

## **Fragen des Verhältnisses zwischen SGB IX und dem trägerspezifischen Sozialrecht am Beispiel des Hilfsmittelanspruchs der GKV**

Kurzfassung eines Referats von Harry Fuchs, Düsseldorf,  
im Rahmen eines Konsultationsgesprächs der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation  
am 19.4.2007 in Bergisch- Gladbach

### **1. Einleitung**

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) hat in ihrem Ausschuss „Aktuelle Probleme der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ eine „Expertise zu aktuellen Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln“<sup>1</sup> erarbeitet. In diesem Zusammenhang hat der Hauptvorstand der DVfR den Ausschuss gebeten, sich nochmals eingehend mit Fragen des Verhältnisses zwischen SGB IX und dem trägerspezifischen Sozialrecht (SGB V, VI XI, XII) in Bezug auf die Teilhabeorientierung bei der Hilfsmittelversorgung zu befassen. Dieser Beitrag gibt die Inhalte des dazu gehaltenen Impulsreferates wieder.

Sowohl die Mehrzahl der bei den Sozialgerichten zum Hilfsmittelrecht eingehenden Streitverfahren, wie auch die Mehrzahl der bei der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen eingehenden Eingaben befassen sich mit Hilfsmitteln, die wegen Art und Ausprägung der Behinderung und der dadurch verursachten Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eine spezifische Art oder Form erfordern.

Hilfsmittel, die wegen Art und Schwere der Erkrankung im Rahmen der Krankenbehandlung zur Herstellung der bestmöglichen Gesundheit erforderlich sind, werden dagegen meist problemlos bewilligt und verursachen selten Eingaben oder Streitverfahren.

Da die Probleme der Teilhabeorientierung der Hilfsmittelerbringung offensichtlich überwiegend im Bereich der Krankenversicherung (GKV) bestehen, befasst sich dieser Beitrag am Beispiel des Hilfsmittelanspruchs der GKV mit dem Verhältnis zwischen dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) und dem trägerspezifischen Sozialrecht nach den übrigen Sozialgesetzbüchern.

### **2. Hilfsmittelrecht des SGB IX**

#### **2.1 Hilfsmittel sind nach § 26 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX Gegenstand der **medizinischen Leistungen zur Rehabilitation.****

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation grenzen sich von Maßnahmen der Akut- bzw. kurativen Versorgung dadurch ab, dass der akutmedizinische Ansatz in erster Linie auf die Behebung einer gesundheitlichen Schädigung durch kurative Versorgung abzielt<sup>2</sup>, während die Leistungen zur Rehabilitation die durch die Krankheit verursachten Teilhabebeeinträchtigungen (Krankheitsfolgen) abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder deren Verschlimmerung zu verhüten haben.

Leistungen der medizinischen Rehabilitation können als „Komplexleistungen“, d.h., in einem gesetzlich<sup>3</sup> oder vertraglich<sup>4</sup> vorgegebenen Zeitrahmen, erbracht werden. In diesem Zeitrahmen können dann die in § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX beschriebenen Leistungsformen und Behandlungsmethoden als solche der medizinischen Rehabilitation ausgeführt werden.

Unter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind alle in einem zeitlichen Zusammenhang stehende, auf eines oder mehrere Ziele im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1, 26

---

<sup>1</sup> vergl. [www.dvfr.de](http://www.dvfr.de)

<sup>2</sup> Schäfer in Kossens u.a., § 26 Rz 5f

<sup>3</sup> z.B. nach § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V „für längstens 20 Behandlungstage“

<sup>4</sup> §§ 21 SGB IX iVm 111 SGB V

Abs. 1 SGB IX ausgerichtete Hilfen nach § 26 SGB IX zu verstehen<sup>5</sup>. Der zeitliche Zusammenhang ist definiert durch den Zeitrahmen, der zur Erreichung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Ziele erforderlich ist. Die für die stationäre Rehabilitation gesetzlich vorgegebene „Regelbehandlungsdauer“ kennzeichnet dabei nur den Zeitrahmen, in dem bei stationären Ausführungsformen diese Ziele nach allen Erfahrungen regelmäßig erreichbar erscheinen. Eine vergleichbare Regelbehandlungsdauer hat der Gesetzgeber für die ambulante rehabilitative Versorgung ausdrücklich nicht vorgegeben.

Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die ambulant ausgeführt werden, können deshalb auch als „komplexe Leistungen“ über einen länger dauernden Zeitraum ausgeführt werden. Dieser Zeitraum kann maximal den Zeitraum von der Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs<sup>6</sup> durch einen Sachverständigen bis zur Erreichung der Ziele nach §§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX umfassen. In diesem Zeitraum können auch verschiedene der in § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX genannten Leistungsformen als ambulante oder stationäre rehabilitative Leistungen in Intervallen mit ambulanten und stationären Leistungen der Akutversorgung abwechseln oder kombiniert werden.

Bestimmte Leistungsformen nach § 26 Abs. 2 SGB IX (insbesondere Hilfsmittel) sind ihrer Natur nach ambulante Leistungen zur Rehabilitation, ebenso fast alle in § 26 Abs. 3 SGB IX genannten Leistungsformen. Diese Leistungen können aber auch Behandlungsmethode im Rahmen stationärer Rehabilitation sein. Der Ort, an dem Hilfsmittel erstmals erbracht werden, ist für diese Leistungsform regelmäßig nicht spezifisch.

Der Gesetzgeber hat mit dem SGB IX durch § 26 Abs. 3 SGB IX erneut hervorgehoben, dass Bestandteil der medizinischen Rehabilitation alle medizinischen<sup>7</sup>, psychologischen und pädagogischen Hilfen zur Erreichung der in § 26 Abs. 1 IX genannten Ziele sind. Zur weiteren Klarstellung hat er nachfolgend in einer nicht abschließenden Aufzählung verschiedene Leistungsformen genannt, die entweder durchweg (Nr. 7 – Anleitung und Inanspruchnahme) oder ihrer Natur (Nrn 3, 4, 5 und 6) nach regelmäßig auch außerhalb der stationären Rehabilitation (Komplexleistung) als Einzelleistung der ambulanten Rehabilitation auszuführen sind. Danach kein Zweifel daran bestehen, dass die in § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX genannten rehabilitativen Leistungsformen und Hilfen sowohl im Rahmen stationärer Komplexleistungen wie auch als ambulante Rehabilitationsleistungen – ggfls. in Kombination mit anderen Sozialleistungen – als Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu erbringen sind.

**2.2** Hilfsmittel dürfen als medizinische Leistung zur Rehabilitation nur erbracht werden, wenn damit auf die Selbstbestimmung und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtete Ziele im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1 und 26 Abs. 1 SGB IX erreichbar erscheinen (Rehabilitationsprognose).

Dies ist nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX unmittelbar wirksame Leistungsvoraussetzung für alle Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen aller Rehabilitationsleistungen.

**2.3** Medizinische Leistungen zur Rehabilitation - und damit auch die als solche erbrachten Hilfsmittel – müssen nach § 26 Abs. 1 Abs. 1 SGB IX entweder

- Behinderungen, einschl. chronischer Krankheiten abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen, eine Verschlimmerung verhüten oder
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit vermeiden, überwinden, mindern, eine Verschlimmerung verhüten sowie den Bezug von laufenden Sozialleistungen vermeiden oder laufende Sozialleistungen mindern

können.

---

<sup>5</sup> Fuchs in Bühr, Fuchs, Krauskopf, Ritz, SGB IX- Kommentar und Praxishandbuch, § 26 Rn 18

<sup>6</sup> § 10 Abs. 1 SGB IX iVm § 14 Abs. 5 SGB IX

<sup>7</sup> wenn man – wie die GKV – die Hilfsmittel allein als medizinische Leistung sehen will, dann sind sie auch diese unter diese Regelung zu fassen

Werden Hilfsmittel mit einer anderen Zielsetzung verordnet, z.B. zur Erreichung der Ziele der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 SGB IX sind sie keine Leistung der medizinischen Rehabilitation.

**2.4** Der Hilfsmittelanspruch nach dem SGB IX wird in § 31 SGB IX weiter konkretisiert. Sie umfassen die Hilfen, die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind,

- einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
- den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern
- eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit sie nicht allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens sind.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat aus dieser Fassung ohne weiteres geschlossen, § 31 SGB IX gebe „hinsichtlich des Hilfsmittelbegriffs nur den Regelungsgehalt des § 33 SGB V wieder, wie er durch die höchstrichterliche Rechtsprechung entwickelt worden ist.“<sup>8</sup>

Dabei wurde allerdings nicht berücksichtigt, dass sich durch das SGB IX der Bezugsrahmen für die „Befriedigung der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens“ geändert hat.

Die Rechtssprechung hat als Bezugsrahmen für die Auslegung, was unter „Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens“ zu verstehen ist, die bis zum 31.12.1999 geltende Aufgabenstellung und Zielsetzung der Rehabilitation der GKV im Rahmen der Krankenbehandlung<sup>9</sup> herangezogen. Solange die Ziele der Rehabilitationsleistungen der GKV sich im Rahmen der Zielsetzung der Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V) bewegten, war eine Beschränkung der Grundbedürfnisse auf den Nahbereich der Wohnung<sup>10</sup> nahe liegend, weil die Aufgabenstellung und Ziele aller Leistungen der GKV in der Behandlung von Krankheiten (§ 27 Abs. 1 SGB V) bestand.

