



Im Namen des Volkes

Verkündet am
15. März 2018

Urteil

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 3 KR 4/16 R**
Hessisches LSG 10.12.2015 - L 1 KR 413/14
SG Darmstadt 21.11.2014 - S 10 KR 237/14

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

DAK-Gesundheit,
Nagelsweg 27 - 31, 20097 Hamburg,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 15. März 2018 durch den Vorsitzenden Richter Dr. K r e t s c h m e r , die Richterinnen Dr. O p p e r m a n n und Dr. W a ß e r sowie die ehrenamtlichen Richter H e r r m a n n y und T e e t z für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 10. Dezember 2015 aufgehoben.

Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Gründe :

I

- 1 Im Streit steht der Anspruch des Klägers auf Versorgung mit einem Therapiedreirad.
- 2 Der 1960 geborene, bei der Beklagten im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner versicherte Kläger leidet als Folge eines im Jahr 1992 erlittenen Hirntumors ua an einer symptomatischen Epilepsie mit fokal-motorischen Anfällen, einer Beeinträchtigung der linken Körperhälfte mit reduzierter Motorik und Gleichgewichtsstörungen, an einer organisch bedingten Antriebsstörung, rezidivierenden depressiven Störungen sowie einer Anpassungsstörung. Daneben besteht ein Diabetes mellitus mit beginnender Polyneuropathie. Aufgrund der Diagnose eines "hirnorganischen Psychosyndroms" steht der Kläger unter der Betreuung seiner Ehefrau. Er bezieht Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, zuletzt nach der Pflegestufe II aF seit Januar 2012. Bei dem Kläger ist ein Grad der Behinderung von 100 mit den Merkzeichen H, B und G anerkannt.
- 3 Am 13.11.2013 beantragte die Ehefrau des Klägers bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für das Therapiedreirad "Easy Rider 2" (*Sesseldreirad mit Rückenlehne und niedrigem Einstieg, s Hilfsmittelverzeichnis Nr 22.51.02.0048*) unter Vorlage der ärztlichen Verordnung vom 4.11.2013. Die Beklagte teilte dem Kläger am selben Tag mit, sie werde weitere medizinische Informationen anfordern. Mit Schreiben vom 3.1.2014 reichte der Kläger die ärztliche Verordnung bei der Beklagten erneut ein, worauf die Beklagte am 6.1.2014 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung der Hilfsmittelversorgung beauftragte. Der MDK kam zu dem Ergebnis, dass die Versorgung des Klägers mit dem Therapiedreirad "Easy Rider 2" nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umfasst sei. Im Übrigen sei das Sesseldreirad ein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens (*Sozialmedizinisches Gutachten vom 16.1.2014*).
- 4 Der Antrag blieb bei der Beklagten (*Bescheid vom 21.1.2014; Widerspruchsbescheid vom 10.4.2014*) und in erster Instanz erfolglos (*Gerichtsbescheid vom 21.11.2014*). Das LSG hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen: Der Kläger habe keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für das Therapiedreirad "Easy Rider 2". Zwar liege eine Fristüberschreitung nach § 13 Abs 3a SGB V vor. Die Genehmigungsfiktion greife aber nach dem Wortlaut von § 13 Abs 3a S 7 SGB V nur ein, wenn sich der Versicherte die begehrte Leistung bereits selbst beschafft habe (bzw eine entsprechende schuldrechtliche Verpflichtung eingegangen sei) und Kostenerstattung bzw -freistellung geltend gemacht werde. Das sei hier nicht der Fall. § 13 Abs 3a S 6 SGB V räume dem Versicherten keinen Sachleistungsanspruch ein. Selbst dann wäre dieser durch das Qualitätsgebot (§ 2 Abs 1 S 3 SGB V) und das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs 1 SGB V) begrenzt. Denn die Genehmigungsfiktion von § 13 Abs 3a SGB V könne nicht weiter reichen als der zugrunde liegende Sachleistungsanspruch. Dem Kläger stehe auch kein Sach-

leistungsanspruch auf Versorgung mit einem Therapiedreirad gemäß § 33 Abs 1 S 1 SGB V zu. Das Hilfsmittel diene weder dem Behinderungsausgleich noch zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung. Die Verwendung des Therapiedreirads sei beim Kläger ausschließlich auf gesundheitsfördernde Zwecke gerichtet, wie die allgemeine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die Erhöhung der Ausdauer und Belastungsfähigkeit. Ein anderes Ergebnis folge nicht daraus, dass der behandelnde Neurologe den Einsatz des Therapiedreirads zur Verbesserung der selbstständigen Teilnahme am sozialen Leben und der allgemeinen Lebensqualität empfohlen habe (*Urteil vom 10.12.2015*).

5 Mit der Revision rügt der Kläger die Verletzung materiellen Rechts. Entgegen der Ansicht des LSG ergebe sich schon aus dem Wortlaut von § 13 Abs 3a S 6 SGB V ein Sachleistungsanspruch. Wäre der Geltungsbereich der Genehmigungsfiktion lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme § 13 Abs 3a S 6 SGB V kein eigener Regelungsgehalt zu. Zudem schließe eine solche Auslegung mittellose Versicherte, die nach Ablauf der Frist nicht in der Lage seien, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, praktisch aus dem Schutzbereich des § 13 Abs 3a SGB V aus. Dies sei eine ungerechtfertigte Benachteiligung solcher Versicherter (*Verstoß gegen Art 3 Abs 1 GG*), die finanziell nicht in Vorleistung treten könnten. Die Genehmigungsfiktion sei eingeführt worden, um Prüfungsverfahren für Hilfsmittel zu beschleunigen bzw überlange Prüfungsverfahren zu sanktionieren. Zu hinterfragen sei auch die Begrenzung des Anspruchs nach § 13 Abs 3a S 6 und 7 SGB V durch das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot. Darüber hinaus bestehe ein Anspruch auf Versorgung mit dem Hilfsmittel aus § 33 Abs 1 S 1 Alt 1 SGB V zur Sicherung des Erfolgs der Heilbehandlung.

6 Der Kläger beantragt,
das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 10. Dezember 2015 und den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Darmstadt vom 21. November 2014 aufzuheben sowie die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 21. Januar 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. April 2014 zu verurteilen, ihn mit dem Therapiedreirad Easy Rider 2 zu versorgen,
hilfsweise,
das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 10. Dezember 2015 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

7 Die Beklagte beantragt,
die Revision des Klägers zurückzuweisen.

8 Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Das Therapiedreirad sei im Übrigen eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation, sodass der Anwendungsbereich von § 13 Abs 3a SGB V nicht eröffnet sei. Ein Sachleistungsanspruch aus § 33 SGB V bestehe nach zutreffender Ansicht des LSG nicht.

II

- 9 Die zulässige Revision des Klägers ist im Sinne der Aufhebung des LSG-Urteils und Zurückverweisung der Sache an das Berufungsgericht zur erneuten Verhandlung und Entscheidung (§ 170 Abs 2 S 2 SGG) begründet.
- 10 Die Versorgung des Klägers mit einem Therapiedreirad "Easy Rider 2" lässt sich nicht mit Erfolg auf die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a S 6 SGB V stützen, weil S 9 dieser Vorschrift Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dem Regelungssystem des SGB IX zuweist und diese Leistungen daher insgesamt nicht vom sachlichen Anwendungsbereich der Genehmigungsfiktion sowie der Regelungen aus § 13 Abs 3a SGB V erfasst werden (*hierzu 1.*).
- 11 Ansprüche auf Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 SGB V, für die der 3. Senat nach dem Geschäftsverteilungsplan des BSG in Revisionsverfahren allein zuständig ist, fallen nur dann unter den Begriff der "Leistungen zur medizinischen Rehabilitation", wenn das Hilfsmittel dem Ausgleich oder der Vorbeugung einer Behinderung dienen soll (§ 33 Abs 1 S 1 Var 2 und 3 SGB V). Der sachliche Anwendungsbereich des § 13 Abs 3a SGB V ist deshalb lediglich für Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung iS von § 33 Abs 1 S 1 Var 1 SGB V eröffnet. Bei dem hier im Streit stehenden Therapiedreirad "Easy Rider 2" kann es sich jedoch nur um ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich handeln, sodass § 13 Abs 3a SGB V für eine darauf gerichtete Leistungsgewährung keine Anwendung findet (*hierzu 2.*).
- 12 Es fehlen aber ausreichende Feststellungen des LSG, ob dem Kläger ein Anspruch auf Versorgung mit dem Therapiedreirad "Easy Rider 2" nach § 33 Abs 1 S 1 Var 3 SGB V gegen die Beklagte als originärer Leistungsträger zusteht, oder ob ein Anspruch auf Versorgung mit dem Hilfsmittel aus dem Bereich eines anderen Rehabilitationsträgers (*vgl § 6 Abs 1 SGB IX*), für den die Beklagte als erstangegangener Rehabilitationsträger (§ 14 SGB IX *idF des Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23.4.2004, BGBl I 606, gültig bis 31.12.2017 <im Folgenden aF>*) mangels Weiterleitung des Antrags im Verhältnis zum Kläger umfassend zuständig geworden ist. Daher kann der Senat nicht abschließend in der Sache entscheiden (*hierzu 3.*).
- 13 1. Die Genehmigungsfiktion sowie die Regelungen aus § 13 Abs 3a SGB V insgesamt sind auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht anwendbar. Denn § 13 Abs 3a S 9 SGB V (*hier heranzuziehen in der seit 26.2.2013 geltenden Fassung von Art 2 Nr 1 des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten <PatRVerbG> vom 20.2.2013, BGBl I 277, gültig bis 31.12.2017 <im Folgenden aF>*) verweist für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf das Rehabilitations- und Teilhaberecht, das in §§ 14 und 15 SGB IX (*in der seit 1.7.2001 geltenden Fassung durch Art 1 und 68 des Sozialgesetzbuches - Neuntes*

