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

§ 16 Abs. 1 Satz 2 SGB X

§ 75 Abs. 5 SGG

§§ 1, 2, 12, 13, 33, 34, 36 SGB V

§§ 1, 4, 5, 6, 14, 42, 47 SGB IX

§§ 133, 242, 309 Ziff. 12b BGB

§§ 19, 29 SGB IV

§§ 2, 14, 15, 17 SGB I

§§ 9, 15, 69 SGB VI

Art. 20 Abs. 3 GG

1. Instanz

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 KlĤgerin werden das Urteil des Sozialgerichts Lľneburg vom 19. Mai 2022 geĤndert und der Bescheid der Beklagten vom 3. Januar 2018 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 19. MĤrz 2018 aufgehoben.

Die Beigeladene wird verpflichtet, der Klägerin den von ihr verauslagten Eigenanteil in Höhe von 1.752 â□¬ zu erstatten.

Die Beigeladene trägt die notwendigen auÃ□ergerichtlichen Kosten der Klägerin aus beiden Rechtszügen; im Ã□brigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Tatbestand

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

Beruflich ist die Klägerin bei einem IT-Dienstleister tätig. Ihre Arbeitgeberin ist als Tochterunternehmen fýr den IT-Bereich einer groÃ \bigcirc er Wirtschaftsprýfungs- und Beratungsgesellschaft zuständig. Die Klägerin ist insbesondere fýr die Beratung und Schulung von Mitarbeitern, Materialbestellungen, die Abwicklung von Reparaturaufträgen sowie fýr 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 Hörgeräteakustikunternehmen Kind mit Hörgeräten 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 Erörterungstermin am 19. Juni 2023) fest, dass sie mit diesen Hörgeräten auch nach Ã□berprüfung der in Betracht kommenden Einstellmöglichkeiten nicht mehr ausreichend hören konnte.

Daraufhin suchte die Klägerin die HNO-Ã∏rztin Dr. J. auf, welche am 3. Juli 2017 (vgl. Verordnung, Bl. 278 GA und Bl. 10 der med. VV der Beklagten) neue Hörgeräte verordnete.

Nach der entsprechenden Verordnung (so der Vortrag der Klägerin im Erörterungstermin) wandte sie sich zunächst an die Firma Hörgeräte 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 fÃ⅓r die Terminvergabe anzurufende Servicenummer der Firma K. wurde der Klägerin bei ihrer Vorsprache Ã⅓berreicht; die Klägerin sah jedoch von der Vereinbarung eines Beratungstermins bei der Firma K. ab. Entsprechend verlief ihre Vorsprache bei einem weiteren groÃ□en Hörgeräteakustikunternehmen. Ausweislich ihrer Darstellung im Schriftsatz vom 9. November 2022 schätzte die Klägerin jedoch die Bitte um telefonische Vereinbarung eines entsprechenden Beratungstermins als â□□nicht kundenorientiertâ□□ ein.

Die KlĤgerin suchte vielmehr Anfang Juli 2017 das HĶrgerĤteakustikunternehmen L. auf.

Dort testete die Klå¤gerin nach Aktenlage drei Hå¶rgerå¤tetypen. Im Erå¶rterungstermin hat sie dazu vorgetragen: Bei der Firma L. habe sie zunå¤chst die Gerå¤te Oticon OPN-3 getestet. Anschlieå□end habe ich die Gerå¤te Phonak Tao getestet, dabei habe es sich um sog. In-Ear-Gerå¤te gehandelt. Mit diesen Gerå¤ten sei sie schon im Ausgangspunkt nicht zurechtgekommen, weil sie bauartbedingt insbesondere auch die Kiefergerå¤usche å¼bertragen haben. Das habe sie als sehr stå¶rend empfunden. Schlieå□lich habe sie dann noch die Gerå¤te Oticon GET getestet, dabei habe es sich um Kassenmodelle gehandelt, welche nicht programmierbar gewesen seien.

Mit Schriftsatz vom 12. Juli 2023 hat die Klägerin diesen Vortrag dahingehend geändert und konkretisiert, dass sie vom 11. bis 17. Juli 2017 die Hörgeräte Oticon Get, vom 17. Juli bis 8. August 2017 die Hörgeräte Oticon OPN 3 und vom 8. bis 15. August 2017 die Hörgeräte Phonak Tao getestet habe.

Die zu den VerwaltungsvorgĤngen gereichten Prüfbögen bezüglich der Geräte Oticon OPN 3 und Phonak Tao weisen folgende Daten auf:

Bezogen auf das Hörgerät 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 bezù⁄₄glich der Bewertung dieses Gerätes hat die Klägerin am 8. August 2015 unterzeichnet (Bl. 7 der med. VV der Beklagten).

Bezogen auf das Hörgerät Oticon OPN 3 ist als Anpassungszeitraum 18. bis 31. August 2017 ausgewiesen worden (Bl. 8 der med. VV der Beklagten); allerdings hat die Klägerin den Fragebogen bezüglich der Bewertung dieses Geräts bereits unter dem Datum vom 17. Juli 2017 unterzeichnet (Bl. 9 der med. VV der

Beklagten).

Abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung von 20 â∏¬ hätte die Firma Z. 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 fþr 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 â∏¬ selbst finanzieren mÃ⅓ssen. Demgegenüber erforderten die Hörgeräte Oticon OPN 3 einen zusätzlichen Eigenanteil der Klägerin in Höhe von 1.752 â∏¬.

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 â∏jetztâ∏ verschiedene Geräte getestet und sich für ein Gerät entschieden, welches als einziges â∏ausreichend für ihre Arbeit im Büro in Gesprächen mit Kollegen und Telefonieâ∏ sei. Dieses Gerät helfe ihr enorm im Alltag; sie sei abends nicht mehr so müde, weil sie sich nicht mehr habe anstrengen müssen, Gesprächen zu folgen und richtig zu verstehen.

Dieses Gerät â \square regele die ganze Zeit alle AuÃ \square engeräusche abâ \square , so dass sie sich auch dann ganz auf das jeweilige Gespräch konzentrieren könne, wenn â \square wie dies mehrfach täglich der Fall sei â \square noch weitere Person in ihrem Býro zugegen seien. Deshalb habe sie sich fýr dieses Gerät entschieden, auch wenn sie eine Eigenbeteiligung von rund 900 â \square ¬ je Gerät aufbringen mýsse. Sie bitte die Krankenkasse um Prüfung, ob diese â \square \square ýber den Regelsatz hinaus was dazu bezahlenâ \square könne.

Die Beigeladene teilte der KlĤgerin 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 â□□Patientenerklärung zur Versorgung mit Mehrkostenâ□□, ausweislich derer sie aufzahlungsfreie Hörsysteme in â□□alltagsrelevanten Hörsituationenâ□□ ausprobiert habe, mit denen sie â□□gut zurechtkamâ□□. Dennoch habe sie sich für ein Hörsystem mit Aufzahlung entschieden, weil sie â□□besondere Ausstattungsmerkmaleâ□□ wünsche, welche â□□nicht mit dem reinen Hörverstehen im Alltag zu tun habenâ□□.

Im weiteren Verlauf dieses Formulars sind bezogen auf die Frage, welche \hat{a}_{a} Ausstattungsmerkmale \hat{a}_{b} f \hat{A}_{a} die Auswahlentscheidung ma \hat{A}_{b} geblich gewesen seien, festgehalten worden: \hat{a}_{b} Berufliche Gebrauchsvorteile (Anschreiben) \hat{a}_{b} . In dem dieser Patientenerkl \hat{A}_{a} rung beigef \hat{A}_{b} gten Beiblatt (Bl. 5

VV der Beklagten) war dabei zur \hat{a}_{α} Arbeitssituation \hat{a}_{α} insbesondere Folgendes erl \hat{A} utert worden: \hat{a}_{α} Vor meinem \hat{B} vor ist Durchgangsverkehr, so dass es teilweise zu Nebenger \hat{A} uschen kommt, wo ich mein Gegen \hat{A} ber nicht verstehe. Teilweise sind mehrere Kollegen in meinem \hat{B} vor, die sich untereinander unterhalten, wo ich dann auch meinen Gegen \hat{A} ber nicht verstehen kann. Ich habe auch sehr zur \hat{A} ckhaltende Kollegen, die sehr leise sprechen, sodass ich sie nicht verstehe \hat{a} \hat{A}

Mit Schreiben vom 14. November 2017 (Bl. 2 VV der Beklagten) wandte sich die Firma Hörgeräte L. an die Beigeladene und bat um Bestätigung der Kostenübernahme. Sie führte aus, dass die Mehrkosten der Hörgeräteversorgung sich zum â∏zum einen auf die Kosmetikâ∏ bezögen, da die Geräte Oticon OPN 3 kleiner seien. â∏Zum anderenâ∏ verfügten diese Geräte über technologische Vorteile, aufgrund derer â∏man u.a. mehr in einer lärmerfüllten Umgebungâ∏ verstehe, man habe â∏ein räumliches Klangbildâ∏.

Ausweislich des Anpassberichts des der Firma L. (Bl. 281 f. GA) erzielte die KlĤgerin im Rahmen des sog. Freiburger Sprachtests mit allen drei erprobten HĶrgerĤten bei einem Nutzschall von 65 dB ein HĶrvermĶgen von 95 % (wohingegen sie ohne HĶrgerĤt nur 50 % erreichte). Bei einem StĶrschall von 60 DB reduzierte sich das HĶrvermĶgen auf 70 % bei der GerĤten Oticon Get und Phonak Tao sowie auf 75 % bei den GerĤten Oticon OPN 3.

