

---

## S 4 R 132/18

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Niedersachsen-Bremen
Sozialgericht	Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Beratungspflicht Bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder Festbetrag Hilfsmittel Hörgeräte Kostenerstattung
Leitsätze	Hat die Krankenkasse im Versorgungsverfahren die geschuldete fach- und sachgerechte Beratung verweigert, dann kann sie dem Begehren auf Erstattung der aufgewandten aus Sicht der fachunkundigen Versicherten zur Gewährleistung eines ausreichenden Hörvermögens erforderlichen Mehrkosten der Hörgeräteversorgung nicht entgegenhalten, dass weitergehende Maßnahmen zur Abklärung der Notwendigkeit einer aufpreispflichtigen Versorgung in Betracht gekommen wären.
Normenkette	§ 1 Verpflichtungsgesetz <a href="#">§ 16 Abs. 1 Satz 2 SGB X</a> <a href="#">§ 75 Abs. 5 SGG</a> <a href="#">§§ 1, 2, 12, 13, 33, 34, 36 SGB V</a> <a href="#">§§ 1, 4, 5, 6, 14, 42, 47 SGB IX</a> <a href="#">§§ 133, 242, 309 Ziff. 12b BGB</a> <a href="#">§§ 19, 29 SGB IV</a> <a href="#">§§ 2, 14, 15, 17 SGB I</a> <a href="#">§§ 9, 15, 69 SGB VI</a> <a href="#">Art. 20 Abs. 3 GG</a>
<b>1. Instanz</b>	
Aktenzeichen	S 4 R 132/18
Datum	19.05.2022

---

## 2. Instanz

Aktenzeichen

L 2 R 239/22

Datum

06.09.2023

## 3. Instanz

Datum

-

**Auf die Berufung der KlÄgerin werden das Urteil des Sozialgerichts LÄneburg vom 19. Mai 2022 geÄndert und der Bescheid der Beklagten vom 3. Januar 2018 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 19. MÄrz 2018 aufgehoben.**

**Die Beigeladene wird verpflichtet, der KlÄgerin den von ihr verauslagten Eigenanteil in HÄhe von 1.752 â€ zu erstatten.**

**Die Beigeladene trÄgt die notwendigen auÄergerichtlichen Kosten der KlÄgerin aus beiden RechtszÄgen; im Äbrigen sind Kosten nicht zu erstatten.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

Ä

## Tatbestand

Die 1974 geborene KlÄgerin begehrt die Erstattung der Kosten einer 2017 mit HÄrgerÄkten vom Typ OPN 3 erfolgten Versorgung, soweit diese Äber den von Seiten der beigeladenen Krankenkasse getragenen Festbetrag hinausgehen.

Beruflich ist die KlÄgerin bei einem IT-Dienstleister tÄtig. Ihre Arbeitgeberin ist als Tochterunternehmen fÄr den IT-Bereich einer groÄer WirtschaftsprÄfungs- und Beratungsgesellschaft zustÄndig. Die KlÄgerin ist insbesondere fÄr die Beratung und Schulung von Mitarbeitern, Materialbestellungen, die Abwicklung von ReparaturauftrÄgen sowie fÄr die Herstellung von Telefon- und Netzwerkverbindungen zustÄndig (vgl. wegen der weiteren Einzelheiten auch den Auszug aus dem Zwischenzeugnis, vor Blatt 1 der med. VerwaltungsvorgÄnge der Beklagten).

Die KlÄgerin war zunÄchst im Februar 2014 durch den HÄrgerÄkteakustikunternehmen Kind mit HÄrgerÄkten vom Typ Harmony HS versorgt worden. Etwa drei Jahre spÄter, also etwa Anfang 2017, stellte sie nach eigenen Angaben (vgl. die Darstellung der KlÄgerin im ErÄrterungstermin am 19. Juni 2023) fest, dass sie mit diesen HÄrgerÄkten auch nach ÄberprÄfung der in Betracht kommenden EinstellmÄglichkeiten nicht mehr ausreichend hÄren konnte.

---

Daraufhin suchte die KlÄgerin die HNO-Ärztin Dr. J. auf, welche am 3. Juli 2017 (vgl. Verordnung, Bl. 278 GA und Bl. 10 der med. VV der Beklagten) neue HÄrgerÄrte verordnete.

Nach der entsprechenden Verordnung (so der Vortrag der KlÄgerin im ErÄrterungstermin) wandte sie sich zunÄchst an die Firma HÄrgerÄrte K.. Dort konnte sie aber nicht sofort bei der ersten Vorsprache einen Beratungstermin bekommen. Sie wurde vielmehr gebeten, telefonisch einen solchen Termin zu vereinbaren. Die fÄr die Terminvergabe anzurufende Servicenummer der Firma K. wurde der KlÄgerin bei ihrer Vorsprache Äberreicht; die KlÄgerin sah jedoch von der Vereinbarung eines Beratungstermins bei der Firma K. ab. Entsprechend verlief ihre Vorsprache bei einem weiteren groÄen HÄrgerÄrteakustikunternehmen. Ausweislich ihrer Darstellung im Schriftsatz vom 9. November 2022 schÄtzte die KlÄgerin jedoch die Bitte um telefonische Vereinbarung eines entsprechenden Beratungstermins als ânicht kundenorientiertâ ein.

Die KlÄgerin suchte vielmehr Anfang Juli 2017 das HÄrgerÄrteakustikunternehmen L. auf.

Dort testete die KlÄgerin nach Aktenlage drei HÄrgerÄrtetypen. Im ErÄrterungstermin hat sie dazu vorgetragen: Bei der Firma L. habe sie zunÄchst die GerÄrte Oticon OPN-3 getestet. AnschlieÄend habe ich die GerÄrte Phonak Tao getestet, dabei habe es sich um sog. In-Ear-GerÄrte gehandelt. Mit diesen GerÄrten sei sie schon im Ausgangspunkt nicht zurechtgekommen, weil sie bauartbedingt insbesondere auch die KiefergerÄrusche Äbertragen haben. Das habe sie als sehr stÄrend empfunden. SchlieÄlich habe sie dann noch die GerÄrte Oticon GET getestet, dabei habe es sich um Kassenmodelle gehandelt, welche nicht programmierbar gewesen seien.

Mit Schriftsatz vom 12. Juli 2023 hat die KlÄgerin diesen Vortrag dahingehend geÄndert und konkretisiert, dass sie vom 11. bis 17. Juli 2017 die HÄrgerÄrte Oticon Get, vom 17. Juli bis 8.Ä August 2017 die HÄrgerÄrte Oticon OPN 3 und vom 8. bis 15. August 2017 die HÄrgerÄrte Phonak Tao getestet habe.

Die zu den VerwaltungsvorgÄngen gereichten PrÄfbÄgen bezÄglich der GerÄrte Oticon OPN 3 und Phonak Tao weisen folgende Daten auf:

Bezogen auf das HÄrgerÄrt Phonak Tao ist als Anpasszeitraum wohl der Zeitraum 17. Juni bis 18. August 2017 ausgewiesen worden (wobei die handschriftliche Eintragung des Anfangsdatums nicht sicher zu entziffern ist, Bl. 6 der med. VV der Beklagten = Bl. 283 GA); den Fragebogen bezÄglich der Bewertung dieses GerÄrtes hat die KlÄgerin am 8. August 2015 unterzeichnet (Bl. 7 der med. VV der Beklagten).

Bezogen auf das HÄrgerÄrt Oticon OPN 3 ist als Anpassungszeitraum 18. bis 31. August 2017 ausgewiesen worden (Bl. 8 der med. VV der Beklagten); allerdings hat die KlÄgerin den Fragebogen bezÄglich der Bewertung dieses GerÄrtes bereits unter dem Datum vom 17. Juli 2017 unterzeichnet (Bl. 9 der med. VV der

---

Beklagten).

Abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung von 20 € hätte die Firma Zöllner die Klägerin mit den Hörgeräten Phonak Tao und Oticon Get ohne Eigenbeteiligung versorgt, es handelte sich nach dem Angebot dieses Hörgeräteakustikers um sog. Festbetragsgeräte. Lediglich die für die Hörgeräte Phonak Tao, welche als sog. CIC-Geräte tief im Gehörgang zu tragen sind, benötigte sog. CIC-Schale hätte die Klägerin ihren Angaben zufolge mit einem Kostenbetrag von 242 € selbst finanzieren müssen. Demgegenüber erforderten die Hörgeräte Oticon OPN 3 einen zusätzlichen Eigenanteil der Klägerin in Höhe von 1.752 €.

Mit Email vom 11. August 2017 (vgl. wegen der weiteren Einzelheiten Bl. 7 VV der Beklagten = Bl. 290 GA) wandte sich die Klägerin an die beigeladene Krankenkasse und teilte mit, dass sie aufgrund einer Verschlechterung ihres Hörvermögens neue Hörgeräte verordnet bekommen habe. Sie habe jetzt verschiedene Geräte getestet und sich für ein Gerät entschieden, welches als einziges ausreichend für ihre Arbeit im Büro in Gesprächen mit Kollegen und Telefonie sei. Dieses Gerät helfe ihr enorm im Alltag; sie sei abends nicht mehr so müde, weil sie sich nicht mehr habe anstrengen müssen, Gespräche zu folgen und richtig zu verstehen.

Dieses Gerät regle die ganze Zeit alle Außenengeräusche ab, so dass sie sich auch dann ganz auf das jeweilige Gespräch konzentrieren könne, wenn wie dies mehrfach möglich der Fall sei noch weitere Person in ihrem Büro zugegen seien. Deshalb habe sie sich für dieses Gerät entschieden, auch wenn sie eine Eigenbeteiligung von rund 900 € je Gerät aufbringen müsse. Sie bitte die Krankenkasse um Prüfung, ob diese über den Regelsatz hinaus was dazu bezahlen könne.

Die Beigeladene teilte der Klägerin daraufhin umgehend mit, dass eine über die Festbeträge hinausgehende Kostenbeteiligung von Ihrer Seite ausgeschlossen sei. Da die Klägerin jedoch darauf hingewiesen habe, dass sie sich für die aufzahlungspflichtigen Hörgeräte aufgrund der Anforderungen am Arbeitsplatz entschieden habe, könne man ggfs. auch noch einen Zuschuss über den Rentenversicherungsträger beantragen (Bl. 288 GA).

Unter dem Datum vom 31. August 2017 (Bl. 4 VV der Beklagten) unterzeichnete die Klägerin das Formular einer Patientenerklärung zur Versorgung mit Mehrkosten, ausweislich derer sie aufzahlungsfreie Hörsysteme in alltagsrelevanten Hörsituationen ausprobiert habe, mit denen sie gut zurechtkam. Dennoch habe sie sich für ein Hörsystem mit Aufzahlung entschieden, weil sie besondere Ausstattungsmerkmale wünsche, welche nicht mit dem reinen Hörverstehen im Alltag zu tun haben.

