

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
15. März 2018

Urteil

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 3 KR 12/17 R**
Bayerisches LSG 31.01.2017 - L 5 KR 471/15
SG Nürnberg 24.09.2015 - S 7 KR 345/15

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

IKK classic,
Tannenstraße 4 b, 01099 Dresden,

Beklagte und Revisionsklägerin.

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 der Beklagten wird das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 31. Januar 2017 aufgehoben.

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

Gründe :

I

- 1 Streitig ist ein Anspruch des Klägers auf Versorgung mit einem Elektrorollstuhl.
- 2 Der 1958 geborene, bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Kläger leidet seit 2012 ua an einem Zustand nach Oberschenkelamputation. Er ist seitdem mit einem handbetriebenen Rollstuhl mit E-Fix-Zusatzantrieb ausgestattet.
- 3 Am 1.12.2014 ging bei der Beklagten eine ärztliche Verordnung über einen Elektrorollstuhl zusammen mit einem Kostenvoranschlag eines zugelassenen Hilfsmittelerbringers über eine Fallkostenpauschale von 3199,30 Euro für den begehrten Elektrorollstuhl B 500 des Herstellers Otto Bock ein. Die Beklagte holte Auskünfte bei der verordnenden Ärztin sowie einen Erprobungsbericht des Hilfsmittelerbringers ein und veranlasste am 6.2.2015 eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), der am 10.2.2015 eine Stellungnahme fertigte. Mit Bescheid vom 11.2.2015 lehnte sie die Gewährung eines Elektrorollstuhl mangels medizinischer Indikation ab. Das Widerspruchsverfahren des Klägers blieb erfolglos (*Widerspruchsbescheid vom 25.6.2015*).
- 4 Das SG hat die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verurteilt, den Kläger mit einem Elektrorollstuhl zu versorgen, weil die beantragte Leistung gemäß § 13 Abs 3a SGB V als genehmigt gelte (*Urteil vom 24.9.2015*). Am 3.12.2015 hat die Beklagte (vorsorglich) einen Bescheid zur Rücknahme der Genehmigungsfiktion nach § 45 SGB X erlassen.
- 5 Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen und den Bescheid vom 3.12.2015 aufgehoben. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Beklagte habe die Fristen iS von § 13 Abs 3a S 1 bis 4 SGB V nicht eingehalten und dem Kläger dies nicht rechtzeitig und ordnungsgemäß mitgeteilt. Deshalb gelte die Leistung nach § 13 Abs 3a S 6 SGB V als genehmigt und dem Kläger stehe daraus ein Sachleistungsanspruch zu. Der Ausnahmetatbestand des § 13 Abs 3a S 9 SGB V stehe dem nicht entgegen. Hilfsmittel seien grundsätzlich keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Sinne dieser Vorschrift. Denn anders als im Anwendungsbereich von § 14 SGB IX sei der Begriff der medizinischen Rehabilitation iS von § 13 Abs 3a S 9 SGB V im Hinblick auf die Funktion und den Ausnahmecharakter dieser Vorschrift eng auszulegen. Die eingetretene Genehmigungsfiktion sei durch den Rücknahmebescheid der Beklagten vom 3.12.2015, der in analoger Anwendung von § 96 Abs 1 SGG Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden sei, nicht wirksam beseitigt worden, weil er wegen fehlender Ermessensausübung rechtswidrig sei (*Urteil vom 31.1.2017*).
- 6 Mit der Revision rügt die Beklagte die Verletzung materiellen Rechts, ua einen Verstoß gegen §§ 12, 13 Abs 3a SGB V und §§ 14, 15 SGB IX. § 13 Abs 3a SGB V verlange keinen Hinweis

auf das Bestehen einer gesetzlichen Frist oder die Mitteilung einer taggenauen Fristverlängerung. Die Vorschrift erfasse nur notwendige und geeignete Leistungen entsprechend dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot und sei zudem auf Kostenerstattung beschränkt. Sachleistungsansprüche begründe die Vorschrift nicht. Ein Elektrorollstuhl gehöre als Hilfsmittel außerdem zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation und schon deshalb nicht in den Anwendungsbereich der Vorschrift. Der Kläger sei mit dem vorhandenen Leichtgewichtsrollstuhl mit E-Fix-Zusatzantrieb ausreichend versorgt.

