

L 6 R 414/12  
S 3 R 106/08 Tr



Verkündet am: 12.03.2014

gez. Lösch  
Justizbeschäftigte  
als Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle

# LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ

IM NAMEN DES VOLKES

## URTEIL

In dem Rechtsstreit

– Klägerin, Berufungsklägerin und  
Berufungsbeklagte –

Prozessbevollmächtigte:

gegen

Deutsche Rentenversicherung Bund, vertreten durch das Direktorium, Abteilung  
Rehabilitation, Seesener Straße 6, 10709 Berlin

– Beklagte, Berufungsklägerin und Berufungsbeklagte –

beigeladen:

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, vertreten durch den Vorstand,  
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf

hat der 6. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz in Mainz aufgrund der  
mündlichen Verhandlung vom 12. März 2014 durch

Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Willersinn

Richterin am Landessozialgericht Best

Richter am Landessozialgericht Dr. Holzheuser

ehrenamtlicher Richter Schumann

ehrenamtlicher Richter Kleis

für Recht erkannt:

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Trier vom  
28.02.2012 wird zurückgewiesen.

2. Auf die Anschlussberufung der Klägerin wird die Beklagte verurteilt, an die Klägerin Zinsen in Höhe von 4 vom Hundert aus 2.512,00 Euro seit 01.02.2009 zu zahlen.
3. Die Beklagte hat der Klägerin die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
4. Die Revision wird zugelassen.

### Tatbestand

Die Klägerin begehrt die Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten ihrer beidseitigen Hörgeräteerstversorgung.

Die 1963 geborene und bei der Beigeladenen krankenversicherte Klägerin ist gelernte Hauswirtschaftsmeisterin und seit 2003 im H d J des D R K (D ) in B M I als Küchenleitung und Stellvertreterin der Hausverwaltung beschäftigt. Sie ist u.a. für die Personalplanung und Führung der Küche, für die Kommunikation mit Lieferanten, für die Erstellung der Dienstpläne und für die Gäste- und Speiseraumbetreuung zuständig. Mit Hörgeräten war sie bisher nicht versorgt.

Nachdem sie vom Arbeitgeber auf Verständnisschwierigkeiten angesprochen worden war, suchte sie im Juni 2007 die Firma Hörgeräte M (Hörgeräteakustiker) auf und testete mehrere digitale Hörgeräte der Produktgruppe 13.20.03. (vom 28.06. bis 16.08.2007 Centra Aktive von Siemens, vom 16.08. bis 28.09.2007 Micro Eleva von Phonak und vom 28.09.2007 bis 09.05.2008 Prio 106 von Bernafon). Im Patientenfragebogen zur Hörgeräteversorgung vom 28.06.2007 erklärte sie durch ihre Unterschrift gegenüber dem Hörgeräteakustiker, dass sie

über das Angebot einer eigenanteilsfreien Versorgung informiert worden sei. Sie sei mit einer von ihr zu leistenden höheren Vergütung für das von ihr ausgewählte Hörsystem einverstanden. Der zugelassene HNO-Arzt Dr. K verordnete ihr am 30.07.2007 wegen einer mittel- bis hochgradigen Innenohrschwerhörigkeit Hörhilfen. Nach einem Kostenvoranschlag vom 20.09.2007 und einem Anpassbericht vom 05.07.2007 betreffend 2 Hörgeräte Micro Eleva 100dAZ hätte der Eigenanteil der Klägerin 3.212,86 Euro betragen.

Am 09.05.2008 erhielt sie die Hörgeräte Micro Eleva 100dAZ und auf Mitteilung des Hörgeräteakustikers vom 07.10.2008 bescheinigte Dr. K am 09.10.2008, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt werde und dass das Gerät zweckmäßig sei. Die Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers vom 28.06.2007 betreffend eine beidohrige Erstversorgung mit der Versorgungsart 13.20.03. ging am 20.10.2008 bei der Beigeladenen ein, die am 03.11.2008 eine Versorgung zum Festbetrag bewilligte. Mit Rechnung des Hörgeräteakustikers vom 16.12.2008 wurde die Klägerin zur Zahlung von 2.512,86 Euro (4.215,80 Euro abzüglich des Festbetrags von 1.222,94 Euro, eines Rabatts von 500,00 Euro und zuzüglich der Zuzahlung von 20,00 Euro) aufgefordert. Die Beigeladene zahlte den Festbetrag in Höhe von 1.202,94 Euro an den Hörgeräteakustiker am 11.02.2009 aus.

Die Klägerin beantragte am 19.11.2007 bei der Beklagten die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Vorlage der ärztlichen Verordnung, des Kostenvoranschlags vom 20.09.2007 und einer Bescheinigung des D vom 16.08.2007. Die Beklagte lehnte den Antrag durch Bescheid vom 26.11.2007 (der Klägerin zugegangen am 30.11.2007) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.02.2008 ab, da eine über die Basisversorgung hinausgehende höherwertige Hörgeräteausstattung wegen spezieller beruflicher Anforderungen nicht erforderlich sei. Die Hörgeräte würden auch für die im täglichen Leben notwendige Kommunikationsfähigkeit benötigt, weshalb es sich um Leistungen der Krankenversicherung handele.

Die Klägerin hat am 17.03.2008 Klage bei dem Sozialgericht Trier (SG) erhoben.

Das SG hat die AOK Rheinland/Hamburg beigeladen, Auskünfte bei dem D , dem Hörgeräteakustiker, dem GKV-Spitzenverband und der Deutsches Hörgeräte Institut GmbH sowie einen Befundbericht bei Dr. K beigezogen. Außerdem hat es durch den Arzt C ein Gutachten vom 30.07.2009 nach einer Begehung des Arbeitsplatzes der Klägerin und eine ergänzende Stellungnahme vom 24.11.2009 erstatten lassen. Der Sachverständige hat ausgeführt, dass wegen der Art und Schwere der Hörbehinderung der Klägerin und in Bezug auf die Bedingungen und Anforderungen ihres Arbeitsplatzes eine Versorgung mit digitalen Hörgeräten zwingend erforderlich sei. Alternative technische Maßnahmen oder Hilfsmittel, die zu einem vergleichbaren Ergebnis führen würden, seien nicht vorhanden. Im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 19.04.2011 hat das SG die Klägerin gehört und den bei dem Hörgeräteakustiker beschäftigten Zeugen S T vernommen.