Im weiteren Verlauf dieses Formulars sind bezogen auf die Frage, welche Ausstattungsmerkmale für die Auswahlentscheidung maßgeblich gewesen seien, festgehalten worden: Berufliche Gebrauchsvorteile

---

(Anschreiben)â. In dem dieser Patientenerklärung beigefügten Beiblatt (Bl. 5 VV der Beklagten) war dabei zur âArbeitssituationâ insbesondere Folgendes erläutert worden: âVor meinem Büro ist Durchgangsverkehr, so dass es teilweise zu Nebengeräuschen kommt, wo ich mein Gegenüber nicht verstehe. Teilweise sind mehrere Kollegen in meinem Büro, die sich untereinander unterhalten, wo ich dann auch meinen Gegenüber nicht verstehen kann. Ich habe auch sehr zurückhaltende Kollegen, die sehr leise sprechen, sodass ich sie nicht versteheâ;â

Mit Schreiben vom 14. November 2017 (Bl. 2 VV der Beklagten) wandte sich die Firma Hrgerrte L. an die Beigeladene und bat um Bestätigung der Kostenübernahme. Sie führte aus, dass die Mehrkosten der Hrgerrteversorgung sich zum âzum einen auf die Kosmetikâ bezgen, da die Gerrte Oticon OPN 3 kleiner seien. âZum anderenâ verfügten diese Gerrte über technologische Vorteile, aufgrund derer âman u.a. mehr in einer lrmerfllten Umgebungâ verstehe, man habe âein räumliches Klangbildâ.

Ausweislich des Anpassberichts des der Firma L. (Bl. 281 f. GA) erzielte die Klägerin im Rahmen des sog. Freiburger Sprachtests mit allen drei erprobten Hrgerrten bei einem Nutzschall von 65 dB ein Hörvermögen von 95 % (wohingegen sie ohne Hrgerrt nur 50 % erreichte). Bei einem Störschall von 60 DB reduzierte sich das Hörvermögen auf 70 % bei der Gerrten Oticon Get und Phonak Tao sowie auf 75 % bei den Gerrten Oticon OPN 3.

Die Beigeladene sagte die Festbeträge zu und leitete den Versorgungsantrag im brigen mit Schreiben vom 20. November 2017 an den beklagten Rentenversicherungsträger weiter. Die Beklagte ihrerseits lehnte den Antrag auf Übernahme der die Festbeträge übersteigenden Kosten mit Bescheid vom 3. Januar 2018 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 19. März 2018 mit der Begründung ab, dass keine berufsspezifischen besonderen Anforderungen an das Hörvermögen festzustellen seien.

Daraufhin stellte die Firma Hrgerrte L. der Klägerin am 4. April 2018 für die durchgeführte Versorgung mit den beiden Hrgerrten Oticon OPN-3 den Eigenanteil von 1752 â (und zudem die gesetzliche Zuzahlung von 20 â) in Rechnung (Bl. 52 GA); die Klägerin überwies den Rechnungsbetrag von insgesamt 1.772 â am Folgetag (Bl. 178 GA).

Mit der am 12. April 2018 erhobenen Klage hat die Klägerin geltend gemacht, dass die âim Rahmen der Grundversorgung gestellten Gerrteâ kein ausreichendes Hören am Arbeitsplatz ermöglichen würden. Sie sei dort âstndigâ Nebengeräuschen als Störfaktor ausgesetzt, welche ihr ein Arbeiten âohne geeignete Hrhilfeâ unmöglich machen würden (vgl. S. 2 des Schriftsatzes vom 26. Juni 2018 = Bl. 41 GA). Erforderlich seien präzise einstellbare Hrgerrte; ein âbloes Lauterstellen der Standardgerrteâ trage nicht zum besseren Hörverständnis bei.

---

Bei der Anhörung durch das Sozialgericht im Januar 2022 hat die Klägerin erlautert, dass diese Geräte (also ausweislich des Sachzusammenhanges: die Hörgeräte Oticon OPN-3) aus ihrer Sicht insbesondere den Vorteil einer größeren Flexibilität hätten. Sie habe mehr Möglichkeiten, diese durch entsprechende Einstellungen und die Auswahl unter mehreren Hörprogrammen auf die Besonderheiten der jeweiligen Hörsituation anzupassen. Demgegenüber habe sie mit den getesteten aufzahlungsfreien Geräten in einigen Situationen ihre Gesprächspartner nicht verstanden. Entsprechende Schwierigkeiten seien situationsabhängig gewesen und insbesondere bei Nebengeräuschen aufgetreten.

Mit Urteil vom 19. Mai 2022, der Klägerin zugestellt am 12. August 2022, hat das Sozialgericht Lüneburg die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe gegenüber der beigeladenen Krankenkasse keinen Anspruch auf eine Versorgung über den Festbetrag hinaus. Dies werde durch die Ergebnisse des von dem Hörgerätekustiker durchgeführten Freiburger Sprachtests belegt. Danach hätten die von der Klägerin erworbenen Hörgeräte nur einen leichten Gebrauchsvorteil gegenüber den anderen getesteten Geräten aufgewiesen, ohne dass sich daraus ein Rückschluss auf einen wesentlichen Gebrauchsvorteil ziehen lasse. Die von der Klägerin beschriebene Smartphonefähigkeit betreffe nicht die Gebrauchsfähigkeit der Geräte an sich; dieses im Alltag praktische Feature stelle letztendlich nur eine Komfortverbesserung dar. Ein besonderer beruflicher Bedarf sei nicht festzustellen.

Mit ihrer am 8. September 2022 eingelegten Berufung macht die Klägerin geltend, dass unter den getesteten Geräten allein die von ihr im Ergebnis erworbenen Geräte Oticon OPN-3 insbesondere auch unter Berücksichtigung der verbesserten Einstellmöglichkeiten ein verlässliches Hören auch in schwierigen Hörsituationen ermöglichen hätten. Auch die Ergebnisse des Freiburger Sprachtests würden die relevanten Gebrauchsvorteile bestätigen.

Aus ihrer Sicht sei das absolut Ausschlaggebende gewesen, dass die Geräte Oticon OPN-3 über Bluetooth mit dem Handy bzw. der von ihrer Arbeitgeberin am Arbeitsplatz bereitgestellten Telefonanlage verbunden werden konnten. Auf diesem Wege habe sie über den Lautsprecher ihres Notebooks bei Bedarf die erforderlichen Telefonate führen können. Bei einem herkömmlichen Telefonat, bei dem sie die Telefonanlage am Arbeitsplatz mit Hilfe eines von der Arbeitgeberin zur Verfügung gestellten Headsets nutze, empfinde sie als Brillenträgerin nach 20 bis 30 Minuten nicht mehr erträgliche Druckgefühle am Ohr und Kopf.

Auch bei Familienfeiern, im Restaurant oder auch bei Zugfahrten könne sie mit den erweiterten Einstell- und Programmiermöglichkeiten der Hörgeräte Oticon OPN-3 besser hören.

Die Klägerin beantragt,

- 
1. das Urteil des Sozialgerichts LÃ¼neburg vom 19. Mai 2022 zu Ã¤ndern und den Bescheid der Beklagten vom 3. Januar 2018 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 19. MÃ¤rz 2018 aufzuheben und
  2. die Beklagte, hilfsweise die Beigeladene, zur Erstattung des von ihr verauslagten Eigenanteils in HÃ¶he von 1.752 â¬ zu verpflichten.

Ã

Die Beklagte und die Beigeladene beantragen jeweils,

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Ã

Die Beklagte weist darauf hin, dass sich die KlÃ¤gerin ausweislich ihrer Email an die Beigeladene vom 11. August 2017 bereits zum damaligen Zeitpunkt und damit jedenfalls teilweise vor einer grÃ¼ndlichen Testung der anderen HÃ¶rgerÃtete fÃ¼r die dann erworbenen GerÃtete Oticon OPN-3 entschieden habe.

Die Beigeladene weist darauf hin, dass nach ihrem VerstÃ¤ndnis ein HÃ¶rvorteil von lediglich 5 % sich innerhalb der Messtoleranz bewege und daher nicht geeignet sei, einen wesentlichen Gebrauchsvorteil zu begrÃ¼nden. Auch die aufzahlungsfrei angebotenen HÃ¶rgerÃtete Oticon Get seien, wie die Bedienungsanleitung belege, programmierbar gewesen; das GerÃt ermÃ¶gliche eine Belegung mit bis zu vier Programmen.

Der Senat hat die KlÃ¤gerin durch seinen Vorsitzenden im ErÃ¶rterungstermin informatorisch gehÃ¶rt; wegen der Einzelheiten wird auf das Protokoll dieses Termins verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und auf den Inhalt der beigezogenen VerwaltungsvorgÃ¤nge der Beklagten Bezug genommen.

### **EntscheidungsgrÃ¼nde**

Die zulÃ¤ssige Berufung ist mit der MaÃgabe begrÃ¼ndet, dass die beigeladene Krankenkasse zur Erstattung des von der KlÃ¤gerin in HÃ¶he von 1.752 â¬ verauslagten Eigenanteils fÃ¼r die im Ende 2017 erfolgte Versorgung mit HÃ¶rgerÃteten Oticon OPN-3 zu verpflichten ist.

1. Die Verpflichtung der Beigeladenen folgt aus der durch [Ã§ 75 Abs. 5 SGG](#) erÃ¶ffneten Befugnis, anstelle des verklagten Versicherungs- oder LeistungstrÃ¤gers nach Beiladung den tatsÃ¤chlich leistungsverpflichteten, aber nicht verklagten TrÃ¤ger zu verurteilen. Diese prozessual vorgesehene MÃ¶glichkeit der Verurteilung auf Beiladung dient vor allem der ProzessÃ¶konomie, einer KlageÃ¤nderung ([Ã§ 99 SGG](#)) bedarf es dabei nicht (vgl. BSG, Urteil vom 24. Januar 2013, [B 3 KR 5/12 R](#), juris, Rdnr. 11 = SozR 4-3250 Ã§ 14 Nr. 19, LSG Baden-

---

WÄ¼rttemberg, Urteil vom 20. August 2013, [L 13 R 2607/10](#), juris, Rdnr. 33). Hierzu bedarf es insbesondere keines weiteren abgeschlossenen Vorverfahrens im Sinne des [Â§ 83 SGG](#) (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 â [B 3 KR 5/12 R](#) â, [BSGE 113, 40-60](#), SozR 4-3250 Â§ 14 Nr. 19, Rn. 13 m.w.N.).

2. Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der RehabilitationstrÃ¤ger gemÃ¤Ã [Â§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) (im Jahr 2017 noch in der Fassung des seinerzeit maÃgeblichen SGB IX 2001) innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem fÃ¼r ihn geltenden Leistungsgesetz fÃ¼r die Leistung zustÃ¤ndig ist. Erkennt er bei der PrÃ¼fung, dass er fÃ¼r die Leistung nicht zustÃ¤ndig ist, leitet er den Antrag unverzÃ¼glich dem nach seiner Auffassung zustÃ¤ndigen RehabilitationstrÃ¤ger zu. Muss fÃ¼r eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklÃ¤rt werden und ist diese KlÃ¤rung in der Frist nach Satz 1 nicht mÃglich, wird der Antrag unverzÃ¼glich dem RehabilitationstrÃ¤ger zugeleitet, der die Leistung ohne RÃ¼cksicht auf die Ursache erbringtâ! Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der RehabilitationstrÃ¤ger den Rehabilitationsbedarf gemÃ¤Ã [Abs. 2 Satz 1](#) unverzÃ¼glich fest.