Die Beigeladene sagte die FestbetrĤge zu und leitete den Versorgungsantrag im Ä∏brigen mit Schreiben vom 20. November 2017 an den beklagten RentenversicherungstrĤger weiter. Die Beklagte ihrerseits lehnte den Antrag auf Ä∏bernahme der die FestbetrĤge ļbersteigenden Kosten mit Bescheid vom 3. Januar 2018 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 19. MĤrz 2018 mit der Begrļndung ab, dass keine berufsspezifischen besonderen Anforderungen an das HĶrvermĶgen festzustellen seien.

Daraufhin stellte die Firma Hörgeräte L. der Klägerin am 4. April 2018 für die durchgeführte Versorgung mit den beiden Hörgeräten 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 KlĤgerin geltend gemacht, dass die â\[\] im Rahmen der Grundversorgung gestellten GerĤteâ\[\] kein ausreichendes HĶren am Arbeitsplatz ermĶglichen wýrden. Sie sei dort â\[\]stĤndigâ\[\] NebengerĤuschen als StĶrfaktor ausgesetzt, welche ihr ein Arbeiten â\[\]ohne geeignete HĶrhilfeâ\[\] unmĶglich machen wýrden (vgl. S. 2 des Schriftsatzes vom 26. Juni 2018 = Bl. 41 GA). Erforderlich seien prĤzise einstellbare HĶrgerĤte; ein â\[\]bloÄ\[\]es Lauterstellen der StandardgerĤteâ\[\] trage nicht zum besseren HĶrverstĤndnis bei.

Bei der AnhĶrung durch das Sozialgericht im Januar 2022 hat die KlĤgerin

erläutert, dass â∏diese Geräteâ∏ (also ausweislich des Sachzusammenhanges: die Hörgeräte Oticon OPN-3) aus ihrer Sicht insbesondere den Vorteil einer gröÃ∏eren 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.Â

Mit Urteil vom 19. Mai 2022, der Klā¤gerin zugestellt am 12. August 2022, hat das Sozialgericht Lã¼neburg die Klage abgewiesen. Die Klã¤gerin habe gegenã¼ber der beigeladenen Krankenkasse keinen Anspruch auf eine â∏Versorgung ã¼ber den Festbetrag hinausâ∏. Dies werde durch die Ergebnisse des von dem Hã¶rgerã¤teakustiker durchgefã¼hrten Freiburger Sprachtests belegt. Danach hã¤tten die von der Klã¤gerin erworbenen Hã¶rgerã¤te nur einen â∏leichten Gebrauchsvorteilâ∏ gegenã¼ber den anderen getesteten Gerã¤ten aufgewiesen, ohne dass sich daraus ein Rã¼ckschluss auf einen â∏wesentlichen Gebrauchsvorteilâ∏ ziehen lasse. Die von der Klã¤gerin beschriebene Smartphonefã¤higkeit betreffe nicht die â∏Gebrauchsfã¤higkeit der Gerã¤te an sichâ∏; dieses im Alltag â∏praktische Featureâ∏ stelle â∏letztendlich nur eine Komfortverbesserungâ∏ 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 Berýcksichtigung der verbesserten Einstellmöglichkeiten ein verlässliches Hören auch in schwierigen Hörsituationen ermöglicht hätten. Auch die Ergebnisse des Freiburger Sprachtests wþrden die relevanten Gebrauchsvorteile bestätigen.

Aus ihrer Sicht sei das â\das a\das allabsolut Ausschlaggebendea\das gewesen, dass die Ger\tilde{A}\tilde{x}te Oticon OPN-3 \tilde{A}\dash ber Bluetooth mit dem Handy bzw. der von ihrer Arbeitgeberin am Arbeitsplatz bereitgestellten Telefonanlage verbunden werden konnten. Auf diesem Wege habe sie \tilde{A}\dash ber den Lautsprecher ihres Notebooks bei Bedarf die erforderlichen Telefonate f\tilde{A}\dash hren k\tilde{A}\dash nnen. Bei einem herk\tilde{A}\dash mmlichen Telefonat, bei dem sie die Telefonanlage am Arbeitsplatz mit Hilfe eines von der Arbeitgeberin zur Verf\tilde{A}\dash gung gestellten Headsets nutze, empfinde sie als Brillentr\tilde{A}\tilde{x}gerin nach 20 bis 30 Minuten nicht mehr ertr\tilde{A}\tilde{x}gliche Druckgef\tilde{A}\dash hle am Ohr und Kopf.

Auch bei Familienfeiern, im Restaurant oder auch bei Zugfahrten kalnne sie mit den erweiterten Einstell- und Programmiermälglichkeiten der Hälrgeräxte Oticon OPN-3 besser hälren.

Â

Die KlĤgerin beantragt,

- 1. das Urteil des Sozialgerichts Lýneburg vom 19. Mai 2022 zu ändern und den Bescheid der Beklagten vom 3. Januar 2018 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 19. März 2018 aufzuheben und
- 2. die Beklagte, hilfsweise die Beigeladene, zur Erstattung des von ihr verauslagten Eigenanteils in Höhe von 1.752 â□¬ zu verpflichten.

Â

Die Beklagte und die Beigeladene beantragen jeweils,

Â die Berufung zurückzuweisen.

Â

Die Beklagte weist darauf hin, dass sich die Klägerin ausweislich ihrer Email an die Beigeladene vom 11. August 2017 bereits zum damaligen Zeitpunkt und damit jedenfalls teilweise vor einer gründlichen Testung der anderen Hörgeräte für die dann erworbenen Geräte Oticon OPN-3 entschieden habe.

Die Beigeladene weist darauf hin, dass nach ihrem VerstĤndnis ein Hörvorteil von lediglich 5 % sich innerhalb der Messtoleranz bewege und daher nicht geeignet sei, einen wesentlichen Gebrauchsvorteil zu begrýnden. Auch die aufzahlungsfrei angebotenen Hörgeräte Oticon Get seien, wie die Bedienungsanleitung belege, programmierbar gewesen; das Gerät ermögliche eine Belegung mit bis zu vier Programmen.

Der Senat hat die KlĤgerin durch seinen Vorsitzenden im ErĶrterungstermin informatorisch gehĶrt; 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 VerwaltungsvorgĤnge der Beklagten Bezug genommen.

Â

Entscheidungsgründe

Die zulĤssige Berufung ist mit der MaÃ∏gabe begründet, dass die beigeladene Krankenkasse zur Erstattung des von der Klägerin in Höhe von 1.752 â∏¬ verauslagten Eigenanteils für die im Ende 2017 erfolgte Versorgung mit Hörgeräten Oticon OPN-3 zu verpflichten ist.

1. Die Verpflichtung der Beigeladenen folgt aus der durch <u>§ 75 Abs. 5 SGG</u> erĶffneten Befugnis, anstelle des verklagten Versicherungs- oder LeistungstrĤgers nach Beiladung den tatsĤchlich leistungsverpflichteten, aber nicht verklagten TrĤger zu verurteilen. Diese prozessual vorgesehene MĶglichkeit der Verurteilung auf Beiladung dient vor allem der ProzessĶkonomie, einer

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

2. Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der RehabilitationstrĤger gemĤÄ∏ <u>§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX</u> (im Jahr 2017 noch in der Fassung des seinerzeit maÄ∏geblichen SGB IX 2001) innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem fù⁄₄r ihn geltenden Leistungsgesetz fù⁄₄r die Leistung zustĤndig ist. Erkennt er bei der Prù⁄₄fung, dass er fù⁄₄r die Leistung nicht zustĤndig ist, leitet er den Antrag unverzù⁄₄glich dem nach seiner Auffassung zustĤndigen RehabilitationstrĤger zu. Muss fù⁄₄r eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach Satz 1 nicht möglich, wird der Antrag unverzù⁄₄glich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der die Leistung ohne Rù⁄₄cksicht auf die Ursache erbringtâ∏¦ Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf gemäÃ∏ Abs. 2 Satz 1 unverzù⁄₄glich fest.

Nach \hat{A} § 14 Abs. 2 S 1 SGB IX verliert sogar ein materiell-rechtlich \hat{a}_{\square} eigentlich \hat{a}_{\square} zust \hat{A} ndiger Rehabilitationstr \hat{A} nger (\hat{A} § 6 SGB IX) im Au \hat{A}_{\square} enverh \hat{A} nltnis zum Versicherten oder Leistungsempf \hat{A} nger seine Zust \hat{A} ndigkeit f \hat{A}_{\square} 1 eine Teilhabeleistung, sobald der zuerst angegangene Rehabilitationstr \hat{A} nger eine i. S. von \hat{A} § 14 Abs. 1 SGB IX fristgerechte Zust \hat{A} ndigkeitskl \hat{A} nung vers \hat{A} numt hat und demzufolge die Zust \hat{A} ndigkeit nach allen in Betracht kommenden rehabilitationsrechtlichen Rechtsgrundlagen auf ihn \hat{A}_{\square} 1 bergegangen ist (siehe hierzu und im Folgenden: BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 \hat{a}_{\square} 1 B 3 KR 5/12 R \hat{a}_{\square} 1, BSGE 113, 40-60, SozR 4-3250 \hat{A} § 14 Nr 19, SozR 4-2500 \hat{A} § 33 Nr 41, SozR 4-3250 \hat{A} § 31 Nr 8, Rn. 16 \hat{a}_{\square} 17).

