

– Fachbeitrag A2-2021 –

27.01.2021

Die Hilfsmittelversorgung nach dem Bundesteilhabegesetz Bericht vom DVfR-Kongress 2021¹

Von René Dittmann (LL.M.), Universität Kassel

Beim DVfR-Kongress 2021 „Hilfsmittel sichern Teilhabe – Technik für Inklusion in Alltag und Beruf“ wurden der Zugang zur Hilfsmittelversorgung, die Verwaltungspraxis sowie die Spannungsfelder der Hilfsmittelversorgung thematisiert (Chancen vs. Risiken des technischen Fortschritts; ethische Verpflichtungen einer Gesellschaft zur Bereitstellung neuer Technologien vs. Wirtschaftlichkeitsprinzip der sozialen Versorgungssysteme).

In diesem Beitrag wird über die Vorträge von **Prof. Dr. Felix Welti** (Universität Kassel), **Prof.in Dr. Ursula Waßer** (Richterin am Bundessozialgericht) und von **Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann** (DVfR-Vorsitzender) zu den jüngsten Entwicklungen des Hilfsmittelrechts (mit Fokus auf den medizinischen Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich) und der Versorgungspraxis berichtet.

I. Die Rechtsgrundlagen des Hilfsmittelrechts nach dem Bundesteilhabegesetz

Die Rechtsgrundlagen der Hilfsmittelversorgung nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) sowie leistungsrechtliche Grenzen und Chancen wurden von Welti² dargestellt.

Er wies zunächst darauf hin, dass der Blick auf die Rechtsgrundlagen „nach“ dem BTHG doppeldeutig sei. In zeitlicher Hinsicht sei zu fragen, ob sich nach bzw. durch Inkrafttreten des BTHG etwas an den leistungsgesetzlichen Rechtsgrundlagen der Hilfsmittelversorgung geändert habe. Daneben können die Impulse des BTHG und die mit seiner Entstehung verbundenen Diskussionen für die Auslegung des Hilfsmittelrechts in den Blick genommen werden.

Die gesetzlichen Anspruchsgrundlagen für die Versorgung mit Hilfsmitteln haben sich durch das BTHG inhaltlich nicht verändert. Im SGB IX wurden die Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation lediglich neu nummeriert (§§ 42 Abs. 2 Nr. 6, 47 SGB IX)

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag A2-2022 in der Kategorie A: Sozialrecht veröffentlicht; Zitiervorschlag: Dittmann: Die Hilfsmittelversorgung nach dem Bundesteilhabegesetz – Bericht vom DVfR-Kongress 2021; Beitrag A2-2022 unter www.reha-recht.de; 27.01.2022.

² Titel des Vortrags: Grenzen und Chancen in der Hilfsmittelversorgung.

und im SGB V, dem häufig einschlägigen Leistungsgesetz, ist der Hilfsmittelanspruch weiterhin in § 33 gesetzlich verankert.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Krankenkassen hat verschiedene Voraussetzungen. Zunächst muss der Einsatz des Hilfsmittels einem der drei in § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V aufgeführten Zwecke dienen. Es muss im Einzelfall erforderlich sein, um entweder den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine drohende Behinderung vorzubeugen oder um eine Behinderung auszugleichen. Zudem setzt die Leistungspflicht der Krankenkassen voraus, dass es sich nicht um allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt (§ 33 Abs. 1 S. 1 HS. 2 SGB V), was unter den Gesichtspunkten der Digitalisierung zunehmend schwieriger zu bestimmen sei. Außerdem weist Welti darauf hin, dass die Hilfsmittelversorgung wirtschaftlich sein muss (§ 12 SGB V), d. h. die aufgeführten Zwecke sind mit einem möglichst rationellen Mitteleinsatz zu erreichen. Es sei daher ein Missverständnis, wenn Leistungsberechtigte unter Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot auf kostengünstige Hilfsmittel verwiesen werden, die jedoch die Zweckerreichung verfehlen³.

