

B 5 R 8/14 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Mainz (RPF)
Aktenzeichen
S 5 R 145/09
Datum
17.05.2011
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 6 R 425/11
Datum
23.10.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 5 R 8/14 R
Datum
30.10.2014
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zur Kontrolle der Auslegung schlüssiger Willenserklärungen durch das Revisionsgericht.

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 23. Oktober 2013 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

1

Streitig ist die Übernahme von Kosten für eine beidseitige Hörgeräteversorgung der Klägerin.

2

Die 1954 geborene Klägerin ist seit ihrer Kindheit schwerhörig und war ab den frühen 1980er Jahren als Arbeiterin am Fließband und in einem Reparaturbetrieb bei der T. tätig. Aufgrund ihrer Qualifikation nahm die Klägerin einige Zeit später eine Tätigkeit im Bereich der Finanzbuchhaltung für die T. auf, die sie auch noch im Jahre 2004 ausübte. Zu ihren Aufgaben zählte damals das Anlegen und Pflegen von Stammdaten für ein Telekommunikationsunternehmen. Diese Aufgaben wurden zentral in der Niederlassung in S. ausgeführt. Zum Tätigkeitsbereich der Klägerin gehörte die zentrale Stammdatenpflege in SAP R/3 mit Schwerpunkt Kreditorenstammdaten, die Neuanlage von Stammdaten, das Pflegen vorhandener Stammdaten, das Überwachen von Dubletten, das Sperren und Löschen von Stammdaten etc; die telefonische Beratung bezüglich der Kreditorenstammdaten konnte die Klägerin aufgrund ihrer eingeschränkten Hörfähigkeit nicht wahrnehmen. Zusätzliche Aufgaben der Klägerin waren ua die Einarbeitung/Ausbildung von Auszubildenden im Rahmen eines Praktikums bzw die Teilnahme und Umsetzung von Teambesprechungen (mit bis zu 30 Mitarbeitern), Arbeitsunterweisungen (für bis zu 20 Mitarbeiter), Netz- und Telefonkonferenzen (vgl die Arbeitsplatzbeschreibung durch den Arbeitgeber vom 4.10.2005).

3

Die Versorgungsverwaltung erkannte der Klägerin erstmals 1985 einen Grad der Behinderung (GdB) zu. Seit Dezember 2000 sind bei der Klägerin ein GdB von 100 und die Merkzeichen RF und Gl anerkannt. In den Jahren 1990/1991 fand die erste Hörgeräteversorgung am linken Ohr der Klägerin statt. Ab 1996 befindet sich die Klägerin bei ihrem derzeitigen HNO-Arzt Dr. A. in S. in Behandlung. Eine beidseitige Hörgeräteversorgung der Klägerin erfolgte 1998.

4

Dr. A. verordnete der Klägerin unter dem 8.11.2004 auf einem entsprechenden Vordruck neue Hörhilfen und nannte dazu als Diagnose "Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits". Mit dieser Hörgeräteverordnung wandte sich die Klägerin an das Hörgeräteakustikunternehmen R. Hörgeräte GmbH in S. Die Firma R. erstellte unter dem 9.11.2004 einen Kostenvoranschlag für eine beidseitige Hörgeräteversorgung der Klägerin mit dem Gerät Senso Diva SD-19 in Höhe von 3445,84 EUR (Gesamtpreis in Höhe von 4438,25 EUR abzüglich Festbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Höhe von 992,41 EUR). Unter Verwendung des betreffenden Antragsformulars der beklagten Deutschen Rentenversicherung Bund und unter Beifügung des Kostenvoranschlags sowie der

Hörgeräteverordnung vom 8.11.2004 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Übernahme der Kosten von behinderungsbedingten Zusatzausstattungen, dh die Übernahme der Kosten des Hörgeräts. Die Klägerin gab ua an, dass sie für die behinderungsbedingten Zusatzausstattungen bislang bei keiner anderen Stelle einen Antrag gestellt habe. Der Antrag ging bei der Beklagten am 11.11.2004 ein.

5

Mit Bescheid vom 29.11.2004 lehnte die Beklagte der Klägerin gegenüber den Antrag auf Hörhilferversorgung ab. Zur Begründung führte sie ua aus, dass kein berufsspezifischer Mehrbedarf, der über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu Lasten der Beklagten abzudecken sei, bestehe. In ständiger Rechtsprechung habe das BSG entschieden, dass die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zu den elementaren Grundbedürfnissen des Menschen gehöre und daher die GKV die für die Berufsausübung erforderlichen Hilfsmittel als medizinischen Ausgleich einer Behinderung zur Verfügung zu stellen habe. Entscheidend sei hierbei, dass der Hilfsmittelbedarf für jedwede Form der Berufsausübung bestehe. Eine Leistungspflicht durch den Rentenversicherer bestehe nicht.

6

Die Klägerin legte gegen diesen Bescheid am 13.12.2004 Widerspruch ein und führte zur Begründung ua aus, dass sie gerade bei ihrer Tätigkeit eine schnelle Auffassungsgabe benötige und daher nicht mehrmals nachfragen könne, was sie zu erledigen habe. Dazu gebe es viele unterschiedliche Geräusche in ihrem Büro (Telefone, Computer und Drucker), die zu erheblichen Belastungen führten. Ein weiterer wichtiger Aspekt sei die Kommunikation in der Lehrlingsausbildung an ihrem Arbeitsplatz. Diese Voraussetzungen seien jedoch nicht bei jeder beruflichen Tätigkeit gegeben. Sie bedürfe der Hörhilfe speziell für ihren Arbeitsplatz, weil die Anforderungen und der Druck immer stärker würden.

7

Mit Widerspruchsbescheid vom 1.3.2005 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück und führte zur Begründung ua aus, dass Hilfsmittel, die auf den unmittelbaren Ausgleich einer körperlichen Behinderung selbst gerichtet seien, zum Leistungskatalog der GKV gehörten ([§ 27 Abs 1 Nr 3 SGB V](#)). Die Übernahme von Kosten für Hilfsmittel in Form eines Hörgeräts als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben komme nur dann in Betracht, wenn das Hilfsmittel zum Ausgleich der Behinderung ausschließlich für einen bestimmten Arbeitsplatz bzw für eine spezielle Form einer Berufsausbildung bzw Berufsausübung benötigt werde. Die medizinischen Feststellungen hätten ergeben, dass die Klägerin auf speziell angepasste Hörgeräte angewiesen sei, jedoch seien diese zum Ausgleich der Behinderung nicht ausschließlich bei der Ausübung eines bestimmten Berufs erforderlich. Ebenso bestehe der Hilfsmittelbedarf für jedwede Form der Berufsausübung. Bei der speziell ausgeübten Tätigkeit als Angestellte bei einem Telekommunikationsunternehmen lägen keine speziellen beruflichen Anforderungen an das Hörvermögen vor, die eine Hörgeräteversorgung über die durch die GKV zu leistende medizinische Grundversorgung erforderten.

8

Die Firma R. stellte unter dem 16.3.2005 gegenüber der Klägerin eine Rechnung über zwei Hörgeräte nebst Zubehör vom Typ Senso Diva SD-19 mit Poti aus; die Firma R. bezifferte darin den Gesamtpreis mit 4333,25 EUR, brachte hiervon unter Berücksichtigung der gesetzlichen Zuzahlung in Höhe von 20,00 EUR einen Festbetrag der GKV in Höhe von 972,41 EUR in Abzug und machte der Klägerin gegenüber noch einen Betrag in Höhe von 3360,84 EUR geltend. Laut Angabe der beigeladenen Krankenkasse wurde die Hörgeräteverordnung nebst Kostenvoranschlag am 31.3.2005 bei ihr eingereicht; die Beigeladene entrichtete in der Folgezeit den Festbetrag in Höhe von 972,41 EUR an die Firma R.

9

Das SG Mainz hat die für die Klägerin zuständige Krankenkasse zum Verfahren beigeladen, ein hals-nasen-ohrenärztliches Sachverständigengutachten des Dr. S. sowie eine schriftliche Stellungnahme des Mitarbeiters A. D. der Firma R. eingeholt.

10

Mit Urteil vom 17.5.2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Voraussetzungen für die Erstattung der Kosten bei einer selbstbeschafften Leistung nach [§ 15 Abs 1 SGB IX](#) lägen nicht vor. Die Beklagte habe als erstangegangener Rehabilitationsträger den Anspruch der Klägerin unter allen rechtlich in Betracht kommenden Möglichkeiten prüfen müssen. Die Klägerin habe jedoch keinen Anspruch auf Ausstattung mit den gewünschten und schließlich auch angeschafften digitalen Hörgeräten, die über die Festbetragsversorgung hinausgingen. Es sei bei Beachtung des Sachverständigengutachtens des Dr. S. vom 6.1.2006 davon auszugehen, dass die Klägerin zwar wegen der Art und Schwere der Hörbehinderung in Bezug auf die konkreten Bedingungen und Anforderungen ihres Arbeitsplatzes auf eine Versorgung mit digitalen Hörgeräten mit Spezialausstattung angewiesen sei. Vorliegend lasse sich jedoch nicht feststellen, dass ein zum Festbetrag erhältliches Hörgerät die Anforderungen im Fall der Klägerin, auch unter Berücksichtigung des speziellen Arbeitsplatzes, nicht erfüllt hätte. Zwar sei das Gerät, für das sich die Klägerin entschieden habe, subjektiv besser gewesen und habe auch objektiv ein - wenn auch nur geringfügig - besseres Hörvermögen erbracht. Die Unterschiede zwischen den getesteten Geräten seien jedoch so geringfügig, dass eine Versorgung mit dem Festbetragsgerät auch unter Berücksichtigung der Anforderungen am Arbeitsplatz der Klägerin zumutbar und ausreichend gewesen wäre.

