S 18 KR 470/14

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Dresden (FSS)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
18
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 18 KR 470/14
Datum
24.06.2015
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die Pflicht des Trägers einer Einrichtung der Behindertenhilfe zur Vorhaltung notwendiger Pflegehilfsmittel lässt den Anspruch eines gesetzlich krankenversicherten Bewohners auf Bereitstellung eines sowohl dem Behinderungsausgleich als auch der Pflegerleichterung dienenden Hilfsmittels durch die Krankenkasse nur entfallen, wenn nach der Vereinbarung gemäß § 75 Abs. 3 SGB XII oder dem Heimvertrag dieses Hilfsmittel vom Einrichtungsträger konkret bereitzustellen ist (Anschluss an Bayerisches LSG, Urt. v. 29.06.2006 - L 4 KR 253/03 -).
Auf die Bestimmung des Nutzerkreises der Einrichtung an Hand von Pflegestufen kommt es dabei ebenso wenig an wie auf die Frage, ob bei der Zweckbestimmung des Hilfsmittels die Pflege im Vordergrund steht, weil eine Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht mehr möglich ist und eine Rehabilitation damit nicht mehr stattfindet (entgegen Thüringer LSG, Urt. v. 28.01.2013 - L 6 KR 955/09 - und LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.08.2014 - L 4 P 4137/13 -).
I. Der Bescheid vom 13.01.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.06.2014 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, den Kläger mit einem Duschrollstuhl mit Becken- und Brustgurt zu versorgen. II. Die Beklagte hat dem Kläger die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Verfahrens zu erstatten. III. Die Berufung ist zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Bereitstellung eines Duschrollstuhls.

Der 1977 geborene, bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Kläger leidet an infantiler Cerebralparese, Epilepsie, Skoliose und einem operierten Klumpfuß. Der Kläger wird durch seinen Vater als Betreuer gesetzlich vertreten. Er ist pflegebedürftig nach Pflegestufe III.

Seit dem 07.05.2004 wohnt der Kläger in einem Wohnheim für behinderte Menschen der Beigeladenen zu 1, einer Einrichtung der Behindertenhilfe im Sinne von § 43a und § 71 Abs. 4 SGB XI. Die Rechtsverhältnisse zwischen dem Kläger und der Beigeladenen zu 1 regelt ein Heimvertrag vom 28.09.2004 (Bl. 35 ff. der Sozialgerichtsakte).

Der zu 2 beigeladene überörtliche Sozialhilfeträger trägt die Kosten des Aufenthalts im Wohnheim für behinderte Menschen der Beigeladenen zu 1 als Leistung der Eingliederungshilfe. Zur Ermittlung der Vergütung der Beigeladenen zu 1 ist der Kläger der Hilfebedarfsgruppe 4 zugeordnet. Die Rechtsverhältnisse zwischen der Beigeladenen zu 1 und dem Beigeladenen zu 2 regelt die Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII vom 01.10.2007 (Bl. 48 ff. der Sozialgerichtsakte) in Verbindung mit dem Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für den Freistaat Sachsen vom 29.06.2006 (Bl. 83 ff. der Sozialgerichtsakte).

Am 09.12.2013 beantragte der Kläger unter Vorlage einer Verordnung der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dipl.-Med. Schuster vom 25.11.2013 und eines Kostenvoranschlags der Rehatechnik Israel vom 05.12.2013 über 1.024,71 EUR die Versorgung mit einem Duschrollstuhl (HMV Nr. 18.46.03.0032) nebst Becken- und Brustgurt.

Mit Bescheid vom 13.01.2014 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Die Kosten von Rollstühlen für Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe würden nur übernommen, wenn es sich um überwiegend im Rahmen des Behinderungsausgleichs einer medizinischen Rehabilitation eingesetzte oder individuell angepasste Hilfsmittel handele. Werde ein Hilfsmittel dagegen für den üblichen Pflegebetrieb, beispielsweise zur Sicherung der Grundpflege (Lagerung, Transfer, Mobilisation, Körperpflege, Hygiene) und gegebenenfalls von mehreren Bewohnern genutzt, sei nicht die gesetzliche Krankenversicherung, sondern die Einrichtung der Behindertenhilfe zu dessen Bereitstellung verpflichtet. Hier handele es sich nicht um ein individuell angepasstes Hilfsmittel, sondern nur um ein individuell einstellbares Serienfabrikat.

Den am 27.01.2014 hiergegen erhobenen Widerspruch vom 23.01.2014 begründete der Vertreter des Klägers damit, der Kläger könne ohne orthopädische Schuhe nicht stehen und erst recht nicht duschen. Der Duschrollstuhl diene dem Behinderungsausgleich und erleichtere zugleich die Pflege. Aus hygienischen Gründen sei eine Mitnutzung durch andere Bewohner nicht erwünscht. Bei dem Wohnheim handele es sich nicht um ein Pflegeheim, sondern um eine Einrichtung der Behindertenhilfe im Sinne des § 43a SGB XI.

