

L 2 AL 84/08

Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Arbeitslosenversicherung
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 4 AL 764/06
Datum
22.09.2008
2. Instanz
-
Aktenzeichen
L 2 AL 84/08
Datum
24.11.2011
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Der zweitangegangene Träger ist nach [§ 14 Abs 1](#) und 2 SGB IX in der bis zum 31. Dezember 2017 gültigen Fassung auch für Leistungen zuständig, die der eigentlich zuständige Leistungsträger zur erbringen hätte. Der Leistungsträger, an den der Antrag weitergeleitet wurde, muss den Leistungsanspruch unter allen in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen erbringen. Er kann nur einen Erstattungsanspruch gegen den tatsächlich zuständigen Leistungsträger geltend machen ([§ 14 Abs 2 Satz 3](#) und 4 und [§ 14 Abs 4 SGB IX](#) aF). 2. Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben sind gegenüber dem Anspruch auf medizinische Rehabilitation nachrangig. Die Versorgung mit einem Hörgerät dient dem unmittelbaren Behinderungsausgleich und betrifft idR immer ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens. Bietet nur das beschaffte digitale Hörgerät einen weitgehenden Ausgleich der Hörbehinderung und einen wesentlichen Gebrauchsvorteil, steht einer Versorgung weder das Wirtschaftlichkeitsgebot noch eine Kostenerstattung nach Festbeträgen entgegen. Eine Beschränkung auf einen Festbetrag ist unbeachtlich, wenn wie hier aufgrund der geringen Restdynamik eine erhebliche Lärmempfindlichkeit besteht, die nur mit einem mehrkanaligen digitalen Hörgerät ausgeglichen werden kann.

Das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 22. September 2008 wird abgeändert.

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 24. Oktober 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Dezember 2006 sowie des Bescheides vom 8. Januar 2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30. März 2009 verurteilt, dem Kläger die Kosten der Beschaffung der Hörgeräte KINDSynchro HS in Höhe von 3.760 € zu erstatten.

Der Hilfsantrag der Beklagten wird als unzulässig verworfen.

Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten des Verfahrens zu erstatten. Im Übrigen sind keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch - Arbeitsförderung (SGB III) in Form der Erstattung von von ihm verauslagten Kosten für die Versorgung mit Hörgeräten in Höhe von 3.760,00 Euro.

Der am ... 1971 geborene Kläger ist Diplomverwaltungswirt (FH). Er ist seit September 2002 als Sachbearbeiter Rechtsbeihilfe bei der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (künftig: Arbeitgeberin) tätig.

Am 27. September 2006 stellte der Kläger bei der Deutschen Rentenversicherung - Bund (Rentenversicherungsträger) einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte in Form von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Er beantragte die Übernahme der Kosten für die Versorgung mit neuen Hörgeräten. Hierbei verwies er auf die Verordnung einer neuen Hörhilfe der behandelnden HNO-Ärztin, Frau Dr. N., vom 28. August 2006. Als Diagnose war IOS (Innenohrschwerhörigkeit) angegeben, zum Beleg waren Ton- und Sprachaudiogramme beigelegt. Der Kläger gab an, dass die gegenwärtigen Hörgeräte für die geänderten Anforderungen bei der beruflichen Tätigkeit nicht mehr ausreichen. So solle er künftig auch Prozessvertretung vor den Sozialgerichten wahrnehmen. Gegenwärtig sei er noch von der Prozessvertretung freigestellt. Beigelegt war dem Antrag eine Darstellung der Aufgabenverteilung der Abteilung „Rechtsbeihilfe H.“ ab 10/05. Der Rentenversicherungsträger leitete den Antrag des Klägers mit Schreiben vom 4. Oktober 2006 an die Beklagte (Eingang der Unterlagen am 16. Oktober 2006) weiter, da es sich um einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben handele und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen noch nicht erfüllt seien.

Die Beklagte lehnte den Antrag des Klägers auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Bescheid vom 24. Oktober 2006 ab: Hörhilfen seien Hilfsmittel nach [§ 33 Abs. 8 Nr. 4](#) des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) und gehörten ausschließlich zum Bereich der medizinischen Rehabilitation. Daher sei eine Erstattung der nicht durch die Krankenversicherung abgedeckten Kosten durch sie im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht möglich.