Buch - <SGB IX> Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.6.2001, BGBl I 1046, gültig bis 31.12.2017 <im Folgenden aF>, sowie in §§ 14 bis 24 SGB IX idF von Art 1 des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen <Bundesteilhabegesetz - BTHG> vom 23.12.2016, BGBl I 3234, mWv 1.1.2018 <im Folgenden BTHG> ein eigenständiges, in sich geschlossenes System bei Überschreitung von Entscheidungsfristen mit entsprechenden Sanktionen vorhält. Eine Kombination dieser Regelungssysteme ist nicht möglich (hierzu im Folgenden a). Die Systemzuweisung nach § 13 Abs 3a S 9 SGB V knüpft an den allgemeinen und schon vor Inkrafttreten von § 13 Abs 3a SGB V bestehenden Begriff der medizinischen Rehabilitation an (hierzu b). Maßgeblich für die Systemabgrenzung ist insoweit allein das objektive Recht, nicht dagegen, ob der Versicherte die Leistung (als nichtrehabilitative Leistung) iS von § 13 Abs 3a S 7 SGB V für erforderlich halten durfte (hierzu c).

- 14 a) Die Regelungssysteme von § 13 Abs 3a SGB V einerseits und von §§ 14, 15 SGB IX aF andererseits kollidieren miteinander und lassen sich daher weder miteinander kombinieren noch gleichzeitig anwenden (so auch BSG <1. Senat> Urteil vom 8.3.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 15). Sie schließen sich vielmehr gegenseitig aus. Daher findet § 13 Abs 3a SGB V insgesamt auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation keine Anwendung (so auch vgl Knispel, GesR 2017, 749, 756; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, K § 13 RdNr 58q <Stand Einzelkommentierung November 2016>; Helbig in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 13 RdNr 76; Hahn, SGB 2015, 144, 147 f). Nicht zu folgen ist demgegenüber der teilweise vertretenen Ansicht, dass die Zuweisungsnorm von § 13 Abs 3a S 9 SGB V aF nur bezüglich der Zuständigkeitsklärung und der Erstattung selbst beschaffter Leistungen auf die Regelungen des SGB IX verweise, sich aber der aus der Genehmigungsfiktion resultierende Sachleistungsanspruch nach § 13 Abs 3a S 6 SGB V (vgl dazu ua BSG <1. Senat> Urteil vom 11.7.2017 - B 1 KR 26/16 R - Juris RdNr 12 f, auch zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 13 Nr 36 vorgesehen) auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ergeben könne (so aber ua Bayerisches LSG Urteil vom 31.1.2017 - L 5 KR 471/15 - Juris RdNr 57 f; SG Speyer Urteil vom 18.11.2016 - S 19 KR 329/16 - Juris LS 2 und RdNr 27 f). Dieser Ansicht stehen sonst nicht auflösbare Normkonflikte entgegen.

- 15 Während nach § 13 Abs 3a S 6 iVm S 1 SGB V die Leistung bereits drei Wochen nach Antragsingang als genehmigt gilt, falls die Krankenkasse ohne Mitteilung eines hinreichenden Grundes und ohne Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme nicht darüber entschieden hat, tritt nach dem bis zum 31.12.2017 geltenden Recht der Rehabilitation und Teilhabe bei Überschreitung der vorgesehenen Fristen keine Genehmigungsfiktion ein. Vielmehr kann sich ein Leistungsberechtigter nach § 15 Abs 1 S 2 und 3 SGB IX aF die Leistung nur dann gegen Kostenerstattung selbst beschaffen, wenn er dem Rehabilitationsträger zuvor eine angemessene Frist unter Androhung der Selbstbeschaffung nach Fristablauf gesetzt hat. Diese Regelung liefe bei Eintritt einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a S 6 SGB V leer. Wird eine gutachtliche Stellungnahme eingeholt, gilt nach § 13 Abs 3a S 1 SGB V grundsätzlich eine Fünf-Wochenfrist ab An-

tragseingang, während der Rehabilitationsträger nach § 14 Abs 2 S 4 SGB IX aF innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens entscheiden muss. Bei paralleler Anwendung beider Normsysteme könnte in diesen Fällen die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a S 6 SGB V selbst dann eintreten, wenn sich der Rehabilitationsträger noch im Rahmen der nach § 14 Abs 2 S 4 SGB IX aF vorgegebenen Fristen hält. Schließlich könnte es zum Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a S 6 SGB V auch dann kommen, wenn die Krankenkasse einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe rechtmäßig nach § 14 Abs 1 S 1 und 2 SGB IX aF innerhalb von zwei Wochen an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterleitet, dies dem Versicherten aber nicht innerhalb der Drei-Wochenfrist des § 13 Abs 3a SGB V mitteilen würde.

- 16 Die vorstehenden Erwägungen schließen ein Nebeneinander beider Normkomplexe ersichtlich aus und fordern eine klare Systemabgrenzung, die nach den Vorschriften zur Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 SGB V nicht notwendig war und ist. Zwar verweist auch § 13 Abs 3 S 2 SGB V (*idF von Art 5 Nr 7 Buchst b nach Maßgabe des Art 67 SGB IX, aaO, mWv 1.7.2001*) hinsichtlich der Kosten für selbst beschaffte "Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX" auf die Erstattungsregelung von § 15 SGB IX aF (*bzw seit 1.1.2018 Verweisung auf § 18 SGB IX idF des BTHG*), allerdings ist insoweit aufgrund der Parallelität der Ansprüche und ihrer Voraussetzungen eine kollidierende Systemabgrenzung nicht erforderlich (*vgl BSGE 113, 40 = SozR 4-3250 § 14 Nr 19, RdNr 42*).
- 17 b) Den mit der Schaffung von § 13 Abs 3a SGB V entstandenen Konflikt kollidierender Systeme löst § 13 Abs 3a S 9 SGB V durch eine generelle Zuweisung in das System des SGB IX auf. Dies hat zur Folge, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des SGB V und des SGB IX von vornherein nicht vom sachlichen Anwendungsbereich des § 13 Abs 3a S 6 und S 7 SGB V erfasst werden (*bzw sind sie hiervon "ausgeklammert", so bereits BSG Urteil vom 8.3.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 15*). Derartige Leistungen sind vielmehr allein dem Regelungsgefüge des Teilhaberechts (§§ 14, 15 SGB IX aF *bzw seit 1.1.2018 §§ 14 bis 24 SGB IX idF des BTHG*) unterstellt. Es handelt sich um eine Systemabgrenzung, wie sie für die nach dem SGB V zu gewährenden Leistungen der GKV schon vor Inkrafttreten von § 13 Abs 3a SGB V bestand, und an die § 13 Abs 3a S 9 SGB V anknüpft. Denn die Regelungen des SGB IX gelten für alle Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, und zwar auch, soweit es sich dabei um Leistungen der GKV nach dem SGB V handelt. Die SGB IX-Regelungen gelten hingegen ausschließlich für Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, dh nicht für die sonstigen Leistungen der GKV (*vgl § 11 SGB V*), insbesondere nicht für solche zur kurativen (Akut-)Behandlung einer Krankheit (*zur Abgrenzung allgemein vgl zB Noftz in Hauck/Noftz, aaO, K § 11 RdNr 48 ff <Stand Einzelkommentierung Oktober 2017>*).
- 18 Während das für Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen geschaffene SGB IX eigenständig Gegenstände, Umfang und Ausführungen von Teilhabeleistungen regelt, wird hinsichtlich der Zuständigkeit und der Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe

nach § 7 S 2 SGB IX aF ausschließlich auf die für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze verwiesen. Die Vorschriften des SGB IX sind maßgebend, soweit etwa im SGB V nichts Abweichendes vorgesehen ist (*vgl § 7 S 1 SGB IX aF*). Die Krankenkassen sind in ihrer Eigenschaft als Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (*vgl § 5 Nr 1, § 6 Abs 1 Nr 1 SGB IX*) nach den Vorschriften des SGB V zur Erbringung solcher Rehabilitationsleistungen unter den dort genannten Voraussetzungen verpflichtet (*vgl § 11 Abs 2, § 40 SGB V; stRspr; vgl nur BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr 4, RdNr 18*). Deshalb verliert die GKV ihre originäre Leistungszuständigkeit für Hilfsmittel nach § 33 SGB V nicht, selbst wenn die Hilfsmittel im Einzelfall als Folge der hier vorzunehmenden Systemzuordnung als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu qualifizieren sind.

