

1. Einleitung

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) hat in ihrem Ausschuss „Aktuelle Probleme der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ eine „Expertise zu Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln“¹ 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. Hilfsmittel als Leistung der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX

2.1 Hilfsmittel sind nach § 26 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX Leistungen zur medizinischen 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 abzielt², 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 gesetzlich³ oder vertraglich⁴ 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 stehenden, auf ein oder mehrere Ziel(e) im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX ausgerichteten rehabilitativen Leistungsformen und Methoden nach § 26 SGB IX zu verstehen⁵. 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“⁶ kennzeichnet dabei nur den Zeitrahmen, in dem bei stationären Ausführungsformen diese Ziele nach allen Erfahrungen regelmäßig erreichbar erscheinen.

¹ vergl. www.dvfr.de

² Schäfer in Kossens u.a., § 26 Rz 5f

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

⁴ §§ 21 SGB IX iVm 111 SGB V

⁵ Fuchs in Bihl, Fuchs, Krauskopf, Ritz, SGB IX- Kommentar und Praxishandbuch, § 26 Rn 18

⁶ vergl. §§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V – längstens 20 Behandlungstage bei ambulanter Reha, längstens 3 Wochen bei stationärer Reha -; 15 Abs. 3 SGB VI – längstens 3 Wochen -

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 Leistungsbedarfs⁷ 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. Dem steht auch die Regelung des § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V nicht entgegen, nach dem ambulante Rehabilitationsleistungen für längsten 20 Behandlungstage erbracht werden „sollen“. Erfordert der individuelle funktionsbezogene Leistungsbedarf iSd § 10 SGB IX eine längere Behandlungsdauer, ist dieser Bedarf leistungsrechtlich zu decken.

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 medizinischen⁸, 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 kann 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.

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.

⁷ § 10 Abs. 1 SGB IX iVm § 14 Abs. 5 SGB IX

⁸ wenn man – wie die GKV – die Hilfsmittel allein als medizinische Leistung sehen will, dann sind auch diese unter diese Regelung zu fassen

2.4 Der Hilfsmittelanspruch nach dem SGB IX wird in § 31 SGB IX weiter konkretisiert. Er umfasst 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.

2.5 Medizinische Leistungen zur Rehabilitation einschl. Hilfsmittel bedürfen nach § 9 Abs. 4 SGB IX der Zustimmung des Berechtigten. Das Antragerfordernis ergibt sich aus § 16 SGB I iVm § 19 Satz 1 SGB IV.

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.

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 festzustellen⁹ 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 unterliegt¹⁰.

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 festzustellen¹¹ 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.

⁹ § 10 SGB IX

¹⁰ BSG vom 29.9.1997. SozR 3-2500 § 33 Nr. 25; BSG vom 16.4.1998, SozR 3-2500 § 33 Nr. 27

¹¹ §§ 10, 14 SGB IX

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 IX¹².

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 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. Hilfsmittel als Leistung der medizinischen Rehabilitation der GKV

Die Entwicklung des Rechtsanspruchs auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation der GKV und sein Inhalt im Lichte des SGB IX wurden ausführlich im Kapitel I beschrieben.

Das SGB V enthält keine spezifischen Regelungen dazu, was Gegenstand der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist¹³ und insoweit auch kein abweichendes Recht im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX.

Mangels spezifischer Vorschriften ist deshalb für die Definition der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation der GKV § 26 SGB IX heranzuziehen¹⁴, nach dessen Absatz 2 Nr. 6 Hilfsmittel eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation sind.

4.1 Anspruchsgrundlagen

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:

4.1.1 Der Anspruch besteht nach § 11 Abs. 2 SGB V i.V.m § 26 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX¹⁵. Die Konkretisierung des Anspruchs (Ziele usw.) enthält § 31 SGB IX. Das SGB V enthält in

¹² U.a. Mrozynski, Kommentar zum SGB IX, § 7 Rn 9, 11

¹³ §§ 11, 40, 41 SGB V

¹⁴ § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V

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

4.1.2 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 4.1.1 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 4.1.1 besteht darin, dass in diesem Fall § 40 SGB V nicht nur als Durchführungsrecht, sondern – im Sinne der Auslegung der Krankenkassen, wie auch in der Fassung des GKV-WSG – 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 werden (Einzelleistung).