Mit Urteil vom 28.02.2012 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 26.11.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.02.2008 verurteilt, an die Klägerin 2.512,86 Euro zu zahlen. Die Beklagte als erstangegangener Leistungsträger gemäß § 14 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) sei zur Kostenerstattung verpflichtet, hier in eigener Zuständigkeit nach den §§ 9 Abs. 1 und 2, 15 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) i.V.m. §§ 26 Abs. 1 und 2 Nr. 6, 31 SGB IX. Die Erwerbsfähigkeit der Klägerin sei erheblich gefährdet gewesen und die Versorgung mit den Hörgeräten Phonak Micro Eleva 100dAZ sei geeignet und erforderlich, die Beeinträchtigung auszugleichen und die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen. Dies habe der Sachverständige C in seinem Gutachten nachvollziehbar dargelegt. Die von der Beklagten behauptete abstrakte Möglichkeit einer kostengünstigeren Versorgung reiche nicht aus, um den Leistungsanspruch der Klägerin

auszuschließen. Auch ein etwaiger Verstoß des Hörgeräteakustikers gegen vertragliche Vorschriften sei nicht zu Lasten der Klägerin zu berücksichtigen.

Das unterschriebene Urteil ist am 25.07.2012 zur Geschäftsstelle gelangt und wurde an diesem Tag zur Post gegeben. Der Klägerin wurde das Urteil am 27.07.2012, der Beklagten am 30.07.2012 und der Beigeladenen am 07.08.2012 zugestellt.

Die Beklagte hat am 27.08.2012 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, die Beigeladene sei erstangegangener Träger. Bereits mit Beginn des Prüfverfahrens bei dem Hörgeräteakustiker durch Übergabe der vertragsärztlichen Verordnung sei eine Antragstellung bei der Beigeladenen erfolgt. Der Hörgeräteakustiker sei nicht lediglich sogenannter Erklärbote des Versicherten, sondern als ein "Prüfbeauftragter" in die Verwaltungspraxis bei der Krankenkasse eingebunden. Im Übrigen seien maßgebend für die Beurteilung der persönlichen Voraussetzungen des § 10 SGB VI nicht die Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes, sondern die typischen Anforderungen des Berufsbildes. Im Berufsbild der Klägerin als Hauswirtschaftsmeisterin seien jedoch typischerweise keine erhöhten Anforderungen an das Hörvermögen zu stellen. Außerdem sei nicht nachgewiesen, dass die Klägerin überhaupt auf die höherwertigere Hörhilfe angewiesen gewesen sei, da eine Testung zuzahlungsfreier digitaler Geräte nicht stattgefunden habe. Diese durch den Hörgeräteakustiker unterbliebene Leistung könne nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft gehen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Trier vom 28.02.2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen,  
hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Klägerin hat am 13.11.2012 Anschlussberufung eingelegt mit der sie Zinsen gemäß § 44 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) geltend macht. Sie führt aus,

dass speziell ihr Berufsbild die Ausstattung mit den streitigen Hörgeräten erforderlich gemacht habe. Der Beklagten wäre bereits im Jahr 2007 eine Bedarfsprüfung möglich gewesen, die sie unterlassen habe. Jetzt könne sie sich nicht darauf berufen, dass eine anderweitige Versorgung denkbar gewesen sei.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen und die Beklagte im Wege der Anschlussberufung zu verurteilen, Zinsen seit 01.02.2009 in Höhe von 4 % aus 2.512,00 Euro zu zahlen.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Sie trägt vor, dass die Beklagte als erstangegangener Träger umfassend für die Versorgung der Klägerin zuständig gewesen sei. Die Beweiserhebung habe gezeigt, dass das spezielle Berufsbild der Klägerin die Ausstattung mit den Hörgeräten erforderlich gemacht habe.

Außerdem hat sie den in den Jahren 2007 und 2008 gültigen, zwischen ihr und der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker am 30.03.2007 abgeschlossenen Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V - (VersV) vorgelegt. Nach § 3 VersV sind dem Versicherten zwei eigenanteilsfreie Versorgungen mit analogen, digital programmierbaren und volldigitalen Systemen, die dem aktuellen technischen Standard entsprechen, anzubieten. Der Hörgeräteakustiker übernimmt die Nachbetreuung des Versicherten. Gemäß § 4 Ziff. 1 VersV dürfen Leistungen nach dem Vertrag bei der Erstversorgung mit Hörsystemen nur auf Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung (ohrenärztliche Verordnung - Vorderseite Muster 15) erbracht werden, es sei denn die AOK verzichtet darauf. Die AOK verzichtet auf die ärztliche Bestätigung zum Abschluss der Hörgeräteanpassung ("Rückseite" des Verordnungsmusters 15). Gemäß § 4 Ziff. 3 VersV soll vor Beginn jeder Versorgung die Versorgungsanzeige (Anlage 4) unter Beifügung des Ton- und Sprach-

