L 13 R 5102/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 7 R 1241/11
Datum
25.10.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 13 R 5102/13
Datum
19.04.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die Krankenkasse kann schon dann erst angegangener Träger und damit für die Entscheidung über einen Anspruch auf Versorgung mit Hörgeräten zuständig sein, wenn der Versicherte vom Hörgeräteakustiker noch vor Vorlage einer kassenärztlichen Verordnung über den Leistungsanspruch, der jedenfalls gegenüber der Krankenkasse besteht und über die Höhe des Kassenanteils sowie etwaiger Eigenanteile beraten wird sowie die Hörgeräteversorgung eingeleitet wird (Anschluss an BSGE, Urteil vom 30.10.2015, B 5 R 8/14 R, Juris).
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 25. Oktober 2013 abgeändert. Die Beigeladene wird unter Abänderung des Bescheids vom 19. April 2011 verurteilt, dem Kläger die über den Festbetrag hinausgehenden Kosten für die Hörgeräteversorgung mit zwei Hörgeräten der Marke Life 301 in Höhe von 1.668,00 EUR zu erstatten.

Im Übrigen wird die Berufung der Beklagten zurückgewiesen.

Die Beigeladene hat dem Kläger 3/4 der außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten. Die Beklagte hat dem Kläger 1/4 der außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beklagte, die Deutsche Rentenversicherung Bund, wendet sich gegen ihre Verurteilung zur Erstattung von Kosten für die Hörgeräteversorgung (Erstversorgung) des Klägers, weil nicht sie, sondern die Beigeladene zuständig sei.

Der 1959 geborene Kläger, ein gelernter Fernmeldehandwerker, der seit 1. September 1974 bei der D. T. Technik GmbH als "Senior Incident Manager" beschäftigt ist und seine Arbeit überwiegend telefonisch verrichtet (Telefonkonferenzen, Abstimmung mit Kollegen), leidet unter einem geringgradigen Hörverlust beidseits sowie einem Tinnitus, wobei eine "gewisse Sprachverständigkeitsminderung im Lärmbereich (Großraumbereich)" vorliegt (HNO-Arzt B.).

Wegen der Hörstörungen erfolgten im Zeitraum von Mai bis Oktober 2010 Untersuchungen bzw. Behandlungen, so beim HNO-Arzt B. (am 14. Mai 2010 mit Erstellung eines Tonaudiogramms, Diagnosen: Innenohrhochtonschwerhörigkeit bds. und Tinnitus), im HELIOS Reha-Zentrum B-Klinik, Abteilung Hörstörung, Tinnitus, Schwindel (stationäre Behandlung vom 18. August bis 15. September 2010, Diagnosen u.a.: geringgradige Schwerhörigkeit beidseits, chronisch-komplexer Tinnitus aurium bds. [Heilverfahren-Entlassungsbericht (HV-EB) vom 8. Oktober 2010]) und im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Untersuchung bei Dr. B. am 11. Oktober 2010 (Bericht für Arbeitgeber über die Vorsorgeuntersuchung - ärztlichen Bescheinigung - vom 12. Oktober 2010 [Bemerkungen für AG: Hörgerät nach Maßgabe des Akustikers am Arbeitsplatz erforderlich]).

Seine Arbeitgeberin bescheinigte dem Kläger am 2. November 2010 ("Bestätigung für Deutsche Rentenversicherung"), dass es für ihn im Rahmen seiner Tätigkeit notwendig sei, "häufig an Telefonkonferenzen, Meetings und Besprechungen - sowohl mit externen als auch mit internen Kunden - teilzunehmen" und es in diesem Zusammenhang unabdingbar sei, dass er "Gesprächsinhalte in vollem Umfang verstehen" müsse, weswegen eine Hörhilfe für ihn ausdrücklich befürwortet werde. In einem am 15. November 2010 gefertigten "Kurzbericht" stellte der HNO-Arzt B. (auf Grund der Vorstellung am 14. Mai 2010) die Diagnosen Innenohrhochtonschwerhörigkeit bds. und Tinnitus aurium und vermerkte weiter, der Kläger sei über die "Möglichkeit einer Hörgeräteversorgung angesprochen" worden.

Am 15. November 2010 wandte sich der Kläger dann an die Firma A. Deutschland GmbH (Fa. A.), Hörgeräteakustik, ohne dort ärztliche Unterlagen vorzulegen. Außer einer später am 2. Mai 2011 ausgestellten Verordnung des HNO-Arztes B. legte der Kläger dort auch danach

keine weiteren ärztlichen Unterlagen vor. Auf Grund von dessen Vorsprache am 15. November 2010 wurden von der Fa. A. am 17. November 2010 ein Audiogramm gefertigt sowie eine Hörgeräteversorgung bzw. -anpassung eingeleitet und gemäß der dem Kläger ausgehändigten Mehrfertigung der Empfangsbestätigung vom 23. November 2010 die Hörgeräte Life 301 für rechts und links ausgehändigt. In dieser Empfangsbestätigung waren die Krankenkassen-IK-Nr. 108036441, die Kosten, der Eigenanteil sowie ein "Kassenanteil" ausgewiesen.

Mit am 2. Dezember 2010 bei der Beklagten eingegangenem Antrag (Schreiben vom 25. November 2010) begehrte der Kläger unter Beifügung der Arbeitgeberbestätigung vom 2. November 2010, des "Kurzberichtes" des HNO-Arztes B. vom 15. November 2010, der Audiogramme vom 14. Mai und 17. November 2010, des HV-EB vom 8. Oktober 2010 und der Empfangsbestätigung vom 23. November 2010 die "finanzielle Unterstützung" bei der Beschaffung von Hörgeräten durch die Beklagte. Wie den beigefügten Unterlagen zu entnehmen, müsse es ihm in seinem kommunikativ sehr anspruchsvollen (beruflichen) Betätigungsfeld möglich sein, alle Details eines geschäftlichen Gesprächs in vollem Umfang zu erfassen. Ansonsten komme es zu Stress. Eine Hörhilfe, wie er sie im Moment teste, lasse Stress-Situationen erst gar nicht aufkommen, weswegen er um Zustimmung zu seinem Antrag auf "Zuzahlung" bei der Beschaffung von Hörhilfen bitte.

Mit Bescheid vom 21. Dezember 2010 lehnte die Beklagte den Antrag ab, da der Kläger angesichts der bestehenden Hörschädigung auf eine Hörhilfe aus medizinischen Gründen generell angewiesen sei, dieses Hilfsmittel also im privaten wie auch im beruflichen Lebensbereich benötige und es sich bei der Versorgung dieses Grundbedarfes um eine Krankenbehandlung im Sinne des Krankenversicherungsrechts handle. Eine den medizinischen Erfordernissen entsprechende zweckmäßige Ausstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sei bei der vom Kläger ausgeübten Tätigkeit als Fernmeldetechniker ausreichend. Eine Leistungspflicht der Rentenversicherung könne sich nur ergeben, wenn die Versorgung elementarer Grundbedürfnisse hörbeeinträchtigter Menschen im Rahmen einer medizinisch indizierten Krankenbehandlung arbeitsbezogenen berufstypischen Anforderungen nicht genüge. Die beantragten Hilfsmittel dienten dem unmittelbaren Behinderungsausgleich mit dem Ziel der Angleichung an das Hörvermögen hörgesunder Menschen und böten Gebrauchsvorteile im gesamten täglichen Leben, wobei die Fähigkeit, mittels Sprache zu kommunizieren, ein elementares Grundbedürfnis eines jeden Menschen darstelle, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Sollten die von der Krankenkasse geförderten Hörgeräte diese im Berufsleben üblichen Höranforderungen nicht erfüllen, sei dies dort unter dem Aspekt der medizinischen Grundversorgung zu überprüfen. Eine Leistungspflicht der Rentenversicherung folge daraus nicht. Im Interesse des Klägers habe man seinen Antrag vorsorglich an die Krankenkasse übersandt bzw. zurückgegeben. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Bescheid verwiesen.

Mit Schreiben, ebenfalls vom 21. Dezember 2010, übersandte die Beklagte der WMF Betriebskrankenkasse (BKK) als Krankenkasse des Klägers (Eingang 29. Dezember 2010), dessen Antrag und die beigefügten Unterlagen und bat um Prüfung, ob sie die gewünschte Versorgung im Rahmen ihrer Möglichkeiten erbringen könne. Ein berufsbedingter Mehrbedarf bestehe nicht und man habe einen entsprechenden Ablehnungsbescheid erteilt. Die WMF BKK leitete auch eine Prüfung ein (u.a. Beauftragung des MDK am 30. Dezember 2010 mit der Erstellung eines Gutachtens zur Frage, ob eine vollständige Übernahme der Kosten der Geräte medizinisch begründbar sei).

Gegen den Bescheid der Beklagten erhob der Kläger am 14. Januar 2011 Widerspruch und übersandte hierzu u.a. auch die Bescheinigung der Dr. B. vom 12. Oktober 2010.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14. März 2011 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte u.a. aus, die Versorgung mit Hörhilfen gehöre grundsätzlich nicht zu den Leistungen der Deutschen Rentenversicherung Bund. Bei der begehrten Leistung handle es sich um ein Hilfsmittel und eine Leistung, für deren Gewährung die GKV zuständig sei. Wegen der Einzelheiten wird auf den Widerspruchsbescheid verwiesen.

Deswegen hat der Kläger am 12. April 2011 Klage beim Sozialgericht Ulm (SG) erhoben.

Die WMF BKK hat nach Vorlage eines Audiogramms vom 24. Februar 2011 sowie der Versorgungsanzeige der Fa. A. vom 19. April 2011 am selben Tag ("vorbehaltlich der Vorlage der ohrenärztlichen Bestätigung der Versorgung oder der für die Indikationsstellung nötigen Informationen [Ton- und Sprachaudiogramm]") eine Hörsystemversorgung - abzüglich Zuzahlung (Festbetrag) - bewilligt. Dass diese Mitteilung außer an die Fa. A. auch an den Kläger gegangen ist, ist den Akten der Beklagten und der WMF Betriebskrankenkasse sowie den Gerichtsakten nicht zu entnehmen und nicht feststellbar.

Der HNO-Arzt B. hat am 2. Mai 2011 ein Audiogramm erstellt sowie am selben Tag dem Kläger Hörgeräte zu Lasten der WMF BKK verordnet.

Der Kläger hat seine Klage mit dem Begehren, ihm die nicht übernommenen Mehrkosten der Hörgeräteversorgung zu erstatten, am 14. Juni 2011 begründet und u.a. die Rechnung der Fa. A. vom 23. Mai 2011 vorgelegt ("Verordnungsdatum 02.05.2011", "Leistungsdatum 23.05.2011", Zahlbetrag nach Abzug des "Kassenanteils" bzw. der von der Beigeladenen übernommenen Festbeträge: 1.668,00 EUR).

Das SG hat die WMF BKK mit Beschluss vom 29. August 2012 beigeladen.

Ferner hat das SG eine Arbeitgeberauskunft eingeholt. Die D. T. Technik GmbH hat am 29. November 2012 mitgeteilt, der Kläger sei dort seit September 1974 beschäftigt, und die von ihm zu verrichtenden Arbeiten geschildert. Die Tätigkeit als "Senior Incident Manager" erfordere umfangreiche Fach- und Spezialkenntnisse und stelle besondere Anforderungen an das Hörvermögen, da sie im Rahmen von Telefonkonferenzen oder der Abstimmung mit Kollegen überwiegend telefonisch verrichtet werde. Wegen der Einzelheiten wird auf die schriftliche Auskunft verwiesen.

