

Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge
– Diskussionsbeitrag Nr. 3/2012 –

17.02.2012

Reformbedarf im Hilfsmittelrecht

Von Dr. Sigrid Arnade

Das Hilfsmittelrecht erweist sich seit Jahren als konfliktträchtig, wie nicht zuletzt die vielen Beiträge des Diskussionsforums zu dieser Thematik zeigen. Im vorliegenden Beitrag soll der Reformbedarf aufgezeigt werden, wie er sich auf der Fachtagung „Hilfsmittelversorgung“ am 5. April 2011 in Berlin dargestellt hat.¹

I. Thesen der Autorin

1. Im Hilfsmittelrecht besteht, insbesondere vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention ein legislativer Reformbedarf.
2. Die Rechtsprechung zum Hilfsmittelanspruch gegen die Krankenkassen sollte modifiziert werden.

3. Der teilhabeorientierte Behinderebegriff ist bei Leistungserbringern, Leistungsträgern, aber auch in der Rechtsprechung noch nicht angekommen. Diskurse und Fortbildungen des Personals sind hier dringend erforderlich.
4. Den Betroffenen sind Empowerment-Trainings anzubieten.

II. Status Quo – Problemfelder

1. Interessenlagen und Zuständigkeitsfragen

Zwei Tage lang sind verschiedene Aspekte des Themas Hilfsmittelversorgung von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren aus ihren jeweiligen Blickwinkeln beleuchtet worden. Dabei spielen zwangsläufig die **unterschiedlichen Interessenlagen** eine Rolle:

- Betroffene wollen das optimale Hilfsmittel, wissen aber nicht immer, was das für sie geeignetste Hilfsmittel ist.
- Kostenträger wollen oft entweder gar nicht leisten oder wählen eine kostengünstige Versorgung, die nicht immer die beste ist.

¹ Bei diesem Beitrag handelt es sich um die schriftliche, ergänzte Fassung eines Statements, das die Autorin am 05.04.2011 im Rahmen der Fachtagung „Hilfsmittelversorgung“ hielt. Bei dieser Tagung handelte es sich um die 3. Fachtagung aus der Veranstaltungsreihe „Gesundheit für Menschen mit Behinderung. Zwischen den Ansprüchen der UN-Konvention, Kostendämpfung und Wirklichkeit“ mit dem übergreifenden Motto „Teilhabe braucht Gesundheit!“ des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe.

- Die Interessenlage der Leistungserbringer ist häufig schwer zu durchschauen: Sie wollen auf alle Fälle Geld verdienen. Manchmal raten sie deshalb zu Ladenhütern; manchmal raten sie zu teuren Superhilfsmitteln, die so gar nicht gebraucht werden; manchmal beugen sie sich dem Preisdumping der Krankenkassen, um im Geschäft zu bleiben und bieten nur minderwertige Ware, manchmal haben sie vielleicht tatsächlich eine optimale Versorgung der Kunden und Kundinnen im Blick – die Frage ist dann nur, wie lange sie sich das leisten können.

Dass Menschen im Umgang miteinander unterschiedliche Interessen verfolgen, ist keine Besonderheit des Hilfsmittelbereichs. Das kommt häufig vor und unser Rechtssystem ist dazu da, bei unterschiedlichen Interessenlagen an den Grundwerten dieser Gesellschaft orientierte Regeln aufzustellen. Hier ergibt sich jedoch bei der Hilfsmittelversorgung ein Problem aus dem **gegliederten System der sozialen Sicherung**. Hilfsmittel sind Bestandteil

- der Krankenbehandlung
- der Pflege
- der medizinischen Rehabilitation
- der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Nach Welti können acht verschiedene Gruppen von Leistungsträgern nach acht Leistungsgesetzen des Sozialgesetzbuchs zuständig sein², auch wenn der gesetzlichen Krankenkasse hierbei eine herausragende Bedeutung zukommt.

Ein **Zuständigkeitsgerangel** ist damit vorprogrammiert. Hier sollten, wenn im Rahmen der Umsetzung der Behindertenrechtskonvention die Sozialgesetzbücher überprüft

² Welti, Sozialrecht + Praxis 2009, S. 683, S. 683.

und angepasst werden, die Zuständigkeiten neu strukturiert und vereinfacht werden.

