

L 5 KR 867/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 1995/04
Datum
21.12.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 867/07
Datum
18.11.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 21. Dezember 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung der den einschlägigen Festbetrag übersteigenden Kosten für ein (digitales) Hörgerät.

Der 1997 geborene Kläger leidet an einer progredienten Innenohrschwerhörigkeit beidseits. Er wurde deshalb im August 2000 (zuletzt) mit einem mehrkanaligen Hörgerät Oticon digi Focus II Power beidseits versorgt.

Am 6. August 2003 stellte der Arzt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Hals-Nasen-Ohren Heilkunde Dr. Boppert dem Kläger eine Verordnung über eine Hörhilfe beidseits wegen Verschlechterung des Hörvermögens (Progredienz) aus. Beim Kläger liege eine hochgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits vor. In einer weiteren Bescheinigung vom 11. Dezember 2003 bestätigte Dr. Boppert, dass eine digitale Versorgung erforderlich sei (Bl. 1/2 Verwaltungsakte -VA-).

Der Kläger ließ sodann bei der Firma Sapper Hörgeräte verschiedene Geräte testen. Mit dem Gerät Phonak Aero 311 Digital erreichte er nach der Mitteilung der Firma Sapper vom 29. Dezember 2003 im Rahmen der Hörgeräteanpassung ein Hörverständnis von 100 % beidseits, bei dem Gerät Siemens Prisma P2 Digital habe das Hörverständnis bei 80 % gelegen und mit dem Hörgerät Phonak Novoforte E4 sei ein Hörverständnis von 75 % beidseits erreicht worden und beim bisherigen Altgerät von 50 %. Ohne Hörgerät habe das Hörverständnis des Klägers bei 20 % gelegen.

Am 5. Januar 2004 beantragte der Kläger (vertreten durch seine Eltern) unter Vorlage der ohrenärztlichen Verordnung von Dr. Boppert vom 6. August 2003, des Anpassungsberichts der Firma Sapper und weiterer medizinischer Unterlagen sowie eines Kostenvoranschlags der Firma Sapper vom 29. Dezember 2003 die Übernahme der ihm entstehenden Kosten. Nach dem Kostenvoranschlag der Firma Sapper ergaben sich für das vom Kläger gewählte Modell Phonak Aero 311 ein Preis von jeweils 1.567,74 EUR. Der Anteil der Krankenkassen im Rahmen der Festbetragsregelung belief sich damit für dieses Gerät auf jeweils 843,63 EUR, sodass eine Zuzahlung von jeweils 724,11 EUR verblieb. Gegenüber dem festgesetzten Festbetrag ergab sich deshalb eine Zuzahlung des Klägers in Höhe von insgesamt 928,22 EUR nach Abzug eines "Kinderrabatts" von 520 EUR.

In der daraufhin von der Beklagten eingeholten sozialmedizinischen Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Krankenkassen Baden-Württemberg (MDK) vom 11. März 2004 führte Dr. Grumann aus, auf Grund der vorliegenden Unterlagen sei davon auszugehen, dass beim Kläger ein beidseitiger Hörverlust durch Schallempfindlichkeitsstörung in hochgradiger Ausprägung vorliege. Die letzte Hörgeräteversorgung sei im August 2000 durchgeführt worden. Eine Neuversorgung sei gerechtfertigt, da zwischenzeitlich eine gravierende Hörverschlechterung eingetreten sei. Auf Grund der audiologischen Daten könne die Hörhilfenversorgung im Rahmen des für die Beklagte gültigen Kinderhörhilfenvertrages durchgeführt werden, da nach dem vorliegenden Tonaudiogramm eine einkanalige Hörhilfenversorgung ausreichend und zweckmäßig sei.

Mit Bescheid vom 30. März 2004 lehnte die Beklagte daraufhin die Erstattung der entstandenen Mehrkosten ab. Für die vom Kläger

benötigten Hilfsmittel sei ein Festbetrag festgesetzt worden. Es bestehe kein Anspruch auf die jeweils denkbar optimale Versorgung, sondern nur auf eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung. Wähle ein Versicherter ein aufwändigeres Hilfsmittel als medizinisch notwendig bzw. beauftrage er einen Leistungserbringer mit der Versorgung, der nicht bereit sei, zu den Festbeträgen eine Versorgung vorzunehmen, so habe er hierfür die entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen. Über die Höhe der zu leistenden Eigenbeteiligung hätten die Leistungserbringer bereits bei der Auswahl des Hilfsmittels zu informieren. Die Krankenkasse habe mit der Übernahme der Festbeträge den Leistungsanspruch des Versicherten erfüllt, auch wenn der Versicherte sich für ein Hilfsmittel entschieden habe, dessen Preis oberhalb des Festbetrages liege. Auch der zur Beratung hinzugezogene MDK könne eine weitergehende Kostenübernahme nicht empfehlen. Zwar könne auf Grund der gravierenden Hörverschlechterung einer vorzeitigen Hörgeräteneuerversorgung beidseits zugestimmt werden, diese sei aber laut MDK im Rahmen des für die Beklagte gültigen Kinderhörhilfenvertrages möglich, da nach den vorliegenden Hörmessungen eine einkanalige Technik ausreichend und zweckmäßig sei. Da der Hörgeräteakustiker die Kindervertragssätze bereits mit der Beklagten abgerechnet habe, sei eine weitergehende Kostenübernahme leider nicht möglich.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch mit der Begründung, bei dem von der Beklagten empfohlenen Gerät Phonak Novoforte E4 handele es sich um ein einkanaliges Hörgerät. Er sei aber bereits vorher durch Mehrkanalgeräte versorgt worden. Nur Mehrkanalhörgeräte würden eine ausreichende Versorgung gewährleisten. Mit analogen Geräten sei er unterversorgt. Im Hinblick auf die anstehende Einschulung in eine Regelschule müsse auch bedacht werden, dass er einer hohen akustischen Belastung ausgesetzt sei. Hörgeräte mit analoger Verstärkungstechnik würden nicht den Anforderungen an eine medizinisch ausreichende und zweckmäßige Versorgung entsprechen. Die Vorteile der digitalen Geräte bestünden in einer saubereren Tonwiedergabe, weniger Verzerrungen und sehr geringen Tongeräuschen. Außerdem werde Sprache gegenüber Störgeräuschen bevorzugt übertragen. Insbesondere während der sprachvulnerablen Phase in der Entwicklung sei ein ausreichend funktionierendes Hörgerät notwendig. Zur Ergänzung legte der durch seinen Vater vertretene Kläger ein Schreiben der Firma Sapper vom 8. April 2004 bei, in dem ausgeführt wurde, im Störschall habe der Kläger mit digitalen Hörgeräten 80 % Hörverständnis erzielt, mit linear verstärkten Hörsystemen wie dem Novoforte E4 nur 50 %. Eine Verbesserung von 30 % durch digitale Geräte in geräuschvoller Umgebung sei notwendig. Für den Kläger sei eine ausreichende Hörgeräteversorgung nur mit digitalen Hörsystemen zweckmäßig.

Mit Widerspruchsbescheid vom 2. Juni 2004 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte u. a. nochmals aus, dass durch den bewilligten Vertragspreis eine medizinisch ausreichende Versorgung gewährleistet und eine weitergehende Kostenübernahme nicht möglich sei. Soweit für ein Hilfsmittel ein Festbetrag festgesetzt worden sei, trage die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages. Für andere Hilfsmittel übernehme sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Die Beträge seien so bemessen, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleistet sei. Sofern der Versicherte eine höherwertige Versorgung in Anspruch nehme, habe er den Differenzbetrag selbst zu zahlen.