11

Auf die Berufung der Klägerin hat das LSG Rheinland-Pfalz nach Einvernahme der Zeugen B. und L. (Firma R.) mit Urteil vom 23.10.2013 das Urteil des SG vom 17.5.2011 sowie den Bescheid der Beklagten vom 29.11.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1.3.2005 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 3360,84 EUR zur Beschaffung der Hörgeräte vom Typ Senso Diva SD-19 nebst Zubehör zu zahlen. Der Anspruch der Klägerin ergebe sich aus [§ 15 Abs 1 S 4 SGB IX](#), wonach eine Erstattungspflicht dann bestehe, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen könne oder eine

Leistung zu Unrecht abgelehnt habe. Der bei der Beklagten am 11.11.2004 eingegangene Leistungsantrag der Klägerin sei mit Blick auf die Zuständigkeitsregelung des [§ 14 SGB IX](#) als rehabilitationsrechtlicher Erstantrag zu werten. Es lägen keine Hinweise dafür vor, dass vor der Beklagten noch die beigeladene Krankenkasse mit dem Begehren der Klägerin befasst worden wäre. Die Beigeladene sei erst nach dem 16.3.2005, als die Firma R. den sich aus der Rechnung vom 16.3.2005 ergebenden Festbetrag habe einziehen wollen, mit der Angelegenheit befasst worden. Die Übergabe der Hörgeräteverordnung durch die Klägerin an die Firma R. am 8.11.2004 sei nicht als Antrag gegenüber der Beigeladenen zu werten. Die Klägerin habe in der mündlichen Verhandlung am 25.1.2011 angegeben, dass sie auf Anraten des Mitarbeiters der Firma R. den Rehabilitationsantrag gerade bei der Beklagten gestellt habe. Auch in Anbetracht der Rechtsprechung des BSG (vgl Urteil vom 24.1.2013 - [B 3 KR 5/12 R](#) - [BSGE 113, 40](#) = SozR 4-3250 § 14 Nr 19, RdNr 20) sei - entgegen der Auffassung der Beklagten - aufgrund der konkreten Gegebenheiten nicht schon in der Übergabe der vertragsärztlichen Hörgeräteverordnung durch die Klägerin an die Firma R. ein Leistungsantrag bei der beigeladenen Krankenkasse zu sehen. Vielmehr habe sich die Klägerin hier bewusst für eine Antragstellung bei der Beklagten entschieden. Sowohl die zum Zeitpunkt der Übergabe der Hörgeräteverordnung an die Firma R. zwischen der Beigeladenen und den Hörgeräteakustikunternehmen geltenden vertragsrechtlichen Bestimmungen des Rahmenvertrages vom 23.3.1993 (RV) als auch die zum Abschluss der Versorgung ab dem 1.2.2005 geltenden Bestimmungen der Versorgungsvereinbarung (VersV) sprächen nicht für eine quasi automatische Antragstellung bei der Krankenkasse im Moment der Übergabe der ärztlichen Hörgeräteverordnung an den Hörgeräteakustiker. § 8 RV iVm Ziff 1 S 1 der Anlage 5 (Abrechnungsverfahren) zum RV sehe vor, dass Rechnungen über abgeschlossene Versorgungsleistungen und sonstige Leistungen bis zum 15. des Folgemonats maschinenlesbar bei der zuständigen Krankenkasse in zweifacher Ausfertigung einzureichen seien. Ziff 1 S 4 aaO bestimme, dass die "vollständig ausgefüllten kassenärztlichen Verordnungen und ggf. die genehmigten Kostenvoranschläge beizufügen" seien. Das nach diesen Bestimmungen einzuhaltende Verfahren zeige, dass erst dann eine Befassung der Krankenkasse mit der Angelegenheit stattfinde, wenn die Versorgung praktisch schon erfolgt sei und nur noch die Abrechnung ausstehe. In gleicher Weise gestalteten sich auch die Rechtsbeziehungen der für die Zeit ab dem 1.2.2005 geltenden VersV. Gemäß § 5 Abs 1 S 2 VersV sei bei einer Folgeversorgung - wie hier - die ohenärztliche Verordnung für die Krankenkasse ohne Bedeutung, denn die Krankenkasse verzichte auf die Vorlage einer neuen vertragsärztlichen Verordnung. Insoweit werde die ohenärztliche Verordnung bei einer Folgeversorgung nur im Verhältnis zwischen dem Patienten bzw Kunden und dem Hörgeräteakustiker relevant. Deshalb könne in der Vorlage einer kassenärztlichen Verordnung zur Folgeversorgung auch kein Antrag an die Krankenkasse gesehen werden. Der Hörgeräteakustiker trete sowohl bei einer Erst- als auch bei einer Folgeverordnung erst vor Beginn der Versorgung mit der Krankenkasse in Kontakt (§ 5 Abs 2 VersV) und stelle eine Versorgungsanzeige; der Beginn der Versorgung sei aber erst der Zeitpunkt, an dem die Anpassung gemäß § 5 Abs 3 VersV abgeschlossen sei (§ 3 Abs 8 S 1 VersV). Folglich werde auch nach den Regeln der VersV die zuständige Krankenkasse erst gegen Ende des Anpassungsverfahrens erstmals mit der Angelegenheit befasst. Schließlich ergäben sich aus den gemäß § 7 Abs 1 VersV für die Abrechnungen zwischen den beteiligten Krankenkassen und den Hörgeräteakustikern maßgebenden Vorschriften des [§ 302 SGB V](#) keine Anhaltspunkte dafür, dass mit der hier unstreitig erfolgten Übergabe der ohenärztlichen Hörgeräteverordnung durch die Klägerin ein Antrag auf Versorgung bei der Beigeladenen gestellt worden sein könnte. Erst wenn die Krankenkasse konkret um die Gewährung einer Leistung angegangen werde, zB hier durch eine Versorgungsanzeige, könne eine Antragstellung iS von [§ 16 Abs 1 SGB I](#) angenommen werden. Schließlich würde die Auffassung der Beklagten, dass mit der Übergabe des Hörgeräterezpts an den Hörgeräteakustiker gleichzeitig ein Antrag iS von [§ 19 S 1 SGB IV](#) an eine Krankenkasse gestellt worden wäre, jedenfalls vorliegend dazu führen, dass eine Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers von vornherein ausgeschlossen wäre, da die Übergabe der Hörgeräteverordnung zwangsläufig Grundlage für das Tätigwerden des Hörgeräteakustikers sei. Dass aber ein genereller Ausschluss der Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung von der Hörgeräteversorgung im Teilhabefall nicht gesetzlich gewollt sein kann, ergebe sich bereits aus den Vorschriften der [§§ 9 f SGB VI](#), die die Teilhabe Versicherter am Arbeitsleben regeln.

12

Vorliegend sei auch die weitere Voraussetzung des [§ 15 Abs 1 S 4 SGB IX](#), dass durch den verpflichteten Rehabilitationsträger eine Leistung zu Unrecht abgelehnt worden sei, erfüllt. Die ablehnende Entscheidung der Beklagten sei rechtswidrig gewesen, weil sie den Anspruch der Klägerin auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den [§§ 9, 15 SGB VI](#) iVm [§ 26 Abs 2 Nr 6](#) und [§ 31 Abs 1 Nr 3 SGB IX](#) unberücksichtigt gelassen habe. Dass die Klägerin auf eine gute Kommunikationsfähigkeit im Rahmen ihrer Tätigkeit bei einem Telekommunikationsunternehmen angewiesen gewesen sei, ergebe sich nicht nur aus dem Vortrag der Klägerin, sondern auch aus der Arbeitsplatzbeschreibung ihres Arbeitgebers vom 4.10.2005. Die Klägerin sei demnach überwiegend mit EDV-Tätigkeiten, daneben auch mit der Einarbeitung und Ausbildung von Auszubildenden im Rahmen eines Praktikumseinsatzes bzw der Einarbeitung von Aushilfskräften befasst gewesen und habe darüber hinaus an Teambesprechungen mit bis zu 30 Mitarbeitern teilgenommen und Arbeitsanweisungen an bis zu 20 Mitarbeiter weitergeleitet. Dass die Klägerin an ihrem Arbeitsplatz auf eine möglichst hochwertige Hörgeräteversorgung angewiesen sei, habe auch der Sachverständige Dr. S. in seinem Gerichtsgutachten vom 6.11.2006 zur Überzeugung des Senats nachvollziehbar dargelegt. Demnach könne die Klägerin ausschließlich mit Hörgeräten in digitaler Mehrkanaltechnik und unter Verwendung spezieller Spracherkennungsprogramme sowie einem Störgeräuschunterdrückungsprogramm versorgt werden. Nach dem Gutachten sei die Klägerin auf die bestmögliche Kommunikation angewiesen, sodass auch eine geringe Abweichung gegenüber einem schlechteren Festbetragsgerät nicht hinzunehmen sei. Daher sei die Versorgung der Klägerin mit dem tatsächlich beschafften Gerät zur Fortsetzung ihrer Erwerbstätigkeit zwingend erforderlich, sodass auf Seiten der Beklagten eine "Ermessensreduktion auf Null" gegeben sei.

13

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Beklagte eine Verletzung des [§ 14 SGB IX](#) und des [§ 33 Abs 1 S 1 SGB V](#) als auch [§ 33 Abs 8 S 1 Nr 4 SGB IX](#) sowie eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ([§ 128 Abs 2 SGG](#)), des Amtsermittlungsgrundsatzes ([§ 103 SGG](#)) und eine Überschreitung der Grenzen freier Beweiswürdigung ([§ 128 Abs 1 SGG](#)).