Nach [Â§ 14 Abs. 2 S 1 SGB IX](#) verliert sogar ein materiell-rechtlich â eigentlich â zustÃ¤ndiger RehabilitationstrÃ¤ger ([Â§ 6 SGB IX](#)) im AuÃenverhÃ¤ltnis zum Versicherten oder LeistungsempfÃ¤nger seine ZustÃ¤ndigkeit fÃ¼r eine Teilhabeleistung, sobald der zuerst angegangene RehabilitationstrÃ¤ger eine i. S. von [Â§ 14 Abs. 1 SGB IX](#) fristgerechte ZustÃ¤ndigkeitsklÃ¤rung versÃ¼mt hat und demzufolge die ZustÃ¤ndigkeit nach allen in Betracht kommenden rehabilitationsrechtlichen Rechtsgrundlagen auf ihn Ã¼bergegangen ist (siehe hierzu und im Folgenden: BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 â [B 3 KR 5/12 R](#) â, [BSGE 113, 40-60](#), SozR 4-3250 Â§ 14 Nr 19, SozR 4-2500 Â§ 33 Nr 41, SozR 4-3250 Â§ 31 Nr 8, Rn. 16 â 17).

Die ZustÃ¤ndigkeit der Beigeladenen ist bereits mit Ãbergabe der HÃ¶rgerÃteverordnung an den HÃ¶rgerÃteakustiker L. Anfang Juli 2017 begrÃ¼ndet worden (vgl. dazu im Einzelnen Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. Februar 2023â â [L 2 R 263/22](#) â, Rn. 28 ff., juris). Versicherte, die â wie im vorliegenden Fall die KlÃ¤gerin â mit einem Leistungserbringer gerade als Vertragspartner ihrer Krankenkasse in Kontakt treten, stellen damit grundsÃ¤tzlich gleichzeitig den Antrag nach [Â§ 19 S 1 SGB IV](#), den anders anzubringen ihnen durch das Verhalten ihrer Kasse faktisch gerade verwehrt ist. Aus der Sicht des Versicherten besteht ein der Krankenkasse zurechenbarer Rechtsschein der EmpfangszustÃ¤ndigkeit des HÃ¶rgerÃteakustikers fÃ¼r LeistungsantrÃ¤ge im Sinne einer geduldeten passiven Stellvertretung (vgl. BSG, U.v. 30. Oktober 2014â â [B 5 R 8/14 R](#) â, [BSGE 117, 192](#), Rn. 42).

Mit der entsprechenden Antragstellung Anfang Juli 2017 ist zugleich die ZustÃ¤ndigkeit der Beigeladenen als erstangegangene RehabilitationstrÃ¤gerin gemÃ¤Ã [Â§ 14 Abs. 1 SGB IX](#) begrÃ¼ndet worden; eine Weiterleitung dieses Antrages innerhalb der dort normierten Zweiwochenfrist ist nicht erfolgt. Bezeichnenderweise hat die Beigeladene aufgrund dieses Antrages der KlÃ¤gerin auch den sog. Festbetrag zugesprochen.

---

Das Begehren der Klägerin war entsprechend der Auslegungsregel des [Â§ 2 Abs 2 SGB I](#) auf eine umfassende, nach Maßgabe des Leistungsrechts des Sozialgesetzbuches (hier: des Leistungsrechts der GKV nach dem SGB V sowie des Leistungsrechts der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem SGB VI) bestmögliche Versorgung mit einem neuen Hörgerät gerichtet. Eine solche Auslegung des Leistungsbegehrens schließt die Aufspaltung des klägerischen Begehrens in zwei separate Leistungsanträge, nämlich in einem Antrag auf Bewilligung eines Festbetrages (â€œNormalversorgungâ€œ, [Â§ 12 Abs 2 SGB V](#)) und einen weiteren Antrag auf Bewilligung einer über den Festbetrag hinausgehenden, technisch anspruchsvolleren und teureren Versorgung (â€œPremiumversorgungâ€œ), von vornherein aus. Es ist also von einem einheitlichen Anfang Juli 2017 bei der Beigeladenen gestellten Leistungsantrag auszugehen (vgl. zum Vorstehenden: BSG, U.v. 24. Januar 2013 â€œ [B 3 KR 5/12 R](#) â€œ, [BSGE 113, 40](#), Rn. 21)

Erneut angegangen im Sinne der erläuterten Vorgaben des [Â§ 14 SGB IX](#) wurde die Beigeladene nachfolgend durch die E-Mail der Klägerin vom 11. August 2017. Auch hierauf bezogen fehlt es an fristgerechter Weiterleitung des Rehabilitationsbegehrens durch die Beigeladene an die Beklagte innerhalb der erläuterten Zweiwochenfrist. Eine entsprechende Weiterleitung hat die Beigeladene vielmehr erst Monate später mit Schreiben vom 20. November 2017 veranlassen wollen. Angesichts der Fristversäumnis vermochte die (deutlich) verspätete Weiterleitung die einmal im Außenverhältnis zur Klägerin begründete (und im vorliegenden Fall überdies mit ihrer originären sachlichen Zuständigkeit korrespondierende) Zuständigkeit der Beigeladenen nicht mehr zu berechnen. Mangels einer eigenen Zuständigkeit im Außenverhältnis zur Klägerin war die Beklagte schon nicht zur Bescheidung des Begehrens der Klägerin zuständig, so dass ihre ablehnenden Bescheide aufzuheben sind.

3. Der Anspruch der Klägerin auf Erstattung des von ihr (neben der gesetzlichen Zuzahlung in Höhe von 20 â€œ für die beiden Hörgeräte) verauslagten Eigenanteils in Höhe von 1.752 â€œ ergibt sich aus [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Nach dieser Vorschrift sind von der Krankenkasse dem Versicherten die Kosten für die selbstbeschaffte Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und sind dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte notwendige Leistung Kosten entstanden sind. â€œ

Im vorliegenden Fall hat die Beigeladene über den Festbetrag hinausgehende Leistungsansprüche aufgrund der seinerzeit erforderlichen Neuversorgung mit Hörgeräten bereits mit Email vom 11. August 2017 abgelehnt. Sie hat in ihrer Email die Klägerin explizit darauf hingewiesen, dass sie â€œimmer nurâ€œ den vorgegebenen Festbetrag genehmigen könne.

Diese Ablehnung erfolgte zu Unrecht, weil die Klägerin in der damaligen Versorgungssituation von der Beigeladenen eine Versorgung mit den (von ihr unter Einsatz der von ihr in Höhe von 1.752 â€œ aufgebrauchten Eigenbeteiligung erworbenen) Hörgeräten Oticon OPN-3 beanspruchen konnte.

---

Versicherte haben gemäß [Â§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) 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 vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [Â§ 34 Abs. 4 SGB V](#) ausgeschlossen sind.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt gemäß [Â§ 36 Abs. 1 SGB V](#) Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Für die Versorgung mit diesen Hilfsmitteln setzt er gemäß [Abs. 2](#) einheitliche Festbeträge fest.

Diese Regelungen lassen allerdings im Verhältnis zum Versicherten den Sachleistungsanspruch auf Versorgung mit den benötigten Hilfsmitteln nach [Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#) unberührt (vgl. bereits BVerfG, Urteil vom 17. Dezember 2002 – [1 BvL 28/95](#) –, [BVerfGE 106, 275](#), Rn. 139). Soweit der Festbetrag für den Behinderungsausgleich objektiv nicht ausreicht, bleibt es bei der Verpflichtung der Krankenkasse zur von den gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen in Höhe von zehn Euro je Kalenderjahr abgesehen – kostenfreien Versorgung der Versicherten (BSG, U.v. 17. Dezember 2009 – [B 3 KR 20/08 R](#) –, [BSGE 105, 170](#), Rn. 29).

Ein Festbetrag darf leistungsbegrenzende Wirkung nur entfalten, wenn er im Zeitpunkt der beanspruchten Versorgung den gesetzlichen Anforderungen genügt. Insoweit liegt das Risiko der ausreichenden Festbetragsbemessung bei den Krankenkassen, nicht aber bei den Versicherten (BSG, aaO, Rn. 30).

Gewährleistet ist die erforderliche Versorgung zum Festbetrag, wenn sich ein Betroffener die ihm zustehende Leistung mit einem Mindestmaß an Wahrmöglichkeit zumutbar beschaffen kann. Insoweit gilt für seinen Anspruch zunächst das allgemeine Leistungsrecht des SGB V. Deshalb hat der Festbetrag im medizinisch vertretbaren Rahmen regelmäßig Raum für eine hinreichende Auswahl unter verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten zu belassen. Zudem sind Zumutbarkeitsgesichtspunkte zu beachten; es reicht nicht aus, dass überhaupt ein Leistungserbringer die notwendige Leistung bereithält. Erforderlich ist vielmehr, dass dieser angemessen erreichbar und seine Inanspruchnahme auch ansonsten zumutbar ist (BSG, aaO, Rn. 35).

Die Festbetragsregelung enthebt die Krankenkassen mithin nicht von ihrer Pflicht, ihrerseits im Rahmen der Sachleistungsverantwortung ([Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) für die ausreichende Versorgung der Versicherten Sorge zu tragen. Hieraus können gesteigerte Obhut- und Informationspflichten erwachsen, wenn vor allem bei anpassungsbedürftigen Hilfsmitteln der notwendige Überblick über die Marktlage und geeignete Angebote auch bei zumutbarer Anstrengung für Versicherte schwierig zu erlangen ist. Das Festbetragsregime setzt nicht die Verantwortung der Krankenkassen für die Leistungsverschaffung im Rahmen des Sachleistungsprinzips außer Kraft, sondern modifiziert nur das Entscheidungsverfahren zur Bestimmung der angemessenen Leistungsvergütung. Insoweit kann die Verpflichtung, Versicherten bei einem unübersichtlichen

---

Leistungsangebot einen konkreten Weg zu den gesetzlich möglichsten Leistungen aufzuzeigen, gerade auch hier gelten (BSG, aaO, Rn. 36 mwN).

4. Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs  $\hat{=}$  und damit auch bei einer Hörgeräteeversorgung  $\hat{=}$  ist die Hilfsmittelversorgung grundsätzlich von dem Ziel eines vollständigen funktionellen Ausgleichs geleitet. Für diesen unmittelbaren Behinderungsausgleich gilt das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits, und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts. Dies dient in aller Regel ohne gesonderte weitere Prüfung der Befriedigung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens im Sinne von [§ 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) (entsprechend [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) 2001), 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 (BSG aaO, Rn. 15 mwN).

Maßgebliches Ziel einer Versorgung mit Hörgeräten muss nach den erlaubten gesetzlichen Vorgaben die Angleichung an das Hörvermögen hörgesunder Menschen darstellen. Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen haben Anspruch auf diejenige Hörgeräteversorgung, die die nach dem Stand der Medizintechnik bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlaubt, soweit dies im Alltagsleben einen erheblichen Gebrauchsvorteil bietet (BSG, B.v. 28. September 2017  $\hat{=}$  [B 3 KR 7/17 B](#)  $\hat{=}$ , SozR 4-1720  $\hat{=}$  [§ 186 Nr 1, Rn. 15](#)).