Hiergegen hat der Kläger durch seinen Bevollmächtigten am 2. Juli 2004 Klage vor dem Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben. Ergänzend zum Vortrag im Verwaltungsverfahren hat der Bevollmächtigte noch ausgeführt, der Kläger leide am sogenannten HDR-Syndrom. Diese Erkrankung führe dazu, dass ein Vitamin-D-Mangel vorliege und er am linken Ohr mittelgradig progredient und am rechten Ohr hochgradig progredient schwerhörig sei. Aus den vorgelegten ärztlichen Gutachten von Dr. Boppert einerseits und den Feststellungen der Firma Sapper andererseits ergebe sich nicht nur eine fortschreitende Verschlechterung der Innenohrschwerhörigkeit, sondern auch die Tatsache, dass nur mit der jetzt verordneten und jetzt erworbenen Hörhilfe Phonak Aero 311 für den Kläger, der im September 2004 die erste Klasse einer allgemeinbildenden Grundschule besuchen werde, eine optimale Hörversorgung und damit Kommunikation mit der Umwelt, insbesondere auch in der Schule, sichergestellt sei. Außerdem sei der Kläger bereits vor der hier umstrittenen Versorgung mit einem digitalen Hörgerät versorgt gewesen und ein Festbetrag nach [§ 36 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenkasse - \(SGB V\)](#) nicht festgesetzt worden.

Die Beklagte ist dem entgegen getreten und hat zum Einen darauf verwiesen, dass sie die Leistungspflicht durch die Übernahme der Kosten, die sich aus dem Kinderhörhilfebetrags für die beantragten Hörgeräte ergeben hätten, voll umfänglich erfüllt habe. Im Übrigen sei auch für das hier streitige Hörgerät Phonak Aero 311 ein Festbetrag festgesetzt worden. Dieses Gerät sei der Festbetragsgruppe 3 unter der Hilfsmittelposition Nr. 13.20.03.2080 zugeordnet worden. Es handele sich dabei um ein Gerät, das vom Hörgeräteakustiker zum Festbetrag abgegeben werden könne. In diesem Falle scheidet deshalb eine höhere Kostenübernahme seitens der Beklagten grundsätzlich aus. Im Falle des Klägers habe die Beklagte Kosten sogar über den Festbetrag hinaus übernommen. Die Beklagte hat in dem Zusammenhang auch einen Auszug aus dem GKV-Hilfsmittelverzeichnis vorgelegt sowie ein Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 8. März 2005 ([L 11 KR 1913/04](#)).

Mit Urteil vom 21. Dezember 2005 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass ein weitergehender Anspruch des Klägers auch auf Übernahme der Zuzahlung in Höhe von 928,22 EUR gegenüber der Beklagten nicht bestehe, diese vielmehr mit der Übernahme der anteiligen Kosten in Höhe der Festbeträge ihre Leistungspflicht erfüllt habe. Für das Hörgerät Phonak Aero 311 sei ein Festbetrag nach der Festbetragsgruppe 3 unter Hilfsmittelposition 13.20.03.2080 festgesetzt. Nach [§ 33 Abs. 2 SGB V](#) trage die Krankenkasse die Kosten für ein erforderliches Hilfsmittel bis zur Höhe des Festbetrages nach [§ 36](#). Damit erfülle die Beklagte die ihr obliegende Verpflichtung zur Versorgung mit Hilfsmitteln. Die Beklagte habe den Anspruch des Klägers auf Versorgung mit einem Hilfsmittel nach [§ 33 Abs. 1 SGB V](#) durch Übernahme der Kosten bis zur Höhe des Festbetrages nach [§ 33 Abs. 2 SGB V](#) erfüllt. Tatsächlich habe die Beklagte dem Kläger bereits einen höheren Betrag erstattet, als es nach der Festbetragsregelung ihre Verpflichtung wäre. Ein darüber hinausgehender Anspruch des Klägers bestehe nicht. Wenn ein Festbetrag für ein Hilfsmittel festgesetzt werde, seien damit grundsätzlich weitergehende Kostenerstattungsansprüche des Versicherten ausgeschlossen. Dies ergebe sich aus der Rechtsnatur der Festbeträge, die das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#) konkretisierten. Für gleichartige und gleichwertige Hilfsmittel seien demnach Festbeträge zu bilden, die der unterschiedlich ausgeprägten Beeinträchtigung des Hörvermögens Rechnung tragen würden. Von der Festbetragsgruppe 3 würden Geräte erfasst, die bei einer sehr stark ausgeprägten Hörminderung des Versicherten erforderlich würden. Bei der Bildung der Festbetragsgruppen seien die Spitzenverbände davon ausgegangen, dass auch die schwere Hörminderung durch Geräte dieser Festbetragsgruppe ausreichend ausgeglichen werden könne. Auch beim Kläger sei eine ausreichende Versorgung mit eben dem von ihm gewählten Gerät aus der Festbetragsgruppe 3 gelungen. Wenn dem zu Folge ein Versicherter mit einem Gerät der jeweiligen Festbetragsgruppe ausreichend versorgt werden könne, habe er im Einzelfall keinen Anspruch auf ein Gerät außerhalb dieser Festbetragsregelung oder auf Erstattung eines Preises, den der Hörgeräteakustiker über dem Festbetrag berechne. Vielmehr sei davon

auszugehen, dass sein Bedarf innerhalb der durch die Festbeträge vorgegebenen Kosten befriedigt werden könne (mit Hinweis auf die bereits zitierte Entscheidung des LSG BW - [L 11 KR 1913/04](#)). Ein weitergehender Anspruch des Klägers auf der Grundlage eines sogenannten sozialrechtlichen Herstellungsanspruches bestehe ebenfalls nicht. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch, der sich unter Umständen wegen einer falschen, fehlerhaften oder nicht ausreichenden Beratung durch die Beklagte ergeben könnte, sei darauf gerichtet, den Zustand herzustellen, der bei ordnungsgemäßer Beratung durch die Beklagte bestehen würde. Mit dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch könne also lediglich ein rechtmäßiger Zustand wieder hergestellt werden. Ein solcher wäre allenfalls auf eine Versorgung zum Festbetrag gerichtet. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch könne weitergehende Kosten nicht erfassen, weil ansonsten nicht ein rechtmäßiger, sondern ein rechtswidriger Zustand begründet wurde. Folglich sei es unerheblich, ob die Beklagte den Kläger - wie in der mündlichen Verhandlung vorgetragen worden sei - nicht ausreichend beraten habe.