4.1.3 Der Anspruch wird ausschließlich auf §§ 11 Abs. 2, 33 SGB V gestützt.

In diesem Fall bestehen hinsichtlich der Konkretisierung zwei Alternativen:

- zum einen wird § 33 SGB V auch zur Konkretisierung des Anspruchs herangezogen
- zum anderen wird die Konkretisierung über § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V auf § 31 SGB IX gestützt.

4.2 Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG)

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. 1 Nr. 6 SGB V konkretisiert. Mit seiner Entscheidung vom 26.3. 2003⁷⁷ 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....“

Es hat aus dem Wortlaut des § 31 SGB IX 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.“¹⁶

Dabei wurde allerdings nicht berücksichtigt, dass sich durch das SGB IX der Bezugsrahmen für die „Befriedigung der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens“ geändert hat. Die Rechtsprechung zum SGB V hat bisher 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 Krankenbehandlung¹⁷ herangezogen.

¹⁵ 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.

¹⁶ BSG, Urteil vom 26.3.2003, B 3 KR 23/02 R

¹⁷ vergl. Abschnitt 3

Solange die Ziele der Rehabilitationsleistungen der GKV sich im Rahmen der Zielsetzung der Krankenbehandlung¹⁸ bewegten, war eine Beschränkung der Grundbedürfnisse auf den Nahbereich der Wohnung¹⁹ nahe liegend, weil die Aufgabenstellung und Ziele aller Leistungen der GKV in der Behandlung von Krankheiten⁸⁰ bestanden.

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 jedoch deutlich verändert. Seitdem ist für die medizinische Rehabilitation der GKV nicht mehr die Behandlung von Krankheiten, sondern ab 1.1.2000 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 Gesellschaft²⁰ der Bezugsrahmen und dies auch für den Anspruch auf Hilfsmittel im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Prüfung des Behinderungsausgleichs iSd § 33 SGB V und in diesem Zusammenhang auch der Beurteilung der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens. Der 3. Senat des BSG hat diesen Paradigmenwechsel bei seiner Rechtsprechung bisher ebenso wenig angemessen berücksichtigt, wie die Tatsache, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation seit Inkrafttreten des SGB IX nicht mehr durch Art und Schwere der Krankheit, sondern durch Art und Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigung iSd § 2 SGB IX begründet sind.

Letztlich verpflichtet § 27 SGB IX die Krankenkassen, die in § 26 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele sowie das in § 10 SGB IX verankerte Verfahren zur Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs auch bei Leistungen der Krankenbehandlung und damit auch für die Prüfung des Hilfsmittelanspruchs nach § 33 SGB V anzuwenden

5. Anwendung des § 33 SGB V unter Beachtung der Bestimmungen des SGB IX

5.1 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.

5.2 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.

5.3 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 entschieden²¹ und damit klargestellt,

¹⁸ § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V

¹⁹ 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

²⁰ §§ 1 SGB IX, 2a SGB V

²¹ BSG, Urteil vom 24.5.2006, B 3 KR 12/05 R

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 IX 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. Desgleichen nach § 27 SGB IX.

5.4 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.

5.5 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 – wie dargestellt auch unter Berücksichtigung der Rechtsprechung - mit denen des SGB IX identisch sind und von ihm in der Auslegung mitbestimmt werden.

5.6 Zutreffend ist, dass § 33 SGB V hinsichtlich der Zielorientierung zu keiner Zeit an die Erfordernisse des § 11 Abs. 2 SGB V bzw. §§ 10, 26, 27, 31 SGB IX angepasst wurde.

6. 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 iS 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)“²²

Wie bereits zu den Anspruchsgrundlagen ausgeführt, hat das BSG 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.

²² so noch im Urteil vom 26.3.2003, B 3 KR 23/02 R

Der Senat knüpft zwar in seinem Urteil vom 24.5.2006⁸² 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.

7. 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:

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

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

7.1 Die Bundesregierung wollte mit dem GKV-WSG ursprünglich offensichtlich sicherstellen, dass Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich auch dann zu erbringen sind, wenn die Rehabilitationsfähigkeit der Berechtigten stark eingeschränkt ist. Damit wäre ein Urteil des Bundessozialgerichts korrigiert worden, das ein Hilfsmittel aus Gründen mangelnder Rehabilitationsfähigkeit verweigert hatte. Der Regierungsentwurf des GKV-WSG sah dazu in § 33 SGB V einen neuen Satz 2 folgenden Inhalts vor:

„Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt insbesondere nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben in der der Gemeinschaft noch möglich ist.“

