das in ihm gefundene Ergebnis ist überzeugend begründet, Einwendungen gegen die Richtigkeit der in ihm getroffenen Feststellungen sind nicht erhoben worden. Begründet hat der Gutachter die Notwendigkeit der Versorgung mit dem gewählten Gerät mit den besonderen beruflichen Anforderungen aufgrund der Dozententätigkeit der Klägerin einerseits, bei der sie aufgrund von üblicherweise vorhandenen erheblichen Störgeräuschen einem besonderen akustischen Umfeld ausgesetzt ist, welches sich etwa von einer normalen Bürotätigkeit deutlich unterscheidet, und zum anderen mit der medizinischen Besonderheit, dass die Klägerin nur auf einem Ohr versorgt werden kann, wodurch sie im Hinblick auf das Richtungshören und Verstehen im Störgeräusch gegenüber einer beidseitigen Versorgung sehr im Nachteil ist, weil alle Schallereignisse auf das linke Ohr treffen und so Nutzschall und Störschall nur sehr schwer voneinander getrennt werden können. Dies lässt die Notwendigkeit der Versorgung aufgrund der besonderen beruflichen Anforderungen bei ihrer regelmäßigen Vortragstätigkeit gegenüber größeren Gruppen und der Leitung von Arbeitsgruppen nachvollziehbar erscheinen. Insbesondere gehen die vorliegend relevanten besonderen beruflichen Anforderungen über übliche Probleme von Hörgeschädigten bei

Mehr-Personen-Gesprächen deutlich hinaus.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [§ 11 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI](#) sind ebenfalls erfüllt, wie der Kontoübersicht in der Verwaltungsakte der Beklagten zu entnehmen ist und auch nicht bestritten wird.

Auch die Voraussetzungen des [§ 31 Abs. 1 SGB IX](#) sind erfüllt. Das von der Klägerin gewählte Hörgerät ist erforderlich im Sinne dieser Vorschrift. Wenn aus beruflichen Gründen ein Hörgerät erforderlich war, welches mit dem Festbetrag nicht erworben werden konnte, ist auf dieser Grundlage jedenfalls ein Anspruch auf eine diesbezügliche Ermessensentscheidung gegeben (BSG, Urteil vom 21. August 2008, [a. a. O.](#)). Die Klägerin benötigt das von ihr gewählte Gerät für ihre Berufsausübung, wie bereits ausgeführt wurde. Der Sachverständige W hat festgestellt, dass die weitere Berufsausübung der Klägerin erheblich gefährdet wäre, wenn ihr das von ihr gewählte Gerät nicht zur Verfügung stünde, und dass eine anderweitige Versorgung der Klägerin mit einem Basis- oder Komfortgerät, also einem Festbetragsgerät, nicht in Betracht kommt. Dem schließt sich das Gericht an. Die Ausführungen des Dr. S vom 22. Februar 2008 bestätigen dies insoweit, als auch er mitteilt, dass sich aus dem tonaudiometrischen Hörschwellenverlauf gut ableiten lasse, dass eine mehrkanalig signalbearbeitende Hörhilfe gewählt werde, um die es sich bei der letztlich zur Anpassung gekommenen Savia 211 dSZ der Firma Phonak handle. Der Sachverständige betont deshalb, dass sowohl rein messtechnisch als auch praxisbezogen im Hinblick auf die Tätigkeit der Klägerin die gewählte Versorgung mit dem Hörsystem Savia 211 dAZ die einzig mögliche Lösung ist. Dies ist nachvollziehbar, zumal der Sachverständige bei seiner Testung mit Störgeräuschen mit dem von ihm getesteten Basisgerät lediglich noch ein Verständnis von Einsilbern von 25 % feststellen konnte, was für die beschriebene Tätigkeit der Klägerin nicht ausreicht.

Soweit [§ 31 Abs. 1 SGB IX](#) für die Gewährung eines Hilfsmittels weiter voraussetzt, dass dieses erforderlich sein muss, um u. a. einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, steht dies dem Anspruch vorliegend nicht entgegen. Lediglich für den Bereich der Krankenversicherung gilt, dass die Berufsausübung kein Grundbedürfnis des täglichen Lebens ist (BSG, Urteil vom 03. November 1999, Az.: [B 3 KR 3/99 R](#), und Urteil vom 17. Dezember 2009, Az. [B 3 KR 20/08 R](#), Rdnr. 17, zitiert jeweils nach juris.de). Begründet wird dies mit einer Leistungspflicht der Krankenversicherung allein für den Bereich der medizinischen Rehabilitation, woran sich auch durch das Inkrafttreten des SGB IX nichts geändert hat (BSG, Urteil vom 26. Juni 2007, Az. [B 1 KR 36/06 R](#), zitiert nach juris.de). Diese Einschränkung gilt nicht für die Leistungspflicht der Rentenversicherung für Teilhabeleistungen, wie [§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI](#) durch seine Zweckbestimmung im Hinblick auf die dort genannte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit ausdrücklich bestimmt.