- 7 Die Beklagte beantragt sinngemäß schriftsätzlich,
die Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts vom 31. Januar 2017 sowie des Sozialgerichts Nürnberg vom 24. September 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.
- 8 Der Kläger beantragt,
die Revision der Beklagten zurückzuweisen.
- 9 Der Kläger hält die angefochtenen Urteile für zutreffend.

II

- 10 Die zulässige Revision der beklagten Krankenkasse 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.
- 11 Die Versorgung des Klägers mit einem Elektrorollstuhl 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 im Folgenden 1.*).
- 12 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 Elektrorollstuhl handelt es sich jedoch um ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich, sodass § 13 Abs 3a SGB V für eine darauf gerichtete Leistungsgewährung keine Anwendung findet (*hierzu 2.*).

- 13 Es fehlen indessen hinreichende Feststellungen des LSG - von seinem Lösungsansatz aus konsequent - sowohl zu den Voraussetzungen eines Anspruchs auf Versorgung mit einem Elektrollstuhl nach § 33 Abs 1 S 1 Var 3 SGB V als auch zu den Voraussetzungen eines Sachleistungsanspruchs aus dem Bereich eines anderen Rehabilitationsträgers (*vgl § 6 Abs 1 SGB IX*), für den die Beklagte als erstangegangene Rehabilitationsträgerin iS von § 14 Abs 2 S 1 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 selbst in der Sache entscheiden (*hierzu 3.*).
- 14 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*).
- 15 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 58 q <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.

- 16 Während nach § 13 Abs 3a S 6 iVm S 1 SGB V die Leistung bereits drei Wochen nach Antrags-
eingang 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 Leistungsbe-
rechtigter 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 An-
drohung 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 Stellung-
nahme 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 Kranken-
kasse 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 weiterleiten, dies dem
Versicherten aber nicht innerhalb der Drei-Wochenfrist des § 13 Abs 3a SGB V mitteilen würde.
- 17 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*).
- 18 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 gesetzlichen Krankenversicherung (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>).

19 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.

20 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).

- 21 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.
- 22 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 Koppfels-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.
- 23 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). Der im vorliegend zu entscheidenden Fall vom Kläger begehrte Elektrorollstuhl ist auf den Zweck des Behinderungsausgleichs und nicht auf Krankenbehandlung gerichtet, sodass § 13 Abs 3a SGB V keine Anwendung findet (hierzu f).

24 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).

25 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.

26 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 Erkennen, 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>; Welti, Rehabilitation 2010, 537 ff; ders, Sozialrecht aktuell, Sonderheft 2013, 1 ff*).

27 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).

- 28 Nach § 2 Abs 1 SGB IX in der bis 31.12.2017 geltenden Fassung (*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*).
- 29 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*).

- 30 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.
- 31 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.
- 32 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.
- 33 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.

- 34 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.
- 35 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*).
- 36 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.

- 37 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.
- 38 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.
- 39 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 Leistun-

gen 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.