Die Zuständigkeit der Beigeladenen ist bereits mit Ã \square bergabe der HÃ \P rgeräteverordnung an den HÃ \P rgeräteakustiker L. Anfang Juli 2017 begrÃ 1 /4ndet worden (vgl. dazu im Einzelnen Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. Februar 2023Â â \square L 2 R 263/22Â â \square , Rn. 28 ff., juris). Versicherte, die â \square wie im vorliegenden Fall die Klägerin â \square mit einem Leistungserbringer gerade als Vertragspartner ihrer Krankenkasse in Kontakt treten, stellen damit grundsätzlich 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 Empfangszuständigkeit des HÃ 1 geräteakustikers fÃ 1 /4r Leistungsanträge im Sinne einer geduldeten passiven Stellvertretung (vgl. BSG, U.v. 30. Oktober 2014Â â 1 1 B 5 R 8/14 RÂ â 1 1 0, BSGE 117, 192, Rn. 42).

Mit der entsprechenden Antragstellung Anfang Juli 2017 ist zugleich die Zust \tilde{A} \times ndigkeit der Beigeladenen als erstangegangene Rehabilitationstr \tilde{A} \times gerin gem \tilde{A} \times \tilde{A} \cap \tilde{A} \times 14 Abs. 1 SGB IX begr \tilde{A} 1/4ndet worden; eine Weiterleitung dieses Antrages innerhalb der dort normierten Zweiwochenfrist ist nicht erfolgt.

Bezeichnenderweise hat die Beigeladene aufgrund dieses Antrages der KlĤgerin auch den sog. Festbetrag zugesprochen.

Das Begehren der Klägerin war entsprechend der Auslegungsregel des <u>§ 2 Abs 2 SGB I</u> auf eine umfassende, nach MaÃ□gabe des Leistungsrechts des Sozialgesetzbuches (hier: des Leistungsrechts der GKV nach dem SGB V sowie des Leistungsrechts der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem SGB VI) bestmã¶gliche Versorgung mit einem neuen Hörgerät gerichtet. Eine solche Auslegung des Leistungsbegehrens schlieÃ□t die Aufspaltung des klägerischen Begehrens in zwei separate Leistungsanträge, nämlich in einem Antrag auf Bewilligung eines Festbetrages (â□□Normalversorgungâ□□, <u>§ 12 Abs 2 SGB V</u>) und einen weiteren Antrag auf Bewilligung einer ù¼ber den Festbetrag hinausgehenden, technisch anspruchsvolleren und teureren Versorgung (â□□Premiumversorgungâ□□), 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 2013Â â□□ <u>B 3 KR 5/12 R</u> Â â□□, <u>BSGE 113, 40</u>, Rn. 21)

Erneut angegangen im Sinne der erlĤuterten Vorgaben des <u>ŧ 14 SGB IX</u> wurde die Beigeladene nachfolgend durch die E-Mail der KlĤgerin vom 11. August 2017. Auch hierauf bezogen fehlt es an fristgerechten Weiterleitung des Rehabilitationsbegehrens durch die Beigeladene an die Beklagte innerhalb der erlĤuterten Zweiwochenfrist. Eine entsprechende Weiterleitung hat die Beigeladene vielmehr erstmals Monate spĤter mit Schreiben vom 20. November 2017 veranlassen wollen. Angesichts der FristversĤumnis vermochte die (deutlich) verspĤtete Weiterleitung die einmal im AuÄ∏enverhĤltnis zur KlĤgerin begrļndete (und im vorliegenden Fall ļberdies mit ihrer originĤren sachlichen ZustĤndigkeit korrespondierende) ZustĤndigkeit der Beigeladenen nicht mehr zu berļhren. Mangels einer eigenen ZustĤndigkeit im AuÄ∏enverhĤltnis zur KlĤgerin war die Beklagte schon nicht zur Bescheidung des Begehrens der KlĤgerin zustĤndig, 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 \Box ¬ fýr die beiden Hörgeräte) verauslagten Eigenanteils in Höhe von 1.752Â â \Box ¬ ergibt sich aus <u>§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V</u>. Nach dieser Vorschrift sind von der Krankenkasse dem Versicherten die Kosten fþr 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 fþr die selbstbeschaffte notwendige Leistung Kosten entstanden sind. Â

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∏immer nurâ∏ den vorgegebenen Festbetrag genehmigen könne.

Diese Ablehnung erfolgte zu Unrecht, weil die KlAzgerin in der damaligen

Versorgungssituation von der Beigeladenen eine Versorgung mit den (von ihr unter Einsatz der von ihr in Höhe von 1.752 â∏¬ aufgebrachten Eigenbeteiligung erworbenen) Hörgeräten Oticon OPN-3 beanspruchen konnte.

Versicherte haben gemäÃ∏ § 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 § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt gem \tilde{A} $\tilde{$

Diese Regelungen lassen allerdings im VerhĤltnis zum Versicherten den Sachleistungsanspruch auf Versorgung mit den benĶtigten Hilfsmitteln nach <u>§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V</u> unberĽhrt (vgl. bereits BVerfG, Urteil vom 17. Dezember 2002 â∏ 1 BvL 28/95 â∏, <u>BVerfGE 106, 275</u>, Rn. 139). Soweit der Festbetrag für den Behinderungsausgleich objektiv nicht ausreicht, bleibt es bei der Verpflichtung der Krankenkasse zur â∏ von den gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen in Höhe von zehn Euro je Hörgerät abgesehen â∏ kostenfreien Versorgung der Versicherten (BSG, U.v. 17. Dezember 2009Â â∏ <u>B 3 KR 20/08 R</u> Â â∏, <u>BSGE 105, 170</u>, 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 Mindestmaà an Wahlmöglichkeit zumutbar beschaffen kann. Insoweit gilt für seinen Anspruch zunächst das allgemeine Leistungsrecht des SGB V. Deshalb hat der Festbetrag im medizinisch vertretbaren Rahmen regelmäà ig 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 (\hat{A} § \hat{A} 2 Abs. 1 Satz \hat{A} 1 SGB V) f \hat{A}^1 /4r die ausreichende Versorgung der Versicherten Sorge zu tragen. Hieraus k \hat{A} ¶nnen gesteigerte Obhuts- und Informationspflichten erwachsen, wenn vor allem bei anpassungsbed \hat{A}^1 /4rftigen Hilfsmitteln der notwendige \hat{A} _berblick \hat{A}^1 /4ber die Marktlage und geeignete Angebote auch bei zumutbarer Anstrengung f \hat{A}^1 /4r Versicherte schwierig zu erlangen ist. Das Festbetragsregime setzt nicht die

Verantwortung der Krankenkassen für die Leistungsverschaffung im Rahmen des Sachleistungsprinzips auÃ∏er 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 möglichen Leistungen aufzuzeigen, gerade auch hier gelten (BSG, aaO, Rn. 36 mwN).

4. Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs â□□ und damit auch bei einer Hörgeräteversorgung â□□ ist die Hilfsmittelversorgung grundsätzlich von dem Ziel eines vollständigen funktionellen Ausgleichs geleitet. Fýr 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 §Â 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).

MaÃ□gebliches Ziel einer Versorgung mit Hörgeräten muss nach den erläuterten 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 â□□ B 3 KR 7/17 B â□□, SozR 4-1720 §Â 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 BegrÃ⅓ndung abgelehnt werden, dass der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur fÃ⅓r die Aufrechterhaltung eines â∏ wie auch immer zu bestimmenden â∏ Basishörvermögens aufzukommen habe. Teil des von den Krankenkassen nach §Â 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V geschuldeten â∏ möglichst vollständigen â∏ Behinderungsausgleichs ist es vielmehr, hörbehinderten Menschen im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen in gröÃ∏eren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen zu eröffnen und ihnen die dazu nach dem Stand der Hörgerätetechnik (§Â 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) jeweils erforderlichen Geräte zur VerfÃ⅓gung zu stellen (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, aaO, Rn. 20 mwN).

Die Ergebnisse eines HĶrens unter StĶrschalleinwirkungen, wie sie auch im tĤglichen Leben sehr hĤufig anzutreffen sind, hĤngt neben der konkreten

Ausgestaltung des persönlichen Hörvermögens und seiner individuellen Beeinträchtigungen maÃ∏geblich 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 Hörwahrnehmung ergeben (vgl. dazu bereits Senatsurteil vom 20. Februar 2023 â∏∏ L 2 R 263/22 â∏∏, Rn. 52, juris).

