

# Hilfsmittelversorgung nach dem BTHG aus sozialmedizinischer Perspektive

**Matthias-Schmidt-Ohlemann**

Workshop 2

„Hilfsmittelversorgung nach dem Bundesteilhabegesetz“

Ltg. Prof. Dr. Felix Welti

DVfR-Kongress „Hilfsmittel sichern Teilhabe – Technik für  
Inklusion in Alltag und Beruf“

Online 8.-9.11.2021

- Die **Sozialmedizin** ist ein **eigenes Fachgebiet innerhalb der Medizin**. Die Berufsgruppe ist in verschiedenen Aufgabenfeldern tätig. Sozialmedizinische Aspekte sind zudem **Bestandteil der alltäglichen Praxis von Gesundheitsversorgung und der Rehabilitation**, wie sie von ÄrztInnen und anderen Berufsgruppen ausgeführt wird. Die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin ist z.B. Voraussetzung zur Leitung einer Rehaeinrichtung.
- **Sozialmedizinische Praxis thematisiert den Zusammenhang von Krankheit, Gesundheit, der Gesundheitsversorgung einschl. Prävention, Rehabilitation und Palliation und Gesellschaft**, z.B. in Form der Epidemiologie, public health, soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit u.a. sowohl wissenschaftlich als auch praktisch in verschiedenen Handlungsfeldern.
- **Ein wesentlicher Teil der Sozialmedizin ist die Sozialversicherungsmedizin**. Hier liegen die Schwerpunkte auf der Beratung der Leistungsträger, der Versicherten und der Begutachtung.
  - Insofern Hilfsmittel auf die Verbesserung der Teilhabe zielen, ist die Hilfsmittelversorgung Thema für die Sozialmedizin.
  - Hilfsmittel gehören leistungsrechtlich sowohl zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation als auch zur sozialen Rehabilitation
  - Deshalb ist es sinnvoll, die Bedeutung der Hilfsmittelversorgung aus sozialmedizinischer Perspektive zu beleuchten und den Bedarf im Hinblick auch auf die gesellschaftliche Teilhabe zu beschreiben und ggf. zu begutachten.

Ohne auf das Fachgebiet Sozialmedizin selbst umfassend einzugehen, bedeutet sozialmedizinische Perspektive bei der Hilfsmittelversorgung (HMV) die Auseinandersetzung in den Kontexten Krankenbehandlung, Pflege, Rehabilitation und Versorgungsmedizin

- patientenbezogen mit
  - Ermittlung und ggf. Überprüfung des individuellen Bedarfs an Hilfsmitteln im Hinblick auf das Erreichen von Behandlungs- und/oder Rehabilitationszielen bei der konkreten HMV
  - den sozialrechtlichen Grundlagen der HMV und ggf. eine sachgerechte leistungsrechtliche Zuordnung
  - Wahrnehmung verschiedener Aufgaben im Prozess der HMV, z.B.
    - Beratung,
    - Bedarfsermittlung,
    - Verordnung bzw. deren Begründung
    - Beurteilung, Begutachtung jeweils im Hinblick auf den Auftraggeber (Patient, Rehabilitand, Kostenträger)
    - Gutachten für Gerichte (nach Widerspruch und bei Klageerhebung)
- Dazu gehört jeweils eine klare Definition des Auftraggebers und der jeweiligen Rolle, u.a.
  - Als Vertragsarzt oder anderweitiger Verordner (z.B. in Rehakliniken),
  - Als Berater (z.B. Ärzte und teams in MZEB, Rehaeinrichtungen)
  - Als Berater (Hilfsmittelverzeichnis) und als Gutachter bei den Rehaträgern, der Versorgungsverwaltung, ggf. zur Ermittlung des Bedarfes (Befundberichte)
  - Als Berater/gutachter als Landesarzt für Behinderte
  - Als Unterstützer der Rehabilitanden/Patienten im Rehabilitationsprozess (Antragsverfahren)

Sozialmedizinische Perspektive bei der Hilfsmittelversorgung (HMV) ist in den Kontexten Krankenbehandlung, Pflege, Rehabilitation und Versorgungsmedizin relevant

- Übergreifend mit
  - Richtlinien und Leitlinien
  - Hilfsmittelverzeichnis
  - Vereinbarungen/Empfehlungen der Rehaträger
  - Begutachtungsempfehlungen
  - Versorgungsmedizin-Verordnung
- In Institutionen
  - MD/MDS in der GKV
  - Sozialmed. Dienste der Rehaträger ( RV, UV)
  - ÖGD für die Träger der Eingliederungshilfe
  - Ärztlicher Beirat Versorgungsmedizin beim BMAS
  - Med. Dienste bei den Versorgungs-/Integrationsämtern und Orthop. Versorgungsstellen
  - Wissenschaftlichen Fachgesellschaften

## Fragestellungen aus sozialmedizinischer Perspektive:

- Welchen Einfluss kann das BTHG auf die HMV nehmen?
- Kann eine wesentliche Ursache für die beklagten Problemstellungen (s.u.), darin bestehen, dass das SGB IX im Zusammenspiel mit dem SGB V nicht hinreichend umgesetzt wird?
- Welche Lösungsvorschläge lassen sich daraus ableiten.
  