Außerdem hat das SG behandelnde Ärzte als sachverständige Zeugen gehört. Über die Beschwerdenschilderungen und die von ihnen erhobenen Befunde haben der HNO-Arzt B. - unter Beifügung der Dokumentation zur Hörgeräteanpassung vom 19. April 2011, auf die verwiesen wird sowie des weiteren Audiogramms vom 2. Mai 2011 - am 5. Dezember 2012 (am 14. Mai 2010 Klage über Tinnitus und eine Hörminderung, gemäß Tonaudiogramm geringgradiger Hörverlust bds., er habe eine Hörgeräteversorgung vorgeschlagen und am 2. Mai 2011 Hörgeräte verordnet, eine gewisse Sprachverständigungsminderung im Lärmbereich [Großraumbereich] bestehe, seines Erachtens gebe es keine wesentliche Minderung der Leistungsfähigkeit) der Allgemeinmediziner Dr. H. - unter Übersendung weiterer ärztlicher

Äußerungen - am 14. Dezember 2012, Chefarzt E., Facharzt für HNO-Medizin im HELIOS-Reha-Zentrum B. B. am 11. Dezember 2012 (geringgradige Schwerhörigkeit beidseits, chronischer komplexer Tinnitus aurium bds.) und Dr. B. am 22. Januar 2013 (betriebsärztliche Untersuchung) berichtet.

Außerdem hat das SG eine Auskunft des Hörgeräteakustikers B. von der Fa. A. vom 20. März 2013 eingeholt. Dieser hat das dort erstellte Audiogramm vom 19. April 2011 sowie Vermerke der Hörgeräteakustikerin K. vom 24. Februar 2011 zur Anpassung vorgelegt und über die Anpassung der Hörgeräte, die vom 15. November 2010 bis 23. Mai 2011 erfolgt sei, sowie die Resultate der Anpassungstests berichtet. Hierbei hat sich Folgendes ergeben:

Getestetes Hörgerät Dauer der Probephase Sprachenverstehen im Sprachaudiogramm bei 65 dB (entspricht Umgangssprache) Nutzschall ohne Störschall Sprachenverstehen im Sprachaudiogramm bei 65 dB (entspricht Umgangssprache) Nutzschall mit 60 dB Störschall Ohne Hörsysteme - 65 % 40 % Win 105 DM (Festbetragsgerät) ca. 4 Wochen 75 % 35 % Micro extra 100 AZ ca. 3 Wochen 70 % 50 % Motion 101 S ca. 3 Wochen 85 % 50 % Life 301 ca. 5 Wochen 90 % 75 %

Weiter hat der Hörgeräteakustiker B. angegeben, im Tonaudiogramm sei auf beiden Ohren in den hohen Frequenzen ein Hörverlust zu verzeichnen, ab 1 kHZ sei der Hauptsprachbereich betroffen, welcher zwischen 500 Hz und 4 KHz liege, was zur Folge habe, dass im Sprachaudiogramm bei 65 dB (Umgangssprache) nur 70% bzw. 75% Sprachverstehen erzielt werde. Mit dem Gerät Motion 101 S habe der Kläger für den Alltag eine "ausreichende Versorgung" erreichen können, er müsste aber Abstriche beim Verstehen in geräuschvoller Umgebung machen, also dann öfters mal nachfragen. Beim Telefonieren im Großraumbüro mit ständigen Hintergrundgeräuschen sei das Sprachverstehen im Allgemeinen und auch beim Telefonieren eingeschränkt. Mit dem Gerät Life 301 sei eine Versorgung erreicht, die den Anforderungen beim Telefonieren im Großraumbüro ausreichend gerecht werde. Ein Hörgerät zum Festbetrag mit vergleichbaren Leistungen gebe es nicht. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die schriftlichen Angaben des Hörgeräteakustikers B. und den Vermerk der Hörgeräteakustikerin K. verwiesen.

Zur Begründung seiner Klage hat der Kläger im Wesentlichen vorgetragen, bei seiner beruflichen Tätigkeit in einem Großraumbüro sei er auf gutes Hörvermögen bei der Kommunikation angewiesen. Er leide unter einer Innenohrhochtonschwerhörigkeit sowie einem Tinnitus. Mit dem bereits angepassten Hörgerät Life 301 sei ein befriedigendes Ergebnis erzielt worden, was mit den Festbetragsgeräten wegen der Umgebungsgeräusche nicht möglich gewesen sei. Ohne die Hörhilfe sei er nicht in der Lage, seine berufliche Tätigkeit auszuüben und seine Erwerbsfähigkeit sei erheblich gefährdet. Deshalb habe er den Antrag bei der Beklagten gestellt. Im Übrigen dürfte diese auch "erstangegangener Träger" und damit für die Leistung zuständig sein, da sie den Antrag nicht binnen zwei Wochen an die Beigeladene weitergeleitet habe. Sein Reha-Antrag sei von der Beklagten umfassend zu prüfen gewesen. Selbst wenn keine ausschließlich berufliche Notwendigkeit bestehe, wäre ihm das Hörgerät im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zu gewähren. Im Alltag wäre eine einfachere Versorgung wohl ausreichend, nicht aber im beruflichen Bereich. Die Beklagte sei verpflichtet, die Kosten nach §§ 14, 15 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) zu erstatten.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Sie sei im Rahmen der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe zur Übernahme von Kosten für Hilfsmittel nur verpflichtet, wenn sie ausschließlich zur Ausübung eines bestimmten Berufes benötigt würden. Die berufliche Tätigkeit des Klägers stelle keine besonderen Anforderungen an das Hörvermögen. Eine adäquate Versorgung sei von der Krankenkasse zu erbringen. Ob dies mit der Gewährung der Festbeträge realisiert sei, obliege nicht ihrer Beurteilungskompetenz. Aus dem Recht der Rentenversicherung ergebe sich kein Anspruch für die begehrte Leistung. Bei der Gewährung von Hilfsmitteln bestehe ein Regel-Ausnahme-Verhältnis mit der Folge, dass hier die Beigeladene zuständig sei. Im Übrigen sei sie, die Beklagte, nicht erstangegangener Träger im Sinne von § 14 SGB IX. Das Hilfsmittel Hörhilfe im Sinne der Krankenversicherung sei Krankenbehandlung und nicht Reha-Leistung, weswegen eine Weiterleitung an einen Reha-Träger auch ausgeschieden sei. Bei "lebensnaher Betrachtung" sei auch von einer Erstbeantragung bei der Krankenkasse "auszugehen". Im Übrigen ergebe sich aus der Aussage des HNO-Arztes B. auch keine Minderung der Leistungsfähigkeit auf Grund der Hörminderung. Auch aus den Angaben der Arbeitgeberin folge keine berufsbedingte Notwendigkeit zur Kostenübernahme der Hörhilfe im Rahmen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Auskunft des Hörgeräteakustikers ergebe gleichfalls keine berufsbedingte Notwendigkeit zur Kostenübernahme von Hörhilfen im Rahmen einer Leistung zur Teilhabe durch die Rentenversicherung. Die persönliche Kommunikation, gegebenenfalls auch mit Umgebungsgeräuschen, bedinge keine besonderen Höranforderungen, weswegen eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit nicht vorliege. Die Beigeladene erkenne keine weiteren Leistungspflichten über die Gewährung von Festbetragsgeräten hinaus an. Allerdings habe deren MDK bisher nur den Grad der Schwerhörigkeit bewertet und sich nicht damit auseinandergesetzt, welche Hörverbesserung durch welches der Hörgeräte erreicht werde, insbesondere beim Hören von Störlärm. Dies sei seit 1. April 2012 auch von Krankenkassenseite als eigene Leistungsverpflichtung anerkannt, wohl in Umsetzung der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17. Dezember 2009. Dieses Urteil zum unmittelbaren Behinderungsausgleich verlange ein "Gleichziehen" des Hörgeschädigten mit einem Gesunden unter Berücksichtigung des technischen und medizinischen Fortschritts. Allerdings habe sie, die Rentenversicherung, hinsichtlich der Entscheidung der Beigeladenen keine eigene Überprüfungskompetenz. Diese "dürfte" auch "erstangegangener Träger" sein, was sich aus der Empfangsbestätigung vom 23. November 2010 ergebe, in der bereits ein Kassenanteil ausgewiesen sei. Insoweit "dürfte davon auszugehen" sein, dass die Versorgungsanzeige "zeitnah" und nicht erst am 19. April 2011 bei der Beigeladenen eingegangen sei. Nur diese könne über die Krankenversorgung entscheiden. Sie solle ihren Standpunkt überprüfen und möge gegebenenfalls ein Anerkenntnis abgeben.

Die Beigeladene hat geltend gemacht, beim Kläger bestehe auch eine leichtgradige Schwerhörigkeit. Auf Grund dessen habe er keine weiteren Ansprüche, sondern nur einen Anspruch auf Versorgung mit Festbeträgen. Hierzu hat sie ein MDK-Gutachten der Dr. d. V. vom 19. April 2013 vorgelegt (Diagnose: Geringgradige [leichte] Schwerhörigkeit, keine beidseitige Taubheit wie bei BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, B 3 KR 20/08 R, keine Fähigkeitsstörung, die ein Überschreiten der Festbeträge begründe, die medizinischen Voraussetzungen für höhere Leistungen seien nicht erfüllt; das neue Festbetragsgruppensystem für Hörhilfen vom 1. März 2012 verlange die Feststellung des Grades der Schwerhörigkeit nach WHO, nach der Tabelle von Röser bestehe eine leichte Schwerhörigkeit, die tonaudiometrischen dB-Werte des Klägers nach WHO-Definition betrügen rechts 33 dB und links 29 dB, womit keine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit vorliege).