Der Kläger hat gegen das seinem Bevollmächtigten mit Empfangsbekanntnis am 17. Januar 2006 zugestellte Urteil am 16. Februar 2006 Berufung eingelegt (L 5 KR 757/06). Zur Begründung macht der Bevollmächtigte geltend, zu Unrecht sehe die Beklagte ihre Leistungspflicht als erfüllt an, wenn sie sich darauf beschränke, die Kosten des Hörgeräts bis zur Höhe des Festbetrages nach [§ 36 SGB V](#) zu übernehmen. Der von der Beklagten geleistete Festbetrag beschränke die Leistungspflicht der Beklagten vorliegend nicht, weil der Ausgleich der konkreten Behinderung des Klägers mit den zu diesem Betrag auf dem Markt für Hörhilfen verfügbaren Hörgeräten nicht in dem Maße möglich sei, das vom Anspruch des Klägers auf Hilfsmittelversorgung bestimmt werde. Das Bundesverfassungsgericht habe mit Urteil vom 17. Dezember 2002 ([1 BvL 28/95](#), 29/95 und 30/95) festgestellt, dass die Festbetragsfestsetzung dann nicht mehr gesetzeskonform sei, wenn den Versicherten das Sachleistungsprinzip selbst im unteren Preissegment nicht erhalten bleibe und der Versicherte, der Hilfsmittel benötige, diese abgesehen von äußersten oder eher zufälligen Ausnahmen nicht mehr als Sachleistung ohne Eigenbeteiligung beziehen könne. Das BSG habe dies dahingehend konkretisiert, dass der für ein Hilfsmittel festgesetzte Festbetrag die Leistungspflicht der Krankenkassen dann nicht mehr begrenze, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreiche (Hinweis auf Urteil des BSG vom 23. Januar 2003 - [B 3 KR 7/02 R](#)). Solle ein Hilfsmittel die Ausübung einer beeinträchtigten Körperfunktion unmittelbar ermöglichen, ersetzen oder erleichtern, sei grundsätzlich ein Hilfsmittel zu gewähren, das die ausgefallene bzw. gestörte Funktion soweit wie möglich kompensiere, also den umfassendsten Gebrauchsvorteil gewähre. Beim Kläger liege ein beidseitiger Hörverlust durch Schallempfindlichkeitsstörung in hochgradiger Ausprägung vor. Im Hinblick auf die anstehende Einschulung des Klägers in eine Regelschule müsse berücksichtigt werden, dass er einer hohen akustischen Belastung ausgesetzt sei. Hörgeräte mit lediglich analoger Verstärkungstechnik genügten den Anforderungen an eine medizinisch ausreichende und zweckmäßige Versorgung daher nicht. Allein durch ein digitales Gerät sei eine saubere Tonwiedergabe gewährleistet. Lediglich mit dem Gerät Phonak Aero 311 sei letztendlich der Besuch in einer allgemeinbildenden Grundschule erfolversprechend möglich. Bereits vor der umstrittenen Versorgung mit dem Gerät Phonak Aero 311 sei der Kläger mit einem digitalen Hörgerät versorgt worden. Er müsse sich daher nicht auf das von der Beklagten angebotene Modell Phonak Novoforte E4 verweisen lassen. Denn der Sachleistungsanspruch des Versicherten erstrecke sich auf das technisch fortschrittlichere Hilfsmittel (Hinweis auf Urteil des BSG vom 6. Juni 2002 - [B 3 KR 68/01 R](#)). Es sei richtig, dass für das Hörgerät Phonak Aero 311 ein Festbetrag nach der Festbetragsgruppe 3 und der Hilfsmittelposition 13.20.03.2080 festgesetzt sei. Sinn und Zweck der Festbeträge sei es, die Auswahl und Beschaffung von Leistungen, soweit diese über das Maß des Erforderlichen hinaus gingen, der Eigenverantwortung des Versicherten zuzuweisen. Die Befugnis, Festbeträge festzusetzen, sollte den Sachleistungsanspruch der Versicherten nicht einschränken. Dies laufe jedoch leer, wenn die Festbeträge eine Versorgung mit modernen Geräten, die gegenüber herkömmlichen Geräten wesentlich Gebrauchsvorteile aufweisen würden, generell nicht mehr ohne Zahlung eines Eigenanteils zuließen. Da vorliegend für den Kläger als medizinisch notwendige Versorgung nur das Hörgerät Phonak Aero 311 in Betracht komme, seien die Kosten für dieses von der Beklagten auch vollständig zu erstatten. Der Kläger habe ausreichend nachgewiesen, dass das Hörgerät Phonak Aero 311 im Alltag wesentliche Gebrauchsvorteile gegenüber den bisherigen Geräten aufweisen würde. Es sei in diesem Falle Sache der Beklagten, nachprüfbar darzulegen, wo der Kläger ein gleichwertiges Gerät zum festgesetzten Preis erwerben könne. Dem sei die Beklagte nicht nachgekommen, es sei nicht Sache des Versicherten auf dem Markt für Hörgeräte nach einem Anbieter Ausschau zu halten, der das Hörgerät um 928,22 EUR günstiger anbiete. Die Preise für Hörgeräte würden ohnehin frei kalkuliert und könnten ständigen Änderungen unterliegen. Es sei in diesem Zusammenhang nicht nachvollziehbar, weshalb dem Kläger nicht auch aus dem sogenannten sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ein Anspruch auf Zahlung des Restbetrages zustehe. Die Beklagte habe den Kläger nicht ausreichend darüber beraten, wo der Kläger das Hörgerät zum Betrag aus der Festbetragsgruppe erwerben könne. Weshalb der sozialrechtliche Herstellungsanspruch hier zu einem rechtswidrigen Zustand führen solle, sei unverständlich.

Das Verfahren wurde mit Beschluss vom 22. Mai 2006 im Hinblick auf das gegen die Entscheidung des LSG Baden-Württemberg vom 8. März 2005 ([L 11 KR 1913/04](#)) anhängige Revisionsverfahren (B 3 KR 10/05 R) zum Ruhen gebracht. Nachdem das Revisionsverfahren jedoch ohne Entscheidung auf Grund eines Vergleiches zwischen den Beteiligten dort beendet wurde, wurde es von den Beteiligten am 14./27. Februar 2007 wieder angerufen und unter dem Aktenzeichen [L 5 KR 867/07](#) fortgeführt. Der Kläger ist seit April 2009 mit einem digitalen Hörgerät versorgt, dessen Kosten die Beklagte vollständig übernommen hat.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 21. Dezember 2005 sowie den Bescheid der Beklagten vom 30. März 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Juni 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 928,22 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend und verweist ergänzend auf die Entscheidung des LSG Baden-Württemberg vom 8. März 2005 ([L 11 KR 1913/04](#)). Das LSG habe in der Entscheidung vom 8. März 2005 eine Klage auf weitere Erstattung über den Höchstbetrag hinaus abgelehnt und habe u. a. festgestellt, dass ein Hörvermögen mit 80 v. H. ausreichend ausgeglichen sei. In dem Zusammenhang verweise die Beklagte auf die Bestätigung der Firma Sapper vom 29. Dezember 2003, wonach auch mit dem Hörgerät Siemens Prisma P II Digital ein Hörverständnis von 80 v. H. habe erreicht werden können. Die hier beantragten Geräte seien damit nicht die einzigen, die ausreichendes Hörvermögen vermittelten.

Außerdem sei der Beklagten zwischenzeitlich aus einem anderen Rechtsstreit und einem Gutachten des MDK in Hessen bekannt geworden,

dass es auch zumindest drei digitale Hörgeräte gebe, die von den meisten Hörgeräteakustikern zum Vertragspreis für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgegeben würden, nämlich die Geräte Solo der Firma Phonak, Go der Firma Aticon und Supero der Firma Phonak. Bei den Geräten Solo und Go handele es sich um zweikanalige Geräte. Nach einem im Jahr 2002 in das Internet gestellten Rundbrief der berufs- und studienbegleitenden Beratungsstelle für Hörgeschädigte mit dem Titel "Umsteigen auf digitale Hörgeräte?" sei seinerzeit bei digitalen Hörgeräten von einer Gewinnmarge der Hörgeräteakustiker von 400 bis 700 % ausgegangen worden. Von daher sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit digitalen Hörgeräten nicht möglich sein sollte, sofern die Hörgeräteakustiker nicht auf derart hohen Gewinnmargen beharrten. Die Festbeträge für Hörhilfen (die entsprechenden Übersichten seien ebenfalls über das Internet abrufbar) seien in den letzten Jahren trotz der zunehmenden Verbreitung digitaler Geräte nicht gestiegen, sondern gesunken. Da von einer Mischkalkulation der Hörgeräteakustiker ausgegangen werde, gelte für Ein- und Mehrkanalige, analoge und digitale Geräte der gleiche Festbetrag. Eine Anfechtung bzw. Beanstandung der Festbetragsfestsetzung sei jedenfalls bislang nicht erfolgt. Um den besonderen Bedürfnissen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen, werde hier nach wie vor nach der hierfür geltenden speziellen Vereinbarung verfahren, wobei der dort vereinbarte Höchstpreis immer noch ganz erheblich über den für Erwachsene geltenden Festbeträgen liege. Entgegen dem Vortrag der Gegenseite sei es auch sehr wohl Angelegenheit der Versicherten selbst, Angebote mehrerer Hörgeräteakustiker einzuholen, wenn sich der zunächst ausgewählte Anbieter zu einer zuzahlungsfreien Versorgung nicht in der Lage sehe. Sinn der Festbetragsregelung sei es, einen verstärkten Wettbewerb der Leistungsanbieter in Gang zu bringen. Zweck der Festbetragsregelung sei es dagegen nicht, die Krankenkassen zu verpflichten, ständig Marktforschung zu betreiben und eigene Hörgeräteakustiker zu beschäftigen, um Versicherten, die eine über den Festbetrag hinausgehende Versorgung beantragten, ein anderes geeignetes und möglichst zuzahlungsfreies Gerät unter Einschaltung des jeweils günstigsten Anbieters quasi frei Haus liefern zu lassen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert von 500,- EUR ist überschritten. Der Kläger begehrt hier noch die weitere Erstattung von Kosten in Höhe von 928,22 EUR.