2. Im Krankenkassenbereich

Für den Bereich der Hilfsmittelausstattung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkassen ergeben sich weitere Probleme – teils aus den gesetzlichen Normierungen, teils aus deren Auslegung.

So differenziert das BSG in ständiger Rechtsprechung³ zwischen Hilfsmitteln, die dem unmittelbaren Behinderungsausgleich dienen (z. B. Prothesen), und Hilfsmitteln, die die Behinderung nur mittelbar ausgleichen, wie z. B. einem Barcodelesegerät⁴. Die Unterscheidung zwischen einem **unmittelbaren und einem mittelbaren Behinderungsausgleich muss entfallen**. Dieses Konstrukt ist weder gesetzlich geregelt noch praxistauglich und führt unter Umständen zu erheblichen Mehrkosten, wenn zum Beispiel aufgrund einer unzureichenden Versorgung eine Heimunterbringung notwendig wird.⁵

Ebenso problematisch ist es, wenn nur „**Grundbedürfnisse**“ ausgeglichen werden und diese dann beispielsweise den Bewegungsradius soweit definieren, wie ein Gesunder zu Fuß geht. Hier liegen gleich mehrere Fehler zugrunde: zum einen ist Gesundheit nicht das Gegenteil von Behinderung, sondern von Krankheit. Zum anderen scheint der teilhabeorientierte Behinderungsbegriff, der in der internationalen Diskussion bereits mit der ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) von 1981 geprägt und mit der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) von 2001

³ Zuletzt BSG, Beschl. v. 04.08.2011 – B 3 KR 7/11 B – m. w. N.

⁴ Zum Anspruch einer hochgradig sehgeschädigten Versicherten auf ein Barcodelesegerät siehe nur BSG Ur. v. 10.03.2011 – B 3 KR 9/10 R.

⁵ Vgl. zur Kritik an dieser Differenzierung auch Hackstein, Beitrag A25-2011 auf www.reha-recht.de (Anmerkung zum Urteil des BSG v. 07.10.2010, B 3 KR 13/09 R – Treppensteighilfe).

konkretisiert wurde, bei den befassten Juristen und Juristinnen noch nicht angekommen zu sein; auch hat eine solche Rechtsprechung mit der Lebenswirklichkeit nichts zu tun, denn in ländlichen Gebieten genügt ein fußläufig erreichbarer Radius nicht, um das tägliche Leben bewältigen zu können. Da muss beispielsweise eine Rollstuhlladeförderung fürs Auto finanziert werden⁶.

Unbefriedigend ist auch die derzeitige **Bedarfsfeststellung**, die durch ärztliche Verordnung erfolgt oder durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Vielmehr sollte der Bedarf durch ein unabhängiges multidisziplinär zusammengesetztes Gremium, in dem betroffene Experten und Expertinnen eingebunden sind, festgestellt werden.

Pauschalierungen, Festbetragsregelungen, Ausschreibungen, Hilfsmittelverzeichnis sind nur einige der weiteren Problemfelder. Solche Regelungen führen dazu, dass einige Menschen, die es sich leisten können, teilhaben können, andere nicht. Viele der genannten Regelungen verstoßen gegen die Behindertenrechtskonvention. Ich selbst habe zum Beispiel im Jahr 2008 rund 3.000 Euro selber gezahlt, um mich in der Teilhabe nicht einschränken zu lassen. Inzwischen habe ich mit einigem Kampf ein besseres Auskommen mit meiner Krankenkasse. Andere Betroffene können sich das nicht leisten und haben weder das Wissen noch den Kampfgeist, sich effektiv zu wehren.