Solange dieser Ausgleich im Sinne eines Gleichziehens mit deren Hörvermögen nicht vollständig erreicht ist, kann die Versorgung mit einem fortschrittlichen Hörgerät nach der Rechtsprechung des BSG gerade nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur für die Aufrechterhaltung eines  $\hat{=}$  wie auch immer zu bestimmenden  $\hat{=}$  Basis Hörvermögens aufzukommen habe. Teil des von den Krankenkassen nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) geschuldeten  $\hat{=}$  möglichst vollständigen  $\hat{=}$  Behinderungsausgleichs ist es vielmehr, hörbehinderten Menschen im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen zu eröffnen und ihnen die dazu nach dem Stand der Hörgerätetechnik ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) jeweils erforderlichen Geräte zur Verfügung zu stellen (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, [aaO](#), Rn. 20 mwN).

Die Ergebnisse eines Hörens unter Störschalleinwirkungen, wie sie auch im täglichen Leben sehr häufig anzutreffen sind, hängt neben der konkreten Ausgestaltung des persönlichen Hörvermögens und seiner individuellen Beeinträchtigungen maßgeblich von in ganz unterschiedlichen Ausprägungen, Stärken und Wechselwirkungen in Betracht zu ziehenden Störschalleinwirkungen und natürlich auch von der Qualität der Primärschallquelle ab, deren

---

Wahrnehmung auch unter Störschall angestrebt wird. Unterschiedliche Anforderungen können sich überdies auch hinsichtlich der im jeweiligen Lebenszusammenhang erforderlichen Qualität der H rvernehmung ergeben (vgl. dazu bereits Senatsurteil vom 20. Februar 2023 [L 2 R 263/22](#), Rn. 52, juris).

Angesichts der vielfältigen Ausgestaltungen entsprechender St rschallbeeintr chtigungen und der vielfältigen Unterschiede im individuellen (beeinträchtigten) Hörvermögen ermöglichen die unter Testbedingungen auf der Basis einer einzelnen übersichtlichen St rschallausgestaltung mit lediglich einer wahrzunehmenden Prim rschallquelle punktuell ermittelten Ergebnisse im Rahmen der sog. Freiburger Sprachtests keine verlässlichen Rückschlüsse darauf, mit welcher Qualität der Betroffene mit den jeweiligen Hörgeräten (und ggfs. mit welchen Einstellungen und Programmierungen dieser Geräte) unter den ganz unterschiedlich ausgeprägten St rschallsituationen im Alltag Höreindrücke verstehen kann. Sowohl im beruflichen wie im privaten Alltag müssen die Versicherten möglichst verlässliche Höreindrücke auch bei qualitativ sehr unterschiedlich ausgeprägten und sich nicht selten auch überlagernden Prim rschallquellen erzielen können. Dabei wird die Wahrnehmung sowohl im beruflichen wie auch im privaten Bereich vielfach durch das Zusammenwirken sich überlagernder unterschiedlicher Störschalleinwirkungen erschwert.

Die Verfolgung von Gesprächen im Rahmen einer lebhaften Geburtstagsfeier beschreibt nur beispielhaft eine von vielen in Betracht kommenden Auswirkungen schwieriger Hörsituationen. Die gebotene bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder gebietet im Rahmen des technisch Machbaren eine Versorgung, welche grundsätzlich auch in solchen problematischen H rumgebungen ein verlässliches Hören in dem auch bei einem gesunden Menschen zu erwartenden Rahmen gewährleistet.

5. Begrenzt ist der so umrissene Anspruch allerdings durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des [  12 Abs. 1 SGB V](#). Die Leistungen müssen danach   ausreichend, zweckmässig und wirtschaftlich sein   und dürfen   das Maß des Notwendigen nicht  berschreiten  ; 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; Mehrkosten sind andernfalls selbst zu tragen (BSG, aaO, Rn. 21).

Eingeschlossen in den Versorgungsauftrag der GKV ist eine kostenaufwendige    und damit erforderlichenfalls auch eine mit erheblichen Mehrkosten verbundene    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 für grundsätzlich jede Innovation, die dem Versicherten in seinem Alltagsleben deutliche Gebrauchsvorteile bietet. Keine Leistungspflicht besteht dagegen für solche Innovationen, die nicht die Funktionalität betreffen, sondern in erster Linie die Bequemlichkeit und den Komfort bei der Nutzung des Hilfsmittels. Dasselbe gilt für lediglich ästhetische Vorteile. Desgleichen kann eine Leistungsbegrenzung zu erwägen sein, wenn die funktionalen Vorteile eines Hilfsmittels ausschließlich in bestimmten Lebensbereichen zum Tragen kommen. Weitere Grenzen der Leistungspflicht können schließlich beruhen, wenn einer nur geringfügigen Verbesserung des Gebrauchsnutzens ein als unverhältnismäßig einzuschätzender Mehraufwand gegenübersteht (vgl. zum Vorstehenden: BSG, aaO, Rn. 21).

In diesem Rahmen ist bei der Auswahl der Hilfsmittel die bestmögliche Angleichung an das Leistungsvermögen Gesunder anzustreben, soweit damit im allgemeinen Alltagsleben im Vergleich zu anderen in Betracht kommenden Hilfsmitteln erhebliche Gebrauchsvorteile einhergehen (BSG, U.v. 17. Dezember 2009, [aaO](#), Rn. 19). Die Beurteilung, ob im Einzelfall eine entsprechende Erheblichkeit von Gebrauchsvorteilen festzustellen ist, hat sich an den gesetzlichen Vorgaben des SGB IX auszurichten, welche zugleich der Realisierung der verfassungsrechtlichen Wertvorgaben aus [Art. 1 Abs. 1](#) und [Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG](#) zu dienen bestimmt sind.

Anzustreben ist gemäß [Â§ 1 SGB IX](#) die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe der Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft. Ihre persönliche Entwicklung ist ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern ([Â§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX](#)). Benachteiligungen sind zu vermeiden, ihnen ist entgegenzuwirken ([Â§ 1 SGB IX](#)).

Dabei umfasst die auf Krankenkassenkosten im Interesse der rechtlich gebotenen Angleichung an das Leistungsvermögen Gesunder zu gewährende Funktionalität des Hilfsmittels auch dessen effektive und anstrengungsarme Einsetzbarkeit im Alltag. Insbesondere muss auch der Beeinträchtigte an Gesprächen (im Rahmen des Möglichen) ohne besondere Anstrengungen wie ein Gesunder effektiv teilnehmen können, ohne daran etwa durch wiederholt erforderlich werdende aufwendige Einstellvorgänge spürbar gehindert werden. Die Funktionalität der Hilfsmittel in ihrer tatsächlichen Anwendung ist beeinträchtigt, wenn der Betroffene aufgrund ihrer unzureichenden Gebrauchstauglichkeit sich nicht wie ein Gesunder mit voller Aufmerksamkeit dem Inhalt des maßgeblichen Gesprächs widmen, sondern deutliche Teile seiner Aufmerksamkeit der Bedienung der Hilfsmittel zuwenden muss.

Die Verhältnismäßigkeit eines finanziellen Mehraufwandes in Relation zum verbesserten Gebrauchsnutzen kann bei Hilfsmitteln entsprechend der angestrebten langfristigen Versorgung nur auf der Basis eines hinreichend langen Beurteilungszeitraums sachgerecht beurteilt werden. Hilfsmittel sind typischerweise langjährig einsetzbar. Bezeichnenderweise sehen die

---

Krankenkassen auch eine Zahlung weiterer Service- und Reparaturpauschalen für den Einsatz im 7. bis 9. Versorgungsjahr vor (vgl. etwa <https://www.tk.de/techniker/leistungen-und-mitgliedschaft/informationen-versicherte/leistungen/weitere-leistungen/hilfsmittel/hoergeraete-erwachsene-kinder/wann-kann-ich-ein-neues-hoergeraet-bekommen> 2143254). Auch von Seiten von Hörgerätenakustikern wird auf die Möglichkeit einer langjährigen Nutzung hingewiesen (vgl. etwa unter <https://www.mysecondear.de/blogs/wissen/krankenkasse> : Bislang war eine Nutzungsdauer von sechs Jahren bei Hörgeräten vorgesehen. Durch den technischen Fortschritt halten Hörgeräte aber auch deutlich länger, sodass nach Ablauf dieser sechs Jahre vielleicht nur eine Instandsetzung erforderlich wird und keine Versorgung mit neuen Modellen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen).

Solange im Rahmen der prognostisch allein möglichen Durchschnittsbetrachtung etwa eine siebenjährige Nutzungsdauer zugrunde gelegt wird, verteilen sich beispielsweise die im vorliegenden Fall geltend gemachten Mehrkosten von 1.752 € auf ca. 2.550 Nutzungstage. Dementsprechend ist die Frage zu klären, ob die Mehrkosten von ca. 69 Cent je Nutzungstag in Relation zu den tatsächlich erlebten Gebrauchsvorteilen eventuell als unverhältnismäßig zu beurteilen sein könnten. Solange die aufreisspflichtige Hörgeräteversorgung wie auch im vorliegenden Zusammenhang mit gewichtigen regelmäßig erfahrbaren Nutzungsvorteilen verbunden ist, wird für eine entsprechende Annahme einer Unverhältnismäßigkeit regelmäßig kein Raum sein. Auch im vorliegenden Fall sind angesichts der damit verbundenen erheblichen Vorteile beim Hören keine Bedenken hinsichtlich der Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit der Mehraufwendungen für die erfolgte aufreisspflichtige Hörgeräteversorgung erkennbar.

Dementsprechend ist nur ergänzend darauf hinzuweisen, dass Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen nach den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen mit der Zielrichtung erhalten sollen, ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Ein Aspekt dieser umfassend ausgestalteten gesetzlichen Zielvorgabe ist das Gebot, die Teilhabe der Betroffenen am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern ([§ 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#)). Bei entsprechenden Verhältnismäßigkeitsabwägungen ist im Rahmen der gebotenen Gesamtbeurteilung bei im Erwerbsleben stehenden Menschen auch die besondere Bedeutung eines guten Hörvermögens für die möglichst langfristig und dauerhaft auszurichtende Sicherung ihrer künftigen Teilhabe am Arbeitsleben angemessen zu berücksichtigen. Dabei kommt schon diesem Teilaspekt regelmäßig eine große, und zwar insbesondere auch wirtschaftliche, Bedeutung zu. Schon das (zunächst vorläufig zu ermittelnde) rentenrechtliche Durchschnittsentgelt im Sinne des [§ 69 Abs. 2 SGB VI](#) beläuft sich inzwischen auf 38.901 € im Jahr, mithin bezogen auf einen Siebenjahreszeitraum auf rund 270.000 € (zuzüglich der bei wirtschaftlicher Betrachtung im Ergebnis ebenfalls vom Arbeitnehmer durch seine Arbeitsleistungen zu erarbeitenden Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung).

---

6. Nach Maßgabe der vorstehend erläuterten gesetzlichen Vorgaben war die Versorgung der Klägerin mit Hörgeräten Oticon OPN-3 erforderlich im Sinne von [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Für die Klägerin war insbesondere auch angesichts des die gesetzlichen Vorgaben nachhaltig missachtenden Beratungsversagens der Beigeladenen kein kostengünstiger Weg erkennbar, mit dem sie ihren Anspruch auf eine bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder realisieren konnte.

a) Die Beigeladene hat ihre der Klägerin gesetzlich nach Maßgabe des Â§ 14 SGB geschuldeten Beratungspflichten bereits bedingt durch strukturelle Defizite gravierend verletzt.

