


Gericht:	BSG 3. Senat	Quelle:	
Entscheidungsdatum:	16.07.2014	Normen:	§ 40 Abs 1 S 1 SGB 11, § 40 Abs 3 SGB 11 vom 28.05.2008, § 40 Abs 4 SGB 11, § 40 Abs 5 S 1 SGB 11 vom 22.12.2011, § 40 Abs 5 S 2 SGB 11 vom 22.12.2011, § 40 Abs 5 S 3 SGB 11 vom 22.12.2011, § 40 Abs 5 S 6 SGB 11 vom 22.12.2011, § 14 Abs 4 Nr 3 SGB 11, § 33 Abs 1 S 1 Alt 3 SGB 5 vom 26.03.2007, § 33 Abs 1 S 4 SGB 5 vom 26.03.2007, § 2 Abs 1 S 1 SGB 9, § 5 Nr 1 SGB 9, § 6 Abs 1 SGB 9, § 7 S 2 SGB 9, § 14 Abs 1 SGB 9, § 31 Abs 1 Nr 3 SGB 9, § 33 SGB 1, § 75 SGG
Aktenzeichen:	B 3 KR 1/14 R		
Dokumenttyp:	Urteil		

Soziale Pflegeversicherung - Anspruch eines Versicherten auf mobile elektrisch betriebene Treppensteighilfe - Antragstellung bei Krankenkasse seit dem 1.1.2012 - Übergang der Leistungszuständigkeit im Außenverhältnis zum Versicherten als erstangegangener Leistungsträger - Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse nur bei Ausgestaltung vorhandener Rechtsansprüche - keine Beiladung der Pflegekasse im Rechtsstreit

Leitsatz

1. Einem pflegebedürftigen, ständig auf einen Rollstuhl angewiesenen Versicherten kann ein Anspruch gegen die Pflegekasse auf Versorgung mit einer mobilen, elektrisch betriebenen Treppensteighilfe zustehen (Ergänzung zu BSG vom 7.10.2010 - B 3 KR 13/09 R = BSGE 107, 44 = SozR 4-2500 § 33 Nr 31).

2. Ist ein solcher Versorgungsantrag seit dem 1.1.2012 bei der Krankenkasse gestellt worden, geht die Leistungszuständigkeit im Außenverhältnis zum Versicherten auf sie als erstangegangenen Leistungsträger über.

Orientierungssatz

1. Die in § 33 SGB 1 angesprochene Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse betrifft nur die Ausgestaltung vorhandener Rechtsansprüche, nicht hingegen die Begründung der Rechtsansprüche als solche. (Rn.34)

2. Da die Abgabe eines Antrags an die Pflegekasse zur eigenständigen Prüfung eines pflegeversicherungsrechtlichen Anspruchs bei Hilfsmitteln bzw Pflegehilfsmitteln nach § 40 Abs 5 S 1 SGB 11 seit dem 1.1.2012 nicht mehr erforderlich und auch nicht mehr erlaubt ist und die Krankenkasse als erstangegangener Versicherungsträger auch über den pflegeversicherungsrechtlichen Anspruch nach § 40 Abs 1 S 1 SGB 11 abschließend und mit bindender Wirkung gegenüber der Pflegekasse entscheidet, bedarf es keiner Beiladung der Pflegekasse. (Rn.46)

Fundstellen

SozR 4-3300 § 40 Nr 11 (vorgesehen)
RegNr 31284 (BSG-Intern)
SGB 2014, 499-500 (red. Leitsatz und Gründe)
KrV 2014, 204-210 (red. Leitsatz und Gründe)
HSP § 40 SGB XI Nr 2.25 (red. Leitsatz und Gründe)

weitere Fundstellen

BDH-Kurier 2014, Nr 9/10, 19 (Kurz wiedergabe)
PKR 2014, 70-71 (Kurz wiedergabe)
Behindertenrecht 2014, 147-148 (Kurz wiedergabe)
BtPrax 2014, 240 (Leitsatz)
G+G 2014, Nr 10, 42-43 (Kurz wiedergabe)
SozSichplus 2014, Nr 10, 9 (Kurz wiedergabe)
Die Leistungen Beilage 2014, 361-363 (Kurz wiedergabe)

Verfahrensgang

vorgehend SG Düsseldorf 9. Kammer, 13. Juni 2013, Az: S 9 KR 1019/12, Urteil
vorgehend Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 1. Senat, 17. September 2013, Az: L 1 KR 491/13, Urteil
nachgehend SG Düsseldorf 9. Kammer, 13. Juni 2013, Az: S 9 KR 1019/12, Urteil

Diese Entscheidung wird zitiert

Literaturnachweise

Anja Mertens, G+G 2014, Nr 10, 43 (Anmerkung)

Diese Entscheidung zitiert

Rechtsprechung

Ergänzung BSG 3. Senat, 7. Oktober 2010, Az: B 3 KR 13/09 R

Tenor

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 17. September 2013 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten.