Hiergegen erhob der Kläger am 27. Oktober 2006 Widerspruch und führte zur Begründung aus: Die Beklagte sei an die Zuständigkeit durch Abgabe eines anderen Rehabilitationsträgers gebunden. Auch medizinische Hilfsmittel seien als Teil beruflicher Teilhabeleistungen zu erbringen. Beigefügt waren ein Kostenvoranschlag eines Hörgeräteakustikers (Eigenanteil für den Kläger incl. 20 € gesetzliche Zuzahlung; Anteil seiner Krankenkasse, der Beigeladenen: 808,88 €) und ein Hörprotokoll über eine Hörgeräteanpassung vom 17. November 2006. Der Kostenvoranschlag vom Hörgeräteakustiker ist am 17. November 2006 ausgestellt worden; am 28. November 2006 fertigte die Hals- Nasen- Ohrenfachärztin Dr. N. eine ärztliche Bescheinigung, dass sie sich davon überzeugt habe, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt werde. Der Kläger unterschrieb, die verordnete Hörhilfe am 29. November 2006 erhalten zu haben. Am 4. Dezember 2006 übernahm die Beigeladene den Kostenanteil von 808,88 € von den veranschlagten Kosten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 5. Dezember 2006 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Am 28. Dezember 2006 hat der Kläger hiergegen Klage bei dem Sozialgericht Halle (SG) mit dem Begehren erhoben, die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die inzwischen selbst beschaffte Leistung zu erstatten, hilfsweise hat er beantragt, die Beklagte zur Neuentscheidung zu verurteilen.

Der Kläger hat sich nach seinen Angaben am 13. Dezember 2006 die Hörgeräte „KINDsynchro HS“ beschafft und hierfür abzüglich von der Beigeladenen gezahlter 808,88 Euro noch 3.760 Euro sowie einen gesetzlichen Zuzahlungsbetrag von 20 Euro gezahlt. Zuvor hatte er der Beklagten eine Frist bis zu diesem Datum (13. Dezember 2006) gesetzt, seinen Rehabilitationsbedarf unabhängig von den spezifischen Voraussetzungen der Agentur für Arbeit zu ermitteln und zu bewilligen.

Das SG hat mit Urteil vom 22. September 2008 die Beklagte verurteilt, den Antrag des Klägers auf Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und im Übrigen die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt: Der Bescheid der Beklagten vom 24. Oktober 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Dezember 2006 sei rechtswidrig und verletze den Kläger in seinen Rechten, da die Beklagte zu Unrecht davon ausgegangen sei, derartige Leistungen nicht erbringen zu müssen. Ob der Kläger einen Kostenerstattungsanspruch habe, könne nicht festgestellt werden, da die Beklagte im Rahmen ihrer Ermessensentscheidung durchaus zu dem Ergebnis kommen könne, dass die von dem Kläger gewählte Hörhilfe nicht erforderlich oder notwendig sei.

Gegen das ihm am 26. November 2008 zugestellte Urteil hat der Kläger am 15. Dezember 2008 Berufung eingelegt: Er sei ca. 1993 von der Krankenkasse mit einem Hörgerät mit linearer Verstärkung versorgt worden. Dieses Hörgerät habe er nicht dauerhaft getragen, weil es ihm Kopfschmerzen verursacht habe. Bis zur Änderung seiner Arbeitsaufgaben sei er im Beruf „zurechtgekommen“. Anlässlich der Anpassung des neuen Hörgerätes beim Akustiker sei ihm „aufgegangen“, welchen Unterschied auch außerhalb des Berufslebens die Versorgung mit einem solchen digitalen Hörgerät ausmache. Er habe die damals in Betracht kommenden drei Hörgeräte ca. ein- bis zwei Monate zur Probe getragen und sich für das Gerät entschieden, welches am besten die „Verständlichkeit in der Sprachsituation erbrachte“.