Mit der Bildung und Ausgestaltung eines von den Zielen der Krankenbehandlung losgelösten eigenständigen Anspruchs auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation in § 11 Abs. 2 SGB V hat sich dieser Bezugsrahmen ab 1.1.2000 deutlich verändert. Seitdem ist für die medizinische Rehabilitation der GKV nicht mehr die Behandlung von Krankheiten, sondern zunächst die Integration behinderter und chronisch kranker Menschen nach dem Reha-AnglG und ab 1.7.2001 die Teilhabe dieser Menschen am Leben in der Gesellschaft (§ 1 IX, § 2a SGB V) der Bezugsrahmen auch für die Auslegung des Rechtsbegriffs der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens. Der 3. Senat des BSG hat diesen Paradigmenwechsel bei seiner Rechtsprechung bisher nicht angemessen berücksichtigt.

**2.5** Medizinische Leistungen zur Rehabilitation einschl. Hilfsmittel bedürfen nach § 9 Abs. 4 SGB IX der Zustimmung des Berechtigten. Das Antragserfordernis ergibt sich aus den Leistungsgesetzen, hier aus xxx.

Die Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation einschl. Hilfsmittel ist nicht an die Verordnung durch einen Arzt gebunden. Die vertragsärztliche Versorgung umfasst nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V die Verordnung „von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“, d.s. auch die zur medizinischen Rehabilitation erforderlichen Hilfsmittel, sowie im Übrigen nach Abs. 2 Nr. 7 aaO die Verordnung von Hilfsmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V. Des Weiteren haben alle Ärzte ihre Pflichten aus § 61 SGB IX zu erfüllen. Während die Verordnung im Rahmen der Krankenbehandlung einen leistungsbegründenden Charakter hat, regt sie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation die Leistungen lediglich an.

---

<sup>8</sup> BSG, Urteil vom 26.3.2003, B 3 KR 23/02 R

<sup>9</sup> vergl. Abschnitt 3

<sup>10</sup> vergl. dazu im Einzelnen BSG, Urteile vom 2.8.79 – 11 RK 7/78, vom 8.6.94 – 3/1 RK 13/ 93, vom 16.4.98 – B 3 KR 9/97 R und vom 16.9.99 B 3 RK 8/98 R

Nach § 19 Satz 1 SGB IV werden in der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die GKV nichts Abweichendes ergibt. Das Recht des zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arztes, nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschl. der Hilfsmittel verordnen zu dürfen, stellt mit Blick auf den dargestellten Charakter dieser Regelung kein abweichendes Recht dar. Die Berechtigten können daher jederzeit notwendige Rehabilitationsleistungen auch ohne ärztliche Verordnung mit der Folge beantragen, dass die Krankenkasse den individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf festzustellen (§ 10 SGB IX) und über den Antrag innerhalb der Fristen des § 14 SGB IX zu entscheiden hat.

Im Übrigen bedürfen Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich bereits nach ständiger Rechtsprechung des BSG keiner ärztlichen Verordnung, weil ihre Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit keiner medizinischen Beurteilung unterliegt<sup>11</sup>.

**2.6** Die Rehabilitationsträger haben für alle Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen einschl. Hilfsmittel den individuellen funktionsbezogenen – d.h. an den Maßstäben der ICF orientierten – Leistungsbedarf (insbesondere aber auch die Eignung für die Erreichung des Rehabilitationszieles, Art und Ausgestaltung des dazu erforderlichen Hilfsmittels, Nachhaltigkeit/Wirksamkeit im Sinne der Rehabilitationsziele) durch eine entsprechende Sachverständigenbegutachtung in eigener Verantwortung festzustellen (§§ 10, 14 SGB IX) und über die Leistungen im Rahmen der in § 14 SGB IX genannten Fristen zu entscheiden.

### **3. Geltung des Rehabilitationsrechts des SGB IX im Bereich des SGB V**

Die Bestimmungen des SGB IX gelten nach § 7 Satz 1 SGB IX für die Leistungen der Teilhabe und damit auch die als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringenden Hilfsmittel aller Träger der medizinischen Rehabilitation (§ 6 Abs. 1 SGB IX), soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt.