audiogramms zur Prüfung und Zustimmung der AOK vorgelegt werden. Die Zustimmung der AOK soll in der Regel innerhalb von 10 Arbeitstagen erfolgen. Die Krankenkasse kann auf die Vorlage verzichten. Gemäß § 4 Ziff. 4 VersV überlässt der Hörgeräteakustiker dem Versicherten die Hörsysteme während der Anpassphase. Die Anpassphase endet mit der endgültigen Abgabe des Hörsystems, dokumentiert durch die Bestätigung des Versicherten auf der Versichertenerklärung (Anlage 5). Damit beginnt der Versorgungszeitraum. Nach § 5 Ziff. 1 Satz 5 VersV kann der Hörgeräteakustiker mit Beendigung der Anpassphase die vereinbarten Vergütungssätze abrechnen. Gemäß § 5 Ziff. 3 VersV zahlt die Krankenkasse, wenn der Versicherte eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen hinausgeht, wählt, ebenfalls die jeweilige Vergütung. Bei diesen Versorgungsleistungen entstehende Mehrkosten können nicht zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Der Hörgeräteakustiker kann dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. Das betrifft auch die daraus entstehenden Folgekosten/Mehrkosten für Reparaturen. Der Hörgeräteakustiker hat den Versicherten hierüber aufzuklären. Die Aufklärung hat er sich vom Versicherten durch Unterschrift unter die als Anlage 5 diesem Vertrag beigefügte Versichertenerklärung bestätigen zu lassen.

Zur Ergänzung des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten sowie auf die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Er war Gegenstand der mündlichen Verhandlung sowie der Beratung.

#### **Entscheidungsgründe:**

Die zulässige Berufung der Beklagten hat keinen Erfolg. Das SG hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung der der Klägerin entstandenen Kosten der Hörgeräteversorgung in Höhe von 2.512,86 Euro verurteilt. Der Bescheid der Beklagten vom 26.11.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.02.2008 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die

zulässige (§ 99 Abs. 3 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG) Anschlussberufung der Klägerin ist begründet, da ihr der begehrte Zinsanspruch zusteht.

Das Urteil des SG ist nicht deshalb verfahrensfehlerhaft ergangen, weil es erst unmittelbar vor Ablauf von 5 Monaten nach seiner Verkündung abgefasst worden ist. Nach § 136 Abs. 1 Nr. 6 SGG ist eine Entscheidung mit Gründen zu versehen. Einer Entscheidung fehlen die Entscheidungsgründe nach der Rechtsprechung, wenn ein Urteil nicht binnen 5 Monaten nach Verkündung schriftlich niedergelegt, von den beteiligten Berufsrichtern unterschrieben und der Geschäftsstelle übergeben worden ist. Dem steht es gleich, wenn das Urteil erst so spät schriftlich abgesetzt wird, dass Zweifel angebracht erscheinen, ob es dem der Verkündung zugrunde liegenden Beratungsergebnis entspricht (vgl. z.B. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 29.08.2012 - B 10 EG 20/11 R - juris). Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor. Das Urteil des SG ist nach dem Vermerk in der Gerichtsakte am 24.07.2012 und damit vor Ablauf einer Frist von 5 Monaten nach seiner Verkündung am 28.02.2012 unterschrieben zur Geschäftsstelle gelangt und am 25.07.2012 versandt worden. Da es auf den Tag der Zustellung nicht ankommt (BSG, Beschluss vom 18.11.2009 - B 1 KR 74/08 B -, juris RdNr. 16) ist es unerheblich, dass das Urteil der Beklagten und der Beigeladenen erst nach Ablauf der Frist zugestellt worden ist. Auch ergeben sich aus den Umständen des Falles keine Gesichtspunkte, dass infolge der verzögerten Absetzung der Entscheidungsgründe die zuverlässige Wiedergabe des Beratungsergebnisses nicht mehr gewährleistet war.

Die Beklagte als erstangegangener Rehabilitationsträger gemäß § 14 SGB IX hat der Klägerin die Kosten der selbstbeschafften Hörgeräteversorgung gemäß § 15 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB IX zu erstatten.

Werden - wie hier - Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für



die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 SGB V. Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt gemäß § 14 Abs. 2 SGB IX der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. Muss für diese Feststellung ein Gutachten nicht eingeholt werden, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang. Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Sätze 1 und 2 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die in Satz 2 genannte Frist beginnt mit dem Eingang bei diesem Rehabilitationsträger. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen. Kann der Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, für die beantragte Leistung nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 sein, klärt er unverzüglich mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger, von wem und in welcher Weise über den Antrag innerhalb der Fristen nach den Sätzen 2 und 4 entschieden wird und unterrichtet hierüber den Antragsteller.

Die Klägerin hat bei der Beklagten am 19.11.2007 einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt. Die Beklagte ist erstangegangener Träger, da eine vorherige Antragstellung bei der Beigeladenen nicht erfolgt ist. Erstangegangener Rehabilitationsträger (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) - ein Antrag auf Versorgung mit Hörgeräten ist immer (auch) auf Leistungen zur Teilhabe im Sinne von §§ 1, 4 und 5 SGB IX gerichtet (BSG, Urteil vom 20.10.2009 - B 5 R 5/07 R -, juris RdNr. 18) - ist derjenige Träger, der von dem Versicherten erstmals mit dem zu beurteilenden Antrag auf Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe befasst worden ist. Die Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers vom 28.06.2007 ist bei der Beigeladenen erst am 20.10.2008 und damit nach der Antragstellung bei der Beklagten eingegangen. In der vertragsärztlichen Verordnung des Dr. K vom 30.07.2007 ist zur Überzeugung des Senats kein Leistungsantrag gegenüber der beigeladenen Krankenkasse zu sehen (vgl. bereits Urteil des Senats vom 23.10.2013 - L 6 R 425/11 -, juris, Revision anhängig: B 5 R 8/14 R).