- Ferner soll kurz auf die Problematik der Berücksichtigung von Hilfsmitteln bei der Festlegung des Grades der Behinderung (GdB) im Rahmen der Versorgungsmedizinverordnung (6. Änderungsverordnung) eingegangen werden.

- Ausgaben der GKV 2020 für Hilfsmittel: 9,3 Mrd. € (3,74 % der Gesamtausgaben)
- Ausgaben der SPV 2019 für Hilfsmittel: 1,19 Mrd. € (4,71 % der Gesamtausgaben)

## Begutachtungen des MD im Bereich Hilfsmittel

Begutachtungen GKV 2020	gesamt:	4 286 000
	Hilfsmittel:	276 000
	Rehabilitation	32 800
Begutachtungen SPV 2019	gesamt	2 796 000
	Sonstige*	215 000

\* Sonstige umfasst u.a. Pflegehilfsmittel, Wohnumfeld. Exakter Anteil für Hilfsmittel nicht ermittelbar.

- Die aktuell lauter gewordene Kritik bezieht sich auf
  - Die HMV bei Menschen mit schweren und sehr schweren Beeinträchtigungen, und zwar insbesondere bei Kindern aber auch bei Erwachsenen
  - Insbesondere bei Rollstühlen und Mobilitätshilfen, Sitzschalen, Kommunikationshilfen
  - Die Prüfungs-/Begutachtungspraxis durch den MD
  - Die Genehmigungsverfahren durch die Krankenkassen.
- Diese Kritik äußert sich u.a.
  - In einer Petition an den Bundestag (Petition 119194)
  - Durch ein Aktionsbündnis für bedarfsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung, der sich zahlreiche Personen und Institutionen angeschlossen haben
  - In der AG Hilfsmittel der BAG SPZ
  - Im Fachausschuss Hilfsmittel der DVfR
- Probleme bei einer teilhabeorientierten HMV sind nicht neu. Die DVfR hat bereits 2006 dazu eine umfangreiche Expertise erstellt: „Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln - Eine Expertise der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation zu aktuellen Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln“ sowie 2009 ein Positionspapier „Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln – Lösungsoptionen der DVfR –“ vorgelegt, deren Ergebnisse auch heute noch leider unverändert gültig sind.

- Kritisiert wird eine Versorgungspraxis, die die Rechte der Betroffenen auf Leistungen zur Teilhabe verletzt und zu erheblichen Beeinträchtigungen der Teilhabe führt. Im Einzelnen, dass:
  - die ärztlichen Verordnungen systematisch vom MD und den KK in Frage gestellt werden, auch wenn sie ersichtlich auf einer umfassenden Bedarfsermittlung durch interdisziplinär arbeitende und spezialisierte Expertenteams bzw. Einrichtungen beruhen (SPZ, MZEB)
  - Die Begutachtungen durch fachfremde Gutachter erfolgen
  - Vorgelegte Begründungen nicht oder nicht angemessen einbezogen werden
  - Ablehnungen sehr häufig sind (Schätzungen: bei komplexen Hilfsmitteln bis zu einem Drittel), u.a. auch unter Verweis auf im HVM nicht gelistete Hilfsmittel oder auf vorliegende Pflegegutachten, und häufig nur nach Aktenlage erfolgen
  - Klärungen zwischen OT, KK, Behandler, Patient, gesetzl. Betreuer, Assistenz extrem aufwändig sind (Fragebögen, Schriftwechsel) und erhebliche Kapazitäten bei den Behandlern binden
  - Widerspruchsverfahren häufig erforderlich werden
  - der Versorgungsprozess sich oft über viele Monate hinzieht und es zu erheblichen Verzögerungen kommt.
  - Betroffene und ihre Familien mit der Durchsetzung ihrer Ansprüche überfordert sind, erheblich zusätzlich zu ihren Betreuungsaufgaben im Alltag belastet werden und häufig resignieren
  - Wohnortferne Anbieter von den Kassen beauftragt werden
  - Eine Klärung bei Gericht erforderlich wird oder angedroht werden muss.



Aus dieser Kritik, die den Erfahrungen zahlreicher ExpertInnen und Betroffenen entspricht, werden u.a. folgende Forderungen abgeleitet:

- Transparenz der Versorgungspraxis und der Entscheidungsgrundlagen
- Beschleunigung und sachgerechte Gestaltung des Genehmigungsverfahrens
- Ein weitgehender Verzicht auf eine MD-Begutachtung, wenn die Verordnungen ersichtlich durch ein spezialisiertes und kompetentes Zentrum erfolgt.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass

- die Begründungen für ärztliche Verordnungen oft nicht hinreichend dokumentiert werden
- Die Anspruchsgrundlagen oft nicht sauber aufgearbeitet sind
- Die Preise für die jeweilige HVM nicht immer hinreichend begründet sind.