14

Erstangegangener Rehabilitationsträger iS der [§§ 14 SGB IX, 16 SGB I](#) sei nicht die Beklagte, sondern die Beigeladene, zumal der maßgebliche Antrag zuerst bei ihr gestellt worden sei. Da die Beigeladene den Antrag nicht innerhalb von zwei Wochen an die Beklagte weitergeleitet habe, habe die Beigeladene und nicht die Beklagte den Anspruch anhand aller Rechtsgrundlagen prüfen müssen, die in der konkreten Bedarfssituation vorgesehen gewesen seien. Die Zuständigkeit der Beigeladenen sei demnach ausschließlicher Natur gewesen und habe die Zuständigkeit aller anderen Träger und somit auch der Beklagten ausgeschlossen. Zwar habe der 3. Senat des BSG in seiner Entscheidung vom 24.1.2013 ([B 3 KR 5/12 R](#) - [BSGE 113, 40](#) = SozR 4-3250 § 14 Nr 19) zunächst offengelassen, ob die maßgebliche

Antragstellung iS des [§ 14 SGB IX](#) in dem zu entscheidenden Fall durch Übergabe der kassenärztlichen Verordnung an den Hörgeräteakustiker oder durch dessen Versorgungsanzeige bei der Krankenkasse erfolgt sei. Indem das LSG ausführe, erst wenn die Krankenkasse konkret um die Gewährung einer Leistung angegangen werde, zB hier durch eine Versorgungsanzeige, könne eine Antragstellung iS von [§ 16 Abs 1 SGB I](#) angenommen werden, schließe das LSG von dem tatsächlichen Geschehen auf die rechtliche Befassungswirkung der Versorgungsanzeige iS des SGB IX. Ein Abstellen auf diesen späten Zeitpunkt widerspreche den Anforderungen, die der 3. Senat in seinem Urteil vom 24.1.2013 ([B 3 KR 5/12 R](#)) zum Umgang mit dem Leistungsrecht des SGB V aufgestellt habe, wonach sich ein Rehabilitationsträger seiner leistungsrechtlichen Verantwortung nicht entziehen und dem Leistungserbringer quasi die Entscheidung darüber überlassen dürfe, ob dem Versicherten eine Teilhabeleistung zuteil werde. Nach Auffassung der Beklagten setze nach der vom LSG festgestellten ausschließlich bilateral zwischen den Krankenkassen und den Hörgeräteakustikern vertraglich vereinbarten Verfahrensweise bereits die Übergabe der vertragsärztlichen Hörgeräteversorgung das Verwaltungsverfahren rechtswirksam zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse in Gang. Auf das Vorliegen einer Versorgungsanzeige beziehungsweise deren Eingang bei der Krankenkasse komme es daher nicht mehr an. Wenn die Entscheidung über das Ob und Wie - jedenfalls bis zur Höhe des Festbetrages - nach den getroffenen Vereinbarungen ausschließlich bei dem Hörgeräteakustiker als Leistungserbringer liege, setze dies nach Auffassung des Beklagten zwingend einen Antrag voraus, der nicht ex post in der Versorgungsanzeige an die Krankenkasse gesehen werden könne, also zu einem Zeitpunkt, in welchem die eigentlich von der Krankenkasse zu treffende, aber auf den Leistungserbringer übergegangene Verwaltungsentscheidung über die Leistungsbewilligung de facto schon gefallen sei, wie das LSG zutreffend erkannt habe und vom BSG mit deutlichen Worten moniert werde. Mit der Übergabe der Hörgeräteverordnung an den Hörgeräteakustiker setze der Versicherte ein Hilfsmittelversorgungsverfahren in Gang, wobei der Hörgeräteakustiker aufgrund seiner vertraglichen Beziehungen mit der Krankenkasse legitimiert sei, eine Leistung - wenn auch nur zum Festbetrag - zu ihren Lasten zu erbringen (mit Verweis auf BSG Urteil vom 24.1.2013 - [B 3 KR 5/12 R](#) - [BSGE 113, 40](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr 19, RdNr 20](#)). Vertragliche Beziehungen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherten bestünden insoweit nicht. Der Leistungserbringer sei vollständig in die Versorgungsstruktur der Krankenkassen einbezogen und fungiere faktisch als deren Außenstelle beziehungsweise als deren "verlängerter Arm". Der Antrag des Versicherten gelte daher mit der Übergabe an den Hörgeräteakustiker als gestellt. Dieser sei nicht lediglich Erklärungsbote der Klägerin, sondern als "Prüfbeauftragter" der Beigeladenen anzusehen, da er nach [§ 127 SGB V](#) als Leistungserbringer ausschließlich in die Verwaltungsprozesse bei der Krankenkasse eingebunden und berechtigt sei, den individuellen Bedarf verbindlich festzustellen. Soweit das LSG gegen diese Sichtweise anführe, eine Zuständigkeit der Rentenversicherung sei so von vornherein ausgeschlossen, da die Übergabe der Hörgeräteversorgung zwangsläufig Grundlage für das Tätigwerden des Hörgeräteakustikers sei, treffe dies tatsächlich nicht zu. Bei der Beklagten gingen regelmäßig ganz gezielt Anträge auf berufsbedingte Hörgeräteversorgung ohne vorherige ärztliche Verordnung oder Einbeziehung eines Hörgeräteakustikers ein. Für die GKV habe das BSG bereits deutlich gemacht, dass, solange ein Ausgleich der Behinderung nicht vollständig erreicht sei im Sinne eines Gleichziehens mit einem gesunden Menschen, die Versorgung mit einem fortschrittlichen Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden könne, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend (BSG Urteil vom 16.9.2004 - [B 3 KR 20/04 R](#) - [BSGE 93, 183](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr 8, RdNr 4](#)). Die Beklagte halte demgegenüber den gesetzlichen Versorgungsauftrag der Rentenversicherung insgesamt für nicht gegeben. Der Versorgungsauftrag der Rentenversicherungsträger beginne erst dann, wenn eine höherwertige Ausstattung ausschließlich "nur wegen einer auf eine besonders gute Hörfähigkeit angewiesenen beruflichen Tätigkeit" (BSG Urteil vom 21.8.2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - [BSGE 101, 207](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr 7, RdNr 48](#)) bzw "aus rein beruflichen Gründen" (BSG Urteil vom 24.1.2013 - [B 3 KR 5/12 R](#) - [BSGE 113, 40](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr 19, RdNr 53](#)) erforderlich werde. Werde die höherwertige Ausstattung bereits im Rahmen des Behinderungsausgleichs erforderlich (also auch für den Alltagsgebrauch), wozu der Anspruch auf das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen gehöre, sei eine Leistungsbegrenzung in der GKV nicht gerechtfertigt. Indem das LSG ausschließlich auf die Höranforderungen am konkreten Arbeitsplatz abstelle und sich nicht mit dem Grundbedürfnis des Hörens und Verstehens in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen auseinandersetze, weiche es von den Grundsätzen des BSG ab.

15

Außerdem stelle sich das Urteil des LSG als Überraschungsentscheidung dar, mit der vor dem Hintergrund des Sachverständigengutachtens, des Schreibens des Leistungserbringers vom 15.9.2005 und des Beklagtenvortrags nicht zu rechnen gewesen sei. Die Beklagte sei mit einer Tatsachenwürdigung überrascht worden, für die bis dahin keine Hinweise vorgelegen hätten, weshalb eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ([§ 128 Abs 2 SGG](#)) vorliege. Mit dem Unterlassen der notwendigen weiteren Sachverhaltsaufklärung habe das LSG außerdem den Amtsermittlungsgrundsatz ([§ 103 SGG](#)) verletzt, denn es hätte der Frage nachgehen müssen, ob die höherwertige Hörgeräteversorgung auch für den Alltagsgebrauch erforderlich war. Schließlich habe das LSG auch die Grenzen freier Beweiswürdigung ([§ 128 Abs 1 SGG](#)) überschritten, indem es die wesentliche Angabe des Sachverständigen unberücksichtigt gelassen habe, dass eine kostengünstigere Ausstattung nur dann denkbar sei, wenn das Umfeld weitgehend von Störgeräuschen befreit sei (mit Verweis auf BSG Urteil vom 4.6.2002 - [B 2 U 16/01 R](#) - [Juris](#)). Auch das Schreiben des Leistungserbringers vom 15.9.2005 und die Einlassung der Klägerin, wonach diese sich mit anderen als den streitgegenständlichen Hörgeräten in ihrem Alltag nicht ausreichend verständigen könne, seien vom LSG gänzlich unbeachtet gelassen worden.

16

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 23. Oktober 2013 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 17. Mai 2011 zurückzuweisen.

17

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

18

Sie hält das Urteil des LSG für zutreffend. Anders als die Beklagte behauptete, habe die Klägerin nicht eingeräumt, sich weder mit Geräten zum Kassenfestbetrag noch mit anderen Geräten im Alltag ausreichend verständigen zu können. Auch der gerichtlich bestellte Sachverständige Dr. S. habe festgestellt, dass die Klägerin das private Leben weitgehend von Störgeräuschen befreit gestalten könne und sich daher die technische Ausstattung der Hörhilfe im rein privaten Umfeld zweifelsfrei deutlich reduzieren und somit kostengünstiger umsetzen lasse.

II

19

A. Die statthafte Revision ist zulässig, soweit sie sich gegen die Anwendung materiellen Rechts wendet. Dagegen berücksichtigt das Rechtsmittel nicht ausreichend, dass Verfahrensverstöße grundsätzlich nur auf Rüge geprüft werden, die bis zum Ablauf der Begründungsfrist - vorliegend am 24.4.2014 - ordnungsgemäß erhoben sein muss ([§ 202 SGG](#), [§ 557 Abs 3 S 2 ZPO](#)).

20

Die Beklagte hat die von ihr geltend gemachten Verfahrensfehler nicht ausreichend begründet. Gemäß [§ 164 Abs 2 S 3 SGG](#) müssen bei Verfahrensrügen die Tatsachen bezeichnet werden, die den Mangel ergeben. Die maßgeblichen Vorgänge müssen so genau angegeben sein, dass das Revisionsgericht sie, die Richtigkeit des Vorbringens unterstellt, ohne weitere Ermittlungen beurteilen kann (BSG Urteil vom 29.8.2012 - [B 10 EG 20/11 R](#) - SozR 4-7837 § 2 Nr 18; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, § 164 RdNr 12 mwN).

21

1. Bei einer behaupteten Verletzung der Amtsermittlungspflicht ([§ 103 SGG](#)) ist darzulegen, dass und inwiefern sich das LSG auf der Grundlage seiner Rechtsauffassung zu weiteren Ermittlungen hätte gedrängt fühlen müssen (Leitherer, aaO, § 164 RdNr 12a). Das erfordert neben der exakten Benennung des nach Auffassung des Revisionsführers zum Beleg einer bestimmten Tatsache ungenutzt gebliebenen Beweismittels regelmäßig die Angabe, zu welchem Ergebnis die unterlassene Beweisaufnahme geführt hätte und die Darlegung, welche konkrete Bedeutung das behauptete Beweisergebnis auf der Grundlage der Rechtsauffassung des Berufungsgerichts für dessen Entscheidung gehabt hätte.