- 40 f) Ein Anspruch des Klägers kann vor dem aufgezeigten Hintergrund nicht auf § 13 Abs 3a SGB V gestützt werden. Der von ihm begehrte Elektrorollstuhl dient keiner (kurativen) Krankenbehandlung, sondern allein dem Behinderungsausgleich und hat daher medizinisch-rehabilitativen Charakter.
- 41 3. Der Senat kann mangels hinreichender Feststellungen des LSG, auf die es ausgehend von seinem abweichenden rechtlichen Standpunkt nicht ankam, 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 a*) oder - was ebenso in Betracht kommt - mangels Weiterleitung des Antrags seitens der Beklagten aus § 14 Abs 2 S 1 SGB IX aF iVm einem Sachleistungsanspruch aus dem Bereich eines anderen Rehabilitationsträgers (*hierzu b*) ergibt. Dies führt zur Zurückverweisung der Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG.
- 42 a) Nach § 33 Abs 1 S 1 Var 3 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs 4 SGB V ausgeschlossen sind. Der vom Kläger begehrte Elektrorollstuhl ist weder ein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens noch nach § 34 Abs 4 SGB V ausgeschlossen.
- 43 aa) Leistungen zum Zweck des Behinderungsausgleichs sind aber nicht unbegrenzt von der GKV zu erbringen. Vielmehr ist der Aufgabenbereich der GKV im Rahmen der medizinischen

Rehabilitation von den Aufgabenbereichen anderer Rehabilitationsträger und der Eigenverantwortung abzugrenzen (*vgl insoweit bereits BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 48 RdNr 18 - Fingerendgliedprothese*). Die GKV hat nicht jegliche Folgen von Behinderung in allen Lebensbereichen - etwa im Hinblick auf spezielle Sport- oder Freizeitinteressen - durch Hilfsmittel auszugleichen und der Ausgleich für spezielle berufliche Anforderungen fällt in den Aufgabenbereich anderer Sozialleistungssysteme. Auch nach den Regelungen des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen nach dem SGB IX ist die GKV nur für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie für unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen zuständig (§ 6 Abs 1 Nr 1, § 5 SGB IX), nicht aber für die übrigen Teilhabeleistungen nach dem SGB IX (*Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft - § 5 Nr 2 und 4 SGB IX aF bzw Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung und Leistungen zur sozialen Teilhabe - § 5 Nr 2, 4 und 5 SGB IX idF des BTHG*). Ein Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich ist nach ständiger Rechtsprechung des Senats von der Krankenkasse nur zu gewähren, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mindert und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft. Deshalb ist der Anspruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich im Rehabilitationsrecht nach § 47 Abs 1 Nr 3 SGB IX idF des BTHG (*entspricht § 31 Abs 1 Nr 3 SGB IX aF*) ausdrücklich auf solche zur Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens begrenzt. Denn unter dem Oberbegriff der Rehabilitation als Leistungen zur Teilhabe an der Gesellschaft (*vgl zB § 5 SGB IX*) ist die medizinische Rehabilitation - in Abgrenzung zur beruflichen, sozialen und neuerdings auch der die Bildung betreffenden Rehabilitation - auf die Teilhabe am täglichen Leben, einschließlich der mit medizinischen Mitteln zu bewirkenden Selbstbestimmung und Selbstversorgung gerichtet.

- 44 bb) Zu den allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens gehören danach das Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden, die elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums (*stRspr; vgl zB BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 30 RdNr 12 - Lichtsignalanlage; BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 47 - CGMS, jeweils mwN*). Die durch den unmittelbaren Behinderungsausgleich bewirkte Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung einer beeinträchtigten Körperfunktion stellt regelmäßig bereits als solche ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens dar. Für den Versorgungsumfang, insbesondere die Qualität, Quantität und Diversität der Hilfsmittelausstattung kommt es 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 (*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); anderenfalls sind die Mehrkosten gemäß § 33 Abs 1 S 5 SGB V von dem Versicherten selbst zu tragen (§ 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*) *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*).

