

L 4 KR 1568/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 5 KR 3727/13

Datum

04.03.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 1568/15

Datum

22.10.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 4. März 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten um die Erstattung der Kosten eines Hörgerätes.

Die Klägerin ist am 1975 geboren und als Erzieherin in einem Kindergarten versicherungspflichtig beschäftigt. Sie ist bei der Beklagten krankenversichert und bei der Deutschen Rentenversicherung Bund rentenversichert.

Fachärztin für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde Dr. D. verordnete der Klägerin unter dem 19. Oktober 2011 eine beidseitige Hörgeräteversorgung wegen Innenohrschwerhörigkeit beidseits und Verdacht auf Kochlearotoskleorose beidseits. Die Klägerin suchte Hörgeräteakustiker S. auf, der nach Testung verschiedener Hörgeräte im Februar 2012 die Hörgeräte Phonak Solana Nano anpasste (Anpassungsbericht vom 29. Februar 2012). Er legte der Beklagten am 29. Februar 2012 eine entsprechende Versorgungsanzeige vor. Nach seinem Kostenvoranschlag vom 29. Februar 2012 belief sich der Betrag der Versorgung auf EUR 4.667,00. Der Anteil der Beklagten hiervon betrug EUR 823,00 abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung von EUR 20,00, der Eigenanteil der Klägerin mithin insgesamt EUR 3.864,00.

Die Beklagte bewilligte unter dem 2. März 2012 vorbehaltlich der Vorlage der für die Indikationsstellung nötigen Informationen (Ton- und Sprachaudiogramm) eine Hörsystemversorgung in Höhe der gesetzlichen Festbeträge. Sie informierte hierüber den Hörgeräteakustiker, der davon die Klägerin in Kenntnis setzte.

Mit Schreiben vom 2. März 2012, dessen Zugang die Klägerin bestreitet, teilte die Beklagte ihr mit, auf Grund der ärztlichen Verordnung die Kosten für die Hörgeräteversorgung in Höhe einer Pauschale für die Hörgeräte von EUR 823,00 sowie einer Servicepauschale von EUR 389,80 abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung von EUR 20,00 zu übernehmen.

Unter dem 5. März 2012 beantragte die Klägerin – adressiert an die Beklagte – die volle Kostenübernahme für ein Hörgerät Phonak Solana Nano. Das Schreiben ging am 8. März 2012 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund ein. Die Klägerin führte aus, dass das genannte Gerät ihren Hörschaden am besten ausgleiche und ihr ein Hören ohne Rückkopplungseffekt oder eine Verständigung nicht lediglich im Einzelgespräch vor einer geräuscharmen Kulisse ermögliche. Im Verlauf einer ausführlichen Hörgeräteanpassung mit sowohl mehreren Hinter-dem-Ohr-Geräten als auch Im-Ohr-Geräten habe sich angesichts ihrer komplexen Hörsituation als Erzieherin im Kindergarten, besonders im Bereich des täglichen Umgangs mit den Kindern und in der Kommunikation mit ihren Kolleginnen und den Eltern, eine erhebliche Schwierigkeit ergeben, zu einer ausreichend Hör- und Sprachverbesserung zu kommen. Die Empfindlichkeit bei lauten und sehr lauten hohen Tönen bringe sie im Alltag schnell an ihre akustischen Grenzen. Sie benötige auf jeden Fall frequenzspezifisch regelbare Hörgeräte, die die vorhandene Restdynamik im Hochtonbereich ausnützten, ohne im Dauergebrauch zu einer Überreizung und damit zur Hörermüdung zu führen. Sie sei in ihrem Beruf als Erzieherin auf ein optimales Verstehen angewiesen. Die Notwendigkeit des Im-Ohr-Systems sei dadurch begründet, dass die Angriffspunkte seitens der Kinder nahezu gegen Null gingen, da die Geräte unauffällig zu tragen seien und nicht vom Ohr gerissen werden könnten. Audiologisch gesehen sei durch den tiefen Sitz der kleinen Im-Ohr-Geräte die physiologisch richtige Position der Schallaufnahme durch das Mikrofon gegeben und dadurch sei eine optimale Richtungsselektion gerade in

schwierigen akustischen Umfeld in ihrer Arbeitsstätte erst möglich. Eine leichtere Konzentration auf den Nutzschall in der recht schwierigen Hörschallkulisse der Räume resultiere hieraus.

Am 27. März 2012 ging bei der Deutschen Rentenversicherung Bund ein auf den 20. März 2012 datierter Antrag der Klägerin auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und auf Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die hinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich seien, ein. Die Deutsche Rentenversicherung Bund lehnte diesen Antrag mit Bescheid vom 24. April 2012 ab. Zugleich leitete sie den Antrag der Klägerin mit Schreiben vom 24. April 2012 an die Beklagte weiter. Sie habe festgestellt, dass kein berufsbedingter Mehrbedarf bestehe. Deshalb hätten sie einen entsprechenden Ablehnungsbescheid erteilt. Die Deutsche Rentenversicherung Bund bat die Beklagte um Prüfung, ob die gewünschte Versorgung im Rahmen deren Möglichkeiten erbracht werden könnten.