Tatbestand

- 1 Der Kläger begehrt von der beklagten Krankenkasse die Versorgung mit einer elektrisch betriebenen mobilen Treppensteighilfe, um mit Hilfe einer Pflegeperson im Rollstuhl sitzend Treppen überwinden zu können.
- 2 Der 1933 geborene Kläger ist infolge seiner langjährigen Diabeteserkrankung nahezu erblindet und beidseitig beinamputiert. Wegen einer Nierenerkrankung muss er sich dreimal wöchentlich einer Blutwäsche unterziehen. Neben inkompletter Harn- und Stuhlinkontinenz bestehen kognitive Einschränkungen. Von der Pflegekasse bezieht er seit September 2012 Leistungen der Pflegestufe III. Die Beklagte hat den Kläger ua mit einem mechanischen Rollstuhl versorgt, mit dem er aber seine in der ersten Etage eines Mehrfamilienhauses gelegene Mietwohnung nicht verlassen kann, weil in dem Haus weder ein Aufzug noch ein Treppenlift vorhanden sind. Die Fahrten zur Dialysebehandlung werden von einem Krankentransportunternehmen durchgeführt, deren Mitarbeiter ihn an seiner Wohnung abholen und dorthin wieder zurückbringen.
- 3 Im Juni 2012 beantragte der Kläger unter Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung die Versorgung mit einer elektrisch betriebenen mobilen Treppensteighilfe für manuell betätigte Rollstühle des Typs Scalamobil als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), weil er nur so mit Hilfe seiner Ehefrau oder seines in der zweiten Etage des Hauses wohnenden Sohnes im Rollstuhl sitzend die Treppe zwischen Erdgeschoss und erster Etage überwinden und nach draußen gelangen kann. Seiner Konstruktion nach kann das Treppensteigergerät von einer Be-

gleitperson allein bedient werden, sofern diese in der Lage ist, rückwärts Treppen zu steigen, mindestens 20 % des eigenen Körpergewichts zu heben und selbst nicht auf Gehhilfen angewiesen ist. Am Rollstuhl wird dauerhaft eine spezielle Halterung angebracht, an der das Scalamobil jeweils mit wenigen Handgriffen befestigt wird. Dabei müssen die großen Hinterräder des Rollstuhls entfernt werden. Nach dem Einsatz werden die Hinterräder wieder anmontiert und das Scalamobil von der Halterung abgenommen. Der Vorteil für den Rollstuhlfahrer besteht darin, dass er vor und nach dem Treppensteigen nicht Umsitzen muss.

- 4 Zur Begründung seines Antrags machte der Kläger geltend, ohne die Treppensteighilfe sei er an die Wohnung gefesselt. Er könne nicht an die frische Luft kommen und sich in der Nachbarschaft frei bewegen. Die Erschließung eines solchen Freiraumes zähle aber zu den anerkannten allgemeinen Grundbedürfnissen eines Menschen. Der Einbau eines Treppenlifts sei geprüft, aber aus wirtschaftlichen Gründen verworfen worden, weil er die auf mindestens 10 000 Euro veranschlagten Kosten selbst unter Ausnutzung des von der Pflegekasse angebotenen Zuschusses von 2557 Euro (§ 40 Abs 4 SGB XI) nicht tragen könne.
- 5 Die Beklagte lehnte den Leistungsantrag ab, weil die Krankenkassen nicht für Hilfsmittel aufzukommen hätten, die ein Versicherter nur wegen seiner besonderen Wohnsituation benötige. Dazu zählten auch die Treppensteighilfen, weil sie bei ebenerdig gelegenen Wohnungen und bei Häusern mit Aufzügen oder Treppenliften entbehrlich seien (*Bescheid vom 5.7.2012, Widerspruchbescheid vom 18.10.2012*).
- 6 Das SG hat die Beklagte verurteilt, dem Kläger eine Rollstuhltreppensteighilfe zur Verfügung zu stellen (*Urteil vom 13.6.2013*). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen (*Urteil vom 17.9.2013*): Die Leistungspflicht der Beklagten ergebe sich aus § 33 Abs 1 S 1 SGB V, weil der gehunfähige und ständig auf einen Rollstuhl angewiesene Kläger die Treppensteighilfe benötige, um mit Hilfe einer Begleitperson im Rollstuhl sitzend die Etagentreppe im Hausflur bewältigen und das Haus verlassen zu können. Die Mobilität in der Wohnung und in deren näheren Umgebung gehöre zu den allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens und sei von der GKV auch durch eine entsprechende Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten. Zwar habe das BSG entschieden, die Leistungspflicht der Krankenkassen umfasse nicht solche Hilfsmittel, die ein dauerhaft behinderter Versicherter allein wegen der Besonderheiten seiner individuellen Wohnverhältnisse benötige, in einer anderen Wohnung also entbehrlich wären (*Urteil vom 7.10.2010 - B 3 KR 13/09 R - BSGE 107, 44 = SozR 4-2500 § 33 Nr 31*). Das Wohnen in mehrstöckigen Mietshäusern ohne Fahrstuhl und Treppenlift entspreche aber auch heutzutage noch einem gewöhnlichen, durchschnittlichen Wohnstandard, stelle also keine "Besonderheit der individuellen Wohnverhältnisse" dar. Außerdem sei es in jener Entscheidung nicht um das Grundbedürfnis der Mobilität im Nahbereich der Wohnung und dessen Erreichbarkeit gegangen, sondern um die Überwindung von Treppen auf dem eigenen Hausgrundstück (Keller, Garten) sowie außerhalb beim Besuch der Wohnungen von Freunden und Bekannten, bei Arztbesuchen und beim Kirchgang.
- 7 Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Beklagte die Verletzung materiellen Rechts (§ 33 SGB V). Die Ausstattung der Versicherten mit Hilfen zur Überwindung rein baulicher Mobilitätshindernisse in Häusern und Wohnungen falle nach der Systemscheidung des Gesetzgebers nicht in die Zuständigkeit der Krankenkassen, sondern der Pflegekassen und anderer Versicherungsträger.
- 8 Die Beklagte beantragt, die Urteile des LSG Nordrhein-Westfalen vom 17.9.2013 und des SG Düsseldorf vom 13.6.2013 zu ändern und die Klage abzuweisen.
- 9 Der Kläger verteidigt das angefochtene Urteil und beantragt, die Revision zurückzuweisen.