Angesichts der vielfĤltigen Ausgestaltungen entsprechender StĶrschallbeeintrĤchtigungen und der vielfĤltigen Unterschiede im individuellen (beeintrÄxchtigten) HĶrvermĶgen ermĶglichen die unter Testbedingungen auf der Basis einer einzelnen ļbersichtlichen StĶrschallausgestaltung mit lediglich einer wahrzunehmenden Primärrschallquelle punktuell ermittelten Ergebnisse im Rahmen der sog. Freiburger Sprachtests keine verlÄxsslichen Rückschlüsse darauf, mit welcher QualitĤt der Betroffene mit den jeweiligen HĶrgerĤten (und ggfs. mit welchen Einstellungen und Programmierungen dieser GerĤte) unter den ganz unterschiedlich ausgeprÄxgten StĶrschallsituationen im Alltag Höreindrücke verstehen kann. Sowohl im beruflichen wie im privaten Alltag müssen die Versicherten möglichst verlässliche Höreindrücke auch bei qualitativ sehr unterschiedlich ausgeprÄzgten und sich nicht selten auch überlagernden Primärschallquellen erzielen können. Dabei wird die Wahrnehmung sowohl im beruflichen wie auch im privaten Bereich vielfach durch das Zusammenwirken sich überlagernder unterschiedlicher StĶrschalleinwirkungen erschwert.

Die Verfolgung von GesprĤchen im Rahmen einer lebhaften Geburtstagsfeier beschreibt nur beispielhaft eine von vielen in Betracht kommenden Auswirkungen schwieriger HĶrsituationen. Die gebotene bestmĶgliche Angleichung an das HĶrvermĶgen Gesunder gebietet im Rahmen des technisch Machbaren eine Versorgung, welche grundsĤtzlich auch in solchen problematischen HĶrumgebungen ein verlĤssliches HĶren in dem auch bei einem gesunden Menschen zu erwartenden Rahmen gewĤhrleistet.

5. Begrenzt ist der so umrissene Anspruch allerdings durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des §Â 12 Abs. 1 SGB V. Die Leistungen müssen danach â□□ausreichend, zweckmäÃ□ig und wirtschaftlich seinâ□□ und dürfen â□□das MaÃ□ des Notwendigen nicht überschreitenâ□□; 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 fþr 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 â∏∏ und damit erforderlichenfalls auch eine mit erheblichen Mehrkosten verbundene â∏∏ Versorgung dagegen dann, wenn durch sie eine Verbesserung bedingt ist, die einen wesentlichen Gebrauchsvorteil gegenļber einer kostengļnstigeren Alternative bietet. Das gilt bei Hilfsmitteln zum unmittelbaren Behinderungsausgleich fýr grundsÃxtzlich jede Innovation, die dem Versicherten in seinem Alltagsleben deutliche Gebrauchsvorteile bietet. Keine Leistungspflicht besteht dagegen für solche Innovationen, die nicht die FunktionalitÃxt betreffen, sondern in erster Linie die Bequemlichkeit und den Komfort bei der Nutzung des Hilfsmittels. Dasselbe gilt für lediglich Ãxsthetische Vorteile. Desgleichen kann eine Leistungsbegrenzung zu erwägen sein, wenn die funktionalen Vorteile eines Hilfsmittels ausschlieÃ⊓lich in bestimmten Lebensbereichen zum Tragen kommen. Weitere Grenzen der Leistungspflicht können schlieÃ∏lich berührt sein, wenn einer nur geringfügigen Verbesserung des Gebrauchsnutzens ein als unverhältnismäÃ∏ig einzuschätzender Mehraufwand gegenübersteht (vgl. zum Vorstehenden: BSG, aaO, Rn. 21).

In diesem Rahmen ist bei der Auswahl der Hörgeräte die bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder anzustreben, soweit damit im allgemeinen Alltagsleben im Vergleich zu anderen in Betracht kommenden Hörhilfen 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 gemÃxÃ $\$ $\frac{A}{S}$ 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 selbstÃxndige und selbstbestimmte LebensfÃx4hrung zu ermÃx8glichen oder zu erleichtern (x8 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Benachteiligungen sind zu vermeiden, ihnen ist entgegenzuwirken (x8 1 SGB IX).

Dabei umfasst die auf Krankenkassenkosten im Interesse der rechtlich gebotenen Angleichung an das Hörvermögen Gesunder zu gewährleistende Funktionalität des Hilfsmittels auch dessen effektive und anstrengungsarme Einsetzbarkeit im Alltag. Insbesondere muss auch der Hörbeeinträchtigte an Gesprächen (im Rahmen des Möglichen) ohne besondere Anstrengungen wie ein Gesunder effektiv teilnehmen können, ohne daran etwa durch wiederholt erforderlich werdende aufwendige Einstellvorgänge spù¼rbar gehindert werden. Die Funktionalität der Hörgeräte in ihrer tatsächlichen Anwendung ist beeinträchtigt, wenn der Betroffene aufgrund ihrer unzureichenden Gebrauchstù¼chtigkeit sich nicht wie ein Gesunder mit voller Aufmerksamkeit dem Inhalt des maÃ∏geblichen Gesprächs widmen, sondern deutliche Teile seiner Aufmerksam der Bedienung der Hörhilfen zuwenden muss.

Die VerhältnismäÃ∏igkeit eines finanziellen Mehraufwandes in Relation zum

verbesserten Gebrauchsnutzen kann bei Hörgeräten entsprechend der angestrebten langfristigen Versorgung nur auf der Basis eines hinreichend langen Beurteilungszeitraums sachgerecht beurteilt werden. Hörgeräte sind typischerweise langjährig einsetzbar. Bezeichnenderweise sehen die Krankenkassen auch eine Zahlung weiterer Service- und Reparaturpauschalen fþr den Einsatz im 7. bis 9. Versorgungsjahr vor (vgl. etwa https://www.tk.de/techniker/leistungen-und-mitgliedschaft/informationen-versicherte/leistungen/weitere-leistung en/hilfsmittel/hoergeraete-erwachsene-kinder/wann-kann-ich-ein-neues-hoergeraetbekommenâ⊞2143254). Auch von Seiten von Hörgeräteakustikern 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 â☐¬ auf ca. 2.550 Nutzungstage. Dementsprechend ist die Frag zu klären, ob die Mehrkosten von ca. 69 Cent je Nutzungstag in Relation zu den täglich erlebten Gebrauchsvorteilen eventuell als unverhältnismäÃ☐ig zu beurteilen sein könnte. Solange die aufpreispflichtige Hörgeräteversorgung â☐ wie auch im vorliegenden Zusammenhang â☐ mit gewichtigen regelmäÃ☐ig erfahrbaren Nutzungsvorteilen verbunden ist, wird fþr eine entsprechende Annahme einer UnverhältnismäÃ☐igkeit regelmäÃ☐ig kein Raum sein. Auch im vorliegenden Fall sind angesichts der damit verbundenen erheblichen Vorteile beim Hören keine Bedenken hinsichtlich der Angemessenheit und VerhältnismäÃ☐igkeit der Mehraufwendungen für die erfolgte aufpreispflichtige Hörgeräteversorgung erkennbar.

Dementsprechend ist nur ergĤnzend 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 fĶrdern, 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 FĤhigkeiten dauerhaft zu sichern (<u>§ 4 Abs. 1 Nr. Â 3 SGB IX</u>). Bei entsprechenden VerhältnismäÃ∏igkeitserwägungen 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 regelmäÃ□ig eine groÃ□e, und zwar insbesondere auch wirtschaftliche, Bedeutung zu. Schon das (zunĤchst vorlĤufig zu ermittelnde) rentenrechtliche Durchschnittsentgelt im Sinne des A§ 69 Abs. 2 SGB VI belAxuft sich inzwischen auf 38.901 â□¬ im Jahr, mithin bezogen auf einen Siebenjahreszeitraum auf rund 270.000 â□¬ (zuzüglich der bei wirtschaftlicher Betracht im Ergebnis ebenfalls vom Arbeitnehmer durch seine Arbeitsleistungen zu erarbeitenden Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung).

- 6. Nach Maà gabe der vorstehend erlà uterten gesetzlichen Vorgaben war die Versorgung der Klà gerin mit Hà grgerà ten Oticon OPN-3 erforderlich im Sinne von § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V. Fà ¼r die Klà gerin war insbesondere auch angesichts des die gesetzlichen Vorgaben nachhaltig missachtenden Beratungsversagens der Beigeladenen kein kostengà ¼nstigerer Weg erkennbar, mit dem sie ihren Anspruch auf eine bestmà gliche Angleichung an das Hà grvermà gen Gesunder realisieren konnte.
- a) Die Beigeladene hat ihre der Klägerin gesetzlich nach MaÃ∏gabe des § 14 SGB geschuldeten Beratungspflichten bereits bedingt durch strukturelle Defizite gröblich 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 sinngemäÃ□ zum Ausdruck gebracht werden. Entsprechend allgemeinen GrundsÄxtzen obliegt es den SozialleistungstrĤgern und damit auch den Krankenkassen bei Eingaben der Versicherten, unter Heranziehung von <u>§ 133 BGB</u> den darin zum Ausdruck gebrachten Willen zu erforschen. Zugrunde zu legen sind insoweit der Wortlaut des Begehrens, aber auch die sonstigen erkennbaren UmstĤnde des Falles. Im Zweifel ist davon auszugehen, dass nach Ma̸gabe 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 regelmĤÃ∏ig auch den Willen der Versicherten zum Ausdruck, A¼ber die Voraussetzungen und MA¶glichkeiten 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 Ma̸e, wenn schon die sachgerechte Auswahl der Leistung wie namentlich bei HĶrgerĤten mit besonderen Anforderungen verbunden ist.