22

Die bloße Behauptung der Beklagten, das eingeholte Sachverständigengutachten reiche nicht aus, um zu klären, ob die höherwertige Hörgeräteversorgung auch für den Alltagsgebrauch erforderlich sei, das LSG hätte sich daher zu einer weiteren Aufklärung des Sachverhalts gedrängt fühlen müssen, um ihre Leistungspflicht als Rentenversicherungsträger begründen zu können, genügt diesen Anforderungen nicht. Weder benennt die Beklagte ein ungenutzt gebliebenes Beweismittel, noch nimmt sie den Rechtsstandpunkt des LSG ein, um eine mögliche Entscheidungserheblichkeit aufzuzeigen.

23

2. Auch eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör in der besonderen Erscheinungsform des [§ 128 Abs 2 SGG](#) hat die Revision nicht hinreichend dargelegt. Nach dieser Vorschrift darf das Urteil nur auf Tatsachen und Beweisergebnisse gestützt werden, zu denen sich die Beteiligten äußern konnten. Die Beklagte missversteht den Anwendungsbereich der Norm, soweit sie geltend macht, vor dem Hintergrund des Sachverständigengutachtens, des Schreibens des Leistungserbringers vom 15.9.2005 und des Beklagtenvortrags habe sie mit der getroffenen Entscheidung nicht rechnen können und sei mit einer Tatsachenwürdigung überrascht worden, für die bis dahin keine Hinweise vorgelegen hätten. [§ 128 Abs 2 SGG](#) konkretisiert den verfassungsrechtlich verbürgten Anspruch auf rechtliches Gehör ([Art 103 Abs 1 GG](#)), beschränkt sich hierbei gegenüber dem inhaltlich weiteren [§ 62 SGG](#) jedoch auf die tatsächlichen Grundlagen der Entscheidung. Die Beklagte benennt indessen keine derartigen Grundlagen, zu denen sie sich nicht hätte äußern können; sie ist vielmehr offenbar der Auffassung, sie hätte zu den hieraus zu ziehenden Schlussfolgerungen des Tatsachengerichts gehört werden müssen. [§ 128 Abs 2 SGG](#) betrifft aber weder die (ohnehin nur eingeschränkte) Verpflichtung zum Rechtsgespräch noch das allgemeine Verbot von Überraschungsentscheidungen (vgl Breitkreuz in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl 2014, § 128 RdNr 10) und kommt damit auch nicht als Grundlage eines allgemeinen Verfahrensgrundsatzes in Betracht, der das Gericht verpflichten würde, die Beteiligten vor einer Entscheidung auf eine in Aussicht genommene Beweiswürdigung hinzuweisen oder die für die richterliche Überzeugungsbildung möglicherweise leitenden Gründe zuvor mit ihnen zu erörtern (vgl BSG Beschlüsse vom 17.10.2006 - [B 1 KR 104/06 B](#) - Juris und vom 2.11.2011 - [B 12 KR 34/11 B](#) - Juris). Etwas anderes könnte im engen Anwendungsbereich von [§ 128 Abs 2 SGG](#) allenfalls dann gelten, wenn der vom Berufungsgericht eingenommene Standpunkt dem Verfahren eine überraschende Wende gibt (BSG Beschluss vom 2.11.2011 - [B 12 KR 34/11 B](#) - Juris RdNr 8; vgl Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, § 62 RdNr 8a f), dh die als solche bekannten Tatsachen und Beweisergebnisse (das "Rohmaterial" der richterlichen Überzeugungsbildung und der auf ihrer Grundlage getroffenen tatsächlichen Feststellungen iS von [§ 163 SGG](#), die gemäß [§ 128 Abs 1 S 2 SGG](#) erst im Urteil zu erläutern sind) in einen völlig neuen, von keinem Beteiligten vorhersehbaren rechtlichen Zusammenhang stellt. Auch dass ein solcher Ausnahmetatbestand vorliegt, hat die Beklagte weder dargelegt noch ist dies sonst ersichtlich. Vielmehr befassen sich bereits die angegriffenen Bescheide (zu Unrecht) allein mit der Frage, ob die Beklagte als Träger der gesetzlichen Rentenversicherung deshalb leistungsverpflichtet ist, weil der Arbeitsplatz der Klägerin besondere Anforderungen stellt und gerade im Blick hierauf eine spezielle Hörgeräteausstattung der Klägerin erforderlich ist. Unter diesen Umständen erschließt sich nicht, inwiefern die Beklagte dadurch in ihrer Rechtsverteidigung behindert worden sein könnte, dass das Berufungsgericht tatsächliche Feststellungen ungeachtet der inhaltlichen Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen in einem von ihr selbst von Anfang an erörterten rechtlichen Kontext würdigt.

24

3. Schließlich hat die Beklagte auch den gedanklichen Weg des LSG zu seiner Überzeugung vom (Nicht-)Vorliegen des (aus seiner Sicht) rechtlich maßgeblichen Sachverhalts, also der zusammenfassenden Würdigung der Tatsachen und Beweisergebnisse ([§ 128 Abs 1 S 1 SGG](#)) nicht mit zulässigen Revisionsrügen angegriffen ([§ 163 SGG](#)). Die entsprechende Überzeugungsbildung ist grundsätzlich dem Tatsachengericht vorbehalten. Das Revisionsgericht kann das insofern eingeräumte Ermessen nur insofern überprüfen, ob das Tatsachengericht bei der Beweiswürdigung gegen Denkgesetze oder allgemeine Erfahrungssätze verstoßen hat, und ob es das Gesamtergebnis des Verfahrens ausreichend und umfassend berücksichtigt hat (stRspr vgl BSG Urteile vom 6.4.1989 - [2 RU 69/87](#) - HV-Info 1989, 1368 und vom 27.1.1994 - [2 RU 3/93](#) - HVBG-Info 1994, 943; BSG [SozR 3-2200 § 551 Nr 16](#) und § 539 Nr 19; Keller, aaO, § 128 RdNr 10 bis 13 mwN). Soweit die Beklagte demgegenüber die Auffassung vertritt, die vom LSG formulierte Sachverhaltsbeschreibung hätte als

Untersatz nicht unter die vom Berufungsgericht für einschlägig erachteten normativen Obersätze subsumiert werden dürfen bzw das LSG hätte den festgestellten Sachverhalt ausgehend von einer anderen Rechtsauffassung (rechtliche Maßgeblichkeit der Alltagssituation anstelle der Verhältnisse am Arbeitsplatz) würdigen müssen, betrifft auch ein derartiges Vorbringen schon seiner Art nach keinen Verfahrensfehler (error in procedendo), sondern den rechtlichen Ausgangspunkt des Berufungsgerichts und dessen inhaltliche Richtigkeit (error in iudicando). Aus der von der Revision in Bezug genommenen Entscheidung des 2. Senats des BSG (Urteil vom 4.6.2002 - [B 2 U 16/01 R](#) - Juris) ergibt sich schon deshalb nichts anderes. Das BSG befasst sich aaO mit dem - von der Beklagten vorliegend nicht ansatzweise behaupteten - Fall einer durch eigene Sachkunde nicht gerechtfertigten Abweichung des Berufungsgerichts von einer nach dessen eigener Auffassung rechtlich relevanten Aussage des medizinischen Sachverständigengutachtens, nicht aber mit der nach dem Vortrag der Revision allein in Betracht kommenden Konstellation, dass das LSG das Gutachtenergebnis rechtlich (!) in einer von der Auffassung eines Beteiligten abweichenden Weise würdigt und sich daher auf andere Aussagen stützt als der Beteiligte.

25

B. Die im Übrigen zulässige Revision ist im Sinne der Aufhebung und Zurückverweisung begründet ([§ 170 Abs 2 S 2 SGG](#)). Die unabhängig von der Revisionsbegründung in vollem Umfang eröffnete Sachprüfung durch den erkennenden Senat ergibt, dass eine abschließende Entscheidung beim derzeitigen Erkenntnisstand "untunlich" ist und weitere Tatsachenfeststellungen des Berufungsgerichts unter Zugrundelegung der Rechtsauffassung des BSG ([§ 170 Abs 5 SGG](#)) erforderlich sind. Derzeit kann über die Frage, ob die Klägerin gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Erstattung eines Betrages in Höhe von 3360,84 EUR hat, insbesondere deshalb nicht entschieden werden, weil Feststellungen dazu fehlen, ob die Beklagte oder die Beigeladene im Rechtssinn erstangegangener Träger iS des [§ 14 SGB IX](#) sind und aus welchem Rechtsgebiet ein (Primär-)Anspruch gegen den zuständigen Träger in Betracht kommt.

26

1. [§ 15 Abs 1 SGB IX](#), der vorliegend als einzige Anspruchsgrundlage in Betracht kommt, normiert trägerübergreifend Kostenerstattungsansprüche für selbstbeschaffte Teilhabeleistungen und ist unmittelbar auch in der gesetzlichen Rentenversicherung anwendbar (Urteil des Senats vom 20.10.2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - [SozR 4-3250 § 14 Nr 8](#) RdNr 12). Dies bestätigt insbesondere der mit Wirkung vom 1.7.2001 in [§ 13 Abs 3 SGB V](#) eingefügte S 2; danach werden Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX gemäß [§ 15 SGB IX](#) erstattet. Mit dieser Regelung wollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass sich die Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abweichend von der Selbstbeschaffung anderer Leistungen nach dem SGB IX richtet ([BT-Drucks 14/5074 S 117](#) zu Nr 7 Buchst b). Ausweislich dieser gesetzgeberischen Absicht sollte mit [§ 15 SGB IX](#) eine einheitliche Kostenerstattungsregelung für den Bereich der Teilhabeleistungen geschaffen werden. Hierfür spricht auch, dass [§ 15 Abs 1 S 5 SGB IX](#) ausdrücklich regelt, für welche Träger welche Kostenerstattungsansprüche der Norm nicht gelten sollen (vgl Urteil des Senats vom 20.10.2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - [SozR 4-3250 § 14 Nr 8](#) RdNr 12).

