

B 3 KR 13/13 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Münster (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 101/08
Datum
28.03.2012
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 267/12
Datum
08.03.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 13/13 R
Datum
25.02.2015
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Ein pflegebedürftiger, ständig auf den Rollstuhl angewiesener Versicherter hat keinen Anspruch gegen die Krankenkasse auf Ausstattung mit einem in den Personenkraftwagen einzubauenden Autoschwensitz als Hilfsmittel, um mit Hilfe seiner Pflegeperson mehrmals wöchentlich eine Einrichtung der Tagespflege aufzusuchen.
2. Es besteht insoweit auch kein Anspruch gegen die Pflegekasse auf Versorgung mit einem Autoschwensitz als Pflegehilfsmittel.
3. Der Vorrang des Sachleistungsanspruchs auf Durchführung der Fahrten zwischen Wohnung und Pflegeeinrichtung bei teilstationärer Pflege gilt auch dann, wenn ein Pflegebedürftiger den Fahrdienst nicht nutzen will und ggf ein Eigenanteil zu den Kosten zu zahlen ist. Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 8. März 2013 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens und des Revisionsverfahrens. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren und das Revisionsverfahren auf 3689,65 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Der Kläger begehrt als Alleinerbe und Rechtsnachfolger seiner bei der beklagten Krankenkasse versichert gewesenen Ehefrau Kostenerstattung für einen selbst beschafften Autoschwensitz.

2

Die im Jahre 1930 geborene Versicherte litt an körperlichen Funktionseinschränkungen sowie an fortgeschrittener Demenz und konnte - mit Führung - nur noch wenige Schritte gehen. Ihr waren deshalb ua die Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), H (Hilflosigkeit) und B (Notwendigkeit ständiger Begleitung) zuerkannt. Von der beigeladenen Pflegekasse erhielt sie Leistungen nach der Pflegestufe III. Sie wurde bis zu ihrem Tod am 5.10.2010 von ihrem Ehemann zu Hause betreut und gepflegt; an vier und zuletzt an fünf Tagen pro Woche war sie tagsüber in einer Einrichtung der Tagespflege in G. untergebracht. Die Fahrten zur Tagespflegestelle und zurück wurden vom Kläger im eigenen Pkw durchgeführt, wobei der jedesmal notwendige Umstieg vom Rollstuhl auf den Beifahrersitz bei Fahrtbeginn und der umgekehrte Umstieg bei Fahrtende wegen der zunehmenden Bewegungseinschränkungen der Versicherten und ihrem Unvermögen zu jeder Form der Mithilfe beim Umsteigen immer aufwändiger wurde und von dem ebenfalls im Jahre 1930 geborenen Kläger kaum noch bewältigt werden konnte.

3

Am 13.2.2008 beantragte die Versicherte bei der Beklagten die Versorgung mit einem in den Pkw ihres Ehemannes einzubauenden Autoschwensitz, um auf einfache Weise den Umstieg zwischen Rollstuhl und Beifahrersitz bewerkstelligen zu können. Ihr Ehemann müsse sie nicht nur in die - damals erst zweimal pro Woche aufgesuchte - Tagespflegereinrichtung, sondern auch regelmäßig zu Ärzten in M. und G. fahren. Da sie ständiger Beaufsichtigung bedürfe und deshalb nicht allein gelassen werden könne, müsse sie auch bei Einkäufen und Freizeitaktivitäten immer im Pkw mitgenommen werden.

4

Die Beklagte lehnte den Antrag ab, weil die Versicherte mit einem Rollstuhl ausgestattet sei, der die vorhandenen Mobilitätsdefizite im allein maßgebenden Nahbereich der Wohnung hinreichend ausgleiche (Bescheid vom 19.2.2008). Die Versicherte ließ daraufhin auf eigene Kosten einen Autoschwensitz auf der Beifahrerseite des Pkw einbauen (Rechnung vom 6.3.2008 über 3507,53 Euro), fügte dem Widerspruch eine vertragsärztliche Bescheinigung vom 28.2.2008 über die Notwendigkeit des Hilfsmittels bei und beantragte nunmehr Kostenerstattung. Auch diesen Antrag lehnte die Beklagte ab (Bescheid vom 14.5.2008, Widerspruchsbescheid vom 16.7.2008), weil die Versicherte mit dem Rollstuhl zur Sicherung ihrer Mobilität ausreichend versorgt sei. Für die Transporte zwischen Wohnung und Tagespflegestätte könne die Versicherte einen Fahrdienst in Anspruch nehmen ([§ 41 Abs 1 Satz 2 SGB XI](#)), dessen Kosten von der Leistungspflicht der Pflegekassen nach Maßgabe der Monatshöchstbeträge des [§ 41 Abs 2 Satz 2 SGB XI](#) umfasst seien.

5

Am 25.11.2009 ließ der Kläger den Schwensitz für 875 Euro aus dem verkauften alten Pkw ausbauen und in sein neu erworbenes Fahrzeug einbauen. Nach dem Tod seiner Ehefrau verkaufte er dann den Schwensitz für 800 Euro, wobei er für zwei Inserate, Telefonate und die Auslieferungsfahrt insgesamt 195 Euro aufgewandt hat. Zur Berechnung des Erstattungsanspruches reduzierte er die aufgewandten Kosten über 4382,53 Euro (3507,53 + 875 Euro) um die bei Hilfsmitteln übliche Eigenbeteiligung ([§ 33 Abs 8 SGB V](#)) und um den Wiederverkaufserlös (605 Euro); schließlich bezifferte er die Klageforderung auf 3689,65 Euro.

6

Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 28.3.2012). Das LSG hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen (Urteil vom 8.3.2013): Die bei dem mittelbaren Behinderungsausgleich sicherzustellende Erreichbarkeit des Nahbereichs um die Wohnung sei durch die Ausstattung der Versicherten mit einem Rollstuhl gewährleistet gewesen. Auf die konkreten Verhältnisse im Wohnumfeld komme es dabei nicht an, sodass es ohne Bedeutung sei, welche Wegstrecke zum Aufsuchen von Ärzten und Therapeuten zurückzulegen war. Die Wahrnehmung von Versorgungswegen (zB Einkäufe, Bankgeschäfte) sei wegen der Demenz der Versicherten ohnehin nicht in Betracht gekommen. Der Kläger habe seine Ehefrau im Pkw mitgenommen, weil er sie nicht allein in der Wohnung lassen konnte oder wollte. Die Empfehlung der behandelnden Ärztin, mit der Versicherten kleine Ausflüge zu unternehmen, rechtfertige die Hilfsmittelversorgung nach [§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) nicht, weil die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) beim mittelbaren Behinderungsausgleich grundsätzlich nicht für die Mobilität außerhalb des Nahbereichs der Wohnung einzustehen habe. Auch für das Aufsuchen der Tagespflegereinrichtung sei der Autoschwensitz nicht erforderlich gewesen. Die teilstationäre Pflege umfasse auch die dabei anfallenden Transportkosten ([§ 41 Abs 1 Satz 2 SGB XI](#)). Soweit die Leistungsbeträge nach [§ 41 Abs 2 Satz 2 SGB XI](#) für die Tagespflege und die Transporte nicht ausreichten, sei dies Ausdruck des grundsätzlich nicht auf volle Kostendeckung angelegten Systems der Pflegeversicherung. Mit dem Argument, die Kosten des Schwensitzes seien auf Dauer günstiger als die Transportkosten von täglich 10,50 Euro, verkenne der Kläger die rechtliche und wirtschaftliche Trennung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse ([§ 46 Abs 1 SGB XI](#)). Die Transportkosten seien im Rahmen des [§ 33 SGB V](#) unerheblich, weil die Beklagte hiermit nicht belastet werde.

7

Mit der Revision rügt der Kläger die Verletzung materiellen Rechts ([§ 33 Abs 1 SGB V](#)). Das LSG habe die Leistungspflicht der GKV bei der Hilfsmittelversorgung zum mittelbaren Behinderungsausgleich zu eng gefasst. Die Mobilitätsanforderungen im Nahbereich um die Wohnung seien nicht abstrakt, sondern anhand der konkreten Gegebenheiten des Wohnumfeldes zu bestimmen. Mit der Erreichbarkeit von Ärzten und Therapeuten, von Einkaufsmöglichkeiten und auch von Pflegeeinrichtungen sei das Grundbedürfnis auf Erschließung eines körperlichen Freiraums selbst betroffen. Völlig unberücksichtigt geblieben sei auch das Bedürfnis demenzkranker Menschen, soziale Kontakte so lange wie möglich zu pflegen und zu erhalten.