Die DVfR hat bereits 2009 u.a. gefordert

- Die Krankenkasse hat bei jeder eingehenden Verordnung zu prüfen, ob es sich bei der Verordnung eines Hilfsmittels um ein Hilfsmittel im Sinne des § 31 SGB IX handeln kann, und ob die Verordnung insofern als Antrag auf Leistungen zur Teilhabe anzusehen ist.
- Ist dies der Fall, sollen die Vorschriften des SGB IX umgesetzt werden. Dieses Verfahren kann durch Abschluss einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX (heute § 26 SGB IX) zur Hilfsmittelversorgung näher geregelt werden. Dabei kann u. a. auch die Einbindung der behandelnden Ärzte beschrieben werden.

Das BTHG hat keine grundsätzlichen Änderungen im Hinblick auf die Anspruchsgrundlagen für Hilfsmittel vorgenommen:

Der Wortlaut von § 47 SGB IX ebenso wie die Eingliederungshilfeverordnung wurden nicht verändert.

Allerdings gibt es im allgemeinen Teil des SGB IX Änderungen bzw. Klarstellungen, die für die H MV von Bedeutung sind:

- § 2                    Begriff der Behinderung (Wechselwirkungsmodell)
- § 13, § 118        Bedarfsermittlung (Konkretisierung der Verfahren)
- § 14 ff             Zuständigkeitsklärung (u.a. Klarstellung)
- § 19ff              Teilhabeplanung, § 117 ff Gesamtplanverfahren
- § 90                Konkretisierung der Aufgaben der Eingliederungshilfe (Med. Reha nur als Ausfallbürge, Umfang wie GKV, dadurch weitgehend Beschränkung auf die soziale Teilhabe)
- § 135 ff            Einkommen und Anrechnung (Änderung der Bedürftigkeitsprüfung und Anrechnung von Einkommen und Vermögen– Erweiterung des berechtigten Personenkreises)

Die **Verordnung von Hilfsmitteln ist als Aufgabe der Vertragsärzte** nach § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB (Sicherstellungsauftrag) definiert.

Allerdings gehört **eine umfassende Bedarfsermittlung im Sinne des SGB IX nicht zu den Aufgaben des Vertragsarztes.**

Sie wird beschränkt auf die Maßnahmen zur med. Rehabilitation nach § 40 oder 41 SGB V und erfolgt auf dem Muster 61. (33,60 €) Dort sind Hilfsmittel als Leistung zur med. Rehabilitation nicht vorgesehen.

Die Verordnung von Hilfsmitteln erfolgt auf einem einfachen Rezept. (Muster 16). Ausnahme Seh- und Hörhilfen auf eigenen Formularen.

Näheres regelt die Hilfsmittelrichtlinie des GBA. Dort wird beschrieben, was der VA bei der VO von Hilfsmitteln zu beachten hat.

U.a. hat er die Notwendigkeit eines Hilfsmittels unter Anwendung des biopsychosozialen Modells in einer Gesamtbetrachtung zu prüfen. Die Prüfung hat auch Alternativen zu umfassen.

**Der VA ist derzeit nicht verpflichtet, seine Bedarfsermittlung zu dokumentieren.** Durch die Formulierung ist nicht gewährleistet, dass die Anforderungen nach § 13 oder 118 SGB IX erfüllt werden. Der VA soll nur ggf. ergänzende Angaben zur Gesamtbetrachtung in freier Form machen.

**Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorschriften zur HMV im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als Leistung der medizinischen Rehabilitation die Vorgaben des SGB IX nicht hinreichend erfüllen. In der Praxis erfolgt eine gesetzeskonforme Begründung des Bedarfes in der Regel nicht.**

In § 6 Abs. 3 heißt es:

„(3) Die Notwendigkeit für die Verordnung von Hilfsmitteln (konkrete Indikation) ergibt sich nicht allein aus der Diagnose. Unter Gesamtbetrachtung (ICF) der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), der noch verbliebenen Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik sind der Bedarf, die Fähigkeit zur Nutzung, die Prognose und das Ziel einer Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer, für die Versicherte oder den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel (§ 3 Absatz 1) zu berücksichtigen.“

Diesen Anforderungen kommen immerhin teilweise Ärztinnen und Ärzte sowie Einrichtungen und Dienste nach, die auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung spezialisiert sind, z.B. SPZ und MZEB, in dem sie HMVersorgungen eingehend begründen. Selbst hier werden die Vorgaben zur systematischen Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX jedoch meist nicht vollständig berücksichtigt. Die ergänzenden Informationen werden nach vorliegenden Erfahrungen nicht regelhaft in den Entscheidungsprozess der KK einbezogen, z.T. nicht einmal dem MD zur Begutachtung vorgelegt. Hiergegen richtet sich die vorgetragene Kritik der SPZ.