27

Von den in [§ 15 Abs 1 S 1 bis 3 und S 4 SGB IX](#) geregelten drei unterschiedlichen Tatbeständen, die zur Kostenerstattungspflicht führen können, kommt auf der Grundlage der derzeit vorliegenden Feststellungen die in S 4 aufgeführte zweite Alternative als Grundlage des streitigen rehabilitationsrechtlichen Anspruchs der Klägerin auf Erstattung der Kosten in Betracht, die ihr aus der Selbstbeschaffung von zwei Hörgeräten vom Typ "Senso Diva SD-19 mit Poti" zuzüglich Zubehör nach Gewährung eines Festbetrages durch die Beigeladene in Höhe von 972,41 EUR entstanden sind. Nach dieser Vorschrift besteht die Erstattungspflicht auch, wenn der Rehabilitationsträger eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

28

Rehabilitationsträger iS von [§ 15 Abs 1 S 4 SGB IX](#) ist ausweislich des systematischen Zusammenhangs der Bestimmung mit S 3 der zuständige Rehabilitationsträger. Nach S 3 ist der "zuständige" Rehabilitationsträger unter bestimmten Voraussetzungen zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet, wenn sich Leistungsberechtigte eine erforderliche Leistung selbst beschaffen. Die Erstattungspflicht des "zuständigen" Rehabilitationsträgers erstreckt S 4 auf die darin geregelten Tatbestände, indem er bestimmt, dass die Erstattungspflicht "auch" in diesen Fällen besteht. Zuständiger Rehabilitationsträger iS des [§ 15 Abs 1 SGB IX](#) ist der nach [§ 14 SGB IX](#) verantwortliche Rehabilitationsträger (so auch Löschau, GK-SGB IX, § 15 RdNr 13, Stand VII/2008). Dies ergibt sich schon daraus, dass [§ 15 Abs 1 S 1, S 4 SGB IX](#) an die in [§ 14 Abs 2 SGB IX](#) normierten Fristen sowie an Verhaltenspflichten (rechtzeitige Erbringung bzw keine rechtswidrige Ablehnung der Leistung) anknüpft, die für das (Verwaltungs-)Verfahren zwischen dem zur Entscheidung berufenen Rehabilitationsträger und dem behinderten Menschen gelten. Welcher Rehabilitationsträger im Außenverhältnis zu diesem zuständig ist, richtet sich aber nach [§ 14 SGB IX](#) (vgl bereits Urteil des Senats in [SozR 4-3250 § 14 Nr 8](#) RdNr 14).

29

2. Wie der Senat ebenfalls bereits zusammenfassend ausgeführt hat (Urteil vom 11.5.2011 - [B 5 R 54/10 R](#) - [BSGE 108, 158](#) = [SozR 4-3250 § 17 Nr 1](#), jeweils RdNr 31), ist für [§ 14 SGB IX](#) durch die bisherige Rechtsprechung geklärt, dass derjenige Träger, der den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht weitergeleitet hat (erstangegangener Träger) und derjenige Träger, an den der Antrag weitergeleitet wurde (zweitangegangener Träger) und der daher zu einer erneuten Weiterleitung grundsätzlich nicht ermächtigt ist, ungeachtet seiner "eigentlichen" Zuständigkeit jeweils zur umfassenden Prüfung des Rehabilitationsbedarfs nach [§ 10 SGB IX](#) verpflichtet ist (vgl Urteil des Senats in [SozR 4-3250 § 14 Nr 8](#); [BSGE 101, 207](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr 7](#)). Entsprechend dem Primärzweck der Norm, bei fortdauernder interner Verpflichtung des eigentlich zuständigen Leistungsträgers eine schnelle Klärung der Zuständigkeit im Außenverhältnis zu gewährleisten ([BSGE 101, 79](#) = [SozR 4-3500 § 54 Nr 1](#)), hat dieser Träger auf den grundsätzlich in einem umfassenden Sinne zu verstehenden Antrag den Anspruch des Leistungsberechtigten an Hand aller Rechtsgrundlagen für Teilhabeleistungen, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation für Rehabilitationsträger vorgesehen sind, und unter Beachtung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der jeweiligen Leistungsgesetze zu prüfen (vgl Urteil des Senats aaO mwN und [BSGE 98, 267](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr 4](#) sowie [BSGE 101, 79](#) = [SozR 4-3500 § 54 Nr 1](#)). Insofern bleibt der erst- bzw zweitangegangene Träger im Verhältnis zum Versicherten aufgrund einer gesetzlich besonders geregelten sachlichen Zuständigkeit endgültig, ausschließlich und umfassend leistungspflichtig, auch

wenn er nach den geltenden Normen außerhalb des SGB IX nicht für die beanspruchte Rehabilitationsleistung zuständig ist (Urteil des Senats in [BSGE 104, 294](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr 9](#)). Diese Zuständigkeit umfasst ggf auch Erstattungsansprüche aus [§ 15 Abs 1 S 4 SGB IX](#) (vgl Urteil des Senats vom 20.10.2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - [SozR 4-3250 § 14 Nr 8](#) RdNr 16 mwN; [BSGE 98, 277](#) = [SozR 4-2500 § 40 Nr 4](#), RdNr 12; [BSGE 101, 207](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr 7](#), RdNr 30). Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der nach [§ 14 SGB IX](#) leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen ([§ 10 Abs 1 S 1 SGB IX](#)). Prozessual ergibt sich hieraus, dass sich Widerspruch und Klage allein gegen den nach [§ 14 SGB IX](#) zuständigen Träger richten, ohne dass sich der Kläger um die innerhalb des gegliederten Systems verteilten Zuständigkeiten kümmern müsste. Der möglicherweise - im Innenverhältnis der Träger - endgültig zuständige ist notwendig beizuladen ([BSGE 101, 79](#) = [SozR 4-3500 § 54 Nr 1](#)).

30

3. Nach den Feststellungen des LSG kommt vorliegend nur eine Zuständigkeit des erstangegangenen Trägers iS von [§ 14 Abs 1 S 1, Abs 2 S 1 SGB IX](#) in Betracht, da auch nach der übereinstimmenden Darstellung der Beteiligten im Revisionsverfahren eine Weiterleitung des Antrags von einem Träger an einen anderen nicht stattgefunden hat. Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des hiernach verantwortlichen Rehabilitationsträgers ist der Antrag des Leistungsberechtigten. Im Zweifel will der behinderte Mensch die ihm günstigste Art der Leistungsgewährung in Anspruch nehmen, sodass der gestellte Antrag umfassend, dh auf alle nach Lage des Falles in Betracht kommenden Leistungen zu prüfen ist (BSG Urteile vom 29.11.2007 - [B 13 R 44/07 R](#) - [SozR 4-2600 § 236a Nr 2 RdNr 21](#) und vom 21.8.2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - [BSGE 101, 207](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr 7](#)). Der erkennende Senat hat für den vorliegenden Zusammenhang bereits entschieden, dass ein beim Träger der GKV gestellter Antrag auf Versorgung mit Hörgeräten immer auch auf Leistungen zur Teilhabe iS von [§§ 1, 4](#) und [5 SGB IX](#) gerichtet ist (Urteil vom 20.10.2009 - [B 5 R 5/07 R](#) - [SozR 4-3250 § 14 Nr 8](#) RdNr 18). Umgekehrt ist aus der Sicht des Rentenversicherungsträgers ggf unerheblich, wenn die Versorgung mit Hörhilfen nach dem Recht der GKV keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist. Denn [§ 14 SGB IX](#) muss seiner Intention nach auch in solchen Fällen gelten, in denen eine Leistung (hier: Hörhilfe/Hilfsmittel) beantragt wird, die nach dem Recht des angegangenen Trägers eine solche der medizinischen Rehabilitation, nach dem der ("eigentlich" mit- oder allein-) zuständigen Krankenkasse jedoch keine Leistung zur Teilhabe (iS der [§§ 4, 5 SGB IX](#)) ist ([BSGE 101, 207](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr 7](#), jeweils RdNr 38).

31

4. Der Senat vermag auf der Grundlage der derzeit getroffenen Feststellungen die Aussage des LSG nicht zu bestätigen, dass die Beklagte im vorstehend erörterten Sinne erstangegangener Träger und daher Schuldner des streitigen Erstattungsanspruchs ist. Er stellt die typischerweise von ausreichenden Feststellungen zum - aus seiner Sicht - rechtlich relevanten Sachverhalt abhängige Spruchreife ungeachtet von (zulässigen) Verfahrensrügen der Beteiligten stets in eigener Zuständigkeit fest ([§ 170 Abs 2 S 2 SGG](#)) und ist insbesondere vorliegend nicht gemäß [§ 163 SGG](#) auf die Verwertung der positiv getroffenen "tatsächlichen Feststellungen" des Berufungsgerichts beschränkt. Hierzu gilt im Einzelnen Folgendes:

32

a) 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](#)).

33

b) Die hiernach im Rahmen der Rechtsanwendung von den Tatsachengerichten zu leistende Gesamtaufgabe der Auslegung von Erklärungen ist dem BSG als Revisionsgericht dessen besonderem Aufgabenbereich entsprechend nur eingeschränkt zugewiesen. Das Revisionsgericht hat insofern grundsätzlich von den in den Urteilen der Tatsacheninstanzen getroffenen tatsächlichen Feststellungen auszugehen ([§ 163 SGG](#)).