Die Beklagte half dem Widerspruch mit der Begründung nicht ab, der Duschrollstuhl solle zu grundpflegerischen Verrichtungen bzw. primär zum Transport zu pflegerischen Verrichtungen genutzt werden. Er sei ein Serienfabrikat. In Folge der Zuerkennung der Pflegestufe III zahle bereits die Pflegekasse Leistungen an den Beigeladenen zu 2. Trägern von Einrichtungen der Behindertenhilfe stelle bereits der Beigeladene zu 2 finanzielle Mittel für Investitionen zur Verfügung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.06.2014 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Das Hilfsmittel sei vom Einrichtungsträger bereitzustellen. Die Pflegekasse übernehme deshalb einen Teil des vereinbarten Heimentgelts.

Hiergegen richtet sich die am 07.07.2014 eingegangene Klage. Der Kläger macht geltend, die Versorgung mit dem Duschrollstuhl nebst Fixierung sei wegen der Sturz- und Verletzungsgefahr beim Duschen dringend erforderlich. In einer benachbarten Wohngruppe habe die Beklagte einem gleichartigen Antrag stattgegeben.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid vom 13.01.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.06.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihn mit einem Duschrollstuhl zu versorgen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie nimmt Bezug auf die Begründung des Widerspruchsbescheides. Die Bewilligung für eine andere Versicherte binde sie nicht. Das Hilfsmittel diene der Grundpflege, da ohne den Duschrollstuhl die Erbringung der nach dem Heimvertrag vom Einrichtungsträger vertraglich geschuldeten allgemeinen Pflegeleistungen nicht möglich wäre. Auch nach dem Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen, zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen, zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) gehöre ein Duschrollstuhl zur Ausstattung eines Pflegeheims. Ergänzend macht sie sich die Gründe des Urteils des Thüringer Landessozialgerichts vom 28.01.2013, Az. L 6 KR 955/09, zu eigen.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Die Beigeladene zu 1 sieht sich nicht verpflichtet, einen Duschrollstuhl zur Nutzung durch den Kläger vorzuhalten. Der Ausstattungskatalog zur Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII sehe keine Duschrollstühle vor. Es handele sich bei dem Behindertenwohnheim nicht um ein Pflegeheim, sondern um eine Einrichtung der Behindertenhilfe. Sie halte die den Eingliederungszielen und den dazu dienenden Maßnahmen entsprechende Ausstattung vor. Zur Vorhaltung darüber hinausgehender Hilfsmittel sei sie ohne entsprechende Vereinbarung mit dem Sozialhilfeträger nicht verpflichtet. Zudem handele es sich bei dem Duschrollstuhl um ein individuelles Hilfsmittel. Sein Gebrauch durch andere Bewohner sei schon deshalb ausgeschlossen, weil er individuell eingestellt werden müsse und nicht mehreren Bewohnern gleichzeitig zur Verfügung stehe.

Die Beteiligen haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung gemäß § 124 Abs. 2 SGG erklärt.

Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte, insbesondere auf die Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII (Bl. 48 der Sozialgerichtsakte) mit der Leistungsbeschreibung des Wohnheims (Bl. 51 der Sozialgerichtsakte) und der Übersicht über die vorzuhaltende Ausstattung (Bl. 56 der Sozialgerichtsakte) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet. Der Kläger hat Anspruch auf Versorgung mit einem Duschrollstuhl nebst dem zur Fixierung des Oberkörpers erforderlichen Zubehör gemäß dem Kostenvoranschlag vom 05.12.2013.

1. Grundlage des Anspruchs ist § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Danach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind.

Der Kläger benötigt den Duschrollstuhl zum Ausgleich seiner Behinderung bei der Befriedigung des elementaren Grundbedürfnisses nach Mobilität im Nahbereich seiner Wohnung und nach elementarer Körperpflege, die auch das Baden oder Duschen umfasst (vgl. Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 17.05.2010, Az. L 1 KR 210/09, juris Rn. 22). Der Rollstuhl mit Fixierung gleicht dabei den krankheitsbedingten Ausfall der Funktion des Gehens beim Aufsuchen des Bades und des Stehens oder aufrechten Sitzens (z.B. auf einem Duschstuhl) unter der Dusche aus.

Dass der Duschrollstuhl den Kläger wegen des Ausmaßes der Behinderungen nicht in die Lage versetzt, die Körperpflege eigenständig und selbstbestimmt allein zu betreiben, sondern er hierzu der Assistenz durch Pflegepersonen bedarf, schließt den Anspruch auf Hilfsmittelversorgung nicht aus. Nach der früheren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts waren Gegenstände, bei denen zwar noch ein gewisser Behinderungsausgleich zu erkennen ist, bei denen aber ganz überwiegend die Pflege im Vordergrund steht, weil eine Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (vgl. § 1 Satz 1 SGB IX) insoweit nicht mehr möglich ist und eine

Rehabilitation damit nicht mehr stattfindet, der Heimausstattung zuzurechnen und die Krankenkassen nur für die Leistung zuständig, wenn das Hilfsmittel überwiegend der Selbstbestimmung und Teilhabe dient (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 22.07.2004, Az. B 3 KR 5/03 R, juris Rn. 19). Diesen Bemühungen um eine Abgrenzung der Leistungspflicht hat der Gesetzgeber die Grundlage entzogen. Gemäß § 33 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der Fassung des Artikel 1 Nr. 17 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hängt der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. Eine unreflektierte Fortführung der früheren Rechtsprechung (in deren Sinne noch immer Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 15.08.2014, Az. L 4 P 4137/13, juris Rn. 34; dazu kritisch Zaher, RdLH 2015, S. 17 f., und Schumacher RdLH 2015, S. 19) ist mit Rücksicht auf den in der Neuregelung zum Ausdruck gekommenen Willen des Gesetzgebers kaum noch vertretbar.