Nach dem maßgebenden VersV (§ 4 Ziff. 1) ist die vertragsärztliche Verordnung bei der hier erfolgten Erstversorgung mit Hörgeräten erforderlich (vgl. nach der Gesetzesbegründung klarstellend auch § 33 Abs. 5a Satz 1 SGB V, eingefügt durch Gesetz vom 23.10.2012, BGBl. I 2246; Nolte in Kasseler Kommentar, 73. EL, § 33 RdNr. 64a). Ob das Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung den Leistungsanspruch auf das Hilfsmittel ausschließt (dagegen BSG, Urteil vom 10.03.2010 - B 3 KR 1/09 R -, juris RdNr. 31), braucht nicht entschieden zu werden. Eine Verordnung des Vertragsarztes lag vor. Der Vertragsarzt als "Schlüsselfigur" der Heilmittelversorgung (vgl. BSG, Urteil vom 17.04.1996 - 3 RK 19/95 -, juris) hat damit das Vorhandensein einer Krankheit bei der Klägerin festgestellt und die grundsätzliche Notwendigkeit von Hilfsmitteln bejaht (§§ 11 Abs. 1 Nr. 4 und 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V). Damit hat der Vertragsarzt das der Klägerin zustehende subjektiv-öffentlich-rechtliche Rahmenrecht auf Behandlung (vgl. BSG, Urteil vom 16.12.1993 - 4 RK 5/92 -, juris) konkretisiert. Die weitere Ausgestaltung der Art und Weise der konkret notwendigen Versorgung im Einzelfall bleibt nach dem Regelungskonzept des SGB V und dem VersV (zunächst) dem Leistungserbringer, hier dem Hörgeräteakustiker, überlassen. Im Rahmen einer Anpassphase ist zu untersuchen, welche Hörsysteme für den Versicherten im Einzelfall ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, wobei das Maß des Notwendigen nicht überschritten werden darf (§ 12 Abs. 1 SGB V). Dies erfolgt in der Anpassphase (§ 4 Ziff. 4 VersV), in welcher der Versicherte verschiedene Hörsysteme testet und sich, ggf. nach Aufklärung über die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Versorgung (§ 5 Ziff. 3 VersV) für ein Hörsystem entscheidet. Nach Abschluss der Anpassphase beginnt der Versorgungszeitraum (§ 4 Ziff. 4 Satz 3 VersV), wobei der Zeitpunkt hier durch die ärztliche Bestätigung des Dr. K vom 09.10.2008 über die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der konkreten Hörhilfen dokumentiert worden ist. Offen bleiben kann vorliegend, ob die AOK nach § 4 Ziff. 1 Satz 2 VersV wirksam auf diese ärztliche Bestätigung zum Abschluss der Hörgeräteanpassung verzichten konnte oder ob dies bei der Erstversorgung nicht notwendiger Bestandteil des

Versorgungsweges ist. Andere Gesichtspunkte für einen vorherigen Abschluss der Anpassphase sind jedenfalls nicht gegeben.

Auch die Regelungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung lassen es nicht zu, bereits in der ärztlichen Verordnung von Hörgeräten und deren Vorlage bei dem Hörgeräteakustiker eine Antragstellung bei der Krankenkasse anzunehmen. Die Verordnung von Hilfsmitteln zu Lasten der zuständigen Krankenkasse gegenüber dem Versicherten ist Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und unterliegt daher jedenfalls bei der Erstversorgung dem Arztvorbehalt (§§ 15 Abs. 1 Satz 1, 33 Abs. 5a Satz 1, 73 Abs. 2 Nr. 7 Sozialgesetzbuch SGB V). Der Abschluss eines Versorgungsvertrages mit Leistungserbringern nach §§ 126, 127 SGB V ist Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte sowie die Abrechnung der Leistungserbringer mit den Krankenkassen und betrifft einen anderen Rechtskreis. Mit der ärztlichen Verordnung (§ 33 Abs. 5a Satz 1 SGB V; Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung <Hilfsmittel-RL> vom 17.06.1992, hier in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung, BAnz Nr. 20 <S. 1523> vom 30.01.2004) konkretisiert der Vertragsarzt den Sachleistungsanspruch des Versicherten auf Gewährung von Hörhilfen (vgl. BSG, Urteil vom 23.01.2003 - B 3 KR 7/02 R -, SozR 4-2500 § 33 Nr. 1). Eine vorherige Bewilligungsentscheidung der Krankenkasse setzt eine Befassung der Krankenkasse mit dem Anliegen des Versicherten, jedenfalls eine Anfrage eines Vertragsarztes (vgl. zur Arzneimittelversorgung BSG, Urteil vom 20.03.2013 - B 6 KA 27/12 R -, SozR 4- 2500 § 106 Nr. 40) voraus. An einer solchen Befassung der Krankenkasse jedenfalls vor der Antragstellung bei der Beklagten am 19.11.2007 fehlt es hier. Der Vertragsarzt Dr. K hat bei der Verordnung vom 30.07.2007 weder als Vertreter der Krankenkasse noch als deren Beauftragter gehandelt, sondern hat bei der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§§ 72 Abs. 2, 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V) der Klägerin mitgewirkt. Der Hörgeräteakustiker war auch nicht als Hilfsperson des Vertragsarztes nach § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V anzusehen, da er ein anderes als das ärztliche Fachwissen