Mit Urteil vom 25. Oktober 2013 hat das SG die Beklagte verurteilt, dem Kläger einen Betrag in Höhe von 1.668,00 EUR für eine Hörgeräteversorgung mit zwei Hörgeräten vom Typ Life 301 zu erstatten. Die - näher dargelegten - Voraussetzungen für eine Zuständigkeit der Beklagten zur Erbringung der Leistung und die Voraussetzungen für deren Erbringung seien erfüllt. Die Beklagte sei erstangegangener

Träger und damit für die Leistung zuständig, da sie den Antrag nicht binnen zwei Wochen an die Beigeladene weitergeleitet habe. Im Übrigen seien auch die Voraussetzungen des Anspruchs auf die Erstattung der Kosten für die Hörgeräte Typ Life 301 erfüllt. Die erworbenen Hörgeräte seien Hilfsmittel, die erforderlich seien, um die vorliegende Behinderung in Form einer geringgradigen Schwerhörigkeit mit Tinnitus auszugleichen. Die Leistung dieses Geräts sei auch zweckmäßig sowie wirtschaftlich und überschreite nicht das Maß des Notwendigen. An der grundsätzlichen Notwendigkeit einer Hörgeräteversorgung für den Kläger bestehe kein Zweifel. Wenn eine bestimmte Hörhilfe notwendig im Sinne des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung sei, so habe der Versicherungsträger die Hörhilfe - von Zuzahlungen abgesehen - in vollem Umfang zu gewähren. Die erworbenen Geräte seien gegenüber den Festbetragsgeräten medizinisch notwendig. Der für ein Hilfsmittel festgesetzte Festbetrag, der eine besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots darstelle, begrenze die Leistungspflicht der GKV aber dann nicht, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreiche. Wie den Feststellungen des Hörgeräteakustikers zu entnehmen, reichten die Festbetragsgeräte im Fall des Klägers nicht aus. Die drei weiteren getesteten Geräte hätten im Gegensatz zum erworbenen Modell keine ausreichende Verbesserung des Hörvermögens erbracht. Ferner gebe es nach den Feststellungen des Hörgeräteakustikers kein Festbetragsgerät mit vergleichbaren Leistungen. Dem Kläger sei auch weder von der Beklagten, noch von der Beigeladenen ein Festbetragsgerät benannt worden, das in gleicher Weise geeignet gewesen wäre, seine konkret vorliegende Behinderung auszugleichen. Falls ein Leistungsträger der Auffassung sei, es sei eine Versorgung zum Festbetrag möglich, sei er im Rahmen seiner gegenüber dem Versicherten bestehenden Beratungspflicht gehalten, ein konkretes, ebenso geeignetes Gerät sowie einen Hörgeräteakustiker zu benennen, der bereit wäre, dieses Gerät anzupassen. Dies sei hier nicht geschehen. Unter Berücksichtigung der eindeutigen Aussage des Hörgeräteakustikers über die bei dem vom Kläger ausgewählten Hörgeräte vorliegenden Vorteile stehe damit fest, dass nur das vom Kläger selbst beschaffte Gerät in der Lage sei, die Hörbehinderung bestmöglich auszugleichen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das schriftliche Urteil verwiesen.

Gegen das ihr am 11. November 2013 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 26. November 2013 Berufung eingelegt. Zur Begründung ihrer Berufung trägt die Beklagte im Wesentlichen vor, der Kläger habe nach rentenrechtlichen Vorschriften keinen Anspruch auf die begehrte Leistung. Im Übrigen sei sie auch nicht "erstangegangener Träger" und damit auch nicht für die Gewährung von Leistungen nach dem Recht der GKV zuständig. Das am 2. Dezember 2010 bei ihr eingegangene Schreiben des Klägers stelle nicht den ersten Kontakt, mit dem der Kläger sein Leistungsbegehren geltend gemacht habe, dar. Nach allgemeiner Lebenserfahrung begehrten krankenversicherte hörgeschädigte Menschen zunächst von ihrer Krankenkasse eine Versorgung. Das BSG gehe in der Entscheidung vom 24. Januar 2013 von einem einheitlichen Versichertenbegehren aus und sehe die erste Befassung mit dem zu beurteilenden Antrag als entscheidend für die Frage des "erstangegangenen Trägers" an. Eine solche Befassungswirkung falle nicht mehr weg. Ferner habe das BSG im Urteil vom 30. Oktober 2014 für die Feststellung des erstangegangenen Trägers die Heranziehung aller Anhaltspunkte verlangt, also auch den Umstand, "dass der durch den Hörgeräteakustiker erstellte Kostenvoranschlag von Anfang an eine Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Festbetrag vorsah" (Zitat aus dem Terminbericht vom 31. Oktober 2014). Eine Vergleichbarkeit mit dem vorliegenden Fall sei "unverkennbar". Das SG habe auf Grund der Nichteinbeziehung der relevanten Umstände keine Hinweise gesehen, dass die Beigeladene vor der Beklagten mit dem Begehren auf Hörgeräteversorgung befasst worden sei. Im Hinblick auf die Entscheidung des BSG zum objektiven Bedeutungsgehalt von Erklärungen der Antragsteller sei auch im vorliegenden Fall die Beigeladene als erstangegangener Träger anzusehen, denn die Empfangsbestätigung sei bereits vor Antragstellung bei ihr erstellt worden. Dieses Ergebnis entspreche auch der allgemeinen Lebenserfahrung, da der Antragsteller vor einer (teilweise) im Regelfall konkludenten Ablehnungsentscheidung seines Krankenversicherungsträgers keine Veranlassung habe, bei anderen Trägern sein Begehren geltend zu machen. Sachgerecht sei das Ergebnis ohnehin, da mit ihm formale und materielle Zuständigkeit bei diesem Ergebnis nicht auseinanderfielen und dies den Antragstellern enorme Vorteile biete. Im Übrigen könne sie nicht nach § 14 SGB IX verurteilt werden, wenn der zuständige Träger seine Leistungspflicht verneint habe. Selbst wenn sie als erstangegangener Träger anzusehen sein sollte, hätte sie die Ablehnungsentscheidungen der Beigeladenen stets nur übernehmen und niemals abändern können. Im Übrigen sei der Stellungnahme der Beigeladenen bisher keinerlei inhaltliche Begründung zu entnehmen, mit welchem Hörgerät genau sie den Krankenversorgungsauftrag gegenüber dem Kläger, der eine Unterversorgung beim Sprachverstehen in Störlärm geltend mache, erfüllen könne. Sie habe sich in keiner Weise mit dem Vortrag des Klägers auseinandergesetzt und auch kein Hörgerät benannt, welches ihre Behauptung konkretisieren würde. Unter Heranziehung der aktuellen Entscheidungen des BSG reiche die Empfangsbestätigung vom 23. November 2010 aus, um die Annahme zu rechtfertigen, dass die Beigeladene zuerst mit dem Begehren des Klägers befasst gewesen sei. Die Entscheidung der Beigeladenen sei nach der gerichtlichen Beweiserhebung rechtswidrig gewesen, weil der Vertragspartner der Beigeladenen für das Gericht überzeugend festgestellt habe, dass die Festbetragsversorgung nicht ausreichend sei, um den Krankenversorgungsauftrag Kommunikation des Klägers auch bei Störschall zu erfüllen und nur das begehrte Hörgerät in der Lage gewesen sei, diese Höranforderung "spürbar zu verbessern". Warum eine Verurteilung der Beigeladenen angesichts dieser inhaltlichen Feststellungsergebnisse nicht in Betracht gekommen sei, sei nicht erörtert, obwohl das SG die Beigeladene aufgefordert habe, ihre unterbliebene Prüfung nachzuholen. Dem sei diese allerdings ohne Begründung nicht nachgekommen. Ihre Verurteilung zur Kostentragung wäre in der Gesamtschau des Verfahrens folgerichtig gewesen. Die Aushändigung der am 2. Mai 2011 erstellten ärztlichen Versorgung durch den Kläger an den Hörgeräteakustiker habe für die entscheidende Frage des ersten Kontakts mit dem Versichertenbegehren keine Relevanz mehr, da dieser nachweislich vorher gewesen sei. Dieser Ablauf der Antragstellung sei konsequent mit der Logik des Begehrens des Klägers zu vereinbaren, denn ohne die Feststellung des erforderlichen Grundbedarfs könne ein Sonderbedarf nicht festgestellt werden. Entscheidender Kontakt sei aus ihrer Sicht die Empfangsbestätigung vom 23. November 2010. Die inhaltliche Leistungsverpflichtung für die vom Kläger begehrte Höranforderungen treffe aus Sicht aller Beteiligten (auch der ersten Instanz) die Beigeladene, die nach ihrem eigenen Vortrag vom 8. Dezember 2014 bisher eine unzureichende Krankenversorgung übernommen habe. Derzeit würden fast alle Arbeitnehmeranträge an sie, die Beklagte, weitergeleitet, obwohl keine Höranforderungen existierten, die dies rechtfertigten. Wenn der hier von der Beigeladenen praktizierte Rückzug aus der Verantwortung immer weiter betrieben werde, werde es für die Antragsteller also stets notwendig sein, durch alle Instanzen hindurch zu prozessieren, weil eine inhaltliche Stellungnahme zu den eigenen Leistungspflichten vom Krankenversicherungsträger nicht zu erreichen sei. Dies sei der Systemmangel, der alle hörgeschädigten Menschen treffe, denn durch das künstliche Aufwerfen einer in der Realität nicht existierenden Zuständigkeitsunsicherheit würden letztlich alle hörgeschädigten Menschen schlechter behandelt, weil der Eindruck erweckt werde, der Krankenversorgungsauftrag würde erheblichen Begrenzungen unterliegen, weil höchstens Arbeitnehmer Hörgeräte über dem Festbetrag erlangen könnten. Nach dem Ergebnis der weiteren Ermittlungen sei auch klar, dass vor dem Antrag bei ihr geklärt gewesen sei, dass der von der Beigeladenen übernommene Festbetrag für eine adäquate Versorgung nicht ausreiche. Spezifische berufsbedingte Höranforderungen bestünden im Beruf des Klägers nicht. Die geltend gemachten Stress-Situationen vor Besprechungen, Meetings und Telefonkonferenzen seien bereits durch eine adäquate Krankenversorgung vermeidbar und von der Beigeladenen sicherzustellen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 25. Oktober 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise das Urteil abzuändern und die Beigeladene zu verurteilen, dem Kläger einen Betrag in Höhe von 1.668,00 EUR für seine Hörgeräteversorgung mit zwei Hörgeräten vom Typ Life 301 zu erstatten, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen, hilfsweise die Beigeladene zu verurteilen, ihm einen Betrag in Höhe von 1.668,00 EUR für seine Hörgeräteversorgung mit zwei Hörgeräten vom Typ Life 301 zu erstatten.

Das SG habe die Beklagte zu Recht zur Erstattung der Kosten verurteilt. Die Berufungsbegründung der Beklagten überzeuge nicht. Wie die Firma A. bestätigt habe, sei ihr die ohrenärztliche Verordnung des HNO-Arztes B. vom 2. Mai 2011 wenige Tage nach der Ausstellung ausgehändigt worden. Eine Antragstellung bei der Beigeladenen vor dem streitgegenständlichen Antrag bei der Beklagten liege nicht vor. Die Beklagte sei danach erstangegangener Träger. Im Übrigen sei das SG auch nachvollziehbar zum Ergebnis gelangt, dass eine ausreichende Versorgung mit Festbetragsgeräten nicht möglich gewesen sei. Damit habe er Anspruch auf Erstattung der aufgewendeten Kosten.

Die Beigeladene hat formell keinen Antrag gestellt. Sie trägt im Wesentlichen vor, die Beklagte sei "erstangegangener Träger". Deren Vortrag, der Antrag sei fiktiv bei der Krankenkasse zugegangen und die Berufung auf die allgemeine Lebenserfahrung sei nicht zu folgen. Die Verordnung der Hörhilfe sei erst am 2. Mai 2011 erfolgt und dem Hörgeräteakustiker vorgelegt worden. eine Antragstellung bei ihr könne auch unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG vor dem 2. Dezember 2010 nicht angenommen werden. Unter Berücksichtigung sämtlicher Unterlagen bestehe grundsätzlich ein Anspruch in Höhe der Festbeträge. Die Gesamtbewertung des SG sei jedoch nachvollziehbar und werde der 2010/2011 herrschenden Versorgungssystematik gerecht. In ähnlich gelagerten Sachverhalten (signifikante Abweichung der Hörleistung zu Gunsten des Hörgeräts außerhalb der Festbetragsregelung) sei von ihr im Rahmen von Sozialgerichtsprozessen aus verwaltungsökonomischen Gründen immer der erhöhte Festbetrag für an Taubheit grenzende Versicherte, festgelegt durch den GKV-Spitzenverband, als Vergleichsvorschlag herangezogen worden. Im Falle ihrer Zuständigkeit, wäre dies auch in diesem Sachverhalt die praktizierte Vorgehensweise gewesen. Andere Kostenträger kämen aus ihrer Sicht nicht in Betracht. Das Urteil des SG sei aus ihrer Sicht mit der entsprechenden Begründung voll umfänglich nachvollziehbar.