II.

Die Berufung des Klägers ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, da ein Anspruch des Klägers auf Übernahme der im Zusammenhang mit der Anschaffung der Hörgeräte Phonak Aero 311 über die von der Beklagten übernommenen Festbeträge hinausgehenden Kosten durch die Beklagte nicht besteht.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Anspruchs sind die Bestimmungen der [§ 2 Abs. 2 Satz 1](#), [13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), wobei die im Jahr 2004 geltende Gesetzesfassung maßgeblich ist, weil die Verpflichtung des Klägers zur Zahlung des von der Krankenkasse nicht übernommenen Restbetrages von 928,22 EUR erst im Jahr 2004 entstanden ist (vgl. BSG Urt. v. 6. September 2007 - [B 3 KR 20/06 R](#) -). Gem. [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erhalten die Versicherten die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen. Kostenerstattung findet nur statt, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist. Hierfür kommt insbesondere die Regelung in [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V betrifft die Kostenerstattung bei hier unstreitig nicht in Rede stehenden unaufschiebbaren (Notfall-)Leistungen (dazu näher etwa Senatsurteil vom 22. November 2006, - [L 5 KR 1015/06](#) -). Im Übrigen sind dem Versicherten gem. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V die Kosten für eine selbst beschaffte Leistung zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war und die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Aus Wortlaut und Zweck dieser Vorschrift folgen Vorgaben für den Beschaffungsweg bei selbst beschafften Leistungen. Zwischen der rechtswidrigen Ablehnung der Leistung und der Kostenlast des Versicherten muss ein Kausalzusammenhang bestehen (vgl. etwa BSG, Urteil vom 20. Mai 2003 - [B 1 KR 9/03 R](#) -; Urteil vom 19. Februar 2003 - [B 1 KR 18/01 R](#) -). Der Erstattungsanspruch ist daher ausgeschlossen, wenn der Versicherte vor der Inanspruchnahme bzw. Beschaffung der Leistung nicht die Entscheidung der Krankenkasse über deren Gewährung abgewartet hat. Das Abwarten (auch) der Entscheidung über einen gegen die Leistungsablehnung eingelegten Widerspruch ist in der Regel aber nicht notwendig (BSG, Urt. v. 23. Juli 2002, - [B 3 KR 66/01 R](#) -).

Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V sind nicht erfüllt. Dem Kläger kann allerdings nicht entgegen gehalten werden, er habe den vorgeschriebenen Beschaffungsweg nicht eingehalten (unten 1.). Die Beklagte hat ihre Leistungspflicht aber mit der Gewährung des für Hörgeräte vorgesehenen Festbetrags ([§ 36 SGB V](#)) erfüllt (unten 2.) und ein Systemmangel, der ausnahmsweise die Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Kosten rechtfertigen könnte, liegt nicht vor (unten 3.). Damit ist die begehrte Leistung i. S. d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V nicht zu Unrecht abgelehnt worden.

1. Entgegen der Auffassung der Beklagten hat der Kläger den in [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V vorgesehenen Beschaffungsweg eingehalten. Er hatte nämlich mit einem erstmals am 5. Januar 2004 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben beantragt, die Kosten für die Versorgung mit digitalen Hörgeräten zu übernehmen. Diesen Antrag lehnte die Beklagte, die zunächst den MDK befragt hatte, mit Bescheid vom 30. März 2004 der Sache nach insoweit ab, als die Übernahme der den Festbetrag übersteigenden Kosten verweigert wurde; die Beklagte erklärte sich nur zur Versorgung des Klägers mit einem Festbetragsgerät bereit. Erst danach hat der Kläger, was zwischen den Beteiligten insoweit unstreitig ist, das Hörgerät Phonak Aero 311 erworben und der Firma Sapper den von der Beklagten nicht übernommenen Restbetrag von 928,22 EUR bezahlt. Dem Kläger kann danach nicht vorgehalten werden, er habe sich die Hörgeräte noch vor einer (Ablehnungs-)Entscheidung der Beklagten beschafft. Unschädlich ist, dass bereits im Herbst 2003 ein Hörgerätetest durchgeführt worden war, bei dem man unterschiedliche Hörgeräte erprobt hatte. Dies diente ebenso wie die daran anschließende Überlassung des als voraussichtlich geeignet ausgewählten Geräts zur weiteren kostenlosen Erprobung und die Erstellung des Kostenvoranschlags vom 29. Dezember 2003 nach erfolgreicher Erprobung nur der Vorbereitung eines ggf. an die Beklagte heranzutragenden Leistungsbegehrens. Der gesamte Vorgang von der probeweisen Anpassung eines möglicherweise geeigneten Hörgeräts bis zur Anfertigung des Kostenvoranschlags

liegt im Vorfeld des eigentlichen Beschaffungsgeschäfts, dem späteren Abschluss des Kaufvertrags über die Hörgeräte, und steht der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs gem. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V daher nicht entgegen, wobei letzteres von der Beklagten auch nicht weiter in Frage gestellt wurde. Dem Kläger kann insoweit nicht verwehrt werden, vor Antragstellung bei der Krankenkasse zunächst, ggf. mit Hilfe eines Hörgeräteakustikers, zu klären, ob die Versorgung mit einem digitalen Hörgerät für ihn überhaupt in Betracht kommen kann oder mangels individuellen Nutzens besser unterbleiben sollte (vgl. auch OVG Sachsen, Ur. v. 4. April 2006, - [4 B 384/03](#) -).

2. Die Beklagte hat ihre Leistungspflicht aus [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) mit der Gewährung des einschlägigen Festbetrags jedoch erfüllt. Den Differenzbetrag zum Abgabepreis des Hilfsmittelherstellers muss der Kläger selbst tragen.

Gem. [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung (zum Behinderungsbegriff die auch hier maßgebliche Definition in [§ 2 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch, SGB IX) vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) ausgeschlossen sind.

Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist allein die medizinische Rehabilitation, also die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktion einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Der Erfüllung dieser Aufgabe dient auch die gem. [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) geschuldete Versorgung mit Hilfsmitteln. Die Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen umfasst daher unmittelbar an der Behinderung selbst ansetzende, also die Ausübung einer beeinträchtigten Körperfunktion unmittelbar ermöglichende, ersetzende oder erleichternde Hilfsmittel (z. B. Prothesen) und darüber hinaus auch solche (nur) an den Folgen der Behinderung ansetzende Hilfsmittel (z. B. Rollstühle), die die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigen oder mildern und damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betreffen. Für den Ausgleich der allein das Berufsleben oder das gesellschaftlichen Leben im Übrigen betreffenden Behinderungsfolgen muss die Krankenversicherung indessen nicht sorgen; dies ist Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme. Zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens im hier maßgeblichen Sinn gehören das Gehen, Stehen, Greifen, Sehen, Hören, Aufnehmen der Nahrung, Ausscheiden, (elementare) Körperpflege, selbstständige Wohnen sowie Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums, außerdem auch der Erwerb einer elementaren Schulbildung, nicht jedoch die darüber hinausgehende Ausbildung zur Ausübung qualifizierter Berufe, etwa durch ein Hochschulstudium (BSG, Ur. v. 30. Januar 2001, - [B 3 KR 10/00 R](#) - "Jura-Studium"). Die Gebrauchsvorteile eines (verbesserten) Hilfsmittels, die nur in Lebensbereichen außerhalb der menschlichen Grundbedürfnisse zum Tragen kommen, sind im Rahmen des [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht von Belang. So kann ein Hörbehinderter, der bereits mittels eines Cochlear-Implantats eine grundlegende Verbesserung seines Hörvermögens erreicht hat, eine darüber hinaus begehrte so genannte "Mikroport-Anlage" zur Nutzung in Konferenzen und Gerichtsverhandlungen, nicht jedoch im Alltagsleben, nicht beanspruchen (BSG, Ur. v. 6. Juni 2002, - [B 3 KR 68/01 R](#) -).