Die Beklagte hat in Ausführung des Urteils des SG die Neubescheidung mit Bescheid vom 8. Januar 2009 vorgenommen und den Antrag neuerlich abgelehnt. Es bestehe eine vorrangige Leistungspflicht der Krankenkasse, weil kein Sonderfall vorliege, bei dem das Hörgerät ausschließlich für den Beruf benötigt werde. Der Widerspruch des Klägers ist erfolglos geblieben (Widerspruchsbescheid vom 30. März 2009). Zur Begründung hat die Beklagte ergänzend ausgeführt: Der Kläger könne auch keinen Anspruch gegen sie als zweitangegangenen Träger herleiten. Eine Entscheidung über die Festbetragsregelung der Krankenkassen sei nicht in einem Verfahren gegen die Agentur für Arbeit zu treffen. Die ursprünglich hiergegen erhobene Klage hat der Kläger in Hinblick auf das anhängige Berufungsverfahren zurückgenommen.

Mit Beschluss 23. April 2010 hat der Senat die Beigeladene zum Verfahren nach [§§ 106 Abs. 3 Nr. 6, 75](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) beigegeben.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 22. September 2008 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 24. Oktober 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Dezember 2006 sowie des Bescheides vom 8. Januar 2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30. März 2009 zu verurteilen, ihm die entstandenen Kosten für die selbstbeschafften Hörgeräte in Höhe von 3.760 € zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise festzustellen, dass die Beigeladene der materiell rechtlich verpflichtete Rehabilitationsträger ist.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

Sie verweist darauf, dass der Kläger während seiner Mitgliedschaft bei ihr bis zum 31. Mai 2007 keine höherwertigen Hörgeräte beantragt habe. Die Versorgung mit einem Hörgerät zu einem Festbetrag sei ausreichend. Sie hat eine Stellungnahme des MDK Sachsen-Anhalt beigegeben, in der ausgeführt wird: Es läge beidseits eine mittelgradige Schwerhörigkeit vor. Nach der 3-Frequenz-Tabelle von Röser 1980 ergebe sich aus dem reinen Tonaudiogramm ein Hörverlust von 55 %, dies entspreche einer mittelgradigen Schwerhörigkeit. Eine Kostenübernahme über den Festbetrag hinaus sei auch entsprechend der aktuellen Rechtsprechung des BSG nicht begründet.

Im Übrigen müsse sich der Anspruch gegen die Beklagte als erstangegangener Träger richten. Ob die Voraussetzungen für einen Rückgriff nach [§ 103](#) ff SGB X vorlägen, müsse gesondert außerhalb dieses Verfahrens geprüft werden. Gegen sie bestehe weder dem Grunde noch der Höhe nach ein Ausgleichsanspruch. Aus der Rechnung ergebe sich nicht, dass es sich bei den Betrag von 3.780 € um Mehrkosten oberhalb des Festbetrages handele. Die Beigeladene sei weder für eine berufliche noch für eine medizinische Rehabilitation zuständig. Bei

einer medizinischen Rehabilitation wäre der Rentenversicherungsträger zuständig. Auch die Ausschlussfrist nach [§ 111 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz \(SGB X\)](#) dürfte abgelaufen sein.

Die HNO-Ärztin Dr. N. hat auf Anfrage des Gerichts am 16. August 2010 einen Befundbericht erstattet. Als Anamnese gab sie an: Hörminderung seit Jahren bekannt, Hörgeräte seit 1997, Ohrgeräusche/Tinnitus mitunter bds., kommt mit Störgeräuschen schlecht zurecht. Der Hörverlust (aus dem Sprachaudiogramm) betrage nach der Tabelle von Röser 1973 rechts 75 % und links ebenso 75 %. Aufgrund der geringen Restdynamik (Lärmempfindlichkeit) seien Hörgeräte mit guter Lärmunterdrückung notwendig. Das digitale Hörgerät biete wesentliche Gebrauchsvorteile im Alltagsleben und im Berufsleben. Bei Störgeräuschen und Umgebungsgläuschen habe der Kläger Verständnisschwierigkeiten. Das digitale Hörgerät sei unabdingbar durch die automatische mehrkanalige Direktionalität (die Mikrophone richteten sich automatisch mehrkanalig aus). In einer ergänzenden Stellungnahme vom 3. November 2011 hat die Ärztin ausgeführt: Der mitgeteilte Hörverlust von 75 % bestehe seit dem 28. Juni 2006, im Jahr 2004 lag der Hörverlust noch bei rechts 75 % und links 70 %. Ergänzend hat Frau Dr. N. auf Rückfrage des Berichterstatters mitgeteilt, dass der Kläger im Hochtonbereich ab 2 kHz hochgradig hörgemindert sei, bei 1 kHz liege die Hörminderung zwischen 50 % und 75 %. Es ergebe sich insgesamt eine Minderung von 60 - 75 %, d. h. der Kläger sei mittelgradig bis hochgradig schwerhörig.