Den Einwänden der Beklagten im Hinblick auf die Notwendigkeit der hochwertigen Versorgung der Klägerin - die Beigeladene hat hier Einwände ausdrücklich nicht erhoben und sich den Feststellungen des Gutachters angeschlossen - konnte nicht gefolgt werden. Zum einen ist eine lediglich subsidiäre Leistungsverpflichtung des Rentenversicherungsträgers im Verhältnis zu den Krankenkassen dem anwendbaren Recht der SGB VI, SGB IX und SGB V nicht zu entnehmen. Durch das Erfüllen der gegenüber den krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften engeren Tatbestandsmerkmale der [§§ 9 ff. SGB VI](#) ist die originäre Zuständigkeit des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung begründet. Dies ist im Umkehrschluss auch der besonderen Regelung des [§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) für zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz zu entnehmen, die vom Rentenversicherungsträger nur dann zu erbringen ist, wenn sie unmittelbar und gezielt zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, insbesondere zur Ausübung des bisherigen Berufs, erforderlich ist und soweit sie nicht als Leistung der Krankenversicherung oder als Hilfe nach dem Fünften Kapitel des Zwölften Buches zu erbringen ist. Eine weitergehende Regelung einer nur subsidiären Zuständigkeit der Rentenversicherung - namentlich bezüglich einer Versorgung mit Hörgeräten - ist im Gesetz nicht getroffen worden. Im Wege des Umkehrschlusses ist daher davon auszugehen, dass es über den von [§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) erfassten Teilbereich hinaus bei der sich aus dem eindeutigen Wortlaut der [§§ 9 ff. SGB VI i. V. m. § 33 SGB IX](#) ergebenden Leistungsverpflichtung der Rentenversicherungsträger mit geeigneten Hörgeräten ungeachtet des Leistungsumfanges der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibt (so insgesamt LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 15. Dezember 2005, Az.: [L 10 R 480/05](#), zitiert nach juris.de). Erforderlich war auch nicht, dass die streitige Versorgung ausschließlich aus beruflichen Gründen erforderlich ist. Ein derartiges Erfordernis ist dem Gesetzeswortlaut für Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht zu entnehmen. Abgesehen davon ist im Falle der Klägerin jedenfalls ihre Versorgung mit dem höherwertigen Premiumgerät tatsächlich lediglich aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit erforderlich, wie der Begründung des Gutachters W zu entnehmen ist, der in Beantwortung der Frage 4. a nach dem Ausgleich der Folgeerscheinungen der Behinderung für die Ausübung der konkreten Beschäftigung ausführt, dass die Klägerin nur mit der erfolgten Versorgung in der Lage ist, ihr Arbeitsumfeld zu bewältigen.

Dem Gutachten des Dr. S vom MDK vom 22. Februar 2008, auf welches die Beklagte sich beruft, ist ebenfalls nichts zu ihren Gunsten zu entnehmen. Die von Dr. S für die Ablehnung der Versorgung gegebenen Begründungen sind sämtlich unerheblich. Zunächst einmal geht Dr. S davon aus, dass der Nachweis der objektiven Notwendigkeit einer Hörhilfe ohnehin nicht erbracht werden könne, weil hier lediglich subjektive Testmethoden zur Verfügung stünden, die auch von der Compliance des zu versorgenden Patienten abhängig seien. Unklar ist, was er hieraus schließen will. Die Schwierigkeit, die tatsächliche Notwendigkeit einer bestimmten Versorgung festzustellen, kann nicht zum grundsätzlichen Ausschluss derselben führen. Im konkreten Fall sind diesbezügliche Verdachtsmomente jedenfalls nicht geäußert worden. Weiter kritisiert Dr. S, dass die Möglichkeiten einer anderen Versorgung durch den anpassenden Hörgeräteakustiker S nicht ausreichend getestet worden seien. Zum einen ist dies jedoch nicht feststellbar. Nach [§ 3 Nr. 1](#) des bereits genannten Vertrages zur Komplettversorgung mit Hörsystemen erhält der Versicherte mindestens zwei eigenanteilsfreie Versorgungsangebote mit analogen oder digitalen Hörgeräten bestimmter Produktgruppen. Dies ist vorliegend ausweislich des Abschlussberichtes des Hörgeräteakustikers S vom 28. September 2006 unter Angabe der Hilfsmittel-Positionsnummern der zuzahlungsfreien Versorgungsvorschläge auch erfolgt. Zum anderen kommt es hierauf jedoch bereits aus grundsätzlichen Erwägungen nicht an. Fehlerhafte Beratungen seitens eines Leistungserbringers oder eines Sozialversicherungsträgers vermögen nicht berechnete Ansprüche von Versicherten auszuschließen. [§ 14](#) des genannten Vertrages sieht dementsprechend bei einem Pflichtverstoß auch lediglich Maßnahmen gegen den Leistungserbringer vor, während der sich aus dem Gesetz ergebende Anspruch der Klägerin hierdurch nicht berührt wird. Es kommt im Ergebnis daher nicht darauf an, welche Testungen erfolgt sind, sondern allein darauf, ob auf das letztlich beschaffte Geräte ein Anspruch bestand.