8

Während des Revisionsverfahrens ist die Pflegekasse bei der AOK NORDWEST mit ihrer Zustimmung zum Rechtsstreit notwendig beigeladen worden ([§ 75 Abs 2 SGG](#)).

9

Der Kläger beantragt, die Urteile des LSG Nordrhein-Westfalen vom 8. März 2013 und des SG Münster vom 28. März 2012 zu ändern, die Bescheide der Beklagten vom 19. Februar 2008 und 14. Mai 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16. Juli 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm 3689,65 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 15. Januar 2010 zu zahlen.

10

Die Beklagte und die Beigeladene verteidigen das angefochtene Urteil und beantragen, die Revision zurückzuweisen.

II

11

Die Revision des Klägers ist unbegründet. Die Vorinstanzen haben zutreffend entschieden, dass ein Anspruch der Versicherten gegen die Beklagte auf Versorgung mit einem Autoschwensitz nicht bestanden hat. Auch die Beigeladene war nicht zur Leistung verpflichtet. Deshalb konnte durch die Selbstbeschaffung der Leistung ein Kostenerstattungsanspruch nicht entstehen. Die ablehnenden Bescheide der Beklagten vom 19.2.2008 und 14.5.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.7.2008 sind somit rechtmäßig.

12

1. Grundlage des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs ist [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#): "Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war." Die Tatbestandsvoraussetzungen dieser Vorschrift, die im Bereich der GKV unmittelbar und im Bereich der sozialen Pflegeversicherung entsprechend anzuwenden ist (vgl. Kraher in LPK-SGB XI, 4. Aufl 2014, § 4 RdNr 9 mwN), sind weder im Verhältnis zur Beklagten noch im Verhältnis zur Beigeladenen erfüllt, wobei im vorliegenden Fall ausschließlich die zweite Variante, also die Leistungsbeschaffung nach rechtswidriger Antragsablehnung, in Betracht zu ziehen war.

13

a) Dabei ist festzuhalten, dass die Beklagte in dem Bescheid vom 14.5.2008 nicht nur die eigene Leistungspflicht nach [§ 33 Abs 1 SGB V](#), sondern auch eine etwaige Leistungspflicht der Beigeladenen nach [§ 40 Abs 1 SGB XI](#) geprüft und verneint hat. Die Beklagte hat damit eine Parallelprüfung vorgenommen, wie sie seit dem 1.1.2012 für Fälle der vorliegenden Art sogar gesetzlich vorgeschrieben ist: Nach [§ 40 Abs 5 Satz 1 SGB XI](#) in der Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)) vom 22.12.2011 (BGBl I 2983) gilt nunmehr: "Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel." Diese gesetzliche Zuständigkeitserweiterung des erstangegangenen Leistungsträgers galt hier zwar noch nicht, weil sich der Vorgang im Jahre 2008 abgespielt hat, aber dennoch muss sich die Beigeladene das Verwaltungshandeln der Beklagten wegen ihrer engen organisatorischen Verbindung ([§ 46 Abs 1 Satz 2 SGB XI](#)) und dem in solchen Fällen seinerzeit häufig zu beobachtenden Verzicht auf Erteilung eines eigenen Bescheids der Pflegekasse zurechnen lassen. Im Falle rechtswidriger Leistungsablehnung nach [§ 40 Abs 1 SGB XI](#) konnte sich der Kostenerstattungsanspruch analog [§ 13 Abs 3 SGB V](#) also auch gegen die Beigeladene richten.

14

b) Für den Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) ist es unerheblich, ob der Kläger den Kaufpreis für den Autoschwenksitz und den Werklohn für dessen Einbau in den neuen Pkw aus eigenen Mitteln oder aus dem Vermögen seiner Ehefrau, der Versicherten, finanziert hat. Die Aktivlegitimation für den Kostenerstattungsanspruch lag unabhängig von dieser Finanzierungsfrage zunächst bei der Versicherten und nach deren Tod beim Kläger ([BSGE 93, 176 = SozR 4-2500 § 33 Nr 7](#), RdNr 8).

15

2. Anspruchsgrundlage für das ursprüngliche Sachleistungsbegehren der Versicherten gegenüber der Beklagten ist [§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#). Maßgeblich ist die Fassung dieser Vorschrift durch Art 1 Nr 17 Buchst a des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)) vom 26.3.2007 ([BGBl I 378](#)). Danach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, wenn sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder nach [§ 34 Abs 4 SGB V](#) (Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis) aus der GKV-Versorgung ausgeschlossen und im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Der Anspruch umfasst nach [§ 33 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Dabei besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Blick auf die "Erforderlichkeit im Einzelfall" nur, soweit das begehrte Hilfsmittel geeignet, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet; darüber hinausgehende Leistungen darf die Krankenkasse gemäß [§ 12 Abs 1 SGB V](#) nicht bewilligen (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 33 Nr 11](#) RdNr 16). Für den Versorgungsanspruch ist nicht entscheidend, ob das begehrte Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis ([§ 139 SGB V](#), für Pflegehilfsmittel [§ 78 Abs 2 SGB XI](#)) gelistet ist, denn es handelt sich bei diesem Verzeichnis nicht um eine abschließende Regelung im Sinne einer Positivliste (BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr 16](#), 20, 27; [BSGE 99, 197 = SozR 4-2500 § 33 Nr 16](#), RdNr 20; BSG [SozR 4-2500 § 33 Nr 11](#), 12, 32). Die Voraussetzungen des Versorgungsanspruchs nach [§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) waren hier nicht erfüllt, weil der Autoschwenksitz zum Behinderungsausgleich nicht "erforderlich" war.

16

a) Der Versorgungsanspruch nach [§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) bestand nicht allein deshalb, weil der Autoschwenksitz als Hilfsmittel der GKV vertragsärztlich verordnet ([§ 73 Abs 2 Satz 1 Nr 7 SGB V](#)) worden ist. Es liegt zwar keine förmliche vertragsärztliche Verordnung vor, wohl aber eine Bescheinigung des Hausarztes über die aus seiner fachlichen Sicht gegebene Notwendigkeit des Hilfsmittels. Eine solche formlose Bescheinigung haben Vertragsärzte in der Vergangenheit immer dann verwendet, wenn es um ein Hilfsmittel ging, das nicht im Hilfsmittelverzeichnis ([§ 139 SGB V](#)) aufgeführt war. Hintergrund war die bis zum 31.3.2007 geltende Regelung zum Hilfsmittelverzeichnis in [§ 128 SGB V](#) (idF des Gesundheits-Reformgesetzes - GRG - vom 20.12.1988, [BGBl I 2477](#)), wonach in dem Verzeichnis "die" von der Leistungspflicht umfassten Hilfsmittel aufzuführen waren. Dies wurde in der Praxis vielfach so verstanden, dass ein Vertragsarzt nur dann eine förmliche "Verordnung" iS des [§ 73 Abs 2 Satz 1 Nr 7 SGB V](#) ausstellen durfte, wenn das Hilfsmittel in dem Hilfsmittelverzeichnis gelistet war, und er ansonsten auf eine formlose "Bescheinigung" über die medizinische Erforderlichkeit eines (nicht gelisteten) Hilfsmittels zurückgreifen musste. Die Neuregelung der Bestimmungen zum Hilfsmittelverzeichnis durch den zum 1.4.2007 in Kraft getretenen [§ 139 SGB V](#) (idF des GKV-WSG) hat das Ausweichen der Ärzte auf solche formlosen Bescheinigungen überflüssig gemacht, weil in [§ 139 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) nunmehr geregelt ist, dass in dem Verzeichnis "von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufzuführen" sind, die - von der Rechtsprechung des BSG immer wieder beanstandete - Einschränkung auf "die" von der Leistungspflicht umfassten Hilfsmittel also entfallen ist (vgl. Begründung zum Gesetzentwurf eines GKV-WSG, [BT-Drucks 16/3100 S 150](#) zu Nr 116, § 139). Vertragsärzte können seit dem 1.4.2007 somit auch (noch) nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete, aber im Einzelfall medizinisch notwendige Hilfsmittel förmlich verordnen ([§ 73 Abs 2 Satz 1 Nr 7 SGB V](#)). Dabei können sie nun auch nicht mehr in Konflikt mit den - auch für sie verbindlichen ([§ 91 Abs 6 SGB V](#) idF des GKV-VStG, in Kraft ab 1.1.2012; bis 31.12.2011 [§ 91 Abs 9](#) idF des GKV-WSG) - Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6 SGB V](#)