Während sich die Rechtsgrundlagen der Hilfsmittelversorgung durch das BTHG nicht geändert haben, sei dies bei den allgemeinen und verfahrensrechtlichen Regelungen des Rehabilitations- und Teilhaberechts (SGB IX, Teil I) anders. Das habe auch Einfluss auf das Leistungsrecht, weil sich damit das Verständnis der im Wortlaut gebliebenen Begriffe des Hilfsmittelrechts verändert habe. Für dessen Auslegung sei zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber mit dem BTHG die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und den Stellenwert der UN-BRK ernsthaft betone. Dies komme unter anderem durch die Änderungen in den §§ 1 und 2 SGB IX zum Ausdruck. Demnach sind die Leistungen nach dem SGB IX seit dem 01.01.2018 mit dem übergeordneten Ziel zur Erbringung, die *volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe* von Menschen mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohten Menschen zu fördern (§ 1 S. 1 SGB IX), wobei der Rechtsbegriff der Behinderung insoweit weiterentwickelt wurde, als dass nun explizit die Wechselwirkungen zwischen einem Gesundheitsproblem und dem sozialen Kontext (Einstellungs- und umweltbedingten Barrieren) zu beachten sind (§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX). Tatsächlich finde sich dieses Behinderungsverständnis bereits seit 2008 in der Hilfsmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HMRL)⁴ wieder, doch machte Welti beispielhaft deutlich, dass die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt (§ 6 Abs. 3 HMRL) in der Vergangenheit nicht immer in der Rechtsanwendung berücksichtigt wurden⁵.

³ Dazu Welti: Festbeträge müssen bedarfsdeckend sein – keine Anwendung rechtswidriger Festbeträge bei der Versorgung mit Hörgeräten, Anmerkung zu BSG; Urt. v. 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R; Forum A – 12/2010 unter www.reha-recht.de.

⁴ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Die aktuelle Fassung (in Kraft getreten am 01.04.2021) ist abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2467/HilfsM-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf, zuletzt abgerufen am 29.11.2021.

⁵ Welti verwies auf die Rechtslage zur Versorgung mit salzwasserfesten Badeprothesen. Ein diesbezügliches Urteil des Bundessozialgerichts vom 25.06.2019 (B 3 KR 10/08 R) bietet

Waßer berichtete, dass das BVerfG zuletzt den in Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG enthaltenen Förderauftrag betonte, der einen Anspruch auf die Ermöglichung gleichberechtigter Teilhabe nach Maßgabe der verfügbaren finanziellen, personellen, sachlichen und organisatorischen Möglichkeiten vermittele und dem ein Paradigmenwechsel zu entnehmen sei. Der Fürsorgeansatz im Umgang mit Menschen mit Behinderungen, der das Risiko der Entmündigung und Bevormundung berge, werde durch einen Anspruch auf Schutz vor Diskriminierung ersetzt.⁶ Waßer wies darauf hin, dass diese objektive Wertentscheidung bei der Auslegung des einfachen Rechts heranzuziehen ist.

Mit dem Blick auf die fortschreitende technische Entwicklung und die Einsatzmöglichkeiten von Hilfsmitteln hob Welti hervor, dass das Sozialrecht nicht nur leistungsbegrenzenden Charakter hat, sondern auch Chancen bietet. Denn die allgemeinen Regeln des Sozialrechts sowie des Krankenversicherungsrechts gebieten, dass Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise zu erbringen sind (§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I), dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen (§ 2 Abs 1 S. 3 SGB V).

II. Entwicklungen in der Rechtsprechung zum Anspruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich

Die Rechtslage der Hilfsmittelversorgung ist stark geprägt durch Grundsätze, die der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entspringen. Waßer leitete ihren Vortrag⁷ mit der Feststellung ein, dass im Vergleich zu den anderen Hilfsmittelarten, die Voraussetzungen der Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich in geringerem Umfang aufgearbeitet seien. Dennoch zeigten sie und Welti, dass in der jüngeren Vergangenheit einige diesbezügliche Entwicklungen in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts stattgefunden haben.