Dieser Fassung lies allerdings auch eine Auslegung zu, dass es Menschen geben könnte, die zu keiner Teilhabe mehr fähig sind. Selbst z.B. in ihrer Teilhabe besonders stark beeinträchtigte Wachkomapatienten sind noch zur Teilhabe, wenn auch auf einem niedrigen Niveau mit sehr eingeschränkten Mitteln zur Teilhabe befähigt. Bei der gewählten Formulierung hätte die Gefahr beinhaltet, z.B. solchen Menschen die Fähigkeit zur Teilhabe mit der Folge abzusprechen, dass sie keinen Hilfsmittelanspruch mehr gehabt hätten. Die Betroffenenverbände haben deshalb während des Gesetzgebungsverfahrens mit allem Nachdruck gefordert, durch eine zweifelsfreie Formulierung alle Missverständnisse auszuschließen.

Die Folge der berechtigten Interventionen war eine Beschränkung der Regelung statt der notwendigen Klarstellung. Während die Fassung des Regierungsentwurfs alle behinderten Menschen erfasste, beschränkt die vom Deutschen Bundestag beschlossene Fassung die Korrektur der Rechtsprechung des BSG mit der Begründung, dass die zugrunde liegende Problematik nur diesen Bereich betreffe, ausdrücklich auf den Bereich der stationären Pflege. Darüber hinaus wurde eine Ergänzung dahingehend vorgenommen, dass bei Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb von teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen notwendig und von diesen jeweils vorzuhalten sind, keine unbeabsichtigte Kostenverlagerung auf die Krankenversicherung eintritt.

7.2 Damit wurde den chronisch kranken, behinderten und pflegebedürftigen Menschen, die sich nicht bereits in einer stationären Pflegeeinrichtung aufhalten, die mit Blick auf die Rechtsprechung des BSG dringend gebotene und auch durch die zitierten Änderungsvorschläge aus der Mitte des Parlaments geforderte Klarstellung des Fünften Sozialgesetzbuches versagt.

Gleichwohl bestehen diese Ansprüche im Lichte des SGB IX und der dazu in diesem Kapitel enthaltenen Erläuterungen auch ohne die Klarstellung im SGB V.

8. Verfahrens- und Leistungserbringungsrecht

8.1 Antrag auf Hilfsmittel als Leistung der medizinischen Rehabilitation

Grundsätzlich können alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ohne ärztliche Verordnung auf Antrag²³ 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 lassen²⁴ und dazu einen Verwaltungsakt zu erlassen²⁵

8.2. Leistungserbringungsrecht

8.2.1 Leistungserbringungsrecht nach dem SGB IX

Die Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschl. erforderlicher Hilfsmittel richtet sich nach §§ 17ff SGB IX. Danach sind die Rehabilitationsträger selbst für die Ausführung verantwortlich, können aber geeignete Rehabilitationsdienste, im Falle der

²³ §§ 16 SGB I, 19 Satz 1 SGB IV

²⁴ vergl. zur Bedeutung des Ordnungsrechts der niedergelassenen Ärzte bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation einschl. Hilfsmittel und zur Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs auch § 10 SGB IX Kapitel III in diesem Band

²⁵ § 31 SGB X

Hilfsmittelerbringung geeignete Leistungserbringer zur Ausführung In Anspruch nehmen (§ 17 Abs. 1 SGB IX)

In welchen Fällen und in welcher Weise die Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, d.h., welche Hilfsmittel nach Art und Ausprägung einer Teilhabebeeinträchtigung im Einzelfall zur Erreichung der Teilhabe-/Rehabilitationsziele im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX geeignet erscheinen, haben die Träger der medizinischen Rehabilitation in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX im Rahmen der BAR zu regeln. Das Hilfsmittelverzeichnis des SGB V hat für die Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation keine Bedeutung.

§ 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.

Bisher besteht weder eine Gemeinsame Empfehlung, noch wurde die Rechtsverordnung nach § 32 Abs. 2 SGB IX erlassen.

8.2.2 Beziehungen zu den Leistungserbringern von Hilfsmitteln im SGB V

Vor Inkrafttreten des GKV-WSG waren u.a. die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Wiedereinsatz in Verträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer zu regeln.