benötigte (vgl. Höfler in KassKomm, 79. EL 2013, § 15 SGB V RdNr. 6a). Der in den Hilfsmittel-RL geregelte Ablauf der Hörgeräteversorgung zeigt, dass die vertragsärztliche Verordnung von Hörgeräten nicht als Antrag gegenüber der Krankenkasse angesehen werden kann. Zunächst erfolgt durch den Vertragsarzt die Indikationsstellung (Untersuchung und Feststellung, ob der Patient zur Bedienung des Hörgerätes in der Lage ist und dieses tragen will) sowie anschließend die Verordnung (Hilfsmittel-RL F. 62 und 63.). Erst anschließend wird die Versorgung mittels Auswahl und Anpassung durch den Hörgeräteakustiker (Hilfsmittel- RL F. 64 bis 65) vorgenommen. Während der Anpassphase kann der Versicherte ohne weitere Angabe von Gründen die Hörsysteme zurückgeben, ohne dass der Krankenkasse Kosten entstehen (§ 5 Ziff. 1 Satz 5 VersV). Nach Abschluss dieses Anpassungsvorgangs - nunmehr beginnt nach § 4 Ziff. 4 Satz 3 VersV der Versorgungszeitraum - muss sich der verordnende HNO-Arzt durch sprachaudiometrische Untersuchung vergewissern, dass die vom Hörgeräteakustiker vorgeschlagene Hörhilfe den angestrebten Verstehensgewinn erbringt und dass die selbsterhobenen Messwerte mit denen des Hörgeräteakustikers übereinstimmen (Hilfsmittel-RL Nr. 66). Aus den für den Versicherten, die Vertragsärzte und Krankenkassen verbindlichen Hilfsmittel-RL und den damit vorliegend in Übereinstimmung stehenden vertraglichen Regelungen geht zur Überzeugung des Senats hervor, dass von einer Antragstellung des Versicherten gegenüber der Krankenkasse durch ein Handeln des Hörgeräteakustikers erst mit Anzeige des Versorgungsbeginns ausgegangen werden kann. Im Rahmen des vorherigen Anpassungsvorgangs ist noch unklar, ob es überhaupt zu einer Versorgung kommt, weshalb eine abschließende Prüfung durch den Arzt vorausgesetzt wird, der dadurch die Verantwortung auch im Hinblick auf § 12 Abs. 1 SGB V übernimmt.

Schließlich würde die Auffassung der Beklagten, dass mit der Übergabe der Verordnung an den Hörgeräteakustiker gleichzeitig ein Antrag im Sinne von § 19 Satz 1 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) an eine Krankenkasse gestellt

worden wäre, jedenfalls vorliegend dazu führen, dass eine Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers von vornherein ausgeschlossen wäre, da die Übergabe der Hörgeräteverordnung bei der Erstversorgung Grundlage für das Tätigwerden des Hörgeräteakustikers ist. Dass aber ein genereller Ausschluss der Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung von der Hörgeräteversorgung im Teilhabefall nicht gesetzlich gewollt sein kann, ergibt sich bereits aus den Vorschriften der §§ 9 f. SGB VI, die die Teilhabe Versicherter am Arbeitsleben regeln. Für die Hörgeräteversorgung gelten jedenfalls bei einer fehlenden Versorgungsanzeige gegenüber der Krankenkasse keine abweichenden Regelungen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass der gesetzliche Rentenversicherungsträger für den Fall, dass er als erster den Leistungsantrag erhält, nicht stets auch zur Leistungsgewährung verpflichtet ist. Das Gesetz sieht in § 14 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB IX eine entsprechende Zuständigkeitsprüfung mit der Möglichkeit der Weiterleitung vor. Es ist dann Sache des "erstangegangenen" Trägers im Sinne des Antragstellers schnellstmöglich die Zuständigkeit zu ermitteln und ggf. selbst den Anspruch abschließend zu prüfen oder eben weiterzuleiten. Der Beklagten wäre es hier ohne weiteres möglich gewesen, innerhalb der Zweiwochenfrist des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ihre Zuständigkeit zu prüfen und den Antrag der Klägerin an die Beigeladene weiterzuleiten. Jedenfalls dann wäre die Beigeladene für die Versorgung der Klägerin zuständig gewesen.

Wird der Antrag - wie hier - von der Beklagten nicht weitergeleitet, wird damit ihre ausschließliche Zuständigkeit als erstangegangener Rehabilitationsträger begründet. Dies gilt unabhängig davon, ob die Beklagte als Träger der Rentenversicherung "eigentlich" zur Leistungserbringung zuständig war. Ist der erstangegangene Träger für eine Leistung der beantragten Art gar nicht zuständig, hat er die Leistung dem Antragsteller gegenüber nach den Vorschriften des "eigentlich" zuständigen Leistungsträgers zu erbringen und ggf. einen Erstattungsanspruch gegenüber dem "eigentlich" zuständigen Träger geltend zu machen. Die in § 14 Abs. 1 und 2 SGB IX geregelte Zuständigkeit erstreckt sich im

Verhältnis zu dem Antragsteller stets auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation für behinderte Menschen vorgesehen sind (vgl. BSG, Urteil vom 21.08.2008 - B 13 R 33/07 R -, juris RdNr. 30).

Der Kostenerstattungsanspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten gemäß § 15 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB IX ist nicht wegen fehlender Kausalität zwischen Leistungsablehnung (Bescheid vom 26.11.2007) und Kostenbelastung ausgeschlossen. Die Klägerin hat nämlich den sogenannten "Beschaffungsweg" eingehalten, weil sie zur Überzeugung des Senats jedenfalls vor der Bescheiderteilung nicht auf die Versorgung mit den hier streitgegenständlichen Hörgeräten festgelegt war. Die Klägerin hat nach Auskunft des Hörgeräteakustikers (Schreiben des Zeugen T vom 08.10.2010, Aussage im Termin vom 19.04.2011) seit 28.06.2007 insgesamt 3 Hörgeräte getestet. Dass sie die Erklärung zu Mehrkosten auf dem Patientenbogen zur Hörgeräteversorgung bereits am 28.06.2007 unterzeichnet hat, ändert daran nichts. Zwar durfte der Hörgeräteakustiker nach § 5 Ziff. 3 VersV diese Erklärung erst nach der getroffenen Wahl der Versicherten und einer entsprechenden Aufklärung unterschreiben lassen, allerdings kann nach dem Ablauf der Versorgung ausgeschlossen werden, dass die Klägerin bereits am 28.06.2007, dem Tag, an dem sie den Hörgeräteakustiker zum ersten Mal aufsuchte, sich bereits für die streitgegenständlichen Geräte entschieden hatte. Wäre dies der Fall gewesen, wäre die Testung von 3 Geräten über einen Zeitraum bis 09.05.2008 nicht zu erklären. Weder der Zeuge T als Mitarbeiter des Hörgeräteakustikers, noch die Klägerin haben hierfür Gesichtspunkte aufgezeigt. Zu keinem anderen Ergebnis führt es, dass die Klägerin mit dem bei der Beklagten gestellten Antrag einen Kostenvoranschlag vom 20.09.2007 betreffend die hier streitigen Geräte eingereicht hat. Es handelte sich nämlich um die gerade von ihr im Zeitraum vom 16.08. bis 28.09.2007 getesteten Geräte, wobei der Hörgeräteakustiker für alle getesteten Geräte jeweils einen Kostenvoranschlag ausstellte. Zur Überzeugung des Senats spricht der Ablauf des Verfahrens bei dem Hörgeräteakustiker dafür, dass die Klägerin möglicherweise am 09.05.2008, als sie erneut die hier