In der Literatur zu § 7 SGB IX besteht Übereinstimmung, dass es erforderlich ist, die jeweils relevanten Bestimmungen der Besonderen Teile des Sozialgesetzbuches, soweit in ihnen auch Ansprüche auf Sozialleistungen geregelt sind, genau auszulegen, um dann zu klären, wie weit ihr Vorbehalt gegenüber dem SGB IX jeweils reicht. Je klarer und differenzierter die Regelungen sind, umso geringer ist der Anwendungsspielraum für das SGB IX<sup>12</sup>.

Die nachfolgenden Ausführungen zum Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs zeigen, dass entweder Übereinstimmung mit den Bestimmungen des SGB IX besteht, die vorhandenen Regelungen Regelungslücken enthalten, die durch das SGB IX geschlossen werden, oder die vorhandenen Regelungen – auch nach Rechtsprechung des BSG – im Lichte des SGB IX auszulegen und anzuwenden sind. Abweichende Regelungen im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX bestehen jedenfalls nicht.

Die Krankenkassen berufen sich darauf, dass § 33 Abs. 1 SGB V konkrete Leistungsvoraussetzungen für die Hilfsmittelgewährung (und nicht nur die Orientierung der Leistungserbringung an bestimmten Leistungszielen) beinhalte. Deswegen sei nach § 7 Satz 2 SGB IX für die Hilfsmittel der GKV im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ausschließlich das spezifische Recht des SGB V maßgebend. Dies trifft jedoch nicht zu. Leistungsvoraussetzungen des Hilfsmittels zum Behinderungsausgleich nach § 31 SGB V sind die Versicherteneigenschaft in der Krankenkasse, das Vorliegen einer Behinderung und die Notwendigkeit des Hilfsmittels zu ihrem Ausgleich. Die Versicherteneigenschaft ist alleine nach den Vorschriften des SGB V zu bestimmen. Das Vorliegen einer Behinderung und die Notwendigkeit zum Behinderungsausgleich sind Leistungsvoraussetzungen, die nach § 11

---

<sup>11</sup> BSG vom 29.9.1997. SozR 3-2500 § 33 Nr. 25; BSG vom 16.4.1998, SozR 3-2500 § 33 Nr. 27

<sup>12</sup> U.a. Mrozyński, Kommentar zum SGB IX, § 7 Rn 9, 11

Abs. 2 Satz 3 SGB V in Übereinstimmung mit dem SGB IX auszulegen sind. § 2 Abs. 1 SGB IX enthält eine für das gesamte Sozialgesetzbuch verbindliche Definition der Behinderung. Das Leistungsziel des Behinderungsausgleichs entspricht den Zielen der Leistungen zur Teilhabe und medizinischen Rehabilitation nach §§ 4 Abs. 1 Nr. 1, 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX und ist daher in Übereinstimmung mit diesen Vorschriften auszulegen. Die Notwendigkeit ergibt sich im Verhältnis zum Leistungsziel. Abweichungen des SGB V vom SGB IX sind daher für das Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nicht ersichtlich.

#### 4. Rehabilitationsrecht der GKV nach dem SGB V

4.1 Seit dem Inkrafttreten des Fünftes Buchs des Sozialgesetzbuches (SGB V)<sup>13</sup> regelt dessen § 11 Abs. 2 den Anspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation<sup>14</sup>, während § 40 SGB V die Gestaltung und Ausführung dieser Leistungen in das pflichtgemäße Ermessen der Krankenkassen<sup>15</sup> stellt.

Bis zum Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2000<sup>16</sup> am 1.1.2000 waren medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation keine eigenständigen Leistungen der GKV, sondern Bestandteil der Leistungen der in § 11 Abs. 1 SGB V aufgelisteten Leistungen der Krankenversorgung.

Ziele der Rehabilitationsleistungen der GKV waren zwar damals bereits die Vorbeugung, Beseitigung, Besserung, Verhütung einer Verschlimmerung einer Behinderung sowie die Vermeidung und Minderung einer Pflegebedürftigkeit. Durch die Integration der Rehabilitationsleistungen in die Krankenversorgung bewegten sich diese spezifischen Ziele jedoch immer zugleich auch im Rahmen der in § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V für die Krankenbehandlung beschriebenen Ziele. Daraus folgerten nicht nur die Träger der Krankenversicherung, sondern auch das BSG, dass ein Anspruch auf Rehabilitationsleistungen der GKV nur gegeben sei, wenn damit neben den in § 11 Abs. 2 SGB V auf die Behinderung bezogenen Zielen zugleich auch Ziele der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V erreicht werden können.