Welche Qualität und Ausstattung ein danach von der Krankenkasse dem Grunde nach zu gewährendes Hilfsmittel haben muss, um als geeignete, notwendige, aber auch ausreichende Versorgung des Versicherten gelten zu können ([§§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1](#) und [33 Abs. 1 SGB V](#)), richtet sich nach dem konkreten Zweck, dem die Versorgung im Einzelfall dient. Soll ein Hilfsmittel die Ausübung einer beeinträchtigten Körperfunktion unmittelbar ermöglichen, ersetzen oder erleichtern (z. B. Prothesen), ist grundsätzlich ein Hilfsmittel zu gewähren, das die ausgefallene bzw. gestörte Funktion möglichst weitgehend kompensiert, also den umfassendsten Gebrauchsvorteil bietet. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen müssen insoweit dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#); dazu i.e.: BSG, Ur. v. 23. Juli 2002, - [B 3 KR 66/01 R](#) - "Damenperücke"; auch BSG, Ur. v. 6. Juni 2002, - [B 3 KR 68/01 R](#) - "C-Leg"). Solange ein Ausgleich der Behinderung nicht vollständig erreicht ist im Sinne eines Gleichziehens mit einem gesunden Menschen, kann die Versorgung mit einem fortschrittlichen Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend (BSG, Ur. v. 16. September 2004, - [B 3 KR 20/04 R](#) - ebenfalls zum "C-Leg", Fortführung von BSG, Ur. v. 6. Juni 2002, [a. a. O.](#)). Geht es hingegen um einen Ausgleich ohne Verbesserung elementarer Körperfunktionen allein zur Befriedigung eines sonstigen allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens, bemisst sich der Umfang der Leistungspflicht der Krankenkasse nicht nach dem technisch Machbaren (BSG, Ur. v. 23. Juli 2002, - [B 3 KR 66/01 R](#) - "Damenperücke"; hierzu näher - auch zu Besonderheiten bei der Hilfsmittelversorgung von Kindern - etwa BSG, Ur. v. 26. März 2003, - [B 3 KR 23/02 R](#) - "Ladevorrichtung für Rollstuhl"; Ur. v. 16. April 1998, - [B 3 KR 9/97 R](#) - "Rollstuhl-Bike für Jugendliche").

Stehen zusätzliche Gebrauchsvorteile durch Innovationen und Verbesserungen der Hilfsmittel in Rede, sind ergänzende Kosten-Nutzen-Erwägungen grundsätzlich nicht statthaft. Sie kommen nur in Betracht, wenn der zusätzliche Gebrauchsvorteil des Hilfsmittels im Alltagsleben eher gering, die dafür anfallenden Kosten im Vergleich zu einem bisher als ausreichend angesehenen Versorgungsstandard als unverhältnismäßig einzuschätzen sind. Der Schutz der Solidargemeinschaft vor Überforderung kann dann gerade im Interesse der vordringlich auf Hilfe angewiesenen behinderten Menschen Einschränkungen erfordern. Das Wirtschaftlichkeitsgebot schließt außerdem eine Leistungspflicht der Krankenversicherung für solche Innovationen aus, die nicht die Funktionalität, sondern in erster Linie Bequemlichkeit und Komfort bei der Nutzung des Hilfsmittels betreffen (vgl. auch hierzu BSG, Ur. v. 6. Juni 2002, - [B 3 KR 68/01 R](#) -, "C-Leg").

Der Leistungsanspruch aus [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist gem. [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) grundsätzlich im Wege der Sachleistung zu erfüllen, wobei Hilfsmittel gem. [§ 126 Abs. 1 SGB V](#) a.F. nur durch zugelassene Leistungserbringer auf der Grundlage von Verträgen gem. [§ 127 SGB V](#) (a.F.) abgegeben werden durften; im Wesentlichen entsprechende Regelungen finden sich in den ab 1. Januar 2008 geltenden Bestimmungen der [§§ 126](#) und [127 SGB V](#) n.F. (vgl. auch [§ 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Die Einführung von Festbeträgen für Hilfsmittel ([§ 36 SGB V](#)) ändert an der Leistungserbringung im Sachleistungswege nichts. Allerdings erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht gem. [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) mit der Übernahme des Festbetrags. Dieser stellt die Obergrenze des Leistungsanspruchs des Versicherten dar. Ein etwaiger Differenzbetrag bis zum Abgabepreis des Leistungserbringers fällt dem Versicherten zur Last (BSG, Ur. v. 23. Januar 2003, - [B 3 KR 7/02 R](#) -). Dementsprechend sah [§ 36 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (in der hier noch maßgeblichen Fassung) klarstellend vor, dass die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags trägt, wenn ein solcher Festbetrag für das Hilfsmittel festgesetzt ist. In Verträgen mit Leistungserbringern können für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden ([§ 127 Abs. 4 SGB V](#) in der ab 1. Januar 2008 geltenden Gesetzesfassung; vgl. auch [§ 126 Abs. 2 Satz 1](#) und [4 SGB V](#) a.F.).

Hier sind die Voraussetzungen des [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (unstreitig) erfüllt. Bei den dem hörbehinderten Kläger verordneten bzw. von

ihm bei einem zur Versorgung gesetzlich Versicherter mit Hilfsmitteln berechtigten Leistungserbringer beschafften Hörgeräten handelt es sich um Hörhilfen i. S. dieser Bestimmung, die dem Ausgleich einer körperlichen Behinderung dienen und weder als Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens anzusehen noch nach [§ 34 Abs. 3 SGB V](#) ausgeschlossen sind. Die Versorgung mit neuen Hörgeräten war auch dem Grunde nach erforderlich; Dr. Grumann hat das in seinem MDK-Gutachten vom 11. März 2004 festgestellt. Die Beklagte hat dem Kläger allerdings (ebenfalls unstreitig) den einschlägigen (für Kinder und Jugendliche noch erhöhten) Festbetrag für die in Rede stehenden Hörgeräte gewährt. Damit hat sie ihre Leistungspflicht aus [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gem. [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) erfüllt. Anderes folgt entgegen der Rechtsauffassung des Klägerbevollmächtigten nicht aus den (subjektiven) Verhältnissen des Klägers. Vielmehr bleibt es auch für den Kläger bei der gesetzlich angeordneten Maßgeblichkeit der Festbeträge für die Leistungspflicht der Krankenkasse. Abgesehen von Fällen der Unwirksamkeit einer Festbetragsfestsetzung als solcher kommt eine abweichende Bestimmung der Leistungspflicht nur im Sonderfall des so genannten "Systemversagens" in Betracht. Der Senat entnimmt dies dem Wortlaut und dem Zweck der Regelungen über die Festsetzung von Festbeträgen.

Gesetzliche Ermächtigung zur Festsetzung von Festbeträgen finden sich für Arznei- und Verbandmittel in [§§ 35 ff SGB V](#) und für Hilfsmittel in [§ 36 SGB V](#). Diese Bestimmungen sind verfassungsmäßig und gültig (vgl. BVerfG, Ur. v. 17. Dezember 2002, - [1 BvL 28/95](#) u.a. -). Sie richteten sich in der hier noch maßgeblichen Gesetzesfassung an die Spitzenverbände der Krankenkassen; seit 1. Juli 2008 ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Festbetragsfestsetzung zuständig ([§ 36 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Diese vollzieht sich in einem zweistufigen Verfahren. Auf der ersten Stufe werden Gruppen von Arzneimitteln (durch den Gemeinsamen Bundesausschuss - [§ 35 Abs. 1 SGB V](#)) bzw. von Hilfsmitteln festgelegt, für die Festbeträge festgesetzt werden können. Auf der zweiten Stufe werden sodann die jeweiligen Festbeträge bestimmt. Bundeseinheitliche Festbeträge traten erstmals zum 1. Januar 2005 in Kraft. Bis dahin galten die Festbeträge, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen für den Bereich eines Landes festgesetzt worden waren ([§ 36 Abs. 2 Satz 2 SGB V a.F.](#)).