Dass der Duschrollstuhl zugleich der Erleichterung der Grundpflege dient, lässt die Hilfsmitteleigenschaft und die Leistungszuständigkeit der Beklagten nach § 33 Abs. 1 SGB V nicht entfallen. Bei Hilfsmitteln mit Doppelfunktion - zum Behinderungsausgleich einerseits und zur Pflegeerleichterung andererseits - schließt die pflegeerleichternde Bestimmung den krankenversicherungsrechtlichen Anspruch nicht aus. Bei im häuslichen Bereich gepflegten Versicherten ergibt sich dies aus dem in § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI am Ende angeordneten Vorrang des Anspruchs auf Hilfsmittelversorgung nach § 33 Abs. 1 SGB V gegenüber dem Anspruch gegen die Pflegekasse auf Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln. Das Gesetz geht insoweit von der Subsidiarität des Anspruchs nach § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI auf der Rechtsfolgenseite aus, nicht aber von einer Exklusivität der Anspruchstatbestände. In Bezug auf Leistungen für Versicherte, die in stationären Einrichtungen gepflegt werden, sehen die §§ 41 bis 43a SGB XI keine Kollisionsregelungen vor, die einen gesetzlichen Ausschluss des Anspruchs nach § 33 Abs. 1 SGB V anordnen. Bereits in seinem Urteil vom 10.02.2000, Az. B 3 KR 26/99 R, juris Rn. 17 ff., hatte das Bundessozialgericht die Anwendung des § 33 SGB V nicht schon dadurch als ausgeschlossen angesehen, dass der Versicherte zum Kreis pflegebedürftiger Personen gehört, in einem Pflegeheim vollstationär gepflegt wird und das Hilfsmittel auch der Erleichterung der Pflege dient; die Krankenkassen seien für die Versorgung eines Versicherten mit Hilfsmitteln grundsätzlich unabhängig davon verpflichtet, ob er in einer eigenen Wohnung oder in einem Heim lebt.

2. Die Beklagte verneint ihre Sachleistungspflicht vor diesem Hintergrund auch nicht wegen der Verneinung von Tatbestandsmerkmalen des § 33 Abs. 1 SGB V, sondern unter Hinweis auf eine nach ihrer Auffassung vorrangige Vorhaltepflicht des zu 1 beigeladenen Trägers der Einrichtung der Behindertenhilfe.

Dieser Einwand greift nicht durch. Ein Anspruchsausschluss könnte sich aus der Abgrenzung der Aufgabenkreise der sozialen Sicherungssysteme nur ergeben, wenn die Versorgung des hilfebedürftigen Klägers mit dem beantragten Duschrollstuhl anderweitig vorrangig sichergestellt wäre und er deshalb auf die Bereitstellung des Hilfsmittels durch die Beklagte nicht angewiesen wäre. Dies ist indessen nicht der Fall.

Die Krankenkassen können ihrer Leistungspflicht aus § 33 Abs. 1 SGB V nicht eine angebliche anderweitige Bedarfsdeckung durch die Einrichtung nach §§ 43a, 71 Abs. 4 SGB XI entgegen halten, wenn der Versorgungsbedarf weder vom Einrichtungsträger tatsächlich in legaler Weise gedeckt wird noch die Bedarfsdeckung durch den Einrichtungsträger bindende Verträge in einer Weise sichergestellt ist, dass der Hilfebedürftige die Befriedigung seines Pflegebedarfs durchsetzen kann.