Der Senat hat Auskünfte des Hörgeräteakustikers B. von der Fa. A. vom 17. November 2014 sowie 22. September und 9. Dezember 2015 eingeholt. Danach habe der Kläger diese am 15., 23. und 29. November 2010 wegen der Hörgeräteversorgung ohne ärztliche Verordnung oder Unterlagen aufgesucht. Es sei darüber gesprochen und der Kläger insoweit informiert worden, dass die Krankenkasse des Klägers, die Beigeladene, Kosten der Versorgung - vorbehaltlich ihrer erforderlichen Genehmigung - übernehme. Der Festbetrag sei insoweit auch auf der Empfangsbestätigung ausgewiesen und der Kläger über dessen Höhe dadurch informiert gewesen. Der Kläger müsse auch seine Krankenkasse angegeben haben, da der Festbetrag berechnet und auf der Empfangsbestätigung ausgewiesen worden sei. Das Prozedere sei dem Kläger erklärt worden, insbesondere, dass noch eine ärztliche Verordnung für die Abrechnung mit der Krankenkasse benötigt werde. Er sei wie immer - so die Fa. A. - über die Gesamtkosten, den Festbetrag und den Kundenanteil informiert worden. Danach sei die Hörgeräteanpassung erfolgt. Der Kläger habe später die ohrenärztliche Verordnung vom 2. Mai 2011 vorgelegt. Bei der von der Fa. A. gestellten Versorgungsanzeige vom 19. April 2011 seien ein Ton- und Sprachaudiogramm beigefügt gewesen, ein Arztbericht oder eine Verordnung sei nicht mitgeschickt worden, da zu diesem Zeitpunkt noch keine Verordnung vorgelegen hätte.

Der Senat hat ferner von der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (KdöR) den zwischen ihr und dem BKK Landesverband Baden-Württemberg für die Betriebskrankenkassen nach § 127 Abs. 2 SGB V geschlossenen und im November 2010 gültigen Versorgungsvertrag, dem auch die Beigeladene beigetreten ist, beigezogen. Dieser regelt u. a. in § 8 den Ablauf der Versorgung. Nach Abs. 1 Satz 1 dürfen Leistungen nach diesem Vertrag bei der Erstversorgung mit Hörsystemen nur aufgrund der vertragsärztlichen Verordnung (ohrenärztliche Verordnung - Muster 15) erbracht werden. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von vier Wochen nach ihrer Ausstellung vom Hörgeräteakustiker angenommen worden ist, es sei denn, dass die Krankenkasse der Weitergeltung der Verordnung zugestimmt hat (Abs. 1 Satz 2). Im Rahmen der Folgeversorgung nach Ablauf der sechsjährigen Versorgungszeitraums kann eine Versorgung ohne vertragsärztliche Verordnung durchgeführt werden (Abs. 1 Satz 4). Nach Abs. 2 Satz 1 ist vor Beginn jeder Versorgung der zuständigen Krankenkasse die Versorgungsanzeige (Anlage 3) unter Beifügung der für die Indikationsstellung nötigen Informationen (Ton- und Sprachaudiogramm) zur Prüfung und Zustimmung vorzulegen. Die Zustimmung soll in der Regel innerhalb von 10 Arbeitstagen erfolgen (Abs. 2 Satz 2). Auf die Vorlage der Versorgungsanzeige kann im Einzelfall verzichtet werden (Abs. 2 Satz 3). Wegen der weiteren Einzelheiten der Regelung der Vereinbarung wird auf Bl. 97 ff der Senatsakten verwiesen.

Wegen des weiteren Vorbringens und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten und der Beigeladenen verwiesen sowie die Gerichtsakten beider Instanzen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und zulässige Berufung der Beklagten ist insoweit begründet, als nicht sie, sondern die Beigeladene zur Erstattung des Betrages von 1.668,00 EUR an den Kläger für seine Versorgung mit zwei Hörgeräten vom Typ Life 301 zu verurteilen ist. Den Bescheid der Beklagten vom 21. Dezember 2010 und den Widerspruchsbescheid vom 14. März 2011 hat das SG allerdings zu Recht aufgehoben, so dass insoweit die Berufung zurückzuweisen ist.

Der Kläger hat einen Anspruch auf Erstattung des den Festbetrag übersteigenden Kostenbetrages für die Versorgung mit Hörgeräten der Life 301 gegenüber der Beigeladenen, denn diese ist als erstangegangener Träger für die Gewährung der Leistungen zuständig und der Kläger hat ihr gegenüber nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), einen Anspruch auf Erstattung der Kosten.

Streitgegenstand ist der Anspruch des Klägers auf Erstattung der den Festbetrag nach § 36 SGB V übersteigenden Kosten des Hörgeräts entweder durch die Beklagte oder durch die Beigeladene.

Obwohl nur die Beklagte Berufung eingelegt hat und der Kläger - zunächst - nicht mit einem eigenen Rechtsmittel gegen das Urteil des SG vorgegangen war, hat der Senat über den vollständig beim SG anhängig gewesenen Streitstoff, also die Verurteilung entweder der Beklagten oder der Beigeladenen, zu entscheiden. Dies folgt aus der durch § 75 Abs. 5 SGG eröffneten Befugnis, anstelle des verklagten Versicherungs- oder Leistungsträgers nach Beiladung den tatsächlich leistungsverpflichteten, aber nicht verklagten Träger zu verurteilen. Die Möglichkeit der Verurteilung auf Beiladung dient vor allem der Prozessökonomie, einer Klageänderung im Sinne des § 99 SGG bedarf es dabei nicht. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn die nächste Instanz über alle in Frage kommenden prozessualen Ansprüche auch dann entscheiden kann, wenn nur der beigeladene Versicherungsträger Rechtsmittel eingelegt hat. Anderenfalls könnten einander widersprechende Entscheidungen ergehen mit der Folge, dass der Kläger mit seinem Klagebegehren zunächst gegen den einen Versicherungsträger und in einer weiteren Instanz gegen den anderen Träger nicht durchdringt, obwohl feststeht, dass gegen einen von beiden jedenfalls ein Anspruch besteht. Der Kläger hätte dann zwar ggf. die Möglichkeit, ein Wiederaufnahmeverfahren nach § 180 SGG zu betreiben; die Einleitung eines weiteren Verfahrens liefe aber dem durch § 75 Abs. 5 SGG verfolgten Ziel der Prozessökonomie wiederum zuwider. Im Berufungsverfahren muss daher auch über den Anspruch entschieden werden, der gegen die Beigeladene gerichtet war, obwohl zunächst nur der verurteilte Beklagte Berufung eingelegt hatte (zum Revisionsverfahren vgl. BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 - B 3 KR 5/12 R - in Juris Rdnr. 11, m. w. N.).

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist folglich im Verhältnis zu der Beklagten deren Bescheid vom 21. Dezember 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2011, mit dem die Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Kosten der Hörgeräteversorgung abgelehnt worden war. Im Verhältnis zur Beigeladenen ist Verfahrensgegenstand deren Entscheidung vom 19. April 2011, die begehrte Hörgeräteversorgung auf den Festbetrag zu beschränken, eine technisch aufwändigere und teurere Versorgung also abzulehnen. Über diese Verwaltungsentscheidung ist ebenfalls zu befinden, weil eine unmittelbare Verurteilung der Beigeladenen nach § 75 Abs. 5 SGG voraussetzt, dass dieser Ablehnungsentscheidung im Verhältnis zwischen dem Kläger und der Beigeladenen keine Bindungswirkung zukommt. Im Falle einer Bindungswirkung wäre eine Verurteilung der Beigeladenen nach § 75 Abs. 5 SGG ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013, a.a.O., Rdnr. 12 m.w.N.).

Der Kläger hat sich - nachdem ärztlicherseits eine Hörstörung festgestellt war und er zunächst mit seinem HNO-Arzt B. über eine Hörgeräteversorgung zur Verbesserung seines Hörvermögens gesprochen hatte sowie sich eine Bescheinigung seines Arbeitgebers, dass er bei seiner beruflichen Tätigkeit auf eine ausreichende Hörfähigkeit angewiesen ist, hatte ausstellen lassen - am 15. November 2010 mit dem Ziel einer erstmaligen Hörgeräteversorgung (ohne Vorlage ärztlicher Unterlagen, insbesondere auch einer ärztlichen Verordnung) an die Fa. A. gewandt. Bei dieser handelt es sich um ein Hörgeräteakustikunternehmen, das als Mitglied der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdöR über dessen u.a. mit dem BKK Landesverband Baden-Württemberg gemäß § 127 Abs. 2 SGB V geschlossenen und am 1. September 2006 in Kraft getretenen sowie im hier streitigen Zeitraum gültigen Versorgungsvertag nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen auch gegenüber der Beigeladene zur Leistungserbringung berechtigt und verpflichtet war. Bei der Vorsprache am 15. November 2010 und bei weiteren Terminen am 23. und 29. November 2010 wurde darüber gesprochen und der Kläger insoweit informiert, dass die Krankenkasse des Klägers, die Beigeladene, Kosten der Versorgung - vorbehaltlich ihrer erforderlichen Genehmigung - übernehmen würde. Neben der Krankenkassen-IK-Nr. (108036441) war der Festbetrag bzw. "Kassenanteil" von 1.212,80 EUR insoweit auch auf der Empfangsbestätigung vom 23. November 2010 ausgewiesen und der Kläger über dessen Höhe, die Gesamtkosten (2.867,82 EUR) und den "Kundenanteil" (1.655,00 EUR) dadurch informiert. Das Prozedere wurde dem Kläger erklärt, insbesondere, dass eine ärztliche Verordnung für die Abrechnung mit der Krankenkasse benötigt würde. Dies ergibt sich aus den Angaben des Hörgeräteakustikers B. gegenüber dem Senat. Da der Kläger davon ausging, die Hörgeräte für seine berufliche Tätigkeit zu benötigen, und insofern auch von einem Anspruch gegenüber der Beklagten ausging, stellte er bei dieser am 2. November 2010 sinngemäß einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe durch Versorgung mit Hörgeräten.

Die Zuständigkeit der Beklagten als für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 9 Abs ... 1 Satz 1 SGB VI i. V. m. § 5 Nr. 2 und § 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX) einstandspflichtigem Versicherungsträger kam hier in Betracht, da der Kläger seinen Antrag mit seiner Tätigkeit als "Senior Incident Manager", die besondere Anforderungen an das Hörvermögen stelle, da sie im Rahmen von Telefonkonferenzen oder der Abstimmung mit Kollegen überwiegend telefonisch verrichtet werde, begründete.