- 10 Die Beklagte hat dem Kläger die begehrte Treppensteighilfe nach Erlass des Berufungsurteils vorläufig - bis zum rechtskräftigen Abschluss des Rechtsstreits - zur Verfügung gestellt. Daraufhin hat der Kläger seinen Antrag vom 17.7.2013 auf Erlass einer entsprechenden einstweiligen Anordnung für erledigt erklärt (vgl. *Sitzungsniederschrift des LSG vom 17.9.2013 zum Verfahren L 1 KR 514/13 ER*).

Entscheidungsgründe

- 11 Die Revision der Beklagten ist unbegründet. Die Vorinstanzen haben im Ergebnis zutreffend entschieden, dass im vorliegenden Fall ein Anspruch auf Versorgung mit einer elektrisch betriebenen mobilen Treppensteighilfe besteht. Der ablehnende Bescheid der Beklagten vom 5.7.2012 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 18.10.2012 ist rechtswidrig. Der Klageanspruch rechtfertigt sich allerdings nicht, wie von den Vorinstanzen angenommen, aus § 33 SGB V, sondern aus § 40 Abs 1 S 1 iVm Abs 5 S 1 SGB XI.
- 12 1. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen liegen vor.
- 13 a) In erster und zweiter Instanz stritten die Beteiligten nur um die Versorgung mit einer elektrisch betriebenen mobilen Rollstuhltreppensteighilfe; eine nähere Konkretisierung des Hilfsmittels nach Hersteller und Fabrikat war weder in den Klageanträgen des Klägers noch in den zureichenden Urteilen von SG und LSG erfolgt. Dies ist prozessual unschädlich, weil die Beteiligten ersichtlich nur um den Versorgungsanspruch dem Grunde nach, nicht aber um ein ganz bestimmtes Produkt streiten und zu erwarten ist, dass bei einer rechtskräftigen Verurteilung der Beklagten zur Ausstattung des Klägers mit einer Rollstuhltreppensteighilfe kein zusätzlicher Streit über den Hersteller und das Fabrikat entstehen würde. In der vertragsärztlichen Verordnung vom 1.8.2012 war allerdings noch ein spezielles Fabrikat genannt, nämlich ein Scalamobil, das es ausweislich des in den Akten befindlichen Bestellformulars des Herstellers, der Ulrich Alber GmbH, damals in den Ausführungen S 28, S 30 IQ und S 31 gab. Im Hilfsmittelverzeichnis (HMV) der GKV (§ 139 SGB V) sind diese Produkte unter den Nummern 18.65.01.1000 (S 28), 18.65.01.1008 (S 30 IQ) und 18.65.01.1009 (S 31) aufgeführt. Die Beklagte hat dem Kläger zwischenzeitlich eine mobile Treppensteighilfe als vorläufige Sachleistung leihweise bis zum rechtskräftigen Abschluss dieses Rechtsstreits zur Verfügung gestellt, wobei nicht mitgeteilt worden ist, um welches Produkt es sich konkret handelt. Dies ist aber unschädlich. Unerheblich ist im vorliegenden Zusammenhang, dass die Bezeichnung "Scalamobil" nur einen Markennamen der Firma Ulrich Alber GmbH darstellt. Möglicherweise sind am Markt auch elektrisch betriebene mobile Rollstuhltreppensteighilfen anderer Hersteller verfügbar. Es ist nicht davon auszugehen, dass der Kläger ebenso geeignete Treppensteighilfen anderer Hersteller ausschließen will und diese nicht wenigstens hilfsweise von seinem Klagebegehren umfasst werden. Das Klagebegehren ist demnach bei sach- und interessengerechter Auslegung unter Berücksichtigung der Verordnung vom 1.8.2012 so zu verstehen, dass ein Scalamobil oder eine andere elektrisch betriebene mobile Treppensteighilfe in geeigneter Ausführung geliefert werden soll. Der Klageantrag ist damit hinreichend spezifiziert.
- 14 b) Da die konkrete Auswahl des Hilfsmittels der Beklagten überlassen worden ist, braucht nicht ermittelt zu werden, ob eine Scalamobil-Treppensteighilfe dem Gebot der Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung (§ 12 Abs 1, § 70 Abs 1 SGB V sowie § 4 Abs 3 SGB XI) entspricht oder ob es eine preisgünstigere, ebenso geeignete Treppensteighilfe anderer Hersteller gibt. Die Beklagte hat im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots auch zu entscheiden, ob sie die Treppensteighilfe dem Kläger übereignet oder nur leihweise (§ 33 Abs 5 S 1 SGB V, § 40 Abs 3 S 1 SGB XI) überlässt.
- 15 2. Anspruchsgrundlage für das Klagebegehren war aus Sicht der Beteiligten und der Vorinstanzen allein § 33 Abs 1 S 1 SGB V. Maßgeblich ist insoweit 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 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 S 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).