über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinien) geraten, die in ihrer ursprünglichen Fassung vom 17.6.1992 (Beilage zum BAnz 1992, Nr 183b, 5 bis 18) in Übereinstimmung mit [§ 128 SGB V](#) (idF des GRG) noch angeordnet hatten, dass nur solche Hilfsmittel verordnet werden dürfen, die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind (vgl Teil A II b) Nr 8). Diese vom erkennenden Senat ebenfalls mehrfach als rechtswidrig beanstandete Einschränkung (BSG [SozR 4-2500 § 127 Nr 2](#) RdNr 10; BSG [SozR 4-2500 § 33 Nr 26](#) RdNr 9) ist durch die Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA; HilfsM-RL) vom 29.12.2011/15.3.2012 (BAnz AT vom 10.4.2012) gestrichen und durch eine den [§§ 33](#) und [139 SGB V](#) (idF des GKV-WSG) entsprechende offene Regelung ersetzt worden (vgl § 6 Abs 5 HilfsM-RL). Mit Blick auf die zunächst an die neue Fassung des [§ 139 SGB V](#) nicht angepassten Richtlinien haben aber Vertragsärzte mitunter - und so auch hier - auch nach dem 1.4.2007 noch auf formlose "Bescheinigungen" zurückgegriffen, wenn sie nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Hilfsmittel verordnen wollten. Dies ist leistungsrechtlich jedoch unschädlich; denn eine solche Bescheinigung steht insoweit einer förmlichen "Verordnung" gleich.

17

Den Krankenkassen steht allerdings ein eigenes Prüfungs- und Entscheidungsrecht zu, ob ein Hilfsmittel nach Maßgabe des [§ 33 SGB V](#) der medizinischen Rehabilitation dient, also zur Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung, zur Vorbeugung gegen eine drohende Behinderung oder zum Ausgleich einer bestehenden Behinderung im Einzelfall erforderlich ist (BSGE 107, 44 = SozR 4-2500 § 33 Nr 31, RdNr 14; BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 33 RdNr 10; Engelmann in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 139 RdNr 17); dabei können die Krankenkassen zur Klärung medizinisch-therapeutischer Fragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten (vgl [§ 275 Abs 3 Nr 1 SGB V](#); ebenso § 5 Abs 3 HilfsM-RL). Eine vertragsärztliche Verordnung wäre allenfalls dann für eine Krankenkasse verbindlich, wenn sie für bestimmte Hilfsmittel auf ein Prüfungs- und Genehmigungsrecht generell verzichtet hätte, was zB durch vertragliche Vereinbarungen mit Leistungserbringern bzw deren Verbänden möglich ist ([§ 127 SGB V](#)). Eine solche Vereinbarung ist für Autoschwenksitze nicht geschlossen worden.

18

b) Ein Autoschwenksitz ist von einer Krankenkasse auch nicht schon deshalb als Hilfsmittel zu gewähren, weil ein Versicherter wegen seiner Gehunfähigkeit mit einem Rollstuhl versorgt worden ist und das Gerät die Funktion hat, einem gehunfähigen Versicherten, der sich nicht aus eigener Kraft auf den Beifahrersitz eines Pkw begeben kann, das Umsteigen vom Rollstuhl in den Pkw zu ermöglichen bzw zu erleichtern. Obwohl ein Autoschwenksitz also in der Regel nur in Kombination mit einem Rollstuhl eine Funktion hat und insofern als "Zusatzgerät" zum Rollstuhl bezeichnet werden kann, folgt aus der medizinisch-rehabilitativen Notwendigkeit des Rollstuhls noch nicht die Erforderlichkeit des Autoschwenksitzes als Hilfsmittel der GKV. Dieses Gerät hat im Rahmen des - hier allein in Betracht kommenden - Behinderungsausgleichs (dritte Variante des [§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)) für einen gehunfähigen Versicherten eine eigenständige Bedeutung, weil es die Bewegungsmöglichkeiten mit dem Rollstuhl erweitert, indem durch die Mitnahme in einem Pkw alle denkbaren Ziele auch außerhalb des Nahbereichs um die Wohnung erreicht werden können. Ein Autoschwenksitz hat also von seiner Konstruktion und seinem Verwendungszweck her einen eigenständigen Nutzen für den Versicherten und seine Begleitperson. Dieser Gebrauchsvorteil muss den Kriterien der Versorgung mit einem "anderen Hilfsmittel" iS des [§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) zum Zwecke des Behinderungsausgleichs genügen und verlangt somit eine gesonderte, von der medizinisch-rehabilitativen Notwendigkeit der Versorgung mit einem Rollstuhl unabhängige Prüfung der Tatbestandsvoraussetzungen (so bereits BSG Urteil vom 7.10.2010 - [B 3 KR 13/09 R](#) - BSGE 107, 44 = SozR 4-2500 § 33 Nr 31, RdNr 15 zur Treppensteighilfe).

19

c) Zur Frage der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels zum Behinderungsausgleich iS der dritten Variante des [§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) (vgl jetzt auch [§ 31 Abs 1 Nr 3 SGB IX](#)) wird stets unterschieden zwischen dem unmittelbaren Behinderungsausgleich, bei dem das Hilfsmittel unmittelbar dem Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion selbst dient, und dem mittelbaren Behinderungsausgleich, bei dem das Hilfsmittel zum Ausgleich der direkten und indirekten Behinderungsfolgen eingesetzt wird. Diese Differenzierung ist notwendig, weil unter Einbeziehung einer historischen Betrachtung unzweifelhaft ist, dass der Ausfall einer Körperfunktion den Krankheitsbegriff in der GKV erfüllt und es daher zum Aufgabenbereich der GKV gehört, ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktionen soweit wie möglich wiederherzustellen oder zu verbessern.

20

Beim mittelbaren Behinderungsausgleich geht es demgegenüber darum, einem behinderten Menschen, dessen Funktionsbeeinträchtigung durch medizinische Maßnahmen einschließlich des Einsatzes von Hilfsmitteln nicht weiter behoben werden kann, das Leben mit den Folgen dieser Beeinträchtigung zu erleichtern. Dabei liegt es auf der Hand, dass es nicht Aufgabe der GKV sein kann, jegliche Behinderungsfolgen in allen Lebensbereichen auszugleichen. So ist es beispielsweise Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme, einen Ausgleich für spezielle berufliche Anforderungen zu schaffen. Es ist auch nicht Sache der GKV, alle Auswirkungen der Behinderung beispielsweise im Hinblick auf spezielle Sport- oder Freizeitinteressen durch Hilfsmittel auszugleichen (BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr 23](#) - Druckbeatmungsgerät für Campingurlaub; BSG [SozR 4-2500 § 33 Nr 23](#) - Salzwasserprothese; BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 35 - Sportrollstuhl; BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 40 - Unterschenkel-Sportprothese). Auch nach dem der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen gewidmeten SGB IX ist die GKV nur für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie für unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, nicht aber für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zuständig ([§ 6 Abs 1 Nr 1](#), [§ 5 SGB IX](#)).

