

### Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

# Gutachten

für den Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen

Auswertung der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich im SGB V hinsichtlich der Anwendung des SGB IX, der Grundsätze der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln und der normativen Anforderungen an die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst

Prof. Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

René Dittmann, Kassel

#### Kurzbeschreibung

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Dabei geht es im Kern um die medizinisch-therapeutische Behandlung von Krankheiten (§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Gleichwohl haben die Versicherten der GKV neben dem Anspruch auf Krankenbehandlung (§ 11 Abs. 1 SGB V) einen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um Behinderungen abzuwenden, auszugleichen oder zu mildern (§ 11 Abs. 2 SGB V), der inhaltlich durch § 42 SGB IX bestimmt wird, da das SGB V keine davon abweichende Regelung enthält (§ 7 Abs. 1 SGB IX).

Die Unterscheidung zwischen Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation spielt auch bei der Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 SGB V eine wichtige Rolle. Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seiner aktuellen Rechtsprechung die Differenzierung zwischen Hilfsmitteln zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation im Recht der GKV herausgearbeitet und verdeutlicht, welche rechtlichen Folgen damit für die Krankenkassen in ihrer Funktion als Rehabilitationsträger verbunden sein können. Außerdem hat es die qualitativen Maßstäbe des Grundgesetzes, der UN-Behindertenrechtskonvention und des Bundesteilhabegesetzes aufgezeigt, die bei der Konkretisierung des Anspruchs auf ein im Einzelfall erforderliches Hilfsmittel zur Mobilität in der GKV zu berücksichtigen sind.

Das Gutachten skizziert sechs Entscheidungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln in der GKV, die der dritte Senat des BSG seit 2018 getroffen hat und geht den Fragen nach, welche Rolle das SGB IX bei der Hilfsmittelerbringung in der GKV zu spielen hat und ob die in den Urteilen enthaltenen Grundsätze über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung auf andere Hilfsmittel der GKV übertragbar sind. Vor diesen Hintergründen wird schließlich herausgearbeitet, welche normativen Anforderungen an die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich zu stellen sind.

### Inhaltsübersicht

Abl	kürzungsverzeichnis	8
Zus	sammenfassung	.10
1.	Der Anspruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ohne die BSG-Urteile seit 2018	.16
2.	Die aktuelle Rechtsprechung des BSG zur Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich	
3.	Auswertung I: Die Hilfsmittelversorgung in der GKV an der Schnittstelle von SGB V und SGB IX	
4.	Auswertung II: Die Grundsätze der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln zur Mobilität im Nahbereich der Wohnung und ihre Übertragbarkeit auf and Hilfsmittel	
5.	Auswertung III: Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst im Kontext der Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich	.63
6.	Fazit	.72
Lite	eraturverzeichnis	.77

### Inhaltsverzeichnis

Ab	kürzı	ungs	sverzeichnis	8
Zu	samr	nen	fassung	.10
1.			spruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich im Recht der zlichen Krankenversicherung ohne die BSG-Urteile seit 2018	16
1	l.1	Die	Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V, § 47 Abs. 1 SGB IX	16
1	1.2		smittel zum Ausgleich einer Behinderung bei der Befriedigung von undbedürfnissen des täglichen Lebens	16
	1.2.	1	Der unmittelbare und mittelbare Behinderungsausgleich	17
	1.2.	2	Die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens	17
	1.2.	3	Das Grundbedürfnis der Mobilität in der Wohnung und im Nahbereich der Wohnung	17
1	L.3	Die	Erforderlichkeit von Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich	19
	1.3.	1	Die objektiven Anspruchsvoraussetzungen eines Hilfsmittels	19
	1.3.	2	Die subjektive Erforderlichkeit eines Hilfsmittels	19
2.			uelle Rechtsprechung des BSG zur Versorgung mit Hilfsmitteln zum derungsausgleich	
2	2.1		Verhältnis von SGB V und SGB IX	
2	2.2		smittel zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation in der G	
	2.2.		Hilfsmittel zu <i>Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung</i> (i.S.d. SGB V)	
	2.2.	2	Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation in der GKV	22
2	2.3	Der	Anspruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich in der GKV	. 24
	2.3.	1	Die Befriedigung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens	. 24
	2.3.	2	Der Teilhabeaspekt von Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich	25
	2.3.	3	Der Umfang der Hilfsmittelversorgung in der GKV	25
2	2.4	Das	Grundbedürfnis der Mobilität im Nahbereich der Wohnung	26
	2.4.	1	BSG, Urteil vom 15. März 2018 – B 3 KR 12/17 R (Elektrorollstuhl)	26
	2.4.	2	BSG, Urteil vom 15. März 2018 – B 3 KR 4/16 R (Therapiedreirad)	27
	2.4.	3	BSG, Urteil vom 8. August 2019 – B 3 KR 21/18 R (Elektrorollstuhl)	28
	2.4.	4	BSG, Urteil vom 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R (Spezialtherapiedreirad)	29
	2.4.	5	BSG, Urteil vom 10. September 2020 – B 3 KR 15/19 R (GPS-Uhr)	30

2.5	Aufgaben und Ermittlungspflichten der Krankenkassen als leistende Rehabilitationsträger	32
2.6	Die Leistungspflichten der Krankenkassen im Rahmen der aufgedrängten Zuständigkeit	33
	swertung I: Die Hilfsmittelversorgung in der GKV an der Schnittstelle von	
50	GB V und SGB IX	35
3.1	Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation in der GKV	35
3.2	Die Geltung der Regelungen des SGB IX für Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation in der GKV	35
3.3	Die Ziele der Leistungen zur Teilhabe (§ 1 SGB IX)	36
3.4	Der Behinderungsbegriff (§ 2 SGB IX)	36
3.5	Die Notwendigkeit von Teilhabeleistungen (§ 4 Abs. 1 SGB IX)	37
3.6	Das Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX)	37
3.7	Das Rehabilitationsverfahrensrecht und die umfassende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs durch die Krankenkassen	38
3.7	.1 Die Aufgaben der Krankenkassen als leistende Rehabilitationsträger	39
3.7	.2 Die Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs	40
3.7	.3 Die Erstellung eines umfassenden Versorgungskonzepts	41
3.7	.4 Die Leistungsverantwortung bei einer Mehrheit von Rehabilitationsträgern	42
3.7	.5 Die Erstellung eines Teilhabeplans	42
3.7	.6 Die Teilhabeplankonferenz	43
3.7	.7 Die Rechtsfolgen einer unzureichenden Bedarfsfeststellung	43
3.8	Der teilhaberechtliche Gesamtanspruch auf wirksame und wirtschaftliche Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich	
N	swertung II: Die Grundsätze der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln zur Iobilität im Nahbereich der Wohnung und ihre Übertragbarkeit auf and ilfsmittel	
4.1	Die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens und das selbstbestimmte und selbstständige Leben	46
4.2	Der abstrakte Maßstab des Nahbereichs der Wohnung	47
4.3	Das Grundbedürfnis nach zumutbarer und angemessener Mobilität im Nahbere der Wohnung	
4.3	.1 Medizinische Gesichtspunkte der Erschließung des Nahbereichs der Wohnu	_

	4.3.	2	Die selbstständige und selbstbestimmte Erschließung des Nahbereichs der Wohnung	O
	4.3.	3	Die gleichberechtigte Erschließung des Nahbereichs der Wohnung 5	1
4.	.4		Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts bei der Erschließung des hbereichs der Wohnung5	1
4.	.5		Prüfung der subjektiven Erforderlichkeit eines Hilfsmittels zur Mobilität im hbereich der Wohnung5	3
	4.5.	1	Die Feststellung einer Behinderung bei der Erschließung des Nahbereichs der Wohnung	3
	4.5.	2	Die Feststellung des erforderlichen Hilfsmittels zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung	4
	4.5.	3	Die Feststellung der Notwendigkeit eines Hilfsmittels, das die Mobilität über den Nahbereich hinaus zur Wahrnehmung eines anderen Grundbedürfnisses ermöglicht	
	4.5.	4	Exkurs: Die Versorgung mit einem Handbike	7
4.	.6		Aufgabe der Differenzierung zwischen Hilfsmitteln zum unmittelbaren und zum ttelbaren Behinderungsausgleich	
4.	.7	Die	Übertragbarkeit auf andere Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich 6	0
	4.7.	1	Keine Differenzierung zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich	С
	4.7.	2	Der abstrakte Maßstab der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens 6	1
	4.7.	3	Die angemessene, zumutbare oder gewünschte Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens	1
5.			tung III: Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst im xt der Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich6	3
5.	.1	Die	Begutachtung im Rehabilitationsprozess (§ 17 SGB IX) 6	3
5.	.2		gesetzlichen Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 SGB V im Kontex r Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich6	
	5.2.	1	Die gutachterliche Stellungnahme zur Einleitung von Teilhabeleistungen 6	4
	5.2.	2	Die Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels nach § 33 SGB V 6	5
5.	.3		normativen Anforderungen für die Krankenkassen bei der Erteilung eines tachtenauftrags an den Medizinischen Dienst6	6
	5.3.	1	Die normativen Anforderungen an die Erteilung eines Gutachtenauftrags zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe	6
	5.3.	2	Die normativen Anforderungen an die Erteilung eines Gutachtenauftrag zur Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels nach § 33 SGB V	7
5.	.4	Die	normativen Anforderungen an die Gutachten des Medizinischen Dienstes 6	8

	5.4.1	5.4.1 Normative Anforderungen an das MD-Gutachten zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe6	
	5.4.2	Normative Anforderungen an das MD-Gutachten zur Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels nach § 33 SGB V	69
6.	Fazit		72
Lit	eraturve	erzeichnis	77

#### Abkürzungsverzeichnis

Abs. Absatz
Art. Artikel

BGBl. Bundesgesetzblatt
BSG Bundessozialgericht
BTHG Bundesteilhabegesetz

bspw. beispielsweise

BT-Drs. Bundestagsdrucksache

BVerfG Bundesverfassungsgericht

bzw. beziehungsweise

d.h. das heißt ebd. ebenda Fn. Fußnote gem. gemäß

GE Begutachtung

GE Reha-Prozess

Gemeinsame Empfehlung Begutachtung

Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess

GG Grundgesetz ggfs. gegebenenfalls

GKV Gesetzliche Krankenversicherung

grds. grundsätzlich

HilfsM-RL Hilfsmittel-Richtlinie

HS. Halbsatz

insb. insbesondere i.S.d. im Sinne des i.S.v. im Sinne von

i.V.m. in Verbindung mitLSG LandessozialgerichtMD Medizinischer Dienst

MDK Medizinischer Dienst der Kranken-

versicherung

m.w.N. mit weiteren Nachweisen

Nr. Nummer

RehaAnglG Gesetz über die Angleichung der Leistungen

zur Rehabilitation

Rn. Randnummer

RVO Reichsversicherungsordnung

S. Seite

SGB I Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner

Teil

SGB V Sozialgesetzbuch Fünftes Buch –

Gesetzliche Krankenversicherung

SGB IX Sozialgesetzbuch Neuntes Buch –

Rehabilitation und Teilhabe von Menschen

mit Behinderungen

SGB XI Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale

Pflegeversicherung

SGG Sozialgerichtsgesetz

sog. sogenannte

UN-Behindertenrechtskonvention

Urt. v. Urteil vom

Var. Variante

vgl. vergleiche

z.B. Zum Beispiel

#### Zusammenfassung

#### Gutachtenauftrag

Die Rechtslage zur Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Krankenkassen als Träger der GKV wird seit jeher wesentlich durch die Rechtsprechung des BSG geprägt. Das SGB V (bzw. zuvor das 2. Buch der RVO) kannte zunächst nur Hilfsmittel zur Krankenbehandlung. Zur Unterscheidung von Hilfsmitteln zur Krankenbehandlung und solchen bei Behinderung entwickelte das BSG den Begriff des "Behinderungsausgleichs", der Grundlage der heutigen Formulierung in § 33 Abs. 1 SGB V wurde. Die mit dem SGB IX von 2001 vorgegebene Orientierung der Hilfsmittelrechts für Menschen mit Behinderung auf die Förderung der Teilhabe und die Erreichung von Teilhabezielen (§§ 4 Abs. 2 Satz 1, 42 SGB IX) wurde weder im SGB V selbst, noch in der Praxis der GKV durch eine am SGB IX orientierte Auslegung des Hilfsmittelrechts nachvollzogen, obwohl das Hilfsmittelrecht des SGB IX mangels abweichender Bestimmungen im SGB V schon ab 1.7.2001 anzuwenden (§ 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) oder die Bestimmungen des § 33 SGB V zumindest im Lichte dieses Hilfsmittelrechts des SGB IX auszulegen gewesen wären.

Der dritte Senat des BSG hat den mit dem SGB IX insoweit vollzogenen Paradigmenwechsel erst seit 2018 in mehreren Urteilen über die Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich, insbesondere zur Mobilität im Nahbereich der Wohnung, aufgegriffen und bei seinen Entscheidungen berücksichtigt.

In diesen Urteilen wurde unter anderem die Differenzierung zwischen Hilfsmitteln zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation im Recht der GKV herausgearbeitet und verdeutlicht, welche rechtlichen Folgen damit für die Krankenkassen in ihrer Funktion als leistende Rehabilitationsträger verbunden sein können. Außerdem wurden die qualitativen Maßstäbe des Grundgesetzes, der UN-Behindertenrechtskonvention und des SGB IX in der Fassung des Bundesteilhabegesetzes aufgezeigt: Betonung erfuhren die wesentlichen Gebrauchsvorteile eines Hilfsmittels, die Teilhabe, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit sowie die berechtigten Wünsche der Leistungsberechtigten, die bei der Konkretisierung des Anspruchs auf ein im Einzelfall erforderliches Hilfsmittel zur Mobilität in der GKV zu berücksichtigen sind.

Der Auftrag dieses Gutachtens ist, die seit 2018 vom dritten Senat des BSG getroffenen Entscheidungen zur Hilfsmittelversorgung in der GKV aufzuarbeiten und auszuwerten. Dabei liegt der Fokus auf den Fragen, inwiefern und mit welchen Folgen das SGB IX bei der Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 SGB V zu berücksichtigen ist, inwieweit die aktuelle Rechtsprechung zu den Hilfsmitteln zur Mobilität im Nahbereich der Wohnung auf andere Hilfsmittel übertragbar ist und welche normativen Anforderungen infolge der Urteile des BSG an die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zu stellen sind.

#### Durchführung

In dem Gutachten folgt auf die Einführung in die einschlägigen Rechtsgrundlagen des Anspruchs auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich in der GKV (1.), die Darstellung der wesentlichen Aussagen von sechs Entscheidungen, die der dritte Senat des BSG seit 2018 im Bereich der Hilfsmittelversorgung getroffen hat (2.). Darauf aufbauend folgt eine dreiteilige

Auswertung, in deren erster Teil die Bezüge der Hilfsmittelversorgung in der GKV zu den Regelungen des SGB IX verdeutlicht werden (3.). Anschließend werden die in den skizzierten BSG-Entscheidungen enthaltenen Grundsätze des Anspruchs auf Hilfsmittel zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung herausgearbeitet und deren Übertragbarkeit auf andere Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich aufgezeigt. Dabei werden auch die seit 2020 ergangenen Urteile der Landessozialgerichte herangezogen. (4.). Vor diesen Hintergründen folgt schließlich eine Darstellung der normativen Anforderungen an die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst im Kontext der Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich (5.).

#### Ergebnisse in Thesen

- I. Die Hilfsmittelversorgung in der GKV an der Schnittstelle von SGB V und SGB IX
- 1. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gilt das SGB IX, auch soweit es sich dabei um Leistungen der GKV nach dem SGB V handelt.
- 2. Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 1 SGB V) sind keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie werden im Rahmen einer medizinisch-therapeutischen Behandlung einer Erkrankung eingesetzt, die primär darauf ausgerichtet ist eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
- 3. Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs einer Heilbehandlung, zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung und zum Ausgleich einer Behinderung (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 2 und 3 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 SGB IX) sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.
- 4. Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX) werden nicht mit dem vorrangigen Ziel eingesetzt, kurativ-therapeutisch auf eine Krankheit einzuwirken. Der vom Regelfall abweichende Körper- oder Geisteszustand bleibt als solcher trotz Einsatzes dieser Hilfsmittel im Wesentlichen unverändert und ist medizinisch häufig schon austherapiert. Vielmehr sollen die mit einer Funktionsbeeinträchtigung verbundenen Teilhabestörungen kompensiert werden, um gem. § 1 SGB IX die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.
- 5. Nach Eingang eines Hilfsmittelantrags hat eine Krankenkasse zu prüfen, ob es sich dabei um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation handelt und ob Rehabilitationsbedarfe zu erkennen sind (§§ 43, 12 Abs. 1 SGB IX) sowie in diesen Fällen die Bedarfsermittlung nach § 13 Abs. 2 SGB IX durchzuführen
- 6. Ein Hilfsmittel, das grundsätzlich der medizinischen Rehabilitation zugeordnet ist, kann auch unter einer anderen Zielsetzung (z.B. der sozialen Teilhabe) zum Einsatz kommen.
- II. Der teilhaberechtliche Gesamtanspruch auf wirksame Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich
- 7. Das SGB IX vermittelt Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen einen teilhaberechtlichen Gesamtanspruch auf Teilhabeleistungen, die zügig,

- wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer eine den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 SGB IX entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen (§ 28 Abs. 2 SGB IX).
- 8. Der teilhaberechtliche Gesamtanspruch besteht gegenüber dem leistenden Rehabilitationsträger (§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX), der ggfs. in aufgedrängter Zuständigkeit die Gesamtheit der Rehabilitationsträger im Außenverhältnis zu den Leistungsberechtigten als Verfahrens- und Leistungsverantwortlicher vertritt.
- 9. Der teilhaberechtliche Gesamtanspruch ist umfassend (§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) und erstreckt sich auf alle notwendigen Leistungen, die in der Bedarfssituation rehabilitationsrechtlich vorgesehen sind und ist nicht auf die Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers und seines Leistungsgesetzes begrenzt. Der Anspruch ist im Wege des (trägerübergreifenden) Rehabilitationsverfahrens zu konkretisieren und "wie aus einer Hand" zu gewähren (§§ 14 ff. SGB IX).
- 10. In ihrer Funktion als leistende Rehabilitationsträger (§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) ist die Zuständigkeit der Krankenkassen im Außenverhältnis zu den Leistungsberechtigten folglich nicht auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die medizinischrehabilitativen Hilfsmittel der GKV begrenzt. Mit Hilfe der Bedarfsermittlungsinstrumente (§ 13 Abs. 1 SGB IX) sind die unter § 13 Abs. 2 SGB IX aufgeführten Sachverhalte, einschließlich des gesamten materiellen und sozialen Umfelds sowie der individuellen und beruflichen Lebensgestaltung, zu ermitteln und Rehabilitationsbedarfe zu erkennen (§ 12 Abs. 1 SGB IX). Können die Teilhabeziele nicht allein mit Leistungen der Krankenkasse erreicht werden, sind die anderen Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX zu beteiligen, die originären materiell-rechtlichen Zuständigkeiten im Innenverhältnis der Rehabilitationsträger zu klären und die Kosten ggfs. zu erstatten (§ 16 SGB IX).
- 11. Trotz der mit dem Bundesteilhabgesetz geschaffenen Möglichkeit der Antragssplittung (§ 15 Abs. 1 SGB IX) bleibt es dabei, dass Anträge auf Leistungen zur Teilhabe (§ 5 SGB IX) nicht "künstlich" aufgespalten werden dürfen. Ein Hilfsmittel, das zwar verschiedenen Zweckrichtungen dient, aber nur eine einzige Leistung darstellt, erfüllt nicht die Voraussetzungen des § 15 Abs. 1 SGB IX.
- 12. Als leistender Rehabilitationsträger hat eine Krankenkasse ein umfassendes Versorgungskonzept zu erstellen, das die ordnungsgemäße Bedarfsermittlung und feststellung dokumentiert und als Basis für die Entscheidung über eine Hilfsmittelversorgung dient. Werden nach § 15 SGB IX andere Rehabilitationsträger zur Bedarfsfeststellung beteiligt oder sind Leistungen verschiedener Leistungsgruppen (einschließlich Krankenbehandlung) erforderlich, ist zudem ein Teilhabeplan zu erstellen (§§ 19, 43 SGB IX).
- 13. Das zentrale Instrument der Krankenkassen zur Ermittlung des individuellen und funktionsbezogenen Rehabilitationsbedarfs (§ 13 Abs. 2 SGB IX), zur Erstellung des umfassenden Versorgungskonzepts und des Teilhabeplans ist das Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V zur Einleitung von Teilhabeleistungen. Die Erteilung des Gutachtens hat im Benehmen mit dem

- behandelnden Arzt zu erfolgen und den Maßgaben des § 17 SGB IX zu entsprechen. Auch für die Begutachtung durch den MD gelten die gesetzlichen Anforderungen des § 17 SGB IX. Es hat folglich umfassend zu sein und den einheitlichen Begutachtungsgrundsätzen nach § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX zu entsprechen (§ 17 Abs. 2 SGB IX).
- 14. Kommt eine Krankenkasse ihren Verpflichtungen zur umfassenden Bedarfsermittlung und -feststellung sowie zur Erstellung eines umfassenden Versorgungskonzepts und ggfs. eines Teilhabeplans nicht nach, stellt dies die Verwertbarkeit der Sachverhaltsermittlung und Leistungsauswahl in Frage und führt typischerweise zu Ermessensfehlern, die den Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnen (§ 54 Abs. 1, 2 SGG; § 131 Abs. 5 SGG).
- III. Die originäre materiell-rechtliche Zuständigkeit der Krankenkassen für medizinischrehabilitative Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich
- 15. Im Innenverhältnis der Rehabilitationsträger erstreckt sich die originäre materiellrechtliche Zuständigkeit der Krankenkassen auch nach dem SGB IX nur auf Leistungen zur
  medizinischen Rehabilitation (§ 5 Nr. 1 SGB IX) und unterhaltssichernde und andere
  ergänzende Leistungen (§ 5 Nr. 3 SGB IX).
- 16. Folglich ist die originäre materiell-rechtliche Zuständigkeit der Krankenkassen für Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nur dann gegeben, wenn mit dem Hilfsmittel eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens ausgeglichen wird (§ 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX).
- 17. Nach ständiger Rechtsprechung gehören im Zuständigkeitsbereich der GKV zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens das Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden, die elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums.
- 18. Die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens sind objektive, unabhängig vom konkreten Einzelfall zu beurteilende Anspruchsvoraussetzungen der medizinisch-rehabilitativen Hilfsmittelversorgung und dienen der Zuständigkeitsabgrenzung im gegliederten Rehabilitationssystem. Daher werden sie nach einem abstrakt-aufgabenbezogenen Maßstab bestimmt.
- 19. Der abstrakt-aufgabenbezogene Maßstab bei der Bestimmung der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens stößt auf den Wechselwirkungsansatz von Behinderung (§ 2 Abs. 1 SGB IX) und auf das Ziel, die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern (§ 1 SGB IX) und ist mit diesem in Einklang zu bringen.
- 20. Die Nichtberücksichtigung der Besonderheiten und der konkreten Ausgestaltung des jeweiligen Wohnortes und der individuellen Wohnverhältnisse bei der Bestimmung des Grundbedürfnisses nach Mobilität in der Wohnung und im Nahbereich der Wohnung ist nicht mit dem Wechselwirkungsansatz von Behinderung und der Teilhabeorientierung des Behinderungsausgleichs vereinbar.

IV. Die Erforderlichkeit von Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich nach § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX

- 21. Im Rahmen der Erforderlichkeitsprüfung eines Hilfsmittels zum Ausgleich einer Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens ist zu prüfen, ob ein Hilfsmittelanspruch dem Grunde nach besteht und durch welche Hilfsmittelausführung der Anspruch erfüllt wird. Dabei ist dem Teilhabeaspekt die nach dem SGB IX vorgesehene Bedeutung zuzumessen und dem Wunsch- und Wahlrecht volle Wirkung zu verschaffen.
- 22. Der Hilfsmittelanspruch nach § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 i.V.m. § 47 Abs.1 Nr. 3 SGB IX besteht dem Grunde nach, wenn eine Behinderung bei der angemessenen, zumutbaren oder der gem. § 8 Abs. 1 SGB IX gewünschten Befriedigung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens festgestellt wird.
- 23. Für die Auswahl des Hilfsmittels bzw. den Versorgungsumfang kommt es entscheidend auf den Umfang der mit dem Hilfsmittel zu erreichenden Gebrauchsvorteile hinsichtlich des zu befriedigenden Grundbedürfnisses an. Es ist festzustellen, ob das begehrte Hilfsmittel den angestrebten Behinderungsausgleich ermöglicht und ob es im Vergleich zu anderen (kostengünstigeren) Hilfsmitteln wesentliche Gebrauchsvorteile aufweist, mit denen die angemessene und zumutbare Erschließung des Nahbereichs der Wohnung verbessert, vereinfacht oder erleichtert wird oder ein berechtigter Wunsch i.S.v. § 8 SGB IX erfüllt wird.
- 24. Die Differenzierung zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich wurde vom dritten Senat des BSG aufgegeben.
- 25. Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob das Hilfsmittel nach § 33 SGB V erforderlich ist (§ 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V).
- 26. Im Versorgungsprozess mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich dient das Gutachten nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur Bestimmung der originären materiell-rechtlichen Zuständigkeit der Krankenkassen im Innenverhältnis zu den anderen Rehabilitationsträgern, ist Teil der Bedarfsfeststellung und damit eine Begutachtung i.S.v. § 17 SGB IX.
- 27. Die Maßgaben des § 17 SGB IX treffen auf den gesetzlichen Zweck der gutachterlichen Stellungnahme nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V und sind mit diesen in Einklang zu bringen (§ 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX). Das Ziel dieser Begutachtung besteht zwar nicht darin, den Rehabilitationsbedarf umfassend zu ermitteln. Gleichwohl ist es als Instrument zu nutzen, um Rehabilitationsbedarfe frühzeitig zu erkennen (§ 12 Abs. 1 SGB IX).
- 28. Die Begutachtung des MD nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V umfasst alle Facetten der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels nach § 33 SGB V. Es ist aufzuzeigen, ob das begehrte Hilfsmittel einen Behinderungsausgleich bewirken soll, welches Grundbedürfnis des täglichen Lebens ggfs. betroffen ist und ob eine Behinderung bei der zumutbaren, angemessenen oder der ggfs. gem. § 8 Abs. 1 SGB IX gewünschten Befriedigung des Grundbedürfnisses des täglichen Lebens vorliegt. Anschließend ist festzustellen, ob das begehrte Hilfsmittel zum angestrebten Behinderungsausgleich geeignet und subjektiv erforderlich ist. Insbesondere ist zu prüfen, ob es gegenüber anderen Hilfsmitteln

wesentliche Gebrauchsvorteile bietet, die den angestrebten Behinderungsausgleich verbessern, vereinfachen oder erleichtern oder anderenfalls einen berechtigten Wunsch i.S.v. § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX erfüllen.

## 1. Der Anspruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ohne die BSG-Urteile seit 2018

Hilfsmittel können von den Versicherten der GKV nach § 33 SGB V i.V.m. §§ 42, 47 SGB IX beansprucht werden. Dabei handelt es sich um sächliche Mittel<sup>1</sup> - die Normen benennen Hör- und Sehhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel (z.B. ein Rauchwarnmelder<sup>2</sup> oder ein Blindenführhund<sup>3</sup>) -, die von den Versicherten getragen oder mitgeführt bzw. bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können (§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V, 47 Abs. 1 Satz 1 SGB V)<sup>4</sup>.

#### 1.1 Die Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V, § 47 Abs. 1 SGB IX

Der Hilfsmittelanspruch in der GKV umfasst gem. § 33 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 SGB IX Hilfsmittel mit verschiedenen Zielrichtungen bzw. Einsatzzwecken.

Nach § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 1 SGB V haben die Versicherten Anspruch auf Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den *Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern*.

Daneben besteht ein Anspruch auf Hilfsmittel, die erforderlich sind, um den *Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern* (§ 33 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX). Diese Zielrichtung wird zwar nicht explizit von § 33 SGB V erwähnt, ist aber gleichwohl vom Leistungsumfang der GKV erfasst, denn gem. § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V gehören zu den Leistungen der GKV auch die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, weshalb § 47 SGB IX mit der Regelung des § 33 SGB V korrespondiert und diese erweitert.<sup>5</sup>

Des Weiteren besteht nach § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 2 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX ein Anspruch auf im Einzelfall erforderliche Hilfsmittel, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen.

Schließlich haben Versicherte der GKV einen Anspruch auf Hilfsmittel zum *Ausgleich einer Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens* (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX).

### 1.2 Hilfsmittel zum Ausgleich einer Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens

Im Fokus dieses Gutachtens stehen die Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). Diese wurden von der Rechtsprechung in Hilfsmittel zum unmittelbaren und zum mittelbaren Behinderungsausgleich unterschieden (1.2.1) und die Leistungspflicht der GKV auf den Ausgleich einer Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens begrenzt (1.2.2). Ein solches Grundbedürfnis, das in den hier auszuwertenden Entscheidungen meist betroffen war, ist die Erschließung der Wohnung und des Nahbereichs der Wohnung (1.2.3).

<sup>4</sup> Die Beweglichkeit der Hilfsmittel wird auch im Rahmen des § 33 Abs. 1 SGB V vorausgesetzt, da der Hilfsmittelbegriff des § 47 SGB IX für § 33 SGB V maßgebend ist, BSG, Urt. v. 3. August 2006 – B 3 KR 25/05 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 13, Rn. 12. Siehe m.w.N. *Lungstras*, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 33, Rn. 4.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Siehe ausführlich zur Begriffsbestimmung, Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, § 47 SGB IX, Rn. 7 ff.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> BSG, Urt. v. 18. Juni 2014 – B 3 KR 8/13 R –, BSGE 116, 120-130, Rn. 12.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> BT-Drs. 14/5074, S. 107.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 28. Juni 2001 – B 3 KR 3/00 R –, BSGE 88, 204-215, Rn. 25.

#### 1.2.1 Der unmittelbare und mittelbare Behinderungsausgleich

Beim unmittelbaren Behinderungsausgleich werde ein Hilfsmittel eingesetzt, um ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktionen wiederherzustellen oder zu verbessern. Unter Einbeziehung einer historischen Betrachtung sei unzweifelhaft, "dass der Ausfall einer Körperfunktion den Krankheitsbegriff in der GKV erfüllt und es daher zum Aufgabenbereich der GKV gehört, ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktionen soweit wie möglich wiederherzustellen oder zu verbessern."

Dahingegen seien die Aufgaben der GKV im Bereich des mittelbaren Behinderungsausgleichs, bei dem es um den Ausgleich direkter oder indirekter Behinderungsfolgen<sup>7</sup> gehe (die Beeinträchtigung konnte trotz des Einsatzes medizinischer Leistungen, Hilfsmittel eingeschlossen, nicht weiter behoben werden), auf die Beseitigung oder Minderung der Behinderungsfolgen bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens begrenzt. Die Beseitigung oder Minderung der Auswirkungen einer Behinderung im Berufsleben oder im Hinblick auf spezielle Sport- oder Freizeitinteressen sei hingegen nicht Aufgabe der GKV und liege ggfs. im Zuständigkeitsbereich anderer Rehabilitationsträger.<sup>8</sup>

Wertungsunterschiede seien mit der Differenzierung zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich nicht verbunden, "da die durch den unmittelbaren Behinderungsausgleich bewirkte Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung einer beeinträchtigten Körperfunktion bereits als solche ein Grundbedürfnis darstellt."

#### 1.2.2 Die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

Mit der Schaffung des SGB IX<sup>10</sup> wurde schließlich einheitlich für alle Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation geregelt, dass sie auf den Ausgleich einer Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens gerichtet sind (§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX aF, heute § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX).

Nach ständiger Rechtsprechung gehören im Zuständigkeitsbereich der GKV zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens das Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden, die elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums.<sup>11</sup>

#### 1.2.3 Das Grundbedürfnis der Mobilität in der Wohnung und im Nahbereich der Wohnung

Das Grundbedürfnis der Erschließung eines gewissen körperlichen Freiraums umfasst die Bewegungsmöglichkeit bzw. Mobilität in der eigenen Wohnung und im umliegenden Nahbereich. <sup>12</sup> Die Ermöglichung der Mobilität außerhalb dieser Bereiche fällt grds. nicht in die

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> BSG, Urt. v. 18. Juni 2014 – B 3 KR 8/13 R –, BSGE 116, 120-130, Rn. 16; siehe auch BSG, Urt. v. 30. September 2015 – B 3 KR 14/14 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 48, Rn. 18.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Zur damit verbundenen Inkongruenz mit dem Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 SGB IX, siehe *Welti*, Die Rehabilitation S1/2010, S37 (S39 f.). Mit allgemeiner Kritik am Begriff des Behinderungsausgleich, *Fuchs*, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, § 47 SGB IX, Rn. 21.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Vgl. BSG-Entscheidungen in Fn. 6.

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> BSG, Urt. v. 18. Juni 2014 – B 3 KR 8/13 R –, BSGE 116, 120-130, Rn. 19.

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Mit Gesetz vom 19.06.2001, BGBl. I, Nr. 27 v. 22.06.2001, S. 1046.

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 30. November 2017 – B 3 KR 3/16 R –, SozR 4-2500 § 139 Nr 9, Rn. 17 m.w.N.

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Siehe m.w.N. BSG, Urt. v. 30. November 2017 – B 3 KR 3/16 R –, SozR 4-2500 § 139 Nr 9, Rn. 19.

Zuständigkeit der GKV - mitunter wurde vom Basisausgleich durch Hilfsmittel der GKV gesprochen, wonach ein Gleichziehen mit den nahezu unbegrenzten Möglichkeiten nicht mobilitätsbeeinträchtigter Menschen nicht von der GKV zu gewährleisten ist, "sondern lediglich ein Aufschließen zu den Grundbedürfnissen eines nicht behinderten Menschen […], um die Zuständigkeit der GKV von der anderer Träger abzugrenzen."<sup>13</sup>

Als Konkretisierung eines solchen zuständigkeitsabgrenzenden Grundbedürfnisses betrifft der "Nahbereich der Wohnung" nach ständiger Rechtsprechung des BSG die Eignung und Erforderlichkeit eines Hilfsmittels als objektive Anspruchsvoraussetzung und sei daher nach einem abstrakt-aufgabenbezogenen Maßstab zu bestimmen. Maßgebend seien dabei allein die medizinischen Erfordernisse bzw. drohende oder vorhandene Funktionsdefizite, weshalb die Besonderheiten und die konkrete Ausgestaltung des jeweiligen Wohnortes<sup>14</sup> und die individuellen Wohnverhältnisse unbeachtlich bleiben.<sup>15</sup>

Vor diesem Hintergrund "sind dem der Zuständigkeitsabgrenzung der GKV von anderen Rehabilitationsträgern dienenden Nahbereich beim mittelbaren Behinderungsausgleich solche Wege zuzuordnen, die räumlich einen Bezug zur Wohnung und sachlich einen Bezug zu den Grundbedürfnissen der physischen und psychischen Gesundheit bzw der selbständigen Lebensführung aufweisen."<sup>16</sup>

"Räumlich ist dieser Nahbereich auf den unmittelbaren Umkreis der Wohnung des Versicherten als Ausgangs- und Endpunkt der Wege beschränkt, wobei allerdings nicht die konkreten Wohnverhältnisse des behinderten Menschen maßgebend sind. [...]. Inhaltlich umfasst der Nahbereich gesundheitserhaltende Wege (zB Besuch von Ärzten und Therapeuten, Aufsuchen der Apotheke), Versorgungswege, die den Grundbedürfnissen der selbstständigen Existenz und des selbstständigen Wohnens dienen (Alltagsgeschäfte wie Einkauf, Post, Bank) sowie elementare Freizeitwege, die - in Abgrenzung zu der durch andere Leistungsträger sicherzustellenden Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft - allerdings nur bei besonderer Bedeutung für die physische und psychische Gesundheit durch Leistungen der GKV abzudecken sind (zB kurzer Spaziergang an der frischen Luft, Gang zum Nachbarn zur Gewährleistung der Kommunikation [...])".17

Infolge des abstrakten Maßstabs sei es unerheblich, welche Entfernungen tatsächlich zwischen Wohnung der Versicherten und Arztpraxis oder Alltagsgeschäften zurückzulegen sind. Standardmäßig wird angenommen, dass diese im Nahbereich der Wohnung liegen.<sup>18</sup>

In besonderen Fällen ist jedoch die Zuständigkeit der GKV für Hilfsmittel anerkannt, die den Versicherten eine über den Nahbereich hinausgehende Mobilität ermöglichen, "wenn besondere qualitative Momente dieses "Mehr" an Mobilität erfordern. Solche besonderen

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> BSG, Urt. v. 18. Mai 2011 – B 3 KR 7/10 R –, BSGE 108, 206-222, Rn. 37.

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Siehe dazu BSG, Urt. v. 16. Juli 2014 – B 3 KR 1/14 R –, SozR 4-3300 § 40 Nr 11, Rn. 31.