Auch unabhängig von einem Beratungsbegehren des Bþrgers sind die Sozialleistungsträger darþber 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 2021Â â∏ B 3 P 5/19 R Â â∏, BSGE 132, 216, Rn. 15).

Versicherte, denen aufgrund entsprechender BeeintrĤchtigungen vom behandelnden HNO-Arzt HĶrgerĤte verordnet worden sind, sind im Regelfall mit dem Umfang ihrer daraus gegenļber den Krankenkassen resultierenden Versorgungsansprļche und den MĶglichkeiten ihrer effektiven Durchsetzung nicht oder allenfalls nur sehr unzulĤnglich vertraut.

Mithin haben die Krankenkassen auch unter dem Gesichtspunkt der ihnen obliegenden Spontanberatung dafÃ $\frac{1}{4}$ r Sorge zu tragen, dass die Versicherten zeitnah nach einer entsprechenden Verordnung von HÃ \P rgerÃ π ten mit der Zielrichtung beraten werden, dass ihre VersorgungsansprÃ $\frac{1}{4}$ che im Sinne der gesetzlichen Vorgaben des $\frac{1}{4}$ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I $\frac{1}{4}$ 1 umfassend und zÃ $\frac{1}{4}$ 2 gigâ $\frac{1}{4}$ 2 effektiv erfÃ $\frac{1}{4}$ 4IIt werden. Insbesondere mÃ $\frac{1}{4}$ 4ssen die Krankenkassen die Versicherten dahingehend klar und unmissverstÃ π ndlich beraten, dass sie (im erlÃ π uterten Rahmen) Anspruch auf eine bestmÃ \P gliche Angleichung an das HÃ \P rvermÃ \P gen Gesunder auf Kosten der Krankenkasse auch dann haben, wenn sich dieses Ziel nur mit den Festbetrag Ã $\frac{1}{4}$ 4bersteigenden finanziellen Mehraufwendungen erreichen lÃ π sst. Auch das BSG hebt in diesem Zusammenhang die den Krankenkassen erwachsenen gesteigerten Obhuts- und Informationspflichten hervor (U.v. 17. Dezember 2009 \hat{A} â $\frac{1}{4}$ 3 B KR 20/08 R \hat{A} â $\frac{1}{4}$ 3, BSGE 105, 170, Rn. 36).

Im Bereich der HĶrgerĤteversorgung ist allerdings in der Verwaltungspraxis der gesetzlichen Krankenkasse der gesamte Vorgang der Leistungserbringung von der Vorlage der Axrztlichen Verordnung A¼ber die Anpassung und Auswahl der Hörgeräte bis zur Abrechnung mit dem Versicherten und seiner Kasse in der Form externalisiert, dass grundsÃxtzlich 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 â∏ nach Einschätzung des BSG evident an Gesichtspunkten einer betriebsorganisatorischen Optimierung und Zielen des â∏lean managementâ∏ orientierten â∏∏ Handhabung nach dem Vorbild Privater. Dieser Ansatz vermag allerdings schon im Ausgangspunkt die gesetzlichen Krankenkassen nicht von ihren Bindungen an die gesetzlichen Vorgaben zu IĶsen. Als TrÃxger öffentlicher Verwaltung (§Â 29 Abs. 1 SGB IV) sind diese in keiner Weise ermächtigt, sich ihrer verfassungsmäÃ∏igen Rechts- und Gesetzesbindung (Art. 20 Abs. 3 GG) zu entledigen. Vielmehr mýssen sie sich (jedenfalls bei einer entsprechenden WillensbetÄxtigung durch den Versicherten) grundsÄxtzlich bereits mit der Vorlage einer vertragsĤrztlichen Verordnung bei ihrem Vertragspartner so behandeln lassen, als wÄxre unmittelbar bei ihnen ein Leistungsantrag gestellt worden. Sie sĤhen sich andernfalls zur Abbedingung zwingenden Ķffentlichen Rechts im eigenen Interesse ermäxchtigt (vgl. zum Vorstehenden: BSG, U.v. 30. Oktober 2014Â â 🛮 B 5 R 8/14 RÂ â 🖂, BSGE 117, 192, Rn. 39), was der rechtsstaatlichen Grundordnung (Art. 20 Abs. 3 GG) vA¶llig fremd ist.

Dementsprechend haben die Krankenkassen auch bereits ab dem Zeitpunkt der Vorlage einer entsprechenden vertrags \tilde{A} zrztlichen H \tilde{A} grger \tilde{A} zteverordnung bei dem von ihnen im Rahmen der Versorgungsvertr \tilde{A} ge (vgl. namentlich den von der Beigeladenen mit Schriftsatz vom 10. Februar 2022 vorgelegten Vertrag \tilde{A} ber die

bundesweite Versorgung von Versicherten der Betriebskrankenkassen mit Hörsystemen) herangezogenen Hörgeräteakustiker 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 hĶchstrichterlichen Rechtsprechung lediglich verbale Hinweise nicht aus. Vielmehr muss den betroffenen Versicherten ein GerÃxt, welches tatsÃxchlich im individuellen Einzelfall eine bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder gewährleistet, konkret zum Austesten angeboten und vorgestellt werden (BSG, B.v. 28. September 2017Â â∏ B 3 KR 7/17 B â∏, SozR 4-1720 §Â 186 Nr 1, Rn. 15). Soweit bereits damit der anzustrebende Erfolg einer bestmĶglichen Angleichung an das HĶrvermĶgen Gesunder erreicht werden kann, haben sich entsprechende Beratungen und Testangebote auf zum Festbetrag erhäultliche Geräute zu beziehen. Sollte dieses Ziel nach den Versorgungserfordernissen des konkreten Einzelfalls und nach Ma̸gabe der Leistungen der zu Festbeträgen auf dem (jedenfalls im Ausgangspunkt wettbewerbsgeprÄzgten) HĶrgerÄztemarkt erhÄzltlichen GerÄzte 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 regelmäÃ∏ig bestmĶglichen Angleichung an das HĶrvermĶgen Gesunder erforderlich sind.
- (3) Die erlĤuterten rechtlichen Vorgaben sind im vorliegenden Fall augenscheinlich nicht erfüllt worden. Die Klägerin hat im Versorgungsverfahren anschaulich und Ã⅓berzeugend, und zwar insbesondere auch in der Anlage zu dem von den Krankenkassen geforderten (vgl. § 3 Abs. 5a des Vertrages Ã⅓ber die bundesweite Versorgung von Versicherten der Betriebskrankenkassen mit Hörsystemen, Anlage 1 zum Schriftsatz der Beigeladenen vom 10. Februar 2022; im Folgenden: Versorgungsvertrag) Vordruck â∏Patientenerklärung zur Versorgung mit Mehrkostenâ∏, 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 kostengÃ⅓nstigeren 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 gewährleistete. 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 MaÃ∏gabe der erläuterten Vorschriften der §Â§ 14, 17 SGB | zu hintertreiben.

(4) Nach EinschĤtzung des Bundessozialgerichts mutet es bereits im rechtlichen Ausgangspunkt â□□abenteuerlichâ□□ an, dass die RehabilitationstrĤger die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln â□□ hier: HörgerĤte â□□ praktisch nicht mehr selbst vornehmen, sondern in die Hände der Leistungserbringer â□□outgesourcedâ□□ haben (BSG, U.v. 30. Oktober 2014 â□□ B 5 R 8/14 R â□□, BSGE 117, 192, Rn. 35). Im vorliegenden Zusammenhang hat der Senat nicht abschlieÃ□end die Zulässigkeit entsprechender Outsourcingstrukturen zu hinterfragen und die damit verbundenen Rechtsfolgen im Einzelnen zu prù¼fen. Beispielsweise ist nicht abschlieÃ□end zu klären, ob die mit dem Outsourcing verbundene Tätigkeit der Hörgeräteakustiker fù¼r 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 Erfù¼llung ihrer Obliegenheiten zu verpflichten sind.

Die Entscheidung im vorliegenden Rechtsstreit h\tilde{A}\tilde{\tilde{x}}ngt auch nicht von der Frage ab, ob ein Einsatz des betroffenen H\tilde{A}\tilde{\tilde{\tilde{x}}}rger\tilde{A}\tilde{\tilde{x}}teakustikers mit den in das Verwaltungsverfahren eingebetteten Beratungsaufgaben in dem (mit der \tilde{A}\tilde{\tilde{x}}berreichung der H\tilde{A}\tilde{\tilde{x}}rger\tilde{A}\tilde{\tilde{x}}teverordnung gegen\tilde{A}^1\tilde{\tilde{a}}ber der Krankenkasse, wie dargelegt, eingeleiteten) Verfahren auf Bewilligung einer H\tilde{A}\tilde{\tilde{x}}rger\tilde{A}\tilde{\tilde{x}}teversorgung bereits nach den bindenden Vorgaben des \tilde{A}\tilde{\tilde{8}} \tilde{16} \tilde{Abs.} \tilde{1} \tilde{Satz} \tilde{2} \tilde{SGB} \tilde{X} ausgeschlossen ist. Diese Frage stellt sich nachdr\tilde{A}^1\tilde{\tilde{a}}cklich im Hinblick darauf, dass der/die betroffene H\tilde{A}\tilde{\tilde{x}}rger\tilde{A}\tilde{\tilde{x}}teakustiker/in in dem konkreten Versorgungsverfahren einen unmittelbaren Vorteil f\tilde{A}^1\tilde{a}r das vertretene H\tilde{A}\tilde{\tilde{x}}rger\tilde{A}\tilde{\tilde{x}}teakustikunternehmen in Form der Zuerkennung und Auszahlung der Festbetr\tilde{A}\tilde{x}ge durch die Krankenkasse anstrebt.