Der beklagte Rentenversicherungsträger ist aber im ausschließlich maßgebenden Außenverhältnis zum Kläger ausgeschlossen, da er nicht der erstangegangene Träger im Sinne des § 14 SGB IX ist. Der bei ihm gestellte Antrag vom 2. Dezember 2010 ist mit Blick auf § 14 SGB IX nicht als rehabilitationsrechtlicher Erstantrag, sondern lediglich als wiederholender Antrag (Zweitantrag) im Rahmen eines durch den bereits im November 2010 bei der Beigeladenen als gestellt anzusehenden Leistungsantrags eingeleiteten Verwaltungsverfahrens anzusehen. Im Verhältnis zum Kläger ist damit die Beigeladene allein zuständiger Rehabilitationsträger für den Versorgungsfall geworden. Nach § 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX verliert der materiell-rechtlich zuständige Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) im Außenverhältnis zum Versicherten oder Leistungsempfänger seine Zuständigkeit für eine Teilhabeleistung, sobald der zuerst angegangene Rehabilitationsträger (hier: die beigeladene Krankenkasse) eine im Sinne von § 14 Abs. 1 SGB IX fristgerechte Zuständigkeitsklärung versäumt hat und demzufolge die Zuständigkeit nach allen in Betracht kommenden rehabilitationsrechtlichen Rechtsgrundlagen auf ihn übergegangen ist. Sinn dieser Regelung ist es, zwischen den betroffenen behinderten Menschen und Rehabilitationsträgern schnell und dauerhaft die Zuständigkeit zu klären und so Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken (vgl. BT-Drucks. 14/5074 S. 95 zu Nr. 5 und S 102 f zu § 14). Der erstangegangene Rehabilitationsträger ist deshalb gehalten, innerhalb von zwei Wochen nach Eingang eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe festzustellen, ob er nach dem für ihn geltenden gesetzlichen Regelwerk für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 SGB V (§ 14 Abs. 1 S 1 SGB IX). Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach § 14 Abs. 1 S 1 SGB IX nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der dem Grunde nach zuständig wäre und die Leistung dann zunächst ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt (§ 14 Abs. 1 S 2 und 3 SGB IX). Anderenfalls bestimmt § 14 Abs. 2 S 1 SGB IX: "Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest." Diese Zuständigkeit nach § 14 Abs. 2 S 1 SGB IX erstreckt sich im Außenverhältnis zwischen dem Antragsteller und dem erstangegangenen Rehabilitationsträger auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation rehabilitationsrechtlich vorgesehen sind (BSG, Urteil vom 26. Oktober 2004, B 7 AL 16/04 R; Urteil vom 26. Juni 2007, B 1 KR 34/06 R in Juris). Die nach außen verbindliche Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers lässt intern die Verpflichtungen des eigentlich zuständigen Leistungsträgers unberührt und verweist die Träger insoweit auf den nachträglichen Ausgleich nach § 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX und §§ 102 ff SGB X. Erstangegangener Rehabilitationsträger im

Sinne von § 14 SGB IX ist derjenige Träger, der von dem Versicherten bzw. Leistungsbezieher erstmals mit dem zu beurteilenden Antrag auf Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe befasst worden ist. Diese Befassungswirkung fällt nach der Rechtsprechung des BSG grundsätzlich auch nach einer verbindlichen abschließenden Entscheidung des erstangegangenen Trägers nicht weg. Vielmehr behält der erstmals befasste Rehabilitationsträger seine Zuständigkeit nach § 14 Abs. 2 S 1 SGB IX im Außenverhältnis zum Antragsteller regelmäßig auch dann weiter bei, wenn er, ohne den Antrag an den aus seiner Sicht zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet zu haben, das Verwaltungsverfahren durch Erlass eines Verwaltungsakts abschließt (vgl. § 8 SGB X), selbst wenn dieser bindend wird. Er bleibt deshalb auch für ein mögliches Verfahren nach § 44 SGB X zuständig, selbst wenn die Rechtswidrigkeit im Sinne dieser Vorschrift dann nur darin liegt, dass er die außerhalb seiner "eigentlichen" Zuständigkeit liegenden, nach dem Vorstehenden einschlägigen Rechtsgrundlagen nicht beachtet hat (BSG, Urteil vom 26. Oktober 2004, B 7 AL 16/04 R; Urteil vom 20. November 2008, B 3 KN 4/07 R in Juris).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist im hier zu entscheidenden Fall die beigeladene Krankenkasse als erstangegangener Rehabilitationsträger für die begehrte Hörgeräteversorgung im Sinne des § 14 SGB IX anzusehen. Die Beigeladene ist im Außenverhältnis zum Kläger mangels Weiterleitung des Leistungsantrags an die Beklagte nach § 14 Abs. 2 S 1 SGB IX für das Versorgungsbegehren ausschließlich zuständig geworden.

Leistungen der GKV werden auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes ergibt (§ 19 S 1 SGB IV). Der Anspruch eines Versicherten auf Krankenbehandlung umfasst u.a. die Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 27 Abs. 1 S 2 Nr. 3 SGB V), und zwar nach Maßgabe des § 33 SGB V. Dieser Anspruch ist von der Krankenkasse grundsätzlich in Form einer Sachleistung (§ 2 Abs. 2 S 1 SGB V) zu erbringen, wobei sie ihre Leistungspflicht gemäß § 12 Abs. 2 SGB V mit dem Festbetrag erfüllt, wenn für die Leistung ein Festbetrag festgesetzt ist (BSG SozR 4-2500 § 33 Nr. 17 Rdnr. 13). Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern (§ 2 Abs. 2 S 3 SGB V).

Dadurch, dass sich der Kläger an den von den Krankenkassen für die Versorgung ihrer Versicherten gleichsam zwischengeschalteten Hörgeräteakustiker gewandt hat und sich hierbei von diesem über die Leistungen, die von der Krankenkasse insoweit erbracht werden (in der Regel Übernahme der Kosten bis zum Festbetrag), informieren ließ und auch informiert wurde, insbesondere, dass seine Krankenkasse (jedenfalls) 1.212,82 EUR leisten würde (vgl. auch Empfangsbestätigung vom 23. November 2010) lag spätestens am 23. November 2010 ein Leistungsbegehren des Klägers und damit ein Leistungsantrag im Sinne des § 19 S 1 SGB IV an die Krankenkasse vor. Dass die Versorgungsanzeige - letztlich im Rahmen einer von der Beigeladenen eingeleiteten Ermittlung - erst am 19. April 2011 erfolgte und die kassenärztliche Verordnung erst am 2. Mai 2011 ausgestellt wurde, steht dem nicht entgegen, da Leistungsanträge insoweit auch formlos oder konkludent gestellt werden können und die weiteren erforderlichen Unterlagen nachgereicht werden können.

Hierzu hat das Bundessozialgericht im Urteil vom 30. Oktober 2014 (B 5 R 8/14 R, in Juris) ausgeführt: "Der erstangegangene Träger wird im Blick auf die Zuständigkeitsregelung des § 14 SGB IX durch den rehabilitationsrechtlichen Erstantrag bestimmt. Antrag in diesem Sinne ist jede an den Versicherungsträger gerichtete Willenserklärung, aus der sich ein Leistungsverlangen ergibt (vgl Hampel in: jurisPK-SGB IV, 2. Aufl 2011, § 19 SGB IV RdNr 23). Der Antrag ist formlos, daher entsprechend dem Grundsatz des § 9 SGB X insbesondere auch mündlich oder durch sonstiges (konkludentes) Handeln, möglich (Luik in: jurisPK-SGB IX, § 14 SGB IX RdNr 51). An seinen Inhalt sind keine überspannten Anforderungen zu stellen (vgl Hessisches LSG Beschluss vom 6.9.2011 - L 7 AS 334/11 B ER - Juris RdNr 51). Sofern das Sozialrecht keine speziellen Regelungen trifft, finden bei der Auslegung konkludenter Handlungen die Vorschriften des BGB, insbesondere dessen § 133, Anwendung (BSG Urteil vom 2.4.2014 - B 4 AS 29/13 R - BSGE (vorgesehen), SozR 4-4200 § 37 Nr 6, Juris RdNr 16; BSG Urteil vom 17.7.1990 - 12 RK 10/89 - SozR 3-1200 § 16 Nr 2 mwN, Juris RdNr 20). Der entsprechend anwendbare § 133 BGB erfordert die Feststellung des (normativ) in Wahrheit Gewollten nach Maßgabe des Empfängerhorizonts auf der Grundlage aller im Einzelfall als einschlägig in Betracht kommenden Umstände. Maßgebend für die Auslegung eines Antrags ist daher - unter Berücksichtigung aller Umstände - der erkennbare wirkliche Wille des Antragstellers (BSG Urteil vom 1.4.1981 - 9 RV 49/80 - SozR 3100 § 48 Nr 7, Juris RdNr 17; BSG Urteil vom 23.2.1973 - 3 RK 44/71 - BSGE 35, 220, 221 = SozR Nr 2 zu § 173a RVO, Juris RdNr 18). Die Auslegung hat nach dem Grundsatz der Meistbegünstigung zu erfolgen (BSG Urteil vom 6.5.2010 - B 14 AS 3/09 R - SozR 4-4200 § 28 Nr 3 RdNr 14). Danach ist, sofern eine ausdrückliche Beschränkung auf eine bestimmte Leistung nicht vorliegt, davon auszugehen, dass der Antragsteller die nach der Lage des Falls ernsthaft in Betracht kommenden Leistungen begehrt, unabhängig davon, welchen Ausdruck er gewählt hat (BSG Urteil vom 11.9.2001 - B 2 U 41/00 R - SozR 3-2200 § 1150 Nr 5 Juris RdNr 24; BSG vom 1.4.1981 - 9 RV 49/80 - SozR 3100 § 48 Nr 7 Juris RdNr 17; BSG Urteil vom 15.11.1979 - 7 RAr 75/78 - BSGE 49, 114 = SozR 4100 § 100 Nr 5, Juris RdNr 13) ... Zum rechtlichen Kontext von Erklärungen der in Frage stehenden Art hat der 3. Senat des BSG im Urteil vom 24.1.2013 (B 3 KR 5/12 R - BSGE 113, 40 = SozR 4-3250 § 14 Nr 19, jeweils RdNr 20) festgestellt: ... ``Der Senat kann offenlassen, ob die maßgebliche Antragstellung iS des § 14 SGB IX durch Übergabe der vertragsärztlichen Hörgeräteverordnung vom 9.6.2006 seitens der Klägerin an den Hörgeräteakustiker oder erst durch dessen Versorgungsanzeige bei der Krankenkasse erfolgt ist. In dem einen wie in dem anderen Fall läge ein Leistungsbegehren der Klägerin und damit ein Leistungsantrag iS des § 19 S 1 SGB IV vor, der in der Zeit zwischen dem 9.6.2006 (Tag der vertragsärztlichen Verordnung) und dem 12.7.2006 (Tag der Verwaltungsentscheidung) bei der Beigeladenen eingegangen ist. Deren Einwand, die vom LSG als Antrag angesehene Versorgungsanzeige sei allein Bestandteil der Innenkommunikation zwischen Leistungsbringer und Krankenkasse zur Gewährung einer Sachleistung (§ 2 Abs 2 S 1 SGB V), durch die im Wesentlichen die Mitgliedschaft des Versicherten (vgl § 19 Abs 1 SGB V) geklärt werde, ist unzutreffend und wirklichkeitsfremd. Wenn sich ein Rehabilitationsträger - wie hier und bei der Hörgeräteversorgung wohl allgemein üblich - seiner leistungsrechtlichen Verantwortung durch sog Verträge zur Komplettversorgung nahezu vollständig entzieht und dem Leistungserbringer quasi die Entscheidung darüber überlässt, ob dem Versicherten eine Teilhabeleistung (wenn auch nur zum Festbetrag) zuteil wird, dann erfüllt er weder seine Pflicht zur ordnungsgemäßen Einzelfallprüfung nach § 33 SGB V noch befolgt er die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 12 Abs 1 und § 70 Abs 1 S 2 SGB V). Wer sich der Pflicht zur Antragsentgegennahme (§ 16 SGB I) verweigert, kann sich nicht darauf berufen, es sei bei ihm kein Antrag gestellt worden. Es mutet zudem abenteuerlich an, dass die Rehabilitationsträger die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln - hier: Hörgeräte - praktisch nicht mehr selbst vornehmen, sondern in die Hände der Leistungserbringer outgesourced haben. Dass ein solches Vorgehen weder dem Grundgedanken der Festbetragsregelung gerecht wird noch zur Kostendämpfung beiträgt, dürfte klar auf der Hand liegen. Hinzu kommt im vorliegenden Fall, dass die Beigeladene hinsichtlich der erfolgten Versorgung keinerlei nachprüfbare Unterlagen vorlegen konnte, wie dies in ihrem Vertrag zur Komplettversorgung mit den Hörgeräteakustikern vorgeschrieben ist. Es existiert lediglich ein Datenauszug, der mit Datum 12.7.2006 die Bewilligung eines Hörgeräts und des Festbetrages dokumentiert - ohne jede weitere Überprüfung des Leistungsfalles. Der Senat hält eine derartige Praxis im Umgang mit dem Leistungsrecht des SGB V für nicht mehr akzeptabel.``