Zur Abgrenzung der Leistungsbereiche bei stationärer Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 06.06.2002, Az. B 3 KR 67/01 R, juris Rn. 15 ff., auf die primär zur Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen nach § 71 Abs. 2 SGB XI entwickelten Grundsätze zurückgegriffen. In diesen Ausgangsentscheidungen hat es hinsichtlich der Maßstäbe für die Abgrenzung der Vorhaltepflicht der Heim- bzw. Einrichtungsträger nicht zwischen Pflegeheimen und stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe unterschieden und darauf hingewiesen, dass eine uneingeschränkte Ausweitung des Kreises der von der Krankenkasse bereitzustellenden Hilfsmittel dazu führen würde, dass auch typisches Inventar von Pflegeeinrichtungen als Hilfsmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung einzuordnen und, entgegen der Absicht des Gesetzgebers, von dieser zu finanzieren wäre. Als Beispiel hat es insbesondere reine Transportmittel wie einfache Schieberollstühle erwähnt. Die Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln ende deshalb nach der gesetzlichen Konzeption des SGB V und des SGB XI dort, wo bei vollstationärer Pflege die Pflicht des Heimträgers auf Versorgung der Heimbewohner mit Hilfsmitteln einsetze. Bei vollstationärer Pflege habe der Träger des Heimes für die im Rahmen des üblichen Pflegebetriebs notwendigen Hilfsmittel zu sorgen, weil er verpflichtet sei, die Pflegebedürftigen ausreichend und angemessen zu pflegen, sozial zu betreuen und mit medizinischer Behandlungspflege zu versorgen (§ 43 Abs. 1, 2 und § 43a SGB XI). Nach § 11 Abs. 1 SGB XI habe die Pflege in einem Pflegeheim (§ 71 Abs. 2 SGB XI) nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu erfolgen. Die Heime müssten daher das für die vollstationäre Pflege notwendige Inventar bereithalten. Einen geeigneten Anhaltspunkt für die von den Heimen vorzuhaltenden Hilfsmittel biete zum Beispiel die Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen zur Ausstattung von Pflegeheimen mit Hilfsmitteln vom 26.05.1997, solange Rechtsverordnungen über die Ausstattung von Pflegeheimen mit Hilfsmitteln fehlten. Die gesetzliche Krankenversicherung habe darüber hinaus nur solche Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, die nicht der "Sphäre" der vollstationären Pflege zuzurechnen seien. Dies seien im Wesentlichen individuell angepasste Hilfsmittel, die ihrer Natur nach nur für den einzelnen Versicherten bestimmt und grundsätzlich nur für ihn verwendbar seien, sowie Hilfsmittel, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses außerhalb des Pflegeheims dienten. Der Ausdruck "Heimsphäre" beschreibe bildhaft, was zur Vorhaltepflicht der Pflegeeinrichtung gehörte. Diese wiederum hänge entscheidend vom jeweiligen Versorgungsauftrag und der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a SGB XI) ab. Soweit der Versorgungsvertrag, den die Pflegekassen mit dem Heimträger abschließen, nichts Ausdrückliches zur Heimausstattung vorschreibe, sei lediglich die zur Durchführung von üblichen Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderliche Ausstattung vorzuhalten, weil sich dies aus dem Wesen jeder Pflegeeinrichtung ohne weiteres ergebe. Was im Einzelnen dazu gehöre und wie die Abgrenzung zu den von den Krankenkassen zu leistenden Hilfsmitteln in diesen Bereichen vorzunehmen sei, könne nur jeweils für konkrete Gegenstände entschieden werden (vgl. Bundessozialgericht, a.a.O., juris Rn. 15 ff., Bezug nehmend auf Bundessozialgericht, Urteil vom 10.02.2000, Az. B 3 KR 26/99 R, juris Rn. 20).

Bis dahin schließt die Kammer sich dem an. Soweit das Bundessozialgericht für eine Zurechnung bestimmter Gegenstände zur Heimausstattung weitergehend darauf abgestellt hat, ob bei diesen zwar noch ein gewisser Behinderungsausgleich zu erkennen sei, ganz überwiegend aber die Pflege im Vordergrund stehe, weil eine Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (vgl. § 1 Satz 1

SGB IX) nicht mehr möglich sei und eine Rehabilitation damit nicht mehr stattfinde (Bundessozialgericht, Urteil vom 06.06.2002, Az. B 3 KR 67/01 R, juris Rn. 18), lässt sich diese Abgrenzung mit Rücksicht auf § 33 Abs. 1 Satz 2 SGB V dagegen nicht mehr aufrecht erhalten (s.o. unter 1.).

3. Aus der Maßgeblichkeit des Versorgungsauftrags der jeweiligen Einrichtung folgt zugleich, dass die Vorhaltepflicht von Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 43a SGB XI nicht wie bei vollstationären Pflegeheimen danach beurteilt werden darf, was zum typischen Inventar von Pflegeheimen gehört. Die Ausstattungskriterien, die für Pflegeheime gelten, dürfen auf Einrichtung nach § 43a SGB XI nicht global übertragen werden. Diese sind vielmehr an Hand ihres konkreten Pflegeprofils zu beurteilen. Insbesondere kann hier nicht auf den Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen, zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen, zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) zurückgegriffen werden. Dies würde der gesetzlichen Unterscheidung zwischen Pflegeheimen und Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht gerecht werden.

Pflegeheime im Sinne des Elften Buchs Sozialgesetzbuch sind nach der Definition des § 71 Abs. 2 SGB XI selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige (1.) unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und (2.) ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. Hiervon unterscheiden sich stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen. Solche Einrichtungen sind gemäß § 71 Abs. 4 keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers soll damit eine klare Trennung zwischen Pflegeeinrichtungen und solchen Einrichtungen herbeigeführt werden, in denen zwar im Einzelfall auch Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zur Verfügung gestellt werden, jedoch von ihrer Grundausrichtung her einem anderen Zweck als der Pflege dienen. Hierzu gehören insbesondere die Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Behinderte bzw. behinderte Menschen gemäß § 55 SGB XII. Hieraus resultiert auch die besondere Regelung in § 43a SGB XI, wonach die Pflegekasse für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4 SGB XI) zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 SGB XI genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts übernimmt. Die Vergütung der Einrichtungen der Behindertenhilfe wiederum ist nach den anzubietenden Leistungen und der vorzuhaltenden Austattung kalkuliert, wie sie in den Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbart sind (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 29.06.2006, Az. L 4 KR 253/03, juris Rn. 36 f.).

Das durch den Versorgungsauftrag bestimmte Pflegeprofil einer Einrichtung, nach dem sich der Umfang seiner Ausstattung mit pflegerischem Inventar und (auch) der Grundpflege dienenden Hilfsmitteln richtet, wird durch die Vereinbarungen nach 75 Abs. 3 SGB XII und die darin eingebetteten Leistungs- und Ausstattungskataloge definiert.