- 16 Die Voraussetzungen des Versorgungsanspruchs nach § 33 Abs 1 S 1 SGB V sind hier nicht erfüllt. Die Bereitstellung der mobilen Treppensteighilfe zum Zweck der Gewährleistung einer täglichen Erreichbarkeit der näheren Umgebung der Etagenwohnung betrifft nicht die - von der GKV allein geschuldete - medizinische Rehabilitation des Klägers, sondern die Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung, die grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich der sozialen Pflegeversicherung fällt (§ 40 Abs 1 SGB XI).
- 17 3. Der Versorgungsanspruch nach § 33 Abs 1 S 1 SGB V besteht nicht allein deshalb, weil die begehrte Treppensteighilfe als Hilfsmittel der GKV vertragsärztlich verordnet (§ 73 Abs 2 S 1 Nr 7 SGB V) worden und im HMV (§ 139 SGB V) verzeichnet ist. Den Krankenkassen steht ein eigenes 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; dabei können die Krankenkassen zur Klärung medizinisch-therapeutischer Fragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einschalten (vgl § 275 Abs 3 Nr 1 SGB V). Eine vertragsärztliche Verordnung wäre allenfalls dann für die Krankenkassen verbindlich, soweit sie für bestimmte Hilfsmittel auf ein Prüfungs- und Genehmigungsrecht generell verzichtet haben, was zB durch vertragliche Vereinbarungen mit Leistungserbringern bzw deren Verbänden möglich ist (§ 127 SGB V). Eine solche Vereinbarung ist für Treppensteighilfen nicht geschlossen worden.
- 18 4. Die Treppensteighilfe ist von einer Krankenkasse auch nicht schon deshalb zu gewähren, weil der Kläger wegen seiner Gehunfähigkeit mit einem Rollstuhl versorgt worden ist und das Gerät die ausschließliche Funktion hat, einen gehunfähigen Versicherten im Rollstuhl sitzend und ohne Notwendigkeit des Umsitzens (aber nicht aus eigener Kraft, sondern nur mit Hilfe einer Begleitperson, die das Gerät bedient) Treppen überwinden zu lassen und so Orte erreichen zu können, die ihm sonst verwehrt bleiben oder die nur auf andere, beschwerlichere Weise erreicht werden könnten. Obwohl eine Rollstuhltreppensteighilfe also 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 der Treppensteighilfe als Hilfsmittel der GKV. Dieses Gerät hat im Rahmen des - hier allein in Betracht kommenden - Behinderungsausgleichs (3. Variante des § 33 Abs 1 S 1 SGB V) für einen gehunfähigen Versicherten eine eigenständige Bedeutung, weil es die Bewegungsmöglichkeiten mit dem Rollstuhl erweitert, indem Treppen kein unüberwindliches Hindernis mehr darstellen, um bestimmte Orte aufzusuchen. Eine Treppensteighilfe hat also von ihrer Konstruktion und ihrem 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 S 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 Urteil des BSG vom 7.10.2010 - B 3 KR 13/09 R - BSGE 107, 44 = SozR 4-2500 § 33 Nr 31, RdNr 15).
- 19 5. Zur Frage der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels zum Behinderungsausgleich iS der dritten Variante des § 33 Abs 1 S 1 SGB V (vgl jetzt auch § 31 Abs 1 Nr 3 SGB IX) wird stets unterschieden

zwischen dem unmittelbaren Behinderungsausgleich einerseits und dem mittelbaren Behinderungsausgleich andererseits.

- 20 a) Im Vordergrund steht der Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion selbst, wie es zB insbesondere bei Prothesen der Fall ist. Bei diesem sog unmittelbaren Behinderungsausgleich gilt das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits, und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts. Dabei kann die Versorgung mit einem fortschrittlichen, technisch weiterentwickelten Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend, solange ein Ausgleich der Behinderung nicht vollständig im Sinne des Gleichziehens mit einem nicht behinderten Menschen erreicht ist (*BSGE 93, 183 = SozR 4-2500 § 33 Nr 8, RdNr 4 - C-Leg-Prothese*).
- 21 b) Daneben können Hilfsmittel den Zweck haben, die direkten und indirekten Folgen der Behinderung auszugleichen. Im Rahmen dieses mittelbaren Behinderungsausgleichs ist die GKV allerdings nur für den Basisausgleich der Folgen der Behinderung eintrittspflichtig. Es geht hier nicht um einen Ausgleich im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten eines gesunden Menschen. Denn Aufgabe der GKV ist in allen Fällen allein die medizinische Rehabilitation (*vgl § 1 SGB V sowie § 6 Abs 1 Nr 1 iVm § 5 Nr 1 und 3 SGB IX*), also die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolgs, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation ist hingegen Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme (*vgl zB § 5 Nr 2 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und § 5 Nr 4 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft*). Ein Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich ist von der GKV daher nur zu gewähren, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft. Nach ständiger Rechtsprechung gehören zu diesen elementaren Grundbedürfnissen eines Menschen 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; 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*). Zum körperlichen Freiraum gehört - im Sinne eines Basisausgleichs der eingeschränkten Bewegungsfreiheit - die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung 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 (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 - Faltrahlfahrrad*).
- 22 c) 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 er-