(Hinweis: Finanzierung?)

- Die Krankenkassen prüfen die eingegangene **Verordnung** (selten ein Antrag des Versicherten) und den dazu eingereichten **Versorgungsvorschlag** und den **Kostenvoranschlag** des Sanitätshauses.
- Für einige Hilfsmittel werden gelegentlich ergänzende Informationen standardisiert über Fragebögen eingeholt oder es erfolgen Nachfragen zu einzelnen Aspekten.
- **Eine ärztliche Verordnung ist nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend hiervon kann eine ärztl. Verordnung verlangt werden, wenn die KK auf eine Prüfung verzichtet hat. (§ 33 Abs. 5a)**
- Die Prüfung erfolgt durch eigenes, weisungsgebundenes Personal. (§ 33 Abs. 5b)
- **Eine Prüfung durch den MD, ob das Hilfsmittel erforderlich ist, ist möglich. Eine Begutachtung durch Dritte ist unzulässig (§ 33 Abs. 5b SGB V).**
- **In der Regel erfolgt die Prüfung nach Aktenlage. Häufig werden vorhandene Unterlagen, insbesondere Pflegegutachten herangezogen.**
- Bei kompl. Hilfsmitteln erfolgt nach eigenen Erfahrungen in über 50 % bei den genannten HM keine sofortige Genehmigung,. Z.T. werden Änderungen am Kostenvoranschlag verlangt, z.T. wird die Versorgung nicht genehmigt, insbesondere wegen unzureichender Informationen bzw. Begründung.
- **Eine umfassende BE einschl. einer nachvollziehbaren Dokumentation sowie eine begründete Bedarfsfeststellung nach den Vorschriften des SGB IX erfolgt dennoch nicht.**
- Von der **Möglichkeit der Weiterleitung** wird zunehmend Gebrauch gemacht, unterbleibt jedoch in zahlreichen Fällen, auch bei Ablehnungen, trotz vorliegender Hinweise auf die Möglichkeit einer Zuständigkeit z.B. des Eingliederungshilfeträgers.

- Die Krankenkasse kann den MD beauftragen, die Erforderlichkeit des HM zu prüfen.
- Dazu muss dieser die dokumentierten Ergebnisse der BE (meist nicht vorhanden oder unzureichend) prüfen bzw. muss den Bedarf bei unzureichenden Informationen selbst ermitteln.
- Auch hier gelten die Vorschriften des SGB IX.
- Sämtliche mir bekannten sog Gutachten des MD erfüllen die Kriterien einer umfassenden und auch trägerübergreifenden BE nach dem SGB IX nicht, kommen dem allenfalls gelegentlich nahe.
  - Häufig findet sich nur ein Kurzvermerk
  - U.a. werden die Ergebnisse der Pflegebegutachtung als Grundlage genommen
  - Die Beeinträchtigungen werden nicht umfassend ermittelt
  - Der Sachverhalt wird im Hinblick auf die Teilhabeziele nicht aufgeklärt
  - Die Gesamtheit möglicher Maßnahmen wird nicht erörtert.
  - Ablehnung erfolgt, da die Kriterien des Hilfsmittelverzeichnisses nicht erfüllt seien, oder das HM sei dort nicht vorgesehen.
- **D.h. es werden keine Gutachten sondern allenfalls sozialmedizinische Beurteilungen abgegeben.**
- **Mit Hinweis auf die Zuständigkeit der eigenen sozialmedizinischen Dienste wird in der Praxis eine Begutachtung nach § 17 SGB IX nicht durchgeführt.**
- **Es erfolgt in der Regel keine Teilhabeplanung**
- Bistlang spielen Verfahrensfragen aber nach meiner Kenntnis in Gerichtsverfahren kaum eine Rolle.

- In der Praxis versucht man sich folgendermaßen zu behelfen:
  - spezialisierte Ärzte und Einrichtungen, z.B. SPZ, MZEB sowie Rehakliniken erarbeiten eine mehr oder weniger umfangreiche Begründung. Auch diese entsprechen in der Regel den Anforderungen an die BE nach § 13 nicht vollständig. U.a. erfolgt keine strenge Orientierung am biopsychosozialen Modell.
  - Solche Begründungen werden nicht regelhaft als BE - oder auch überhaupt nicht - durch die Krankenkasse berücksichtigt (oft mit der Unterstellung der Interessensleitung und der Beeinflussung der Verordnung durch den Leistungsanbieter)
  - Der rechtliche Status von Verordnungen/Begründungen durch Rehakliniken ist unklar, oft wird eine vertragsärztliche Ermächtigung gefordert.
  - In manchen Fällen werden standardisierte Fragebögen von den Kassen an Ärzte gesendet, die den Sachverhalt nicht hinreichend erfassen
  - Betroffene bzw. ihre Angehörigen intervenieren persönlich.
- **Der Rehaträger hat den Bedarf festzustellen und ggf. eine Teilhabeplanung durchzuführen, insbesondere dann, wenn nach seiner Meinung nach die Teilhabeziele auch anders als durch die beantragte Leistung (HM) erfüllt werden können und andere Träger zuständig sein können, so dass beantragte Hilfsmittel abgelehnt wurde.**
- **Auch von den Betroffenen wurden die im SGB IX vorgesehenen Instrumente der Teilhabeplanung und insbesondere auch von Teilhabekonferenzen bislang nicht gefordert oder gar eingeklagt.**