Das Argument, öffentliche Mittel dürften nicht mehrfach für den gleichen Zweck aufgewandt werden - einmal über den Anteil nach § 43a Satz 1 SGB XI am Heimentgelt und einmal über die Hilfsmittelversorgung nach § 33 Abs. 1 SGB V -, beruht somit auf einer sog. petitio principii. Denn ob und welche (auch) pflegerischen Ausstattungen mit dem Heimentgelt abgegolten sind, kann nur im Einzelfall an Hand der Verträge nach § 75 Abs. 3 SGB XII bestimmt werden. Allein durch die Übernahme der Pflegepauschale nach § 43a Satz 1 SGB XI ist noch nicht sichergestellt, dass die Pflegekasse sämtliche (auch) für pflegerische Zwecke benötigten Hilfsmittel finanziert und dass diese dem Versicherten bedarfsdeckend zur Verfügung gestellt werden. Hat eine Einrichtung der Behindertenhilfe nach den mit dem Träger der Sozialhilfe getroffenen Vereinbarungen einen bestimmten Ausstattungsgegenstand nicht vorzuhalten, so ist der Vorhalteaufwand hierfür auch nicht mit dem pauschalen Zuschlag gemäß § 43a Satz 1 SGB XI zum Heimentgelt abgegolten und die Bereitstellung des Gegenstandes mithin nicht von den dem Hilfebedürftigen bewilligten Leistungen der Eingliederungshilfe umfasst. Verweigert dann auch die Krankenkasse die Finanzierung des Gegenstandes auf Grundlage des § 33 Abs. 1 SGB V als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung unter Hinweis auf die auch pflegeerleichternde Funktion des Hilfsmittels, so wird dem Hilfebedürftigen diese Leistung aus öffentlichen Mitteln nicht mehrfach, sondern gar nicht verschafft. Sieht der Heimvertrag keine weitergehenden Ausstattungspflichten vor als der Vertrag nach § 75 Abs. 3 SGB XII, fehlt dem Heimbewohner auch eine Handhabe, um hieraus die Bereitstellung des Hilfsmittels gegenüber dem Einrichtungsträger durchzusetzen. Der Hilfebedürftige bliebe unversorgt.

Die Unterschiede zwischen Pflegeheimen und Einrichtungen der Behindertenhilfe werden insbesondere in den unterschiedlichen Anforderungen der Rahmenverträge an die jeweiligen Einrichtungsträger deutlich. Der für die vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI geltende Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für die vollstationäre Pflege im Freistaat Sachsen vom 01.06.2012 ordnet unter dem Punkt "Sächliche Ausstattung" in § 6 Abs. 2 Satz 1 an, dass, soweit ein Hilfsmittel bzw. ein Pflegehilfsmittel ganz überwiegend zur Durchführung der Pflegeleistungen benötigt wird, dieses jeweils von der Einrichtung vorzuhalten ist. Allerdings bleiben nach § 6 Abs. 2 Satz 2 individuelle Ansprüche des pflegebedürftigen Menschen gemäß § 33 SGB V (Krankenhilfsmittel) oder gegen sonstige Leistungsträger unberührt.

Demgegenüber enthält der Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII für den Freistaat Sachsen für die zwischen Sozialhilfeträgern und den Trägern stationärer und teilstationärer Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu schließenden Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII keine derartige Vorgabe zur Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln. § 6 des Rahmenvertrages erwähnt die Pflege lediglich als Leistungsinhalt von Maßnahmen und den pflegerischen Sachaufwand als Kalkulationselement der Vergütung (§ 15 Abs. 5 Buchst. a). Die Konkretisierung bleibt den Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII vorbehalten.

4. Die Auffassung, dass es maßgeblich auf die vertraglich geregelten Vorhaltepflichten des Einrichtungsträgers ankommt, teilt im Ausgangspunkt auch das Thüringer Landessozialgericht, in dessen Urteil vom 28.01.2013, Az. L 6 KR 955/09, juris Rn. 26, es heißt:

"Für die Pflege auf dieser rechtlichen Basis [§§ 43a, 71 Abs. 4 SGB XI] erfahren die für vollstationäre Pflegeheime entwickelten Grundsätze allerdings eine Abwandlung. Nach § 61 Abs. 2 SGB XII umfasst die Hilfe zur Pflege häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. Der Inhalt der Leistungen bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung für die in § 28 Abs. 1 Nr. 1, 5 bis 8 des Elften Buches aufgeführten Leistungen; § 28 Abs. 4 des Elften Buches gilt entsprechend. Danach müssen die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII dem Standard des SGB XI entsprechen. Nach § 75 Abs. 3 SGB XII hat der Träger der