(1) Die Beratungspflicht dient der möglichst weitgehenden Verwirklichung der individuellen Sozialleistungsansprüche; die Versicherten sollen die ihnen gesetzlich eingeräumten Ansprüche âbestmöglichâ nutzen können (BSG, U.v. 17. Juni 2021, [aaO](#), Rn. 17).

Ein individuelles Beratungsersuchen muss nur sinngemäß zum Ausdruck gebracht werden. Entsprechend allgemeinen Grundsätzen obliegt es den Sozialleistungsträgern und damit auch den Krankenkassen bei Eingaben der Versicherten, unter Heranziehung von [Â§ 133 BGB](#) den darin zum Ausdruck gebrachten Willen zu erforschen. Zugrunde zu legen sind insoweit der Wortlaut des Begehrens, aber auch die sonstigen erkennbaren Umstände des Falles. Im Zweifel ist davon auszugehen, dass nach Maßgabe des Meistbegünstigungsprinzips alles begehrt wird, was dem Betroffenen aufgrund des Sachverhalts rechtlich zusteht (BSG, Beschluss vom 22. September 2020 â [B 5 RS 6/20 B](#) â, Rn. 10, juris). Dementsprechend bringt ein Leistungsbegehren regelmäßig auch den Willen der Versicherten zum Ausdruck, über die Voraussetzungen und Möglichkeiten zur Realisierung der angestrebten Leistung fachgerecht beraten zu werden, soweit diesbezüglich nach dem Gesamtzusammenhang nicht bereits mit einer hinreichenden Vertrautheit des Versicherten ausgegangen werden kann. Dies gilt in besonderem Maße, wenn schon die sachgerechte Auswahl der Leistung wie namentlich bei Hörgeräten mit besonderen Anforderungen verbunden ist.

Auch unabhängig von einem Beratungsbegehren des Bârgers sind die Sozialleistungsträger darüber hinaus verpflichtet, bei Vorliegen eines konkreten Anlasses im Rahmen einer sog. âSpontanberatungâ auf klar zu Tage tretende Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen (BSG, U.v. 10. Dezember 2003 â [B 9 VJ 2/02 R](#) â, [BSGE 92, 34](#), Rn. 31). Die Beratung darf sich nicht auf verlässlich zu erwartende Verlaufsentwicklungen beschränken, vielmehr hat sie sich insbesondere auch auf ânicht fernliegendeâ Komplikationen erstrecken, auf die die Betroffenen vorbereitet sein sollten (BSG, U.v. 17. Juni 2021 â [B 3 P 5/19 R](#) â, [BSGE 132, 216](#), Rn. 15).

Versicherte, denen aufgrund entsprechender Beeinträchtigungen vom behandelnden HNO-Arzt Hörgeräte verordnet worden sind, sind im Regelfall mit dem Umfang ihrer daraus gegenüber den Krankenkassen resultierenden Versorgungsansprüche und den Möglichkeiten ihrer effektiven Durchsetzung

---

nicht oder allenfalls nur sehr unzulänglich vertraut.

Mithin haben die Krankenkassen auch unter dem Gesichtspunkt der ihnen obliegenden Spontanberatung dafür Sorge zu tragen, dass die Versicherten zeitnah nach einer entsprechenden Verordnung von Häufigerärzten mit der Zielrichtung beraten werden, dass ihre Versorgungsansprüche im Sinne der gesetzlichen Vorgaben des [§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I](#) umfassend und zügig effektiv erfüllt werden. Insbesondere müssen die Krankenkassen die Versicherten dahingehend klar und unmissverständlich beraten, dass sie (im erlaubten Rahmen) Anspruch auf eine bestmögliche Angleichung an das Häufigerärzten Gesunder auf Kosten der Krankenkasse auch dann haben, wenn sich dieses Ziel nur mit den festbetrag übersteigenden finanziellen Mehraufwendungen erreichen lässt. Auch das BSG hebt in diesem Zusammenhang die den Krankenkassen erwachsenen gesteigerten Obhut- und Informationspflichten hervor (U.v. 17. Dezember 2009 [B 3 KR 20/08 R](#), [BSGE 105, 170](#), Rn. 36).

Im Bereich der Häufigerärzteversorgung ist allerdings in der Verwaltungspraxis der gesetzlichen Krankenkasse der gesamte Vorgang der Leistungserbringung von der Vorlage der ärztlichen Verordnung über die Anpassung und Auswahl der Häufigerärzte bis zur Abrechnung mit dem Versicherten und seiner Kasse in der Form externalisiert, dass grundsätzlich jeder Kontakt des Versicherten mit seiner Kasse und damit der Aufwand eines Verwaltungsverfahrens vermieden wird. Dass eine Befassung der Kasse erst nach durchgeführter Versorgung erfolgt, ist notwendige tatsächliche Konsequenz einer derartigen nach Einschätzung des BSG evident an Gesichtspunkten einer betriebsorganisatorischen Optimierung und Zielen des *lean management* orientierten Handhabung nach dem Vorbild Privater. Dieser Ansatz vermag allerdings schon im Ausgangspunkt die gesetzlichen Krankenkassen nicht von ihren Bindungen an die gesetzlichen Vorgaben zu lösen. Als Träger öffentlicher Verwaltung ([§ 29 Abs. 1 SGB IV](#)) sind diese in keiner Weise ermächtigt, sich ihrer verfassungsmäßigen Rechts- und Gesetzesbindung ([Art. 20 Abs. 3 GG](#)) zu entledigen. Vielmehr müssen sie sich (jedenfalls bei einer entsprechenden Willensbetätigung durch den Versicherten) grundsätzlich bereits mit der Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung bei ihrem Vertragspartner so behandeln lassen, als wäre unmittelbar bei ihnen ein Leistungsantrag gestellt worden. Sie können sich andernfalls zur Abbedingung zwingenden öffentlichen Rechts im eigenen Interesse ermächtigt (vgl. zum Vorstehenden: BSG, U.v. 30. Oktober 2014 [B 5 R 8/14 R](#), [BSGE 117, 192](#), Rn. 39), was der rechtsstaatlichen Grundordnung ([Art. 20 Abs. 3 GG](#)) völlig fremd ist.

Dementsprechend haben die Krankenkassen auch bereits ab dem Zeitpunkt der Vorlage einer entsprechenden vertragsärztlichen Häufigerärzteverordnung bei dem von ihnen im Rahmen der Versorgungsverträge (vgl. namentlich den von der Beigeladenen mit Schriftsatz vom 10. Februar 2022 vorgelegten Vertrag über die bundesweite Versorgung von Versicherten der Betriebskrankenkassen mit Häufigerärztensystemen) herangezogenen Häufigerärzten für eine effektive Beratung der Versicherten Sorge zu tragen. Insbesondere müssen auch alle Vereinbarungen mit den im Zuge der Externalisierung eingesetzten Dienstleistern

---

(bzw. mit deren Verbänden) auf eine nachdrückliche und effektive Umsetzung der angesprochenen gesetzlichen Zielvorgaben ausgerichtet sein.

(2) Dabei reichen nach den Vorgaben der höchststrichterlichen Rechtsprechung lediglich verbale Hinweise nicht aus. Vielmehr muss den betroffenen Versicherten ein Gerät, welches tatsächlich im individuellen Einzelfall eine bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder gewährleistet, konkret zum Austesten angeboten und vorgestellt werden (BSG, B.v. 28. September 2017 – [B 3 KR 7/17 B](#), SozR 4-1720 – § 186 Nr 1, Rn. 15). Soweit bereits damit der anzustrebende Erfolg einer bestmöglichen Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erreicht werden kann, haben sich entsprechende Beratungen und Testangebote auf zum Festbetrag erhältliche Geräte zu beziehen. Sollte dieses Ziel nach den Versorgungserfordernissen des konkreten Einzelfalls und nach Maßgabe der Leistungen der zu Festbeträgen auf dem (jedenfalls im Ausgangspunkt wettbewerbsgeprägten) Hörgerätemarkt erhältlichen Geräte nicht zu Festbetragskonditionen zu realisieren sein, haben sich die Beratungen und Testangebote im Interesse des gesetzlich gebotenen Versorgungserfolges auch auf höherpreisige Geräte zu erstrecken. Dabei ist dem betroffenen Versicherten deutlich zu machen, dass die Krankenkasse daraus resultierende Mehrkosten zu tragen hat, soweit diese zur Erreichung des beschriebenen Ziels einer regelmäßig bestmöglichen Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erforderlich sind.

(3) Die erläuterten rechtlichen Vorgaben sind im vorliegenden Fall augenscheinlich nicht erfüllt worden. Die Klägerin hat im Versorgungsverfahren anschaulich und überzeugend, und zwar insbesondere auch in der Anlage zu dem von den Krankenkassen geforderten (vgl. § 3 Abs. 5a des Vertrages über die bundesweite Versorgung von Versicherten der Betriebskrankenkassen mit Hörsystemen, Anlage 1 zum Schriftsatz der Beigeladenen vom 10. Februar 2022; im Folgenden: Versorgungsvertrag) Vordruck – Patientenerklärung zur Versorgung mit Mehrkosten –, dargelegt, dass sie mit den von ihr erworbenen Hörgeräten vom Typ OPN 3 sehr viel besser hören konnte. Diese durchgreifenden Hörvorteile zeigten sich sowohl im Vergleich mit den zuvor von ihr eingesetzten Hörgeräten als auch im Vergleich mit den mit den beiden weiteren ihr im Zuge der Neuversorgung zum Austesten angebotenen kostengünstigeren Hörgerätetypen.

In dem gesamten Neuversorgungsverfahren ist die Klägerin jedoch überhaupt nicht darüber aufgeklärt worden, dass ihr im Grundsatz auf Kosten der Krankenkasse eine Hörgeräteversorgung zustand, welche eine bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder gewährleisten sollte. Der tatsächliche Versorgungsablauf war vielmehr geradezu strukturell darauf ausgerichtet, die Klägerin diesbezüglich im Unklaren zu lassen und die erläuterten gesetzlichen Vorgaben an eine sachgerechte Versorgung und Beratung nach Maßgabe der erläuterten Vorschriften der [§§ 14, 17 SGB I](#) zu hintertreiben.

(4) Nach Einschätzung des Bundessozialgerichts mutet es bereits im rechtlichen Ausgangspunkt – abenteuerlich – an, dass die Rehabilitationsträger die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln – hier: Hörgeräte – praktisch nicht

---

mehr selbst vornehmen, sondern in die Hände der Leistungserbringer *outsourced* haben (BSG, U.v. 30. Oktober 2014 [B 5 R 8/14 R](#), [BSGE 117, 192](#), Rn. 35). Im vorliegenden Zusammenhang hat der Senat nicht abschließend die Zulässigkeit entsprechender Outsourcingstrukturen zu hinterfragen und die damit verbundenen Rechtsfolgen im Einzelnen zu prüfen. Beispielsweise ist nicht abschließend zu klären, ob die mit dem Outsourcing verbundene Tätigkeit der Hörgerätekustiker für die Krankenkassen als Behörden im Rahmen der Ausführung von Aufgaben der öffentlichen Verwaltung zur Folge hat, dass die eingesetzten Akustiker entsprechend den Vorgaben des [§ 1](#) Verpflichtungsgesetz auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Obliegenheiten zu verpflichtet sind.