Diskussionsstoff (siehe Rn. 23 ff.) über den anzulegenden Maßstab für die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe des oder der Einzelnen bei der Bewältigung des Alltags. Zur HMRL, siehe Waßer: Zur doppelten Ausstattung (Zweitversorgung) mit einem Hilfsmittel zur Sicherstellung der Schulfähigkeit – Anmerkung zu drei BSG-Entscheidungen vom 3. November 2011 – B 3 KR 3/11 R, B 3 KR 4/11 R, B 3 KR 5/11 R; Forum A, Beitrag A10-2012 unter www.reha-recht.de; 23.04.2012; Hackstein: Anspruch eines gehunfähigen Versicherten auf Versorgung mit einer elektrisch betriebenen Treppensteighilfe für einen Rollstuhl – BSG, Urt. v. 07.10.2010, B 3 KR 13/09 R; Forum A, Beitrag A25-2011 unter www.reha-recht.de; 04.10.2011, S. 5; Heidt: Fragen zu aktuellen Entwicklungen des Heil- und Hilfsmittelrechts – Zusammenfassung der Online-Diskussion im moderierten Forum „Fragen – Meinungen – Antworten zum Rehabilitations- und Teilhaberecht“ (24. Juni bis 13. Juli 2016); Beitrag D48-2016 unter www.reha-recht.de; 17.11.2016.

⁶ BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 30.01.2020 – 2 BvR 1005/18 –, juris, Rn 35 f.

⁷ Mit dem Titel „Teilhabeorientierung bei Hilfsmitteln aus Sicht von Gesetzgebung und Rechtsprechung“.

1. Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Allen Vorträgen war zu entnehmen, dass ein wichtiger Grundentscheid im Bewilligungsverfahren eines Hilfsmittels ist, welchem Zweck es dient, denn damit wird festgelegt, ob es sich um ein Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation handelt (mit allen verfahrensrechtlichen Folgen), oder nicht.

Welti führte aus, dass die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts lange Zeit die Ziele der Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung recht restriktiv auf die Wiederherstellung der Gesundheit und die Sicherung der Organfunktionen beschränkt habe.⁸ Mittlerweile seien der Behinderungsbegriff der UN-BRK und das Verständnis der ICF jedoch durchgedrungen. Das Bundessozialgericht habe in neuerer Rechtsprechung ausgeführt, dass Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nicht kurativ-therapeutisch auf eine Krankheit einwirken, sondern mit dem Ziel eingesetzt werden, die mit der Funktionsbeeinträchtigung verbundene Teilhabestörung auszugleichen, zu mildern, abzuwenden oder in sonstiger Weise günstig zu beeinflussen, um die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken⁹.

2. Die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

Die Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich werden im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht, um eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen (§ 47 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX), d. h. zunächst muss festgestellt werden, dass ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens beeinträchtigt ist und durch ein Hilfsmittel ausgeglichen werden soll.

Waßer führte aus, dass Inhalt und Umfang der Grundbedürfnisse von den Teilhabezielen des SGB IX mitbestimmt werden. Beispielhaft sei eine Entscheidung des BSG aus 2020, bei der um die Versorgung mit einer GPS-Uhr gestritten wurde.¹⁰ Die Krankenkasse

⁸ Dazu und ausführlich zu den Grundlagen der medizinischen Rehabilitation: Welti: Rechtliche Rahmenbedingungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Sehverlust – Grundlagen der medizinischen Rehabilitation nach der UN-Behindertenrechtskonvention sowie Vorgaben und Finanzierungsmöglichkeiten auf Grundlage des SGB IX und des Leistungsrechts der Rehabilitationsträger; Beitrag D16-2016 unter www.reha-recht.de; 06.05.2016

⁹ BSG, Urteil vom 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, SozR 4-2500 § 13 Nr 41, Rn. 32; dazu: Hamann: Keine Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V für Leistungen der medizinischen Rehabilitation – Anmerkung zu BSG, Ur. v. 15.03.2018 – B 3 KR 18/17 R; Beitrag A1-2019 unter www.reha-recht.de; 10.01.2019; Dittmann: Aktuelle Rechtsprechung zum SGB IX: Medizinische Rehabilitation: Psychotherapie, Hilfsmittel und stufenweise Wiedereingliederung – Bericht vom REHA-Rechtstag 2018; Beitrag A17-2019 unter www.reha-recht.de; 20.08.2019.