Die Klägerin beschaffte sich die Hörgeräte am 26. April 2012. Die Rechnung des Hörgeräteakustiker S. vom 26. April 2012 enthält dieselben Beträge wie sein Kostenvoranschlag.

Den gegen den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 24. April 2012 erhobenen Widerspruch der Klägerin wies die Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund mit Widerspruchsbescheid vom 2. August 2012 zurück. Eine Leistungsgewährung seitens der Deutschen Rentenversicherung Bund komme nur in Betracht, wenn die Hörhilfe – gegebenenfalls auch eine besondere Ausstattung – als spezifische berufsbedingte Hörgeräteversorgung über den Versorgungsauftrag der Krankenkasse hinaus erforderlich sei, um den speziellen beruflichen Anforderungen gerecht zu werden. In dem Beruf der Klägerin bestünden keine gegenüber anderen Berufen erhöhten Anforderungen an das Hörvermögen (wie zum Beispiel im Beruf des Konzertmusikers oder des Klavierstimmers). Zwar könne das Hörvermögen durch spezielle Hörgeräte, die über der Festbetragsregelung der Krankenkassen lägen, verbessert werden. Dieser Umstand allein könne den Rentenversicherungsträger allerdings nicht zur Leistung verpflichten. Diese Leistungspflicht ergebe sich nur, wenn am Arbeitsplatz Anforderungen bestünden, die über die Anforderungen für jeden Arbeitsplatz hinausgingen. Persönliche oder telefonische Kommunikation, im Zweier- oder Gruppengespräch, auch bei ungünstigen akustischen Bedingungen, mit hohen Anforderungen an das Verstehen sowie störende Umgebungsgeräusche am Arbeitsplatz stellten Anforderungen an das Hörvermögen dar, die auch im täglichen Leben sowie nahezu bei jeder Berufsausübung bestünden.

Hiergegen erhob die Klägerin am 17. August 2012 beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage (S 11 R 4136/12). Sie könne ihren Beruf nicht ausüben, ohne eine entsprechende Hörhilfe. In ihrem Fall sei eine digitale Innen-Ohr-Hörhilfe unbedingt angebracht und nicht vermeidbar. Die in jenem Verfahren beigeladene Beklagte des vorliegenden Verfahrens regte an, jenes Verfahren als Widerspruch gegen ihren Entscheidung, nur den Festbetrag zu erstatten, zu werten und bot an, hierüber mittels Verwaltungsakt zu entscheiden oder den Sachverhalt dem Widerspruchsausschuss zur Entscheidung vorzulegen. Die Klägerin nahm ihre Klage daraufhin am 22. April 2013 zurück.

Nach Einholung eines sozialmedizinischen Gutachtens durch Dr. M. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vom 16. Mai 2013 (drei von vier getestete Geräte hätten eine nahezu identische Sprachverständlichkeit erreicht; entsprechend der audiometrischen Daten seien die Vorbedingungen zur Leistungspflicht nicht vollständig erfüllt; Versorgung mit Festbetragsgerät ausreichend) entschied der Widerspruchsausschuss der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 13. Juli 2013, dem Widerspruch nicht stattzugeben. Für die beantragten Hörgeräte würden Festbeträge gelten, bis zu denen die Krankenkasse die Kosten übernehmen dürfte. Die Festbeträge seien so bemessen, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleistet sei. Der MDK habe in seinem Gutachten vom 16. Mai 2013 festgestellt, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Hörgeräteversorgung an sich nicht vorliegen würden. Lediglich unter Berücksichtigung des Berufs der Klägerin sei eine Versorgung mit Hörgeräten nachvollziehbar. Weiterhin sei festgestellt worden, dass mit den sogenannten Festbetragsgeräten nahezu gleiche Werte erzielt würden wie mit den von der Klägerin gewählten hochpreisigen Hörgeräten. Ein signifikanter medizinisch begründeter Gebrauchsvorteil bei der von ihr gewählten Versorgung sei nicht erkennbar.