Die Entscheidung im vorliegenden Rechtsstreit hängt auch nicht von der Frage ab, ob ein Einsatz des betroffenen Hörgerätekustikers mit den in das Verwaltungsverfahren eingebetteten Beratungsaufgaben in dem (mit der *Überreichung* der Hörgeräteverordnung gegenüber der Krankenkasse, wie dargelegt, eingeleiteten) Verfahren auf Bewilligung einer Hörgeräteversorgung bereits nach den bindenden Vorgaben des [§ 16 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) ausgeschlossen ist. Diese Frage stellt sich nachdrücklich im Hinblick darauf, dass der/die betroffene Hörgerätekustiker/in in dem konkreten Versorgungsverfahren einen unmittelbaren Vorteil für das vertretene Hörgerätekustikunternehmen in Form der Zuerkennung und Auszahlung der Festbeträge durch die Krankenkasse anstrebt.

Festzuhalten ist jedenfalls, dass mit entsprechenden nicht zuletzt auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ausgerichteten Organisationsentscheidungen kein Freibrief für die Krankenkassen einhergehen kann, sich über bindende gesetzliche Vorgaben hinwegzusetzen. Insbesondere entbindet eine Outsourcingentscheidung schon im Ausgangspunkt die Krankenkassen nicht von der Verpflichtung, eine effektive und zielführende Beratung der betroffenen Versicherten nach Maßgabe der gesetzlichen Zielvorgaben der [§§ 14, 17 SGB I](#) zu gewährleisten.

(5) Gesetzlich geboten ist eine Ausgestaltung der Beratung mit der Zielrichtung, dass die Versicherten die ihnen gesetzlich eingeräumten Ansprüche *umfassend* und *möglichst weitgehend* ([§ 2 Abs. 2, 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I](#)) nutzen können. Dies bedingt eine sachgerechte an den Zielvorgaben ausgerichtete Organisation des Beratungs- und Versorgungsverfahrens. Es ist eine möglichst gute Beratungs- und Versorgungsqualität anzustreben. Insbesondere ist (in dem beschriebenen Rahmen) namentlich bestmöglich das Ziel einer weitestmöglichen Angleichung des Hörvermögens der betroffenen beeinträchtigten Versicherten an das Hörvermögen Gesunder zu realisieren.

Bei der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben dürfen die Krankenkassen schon im Ausgangspunkt nicht den grundlegenden Gegensatz zwischen den eigenen Interessen des Hörgerätekustikers und den Interessen der Versicherten ignorieren. Während die Versicherten regelmäßig das Ziel bestmöglicher Hörerfolge bei Vermeidung persönllich zu tragender Zusatzkosten verfolgen, ist

---

das Hörgeräteakustikunternehmen auf der Basis einer wirtschaftlichen Betrachtung an der Maximierung des eigenen Gewinns interessiert. Diese Gewinnerwartung des Hörgerätekustikers wird insbesondere dadurch nachhaltig beeinflusst, ob der Versicherte sich für aufpreispflichtige Geräte dazu entscheidet, bei denen er aus eigenen Mitteln die den sog. Festbetrag überschreitende Kosten zu tragen hat. Damit sind für den Akustiker zusätzlich Gewinnerwartungen in erheblicher, nicht selten sogar vierstelliger Höhe schon im Einzelfall verbunden. Die Vielzahl der im Laufe beispielsweise eines Jahres durch einen Hörgerätekustiker jeweils zu versorgenden Versicherten weist diesen Interesse noch eine viel größere wirtschaftliche Relevanz zu.

Die Chancen auf entsprechende Zusatzgewinne steigen für den Hörgerätekustiker nachdrücklich, wenn bei den Versicherten der Eindruck entsteht, dass diese mit aufpreispflichtigen Hörgeräten bessere Hörergebnisse erreichen können. Demgegenüber werden sie geschmerzt, wenn die Versicherten klar vor Augen steht, dass sie (im erlaubten Rahmen) schon auf Krankenkassenkosten eine bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen gesunder beanspruchen können.

Der erlaubte Interessenkonflikt begründet für die Krankenkasse auch die Verpflichtung, die Beratungen so auszugestalten, dass Konflikte zwischen den Interessen der Versicherten und den Interessen der im Versorgungsverfahren einzusetzenden Berater möglichst vermieden werden. Dies umfasst insbesondere auch das Gebot, aus diesem Konflikt Gefahren für die Beratungsqualität durch geeignete Schutzmaßnahmen mit objektivierbarer Effektivität weitestmöglich zu reduzieren.

Dies ist schon im Interesse sowohl der betroffenen Versicherten als auch der Allgemeinheit an der Erreichung der gesetzlichen Zielvorgaben ([§ 1 SGB IX](#)) einer möglichst vollumfänglichen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe der Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft unerlässlich.

Die Realisierung dieses Ziels liegt zugleich im wohlverstandenen eigenen Interesse der Krankenkassen. Auch ihre eigenen finanziellen Interessen werden dadurch gefördert. Eine gute Versorgungsqualität erhöht bei im Erwerbsleben stehenden Menschen mit Hörbeeinträchtigungen die Chancen auf deren langfristige weitere Teilnahme am Arbeitsleben mit den damit eingehenden Beitragseinnahmen für die Sozialleistungsträger vielfach nachhaltig. Zugleich werden damit die Risiken namentlich psychischen Folgeerkrankungen (mit daran vielfach anknapfenden finanziellen Mehraufwendungen für die Krankenkassen und die ihnen zugeordneten Pflegekassen) reduziert, welche bei nur unzureichend ausgeglichenen Hördefiziten drohen.

(6) Eine effektiv wirksame Zurückdrängung der Risiken für die Versorgungs- und Beratungsqualität aufgrund des beschriebenen Konfliktes zwischen den eigenen wirtschaftlichen Interessen des Hörgerätekustikers und den Interessen der Versicherten ist umso mehr gefordert, als dieser Interessenkonflikt in der Sache zugleich auch Korruptionsrisiken im Sinne eines drohenden Missbrauchs

---

staatlicherseits anvertrauter Machtstellungen und Einflussmöglichkeiten zum privaten Vorteil zum Ausdruck bringt.

Entsprechend dem allgemeinen öffentlichen und rechtsstaatlichen Interesse an einer umfassenden und wirksamen Bekämpfung von Korruptionsgefahren sind auch im vorliegenden Zusammenhang Korruptionsgefahren umfassend und nachhaltig zu reduzieren.

Dabei sind namentlich auch die inhaltlichen Vorgaben hinsichtlich des zumindest erforderlichen Schutzniveaus in den der der Korruptionsbekämpfung dienenden Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Einsatz von außerhalb des öffentlichen Dienstes Beschäftigten (externen Personen) in der Bundesverwaltung vom 17. Juli 2008 (vgl. etwa auch den Jahresbericht 2021 des Bundesministeriums des Innern und für Heimat zur Integrität in der Bundesverwaltung) zu berücksichtigen. Diese binden zwar Stellen außerhalb der Bundesverwaltung nicht unmittelbar, sie bringen aber inhaltlich zugleich ein gesichertes Erfahrungswissen hinsichtlich des Umfangs der zumindest gebotenen Schutzvorkehrungen zum Ausdruck. Einem solchen Erfahrungswissen dürfen sich auch außerhalb der Bundesverwaltung stehende Behörden jedenfalls nicht ohne dringende und hinreichend verlässlich objektivierbare Gründe entziehen.

Nach diesen Richtlinien ist insbesondere ein Einsatz externer Personen im Rahmen der Verwaltung grundsätzlich untersagt, soweit diese Funktionen wahrnehmen sollen, deren Ausübung die konkreten Geschäftsinteressen der entsendenden Stelle unmittelbar berührt (vgl. Ziffer 2.5); zudem bedarf es schon im Hinblick auf nur mögliche Interessenkollisionen stets einer konkreten Risikoabschätzung (Ziffer 3.1;).

Vergleichbare Interessenkollisionen und damit zugleich auch strukturell ähnliche Korruptionsrisiken drohen, wenn Verwaltungsaufgaben von Seiten der Behörden an private Unternehmen externalisiert werden, obwohl diese höchst eigene wirtschaftliche Interessen an einer bestimmten Ausgestaltung der Erledigung der übertragenen Aufgaben haben. Die fachliche Qualifikation und demokratische Zuverlässigkeit des öffentlichen Dienstes sind ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut (BVerfG, B.v. 21. Februar 1995 – [1 BvR 1397/93](#) –, [BVerfGE 92, 140-157](#), Rn. 49). Das herausragende öffentliche Interesse an einer effektiven Durchsetzung dieser verfassungsrechtlichen Vorgaben beschränkt sich nicht auf Bedienstete im unmittelbaren Staatsdienst, sondern erstreckt sich auch auf den Einsatz von Dienstleistern, welche von Behörden an Stelle eigener Bediensteter mit der Erledigung öffentlicher Aufgaben betraut werden.

Eine sachgerechte Ausgestaltung des Organisationsermessens, soweit dieses überhaupt entsprechende Outsourcingentscheidungen gestatten sollte, verlangt schon im ersten Schritt als Minimum jedenfalls eine sachgerechte Implantierung von wirksamen Schutzmaßnahmen, welche die Gefahr einer sachwidrigen Beeinflussung der Erledigung der übertragenen öffentlichen Aufgaben durch eigene wirtschaftliche Interessen des Beauftragten möglichst nachhaltig reduziert. Es bedarf geeigneter struktureller Maßnahmen, um auch nur dem abzuwehren

---

Scheinâ mangelnder ObjektivitÃt des im Zuge der Externalisierung eingesetzten Unternehmens wirksam entgegenzutreten (vgl. zu einem entsprechenden Ansatz BGH, U.v. 12. Oktober 2021Â [EnZR 43/20](#)Â, DVBl 2022, 415, Rn. 35).

(7) Auf Seiten der Krankenkassen und damit auch auf Seiten der Beigeladenen ist jedoch bezogen auf den angesprochenen Zusammenhang Ãberhaupt kein ernsthaftes BemÃhen zur Ergreifung von geeigneten wirksamen SchutzmaÃnahmen und damit zur verlÃsslichen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu erkennen. Sie tragen nicht einmal dafÃr Sorge, dass die Versicherten im Zuge der Verordnung von HÃrgerÃten alsbald und verlÃsslich wie namentlich auch mit geeigneten Informationsschriften Ãber ihre Rechte im HÃrgerÃteversorgungsprozess informiert werden. Die Krankenkassen bemÃhen sich erst gar nicht, die Versicherten Ãber den grundsÃtzlichen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie Versorgung im Sinne der bestmÃglichen Angleichung an das HÃrvermÃgen Gesunder in Kenntnis zu setzen.

Ebenso wenig werden die Versicherten Ãber (effektiv nutzbare) MÃglichkeiten zur tatsÃchlichen Durchsetzung ihrer entsprechenden AnsprÃche informiert. Schon als Minimum mÃssten die Krankenkassen unmissverstÃndlich aufzeigen (und dafÃr natÃrlich auch die entsprechenden Beratungs- und UnterstÃtzungskapazitÃten bereithalten), dass und wie sich die Versicherten an ihre Krankenkasse wenden kÃnnen, falls sich im Versorgungsalltag Schwierigkeiten bei der effektiven Durchsetzung des (Sachleistungs-)Anspruchs auf eine zuzahlungsfreie HÃrgerÃteversorgung mit bestmÃglicher Angleichung an das HÃrvermÃgen Gesunder ergeben sollten.