Mit der Gesundheitsreform 2000<sup>17</sup> wurde durch eine Neufassung des § 11 Abs. 2 SGB V in der GKV – neben den Leistungen der Krankenversorgung – ein eigenständiger Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eingeführt. Die geänderte Vorschrift gewährt ab 1.1.2000 nicht nur einen Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie löst auch die Aufgabenstellung und die Zielsetzung der Rehabilitationsleistungen der GKV von denen der Krankenversorgung<sup>18</sup> ab und stellt sie auf die auf Integration der Berechtigten ausgerichtete Grundlage des RehaAnglG<sup>19</sup>.

Der damit vollzogene Paradigmenwechsel des Rehabilitationsrechts der GKV hat sowohl die Praxis der GKV als auch die Rechtsprechung des 3. Senats des BSG bis in die jüngste Zeit hinein nicht vollständig durchdrungen. Teilweise ist immer noch davon die Rede, dass die Rehabilitationsleistungen der GKV primär die Ziele der Krankenbehandlung zu stützen bzw. zu fördern hätten (Heilung der Krankheit und Wiederherstellung der Organfunktion einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges) und deshalb bei der Leistungsausführung auch deren Struktur- und Prozessqualität darauf auszurichten sei.

---

<sup>13</sup> Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz – GRG) vom 20.12.1988, BGBl I S. 2477

<sup>14</sup> Ob und unter welchen Leistungen beansprucht werden können

<sup>15</sup> Wie und auf welche Weise diese Leistungen auszuführen sind

<sup>16</sup> vergl. § 11 Abs. 2 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz –GRG-) vom 20.12.1988, BGBl I, S 2477

<sup>17</sup> vergl. Art 1 Nr. 7 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 – GKV-GRG 2000) vom 22.12.1999, BGBl I 2626

<sup>18</sup> § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V: Krankheiten erkennen, zuheilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dies korrespondiert mit der Definition der WHO, nach der die Krankenbehandlung das Ziel der Herstellung der bestmöglichen Gesundheit verfolgt.

<sup>19</sup> Wagner in Krauskopf, Kommentar zur Sozialen Krankenversicherung, Rz 4 zu § 11 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 1.1.2000

4.2 Mit dem Inkrafttreten des SGB IX wurde lediglich die schon seit 1.1.2000 auf dem bis dahin geltende allgemeinen Rehabilitationsrecht basierende Fassung des § 11 Abs. 2 SGB V an das durch das SGB IX neu gefasste Rehabilitationsrecht und den damit verbundenen Sprachgebrauch angepasst<sup>20</sup>. Versicherte haben seitdem in der GKV einen Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die notwendig sind, um die im SGB IX für die medizinische Rehabilitation definierten Ziele<sup>21</sup>, die mit den in § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Zielen übereinstimmen, zu erreichen.

Damit wurde die Zielsetzung der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation der GKV – verbunden mit der ausdrücklichen Verpflichtung, die Leistungen unter Beachtung des SGB IX zu erbringen<sup>22</sup>, auf die Zielsetzung des SGB IX - Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX) – ausgerichtet.

Dies wird letztlich auch durch einen Blick auf § 41 SGB V deutlich, der für die Vater-Mutter-Kind-Rehabilitation als spezifisches Recht der GKV - abweichend von den Zielen des SGB IX – weiterhin ausdrücklich auf die spezifischen Ziele der GKV nach § 27 SGB V verweist.

4.3 Gerade weil sich der Paradigmenwechsel der medizinischen Rehabilitation der GKV vom Bestandteil der Krankenversorgung hin zur eigenständigen Leistung mit eigenständigen, auf dem allgemeinen Rehabilitationsrecht basierenden Aufgaben und Zielen bereits mit der Gesundheitsreform 2000 und nicht erst durch das SGB IX vollzogen hat, ist der immer wieder zu hörende Hinweis auf scheinbar abweichendes Recht der GKV im Sinne des § 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IX umso weniger nachvollziehbar.

## 5. Gegenstand der medizinischen Rehabilitation der GKV

5.1 Das SGB V enthält keine spezifischen Regelungen dazu, was Gegenstand der medizinischen Rehabilitation ist (§§ 11, 40, 41 SGB V) und insoweit auch kein abweichendes Recht im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX.

5.2 Mangels spezifischer Vorschriften ist deshalb in der GKV für die Definition der medizinischen Rehabilitation der GKV § 26 SGB IX heranzuziehen (§ 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V), nach dessen Absatz 2 Nr. 6 Hilfsmittel eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation sind.