- 19 Die in § 13 Abs 3a SGB V eingefügte Genehmigungsfiktion für selbst beschaffte Leistungen hat die aufgezeigten Systemgrenzen im Grundsatz unberührt gelassen. Dies belegen die Gesetzesmaterialien zu dieser Regelung, die ausdrücklich (bloß) klarstellen, dass für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die §§ 14, 15 SGB IX aF zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen gelten und dass Spezialregelungen im SGB V wie zB § 32 Abs 1a (Genehmigungsfiktion bei Heilmitteln) vorrangig anzuwenden sind (*vgl Gesetzentwurf der Bundesregierung zum PatRVerbG, BT-Drucks 17/10488 S 32 zu Art 2 Nr 1*). Überdies bestätigt auch die Neuregelung des § 13 Abs 3a S 9 SGB V (*idF des BTHG*), dass für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die im SGB IX neu geregelten Vorschriften der §§ 14 bis 24 SGB IX (*idF des BTHG*) zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen gelten. Hierzu enthalten die Gesetzesmaterialien den Hinweis, dass es sich um eine rein redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung der vorgenannten Vorschriften handele (*vgl Gesetzentwurf der Bundesregierung zum BTHG, BT-Drucks 18/9522 S 322 zu Art 6 Nr 5 Buchst b*).
- 20 Nach dieser Systemzuweisung gelten die Vorschriften des SGB IX für die GKV grundsätzlich nur, soweit die Krankenkasse als Rehabilitationsträgerin für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 6 Abs 1 Nr 1, § 5 Nr 1 SGB IX) originär zuständig ist (*vgl § 11 Abs 2 S 1 und 3 SGB V, § 27 Abs 1 S 2 Nr 6 SGB V, § 40 SGB V*) oder soweit die Krankenkasse im Außenverhältnis zum Leistungsberechtigten für Teilhabeleistungen nach § 14 Abs 2 SGB IX zuständig geworden ist. Für Leistungen zur Teilhabe nach den in § 5 SGB IX aufgeführten Leistungsgruppen, für welche originär ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, kann der erstangegangene Rehabilitationsträger zuständig werden, wenn er den Antrag nicht innerhalb von zwei Wochen an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterleitet (§ 14 Abs 2 S 1 SGB IX). Außerdem kann ein originär unzuständiger Rehabilitationsträger für eine Leistung (bindend) zuständig werden, wenn ein Antrag trotz seiner Unzuständigkeit an ihn weitergeleitet wurde (§ 14 Abs 1 S 3 und 5 SGB IX aF bzw § 14 Abs 2 S 4 iVm Abs 3 SGB IX *idF des BTHG*). In diesen Fällen gelten die Vorschriften zur Koordinierung der raschen Zuständigkeitsklärung und zur Kostenerstattung nach §§ 14, 15 SGB IX aF

(bzw seit 1.1.2018 §§ 14 bis 24 SGB IX idF des BTHG), an die die Krankenkasse als Rehabilitationsträgerin nach dem SGB IX gebunden ist, nicht aber § 13 Abs 3a SGB V.

- 21 c) Maßstab für die Systemabgrenzung ist bei alledem allein das objektive Recht. Denn eine Systemabgrenzung lässt sich aus Gründen der gebotenen Rechtssicherheit und Rechtsklarheit nicht anhand subjektiver (Rechts-)Vorstellungen der Betroffenen vornehmen. Die damit ggf (allein) für die Leistungsberechtigten verbundene Unsicherheit bezüglich des Eintritts einer Genehmigungsfiktion und eines möglichen Anspruchs auf Kostenerstattung bei Selbstbeschaffung ist hinzunehmen. Dies gilt ungeachtet der Rechtsprechung sowohl des 1. Senats (*BSG Urteil vom 8.3.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 25 f*) als auch des 3. Senats des BSG (*vgl Urteil vom 11.5.2017 - B 3 KR 30/15 R - Juris RdNr 39, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 13 Nr 34 vorgesehen - Kopforthese*), nach der es für den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a S 6 SGB V und den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3a S 7 SGB V grundsätzlich nicht auf die objektive Erforderlichkeit der Leistung, sondern lediglich darauf ankommt, ob der Versicherte sie subjektiv für erforderlich halten durfte (*vgl Werner, SGB 2015, 323, 325; aA Knispel, SGB 2014, 374, 376; von Koppens-Spies, NZS 2016, 601, 604*). Der Ausschluss des Anwendungsbereichs von § 13 Abs 3a SGB V für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (*§ 13 Abs 3a S 9 SGB V*) ist gegenüber diesem Grundsatz vorrangig und schließt eine Leistungsgewährung über § 13 Abs 3a SGB V aus, unabhängig davon, ob sie der Versicherte für eine nichtrehabilitative Leistung halten durfte und sie iS von § 13 Abs 3a S 7 SGB V als erforderlich ansehen durfte.
- 22 2. Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB V kann zwar nach ständiger Rechtsprechung auch die Versorgung mit sächlichen Hilfsmitteln der GKV nach § 33 SGB V gehören (*vgl zuletzt BSGE 113, 40 = SozR 4-3250 § 14 Nr 19, RdNr 21 mwN - Hörgerät*). Gleichwohl wird die Versorgung mit Hilfsmitteln der GKV systematisch der Krankenbehandlung zugeordnet (*§ 27 Abs 1 S 2 Nr 3 SGB V*). Daraus ergeben sich zwangsläufig bei der Auslegung des § 13 Abs 3a SGB V Abgrenzungsfragen. Mit Rücksicht auf die schon in § 33 Abs 1 S 1 SGB V angelegte unterschiedliche Zielrichtung von Hilfsmitteln sind allerdings nicht sämtliche Hilfsmittel der GKV gleichermaßen vom Anwendungsbereich des § 13 Abs 3a SGB V erfasst bzw ausgeklammert. Für eine systemgerechte Zuordnung des jeweils zu beurteilenden Hilfsmittels bedarf es vielmehr einer Differenzierung nach dessen Funktionalität und Zwecksetzung (*hierzu im Folgenden a*), die im Wesentlichen auf die Unterscheidung zwischen den Begriffen "Krankheit" und "Behinderung" zurückzuführen ist (*hierzu b*). Nach dieser Abgrenzung finden die Regelungen des § 13 Abs 3a SGB V allein auf Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung (*§ 33 Abs 1 S 1 Var 1 SGB V*) Anwendung, denn als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind alle anderen Hilfsmittel vom Anwendungsbereich des § 13 Abs 3a SGB V ausgenommen (*hierzu c*). Diese Unterscheidung wird durch das Richtlinienrecht des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) bestätigt (*hierzu d*) und ist sachlich gerechtfertigt und daher nicht gleichheitswidrig (*hierzu e*). Das im vorliegend zu entscheidenden Fall von dem Kläger begehrte Therapedreirad ist auf den Zweck des Behinderungsausgleichs

und nicht auf Krankenbehandlung gerichtet, sodass § 13 Abs 3a SGB V keine Anwendung findet (*hierzu f*).