**Zwischenfazit: Die HMV im Rahmen der GKV entspricht nicht den abweichungsfesten Vorgaben zum Verfahren zum Umgang mit Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe, obwohl die HMV, die dem Behinderungsausgleich dient, eine Leistung medizinischer Rehabilitation ist.**

**Der Gesetzgeber macht im SGB V oder auch IX, und dies hat sich durch das BTHG nicht verändert, kaum konkrete Vorgaben für die Bemessung der Leistungen (anders bei Seh- und Hörhilfen).**

Sie müssen u.a. erforderlich sein, um eine Behinderung bei der Befriedigung von **Grundbedürfnissen des täglichen Lebens** auszugleichen. Er lässt offen, was unter Grundbedürfnissen zu verstehen ist. **Die Konkretisierung bleibt weitgehend der Rechtsprechung vorbehalten. Diese wird kritisiert** (s. dazu Fuchs, 2021)

Einen allgemeinen Diskurs zum Thema Grundbedürfnisse im Lichte der UN-BRK kann ich nicht erkennen.

Immerhin gibt der Gesetzgeber in § 33 Abs. 1 Satz 3 einen Hinweis: „Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist.“

Konkretisierungen nimmt die GKV durch das Hilfsmittelverzeichnis vor.

**Offene Fragen betreffen u.a. Mehrfachversorgungen, Elektrorollstühle bei schweren Beeinträchtigungen, Definition des Nahbereiches und des Basisausgleichs u.a.**



- Nach § 76 haben Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe (und anderer Rehaträger) Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln.
- Insoweit es sich um Leistungen der medizinischen Rehabilitation handelt, entsprechen die Leistungen denen der GKV, maßgeblich sind die Ermittlungen und Feststellungen nach Kap 3 und 4 SGB IX.
- Hilfsmittel kommen jedoch auch als Leistungen nach § 113 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. mit § 90 Abs. 5 SGB IX in Betracht. Maßgeblich sind hier die Ergebnisse des Gesamtplanverfahrens (§ 117 ff SGB IX)
- **Konkretisiert werden die Ansprüche auf Hilfsmittel in der Eingliederungshilfeverordnung, die offen formuliert ist (§ 9 Andere Hilfsmittel). Dazu gehören auch: “Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens und zur nichtberuflichen Verwendung bestimmte Hilfsgeräte für behinderte Menschen, wenn der behinderte Mensch wegen Art und Schwere seiner Behinderung auf diese Gegenstände angewiesen ist.”**
- Eine gemeinsame Zuständigkeit von GKV und EH ist möglich. In diesem Falle ist eine gemeinsame Teilhabeplanung durchzuführen. Dies erfolgt durchgängig nicht.
- Die KK hat bei eindeutiger Nichtzuständigkeit den Antrag weiterzuleiten.
- **Der Leistungsanspruch im Rahmen der EH erhält durch das BTHG deshalb eine deutlich höhere Bedeutung, weil die Anrechnung von Einkommen und Vermögen geändert und die Grenzen deutlich heraufgesetzt wurden. Dadurch erweitert sich der Kreis der Leistungsberechtigten nach § 99 SGB IX deutlich.**

- Die Möglichkeiten, durch geeignete Verfahren eine bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Anwendung des SGB IX in seiner neuen Form zu erreichen, werden bislang weder von den Krankenkassen noch von den Leistungsberechtigten genutzt.
- Verfahrensmängel wurden bislang nicht systematisch aufgearbeitet. Stattdessen erschöpfen sich die Akteure in der Auseinandersetzung um Einzelfälle.
- Die Frage an die Juristen ist, ob und wann Verfahrensfehler seitens des Rehaträgers einen Anspruch auf das verwehrte Hilfsmittel begründen können.
- Die Verfahren des SGB IX sind am weitesten in der Eingliederungshilfe umgesetzt. Hieraus kann man Hinweise für die konkreten Verfahrensweisen gewinnen.
- Entscheidend ist eine SGB IX konforme Bedarfsermittlung und –feststellung, ggf. eine darauf folgende Teilhabeplanung.
- Auf die konkreten Vorschläge der DVfR aus dem Jahre 2009 wird verwiesen.
- Die aktuelle Kritik am Prozess der H MV und dessen Gestaltung ist aufzunehmen und ein Prozedere zu vereinbaren, z.B. im Rahmen einer Gemeinsamen Empfehlung, das eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet und Verzögerungen, Widersprüche und Gerichtsverfahren vermeiden hilft und die Akteure, insbesondere die Betroffenen, ihre Familien und die sie versorgenden Dienste und Einrichtungen, aber auch die Krankenkassen entlastet.
- Der Unterscheidung zwischen rein therapeutisch wirkenden Hilfsmitteln und solchen für den Behinderungsausgleich kommt dabei eine große Bedeutung zu.