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> BSG, Urt. v. 30. November 2017 – B 3 KR 3/16 R –, SozR 4-2500 § 139 Nr 9, Rn. 19; BSG, Urt. v. 25. Februar 2015 – B 3 KR 13/13 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 44, Rn. 26; BSG, Urt. v. 18. Mai 2011 – B 3 KR 7/10 R –, BSGE 108, 206-222, Rn. 35.

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> BSG, Urt. v. 18. Mai 2011 – B 3 KR 7/10 R –, BSGE 108, 206-222, Rn. 37.

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> BSG, Urt. v. 30. November 2017 – B 3 KR 3/16 R –, SozR 4-2500 § 139 Nr 9, Rn. 19 f.

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> BSG, Urt. v. 25. Februar 2015 – B 3 KR 13/13 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 44, Rn. 35; BSG, Urt. v. 20. November 2008 – B 3 KN 4/07 KR R –, BSGE 102, 90-101, Rn. 14.

qualitativen Momente liegen zB vor, wenn der Nahbereich ohne das begehrte Hilfsmittel nicht in zumutbarer Weise erschlossen werden kann oder wenn eine über den Nahbereich hinausgehende Mobilität zur Wahrnehmung eines anderen Grundbedürfnisses notwendig ist. So ist etwa die Erschließung des Nahbereichs ohne das begehrte Hilfsmittel unzumutbar, wenn Wegstrecken im Nahbereich nur unter Schmerzen oder nur unter Inanspruchnahme fremder Hilfe bewältigt werden können [...], oder wenn die hierfür benötigte Zeitspanne erheblich über derjenigen liegt, die ein nicht behinderter Mensch für die Bewältigung entsprechender Strecken zu Fuß benötigt [...]. Andere Grundbedürfnisse, die eine über den Nahbereich hinausgehende Mobilität erfordern, hat der Senat in der Integration von Kindern und Jugendlichen in den Kreis Gleichaltriger [...] sowie in der Erreichbarkeit von Ärzten und Therapeuten bei Bestehen einer besonderen gesundheitlichen Situation [...] gesehen."<sup>19</sup>

#### 1.3 Die Erforderlichkeit von Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich

Der Hilfsmittelanspruch von Versicherten der GKV setzt voraus, dass das Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich ist, um eines der vier Versorgungsziele nach § 33 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 SGB IX zu erreichen. Dabei kann zwischen objektiven Anspruchsvoraussetzungen und der subjektiven Erforderlichkeit eines Hilfsmittels unterschieden werden.

#### 1.3.1 Die objektiven Anspruchsvoraussetzungen eines Hilfsmittels

Die objektiven Anspruchsvoraussetzungen eines Hilfsmittels in der GKV sind unabhängig vom konkreten Einzelfall zu beurteilen.<sup>20</sup> Dazu gehören die Einordnung des begehrten Sachmittels als Hilfsmittel und die Prüfung, ob es sich dabei um einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens handelt oder die Versorgung nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen ist (§ 33 Abs. 1 Satz 1 HS. 2 SGB V). Außerdem gehört hierzu, die Bestimmung der Versorgungsziele (z.B. der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens<sup>21</sup>) und die Frage, ob das Hilfsmittel hinsichtlich seiner Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V, § 139 Abs. 4 SGB V)<sup>22</sup>.

#### 1.3.2 Die subjektive Erforderlichkeit eines Hilfsmittels

Im Rahmen der subjektiven Erforderlichkeit ist zu prüfen, ob das Hilfsmittel unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse und der Umstände des konkreten Einzelfalls (konkret-individueller Maßstab)<sup>23</sup> zur Erreichung eines Versorgungsziels nach § 33 Abs. 1 SGB V, § 47 Abs. 1 SGB IX ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und das Maß des Notwendigen nicht übersteigt (§ 12 Abs. 1 SGB V).<sup>24</sup>

Es ist zu prüfen, ob das begehrte Hilfsmittel im Einzelfall geeignet und notwendig ist, um das angestrebte Versorgungsziel, z.B. die Mobilität im Nahbereich der Wohnung, zu erreichen. Dabei ist unter anderem festzustellen, ob das Hilfsmittel tatsächlich genutzt werden kann, ob das verfolgte Ziel durch andere Hilfsmittel auf effektivere Weise oder durch bereits

 $<sup>^{19}</sup>$  BSG, Urt. v. 30. November 2017 – B 3 KR 3/16 R –, SozR 4-2500 § 139 Nr 9, Rn. 22.

 $<sup>^{20}</sup>$  Vgl. m.w.N. BSG, Urt. v. 15. März 2012 – B 3 KR 2/11 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 38, Rn. 19.

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup> Vgl. 1.2.2 und 1.2.3.

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 15. März 2012 – B 3 KR 2/11 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 38, Rn. 21.

<sup>&</sup>lt;sup>23</sup> BSG, Urt. v. 10. November 2005 – B 3 KR 31/04 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 10, Rn. 15; BSG, Urt. v. 15. März 2012 – B 3 KR 2/11 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 38, Rn. 19.

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 30. September 2015 – B 3 KR 14/14 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 48, Rn. 10.

vorhandene Hilfsmittel erreicht werden kann oder ob es nur unwesentliche Vorteile mit Blick auf seinen Einsatzzweck bietet, die sich z.B. auf Bequemlichkeit, einen besseren Komfort im Gebrauch oder eine bessere Optik beschränken.<sup>25</sup>

Kommen zur Erreichung eines Versorgungsziels nach § 33 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 47 SGB IX verschiedene, hinsichtlich ihrer Geeignetheit und Notwendigkeit, vergleichbare Hilfsmittel in Betracht, ist die kostengünstigere (wirtschaftlichere) Versorgung zu wählen. Ein Anspruch auf Optimalversorgung besteht nicht, weshalb die Mehrkosten eines Hilfsmittels, das gegenüber anderen Hilfsmitteln keine wesentlichen Gebrauchsvorteile bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens bietet und damit über das Maß des Notwendigen hinausgeht, von den Versicherten selbst zu tragen sind (§ 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V).<sup>26</sup>

.

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> Vgl. *Ulrich*, in: Deinert/Welti/Luik/Brockmann, SWK BehR, Hilfsmittel, Rn. 24; *Lungstras*, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 33, Rn. 11. BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 42.

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> Vgl. *Ulrich*, in: Deinert/Welti/Luik/Brockmann, SWK BehR, Hilfsmittel, Rn. 26; BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 42.

### 2. Die aktuelle Rechtsprechung des BSG zur Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich

Der Anspruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nach § 33 SGB V i.V.m. § 47 SGB IX ist stark durch die Rechtsprechung des BSG geprägt.<sup>27</sup> Seit 2018 hat der dritte Senat des BSG in mehreren Urteilsentscheidungen seine Rechtsprechung zur Hilfsmittelversorgung durch die GKV fortgeführt. Dabei ging es jeweils um Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich (Unterschenkelprothese mit Prothesenfuß<sup>28</sup>, Elektrorollstuhl<sup>29</sup>, Therapiedreirad<sup>30</sup>, GPS-Uhr<sup>31</sup>), deren Abgrenzung zu anderen Hilfsmitteln, ihre Leistungsvoraussetzungen sowie um die Leistungs- und Ermittlungspflichten der Krankenkassen als leistende Rehabilitationsträger nach § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX.

Erkennbar bauen die Entscheidungen aufeinander auf, werden auf die jeweiligen Sachverhalte adaptiert und fortentwickelt. Mit Blick auf die hier verfolgte Fragestellung werden nachfolgend die wesentlichen Aussagen der Urteile dargestellt.

#### 2.1 Das Verhältnis von SGB V und SGB IX

In vielen der hier in den Blick genommenen Entscheidungen stützten die Klägerinnen und Kläger einen Versorgungsanspruch mit dem begehrten Hilfsmittel auf eine Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V.

Der dritte Senat arbeitete heraus, dass die Genehmigungsfiktion gem. § 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt keine Anwendung findet, weil für diese die Genehmigungsfiktion gem. § 18 SGB IX anzuwenden ist.<sup>32</sup> Dabei stellte er das Verhältnis der Vorschriften des SGB V und des SGB IX klar:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind "allein dem Regelungsgefüge des Teilhaberechts (§§ 14, 15 SGB IX aF bzw seit 1.1.2018 §§ 14 bis 24 SGB IX idF des BTHG) unterstellt [...]. Denn die Regelungen des SGB IX gelten für alle Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, und zwar auch, soweit es sich dabei um Leistungen der GKV nach dem SGB V handelt. Die SGB IX-Regelungen gelten hingegen ausschließlich für Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, dh nicht für die sonstigen Leistungen der GKV (vgl § 11 SGB V), insbesondere nicht für solche zur kurativen (Akut-)Behandlung einer Krankheit [...]."<sup>33</sup>

"Während das für Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen geschaffene SGB IX eigenständig Gegenstände, Umfang und Ausführungen von Teilhabeleistungen regelt, wird hinsichtlich der Zuständigkeit und der Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe nach § 7 S 2 SGB IX aF ausschließlich auf die für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze verwiesen. Die Vorschriften des SGB IX sind

<sup>&</sup>lt;sup>27</sup> Vgl. 1.

<sup>&</sup>lt;sup>28</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206.

<sup>&</sup>lt;sup>29</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 12/17 R –, juris; BSG, Urt. v. 8. August 2019 – B 3 KR 21/18 R –, juris.

<sup>&</sup>lt;sup>30</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 4/16 R –, juris; BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54.

<sup>&</sup>lt;sup>31</sup> BSG, Urt. v. 10. September 2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 55.

<sup>&</sup>lt;sup>32</sup> Vgl. nur BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 14-22.

<sup>&</sup>lt;sup>33</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 18.

maßgebend, soweit etwa im SGB V nichts Abweichendes vorgesehen ist (vgl § 7 S 1 SGB IX aF). Die Krankenkassen sind in ihrer Eigenschaft als Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl § 5 Nr 1, § 6 Abs 1 Nr 1 SGB IX) nach den Vorschriften des SGB V zur Erbringung solcher Rehabilitationsleistungen unter den dort genannten Voraussetzungen verpflichtet (vgl § 11 Abs 2, § 40 SGB V; [...]). Deshalb verliert die GKV ihre originäre Leistungszuständigkeit für Hilfsmittel nach § 33 SGB V nicht, selbst wenn die Hilfsmittel im Einzelfall als Folge der hier vorzunehmenden Systemzuordnung als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu qualifizieren sind."<sup>34</sup>

#### 2.2 Hilfsmittel zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation in der GKV

Die Entscheidung, dass die Genehmigungsfiktion in § 13 Abs. 3a SGB V nur für Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung anzuwenden ist, während für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation § 18 SGB IX gilt, stellte das BSG vor Abgrenzungsfragen. Denn einerseits können Hilfsmittel der GKV nach ständiger Rechtsprechung zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehören, andererseits werde die Versorgung mit Hilfsmitteln der GKV systematisch der Krankenbehandlung zugeordnet (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V).<sup>35</sup>

Daher wurde vom dritten Senat konkretisiert, welche Hilfsmittel der GKV zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehören und anhand welcher Kriterien sich die verschiedenen Hilfsmittelarten unterscheiden.

#### 2.2.1 Hilfsmittel zu Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung (i.S.d. SGB V)

In seiner Rechtsprechung habe der dritte Senat bereits ausgeführt, "dass es sich bei der Versorgung mit einem sächlichen Hilfsmittel nicht um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation iS von § 13 Abs 3a S 9 SGB V handelt, wenn der Einsatz des Hilfsmittels der "Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung" dient [...]. Hieran hält der Senat fest. Hilfsmittel [nach § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 1 SGB V] dienen dann der "Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung", wenn sie im Rahmen einer Krankenbehandlung, dh zu einer medizinisch-therapeutischen Behandlung einer Erkrankung als der Kernaufgabe der GKV nach dem SGB V eingesetzt werden. Krankenbehandlung umfasst dabei nach der Definition des § 27 Abs 1 S 1 SGB V die notwendigen Maßnahmen, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Das umschreibt die kurative Therapie einer Krankheit [...]."<sup>36</sup>

#### 2.2.2 Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation in der GKV

"Im Bereich der Hilfsmittel gehören […] – neben den Hilfsmitteln zur Sicherung einer Heilbehandlung iS von [§ 47 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX] – sowohl Hilfsmittel zur Vorbeugung vor Behinderung iS von § 33 Abs 1 S 1 Var 2 SGB V als auch Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich iS von § 33 Abs 1 S 1 Var 3 SGB V zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zwar unabhängig davon, ob sie dem unmittelbaren oder dem mittelbaren Behinderungsausgleich dienen."<sup>37</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>34</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 19.

<sup>&</sup>lt;sup>35</sup> Ebd., Rn. 23.

<sup>&</sup>lt;sup>36</sup> Ebd., Rn. 24.

<sup>&</sup>lt;sup>37</sup> Ebd., Rn. 31.

#### 2.2.2.1 Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs einer Heilbehandlung (i.S.d. SGB IX)

Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs einer Heilbehandlung (§ 47 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX), seien – im Gegensatz zu der vergleichbaren Regelung des § 33 Abs. 1 SGB V – nach ihrem Wortlaut "gerade nicht [auf] die kurative Krankenbehandlung iS von § 27 Abs 1 S 1 SGB V, sondern [auf] die "Heilbehandlung" [gerichtet], die als Leistung zur medizinischen Rehabilitation zB im Rahmen einer stationären oder ambulanten medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs 1 und 2 SGB V von der GKV erbracht wird. Solche Rehabilitationsmaßnahmen werden durch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbracht, in denen nach § 107 Abs 2 Nr 2 SGB V die Anwendung von Heilmitteln (§ 32 SGB V) im Vordergrund des ärztlichen Behandlungsplans steht. Durch den vorrangig auf den Teilhabeausgleich gerichteten Zweck der durch eine Rehabilitationseinrichtung erbrachten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wird auch das zur Sicherung dieser Behandlung eingesetzte Hilfsmittel eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation."<sup>38</sup>

#### 2.2.2.2 Hilfsmittel zum *Behinderungsausgleich*

"Ein Hilfsmittel wird aber auch losgelöst von einem kurativen Untersuchungs- oder Behandlungskonzept als Mittel der medizinischen Rehabilitation eingesetzt, wenn es der Vorbeugung vor oder dem Ausgleich von Behinderung dient. Es zielt in solchen Fällen nicht primär auf das Erkennen, Heilen, Verhüten oder Lindern von "Krankheit" iS von § 27 Abs 1 S 1 SGB V, sondern in erster Linie darauf, eine "Behinderung" oder "Pflegebedürftigkeit" abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre "Folgen" zu mildern (vgl § 11 Abs 2 SGB V; § 4 Abs 1 Nr 1, § 26 Abs 1 Nr 1 SGB IX aF)."<sup>39</sup>

Da sie in ihrer Funktion und Zwecksetzung auf eine Behinderung bezogen sind, die durch eine Teilhabebeeinträchtigung charakterisiert ist,<sup>40</sup> werden "Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich und zur Vorbeugung vor Behinderung [...] nicht mit dem vorrangigen Ziel eingesetzt, auf die Krankheit, dh auf den regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand als solchen, kurativ-therapeutisch einzuwirken. Sie sollen vielmehr in erster Linie die mit diesem regelwidrigen Zustand bzw mit der Funktionsbeeinträchtigung verbundene (oder im Falle der Vorbeugung zu erwartende) Teilhabestörung ausgleichen, mildern, abwenden oder in sonstiger Weise günstig beeinflussen, um die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (vgl § 1 SGB IX)."<sup>41</sup>

"Das Funktionsdefizit wird mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich (im Schwerpunkt) nicht kurativ behandelt, sondern lediglich möglichst weitreichend kompensiert […]. [D]er vom Regelfall abweichende Körper- oder Geisteszustand bleibt als solcher trotz Einsatzes dieser Hilfsmittel im Wesentlichen unverändert und ist medizinisch häufig auch schon austherapiert. Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich zielen in erster Linie auf eine Verbesserung der beeinträchtigten Teilhabe in der Gesellschaft."<sup>42</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>38</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 25.

<sup>&</sup>lt;sup>39</sup> Ebd., Rn. 26.

<sup>&</sup>lt;sup>40</sup> Ebd., Rn. 23-30.

<sup>&</sup>lt;sup>41</sup> Ebd., Rn. 32; BSG, Urt. v. 10. September 2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 55, Rn. 18.

<sup>&</sup>lt;sup>42</sup> BSG, Urt. v. 8. August 2019 – B 3 KR 21/18 R –, juris, Rn. 21.

#### 2.2.2.3 Hilfsmittel zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung

Der Senat konkretisiert die Funktion und Zwecksetzung von Hilfsmitteln zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung<sup>43</sup> in einer Entscheidung aus 2020 zur Versorgung mit einem Spezialtherapiedreirad<sup>44</sup>.

Ein Hilfsmittel ist zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung erforderlich, "wenn ein konkretes Behinderungsrisiko besteht, und es im Schwerpunkt um die Vermeidung von krankheitsbedingten Funktionsabweichungen geht, die in sachlicher und zeitlicher Hinsicht mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Teilhabebeeinträchtigung führen können."<sup>45</sup>

Besteht bereits eine krankheitsbedingte Funktionsabweichung, "dient das Vorbeugen einer Behinderung der Vermeidung des Eintritts von (weiteren) zu erwartenden Teilhabebeeinträchtigungen."<sup>46</sup>

"Bei einer bereits bestehenden Behinderung dient ein Hilfsmittel (nur) zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung, wenn mit dessen Einsatz im Schwerpunkt die Verschlimmerung der vorhandenen Behinderung verhütet oder der Hinzutritt einer wertungsmäßig neuen Behinderung abgewendet wird. Dies erfordert, dass in sachlicher und zeitlicher Hinsicht die dauerhafte Verschlimmerung der bestehenden Behinderung oder der Hinzutritt einer wertungsmäßig neuen Behinderung konkret drohen, denen vorzubeugen den Schwerpunkt des Hilfsmitteleinsatzes bildet."<sup>47</sup>

#### 2.3 Der Anspruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich in der GKV

"Leistungen zum Zweck des Behinderungsausgleichs iS von § 33 Abs 1 Satz 1 Var 3 SGB V sind von der GKV im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zu erbringen und von den Aufgabenbereichen anderer Rehabilitationsträger und [der] Eigenverantwortung [der Versicherten] abzugrenzen [...]. Die GKV hat nicht jegliche Folgen von Behinderung in allen Lebensbereichen - etwa im Hinblick auf spezielle Sport- oder Freizeitinteressen - durch Hilfsmittel auszugleichen und der Ausgleich für spezielle berufliche Anforderungen fällt in den Aufgabenbereich anderer Sozialleistungssysteme. Auch nach den Regelungen des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen nach dem SGB IX ist die GKV nur für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie für unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen zuständig (§ 6 Abs 1 Nr 1, § 5 Nr 1 und 3 SGB IX), nicht aber für die übrigen Teilhabeleistungen nach dem SGB IX".<sup>48</sup>

#### 2.3.1 Die Befriedigung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens

"Ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich ist nach ständiger Rechtsprechung des Senats von der Krankenkasse nur zu gewähren, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mindert und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft [und einem möglichst selbstbestimmten und selbstständigen Leben

<sup>&</sup>lt;sup>43</sup> Vgl. 2.2.2.2.