streitgegenständlichen Geräte überlassen bekam bzw. spätestens am 09.10.2008, als sie eine Empfangsbestätigung unterzeichnete, auf die konkrete Versorgung festgelegt war. Das Vorliegen eines unbedingten Verpflichtungsgeschäfts im Verhältnis zwischen der Klägerin und dem Hörgeräteakustiker (BSG, Urteil vom 24.01.2013 - B 3 KR 5/12 R -, RdNr. 44) vor der Bekanntgabe der Entscheidung der Beklagten an die Klägerin vermag der Senat nicht festzustellen.

Ein Anspruch der Klägerin auf Versorgung im hier streitgegenständlichen Umfang folgt nicht aus § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Der Sachverständige C hat in seinem Gutachten vom 30.07.2009 und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 24.11.2009 auf der Grundlage einer Arbeitsplatzbegehung ausführlich und nachvollziehbar dargelegt, dass die Versorgung der Klägerin mit digitalen Hörgeräten lediglich wegen der beruflichen Tätigkeit erforderlich war. Der Arbeitsplatz der Klägerin stellt aufgrund der ausgeprägten inhomogenen und durch technische Maßnahmen kaum zu beeinflussenden Geräuschkulisse sehr hohe Anforderungen an das Hörvermögen. Die Hörminderung der Klägerin führt zu einer ausgeprägten Einschränkung der akustischen und insbesondere der Sprachwahrnehmungsfähigkeit. Allein durch die normale Belastung durch Umweltgeräusche ist ihr Hörvermögen für Sprache auch im unteren Frequenzbereich zusätzlich stark eingeschränkt. Ohne die Versorgung mit digitalen Hörgeräten kann sie die Anforderungen ihres Arbeitsplatzes nicht mehr erfüllen. Der Sachverständige hat darauf hingewiesen, dass für die allgemeine Teilnahme der Klägerin am gesellschaftlichen Leben die Versorgung mit einem Hörgerät zum Festbetrag ausreichend ist. Damit benötigte die Klägerin die hier streitigen Hörgeräte ausschließlich wegen der beruflichen und arbeitsplatzspezifischen Gebrauchsvorteile, die für die Hilfsmittelversorgung nach dem SGB V jedoch unbeachtlich sind (vgl. BSG a.a.O. RdNr. 33). Vorliegend ist nicht ersichtlich, dass die Hörgeräte erforderlich waren, um über den beruflichen Nutzen hinaus Auswirkungen der Hörbehinderung der Klägerin im gesamten Alltagsleben wesentlich zu mindern. Damit hat die Beigeladene den krankensicherungsrechtlichen Versorgungsanspruch durch die Zahlung des

Festbetrages erfüllt (§ 12 Abs. 2 SGB V). Dass sich die Hörgeräte auch auf das Hörvermögen der Klägerin in vielen Bereichen des täglichen Lebens günstig auswirken, ist eine mittelbare Folge der notwendigen Versorgung zur weiteren Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, führt aber nicht dazu, dass dadurch die Beigeladene nach Maßgabe der krankensicherungsrechtlichen Vorschriften zur Leistung verpflichtet wäre. Eine Beschränkung des Erfordernisses einer Hörgeräteversorgung aus beruflichen Gründen auf akustische Kontroll- oder Überwachungsarbeiten bzw. auf Tätigkeiten, welche ein feinsinniges Unterscheiden zwischen bestimmten Tönen und Klängen voraussetzen, ist den Regelungen des SGB V und des SGB VI und der Rechtsprechung des BSG nicht zu entnehmen (abweichend wohl Sächsisches LSG, Urteil vom 25.06.2013 - L 5 R 515/12 -, juris RdNr. 27), jedenfalls dann, wenn - wie hier - die Versicherte für die Anforderungen des Alltagslebens ausreichend versorgt ist.

Die originäre Zuständigkeit der Beklagten zur Versorgung der Klägerin ergibt sich aus den Vorschriften des Rentenversicherungsrechts (§§ 9 ff SGB VI). Die Klägerin erfüllt die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe nach § 11 SGB VI, da sie die Wartezeit von 15 Jahren zurückgelegt hat. Ein Leistungsausschluss nach § 12 SGB VI greift nicht ein. Auch ist ihre Erwerbsfähigkeit aufgrund der beidseitigen Hörbehinderung gemindert oder jedenfalls erheblich gefährdet (§ 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI).