¹⁰ BSG, Ur. v. 10.09.2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 55; dazu: Nellissen: Versorgung mit einer GPS-Uhr mit Ortungsfunktion im Rahmen des mittelbaren Behinderungsausgleichs nach § 33 Abs. 1 Satz 1 Alt. 3 SGB V – Anmerkung zu BSG, Ur. v. 10.09.2020 – B 3 KR 15/19 R; Beitrag A24-2020 unter www.reha-recht.de; 18.12.2020.

lehnte die Versorgung ab, weil die Uhr aus ihrer Sicht ein Überwachungssystem darstelle, das den Betreuungsaufwand des Klägers mit Weglauftendenz bei Orientierungslosigkeit und Selbstgefährdung reduziere. Das BSG stellte jedoch fest, dass die Uhr dem Kläger einen höheren Grad an Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit in der Mobilität und bei Aufhalten an verschiedenen Orten in seiner Wohnung und im Nahbereich ermögliche, seinen Aufenthalt in verschlossenen Räumen der Wohnung oder im abgesperrten Nahbereich verringere und die Unabhängigkeit in der selbstbestimmten Mobilität ohne das Risiko einer erhöhten Selbstgefährdung fördere. Dieser Vorteil sei ein anzuerkennendes Grundbedürfnis im Rahmen der medizinischen Rehabilitation.¹¹

In den Ausführungen von Waßer und Welti wurde zudem betont, dass das BSG bei der Auslegung des hier betroffenen Grundbedürfnisses nach Mobilität im Nahbereich Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG sowie die dazu ergangene Rechtsprechung¹² und Art. 20 der UN-BRK berücksichtigte.¹³ Vor diesem Hintergrund stellte Welti zur Diskussion, ob z. B. der bisherige abstrakte, vom Wohnort unabhängige Maßstab zur Bestimmung des Nahbereichs bei Mobilitätshilfen¹⁴ noch aktuell sei.¹⁵

3. Gebrauchsvorteile im gesamten täglichen Leben

Bezüglich des Versorgungsumfangs mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich verwies Welti auf die in den 1970er Jahren entwickelte und fortgeschriebene Differenzierung zwischen Hilfsmitteln zum unmittelbaren und mittelbaren Behinderungsausgleich, die im Gesetz immer weniger eine Stütze gefunden habe und durch die Rezeption der ICF 2001 eigentlich obsolet wurde.

Waßer wies darauf hin, dass diese Differenzierung zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich nun vom BSG auch ausdrücklich aufgegeben wurde.¹⁶ Diese Entwicklung sei zu begrüßen, da die Unterscheidung oft zu nicht angemessenen Ergebnissen führte und Wertungsunterschiede erkennbar waren, deren gesetzliche Berechtigung fehlte. In Abgrenzung zu den anderen Teilhabeleistungen komme es daher allein auf den Umfang der mit dem begehrten Hilfsmittel zu erreichenden Gebrauchsvorteile im Hinblick auf das zu befriedigende Grundbedürfnis an.¹⁷ Eine Leistungspflicht

¹¹ BSG, Urt. v. 10.09.2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 55, Rn. 22.

¹² Siehe oben, S. 2.

¹³ BSG, Urt. v. 10.09.2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 55, Rn. 26 f.

¹⁴ BSG, Urt. v. 18.05.2011 – B 3 KR 12/10 R –, juris; BSG, Urt. vom 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 28 (mit weiteren Nachweisen).

¹⁵ Vgl. Giese: Kostenerstattung für schwenkbaren Autositz – Anmerkung zu BSG, Urt. v. 25.02.2015 – B 3 KR 13/13 R; Forum D, Beitrag D36-2015 unter www.reha-recht.de; 02.10.2015; Ulrich: Erstattung der Anschaffungskosten für ein Rollstuhl-Bike – Anmerkung zu BSG Urt. v. 18.05.2011 – B 3 KR 12/10 R; Forum A, Beitrag A27-2011 unter www.reha-recht.de; 31.10.2011.