(8) Die strukturellen Defizite werden auch dadurch verdeutlicht, dass die Krankenkassen die HÃrgerÃteakustiker in Â 5a des genannten Versorgungsvertrages dazu verpflichten, von Seiten der betroffenen Versicherten die dem Vertrag beigefÃgte MehrkostenerklÃrung unterzeichnen zu lassen. Mit diesem von Seiten der Krankenkasse geforderten in wesentlichen Teilen vordruckten Formular wird der Versicherten insbesondere eine ErklÃrung abverlangt, wonach diese mit anderen ihr zuzahlungsfrei angebotenen GerÃten âgut zurechtgekommenâ sei und wonach die Entscheidung fÃr die aufpreispflichtigen HÃrgerÃte aus GrÃnden erfolgt sei, welche ânicht mit dem reinen HÃrverstehen im Alltag zu tun habenâ (vgl. Bl. 4 der VV der Beklagten).

Die gesetzlich geschuldete Pflicht zur AufklÃrung des Sachverhalts von Amts wegen entsprechend [Â 20 SGB X](#) hÃtte hingegen eine ergebnisoffene Befragung der Versicherten verlangt. Darauf muss ein im Zuge einer entsprechenden Befragung eingesetzter Vordruck im Interesse sowohl der VerlÃsslichkeit der AufklÃrungsbemÃhungen als auch der anzustrebenden bestmÃglichen ErfÃllung der gesetzlichen Versorgungsvorgaben (und zudem auch nach MaÃgabe des Rechtsgedankens des [Â 309 Ziff. 12b BGB](#)) ausgerichtet sein.

Bezeichnenderweise hat die KlÃgerin allerdings im vorliegenden im Ergebnis die erlÃuterten vorgedruckten ErklÃrungen in der MehrkostenerklÃrung durch die

---

beigefügten Zusätze und Anlagen ausdrücklich negiert. Auch die darin im Ergebnis deutlich zum Ausdruck kommende Missachtung der gesetzlichen Versorgungsvorgaben hat die Beigeladene aber sehenden Auges hingenommen.

b) Im vorliegenden Fall wurden die aufgezeigten schon strukturell verfestigten allgemeinen Defizite bei der gesetzlich geschuldeten Beratung der auf eine Hörgeräteversorgung angewiesenen Versicherten noch durch die Missachtung eines persönlichen Beratungsersuchens der Klägerin verstärkt. Obwohl sich die Klägerin eigens mit einem individuellen Beratungsersuchen an ihre beigeladene Krankenkasse gewandt hat, hat diese gleichwohl von einer sachgerechten Beratung im Ergebnis gänzlich abgesehen. Die Krankenkasse hat die Klägerin überdies an Stelle der geschuldeten sachgerechten Beratung über die Reichweite ihrer Leistungsansprüche getäuscht und belogen. Auch unabhängig von den vorstehend erläuterten strukturellen Beratungsdefiziten ergibt sich daraus eine gravierende Verletzung der der Klägerin gesetzlich nach Maßgabe des § 14 SGB geschuldeten Beratungspflichten.

Es war in jeder Hinsicht sachgerecht, dass sich die Klägerin ihrerseits zeitnah (und damit deutlich vor der nachfolgenden Selbstbeschaffung der Hörgeräte) am 11. August 2017 per Email an die Beigeladene gewandt hatte, nachdem sie seinerzeit im Anpassungsprozess bei dem Hörgeräteakustiker den Eindruck gewonnen hatte, dass nur mit aufpreispflichtigen Hörgeräten eine ausreichende Versorgungsqualität zu erzielen war. Diese E-Mail brachte bei verständiger Würdigung klar und deutlich ihr verstärktes Anliegen zum Ausdruck, ohne oder allenfalls mit einer möglichst geringen Eigenbeteiligung eine qualitativ hochwertige ihre entsprechenden schweren Beeinträchtigungen gut ausgleichende Hörgeräteversorgung zu erhalten. Damit hat die Klägerin aus der Sicht eines verstärkten Empfängers zugleich ein Beratungs- und Auskunftersuchen im Sinne der [§§ 14, 15 SGB I](#) zum Ausdruck gebracht.

Dabei entsprach es den von den Krankenkassen und damit auch von der Beigeladenen den Versicherten zur Verfügung gestellten Versorgungsstrukturen, dass sich die Klägerin zuvor an einen Hörgeräteakustiker gewandt hat, um entsprechend der vertragsärztlichen Verordnung die erforderliche Neuversorgung mit Hörgeräten zu erlangen. Anderweitige Beratungsstellen werden den Versicherten von den Krankenkassen bislang gar nicht konkret angeboten. Selbst nachdem sich die Klägerin hilfesuchend direkt an die Beigeladene gewandt hatte, erfolgte nicht einmal ansatzweise eine sachgerechte Beratung.

Bei der Bearbeitung dieses Ersuchens hatte die Beigeladene von Rechts wegen, wie bereits erläutert, die Vorgaben des [§ 17 SGB I](#) umzusetzen. Insbesondere hatte sie darauf hinzuwirken, dass die Klägerin die ihr zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhielt. Bezogen auf den vorliegenden Zusammenhang ergab sich damit nach Maßgabe der vorstehend erläuterten höchststrichterlichen Rechtsprechung für die Beigeladene die Verpflichtung, auf die o.g. Email der Klägerin so zu reagieren, dass damit alle erforderlichen Maßnahmen in die Wege geleitet wurden, um entsprechend den gesetzlichen Vorgaben eine Versorgung mit der Zielrichtung einer

---

âbestmglichâ Angleichung des Hörvermögens der Klägerin an das Hörvermögen Gesunder âumfassend und zgigâ zu bewirken.

Dieser Verpflichtung hat sich jedoch die Beigeladene sehenden Auges entzogen. Sie hat der Klägerin in ihrer Antwortmail sachlich unzutreffend mitgeteilt, dass eine über die Festbeträge hinausgehende Kostenübernahme durch die Krankenkasse ânicht mglichâ sei. Sie könne âmaximalâ diese Festbeträge übernehmen. Diese Auskunft war eindeutig falsch, nachdem schon viele Jahre zuvor in der bereits eruterten höchstrichterlichen Rechtsprechung geklärt worden war, dass eine Verpflichtung zur Übernahme weitergehender Versorgungskosten besteht, soweit dies zur Erreichung der eruterten gesetzlichen Zielvorgaben erforderlich ist.

Diese Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind natürlich auch den Krankenkassen bekannt. Bezeichnenderweise sieht auch der von der Beigeladenen vorgelegte Vertrag über die bundesweite Versorgung von Versicherten der Betriebskrankenkassen mit Hörsystemen im Ausgangspunkt durchaus eine Umsetzung dieser Rechtsprechung vor. Nach Â§ 3 Abs. 5 des Vertrages ist den Versicherten eine aufzahlungsfreie Hörgeräteversorgung anzubieten, welche einen âmglichst weitgehenden Ausgleichâ des Schwerhrigkeitsgrades sicherstellt und, soweit möglich, ein Sprachverstehen auch bei Umgebungsgeräuschen und in größeren Personengruppen gewährt.Â

Dieser Ansatz wird allerdings im weiteren Verlauf des Versorgungsvertrages â insoweit unter Missachtung der Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung â dahingehend eingeschränkt (vgl. Â§ 3 Abs. 5a), dass âMastabâ für einen solchen möglichst weitgehenden Ausgleich des Hörverlustes das âErgebnis der vergleichenden Anpassungâ im Sinne des Â§ 3 Abs. 5a bis 5b sein soll. Dies soll im Ergebnis nach Maßgabe der â sprachlich wenig klar gefassten â Vereinbarungen in Â§ 3 Abs. 5b des Versorgungsvertrages darauf hinauslaufen, dass der Hörgeräteakustiker nur Geräte anbieten muss, welche âbei einer Toleranz von maximal 10 Prozentpunktenâ nach Maßgabe der Messergebnisse im Rahmen eines Freiburger Sprachtests eine sog. âGleichwertigkeit der Hrsystemversorgungâ herbeiführen.

Der Freiburger Sprachtest bietet aber, wie ausgeführt, schon im Ausgangspunkt keine verlässliche Grundlage, um die Qualität einer Hörgeräteversorgung unter den vielfältigen Anforderungen des Hralltags verlässlich beurteilen zu können. Vertragliche Absprachen in dem Versorgungsvertrag den Krankenkassen und der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker können überdies schon im rechtlichen Ausgangspunkt keine Verkürzung der gesetzlichen Versorgungsansprüche der Versicherten bewirken. Für den vorliegend zu beurteilenden Rechtsstreit ist damit lediglich festzuhalten, dass auch die eruterten die Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung nur unzureichend umsetzenden Regelungen im Versorgungsvertrag Ausdruck der strukturellen Defizite im Bereich der Krankenkasse sind, aufgrund derer im Ergebnis durchgreifende Defizite hinsichtlich der gesetzlich gebotenen sachgerechten Beratung und Versorgung von Hörbeeinträchtigten mit Hörgeräten zu

---

konstatieren sind.

Auch auf Hinweis des Senates hat die Beigeladene nichts dafür nachvollziehbar aufzuzeigen vermocht, was eine andere Wertung zulassen könnte, als dass von ihrer Seite die Klägerin in der Antwortmail wissentlich darüber getäuscht worden ist, dass eine über die Festbeträge hinausgehende Kostenübernahme durch die Krankenkasse rechtlich durchaus möglich und sogar geboten war, soweit nur dadurch die anzustrebende bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder gewährleistet werden konnte.

c) Bezeichnenderweise hat die Beigeladene das Auskunftersuchen der Klägerin auch im Übrigen nicht ernsthaft bearbeitet. Gerade angesichts der ausdrücklichen Hinweise der Klägerin in ihrer Anfrage, wonach sie die Hörgeräte benötige, um anstrengungsfrei hören und eine vorzeitige Ermüdung im Tagesablauf zu vermeiden, hätte die Beigeladene in ihrer Antwort zunächst in rechtlicher Hinsicht klarstellen müssen, dass es gerade ihr als der zuständigen Krankenkasse oblag, für eine Versorgung der Klägerin mit Hörgeräten Sorge zu tragen, welche (im Rahmen des Möglichen) ein gutes und zugleich anstrengungsarmes, vorzeitige Ermüdungen vermeidendes Hören gewährleisten. Es liegt auf der Hand, dass ein Hören, das nur mit besonderen zur vorzeitigen Ermüdung führenden Anstrengungen noch ermöglicht wird, mit ganz erheblichen Gebrauchsnachteilen im Tagesablauf schon im Alltag der Versicherten verbunden ist und weit von dem anzustrebenden Zustand einer bestmöglichen Angleichung an das Hörvermögen Gesunder entfernt ist.

Dabei hätte die Beigeladene es nicht nur bei verbalen Hinweisen auf ihre Zuständigkeit und ihre Leistungspflicht bewenden lassen dürfen. Die ihr gesetzlich in [§ 17 Abs. 1 SGB I](#) auferlegte Hinwirkungspflicht umfasst vielmehr auch die Verpflichtung, aktiv alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um der Klägerin den Zugang zu zumutbaren und effektiv nutzbaren Versorgungsmöglichkeiten sicherzustellen. Die Beigeladene hatte zu gewährleisten, dass die Klägerin ihren Anspruch auf eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende fachgerechte Versorgung mit bestmöglicher Angleichung an das Hörvermögen Gesunder umfassend und zügig realisieren konnte.