Hiergegen erhob die Klägerin am 15. August 2013 Klage beim SG. Sie könne ihren Beruf nicht ohne eine entsprechende Hörhilfe ausüben. In ihrem Fall sei eine digitale Innenohrhörhilfe unbedingt angebracht und nicht vermeidbar. Für die Innenohrhörhilfe seien ihr EUR 4.667,00 in Rechnung gestellt worden. Sie habe abzüglich des Eigenanteils und des Kassenanteils einen Betrag von EUR 3.864,00 sowie für ein Gutachten der Dr. D. einen Betrag in Höhe von EUR 75,00 gezahlt. Die Beklagte könne sich nicht auf die geltenden Festbetragsregelungen berufen. Die von ihr begehrten Hörhilfen seien für ihre konkrete Berufsausübung erforderlich. Gerade berufsspezifisch lägen die Voraussetzung für die Leistungsgewährung vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie verwies auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid. Ergänzend merkte sie an, dass eine eher geringe Schwerhörigkeit vorliege.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 4. März 2015 ab. Zu Recht habe die Beklagte als erstangegangener Rehabilitationsträger über den Antrag auf Versorgung mit Hörgeräten entschieden. Ein Leistungsbegehren der Klägerin habe spätestens mit Eingang der Versorgungsanzeige am 29. Februar 2012 vorgelegen. Der Antrag auf Versorgung mit den hochpreisigen, nicht zum Festbetrag zur Verfügung stehenden Hörgeräten sei erst unter dem 5. März 2012 gestellt worden. Sie habe sich die zuvor über mehrere Monate hinweg probeweise betragenen Hörgeräte am 26. April 2012 endgültig selbst beschafft. Eine Erstattungspflicht käme im vorliegenden Fall, da die Voraussetzungen des [§ 15 Abs. 1](#) Sätze 1 bis 3 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) mangels Fristsetzung der leistungsberechtigten Klägerin nicht vorlägen, nur unter den Voraussetzungen des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) in Betracht. Dies setze die Kausalität zwischen zu Unrecht erfolgter Ablehnung einer Leistung und anschließender Selbstbeschaffung der Leistung voraus. Daran fehle es hier. Die von der Klägerin gewünschte Hörgeräteversorgung sei erstmals mit Bescheid der "unzuständigen, da nicht erstangegangenen" Deutschen Rentenversicherung Bund vom 24. April 2012, zur Post am 25. April 2012, abgelehnt worden. Dieser Bescheid könne der Klägerin auf postalischem Weg frühestens am 26. April 2012 zugegangen sein. An diesem Tag habe sie jedoch bereits die von ihr gewünschten Hörgeräte endgültig angeschafft und sich damit an diesem Tag die Leistung selbst beschafft. Die Klägerin habe eine ablehnende Entscheidung des damals auch von ihr für zuständig gehaltenen Trägers, der Deutschen Rentenversicherung Bund, vor der Selbstbeschaffung der Leistung gerade nicht abgewartet. Entweder sie habe sich die Hörgeräte gekauft, noch ehe sie den frühestens am 26. April 2012 in ihrem Briefkasten eingegangenen Bescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Kenntnis genommen habe oder sie habe die endgültige Versorgung mit den Hörgeräten bereits zuvor fest ins Auge gefasst und mit dem Hörgeräteakustiker auch bereits den endgültigen Versorgungstermin fest vereinbart. Dies bedeute aber, dass ihr Entschluss, sich die Hörgeräte auf eigene Kosten anzuschaffen,

bereits vor ihrer Kenntnis von der ablehnenden Entscheidung der Deutschen Rentenversicherung Bund festgestanden habe, so dass ein Ursachenzusammenhang zwischen zunächst erfolgter Leistungsablehnung und anschließender Selbstbeschaffung verneint werden müsse. Damit könne aber auch die jetzt zu Recht als zuständiger Rehabilitationsträger verklagte Beklagte nicht zur Erstattung der durch die Selbstbeschaffung angefallenen Kosten verpflichtet sein. In der Mitteilung der Beklagten vom 2. März 2012 an den Hörgeräteakustiker und dem an die Klägerin gerichteten Schreiben der Beklagten vom gleichen Tag könne keinesfalls bereits eine Ablehnung der Versorgung mit den höherpreisigen Hörgeräten gesehen werden, von deren Notwendigkeit der Beklagten zu diesem Zeitpunkt überhaupt nichts bekannt gewesen sei. Damit könne dahinstehen, ob der Klägerin nach krankenversicherungsrechtlichen oder nach rentenrechtlichen Vorschriften einen Anspruch auf die besonderen Hörgeräte zugestanden hätte. Dies erscheine allerdings fernliegend angesichts einer nur eben geringgradigen Schwerhörigkeit beidseits und den Ausführungen des MDK, wonach zum Festbetrag Im-Ohr-Hörgeräte zur Verfügung gestanden hätten.

Gegen das ihr am 18. März 2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 20. April 2015, einem Montag, Berufung eingelegt. Sie habe das Hörgerät erst gekauft, nachdem die Beklagte die Leistung abgelehnt habe. Sie habe vom Hörgeräteakustiker erfahren, dass die Beklagte die volle Kostenübernahme unter dem 2. März 2012 abgelehnt habe. Daraufhin habe sie mit Schreiben vom 5. März 2012 den Antrag auf volle Kostenübernahme nochmals gestellt. Das hierüber nochmals mit Bescheid vom 25. April 2012 entschieden worden sei, ändere nichts an der Tatsache, dass die Beklagte vorher schon endgültig die Übernahme der Mehrkosten abgelehnt habe.