21

Um hier den Aufgabenbereich der GKV abzugrenzen, ist ein Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich von der GKV nach ständiger Rechtsprechung 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. Zu diesen elementaren Grundbedürfnissen eines Menschen gehören 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 (BSGE 93, 176 = [SozR 4-2500 § 33 Nr 7](#),

RdNr 12; [BSGE 91, 60](#), 63 RdNr 10 = [SozR 4-2500 § 33 Nr 3](#) RdNr 9; BSG [SozR 3-3300 § 14 Nr 14](#); BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 30 RdNr 12; stRspr). Zum Grundbedürfnis der Erschließung eines geistigen Freiraums gehört ua die Aufnahme von Informationen, die Kommunikation mit anderen Menschen sowie das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens bzw eines Schulwissens (BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr 29](#) und 46; BSG [SozR 4-2500 § 33 Nr 11](#) RdNr 18). Zur Erschließung des körperlichen Freiraums gehört insbesondere die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und sie zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang "an die frische Luft zu kommen" oder um die - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegenden - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind (Versorgungswege, zB Supermarkt, Arzt, Apotheke, Geldinstitut, Post), nicht aber die Bewegung außerhalb dieses Nahbereichs. Soweit überhaupt die Frage eines größeren Radius über das zu Fuß Erreichbare hinaus aufgeworfen worden ist, sind schon immer zusätzliche qualitative Momente verlangt worden (vgl [BSGE 93, 176](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr 7](#) - Erreichbarkeit ambulanter medizinischer Versorgung für Wachkomapatientin; BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr 27](#) - Rollstuhl-Bike für Jugendliche; BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr 46](#) - behindertengerechtes Dreirad; BSG [SozR 2200 § 182b Nr 13](#) - Faltrollstuhl).

22

Zu Wertungswidersprüchen führt die Differenzierung zwischen dem unmittelbaren und dem mittelbaren Behinderungsausgleich nicht, da die durch den unmittelbaren Behinderungsausgleich bewirkte Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung einer beeinträchtigten Körperfunktion bereits als solche ein Grundbedürfnis darstellt. Beim unmittelbaren Behinderungsausgleich kommt daher der Frage nach der Erfüllung eines allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens erst dann Bedeutung zu, wenn es nicht um die erstmalige Behebung eines Funktionsdefizits geht und auch nicht um die reine Ersatzbeschaffung, sondern um die Versorgung eines für den Behinderungsausgleich bereits ausreichend ausgestatteten Versicherten mit einem zweiten Hilfsmittel gleicher Art als Zweitausstattung, als Ausstattung für einen speziellen Zweck in Abgrenzung zur Ausstattung für das tägliche Leben oder mit einem technisch weiterentwickelten Hilfsmittel. Dabei kommt es auf den Umfang der mit dem neuen Hilfsmittel zu erreichenden Gebrauchsvorteile an (zB computergestütztes statt mechanisches Kniegelenksystem, vgl BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr 44](#); [BSGE 93, 183](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr 8](#)).

23

Dem Gegenstand nach besteht für den unmittelbaren ebenso wie für den mittelbaren Behinderungsausgleich 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 BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr 26](#) S 153); anderenfalls sind die Mehrkosten gemäß [§ 33 Abs 1 Satz 5 SGB V](#) (ebenso [§ 31 Abs 3 SGB IX](#)) von dem Versicherten selbst zu tragen. Demgemäß haben die Krankenkassen nicht für solche "Innovationen" aufzukommen, die keine wesentlichen Gebrauchsvorteile für den Versicherten bewirken, sondern sich auf einen bloß besseren Komfort im Gebrauch oder eine bessere Optik beschränken (BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr 44](#); [BSGE 93, 183](#), 188 = [SozR 4-2500 § 33 Nr 8](#), RdNr 15 - jeweils zum C-Leg).

24

d) Im vorliegenden Fall geht es - wie bei der Ausstattung mit einem Rollstuhl - nicht um den unmittelbaren, sondern um einen mittelbaren Behinderungsausgleich im Bereich der Mobilität, weil durch das Hilfsmittel nicht das Gehen selbst ermöglicht wird (so zB bei einer Beinprothese). Ausgeglichen werden lediglich die Folgen der Funktionsbeeinträchtigung der Beine, hier in Form der Unfähigkeit, selbst und aus eigener Kraft - oder auch nur mit stützender Hilfe einer Begleitperson - einen Pkw zu besteigen und wieder zu verlassen.

25

Das Grundbedürfnis auf Erschließung eines körperlichen Freiraums umfasst allerdings grundsätzlich nur die Bewegungsmöglichkeit in der eigenen Wohnung und im umliegenden Nahbereich, die regelmäßig durch Rollstühle gewährleistet wird. Ist die Fortbewegung im Rollstuhl nicht möglich oder unzumutbar und steht deshalb die Nutzung eines Pkw im Raum (zum allgemeinen Grundbedürfnis der "Bewegungsfreiheit" vgl BSG [SozR 4-2500 § 33 Nr 11](#) - Einsatz eines zweisitzigen Rollstuhls im Nahbereich zur qualitativen Erweiterung des persönlichen Freiraums), muss der Zweck, so an einen ansonsten nicht oder nur unter besonderen Schwierigkeiten zu erreichenden Ort zu kommen, vom Maßstab der medizinischen Rehabilitation gedeckt sein, weil die GKV nur für diesen Bereich der Hilfsmittelversorgung zuständig ist ([§ 5 Nr 1 SGB IX](#)). Die Leistungspflicht der GKV entfällt, wenn - wie bereits ausgeführt - zB die berufliche oder die soziale Rehabilitation bezweckt wird ([§ 5 Nr 2](#) und 4 SGB IX).

26

Die spezielle Pflicht der Krankenkassen, behinderten Menschen durch eine angemessene Hilfsmittelversorgung eine möglichst selbstständige Lebensführung zu erhalten, ergibt sich also nur im Zuständigkeitsbereich der GKV. Die Erhaltung einer möglichst selbstständigen Lebensführung ist nur dann Aufgabe der GKV, wenn es dabei um medizinische Rehabilitation geht. Nach ständiger Rechtsprechung des Senats gilt für die Bestimmung des Nahbereichs der Wohnung ein abstrakter, von den Gegebenheiten des jeweiligen Wohnorts unabhängiger Maßstab ([BSGE 102, 90](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr 21](#), RdNr 14 - Kraftknoten; [BSGE 98, 213](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr 15](#), RdNr 17 - behinderungsgerechter Pkw; zuletzt [BSGE 108, 206](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr 34](#), RdNr 35 - Rollstuhl-Bike). Darauf hat das LSG zutreffend hingewiesen. Bei der Hilfsmittelversorgung durch die GKV kommt es also nicht auf die konkreten Wohnverhältnisse des einzelnen Versicherten an. Die baulichen Gegebenheiten der Wohnung und die Gestaltung des individuellen Umfeldes, die anderswo - etwa nach einem Umzug - nicht ebenso vorhanden sind und dort den Einsatz eines bestimmten Hilfsmittels entbehrllich machen würden, sind bei der Hilfsmittelversorgung durch die GKV nicht zu berücksichtigen. Denn für die medizinische Rehabilitation als Aufgabe der GKV sind allein der Gesundheitszustand des Versicherten und dessen Funktionsdefizite maßgeblich, nicht aber seine Wohnsituation. Die Leistungen der GKV dürfen - soweit gesetzlich nicht ausdrücklich vorgesehen - nicht maßgeblich von anderen als medizinischen Erfordernissen abhängig gemacht werden. Aus diesem Grund nimmt der Senat auch bezüglich anderer Hilfsmittel grundsätzlich auf einen abstrakten, von den Gegebenheiten des jeweiligen Wohnorts unabhängigen Maßstab zB bei der Bestimmung des Nahbereichs Bezug (stRspr, [BSGE 108, 206](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr 34](#), RdNr 35 - Rollstuhl-Bike). Der Versicherte muss das Hilfsmittel also nicht nur gerade wegen der Gegebenheiten seiner konkreten Wohnverhältnisse, sondern in gleicher Weise in praktisch jeder Art von Wohnung und jeder Art ihres Umfeldes benötigen.

Der entscheidende Unterschied zwischen dem SGB V und dem SGB XI liegt im vorliegenden Zusammenhang also darin, dass der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung zum mittelbaren Behinderungsausgleich ([§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)) davon abhängt, dass der Versicherte das Hilfsmittel seiner Zweckbestimmung nach praktisch überall, also wohnortunabhängig benötigt, während der Versorgungsanspruch in der sozialen Pflegeversicherung nach [§ 40 SGB XI](#) gerade an die konkreten individuellen Wohnverhältnisse des Pflegebedürftigen anknüpft. Diese Systemscheidung des Gesetzgebers ist rechtlich nicht zu beanstanden.