34

Allerdings darf das Revisionsgericht die Ermittlung des rechtlich maßgeblichen Sinns (Auslegung) von Willenserklärungen durch ein Tatsachengericht unabhängig von einer Rüge vollinhaltlich daraufhin prüfen, ob dieses Gericht die revisiblen bundesrechtlichen Auslegungsgrundsätze ([§§ 133, 157 BGB](#)), anerkannte Auslegungsgrundsätze sowie allgemeine Erfahrungssätze beachtet und bei der Ermittlung des Bedeutungsgehalts nicht gegen Denkgesetze verstoßen hat (exemplarisch [BSGE 102, 149](#) = [SozR 4-1100 Art 85 Nr 1](#), jeweils

RdNr 67). Die vollständige Feststellung des Erklärungsstatbestandes und die Ableitung des Erklärungsinhalts hieraus beschränkt sich nämlich nicht auf einschlägige Tatsachenfeststellungen zum maßgeblichen Lebenssachverhalt, sondern betrifft wesentlich die generell vorgeschriebene Methodik dieses Vorgangs, deren Kontrolle dem Revisionsgericht obliegt. Dessen Prüfungskompetenz kann jedoch ebenso von der Art der jeweils in Frage stehenden Erklärung abhängig sein wie das jeweils maßgebliche Auslegungsziel und ist damit bei empfangsbedürftigen öffentlich-rechtlichen Willenserklärungen der vorstehend in Frage stehenden Art weiter als in den Fällen, in denen es im Rahmen der sog natürlichen Auslegung auf den "wahren" (inneren) Willen des jeweils Erklärenden ankommt (vgl zur methodischen Unterscheidung von natürlicher und normativer Auslegung Palandt/Ellenberger, BGB, 72. Aufl 2013, [§ 133 BGB](#) RdNr 7). Rechtlich maßgebend für den Inhalt eines öffentlich-rechtlichen Antrags oder Rechtsbehelfs ist, wie die Behörde einen Antrag unter Berücksichtigung aller erkennbaren Umstände sowie nach Treu und Glauben zu verstehen hat. Dabei muss sich die Auslegung auf die in Frage stehenden Äußerungen in ihrer Gesamtheit und das mit ihnen erkennbar verfolgte Rechtsschutzziel beziehen (vgl insgesamt BVerwG Urteil vom 12.12.2001 - [8 C 17/01](#) - [BVerwGE 115, 302](#) ff). Ein in der Revisionsinstanz zu beachtender Verstoß liegt auch vor, wenn bei Würdigung der festgestellten Tatsachen Begriffsbestimmungen des allgemeinen oder des rechtlichen Sprachgebrauchs nicht zutreffend verwendet wurden, denn auf diese Weise gewonnene Ergebnisse stehen mit den allgemeinen Erfahrungssätzen in der Regel nicht in Einklang und beeinflussen insofern das Ergebnis der Tatsachenwürdigung (vgl BFH Urteil vom 28.6.1977 - [VIII R 115/73](#) - [BFHE 122, 512](#) ff und BVerwG Urteil vom 27.5.1981 - [8 C 6/81](#) - [NVwZ 1982, 196](#) f). Das BSG hat daher insbesondere zu prüfen, ob diese Anforderungen auf der Grundlage der festgestellten Tatsachen überhaupt und ggf zutreffend beachtet sind. Hat das LSG weitere einschlägige Umstände zwar festgestellt, aber nicht - zutreffend - in seine Auslegung einbezogen, kann das BSG diese selbst vornehmen. Da der Anwendungsbereich des [§ 163 SGG](#) auf positiv getroffene Feststellungen beschränkt ist, prüft das Revisionsgericht zudem in eigener Zuständigkeit auch, ob die zur Auslegung erforderlichen Umstände von der Vorinstanz vollständig ermittelt worden sind (BSG in [SozR 1300 § 31 Nr 3](#) Juris RdNr 15 und [BSGE 102, 149](#) = [SozR 4-1100 Art 85 Nr 1](#), jeweils RdNr 67). Fehlt es hieran, ist die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung nach weiterer Sachaufklärung zurückzuverweisen.

35

c) 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 nachprüfbar 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."

36

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. Sollte die Klägerin durch die Übergabe der Hörgeräteverordnung an die Firma R. am 8.11.2004 gleichzeitig konkludent einen Leistungsantrag bei der Beigeladenen gestellt haben, könnte nur diese und nicht die vom LSG verurteilte Beklagte anspruchspflichtig sein.

37

d) Das LSG hat hierzu im angegriffenen Urteil festgestellt:

"Nach diesen Grundsätzen ist vorliegend die beklagte Rentenversicherung als erstangegangener Rehabilitationsträger für die begehrte Hörgeräteversorgung im Sinne des [§ 14 SGB IX](#) anzusehen. Die Zuständigkeit der Beklagten ergibt sich daraus, dass die Klägerin unmittelbar nach der Hörgeräteverordnung durch ihren HNO-Arzt Dr. A vom 08.11.2004 den bei der Beklagten am 11.11.2004 eingegangenen Antrag auf Gewährung von Teilhabeleistungen gestellt hat. Es liegen zur Überzeugung des Senats keine Hinweise dafür vor, dass vor der Beklagten noch die beigeladene Krankenkasse mit dem Begehren der Klägerin auf Gewährung einer Hörgeräteversorgung befasst worden wäre. Aus in den Gerichtsakten enthaltenen Aufzeichnungen der Beigeladenen ergibt sich, dass diese erst nach dem 16.03.2005, als die Firma R den sich aus der Rechnung vom 16.3.2005 ergebenden Festbetrag einziehen wollte, mit der Angelegenheit befasst wurde. Diese Reihenfolge der Befassung der unterschiedlichen Träger mit der Abrechnung der von der Klägerin in Anspruch genommenen Hörgeräte wird auch durch die glaubhafte Aussage des Zeugen B bestätigt. Dieser hat u. a. angegeben, dass der Kontakt zur

Krankenkasse üblicherweise erst dann hergestellt worden sei, wenn der Patient sich endgültig für die betreffenden Geräte entschieden habe und die Abrechnung habe beginnen können. Für einen im vorliegenden Fall abweichenden Ablauf der Versorgung liegen keine Anhaltspunkte vor.

Die Übergabe der Hörgeräteverordnung durch die Klägerin an die Firma R am 08.11.2004 ist nicht als Antrag gegenüber der Beigeladenen zu werten. Die Klägerin hat in der mündlichen Verhandlung am 25.01.2011 angegeben, dass sie auf Anraten des Mitarbeiters der Firma R den Rehabilitationsantrag gerade bei der Beklagten gestellt hat. Auch in Anbetracht der Rechtsprechung des BSG (vgl. Urteil vom 24.01.2013 - [B 3 KR 5/12 R](#) - a.a.O. Rdnr. 20) ist - entgegen der Auffassung der Beklagten - auf Grund der konkreten Gegebenheiten nicht schon in der Übergabe der vertragsärztlichen Hörgeräteverordnung durch die Klägerin an die Firma R ein Leistungsantrag bei der Krankenkasse zu sehen. Hier liegen die Dinge eindeutig so, dass sich die Klägerin bewusst für eine Antragstellung bei der Beklagten entschieden hat. Sowohl die zum Zeitpunkt der Übergabe der Hörgeräteverordnung an die Firma R zwischen der Beigeladenen und den Hörgeräteakustikunternehmen geltenden vertragsrechtlichen Bestimmungen des Rahmenvertrages vom 23.03.1993 als auch die zum Abschluss der Versorgung ab dem 01.02.2005 geltenden Bestimmungen der Versorgungsvereinbarung sprechen nicht für eine quasi automatische bei der Krankenkasse im Moment der Übergabe der ärztlichen Hörgeräteversorgung beim Hörgeräteakustikunternehmen. § 8 RV i.V.m. Ziff. 1 der Anlage 5 (Abrechnungsverfahren) zum RV sieht vor, dass Rechnungen über abgeschlossene Versorgungsleistungen und sonstige Leistungen bis zum 15. des Folgemonats maschinenlesbar bei der zuständigen Krankenkasse in zweifacher Ausfertigung einzureichen sind. Ziff. 1 Satz 4 a.a.O. bestimmt, dass die vollständig ausgefüllten kassenärztlichen Verordnungen und ggf. die genehmigten Kostenvorschläge beizufügen sind. Das nach diesen Bestimmungen einzuhaltende Verfahren zeigt, dass jedenfalls nach den Bestimmungen des Rahmenvertrages vom 23.3.1993 erst dann eine Befassung der Krankenkasse mit der Angelegenheit stattfindet, wenn die Versorgung praktisch schon erfolgt ist und nur noch die Abrechnung aussteht. In gleicher Weise gestalten sich auch die Rechtsbeziehungen der für die Zeit ab dem 01.02.2005 geltenden Versorgungsvereinbarung. Gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 VersV ist bei einer Folgeversorgung - wie hier - die ohrenärztliche Verordnung für die Krankenkasse ohne Bedeutung, denn die Krankenkasse verzichtet auf die Vorlage einer neuen vertragsärztlichen Verordnung. Insoweit wird die ohrenärztliche Verordnung bei einer Folgeverordnung nur im Verhältnis zwischen dem Patienten bzw. Kunden und dem Hörgeräteakustiker relevant. Deshalb kann in der Vorlage einer Verordnung zur Folgeversorgung auch kein Antrag an die Krankenkasse zur Aufnahme einer Versorgung gesehen werden. Der Hörgeräteakustiker tritt sowohl bei der Erstversorgung als auch bei einer Folgeversorgung erst vor Beginn der Versorgung mit der Krankenkasse in Kontakt (§ 5 Abs. 2 VersV) und stellt eine Versorgungsanzeige; der Beginn der Versorgung ist aber erst der Zeitpunkt, an dem die Anpassung gemäß § 5 Abs. 3 VersV abgeschlossen ist (§ 3 Abs. 8 Satz 1 VersV). Das heißt, dass auch nach den Regeln der Versorgungsvereinbarung die zuständige Krankenkasse erst gegen Ende des Anpassungsverfahrens erstmals mit der Angelegenheit befasst wird. Schließlich ergeben sich aus den gemäß § 7 Abs. 1 VersV für die Abrechnungen zwischen den beteiligten Krankenkassen und den Hörgeräteakustikern maßgebenden Vorschriften des [§ 302 SGB V](#) keine Anhaltspunkte dafür, dass mit der hier unstreitig erfolgten Übergabe der ohrenärztlichen Hörgeräteverordnung durch die Klägerin ein Antrag auf Versorgung durch die Beigeladene gestellt worden sein könnte. Erst aber wenn die Krankenkasse konkret um die Gewährung einer Leistung angegangen wird, z.B. hier durch eine Versorgungsanzeige, kann eine Antragstellung i.S. v. [§ 16 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) angenommen werden. "