Festzuhalten ist jedenfalls, dass mit entsprechenden nicht zuletzt auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ausgerichteten Organisationsentscheidungen kein Freibrief f \tilde{A}^{1} /4r die Krankenkassen einhergehen kann, sich \tilde{A}^{1} /4ber bindende gesetzliche Vorgaben hinwegzusetzen. Insbesondere entbindet eine Outsourcingentscheidung schon im Ausgangspunkt die Krankenkassen nicht von der Verpflichtung, eine effektive und zielf \tilde{A}^{1} /4hrende Beratung der betroffenen Versicherten nach Ma \tilde{A} gabe der gesetzlichen Zielvorgaben der \tilde{A} $\tilde{$

(5) Gesetzliche geboten ist eine Ausgestaltung der Beratung mit der Zielrichtung, dass die Versicherten die ihnen gesetzlich eingerĤumten Ansprù⁄₄che â∏umfassendâ∏ und â∏möglichst weitgehendâ∏ (§Â§ 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 HĶrgerĤteakustikers und den Interessen der Versicherten ignorieren. WĤhrend die Versicherten regelmĤÄ∏ig das Ziel bestmĶglicher HĶrerfolge bei Vermeidung persĶnlich zu tragender Zusatzkosten verfolgen, ist das HĶrgerĤteakustikunternehmer auf der Basis einer wirtschaftlichen Betrachtung an der Maximierung des eigenen Gewinns interessiert. Diese Gewinnerwartung des HĶrgerĤteakustikers wird insbesondere dadurch nachhaltig beeinflusst, ob der Versicherte sich fļr aufpreispflichtige GerĤte dazu entscheidet, bei denen er aus eigenen Mitteln die den sog. Festbetrag ļberschreitende Kosten zu tragen hat. Damit sind fļr den Akustiker zusĤtzlich Gewinnerwartungen in erheblicher, nicht selten sogar vierstelliger HĶhe schon im Einzelfall verbunden. Die Vielzahl der im Laufe beispielsweise eines Jahres durch einen HĶrgerĤteakustiker jeweils zu versorgenden Versicherten weist diesen Interesse noch eine viel grĶÄ∏ere wirtschaftliche Relevanz zu.

Die Chancen auf entsprechende Zusatzgewinne steigen fýr den Hörgeräteakustiker nachdrýcklich, wenn bei den Versicherten der Eindruck entsteht, dass diese mit aufpreispflichtigen Hörgeräten bessere Hörergebnisse erreichen können. Demgegenüber werden sie geschmälert, wenn die Versicherten klar vor Augen steht, dass sie (im erläuterten Rahmen) schon auf Krankenkassenkosten eine bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder beanspruchen können.

Der erlĤuterte 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 SchutzmaÃ∏nahmen 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 gefĶrdert. Eine gute VersorgungsqualitĤt erhĶht bei im Erwerbsleben stehenden Menschen mit HĶrbeeintrĤchtigungen die Chancen auf deren langfristige weitere Teilnahme am Arbeitsleben mit den damit eingehergehenden Beitragseinnahmen fļr die SozialleistungstrĤger vielfach nachhaltig. Zugleich werden damit die Risiken namentlich psychischen Folgeerkrankungen (mit daran vielfach anknüpfenden 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 Versorgungsund Beratungsqualität aufgrund des beschriebenen Konfliktes zwischen den eigenen wirtschaftlichen Interessen des Hörgeräteakustikers 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 Ausdruckt bringt.

Entsprechend dem allgemeinen Ķffentlichen und rechtsstaatlichen Interesse an einer umfassenden und wirksamen BekĤmpfung 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 KorruptionsbekĤmpfung dienenden Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Einsatz von auÄ∏erhalb des Ķffentlichen Dienstes BeschĤftigten (externen Personen) in der Bundesverwaltung vom 17. Juli 2008 (vgl. etwa auch den Jahresbericht 2021 des Bundesminsteriums des Innern und fù¼r Heimat zur Integrität in der Bundesverwaltung) zu berù¼cksichtigen. Diese binden zwar Stellen auÃ∏erhalb der Bundesverwaltung nicht unmittelbar, sie bringen aber inhaltlich zugleich ein gesichertes Erfahrungswissen hinsichtlich des Umfanges der zumindest gebotenen Schutzvorkehrungen zum Ausdruck. Einem solchen Erfahrungswissen dù¼rfen sich auch auÃ∏erhalb der Bundesverwaltung stehende Behörden jedenfalls nicht ohne dringende und hinreichend verlässlich objektivierbare Grù¼nde entziehen.

Nach diesen Richtlinien ist insbesondere ein Einsatz externer Personen im Rahmen der Verwaltung grundsĤtzlich untersagt, soweit diese Funktionen wahrnehmen sollen, deren Ausļbung die konkreten GeschĤftsinteressen der entsendenden Stelle unmittelbar berļhrt (vgl. Ziffer 2.5); zudem bedarf es schon im Hinblick auf nur mĶgliche Interessenkollisionen stets einer konkreten RisikoabschĤtzung (Ziffer 3.1;).

Vergleichbare Interessenkollisionen und damit zugleich auch strukturell Ĥhnliche Korruptionsrisiken drohen, wenn Verwaltungsaufgaben von Seiten der BehĶrden an private Unternehmen externalisiert werden, obwohl diese hĶchst eigene wirtschaftliche Interessen an einer bestimmten Ausgestaltung der Erledigung der Ľbertragenen Aufgaben haben. Die fachliche Qualifikation und demokratische ZuverlĤssigkeit des Ķffentlichen Dienstes sind ein Ľberragend wichtiges Gemeinschaftsgut (BVerfG, B.v. 21. Februar 1995Å â∏ 1 BvR 1397/93Å â∏, BVerfGE 92, 140-157, Rn. 49). Das herausragende Ķffentliche Interesse an einer effektiven Durchsetzung dieser verfassungsrechtlichen Vorgaben beschrĤnkt sich nicht auf Bedienstete im unmittelbaren Staatsdienst, sondern erstreckt sich auch auf den Einsatz von Dienstleistern, welche von BehĶrden an Stelle eigener Bediensteter mit der Erledigung Ķffentlicher Aufgaben betraut werden.

Eine sachgerechte Ausgestaltung des Organisationsermessens, soweit dieses $\tilde{A}^{1}/_{a}$ berhaupt entsprechende Outsourcingentscheidungen gestatten sollte, verlangt schon im ersten Schritt als Minimum jedenfalls eine sachgerechte Implantierung von wirksamen Schutzma \tilde{A} nahmen, welche die Gefahr einer sachwidrigen

Beeinflussung der Erledigung der $\tilde{A}^{1/4}$ bertragenen \tilde{A}^{n} ffentlichen Aufgaben durch eigene wirtschaftliche Interessen des Beauftragten m \tilde{A}^{n} glichst nachhaltig reduziert. Es bedarf geeigneter strukturelle Ma \tilde{A}^{n} nahmen, um auch nur dem \tilde{a}^{n} b \tilde{A}^{n} se Schein \tilde{a}^{n} mangelnder Objektivit \tilde{A}^{n} t des im Zuge der Externalisierung eingesetzten Unternehmens wirksam entgegenzutreten (vgl. zu einem entsprechenden Ansatz BGH, U.v. 12. Oktober 2021 \hat{A}^{n} \tilde{a}^{n} EnZR 43/20 \hat{A}^{n} \tilde{a}^{n} , DVBI 2022, 415, Rn. 35).

(7) Auf Seiten der Krankenkassen und damit auch auf Seiten der Beigeladenen ist jedoch bezogen auf den angesprochenen Zusammenhang ýberhaupt kein ernsthaftes Bemühen zur Ergreifung von geeigneten wirksamen SchutzmaÃ∏nahmen und damit zur verlässlichen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu erkennen. Sie tragen nicht einmal dafþr Sorge, dass die Versicherten im Zuge der Verordnung von Hörgeräten alsbald und verlässlich wie namentlich auch mit geeigneten Informationsschriften þber ihre Rechte im Hörgeräteversorgungsprozess informiert werden. Die Krankenkassen bemühen sich erst gar nicht, die Versicherten Ã⅓ber den grundsätzlichen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie Versorgung im Sinne der bestmöglichen Angleichung an das Hörvermögen Gesunder in Kenntnis zu setzen.

Ebenso wenig werden die Versicherten über (effektiv nutzbare) Möglichkeiten zur tatsächlichen Durchsetzung ihrer entsprechenden Ansprüche informiert. Schon als Minimum müssten die Krankenkassen unmissverständlich aufzeigen (und dafür natürlich auch die entsprechenden Beratungs- und Unterstützungskapazitäten bereithalten), dass und wie sich die Versicherten an ihre Krankenkasse wenden können, falls sich im Versorgungsalltag Schwierigkeiten bei der effektiven Durchsetzung des (Sachleistungs-)Anspruchs auf eine zuzahlungsfreie Hörgeräteversorgung mit bestmöglicher Angleichung an das Hörvermögen Gesunder ergeben sollten.