Die Klägerin beantragt bei sachgerechter Auslegung,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 4. März 2015 aufzuheben sowie die Beklagte unter Abänderung ihres Bescheid vom 2. März 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Juli 2013 zu verurteilen, ihr EUR 3.864,00 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihr erstinstanzliches Vorbringen und führt ergänzend aus, dass die Klägerin an einer leichtgradigen Schwerhörigkeit erkrankt sei. Dies stelle im Krankenversicherungsrecht eine Erkrankung dar, die mit Festbetragshörgeräten auszugleichen sei. Eine bloße Versorgungsanzeige könne nicht dazu führen, dass eine allzu umfangreiche Prüfung, ob vielleicht auch fernliegende andere Versicherungsträger evtl. leistungspflichtig sein könnten, seitens einer Krankenkasse durchgeführt werden müsste.

Der Berichterstatter hat die Beteiligten auf die Absicht des Senats, die Berufung durch Beschluss zurückzuweisen, hingewiesen und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Klägerin hat daraufhin auf ihren Berufungsschriftsatz verwiesen und um Entscheidung gebeten. Die Beklagte hat sich nicht geäußert.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge, die Akte des SG im Verfahren S 11 R 4136/12 sowie die beigezogene Akte der Beklagten Bezug genommen.

II.

1. Der Senat entscheidet über die Berufung der Klägerin gemäß [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) durch Beschluss, da er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat der Senat die Beteiligten angehört. Die Beteiligten haben keine Gesichtspunkte aufgezeigt, die die Durchführung einer mündlichen Verhandlung geboten erscheinen lassen.

2. Die gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte und gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist auch im Übrigen zulässig. Die Berufungen bedurften insbesondere gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) nicht der Zulassung, da die Klage eine Geldleistung von EUR 3.864,00 und damit mehr als EUR 750,00 betrifft.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 2. März 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Juli 2013. Mit dem Bescheid vom 2. März 2012 hat die Beklagte gegenüber dem Hörgeräteakustiker der Klägerin eine Hörgeräteversorgung in Höhe der gesetzlichen Festbeträge bewilligt und damit die Übernahme der den Festbetrag übersteigenden Kosten abgelehnt (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 55). Dieser Bescheid ist gegenüber der Klägerin wirksam geworden, da der Hörgeräteakustiker sie hierüber informiert hat (vgl. BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 56). Dass die Klägerin hiergegen nicht ausdrücklich Widerspruch erhoben hat, ist nach der Rechtsprechung des BSG in einem ähnlich gelagerten Fall unschädlich, da sie mit Schreiben vom 5. März 2012 die volle Kostenübernahme beantragt hat (vgl. BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 57); hierin ist die Widerspruchserhebung zu sehen. Über diesen Widerspruch hat die Beklagte dann mit Widerspruchsbescheid vom 13. Juli 2013 entschieden.

Soweit sich der Klägerin mit ihrem in der Berufungsbegründung formulierten Antrag gegen den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 24. April 2012 "in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Beklagten" vom 13. Juli 2013 wendet, dürfte es sich um einen Schreibfehler handeln. Der Bescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 24. April 2012 war nicht Gegenstand des Klageverfahrens und kann daher zulässigerweise auch nicht Gegenstand des Berufungsverfahrens sein; er war auch nicht Gegenstand der Entscheidung der Beklagten im Widerspruchsbescheid vom 13. Juli 2013 und konnte dies auch nicht gewesen sein, da es sich bei der Beklagten und der Deutschen Rentenversicherung Bund um unterschiedliche Versicherungsträger handelt. Der Senat hat den Antrag der Klägerin daher wie aus dem Tatbestand ersichtlich sachgerecht gefasst.

3. Die Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn die Klage ist unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 2. März 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Juli 2013 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Erstattung der Kosten für die Anschaffung der Hörgeräte in Höhe von EUR 3.864,00. Ein solcher Anspruch könnte sich nur aus

den Rehabilitationsvorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung ergeben (dazu unter a). Einem solchen Anspruch steht aber jedenfalls der bestandskräftige Bescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 24. April 2012 entgegen (dazu unter b). Es kann daher dahinstehen, ob die Beklagte überhaupt zur Entscheidung nach Maßgabe des Rentenversicherungsrechts berufen gewesen wäre (dazu unter c). Auch aus [§ 181 SGG](#) kann zu Gunsten der Klägerin nichts hergeleitet werden (dazu unter d).