38

e) Nach den Feststellungen des LSG galt zum rechtlich maßgeblichen Zeitpunkt der Übergabe der Hörgeräteverordnung durch die Klägerin an die Firma R. noch der Rahmenvertrag vom 23.3.1993 ua zwischen dem BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker. Das Berufungsgericht hat die Regelungen dieser Vereinbarung zu Unrecht nur insofern zur Begründung seiner Entscheidung herangezogen, als es allein den Bestimmungen über das Abrechnungsverfahren (§ 8 RV iVm Ziff 1 S 1 der Anlage 5) entnommen hat, dass der RV nicht für eine "quasi automatische Antragstellung" bei der Krankenkasse spreche und erst dann eine Befassung der Krankenkasse mit der Angelegenheit stattfindet, wenn die Versorgung praktisch schon erfolgt ist und nur noch die Abrechnung stattfindet. Das LSG hat dabei alle anderen Regelungen der RV unberücksichtigt gelassen und sich insbesondere nicht mit deren § 5 auseinandergesetzt. Nach Abs 1 aaO dürfen Leistungen nach diesem Vertrag nur aufgrund einer ohrenärztlichen Verordnung nach Maßgabe des Vordruckmusters 15 gemäß § 28 BMV-Ä (Anlage 3) erbracht werden. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Ausstellung vom Hörgeräte-Akustiker angenommen worden ist (Datum des Annahmestempels), es sei denn, dass die Krankenkasse der Leistungserbringung zustimmt. Nach Abs 2 hält der Hörgeräte-Akustiker ein dort näher umschriebenes aktuelles, ausreichendes Sortiment von qualitativ hochwertigen Hörgeräten vor. Gemäß Abs 3 aaO sind Leistungen entsprechend dem allgemeinen Stand der hörakustischen Erkenntnisse zu erbringen. Die Hörgeräteversorgung ist auf der Grundlage des Vergleichs des Hörerfolgs mit verschiedenen Hörgeräten durchzuführen. Abs 4 aaO sieht vor, dass dem Versicherten im Rahmen der Anpassung mindestens zwei zuzahlungsfreie Versorgungsvorschläge mit Hörgeräten der Anlage 2, die dem aktuellen technischen Stand entsprechen, zu unterbreiten sind. Wählt der Versicherte eine andere Hörhilfe, kann der Hörgeräte-Akustiker dieses Gerät einschließlich Zubehör abgeben und dem Versicherten eine Zuzahlung in Rechnung stellen. In solchen Fällen hat der Versicherte auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung folgende Erklärung abzugeben und zu unterschreiben: "Ich bin über das Angebot einer zuzahlungsfreien Versorgung informiert worden. Mit einer Zuzahlung für das (die) von mir ausgewählten Hörgeräte bin ich einverstanden." Die Hörgeräte, mit denen der Versicherte versorgt wird, sind in der Verordnung mit der genauen Herstellerbezeichnung anzugeben. Die Anpassung gilt als abgeschlossen, wenn der verordnende Vertragsarzt auf Vordruckmuster 15 bestätigt hat, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Verbesserung der Hörfähigkeit erzielt wird und die Hörhilfe zweckmäßig ist. Der Hörgeräte-Akustiker verpflichtet sich, bei der Versorgung, die jeweils gültigen Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien zu beachten (Abs 5). Er stellt sicher, dass die Leistungen nach diesem Vertrag nur von Fachpersonal (Meister, Gesellen) im Hörgeräte-Akustiker-Handwerk erbracht werden (Abs 6). Der Versicherte hat den Empfang der Leistung unter Abgabe des Datums durch Unterschrift auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks (Anlage 3) bzw der Empfangsbescheinigung zu bestätigen (Abs 7). Der Hörgeräte-Akustiker dokumentiert die Anpassunterlagen prüffähig und bewahrt sie vier Jahre auf. Auf Verlangen der Krankenkasse stellt er die Anpassunterlagen in den erforderlichen Einzelfällen, zB für den Medizinischen Dienst, kostenfrei zur Verfügung. Nachfolgend enthält § 6 Regelungen zu Nachbetreuung und Garantie sowie § 7 Regelungen zu Vergütung der Leistungen.

39

In der Zusammenschau ergeben die Regelungen der RV damit kein anderes Rechtskonstrukt als dasjenige, das der Entscheidung des 3. Senats vom 24.1.2013 zugrunde liegt. Der gesamte Vorgang der Leistungserbringung von der Vorlage der ärztlichen Verordnung über die Anpassung und Auswahl der Hörgeräte bis zur Abrechnung mit dem Versicherten und seiner Kasse ist mit der Folge externalisiert, dass

grundsätzlich jeder Kontakt des Versicherten mit seiner Kasse und damit der Aufwand eines Verwaltungsverfahrens vermieden wird. Dass eine Befassung der Kasse erst nach durchgeführter Versorgung erfolgt, ist notwendige tatsächliche Konsequenz einer derartigen evident an Gesichtspunkten einer betriebsorganisatorischen Optimierung und Zielen des "lean management" orientierten Handhabung nach dem Vorbild Privater, vermag allerdings rechtlich nicht das hieraus vom LSG abgeleitete Ergebnis zu begründen. Als Träger öffentlicher Verwaltung (§ 29 Abs 1 SGB IV, § 4 Abs 1 SGB IV) ist die Beigeladene nicht ermächtigt, sich ihrer verfassungsmäßigen Rechts- und Gesetzesbindung (Art 20 Abs 3 GG) zu entledigen und kann sich entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts insbesondere nicht durch eine faktische Privatisierung selbst von der Erledigung der ihr übertragenen Verwaltungsaufgaben entbinden. Vielmehr müssen sich Träger wie die Beigeladene in Abhängigkeit von der entsprechenden Willensbetätigung durch den Versicherten grundsätzlich bereits mit der Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung bei ihrem Vertragspartner so behandeln lassen, als wäre unmittelbar bei ihnen ein Leistungsantrag gestellt worden. Sie sähen sich andernfalls nicht nur zur Abbedingung zwingenden öffentlichen Rechts im eigenen Interesse ermächtigt, sondern müssten obendrein als befugt betrachtet werden, ihre systemübergreifenden rehabilitationsrechtlichen Aufgaben generell endgültig auf andere Träger abzuwälzen.

40

Aus den Nachfolgeregelungen in der ab 1.2.2005 geltenden Vereinbarung über die Versorgung von Versicherten ua der Betriebskrankenkassen in Rheinland-Pfalz (Versorgungsvereinbarung - VersV) ergibt sich ungeachtet ihrer vorliegend ohnehin fehlenden zeitlichen Anwendbarkeit strukturell nichts anderes. Versicherte, die gemäß § 19 S 1 SGB IV einen Antrag auf Versorgung mit Hörgeräten an ihre Kasse und damit zugleich einen Antrag auch auf Leistungen zur Teilhabe iS von §§ 1, 4 und 5 SGB IX stellen wollen, müssen damit ggf auch hiernach von Anfang an - ab dem Erstkontakt mit dem Leistungserbringer - so behandelt werden, als hätten sie diesen Antrag bei dem für sie zuständigen Träger der GKV gestellt. Der Umstand, dass die Kassen in Fällen der Folgeversorgung gegenüber den Hörgeräteakustikern "auf die Vorlage einer neuen vertragsärztlichen Verordnung" verzichten, mag zwar für den Normalfall die Schlussfolgerung des LSG rechtfertigen, dass es dann regelmäßig auch nicht mehr zur Übergabe einer Verordnung an den Hörgeräteakustiker kommt und insoweit auch die Möglichkeit entfällt, dass in der Übergabe gleichzeitig ein schlüssig erklärter Antrag an die Kasse liegen könnte. Indessen ist auch dann der VersV ein Verbot der ärztlichen (Folge-)Verordnung nicht zu entnehmen und bleibt vielmehr - wie sich aus § 73 Abs 2 Nr 7 SGB V ohne Weiteres ergibt - eine ärztliche Verordnung von Hörgeräten jederzeit möglich. Folglich kann der gerade formfrei mögliche Antrag nach § 19 S 1 SGB IV auch unter Geltung der VersV - jedenfalls im Einzelfall - noch ohne Weiteres darin liegen, dass eine ärztliche Anordnung - wie vorliegend - an den Hörgeräteakustiker übergeben wird. Soweit das BSG jedenfalls vor Inkrafttreten von § 33 Abs 5a SGB V die Auffassung vertreten hat, dass eine fehlende ärztliche Verordnung den Leistungsanspruch nicht ausschließt, weil sich der Arztvorbehalt des § 15 Abs 1 S 2 SGB V nicht auf den Hilfsmittelbereich erstreckt (vgl exemplarisch BSG vom 10.3.2010 in SozR 4-2500 § 33 Nr 29), ergibt sich auch hieraus nichts anderes. Demgegenüber würde die Rechtsauffassung des LSG zu dem sinnwidrigen Ergebnis führen, dass im Verhältnis des Hörgeräteakustikers zur Krankenkasse die Anwendbarkeit der VersV erst mit dessen Anzeige nach § 5 Abs 2 ebenda geklärt wäre und damit für notwendig vorher zu erbringende Leistungen wie die Ermittlung der (akustischen) Kenndaten des Gehörs (§ 4 VersV und Anlage 4 hierzu) sowie die Durchführung der Anpassung (§ 3 Abs 8 S 1, § 5 Abs 3 VersV) erst im Nachhinein rückwirkend feststünde, dass sie von Anfang an nach zwingenden Regelungen der VersV (§ 3 aaO) zu erbringen sind. Für das Verhältnis des Versicherten zu seiner Kasse ergäbe sich hieraus zudem, dass die ggf zum Leistungsprogramm der Kasse gehörenden Leistungen "Ermittlung der (akustischen) Kenndaten des Gehörs" und "Durchführung der Anpassung" zu deren Lasten vor jeder möglichen Antragstellung zu erbringen sind und bis zur rückwirkenden Klärung durch die Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers ohne Bezug zu einem Krankenversicherungsrechtlichen Anspruch/Verwaltungsverfahren bleiben, obwohl gerade hierin ihre Funktion liegt.

41

Der Senat ist nicht deshalb gehindert, die genannten Bestimmungen in den Verträgen der Beigeladenen mit den Leistungserbringern selbst auszulegen, weil das LSG deren Inhalt nicht - vollständig - ermittelt hat. Das würde selbst dann gelten, wenn es sich insoweit um nicht revisibles Recht iS des § 162 SGG handelte. Die Vorschrift des § 162 Abs 2 SGG steht der Anwendung einer nicht revisiblen Rechtsnorm durch das Revisionsgericht dann nicht entgegen, wenn das Berufungsgericht diese Rechtsnorm - wie hier - unberücksichtigt gelassen hat (BSG Urteil vom 10.4.2008 - B 3 KR 8/07 R - SozR 4-2500 § 127 Nr 2 mwN).