Die Mitarbeiterin der Firma Kind-Hörgeräte, Frau M., teilte auf Nachfrage des Berichterstatters mit, dass die Hörgerätemessung standardisiert sei. Die Angabe des Prozentsatzes der Verständlichkeit beziehe sich auf die Quote der richtig wiedergegebenen Wörter bei einer festen Schallquelle mit 65 dB in Gruppen von 20 Wörtern in einem Meter Abstand in der Hörkabine.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG nach [§ 143 SGG](#) ist statthaft, sie ist ohne Zulassung nach [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) eröffnet, da der Beschwerdewert überschritten wird. Sie ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht im Sinne des [§ 151 SGG](#) eingelegt.

Gegenstand der Berufung ist, ob der Kläger gegen die Beklagte einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Beschaffung der Hörgeräte abzüglich bereits von der Beigeladenen gezahlter 808,887 Euro sowie abzüglich eines gesetzlichen Zuzahlungsbetrag von 20 Euro hat. Gegenstand ist neben den Ausgangsbescheiden auch der Ausführungsbescheid vom 8. Januar 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. März 2009 nach der teilweise stattgebenden erstinstanzlichen Entscheidung. Auch dieser Bescheid betrifft den geltend gemachten Anspruch und ist daher nach [§ 96 SGG](#) in den Prozess einbezogen.

Die Berufung des Klägers ist begründet. Der Kläger hat einen Anspruch auf Ersatz der Kosten der von ihm angeschafften Hörgeräte nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) gegen die Beklagte. Nach Maßgabe dieser Vorschrift hat der Leistungsberechtigte einen Erstattungsanspruch, wenn ein Rehabilitationsträger eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

Insofern ist die ursprünglich bestehende Leistungspflicht zu prüfen.

Die Beklagte hat ihre Leistungspflicht zu Unrecht verneint, denn die Zuständigkeit für die Leistungserbringung ergibt sich vorliegend aus den Kompetenzregelungen des [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX. Die Beklagte ist als zweitangegangener Träger auch für die Leistungen zuständig, die sachlich die Beigeladene als eigentlich zuständiger Leistungsträger zu erbringen gehabt hätte. [§ 14 SGB IX](#) lautet:

(1) Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach [§ 40 Abs. 4 SGB V](#). 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. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach Satz 1 nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt. Wird der Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt, werden bei der Prüfung nach den Sätzen 1 und 2 Feststellungen nach [§ 11 Abs. 2a Nr. 1](#) des Sechsten Buches und [§ 22 Abs. 2](#) des Dritten Buches nicht getroffen.

(2) Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. Muss für diese Feststellung ein Gutachten eingeholt werden, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang. Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Sätze 1 und 2 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die in Satz 2 genannte Frist beginnt mit dem Eingang bei diesem Rehabilitationsträger. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen. Kann der Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, für die beantragte Leistung nicht Rehabilitationsträger nach [§ 6 Abs. 1](#) sein, klärt er unverzüglich mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger, von wem und in welcher Weise über den Antrag innerhalb der Fristen nach den Sätzen 2 und 4 entschieden wird und unterrichtet hierüber den Antragsteller.

Zuerst angegangener Leistungsträger war hier der Rentenversicherungsträger.

Die Beklagte ist im Sinne der zitierten Regelungen ein Leistungsträger, an den ein Antrag gemäß [§ 14 Abs. 1 Satz 2](#) i.V.m. Abs. 3 Satz 3 SGB IX weitergeleitet wurde. Innerhalb der dort genannten Frist muss der Rehabilitationsträger prüfen, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz sachlich und örtlich für die beantragte oder benötigte Leistung zuständig ist. Diese Feststellung ist hier von dem Rentenversicherungsträger binnen zwei Wochen getroffen worden (Schreiben an Beklagte und Kläger vom 4. Oktober 2006). Die Weiterleitung des Antrages von dem zuerst angegangenen Leistungsträger an den nach seiner Ansicht zuständigen Rehabilitationsträger muss unverzüglich, also ohne schuldhaftes Zögern, erfolgen. Der nachgewiesene Eingang der Unterlagen bei der Beklagten wenige Tage nach Ablauf der Zweiwochenfrist für die Entscheidung wahrt diese Voraussetzung. Die Beklagte hat dann nicht mehr die Möglichkeit, die