Das Sozialgericht hat zu Recht die Beigeladene auch zur Leistung verurteilt, obwohl nach den [§§ 9 Abs. 2 SGB](#) und [13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) hinsichtlich der Art und Weise der Sachleistungserbringung Ermessen auszuüben gewesen wäre. Das Ermessen war vorliegend jedoch auf die Erstattung des vollen Betrages für das von der Klägerin beschaffte Gerät auf Null reduziert. Dies folgt vorliegend bereits aus den Feststellungen des vom Gericht erstinstanzlich befragten Sachverständigen W, der zu dem Ergebnis kam, dass das beschaffte Gerät Savia

211 dAZ die einzig mögliche Lösung im Hinblick auf den bei der Klägerin bestehenden Bedarf war. Einwände sind gegen diese Feststellung nicht erhoben worden. Insbesondere haben weder die Beklagte noch die Beigeladene dargelegt, welche günstigeren Geräte hier in Betracht gekommen sein sollten. Dahingestellt bleiben kann daher, ob die Verpflichtung zur Übernahme der vollen Kosten trotz der Beratung der Klägerin durch den Hörgeräteakustiker schon daraus folgt, dass die Beklagte die Klägerin vor ihrer Ablehnung des geltend gemachten Anspruches durch Bescheid nicht beraten hat. Denn die Kosten einer aufwendigeren, über das Notwendige hinausgehenden Versorgung sind auch dann zu übernehmen, wenn dem Versicherten durch eine im Verwaltungsverfahren zu Unrecht erfolgte Ablehnung seines Anspruches durch den Rentenversicherungsträger die erforderliche sachgerechte Beratung, wie er seine Belastung möglichst gering halten kann, vorenthalten worden ist (BSG, Urteil vom 21. August 2008, [a. a. O.](#), Rdnr. 26).

Offen bleiben für den vorliegend allein streitgegenständlichen Anspruch der Klägerin gegen den erstangegangenen Träger konnte nach allem, ob unter Zugrundelegung der vom BSG in seinem Urteil vom 17. Dezember 2009 niedergelegten Grundsätze (Az.: [B 3 KR 20/08 R](#), zitiert nach [juris.de](#)) die Beigeladene auch in der Sache über den gewährten Festbetrag hinaus aufgrund der krankensicherungsrechtlichen Anspruchsgrundlage des [§ 33 Abs. 1 SGB V](#) leistungspflichtig gewesen wäre. Die Ausführungen des Urteils beschränken sich zwar auf die Gruppe der Schwersthörgeschädigten mit einem beidseitigen Hörverlust von nahezu 100 %, zu der die Klägerin aufgrund ihres links noch bestehenden nur mittelgradig eingeschränkten Hörvermögens nicht gehören dürfte. Dies schließt allerdings nicht aus, dass sich die Festbetragsregelung auch für die Gruppe, der die Klägerin aufgrund der bei ihr bestehenden Einschränkungen zuzurechnen ist, als unzureichend für eine ausreichende Versorgung im Sinne dieser Rechtsprechung erweist. Da der Anspruch der Klägerin aus den dargelegten Gründen bereits aufgrund der rentenversicherungsrechtlichen Grundlagen gegeben war, kam es hierauf im Ergebnis für den vorliegenden Rechtsstreit allerdings nicht mehr an.

Nach alledem war die Berufung der Beigeladenen daher zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#), sie folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Die Revision war gemäß [§ 160 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) zuzulassen. Denn eine eindeutige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Reichweite des Anspruchs auf medizinische Rehabilitation durch die Hörgeräten nach [§§ 9 ff SGB VI](#) sieht der Senat nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-02-15