Näheres zum Verfahren der Festbetragsfestsetzung, zu inhaltlichen Vorgaben und zu etwaigen Rechtsbehelfen gegen Festbeträge legt das Gesetz in [§ 35 Abs. 3 ff. SGB V](#) für Arznei- und Verbandmittel bzw. in [§ 36 Abs. 1 und 2 SGB V](#) sowie durch die Verweisung in [§ 36 Abs. 3 SGB V](#) auf die Bestimmungen des [§ 35 Abs. 5 und 7 SGB V](#) für Hilfsmittel fest. Gem. [§ 35 Abs. 5 Satz 1 bis 3 SGB V](#) sind die Festbeträge so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Die Festbeträge sind mindestens einmal im Jahr zu überprüfen und in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen. Der Festbetrag in einer Festbetragsgruppe soll sich nach näherer Maßgabe des [§ 35 Abs. 7 Satz 4 SGB V](#) am höchsten Abgabepreis des unteren Drittels orientieren. Den Verbänden der betroffenen Leistungserbringer ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen ([§ 36 Abs. 1 Satz 3, Abs. 2 Satz 3 SGB V](#); zu Anhörungsrechten bei Arzneimittelfestbeträgen [§ 35 Abs. 2 SGB V](#)). Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekannt zu machen. Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt ([§ 35 Abs. 7 Satz 1 bis 3 SGB V](#)).

Das in diesen Vorschriften näher ausgeformte Festbetragsystem ist eingeführt worden, um die Ausgaben der Krankenkassen für Arznei- und Hilfsmittel zu dämpfen. Dem expansiven Anstieg der Arzneimittelkosten soll durch einen intensivierten Preiswettbewerb begegnet und es sollen speziell im Hilfsmittelbereich Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft werden. Eine Abkehr vom Sachleistungsprinzip ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) ist indessen nicht gewollt. Dieses soll den Versicherten auch im unteren Preissegment erhalten bleiben. Feste Zuzahlungen oder prozentuale Beteiligungen, die nur den allgemeinen Sparzwang kennzeichnen, nicht aber als Merkmale für die Auswahl wirtschaftlicher Mittel im Rahmen der Angebotspalette taugen, sollten nicht eingeführt werden (BVerfG, Ur. v. 17. Dezember 2002, [a. a. O.](#) unter Hinweis auf eine Stellungnahme der Bundesregierung; vgl. auch BSG, Ur. v. 23. Januar 2003, - [B 3 KR 7/02 R](#) -). Sollte sich herausstellen, dass Versicherte, die Hilfsmittel benötigen, diese - abgesehen von äußersten und eher zufälligen Ausnahmen - nicht mehr als Sachleistung ohne Eigenbeteiligung beziehen können, weil zu diesen Konditionen die Leistungserbringer mit den Krankenkassen nicht mehr die nach [§ 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) vorgesehenen Verträge abschließen, wären die Verbände ihren Aufgaben nach den [§§ 35, 36 SGB V](#) nicht gesetzeskonform nachgekommen (so BVerfG, [a. a. O.](#)). Allerdings soll eine über den Festbetrag hinausgehende Leistungspflicht der Krankenkasse auch dann nicht bestehen, wenn eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Leistung ([§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) durch den Festbetrag im Einzelfall nicht sichergestellt ist (so ausdrücklich die Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen - GRG - [BT-Drs. 11/2237 S. 164](#) zu [§ 12 Abs. 2 SGB V](#)). Die gerichtliche Kontrolle der Festbetragsfestsetzung gewinnt nach Ansicht des BVerfG ([a. a. O.](#)) im Hinblick auf die beschriebene Aufgabe der Verbände besondere Bedeutung und ist geeignet, die Rechte der Versicherten zu wahren; sie verhindert, dass der Festbetrag so niedrig festgesetzt wird, dass eine ausreichende Versorgung durch vertragsgebundene Leistungserbringer nicht mehr gewährleistet ist.

Aus Wortlaut und Zweck der genannten Vorschriften folgt zum einen, dass die notwendigerweise typisierenden und pauschalierenden Festbeträge die Leistungspflicht der Krankenkasse von den Umständen des jeweiligen Einzelfalls lösen und generalisierend festlegen. Die Regelung in [§ 35 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) verdeutlicht dies. Danach sind die Festbeträge so festzusetzen, dass sie (nur) im Allgemeinen - und nicht in jedem denkbaren Einzelfall - eine ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Zum anderen handelt es sich bei den Festbeträgen nicht um bloße Richtwerte oder um rechtlich unverbindliche Orientierungshilfen oder von Sachkunde getragene Empfehlungen (zu Festlegungen des Hilfsmittelverzeichnisses etwa Senatsurteil vom 7. Mai 2008, - [L 5 KR 6125/06](#) -), von denen im Einzelfall bei ausreichender (medizinischer) Begründung abgewichen werden kann. Festbetragsfestsetzungen erfolgen nämlich durch Verwaltungsakt in der Form der Allgemeinverfügung ([§ 31 Satz 2 SGB X](#)). Als solche legen sie den Umfang der Leistungspflicht der Krankenkassen rechtsverbindlich und abschließend fest und grenzen das Maß des Notwendigen ab (vgl. auch Bayerisches LSG, Ur. v. 11. November 2004, - [L 4 KR 282/03](#) -). Der Gesetzgeber hat die Festbetragsfestsetzung - verfassungskonform (BVerfG, Ur. v. 17. Dezember 2002, - [1 BvL 28/95](#) -) - als Verwaltungsakt (Allgemeinverfügung) eingestuft. Das geht (mittelbar) aus der Regelung des [§ 35 Abs. 7 SGB V](#) über die Anfechtbarkeit der Festbetragsfestsetzung, die Entbehrlichkeit eines Vorverfahrens ([§ 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGG](#)) und den Wegfall der aufschiebenden Wirkung der Klage ([§ 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG](#)) hervor, was nur bei Verwaltungsakten in Betracht kommt (vgl. auch etwa BayLSG, Ur. v. 25. August 2005, - [L 4 KR 150/04](#) -). Dass die Festbeträge den Umfang der Leistungspflicht der Krankenkassen abschließend festlegen und damit das Maß des Notwendigen abgrenzen, folgt aus der für das Festbetragsystem grundlegenden Regelung in [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) bzw. den diese allgemeine Vorschrift ergänzenden Bestimmungen (etwa) in [§ 31 Abs. 2 SGB V](#) und [§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (a.F.) sowie (im Leistungserbringerrecht) in [§§ 133 Abs. 2](#) und [127 Abs. 4 SGB V](#).

Denn die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag ([§ 12 Abs. 2 SGB V](#)), trägt die Kosten für Arzneimittel bzw. Hilfsmittel demzufolge auch (nur) bis zur Höhe des Festbetrags ([§ 31 Abs. 2 SGB V](#) bzw. [§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB V a.F.](#)) und kann außerdem ihre Leistungspflicht für Rettungsdienstfahrten auf Festbeträge beschränken ([§ 133 Abs. 2 SGB V](#)). Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt ist, können in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden ([§ 127 Abs. 4 SGB V n.F.](#); vgl. auch [§ 127 Abs. 2 SGB V a.F.](#) dort insbesondere Satz 4).