45 cc) Danach wird das Berufungsgericht festzustellen haben, ob der Kläger mit dem vorhandenen Leichtgewichtsrollstuhl mit E-Fix-Antrieb bereits ausreichend versorgt ist. Insoweit wird insbesondere den Erläuterungen des Klägers in der mündlichen Verhandlung vor dem LSG nachzugehen sein, dass er im Zeitpunkt der Versorgung mit dem Leichtgewichtsrollstuhl aufgrund seines Nierenleidens sehr abgemagert gewesen sei, bevor er im Laufe der medizinischen Behandlung - auch durch eine vermehrte Wasseransammlung im Körper - an Gewicht zugenommen habe, weshalb der Leichtgewichtsrollstuhl zu schmal geworden sei. Der lediglich auf der Aktenlage beruhende Einwand des MDK, eine Gewichtszunahme sei unter Berücksichtigung der Begleitdiagnosen medizinisch nicht nachvollziehbar, ist bislang ungeprüft geblieben und kann insoweit tatsächliche Ermittlungen nicht ersetzen.

46 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 hierzu ua BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr 33, RdNr 9*). Allerdings ist für die materiell-rechtliche Beurteilung des vom 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; z.B. 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 berufungsgerichtlichen 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 (*vgl hierzu bereits näher oben unter 2. b*). 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*).

- 47 Deshalb wird das LSG im wiederöffneten Berufungsverfahren nicht nur zu ermitteln haben, ob aufgrund von Änderungen der körperlichen Bedingungen des Klägers eine Neuversorgung erforderlich ist, sondern auch, ob das Grundbedürfnis nach Mobilität eine Versorgung mit dem begehrten Elektrorollstuhl erforderlich macht. Diesbezüglich wird aufzuklären sein, ob der Kläger mit dem vorhandenen Leichtgewichtsrollstuhl mit E-Fix-Antrieb tatsächlich alle existenziellen Wege zur Gesundheits- und Selbstversorgung zurücklegen kann, woran es jedenfalls mangelt, wenn - wie der Kläger vorträgt - dessen Reichweite aufgrund der Akkuleistung möglicherweise auch witterungsbedingt so begrenzt ist, dass damit der Nahbereich nicht hinreichend erschlossen werden kann. Daneben kann der begehrte Elektrorollstuhl im Hinblick auf das Grundbedürfnis des Klägers nach Selbstbestimmung und selbständigem Wohnen erforderlich sein. In diesem Zusammenhang wird das LSG dem Einwand des Klägers nachgehen müssen, dass er bei der Nutzung des Leichtgewichtsrollstuhls ständig eine Begleitperson benötige und daher sein Selbstbestimmungsrecht und seine Selbständigkeit seitens der Beklagten nicht hinreichend berücksichtigt werde.
- 48 b) Die Feststellungen des LSG reichen ebenso wenig aus zur abschließenden Entscheidung des Senats über eine Leistungspflicht der Beklagten in aufgedrängter Zuständigkeit nach § 14 Abs 2 S 1 SGB IX aF iVm einer Anspruchsgrundlage eines anderen zuständigen Rehabilitationsträgers.
- 49 Die mangels Weiterleitung des Rehabilitationsantrags nach § 14 Abs 2 S 1 SGB IX aF begründete umfassende Prüfungs- und ggf auch Leistungszuständigkeit der beklagten Krankenkasse als zuerst angegangene Leistungsträgerin (sog leistende Rehabilitationsträgerin; vgl Legaldefinition in § 14 Abs 2 S 1 SGB IX idF des BTHG seit 1.1.2018) 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*).
- 50 Wenn daher der vom Kläger begehrte Elektrorollstuhl nach den obigen Ausführungen unter 3.a) nicht bereits zur medizinischen Rehabilitation nach den Kriterien des § 33 Abs 1 S 1 Var 3 SGB V erforderlich sein sollte, wird das LSG weiter aufzuklären haben, ob dieses Hilfsmittel spezielle Gebrauchsvorteile zwar nicht für das Alltagsleben des Klägers, aber zu seiner beruflichen oder sozialen Teilhabe oder zur Teilhabe an Bildung bietet, und ob der Kläger diese Vorteile nach seinen individuellen Fähigkeiten und seiner privaten und beruflichen Lebensgestaltung tatsächlich nutzen kann. Zwar bietet der bisher erkennbare Sachverhalt keine Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger den begehrten Elektrorollstuhl zur beruflichen oder sozialen Teilhabe oder zur Teilhabe an Bildung benötigen könnte, allerdings ist nach den bisherigen Feststellungen auch der Bedarf noch nicht entsprechend ermittelt worden (*vgl §§ 12, 13 SGB IX idF des*

BTHG) und die Versorgung mit einem Elektrorollstuhl kann grundsätzlich alle Teilhabebereiche betreffen.