Leistungen mit dem Verweis auf ihre sachliche Unzuständigkeit abzulehnen. Sie kann nur gemäß [§ 14 Abs. 2 Satz 3](#) und 4, Abs. 4 SGB IX einen Erstattungsanspruch gegen den tatsächlich zuständigen Leistungsträger geltend machen. Hierbei handelt es sich um eine eigenständige Anspruchsnorm, die [§§ 102 ff. SGB X](#) vorgeht. Die Beklagte hat den Anspruch des Klägers auf Rehabilitation in jedweder Richtung zu prüfen. Sie hat den Anspruch aufgrund aller in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen zu erbringen und kann nicht einwenden, dass ein anderer Träger „eigentlich“ zuständig wäre. Der Anspruch ist auch nicht zuvor bei der Beigeladenen geltend gemacht worden. Erst im Dezember 2006 nach der Weiterleitung des Antrages an die Beklagte im Oktober 2006 hat der Kläger durch den Hörgeräteakustiker einen Antrag auf „den Festbetrag“ für die Hörgeräteversorgung bei der Beigeladenen gestellt. Nach dem System des [§ 14 SGB IX](#) sind aber ohnehin spätere Anträge und Entscheidungen von anderen Rehabilitationsträgern unbeachtlich.

Der Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist im vorliegenden Fall gegenüber dem Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nachrangig. Dies legt das Gesetz in [§ 33 Abs. 8 Satz 1 Nr. 4 SGB IX](#) selbst fest. Darin heißt es, dass als Leistungen auch Kosten für Hilfsmittel umfasst sind, die u. a. wegen der Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können. Danach ist zunächst zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht für eine medizinische Rehabilitation ([§ 26 ff. SGB V](#)) und für die Hilfsmittelversorgung ([§ 31 SGB V](#)) gegeben sind (vgl. BSG, Urteil vom 21. August 2008 – [B 13 R 33/07 R](#) – zitiert nach juris). Hierbei handelt es sich nicht um Ermessensleistungen, sondern um Anspruchsleistungen, soweit die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Nach dem insoweit als Rechtsgrundlage in Betracht kommenden [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, wenn sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens bzw. nach Maßgabe des [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) aus der Versorgung in der GKV ausgeschlossen und im Einzelfall erforderlich sind, um entweder den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Demgemäß besteht nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ein Anspruch auf Hörhilfen, die kein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens und nicht nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) aus der GKV-Versorgung ausgeschlossen sind und weder der Krankenbehandlung noch der Vorbeugung einer Behinderung dienen, soweit sie im Rahmen des Notwendigen und Wirtschaftlichen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) für den von der Krankenkasse geschuldeten Behinderungsausgleich erforderlich sind. Die Hörgeräte stellen Hörhilfen im Sinne des [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) dar. Ein Leistungsanspruch gegen die Beigeladene bestand daher zum Ausgleich der allgemeinen Behinderung.

Der von den Krankenkassen geschuldete Behinderungsausgleich bemisst sich entscheidend danach, ob eine Leistung des unmittelbaren oder des mittelbaren Behinderungsausgleichs beansprucht wird. Insoweit folgt der Senat den grundsätzlichen Erwägungen des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 – [B 3 KR 20/08 R](#) – zitiert nach juris): „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 SGB V](#) als 3. Variante genannte Zweck (vgl. jetzt auch [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#)) für die im Rahmen der GKV gebotene Hilfsmittelversorgung zwei Ebenen. Im Vordergrund steht dabei 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 i.S. von [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#), weil die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer Körperfunktion als solche schon ein Grundbedürfnis in diesem Sinne ist. Deshalb kann auch die Versorgung mit einem fortschrittlichen, technisch weiterentwickelten Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend, solange ein Ausgleich der Behinderung nicht vollständig im Sinne des Gleichziehens mit einem gesunden Menschen erreicht ist ([BSGE 93, 183 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 8](#), jeweils RdNr 4 - C-Leg II). Beschränkter sind die Leistungspflichten der GKV, wenn die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der beeinträchtigten Körperfunktion nicht oder nicht ausreichend möglich ist und deshalb Hilfsmittel zum Ausgleich von direkten und indirekten Folgen der Behinderung benötigt werden (sog. mittelbarer Behinderungsausgleich).“