Sozialhilfe mit Einrichtungen nach § 13 SGB XII Vereinbarungen, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen müssen, über den Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung), die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung) zu treffen. Nach § 76 Abs. 1 SGB XII muss die Vereinbarung über die Leistung die wesentlichen Leistungsmerkmale festlegen, mindestens jedoch die betriebsnotwendigen Anlagen der Einrichtung, den von ihr zu betreuenden Personenkreis, Art, Ziel und Qualität der Leistungen, Qualifikation des Personals sowie die erforderliche rechtliche und personelle Ausstattung. In die Vereinbarung ist die Verpflichtung der Einrichtung aufzunehmen, im Rahmen des vereinbarten Leistungsangebotes Leistungsberechtigte aufzunehmen und zu betreuen. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Hieraus folgt für den Bereich der Pflege nach dem Urteil des BSG vom 10. Februar 2000 (a.a.O.), dass der Träger der Sozialhilfe grundsätzlich nur Vereinbarungen treffen darf, durch die eine Pflege auf dem Standard des SGB XI sichergestellt wird. Weiter führt das BSG aus, dass die hier in Betracht kommenden Einrichtungen - von denen diejenigen im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI nur einen Teilbereich darstellen - sehr unterschiedliche Aufgaben erfüllen, unterschiedlichen Benutzerkreisen mit den entsprechenden Gestaltungskonzepten dienen und daher auch in sächlicher Hinsicht sehr unterschiedlich auszustatten sind. Soweit es den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entspricht, also insbesondere in Einrichtungen mit einer erheblichen Zahl von Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen, werden sich die Vereinbarungen mit dem Träger der Einrichtung hinsichtlich der sächlichen Ausstattung an den oben entwickelten Grundsätzen für Pflegeeinrichtungen im Sinne der §§ 71 Abs. 2, 72 Abs. 1 SGB XI zu orientieren haben. Wenn nach diesen Kriterien das Vorhalten bestimmter Hilfsmittel zum notwendigen Inventar einer Pflegeeinrichtung zählt, kommt daneben eine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse nicht mehr in Betracht. Dies folgt bereits aus dem Gesichtspunkt, dass öffentliche Finanzmittel (hier: Versichertenbeiträge) nicht noch einmal für Zwecke ausgegeben werden dürfen, die bereits anderweitig staatlich finanziert werden (dort steuerfinanzierte Leistungen des Sozialhilfeträgers). Dem steht der Grundsatz der Subsidiarität der Sozialhilfe nicht entgegen, weil der Sozialhilfeträger zu einer andersartigen und weitergehenden Leistung, nämlich der vollstationären Pflege, verpflichtet ist."

Das bedeutet, stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe sind keine vollstationären Pflegeheime; auf sie sind die für vollstationären Pflegeheime geltenden Ausstattungsstandards nicht übertragbar. Die notwendige sächliche Ausstattung der Einrichtungen der Behindertenhilfe wird durch Vereinbarungen geregelt, die dem Benutzerkreis und dem Gestaltungskonzept der Einrichtung Rechnung tragen. Die Krankenkasse ist ihrer Leistungspflicht dann - und nur dann - enthoben, wenn die nach diesen Grundsätzen getroffenen Vereinbarungen eine Vorhaltepflicht für das Hilfsmittel als notwendiges Inventar statuieren. Dem schließt sich die Kammer in vollem Umfang an.

Allerdings schränkt das Thüringer Landessozialgericht, a.a.O., seine zutreffenden Ausführungen anschließend mit den Worten ein:

"Soweit die Einrichtung allerdings Schwerpflegebedürftige grundsätzlich nicht aufnimmt, kann weder vom Sozialhilfeträger noch vom Einrichtungsträger die Finanzierung des Vorhaltens - hier eines mobilen Patientenlifters - erwartet werden. Bei derartigen Einrichtungen ist es wieder vorrangig Aufgabe der Krankenkasse, den Versicherten individuell mit Hilfsmitteln auszustatten, auch wenn dieses nur zu Mobilität innerhalb der Sphäre des Heimes dienen soll."

Dem vermag sich die Kammer nicht uneingeschränkt anschließen. Diese Einschränkung läuft im Umkehrschluss darauf hinaus, dass Einrichtungen der Behindertenhilfe - ebenso wie vollstationäre Pflegeeinrichtungen - doch sämtliche pflegenotwendigen Hilfsmittel vorzuhalten hätten, wenn sie nicht den Kreis der in ihre Einrichtung aufzunehmenden Behinderten von vorn herein auf Menschen beschränken, deren Pflegebedarf mit der vertraglich Ausstattung abgedeckt werden kann. Mit den vom Thüringer Landessozialgericht selbst betonten Unterschieden zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und vollstationären Pflegeeinrichtungen wäre dies nicht vereinbar.

Die Auffassung des Thüringer Landessozialgerichts setzt zudem für Einrichtungsträger, die sich nicht von vorn herein durch eine entsprechende Ausstattung auf die Pflege schwer Behinderter oder Pflegebedürftiger spezialisieren, Fehlanreize, den Zugang zu Einrichtungen der Behindertenhilfe von vorn herein durch Beschränkungen des Benutzerkreises für Menschen mit besonderen Behinderungen und Pflegebedürfnissen oder sonst schwer abzuschätzendem Versorgungsbedarf zu erschweren, um sich nicht unkalkulierbaren finanziellen Risiken für die umfassende Befriedigung des individuellen pflegerischen Bedarfs jedes Bewohners auszusetzen. Dies könnte eine mit dem Benachteiligungsverbot des Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG unvereinbare mittelbare Diskriminierung schwer pflegebedürftiger Behinderter nach sich ziehen.

Darüber hinaus erscheint die Kategorisierung allein nach den Stufen der Pflegebedürftigkeit (Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit entsprechend Pflegestufe II bzw. III nach § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) wenig geeignet, die Vorhaltepflichten der Einrichtungsträger näher zu definieren, weil der individuelle Hilfsmittelbedarf weniger durch die Quantität des Grundpflege- und -versorgungsbedarfs im Sinne von § 15 Abs. 3 SGB XI geprägt ist, sondern eher durch die Art und Schwere der konkreten Behinderung.