- 51 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft iS von § 55 SGB IX aF bzw die Leistungen zur sozialen Teilhabe iS von § 76 SGB IX (*idF des BTHG*) einschließlich der Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 75 SGB IX *idF des BTHG*) haben die Aufgabe, dem behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen und schließen ausdrücklich subsidiär an die vorrangigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an. Deshalb gehören zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft solche Hilfsmittel, die den Ausgleich einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bezwecken und daher zwar regelmäßig - ebenso wie die Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation - die Alltagsbewältigung betreffen, aber nicht mehr von der medizinischen Teilhabe umfasst sind (*wie beispielsweise die in § 83 Abs 1 Nr 2 SGB IX <idF des BTHG> ausdrücklich aufgeführten Leistungen für ein Kraftfahrzeug*). Es handelt sich dabei insbesondere um Hilfsmittel, die dem behinderten Menschen den Kontakt mit seiner Umwelt, nicht nur mit Familie und Nachbarschaft, sowie die Teilnahme am öffentlichen und kulturellen Leben ermöglichen (*vgl § 55 Abs 2 Nr 1 und Nr 7 SGB IX aF, § 58 SGB IX aF; vgl dazu BSGE 103, 171 = SozR 4-3500 § 54 Nr 5, RdNr 17*).
- 52 In diesem Rahmen muss das LSG auch die betroffenen anderen Rehabilitationsträger notwendig beiladen, damit der Sachverhalt auch im Hinblick auf die Teilhabeziele der beruflichen und sozialen Rehabilitation (einschließlich der Bildung) und das Vorliegen der Voraussetzungen für einen Anspruch auf die Versorgung mit dem begehrten Elektrorollstuhl nach den für diese Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen umfassend aufgeklärt werden kann. Zu den übrigen Anspruchsvoraussetzungen für Eingliederungsleistungen nach dem SGB XII wird insbesondere zu prüfen sein, ob dem Leistungsberechtigten die Aufbringung der finanziellen Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des 11. Kapitels des SGB XII nicht zuzumuten ist (*vgl § 19 Abs 3 SGB XII iVm §§ 82 ff SGB XII*). 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*). Auch wenn im Verhältnis zum Kläger im Ergebnis grundsätzlich allein die Beklagte leistungspflichtig sein kann, ist die Beiladung aller originär als leistungspflichtig in Betracht kommenden Rehabilitationsträger notwendig iS von § 75 Abs 2 Alt 1 SGG, weil diese der Beklagten als erstangegangener (leistender) Rehabilitationsträgerin nach Maßgabe des § 15 Abs 2 SGB IX (*idF des BTHG*) erstattungspflichtig wären (*vgl nur BSGE 93, 283 = SozR 4-3250 § 14 Nr 1, RdNr 9; BSGE 117, 192 = SozR 4-1500 § 163 Nr 7, RdNr 29 mwN*).
- 53 4. Der vorsorglich auf die Rücknahme einer vermeintlich eingetretenen fiktiven Genehmigung gerichtete Bescheid der Beklagten vom 3.12.2015 geht mangels Eintritts einer gesetzlichen Genehmigungsfiktion - wie unter 1. dargelegt - letztlich ins Leere. Er hat sich auf sonstige Weise erledigt (§ 39 Abs 2 SGB X), denn einem gar nicht auf die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a S 6 SGB V stützbaeren möglichen Versorgungsanspruch des Klägers nach den oben genannten Vorschriften des materiellen Rechts steht der Bescheid jedenfalls nicht entgegen.

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