<sup>&</sup>lt;sup>44</sup> BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54.

<sup>&</sup>lt;sup>45</sup> Ebd., Rn. 21.

<sup>46</sup> Ebd.

<sup>&</sup>lt;sup>47</sup> Ebd., Rn. 22.

<sup>&</sup>lt;sup>48</sup> BSG, Urt. v. 10. September 2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 55, Rn. 15. So auch BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 27; BSG, Urt. v. 8. August 2019 – B 3 KR 21/18 R –, juris, Rn. 25; BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 12/17 R –, juris, Rn. 43.

dient<sup>49</sup>]. Deshalb ist der Anspruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich im Rehabilitationsrecht nach § 47 Abs 1 Nr 3 SGB IX [...] ausdrücklich auf solche zur Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens begrenzt. [...] [I]n Abgrenzung zur beruflichen, sozialen und nach dem BTHG nun auch zur die Bildung betreffenden Rehabilitation [ist die medizinische Rehabilitation] auf die Teilhabe am täglichen Leben, einschließlich der mit medizinischen Mitteln zu bewirkenden Selbstbestimmung und Selbstversorgung gerichtet".<sup>50</sup>

"Zu den allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens gehören danach das Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden, die elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums".<sup>51</sup>

#### 2.3.2 Der Teilhabeaspekt von Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich

"Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich […] sollen […] in erster Linie die mit [einem] regelwidrigen Zustand bzw mit [einer] Funktionsbeeinträchtigung verbundene […] Teilhabestörung ausgleichen, mildern, abwenden oder in sonstiger Weise günstig beeinflussen, um die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (vgl § 1 SGB IX). Bei der Beurteilung eines Anspruchs auf Versorgung mit einem Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich ist daher dem Teilhabeaspekt die nach dem SGB IX vorgesehene Bedeutung zuzumessen."52

#### 2.3.3 Der Umfang der Hilfsmittelversorgung in der GKV

"Für den Versorgungsumfang, insbesondere Qualität, Quantität und Diversität, kommt es entscheidend auf den Umfang der mit dem begehrten Hilfsmittel zu erreichenden Gebrauchsvorteile im Hinblick auf das zu befriedigende Grundbedürfnis an. Es besteht Anspruch auf die im Einzelfall ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung, nicht jedoch auf eine Optimalversorgung [...]. Im Ergebnis kommt es daher auf den Umfang der mit dem Hilfsmittel zu erreichenden Gebrauchsvorteile an, ohne dass hierfür maßgeblich die Unterscheidung zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich heranzuziehen wäre". Soweit für einen angestrebten Nachteilsausgleich ein kostengünstigeres Hilfsmittel funktionell in gleicher Weise geeignet ist, besteht kein Anspruch auf ein teureres Hilfsmittel.

Dementsprechend hänge bspw. die Versorgung mit einem bestimmten Gelenkfuß davon ab, ob dieser Gelenkfuß "im Vergleich zu möglicherweise kostengünstigeren anderen Prothesenfüßen mit Gelenken im Alltag - dh nicht nur in einzelnen, nicht zu den menschlichen

Diese Ergänzung findet sich in drei der sechs hier untersuchten Entscheidungen: BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 42; BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 4/16 R –, juris, Rn. 46; BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 27.

<sup>&</sup>lt;sup>50</sup> BSG, Urt. v. 10. September 2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 55, Rn. 16. So auch BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 27.

<sup>&</sup>lt;sup>51</sup> BSG, Urt. v. 10. September 2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 55, Rn. 17.

<sup>&</sup>lt;sup>52</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 32; BSG, Urt. v. 10. September 2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 55, Rn. 18.

<sup>&</sup>lt;sup>53</sup> BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 27.

<sup>&</sup>lt;sup>54</sup> Vgl. nur BSG, Urt. v. 10. September 2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 55, Rn. 19.

Grundbedürfnissen zählenden Lebensbereichen - wesentliche Gebrauchsvorteile bietet."<sup>55</sup> Außerdem müssten die die Gebrauchsvorteile eines technisch aufwendigen, innovativen Hilfsmittels von der leistungsberechtigten Person unter Berücksichtigung ihrer individuellen körperlichen und geistigen Voraussetzungen und ihrer persönlichen Lebensgestaltung auch tatsächlich genutzt werden können.<sup>56</sup>

#### 2.4 Das Grundbedürfnis der Mobilität im Nahbereich der Wohnung

In nahezu allen hier untersuchten Entscheidungen wurde um die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung gestritten.<sup>57</sup> Der dritte Senat des BSG zeigte darin die Maßgaben auf, die von den Trägern der GKV bei der Feststellung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels zur Mobilität im Nahbereich der Wohnung zu berücksichtigen sind.

#### 2.4.1 BSG, Urteil vom 15. März 2018 – B 3 KR 12/17 R (Elektrorollstuhl)

In diesem Fall begehrte der bereits mit einem handbetriebenen Rollstuhl mit elektrischem Zusatzantrieb ausgestattete Kläger die Versorgung mit einem Elektrorollstuhl durch die beklagte Krankenkasse. Diese lehnte den Versorgungsantrag aufgrund fehlender medizinischer Indikation ab.<sup>58</sup>

Der Senat wies die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das zuständige LSG zurück und äußerte sich wie folgt:

"[Das] Berufungsgericht [wird] festzustellen haben, ob der Kläger mit dem vorhandenen Leichtgewichtsrollstuhl mit E-Fix-Antrieb bereits ausreichend versorgt ist. Insoweit wird insbesondere den Erläuterungen des Klägers in der mündlichen Verhandlung vor dem LSG nachzugehen sein, dass er im Zeitpunkt der Versorgung mit dem Leichtgewichtsrollstuhl aufgrund seines Nierenleidens sehr abgemagert gewesen sei, bevor er im Laufe der medizinischen Behandlung - auch durch eine vermehrte Wasseransammlung im Körper - an Gewicht zugenommen habe, weshalb der Leichtgewichtsrollstuhl zu schmal geworden sei. Der lediglich auf der Aktenlage beruhende Einwand des MDK, eine Gewichtszunahme sei unter Berücksichtigung der Begleitdiagnosen medizinisch nicht nachvollziehbar, ist bislang ungeprüft geblieben und kann insoweit tatsächliche Ermittlungen nicht ersetzen"<sup>59</sup>

Außerdem müsse die Rechtsänderung durch das BTHG beachtet werden. Der neue Behinderungsbegriff in § 2 SGB IX messe dem Wechselwirkungsansatz noch mehr Gewicht bei und es komme nicht allein auf die wirklichen oder vermeintlichen gesundheitlichen Defizite an. "Im Vordergrund stehen vielmehr das Ziel der Teilhabe (Partizipation) an den verschiedenen Lebensbereichen [...] sowie die Stärkung der Möglichkeiten einer individuellen und den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung unter Berücksichtigung des Sozialraumes [...] und der individuellen Bedarfe zu wohnen".<sup>60</sup>

"Deshalb wird das LSG im wiederöffneten Berufungsverfahren nicht nur zu ermitteln haben, ob aufgrund von Änderungen der körperlichen Bedingungen des Klägers eine Neuversorgung

<sup>&</sup>lt;sup>55</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 42.

<sup>&</sup>lt;sup>56</sup> Ebd.

<sup>&</sup>lt;sup>57</sup> Vgl. 1.2.2 und 1.2.3.

<sup>&</sup>lt;sup>58</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 12/17 R –, juris, Rn. 2 f.

<sup>&</sup>lt;sup>59</sup> Ebd., Rn. 45.

<sup>&</sup>lt;sup>60</sup> Ebd., Rn. 46.

erforderlich ist, sondern auch, ob das Grundbedürfnis nach Mobilität eine Versorgung mit dem begehrten Elektrorollstuhl erforderlich macht. Diesbezüglich wird aufzuklären sein, ob der Kläger mit dem vorhandenen Leichtgewichtsrollstuhl mit E-Fix-Antrieb tatsächlich alle existenziellen Wege zur Gesundheits- und Selbstversorgung zurücklegen kann, woran es jedenfalls mangelt, wenn - wie der Kläger vorträgt - dessen Reichweite aufgrund der Akkuleistung möglicherweise auch witterungsbedingt so begrenzt ist, dass damit der Nahbereich nicht hinreichend erschlossen werden kann. Daneben kann der begehrte Elektrorollstuhl im Hinblick auf das Grundbedürfnis des Klägers nach Selbstbestimmung und selbständigem Wohnen erforderlich sein. In diesem Zusammenhang wird das LSG dem Einwand des Klägers nachgehen müssen, dass er bei der Nutzung des Leichtgewichtsrollstuhls ständig eine Begleitperson benötige und daher sein Selbstbestimmungsrecht und seine Selbständigkeit seitens der Beklagten nicht hinreichend berücksichtigt werde."61

#### 2.4.2 BSG, Urteil vom 15. März 2018 – B 3 KR 4/16 R (Therapiedreirad)

Der Kläger dieses Falls leidet infolge eines Hirntumors "ua an einer symptomatischen Epilepsie mit fokal-motorischen Anfällen, einer Beeinträchtigung der linken Körperhälfte mit reduzierter Motorik und Gleichgewichtsstörungen, an einer organisch bedingten Antriebsstörung, rezidivierenden depressiven Störungen sowie einer Anpassungsstörung. Daneben besteht ein Diabetes mellitus mit beginnender Polyneuropathie."<sup>62</sup>

Gestützt auf eine ärztliche Verordnung seines Hausarztes begehrte er zunächst ein Therapiedreirad, das ihm ermögliche, sich mehr zu bewegen. Mit erneuerter ärztlicher Verordnung beantragte er das Dreirad "Easy Rider 2" der Firma H., da damit seine Ausdauer und die eingeschränkten kognitiven Störungen (Gleichgewichtsfähigkeit, Rhythmusfähigkeit und Kopplungsfähigkeit sowie Belastbarkeit) gesteigert bzw. gebessert werden könnten.<sup>63</sup>

Der mit der Begutachtung beauftragte Medizinische Dienst der Krankenversicherung kam zum Ergebnis, "dass die Versorgung des Klägers mit dem Therapiedreirad "Easy Rider 2" nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umfasst sei".<sup>64</sup>

Das BSG entschied, dass "die Vorinstanzen nicht hinreichend geprüft [haben], ob das Therapiedreirad zum Behinderungsausgleich in dem von der GKV abzudeckenden Bereich der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist (§ 33 Abs 1 S 1 Var 3 SGB V)."65, Vorliegend fehlen bereits hinreichende Feststellungen des LSG, auf welche Art und Weise der Kläger überhaupt in der Lage ist, sich den Nahbereich seiner Wohnung zu erschließen, und zwar unter Berücksichtigung der gesamten gravierenden Funktionseinschränkungen des Klägers, insbesondere der Gleichgewichts-, Orientierungs-, Motorik- und Gangunsicherheitsstörungen [...]. [Das Therapiedreirad] könnte [...] als Leistung der medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen, wenn [es] wesentlich dazu beitragen oder zumindest maßgebliche Erleichterung bringen würde, dem Betroffenen den Nahbereich zu erschließen. Dies käme hier Zurücklegung infrage, wenn die Zuhilfenahme des Rollators bei der

27

<sup>&</sup>lt;sup>61</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 12/17 R –, juris, Rn. 47

<sup>&</sup>lt;sup>62</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 4/16 R –, juris, Rn. 2.

<sup>&</sup>lt;sup>63</sup> Siehe die Entscheidung in erster Instanz in dieser Sache: SG Darmstadt, Gerichtsbescheid vom 21. November 2014 – S 10 KR 237/14 –, juris, Rn. 3f.

<sup>&</sup>lt;sup>64</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 4/16 R –, juris, Rn. 3.

<sup>&</sup>lt;sup>65</sup> Ebd., Rn. 45.

gesundheitserhaltenden Wegen, Versorgungswegen und elementaren Freizeitwegen nicht mehr allein ausreichend wäre [...]. Dass der Kläger auf ständige Begleitung (Merkzeichen B) angewiesen ist, steht dem nicht entgegen, da eine Begleitung auch für jede andere Bewegungsmöglichkeit zur Erschließung des Nahbereichs mit einem Hilfsmittel erforderlich ist. Hierbei ist insbesondere das Wunsch- und Wahlrecht des behinderten Menschen (§ 8 Abs 1 S 1, S 2 SGB IX iVm § 33 S 2 SGB I) zu beachten. Die Beklagte darf den Kläger jedenfalls nicht bloß pauschal auf einen Rollstuhl verweisen, um das Grundbedürfnis der (erleichterten) Erschließung des Nahbereichs zu befriedigen. Sie hat vielmehr individuell zu prüfen, wie die Behinderung des Klägers seinem Wunsch entsprechend und in einer dem Teilhaberecht des SGB IX angemessenen Weise ausgeglichen wird."66

#### 2.4.3 BSG, Urteil vom 8. August 2019 – B 3 KR 21/18 R (Elektrorollstuhl)

In dieser Entscheidung hatte der dritte Senat des BSG erneut über die Versorgung mit einem Elektrorollstuhl zu entscheiden. Da die Klägerin bereits über einen Rollstuhl mit Greifreifen verfügte, mit dem sie sich den Nahbereich außerhalb ihrer Wohnung erschließen könne, lehnte die beklagte Krankenkasse den vom Hausarzt verordneten Elektrorollstuhl ab.

Auch diese Sache wurde zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das zuständige LSG zurückverwiesen. Dieses habe festzustellen, "ob der Elektrorollstuhl als Leistung der medizinischen Rehabilitation in Betracht kommt, wenn er nämlich dazu beitragen würde, wesentliche körperliche Erleichterung zu bringen, damit sich die Klägerin den Nahbereich für Alltagsgeschäfte und Wege zur ärztlichen Versorgung besser erschließen könnte. Dies käme hier infrage, wenn die Zuhilfenahme des Rollstuhls mit Greifreifen bei der Zurücklegung solcher Wege im Nahbereich, bei Versorgungswegen und elementaren Freizeitwegen nicht mehr ausreichend wäre [...]. Hierbei ist insbesondere das Wunsch- und Wahlrecht des behinderten Menschen (§ 8 Abs 1 Satz 1, Satz 2 SGB IX iVm § 33 Satz 2 SGB I) zu beachten. Die Beklagte darf die Klägerin jedenfalls nicht bloß pauschal auf einen Rollstuhl mit Greifreifen verweisen, um das Grundbedürfnis der (erleichterten) Erschließung des Nahbereichs zu befriedigen. Sie hat vielmehr individuell zu prüfen, wie die Behinderungen der Klägerin ihrem Wunsch entsprechend und in einer dem Teilhaberecht des SGB IX angemessenen Weise ausgeglichen wird."

Insbesondere werde aufzuklären sein, "ob und inwieweit sich gesundheitliche Einschränkungen aktuell verstärkt haben oder neu hinzugetreten sind, sodass aus medizinischer Sicht eine wesentliche Erleichterung oder kräfteentlastende Wirkung in der Mobilität durch die Inanspruchnahme eines Elektrorollstuhls erforderlich sein könnte. Dem Einwand der Beklagten, die Klägerin sei nicht in der Lage, sich - aus welchen Gründen auch immer - mit ausreichender Sicherheit im Straßenverkehr zu bewegen, wird zu berücksichtigen sein, ebenso wie die Möglichkeit, eine solche Einschränkung ggf durch eine Begleitperson oder andere Hilfen auszugleichen."<sup>68</sup>

28

<sup>&</sup>lt;sup>66</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 4/16 R –, juris, Rn. 48.

<sup>&</sup>lt;sup>67</sup> BSG, Urt. v. 8. August 2019 – B 3 KR 21/18 R –, juris, Rn. 27.

<sup>&</sup>lt;sup>68</sup> Ebd., Rn. 28.

Außerdem seien auch hier die Rechtsänderungen durch das BTHG zu beachten<sup>69</sup>, weshalb das LSG nicht nur zu ermitteln habe, "ob das Grundbedürfnis nach Mobilität eine Versorgung mit dem begehrten Elektrorollstuhl erforderlich macht, sondern auch ob ein Ersatz oder Austausch des vorhandenen Rollstuhls mit Greifreifen ggf vom bereits erwähnten Wunschund Wahlrecht nach § 8 SGB IX umfasst ist. Dabei ist die gesamte Lebenssituation der Klägerin zu berücksichtigen, insbesondere mögliche Erleichterungen in der Fortbewegung zur Erschließung des Nahbereichs. Ansonsten ist jedenfalls bei einer notwendigen Neuversorgung mit einem Hilfsmittel, das der Erschließung des Nahbereichs dient, die Mehrkostenregelung nach § 33 Abs 1 Satz [9] SGB V in Betracht zu ziehen."<sup>70</sup>

#### 2.4.4 BSG, Urteil vom 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R (Spezialtherapiedreirad)

Die Klägerin begehrte in diesem Fall die Versorgung mit einem ärztlich verordneten Spezialtherapiedreirad. Die Versorgung wurde von der beklagten Krankenkasse abgelehnt, "weil das Hilfsmittel dem Freizeitausgleich diene und zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung der Klägerin mit Blick auf ihre vorhandene Gehfähigkeit nicht erforderlich sei; ggf reiche dafür ein Schieberollstuhl aus. Zur Förderung des Gleichgewichtssinns stünden andere Möglichkeiten und Maßnahmen wie Krankengymnastik zur Verfügung."<sup>71</sup>

Der dritte Senat des BSG entschied: "Bei der Prüfung eines Anspruchs auf ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich darf das zu befriedigende Grundbedürfnis der Erschließung des Nahbereichs nicht zu eng gefasst werden in Bezug auf die Art und Weise, wie sich Versicherte den Nahbereich der Wohnung zumutbar und in angemessener Weise erschließen. Dies folgt unter Beachtung der Teilhabeziele des SGB IX (vgl § 11 Abs 2 Satz 3 SGB V), insbesondere ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen (vgl § 1 SGB IX aF), aus dem verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot des Art 3 Abs 3 Satz 2 GG als Grundrecht und objektive Wertentscheidung iVm dem Recht auf persönliche Mobilität nach Art 20 UN-Behindertenrechtskonvention."<sup>72</sup>

"Dem ist dadurch Rechnung zu tragen, dass im Rahmen des Behinderungsausgleichs zu prüfen ist, ob der Nahbereich ohne ein Hilfsmittel nicht in zumutbarer und angemessener Weise erschlossen werden kann und insbesondere durch welche Ausführung der Leistung diese Erschließung des Nahbereichs für einen behinderten Menschen durch ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich verbessert, vereinfacht oder erleichtert werden kann. Hinzu kommt ggf die Prüfung, ob eine über den Nahbereich hinausgehende Mobilität zur Wahrnehmung eines anderen Grundbedürfnisses notwendig ist [...]. Dabei ist dem Wunsch- und Wahlrecht des behinderten Menschen (vgl § 9 Abs 1 Satz 1 und 2 SGB IX aF iVm § 33 SGB I) volle Wirkung zu verschaffen [...]. Dies bedeutet auch, dass die Leistung dem Leistungsberechtigten viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung der Lebensumstände lässt und die Selbstbestimmung fördert (vql § 9 Abs 3 SGB IX aF)."<sup>73</sup>

"Der Senat sieht sich bei dieser auf das zu befriedigende Grundbedürfnis nach Mobilität gerichteten grundrechtsorientierten Auslegung des § 33 Abs 1 Satz 1 Var 3 SGB V im Einklang

<sup>&</sup>lt;sup>69</sup> BSG, Urt. v. 8. August 2019 – B 3 KR 21/18 R –, juris, Rn. 29. Vgl. 2.4.1.