Anspruchsgrundlage für die begehrte Kostenerstattung ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Danach sind, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese Kosten von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt daher im Regelfall voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung des BSG; vgl. z.B. BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 – [B 1 KR 8/06 R](#) – in juris Rn. 9; BSG, Urteil vom 26. September 2006 – [B 1 KR 3/06 R](#) – in juris Rn. 13, Urteil vom 7. Mai 2013 – [B 1 KR 8/12 R](#) – in juris, Rn. 8).

a) Ein Anspruch der Klägerin auf Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Kosten der Hörgeräte könnte sich allein aus den Rehabilitationsvorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung, nicht aber denen der gesetzlichen Krankenversicherung über Hilfsmittel ergeben.

aa) Rechtsgrundlage eines krankenversicherungsrechtlichen Leistungsanspruchs ist grundsätzlich [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3](#), [§ 33 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Demnach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, wenn sie erstens nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) aus der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen und zweitens 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 Satz 1 SGB V](#) 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. Ihre Leistungspflicht ist mit dem Festbetrag erfüllt, wenn für die Leistung ein Festbetrag festgesetzt ist ([§ 12 Abs. 2 SGB V](#)). Der von den Krankenkassen geschuldete Behinderungsausgleich bemisst sich entscheidend danach, ob eine Leistung des unmittelbaren oder des mittelbaren Behinderungsausgleichs beansprucht wird (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 – [B 3 KR 20/08 R](#) – in juris, Rn. 14). Insoweit hat der in [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) als 3. Variante genannte Zweck für die im Rahmen der GKV gebotene Hilfsmittelversorgung zwei Ebenen (zum Folgenden BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 31 ff.).

(1) Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs ist die Hilfsmittelversorgung grundsätzlichen von dem Ziel eines vollständigen funktionellen Ausgleichs geleitet. Im Vordergrund steht dabei der unmittelbare Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion. Davon ist auszugehen, wenn das Hilfsmittel die Ausübung der beeinträchtigten Körperfunktion – hier das Hören – selbst ermöglicht, ersetzt oder erleichtert. Für diesen unmittelbaren Behinderungsausgleich gilt das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits, und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Dies dient in aller Regel ohne gesonderte weitere Prüfung der Befriedigung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens im Sinne von [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#), weil die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer Körperfunktion als solche schon ein Grundbedürfnis in diesem Sinne ist. Deshalb kann auch die Versorgung mit einem fortschrittlichen, technisch weiterentwickelten Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend, solange ein Ausgleich der Behinderung nicht vollständig im Sinne des Gleichziehens mit einem gesunden Menschen erreicht ist (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 31; BSG, Urteil vom 16. September 2004 – [B 3 KR 20/04 R](#) – in juris, Rn. 12). Das Maß der notwendigen Versorgung würde deshalb verkannt, wenn die Krankenkassen ihren Versicherten Hörgeräte ungeachtet hörgerätetechnischer Verbesserungen nur "zur Verständigung beim Einzelgespräch unter direkter Ansprache" zur Verfügung stellen müssten. Teil des von den Krankenkassen nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) geschuldeten – möglichst vollständigen – Behinderungsausgleichs ist es vielmehr, hörbehinderten Menschen im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen zu eröffnen und ihnen die dazu nach dem Stand der Hörgerätektechnik ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) jeweils erforderlichen Geräte zur Verfügung zu stellen. Das schließt auch die Versorgung mit digitalen Hörgeräten ein (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 31).

(2) Beschränkter sind die Leistungspflichten der GKV, wenn die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der beeinträchtigten Körperfunktion nicht oder nicht ausreichend möglich ist und deshalb Hilfsmittel zum Ausgleich von direkten und indirekten Folgen der Behinderung benötigt werden (sog. mittelbarer Behinderungsausgleich). Dann sind die Krankenkassen nur für einen Basisausgleich von Behinderungsfolgen eintrittspflichtig (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 32). Es geht hier nicht um einen Ausgleich im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten eines gesunden Menschen. Denn Aufgabe der GKV ist in allen Fällen allein die medizinische Rehabilitation (vgl. [§ 1 SGB V](#) sowie [§ 6 Abs. 1 Nr. 1](#) i. V. m. [§ 5 Nr. 1](#) und 3 SGB IX), also die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation ist hingegen Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme. Ein Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich ist von der GKV deshalb nur dann zu gewähren, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft. Zu diesen allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens gehören das Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden, die elementare Körperpflege, das selbständige Wohnen sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Frei-raums (BSG, Urteil vom 26. März 2003 – [B 3 KR 23/02 R](#) – in juris, Rn. 15; BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 32). Für den Ausgleich darüber hinausreichender Behinderungsfolgen – etwa Gebrauchsvorteile im Beruf – haben beim mittelbaren Behinderungsausgleich hingegen gegebenenfalls andere Sozialleistungssysteme Sorge zu tragen (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 – [B 3 KR 20/08 R](#) – in juris, Rn. 16; BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 31).