Bei der Prüfung der Erwerbsfähigkeit nach dieser Vorschrift ist auf die Fähigkeit des Versicherten abzustellen, seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit weiter ausüben zu können. Dabei kommt es auf das typische Anforderungsprofil des Berufes an, welches typische, vom Versicherten zu bewältigende Kernaufgaben oder Verrichtungsmerkmale enthält, die sich zwar nicht auf bestimmte Ausbildungsinhalte beziehen werden, aber durch die konkrete Tätigkeit vorgegeben sind und praktisch erworbene Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse verlangen. Hiervon abzugrenzen sind die spezifischen Belastungen und Anforderungen an einem konkreten Arbeitsplatz, die nicht berufstypisch sind



und daher unberücksichtigt bleiben müssen. Auf dieser Grundlage kommt eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht, wenn ein Versicherter den typischen Anforderungen seiner bisherigen Tätigkeit nicht mehr gewachsen ist (vgl. BSG, Urteil vom 17.10.2006 - B 5 RJ 15/05 R -, juris RdNr. 17 und 19). Eine derartige Minderung der Erwerbsfähigkeit ist bei der Klägerin ausgehend von ihrem Beruf als Hauswirtschaftsmeisterin gegeben. Soweit die Beklagte einwendet, die Klägerin sei nicht hinsichtlich der typischen Anforderungen ihres Berufsbildes erwerbsgemindert, sondern nur in Bezug auf den konkreten Arbeitsplatz, ist dies zur Überzeugung des Senats unzutreffend.

Hauswirtschaftsmeisterinnen übernehmen Fach- und Führungsaufgaben in hauswirtschaftlichen Betrieben und kümmern sich um die hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung von Personen. Sie arbeiten in einer Vielzahl von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, z.B. in Jugend- und Erziehungsheimen, Alten- und Altenpflegeheimen sowie Wohn- und Pflegeheimen für Menschen mit Behinderung, in Tagesstätten oder in Kliniken. Auch sind sie z.B. in Jugendherbergen, Erholungsheimen, Bildungs- und Tagungshäusern, Betriebskantinen oder Schulküchen sowie in landwirtschaftlichen Betrieben oder Hofgemeinschaften angestellt. Meisterinnen der Hauswirtschaft sorgen z.B. für den Einkauf und die Beschaffung, die Nahrungszubereitung, die Textilpflege und Wäscheverwaltung oder die Reinigung der Räume. Als Führungskräfte koordinieren sie alle Arbeitsabläufe der Haushaltsführung, leiten Fachkräfte an und sind für die betriebliche Aus- und Weiterbildung verantwortlich. Sie überwachen, dass Aufträge termin- und fachgerecht ausgeführt sowie gesetzliche bzw. betriebliche Qualitätsvorschriften eingehalten werden. Außerdem nehmen sie kaufmännische und verwaltende Aufgaben wahr: sie verhandeln z.B. mit Lieferanten und erledigen den betriebsbezogenen Schriftverkehr. Für Organisations- und Planungsaufgaben in hauswirtschaftlichen Großbetrieben stehen ihnen neben entsprechenden Formularen, Vordrucken, Gesetzestexten, Nährwerttabellen, Diätvorschriften und technischen Regelwerken auch die üblichen Büromittel einschließlich Computer und spezieller Software, etwa für die

Kostenkalkulation, zur Verfügung. In größeren hauswirtschaftlichen Betrieben, z.B. in Heimen, Krankenhäusern oder Kantinen, liegt der Arbeitsschwerpunkt im planenden, organisierenden, verwaltenden, teilweise auch praktischen Bereich (vgl. BERUFENET der Bundesagentur für Arbeit, Stichwort Meister/in-Hauswirtschaft, [www.berufenet.arbeitsagentur.de](http://www.berufenet.arbeitsagentur.de), recherchiert am 21.01.2014). Die Klägerin übt in der Jugendbildungsstätte des DRK eine Tätigkeit als Hauswirtschaftsmeisterin aus, die in ihrer konkreten Ausgestaltung dem typischen Anforderungsprofil ihres erlernten Berufes entspricht. Sie ist im Bereich der Hausverwaltung und der Küchenleitung in verantwortlicher Stellung eingesetzt und hat die Küche zu leiten, das Zubereiten der Mahlzeiten zu organisieren, die Personalplanung vorzunehmen, mit Lieferanten und Vertretern zu kommunizieren, die Dienstpläne für das Hauspersonal zu erstellen, die Gäste während der Einnahme der Mahlzeiten sowie das Personal im Speiseraum zu betreuen und auch Wäschereiarbeiten zu organisieren (Auskunft des D vom 20.05.2008, Angaben der Klägerin gegenüber der Beklagten im Antrag vom 20.08.2007). Sie übt keine konkrete Tätigkeit aus, die von dem typischen Anforderungsprofil einer Hauswirtschaftsmeisterin abweicht. Ihre Erwerbsfähigkeit hinsichtlich dieses Berufs ist erheblich gefährdet bzw. bereits gemindert, wie der Sachverständige C ausgeführt hat. Es kommt in den Arbeitsbereichen der Klägerin (Hauptküche, Waschküche und Spülküche) regelmäßig zu einer die Verständigung beeinträchtigenden Lärmbelastung. Ihre Hörminderung führt zu einer ausgeprägten Einschränkung ihrer akustischen und insbesondere ihrer Sprachwahrnehmungsfähigkeit. Auch die von ihr wahrzunehmende Verantwortung durch die Beaufsichtigung Dritter sowie die Einhaltung des Arbeitsschutzes kann sie ohne ein Hörgerät nicht bewältigen. Sie kann ohne die Versorgung mit digitalen Hörgeräten die Anforderungen ihrer Tätigkeit nicht mehr erfüllen. Es ist sogar der Fortbestand des Arbeitsverhältnisses gefährdet, da der Arbeitgeber die von der Klägerin zu verantwortende Sicherheit der anderen Mitarbeiter nicht mehr gewährleisten kann. Eine positive Rehabilitationsprognose nach § 10 Abs. 1 Nr. 2a bzw. b SGB VI ist ebenfalls gegeben. Die Erwerbsfähigkeit der Klägerin kann nur durch die Versorgung mit den digitalen Hörgeräten gebessert,

wiederhergestellt bzw. eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden. Auch dies hat der Sachverständige C eingehend aufgezeigt. Sie ist nach Versorgung mit digitalen Hörgeräten in der Lage, den Anforderungen ihrer beruflichen Tätigkeit nachzukommen.