<sup>&</sup>lt;sup>70</sup> BSG, Urt. v. 8. August 2019 – B 3 KR 21/18 R –, juris, Rn. 30.

<sup>&</sup>lt;sup>71</sup> BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 2.

<sup>&</sup>lt;sup>72</sup> Ebd., Rn. 29.

<sup>&</sup>lt;sup>73</sup> Ebd., Rn. 30.

mit der Rechtsprechung des BVerfG zum Paradigmenwechsel, den Art 3 Abs 3 Satz 2 GG mit sich gebracht hat, und der Menschen mit Behinderungen ermöglichen soll, so weit wie möglich ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen [...]. Der Anspruch auf ein Hilfsmittel der GKV zum Behinderungsausgleich ist danach nicht von vornherein auf einen Basisausgleich im Sinne einer Minimalversorgung beschränkt. Vielmehr kommt ein Anspruch auf Versorgung im notwendigen Umfang bereits in Betracht, wenn das begehrte Hilfsmittel wesentlich dazu beiträgt oder zumindest maßgebliche Erleichterung verschafft, Versicherten auch nur den Nahbereich im Umfeld der Wohnung in zumutbarer und angemessener Weise zu erschließen."<sup>74</sup>

Das Spezialtherapiedreirad sei zwar geeignet, dem Wunsch der Klägerin nach erheblicher Verbesserung ihrer Mobilität auch im Nahbereich zu entsprechen, allerdings fehlen Feststellungen, um abschließend darüber zu entscheiden, ob das Hilfsmittel zum Erschließen des Nahbereichs der Wohnung im Einzelfall nach den vorgenannten Maßgaben erforderlich ist. "Es fehlen insbesondere Feststellungen dazu, auf welche Art und Weise sich die im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung 19 Jahre alte, in ihrer Entwicklung verzögerte Versicherte unter Berücksichtigung ihrer gesamten Funktionseinschränkungen und Lebenssituation auch nur den Nahbereich ihrer Wohnung ohne das Spezialtherapierad tatsächlich mit und ohne Hilfe anderer zumutbar und in angemessener Weise erschließen konnte und welche Gebrauchsvorteile das Rad zur Befriedigung des Grundbedürfnisses nach Mobilität vorliegend bietet."<sup>76</sup>

Bei der Anspruchsprüfung "bedarf es zwar der Würdigung, ob es an der Erforderlichkeit fehlen kann, wenn das Rad wegen seiner Leistungsfähigkeit das Maß des Notwendigen überschreitet (vgl § 33 Abs 1 Satz [9] SGB V [...]). Hierbei sind indes auch einzelfallbezogene Umstände zu berücksichtigen, wenn aufgrund derer eine alternative Hilfsmittelversorgung zur zumutbaren und angemessenen Erschließung des Nahbereichs der Wohnung unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Klägerin nicht in Betracht kommt. Allein der Umstand, dass das Spezialtherapierad neben der Erschließung des Nahbereichs auch Freizeitinteressen dienen kann, schließt nicht bereits die Erforderlichkeit des Hilfsmittels zur Befriedigung des Grundbedürfnisses nach Mobilität aus."<sup>77</sup>

#### 2.4.5 BSG, Urteil vom 10. September 2020 – B 3 KR 15/19 R (GPS-Uhr)

In der jüngsten hier untersuchten Entscheidung des dritten Senats zur Hilfsmittelversorgung in der GKV stand die Versorgung mit einer GPS-Uhr im Streit.

Der Kläger lebt infolge eines Morbus-Down-Syndroms mit einer stark ausgeprägten geistigen Behinderung mit Weglauftendenz bei Orientierungslosigkeit und Selbstgefährdung. Um eine eigenständige Mobilität und eine höhere Bewegungsfreiheit außerhalb verschlossener Räume in der Wohnung und im Nahbereich sowie die Teilnahme an Ausflügen und Gemeinschaftsaktivitäten der von ihm besuchten Tagesförderstätte zu ermöglichen, begehrt er die Versorgung mit einer GPS-Uhr der Marke "Guard2me". Diese Uhr sei speziell für

<sup>&</sup>lt;sup>74</sup> BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 31.

<sup>&</sup>lt;sup>75</sup> Ebd., Rn. 32.

<sup>&</sup>lt;sup>76</sup> Ebd., Rn. 33.

<sup>&</sup>lt;sup>77</sup> Ebd., Rn. 34.

Menschen mit Weglaufneigungen und Orientierungsverlust konzipiert und beinhaltet z.B. eine SOS-Funktion, eine Alarmierung bei Sturzverdacht und ermöglicht die Benachrichtigung, wenn der Träger oder die Trägerin einen zuvor definierten Sicherheitsbereich verlässt.

Die beklagte Krankenkasse lehnte die Versorgung ab, da sie darin ein Überwachungssystem zur Positionsbestimmung und zur Kompensation mangelnder Betreuungsressourcen sah. Zur Minimierung des mit dem Weglaufen verbundenen Gefahrenpotenzials seien Maßnahmen wie zum Beispiel das Abschließen von Türen oder die ständige persönliche Begleitung außerhalb des räumlichen Bereichs angezeigt.<sup>78</sup>

Der Senat entschied, dass die begehrte GPS-Uhr den Anforderungen eines dem Behinderungsausgleich dienenden und erforderlichen Hilfsmittels der GKV erfülle.<sup>79</sup>

"[D]ie speziell für Menschen mit eingeschränkter Orientierungsfähigkeit entwickelte GPS-Uhr [ermöglicht] dem Kläger einen höheren Grad an Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit in der Mobilität und bei Aufenthalten an verschiedenen Orten in seiner Wohnung und im Nahbereich. Durch das Tragen der Uhr kann sein Aufenthalt in verschlossenen Räumen der Wohnung oder im abgesperrten Nahbereich zumindest verringert werden. Dies fördert die Unabhängigkeit in der selbstbestimmten Mobilität ohne das Risiko einer erhöhten Selbstgefährdung. Dieser Vorteil ist ein anzuerkennendes Grundbedürfnis im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. Die fortwährende Beobachtung oder Anwesenheit durch präsente Betreuungspersonen kann ggf reduziert werden. Der Einsatz der Uhr vergrößert damit die persönliche Bewegungsfreiheit, hier die Freiheit, sich an selbst gewählten Orten in einem begrenzten Bereich ohne Selbstgefährdung aufzuhalten. Darin liegt ein erheblicher Behinderungsausgleich bzw eine Milderung der Folgen der geistigen Behinderung. Es ist nicht ersichtlich, dass ein anderes sächliches Hilfsmittel dem Kläger hier eine vergleichbare Selbstbestimmung bringen könnte. Der erhöhte Einsatz von Dienstleistungen durch weitere Betreuungskräfte ist insofern keine Alternative zu einem Hilfsmittel in der GKV".<sup>80</sup>

"Der Kläger bzw seine Betreuerin haben ausdrücklich den berechtigten Wunsch (s § 8 Abs 1 SGB IX) nach größerer selbstbestimmter Bewegungsfreiheit geäußert. Die Bedenken der Beklagten, die GPS-gesteuerte Uhr habe - neben der aufgezeigten freiheitserweiternden - auch freiheitseinschränkende Wirkung für den Kläger, greifen daher nicht."<sup>81</sup>

Bei dieser Auslegung des § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V in Bezug auf das zu befriedigende Grundbedürfnis nach Mobilität im Nahbereich sieht sich der Senat im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Paradigmenwechsel, den Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG mit sich gebracht hat.<sup>82</sup>

Außerdem sei bei der Auslegung des einfachen Rechts das Recht auf Mobilität aus Art. 20 UN-BRK angemessen zu berücksichtigen. "Danach ist der erleichterte Zugang von Menschen mit Behinderungen zu hochwertigen Mobilitätshilfen, Geräten, unterstützenden Technologien durch die Vertragsstaaten sicherzustellen (vgl Art 20 Buchst b UN-BRK). Überdies hält Art 26

<sup>&</sup>lt;sup>78</sup> BSG, Urt. v. 10. September 2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 55, Rn. 2.

<sup>&</sup>lt;sup>79</sup> Ebd., Rn. 20.

<sup>&</sup>lt;sup>80</sup> Ebd., Rn. 22.

<sup>&</sup>lt;sup>81</sup> Ebd., Rn. 23.

<sup>82</sup> Ebd., Rn. 26; vgl. 2.4.4.

Abs 1 UN-BRK die Vertragsstaaten dazu an, wirksame und geeignete Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen zu treffen, damit diesen ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden".<sup>83</sup>

"Für den Bereich der Hilfsmittelversorgung der medizinischen Rehabilitation in der GKV sind im Rahmen des Behinderungsausgleichs (§ 33 Abs 1 Satz 1 Var 3 SGB V) solche speziellen, zeitgemäßen Geräte Versicherten zur Verfügung zu stellen, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um die Mobilität des behinderten Menschen durch eine größere Unabhängigkeit und Selbstbestimmung in der persönlichen Bewegungsfreiheit in der Wohnung bzw im Nahbereich zu erhöhen bzw zu erleichtern. Diesem Zweck wird die begehrte GPS-gesteuerte Uhr gerecht. Aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsprinzips (§ 12 Abs 1 SGB V) kann die Beklagte dem Kläger ein kostengünstigeres Produkt einer anderen Marke mit gleichwertiger Funktionalität, ggf auch leihweise, zur Verfügung stellen (§ 33 Abs 5 Satz 1 SGB V)."84

### 2.5 Aufgaben und Ermittlungspflichten der Krankenkassen als leistende Rehabilitationsträger

Der Eingang eines Rehabilitationsantrags bei einer Krankenkasse (z.B. ein Antrag auf Kostenübernahme für ein auf die individuellen Bedürfnisse angepasstes Spezialtherapierad unter Hinweis ua auf eine Behinderung<sup>85</sup>), löst für diese als Rehabilitationsträgerin spezifische Aufgaben und Ermittlungspflichten aus, denen die beklagte Krankenkasse im Unterschenkelprothesen-Fall aus 2018 "offensichtlich nicht gerecht geworden [ist]. Sie nahm zunächst den Antrag der Klägerin mangels eines erkennbaren Versorgungskonzeptes nicht einmal als solchen zu den Akten und lehnte ihn letztlich ab, ohne den Rehabilitationsbedarf der Klägerin auch nur ansatzweise tatsächlich und abschließend festgestellt zu haben. Nach § 14 Abs 2 S 1 SGB IX aF gehört es aber zu den wesentlichen Aufgaben des Rehabilitationsträgers, der einen Leistungsantrag nicht weiterleitet, Rehabilitationsbedarf unverzüglich und umfassend festzustellen. Dazu gehört die Erstellung eines umfassenden Versorgungskonzeptes. Wenn die Beklagte diese Aufgabe ihren vertraglich gebundenen Hilfsmittelerbringern überträgt, muss sie jedenfalls auch die hinreichende Erfüllung dieser Aufgabe sicherstellen. Sinn und Zweck der Vorschriften zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs<sup>86</sup> und zur Koordinierung der Leistungen nach dem SGB IX werden indessen geradezu in ihr Gegenteil verkehrt, wenn eine Leistung mit der Begründung abgelehnt wird, der Bedarf des Antragstellers sei im Hinblick auf mögliche preiswertere, aber nicht getestete Alternativen nicht hinreichend festgestellt worden. Das Gesetz sieht die Möglichkeit der Leistungsversagung wegen fehlender Mitwirkung eines Leistungsberechtigten nur unter den - hier nicht vorliegenden - Voraussetzungen des § 66 SGB I vor. "87

"[I]m wiedereröffneten Berufungsverfahren [wird das LSG] den Rehabilitationsbedarf der Klägerin im Zusammenhang mit dem begehrten Prothesenfuß [...] umfassend und ggf unter

 $<sup>^{83}</sup>$  BSG, Urt. v. 10. September 2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500  $\S$  33 Nr 55, Rn. 27.

<sup>&</sup>lt;sup>84</sup> Ebd., Rn. 28.

<sup>&</sup>lt;sup>85</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 37.

<sup>&</sup>lt;sup>86</sup> Insbesondere § 13 Abs. 2 SGB IX

<sup>&</sup>lt;sup>87</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 43.

Beteiligung auch anderer Rehabilitationsträger<sup>88</sup>, aus deren Rechtsbereich ein Anspruch in Betracht kommen kann, aufzuklären haben. Das LSG muss dabei das gesamte materielle und soziale Umfeld der Klägerin einschließlich ihrer individuellen privaten und beruflichen Lebensgestaltung ermitteln und auf dieser Basis entscheiden, ob der begehrte Prothesenfuß der Klägerin in ihrem Lebensumfeld im Alltag wesentliche Gebrauchsvorteile bietet, die die Klägerin nach ihren individuellen Fähigkeiten auch tatsächlich nutzen kann, bzw welches konkrete Versorgungskonzept bei ihr zur Bewältigung des Alltagslebens anstelle dessen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist."<sup>89</sup>

#### 2.6 Die Leistungspflichten der Krankenkassen im Rahmen der aufgedrängten Zuständigkeit

In nahezu allen Entscheidungen kam neben dem Versorgungsanspruch aus § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V eine Leistungspflicht der beklagten Krankenkassen unter dem Gesichtspunkt der aufgedrängten Zuständigkeit in Betracht.

"Die mangels Weiterleitung des Rehabilitationsantrags nach § 14 Abs 2 S 1 SGB IX aF begründete umfassende Prüfungs- und ggf auch Leistungszuständigkeit der beklagten Krankenkasse als [leistende Rehabilitationsträgerin] erstreckt sich im Außenverhältnis zum Versicherten auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation rehabilitationsrechtlich vorgesehen sind [...]."90

"Wenn daher [das] von der Klägerin begehrte [Hilfsmittel] [...] nicht bereits zur medizinischen Rehabilitation nach den Kriterien des § 33 Abs 1 S 1 Var 3 SGB V erforderlich sein sollte, wird [...] weiter aufzuklären [sein], ob dieses Hilfsmittel spezielle Gebrauchsvorteile zwar nicht für das Alltagsleben der Klägerin, aber zu ihrer beruflichen oder sozialen Teilhabe oder zur Teilhabe an Bildung bietet, und ob die Klägerin diese Vorteile nach ihren individuellen Fähigkeiten und ihrer privaten und beruflichen Lebensgestaltung tatsächlich nutzen kann."91

In der Elektrorollstuhl-Entscheidung aus 2018 stellte der Senat fest, dass "der bisher erkennbare Sachverhalt [zwar] keine Anhaltspunkte dafür [bietet], dass der Kläger den begehrten Elektrorollstuhl zur beruflichen oder sozialen Teilhabe oder zur Teilhabe an Bildung benötigen könnte, allerdings ist nach den bisherigen Feststellungen auch der Bedarf noch nicht entsprechend ermittelt worden (vgl §§ 12, 13 SGB IX idF des BTHG) und die Versorgung mit einem Elektrorollstuhl kann grundsätzlich alle Teilhabebereiche betreffen."92

Insbesondere verweist der Senat regelmäßig auf die möglicherweise aufgedrängte Zuständigkeit der Krankenkassen für Leistungen zur sozialen Teilhabe nach § 76 SGB IX (ehemalige Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, § 55 SGB IX aF), deren Aufgabe es ist, "dem behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen und [die] ausdrücklich subsidiär an die vorrangigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation [anschließen]. Deshalb gehören zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft solche Hilfsmittel, die den Ausgleich einer gleichberechtigten Teilhabe am

<sup>&</sup>lt;sup>88</sup> Vgl. 3.7.4.

<sup>&</sup>lt;sup>89</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 44.

<sup>&</sup>lt;sup>90</sup> Ebd., Rn. 47.

<sup>&</sup>lt;sup>91</sup> Ebd., Rn. 48. So auch BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 12/17 R –, juris, Rn. 50; BSG, Urt. v. 8. August 2019 – B 3 KR 21/18 R –, juris, Rn. 33

<sup>&</sup>lt;sup>92</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 12/17 R –, juris, Rn. 50.

Leben in der Gemeinschaft bezwecken und daher zwar regelmäßig - ebenso wie die Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation - die Alltagsbewältigung betreffen, aber nicht mehr von der medizinischen Teilhabe umfasst sind; es handelt sich dabei insbesondere um Hilfsmittel, die dem behinderten Menschen den Kontakt mit seiner Umwelt, nicht nur mit Familie und Nachbarschaft, sowie die Teilnahme am öffentlichen und kulturellen Leben ermöglichen". 93

"Die Zwecke [der Hilfsmittel im Sinne der medizinischen Rehabilitation der GKV und der sozialen Rehabilitation] können sich überschneiden, sie können aber auch unterschiedlicher Art sein, denn [ihre] Zwecksetzung […] ist nicht identisch […]. Die grundsätzliche Zuordnung eines Hilfsmittels zur medizinischen Rehabilitation im Sinne der GKV bedeutet daher auch nicht, dass es unter einer anderen Zielsetzung für eine mögliche Leistungserbringung nicht infrage kommt."<sup>94</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>93</sup> BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 38. Siehe auch BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 49.

<sup>&</sup>lt;sup>94</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 4/16 R –, juris, Rn. 52.

# 3. Auswertung I: Die Hilfsmittelversorgung in der GKV an der Schnittstelle von SGB V und SGB IX

#### 3.1 Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation in der GKV

Für die in diesem Gutachten zu bearbeitenden Fragen ist von wesentlicher Bedeutung, dass der dritte Senat des BSG in den oben vorgestellten Entscheidungen klargestellt hat, ob und welche Hilfsmittel von der GKV als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht werden und wie sie voneinander abzugrenzen<sup>95</sup> sind.