¹⁶ Siehe BSG, Urt. v. 07.05.2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 27. In Ansätzen bereits in BSG, Urt. v. 15.03.2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, SozR 4-2500 § 13 Nr 41, Rn. 42 und schließlich völliger Verzicht auf diese Differenzierung in BSG, Urt. v. 10.09.2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 55.

¹⁷ BSG, Urt. v. 07.05.2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 27.

bestehe demnach nur dann und insoweit, wie mit dem Hilfsmittel wesentliche Gebrauchsvorteile im gesamten täglichen Leben verbunden sind.¹⁸

Beim Blick auf die Ermittlung der Gebrauchsvorteile im gesamten täglichen Leben sieht Welti weiterhin offene Baustellen, um dem Maßstab der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe (§ 1 SGB IX) unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse und des Wunsch- und Wahlrechts (§ 8 SGB IX) gerecht zu werden. In diesem Zusammenhang betonte Waßer die Bedeutung des Teilhabepfandes (§ 19 SGB IX), der für eine leistungsgruppen- und trägerübergreifende Versorgung und schließlich zur Erreichung der Ziele des SGB IX erforderlich ist.

III. Die Hilfsmittelversorgung nach dem BTHG aus sozialmedizinischer Perspektive

Einen Einblick in die Hilfsmittelversorgung aus Perspektive der sozialmedizinischen Praxis lieferte Schmidt-Ohlemann, der verschiedene Kritikpunkte aufgriff und vor diesem Hintergrund die Verfahren der vertragsärztlichen Verordnung, der Bewilligung durch die Krankenkassen und der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) genauer in den Blick nahm.

1. Die Kritik an der Versorgungspraxis mit Hilfsmitteln

Schmidt-Ohlemann verwies zunächst auf Kritikpunkte in der Versorgungspraxis mit Hilfsmitteln, die bereits seit längerer Zeit angebracht werden¹⁹ und die zuletzt lauter wurden im Kontext der Versorgung vor allem von Kindern aber auch von Erwachsenen mit schweren oder sehr schweren Behinderungen, insbesondere mit Rollstühlen, Mobilitätshilfen, Sitzschalen oder Kommunikationshilfen sowie bezüglich der Prüfungs- und Begutachtungspraxis durch den MD und der Genehmigungsverfahren der Krankenkassen.²⁰ Im Konkreten werde kritisiert, dass

¹⁸ Zur damit verbundenen Schnittstelle zwischen Hilfsmitteln zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, siehe Dittmann: Die Hilfsmittelversorgung an der Schnittstelle der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der medizinischen Rehabilitation – Teile I und II; Beiträge A11- und A12-2019 unter www.reha-recht.de; 30. und 31.07.2019.

¹⁹ Bereits 2006 und 2009 habe die DVfR in zwei Positionspapieren Probleme in der Hilfsmittelversorgung benannt, die heute praktisch unverändert zuträfen (DVfR, Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln, 2006, abrufbar unter https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR-Hilfsmittel-Expertise_061017.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2021 und DVfR, Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, 2009, abrufbar unter https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_L%C3%B6sungsoptionen_Hilfsmittelversorgung_Okt._2009.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2021).

²⁰ Die Kritik wurde insbesondere durch eine Petition an den Bundestag (Petition 119194, „Stoppt die Blockade der Krankenkassen bei der Versorgung schwerst behinderter Kinder/Erwachsener“ vom 27.12.2020, abrufbar unter <https://epetitionen.bundestag.de/epet/petition/pdfdownload?petition=119194>, zuletzt abgerufen am 13.12.2021) sowie durch das Aktionsbündnis für bedarfsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung kommuniziert.

- ärztliche Verordnungen, auch wenn sie auf Bedarfsermittlungen interdisziplinär arbeitender und spezialisierter Expertenteams beruhen, systematisch von den Krankenkassen und dem MD in Frage gestellt würden,
- Begutachtungen durch fachfremde Begutachter erfolgten,
- Ablehnungen häufig und mit Verweis auf nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Hilfsmittel oder auf Pflegegutachten oder nur nach Aktenlage vorkommen,
- Klärungsverfahren zwischen den verschiedenen Akteuren erhebliche Kapazitäten binden,
- Widerspruchsverfahren häufig erforderlich seien,
- der Versorgungsprozess langwierig sei,
- Betroffene und ihre Familien häufig überfordert seien und häufig resignierten,
- wohnortferne Anbieter von den Krankenkassen beauftragt würden und
- eine Klärung vor Gericht erforderlich werde oder angedroht werden müsse.