Die Versorgung mit Hörgeräten dient dem unmittelbaren Behinderungsausgleich, sie stellt die beeinträchtigte Sinneswahrnehmung „Hören“ zumindest teilweise wieder her. Demzufolge ist das begehrte Hörgerät grundsätzlich im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots erforderlich im Sinne von [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), wenn es nach dem Stand der Medizintechnik ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) die bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlaubt und damit im allgemeinen Alltagsleben einen erheblichen Gebrauchsvorteil gegenüber anderen Hörhilfen bietet. Der Senat folgt der Auffassung des BSG, dass es Teil des von den Krankenkassen geschuldeten möglichst vollständigen Behinderungsausgleichs ist, den hörbehinderten Menschen im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgläuschen zu eröffnen und ihnen die dazu nach dem Stand der Hörgerätetechnik jeweils erforderlichen Geräte zur Verfügung zu stellen (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 – a. a. O.).

Begrenzt ist der so umrissene Anspruch durch das Wirtschaftlichkeitsgebots des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#). Die Leistungen müssen danach "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein" und dürfen "das Maß des Notwendigen nicht überschreiten"; Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Demzufolge verpflichtet auch [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht dazu, den Versicherten jede gewünschte, von ihnen für optimal gehaltene Versorgung zur Verfügung zu stellen. Ausgeschlossen sind danach Ansprüche auf teure Hilfsmittel, wenn eine kostengünstigere Versorgung für den angestrebten Nachteilsausgleich funktionell ebenfalls geeignet ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. April 1998 – [B 3 KR 6/97 R](#) – zitiert nach juris). Ebenfalls ausgeschlossen sind technische Verbesserungen, die nicht die Funktionalität betreffen, sondern in erster Linie die Bequemlichkeit oder den Komfort bei der Nutzung des Hilfsmittels oder ästhetische Gesichtspunkte. Eingeschlossen in den Versorgungsauftrag der GKV ist eine kostenaufwendige Versorgung dagegen dann, wenn durch sie eine Verbesserung bedingt ist, die einen wesentlichen Gebrauchsvorteil gegenüber einer kostengünstigeren Alternative bietet. Das gilt bei Hilfsmitteln zum unmittelbaren Behinderungsausgleich insbesondere durch Prothesen für grundsätzlich jede Innovation, die dem Versicherten nach ärztlicher Einschätzung in seinem Alltagsleben deutliche Gebrauchsvorteile bietet (vgl. BSG, Urteile vom 6. Juni 2002 – [B 3 KR 68/01 R](#) (C-Leg I) und vom 23. Juli 2002 – [B 3 KR 66/01 R](#) (Damenperücke jeweils zitiert nach juris). Weitere Grenzen der Leistungspflicht können schließlich berührt sein, wenn einer nur geringfügigen Verbesserung des Gebrauchsnutzens ein als unverhältnismäßig einzuschätzender Mehraufwand gegenübersteht (vgl. BSG, Urteil vom 6. Juni 2002 [a. a. O.](#)).

Dass der optimale Ausgleich der Hörbehinderung des Klägers nur durch digitale Hörgeräte in der von dem Kläger letztlich selbst beschafften Güte möglich ist, ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus der Verordnung der behandelnden Ärztin, deren ergänzender befürwortender

Stellungnahme zur Vorlage gegenüber der Beigeladenen mit den Befunden und dem Befund zum Hörvermögen mit dem Hörgerät beim Hörgeräteakustiker. Der Kläger ist nach der ärztlichen Verordnung zum Ausgleich der Hörbehinderung auf die Benutzung von Hörgeräten angewiesen. Einen weitgehenden Ausgleich seiner Behinderung bieten nur digitale Hörgeräte, weil nur sie nach der ärztlichen Einschätzung dazu tauglich sind, störende Nebengeräusche zu unterdrücken bzw. mehrere gleichzeitige Lautquellen zu unterscheiden. Das Verstehen in größeren Räumen und ohne unmittelbare Ansprache auch bei störenden Nebengeräuschen betrifft keine Bequemlichkeit, sondern dient unmittelbar der Angleichung der Verständigungsmöglichkeiten mit dem Hörvermögen hörgesunder Menschen. Jede Erhöhung der Verständnissfähigkeit betrifft daher Gebrauchsvorteile, die sich im Alltag deutlich auswirken.