Der erkennende Senat schließt sich dem in vollem Umfang an. Hiervon ausgehend kann die maßgebliche Erstantragstellung rechtlich gleichwertig ("In dem einen wie in dem anderen Fall ") bereits in der Übergabe einer vertragsärztlichen Hörgeräteverordnung an den Hörgeräteakustiker oder erst in dessen Versorgungsanzeige bei der Krankenkasse bzw - wie vorliegend - in der Antragstellung durch die Klägerin bei der Beklagten liegen. Sind die tatsächlichen Voraussetzungen aller drei Möglichkeiten erfüllt, sind sie nach Maßgabe ihrer zeitlichen Priorität gegeneinander abzugrenzen ...

Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass Versicherte, die mit einem Leistungserbringer gerade als Vertragspartner ihrer Krankenkasse in Kontakt treten, damit grundsätzlich gleichzeitig den Antrag nach § 19 S 1 SGB IV stellen, 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 Hörgeräteakustikers für Leistungsanträge im Sinne einer geduldeten passiven Stellvertretung. Wer den Rechtsschein einer Vollmacht setzt, wird daran festgehalten, wenn ein Dritter darauf berechtigterweise vertraut hat (vgl grundlegend BGHZ 5, 111, 116 und BGH NJW 1962, 1003). Für die aktive Stellvertretung ist dabei erforderlich, dass 1. ein zum Handeln in fremdem Namen nicht Befugter als Vertreter aufgetreten ist, 2. der Geschäftsgegner davon ausgehen konnte und darauf vertraut hat, dass der als Vertreter Handelnde Vollmacht habe, und 3. der Geschäftsherr das Verhalten des unbefugten Vertreters kannte und nicht dagegen eingeschritten ist, obwohl ihm das möglich gewesen wäre. Im vorliegenden Zusammenhang beschränkt sich der Rechtsschein auf die Empfangszuständigkeit des Hörgeräteakustikers für rehabilitationsrechtliche Leistungsanträge. Für die passive Stellvertretung ergibt sich der Vertretungswille bereits aus den äußeren Umständen und bedarf daher nicht wie bei der aktiven Vertretung einer Kenntlichmachung des Vertreterwillens (Schramm in Münchener Kommentar zum BGB, 6. Aufl 2012, § 164 RdNr 133). Da die Krankenkasse im von ihr initiierten Versorgungsablauf praktisch das gesamte der ärztlichen Verordnung folgende Antrags-, Bedarfsfeststellungs-, Versorgungs- und Abrechnungsverfahren den Hörgeräteakustikern überantwortet hat, begründet sie bei ihren Versicherten ein schutzwürdiges Vertrauen darauf, dass es sich beim Hörgeräteakustiker insoweit um eine zur Antragsentgegennahme zuständige Stelle handelt. In der Folge des selbst gesetzten Rechtsscheins muss sich die Krankenkasse behandeln lassen, als handele es sich bei dem von ihr mit den eigenen Verfahrenspflichten belasteten Leistungserbringer um eine zur Antragsentgegennahme zuständige Stelle iS des § 16 Abs 2 SGB I (vgl BSG Urteil vom 28.10.1981 - 3 RK 59/80 - BSGE 52, 254 = SozR 2200 § 216 Nr 5 zum Vertrauen auf Unterrichtung der Krankenkasse nach einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch den Kassenarzt; BSG Urteil vom 8.10.1998 - B 8 KN 1/97 U R - BSGE 83, 30 = SozR 3-5670 § 5 Nr 1 zum Vertrauen auf die Pflichterfüllung des Arztes, dem Träger der Unfallversicherung den Verdacht einer Berufskrankheit anzuzeigen; BSG Urteil vom 23.4.2009 - B 9 VJ 1/08 R - SozR 4-3851 § 60 Nr 3 RdNr 19 mwN zum Entschädigungsanspruch im Impfschadensrecht kraft Rechtsscheins einer öffentlichen Impfempfehlung).

Hierdurch ist entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts allerdings nicht etwa ausgeschlossen, dass ausnahmsweise Hörgeräteakustiker von Versicherten, denen ein freies Wahlrecht hinsichtlich des in Anspruch genommenen Rehabilitationsträgers zusteht, allein in dieser Funktion - und nicht gleichzeitig als Repräsentant des Krankenversicherungsträgers - aufgesucht werden und damit Raum für eine (Erst-)Antragstellung insbesondere bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bleibt. Entscheidend ist dann, welcher rechtlich objektivierte Wille sich aus der Gesamtheit der in diesem Sinne rechtlich relevanten Zeichen erschließen lässt. Soweit das LSG auf der Grundlage von deren persönlicher Einvernahme einen subjektiven (inneren) Willen der Klägerin festgestellt hat, durch die Übergabe der Hörgeräteverordnung an die Firma R. nicht "konkret" (S 20 des Berufungsurteils, Juris RdNr 38) die Beigeladene in Anspruch zu nehmen, ist dies rechtlich unerheblich. Wie dargelegt, kommt es vorliegend auf den nach außen positiv bekundeten Willen zur Antragstellung an, der auch schlüssig verlautbart werden kann. Soweit das Berufungsgericht die Übergabe der Hörgeräteversorgung als (Einzel-)Tatsache festgestellt hat, hat es auch diesen Umstand allein im Licht seiner unzutreffenden Rechtsauffassung gewürdigt und im Übrigen von einer Gesamtwürdigung im Kontext der rechtlich notwendig festzustellenden Gesamtheit möglicher weiterer rechtlich einschlägiger Zeichenträger abgesehen. So hat es insbesondere nicht ermittelt, welchen genauen Inhalt die vorliegend dem Hörgeräteakustiker vorgelegte ärztliche Hörhilfen-Verordnung "auf einem entsprechenden Vordruck" hatte. Soweit sich aus der nachzuholenden Sachverhaltsaufklärung ergibt, dass der Arzt der Klägerin als Vertragsarzt gehandelt und eine Verordnung zu Lasten der GKV vorgenommen hatte, könnte hierin ein Beweiszeichen für einen Willen zur Antragstellung bei der Beigeladenen zu sehen sein. Unberücksichtigt ist bisher darüber hinaus geblieben, dass der von der Firma R. erstellte Kostenvoranschlag nach den ausdrücklichen Feststellungen im angefochtenen Urteil (Seite 3) von Anfang an einen "Festbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 992,41 EUR" vorsah. Hiermit ist die Annahme des LSG, die Klägerin habe einen Antragswillen erstmals am 11.11.2004 gegenüber der Beklagten betätigt und von einer Antragstellung bei der Beigeladenen gerade absehen wollen - jedenfalls nach dem derzeitigen Stand der Erkenntnisse - nicht ohne Weiteres vereinbar. Erst unter Einbeziehung dieser Umstände ist schließlich auch eine abschließende Beurteilung des objektiven Bedeutungsgehalts von Erklärungen der Klägerin unter Berücksichtigung der für die Beigeladene verbindlichen Vereinbarungen mit Leistungserbringern möglich.

Kann im Anschluss an eine nunmehr ordnungsgemäße Erhebung und Würdigung aller für die Feststellung der Erstantragstellung durch die Klägerin erheblichen Umstände abschließend beantwortet werden, welcher der beiden vorliegend in Betracht kommenden Träger der erstangegangene ist, steht damit gleichzeitig fest, dass - bei Erfüllung der weiteren Anspruchsvoraus-setzungen - allein dieser als Adressat des streitigen Erstattungsanspruchs in Betracht kommt. Hierzu muss ua die anspruchsauslösende Selbstbeschaffung des notwendigen Hilfsmittels auf der vorangegangen Leistungsablehnung beruhen."

Der Senat schließt sich diesen Ausführungen und des BSG an und legt diese Grundsätze zu Grunde.

Danach ist von einem einheitlichen, spätestens am 23. November 2010 bei der Beigeladenen gestellten Leistungsantrag auszugehen.

Dieser Antrag entspricht inhaltlich den Anforderungen, die an einen Antrag nach § 14 Abs. 1 S 1 SGB IX zu stellen sind. Nach dem eindeutigen Gesetzeswortlaut genügt ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, um die Zuständigkeitsprüfung des erstangegangenen Leistungsträgers und die Zwei-Wochen-Frist in Gang zu setzen. Ein solcher Antrag, der formlos und auch konkludent gestellt werden kann, lag hier mit dem mündlichen Begehren des Klägers auf Versorgung mit einer Hörhilfe und seiner Information über die kostenrechtliche Regelung und Verpflichtung der Beigeladenen zur Übernahme der Kosten von jedenfalls einem Festbetragsgerät durch die Fa. A. sowie die Aushändigung der Geräte der Marke Life 301 gegen Empfangsbestätigung des Klägers, die auch die von der Beigeladenen zu übernehmenden Kosten in Höhe von 1.212,82 EUR und bereits die Krankenkassen-IK-Nr. xxxxxxx ausgewiesen hat spätestens am 23. November 2010 vor. Das Begehren des Klägers konnte unter Berücksichtigung aller Umstände von der Fa. A. (bzw. deren Mitarbeiter) und damit auch von der von ihr im Rahmen der Versorgung vertretenen Beigeladenen nur so verstanden werden, dass der Kläger eine bestmögliche Versorgung, ggf. auch mit Geräten, deren Kosten die von Festbetragsgeräten übersteigen, erhalten wollte. Dem Kläger und