Demnach werden von der GKV als Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation erbracht:

- die Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs einer Heilbehandlung (§ 33 Abs. 1 SGB V i.V.m.
   § 47 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX),
- die Hilfsmittel zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var.
   2 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
- die Hilfsmittel zum Ausgleich einer Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX).

### 3.2 Die Geltung der Regelungen des SGB IX für Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation in der GKV

Die Einordnung der Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs einer Heilbehandlung, zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung und zum Behinderungsausgleich als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hat richtungsweisenden Charakter, "denn die Regelungen des SGB IX gelten für alle Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, und zwar auch, soweit es sich dabei um Leistungen der GKV nach dem SGB V handelt. Die SGB IX-Regelungen gelten hingegen ausschließlich für Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, dh nicht für die sonstigen Leistungen der GKV (vgl § 11 SGB V), insbesondere nicht für solche zur kurativen (Akut-)Behandlung einer Krankheit". 96

Das Verhältnis der nebeneinander anzuwendenden Normen des SGB V und des SGB IX bei den Hilfsmitteln zur medizinischen Rehabilitation regeln § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V und § 7 SGB IX. Danach richten sich die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkassen nach dem SGB V (§ 7 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Im Übrigen werden sie unter Beachtung der Regelungen des SGB IX, Teil I erbracht, soweit sich aus dem SGB V nichts Abweichendes ergibt (§ 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V, § 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). <sup>97</sup>

Die Regelungen des SGB IX über die Einleitung der Rehabilitation von Amts wegen (§§ 9-11), die Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (§§ 12 und 13 SGB IX) sowie die Koordinierung der Leistungen (§§ 14-24 SGB IX) gehen jedoch den Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger und damit dem SGB V vor (§ 7 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).

<sup>95</sup> Bezüglich der Abgrenzungskriterien zwischen den verschiedenen Hilfsmitteln der GKV wird auf die Ausführungen in Abschnitt 2.2 verwiesen.

<sup>&</sup>lt;sup>96</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 18; vgl. 2.1.

<sup>&</sup>lt;sup>97</sup> Vgl. 2.1.

#### 3.3 Die Ziele der Leistungen zur Teilhabe (§ 1 SGB IX)

Bei den von den Krankenkassen zu berücksichtigenden Regelungen des SGB IX handelt es sich unter anderem um Vorschriften, mit denen die Ziele der Teilhabeleistungen im gegliederten Rehabilitationssystem so weit wie möglich vereinheitlicht werden.<sup>98</sup>

Dazu gehören die vorangestellten und hervorgehobenen Ziele des § 1 SGB IX.<sup>99</sup> Danach erhalten Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen die Leistungen nach dem SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (§ 1 Satz 1 SGB IX).

Diese Ziele betont der Senat in seinen Entscheidungen, stellt die Verbindung zum verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot von Menschen mit Behinderungen in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG her und stellt folgerichtig fest, dass dem Teilhabeaspekt bei der Beurteilung eines Anspruchs auf Versorgung mit einem Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich die ihm nach dem SGB IX vorgesehene Bedeutung zuzumessen ist. 100

#### 3.4 Der Behinderungsbegriff (§ 2 SGB IX)

Im Unterschied zu den Leistungen der kurativ-therapeutischen Krankenbehandlung werden Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation nicht mit dem Ziel eingesetzt, auf eine Krankheit positiv einzuwirken, sondern insbesondere einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bestehende Behinderung auszugleichen.<sup>101</sup>

Die für das Sozialrecht zentrale Bestimmung des Behinderungsbegriffs in § 2 Abs. 1 SGB IX enthält die Definition der Menschen mit Behinderungen. Danach sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB IX).

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde der Behinderungsbegriff in § 2 SGB IX sprachlich an die UN-Behindertenrechtskonvention angepasst, womit stärker zum Ausdruck kommt, "dass sich die Behinderung erst durch gestörte oder nicht entwickelte Interaktion zwischen dem Individuum und seiner materiellen und sozialen Umwelt manifestiert. Die Regelung [...] gründet sich in ihrem Verständnis wesentlich auf das bio-psychosoziale Modell der Weltgesundheitsorganisation [...], das der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zugrundliegt."<sup>103</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>98</sup> BT-Drs. 14/5074, S. 92, 100.

<sup>&</sup>lt;sup>99</sup> Ebd., S. 98.

<sup>&</sup>lt;sup>100</sup> Vgl. 2.3.2 und 2.4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>101</sup> Vgl. 2.2.2.2.

<sup>&</sup>lt;sup>102</sup> Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, § 2 SGB IX, Rn. 6.

<sup>&</sup>lt;sup>103</sup> BT-Drs. 18/9522, S. 192.

Der Senat weist darauf hin, dass diese Rechtsänderung bei der Konkretisierung des Hilfsmittelanspruchs berücksichtigt werden müsse, mit der - wie bereits durch § 1 SGB IX<sup>104</sup> - das Ziel der Teilhabe in den Vordergrund gerückt werde. Außerdem sind infolge des Wechselwirkungsansatzes die Gegebenheiten des Sozialraums und dessen einstellungs- und umweltbedingte Barrieren zu berücksichtigen.<sup>105</sup>

#### 3.5 Die Notwendigkeit von Teilhabeleistungen (§ 4 Abs. 1 SGB IX)

Gemäß § 4 Abs. 1 SGB IX umfassen die Leistungen zur Teilhabe die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung,

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten, oder ihre Folgen zu mildern (Nr. 1),
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern (Nr. 2),
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern (Nr. 3) oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern (Nr. 4).

Diese Ziele sind Maßgabe für die Notwendigkeit von Teilhabeleistungen, d.h. das SGB IX vermittelt einen Anspruch auf alle Teilhabeleistungen, die notwendig sind, um die in § 4 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele zu erreichen (teilhaberechtlicher Gesamtanspruch). Die Notwendigkeit ist dann nicht gegeben, wenn diese Teilhabeziele auf einem anderen, sinnvolleren Weg ebenso wirksam, wirtschaftlich und nachhaltig (§ 28 Abs. 2 SGB IX) erreicht werden können und das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten nach § 8 SGB IX nicht entgegensteht. Die Notwendigkeit ist dann nicht gegeben, wenn diese Teilhabeziele auf einem anderen, sinnvolleren Weg ebenso wirksam, wirtschaftlich und nachhaltig (§ 28 Abs. 2 SGB IX) erreicht werden können und das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten nach § 8 SGB IX nicht entgegensteht.

Die Regelung in § 4 Abs. 1 SGB IX ist kein allgemeiner Programmsatz, sondern verpflichtet die Rehabilitationsträger, die darin enthaltenen Ziele bei der Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und der im Einzelfall notwendigen wirksamen und wirtschaftlichen Leistungen zu beachten. Dies betrifft auch die Beurteilung, ob eine Teilhabeleistung der Krankenkassen ausreichend und zweckmäßig i.S.v. § 12 Abs. 1 SGB V ist. Dementsprechend hat das BSG die Zielrichtung der medizinisch-rehabilitativen Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich insb. auf die Ziele in §§ 4 Abs. 1 Nr. 1, 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX bezogen. Die Rehabilitativen Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich insb. auf die Ziele in §§ 4 Abs. 1 Nr. 1, 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX bezogen.

#### 3.6 Das Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX)

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde nicht nur der Teilhabeaspekt bei der Erbringung von Leistungen nach dem SGB IX in den Vordergrund gerückt, sondern auch die Stärkung der

<sup>&</sup>lt;sup>104</sup> Vgl. 3.1.3.

<sup>&</sup>lt;sup>105</sup> Vgl. 2.4.1.

<sup>106</sup> Vgl. 3.8

<sup>&</sup>lt;sup>107</sup> Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, § 4 SGB IX, Rn. 5 ff.

<sup>&</sup>lt;sup>108</sup> Ebd., Rn. 10.

<sup>&</sup>lt;sup>109</sup> Vgl. 2.2.2.2.

Möglichkeiten einer individuellen und den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung unter Berücksichtigung des Sozialraumes und der individuellen Bedarfe zu wohnen. Gesetzliche Ausformung erfährt dieser Leitgedanke im Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX), das in den oben dargestellten Entscheidungen zur Konkretisierung des Hilfsmittelanspruchs mehrfach herangezogen wurde und dem dabei volle Wirkung zu verschaffen ist 112.

Das Wunsch- und Wahlrecht in § 8 SGB IX erweitert und konkretisiert den Individualisierungsgrundsatz und das Wunschrecht des § 33 SGB I, der auch bei der Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen ist (vgl. § 37 Satz 2 SGB I).

Entsprechend des Individualisierungsgrundsatzes (§ 33 Satz 1 SGB I) sind bei der Ausgestaltung des Hilfsmittelanspruchs die persönlichen Verhältnisse des Leistungsberechtigten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse von Amts wegen zu berücksichtigen.<sup>113</sup>

Das Wunschrecht in § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX geht dem in § 33 Satz 2 SGB IX als speziellere Regelung vor und besagt, dass ein Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkasse) bei der Entscheidung und Ausführung von Teilhabeleistungen (z.B. Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation) den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen hat. Von einem berechtigten Wunsch in diesem Sinne kann nur ausgegangen werden, wenn er sich im Rahmen des Leistungsrechts bewegt. 114 Jedenfalls ist bei dieser Einschätzung auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie, die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten sowie auf die Gesichtspunkte des § 33 SGB I Rücksicht zu nehmen (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Außerdem ist den besonderen Bedürfnissen von Müttern und Vätern mit Behinderungen bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen von Kindern mit Behinderungen Rechnung zu tragen (§ 8 Abs. 1 Satz 3 SGB IX).

Gem. § 8 Abs. 3 SGB IX gehört dazu auch, dass das Hilfsmittel dem oder der Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung der Lebensumstände lässt und es die Selbstbestimmung fördert (§ 8 Abs. 3 SGB IX).<sup>115</sup>

# 3.7 Das Rehabilitationsverfahrensrecht und die umfassende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs durch die Krankenkassen

Das Rehabilitationsverfahrensrecht der §§ 12-24 SGB IX geht den Regelungen des SGB V vor<sup>116</sup> und ist damit von den Krankenkassen bei der Konkretisierung von Hilfsmitteln zur medizinischen Rehabilitation und somit von Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich<sup>117</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>110</sup> Vgl. 2.4.1.

<sup>&</sup>lt;sup>111</sup> Vgl. 2.4.2, 2.4.3, 2.4.4.

<sup>112</sup> **2 4 4** 

<sup>&</sup>lt;sup>113</sup> Vgl. Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, § 8 SGB IX, Rn. 4a f.

<sup>&</sup>lt;sup>114</sup> BT-Drs. 14/5074, S. 100.

<sup>&</sup>lt;sup>115</sup> Vgl. 2.4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>116</sup> Vgl. 3.2.

<sup>&</sup>lt;sup>117</sup> Vgl. 3.1.

zwingend zu beachten. Die daraus für die Krankenkassen erwachsenden Folgen hat der dritte Senat des BSG in den oben dargestellten Entscheidungen verdeutlicht.<sup>118</sup>

Als leistender Rehabilitationsträger ist eine Krankenkasse für die umfassende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (3.7.1) anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung zuständig (3.7.2), hat ein umfassendes Versorgungskonzept zu erstellen (3.7.3), ggfs. andere Rehabilitationsträger bei der Bedarfsfeststellung zu beteiligen (3.7.4.) und unter den Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 SGB IX einen Teilhabeplan zu erstellen (3.7.5) sowie nach § 20 SGB IX eine Teilhabeplankonferenz durchzuführen (3.7.6). Kommt ein leistender Rehabilitationsträger seinen Pflichten zur Bedarfsermittlung und -feststellung nicht ordnungsgemäß nach, kann dies zu Beurteilungs- und Ermessensfehlern führen (3.7.7).

#### 3.7.1 Die Aufgaben der Krankenkassen als leistende Rehabilitationsträger

Das BSG hat eindrücklich aufgezeigt, dass die Krankenkassen in ihrer Funktion als Rehabilitationsträger (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) erkennen müssen, ob ein bei ihnen gestellter Leistungsantrag ein Antrag auf Teilhabeleistungen (§ 5 SGB IX) ist, den sie entsprechend der Regelungen in §§ 14 ff. SGB IX zu bearbeiten haben.<sup>119</sup>

Ein bei einer Krankenkasse gestellter Antrag auf Versorgung mit einem Hilfsmittel (dazu gehört auch die Übersendung einer ärztlichen Verordnung an eine Krankenkasse<sup>120</sup>, die Versorgungsanzeige durch einen Leistungserbringer<sup>121</sup> oder in bestimmten Fällen bereits die Übergabe der ärztlichen Verordnung an den Leistungserbringer<sup>122</sup>) löst stets die Prüfung aus, ob Rehabilitationsbedarfe vorhanden sind (vgl. § 43 SGB IX i.V.m. § 12 SGB IX), womit auch das Vorliegen eines Teilhabeantrags zu klären ist. Zudem hat die Krankenkasse bei Anträgen auf Sozialleistungen unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung schon nach § 9 SGB IX von Amts wegen zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe zur Erreichung von Teilhabezielen nach §§ 1 und 4 SGB IX voraussichtlich erfolgreich sein können.

Nach der Feststellung, dass es sich bei dem Hilfsmittelbegehren um einen Teilhabeantrag handelt, hat die Krankenkasse gem. § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang festzustellen, ob sie für die Hilfsmittelversorgung zuständig ist und leitet den Antrag, sofern sie für das Hilfsmittel *insgesamt* nicht zuständig ist, an den nach ihrer Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger weiter (§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Leitet die Krankenkasse den Hilfsmittelantrag nicht innerhalb dieser Frist weiter - weil sie sich für (teilweise) zuständig hält oder schlicht die Frist versäumt hat - wird sie zum leistenden Rehabilitationsträger.

Als leistender Rehabilitationsträger hat die Krankenkasse die Aufgabe, anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX den Rehabilitationsbedarf der antragstellenden Person *unverzüglich* und *umfassend* festzustellen und die Leistungen zu

<sup>120</sup> Ulrich, in: Deinert/Welti/Luik/Brockmann, SWK BehR, Zuständigkeit, Rn. 5.

<sup>&</sup>lt;sup>118</sup> Vgl. 2.5 und 2.6.

<sup>&</sup>lt;sup>119</sup> Vgl. 2.5.

<sup>&</sup>lt;sup>121</sup> BSG, Urt. v. 24. Januar 2013 – B 3 KR 5/12 R –, BSGE 113, 40-60, Rn. 20; BSG, Urt. v. 30. Oktober 2014 – B 5 R 8/14 R –, BSGE 117, 192-212, Rn. 36.

<sup>&</sup>lt;sup>122</sup> Sofern die Krankenkasse in den Verträgen mit dem Leistungserbringer nach §§ 126 f. SGB V auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet hat (§ 33 Abs. 5b SGBV), vgl. BSG, Urt. v. 24. Januar 2013 – B 3 KR 5/12 R –, BSGE 113, 40-60, Rn. 20; vgl. 2.5.

erbringen (§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Muss für diese Feststellung kein Gutachten eingeholt werden, entscheidet sie innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen (§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX).

Der leistende Rehabilitationsträger hat im Außenverhältnis zum Antragsteller oder der Antragstellerin die Verantwortung für die Leistungsbewilligung und -erbringung<sup>123</sup>, die sich "auf alle Rechtsgrundlagen [erstreckt], die überhaupt in dieser Bedarfssituation rehabilitationsrechtlich vorgesehen sind". 124 Dementsprechend ist ein "einmal gestellter Antrag umfassend, dh auf alle nach Lage des Falls in Betracht kommenden Leistungen und Anspruchsgrundlagen<sup>125</sup> hin zu prüfen und insbesondere nicht "künstlich" in separate Teil-Leistungsanträge für die verschiedenen in Betracht kommenden Teilhabeleistungen aufzuspalten". 126 Aufgrund der "aufgedrängten Zuständigkeit" des Rehabilitationsträgers bleibt dieser im Verhältnis zum Antragsteller oder der Antragstellerin grds. endgültig, ausschließlich und umfassend leistungspflichtig, "auch wenn er nach den geltenden Normen außerhalb des SGB IX nicht für die beanspruchte Rehabilitationsleistung zuständig ist". 127

Für die Konkretisierung eines Hilfsmittels zum Behinderungsausgleich durch die Krankenkasse als leistender Rehabilitationsträger folgt daraus die Pflicht zur umfassenden und abschließenden Bedarfsfeststellung. Das heißt, einerseits darf die Versorgung mit einem Hilfsmittel nicht deshalb abgelehnt werden, weil preiswertere, aber nicht getestete Hilfsmittelalternativen zum Behinderungsausgleich vorhanden sind oder weil das Hilfsmittel der Teilhabe am Arbeitsleben, der Bildung oder der sozialen Teilhabe dient. Andererseits folgt daraus, dass eine Krankenkasse als leistender Rehabilitationsträger diese nicht vom medizinisch-rehabilitativen Behinderungsausgleich umfassten Leistungen des Teilhaberechts auch zu erkennen und aufzuklären hat, selbst wenn aus dem vorliegenden Sachverhalt entsprechende Anhaltspunkte nicht sofort ersichtlich sind. 129

#### 3.7.2 Die Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Die Feststellung des umfassenden Rehabilitationsbedarfs hat anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX zu erfolgen (§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Danach verwenden die Rehabilitationsträger zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen (§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). 130

Diese Instrumente gewährleisten, orientiert an der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO,<sup>131</sup> eine individuelle und

<sup>&</sup>lt;sup>123</sup> Vgl. BT-Drs. 18/9522, S. 234.

<sup>&</sup>lt;sup>124</sup> BSG, Urt. v. 24. Januar 2013 – B 3 KR 5/12 R –, BSGE 113, 40-60, Rn. 16, m.w.N.; vgl. 2.6.

<sup>&</sup>lt;sup>125</sup> Auch nach anderen Sozialleistungsgesetzen.

<sup>&</sup>lt;sup>126</sup> BSG, Beschluss vom 3. Februar 2015 – B 13 R 261/14 B –, juris, Rn. 8; siehe dazu 3.7.4.

<sup>&</sup>lt;sup>127</sup> BSG, Urt. v. 11. Mai 2011 – B 5 R 54/10 R –, BSGE 108, 158-175, Rn. 31; vgl. 2.6.

<sup>&</sup>lt;sup>128</sup> Vgl. 2.5. und 2.6.

<sup>&</sup>lt;sup>129</sup> Vgl. 2.6.

<sup>&</sup>lt;sup>130</sup> Vgl. dazu *Fuchs*, Beitrag A16-2018 unter www.reha-recht.de, S. 5 ff.