(3) Ausschließlich berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile sind – entgegen des als überholt anzusehenden Urteils des 13. Senats des BSG vom 21. August 2008 ([B 13 R 33/07 R](#) – in juris; digitales Hörgerät für Lagerarbeiter) für die Hilfsmittelversorgung nach dem

SGB V grundsätzlich unbeachtlich (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 – [B 3 KR 20/08 R](#) – in juris, Rn. 14; BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 33).

Begrenzt ist der so umrissene Anspruch auf eine Hilfsmittelversorgung nach [§ 33 SGB V](#) durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#). Die Leistungen müssen danach "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein" und dürfen "das Maß des Notwendigen nicht überschreiten"; Leistungen, die nicht notwendig oder die unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Demzufolge verpflichtet auch [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht dazu, den Versicherten jede gewünschte, von ihnen für optimal gehaltene Versorgung zur Verfügung zu stellen. Ausgeschlossen sind danach Ansprüche auf teure Hilfsmittel, wenn eine kostengünstigere Versorgung für den angestrebten Nachteilsausgleich funktionell ebenfalls geeignet ist (ständige Rechtsprechung des BSG, etwa Urteil vom 16. April 1998 – [B 3 KR 6/97 R](#) – in juris, Rn. 17; Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 34). Mehrkosten sind andernfalls selbst zu tragen ([§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#)). Eingeschlossen in den Versorgungsauftrag der GKV ist eine kostenaufwändige Versorgung dagegen dann, wenn durch sie eine Verbesserung bedingt ist, die einen wesentlichen Gebrauchsvorteil gegenüber einer kostengünstigeren Alternative bietet.

(4) Nach diesen Grundsätzen zur Versorgung Versicherter mit Hilfsmitteln zum Ausgleich von Behinderungen steht der Klägerin ein Kostenübernahmeanspruch hinsichtlich der Versorgung mit den beanspruchten Hörgeräten nach [§§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2, 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) über den Festbetrag hinaus nicht zu. Es ist weder erkennbar noch von der Klägerin behauptet, dass die von ihr am 26. April 2012 angeschafften Hörgeräte im Alltagsleben benötigt werden. Für die Versorgung der Klägerin standen Hörgeräte zur Verfügung, deren Kosten mit den (damals geltenden) Festbeträgen gedeckt gewesen wären. Dies entnimmt der Senat dem durch Dr. M. erstellten Gutachten vom 16. Mai 2013. Zwar stellen sich mit den Hörgeräten auch Vorteile abseits der beruflichen Sphäre ein, aber die Klägerin selbst stellt insbesondere in ihrem Antrag bei der Beklagten vom 5. März 2012 sowie im Rahmen der Rechtsbehelfsbegründungen stets darauf ab, dass die beanspruchten Geräte allein zur Berufsausübung nötig seien. Die Beklagte ist daher dem gegen sie nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) bestehenden krankenversicherungsrechtlichen Versorgungsanspruch durch die zugesagte – und durchgeführte – Kostenübernahme im Rahmen des Festbetrages ausreichend nachgekommen ([§ 12 Abs. 2 SGB V](#)). Für den Alltagsgebrauch braucht die Klägerin zur Überzeugung des Senats jedenfalls kein Hörgerät zu einem über den Festbetrag hinausgehenden Preis.

bb) Ein Anspruch der Klägerin auf Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Kosten der Hörgeräte kann allenfalls aus den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung folgen.

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt neben Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter anderem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. [§ 9 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch \[SGB VI\]](#)), wenn die persönlichen und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (vgl. [§§ 10 und 11 SGB VI](#)) erfüllt und die Leistungen nicht nach [§ 12 SGB VI](#) ausgeschlossen sind. Die gesetzliche Rentenversicherung kann unter anderem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 15 SGB VI](#) erbringen ([§ 9 Abs. 1 SGB VI](#)), für die in [§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) auf die rehabilitationsrechtlichen Bestimmungen der [§§ 26 bis 31 SGB IX](#) verwiesen wird. Nach [§ 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX](#) werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation behinderter Menschen erbracht, um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden oder zu mindern. Zu diesen Leistungen gehören nach [§ 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX](#) auch Hilfsmittel, deren Erbringung wiederum in [§ 31 SGB IX](#) näher geregelt ist. Hierzu zählen nach [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) unter anderem Hilfsmittel, die unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind, um eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Als Hilfsmittel zum hier einschlägigen unmittelbaren Behinderungsausgleich dient ein Hörgerät ohne gesonderte weitere Prüfung der Befriedigung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens im Sinne von [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#), weil die Erhaltung bzw. die Wiederherstellung einer Körperfunktion als solche schon ein Grundbedürfnis in diesem Sinne ist (siehe bereits oben). Ob die Ausübung der Erwerbstätigkeit ein Grundbedürfnis im Sinne von [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) ist, ist unerheblich (vgl. BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 49 f.).