27

e) Ein über die Befriedigung von elementaren Grundbedürfnissen hinausgehender Behinderungsausgleich ist als Leistung der GKV nicht vorgesehen, was sich zwar nicht aus dem Wortlaut des [§ 33 SGB V](#), wohl aber nunmehr aus der Regelung des [§ 26 Abs 2 Nr 6 iVm § 31 Abs 1 Nr 3 SGB IX](#) ergibt, die der Gesetzgeber in Kenntnis der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats zur Hilfsmittelversorgung nach [§ 33 SGB V](#) im Zuge der Einführung des SGB IX mit Wirkung zum 1.7.2001 in Kraft gesetzt hat (vgl Art 1 des Gesetzes vom 19.6.2001, [BGBl I 1046](#)). Der Wortlaut des [§ 31 Abs 1 Nr 3 SGB IX](#) stellt nunmehr ausdrücklich klar, dass es nur um einen Behinderungsausgleich "bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens" gehen kann. Damit wird der Hilfsmittelbegriff für alle Träger von Leistungen der medizinischen Rehabilitation ([§ 6 Abs 1](#), [§ 5 Nr 1](#), [§ 26 SGB IX](#)) für diesen Bereich einheitlich definiert. Selbst wenn der Vorrang abweichender Regelungen für den einzelnen Rehabilitationsträger weiterhin besteht ([§ 7 Satz 2 SGB IX](#)), kann aus der insoweit unberührt gebliebenen Fassung des [§ 33 SGB V](#) nicht geschlossen werden, der Gesetzgeber habe nunmehr den Behinderungsausgleich durch die GKV über die bisherige Rechtsprechung hinaus ausweiten wollen ([BSGE 98, 213](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr 15](#), RdNr 16).

28

3. Mit dieser Entscheidung setzt der erkennende Senat seine langjährige Rechtsprechung zu den Voraussetzungen und den Grenzen des Anspruchs der Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln der GKV nach [§ 33 SGB V](#) fort. Auch unter Berücksichtigung der im Schrifttum verschiedentlich geäußerten Kritik (vgl zum Stand der Diskussion zB Brockmann, Sozialrecht aktuell Sonderheft 2013, 19 ff; Davy in Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht 2004, 403 ff; Davy, SGB 2004, 315 ff; Liebold, Auswirkungen des SGB IX auf die gesetzliche Krankenversicherung, 2007, 216 ff; Masuch, SozSich 2004, 314 ff; Welti, SGB 2010, 597 ff; Welti, SuP 2009, 683 ff; Schütze, SGB 2013, 147 ff; Trésoret, NZS 2013, 491 ff; Henning, SGB 2015, 83 ff) sieht der Senat keinen Anlass, von den tragenden Säulen des Systems der Hilfsmittelversorgung der GKV abzurücken. Dazu gehören die Unterscheidung zwischen dem unmittelbaren und dem mittelbaren Behinderungsausgleich, die Anknüpfung des mittelbaren Behinderungsausgleichs an die allgemeinen Grundbedürfnisse des täglichen Lebens, die grundsätzliche Beschränkung des elementaren Grundbedürfnisses auf Erschließung eines gewissen körperlichen Freiraums durch Mobilitätshilfen auf die eigene Wohnung des Versicherten und deren Nahbereich sowie die Definition des mittelbaren Behinderungsausgleichs allein anhand der drohenden bzw vorhandenen Funktionsdefizite, also ohne Berücksichtigung der konkreten Ausgestaltung des Wohnorts und der individuellen Wohnverhältnisse des Versicherten. Dieses Regelungssystem hat sich bewährt, führt zu sachgerechten Ergebnissen und gewährleistet eine nachvollziehbare Abgrenzung zu den Leistungspflichten anderer Sozialleistungsträger bei der Hilfsmittelversorgung, zB bei der beruflichen und sozialen Rehabilitation.

29

a) Es wird geltend gemacht, das BSG trage bei seiner Rechtsprechung zu [§ 33 SGB V](#) nicht dem gewandelten Begriff der Behinderung Rechnung, wie er in [§ 2 Abs 1 Satz 1 SGB IX](#) niedergelegt sei: "Menschen sind 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." Bevor das SGB IX in Kraft trat, habe man unter dem Begriff Behinderung eine Funktionseinschränkung im medizinischen Sinne verstanden. Der in [§ 2 Abs 1 Satz 1 SGB IX](#) normierte Behinderungsbegriff rücke demgegenüber das Ziel der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in den Vordergrund. Eine Behinderung liege nunmehr vor, wenn die Funktionsbeeinträchtigung eine Teilhabestörung hervorruft (Heinz, WZS 2011, 174, 177 f; Liebold, aaO, S 136 ff; Welti, SGB 2010, 597, 599; Welti, SuP 2009, 683, 687 f; Henning, SGB 2015, 83, 87; zur Gesetzeshistorie [BT-Drucks 14/5074 S 92](#) und 98). Welches Hilfsmittel erforderlich sei, müsse - gerade auch im Bereich der Mobilität - mit Blick auf die Teilhabestörung festgestellt werden. Dazu sei es unerlässlich, die individuellen Kontextfaktoren zu berücksichtigen; denn erst durch jene könne die durch die Funktionseinschränkung hervorgerufene Teilhabebbeeinträchtigung festgestellt werden. Zu den zu berücksichtigenden individuellen Kontextfaktoren zählten insbesondere Familie, Wohnung und Wohnort (Welti, SuP 2009, 683, 688; Henning, SGB 2015, 83, 87).

30

Dieser Einwand trifft nicht zu. Der erkennende Senat hat selbstverständlich den Behinderungsbegriff des [§ 2 Abs 1 Satz 1 SGB IX](#) bei seiner Rechtsprechung berücksichtigt (BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr 45](#) zur Damenperücke), wie es auch durch die Regelung des [§ 11 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) ausdrücklich angeordnet worden ist: "Die Leistungen nach Satz 1 (gemeint sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen) werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist." Dies kann aber nicht zu den von den Kritikern geforderten Konsequenzen führen. Die Krankenkassen haben das Ziel der gleichberechtigten Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft ([§ 1 Satz 1](#), [§ 4 SGB IX](#)) bei der Leistungsgewährung nach [§ 33 SGB V](#) zwar stets zu beachten, dabei aber die Grenzen ihrer Zuständigkeit zu wahren. Das Förderungsgebot des SGB IX gilt nur innerhalb des Zuständigkeitsbereichs der GKV bei der Hilfsmittelversorgung, dehnt den Zuständigkeitsbereich selbst aber nicht aus. Denn die Krankenkassen sind immer nur für die medizinische Rehabilitation zuständig ([§ 5 Nr 1](#), [§ 6 Abs 1 Nr 1 SGB IX](#)), und dies bedeutet für den Bereich des mittelbaren Behinderungsausgleichs, um den es in diesem Zusammenhang nur gehen kann, die Beschränkung auf den Ausgleich von Behinderungsfolgen bei den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens, wie in [§ 31 Abs 1 Nr 3 SGB IX](#) ausdrücklich normiert. Sind elementare Grundbedürfnisse nicht betroffen, entfällt die Zuständigkeit der GKV beim mittelbaren Behinderungsausgleich, auch wenn das Hilfsmittel möglicherweise geeignet wäre, die Teilhabe des Versicherten am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Etwas anderes könnte nur gelten, wenn der Gesetzgeber sich entschliesse, die Zuständigkeit der Krankenkassen bei der Hilfsmittelversorgung auf die "Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft" iS des [§ 5 Nr 4 SGB IX](#) auszuweiten. Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden nach [§ 55 Abs 1 SGB IX](#) die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und nach den Kapiteln 4 bis 6 (4: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, 6:

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen) nicht erbracht werden; dazu gehört auch die Versorgung mit anderen als den in [§ 31 SGB IX](#) genannten Hilfsmitteln.

31

b) Die nach der bisherigen Konzeption des [§ 33 SGB V](#) weitgehend ausgeschlossene Berücksichtigung des Wohnorts und des Wohnumfelds des Versicherten kann ebenfalls nur durch den Gesetzgeber korrigiert werden. Er hätte zB die Möglichkeit, innerhalb des [§ 33 Abs 1 SGB V](#) die Berücksichtigung der individuellen Wohn- und Lebensverhältnisse anzuordnen - und würde auf diese Weise zu einem weitgehenden Gleichklang mit dem System der sozialen Pflegeversicherung ([§ 40 SGB XI](#)) gelangen.