- 23 a) Hilfsmittel können nach § 33 Abs 1 S 1 SGB V drei unterschiedlichen Zielrichtungen dienen: der "Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung" (*Var 1*), dem "Vorbeugen vor Behinderung" (*Var 2*) oder dem "Behinderungsausgleich" (*Var 3*). Der 3. Senat hat in seiner Rechtsprechung hierzu bereits ausgeführt, dass es sich bei der Versorgung mit einem sächlichen Hilfsmittel nicht um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation iS von § 13 Abs 3a S 9 SGB V handelt, wenn der Einsatz des Hilfsmittels der "Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung" dient (*vgl BSG Urteil vom 11.5.2017 - B 3 KR 30/15 R - Juris RdNr 35 ff, auch für BSGE und SozR 4-2500 § 13 Nr 34 vorgesehen - Kopforthese*). Hieran hält der Senat fest. Hilfsmittel dienen dann der "Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung", wenn sie im Rahmen einer Krankenbehandlung, dh zu einer medizinisch-therapeutischen Behandlung einer Erkrankung als der Kernaufgabe der GKV nach dem SGB V eingesetzt werden. Krankenbehandlung umfasst dabei nach der Definition des § 27 Abs 1 S 1 SGB V die notwendigen Maßnahmen, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Das umschreibt die kurative Therapie einer Krankheit, wozu auch medizinische Untersuchungs- und Diagnostikverfahren gehören. Insoweit unterliegt auch das Hilfsmittel selbst den Vorschriften zur Qualitätssicherung vertragsärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, insbesondere dem Erfordernis der positiven Empfehlung durch den GBA, soweit die Verwendung des Hilfsmittels untrennbar mit einer neuen Methode verbunden ist (*vgl nur BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 47 LS und RdNr 26 ff - CGMS-Gerät*).
- 24 Dem steht nicht entgegen, dass nach dem SGB IX Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs einer Heilbehandlung zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehören (§ 26 Abs 2 Nr 6 SGB IX iVm § 31 Abs 1 Nr 2 SGB IX aF, bzw § 42 Abs 2 Nr 6 SGB IX iVm § 47 Abs 1 Nr 2 SGB IX idF des BTHG). Denn nach dem insoweit unterschiedlichen Wortlaut erfasst § 31 Abs 1 Nr 2 SGB IX aF (*bzw § 47 Abs 1 Nr 2 SGB IX idF des BTHG*) gerade nicht die kurative Krankenbehandlung iS von § 27 Abs 1 S 1 SGB V, sondern die "Heilbehandlung", die als Leistung zur medizinischen Rehabilitation zB im Rahmen einer stationären oder ambulanten medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs 1 und 2 SGB V von der GKV erbracht wird. Solche Rehabilitationsmaßnahmen werden durch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbracht, in denen nach § 107 Abs 2 Nr 2 SGB V die Anwendung von Heilmitteln (§ 32 SGB V) im Vordergrund des ärztlichen Behandlungsplans steht. Durch den vorrangig auf den Teilhabeausgleich gerichteten Zweck der durch eine Rehabilitationseinrichtung erbrachten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wird auch das zur Sicherung dieser Behandlung eingesetzte Hilfsmittel eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.
- 25 Ein Hilfsmittel wird aber auch losgelöst von einem kurativen Untersuchungs- oder Behandlungskonzept als Mittel der medizinischen Rehabilitation eingesetzt, wenn es der Vorbeugung vor oder dem Ausgleich von Behinderung dient. Es zielt in solchen Fällen nicht primär auf das Er-

kennen, Heilen, Verhüten oder Lindern von "Krankheit" iS von § 27 Abs 1 S 1 SGB V, sondern in erster Linie darauf, eine "Behinderung" oder "Pflegebedürftigkeit" abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre "Folgen" zu mildern (vgl § 11 Abs 2 SGB V; § 4 Abs 1 Nr 1, § 26 Abs 1 Nr 1 SGB IX aF). Als Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist das Hilfsmittel dann unter Beachtung der Regelungen des SGB IX zu erbringen (§ 11 Abs 2 S 3 SGB V). Maßgeblich ist demnach - vereinfacht gesagt -, ob entweder mit dem Hilfsmittel positiv auf eine Krankheit eingewirkt werden soll oder ob vielmehr eine Behinderung ausgeglichen oder sonst günstig beeinflusst oder ihr Eintritt verhindert werden soll. Diese Differenzierung basiert im Wesentlichen auf der Unterscheidung zwischen Krankheit und Behinderung (vgl zB Noftz in Hauck/Noftz, aaO, K § 11 SGB V RdNr 50 f <Stand Einzelkommentierung Oktober 2017>; Welte, Rehabilitation 2010, 537 ff; ders, Sozialrecht aktuell, Sonderheft 2013, 1 ff).

26 b) Der Begriff der Krankheit ist im SGB V nicht näher definiert. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG ist Krankheit ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der behandlungsbedürftig ist oder den Versicherten arbeitsunfähig macht (so schon BSGE 26, 240, 242 = SozR Nr 23 zu § 182 RVO; BSGE 30, 151, 152 f = SozR Nr 37 zu § 182 RVO). Dies hat die höchstgerichtliche Rechtsprechung im Laufe der Zeit dahingehend präzisiert, dass nicht schon jeder körperlichen Unregelmäßigkeit Krankheitswert zukommt. Erforderlich ist vielmehr zusätzlich, dass der Versicherte dadurch in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder die Abweichung vom Regelzustand entstellende Wirkung hat (stRspr; vgl nur BSG <3. Senat> Urteil vom 11.5.2017 - B 3 KR 30/15 R - Juris RdNr 22, auch für BSGE und SozR 4-2500 § 13 Nr 34 vorgesehen - Kopforthese; BSG SozR 4-2500 § 27 Nr 28 RdNr 10; BSGE 100, 119 = SozR 4-2500 § 27 Nr 14, RdNr 11; BSGE 93, 252 = SozR 4-2500 § 27 Nr 3, RdNr 5 f; BSGE 93, 94 = SozR 4-2500 § 13 Nr 4, RdNr 16; vgl auch Hauck, NJW 2016, 2695, 2696 f; zur Unterscheidung zwischen Krankheit und Behinderung ferner bereits BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 48 RdNr 19, 29 f).

27 Nach § 2 Abs 1 SGB IX aF (idF bis 31.12.2017, Fundstelle s oben unter 1. vor a) sind demgegenüber Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Seit 1.1.2018 erfasst § 2 Abs 1 S 1 SGB IX (idF des BTHG) als Menschen mit Behinderungen solche, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht (§ 2 Abs 1 S 2 SGB IX idF des BTHG). Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 Abs 1 S 3 SGB IX idF des BTHG).

- 28 Erschwert wird eine Abgrenzung zwischen Krankheit und Behinderung durch die Parallelen beider Begriffe, insbesondere die Maßgeblichkeit einer (Funktions-)Abweichung vom Regelzustand als dem für das Lebensalter typischen Zustand. Bei chronischen Krankheiten besteht Parallelität auch bezüglich der Dauerhaftigkeit, weshalb auch dieses Kriterium zur Abgrenzung ausscheidet. Als maßgebliches Unterscheidungskriterium ist deshalb in erster Linie die auf der (Funktions-)Abweichung beruhende Teilhabebeeinträchtigung heranzuziehen, die sich aus der Wechselwirkung des Gesundheitsproblems mit inneren und äußeren Kontextfaktoren ergibt. Denn die Teilhabebeeinträchtigung gehört ausschließlich zur Charakteristik der Behinderung, nicht der Krankheit. Der 3. Senat des BSG hat bereits in seinem Urteil vom 30.9.2015 die besondere Bedeutung der Teilhabebeeinträchtigung für den Begriff der Behinderung nach dem SGB IX mit Rücksicht auf die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und insbesondere den sich aus Art 1 Abs 2 UN-BRK ergebenden Begriff der Behinderung betont (*SozR 4-2500 § 33 Nr 48 RdNr 19 - Fingerendgliedprothese*). Danach zählen zu den "Menschen mit Behinderungen" Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. An diesem Begriff orientiert sich auch die Rechtsprechung des EuGH (*vgl Urteil vom 18.12.2014 - C-354/13 - RdNr 59 - Kaltoft - Kündigung wegen Adipositas*). Danach wird Behinderung nicht als ein fest definiertes Konzept verstanden, sondern ist dynamisch und von den jeweiligen Wechselbeziehungen mit umweltbezogenen und personenbedingten Kontextfaktoren abhängig (*Präambel lit e und Art 1 Abs 2 UN-BRK*). Der Behinderungsbegriff entwickelt sich somit fortlaufend weiter und passt sich an die jeweiligen gesellschaftlichen Entwicklungen an. Daher ist jeweils im konkreten Einzelfall zu prüfen, ob eine Beeinträchtigung der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe vorliegt. Schließlich ist zwar die Regelwidrigkeit und die Funktionsstörung nach medizinischen Maßstäben zu beurteilen, die Beeinträchtigung der Teilhabe kann jedoch auch nach soziologischen und pädagogischen Maßstäben bestimmt werden (*vgl hierzu auch Papadopoulou, Anmerkung zu EuGH, aaO, Forum B, Beitrag B9-2015 unter www.reha-recht.de, 10.7.2015; zum Begriff der Behinderung vgl auch Löbner, Behindertenrecht 2015, 1 ff sowie BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 45 RdNr 21, 28 - Perücke*).
- 29 Leistungen zur Rehabilitation werden deshalb nach dem SGB IX auch als Leistungen zur Teilhabe bezeichnet. Sie zielen auf die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 1 SGB IX). Wegen der fließenden Übergänge und Überschneidungsbereiche zwischen Krankenbehandlung und Rehabilitation ist auf den Schwerpunkt und die Zielrichtung der jeweiligen Maßnahme abzustellen.
- 30 c) Im Bereich der Hilfsmittel gehören vor diesem Hintergrund - neben den Hilfsmitteln zur Sicherung einer Heilbehandlung iS von § 31 Abs 1 Nr 2 SGB IX aF (*bzw § 47 Abs 1 Nr 2 SGB IX idF des BTHG, vgl hierzu oben 2.a*) - sowohl Hilfsmittel zur Vorbeugung vor Behinderung iS von § 33 Abs 1 S 1 Var 2 SGB V als auch Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich iS von § 33 Abs 1

S 1 Var 3 SGB V zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zwar unabhängig davon, ob sie dem unmittelbaren oder dem mittelbaren Behinderungsausgleich dienen.