reichenden 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 d) 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 S 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 e) Im vorliegenden Fall geht es - wie bei der Ausstattung mit einem Rollstuhl - nicht um den unmittelbaren, sondern nur um einen mittelbaren Behinderungsausgleich, 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 - eine Treppe hinauf- und herabzusteigen. Das dabei betroffene allgemeine Grundbedürfnis des täglichen Lebens ist aber nicht das selbstständige Wohnen, weil dies vor allem auf die Möglichkeit ausgerichtet ist, trotz der Behinderung dauerhaft in einer eigenen Wohnung zu leben. Das ist hier nicht zweifelhaft.
- 25 Betroffen ist vielmehr das Grundbedürfnis auf Erschließung eines körperlichen Freiraums in Form der Bewegungsmöglichkeit in der eigenen Wohnung und im umliegenden Nahbereich. Diese Bewegungsmöglichkeit wird zwar grundsätzlich durch Rollstühle gewährleistet, stößt aber dort an ihre Grenzen, wo Treppen, also mehr als nur einzelne Stufen (zB bei einer Bordsteinkante) zu bewältigen sind. Hier kann eine Treppensteighilfe vom Grundsatz her eine geeignete Hilfe sein, die ansonsten eingeschränkte Bewegungsmöglichkeit eines Rollstuhlfahrers - wenn auch nur mit fremder Unterstützung - zu erweitern (*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). Dabei muss aber der Zweck, eine bestimmte Treppe im Rollstuhl sitzend zu überwinden und 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).
- 27 f) Ein über die Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen hinausgehender Behinderungsausgleich ist als Leistung der GKV nicht vorgesehen, was sich aus der Regelung des § 31 Abs 1 Nr 3 SGB IX ergibt, die der Gesetzgeber in Kenntnis der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats zur Hilfsmittelversorgung im Zuge der Einführung des SGB XI mit Wirkung zum 1.7.2001 in Kraft gesetzt hat (vgl Art 1 des Gesetzes vom 19.6.2001, BGBl I 1046). Damit wird der Hilfsmittelbegriff für alle Träger von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 6 Abs 1, § 5 Nr 1 SGB IX) einheitlich definiert. Selbst wenn der Vorrang abweichender Regelungen für

den einzelnen Rehabilitationsträger weiterhin besteht (§ 7 S 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 Nach diesen Maßstäben besteht kein Anspruch des Klägers nach § 33 Abs 1 S 1 SGB V, auf Kosten der Beklagten mit einer Treppensteighilfe versorgt zu werden, 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 besteht bereits vom Grundsatz her nicht.
- 29 6. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, dem Kläger die Überwindung der Etagentreppe im Hause durch Ausstattung mit einer Treppensteighilfe als Hilfsmittel der GKV zu ermöglichen. Die Krankenkassen sind nicht für solche Hilfsmittel eintrittspflichtig, die ein dauerhaft behinderter Versicherter allein wegen seiner konkreten Wohnsituation benötigt (so bereits BSG Urteil vom 7.10.2010 - B 3 KR 13/09 R - BSGE 107, 44 = SozR 4-2500 § 33 Nr 31, RdNr 23 ff).
- 30 a) Bei der Hilfsmittelversorgung durch die GKV kommt es 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, sind bei der Hilfsmittelversorgung durch die GKV nicht zu berücksichtigen. Denn für die medizinische Rehabilitation als Aufgabe der GKV ist allein der Gesundheitszustand des Versicherten 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 auch in praktisch jeder Art von Wohnung und deren Umfeld benötigen. Mit anderen Worten: Ein zweiter Versicherter mit den gleichen körperlichen Beeinträchtigungen müsste auf das Hilfsmittel in dessen Wohn- und Lebenssituation ebenfalls angewiesen sein. Fehlt es daran, ist ein Anspruch nach § 33 SGB V in der Regel ausgeschlossen. Es kann sich dann nur um eine Form der Hilfe zur Anpassung an die konkrete Wohnsituation handeln, für die nicht die Krankenkassen, sondern der Versicherte selbst - im Rahmen seiner Eigenverantwortung - oder andere Sozialleistungsträger (zB Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Unfallversicherungsträger) zuständig sein können. Im vorliegenden Fall geht es insbesondere um Maßnahmen nach § 40 SGB XI, die in die Zuständigkeit der Pflegekasse fallen.
- 31 b) Dabei ist klarzustellen, dass der vom LSG herangezogene Begriff der "Besonderheiten" der Wohnung und des Umfeldes, wie er sich im Urteil des Senats vom 7.10.2010 (B 3 KR 13/09 R - BSGE 107, 44 = SozR 4-2500 § 33 Nr 31, RdNr 24) findet, nicht etwa auf außergewöhnliche oder relativ selten vorhandene bauliche Gegebenheiten einer Wohnung (zB eine Innentreppe in einer Maisonette-Wohnung) abzielt, sondern alle Umstände beschreibt, die insbesondere dem Mobilitätsbedürfnis eines behinderten Menschen in seiner aktuell genutzten Wohnung entgegenstehen, ohne dass diese Umstände praktisch in jeder Art von Wohnung vorzufinden sind. Bei dem Vergleich mit anderen Wohnungen ist andererseits auf einen durchschnittlichen Wohnstandard abzustellen (BSGE 107, 44 = SozR 4-2500 § 33 Nr 31, RdNr 24, 29). Ein gehunfähiger, bettlägeriger Versicherter, der zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse auf einen Deckenlifter angewiesen ist, kann daher nicht auf eine bereits behinderungsgerecht eingerichtete Wohnung verwiesen werden, in der ein solcher Deckenlifter schon ausstattungsmäßig vorhanden ist (BSGE 101, 22 = SozR 4-3300 § 40 Nr 8).
- 32 Dass Wohnungen nur über Treppen im Hausflur zu erreichen sind, entspricht zwar auch heutzutage noch einem durchschnittlichen Wohnstandard, gerade in mehrstöckigen Altbauten, ist aber eine bauliche Gegebenheit, die nicht in praktisch jeder Art von Wohnung vorkommt. In diesem Sinne stellt der Zugang über eine Etagentreppe eine "Besonderheit" der konkreten Wohnung dar, ohne dass die Krankenkassen oder die Gerichte gezwungen wären, zur Feststellung einer