42

f) 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 Geschäftspartner 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 Impfpflicht).

43

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.

44

5. 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 Anspruchsvoraussetzungen - allein dieser als Adressat des streitigen Erstattungsanspruchs in Betracht kommt. Hierzu muss ua die anspruchsauslösende Selbstbeschaffung des notwendigen Hilfsmittels auf der vorangegangenen Leistungsablehnung beruhen.

45

Dies kommt jedenfalls im Falle der Zuständigkeit der Beklagten bereits aufgrund des derzeit festgestellten Sachverhalts in Betracht. Diese hatte mit dem angegriffenen Bescheid vom 29.11.2004 und dem Widerspruchsbescheid vom 1.3.2005 einen Naturalleistungsanspruch der Klägerin abgelehnt und hierdurch Anlass zur Selbstbeschaffung gegeben. Der Senat ist diesbezüglich an die tatsächlichen Feststellungen des LSG gebunden, wonach die Klägerin sich jedenfalls vor Erlass des Bescheides vom 29.11.2004 nicht auf ein bestimmtes Gerät einer bestimmten Marke festgelegt hatte. Auch der eingereichte Kostenvoranschlag vom 9.11.2004 wurde demnach im Laufe der Anpassungsphase erstellt, in welcher die Klägerin mehrere Vorschläge des Hörgeräteakustikers getestet und sich dabei nicht bereits auf ein bestimmtes Gerät festgelegt hatte. Es gilt im Übrigen auch hier, dass ein Hilfsmittel nicht schon mit seiner Auswahl "selbst beschafft" ist. Die Auswahl ist dem Hilfsmittelbewilligungsverfahren notwendig vorgeschaltet und scheidet deshalb als Anknüpfungspunkt für den Zeitpunkt der Hilfsmittelbeschaffung aus. Maßgeblich ist vielmehr erst ein unbedingtes Verpflichtungsgeschäft im Verhältnis zwischen Versichertem und Leistungserbringer (BSG Urteile vom 24.1.2013 - [B 3 KR 5/12 R](#) - [BSGE 113, 40](#) = SozR 4-3250 § 14 Nr 19, jeweils RdNr 44 und vom 3.8.2006 - [B 3 KR 24/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 13 Nr 10](#) RdNr 22). Hinsichtlich der Beigeladenen fehlt es bisher gleichermaßen an einer positiven oder negativen Feststellung darüber, ob und ggf wann diese der Klägerin gegenüber einen - dann ggf von deren Klagebegehren ([§ 123 SGG](#)) mitumfassten - Verwaltungsakt erlassen hat und in welchem zeitlichen Verhältnis hierzu der bisher nicht positiv festgestellte endgültige rechtliche Abschluss des Verpflichtungsgeschäfts steht. Die festgestellte Erstellung einer Rechnung durch die Firma R. ermöglicht insofern allenfalls mittelbar Rückschlüsse, die das Berufungsgericht bisher indessen ebenfalls nicht gezogen hat.

46

6. Der hiernach als allein leistungspflichtig in Betracht kommende Träger hatte den bei ihm gestellten und nicht fristgerecht weitergeleiteten Antrag umfassend, dh an Hand aller Rechtsgrundlagen zu prüfen, die überhaupt in der konkreten Bedarfssituation für Rehabilitationsträger vorgesehen sind, ohne dass insbesondere eine "künstliche" Aufspaltung in separate Teil-Leistungsanträge für die verschiedenen in Betracht kommenden Teilhabeleistungen in Betracht kommen könnte. Da sich die in [§ 14 Abs 1](#) und 2 SGB IX geregelte Zuständigkeit stets auf alle Rechtsgrundlagen erstreckt, die überhaupt in dieser Bedarfssituation für behinderte Menschen vorgesehen sind, und ihm nur ein einziger Anspruchsgegner gegenübersteht, kann es insofern auf ein Rangverhältnis von Ansprüchen aus verschiedenen betroffenen Rechtsgebieten nicht ankommen.

47

Damit stellt sich jeweils zunächst die Frage, ob der krankenversicherungsrechtliche Primäranspruch der Klägerin auf den Festbetrag begrenzt werden durfte ([§ 12 Abs 2 SGB V](#)) oder die Klägerin einen - durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs 1 SGB V](#) begrenzten - Naturalleistungsanspruch aus Ausstattung mit den streitigen Hörgeräten ([§ 33 SGB V](#)) hatte. Letzteres könnte nach der Rechtsprechung des 3. Senats des BSG in Betracht kommen, weil es bei der Hörgeräteversorgung um die Frage des sog unmittelbaren Behinderungsausgleichs geht, die von dem Ziel des vollständigen funktionellen Ausgleichs geleitet werden muss (BSG Urteil vom 17.12.2009 - [BSGE 105, 170](#) = SozR 4-2500 § 36 Nr 2, jeweils RdNr 18). Insofern würde das Maß der notwendigen Versorgung verkannt, wenn eine Krankenkasse ihren Versicherten Hörgeräte ungeachtet hörgerätetechnischer Verbesserungen nur "zur Verständigung im Einzelgespräch unter direkter

Ansprache" zur Verfügung stellen müsste. Teil des von den Krankenkassen nach [§ 33 Abs 1 S 1 SGB V](#) geschuldeten - möglichst vollständigen - Behinderungsausgleichs ist es vielmehr, hörbehinderten Menschen im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen in großen Räumen und bei störenden Nebengeräuschen zu eröffnen und ihnen die dazu nach dem Stand der Hörerätetechnik ([§ 3 Abs 1 S 3 SGB V](#)) jeweils erforderlichen Geräte zur Verfügung zu stellen, was je nach Notwendigkeit auch die Versorgung mit digitalen Hörgeräten einschließt ([BSGE 113, 40](#) = SozR 4-3250 § 14 Nr 19, RdNr 31). Auch in Fällen des mittelbaren Behinderungsausgleichs ist ein Hilfsmittel im Übrigen nach dem Recht der GKV zu gewähren, wenn damit die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder gemildert werden könnten und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens - wie das Hören - betroffen wäre ([BSGE 113, 40](#) = SozR 4-3250 § 14 Nr 19 RdNr 32). Dagegen stößt der krankensicherungsrechtliche Anspruch an seine Grenze, wo es um ausschließlich berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile geht.

48

Ein Primäranspruch auf Hilfsmittelversorgung mit der besonderen Zielsetzung des Ausgleichs behinderungsbedingter Nachteile gerade am Arbeitsplatz könnte der Klägerin indessen erforderlichenfalls nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung zugestanden haben. Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt bei Vorliegen der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ([§ 9 Abs 2 SGB VI](#)) Leistungen zur Rehabilitation, um den Auswirkungen ua einer Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden (Abs 1 S 1 Nr 1 aaO) und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern (Abs 1 S 1 Nr 2 aaO). Soweit die Revision eine Verletzung des [§ 33 Abs 8 S 1 Nr 4 SGB IX](#) rügt, übersieht sie, dass das LSG diese Vorschrift richtigerweise nicht zur Anwendung gebracht hat. [§ 33 Abs 8 S 1 Nr 4 SGB IX](#) bestimmt, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch Hilfsmittel umfassen, "es sei denn, dass ... solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können". Da dies gemäß [§ 15 Abs 1 S 1 SGB VI](#), [§ 26 Abs 2 Nr 6 SGB IX](#) für Hilfsmittel der Fall ist, scheidet eine Qualifizierung der Hörgeräte als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben iS des [§ 33 Abs 1, Abs 3 Nr 1](#) und 6, Abs 8 S 1 Nr 4 SGB IX iVm [§ 9, 10, 11, 16 SGB VI](#) von vornherein aus (vgl BSG Urteil vom 21.8.2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - [BSGE 101, 207](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr 7](#)).

49

Allerdings fehlt es derzeit jedenfalls an einer nachvollziehbaren Grundlage für die Annahme des LSG, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [§ 11 SGB VI](#) seien vorliegend erfüllt. Diese sind nach dem Wortlaut der Norm positiv festzustellen, sodass ein bloßer Mangel an Anhaltspunkten für ihr Fehlen grundsätzlich nicht ausreicht. Auch kann die im Verfahren der Sozialgerichtsbarkeit allein dem Gericht obliegende Feststellung tatsächlicher und rechtlicher Umstände nicht durch die Feststellung ersetzt werden, dass insofern zwischen den Beteiligten kein Streit herrscht.

50

Schließlich genügen die Feststellungen des Berufungsgerichts nicht, um auf ihrer Grundlage eine Zuordnung des Sachverhalts zum Risikobereich eines der beteiligten Träger vorzunehmen. Das LSG hat ausgeführt, die Klägerin könne nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. S. ausschließlich mit Hörgeräten in digitaler Mehrkanaltechnik und unter Verwendung spezieller Spracherkennungsprogramme sowie einem Störgeräuschunterdrückungsprogramm versorgt werden, da sie am Arbeitsplatz auf die bestmögliche Kommunikation angewiesen sei, sodass auch eine geringe Abweichung gegenüber einem schlechteren Festbetragsgerät nicht hinzunehmen sei. Hieraus ist jedoch nicht erkennbar, ob Anforderungen, wie sie am Arbeitsplatz der Klägerin gestellt werden, nicht auch im Rahmen des unmittelbaren Behinderungsausgleichs zugrunde zu legen sind, in dessen Rahmen die Träger der GKV - wie dargelegt - auch Hörgeräte zur Verfügung zu stellen haben, die nicht nur die "Verständigung im Einzelgespräch unter direkter Ansprache" ermöglichen, sondern hörbehinderten Menschen im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen in großen Räumen und bei störenden Nebengeräuschen eröffnen. Den Ausführungen des Sachverständige Dr. S. liegt dabei offenbar ein Verständnis von "Alltag" zugrunde, das mit dem insofern vorliegend rechtlich maßgeblichen Wahrnehmungsbereich nicht identisch ist.

51

Die Kostenentscheidung bleibt der Entscheidung des LSG vorbehalten.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2015-06-12