- 31 Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich und zur Vorbeugung vor Behinderung werden nicht mit dem vorrangigen Ziel eingesetzt, auf die Krankheit, dh auf den regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand als solchen, kurativ-therapeutisch einzuwirken. Sie sollen vielmehr in erster Linie die mit diesem regelwidrigen Zustand bzw mit der Funktionsbeeinträchtigung verbundene (oder im Falle der Vorbeugung zu erwartende) Teilhabestörung ausgleichen, mildern, abwenden oder in sonstiger Weise günstig beeinflussen, um die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (*vgl § 1 SGB IX*). Bei der Beurteilung eines Anspruchs auf Versorgung mit einem Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich und zur Vorbeugung einer Behinderung ist daher dem Teilhabeaspekt die nach dem SGB IX vorgesehene Bedeutung zuzumessen. Ein Einsatz im Rahmen einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer entsprechenden Rehabilitationseinrichtung ist nicht erforderlich.
- 32 An dieser Stelle bedarf es im Übrigen keiner weiteren Differenzierung zwischen dem unmittelbaren und dem mittelbaren Behinderungsausgleich eines Hilfsmittels nach § 33 SGB V (*vgl dazu bereits näher BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 48 RdNr 18 - Fingerendgliedprothese*). Denn auch beim unmittelbaren Behinderungsausgleich steht nicht die Krankheitsbehandlung iS von § 27 Abs 1, § 28 Abs 1 S 1 SGB V im Vordergrund (*vgl dazu BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 35 RdNr 10*), sondern der Bezug zur Behinderung und seiner teilhabeorientierten Begriffsbestimmung nach dem SGB IX.
- 33 Zwar ersetzt das Hilfsmittel beim unmittelbaren Behinderungsausgleich die ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktion unmittelbar selbst, während es beim mittelbaren Behinderungsausgleich nur die direkten und indirekten Behinderungsfolgen ausgleicht (*stRspr; vgl nur zuletzt BSGE 116, 120 = SozR 4-2500 § 33 Nr 42, RdNr 16; BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 44 RdNr 19; BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 48 RdNr 18*). Das Funktionsdefizit wird aber auch bei Hilfsmitteln zum unmittelbaren Behinderungsausgleich (im Schwerpunkt) nicht kurativ behandelt, sondern lediglich möglichst weitreichend kompensiert. Denn es wird mit dem Hilfsmittel nicht in erster Linie auf den regelwidrigen bzw funktional beeinträchtigten Körperzustand mit dem Ziel der Heilung oder Besserung in einem kurativ-therapeutischen Sinne eingewirkt. Vielmehr bleibt der vom Regelfall abweichende Körper- oder Geisteszustand als solcher trotz Einsatzes des Hilfsmittels im Wesentlichen unverändert. Das Vorgehen beim Einsatz von Hilfsmitteln gleicht vielmehr hauptsächlich die Funktionsbeeinträchtigung aus oder ersetzt die beeinträchtigte Funktion, um dem Versicherten wieder eine vollständige oder zumindest weniger beeinträchtigte Teilhabe in der Gesellschaft zu ermöglichen. Es setzt mithin - selbst wenn es dem unmittelbaren Behinderungsausgleich zuzurechnen ist - vorrangig erst an den Folgen des medizinisch dann häufig schon austherapierten regelwidrigen Körper- oder Geisteszustands an und dient nicht (mehr) dessen Behandlung oder gar Wiederherstellung.

- 34 d) Diese systematische Abgrenzung und teilweise Zuordnung der Hilfsmittel zum Bereich der medizinischen Rehabilitation wird bestätigt durch die - auf § 92 Abs 1 S 2 Nr 5 SGB V beruhende - Reha-RL des GBA vom 16.3.2004 (*BAnz Nr 63 S 6769, in Kraft getreten am 1.4.2004, zuletzt geändert durch Beschluss vom 16.3.2017, BAnz AT 8.6.2017 B1, in Kraft getreten am 9.6.2017*) sowie die - durch § 92 Abs 1 S 2 Nr 6 SGB V ermächtigte - Richtlinie des GBA über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (*HilfsM-RL vom 21.12.2011/15.3.2012, BAnz AT 10.4.2012 B2, in Kraft getreten am 1.4.2012, zuletzt geändert durch Beschluss des GBA vom 24.11.2016, BAnz AT 16.2.2017 B3, in Kraft getreten am 17.2.2017*).
- 35 Die Reha-RL bezieht sich nur auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 11 Abs 2 SGB V iVm §§ 40, 41 SGB V, die in oder durch Einrichtungen erbracht werden, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (*vgl § 2 Abs 2 und 3 Reha-RL*) und nimmt andere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - zB solche, die in den Zuständigkeitsbereich anderer Rehabilitationsträger fallen, oder die Früh- und Anschlussrehabilitation - ausdrücklich von ihrem Geltungsbereich aus (*vgl § 3 Reha-RL*). Es handelt sich daher insoweit um die Bestimmung des Geltungsbereichs der Richtlinie, nicht um eine Begriffsbestimmung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Soweit nach § 4 Abs 3 Reha-RL "einzelne Leistungen der kurativen Versorgung (z.B. Heil- oder Hilfsmittel) oder deren Kombination ... für sich allein noch keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne dieser Richtlinie" darstellen, entspricht die darin enthaltene Unterscheidung zwischen Leistungen der kurativen Versorgung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der hier vorgenommenen Abgrenzung.
- 36 Auch bei Erlass der HilfsM-RL ging der GBA ersichtlich davon aus, dass es sich bei der Verordnung eines Hilfsmittels in der vertragsärztlichen Versorgung durchaus auch um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation handeln kann. Nach § 3 Abs 1 S 2 HilfsM-RL sind bei der Verordnung von Hilfsmitteln die in § 26 Abs 1 SGB IX aF genannten Rehabilitationsziele zu beachten, soweit eine Zuständigkeit der GKV besteht. § 10 Abs 2 HilfsM-RL normiert ausdrücklich eine Beratungspflicht der Vertragsärzte und Krankenkassen über Leistungen zur Teilhabe und die Möglichkeit einer trägerübergreifenden Beratung, wenn Hilfsmittel als Leistung zur medizinischen Rehabilitation verordnet werden sollen. Schließlich ergibt sich die Notwendigkeit für die Verordnung von Hilfsmitteln (konkrete Indikation) nach § 6 Abs 3 HilfsM-RL nicht allein aus der Diagnose. Vielmehr sind unter Gesamtbetrachtung der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), der noch verbliebenen Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik der Bedarf, die Fähigkeit zur Nutzung, die Prognose und das Ziel einer Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer, für die Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel (*§ 3 Abs 1 HilfsM-RL iVm § 26 SGB IX aF*) zu berücksichtigen.

37 e) Die damit nach alledem erfolgende Zuordnung von Hilfsmitteln, die der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung dienen, zum Fristen- und Rechtsfolgenregime des § 13 Abs 3a SGB V unter Ausschluss aller übrigen Hilfsmittel von dessen Anwendungsbereich ist nicht gleichheitswidrig, sondern im Hinblick auf die unterschiedliche Ausgestaltung des Regelungssystems der §§ 14, 15 SGB IX aF (*bzw §§ 14 bis 24 SGB IX idF des BTHG*) sachlich gerechtfertigt. Ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des Art 3 Abs 1 GG scheidet daher aus.