<sup>&</sup>lt;sup>131</sup> Vgl. BT-Drs. 18/9522, S. 232 f. und 239.

funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, indem sie insbesondere erfassen,

- ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
- welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
- welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
- welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind (§ 13 Abs. 2 SGB IX).

Die Bedarfsermittlungsinstrumente der Krankenkassen müssen letztlich ermöglichen, dass die Krankenkassen ebenso ihrer originären Zuständigkeit (Entscheidung über im Einzelfall erforderliche Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nach § 33 Abs. 3 Satz 1 Var. 3 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX), wie auch ihrer aufgedrängten Zuständigkeit als leistender Rehabilitationsträger nachkommen können.

#### 3.7.3 Die Erstellung eines umfassenden Versorgungskonzepts

In seiner Entscheidung über die Versorgung mit einer Definitv-Unterschenkelprothese vom 15.03.2018<sup>132</sup> bemängelte der dritte Senat das Fehlen eines umfassenden Versorgungskonzepts, das vom leistenden Rehabilitationsträger im Rahmen seiner Verantwortung für eine unverzügliche und umfassende Bedarfsfeststellung zu erstellen sei (sofern diese Aufgabe auf andere übertragen wird, hat der leistende Rehabilitationsträger die hinreichende Erfüllung dieser Aufgabe sicherzustellen).<sup>133</sup> Eine ausdrückliche Rechtspflicht zur Erstellung eines solchen Versorgungskonzepts enthält weder das SGB V noch das SGB IX. Allerdings haben die Bedarfsermittlungsinstrumente nach § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB IX die Dokumentation und die Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung zu sichern (§ 13 Abs. 2 SGB IX).

Das vom BSG geforderte Versorgungskonzept ist folglich die Dokumentation der Bedarfsermittlung und -feststellung, die insbesondere die unter § 13 Abs. 2 SGB IX genannten Sachverhalte<sup>134</sup> enthält.<sup>135</sup> Dies umfasst auch die Ermittlung des gesamten materiellen und sozialen Umfelds der leistungsbegehrenden Person einschließlich ihrer individuellen privaten und beruflichen Lebensgestaltung. Darüber hinaus hat das umfassende Versorgungskonzept als Basis für eine Leistungsentscheidung erkennen zu lassen, welche Gebrauchsvorteile ein begehrtes Hilfsmittel für die Erreichung der Teilhabeziele und den Behinderungsausgleich hat, warum ein begehrtes Hilfsmittel ggfs. nicht vom medizinisch-rehabilitativen Leistungsanspruch gegenüber einer Krankenkasse abgedeckt ist und welches konkrete Versorgungskonzept zum Behinderungsausgleich alternativ ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. 136

<sup>&</sup>lt;sup>132</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206.

<sup>&</sup>lt;sup>133</sup> Vgl. 2.5.

<sup>&</sup>lt;sup>134</sup> Vgl. 3.7.2.

Die Erstellung einer entsprechenden Versorgungskonzeption wurde 2009 von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) gefordert und Vorschläge für deren Bestandteile unterbreitet, siehe *DVfR*, Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, Lösungsoptionen der DVfR, S. 46 f. und 72 f.

<sup>&</sup>lt;sup>136</sup> Vgl. 2.5.

Sind zur Erreichung der festgestellten Teilhabeziele (§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX) voraussichtlich nicht nur Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern auch Leistungen zur Krankenbehandlung oder Teilhabeleistungen anderer Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX) erforderlich, ist das umfassende Versorgungskonzept durch einen Teilhabeplan nach § 19 SGB IX<sup>137</sup> zu ergänzen (§§ 19 Abs. 1, 43 SGB IX).

#### 3.7.4 Die Leistungsverantwortung bei einer Mehrheit von Rehabilitationsträgern

Am Prinzip der "aufgedrängten Zuständigkeit" des leistenden Rehabilitationsträgers<sup>138</sup> wurde mit dem Bundesteilhabgesetz grundsätzlich festgehalten. In § 15 SGB IX wurden aber konkretisierende Regelungen zur Bedarfsfeststellung und Leistungsentscheidung getroffen, sofern zur Erreichung der Teilhabeziele Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger in Betracht kommen.

Nach § 15 Abs. 1 SGB IX kann der leistende Rehabilitationsträger einen Rehabilitationsantrag teilen (sog. "Antragssplittung"<sup>139</sup>), wenn er feststellt, dass der Antrag neben den nach seinem Leistungsgesetz zu erbringenden Leistungen weitere Leistungen zur Teilhabe umfasst, für die er nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sein kann. Den "abgetrennten" Antragsteil leitet er unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu (§ 15 Abs. 1 Satz 1 HS. 2 SGB IX), der darüber in eigener Zuständigkeit entscheidet (§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Trotz dieser im Rehabilitationsrecht einzigen Möglichkeit einer Antragssplittung<sup>140</sup>, bleibt es bei der Maßgabe, dass Rehabilitationsanträge nicht "künstlich" aufgespalten werden dürfen. Ein Antragssplitting kommt daher nicht in Betracht, wenn ein Hilfsmittel zwar verschiedenen Zweckrichtungen dient, z.B. medizinischer und beruflicher Rehabilitation, es sich bei dem Hilfsmittel aber nur um eine (einzige) Leistung und nicht um "weitere Leistungen" i.S.v. § 15 Abs. 1 SGB IX handelt.<sup>141</sup>

Liegt ein Sachverhalt vor, in dem die Voraussetzungen einer Antragssplittung nach § 15 Abs. 1 SGB IX nicht gegeben sind, der leistende Rehabilitationsträger für die umfassende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nach § 14 Absatz 2 SGB IX jedoch die Feststellungen weiterer Rehabilitationsträger für erforderlich hält, <sup>142</sup> fordert er von den weiteren Rehabilitationsträgern die für den Teilhabeplan nach § 19 SGB IX erforderlichen Feststellungen unverzüglich an und berät diese nach § 19 SGB IX trägerübergreifend (§ 15 Abs. 2 SGB IX). Dies wird regelmäßig der Fall sein, wenn ein Hilfsmittel geeignet ist, unterschiedliche Teilhabeziele – z.B. im Sinne der medizinischen Rehabilitation der GKV und der sozialen Teilhabe der Eingliederungshilfe – zu erreichen. <sup>143</sup>

#### 3.7.5 Die Erstellung eines Teilhabeplans

Ein Teilhabeplan ist immer dann zu erstellen, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen (vgl. § 5 SGB IX) oder mehrerer Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) erforderlich sind (§ 19 Abs. 1 SGB IX) oder die Leistungsberechtigten die Erstellung eines

<sup>&</sup>lt;sup>137</sup> Vgl. 3.7.5.

<sup>&</sup>lt;sup>138</sup> Vgl. 3.7.1.

<sup>&</sup>lt;sup>139</sup> BT-Drs. 18/9522, S. 235.

<sup>&</sup>lt;sup>140</sup> BT-Drs. 18/9522, S. 235.

<sup>&</sup>lt;sup>141</sup> Luik, Beitrag A3-2023 unter www.reha-recht.de, S. 3.

<sup>&</sup>lt;sup>142</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 24. Januar 2013 – B 3 KR 5/12 R –, BSGE 113, 40-60, insb. Rn. 52 f.

<sup>&</sup>lt;sup>143</sup> Vgl. 2.6.

Teilhabeplans wünschen (§ 19 Abs. 2 Satz 3 SGB IX). In diesen Fällen ist der leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass er und die nach § 15 beteiligten Rehabilitationsträger<sup>144</sup> im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen feststellen und schriftlich oder elektronisch so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen (§ 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).

Im vom leistenden Rehabilitationsträger zu erstellenden Teilhabeplan werden dann z.B. die Feststellungen über den individuellen Rehabilitationsbedarf, die Einbeziehung von Diensten und Einrichtungen bei der Leistungserbringung, erreichbare und überprüfbare Teilhabeziele und deren Fortschreibung oder die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX dokumentiert (§ 19 Abs. 2 SGB IX).

Der Teilhabeplan ist vom Rehabilitationsträger bei der Entscheidung über den Antrag zugrunde zu legen (§ 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) und die Begründung der Entscheidung (§ 35 SGB X) soll erkennen lassen, inwieweit die im Teilhabeplan enthaltenen Feststellungen berücksichtigt wurden (§ 19 Abs. 4 Satz 2 SGB IX).

#### 3.7.6 Die Teilhabeplankonferenz

Des Weiteren kann – mit Zustimmung der Leistungsberechtigten – eine Teilhabeplankonferenz vom Rehabilitationsträger durchgeführt werden, der für das Teilhabeplanverfahren nach § 19 SGB IX verantwortlich ist, um die Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf gemeinsam zu beraten (§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Damit hatte der Gesetzgeber die Schaffung eines zusätzlichen Verfahrens der Bedarfsfeststellung in den Fällen der Trägermehrheit im Sinn, das die Möglichkeiten der Partizipation der Leistungsberechtigten stärkt und in komplexen Leistungsfällen die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger unterstützt. Auf Wunsch der Leistungsberechtigten können zudem die Leistungserbringer an der Teilhabeplankonferenz teilnehmen (§ 20 Abs. 3 Satz 2 SGB IX).

#### 3.7.7 Die Rechtsfolgen einer unzureichenden Bedarfsfeststellung

Die Krankenkassen trifft in ihrer Funktion als leistender Rehabilitationsträger die Pflicht zur unverzüglichen und umfassenden Bedarfsfeststellung anhand der Bedarfsermittlungsinstrumente nach § 13 SGB IX (§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). <sup>146</sup> In diesem Zusammenhang haben sie ein umfassendes Versorgungskonzept und erforderlichenfalls einen Teilhabeplan nach § 19 SGB IX 148 zu erstellen.

Ein individueller Rechtsanspruch auf eine ordnungsgemäße Bedarfsfeststellung und Koordinierung der Leistungen besteht nicht. Gleichwohl stellt ihre Missachtung einen Anhaltspunkt für eine unzureichende Untersuchung des Sachverhalts dar (§ 20 SGB X)<sup>150</sup> und

<sup>145</sup> BT-Drs. 18/9522, S. 240.

<sup>&</sup>lt;sup>144</sup> Vgl. 3.7.4.

<sup>&</sup>lt;sup>146</sup> Vgl. 3.7.1 und 3.7.2.

<sup>&</sup>lt;sup>147</sup> Vgl. 3.7.3.

<sup>&</sup>lt;sup>148</sup> Vgl. 3.7.5.

<sup>&</sup>lt;sup>149</sup> Zinsmeister, in: Dau/Düwell/Joussen/Luik, LPK-SGB IX, § 13 SGB IX, Rn. 6.

<sup>&</sup>lt;sup>150</sup> Zinsmeister, in: Dau/Düwell/Joussen/Luik, LPK-SGB IX, § 13 SGB IX, Rn. 6; Luik, Beitrag A3-2023 unter www.reha-recht.de, These 6.

stellt die Verwertbarkeit der getroffenen Feststellungen zum Bedarf und zu den erforderlichen Leistungen in Frage<sup>151</sup>. Folglich führen eine fehlerhafte Bedarfsfeststellung und Leistungskoordination bzw. Trägerzusammenarbeit typischerweise zu Ermessensfehlern, die den Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnen (§ 54 Abs. 1, 2 SGG; § 131 Abs. 5 SGG).<sup>152</sup>

# 3.8 Der teilhaberechtliche Gesamtanspruch auf wirksame und wirtschaftliche Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass mit dem SGB IX am gegliederten System des Rehabilitationsrechts festgehalten wird, d.h. für Teilhabeleistungen (§ 5 SGB IX) kommen verschiedene Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) in Betracht, deren Zuständigkeit und Leistungsvoraussetzungen sich aus den Leistungsgesetzen ergeben (§ 7 Abs. 1 SGB IX). 153

Gleichwohl vermittelt das SGB IX für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen einen umfassenden Anspruch auf notwendige Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, der nicht auf die Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers und seines Leistungsgesetzes begrenzt ist. Dieser "teilhaberechtliche Gesamtanspruch" besteht zwischen der oder dem Leistungsberechtigten und der Gesamtheit der Rehabilitationsträger, die im Außenverhältnis durch den leistenden Rehabilitationsträger vertreten wird und ist im Wege des (trägerübergreifenden) Rehabilitationsverfahrens zu konkretisieren und "wie aus einer Hand"<sup>154</sup> zu gewähren.

Der leistende Rehabilitationsträger hat dementsprechend eine nicht auf sein Leistungsgesetz beschränkte Bedarfsermittlung zu betreiben (siehe § 13 Abs. 2 SGB IX)<sup>155</sup>, ggfs. andere Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX bei der Bedarfsfeststellung zu beteiligen<sup>156</sup> und die Leistungen darauf auszurichten, dass den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer eine den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 SGB IX entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht wird (§ 28 Abs. 2 SGB IX).

Das SGB IX vermittelt folglich einen teilhaberechtlichen, nicht auf eine Leistungsgruppe (§ 5 SGB IX) beschränkten, Gesamtanspruch auf die notwendigen Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich (und ggfs. weitere Leistungen), um eine wirksame Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auf wirtschaftliche Art und Weise zu gewährleisten<sup>157</sup>. Die Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit von Teilhabeleistungen ergibt sich dann, wenn im Rahmen der Bedarfsermittlung<sup>158</sup> eine Teilhabebeeinträchtigung ermittelt, Teilhabeziele benannt und diese mit Teilhabeleistungen voraussichtlich wirksam erreicht werden können (die Notwendigkeit beschränkt sich nach teilhaberechtlichen Gesichtspunkten nicht allein auf den

<sup>&</sup>lt;sup>151</sup> Vgl. BT-Drs. 18/9522, S. 240.

<sup>&</sup>lt;sup>152</sup> Vgl. m.w.N. *Welti*, in: Deinert/Welti/Luik/Brockmann, SWK BehR, Bedarfsfeststellung, Rn. 22; *Zinsmeister*, in: Dau/Düwell/Joussen/Luik, LPK-SGB IX, § 13 SGB IX, Rn. 6; *Luik*, Beitrag A3-2023 unter www.reha-recht.de, These 6.

<sup>&</sup>lt;sup>153</sup> Vgl. 3.2,

<sup>&</sup>lt;sup>154</sup> Siehe BT-Drs. 18/9522, S. 193.

<sup>&</sup>lt;sup>155</sup> Vgl. 3.7.1 und 3.7.2.

<sup>&</sup>lt;sup>156</sup> Vgl. 3.7.4

<sup>&</sup>lt;sup>157</sup> Zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Teilhabeanspruchs, siehe *Welti/Raspe*, Deutsche Rentenversicherung 1-2/2004, 76 (92 ff.).

<sup>&</sup>lt;sup>158</sup> Vgl. 3.7.2.

medizinisch-rehabilitativen Maßstab der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens). Sofern der Gesamtanspruch (teilweise) durch Teilhabeleistungen befriedigt wird, für die der leistende Rehabilitationsträger im Einzelfall nicht materiell zuständig ist, sind ihm die Kosten ggfs. im Innenverhältnis der Rehabilitationsträger zu erstatten (§ 16 SGB IX).

# 4. Auswertung II: Die Grundsätze der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln zur Mobilität im Nahbereich der Wohnung und ihre Übertragbarkeit auf andere Hilfsmittel

Von der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels zum Behinderungsausgleich im Sinne des Rehabilitations- und Teilhaberechts<sup>159</sup> ist die Erforderlichkeit nach § 33 SGB V i.V.m. § 47 SGB IX zu unterscheiden. Während erstere maßgeblich für den teilhaberechtlichen Gesamtanspruch auf ein Hilfsmittel ist, bezieht sich letztere sich auf den Teilbereich der medizinischen Rehabilitation durch die GKV und grenzt die originäre materiell-rechtliche Zuständigkeit der Krankenkassen gegenüber anderen Rehabilitationsträgern im gegliederten Rehabilitationssystem ab.

In den hier vorgestellten Entscheidungen hat der dritte Senat des BSG die krankenversicherungsrechtlichen Grundsätze der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels zur Mobilität im Nahbereich der Wohnung<sup>160</sup> mit Blick auf die Entwicklungen im Rehabilitations- und Teilhaberecht angepasst und konkretisiert und ist dabei teilweise von den "tragenden Säulen" der Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich<sup>161</sup> abgewichen (4.1 bis 4.6). Eine durch das Gutachten zu beantwortende Frage ist, ob und inwieweit diese angepassten Grundsätze auf andere Hilfsmittel der GKV zu übertragen sind (4.7).

# 4.1 Die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens und das selbstbestimmte und selbstständige Leben

Mit den obigen Entscheidungen seit 2018 hat das BSG an den bekannten Grundbedürfnissen des täglichen Lebens<sup>162</sup> als objektive Anspruchsvoraussetzungen der Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich<sup>163</sup> festgehalten.

Ergänzend wird in einigen Entscheidungen formuliert, dass ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich von den Krankenkassen zu gewähren ist, wenn es ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft *und einem möglichst selbstbestimmten und selbstständigen Leben* dient.<sup>164</sup>

Bereits anerkannt war die spezielle Pflicht der Krankenkassen, "behinderten Menschen durch eine [zumutbare<sup>165</sup> und] angemessene Hilfsmittelversorgung eine möglichst selbstständige Lebensführung zu erhalten".<sup>166</sup> Die Erweiterung um die selbstbestimmte Lebensführung findet ihre rechtliche Grundlage in der Hervorhebung des Teilhabeaspekts bei der Versorgung

<sup>&</sup>lt;sup>159</sup> Vgl. 3.8.

<sup>&</sup>lt;sup>160</sup> Vgl. 1.

<sup>&</sup>lt;sup>161</sup> BSG, Urt. v. 25. Februar 2015 – B 3 KR 13/13 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 44, Rn. 28; vgl. 1.2.

<sup>&</sup>lt;sup>162</sup> Vgl. 1.2.2 und 2.3.1.

<sup>&</sup>lt;sup>163</sup> Vgl. 1.3.1. und 1.2.3.

<sup>&</sup>lt;sup>164</sup> Vgl. 2.3.1.

<sup>&</sup>lt;sup>165</sup> Vgl. bereits BSG, Urt. v. 18. Mai 2011 – B 3 KR 7/10 R –, BSGE 108, 206-222, Rn. 42 f.; 2.4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>166</sup> BSG, Urt. v. 25. Februar 2015 – B 3 KR 13/13 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 44, Rn. 26.

mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich<sup>167</sup>, in den Zielen des Teilhaberechts (§ 1 SGB IX)<sup>168</sup> und der grundrechtsorientierten Auslegung des § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V<sup>169</sup>.