derartigen "Besonderheit" Erhebungen über die Häufigkeit solcher Wohnformen durchzuführen. Nach diesem Maßstab ist eine Treppensteighilfe zur Überwindung der Treppe zwischen Erdgeschoß und Etagenwohnung kein Hilfsmittel iS des § 33 Abs 1 S 1 SGB V und des § 31 Abs 1 SGB IX.

- 33 c) Das vorstehende Ergebnis behält 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 S 1 SGB V nicht stützen.
- 34 Die in § 33 SGB I angesprochene Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse betrifft nur die Ausgestaltung vorhandener Rechtsansprüche, nicht hingegen die Begründung der Rechtsansprüche als solche. Dies 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 zwischen einem Elektrorollstuhl und einem Shoprider nach § 33 SGB I angenommen (*BSG SozR 3-1200 § 33 Nr 1*).
- 35 d) Vorstellbar ist indes eine Leistungspflicht der GKV nach § 33 Abs 1 S 1 SGB V für in der Wohnung bzw im Haus einzusetzende Treppensteighilfen bei nicht dauerhaft, sondern nur vorübergehend (zB nach einer Verletzung) "behinderten" Versicherten, die in absehbarer Zeit auf bestimmte Hilfsmittel oder andere Hilfen nicht mehr angewiesen sind und denen deshalb ein Umzug oder eine behinderungsgerechte Umgestaltung der Wohnung nicht zugemutet werden kann. Die zeitliche Grenze wird dabei durch § 2 Abs 1 S 1 SGB IX vorgegeben: "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 Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist." Diese Sechsmonatsgrenze des SGB IX korrespondiert mit der Regelung der Pflegebedürftigkeit in der sozialen Pflegeversicherung. Nach § 14 Abs 1 SGB XI sind Personen pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens "auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate", in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (*so bereits angedeutet in BSGE 107, 44 = SozR 4-2500 § 33 Nr 31, RdNr 32*). Da der Kläger dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesen ist, scheidet diese leistungsrechtliche Variante für ihn aus.
- 36 e) Der Kläger kann als dauerhaft gehunfähiger Versicherter nach alledem den Anspruch gegen die Beklagte auf Versorgung mit einer Treppensteighilfe nicht auf § 33 Abs 1 S 1 SGB V stützen, weil die Erschließung des körperlichen Freiraums durch Sicherung der Mobilität in der Wohnung und deren näherer Umgebung durch die erfolgte Versorgung mit einem mechanischen Rollstuhl gewährleistet ist. Die Erschließung dieses Freiraums wäre in einer ebenerdig gelegenen oder mittels Fahrstuhl oder Treppenlift erreichbaren Wohnung ohne die zusätzliche Ausstattung mit der begehrten Treppensteighilfe grundsätzlich jederzeit möglich. Daher fällt die Versorgung mit der Treppensteighilfe nicht in die Zuständigkeit der GKV. 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 S 1 SGB V) davon abhängt, dass der Versicherte das Hilfsmittel seiner Zweckbestimmung nach praktisch in jeder Art von Wohnung benötigt, während der Versorgungsanspruch nach § 40 SGB XI gerade an die konkreten individuellen Wohnverhältnisse des Pflegebedürftigen anknüpft.
- 37 7. Der Leistungsanspruch gegen die Beklagte lässt sich auch nicht aus den Vorschriften des SGB IX über die Rehabilitation und Teilnahme behinderter Menschen herleiten. Ein Anspruch aus § 31 SGB IX scheidet aus. Diese Vorschrift gibt hinsichtlich des Hilfsmittelbegriffs nur den Regelungs-

gehalten 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 S 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 RdNr 12, 13 = SozR 4-2500 § 33 Nr 3, RdNr 13, 14 sowie zur Gesetzesbegründung BT-Drucks 14/5074 S 94).