38 Die im Vergleich zu § 13 Abs 3a SGB V grundsätzlich längeren Fristen nach §§ 14, 15 SGB IX aF (*bzw der §§ 14 bis 24 SGB IX idF des BTHG*) halten sich in einem Rahmen, der der Koordination der Teilhabeleistungen als Komplexleistungen zwischen mehreren Rehabilitationsträgern Rechnung trägt - auch soweit es (lediglich) um die Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich oder zur Vorbeugung vor Behinderung geht. Allein die Vielzahl der Akteure des gegliederten Systems und die Komplexität der Aufgabe macht auch die Versorgung mit Hilfsmitteln außerhalb von Einrichtungen zu einer Komplexmaßnahme, für welche ausschließlich die Anwendung des Regelungs- und Fristenregimes nach §§ 14, 15 SGB IX aF (*bzw nach §§ 14 bis 24 SGB IX idF des BTHG*) angemessen ist (*vgl zum Ganzen auch Schütze, SGB 2013, 147 ff; Welti, Rehabilitation 2010, 537 ff; ders, Sozialrecht aktuell, Sonderheft 2013, 1 ff*). Hilfsmittel können Bestandteil der Krankenbehandlung sein (*vgl § 33 SGB V; § 31 SGB VII; § 48 SGB XII; § 13 BVG*), aber ebenso der Pflege (*vgl § 44 SGB VII; § 61 SGB XII; § 26c BVG; § 40 SGB XI*), der medizinischen Rehabilitation (*vgl § 31 SGB IX aF; § 33 SGB V; § 15 SGB VI; § 54 SGB XII; § 35a SGB VIII; § 13 BVG*), der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (*vgl § 33 SGB IX <idF durch Art 10 des Gesetzes zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt vom 20.12.2011, BGBl I 2854, mWv 1.4.2012, im Folgenden aF>; § 16 SGB VI; § 35 SGB VII; § 112 SGB III; § 16 SGB II; § 54 SGB XII; § 35a SGB VIII; § 26 BVG*) und der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (*vgl § 55 SGB IX aF; § 39 SGB VII; § 54 SGB XII; § 35a SGB VIII; § 27d BVG*). Hierfür kommen allgemein Leistungsträger aus acht unterschiedlichen Sozialleistungsbereichen in Betracht (*vgl auch § 6 SGB IX*). Dem soll durch die Anwendung der Vorschriften des SGB IX (*hier §§ 14, 15 SGB IX aF bzw §§ 14 bis 24 SGB IX idF des BTHG*) zur möglichst umfassenden Feststellung verschiedener, individueller Teilhabebedarfe und zügigen Zuständigkeitsklärung durch die Träger ohne Nachteile für die Leistungsberechtigten Rechnung getragen werden. Überdies ist die seit 1.1.2018 geltende Vorschrift des § 18 SGB IX idF des BTHG, die § 15 SGB IX aF abgelöst hat, im Hinblick auf die Selbstbeschaffung von Teilhabeleistungen zugunsten der Leistungsberechtigten gesetzlich weiterentwickelt worden (*vgl Gesetzentwurf der Bundesregierung zum BTHG, BT-Drucks 18/9522 S 238 zu § 18*). Die in § 18 Abs 1 und 3 SGB IX idF des BTHG vorgesehene Zwei-Monatsfrist, die abgelaufen sein muss, bevor im Teilhaberecht eine gesetzliche Genehmigungsfiktion und bei Selbstbeschaffung der Leistung ein Kostenerstattungsanspruch eingreifen können, trägt - im Vergleich zur weit kürzeren Drei-Wochenfrist nach § 13 Abs 3a SGB V - dem Umstand Rechnung, dass Teilhabeleistungen nach dem SGB IX zwar in der Regel umfangreicher und langfristiger Planungen verschiedener Träger bedürfen (*vgl §§ 19 ff SGB IX idF des BTHG*), typischerweise

aber weniger eilbedürftig sind, als Maßnahmen der kurativen (Akut-) Behandlung nach dem SGB V.

- 39 f) Ein Anspruch des Klägers kann vor dem aufgezeigten Hintergrund nicht auf § 13 Abs 3a SGB V gestützt werden. Das von ihm begehrte Therapedreirad dient keiner (kurativen) Krankenbehandlung, es kann allein dem Behinderungsausgleich dienen und hat daher medizinisch-rehabilitativen Charakter.
- 40 3. Der Senat kann zwar nach den bindenden Feststellungen des LSG einen Anspruch nach § 33 Abs 1 S 1 Var 1 SGB V ausschließen (*hierzu im Folgenden a*); er kann mangels hinreichender Feststellungen des LSG allerdings nicht abschließend entscheiden, ob sich der geltend gemachte Versorgungsanspruch des Klägers aus § 33 Abs 1 S 1 Var 3 SGB V (*hierzu im Folgenden b*) oder - was ebenso in Betracht kommt - mangels Weiterleitung des Antrags seitens der Beklagten als erstangegangener Rehabilitationsträger aus § 14 Abs 2 S 1 SGB IX aF iVm einem Sachleistungsanspruch aus dem Bereich eines anderen Rehabilitationsträgers (*hierzu im Folgenden c*) ergibt. Dies führt zur Zurückverweisung der Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG.
- 41 a) Die Versorgung mit einem Therapedreirad als originäre Leistung der GKV kommt nach § 33 Abs 1 S 1 SGB V (*in der ab 1.4.2007 geltenden Fassung von Art 1 Nr 17 Buchst a des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.3.2007, BGBl I 378*) in Betracht. Danach 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 GKV-Versorgung ausgeschlossen und zweitens im Einzelfall erforderlich sind, um die - hier ausgeschlossene - Krankenbehandlung zu sichern (*Var 1, aa*), einer drohenden Behinderung vorzubeugen (*Var 2*) oder eine Behinderung auszugleichen (*Var 3, vgl dazu unten bb*).
- 42 aa) Nach den nicht mit Verfahrensrügen angegriffenen Feststellungen und daher für den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) hat das LSG den Anspruch des Klägers auf Versorgung mit dem Therapedreirad "Easy Rider 2" aus dem Grund "zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung" iS von § 33 Abs 1 S 1 Var 1 SGB V zu Recht abgelehnt. Der sachliche Anwendungsbereich der Genehmigungsfiktion von § 13 Abs 3a SGB V ist entgegen der Ansicht des LSG daher mit Blick auf dessen S 9 nicht eröffnet worden, ungeachtet der Frage, ob aus dieser Norm nur ein bloßer Kostenerstattungsanspruch wegen selbst beschaffter Leistungen folgt (*vgl ausführlich unter 1.*), der hier auch nicht im Streit steht. Der Kläger hat sich das Hilfsmittel bislang nicht selbst beschafft.
- 43 bb) Bewegliche sächliche Mittel zur Förderung oder Ermöglichung der Mobilisation können nur in besonders gelagerten Fällen Hilfsmittel "zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung" iS von § 33 Abs 1 S 1 SGB V sein (*stRspr; vgl nur BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 32*

RdNr 21 ff - Therapiedreirad II). Der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung dient ein bewegliches sächliches Mittel nach der Rechtsprechung des BSG dann, wenn es spezifisch im Rahmen ärztlich verantworteter Krankenbehandlung eingesetzt wird, um zu ihrem Erfolg beizutragen (vgl. *BSGE 98, 213 = SozR 4-2500 § 33 Nr 15, RdNr 11; BSGE 93, 176 = SozR 4-2500 § 33 Nr 7, RdNr 11*). Jedoch ist nicht jedwede gesundheitsfördernde Betätigung als "spezifischer Einsatz im Rahmen der ärztlich verordneten Krankenbehandlung" anzusehen. Einen fehlenden engen Bezug zu einer konkreten Krankenbehandlung weisen gesundheitsförderliche Maßnahmen auf, die (nur) allgemein auf die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, die Mobilisierung von Restfunktionen des behinderten Menschen, die Erhöhung der Ausdauer und Belastungsfähigkeit sowie die Hilfe bei der Krankheitsbewältigung zielen. Andernfalls bedürfte es nicht der besonderen Leistungstatbestände ua der §§ 20 ff SGB V sowie des § 44 Abs 1 Nr 3 und 4 SGB IX aF (bzw. § 64 Abs 1 Nr 3 und Nr 4 SGB IX idF des BTHG), mit denen die Leistungspflicht der GKV unter den jeweils dort genannten Voraussetzungen über die gezielte Krankheitsbekämpfung als Kernaufgabe hinaus (*BSGE 81, 240, 243 = SozR 3-2500 § 27 Nr 9 S 29 - Diät- oder Krankenkost*) auf Aufgaben im Rahmen der gesundheitlichen Prävention und Rehabilitation ausgedehnt worden ist. Ein weitergehender spezifischer Bezug zur ärztlich verantworteten Krankenbehandlung kommt daher nur solchen Maßnahmen zur körperlichen Mobilisation zu, die in engem Zusammenhang mit einer andauernden, auf einen ärztlichen Therapieplan beruhenden Behandlung durch ärztliche und ärztlich angeleitete Leistungserbringer stehen und für die gezielte Versorgung im Sinne der Behandlungsziele des § 27 Abs 1 S 1 SGB V als erforderlich anzusehen sind. Davon ist auszugehen, wenn der Versicherte aufgrund der Schwere seiner körperlichen Beeinträchtigung dauerhaft Anspruch auf Maßnahmen der physikalischen Therapie hat, die durch das beanspruchte Hilfsmittel unterstützte eigene körperliche Betätigung entweder wesentlich fördert oder die therapeutische Behandlungsfrequenz infolge der eigenen Betätigung geringer ausfallen kann und sich deshalb die Versorgung mit dem Hilfsmittel im Rahmen der Wahlmöglichkeit des Versicherten (vgl. § 33 SGB I und § 8 Abs 1 SGB IX) als wirtschaftlich darstellt (vgl. *BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 35 RdNr 11 - Sportrollstuhl für Minderjährige*).