III. Hilfsmittelversorgung und Behindertenrechtskonvention

Im Folgenden soll der Bogen zur UN-Behindertenrechtskonvention gespannt und die Hilfsmittelversorgung unter einem menschenrechtlichen Blickwinkel betrachtet werden. Bereits seit zehn Jahren, seit dem Inkrafttreten des SGB IX im Sommer 2001, sind die Ziele „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ gesetzlich verankert.⁷ Das entspricht weitgehend den Zielen der Behindertenrechtskonvention. Aber mit der Behindertenrechtskonvention kommt eine weitere Dimension hinzu: Bislang durfte der Staat niemanden wegen seiner Behinderung benachteiligen (Art. 3 GG). Mit dem SGB IX wurden Leistungsträger und -erbringer auf Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe verpflichtet. Mit der Ratifikation der Behindertenrechtskonvention hat sich Deutschland dazu verpflichtet, alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um Menschen mit Behinderungen vor Benachteiligungen durch Dritte zu schützen⁸. Es gilt also genau zu analysieren:

- Wo sind die gesetzlichen Regelungen, die wir haben, ausreichend?
- Wo gibt es legislativen Handlungsbedarf?
- Wo gibt es Umsetzungsdefizite und somit Handlungsbedarf?
- Welche weiteren Maßnahmen sind erforderlich, um Menschen mit Behinderungen vor Benachteiligungen und Menschenrechtsverletzungen wirkungsvoll zu schützen?

Diese Analyse muss schnellstmöglich durchgeführt und die erkannten Defizite dann beseitigt werden. Dass dies nicht von heute auf morgen geht, ist einleuchtend. Auf

⁶ Anderer Ansicht jedoch BSG, Urt. v. 16.09.2004 – B 3 KR 15/04 R.

⁷ Vgl. nur § 1 S. 1 SGB IX.

⁸ Siehe Art. 4 Abs. 1 BRK (insbesondere Ziffer e).

der anderen Seite kann auch nicht hingenommen werden, dass bis jetzt, mehr als zwei Jahre nach Inkrafttreten der Behindertenrechtskonvention, bis auf einige Konferenzen noch gar nichts geschehen ist. Zwar waren diese Konferenzen sinnvoll. Nennen möchte ich ausdrücklich die Gesundheitskonferenzen in den Jahren 2010/2011 von Hubert Hüppe, dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, sowie die Konferenzen, die mit angeregt und unterstützt von der Vorgängerin von Herrn Hüppe, Karin Evers-Meyer vor zwei Jahren stattfanden. Damals hatten die Behindertenverbände auf acht Konferenzen konkrete Forderungen zur Umsetzung der BRK zusammengetragen. Diese sind von den Verbänden weiterentwickelt und konkretisiert worden – in die Praxis umgesetzt wurde bislang leider nichts davon.

IV. Perspektiven

Schon aus dem oben Dargestellten ergibt sich, dass **legislativer Handlungsbedarf** besteht.

Außerdem gibt es **weitere Vorschläge**, um einige der genannten Probleme anzugehen: So hat die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) bereits im Jahr 2009 **Kompetenzzentren für Hilfsmittelversorgung für definierte Versorgungsregionen** vorgeschlagen⁹. Dabei sollten nach Vorstellung der DVfR vorhandene Strukturen genutzt werden und die Kompetenzzentren nach den Prinzipien der Sozialraumorientierung differenziert gestaltet werden. Bei der konkreten Ausgestaltung solcher Kompetenzzentren sollte auf alle Fälle das bewährte Konzept des Peer Supports realisiert werden. Es wird auch in der Behindertenrechtskonvention an

verschiedenen Stellen eingefordert.¹⁰ Solche Kompetenzzentren könnten auch dazu genutzt werden, die derzeit unzulängliche Bedarfsfeststellung zu verbessern.

Bei der Vielzahl der Handlungsbedarfe und Forderungen werden immer wieder der Wunsch und die Notwendigkeit einer Priorisierung geäußert. Problematisch hieran ist jedoch, dass im Zweifel wichtige Aspekte vergessen oder auf die lange Bank geschoben werden. Vorzuziehen ist daher ein Aktionsplan zum Thema Gesundheit, in dem alle Maßnahmen mit Zeithorizonten und Zuständigkeiten aufgelistet werden. So könnte sichergestellt werden, dass nichts in Vergessenheit gerät. Ich selber möchte die vielen guten Vorschläge, die auf dem Tisch liegen und ihrer Umsetzung harren, um ein **zweigleisiges Sofortprogramm** ergänzen:

1. Fortbildungen zum menschenrechtsorientierten Behinderungsbegriff und dessen Konsequenzen

Nach meiner Wahrnehmung ist der teilhabeorientierte Behinderungsbegriff weder bei den Leistungsträgern und Leistungserbringern noch in der deutschen Gerichtsbarkeit angekommen. Um diesem Defizit entgegenzuwirken, müssen nicht nur die entsprechenden Curricula angepasst werden, sondern es bedarf sofortiger Fortbildungsmaßnahmen.