Die Frage, ob und wie **Hilfsmittel bei der Feststellung des Grades der Behinderung zu berücksichtigen sind, hat** in der Diskussion um die 6. Änderungsverordnung der VersMedV eine entscheidende Rolle gespielt. Diese wurde nach einer intensiven Diskussion, auch in der DVfR, und Auseinandersetzung zwischen dem BMAS und den Verbänden der Betroffenen nicht erlassen sondern zurückgestellt.

- **Bislang wurden Hilfsmittel im Allgemeinen Teil der Anlage zu § 2 der Verordnung bei der Feststellung des GdB nicht ausdrücklich, allenfalls implizit als Bestandteil der Standardumgebung berücksichtigt.**
- Hilfsmittel wurden lediglich bei wenigen einzelnen Schädigungen bei der Bewertung einbezogen (Brille).
- Der **Entwurf der 6. Änderungsverordnung** sah im allgemeinen Teil ausdrücklich vor, dass Hilfsmittel regelmäßig bei der Bewertung des GdB Berücksichtigung finden müssen, und zwar in allgemeiner Form nach Erfahrungen aus der Standardumwelt (z.B. regelhafte Versorgung bei Amputation mit Prothese). Dies wurde mit dem Behinderungsbegriff aus § 2 SGB IX gerechtfertigt, der auf die Wechselwirkungen im Rahmen des biopsychosozialen Modells abhebt. Es komme auf die erfahrungsgemäß bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten an. Deshalb sei die Versorgung mit Hilfsmitteln zu berücksichtigen.

- **Diese Auffassung verkennt aber die Variabilität der Hilfsmittelversorgungen und deren stets nur eingeschränkte Möglichkeit eines Behinderungsausgleichs. Zudem verbleiben die Strukturschädigungen.**
- **Durch eine pauschale Berücksichtigung der HMV wäre es zudem zu einer deutlichen Absenkung des GdB bei einer großen Zahl von Betroffenen gekommen.**
- Eine Einigung konnte nicht erzielt werden. Es kam zu umfangreichen Protesten, so dass der Entwurf der 6. Änderungsverordnung zurückgezogen wurde.
- **Im Zusammenhang dieser Auseinandersetzung wurde zudem deutlich, dass die Festlegung von Schädigungsgraden, die sich auf die Teilhabe beziehen, nicht allein Aufgabe eines rein Ärztlichen Sachverständigenbeirates sein kann.**
- Es bleibt für die neue Legislaturperiode abzuwarten, ob es gelingt, diese Streitfrage zu lösen und einen Regelungsmechanismus für die Festlegung der Kriterien zur Beurteilung des GdB zu finden.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

# Anhang

- Der Gesetzgeber sieht in § 17 Abs. 1 SGB IX für die Feststellung des Rehabedarfes eine Begutachtung durch einen geeigneten Sachverständigen vor, wenn dies erforderlich ist (Kriterien dazu sind unklar), der dann eine umfassende sozialmedizinische Begutachtung vornimmt.
- Dies gilt nur, soweit nicht die gesetzlich die Begutachtung durch einen sozialmedizinischen Dienst vorgesehen ist.
- § 17 Abs. 2...“Die gesetzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter, des MD der KV nach § 275SGB V bzw. der BA bleiben unberührt.“
- Deshalb werden im Bereich der H MV im Rahmen des Verwaltungsverfahrens praktisch keine Gutachten vergeben.
- Die Stellungnahmen des MD (und anderer Stellen) können in der Regel nicht als Gutachten bewertet werden, sollen Gutachten anderer jedoch faktisch ersetzen. Dazu müssten diese allerdings den Kriterien eines Gutachten entsprechen, vgl. dazu die gem. Empfehlung „Begutachtung“ der BAR. Dazu gehört insbesondere, die Vorgaben des Gesetzgebers zur Bedarfsermittlung und ggf. zur Teilhabeplanung vollständig zu berücksichtigen.
- Es handelt sich eigentlich nur um Stellungnahmen oder allenfalls sozialmedizinische Beurteilungen.
- Somit ist festzustellen, dass weder formal noch inhaltlich eine angemessene BE in der Verantwortung des leistenden Rehaträgers erfolgt.

## § 9 Andere Hilfsmittel

(1) Andere Hilfsmittel im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes sind nur solche Hilfsmittel, die dazu bestimmt sind, zum Ausgleich der durch die Behinderung bedingten Mängel beizutragen.