Das streitgegenständliche Hörgerät erreicht für den Kläger eine Verbesserung der Verständlichkeit gegenüber keinem Hörgerät von 65 %. Durch die stereophone Versorgung mit den Hörgeräten verbesserte sich das Verständnis im Störschall binaural gegenüber monaural um 15 %.

Weil die Hörgeräte schon für den Ausgleich der Behinderung des Klägers im Alltag notwendig sind, ist ein rein beruflicher Bezug der Beschaffung nicht zu erkennen. Der Senat teilt insofern die Auffassung, die auch vom BSG zum Ausdruck gebracht wird, dass bei einer Hörgeräteversorgung in der Regel immer ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betroffen sein dürfte (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 - B 3 KR 20/08 Rn. 18). Ist die Qualität der Kommunikation betroffen, sei es auch mit Störgeräuschen oder in größeren Gruppen, fehlt ein allein berufsspezifischer Vorteil. Ein allein berufsspezifischer Vorteil ist bei Berufen denkbar, in denen besondere Anforderungen an das Gehör gestellt werden, so etwa im Bereich der Differenzierung von Tönen (z. B. Toningenieur) oder bei Instrumenten mit feinen akustischen Signalen. Es ist insofern auch nicht erheblich, dass der Kläger selbst meint, das digitale Hörgerät hauptsächlich für den Beruf zu brauchen. Im Alltag kann eine weniger optimale Verständigungsmöglichkeit besser kompensiert werden, bzw. können Verständigungsfehler eher hingenommen werden, als in einer beruflichen Besprechung. Dies ändert aber nichts daran, dass ein Anspruch auch darauf besteht, sich im Alltag optimal verständigen zu können.

Die materielle Leistungspflicht ist nicht auf eine Versorgung bzw. Kostenerstattung nach Festbeträgen begrenzt. Die gesetzlichen Befugnisse ([§ 36 SGB V](#)), die Leistungsverpflichtung durch Festbeträge zu begrenzen, kann nicht dazu führen, den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung einzuschränken. Die Bestimmung von Festbeträgen kann auch nicht als Festlegung eines Eigenanteils gelten, weil zu einer solchen Regelung nur der Gesetzgeber berechtigt ist (vgl. BVerfG, Urteil vom 17. Dezember 2002 - [1 BvL 28/95](#) u. a. - zitiert nach juris). Demzufolge ist die Beschränkung auf einen Festbetrag unbeachtlich, wenn hiermit ein Behinderungsausgleich nicht möglich ist.

Das BSG hat hierzu ausgeführt:

„Objektiv ausreichend sei der Festbetrag, wenn die Summe - von atypischen Ausnahmefällen abgesehen - die erforderliche Versorgung prinzipiell jedes betroffenen Versicherten abdecke. Gewährleistet sei die erforderliche Versorgung zum Festbetrag, wenn sich ein Betroffener die ihm zustehende Leistung mit einem Mindestmaß an Wahlmöglichkeit zumutbar beschaffen kann. Maßgebend für die gerichtliche Beurteilung des Festbetrages in tatsächlicher Hinsicht sei der Versorgungsbedarf, wie er von dem zu entscheidenden Einzelfall ausgehend für jeden Betroffenen in vergleichbarer Lage allgemein bestehe. Soweit diese Adressaten einen sachlich und zeitlich übereinstimmenden Versorgungsbedarf hätten, lasse sich die Rechtmäßigkeit der Festbetragsfestsetzung nur einheitlich beurteilen. Maßgeblich sei insoweit nicht die Möglichkeit der ausreichenden Versorgung im konkreten Einzelfall, sondern die ausreichende Bemessung des Festbetrages zur Erfüllung des Versorgungsbedarfes, wie er sich in diesem Rechtsstreit allgemein darstelle“ (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) - a. a. O.). Auch unter Anwendung dieser Kriterien muss - wie auch das BSG an anderer Stelle selbst betont - aber gewährleistet sein, dass die Festbetragsregelung nicht zu einer Leistungseinschränkung führt. Ansonsten würden die verfassungsrechtlichen Vorgaben verletzt. Die Hörfähigkeit des Klägers ist erheblich eingeschränkt. Es liegt eine mittelgradige bis hochgradige Hörminderung vor. Im Hochtonbereich ab 2 kHz ist der Kläger beidseits hochgradig hörgemindert. Im Frequenzbereich 1 kHz liegt eine Hörminderung beidseits von 50 - 75 % vor. Diese ist nach der nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung nur durch ein mehrkanaliges digitales Hörgerät auszugleichen. Diese Notwendigkeit beruht nicht auf atypischen Besonderheiten, sondern beruht auf der geringen Restdynamik, was zu einer erheblichen Lärmempfindlichkeit führt. Diese kann nur durch moderne hochwertige Hörgeräte ausgeglichen werden, welche mit Hörprogrammen sich auf die jeweilige Geräuschsituation einstellen. In einem vergleichbaren Fall kam das LSG B.-B. in einem Urteil vom 9. März 2011 - [L 9 KR 302/07](#) (zitiert nach juris) in Bezug auf eine beiderseitige Hörminderung von rechts 61 % und links 75 % zu dem Ergebnis, dass ein Festbetrags Hörgerät keine ausreichende Versorgung gewährleistet.