Besondere Betonung erfuhr die bereits 2009 von der DVfR formulierte Forderung²¹ und mittlerweile anerkannte Rechtspflicht²², dass die Krankenkassen bei jeder Hilfsmittelverordnung prüfen müssen, ob es sich dabei um eine Leistung zur Teilhabe handelt, die ein Rehabilitationsverfahren mit umfassender Bedarfsermittlung und -feststellung in Gang setzt. Gründe dafür, warum dies in der Praxis regelmäßig nicht geschehe, hat Schmidt-Ohlemann anschließend aufgeführt.

2. Die Rolle der vertragsärztlichen Verordnung in der Hilfsmittelversorgung

Eine Ursache für unzureichende Bedarfsermittlungen und -feststellungen nach den Kriterien des SGB IX sieht Schmidt-Ohlemann darin, dass der Zugang zur Hilfsmittelversorgung in der Regel über eine Verordnung eines Vertragsarztes oder einer Vertragsärztin erfolge (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V), zu deren Aufgaben eine umfassende Bedarfsermittlung im Sinne des SGB IX aber nicht gehöre.

Die Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (HMRL)²³ sehe zwar vor, dass sich die Notwendigkeit eines Hilfsmittels aus einer Diagnose sowie einer Gesamtbetrachtung im Sinne des biopsychosozialen Modells der ICF ergebe (§ 6 Abs. 3 HMRL), diese Anforderung aber für die Verordnungspraxis nicht formalisiert und bei den Vertragsärztinnen und -ärzten nicht üblich sei. Die Verordnung mit Leistungen zur

²¹ DVfR, Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, 2009, S. 10 ff. abrufbar unter https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_L%C3%B6sungsoptionen_Hilfsmittelversorgung_Okt._2009.pdf, zuletzt abgerufen am 13.12.2021

²² Siehe II.1.

²³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung, in der Fassung vom 21.12.2011, zuletzt geändert am 18.03.2021, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2467/Hilfsm-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

medizinischen Rehabilitation erfolge über das Muster 61²⁴, das allerdings keine Hilfsmittel aufführe und sich auf Leistungen nach §§ 40 und 41 SGB V beschränke. Das grundsätzlich anzuwendende Musterblatt 16²⁵ zur Verordnung von Hilfsmitteln sei nur ein einfaches Rezept.

Schmidt-Ohlemann kommt daher zum Zwischenergebnis, dass die Vorgaben zur vertragsärztlichen Verordnung dem SGB IX, insb. § 13 SGB IX, nicht entsprechen, vor allem, weil eine entsprechende Begründung des Bedarfs und eine Dokumentation der Bedarfsermittlung regelmäßig nicht stattfinden aber auch nicht verpflichtend seien.

Dennoch gebe es spezialisierte Ärzte, Ärztinnen und Einrichtungen²⁶, die gute Begründungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln schrieben, die den Kriterien einer umfassenden Bedarfsermittlung nach dem SGB IX in der Regel aber auch nicht vollends entsprechen würden. Zudem berichtet er von der Erfahrung, dass diese Begründungen, wenn sie vorhanden sind, von den Krankenkassen nicht regelhaft in den Entscheidungsprozess einbezogen und den MD's nicht zur Begutachtung vorgelegt werden.

3. Die Bewilligungspraxis der Krankenkassen in der Hilfsmittelversorgung

In § 33 Abs. 5a S. 1 SGB V ist klargestellt, dass eine vertragsärztliche Verordnung für Hilfsmittel erforderlich ist, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Sofern die Krankenkassen (in den vertraglichen Vereinbarungen mit den Hilfsmittelerbringern²⁷) nicht auf eine Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichten, haben sie den Antrag auf Bewilligung eines Hilfsmittels mit eigenem weisungsgebundenem Personal zu prüfen (§ 33 Abs. 5b S. 1 SGB V). In geeigneten Fällen können sie dazu den MD einschalten (§ 33 Abs. 5b S. 2 SGB V). Schmidt-Ohlemann berichtet, dass dabei häufig nach Aktenlage und unter Heranziehung von Pflegegutachten, deren Aussagen mit Blick auf einen Pflegebedarf und nicht die Ziele des SGB IX getroffen werden, geprüft wird.