Auch die besonderen Voraussetzungen für die Hilfsmittelversorgung der Klägerin gemäß §§ 9 Abs. 1 Satz 1 und 15 Abs. 1 SGB VI i.V.m. § 26 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 6 sowie § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB X sind erfüllt. Die digitalen Hörgeräte können die Hörfunktion der Klägerin wiederherstellen bzw. verbessern. Gesichtspunkte, die im Rahmen des Ermessens durch die Beklagte zu berücksichtigen wären, sind nicht ersichtlich. Der Sachverständige C hat ausgeführt, dass die Klägerin eine digitale Hörgeräteversorgung benötigt und der Zeuge T - der Hörgeräteakustiker ist als eigenständig Verantwortlicher ebenfalls zur Sicherstellung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelerbringung berufen (vgl. zu Heilmitteln BSG, Urteil vom 27.10.2009 - B 1 KR 4/09 R -, juris RdNr. 31) - hat bekundet, dass es keine anderen Hörgeräte gab, die für die Klägerin angesichts der konkreten Anforderungen ihres Berufsbildes gleichgut geeignet gewesen wären. Offen bleiben kann, welche Folgen sich daraus ergeben könnten, dass es der Hörgeräteakustiker entgegen seiner Verpflichtung nach § 3 VersV unterlassen hatte, der Klägerin zwei eigenanteilsfreie Versorgungsungen mit digitalen Hörsystemen anzubieten. Ein solcher Vertragsverstoß liegt hier nämlich schon deshalb nicht vor, da nach den zur Überzeugung des Senats glaubhaften Bekundungen des Zeugen T keine Geräte aus der Festbetragsgruppe zur Versorgung der Klägerin in Betracht gekommen wären. Wenn dies von vornherein feststeht, kann der Hörgeräteakustiker auch nicht verpflichtet sein, dem Versicherten solche Geräte anzubieten. Ob ein anderer Hörgeräteakustiker der Klägerin solche Geräte zum Festbetrag - die Entscheidung hierüber liegt jeder Hörgeräteakustiker nach der Auskunft der Deutsches Hörgeräte Institut GmbH selbst fest - hätte abgeben können, ist vorliegend unerheblich. Der Beklagten hätte es obgelegen, die Klägerin im Verwaltungsverfahren ggf. diesbezüglich zu beraten und ihr einen

Überblick über den unüberschaubaren Markt der Hörgeräteversorgung zu verschaffen (vg. Spiolek, SGB 2014, 36, 39; BSG, Urteil vom 17.12.2009 - B 3 KR 20/08 R -, juris RdNr. 36). Jedenfalls vorliegend bestehen keine Anhaltspunkte, dass die Klägerin hätte gehalten sein können, aus Gründen des Preisvergleichs noch andere Hörgeräteakustiker aufzusuchen und dort weitere Testungen vornehmen zu lassen. Ob dies anders sein kann, wenn ihr bekannt ist oder hätte bekannt sein müssen, dass andere Hörgeräteakustiker ebenso geeignete, aber günstigere Hörgeräte anbieten, kann offen bleiben. Beides war hier nicht der Fall. Anhaltspunkte dafür, dass der Klägerin überteuerte oder luxuriöse Geräte verschafft worden wären (vgl. Sächsisches LSG, Urteil vom 30.04.2013 - L 5 R 408/12 -, juris RdNr. 36) sind nicht gegeben. Damit liegt eine sogenannte "Ermessensreduzierung auf Null" vor und die Beklagte hat der Klägerin die Kosten in Höhe von 2.512,86 Euro zu erstatten.

Die Anschlussberufung der Klägerin, mit welcher sie einen Anspruch auf Verzinsung nach § 44 SGB I geltend macht, ist begründet. Der Geltungsbereich dieser Vorschrift umfasst alle Sozialleistungen, die in der Zahlung eines Geldbetrages bestehen (Seewald in Kasseler Kommentar, 79. EL 2013, § 44 SGB I RdNr. 3). Der Kostenerstattungsanspruch nach § 15 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB IX stellt eine solche Leistung dar. Bei dieser Norm handelt es sich um einen Anspruch auf Geldzahlung, der an die Stelle einer Naturalleistung tritt, damit aber gerade nicht um einen Anspruch auf Sach- und Dienstleistungen. Er zählt zu den Sozialleistungen in Geld, mit denen soziale Rechte im Sinne der §§ 1 bis 10, 18 ff, 38 ff SGB I erfüllt werden (vgl. zu § 13 Abs. 3 SGB V: BSG, Urteil vom 18.07.2006 - B 1 KR 24/05 R -, juris RdNr.13). Zwar können Zinsen - etwa bei Inanspruchnahme eines Privatkredits - als notwendige Beschaffungskosten Teil der Kostenerstattung sein, was insoweit der allgemeinen Regelung des § 44 SGB I vorgeht (BSG, Urteil vom 11.09.2012 - B 1 KR 3/12 R -, juris RdNr. 43). Einen solchen Anspruch macht die Klägerin nicht geltend, sondern verfolgt ihren Anspruch auf angemessene Verzinsung der Geldleistung als akzessorische Nebenleistung aus § 44 SGB I. Dies ist auch bei dem Erstattungsanspruch nach

§ 15 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB IX möglich. Vorliegend ist der Anspruch auf Kostenerstattung entstanden, sobald die Klägerin einer wirksamen Forderung des Hörgeräteakustikers ausgesetzt war, mithin mit Erstellung der Rechnung vom 16.12.2008, da ein anderweitiges Fälligkeitsdatum nicht festgelegt war (§ 41 SGB I). Auf die (frühere) Antragstellung bei der Beklagten (§ 44 Abs. 2 SGB I) kommt es hier nicht an. Zinsbeginn ist damit der 01.02.2009 und nach § 44 Abs. 3 Satz 1 sind volle Euro-Beträge zu verzinsen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision wird zugelassen (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG).

- Rechtsmittelbelehrung -