(8) Die strukturellen Defizite werden auch dadurch verdeutlich, dass die Krankenkassen die Hörgeräteakustiker in § 5a des genannten Versorgungsvertrages dazu verpflichten, von Seiten der betroffenen Versicherten die dem Vertrag beigefügte Mehrkostenerklärung unterzeichnen zu lassen. Mit diesem von Seiten der Krankenkasse geforderten in wesentlichen Teilen vordruckten Formular wird der Versicherten insbesondere eine Erklärung abverlangt, wonach diese mit anderen ihr zuzahlungsfrei angebotenen Geräten â□□gut zurechtgekommenâ□□ sei und wonach die Entscheidung für die aufpreispflichtigen Hörgerät aus GrÃ⅓nden erfolgt sei, welche â□□nicht mit dem reinen Hörverstehen im Alltag zu tun habenâ□□ (vgl. Bl. 4 der VV der Beklagten).

Die gesetzlich geschuldete Pflicht zur AufklĤrung des Sachverhalts von Amts wegen entsprechend <u>§Â 20 SGB X</u> hĤtte hingegen eine ergebnisoffene Befragung der Versicherten verlangt. Darauf muss ein im Zuge einer entsprechenden Befragung eingesetzter Vordruck im Interesse sowohl der VerlĤsslichkeit der AufklĤrungsbemýhungen als auch der anzustrebenden bestmöglichen Erfüllung der gesetzlichen Versorgungsvorgaben (und zudem auch nach MaÃ∏gabe des Rechtsgedankens des <u>§Â 309 Ziff. 12b BGB</u>) ausgerichtet sein.

Bezeichnenderweise hat die KlĤgerin allerdings im vorliegenden im Ergebnis die erlĤuterten vorgedruckten ErklĤrungen in der MehrkostenerklĤrung durch die beigefļgten ZusĤtze und Anlagen ausdrļcklich 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 ù¼berdies an Stelle der geschuldeten sachgerechten Beratung ù¼ber die Reichweite ihrer Leistungsansprù¼che getäuscht und belogen. Auch unabhängig von den vorstehend erläuterten strukturellen Beratungsdefiziten ergibt sich daraus eine gröbliche Verletzung der der Klägerin gesetzlich nach MaÃ□gabe des § 14 SGB geschuldeten Beratungspflichten.

Es war in jeder Hinsicht sachgerecht, dass sich die KlĤgerin ihrerseits zeitnah (und damit deutlich vor der nachfolgenden Selbstbeschaffung der HĶrgerĤte) am 11. August 2017 per Email an die Beigeladene gewandt hatte, nachdem sie seinerzeit im Anpassungsprozess bei dem HĶrgerĤteakustiker den Eindruck gewonnen hatte, dass nur mit aufpreispflichtigen HĶrgerĤten eine ausreichende VersorgungsqualitĤt zu erzielen war. Diese E-Mail brachte bei verstĤndiger Wļrdigung klar und deutlich ihr verstĤndiges Anliegen zum Ausdruck, ohne oder allenfalls mit einer mĶglichst geringen Eigenbeteiligung eine qualitativ hochwertige ihre entsprechenden schweren BeeintrĤchtigungen gut ausgleichende HĶrgerĤteversorgung zu erhalten. Damit hat die KlĤgerin aus der Sicht eines verstĤndigen EmpfĤngers zugleich ein Beratungs- und Auskunftsersuchen im Sinne der ŧ 14, 15 SGB I zum Ausdruck gebracht.

Dabei entsprach es den von den Krankenkassen und damit auch von der Beigeladenen den Versicherten zur Verfýgung 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 erlĤutert, die Vorgaben des § 17 SGB I umzusetzen. Insbesondere hatte sie darauf hinzuwirken, dass die KlĤgerin die ihr zustehenden Sozialleistungen in zeitgemĤÄ∏er Weise, umfassend und zügig erhielt. Bezogen auf den vorliegenden Zusammenhang ergab sich damit nach MaÄ∏gabe der vorstehend erlĤuterten hĶchstrichterlichen Rechtsprechung für die Beigeladene die Verpflichtung, auf die o.g. Email der KlĤgerin so zu reagieren, dass damit alle

erforderlichen Maà nahmen in die Wege geleitet wurden, um entsprechend den gesetzlichen Vorgaben eine Versorgung mit der Zielrichtung einer â bestmà glichen Angleichung des Hà vermà gens der Klà gerin an das Hà vermà gen Gesunder â umfassend und zà 4gigâ du bewirken.

Dieser Verpflichtung hat sich jedoch die Beigeladene sehenden Auges entzogen. Sie hat der Klä¤gerin in ihrer Antwortmail sachlich unzutreffend mitgeteilt, dass eine Ľber die Festbeträ¤ge hinausgehende Kostenä½bernahme durch die Krankenkasse â∏nicht mä¶glichâ∏ sei. Sie kä¶nne â∏maximalâ∏ diese Festbeträ¤ge Ľbernehmen. Diese Auskunft war eindeutig falsch, nachdem schon viele Jahre zuvor in der bereits erlä¤uterten hä¶chstrichterlichen Rechtsprechung geklä¤rt worden war, dass eine Verpflichtung zur ä∏bernahme weitergehender Versorgungskosten besteht, soweit dies zur Erreichung der erlä¤uterten gesetzlichen Zielvorgaben erforderlich ist.

Diese Vorgaben der hĶchstrichterlichen 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∏möglichst weitgehenden Ausgleichâ∏ des Schwerhörigkeitsgrades sicherstellt und, soweit möglich, ein Sprachverstehen auch bei Umgebungsgeräuschen und in gröÃ∏eren Personengruppen gewährleistet.Â

Dieser Ansatz wird allerdings im weiteren Verlauf des Versorgungsvertrages â linsoweit unter Missachtung der Vorgaben der hã lichstrichterlichen Rechtsprechung â lindahingehend eingeschrã knkt (vgl. § 3 Abs. 5a), dass â lindañ stabâ lindahingehend eingeschrã knkt (vgl. § 3 Abs. 5a), dass â lindahingehend eingeschrã knkt (vgl. § 3 Abs. 5a), dass â lindahingehend einen solchen mã ligha stabâ lindahingehenden Ausgleich des Hã lindahinger vergleichenden Ausgleich des Hã lindahinger eine Sinne des § 3 Abs. 5a bis 5b sein soll. Dies soll im Ergebnis nach Maã lindahinger der â lindahinger sprachlich wenig klar gefassten â lindahinger lindahinger einen haß 3 Abs. 5b des Versorgungsvertrages darauf hinauslaufen, dass der Hã lindahinger einer Gerã kate anbieten muss, welche â lindahinger lindahinger einer Toleranz von maximal 10 Prozentpunkten lindahinger eine sog. â lindahinger eines Freiburger Sprachtests eine sog. â lindahinger eines Freiburger Sprachtests eine sog. â lindahinger eines Freiburger Sprachtests eine sog.

Der Freiburger Sprachtest bietet aber, wie ausgeführt, schon im Ausgangspunkt keine verlässliche Grundlage, um die Qualität einer Hörgeräteversorgung unter den vielfältigen Anforderungen des Höralltags verlässlich beurteilen zu können. Vertragliche Absprachen in dem Versorgungsvertrag den Krankenkassen und der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker können Ã⅓berdies schon im rechtlichen Ausgangspunkt keine VerkÃ⅓rzung der gesetzlichen VersorgungsansprÃ⅓che der Versicherten bewirken. FÃ⅓r den vorliegend zu beurteilenden Rechtsstreit ist damit lediglich festzuhalten, dass auch die erläuterten 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 Auskunftsersuchen der KlĤgerin auch im Ã\[
\text{D}\text{brigen nicht ernsthaft bearbeitet. Gerade angesichts der ausdr\tilde{A}\]
\[
\text{A}\]
\[
\text{cklichen Hinweise der Kl\tilde{A}\]
\[
\text{gerin in ihrer Anfrage, wonach sie die H\tilde{A}\]
\[
\text{Rrger\tilde{A}\]
\text{te ben\tilde{A}\]
\[
\text{ltige, um anstrengungsfrei h\tilde{A}\]
\[
\text{lren und eine vorzeitige Erm\tilde{A}\]
\[
\text{dung im Tagesablauf zu vermeiden, h\tilde{A}\]
\[
\text{tte die Beigeladene in ihrer Antwort zun\tilde{A}\]
\[
\text{end cund in rechtlicher Hinsicht klarstellen m\tilde{A}\]
\[
\text{dass es gerade ihr als der zust\tilde{A}\]
\[
\text{andigen Krankenkasse oblag, f\tilde{A}\]
\[
\text{dr eine Versorgung der Kl\tilde{A}\]
\[
\text{gerin mit H\tilde{A}\]
\[
\text{grer\tilde{A}\]
\[
\text{tenne Versorgung der Kl\tilde{A}\]
\[
\text{gerin mit H\tilde{A}\]
\[
\text{grer\tilde{A}\]
\[
\text{tenne Versorgung der Kl\tilde{A}\]
\[
\text{gerin mit mit besonderen purgen der Kl\tilde{A}\]
\[
\text{grer\tilde{A}\]
\[
\text{gerin mit H\tilde{A}\]
\[
\text{gerin mit H\t

Dabei hätte die Beigeladene es nicht nur bei verbalen Hinweisen auf ihre Zuständigkeit und ihre Leistungspflicht bewenden lassen dýrfen. Die ihr gesetzlich in § 17 Abs. 1 SGB I auferlegte Hinwirkungspflicht umfasst vielmehr auch die Verpflichtung, aktiv alle erforderlichen MaÃ∏nahmen 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 â∏umfassend und zýgigâ∏∏ realisieren konnte.