## 6. Hilfsmittel als Leistung der medizinischen Rehabilitation der GKV

Für die Begründung eines Anspruchs auf Hilfsmittel als Leistung der medizinischen Rehabilitation der GKV werden folgende Alternativen diskutiert, die jedoch hinsichtlich der Anwendung des SGB IX alle zum gleichen Ergebnis führen:

6.1 Der Anspruch besteht nach § 11 Abs. 2 SGB V i.V.m § 26 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX<sup>23</sup>. Die Konkretisierung des Anspruchs (Ziele usw.) enthält § 31 SGB IX. Das SGB V enthält in diesem Falle keine spezifischen Regelungen, weil § 33 SGB V hier lediglich die Konkretisierung des Anspruchs auf Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 26 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V mit der in Abs. 1 Satz 1 beschriebenen Zielsetzung (u.a. Heilung, Linderung von Krankheit) enthält. Bei dieser Auslegung ist ohne weiteres das gesamte Recht des SGB IX heranzuziehen. Dagegen spricht jedoch, dass der in § 33 SGB V genannte Zweck des Behinderungsausgleichs

<sup>20</sup> vergl. Begründung zu Artikel 5 Nr. 6 des Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX) vom 19.6.2001, BGBl I S. 1046

<sup>21</sup> §§ 1, 4 Abs. 1 und 26 Abs. 1 SGB IX, vergl. oben Abschnitt 1

<sup>22</sup> § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V

<sup>23</sup> Dass § 11 Abs. 2 SGB V im Abschnitt „Übersicht über die Leistungen“ steht, ist zwar unsystematisch, aber zur Betonung des mit der Gesundheitsreform 2000 vollzogenen Paradigmenwechsels (Herauslösen aus der Krankenbehandlung) nachvollziehbar und ändert nichts am materiellen Gehalt der Regelung.

deutlich über die Krankenbehandlung hinausweist und dass § 31 SGB IX bewusst textlich mit § 33 SGB V korrespondiert.

6.2 Der Anspruch besteht nach § 11 Abs. 2 SGB V iVm. § 40 SGB V und § 26 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX. Die Konkretisierung richtet sich auch in diesem Fall nach § 31 SGB IX. § 33 SGB V ist in diesem Fall wie bei Ziffer 4.1 für die Hilfsmittel im Rahmen der Rehabilitation bedeutungslos.

Auch bei dieser Auslegung ist ohne weiteres das gesamte Recht des SGB IX anzuwenden. Der Unterschied zur Ziffer 4.1 besteht darin, dass in diesem Fall § 40 SGB V nicht nur als Durchführungsrecht, sondern – im Sinne der Auslegung der Krankenkassen – auch als Anspruchgrundlage der medizinischen Rehabilitation (Hilfsmittel im Rahmen von Komplexleistungen) herangezogen wird. Da § 40 Abs. 1 und 2 SGB V die Leistungserbringung an Einrichtungen knüpft, dürfte die Erbringung von Hilfsmitteln durch ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen auf dieser Grundlage unstrittig sein. Probleme bestehen, falls bei dieser Variante die Hilfsmittel außerhalb von Einrichtungen erbracht würden (Einzelleistung).

6.3 Der Anspruch wird ausschließlich auf §§ 11 Abs. 2, 33 SGB V gestützt. Die Konkretisierung richtet sich nach §§ 26 Abs. 1, 31 SGB IX. Diese Vorschriften werden bei dieser Auslegung sowohl zur Konkretisierung des Hilfsmittelanspruchs als Leistung der medizinischen Rehabilitation, als auch des Anspruchs im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. Abs. 1 Nr. 6 SGB V herangezogen. In diesem Fall betont der Bezug zu § 31 SGB IX, dass Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung einen besonderen Bezug zu den Zielen der medizinischen Rehabilitation haben, die nach § 27 SGB IX hier ebenfalls zu beachten sind.

## **7. Anwendung des § 33 SGB V unter Beachtung der Bestimmungen des SGB IX**

7.1 Der Gesetzgeber bindet den Leistungsanspruch in § 33 SGB V an die Erreichbarkeit folgender Ziele

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
- eine Behinderung auszugleichen.