32

Bisher hat der Gesetzgeber allerdings keinen Anlass gesehen, die langjährige Rechtsprechung des erkennenden Senats zur Hilfsmittelversorgung der Versicherten nach [§ 33 SGB V](#) im Bereich des - allein umstrittenen - mittelbaren Behinderungsausgleichs zu korrigieren. Dies spricht dafür, dass er diese Rechtsprechung jedenfalls bisher billigt und keinen Korrekturbedarf sieht. Auch dieser Umstand spricht dafür, an der bisherigen Rechtsprechung zu [§ 33 SGB V](#) festzuhalten.

33

c) Die Kritiker machen ferner geltend, im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung werde nicht zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich unterschieden und nach dem Grundsatz der optimalen Rehabilitation (Rehabilitation "mit allen geeigneten Mitteln", vgl [§§ 1, 26 Abs 2 SGB VII](#)) eine über die Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse hinausreichende Hilfsmittelversorgung praktiziert, obgleich auch für die Unfallversicherungsträger als Träger der medizinischen Rehabilitation die Regelung des [§ 31 SGB IX](#) gelte, sodass die einschränkende Auslegung des erkennenden Senats zur Reichweite des Anspruchs auf Versorgung mit Hilfsmitteln durch die GKV nach [§ 33 SGB V](#) und [§ 31 SGB IX](#) nicht gerechtfertigt sei (Brandenburg, Sozialrecht aktuell Sonderheft 2013, 16, 18; Henning, SGB 2015, 83, 88). Dem kann gleichfalls nicht zugestimmt werden. Die Kritik berücksichtigt nicht die deutlich abweichenden - nämlich breiter angelegten - Tatbestandsvoraussetzungen für die Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Unfallversicherung. Nach [§ 31 Abs 1 Satz 1 SGB VII](#) sind dort Hilfsmittel "alle ärztlich verordneten Sachen, die den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder die Folgen von Gesundheitsschäden mildern oder ausgleichen". Zudem sind die Träger der Unfallversicherung für alle vier Gruppen der Leistungen zur Teilhabe ([§ 5 Nr 1 bis 4 SGB IX](#)) zuständig, sodass sie teilhaberechtlich nicht nur Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation ([§ 31 SGB IX](#)), sondern auch Hilfsmittel zur Teilhabe am Arbeitsleben ([§ 33 Abs 8 Satz 1 Nr 4 SGB IX](#)) und Hilfsmittel zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ([§ 55 Abs 2 Nr 1 SGB IX](#)) zu erbringen haben. Die Leistungspflicht der Unfallversicherung bei der Hilfsmittelversorgung der Versicherten ist also erheblich weiter gefasst als in der GKV und beschränkt sich gerade nicht auf die rein medizinische Rehabilitation.

34

4. Nach den zur Hilfsmittelversorgung in der GKV entwickelten Grundsätzen bestand kein Anspruch der Versicherten gemäß [§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) auf Kosten der Beklagten mit einem Autoschwenksitz versorgt zu werden (zum Anspruch auf Ausstattung mit einem Autoschwenksitz vgl zB BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr 3](#) und 29; [BSGE 93, 176](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr 7](#)), und zwar unabhängig davon, ob es um die Übereignung oder die leihweise Überlassung des Geräts geht und auch unabhängig davon, ob das Gerät fabrikneu oder schon gebraucht ist. Der Versorgungsanspruch gegen die Krankenkasse nach [§ 33 SGB V](#) bestand hier bereits vom Grundsatz her nicht.

35

a) Da es bei der Bestimmung des Nahbereichs einer Wohnung auf einen abstrakten Maßstab und nicht auf die konkreten Verhältnisse ankommt, ist es unerheblich, welche Entfernungen zwischen der Wohnung der Versicherten und den Praxen der Ärzte und Therapeuten sowie der Tagespflegeeinrichtung konkret zurückzulegen waren. Standardmäßig liegen diese Orte innerhalb des Nahbereichs der Wohnung. Den Nahbereich der Wohnung konnte die Versicherte im Rollstuhl sitzend mit Hilfe ihres Ehemannes erschließen. Soweit der Kläger geltend macht, auch die Erschließung des Nahbereichs sei nicht mehr gesichert gewesen, weil ihm selbst das ständige Schieben des Rollstuhls immer schwerer gefallen sei, hat die Beklagte zu Recht darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit bestanden hätte, eine - an den Rollstuhl anzubauende - elektrische Schiebehilfe als Hilfsmittel zur Gewährleistung der Mobilität im Nahbereich zu beantragen ([§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)).

36

b) Die Wahrnehmung von Versorgungswegen, zB zum Einkauf, schied wegen der fortgeschrittenen Demenz der Versicherten ohnehin aus. Bei der Mitnahme der Versicherten zu den Einkäufen und dem wöchentlichen Besuch eines Bades in Bad L. stand nicht die Gewährleistung der Mobilität im Vordergrund, sondern die Notwendigkeit ständiger Beaufsichtigung wegen der demenzbedingten Möglichkeit der Selbst- und Fremdgefährdung bei unbeaufsichtigtem alleinigem Verbleib in der Wohnung.

37

c) Die Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte durch den Besuch von außerhalb des Nahbereichs lebenden Angehörigen, Freunden und Bekannten gehört zum Bereich der sozialen Rehabilitation, deren Gewährleistung nicht zum Aufgabenspektrum der GKV zählt ([BSGE 107, 44](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr 31](#), RdNr 35). Das Autofahren selbst und das Mitfahren im Auto gehört nicht zu den allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens ([BSGE 98, 213](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr 15](#)).

38

d) Sollte im Einzelfall für das Aufsuchen der Praxen von Ärzten und Therapeuten die Nutzung eines Rollstuhltaxis erforderlich gewesen sein, wäre die Beklagte für den Transport nach [§ 60 Abs 1 Satz 2, Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V](#) sachleistungspflichtig gewesen, weil die Versicherte

über die Merkzeichen H und aG verfügte sowie der Pflegestufe III zugeordnet war (vgl § 8 Abs 3 der Krankentransport-Richtlinien des GBA vom 22.1.2004, BAnz 2004, Nr 18, 1342).

39

e) Das vorstehende Ergebnis hat auch im Lichte des [§ 33 SGB I](#) Bestand; dort heißt es: "Ist der Inhalt von Rechten oder Pflichten nach Art und Umfang nicht im einzelnen bestimmt, sind bei ihrer Ausgestaltung die persönlichen Verhältnisse des Berechtigten oder Verpflichteten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen. Dabei soll den Wünschen des Berechtigten oder Verpflichteten entsprochen werden, soweit sie angemessen sind." Auf diese Regelung kann sich der Kläger bei der Auslegung des Leistungsrechts nach [§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) nicht stützen. Die in [§ 33 SGB I](#) angesprochene Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse betrifft nämlich nur die Ausgestaltung vorhandener Rechtsansprüche, nicht hingegen die Begründung der Rechtsansprüche als solche. Die Regelung bezieht sich also nicht auf das "Ob" des Bestehens, sondern nur auf das "Wie" der Erfüllung einer bestehenden Leistungspflicht (Mrozynski, SGB I, 5. Aufl 2014, § 33 RdNr 2). Demgemäß hat der Senat bei einem gehbehinderten und auch in der Armkraft beeinträchtigten Versicherten, der den Nahbereich seiner Wohnung nicht mehr zu Fuß erschließen konnte, einen Anspruch nach [§ 33 SGB V](#) auf eine Mobilitätshilfe mit Elektromotor zuerkannt und bei dessen Ausgestaltung ein Wahlrecht des Versicherten zwischen einem Elektrorollstuhl und einem Shoprider nach [§ 33 SGB I](#) angenommen (BSG [SozR 3-1200 § 33 Nr 1](#)).

40

5. Der Leistungsanspruch gegen die Beklagte lässt sich - wie bereits angedeutet - auch nicht aus den Vorschriften des SGB IX über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen herleiten. Ein Anspruch aus [§ 31 SGB IX](#) scheidet aus. Diese Vorschrift gibt hinsichtlich des Hilfsmittelbegriffs nur den Regelungsgehalt im Bereich der medizinischen Rehabilitation wieder, wie er durch die höchstrichterliche Rechtsprechung entwickelt worden ist, und bestätigt somit diese Rechtsprechung. Eine Ausweitung der Leistungspflicht der GKV bei der Hilfsmittelversorgung war nicht beabsichtigt, was vor allem darin zum Ausdruck kommt, dass nach [§ 7 Satz 2 SGB IX](#) die Regelung des [§ 33 SGB V](#) maßgeblich bleibt: "Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen" (vgl im Einzelnen [BSGE 91, 60](#), 64 RdNr 12, 13 = [SozR 4-2500 § 33 Nr 3](#) RdNr 13, 14 sowie zur Gesetzesbegründung [BT-Drucks 14/5074 S 94](#)).