- 44 cc) Nach den nicht mit Verfahrensrügen angegriffenen und daher für den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) hat die Versorgung des Klägers mit einem Therapiedreirad hier keinen solch engen Bezug zur Krankenbehandlung. Das LSG hat unter Würdigung der medizinischen Berichte festgestellt, dass dem Kläger das Hilfsmittel zu Trainingszwecken verordnet wurde, um die Ausdauer und koordinativen Fähigkeiten des Klägers zu verbessern. Daraus hat das LSG in revisionsrechtlich nicht zu beanstandender Weise geschlossen, dass das Hilfsmittel insoweit gesundheitsförderlichen Zwecken dient, die nur allgemein auf die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, die Mobilisierung der Restfunktion des Klägers, die Erhöhung seiner Ausdauer und Belastungsfähigkeit sowie der Hilfe bei der Krankheitsbewältigung dient, ohne aber den Einsatz von Heilmitteln bzw. die Ergotherapie zu reduzieren oder die Koordination im Wesentlichen verbessern.

- 45 b) Allerdings haben die Vorinstanzen nicht hinreichend geprüft, ob das Therapedreirad zum Behinderungsausgleich in dem von der GKV abzudeckenden Bereich der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist (§ 33 Abs 1 S 1 Var 3 SGB V).
- 46 aa) Im Bereich des von der GKV zu erfüllenden Behinderungsausgleiches bemisst sich die originäre Leistungszuständigkeit der GKV nach dem Zweck des Hilfsmittels, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des Gehens und Stehens, der Erschließung des Nahbereichs und einem möglichst selbstbestimmten Leben und selbstständigen Leben befriedigt (vgl. *allgemein zu den Grundbedürfnissen stRspr; zB BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 30 RdNr 12 - Lichtsignalanlage; BSGE 116, 120 = SozR 4-2500 § 33 Nr 42, RdNr 18 - Rauchwarnmelder; BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 48 RdNr 18 - Fingerendgliedprothese, jeweils mwN*). Für den Versorgungsumfang, insbesondere die Qualität, Quantität und Diversität der Hilfsmittelausstattung kommt es aber sowohl beim unmittelbaren als auch beim mittelbaren Behinderungsausgleich allein auf den Umfang der mit dem begehrten Hilfsmittel zu erreichenden Gebrauchsvorteile an (vgl. *zB BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 44 S 248 ff - C-Leg*). Ohne Wertungsunterschiede besteht in beiden Bereichen Anspruch auf die im Einzelfall ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung, nicht jedoch auf eine Optimalversorgung. Deshalb besteht kein Anspruch auf ein teureres Hilfsmittel, soweit die kostengünstigere Versorgung für den angestrebten Nachteilsausgleich funktionell in gleicher Weise geeignet ist. Demgemäß haben die Krankenkassen nicht für solche "Innovationen" aufzukommen, die keine wesentlichen Gebrauchsvorteile für den Versicherten bewirken, sondern sich auf einen bloß besseren Komfort im Gebrauch oder eine bessere Optik beschränken (*stRspr; vgl. zum Ganzen BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 26; BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 44 - C-Leg; BSGE 116, 120 = SozR 4-2500 § 33 Nr 42, RdNr 16 ff - Rauchwarnmelder; BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 44 RdNr 19 ff - Autoschwenksitz; BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 48 RdNr 18 - Fingerendgliedprothese, jeweils mwN*). Speziellen Wünschen im Hinblick auf Komfort oder Ästhetik ist nur nachzukommen, wenn der Versicherte die Mehrkosten trägt (§ 33 Abs 1 S 6 SGB V *idF von Art 1 Nr 2 Buchst a DBuchst aa Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung, Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG, vom 4.4.2017, BGBl I 778, mWv 11.4.2017* > iVm § 47 Abs 3 SGB IX *idF des BTHG*).
- 47 bb) Als ein solches allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens ist in Bezug auf Bewegungsmöglichkeiten die Erschließung des Nahbereichs der Wohnung von Versicherten anerkannt, nicht aber das darüber hinausreichende Interesse an Fortbewegung oder an der Erweiterung des Aktionsraums. Maßgebend für den von der GKV insoweit zu gewährleistenden Behinderungsausgleich ist der Bewegungsradius, den ein nicht behinderter Mensch üblicherweise noch zu Fuß erreicht (*stRspr; vgl. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 29, 31 und 32 sowie BSG SozR 3-1200 § 33 Nr 1; zuletzt BSG Urteil vom 30.11.2017 - B 3 KR 3/16 R - RdNr 19 ff, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 139 Nr 9 vorgesehen*). Ausnahmen hiervon sind in Einzelfällen beim Vorliegen eines zusätzlichen qualitativen Moments, etwa für Mobilitätshilfen zum mittelba-

ren Behinderungsausgleich bei Kindern und Jugendlichen angenommen worden, wenn diese zum Schulbesuch oder zur Integration in der kindlichen und jugendlichen Entwicklungsphase erforderlich waren (*vgl BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 35 RdNr 16 mwN - Sportrollstuhl für Minderjährige*).

48 cc) Vorliegend fehlen bereits hinreichende Feststellungen des LSG, auf welche Art und Weise der Kläger überhaupt in der Lage ist, sich den Nahbereich seiner Wohnung zu erschließen, und zwar unter Berücksichtigung der gesamten gravierenden Funktionseinschränkungen des Klägers, insbesondere der Gleichgewichts-, Orientierungs-, Motorik- und Gangunsicherheitsstörungen. Anhaltspunkte dafür, dass eine nur unzureichende Versorgung des Klägers bestanden haben könnte, ergeben sich deshalb, weil selbst die Beklagte die Versorgung mit einem Rollstuhl anstelle eines Rollators erwogen hat, ohne dass diese Bedenken im Hinblick auf das zu befriedigende Grundbedürfnis der Bewegungsmöglichkeiten im Nahbereich ausweislich der Aktenlage näher geprüft worden sind. Die Versorgung mit dem Therapiedreirad - dessen konkretes Modell im Hilfsmittelverzeichnis sogar gelistet ist - ist bei Erwachsenen kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens (*vgl BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 31 RdNr 25 mwN - Therapiedreirad*). Es ist auch nicht nach § 34 Abs 4 SGB V ausgeschlossen. Es könnte daher als Leistung der medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen, wenn das Therapiedreirad wesentlich dazu beitragen oder zumindest maßgebliche Erleichterung bringen würde, dem Betroffenen den Nahbereich zu erschließen. Dies käme hier infrage, wenn die Zuhilfenahme des Rollators bei der Zurücklegung von gesundheitserhaltenden Wegen, Versorgungswegen und elementaren Freizeitwegen nicht mehr allein ausreichend wäre (*vgl auch LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 17.10.2012 - L 9 KR 392/10 - Juris RdNr 31 ff*). Dass der Kläger auf ständige Begleitung (Merkzeichen B) angewiesen ist, steht dem nicht entgegen, da eine Begleitung auch für jede andere Bewegungsmöglichkeit zur Erschließung des Nahbereichs mit einem Hilfsmittel erforderlich ist. Hierbei ist insbesondere das Wunsch- und Wahlrecht des behinderten Menschen (§ 8 Abs 1 S 1, S 2 SGB IX iVm § 33 S 2 SGB V) zu beachten. Die Beklagte darf den Kläger jedenfalls nicht bloß pauschal auf einen Rollstuhl verweisen, um das Grundbedürfnis der (erleichterten) Erschließung des Nahbereichs zu befriedigen. Sie hat vielmehr individuell zu prüfen, wie die Behinderung des Klägers seinem Wunsch entsprechend und in einer dem Teilhaberecht des SGB IX angemessenen Weise ausgeglichen wird.

49 dd) Bei der Art und Weise, wie die Beklagte den Kläger nach einer solchen Prüfung ggf mit einem Therapiedreirad versorgt, hat sie den berechtigten Wünschen des Klägers zu entsprechen (§ 8 SGB IX; *vgl schon BSG SozR 3-1200 § 33 Nr 1 S 4 zum Wahlrecht zwischen Elektrorollstuhl und Shoprider*). Dabei stünde es der Beklagten zwar ggf frei, den Kläger mit einem gebrauchten Therapiedreirad zu versorgen, wobei die Überlassung auch leihweise erfolgen kann (§ 33 Abs 5 S 1 SGB V). Soweit der Versicherte allerdings ein Hilfsmittel wählt, das über das Maß des Notwendigen hinausgeht, hat er die Mehrkosten im Vergleich zu dem kostengünstigeren, funktionell ebenfalls geeigneten Hilfsmittel selbst zu tragen (*vgl § 33 Abs 1 S 5 SGB V*). Falls das Hilfsmittel neben der Zweckbestimmung von § 33 Abs 1 S 1 SGB V einen Gebrauchs-

gegenstand des täglichen Lebens ersetzt, wie hier ein Gerät, das auch zu Trainingszwecken eingesetzt werden kann, haben die Versicherten einen Eigenanteil für ersparte Aufwendungen in Höhe des wirtschaftlichen Werts des ersetzten Gebrauchsgegenstands selbst zu tragen (*vgl BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 32 RdNr 28-29 - Therapiedreirad II; BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 25 S 146 - Tandem-Therapiefahrrad*).