7.2 Das SGB IX bindet die Leistungsinhalte in § 26 Abs. 1 SGB IX ebenfalls an die Erreichbarkeit von Zielen. Die Leistungen – einschl. der Hilfsmittel müssen nämlich geeignet sein

- Behinderungen, einschl. chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

7.3. Das BSG geht davon aus, dass § 33 SGB V sowohl den Hilfsmittelanspruch als Leistungen der medizinischen Rehabilitation, als auch den Anspruch im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. Abs. 1 Nr. 6 SGB V konkretisiert. Mit seiner Entscheidung vom 26.3. 2003 (B 3 KR 23/02 R) hat es die Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich ausdrücklich in den Kontext der medizinischen Rehabilitation gestellt: „Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach wie vor allein die medizinische Rehabilitation....“

7.4. Die in § 33 SGB V enthaltenen Ziele, drohender Behinderung vorzubeugen und eine Behinderung auszugleichen, sind deckungsgleich mit den in §§ 11 Abs. 2 und den 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX enthaltenen entsprechenden Zielen der medizinischen Rehabilitation Dass § 33

SGB V in dem Sinne auszulegen ist, dass ein Hilfsmittel von der GKV immer dann zu gewähren ist, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein Grundbedürfnis trifft, hat das BSG am 24.5.2006 entschieden (B 3 KR 12/05 R) und damit klargestellt, dass § 33 SGB V nicht nur auf das Ziel „eine Behinderung auszugleichen“, sondern auch auf deren Beseitigung oder Milderung abstellt.

Danach umfasst § 33 SGB V alle in § 11 Abs. 2 SGB V und § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Ziele und beinhaltet insoweit kein abweichendes Recht im Sinne von § 7 Satz 1 SGB IX. Nach § 11 Abs. 2 Satz 3 ist § 33 Abs. 1 SGB IX ohnehin unter Beachtung der Bestimmungen des SGB IX anzuwenden.

7.5 Die auf die Pflegebedürftigkeit bezogenen Ziele des § 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX sind mit den zur Rehabilitation vor Pflege in § 11 Abs. 2 SGB V definierten Zielen identisch.

Das Ziel der Vermeidung des vorzeitigen Bezuges von Sozialleistungen bzw. der Minderung von laufenden Sozialleistungen wird zwar im SGB V nicht ausdrücklich erwähnt, ist jedoch nach § 4 Abs. 1 SGB IX und § 10 Nr. 5 SGB I auch für die Rehabilitationsleistungen der GKV zu beachten und wird durch die Verfahrenspflicht in § 8 Abs. 1 SGB IX weiter konkretisiert.

7.6 Zusammenfassend ist festzustellen, dass § 33 SGB V kein abweichendes Recht im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX enthält, das die Anwendung des SGB IX ganz oder teilweise ausschließen könnte. Sieht man in § 33 SGB V eine Bestimmung im Sinne des § 7 Satz 2 SGB V, führt dies auch zu keinem anderen Ergebnis, weil die Inhalte mit denen des SGB IX identisch sind und von ihm in der Auslegung mitbestimmt werden.

7.7 Zutreffend ist, dass § 33 SGB V hinsichtlich der Zielorientierung zu keiner Zeit an die Erfordernisse des § 11 Abs. 2 SGB V bzw. die des SGB IX angepasst wurde.

## **8. Umfang der Hilfsmittel als Leistung der medizinischen Rehabilitation der GKV**

Die Rechtsprechung zu den Hilfsmitteln der medizinischen Rehabilitation der GKV ist im Wesentlichen geprägt durch die Abgrenzung zu den Hilfsmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung sowie zu den Hilfsmitteln anderer Leistungsträger, insbesondere der Pflegeversicherung.

Ausgehend von dem vor der Gesundheitsreform 2000 geltenden Recht (Rehabilitation als Bestandteil der Krankenbehandlung) und der danach bestehenden Zielorientierung auf die Heilung von Krankheiten hat insbesondere der 3. Senat des BSG den Begriff des Behinderungsausgleichs geschaffen und diesen auf Grundbedürfnisse reduziert, die aus der damals beschränkten Aufgabenstellung der Krankenkassen abgeleitet wurden:

„Die Aufgabe der Krankenkassen zum Behinderungsausgleich ist von § 33 Abs.1 Satz 1 SGB V (medizinische Rehabilitation) (beschränkt) sich hinsichtlich der Grundbedürfnisse auf Bewegung und körperlichen Freiraum somit nach wie vor auf den dargestellten Bereich (möglichst weit gehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktion einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbständiges Leben zu führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können)“ (so noch im Urteil vom 26.3.2003, B 3 KR 23/02 R)

Das BSG hat dabei den ab 1.1.2000 und 1.7.2001 vollzogenen Paradigmenwechsel in der Aufgabenstellung und Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation der Krankenversicherung noch nicht hinreichend berücksichtigt. Seit dem 1.1.2000 ist die medizinische Rehabilitation der GKV einschl. der Hilfsmittel nicht mehr allein auf die Wiederherstellung der Gesundheit und Organfunktion einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, sondern zunächst auf die Integrationsziele des RehaAnglG und seit dem 1.7.2001 auf die Teilhabeziele des SGB IX ausgerichtet.