5. Obwohl der Versorgungsauftrag von Einrichtungen der Behindertenhilfe insbesondere durch die für den Einrichtungsträger geltenden Vereinbarungen konkretisiert wird, können sich im Einzelfall Diskrepanzen zwischen dem individuellen pflegerischen Bedarf des Hilfebedürftigen und den vertraglich konkretisierten Vorhaltepflichten des Einrichtungsträgers ergeben. Kommt in solchen Fällen ein Anspruch auf Versorgung mit den benötigten pflegerischen Leistungen durch die Krankenkasse in Betracht, kann diese sich nicht darauf berufen, dass der pflegerische Bedarf generell im Rahmen der Eingliederungshilfeleistungen abzudecken sei, unabhängig davon, ob der konkrete Einrichtungsträger die Mittel hierfür vorhält oder nicht.

Der Träger der Sozialhilfe gewährt die stationären Leistungen der Eingliederungshilfe nach Prüfung der Eignung der beantragten Einrichtung durch Verwaltungsakt, der sich auf eine bestimmte Einrichtung bezieht, in der die Leistungen erbracht werden. Die dem Versicherten im Rahmen der Eingliederungshilfe zur Verfügung stehenden Leistungen werden hierdurch konkretisiert. Die Krankenkasse kann hiergegen nicht abstrakt einwenden, dass es andere Einrichtungen geben müsste, die das benötigte Hilfsmittel als pflegerische Ausstattung vorhalten. Ebenso wenig haben die Krankenkasse oder im Streitfall die Gerichte zu prüfen, ob die vom Sozialhilfeträger bewilligte Einrichtung geeignet ist und ob der Hilfebedürftige überhaupt ein ausreichendes Rehabilitationspotential für die Aufnahme in einer solchen Einrichtung aufweist oder nicht besser in ein Pflegeheim aufgenommen werden sollte.

Diskrepanzen zwischen dem individuellen pflegerischen Bedarf des Versicherten und dem Leistungsumfang, der durch die konkret bewilligte Eingliederungshilfe gewährt wird, gehen nicht zu Lasten des Hilfebedürftigen, der auf die Ausgestaltung der Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII keinen Einfluss hat und auch an die Bewilligung der Eingliederungshilfeleistungen in einer konkreten Einrichtung gebunden ist.

6. Eine den Hilfsmittelanspruch nach § 33 Abs. 1 SGB V verdrängende Vorhaltepflicht des Einrichtungsträgers ergibt sich auch nicht aus § 55 Satz 1 SGB XII. Danach umfasst, wenn Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43a SGB XI erbracht werden, die Leistung auch die Pflegeleistungen in der Einrichtung.

Hieraus könnte eine umfassende Vorhaltepflicht des Einrichtungsträgers für alle vom Hilfebedürftigen benötigten Pflegeleistungen einschließlich der Hilfsmittel, die auch oder überwiegend zu grundpflegerischen Verrichtungen eingesetzt werden, geschlossen werden, die auch den Bedarf nach Hilfsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen lässt. Hierfür könnte insbesondere die Beschränkung des Anspruchs auf Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI allein auf den Bereich der häuslichen Pflege (§§ 36 bis 40 SGB XI) sprechen. Freilich lässt selbst dieser ausdrücklich im Gesetz geregelte Anspruch auf Pflegehilfsmittel den konkurrierenden Anspruch auf Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung nicht entfallen, sondern er greift nur nachrangig gegenüber dem krankenversicherungsrechtlichen Anspruch ein.

Zudem geht die Ausstattungspflicht der Träger von Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 55 Satz 1 SGB XII nicht über die der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen hinaus. Selbst bei diesen hat die Rechtsprechung gerade keinen umfassenden Vorrang der Vorhaltepflicht der Heime gegenüber dem krankenversicherungsrechtlichen Anspruch auf auch pflegenotwenige Hilfsmittel anerkannt, sondern sie verweist den gesetzlich Krankenversicherten nur bei einer ganz wesentlich von der pflegerischen Zweckbestimmung geprägten Funktion des Hilfsmittels auf die Vorhaltepflicht des Pflegeheims. Wegen der unterschiedlichen Versorgungsaufträge der Pflegeheime nach § 71 Abs. 2 SGB XI einerseits und der Einrichtungen nach § 43a und § 71 Abs. 4 SGB XI andererseits kann § 55 Satz 1 SGB XII erst recht keinen generellen Ausschluss des krankenversicherungsrechtlichen Anspruchs bei auch pflegerischer Bestimmung des Hilfsmittel bewirken.