- 50 c) Der Senat kann aber auch nicht abschließend entscheiden, ob die beklagte Krankenkasse als zuerst angegangener Rehabilitationsträger zur Gewährung des begehrten Therapiedreirads nach dem Eingliederungshilferecht (§§ 53 ff SGB XII) als Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft verpflichtet ist. Eine Sachleistung ist dem Wunsch des Leistungsberechtigten entsprechend auch nach dem Recht der Sozialhilfe (§ 10 Abs 3 SGB XII) möglich. Die mangels Weiterleitung des Rehabilitationsantrags nach § 14 Abs 2 S 1 SGB IX aF begründete Zuständigkeit der Beklagten als zuerst angegangener Leistungsträger erstreckt sich im Außenverhältnis zum Versicherten auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation rehabilitationsrechtlich vorgesehen sind (*vgl BSGE 93, 283 = SozR 4-3250 § 14 Nr 1, RdNr 15 ff; BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr 4, RdNr 14; BSGE 102, 90 = SozR 4-2500 § 33 Nr 21, RdNr 23*).
- 51 aa) Das LSG hat in seinem Urteil (*dort S 12*) die Ausführungen des behandelnden Neurologen vom 9.7.2015 unter diesen rehabilitationsrechtlichen Aspekten nicht hinreichend geprüft. Der Arzt hat - entsprechend den bindenden Feststellungen des Gerichts - ausgeführt, dass der Kläger im täglichen Leben so eingeschränkt sei, dass die Nutzung eines Dreirads die Lebensqualität verbessern helfe, dass er damit wieder am täglichen Leben teilnehmen und ua auch mit seiner Ehefrau Ausflüge unternehmen könne, was ihm bislang nicht möglich sei. Das Therapiedreirad diene der Teilhabe am Leben und der allgemeinen körperlichen Ertüchtigung.
- 52 bb) Die Abgrenzung zwischen Hilfsmitteln im Sinne der medizinischen Rehabilitation und der sozialen Rehabilitation richtet sich entscheidend nach den Zwecken und Zielen, denen das Hilfsmittel dienen soll. Die Zwecke können sich überschneiden, sie können aber auch unterschiedlicher Art sein, denn die Zwecksetzung der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft mit der Zwecksetzung der Leistungen der GKV ist nicht identisch (*vgl BSGE 103, 171 = SozR 4-3500 § 54 Nr 5, RdNr 17; BSG SozR 4-3500 § 54 Nr 6 RdNr 21*). Die grundsätzliche Zuordnung eines Hilfsmittels zur medizinischen Rehabilitation im Sinne der GKV bedeutet daher auch nicht, dass es unter einer anderen Zielsetzung für eine mögliche Leistungserbringung nicht infrage kommt.
- 53 Leistungen zur Eingliederung in die Gesellschaft nach § 53 Abs 4, § 54 Abs 1 SGB XII iVm § 55 Abs 1 und 2 Nr 7 SGB IX aF bzw § 76 Abs 1 und 2 Nr 7 und Nr 8 SGB IX haben die Aufgabe, dem behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft bzw an der sozialen Teilhabe zu ermöglichen. Solche Hilfsmittel bezwecken die gesamte Alltagsbewältigung; sie ermöglichen dem behinderten Menschen den Kontakt mit seiner Umwelt, nicht nur mit Familie

und Nachbarschaft, sowie die Teilnahme am öffentlichen und kulturellen Leben (*vgl BSGE 103, 171 = SozR 4-3500 § 54 Nr 5, RdNr 17 zu § 55 Abs 2 Nr 1 und Nr 7 und § 58 SGB IX aF*).

- 54 cc) Dabei muss das LSG mit Blick auf zwischenzeitlich eingetretene Rechtsänderungen Folgendes beachten: Zwar gelten die §§ 14 bis 24 SGB IX idF des BTHG lediglich für solche Anträge, die seit dem Inkrafttreten dieser Regelungen am 1.1.2018 gestellt wurden (*vgl ua BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 9*). Allerdings ist für die materiell-rechtliche Beurteilung der von dem Kläger erhobenen auf Anfechtung der Leistungsablehnung in Verbindung mit einem konkreten Leistungsbegehren gerichteten Klage auch nach einer Zurückverweisung die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung der Tatsacheninstanz maßgebend (*vgl stRspr; zB BSGE 99, 9 = SozR 4-3250 § 69 Nr 6, RdNr 13 mit umfassenden Nachweisen; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl 2017, § 54 RdNr 34*). Für den Versorgungsanspruch nach § 33 SGB V ist daher nunmehr im Falle einer neuen berufsgerichtlichen Entscheidung mit zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber inzwischen mit dem BTHG vom 23.12.2016 den Behinderungsbegriff in § 2 SGB IX ausdrücklich entsprechend dem Verständnis der UN-BRK neu gefasst und dabei dem Wechselwirkungsansatz noch mehr Gewicht beigemessen hat als nach dem bis dahin geltenden Recht. Danach kommt es nicht allein auf die wirklichen oder vermeintlichen gesundheitlichen Defizite an. Im Vordergrund stehen vielmehr das Ziel der Teilhabe (Partizipation) an den verschiedenen Lebensbereichen (*zur alten Rechtslage vgl bereits Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum SGB IX, BT-Drucks 14/5074 S 94 unter II.1.; zum BTHG vgl Gesetzentwurf der Bundesregierung, BT-Drucks 18/9522 S 192 unter II.1 S 227 zu § 2*) sowie die Stärkung der Möglichkeiten einer individuellen und den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung unter Berücksichtigung des Sozialraumes (*Gesetzentwurf der Bundesregierung, BT-Drucks 18/9522 S 3 unter A., S 191 unter 1.5*) und der individuellen Bedarfe zu wohnen (*Gesetzentwurf der Bundesregierung, BT-Drucks 18/9522 S 4 drittletzter Absatz*).
- 55 dd) Kommt das LSG nach der Wiedereröffnung des Berufungsverfahrens zu dem Ergebnis, dass das streitige Therapiedreirad für die soziale Teilhabe des Klägers erforderlich ist, wird es weiter zu prüfen haben, ob die Einkommens- und Vermögensverhältnisse (*§ 19 Abs 3 SGB XII iVm §§ 82 ff SGB XII*) der Leistungsgewährung entgegenstehen. Nach § 19 Abs 3 S 1 SGB XII wird Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (nur) geleistet, soweit dem Leistungsberechtigten die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des 11. Kapitels des SGB XII nicht zuzumuten ist. Dabei ist auf die Rechtslage zum Zeitpunkt der Entstehung der Kosten abzustellen (*vgl BSG Urteil vom 23.8.2013 - B 8 SO 24/11 R - Juris RdNr 20*).
- 56 ee) Obgleich die Beklagte damit im Verhältnis zum Kläger im Außenverhältnis allein zuständig und umfassend leistungspflichtiger Rehabilitationsträger geworden ist, kann die Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreits auch in die Rechtssphäre des Trägers der Sozialhilfe eingreifen, falls dieser nach den og Rechtsvorschriften - und ohne die Zuständigkeitskonzentration gemäß

§ 14 SGB IX aF - originär leistungspflichtig geworden wäre. In solchen Fällen bleibt der ursprünglich leistungspflichtige Rehabilitationsträger dem erstangegangenen Rehabilitationsträger nach Maßgabe des § 14 Abs 4 SGB IX aF bzw § 16 Abs 1 SGB IX erstattungspflichtig und ist damit nach § 75 Abs 2 Alt 1 SGG zum Rechtsstreit gegen den erstangegangenen Rehabilitationsträger notwendig beizuladen (*vgl nur BSGE 93, 283 = SozR 4-3250 § 14 Nr 1, RdNr 16; BSGE 117, 192 = SozR 4-1500 § 163 Nr 7, RdNr 29 mwN zur alten Rechtslage nach § 14 Abs 4 SGB IX idF bis 31.12.2017*).

- 57 4. Das LSG wird im wiedereröffneten Berufungsverfahren auch über die Kosten des Revisionsverfahrens mit zu entscheiden haben.