Die jüngere Rechtsprechung orientiert sich jedoch zunehmend an den Regelungen des SGB IX, ohne sich ausdrücklich darauf zu beziehen.



Der Senat knüpft zwar in seinem Urteil vom 24.5.2006 (B 3 KR 12/05 R) noch an die frühere Rechtsprechung an, mit der die Grundbedürfnisse im Sinne der allgemeinen Verrichtungen des täglichen Lebens, des selbstständigen Wohnens, des Erschließens eines körperlichen Freiraums im Nahbereich der Wohnung und des Bedürfnisses, einen Arzt und Therapeuten aufzusuchen, definiert wurden. Er entwickelt sie jedoch mit dem Hinweis, dass auch die qualitative Erweiterung des persönlichen Freiraumes entscheidend sei, wie folgt weiter:

„Es ist ein wesentliches Ziel der Hilfsmittelversorgung, dass behinderte Menschen nach Möglichkeit von der Hilfe anderer Menschen unabhängig, zumindest aber deutlich weniger abhängig werden. Hier liegt der ausschlaggebende Gebrauchsvorteil des Hilfsmittels darin, dass...die selbständige Lebensführung und die zeitliche Dispositionsfreiheit im weit größeren Maße gesichert ist, als wenn sie auf die Hilfe fremder Personen warten müsste...“

Damit orientiert sich der Senat weitgehend am Begriff der Selbstbestimmung im Sinne des § 1 SGB IX.

Weiterhin wird in diesem Urteil erneut klargestellt, dass der Anspruch im Einzelfall nicht von der Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis abhängig ist.

## **9. Initiative zur Klarstellung im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-WSG:**

Um endgültig klarzustellen, dass bei der Erbringung von Hilfsmitteln als Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch in der GKV die Bestimmungen des SGB IX zu beachten sind, wurden von der behindertenpolitischen Sprecherin der SPD-Fraktion in das Gesetzgebungsverfahren folgende Änderungsanträge zum GKV-WSG eingebracht:

Zu § 33 Abs. 1 SGB V:

„<sup>1</sup>Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall notwendig sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. <sup>2</sup>**Sie haben weiterhin Anspruch auf Hilfsmittel der medizinischen Rehabilitation nach §§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 des Neunten Buches.** <sup>3</sup>Der Anspruch besteht nicht, soweit er nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen ist. <sup>4</sup>Für die Hilfsmittel nach Satz 1 bleibt § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 unberührt. <sup>5</sup>**§ 31 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches sind auf die Hilfsmittel nach Satz 1 anzuwenden.**“

An § 31 Absatz 1 sollte folgender Satz angefügt werden:

**„Die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens umfassen in jedem Fall eine möglichst selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.“**

Durch diese Neuregelung wären die bisher schon getrennt zu betrachtenden Rechtsansprüche auf Hilfsmittel im Rahmen der Krankenbehandlung und Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich systematisch in Satz 1 und 2 getrennt und der Bezug des Hilfsmittels zum Behinderungsausgleich zum SGB IX klargestellt worden.

**Mit diesen Änderungen wäre somit kein neues Recht in der GKV geschaffen, sondern lediglich das bereits geltende Recht im Lichte des SGB IX klargestellt worden:**

Für Hilfsmittel zum Behindertenausgleich ist nämlich auch ohne diese Klarstellung § 31 SGB IX anzuwenden.

## **10. Verfahrens- und Leistungserbringungsrecht**

10. 1 Grundsätzlich können alle Leistungen der Rehabilitation ohne ärztliche Verordnung auf Antrag geltend gemacht werden. Der Rehabilitationsträger ist dann nach §§ 10, 14 SGB IX verpflichtet den individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf orientiert an den Maßstäben der ICF durch einen Sachverständigen feststellen zu lassen.

10.2. In welchen Fällen und in welcher Weise die Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, haben die Träger der medizinischen Rehabilitation in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX im Rahmen der BAR zu regeln.

§ 32 Abs. 2 SGB IX ermächtigt jedenfalls das BMAS, das Nähere zur Auswahl der im Einzelfall geeigneten Hilfsmittel, insbesondere zum Verfahren, zur Eignungsprüfung, Dokumentation und leihweisen Überlassung sowie zur Zusammenarbeit mit den orthopädischen Versorgungsstellen in einer Rechtsverordnung zu regeln.

Die in §§ 126 ff SGB V geregelten Beziehungen zu den Leistungserbringern von Hilfsmitteln, einschl. des Hilfsmittelverzeichnisses erstrecken sich auf die Hilfsmittel nach §§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V.