b) Ob im konkreten Fall die Voraussetzungen für einen solchen Anspruch bestehen, kann jedoch dahinstehen. Denn ein solcher Anspruch gegen die Deutsche Rentenversicherung Bund ist ausgeschlossen, nachdem diese den entsprechenden Antrag der Klägerin mit Bescheid vom 24. April 2012 und Widerspruchsbescheid vom 2. August 2012 abgelehnt hat. Diese Bescheide sind mit der Rücknahme ihrer dagegen erhobenen Klage durch die Klägerin am 22. April 2013 bestandskräftig geworden ([§ 77 SGG](#)). Eine Leistungsgewährung seitens der Deutschen Rentenversicherung ist damit ausgeschlossen (vgl. BSG, Urteil vom 13. August 1981 – [11 RA 56/80](#) – in juris, Rn. 14; BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 12), weswegen auch deren Beiladung zum Verfahren ([§ 75 SGG](#)) nicht zu erfolgen hatte. Dies gilt auch im Anwendungsbereich des [§ 14 SGB IX](#), dessen Regelungen die Bindungswirkung des [§ 77 SGG](#) nicht zu beseitigen vermögen (Straßfeld, in: Roos/Wahrendorf [Hrsg.], SGG, 2014, § 75 Rn. 300; Hintz/Lowe, SGG, 2012, § 75 Rn. 8; im Ergebnis auch Pattar, SGB 2010, 652 [656]; a.A. tendenziell, aber offen gelassen: BSG, Urteil vom 29. September 2009 – [B 8 SO 19/08 R](#) – in juris, Rn. 24).

Die bestandskräftige Ablehnung von Leistungen nach den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung betrifft aber nicht nur einen etwaigen Leistungsanspruch gegen den Rentenversicherungsträger selbst, sondern auch gegen jeden anderen Leistungsträger, soweit er sich auf rentenrechtliche Anspruchsgrundlagen stützt. So können aufgrund der Regelungen des [§ 14 SGB IX](#) zwar auch andere Sozialleistungsträger verpflichtet sein, über Rehabilitationsleistungen nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung zu entscheiden. Im Innenverhältnis der Sozialleistungsträger bleibt aber der Rentenversicherungsträger leistungs verpflichtet ([§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#); vgl. etwa BSG, Urteil vom 23. Juli 2015 – [B 8 SO 7/14 R](#) – in juris, Rn. 10; BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 16). Hat dieser aber seine Leistungspflicht bestandskräftig verneint und kann deswegen nicht zur Leistung verurteilt werden, kann dies nicht dadurch umgangen werden, dass ein anderer Sozialleistungsträger Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung gewährt. Denn Zweck des [§ 14 SGB IX](#) ist es allein, durch auf Beschleunigung gerichtetes Zuständigkeitsklärungsverfahren die möglichst schnelle Leistungserbringung zu sichern (Begründung des Gesetzesentwurfes auf [Bundestags-Drucksache 14/5074, S. 102](#)), aber nicht die Einschränkung der Wirkung der Bestandskraft von Bescheiden oder die Erhaltung materieller Ansprüche trotz solcher entgegenstehender bestandskräftiger Bescheide durch Auswechslung des zuständigen Leistungsträgers. Dass dies im Übrigen auch aus Sicht des Versicherten nicht unzumutbar ist, belegt gerade der vorliegende Fall: Es wäre der Klägerin ohne Weiteres möglich gewesen, die Bestandskraft des Bescheides der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 24. April 2012 durch die Aufrechterhaltung ihrer dagegen erhobenen Klage zu verhindern. Sie hätte in jenem Verfahren, in dem die Beklagte des hiesigen Verfahrens beigeladen war, auch ohne Weiteres die Prüfung, ob ein Anspruch nach dem Rentenversicherungsrecht gegen die Beklagte des hiesigen Verfahrens besteht, und ggf. deren Verurteilung

erreichen können ([§ 75 Abs. 5 SGG](#)).

Es kann dahinstehen, ob von dem Vorstehenden dann eine Ausnahme zu machen ist, wenn der bestandskräftige Bescheid offensichtlich rechtswidrig ist (so im Erstattungsstreit etwa BSG, Urteil vom 26. Juni 2008 – [B 13 R 37/07 R](#) – in juris, Rn. 14; Landessozialgericht [LSG] Baden-Württemberg, Urteil vom 24. April 2015 – [L 8 AL 2430/12](#) – in juris, Rn. 76), denn dies ist hier nicht der Fall. Es steht keineswegs fest, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund verpflichtet gewesen wäre, die den Festbetrag übersteigenden Kosten zu übernehmen bzw. diese Kosten zu erstatten. Denn es ist offen, ob die Tatbestandsvoraussetzungen der [§§ 9 ff.](#), [16 SGB VI](#), [§§ 33](#) bis [38 SGB IX](#) erfüllt sind. Zudem steht die Entscheidung über die Gewährung von Rehabilitationsleistungen nach diesen Vorschriften im Auswahlermessen des Rentenversicherungsträgers (BSG, Urteil vom 12. Dezember 2011 – [B 13 R 79/11 R](#) – in juris, Rn. 25; BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 51); eine Ermessenreduktion auf Null lässt sich im hiesigen Verfahren indes nicht feststellen.