Eine einzelfallbezogene Relativierung bzw. Einschränkung der Maßgeblichkeit (rechtswirksam) festgesetzter Festbeträge ist nicht zulässig. Nach Auffassung des Senats kann dies auch nicht damit begründet werden, dass das BSG in seinem Urteil vom 23. Januar 2003 ([-B 3 KR 7/02 R-](#)) unter Hinweis auf das Urteil des BVerfG zur Verfassungsmäßigkeit von Festbetragsregelungen (Urt. v. 17. Dezember 2002, [- 1 BvL 28/95 - u.a.](#)) ausgeführt hat, der festgesetzte Festbetrag begrenze die Leistungspflicht der Krankenkasse dann nicht, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreicht. Das Festbetragssystem unterliegt deswegen nicht einem gesetzlich nicht vorgesehenen "Vorbehalt des Einzelfalls". Nach dem Wortlaut des [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) besteht eine über den Festbetrag hinausgehende Leistungspflicht der Krankenkasse vielmehr auch dann nicht, wenn eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Leistung ([§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) durch den Festbetrag im Einzelfall nicht sichergestellt ist (so ausdrücklich die bereits zitierte Begründung des maßgeblichen Gesetzentwurfs, [BT-Drs. 11/2237 S. 164](#) zu [§ 12 Abs. 2 SGB V](#)). Insoweit bestimmt [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) als Sondervorschrift zu [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) das Maß des Notwendigen generell unter Bezugnahme auf den durch Allgemeinverfügung (wirksam) festgesetzten Festbetrag. Daher ist auch im Hinblick auf die genannte Wendung im Urteil des BSG vom 23. Januar 2003 ([a. a. O.](#): objektives Nichtausreichen zum Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung) nur eine generalisierende Betrachtungsweise statthaft. Diese bezieht sich der Sache nach auf die Rechtmäßigkeit bzw. Wirksamkeit ([§§ 39 Abs. 3, 40 SGB X](#)) der Festbetragsfestsetzung. Abzustellen ist deshalb auf die "konkret vorliegende Behinderung" nicht des jeweiligen Versicherten, sondern auf die der Festbetragsfestsetzung generell unterworfenen Behinderungsart, verstanden bspw. als Hör-, Seh-, Geh- oder sonstige Behinderung. Zum Ausgleich dieser Behinderungsart müssen die für die zugehörigen Hilfsmittelgruppen festgesetzten Festbeträge objektiv ausreichen. Ist das nicht der Fall, weil zu den Festbeträgen entsprechende Hilfsmittel generell nicht zu erlangen sind, erweist sich die Festbetragsfestsetzung als rechtswidrig und sie kann die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht gem. [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) begrenzen, sofern sie durch rechtskräftiges Gerichtsurteil aufgehoben wird oder von ihr im Fall der Nichtigkeit ([§ 40 SGB X](#)) Rechtswirkungen ohnehin nicht ausgehen. Demgegenüber sind die subjektiven Verhältnisse des jeweiligen Versicherten im Einzelfall nicht maßgeblich; sie können allenfalls unter dem Gesichtspunkt des Systemversagens von Belang sein (dazu sogleich im folgenden; anders unter Bezugnahme auf die genannte Passage im Urteil des BSG v. 21. Januar 2003, [- B 3 KR 7/02 R -](#), etwa LSG Berlin Brandenburg, Urt. v. 16. April 2008, [- L 9 KR 1021/05 -](#); LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 15. Mai 2005, [- L 4 KR 147/03 -](#); SG Hamburg, Urt. v. 6. Mai 2004, [- S 32 KR 666/01 -](#); SG Dresden, Urt. v. 18. September 2005, [- S 18 KR 499/03 -](#); zweifelnd Bayerisches LSG, Urt. v. 11. November 2004, [- L 4 KR 282/03 -](#); im Ergebnis wie hier: Peters, KV (SGB V) [§ 12 Rdnr. 35](#); Noftz, in Hauck/Noftz SGB V [§ 12 Rdnr. 49](#); KassKomm-Höfler SGB V [§ 12 Rdnr. 41](#)).

Von der leistungsbegrenzenden Wirkung der Festbetragsfestsetzung ([§ 12 Abs. 2 SGB V](#)) könnte der Senat – unbeschadet der Bestandskraftfrage ([§ 77 SGG](#); vgl. auch Bayerisches LSG, Urt. v. 25. August 2005, [- L 4 KR 150/04 -](#)) – danach im Grundsatz etwa dann abweichen, wenn mit den in Rede stehenden Festbeträgen nur Hörgeräte zu beschaffen wären, die zum Ausgleich der Hörbehinderung, auch eines beim Kläger vorliegenden Ausmaßes, objektiv nicht ausreichen würden und damit im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung i. S. d. [§ 35 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) (i. V. m. [§ 36 Abs. 3 SGB V](#)) nicht gewährleisten wäre. Für eine Fallgestaltung dieser Art ist indessen nichts ersichtlich und auch nichts geltend gemacht und insbesondere den vorliegenden Gutachten auch nicht zu entnehmen. Das hier streitige, vom Kläger beschaffte Hörgerät erreichte zwar das beste Ergebnis mit einem Hörverständnis von 100 %. Das schließt freilich nicht generell aus, dass auch mit anderen, zum jeweiligen Festbetrag verfügbaren Hörgeräten eine gem. [§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ausreichende Versorgung bzw. der gem. [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gebotene Behinderungsausgleich zu gewährleisten wäre. So etwa mit dem Siemens Prisma P II digital, wenn auch nur mit einem Hörverständnis von 80 %.

3. Ein Systemversagen, das ausnahmsweise die Übernahme der den Festbetrag übersteigenden Kosten des Hilfsmittels rechtfertigen könnte, liegt nicht vor.

Versagt das Sachleistungssystem, kann die Krankenkasse dem Versicherten also die ihm zustehende Versorgung als Sachleistung ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) nicht gewähren, entsteht nach näherer Maßgabe des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ein Anspruch auf Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen. Der Kostenerstattungsanspruch ergänzt den Primäranspruch des Versicherten auf Sachleistung insbesondere in solchen (Einzel-)Fällen, in denen die Krankenkasse unaufschiebbare Leistungen nicht rechtzeitig erbringen kann, oder Leistungen zu Unrecht ablehnt ([§ 13 Abs. 1 Satz 1](#) 1. und 2. Alt. SGB V). Die Erstattung der Kosten selbst beschaffter Leistungen kommt darüber hinaus aber auch dann in Betracht, wenn das Sachleistungssystem generell versagt, etwa angemessene Behandlungsmöglichkeiten (gar) nicht zur Verfügung gestellt werden oder (bspw.) das Verfahren hinsichtlich der Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ([§§ 92 Abs. 1, 135 Abs. 1 SGB V](#)) aus willkürlichen, auf sachfremden Erwägungen beruhenden Gründen blockiert oder verzögert wird (vgl. dazu Noftz, in Hauck/Noftz, SGG V [§ 13 Rdnr. 42 ff.](#)). Der wegen Systemversagens ins Leere gehende primäre Sachleistungsanspruch muss dann zur Vermeidung unverhältnismäßiger Eingriffe in die grundrechtlich geschützte Rechtsstellung des Versicherten durch einen sekundären Kostenerstattungsanspruch ergänzt werden.