auch dem Hörgeräteakustiker war dabei klar, dass jedenfalls die Krankenkasse des Klägers, die Beigeladene, die Kosten der Festbetragsgeräte übernehmen würde. Dies war auch für den Hörgeräteakustiker erkennbar. Da jedenfalls eine Versorgung durch die Beigeladene in Betracht kam, eine Versorgung im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe durch die Beklagte allerdings nur bei Vorliegen weitergehender Voraussetzungen erfolgen konnte, ist davon auszugehen und das Begehren des Klägers nur so zu verstehen, dass es sich auf die Gewährung von Leistungen der Beigeladenen richtete. Dies musste auch der Fa. A. klar sein und wurde nach der Auskunft des Hörgeräteakustikers B. auch so gesehen. Es hätte ansonsten kein Grund bestanden, Krankenkassen-IK-Nummer auf der Empfangsbestätigung vom 23. November 2010 aufzunehmen und den Kassenanteil bezüglich der Kosten auszuweisen. Dem steht nicht entgegen, dass die Versorgungsanzeige erst am 19. April 2011 erfolgte und die kassenärztliche Verordnung erst am 2. Mai 2011 ausgestellt wurde, da Leistungsanträge insoweit auch formlos oder konkludent gestellt werden können und die weiteren erforderlichen Unterlagen nachgereicht werden können, was bei der Auslegung des im November 2010 bei der Fa. A. erhobenen Begehrens des Klägers ebenfalls zu berücksichtigen ist. Im Übrigen hätte es dem Hörgeräteakustiker oblegen, den Kläger ggf. darauf hinzuweisen, dass die unverzügliche Vorlage einer kassenärztlichen Verordnung benötigt werde. Ein solches Versäumnis ist allerdings ebenfalls der Beigeladenen zuzurechnen, die die Fa. A. als Leistungserbringer vertraglich eingeschaltet hat. Des Weiteren steht die Regelung des § 8 Abs. 1 des hier gültigen Versorgungsvertrages zwischen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (KdöR) und dem BKK Landesverband Baden-Württemberg für die Betriebskrankenkassen, dem auch die Beigeladene beigetreten ist und der auch für die Fa. A. galt, wonach Leistungen nach diesem Vertrag bei der Erstversorgung mit Hörsystemen nur auf Grund der vertragsärztlichen Verordnung (ohrenärztliche Verordnung - Muster 15) erbracht werden und auch die Nichteinhaltung der weiteren Verfahrensregelungen einer gegenüber der Beigeladenen wirksamen Antragstellung im November 2010 nicht entgegen. Denn dieser Versorgungsvertrag gilt nur im Innenverhältnis zwischen Hörgeräteakustiker und Krankenkasse, da ein Versicherter hiervon in der Regel überhaupt keine Kenntnis haben kann und der Kläger sie auch nicht hatte. Ferner hat der Kläger bei der Beklagten am 2. Dezember 2010 nur um "finanzielle Unterstützung" gebeten und eine "Zuzahlung" beantragt, was belegt, dass zuvor, als er im November 2010 bei der Fa. A. vorsprach, jedenfalls eine "Grundversorgung" mit Festbetragsgeräten durch die Krankenkasse begehrt hatte. Schließlich ist es auch widersprüchlich, dass die Beigeladene den Leistungsanspruch des Klägers überprüfte, eine gutachterliche Prüfung veranlasste und Leistungen schließlich auch bewilligte, nachdem ihr das Schreiben der Beklagten vom 29. Dezember 2010 zugegangen war, wenn sie nun geltend machen will, die Beklagte sei erstangegangener und allein zuständiger Träger für die Leistungen. Der Senat geht deshalb unter Würdigung aller Umstände von einem an die Beigeladene im November 2010 gerichteten Leistungsbegehren aus. Eine andere Auslegung liefe dem Gesetzeszweck zuwider, im Interesse behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen durch rasche Klärung von Zuständigkeiten (BT Drucks. 14/5074 S. 102 f zu § 14).

Ein an die Krankenkasse gerichteter Antrag auf Versorgung mit einem Hörgerät ist darüber hinaus auch auf Leistungen zur Teilhabe im Sinne von §§ 1, 4 und 5 SGB IX gerichtet. Der Versicherte will im Zweifel die für ihn günstigste Art der Leistungsgewährung in Anspruch nehmen; ein einmal gestellter Antrag ist also umfassend, d. h. auf alle nach Lage des Falles in Betracht kommenden Leistungen und Anspruchsgrundlagen hin zu prüfen (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013, a.a.O. unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 29. November 2007, B 13 R 44/07 R, Urteil vom 23. Mai 2006, B 13 RJ 38/05 R, Urteil vom 4. April 2006, B 1 KR 5/05 R jeweils in Juris), und insbesondere nicht "künstlich" in separate Teil-Leistungsanträge für die verschiedenen in Betracht kommenden Teilhabeleistungen aufzuspalten. Deshalb hatte die Beigeladene den Leistungsantrag von vornherein sowohl unter dem Aspekt der Hilfsmittelversorgung zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 Nr. 1, § 31 SGB IX, § 33 SGB V) als auch unter dem Aspekt der Hilfsmittelversorgung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Nr. 2, § 33 Abs. 8 S 1 Nr. 4 SGB IX, §§ 9, 15 SGB VI) zu prüfen und danach die Zuständigkeit zu bestimmen.

Nachdem die Beigeladene den Antrag des Klägers auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb von zwei Wochen ab dessen Eingang weitergeleitet hat, oblag es ihr, unverzüglich den Rehabilitationsbedarf des Klägers festzustellen (§ 14 Abs. 2 S 1 SGB IX). Diese Zuständigkeit der Beigeladenen ist ausschließlicher Natur; denn die Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers nach § 14 Abs. 2 S 1 SGB IX schließt im Außenverhältnis zum Versicherten die Zuständigkeiten aller anderen Träger aus (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013, a.a.O. unter Hinweis auf st. Rspr.). Im Verhältnis zwischen dem erstangegangenen Träger und dem Leistungsberechtigten ist also der Anspruch anhand aller Rechtsgrundlagen zu prüfen, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation für Rehabilitationsträger vorgesehen sind. Darüber hinaus verlieren alle anderen Träger innerhalb des durch den Leistungsantrag ausgelösten Verwaltungsverfahrens ihre Zuständigkeit für die Gewährung von Rehabilitationsleistungen, was wiederum zur Folge hat, dass eventuell ergangene Bescheide wegen sachlicher Unzuständigkeit aufzuheben sind (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009 - B 5 R 5/07 R - Juris).

Das SG hat daher im Ergebnis zu Recht den Bescheid der Beklagten vom 21. Dezember 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. März 2011 aufgehoben.

Die Kostenerstattungspflicht der Beigeladenen beruht zur Überzeugung des Senats bereits in deren Funktion als originär zuständiger Krankenversicherungsträgerin und dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung, ungeachtet dessen, dass sie als erstangegangene Trägerin auch für die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB VI zuständig wäre.

Grundlage des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs gegen die Beigeladene als zuständiger Krankenversicherungsträger ist § 13 Abs. 3 S 1 Fall 2 SGB V (hier in der Fassung des Art 5 Nr. 7 Buchst b SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - vom 19. Juni 2001, BGBl. I 1046). Danach gilt: Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Erstattungsanspruch reicht, wie in der Rechtsprechung des BSG geklärt ist, nicht weiter als ein entsprechender - primärer - Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Der Anspruch ist demgemäß gegeben, wenn die Krankenkasse die Erfüllung eines Naturalleistungsanspruchs rechtswidrig abgelehnt und der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat, wenn weiterhin ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht, die selbst beschaffte Leistung notwendig ist und die Selbstbeschaffung eine rechtlich wirksame Kostenbelastung des Versicherten ausgelöst hat.

Diese Voraussetzungen sind erfüllt, weil die Beigeladene ihre Leistungspflicht nach dem Leistungsrecht des SGB V zu Unrecht auf den Festbetrag begrenzt und die vollständige Erfüllung des gegebenen Leistungsanspruchs rechtswidrig abgelehnt hat.

Rechtsgrundlage des krankenversicherungsrechtlichen Leistungsanspruchs ist § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V, hier in der zum Zeitpunkt der Leistungsverschaffung geltenden Fassung vom 15. Dezember 2008 (gültig vom 1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2011, im Weiteren: § SGB

V a.F.). Hiernach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, wenn sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder nach § 34 Abs. 4 SGB V aus der GKV-Versorgung ausgeschlossen und im Einzelfall erforderlich sind, um entweder den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Demgemäß besteht nach § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V a.F. ein Anspruch auf Hörhilfen, die nur von hörbehinderten Menschen benutzt werden und deshalb kein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens sind, auch nicht nach § 34 Abs. 4 SGB V aus der GKV-Versorgung ausgeschlossen sind und weder der Krankenbehandlung noch der Vorbeugung einer Behinderung dienen, soweit sie im Rahmen des Notwendigen und Wirtschaftlichen (§ 12 Abs. 1 SGB V) für den von der Krankenkasse geschuldeten Behinderungsausgleich erforderlich sind.

Bei dem in § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V als 3. Variante genannten Zweck des Behinderungsausgleichs (vgl. jetzt auch § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX) steht nach der Rechtsprechung (z.B. BSG, Urteil vom 29. April 2010, B 3 KR 5/09 R , Urteil vom 18. Mai 2011, B 3 KR 12/10 R in Juris) im Vordergrund, die ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion selbst auszugleichen (unmittelbarer Behinderungsausgleich). Daneben können Hilfsmittel den Zweck haben, die direkten und indirekten Folgen der Behinderung auszugleichen (mittelbarer Behinderungsausgleich). Die Versorgung mit Hörgeräten dient dem unmittelbaren Behinderungsausgleich (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, B 3 KR 20/08 R, a.a.O.). Bei diesem unmittelbaren Behinderungsausgleich gilt das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits - hier des Hörens - im Sinne des Gleichziehens mit einem gesunden Menschen, und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts. Dabei kann 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 nicht behinderten Menschen erreicht ist (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, B 3 KR 20/08 R a.a.O.; vgl. auch Urteil vom 18. Mai 2011, B 3 KR 12/10 R in Juris). Teil des von den Krankenkassen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V geschuldeten - möglichst vollständigen - Behinderungsausgleichs ist es, hörbehinderten Menschen im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen zu eröffnen und ihnen die dazu nach dem Stand der Hörgerätetechnik (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) jeweils erforderlichen Geräte zur Verfügung zu stellen. Das schließt je nach Notwendigkeit auch die Versorgung mit digitalen Hörgeräten ein (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, B 3 KR 20/08 R, a.a.O).

Ausschließlich berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile sind demgemäß für die Hilfsmittelversorgung nach dem SGB V grundsätzlich unbeachtlich. Ist ein Versicherter für die Anforderungen des allgemeinen Alltagslebens ausreichend versorgt, kommt es auf etwaige zusätzliche Nutzungsvorteile im Erwerbsleben ohnehin nicht an. Umgekehrt kann ein Hilfsmittelanspruch gegen die GKV nicht auf ausschließlich berufliche Nutzungsvorteile gestützt werden, wenn das Hilfsmittel ansonsten keine allgemeinen Grundbedürfnisse betrifft und seine Nutzung die Auswirkungen der Behinderung nicht im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert.

In Übereinstimmung mit dem SG ist auch der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass die angeschafften Hörhilfen nicht nur zum Ausgleich einer Behinderung für eine bestimmte Berufsausübung, sondern generell für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erforderlich sind.