(2) Zu den anderen Hilfsmitteln im Sinne des Absatzes 1 gehören auch

1. Schreibmaschinen für Blinde, Ohnhänder und solche Behinderte, die wegen Art und Schwere ihrer Behinderung auf eine Schreibmaschine angewiesen sind,
2. Verständigungsgeräte für Taubblinde,
3. Blindenschrift-Bogenmaschinen,
4. Blindenuhren mit Zubehör, Blindenweckuhren,
5. Tonbandgeräte mit Zubehör für Blinde,
6. Blindenführhunde mit Zubehör,
7. besondere optische Hilfsmittel, vor allem Fernrohrlupenbrillen,
8. Hörgeräte, Hörtrainer,
9. Weckuhren für Hörbehinderte,
10. Sprachübungsgeräte für Sprachbehinderte,
11. besondere Bedienungseinrichtungen und Zusatzgeräte für Kraftfahrzeuge, wenn der Behinderte wegen Art und Schwere seiner Behinderung auf ein Kraftfahrzeug angewiesen ist,
12. Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens und zur nichtberuflichen Verwendung bestimmte Hilfsgeräte für Behinderte, wenn der Behinderte wegen Art und Schwere seiner Behinderung auf diese Gegenstände angewiesen ist.



(3) Die Versorgung mit einem anderen Hilfsmittel im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes wird nur gewährt, wenn das Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich und geeignet ist, zu dem in Absatz 1 genannten Ausgleich beizutragen, und wenn der Behinderte das Hilfsmittel bedienen kann.

## § 10 Umfang der Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln

(1) Zu der Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes gehört auch eine notwendige Unterweisung in ihrem Gebrauch.

(2) Soweit im Einzelfall erforderlich, wird eine Doppelausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln gewährt.

(3) Zu der Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln gehört auch deren notwendige Instandhaltung oder Änderung. Die Versorgung mit einem anderen Hilfsmittel umfaßt auch ein Futtergeld für einen Blindenführhund in Höhe des Betrages, den blinde Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz zum Unterhalt eines Führhundes erhalten, sowie die Kosten für die notwendige tierärztliche Behandlung des Führhundes und für eine angemessene Haftpflichtversicherung, soweit die Beiträge hierfür nicht nach § 76 Abs. 2 Nr. 3 des Gesetzes vom Einkommen abzusetzen sind.

(4) Eine erneute Versorgung wird gewährt, wenn sie infolge der körperlichen Entwicklung des Behinderten notwendig oder wenn aus anderen Gründen das Körperersatzstück oder Hilfsmittel ungeeignet oder unbrauchbar geworden ist.

(5) Bei der Hilfe nach § 7 umfaßt die Versorgung auch die Betriebskosten des motorisierten Krankenfahrzeuges.

(6) Als Versorgung kann Hilfe in angemessenem Umfang auch zur Erlangung der Fahrerlaubnis, zur Instandhaltung sowie durch Übernahme von Betriebskosten eines Kraftfahrzeuges gewährt werden, wenn der Behinderte wegen seiner Behinderung auf die regelmäßige Benutzung eines Kraftfahrzeuges angewiesen ist oder angewiesen sein wird.

1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Die Hilfsmittel müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. ....

5a) Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. § 18 Absatz 6a und § 40 Absatz 6 des Elften Buches sind zu beachten.

(5b) Sofern die Krankenkassen nicht auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichten, haben sie den Antrag auf Bewilligung eines Hilfsmittels mit eigenem weisungsgebundenem Personal zu prüfen. Sie können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst vor Bewilligung eines Hilfsmittels nach § 275 Absatz 3 Nummer 1 prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Eine Beauftragung Dritter ist nicht zulässig.

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Vertragsärzte oder Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten Leistungserbringer einzulösen. Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.

## § 6 Abs. 6

Eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln kann nur dann verordnet werden, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch die oder den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Als Mehrfachausstattung sind funktionsgleiche Mittel anzusehen. Hinweise hierzu ergeben sich aus dem Hilfsmittelverzeichnis.

## § 7 Inhalt der Verordnung

- (1) Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind gehalten, die Verordnung von Hilfsmitteln sorgfältig und leserlich auszustellen. Die Verordnungen sind auf den vereinbarten Vordruckmustern vorzunehmen. Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden. ....
- (2) In der Verordnung ist das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen, ferner sind alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll deshalb unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere
  - die Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe des Hilfsmittelverzeichnisses (soweit dort aufgeführt),
  - die Anzahl,
  - erforderlichenfalls Hinweise (z. B. über Zweckbestimmung, Art der Herstellung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Leistungserbringer gewährleisten und
  - erforderlichenfalls ergänzende Hinweise auf spezifische Bedarfe entsprechend der Gesamtbetrachtung nach § 6 Absatz 3 Satz 2 angeben. Gegebenenfalls sind die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen.