- 38 8. Die Etagentreppe zur Wohnung des Klägers wäre als Mobilitätshindernis zweckmäßigerweise durch einen zum Rollstuhltransport geeigneten Aufzug oder Treppenlift (Plattform-Lift) überwunden worden. Die Möglichkeit des Einbaus eines Treppenlifts ist nach den Feststellungen des LSG erörtert und an Ort und Stelle geprüft worden. Im Vergleich zu einer Treppensteighilfe, die immer von einer Begleitperson bedient werden muss, hätte ein Aufzug oder Treppenlift den Vorteil gehabt, dass der Kläger zur Benutzung keiner fremden Hilfe bedurft hätte. Letztlich ist ein solcher Treppenlift aber nicht eingebaut worden, weil dies nach den baulichen Gegebenheiten des Hauses technisch nur sehr schwer umsetzbar gewesen wäre und im Falle der Realisierung zwischen 10 000 und 15 000 Euro gekostet hätte. Dies hätte die finanziellen Möglichkeiten des Klägers überfordert. Daher ist auch der von der Pflegekasse angebotene Höchstzuschuss von 2557 Euro (Bescheid vom 14.5.2013) für diese Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs 4 SGB XI) nicht in Anspruch genommen worden, die der Vermieter nach § 554a Abs 1 BGB grundsätzlich zu dulden gehabt hätte.
- 39 9. Als Ersatz für den aus triftigen Gründen nicht eingebauten Treppenlift dient die begehrte mobile Rollstuhltreppensteighilfe. Die Bereitstellung einer solchen Treppensteighilfe fällt nach § 40 Abs 1 S 1 SGB XI in die Leistungspflicht der sozialen Pflegeversicherung, wobei allerdings im vorliegenden Fall die Leistungszuständigkeit und Passivlegitimation auf die Beklagte als Krankenkasse gemäß § 40 Abs 5 S 1 SGB XI übergegangen ist, weil der Kläger den entsprechenden Leistungsantrag bei ihr und nicht bei der Pflegekasse gestellt hat.
- 40 a) Rechtsgrundlage des Leistungsanspruchs ist § 40 Abs 1 S 1 SGB XI in der bis heute unverändert gebliebenen Fassung des Pflege-Versicherungsgesetzes (PflegeVG) 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 (PflegeWEG) vom 28.5.2008 (BGBl I 874) sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen werden (S 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 (S 2). Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch (S 3). Die Voraussetzungen für die - nach Wahl der Beklagten durch Leihe oder Übereignung möglich - Ausstattung des Klägers mit der begehrten Treppensteighilfe sind erfüllt.
- 41 b) Der Kläger ist als Pflegebedürftiger der Pflegestufe III auf die Treppensteighilfe angewiesen, um in seinem Rollstuhl sitzend die Etagentreppe zwischen Wohnung und Erdgeschoss zu überwinden. Mit seiner Ehefrau und seinem Sohn stehen zwei Pflegepersonen zur Verfügung, die mit der Treppensteighilfe umgehen können und diese aufgrund der vorläufigen Bereitstellung (September 2013) auch schon einige Zeit in Gebrauch haben.
- 42 aa) Die erste Tatbestandsvariante des § 40 Abs 1 S 1 SGB XI - Erleichterung der Pflege - ist hier allerdings nicht betroffen. Diese Variante erfasst nur Hilfen bei den Verrichtungen der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität, also der Grundpflege nach § 14 Abs 4 Nr 1 bis 3 SGB XI. Nach dem reinen Wortlaut dieser Vorschrift könnte die Treppensteighilfe zwar als ein Hilfsmittel zum Rollstuhltransport bei der Verrichtung "Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung" (§ 14 Abs 4 Nr 3 SGB XI) eingestuft werden. Jedoch ist der Anwendungsbereich dieser Verrichtung eingeschränkt. Nach einhelliger Auffassung sind nur solche 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 wird die Treppensteighilfe für die Wege zur dreimal wöchentlich erforderlichen Dialysebehandlung nicht benötigt, weil der Transport des Klägers von Mitarbeitern eines Krankentransportunternehmens durchgeführt wird, die über eigene Transporthilfsmittel verfügen. 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. Daher scheidet die Hilfe bei der Verrichtung "Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung" als Zweck der Versorgung mit der Treppensteighilfe aus.