Schließlich bietet § 55 Satz 1 SGB XII dem Versicherten keine ausreichende Handhabe, um die vorrangige Befriedigung seines Hilfsmittelbedarfs gegenüber dem Einrichtungsträger effektiv durchzusetzen. Die Norm ist nicht als Anspruchsgrundlage ausgestaltet. Ist der Versicherte auf Hilfsmittel angewiesen, die zugleich die Pflege erleichtern, und kann der Einrichtungsträger diese ihm nicht anbieten, so vermittelt die Norm ihm keine Klagebefugnis. Die Rechtsfolgen einer Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen Pflegebedarf und dem Leistungsangebot der Einrichtung sind vielmehr durch § 55 Satz 2 SGB XII geregelt. Die Regelung behält dem Träger der Einrichtung die Feststellung vor, ob bzw. dass der behinderte Mensch so pflegebedürftig ist, dass die Pflege in der Einrichtung nicht sichergestellt werden kann. (Nur) wenn er diese Feststellung trifft, vereinbaren der Träger der Sozialhilfe und die zuständige Pflegekasse mit dem Einrichtungsträger, dass die Leistung in einer anderen Einrichtung erbracht wird, wobei den angemessenen Wünschen des behinderten Menschen Rechnung zu tragen ist. Eine anderweitige Deckung des konkreten Hilfsmittelbedarfs, die den Anspruch nach § 33 Abs. 1 SGB V hinfällig macht, ist auf diese Weise nicht sichergestellt.

7. Der Bedarf des Klägers nach Bereitstellung eines Duschrollstuhls ist hier nicht im Rahmen der Eingliederungshilfeleistungen durch die von der Beigeladenen zu 1 vorzuhaltende pflegerische Ausstattung gedeckt.

Die Beigeladene zu 1 hat in der Einrichtung keinen Duschrollstuhl zur Benutzung durch den Kläger vorzuhalten. Nach der in die Vereinbarung gemäß § 75 Abs. 3 SGB XII einbezogenen Leistungsbeschreibung (unter "Leistungsinhalte" Buchstabe d) hat die Beigeladene zu 1 die Benutzung notwendiger Hilfsmittel sicherzustellen. Dies bedeutet, dass sie dem Hilfebedürftigen den Zugang zu seinen Hilfsmitteln und deren Gebrauch zu ermöglichen hat. Es verpflichtet die Beigeladene zu 1 dagegen nicht, dem Kläger diese Hilfsmittel auf ihre Kosten zu verschaffen. Darüber hinaus hat die Beigeladene zu 1 pro Etage ein Pflegebad vorzuhalten (unter "Strukturqualität" Nummer 2 Buchstabe a). Der dem Vertrag gemäß § 75 Abs. 3 SGB XII beigefügte Ausstattungskatalog sieht 22 Nasszellen für Rollstuhlnutzer, 2 Pflegebäder, 2 mobile Duschwannen und 2 Pflegeliegen in Pflegebädern vor, jedoch keine Duschrollstühle.

Der Kläger kann von den Beigeladenen zu 1 und zu 2 die Versorgung mit einem Duschrollstuhl auch nicht aus sonstigen Rechtsgründen verlangen. Insbesondere der Heimvertrag vom 28.09.2004 bietet ihm hierfür keine Rechtsgrundlage. Ein Anspruch auf Ausstattung mit bestimmten Hilfsmitteln resultiert nicht schon implizit daraus, dass die Beigeladene zu 1 den Kläger in ihre Einrichtung aufgenommen hat. Der Träger einer Einrichtung der Behindertenhilfe ist dadurch, dass er sich ohne Einschränkungen zur Aufnahme Versicherter mit unterschiedlichsten Bedürfnissen und Behinderungen bereit erklärt, nicht automatisch verpflichtet, sämtliche Vorhalteaufwendungen zu treffen, um über seine Verpflichtungen aus dem Heimvertrag und der Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII hinaus alle Grundbedürfnisse der aufgenommenen Versicherten zu decken (dazu bereits oben unter 4).

Die Beklagte ist demgemäß zur Bereitstellung der begehrten Sachleistung zu verurteilen. Die Sachleistungspflicht erstreckt sich auch auf das benötigte Zubehör, um dem Kläger die Körperpflege in dem Duschrollstuhl zu ermöglichen. Für die wegen der körperlichen Fixierung evtl. erforderliche vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nach § 1906 Abs. 4 BGB oder einer Bescheinigung des Vormundschaftsgerichts, dass es einer solchen Genehmigung nicht bedarf, hat der gesetzliche Vertreter des Klägers in eigener Verantwortung zu sorgen, bevor das Hilfsmittel eingesetzt wird.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 183 Satz 1 und § 193 Abs. 1 SGG.

Die Kammer geht davon aus, dass die Berufung kraft Gesetzes zulässig ist (§ 143, § 144 Abs. 1 Satz 1 SGG). Sie hat darüber hinaus vorsorglich die Berufung gemäß § 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG zugelassen, weil sie der Frage nach der Abgrenzung der Leistungspflichten der Kranken- und Pflegekassen einerseits sowie der Träger der Eingliederungshilfe und der Träger von Einrichtungen der Behindertenhilfe andererseits hinsichtlich der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe mit Hilfsmitteln sowohl rehabilitativer als auch pflegerischer Zweckbestimmung grundsätzliche Bedeutung beimisst und hierzu von den Obergerichten divergierende Auffassungen vertreten werden (Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 29.06.2006, Az. L 4 KR 253/03; Thüringer Landessozialgericht, Urteil vom 28.01.2013, Az. L 6 KR 955/09; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 15.08.2014, Az. L 4 P 4137/13), während die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 06.06.2002, Az. B 3 KR 67/01 R) durch die Einfügung des § 33 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der Fassung des Artikel 1 Nr. 17 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 (BGBl. I S. 378) teilweise

überholt ist.
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2015-07-16