[https://www.rehadat-recht.de/rechtssprechung/hilfsmittel/?artrec=urteil&suchbegriffe=hilfsmittel+oder+arbeitsmittel&connectdb=rechtsgrundlagen\\_result&infobox=%2Finfobox1.html&serviceCounter=1&wsdb=REC&from=1](https://www.rehadat-recht.de/rechtssprechung/hilfsmittel/?artrec=urteil&suchbegriffe=hilfsmittel+oder+arbeitsmittel&connectdb=rechtsgrundlagen_result&infobox=%2Finfobox1.html&serviceCounter=1&wsdb=REC&from=1)

- Der Senat sieht sich in seiner Auslegung des von der Beklagten auszugleichenden allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens bestätigt durch das Recht auf persönliche Mobilität nach Art 20 UN-Behindertenrechtskonvention sowie durch die Rechtsprechung des BVerfG zum Paradigmenwechsel, den das zu Gunsten von Menschen mit Behinderung geschaffene Benachteiligungsverbot des Art 3 Abs 3 Satz 2 GG mit sich gebracht hat. Der Behinderungsausgleich ist dabei nicht von vornherein auf eine 'Minimalversorgung' beschränkt (vgl zuletzt Senatsurteil vom 7.5.2020 - B 3 KR 7/19 R - zur Veröffentlichung vorgesehen, unter Hinweis auf BVerfG vom 30.1.2020, 2 BvR 1005/18, NJW 2020, 1282).

**Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die den Zielen des § 40 SGB XI entsprechen, sind:** Adaptionshilfen (z. B. Strumpfanziehhilfen, Greifhilfen), Badehilfen (z. B. Badewannenbretter, Badewannenlifter, Duschhocker, fahrbare Duschstühle), Gehhilfen (z. B. Gehböcke, Rollatoren, Deltaräder), Hilfsmittel gegen Dekubitus (z. B. Antidekubitussitzkissen, Antidekubitusauflagen, Antidekubitusmatratzen, aktive und passive Systeme), Inkontinenzhilfen (z. B. Inkontinenzvorlagen, Netzhosen, Inkontinenzpants, Bettschutzeinlagen), Kranken- oder Behindertenfahrzeuge (z. B. Rollstühle), Krankenpflegeartikel (z. B. behindertengerechte Betten, Stehbetten, Aufrichthilfen, Rückenstützen), Lagerungshilfen (z. B. Beinlagerungshilfen, Lagerungskeile), Mobilitätshilfen (z. B. Drehscheiben, Dreh- und Übersetzhilfen, Rutschbretter, Katapultsitze, Bettleitern), Stehhilfen, Stomaartikel, Toilettenhilfen (z. B. Toilettensitzerhöhungen, feststehende Toilettenstühle oder Toilettenstühle auf Rollen), Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, Pflegehilfsmittel zur Körperpflege oder Hygiene (z. B. Urinflaschen, Urinschiffchen, Steckbecken, saugende Bettschutzeinlagen, Kopfwaschsysteme), Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung oder zur Mobilität, Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z. B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel) sowie sonstige unmittelbar alltagsrelevante Pflegehilfsmittel.

Praktisch bedeutet dies, dass zumindest unter drei Gesichtspunkten eine Umorientierung in der Hilfsmittelversorgung erfolgen sollte:

- a) Die Krankenkasse hat bei jeder eingehenden Verordnung zu prüfen, ob es sich bei der Verordnung eines Hilfsmittels um ein Hilfsmittel im Sinne des § 31 SGB IX handeln kann, und ob die Verordnung insofern als Antrag auf Leistungen zur Teilhabe anzusehen ist. Ist dies der Fall, hat sie bei wahrscheinlicher eigener Zuständigkeit umgehend selbst den Bedarf abzuklären, ggf. durch Gutachten nach § 14 Abs. 2 i. V. m. Abs. 4-6 SGB IX. Ist die Krankenkasse nicht zuständiger Leistungsträger, hat sie den Antrag an den zuständigen Träger weiterzuleiten. Die Klärung der Zuständigkeit zwischen den betroffenen Rehabilitationsträgern soll nicht zu Lasten des Versicherten erfolgen. Insbesondere sind die Fristen des § 14 SGB IX zu beachten.
- b) Dieses Verfahren kann durch Abschluss einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX zur Hilfsmittelversorgung näher geregelt werden. Dabei kann u. a. auch die Einbindung der behandelnden Ärzte beschrieben werden.
- c) Durch den Leistungsträger ist jeweils im Einzelfall zu entscheiden, ob die kurative oder die rehabilitative Zielsetzung im Vordergrund steht. Unabhängig davon kann der Patient selbst festlegen, ob er einen Antrag auf Hilfsmittelversorgung im Sinne des SGB IX stellen, und ob er dazu ggf. die ärztliche Verordnung als Begründung nutzen möchte. In diesem Falle kann vom Patienten eine ärztliche Verordnung nicht verlangt werden. Die Bedarfsabklärung folgt den Vorschriften des SGB IX.
- d) Wird ein Antrag an einen anderen Rehabilitationsträger weitergeleitet – wenn die Krankenkasse dies versäumt, kann dies auch der Patient übernehmen –, ist der zweitangegangene Rehabilitationsträger an die Vorschriften des SGB IX gebunden.