41

6. Auch die Beigeladene war im vorliegenden Fall nicht zur Sachleistung verpflichtet. Die Beklagte hat einen gegen die Pflegekasse gerichteten Anspruch zu Recht verneint.

42

a) Rechtsgrundlage des Leistungsanspruchs gegen eine Pflegekasse ist [§ 40 Abs 1 Satz 1 SGB XI](#) in der bis heute unverändert gebliebenen Fassung des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 26.5.1994 ([BGBl I 1014](#)). Danach haben Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Nach [§ 40 Abs 3 SGB XI](#) in der Fassung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28.5.2008 ([BGBl I 874](#)) sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen werden (Satz 1). Die Pflegekassen können die Bewilligung davon abhängig machen, dass die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen (Satz 2). Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch (Satz 3). Die Voraussetzungen für die - nach Wahl der Beklagten durch Leihe oder Übereignung mögliche - Ausstattung der Versicherten mit dem begehrten Autoschwenksitz waren jedoch nicht erfüllt, wobei hier ohnehin nur die erste und dritte Variante des [§ 40 Abs 1 Satz 1 SGB XI](#) in Betracht kamen; um die Linderung der Beschwerden der Versicherten ging es ersichtlich nicht.

43

b) Hier kam vor allem die erste Tatbestandsvariante des [§ 40 Abs 1 Satz 1 SGB XI](#) - Erleichterung der Pflege - in Betracht. Diese Variante erfasst insbesondere Hilfen bei den Verrichtungen der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität, also der Grundpflege nach [§ 14 Abs 4 Nr 1 bis 3 SGB XI](#). Der Autoschwenksitz kann als Hilfsmittel für Rollstuhlfahrer bei der Verrichtung "Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung" ([§ 14 Abs 4 Nr 3 SGB XI](#)) eingestuft werden. Dabei sind alle Wege außerhalb der Wohnung zu berücksichtigen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause unumgänglich sind und bei denen das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen notwendig ist. Dies ist zB beim Besuch einer Arztpraxis immer dann der Fall, wenn vom behandelnden Arzt ein Hausbesuch nicht erwartet werden kann. Gleiches gilt für mobilitäts-erhaltende Behandlungen bei Physiotherapeuten (BSG [SozR 4-3300 § 15 Nr 1](#); BSG [SozR 3-3300 § 14 Nr 5](#); Udsching, SGB XI, 3. Aufl 2010, § 14 RdNr 40). Hier war der Aufenthalt der Versicherten in einer Tagespflegeeinrichtung nach den objektiven Gegebenheiten für die Aufrechterhaltung ihrer Lebensführung zu Hause erforderlich. Für die Erforderlichkeit ist maßgeblich, dass der Aufenthalt des Pflegebedürftigen in der Einrichtung regelmäßig erst die Möglichkeit schafft, dass er durch seine Angehörigen weiterhin zu Hause gepflegt werden kann, zB weil er ohne die Tagespflege auf Dauer in ein Pflegeheim umziehen müsste. Allerdings wird ein Autoschwenksitz für die Wege zur - hier anfangs zweimal und zuletzt fünfmal wöchentlich durchgeführten - Tagespflege schon deswegen nicht "benötigt", weil der Transport eines Versicherten gemäß [§ 41 Abs 1 Satz 2 SGB XI](#) von Mitarbeitern eines Fahrdienstes durchgeführt werden kann. Der Transport eines Pflegebedürftigen zur Tagespflegeeinrichtung und zurück ist vom Gesetzgeber ausdrücklich dem Bereich der teilstationären Pflege ([§ 41 Abs 1 Satz 2 SGB XI](#)) zugeordnet und als Sachleistung der Pflegekassen ausgestaltet ([§ 4 Abs 1 SGB XI](#)) worden. Für den Transport ist die Pflegeeinrichtung bzw deren Fahrdienst zuständig, sodass ein eigener (oder leihweise überlassener) Autoschwenksitz regelmäßig für diese Fahrten nicht "benötigt" wird. Ob die Versicherte lieber von ihrem Ehemann - dem Kläger - als von den Mitarbeitern des Fahrdienstes transportiert worden wäre, ist unerheblich. Leistungen nach [§ 40 SGB XI](#) zur ambulanten Pflege müssen nicht deshalb gewährt werden, weil der Betroffene die vorhandenen, gesetzlich vorgesehenen Angebote im Rahmen der von ihm in Anspruch genommenen teilstationären Pflege nicht nutzen will. Wenn dabei Eigenbeteiligungen anfallen, beruht das darauf, dass die

Leistungen der Pflegeversicherung nicht den vollständigen Bedarf decken, sondern der Höhe nach begrenzt sind (zur Ausweitung des Sachleistungsanspruchs nach [§ 41 SGB XI](#) zum 1.1.2015 vgl die Neufassung dieser Vorschrift durch Art 1 Nr 11 des Ersten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften - Erstes Pflegestärkungsgesetz vom 17.12.2014, [BGBl I 2222](#), 2224). Dieser Umstand kann aber keinen Anspruch auf ein Pflegehilfsmittel zum Zwecke des Transports auslösen, für den im Gesetz ausdrücklich ein Anspruch gegen die Pflegeeinrichtung bzw deren Fahrdienst statuiert wurde.

44

Für die Fahrten zu Ärzten und Therapeuten ist ggf die GKV zuständig ([§ 60 SGB V](#)). Sonstige für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause notwendige Wege und Aufenthalte außerhalb der Wohnung sind hier weder vom LSG festgestellt noch vom Kläger vorgetragen worden. Daher scheidet die Hilfe bei der Verrichtung "Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung" als Zweck der Versorgung mit dem Autoschwenksitz aus.

45

c) Auch die Voraussetzungen der dritten Variante des [§ 40 Abs 1 Satz 1 SGB XI](#), also die Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung des Pflegebedürftigen, sind nicht erfüllt, weil es nicht darum ging, der Versicherten auf diese Weise die Verwirklichung ihres allgemeinen Grundbedürfnisses auf Mobilität im Nahbereich der Wohnung zu erleichtern. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass nicht etwa eine selbstständige, also von fremder Unterstützung unabhängige Lebensführung ermöglicht werden soll, sondern im Gesetz nur von einer "selbstständigeren" Lebensführung die Rede ist, wozu es ausreicht, dass ein bestimmter Aspekt der Lebensführung durch eine regelmäßig verfügbare Hilfestellung leichter oder besser verwirklicht werden kann. Über die Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung hinaus enthält die Vorschrift keine weiteren Anforderungen, die an die Einsatz- und Verwendungsmöglichkeiten des Hilfsmittels zu stellen sind (Udsching, aaO, [§ 40 RdNr 9 mwN](#)). Hilfsmittel, die den Zwecken des [§ 40 Abs 1 Satz 1 SGB XI](#) dienen, sind nach der gesetzlichen Wertung "Pflegehilfsmittel", und zwar unabhängig davon, ob sie daneben auch die Begriffsmerkmale eines Hilfsmittels iS des [§ 33 SGB V](#) erfüllen.

46

Das Tatbestandsmerkmal der "selbstständigeren" Lebensführung kann indes nur erfüllt werden, wenn die Anschaffung des Pflegehilfsmittels nicht in erster Linie im Interesse der Pflegeperson erfolgt, sondern die Anschaffung den Zweck hat, dass der Pflegebedürftige mit Hilfe des Pflegehilfsmittels bei den allgemeinen Lebensbetätigungen partiell selbstständiger agieren kann, also in verringertem Maße von der Unterstützung Dritter abhängig ist. Das war hier nach den Feststellungen des LSG nicht der Fall. Im Vordergrund stand stets die Notwendigkeit ständiger Beaufsichtigung der Versicherten und nicht deren aktive Lebensgestaltung.