Um den Preiswettbewerb im Hilfsmittelbereich zu fördern, haben die Krankenkassen nach dem durch das GKV-WSG weitgehend neu gefassten § 127 SGB V nunmehr vorrangig im Wege der Ausschreibung Verträge mit den Leistungserbringern einzugehen. Nach Absatz 1 sollen die Verträge durch Ausschreibung angestrebt werden, wenn dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist. Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens konnte gegenüber dem Regierungsentwurf klargestellt werden, dass Gegenstand der Ausschreibung auch ist

- die Sicherstellung der Qualität der Hilfsmittel
- die Sicherstellung der notwendigen Beratung der Versicherten und sonstiger erforderlicher Dienstleistungen, was insbesondere die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel, die Wartung und Instandsetzung usw.²⁶
- auch die Sorge für eine wohnortnahe Versorgung

umfasst.

Bei behinderten Menschen im Sinne des § 2 SGB IX sind sowohl Qualität wie auch die Wirtschaftlichkeit eines Hilfsmittels zum Behinderungsausgleich nur dann gewährleistet, wenn sie wirklich geeignet sind, den nach § 10 Abs.1 SGB IX festgestellten individuellen funktionsbezogenen, d.h., an der ICF orientierten Leistungsbedarf passgenau zu decken.

Nach § 10 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB IX müssen die Rehabilitations- und Teilhabeleistungen einschl. der Hilfsmittel nicht nur wirtschaftlich und in der geeigneten Qualität, sondern vor allem auch wirksam im Sinne der Erreichung der Rehabilitationsziele ausgeführt werden.

§ 10 SGB IX findet nach § 27 SGB IX für alle chronisch kranken, pflegebedürftigen und behinderten Menschen auch auf alle Leistungen der Krankenbehandlung und damit auch auf die Hilfsmittel Anwendung.

Im Gesetzgebungsverfahren wurde deshalb in § 127 Abs. 1 Satz 4 SGB V im Interesse behinderter Menschen ausdrücklich klargestellt, dass Ausschreibungen für Hilfsmittel regelmäßig nicht zweckmäßig sind, wenn sie für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden müssen oder es sich um Versorgungsleistungen mit hohem Dienstleistungsanteil handelt.

²⁶ § 33 Abs. 1 Satz 4 SGB V

Auf diesem Hintergrund kann aus den gleichen Gründen davon ausgegangen werden, dass auch die ohne Ausschreibung in den Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer nach § 127 Abs. 2 SGB V vereinbarten Hilfsmittel häufig nicht den spezifischen Anforderungen des Behinderungsausgleichs gerecht werden können.

Da danach nicht für alle Hilfsmittel, die für die Versorgung der Versicherten erforderlich sein können, Verträge mit Leistungserbringern eingegangen werden können und eine Versorgung durch Vertragspartner nach § 127 Abs. 1 und 2 entweder unzumutbar sein oder auch nicht den Anforderungen des SGB IX entsprechen kann, sieht § 137 Abs. 3 SGB V ausdrücklich auch eine Einzelfallvereinbarung zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer vor. Dazu kann die Krankenkasse Kostenvoranschläge bei verschiedenen Leistungserbringern einholen. Ob die Versorgung dann den Anforderungen des SGB IX genügt, hängt entscheidend davon ab, dass den Leistungserbringern als Grundlage ihres Kostenvoranschlages im Einzelfall ein differenziertes Anforderungsprofil vorgelegt wird, das die Anforderungen an das Hilfsmittel unter Berücksichtigung der Wirksamkeit und der zu erreichenden Rehabilitationsziele hinreichend konkret beschreibt.

Letzteres ist auch für Verpflichtung des Berechtigten nach § 127 Abs. 3 Satz 3 SGB V bedeutsam, die Kosten einer über das Maß des Notwendigen hinausgehenden Versorgung bzw. die über die auf der Grundlage einer Ausschreibung vertraglich vereinbarten Preise hinausgehenden Mehrkosten alleine tragen zu müssen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich das Maß des Notwendigen, d.h. die Auswahl des im Einzelfall geeigneten Hilfsmittels nicht daraus ergibt, dass eine Krankenkasse für ein bestimmtes Hilfsmittel als Ergebnis einer Ausschreibung nach § 127 SGB V einen Vertrag mit einem Hilfsmittelerbringer zu einem bestimmten Preis geschlossen hat, sondern daraus, dass im Zuge der Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs nach § 10 SGB IX ein bestimmtes Hilfsmittel bzw. eine bestimmte Fertigungsform des Hilfsmittels als wirksam und geeignet erscheint, die Rehabilitationsziele zu erreichen.