Dies ergibt sich aus den Aussagen der behandelnden Ärzte, der Aussage des Hörgeräteakustikers B. und der Dokumentation über die Hörgeräteanpassung sowie den Angaben des Hörgeräteakustikers hierzu, wonach allein mit den Geräten der Marke Life 301 ein Sprachverstehen bei 65 dB (Umgangssprache) bei Nutzschall ohne Störschall von 90% bei 70% bis 85% mit anderen getesteten Geräten und mit Störschall von 75% bei 35% bis 50% mit anderen getesteten Geräten erzielt werden konnte, der Bestätigung des HNO-Arztes B. vom 18. Mai 2011, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird und die vorgeschlagenen Geräte zweckmäßig sind. Zwar hat der Kläger eine berufliche Notwendigkeit der Hörgeräte geltend gemacht. Allerdings hat die Beklagte zu Recht eingewandt, dass der Kläger keine Tätigkeit ausübt, bei der er auf eine besondere bzw. spezielle Hörfähigkeit angewiesen ist, wie es etwa bei akustischen Kontroll- oder Überwachungsarbeiten der Fall wäre. Dies kann jedoch dahinstehen, denn der Kläger ist jedenfalls auf die Versorgung mit Hörgeräten auf Grund der bei ihm bestehenden Schwerhörigkeit angewiesen.

Die selbstbeschafften Hörgeräte überschreiten nicht die Grenzen des Wirtschaftlichkeitsgebots. Wie alle Ansprüche im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch der Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V begrenzt. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (Satz 1). Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (Satz 2).

Diese Grenze ist durch die erfolgte Versorgung mit den Hörgeräten Life 301 eingehalten. Einen möglichst weitgehenden Ausgleich des Funktionsdefizits - hier des Hörens - im Sinne des Gleichziehens mit einem gesunden Menschen gewährleisten nur die von dem Kläger selbst beschafften Hörgeräte. Mit dem Gerät Life 301 konnte mit 90% das deutlich beste Sprachverständnis erzielt werden; mit dem Gerät Motion 101 S wurden 85%, mit dem Gerät Micro Extra 100 AZ S 85% und mit dem Festbetragsgerät Win 105 DM (Festbetragsgerät) lediglich 80% erreicht.

Die Beigeladene hat ihre Leistungspflicht nicht durch die Zahlung der Festbeträge erfüllt, weil für den unmittelbaren Behinderungsausgleich der Festbetrag objektiv nicht ausreichend ist (vgl. dazu BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, B 3 KR 20/08 R a.a.O.). Der Senat kann nicht feststellen, dass mit anderen Hörgeräten, deren Kosten mit den im Zeitraum von November 2010 bis Mai 2011 geltenden Festbeträgen abgedeckt waren, eine gleichwertige Versorgung des Klägers hätte erfolgen können. Die Festbetragsregelung enthebt die Krankenkassen nicht von ihrer Pflicht, im Rahmen der Sachleistungsverantwortung (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V) für die ausreichende Versorgung der Versicherten Sorge zu tragen. Hieraus können gesteigerte Obhuts- und Informationspflichten erwachsen, wenn vor allem bei anpassungsbedürftigen Hilfsmitteln der notwendige Überblick über die Marktlage, die auch durch ein hohes Maß an Intransparenz gekennzeichnet ist, und geeignete Angebote auch bei zumutbarer Anstrengung für Versicherte schwierig zu erlangen ist (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, B 3 KR 20/08 R a.a.O., LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 2. Dezember 2011, L 4 KR 5537/10 in Juris). Im Übrigen hat die Beigeladene mit Schriftsatz vom 8. Dezember 2014 eingeräumt, dass sie - im Falle ihrer grundsätzlichen Leistungspflicht bzw. Zuständigkeit - in vergleichbaren Fällen immer einen erhöhten Festbetrag leistet und dies auch im vorliegenden Falle machen würde, so dass auch im Hinblick auf die Gleichbehandlung der Versicherten ein Anspruch des Klägers auf Versorgung mit den begehrten höherwertigen Hörgeräten besteht.

Nach diesen Grundsätzen zur Versorgung Versicherter mit Hilfsmitteln zum Ausgleich von Behinderungen steht dem Kläger der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 S 1 SGB V zu, weil ein entsprechender Sachleistungsanspruch auf Ausstattung mit dem angepassten Hörgerät (§ 33 SGB V) gegeben war. Die Beigeladene hat daher den gegen sie nach § 33 Abs. 1 S 1 SGB V bestehenden krankenversicherungsrechtlichen Versorgungsanspruch durch die Zahlung des Festbetrages nicht erfüllt (§ 12 Abs. 2 SGB V), weil bereits für den Alltagsgebrauch ein zum Festbetrag erhältliches Hörgerät nicht ausreichend war. Da für den unmittelbaren Behinderungsausgleich das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts gilt, ist es unerheblich, ob die Versorgung mit den Hörgeräten Life 301 für den Kläger berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile hat (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, B 3 KR 20/08 R a.a.O.).

Nachdem ein Anspruch bereits auf Grund der krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften bestand, konnte der Senat offen lassen, ob dem Kläger auch ein Anspruch nach dem Rentenversicherungsrecht zugestanden hätte (hierzu ausführlich BSG, Urteil vom 24. Januar 2013, a.a.O. in Juris, Rdnr. 38 ff).

Die Verurteilung der Beigeladenen zur Erstattung des (weiteren) Betrages von 1.668,00 EUR ist nach § 75 Abs. 5 SGG möglich. Insbesondere besteht die hierfür nötige Wechselwirkung, weil der streitige Anspruch sich nur entweder gegen die Beklagte oder gegen die Beigeladene richten kann.

Der Verurteilung der Beigeladenen steht auch nicht ihre Entscheidung vom 19. April 2011 entgegen, dem Leistungsantrag des Kläger nur in Höhe des Festbetrags (§ 36 i.V.m. § 12 Abs. 2 SGB V) stattzugeben, die Übernahme der darüber hinausgehenden Kosten aber abzulehnen; denn diese Entscheidung ist im Verhältnis zur Klägerin nicht in Bestandskraft erwachsen.

Bei dieser Entscheidung der Beigeladenen vom 19. April 2011 handelt es sich um einen Verwaltungsakt (§ 31 SGB X), der nur dem Hörakustiker in Gestalt eines formlosen Bewilligungsschreibens zur Kenntnis gegeben worden ist, nicht aber als förmlicher, mit einer Rechtsmittelbelehrung versehener Bescheid dem Kläger zugesandt oder auf andere Weise bekannt gegeben worden ist, wie es § 37 SGB X verlangt. Dennoch ist der Verwaltungsakt gegenüber dem Kläger wirksam geworden, weil offensichtlich der Hörakustiker den Kläger über die Entscheidung der Beigeladenen, nur den Festbetrag zu zahlen, unterrichtet hat. Mit dieser - von der Beigeladenen auch so gewollten - Unterrichtung ist der Verwaltungsakt dem Kläger bekannt gegeben und damit auch wirksam geworden (§ 39 Abs. 1 SGB X). Nicht nachvollziehbar ist allerdings, weshalb die Beigeladene ihre Entscheidung nicht nach § 37 SGB X in Form eines ordnungsgemäßen Bescheids bekannt gegeben hat (vgl. zu alledem BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 a.a.O.).

Dieser Verwaltungsakt, der auch gegenüber dem Kläger auch keine Rechtsmittelbelehrung enthielt, hat gegenüber diesem keine Bestandskraft erlangt (§ 77 SGG). Zwar hat der Kläger gegen die Entscheidung bei der Beigeladenen nicht ausdrücklich Widerspruch im Sinne des § 83 SGG erhoben. Er hat aber mit seinem durch Erhebung der Klage fortgesetzten Begehren und auch mit der am 14. Juni 2011 beim SG eingegangenen Klagebegründung, die als Reaktion auf die Mitteilung über die Leistungsbegrenzung auf den Festbetrag zu werten ist, deutlich gemacht, mit dieser Leistungsbegrenzung nicht einverstanden zu sein. Dieses Begehren, das inhaltlich nichts anderes ist als die Einwendung gegen die Leistungsbegrenzung auf den Festbetrag, muss sich die Beigeladene nach der Zielsetzung des § 14 SGB IX auch als Rechtsbehelf gegen ihre Entscheidung zurechnen lassen. Ziel des § 14 SGB IX ist es, im Interesse des behinderten Menschen durch die rasche Klärung von Zuständigkeiten Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken (BT-Drucks 14/5074 S 102). Ein möglicher Nachteil des gegliederten Systems ist es, dass der behinderte Mensch die von ihm begehrte Rehabilitationsleistung bei allen in Betracht kommenden Leistungsträgern verfolgen und dabei ggf. eine Vielzahl von Verwaltungs- und weitergehenden Rechtsbehelfsverfahren führen muss, um keinen Nachteil zu erleiden.

Diesem "Systemmangel" begegnet § 14 SGB IX erstens durch die Verpflichtung des erstangegangenen Leistungsträgers, kurzfristig die Zuständigkeit zu prüfen, um zweitens den Antrag an den für zuständig erkannten anderen Träger weiterzuleiten oder anderenfalls selbst umfassend zu prüfen. Für den behinderten Menschen soll es einen Antrag bzw. ein Antragsverfahren mit einer abschließenden Verwaltungsentscheidung geben. Lässt aber der erstangegangene Träger – wie hier – die Vorgaben des § 14 SGB IX unberücksichtigt, so dass sich der behinderte Mensch selbst auf die Suche nach einem ggf. anderweitig zuständigen Rehabilitationsträger macht, müssen- um der Zielsetzung des § 14 SGB IX zu entsprechen, keinen Nachteil durch das gegliederte System auszulösen – die von ihm angestoßenen Verwaltungsverfahren rechtstechnisch als ein einheitliches Verwaltungsgeschehen angesehen werden. Das muss zumindest dann gelten, wenn der erstangegangene Leistungsträger seine Ablehnungsentscheidung nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen hat, sodass für den behinderten Menschen nicht erkennbar ist, welche Maßnahmen er treffen muss, um seine Rechte weiterverfolgen zu können. Geht man von einem einheitlichen Verwaltungsverfahren aus, das bei der Beigeladenen begonnen und durch die Antragstellung bei der Beklagten fortgeführt wurde, muss jedenfalls die am 14. Juni 2011 beim SG eingegangene Klagebegründung des Klägers auf die höherwertige Hörgeräteversorgung zumindest auch als Widerspruch gegen die entsprechende höhere Leistungen versagende Entscheidung der Beigeladenen vom 19. April 2011, die diesem nicht zugesandt worden, ihm aber von der Fa. A. zumindest zur Kenntnis gegeben worden ist und mit einer Rechtsmittelbelehrung nicht versehen war, angesehen werden, so dass diese Entscheidung nicht bestandskräftig wurde. Der fehlende Abschluss des Widerspruchsverfahrens hindert eine Verurteilung der Beigeladenen im vorliegenden Verfahren nicht (Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Sozialgerichtsgesetz, 10. Aufl., § 75 Rdnr. 18b, m.w.N.)

Das Urteil des SG war daher dahingehend abzuändern, dass die Beigeladene zur Erstattung auch der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten für die Hörgeräte zu verurteilen war. Soweit sich die Beklagte mit der Berufung gegen die Aufhebung des Bescheides vom 21. Dezember 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2011 gewandt hat, war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG unter Berücksichtigung des Obsiegens des Klägers und des teilweisen Unterliegens der Beklagten und der Beigeladenen.

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB

Saved
2016-06-13