Das sind die in Artikel 8 der BRK geforderten Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung: Dort heißt es: „Die Vertragsstaaten verpflichten sich, sofortige, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, (...)“

Noch konkreter wird die BRK in Artikel 25 (Gesundheit), Absatz d: „Insbesondere erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen

⁹ DVfR, Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, Lösungsoptionen der DVfR, Stand: Oktober 2009, S. 40 f.

¹⁰ Vgl. Art. 24 Abs. 3 a) BRK und Art. 26 Abs. 1 BRK.

Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die öffentliche¹¹ und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;(...)¹².

2. Empowerment-Trainings für die Betroffenen

Ich selbst weiß, wie frustrierend und nervenaufreibend es ist, tagtäglich Diskriminierungen ertragen und um Rechtsansprüche kämpfen zu müssen. Um dabei nicht zu resignieren oder psychisch krank zu werden, versuche ich, das alles unter einem sportlichen Blickwinkel zu betrachten. Und ich bin in einer privilegierten Situation. Aber ich kann mir vorstellen, wie es anderen Betroffenen geht.

Deshalb plädiere ich für flächendeckende Empowerment-Trainings für Menschen mit Behinderungen, in denen sie Zugang zu ihren eigenen Stärken und Ressourcen bekommen, ihre Rechte kennenlernen und ermutigt werden, sich für die Realisierung ihrer Rechte einzusetzen.

Es ist wissenschaftlich belegt, dass Empowerment-Trainings wirken¹³ und ich kann nicht verstehen, dass dieses Instru-

ment nicht verstärkt genutzt wird. Dafür kann es eigentlich nur einen Grund geben: Angst vor vielen selbstbewussten Menschen mit Behinderungen. Ich möchte aber Ihren Blickwinkel auf die Kehrseite lenken: Selbstbewusste empowerte Menschen mit Behinderungen erleben weniger Menschenrechtsverletzungen und mehr gleichberechtigte Teilhabe. Sie kosten weniger, weil sie weniger krank sind, häufiger einer Erwerbstätigkeit nachgehen und nur selten in stationären Einrichtungen leben.

Daraus würde sich folglich eine echte Win-Win-Situation ergeben. Es gilt, ab sofort dafür einzutreten, dass dieser Win-Win-Effekt realisiert wird.

V. Fazit

Die Hilfsmittelausstattung verläuft aus verschiedenen Gründen in Deutschland zurzeit nicht optimal. Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sollte dazu genutzt werden, um hier schnell Verbesserungen für die Betroffenen zu erreichen.

Um die vielfältigen Handlungsbedarfe zu koordinieren und zu realisieren, sollte neben dringenden Sofortmaßnahmen als erster Schritt ein „Aktionsplan Gesundheit“ unter Beteiligung der Betroffenen und ihrer Verbände erarbeitet werden. Darin sind die notwendigen Maßnahmen mit Zeithorizonten und Verantwortlichkeiten zu beschreiben.

¹¹ In der zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmten Übersetzung wird das Wort „public“ des englischen Vertragstextes mit „staatlich“ übersetzt, während das NETZWERK ARTIKEL 3 e. V. den Begriff in seiner Schattenübersetzung mit „öffentlich“ übersetzt.

¹² Konventionstext gemäß der Schattenübersetzung des NETZWERK ARTIKEL 3 e. V.

¹³ Vgl. nur Gisela Hermes, Zur Veränderbarkeit des Kohärenzgefühls (SOC) bei Menschen mit Multipler Sklerose (MS) – eine Pilotstudie am Beispiel des Empowerment-Trainings der Stiftung LEBENSNERV.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.