c) Vor diesem Hintergrund kann dahinstehen, ob die Beklagte überhaupt berechtigt und verpflichtet gewesen wäre, über den Leistungsantrag der Klägerin auch nach Maßgabe des rentenrechtlichen Rehabilitationsrechts zu entscheiden.

aa) Bei der Feststellung einer Zuständigkeit nach Maßgabe des [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX kommen grundsätzlich nur zwei Zuständigkeiten in Betracht: die des erstangegangenen oder des im Wege der Weiterleitung zweitangegangenen Rehabilitationsträgers. In jedem Fall verlieren alle anderen Träger die Entscheidungsbefugnis über die Gewährung von Rehabilitationsleistungen im Verhältnis zum Antragssteller, so dass gleichwohl ergangene Bescheide wegen sachlicher Unzuständigkeit rechtswidrig und aufzuheben sind (vgl. BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009 – [B 5 R 5/07 R](#) – in juris, Rn. 16), wenn sie nicht bestandskräftig sind. Die erstangegangenen Rehabilitationsträger sind gemäß [§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) grundsätzlich gehalten, binnen zwei Wochen ab Antragsstellung einen Antrag umfassend, d.h. auf alle nach Lage des Falles in Betracht kommende Leistungen und Anspruchsgrundlagen hin zu überprüfen, um die Zuständigkeit zu bestimmen (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 25 m.w.N.). Ein Antrag auf Versorgung mit Hörgeräten, wie ihn die Klägerin am 8. März 2012 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund gestellt hat, ist jedenfalls auch auf Leistungen zur Teilhabe im Sinne von [§§ 1, 4](#) und [5 SGB IX](#) gerichtet und ist daher als Antrag auf Teilhabeleistungen im Sinne von [§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) zu werten (vgl. BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 25). Er darf insbesondere nicht "künstlich" in separate Teilleistungsanträge für die verschiedenen in Betracht kommenden Teilhabeleistungen aufgespalten werden (BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) – in juris, Rn. 25; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 4. November 2013 – [L 2 R 438/13 ER](#) – in juris, Rn. 25). Kommt der erstangegangene Rehabilitationsträger im Rahmen dessen zu dem Schluss, dass nicht er, sondern ein anderer zuständig ist, hat eine Weiterleitung innerhalb der Zwei-Wochen-Frist des [§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) zu erfolgen ([§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)) mit der Konsequenz, dass bei ordnungsgemäßer Weiterleitung im Sinne des [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) der andere Träger nach Maßgabe des [§ 14 Abs. 2 Satz 1](#) und 3 SGB IX umfassend zuständig wird.

bb) Es kann dahinstehen, ob die Beklagte als erstangegangener Träger oder als im Wege der Weiterleitung zweitangegangener Rehabilitationsträger zur Entscheidung berufen war. Denn nach dem oben Dargestellten (unter a und b) kann ein Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte in keinem Fall bestehen.

d) Auf [§ 181 SGG](#) lässt sich ein Anspruch der Klägerin ebenfalls nicht stützen.

Gemäß [§ 181 Satz 1 SGG](#) verständigt das Gericht, wenn es die Klage gegen einen Versicherungsträger ablehnen will, weil es einen anderen Versicherungsträger für leistungspflichtig hält, obwohl dieser bereits den Anspruch endgültig abgelehnt hat oder in einem früheren Verfahren rechtskräftig befreit worden ist, den anderen Versicherungsträger und das Gericht, das über den Anspruch rechtskräftig entschieden hat, und gibt die Sache zur Entscheidung an das gemeinsam nächsthöhere Gericht ab.

Die Norm ist nur anwendbar, wenn die Unbegründetheit der Klage darauf beruht, dass das Gericht einen anderen Sozialleistungsträger für leistungspflichtig hält, wobei die bloße Annahme der Möglichkeit nicht ausreicht (Arndt, in: Breitzkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl. 2014, § 181 Rn. 4 m.w.N.; Hannappel, in: Roos/Wahrendorf [Hrsg.], SGG, 2014, § 181 Rn. 4).

Diese Voraussetzung liegt hier nicht vor, denn es ist zwar möglich, aber – siehe oben unter b) – letztlich offen, ob die Klägerin gegen den Rentenversicherungsträger einen Leistungsanspruch hätte.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#).

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-10-26