- 43 Die Verrichtung "Treppensteigen" (*§ 14 Abs 4 Nr 3 SGB XI*) ist ebenfalls nicht betroffen, weil die Verrichtungen "Gehen, Stehen und Treppensteigen" (*§ 14 Abs 4 Nr 3 SGB XI*) immer nur dann zu berücksichtigen sind, wenn sie im Zusammenhang mit einer der anderen in § 14 Abs 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlich werden (*Udsching, aaO, § 14 RdNr 38 mwN*). Daran fehlt es hier.
- 44 bb) Hier geht es um die dritte Variante des § 40 Abs 1 S 1 SGB XI, also die Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung des Pflegebedürftigen. Die Treppensteighilfe dient der Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung des Klägers, weil ihm auf diese Weise die Verwirklichung seines allgemeinen Grundbedürfnisses auf Mobilität in der Wohnung und ihrem Nahbereich erleichtert wird. 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 S 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.
- 45 c) Die Leistungspflicht der sozialen Pflegeversicherung ist auch nicht gemäß § 40 Abs 1 S 1 Teils 3 SGB XI ausgeschlossen. Zwar erfüllt die Treppensteighilfe auch die Begriffsmerkmale eines Hilfsmittels iS des § 33 SGB V, jedoch ist die Beklagte - wie bereits ausgeführt - hier weder krankenversicherungsrechtlich (*§ 33 Abs 1 S 1 SGB V*) noch teilhaberechtlich (*§ 31 SGB IX*) zur Leistung des Hilfsmittels verpflichtet.
- 46 10. Trotz der grundsätzlichen Leistungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung ist hier ausnahmsweise die Krankenkasse und damit die Beklagte selbst - und nicht die bei ihr errichtete Pflegekasse (*§ 46 Abs 1 S 2 SGB XI*) - für die Versorgung des Klägers zuständig. Nach § 40 Abs 5 S 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 SGB V 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." Hiernach ist die Beklagte im Verhältnis zum Kläger leistungs verpflichtet und passiv legitimiert. Die Treppensteighilfe ist gleichzeitig ein dem mittelbaren Behinderungsausgleich zuzuordnendes Hilfsmittel (*§ 33 SGB V*) und ein der selbstständigeren Lebensführung des Pflegebedürftigen zu dienendes bestimmtes Pflegehilfsmittel (*§ 40 Abs 1 S 1 SGB XI*). Den Versorgungsantrag hat der Kläger im Juni 2012, also nach dem Inkrafttreten der Neuregelung des § 40 Abs 5 SGB XI durch das GKV-VStG zum 1.1.2012, bei der Beklagten gestellt. Damit hatte die Beklagte die Pflicht, den Leistungsantrag sowohl in krankenversicherungsrechtlicher als auch in pflegeversicherungsrechtlicher Hinsicht zu prüfen und abschließend zu entscheiden. Eine Abgabe des Antrags an die Pflegekasse zur eigenständigen Prüfung eines pflegeversicherungsrechtlichen Anspruchs ist bei Hilfsmitteln bzw Pflegehilfsmitteln nach § 40 Abs 5 S 1 SGB XI seit dem

1.1.2012 nicht mehr erforderlich und auch nicht mehr erlaubt. Vielmehr entscheidet die Krankenkasse als erstangegangener Versicherungsträger auch über den pflegeversicherungsrechtlichen Anspruch nach § 40 Abs 1 S 1 SGB XI, und zwar abschließend und mit bindender Wirkung gegenüber der Pflegekasse. Deshalb bedurfte es auch keiner Beiladung (§ 75 SGG) der Pflegekasse. Umgekehrt entscheidet eine Pflegekasse als erstangegangener Versicherungsträger auch über den krankenversicherungsrechtlichen Anspruch nach den §§ 23 und 33 SGB V abschließend und mit bindender Wirkung gegenüber der Krankenkasse. Dabei kommt es im Verhältnis zum Versicherten nicht darauf an, ob ein Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die Hilfsmittel mit potentieller (den verschiedenen Zwecken "dienen können", also nicht konkret dienen müssen) Doppelfunktion (§ 40 Abs 5 S 1 und 3 SGB XI) aufgeführt ist. Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen am 11.11.2013 beschlossenen, vom Bundesministerium für Gesundheit am 18.12.2013 genehmigten und am 1.1.2014 in Kraft getretenen "Richtlinien zur Festlegung der doppelфункционаlen Hilfsmittel" (RidoHiMi) enthalten in ihrer insoweit maßgeblichen Anlage 1 Treppensteighilfen bisher nicht. Das ist im vorliegenden Zusammenhang jedoch unschädlich. Die Richtlinien sind nach § 40 Abs 5 S 6 SGB XI zwar für die Krankenkassen und Pflegekassen verbindlich, nicht aber für die Versicherten; denn diese sind dort nicht mit aufgeführt (*anders zB die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, vgl § 91 Abs 6 SGB V*). Die Erstreckung der Bindungswirkung der Richtlinien auf die Versicherten war im Übrigen auch sachlich nicht geboten, weil der Katalog der Hilfsmittel mit potentieller Doppelfunktion nach § 40 Abs 5 S 2 und 3 SGB XI vor allem der Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen der Krankenkassen und Pflegekassen dient. Zudem enthalten die Richtlinien Regelungen zur pauschalen Aufteilung der Kosten der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel und zur Umsetzung der Pauschalierung. Der Gegenstand der Richtlinien ist also insbesondere für die Krankenkassen und Pflegekassen von Interesse, nicht aber für die Versicherten, deren gesetzliche Leistungsansprüche durch Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ohnehin nicht eingeschränkt werden können. Im Verhältnis zu den Versicherten kommt es also nur auf den sachlichen Tatbestand der potentiellen Doppelfunktion von Hilfsmitteln bzw Pflegehilfsmitteln an, nicht aber auf die bereits erfolgte Aufnahme in die Richtlinien nach § 40 Abs 5 S 3 SGB XI; allerdings besteht insoweit eine Fortschreibungspflicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, wie sich insbesondere aus der Pflicht zur "erstmaligen" Beschlussfassung zum 30.4.2012 ergibt.

- 47 11. Da es hier um eine Sachleistung (§ 4 Abs 1 S 1 SGB XI) und nicht um Kostenerstattung (§ 13 Abs 3 SGB V analog) geht, ist über die Frage einer etwaigen Zuzahlung des Klägers und deren Höhe (§ 40 Abs 3 S 4 bis 6 SGB XI) nicht zu entscheiden. Hierüber hat die Beklagte im Zuge der Ausführung des Urteils zu befinden.
- 48 12. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.