Sind für die Sachleistung – hier die Versorgung mit Hilfsmitteln ([§ 33 SGB V](#)) – Festbeträge rechtsgültig festgesetzt, kann nach Auffassung des Senats ein Systemversagen im beschriebenen Sinn auch dann vorliegen, wenn die Festbeträge zwar (im vorstehend beschriebenen Sinn) zum Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv ausreichen, jedoch in besonders gelagerten, atypischen Einzelfällen eine den Maßgaben des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) genügende Versorgung des Versicherten nicht hinreichend sicherstellen können. Bei der der Festbetragsfestsetzung durch Allgemeinverfügung zugrunde liegenden, generalisierenden Betrachtungsweise (vgl. [§ 35 Abs. 5 Satz 1](#) i. V. m. [§ 36 Abs. 3 SGB V](#)) ist es nämlich nicht möglich, jeden Einzelfall in all seinen Besonderheiten zu bedenken und zu berücksichtigen. Deswegen sind unverhältnismäßige Einschränkungen des auch bei Festbetragsleistungen fortbestehenden Sachleistungsanspruchs des Versicherten in besonders gelagerten Einzelfällen nicht auszuschließen. Kommt es dazu, hat das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung – hier als Sachleistung mit Festbetrag – versagt. Es bedarf insoweit der Ergänzung durch einen auf [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gestützten Erstattungsanspruch. Im Hinblick auf die mit den Festbetragsregelungen der [§§ 36](#) und [12 Abs. 2 SGB V](#) getroffene und als verfassungskonform zu akzeptierende Entscheidung des Gesetzgebers, die Leistungspflicht der Krankenkassen generell auf den Festbetrag (als das damit abgegrenzte Maß des Notwendigen – vgl. etwa Bayerisches LSG, Urt. v. 11. November 2004, [- L 4 KR 282/03 -](#)) zu

beschränken, müssen an das Vorliegen eines atypischen Sonderfalls freilich strenge Anforderungen gestellt werden. Insbesondere kann es für die Gewährung festbetragsüberschreitender Leistungen für sich allein nicht genügen, dass das in Rede stehende Hilfsmittel leistungsstärker, etwa mit zusätzlichen oder verbesserten Funktionen und Gebrauchsvorteilen ausgestattet ist, und es sich zum Behinderungsausgleich für den Versicherten deswegen besser eignet als die zum Festbetrag verfügbaren Hilfsmittel. Das gilt auch in solchen Fällen, in denen ein unmittelbar an der ausgefallenen Körperfunktion - hier des Hörens - ansetzendes Hilfsmittel in Rede steht. Der Senat verkennt dabei nicht, dass die Festsetzung von Festbeträgen gerade hier dazu führen kann, dass der Versicherte im Einzelfall ein nach Maßgabe des eingangs Gesagten an sich gem. [§§ 33 Abs. 1 Satz 1, 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zu beanspruchendes, die Behinderung möglichst weitgehend kompensierendes Hilfsmittel ohne Eigenleistung nicht erlangen kann.

Ein besonders gelagerter atypischer Einzelfall, der festbetragsüberschreitende Leistungen rechtfertigen könnte, liegt nach Auffassung des Senates hier nicht vor, ist insbesondere auch auf der Grundlage der vorliegenden ärztlichen Feststellungen nicht zu begründen. Zwar hat Dr. Boppert eine digitale Versorgung für notwendig erachtet. Dagegen ist Dr. Grumann im MDK-Gutachten zur Auffassung gelangt, dass auf der Grundlage der vorliegenden Tonaudiogramme eine einkanalige Hörhilfeversorgung ausreichend und zweckmäßig sei. Sicherlich stellt zwar die hier begehrte Versorgung mit einem digitalen Hörgerät im Vergleich dazu eine verbesserte und optimale Versorgung dar. Auch ist der Kläger zum streitigen Zeitpunkt gerade mal sechs Jahre alt, stand der Eintritt in die Grundschule an und damit der Wechsel in ein anderes, schwierigeres akustisches Umfeld. Auf der anderen Seite aber sind gerade die besonderen Umstände von Kindern und Jugendlichen, deren Entwicklung des Hörvermögens noch nicht abgeschlossen ist, durch die deutlich höheren Festbeträge (nämlich 894,76 EUR statt 508,74 EUR) entsprechend berücksichtigt und ist im Übrigen auch das hier streitige Hörgerät im Hilfsmittelverzeichnis in die Festbetragsgruppe 3 aufgenommen worden. Das heißt aber, dass die Vertragsparteien, zu denen auch die Leistungserbringer gehören, also die Hörgeräteakustiker, davon ausgegangen sind, dass dieses Gerät sehr wohl zum Festbetrag (jedenfalls aber den nach dem Vertrag über die Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erhöhten Festbeträgen) von den Leistungserbringern angeboten werden kann. Damit wird folglich der auch für sinnvoll und notwendig erachteten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit qualitativen höherwertigen Hörgeräten Rechnung getragen und ist auch davon auszugehen, dass diese Geräte zum Festbetrag ohne Zuzahlung für die versicherten Kinder und Jugendlichen erhältlich sind. Hinzu kommt hier, dass von Klägerseite nicht einmal der Versuch gemacht wurde, noch alternative, unter Umständen günstigere Angebote einzuholen.

4. Auch ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch kommt nicht in Betracht. Der Herstellungsanspruch hat zur Voraussetzung, dass der Sozialleistungsträger eine ihm auf Grund Gesetzes oder eines Sozialrechtsverhältnisses obliegende Pflicht (a), insbesondere zur Auskunft und Beratung ([§§ 15, 14](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)), verletzt hat (b); ferner muss zwischen der Pflichtverletzung des Sozialleistungsträgers und dem Nachteil des Betroffenen ein ursächlicher Zusammenhang (c) bestehen. Schließlich muss der durch das pflichtwidrige Verwaltungshandeln eingetretene Nachteil durch eine zulässige Amtshandlung beseitigt werden können (d); die Korrektur muss mit dem jeweiligen Gesetzeszweck in Einklang (e) stehen (vgl. BSG Urteil vom 1. April 2004 - [B 7 AL 36/03 R](#)- und - [B 7 AL 52/03 R](#)- in [SozR 4-4300 § 137 Nr.1](#) mit Hinweis auf Urteil vom 25. Januar 1994, BSG [SozR 3-4100 § 249e Nr.4](#) S 37 mit umfassenden Nachweisen).

Eine Verpflichtung der Beklagten aber ständig Marktforschung zu betreiben und eigene Hörgeräteakustiker zu beschäftigen, um Versicherten, die eine über den Festbetrag hinausgehende Versorgung beantragen, ein anderes geeignetes und möglichst zuzahlungsfreies Gerät unter Einschaltung des jeweils günstigsten Anbieters gewissermaßen frei Haus liefern zu lassen, und dahingehend zu beraten, besteht nicht. Ebensowenig bestand auch eine Verpflichtung der Beklagten die Klägerseite ausdrücklich darauf hinzuweisen, doch ggf. zunächst noch weitere Angebote einzuholen. Es ist eine pure Selbstverständlichkeit für jeden Bürger in diesem Land (insbesondere bei größeren Investitionen, seien es Möbel, Elektrogeräte oder Kfz) zumindest Vergleichsangebote weiterer Anbieter einzuholen. Nichts anderes kann dann aber auch bei der Anschaffung entsprechender Hörgeräte mit einem Einzelpreis von über 1500,- EUR erwartet werden. Insbesondere wenn für den Versicherten immerhin ein Eigenanteil von über 900,- EUR verbleibt, wäre dies schon im eigenen Interesse des Versicherten zu erwarten gewesen. Wird dieser Versuch aber nicht einmal unternommen, kann es auch nicht Pflicht der Krankenkasse sein, eine "Überzahlung" zusätzlich zum Festbetrag zu übernehmen. Die Beklagte hat mit Übernahme des Festbetrages, und zwar des erhöhten Festbetrages für Kinder, die ihr nach dem Gesetz obliegende Verpflichtung erfüllt. Ein weitergehender Anspruch des Klägers besteht nicht, der folglich auch nicht im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches verwirklicht werden könnte.

Aus diesen Gründen ist daher die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)). Der Senat hatte mit Urteil vom 24. September 2008 - [L 5 KR 1539/07](#) bereits über eine vergleichbare Konstellation bezüglich eines 22-jährigen Studenten zu entscheiden gehabt. Die gegen diese Entscheidung eingelegte Revision (Az.: [B 3 KR 20/08 R](#)) wird - wie der Senat nach seiner mündlichen Verhandlung erfahren hat (Terminvorschau Nr. 66/09 vom 18. November 2009) - voraussichtlich am 17. Dezember 2009 entschieden werden.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-11-29