Von diesen gesetzlich gebotenen Maà nahmen hat die Beigeladene Abstand genommen. Sie hat im Ergebnis bei der Klà gerin sehenden Auges entgegen den erlà uterten rechtlichen Vorgaben den Eindruck erweckt, es sei schicksalhaft und gehe im Ergebnis zu ihren Lasten, wenn sie mit den vom aufgesuchten Akustiker angebotenen Festbetragsger Ä ten kein ausreichendes HÃ verm Å gen erziele.

Bezeichnenderweise hat die Beigeladene auch nach Hinweis des Senates auf die durchgreifenden Beratungsfehler noch in der m \tilde{A}^{1} /4ndlichen Verhandlung versucht, die darin zum Ausdruck kommende Missachtung der gesetzlichen Vorgaben zu verharmlosen. In diesem Rahmen hat sie \hat{a} rechtskundig vertreten \hat{a} sogar

vorgetragen, dass die Annahme eines Beratungsfehlers im vorliegenden Fall aus ihrer Sicht als â∏sportlichâ∏ zu werten sei.

d) Soweit die Beigeladene in ihrer Antwortmail ergänzend darauf hingewiesen hat, dass â∏manâ∏ einen â∏Zuschuss über die Rentenversicherungâ∏ beantragen könne, weil sich die Klägerin für die kostenaufwendige Versorgung vor dem Hintergrund entschieden habe, dass sie diese als â∏∏für die Arbeit erforderlichâ∏ 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 demgemäÃ∏ nach §Â 42 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX auch für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die Krankenkassen nicht allein zustĤndig, sondern ebenso RehabilitationstrĤger wie namentlich die TrÄxger der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. <u>§Â§Â 9 Abs. 1 S</u> 1, 15 Abs 1 S 1 SGB VI iVm §Â§Â 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 tĤglichen Leben beseitigt oder gemildert werden können und die damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betreffen. AusschlieÄlich berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile sind demgemäÃ∏ für die Hilfsmittelversorgung nach dem SGB V grundsÃxtzlich unbeachtlich. Ist ein Versicherter für die Anforderungen des allgemeinen Alltagslebens ausreichend versorgt, kommt es auf etwaige zusÄxtzliche Nutzungsvorteile im Erwerbsleben ohnehin nicht an. Umgekehrt kann ein Hilfsmittelanspruch gegen die GKV nicht auf ausschlie̸lich berufliche Nutzungsvorteile gestützt werden, wenn das Hilfsmittel ansonsten keine allgemeinen Grundbedürfnisse betrifft und seine Nutzung die Auswirkungen der Behinderung nicht im gesamten tĤglichen Leben beseitigt oder mildert (BSG, U.v. 24. Januar 2013Â â∏∏ B 3 KR 5/12 RÂ â∏∏, BSGE 113, 40, Rn. 33).

Eigene und primäre Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist hingegen die medizinische Rehabilitation (vgl. \hat{A} § \hat{A} 1 SGB V sowie \hat{A} § \hat{A} 6 Abs. 1 Nr. 1 iVm \hat{A} § \hat{A} 5 Nr. 1 SGB IX), also die m \hat{A} ¶glichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen einschlie \hat{A} □lich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstst \hat{A} ¤ndiges Leben f \hat{A} ½hren und die Anforderungen des Alltags meistern zu k \hat{A} ¶nnen. Nur eine dar \hat{A} ½ber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation ist Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme (BSG, U.v. 17. Dezember 2009 \hat{A} \hat{A} □□ \hat{B} 3 KR 20/08 \hat{R} \hat{A} \hat{A} □□, \hat{B} SGE 105, 170, Rn. 16).

Im vorliegenden Fall betrafen die Defizite beim Einsatz der ihn angebotenen zuzahlungsfreien Hå¶rsysteme aber die allgemeinen Bedå¼rfnisse der Klå¤gerin. Sie vermochte mit diesen insbesondere bei Stå¶rschall nur sehr unzureichend zu hå¶ren. Ein entsprechendes Hå¶ren unter Stå¶rschalleinfluss prå¤gt auch vielfå¤ltige Hå¶rsituationen im privaten Leben; ihre Bewå¤ltigung zå¤hlt zu den Grundbedå¼rfnissen des tå¤glichen Lebens. Schon få¼r die Bewå¤ltigung der Anforderungen des Alltags ist regelmå¤å∏ig insbesondere auch ein Hå¶rvermå¶gen erforderlich, bei dem das Hå¶ren im Vergleich zu einem hå¶rgesunden Menschen (im Rahmen des Må¶glichen) nicht mit erheblichen zuså¤tzlichen zur vorzeitigen Ermå¼dung få¼hrenden Anstrengungen verbunden ist.

Allein der Umstand, dass (wie bei nahezu allen im Erwerbsleben stehenden HĶrbeeintrĤchtigten) HĶrgerĤte â∏ auch â∏ fýr die berufliche TĤtigkeit einer Versicherten erforderlich sind, begründet noch keine ZustĤndigkeit des RentenversicherungstrĤgers. 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 ZustĤndigkeit der Krankenkassen wird bereits dadurch begrļndet, dass die maÄ gebliche HĶrdefizite â wie auch im vorliegenden Fall â gleichermaÄ en auch das HĶrvermĶgen im privaten Alltag nachdrļcklich beeintrĤchtigen. Darļber hinausgehende besondere berufliche Anforderungen an das HĶrvermĶgen (wie etwa sehr auÄ ergewĶhnliche StĶrschalleinwirkungen am Arbeitsplatz, vgl. dazu etwa Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, U.v. 20. Februar 2023 â L 2 R 263/22 â J juris) sind im vorliegenden Fall gar nicht erkennbar. Auch die beigeladene Krankenkasse hat dafļr 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 â∏ B 3 KR 7/17 B â∏, SozR 4-1720 §Â 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 KlĤgerin durfte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der HĶrgerĤte Oticon OPN-3 (welche frühestens mit der Unterzeichnung der sog. PatientenerklĤrung am 30. August 2017 angesichts der darin gegenüber dem HörgerĤteakustiker 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 KlĤgerin hatte sich, wie bereits ausgeführt, zuvor an die Beigeladene gewandt und um deren Unterstützung und Beratung gebeten. Die Beigeladene hatte aber â∏ unter Missachtung ihrer gesetzlichen Beratungs- und Versorgungspflichten â∏ gerade davon Abstand genommen, der KlĤgerin zumutbare und effektiv nutzbare Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie kostengünstiger an eine Hörgeräteversorgung gelangen könnte, welche im erläuterten 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 Hörgeräteakustikunternehmens Z. ist der Klägerin eine Erprobung der aufpreispflichtigen 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 gleichermaÃ∏en im privaten wie im beruflichen Alltag viel besser an der sprachlichen Kommunikation teilhaben; die Geräte waren fù¼r 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 HĶrgerĤteakustiker im Juli/August 2017 vorgestellten kostengĽnstigeren VersorgungsmĶglichkeiten. In der gebotenen Gesamtwļrdigung lĤsst sich ungeachtet einzelner GedĤchtnisschwĤchen der KlĤgerin â□□ wie sie ohnehin nach inzwischen rund sechs Jahren schon nach der Lebenserfahrung vielfach zu erwarten sind â□□ hinreichend verlĤsslich feststellen, dass die KlĤgerin mit den anderen ihr zur Erprobung vorgestellten HĶrgerĤten sehr deutlich schlechter hĶren konnte als mit den dann erworbenen GerĤten Oticon OPN-3. Insbesondere im Alltag bei schwierigen HĶrsituationen vermittelten ihr die GerĤte Phonak Tao und Oticon Get keine brauchbaren HĶreindrļcke. Dies ist seinerzeit von der KlĤgerin auch bereits in ihrer Email an die Beklagte und in der sog. â□□PatientenerklĤrung zur Versorgung mit Mehrkostenâ□□ 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 ermöglicht hätten, sind der Klägerin im Zuge des damaligen Anpassungsprozesses unter Missachtung der erläuterten 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 sachund rechtsunkundige Klägerin weitergehende MaÃ∏nahmen zur Abklärung eventuell in Betracht kommender kostengünstigerer Versorgungsmöglichkeiten hätte ergreifen können. Mit einem solchen Verhalten verstöÃ∏t 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 § 242 BGB (vgl. allgemein zum Gesichtspunkt des widersprüchlichen Verhaltens unter Berücksichtigung des § 242 BGB auch BSG, U.v. 19. Oktober 2000 â∏ B 10 LW 21/99 R â∏ SozR 3-5868 § 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 lieÃ∏, wenn sie sich zur Aufbringung der Eigenbeteiligung verpflichtete.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Gründe, die Revision zuzulassen (<u>§ 160 Abs. 2 SGG</u>), sind nicht gegeben.
Erstellt am: 08.01.2024
Zuletzt verändert am: 23.12.2024