Es ist nicht zu erkennen, dass der Kläger mit einem preisgünstigeren Hörgerät vergleichbar gut versorgt werden kann und ihm eine Inanspruchnahme einer kostengünstigeren Versorgung hätte zugemutet werden können. Der Kläger hat sich bei einem Hörgeräteakustiker mehrere Hörgeräte anpassen lassen. Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Anpassung unsachgemäß erfolgte oder zielgerichtet auf ein besonders preisintensives Gerät ausgerichtet war. Die Unterschiede bei der Verbesserung der Quote der verstandenen Wörter sind so erheblich, dass das vom Kläger ausgewählte Gerät erhebliche Gebrauchsvorteile gegenüber den anderen getesteten Geräten aufweist. So besteht eine um 20 % höhere Quote der verstandenen Wörter (85% statt 65 %) gegenüber dem nächsten getesteten Hörgerät. Dies stellt eine ganz erhebliche Verbesserung dar. Angesichts der Notwendigkeit ein Hörgerät anzupassen und ein bis zwei Wochen zum Test zu tragen, musste der Kläger keine weiteren Anstrengungen unternehmen, um herauszufinden, ob es noch günstigere gleichwertige Hörhilfen auf dem gesamten Hörgerätemarkt gibt. Hierbei ist auch zu beachten, dass weder die Beklagte noch die Beigeladene dem Kläger im Sinne der Wirtschaftlichkeit Vorschläge unterbreitet haben, welche anderen preiswerteren Hörgeräte mit gleichwertigen Ergebnissen für die Versorgung in Betracht kommen. Nur wenn dies der Fall gewesen wäre, hätte es für den Kläger Anlass gegeben, andere Hörgeräte von anderen Herstellern zu testen.

Der Hilfsantrag des Beklagten war unzulässig. Zwar ist auch eine Eventualwiderklage im Berufungsverfahren unter den Voraussetzungen von [§ 100 SGG](#) zulässig. Vorliegend macht die Beklagte aber gar keinen eigenen selbständigen Gegenanspruch gegen den Kläger geltend, sondern will gegen die Beigeladene vorgehen. Dies ist nur in Ausnahmefallkonstellationen wie bei einer notwendigen Beiladung nach [§ 75 Abs. 2 SGG](#) zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 29. Juni 1962 - [2 RU 109/58](#)). Eine solche liegt hier nicht vor. Aufgrund der Regelung in [§ 14 Abs. 1](#) und [2 SGB IX](#) kommt im Verhältnis zu dem Kläger nur eine Verurteilung der Beklagten in Betracht. Die Beklagte allein ist auch aus der Sicht des Klägers möglicher Anspruchsgegner. Ein möglicher nachgelagerter Erstattungsanspruch der Beklagten gegen die Beigeladene berührt nur die wirtschaftlichen Interessen der Beigeladenen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#). Die Kosten der Beigeladenen sind nicht erstattungsfähig.

Die Revision ist nicht zuzulassen. Es liegen keine Zulassungsgründe nach [§ 160 SGG](#) vor. Es handelt sich um einen Einzelfall auf gesicherter höchstrichterlicher Rechtsprechung.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-12-12