Kritisch sieht er auch, dass die Krankenkassen in ihrer Rolle als leistende Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf erfahrungsgemäß nicht umfassend ermitteln und feststellen (siehe § 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX), sondern bei fehlender Sachverhaltsaufklärung die Genehmigung eines Hilfsmittels verweigerten. Eine solche Praxis verstoße jedoch gegen zwingende gesetzliche Vorschriften (vgl. § 7 Abs. 2 SGB IX).

Schließlich weist Schmidt-Ohlemann darauf hin, dass von den Trägern der Eingliederungshilfe über eine zunehmende Weiterleitung der Anträge von den Krankenkassen an sie berichtet wird. Seine praktischen Erfahrungen zeigten, dass für die Hilfsmittelversorgung an dieser Schnittstelle oft eine gemeinsame Zuständigkeit von Krankenkassen (medizinische Rehabilitation) und Eingliederungshilfeträgern (Soziale Teilhabe)

²⁴ Abrufbar unter <https://www.kbv.de/html/21431.php>.

²⁵ Abrufbar unter <https://www.kbv.de/html/27760.php>.

²⁶ Z. B. Sozialpädiatrische Zentren oder Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderungen.

²⁷ Bundestags-Drucksache 17/10170, S. 25.

in Betracht komme, bei der eine gemeinsame Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX durchzuführen wäre. Dies finde praktisch allerdings nicht statt.

4. Die Rolle des Medizinischen Dienstes in der Hilfsmittelversorgung

Die Krankenkassen können vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den MD nach § 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V prüfen lassen, ob das begehrte Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33 Abs. 5b S. 2 SGB V). Im Jahr 2020 seien etwa 276.000 entsprechende Gutachten durch den MD erstellt worden. Diese müssten, so Schmidt-Ohlemann, auch den Kriterien an eine umfassende Bedarfsermittlung nach dem SGB IX entsprechen, was jedoch regelmäßig nicht der Fall sei. Da die Krankenkassen keine externen Gutachter beauftragen dürfen (§ 33 Abs. 5b S. 3 SGB V), finde daher im krankenversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahren zur Hilfsmittelversorgung praktisch keine umfassende Bedarfsermittlung statt, ohne die in der Regel allerdings auch keine Teilhabeplanung möglich sei. Betroffene machen wiederum von ihrer Möglichkeit, eine Teilhabeplanung oder Teilhabeplankonferenz einzufordern (§ 19 Abs. 2 S. 3 SGB IX, § 20 Abs. 1 S. 2 SGB IX), nur selten Gebrauch.

Die Frage Schmidt-Ohlemanns, welche Auswirkungen die beschriebenen Verfahrensmängel auf den Leistungsanspruch haben können, beantwortete Waßer. Sie sehe keine Möglichkeit, ein Hilfsmittel allein deshalb zu gewähren, weil keine umfassende Bedarfsermittlung und -feststellung erfolgt und verweist auf die Chancen und Grenzen, die § 18 SGB IX (Erstattung der Kosten für selbstbeschaffte Leistungen) bietet.

IV. Fazit

In den dargestellten Vorträgen wurde positiv hervorgehoben, dass durch UN-BRK, ICF und BTHG neue Verständnisse in das Recht hineingebracht und von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung teilweise bereits aufgegriffen wurden. Insbesondere für die Rechtspraxis gilt es die (neuen) Maßstäbe jedoch noch fruchtbar zu machen – sei es, wie von Schmidt-Ohlemann vorgeschlagen, durch gemeinsame Empfehlungen auf Ebene der BAR oder durch Entscheidungen der Sozialgerichte, die, wie Welti hervorhob, zwar lange dauern können aber häufig erfolgreich seien.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