47

Darüber hinaus ist der Tatbestand der Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung auch aus grundsätzlichen Erwägungen nicht erfüllt. Es kann bei diesem Tatbestand nicht darum gehen, einem Pflegebedürftigen Pflegehilfsmittel für jede denkbare Form und Variante einer selbst gewählten Lebensführung zur Verfügung zu stellen. Eine Einschränkung der Leistungspflicht der Pflegekassen bei der Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln ergibt sich aus der gesetzlichen Regelung des [§ 40 Abs 1 SGB XI](#) selbst, wonach die Pflegekassen die Versicherten nur bei häuslicher Pflege auch mit den dazu erforderlichen Pflegehilfsmitteln auszustatten haben. [§ 40 SGB XI](#) gehört innerhalb des Vierten Kapitels des SGB XI ("Leistungen der Pflegeversicherung") zu dessen Dritten Abschnitt ("Leistungen") und dort zum Ersten Teil, der mit "Leistungen bei häuslicher Pflege" überschrieben ist. Die Pflegehilfsmittel müssen dabei geeignet sein, den Pflegebedürftigen in die Lage zu versetzen, möglichst lange in seiner häuslichen Umgebung bleiben zu können und vollstationäre Pflege zu vermeiden ([§ 3 SGB XI](#): Vorrang der häuslichen Pflege). Diese Zweckbestimmung erfordert eine Eingrenzung der "selbstständigeren Lebensführung" auf jene Einrichtungen, die dem Leben im häuslichen Bereich zugerechnet werden können und im weiteren Sinne der Aufrechterhaltung der Fähigkeit des Versicherten dienen, möglichst lange in der eigenen Wohnung zu verbleiben. Zu diesem Bereich der Lebensführung gehört nicht das Autofahren selbst und auch nicht die Erreichbarkeit von Zielen und Personen mit einem Pkw zu Zwecken, die nicht zum Zuständigkeitsbereich der sozialen Pflegeversicherung zählen, sondern in die Zuständigkeit anderer Sozialversicherungsträger fallen. Insbesondere ist zu beachten, dass die Pflegekassen nicht zu jenen Rehabilitationsträgern zählen, die nach dem SGB IX für Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, also die soziale Rehabilitation zuständig sind ([§§ 5, 6 SGB IX](#)). Zur Ermöglichung einer "selbstständigeren Lebensführung" iS des [§ 40 Abs 1 SGB XI](#) gehört demgemäß nicht die Bereitstellung eines Autoschwenksitzes für Fahrten zum Besuch von Verwandten und Bekannten sowie zur Freizeitgestaltung (Besuch von Veranstaltungen, Fahrten zum Schwimmbad, Ausflugsfahrten). Der regelmäßige Einkauf von Lebensmitteln - und damit die Fahrt zum Supermarkt - gehört zwar zum Kern der Lebensführung im häuslichen Bereich, jedoch war es nach Feststellung des LSG nicht Zweck der Anschaffung des Autoschwenksitzes, der Versicherten das eigenständige und von fremder Hilfe weniger abhängige Einkaufen (wieder) zu ermöglichen; das Einkaufen war und blieb vielmehr Aufgabe des Klägers, und die Versicherte sollte ihn auf den Fahrten zu den Einkaufsstätten nur begleiten, damit sie in dieser Zeit nicht ohne Aufsicht war.

48

Die Aufsicht selbst diente zwar im weiteren Sinne auch der Ermöglichung des Verbleibs der Versicherten in der häuslichen Umgebung und damit der Förderung des Vorrangs der häuslichen Pflege ([§ 3 SGB XI](#)), um die es bei der Ausstattung von Versicherten mit Pflegehilfsmitteln geht. Die Aufsicht bei den Einkaufsfahrten kann den Anspruch auf Versorgung mit dem Autoschwenksitz aber schon deshalb nicht begründen, weil der Kläger für die Einkaufsfahrten jene Stunden hätte nutzen können, in denen die Versicherte sich in der Tagespflegeeinrichtung aufhielt. Die Tagespflege hat gerade auch den Zweck, der Pflegeperson Betätigungen außer Haus zu ermöglichen und sie in dieser Zeit von der ansonsten notwendigen Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen zu entlasten.

49

7. Auch aus den Vorschriften des SGB XII über die Eingliederungshilfe, die die Beklagte als erstangegangener Rehabilitationsträger im

Rahmen des [§ 14 Abs 2 SGB IX](#) zu berücksichtigen hatte, ergibt sich kein Anspruch. Dabei kann offen bleiben, ob die Ausstattung eines Pkw mit einem Autoschwenksitz von der Leistungspflicht der Sozialhilfeträger nach [§ 54 SGB XII](#) sowie den dort in Bezug genommenen Bestimmungen des SGB IX (hier: Versorgung mit Hilfsmitteln nach [§ 55 Abs 2 Nr 1 SGB IX](#) als Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) erfasst ist. Jedenfalls schließt hier zum einen die Regelung des [§ 41 SGB XI](#) über die Bestandteile der teilstationären Pflege einen Anspruch auf der Grundlage des SGB XII aus, soweit es um den Transport der Versicherten zur Tagespflege geht: die Versicherte benötigte Transportleistungen nur in Lebensbereichen, die von den Vorschriften des SGB V (§ 60 Krankentransport) und SGB XI (§ 41 Transport zur Tagespflege) erfasst waren. Insoweit greifen Spezialregelungen über die Transportkosten ein, die die Erforderlichkeit der Ausstattung des Pkw mit einem Schwenksitz entfallen lassen.

50

Soweit es um die Teilhabe der Versicherten am sozialen Leben im Übrigen geht, ist von Bedeutung, dass Streitgegenstand ein Erstattungsanspruch ist; denn die Versicherte bzw der Kläger hat den Sitz bereits angeschafft. Weil die sozialhilferechtlichen Leistungen nach [§ 54 SGB XII](#) grundsätzlich einkommens- und vermögensabhängig sind und die Kostenerstattungsregelung des [§ 15 Abs 1 SGB IX](#) durch die Ausnahmevorschrift des Satzes 5 die Anwendung der Vorschriften über die Umwandlung des nicht erfüllten Sachleistungsanspruchs in einen Erstattungsanspruch ([§ 15 Abs 1 Satz 1 bis 3 SGB IX](#)) gegenüber dem Sozialhilfeträger auch deshalb ausschließt, hätte die Versicherte im Verwaltungsverfahren deutlich machen müssen, dass sie den Anspruch gegen die Beklagte auch als einkommens- und vermögensabhängige Leistung verfolgen will. Da das nicht geschehen ist, war die Beklagte nicht gehalten, über den geltend gemachten Zahlungsanspruch auch unter sozialhilferechtlichen Grundsätzen zu entscheiden. Dementsprechend war es auch nicht erforderlich, den zuständigen Sozialhilfeträger gemäß [§ 75 Abs 2 SGG](#) zum Rechtsstreit notwendig beizuladen (Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, § 75 RdNr 13c).

51

8. Die Kostenentscheidung für den zweiten und dritten Rechtszug beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#). Die für die Versicherten geltende kostenrechtliche Sonderregelung des [§ 183 SGG](#) war hier nur im ersten Rechtszug anwendbar. Nach dem Tod seiner Ehefrau, der Versicherten, hat der Kläger den Rechtsstreit als Alleinerbe und Rechtsnachfolger fortgeführt. Er war als Ehemann, der mit seiner Ehefrau in einem gemeinsamen Haushalt gelebt hatte, aber nicht Sonderrechtsnachfolger iS des [§ 56 Abs 1 SGB I](#), weil die Klage nicht "fällige Ansprüche auf laufende Geldleistungen" betrifft. Streitgegenstand ist ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#), der sich auf zwei dem Anwendungsbereich des [§ 33 SGB V](#) bzw des [§ 40 SGB XI](#) zuzuordnende Sachleistungen bezog, nämlich der Anschaffung des Autoschwenksitzes im März 2008 und dessen Einbau im neu erworbenen Pkw im November 2009. Es geht daher rechtlich um zwei Sachleistungsansprüche im Hilfsmittelbereich und nicht um "laufende Geldleistungen". Daher kann dem Kläger die Kostenprivilegierung des [§ 183 SGG](#) für den zweiten und dritten Rechtszug nicht zugutekommen.

52

9. Die Streitwertfestsetzung für den zweiten und dritten Rechtszug beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2](#) und 3, [§ 52 Abs 3](#) und [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2015-10-05