Von diesen gesetzlich gebotenen Maßnahmen hat die Beigeladene Abstand genommen. Sie hat im Ergebnis bei der Klägerin sehenden Auges entgegen den erlaubten rechtlichen Vorgaben den Eindruck erweckt, es sei schicksalhaft und gehe im Ergebnis zu ihren Lasten, wenn sie mit den vom aufgesuchten Akustiker angebotenen Festbetragsgeräten kein ausreichendes Hörvermögen erziele.

Bezeichnenderweise hat die Beigeladene auch nach Hinweis des Senates auf die durchgreifenden Beratungsfehler noch in der mündlichen Verhandlung versucht, die darin zum Ausdruck kommende Missachtung der gesetzlichen Vorgaben zu verharmlosen. In diesem Rahmen hat sie sogar rechtskundig vertreten sogar vorgetragen, dass die Annahme eines Beratungsfehlers im vorliegenden Fall aus ihrer Sicht als sportlich zu werten sei.

---

d) Soweit die Beigeladene in ihrer Antwortmail ergänzend darauf hingewiesen hat, dass ein Mann einen Zuschuss über die Rentenversicherung beantragen könne, weil sich die Klägerin für die kostenaufwendige Versorgung vor dem Hintergrund entschieden habe, dass sie diese als für die Arbeit erforderlich einschätze, hat sie im Ergebnis die ihr anzulastenden Defizite bei der Beratung, Aufklärung und Versorgung der Klägerin noch weiter vertieft.

Für Leistungen der medizinischen Rehabilitation und demgemäß nach [§ 42 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX](#) auch für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die Krankenkassen nicht allein zuständig, sondern ebenso Rehabilitationsträger wie namentlich die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. [§ 9 Abs. 1 S. 1, 15 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) iVm [§ 5 Nr. 1, 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX](#)). Dies rechtfertigt die Leistungsbegrenzung in der GKV auf solche Hilfsmittel, mit denen die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder gemildert werden können und die damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betreffen. Ausschließlich berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile sind demgemäß für die Hilfsmittelversorgung nach dem SGB V grundsätzlich unbeachtlich. Ist ein Versicherter für die Anforderungen des allgemeinen Alltagslebens ausreichend versorgt, kommt es auf etwaige zusätzliche Nutzungsvorteile im Erwerbsleben ohnehin nicht an. Umgekehrt kann ein Hilfsmittelanspruch gegen die GKV nicht auf ausschließlich berufliche Nutzungsvorteile gestützt werden, wenn das Hilfsmittel ansonsten keine allgemeinen Grundbedürfnisse betrifft und seine Nutzung die Auswirkungen der Behinderung nicht im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert (BSG, U.v. 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) –, [BSGE 113, 40](#), Rn. 33).

Eigene und primäre Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist hingegen die medizinische Rehabilitation (vgl. [§ 1 SGB V](#) sowie [§ 6 Abs. 1 Nr. 1](#) iVm [§ 5 Nr. 1 SGB IX](#)), also die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Nur eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation ist Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme (BSG, U.v. 17. Dezember 2009 – [B 3 KR 20/08 R](#) –, [BSGE 105, 170](#), Rn. 16).

Im vorliegenden Fall betrafen die Defizite beim Einsatz der ihm angebotenen zahlungsfreien Hörsysteme aber die allgemeinen Bedürfnisse der Klägerin. Sie vermochte mit diesen insbesondere bei Störschall nur sehr unzureichend zu hören. Ein entsprechendes Hören unter Störeinfluss prägt auch vielfältige Hörsituationen im privaten Leben; ihre Bewältigung zählt zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens. Schon für die Bewältigung der Anforderungen des Alltags ist regelmäßig insbesondere auch ein Hörvermögen erforderlich, bei dem das Hören im Vergleich zu einem hörgesunden Menschen (im Rahmen des Möglichen) nicht mit erheblichen zusätzlichen zur vorzeitigen Ermüdung führenden Anstrengungen verbunden ist.

Allein der Umstand, dass (wie bei nahezu allen im Erwerbsleben stehenden Hörbeeinträchtigten) Hörgeräte auch für die berufliche Tätigkeit

---

einer Versicherten erforderlich sind, begründet noch keine Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers. Ebenso wenig kommt es darauf an, ob dem betroffenen Versicherten Defizite einer Hörgeräteversorgung am Arbeitsplatz besonders auffallen, weil diese dort mit schwerer wiegenden Nachteilen wie namentlich in Form der fehlerhaften Erfassung und Erfüllung von Arbeitsaufträgen verbunden sind als wenn etwa bei einer privaten Zusammenkunft Gesprächsbeiträge nur unzureichend akustisch verstanden werden.

Die Zuständigkeit der Krankenkassen wird bereits dadurch begründet, dass die maßgebliche Hördefizite – wie auch im vorliegenden Fall – gleichermaßen auch das Hörvermögen im privaten Alltag nachdrücklich beeinträchtigen. Darüber hinausgehende besondere berufliche Anforderungen an das Hörvermögen (wie etwa sehr außergewöhnliche Störschalleinwirkungen am Arbeitsplatz, vgl. dazu etwa Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, U.v. 20. Februar 2023 – [L 2 R 263/22](#) – juris) sind im vorliegenden Fall gar nicht erkennbar. Auch die beigeladene Krankenkasse hat dafür nichts nachvollziehbar aufzuzeigen vermocht.

e) Im vorliegenden Fall war schon von vornherein kein Raum für die Annahme einer dem Kostenerstattungsanspruch entgegenstehenden Vorfestlegung auf Seiten der Klägerin. Eine solche käme nur in Betracht, wenn eine Versicherte von vornherein jede sinnvolle, d.h. auf eine ausreichende Versorgung gerichtete Beratung durch Leistungserbringer ablehnt, weil sie bereits so fest auf ein bestimmtes Leistungsbegehren fixiert ist, dass eine offene Prüfung und Beratung insgesamt obsolet erscheint (BSG, B.v. 28. September 2017 – [B 3 KR 7/17 B](#) – [SozR 4-1720](#) – 186 Nr 1, Rn. 14). Die Klägerin hat aber gerade um eine Beratung bei der Beigeladenen nachgesucht. Selbstverständlich kann es nicht zulasten der Klägerin gehen, dass die Beigeladene ihrerseits die erbetene sachgerechte Beratung im Ergebnis verweigert und hintertrieben hat.

7. Die Klägerin durfte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der Hörgeräte Oticon OPN-3 (welche frühestens mit der Unterzeichnung der sog. Patientenerklärung am 30. August 2017 angesichts der darin gegenüber dem Hörgerätekustiker zum Ausdruck gebrachten Bereitschaft zur Tragung der Eigenbeteiligung erfolgt ist) der Auffassung sein, dass diese Versorgung im Sinne von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) erforderlich war. Die Klägerin hatte sich, wie bereits ausgeführt, zuvor an die Beigeladene gewandt und um deren Unterstützung und Beratung gebeten. Die Beigeladene hatte aber – unter Missachtung ihrer gesetzlichen Beratungs- und Versorgungspflichten – gerade davon Abstand genommen, der Klägerin zumutbare und effektiv nutzbare Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie kostengünstiger an eine Hörgeräteversorgung gelangen könnte, welche im erlaubten Sinne eine bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder zu bewirken vermochte.

Von Seiten des aufgesuchten von den Krankenkassen und damit auch von Seiten der Beigeladenen beauftragten Hörgerätekustikunternehmens Zöllner ist der Klägerin eine Erprobung der aufreisspflichtigen Hörgeräte Oticon OPN-3

---

empfohlen worden. Diese Erprobung hat aus der damaligen (und heutigen) Sicht der Klägerin eindrucksvoll bestätigt, dass sie mit diesen Hörgeräten viel besser als zuvor hören konnte. Aus ihrer Sicht konnte sie mit diesen Geräten gleichermaßen im privaten wie im beruflichen Alltag viel besser an der sprachlichen Kommunikation teilhaben; die Geräte waren für sie mit sehr gewichtigen Gebrauchsvorteilen verbunden. Sie erreichte mit diesen Geräten ein qualitativ nachhaltig besseres und zugleich deutlich anstrengungsärmeres Hören.

Entsprechend gewichtige Gebrauchsvorteile zeigten sich auch im Vergleich zu den ihr von dem Hörgeräteakustiker im Juli/August 2017 vorgestellten kostengünstigeren Versorgungsmöglichkeiten. In der gebotenen Gesamtwürdigung lässt sich ungeachtet einzelner Gedächtnisschwächen der Klägerin – wie sie ohnehin nach inzwischen rund sechs Jahren schon nach der Lebenserfahrung vielfach zu erwarten sind – hinreichend verlässlich feststellen, dass die Klägerin mit den anderen ihr zur Erprobung vorgestellten Hörgeräten sehr deutlich schlechter hören konnte als mit den dann erworbenen Geräten Oticon OPN-3. Insbesondere im Alltag bei schwierigen Hörsituationen vermittelten ihr die Geräte Phonak Tao und Oticon Get keine brauchbaren Hörerindrücke. Dies ist seinerzeit von der Klägerin auch bereits in ihrer Email an die Beklagte und in der sog. –Patientenerklärung zur Versorgung mit Mehrkosten– im Ergebnis klar zum Ausdruck gebracht worden sind.

Andere Geräte, die ein vergleichbar gutes Hörvermögen im Sinne der gebotenen weitestmöglichen Angleichung an das Hörvermögen Gesunder wie die dann erworbenen Geräte Oticon OPN-3 ermöglichen hätten, sind der Klägerin im Zuge des damaligen Anpassungsprozesses unter Missachtung der erlauterten rechtlichen Vorgaben erst gar nicht angeboten worden.

Nachdem sich die Beigeladene als zuständige Fachbehörde seinerzeit, wie dargelegt, sehenden Auges ihren entsprechenden Pflichten entzogen hat, kann sie sich im Nachhinein im vorliegenden Verfahren nicht darauf berufen, dass die sach- und rechtsunkundige Klägerin weitergehende Maßnahmen zur Abklärung eventuell in Betracht kommender kostengünstigerer Versorgungsmöglichkeiten hätte ergreifen können. Mit einem solchen Verhalten verstößt die Beigeladene (in Form eines sog. venire contra factum proprium) gegen das Gebot von Treu und Glauben im Sinne der auch im Sozialrecht zu berücksichtigenden Grundsätze des [Â§ 242 BGB](#) (vgl. allgemein zum Gesichtspunkt des widersprüchlichen Verhaltens unter Berücksichtigung des [Â§ 242 BGB](#) auch BSG, U.v. 19. Oktober 2000 – [B 10 LW 21/99 R](#) – [SozR 3-5868 Â§ 21 Nr 2](#)). Dies gilt umso mehr, als auch das im Auftrag der Beigeladenen tätig gewordene Hörgeräteakustikunternehmen die Klägerin in dem Irrtum bestärkt hat, dass die gewünschte Angleichung an das Hörvermögen Gesunder sich nur erreichen ließe, wenn sie sich zur Aufbringung der Eigenbeteiligung verpflichtete.

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

Gründe, die Revision zuzulassen ([Â§ 160 Abs. 2 SGG](#)), sind nicht gegeben.

---

Erstellt am: 01.12.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024