Es bleibt jedoch dabei, dass sich die "spezielle Pflicht der Krankenkassen, behinderten Menschen durch eine [zumutbare und] angemessene Hilfsmittelversorgung eine möglichst [selbstbestimmte und] selbstständige Lebensführung zu erhalten, [...] nur im Zuständigkeitsbereich der GKV [ergibt]. Die Erhaltung einer möglichst [selbstbestimmten und] selbstständigen Lebensführung ist nur dann Aufgabe der GKV, wenn es dabei um medizinische Rehabilitation geht"<sup>170</sup>, d.h. wenn mit dem Hilfsmittel eine Behinderung bei der Befriedigung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens ausgeglichen wird.

#### 4.2 Der abstrakte Maßstab des Nahbereichs der Wohnung

Die Zuständigkeit der GKV für Hilfsmittel zum Ausgleich von Mobilitätsbeeinträchtigungen ist unverändert auf den Ausgleich einer Behinderung bei der Erschließung des Nahbereichs der Wohnung beschränkt. Für die Bestimmung des Nahbereichs ist weiterhin grundsätzlich der Bewegungsradius maßgebend, "den ein nicht behinderter Mensch üblicherweise noch zu Fuß erreicht."<sup>171</sup>

Dieser Radius bzw. der Nahbereich bezieht zumindest den Raum ein, "in dem die üblichen Alltagsgeschäfte in erforderlichem Umfang erledigt werden. Hierzu gehören nach einem abstrakten Maßstab die allgemeinen Versorgungswege (Einkauf, Post, Bank) ebenso wie die gesundheitserhaltenden Wege (Aufsuchen von Ärzten, Therapeuten, Apotheken) und auch elementare Freizeitwege".<sup>172</sup>

Der dritte Senat stellt erkennbar weiterhin auf einen abstrakten Maßstab bei der Bestimmung des Nahbereichs ab.<sup>173</sup> Allerdings zeigt sich in den obigen Entscheidungen auch, dass der abstrakte Maßstab auf das konkretisierte Verständnis des Behinderungsausgleichs und die Rechtsänderungen durch das Bundesteilhabegesetz stößt.

Die grundsätzliche Nichtberücksichtigung der Gegebenheiten des Wohnorts (insb., aber nicht nur, bei der Bestimmung des Nahbereichs der Wohnung) bei der Frage, ob ein Anspruch auf ein Hilfsmittel besteht<sup>174</sup>, knüpft daran an, dass medizinische Rehabilitation als "die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolgs" gefasst wurde, "um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können"<sup>175</sup> und wurde sodann darauf gestützt, dass

<sup>&</sup>lt;sup>167</sup> Vgl. 2.3.2, 2.4.1.

<sup>&</sup>lt;sup>168</sup> Vgl. 3.3.

<sup>&</sup>lt;sup>169</sup> Vgl. 2.4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>170</sup> BSG, Urt. v. 25. Februar 2015 – B 3 KR 13/13 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 44, Rn. 26; vgl. auch 2.3.1: "der mit medizinischen Mitteln zu bewirkenden Selbstbestimmung und Selbstversorgung".

<sup>&</sup>lt;sup>171</sup> BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 28.

<sup>&</sup>lt;sup>172</sup> Ebd.

<sup>&</sup>lt;sup>173</sup> Vgl. 1.2.3.

<sup>&</sup>lt;sup>174</sup> Hinsichtlich des "wie" der Anspruchsausgestaltung (betrifft die Rechtsfolgenseite) ist unstrittig, dass § 33 SGB I Anwendung findet, vgl. BSG, Urt. v. 18. Mai 2011 – B 3 KR 12/10 R –, juris; BSG, Urt. v. 16. Juli 2014 – B 3 KR 1/14 R –, SozR 4-3300 § 40 Nr 11, Rn. 34.

<sup>&</sup>lt;sup>175</sup> BSG, Urt. v. 7. Oktober 2010 – B 3 KR 13/09 R –, BSGE 107, 44-56, Rn. 18; BSG, Urt. v. 16. Juli 2014 – B 3 KR 1/14 R –, SozR 4-3300 § 40 Nr 11, Rn. 21.

der mittelbare Behinderungsausgleichs *allein anhand der drohenden bzw vorhandenen* Funktionsdefizite definiert werde.<sup>176</sup>

In den hier vorgestellten Urteilen stellte der Senat nun aber fest, dass beim Versorgungsanspruch nach § 33 SGB V die Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz zu berücksichtigen seien: Der Behinderungsbegriff in § 2 Abs. 1 SGB IX wurde neu gefasst und dadurch dem Wechselwirkungsansatz mehr Gewicht beigemessen. The allein auf die wirklichen oder vermeintlichen gesundheitlichen Defizite an. The Zu berücksichtigen seien der Sozialraum und die gesamte Lebenssituation der Leistungsberechtigten. Zudem zeigte er bei der Abgrenzung der Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich von denen zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung auf, dass der Behinderungsausgleich zwar an eine Funktionsbeeinträchtigung anknüpft, aber gerade nicht auf deren kurativ-therapeutische Einwirkung abzielt, im Wesentlichen unverändert bleibt und medizinisch häufig schon austherapiert ist. Vielmehr geht es darum, die mit der Funktionsbeeinträchtigung verbundene Behinderung bzw. Teilhabestörung auszugleichen, um die Ziele des § 1 SGB IX zu erreichen.

Der Grundsatz, dass ein Hilfsmittel "nicht nur gerade wegen der Gegebenheiten [der] konkreten Wohnverhältnisse, sondern in gleicher Weise auch in praktisch jeder Art von Wohnung und deren Umfeld benötig[t] [werden] muss"182 bzw., dass "[e]in zweiter Versicherter mit den gleichen körperlichen Beeinträchtigungen [...] auf das Hilfsmittel in dessen Wohn- und Lebenssituation ebenfalls angewiesen sein [müsste]"183, erscheint mit dem Wechselwirkungsmodell des Behinderungsbegriffs in § 2 Abs. 1 SGB IX nicht vereinbar. Danach sind ausdrücklich die einstellungs- und umweltbedingten Barrieren zu berücksichtigen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). 184 Insoweit in der Vergangenheit argumentiert wurde, dass die Berücksichtigung örtlicher Verhältnisse nach § 33 SGB I nur die Ausgestaltung eines Hilfsmittelanspruchs und nicht dessen Begründung betrifft, 185 kann sich hierauf nicht mehr berufen werden.

Fraglich ist, wie der abstrakte Maßstab des Nahbereichs der Wohnung, der dem legitimen Zweck der Zuständigkeitsbegrenzung der GKV im gegliederten Rehabilitationssystem dient, schließlich mit dem Wechselwirkungsansatz von Behinderung vereinbart werden kann.

Im Ergebnis muss sich die Anwendung des abstrakten Maßstabs allein auf die Reichweite des Nahbereichs der Wohnung - der Bewegungsradius, den ein Mensch ohne

<sup>&</sup>lt;sup>176</sup> Siehe BSG, Urt. v. 25. Februar 2015 – B 3 KR 13/13 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 44, Rn. 28; BSG, Urt. v. 16. Juli 2014 – B 3 KR 1/14 R –, SozR 4-3300 § 40 Nr 11, Rn. 30.

<sup>&</sup>lt;sup>177</sup> Vgl. 2.4.1 und 3.4.

<sup>&</sup>lt;sup>178</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 12/17 R –, juris, Rn. 46.

<sup>&</sup>lt;sup>179</sup> Vgl. 2.4.1.

<sup>&</sup>lt;sup>180</sup> Vgl. 2.4.3.

<sup>&</sup>lt;sup>181</sup> Vgl. 2.2.

 $<sup>^{182}</sup>$  BSG, Urt. v. 16. Juli 2014 – B 3 KR 1/14 R –, SozR 4-3300 § 40 Nr 11, Rn. 30.

<sup>&</sup>lt;sup>183</sup> Ebd.

<sup>&</sup>lt;sup>184</sup> Siehe BT-Drs. 18/9522, S. 227.

<sup>&</sup>lt;sup>185</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 16. Juli 2014 – B 3 KR 1/14 R –, SozR 4-3300 § 40 Nr 11, Rn. 33 f.

Mobilitätsbeeinträchtigung üblicherweise zu Fuß erschließen kann - beschränken, tatsächliche Barrieren bei dessen Erschließung jedoch berücksichtigt werden.

Am Ansatz, den Nahbereich der Wohnung bzw. den Bewegungsradius von Menschen ohne Mobilitätsbeeinträchtigungen anhand der allgemeinen Versorgungswege, der gesundheitserhaltenden Wege und der elementaren Freizeitwege zu konkretisieren und dabei die tatsächlichen Wegdistanzen unberücksichtigt zu lassen, scheint der dritte Senat des BSG festzuhalten. Dies ist mit den Rechtsänderungen durch das BTHG vereinbar, soweit bei der Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels zur Mobilität über den Nahbereich hinaus, nicht abstrakt auf das Vorhandensein dieser Infrastruktur verwiesen wird. 187

Im Übrigen gilt, dass die Feststellung eines Hilfsmittelbedarfs zur Mobilität über den Nahbereich bzw. den Bewegungsradius von Menschen ohne Mobilitätsbeeinträchtigungen hinaus, die Krankenkasse dazu verpflichtet, unverzüglich die Rehabilitationsträger in das Teilhabeverfahren einzubinden, die zur Deckung dieses Bedarfs leistungsverpflichtet sein können (§ 15 SGB IX).<sup>188</sup>

# 4.3 Das Grundbedürfnis nach zumutbarer und angemessener Mobilität im Nahbereich der Wohnung

In seiner Entscheidung vom 07.05.2020 hat der dritte Senat des BSG festgehalten, dass "[b]ei der Prüfung eines Anspruchs auf ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich [...] das zu befriedigende Grundbedürfnis der Erschließung des Nahbereichs nicht zu eng gefasst werden [darf] in Bezug auf die Art und Weise, wie sich Versicherte den Nahbereich der Wohnung zumutbar und in angemessener Weise erschließen".<sup>189</sup> Dies folge aus dem verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG i.V.m. dem Recht auf persönliche Mobilität nach Art. 20 UN-BRK und unter Beachtung der Ziele des SGB IX (§ 1 SGB IX).<sup>190</sup>

Die Maßgaben der Angemessenheit und Zumutbarkeit tauchen in diesem Urteil nicht zum ersten Mal auf. Bereits vor den hier betrachteten Entscheidungen sind sie in der Rechtsprechung des BSG zu finden<sup>191</sup>, wurden aber gleichwohl seit 2018 mit Gesichtspunkten des Teilhaberechts ausgefüllt und sind entscheidend für die Frage, ob ein Hilfsmittel im Einzelfall ausreichend und zweckmäßig (s. § 12 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 4 Abs. 1 SGB IX<sup>192</sup>) für den angestrebten Behinderungsausgleich ist.

#### 4.3.1 Medizinische Gesichtspunkte der Erschließung des Nahbereichs der Wohnung

Seit längerem ist anerkannt, dass es für Versicherte unzumutbar ist, wenn der Nahbereich der Wohnung ohne ein Hilfsmittel bzw. mit dem bisherigen Hilfsmittelmittel nur mit übermäßiger Anstrengung oder unter Schmerzen erschlossen werden kann.<sup>193</sup>

 $<sup>^{186}</sup>$  Vgl. BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 28.

<sup>&</sup>lt;sup>187</sup> Siehe dazu 4.5.3.

<sup>&</sup>lt;sup>188</sup> Vgl. 3.7.

<sup>&</sup>lt;sup>189</sup> BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 29; vgl. 2.4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>190</sup> Vgl. 2.4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>191</sup> Vgl. 1.2.3 und 4.1.

<sup>&</sup>lt;sup>192</sup> Vgl. 3.5.

<sup>&</sup>lt;sup>193</sup> BSG, Urt. v. 12. August 2009 – B 3 KR 8/08 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 27, Rn. 24; siehe auch 1.2.3.

Außerdem wurde in den beiden Elektrorollstuhlentscheidungen<sup>194</sup> darauf hingewiesen, dass aus medizinischer Sicht die Neuversorgung mit einem Elektrorollstuhl erforderlich sein kann, wenn sich die körperliche Konstitution des Versicherten infolge einer medizinischen Behandlung verändert<sup>195</sup> oder sich bestehende gesundheitliche Einschränkungen verstärken oder neue hinzutreten, sodass mit dem Elektrorollstuhl eine wesentliche Erleichterung oder kräfteentlastende Wirkung in der Mobilität möglich wird<sup>196</sup>.

#### 4.3.2 Die selbstständige und selbstbestimmte Erschließung des Nahbereichs der Wohnung

Mit Blick auf die Art und Weise, wie die Erschließung des Nahbereichs der Wohnung durch ein Hilfsmittel ermöglicht werden soll, ist ebenfalls bereits länger anerkannt, dass es unzumutbar ist, wenn der Nahbereich nur unter Inanspruchnahme fremder Hilfe, z.B. mit einer Schiebehilfe<sup>197</sup>, erschlossen werden kann.<sup>198</sup> Dies betrifft den Aspekt der selbstständigen Lebensführung, der in einer BSG-Entscheidung aus 2015 auch als Bezugspunkt für die Angemessenheit der Hilfsmittelversorgung formuliert<sup>199</sup> und der in den hier betrachteten Entscheidungen um das Kriterium der selbstbestimmten Lebensführung erweitert wurde<sup>200</sup>.

Die Maßgabe der Ermöglichung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens durch Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation<sup>201</sup> unterfällt letztlich dem Gebot, dass Behinderungen in einer dem Teilhaberecht des SGB IX angemessenen Weise auszugleichen sind<sup>202</sup> und betrifft die Ziele in § 1 SGB IX, § 8 Abs. 3 SGB IX<sup>203</sup> sowie die zu berücksichtigenden Werte des Grundgesetzes und der UN-BRK.

Besondere Betonung erlangten letztere in den Entscheidungen aus 2020<sup>204</sup>, in denen auf einen Kammerbeschluss des Bundesverfassungsgerichts verwiesen wird. Darin stellte das BVerfG fest, dass dem Benachteiligungsverbot in Art. 3. Abs. 3 Satz 2 GG ein Paradigmenwechsel zu entnehmen ist, wonach "[d]er tradierte sozialstaatlich-rehabilitative Umgang mit behinderten Menschen durch Fürsorge, die das Risiko der Entmündigung und Bevormundung in sich trage, [...] durch einen Anspruch auf Schutz vor Diskriminierung ersetzt [werde]"<sup>205</sup> und das "Menschen mit Behinderungen ermöglichen soll, so weit wie möglich ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben zu führen".<sup>206</sup> Bei der Auslegung einfachen Rechts sei außerdem Art. 20 der UN-BRK zu berücksichtigen, wonach "die Vertragsstaaten wirksame Maßnahmen [treffen], um für Menschen mit Behinderungen persönliche Mobilität mit größtmöglicher Unabhängigkeit sicherzustellen".<sup>207</sup> Dementsprechend, und mit Verweis auf Art. 26 UN-BRK, sieht der dritte Senat des BSG in der Förderung der Unabhängigkeit in der selbstbestimmten

```
<sup>194</sup> 2.4.1 und 2.4.3.
```

<sup>&</sup>lt;sup>195</sup> Vgl. 2.4.1.

<sup>&</sup>lt;sup>196</sup> Vgl. 2.4.3.

<sup>&</sup>lt;sup>197</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 12. August 2009 – B 3 KR 8/08 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 27, Rn. 24.

<sup>&</sup>lt;sup>198</sup> Vgl. 1.2.3

<sup>&</sup>lt;sup>199</sup> BSG, Urt. v. 25. Februar 2015 – B 3 KR 13/13 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 44, Rn. 26.

<sup>&</sup>lt;sup>200</sup> Vgl. 4.1.

<sup>&</sup>lt;sup>201</sup> Zu den diesbezüglichen Grenzen, siehe 4.1.

<sup>&</sup>lt;sup>202</sup> Vgl. 2.4.2 und 2.4.3.

<sup>&</sup>lt;sup>203</sup> Vgl. 2.4.4, 2.4.5, 3.3 und 3.6.

<sup>&</sup>lt;sup>204</sup> Vgl. 2.4.4 und 2.4.5.

<sup>&</sup>lt;sup>205</sup> BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 30. Januar 2020 – 2 BvR 1005/18 –, juris, Rn. 36.

<sup>&</sup>lt;sup>206</sup> Ebd., Rn. 47.

<sup>&</sup>lt;sup>207</sup> Ebd., Rn. 39.

Mobilität ein anzuerkennendes Grundbedürfnis im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. 208

#### 4.3.3 Die gleichberechtigte Erschließung des Nahbereichs der Wohnung

Die Versorgung mit einem Hilfsmittel zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung galt bereits vor 2018 als unzumutbar, wenn die hierfür benötigte Zeitspanne erheblich über derjenigen liegt, die ein nicht behinderter Mensch für die Bewältigung entsprechender Strecken zu Fuß benötigt. Dies entspricht dem Grundsatz, dass medizinisch-rehabilitative Hilfsmittel zwar nicht ein Gleichziehen mit den nahezu unbegrenzten Möglichkeiten nicht mobilitätsbeeinträchtigter Menschen, allerdings ein Gleichziehen im Rahmen des Grundbedürfnisses nach Mobilität im Nahbereich der Wohnung gewährleisten sollen.<sup>209</sup>

Die Ermöglichung der benachteiligungsfreien Erschließung des Nahbereichs der Wohnung wird von Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG und § 1 Satz 1 SGB IX gefordert. Dementsprechend ist der Hilfsmittelanspruch nicht von vornherein auf einen Basisausgleich im Sinne einer Minimalversorgung beschränkt.<sup>210</sup> Zu berücksichtigen ist hierbei auch Art. 20 UN-BRK, wonach eine Versorgung mit hochwertigen und zeitgemäßen Mobilitätshilfsmitteln erfolgen soll,<sup>211</sup> die gleichwohl den objektiven Anspruchsvoraussetzungen der §§ 2 Abs. 1 Satz 3 und 139 Abs. 4 SGB V zu entsprechen haben<sup>212</sup>.

# 4.4 Die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts bei der Erschließung des Nahbereichs der Wohnung

In seinen Entscheidungen betont der dritte Senat des BSG, dass zu prüfen ist, wie eine Behinderung entsprechend der Wünsche der Versicherten ausgeglichen werden kann<sup>213</sup> bzw. dass dem Wunsch- und Wahlrecht volle Wirkung hinsichtlich der Art und Weise der Erschließung des Nahbereichs zu verschaffen ist.<sup>214</sup>

Einerseits bedeutet dies, dass pauschale Verweise auf Hilfsmittel nicht zulässig sind, sondern eine individuelle Prüfung erforderlich ist (Individualisierungsgrundsatz<sup>215</sup>), bei der die gesamte Lebenssituation des oder der Versicherten zu berücksichtigen ist<sup>216</sup>. Dazu gehören nach § 33 Satz 1 SGB I neben den persönlichen Verhältnissen des oder der Leistungsberechtigten, der individuelle Bedarf, die Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse. Deren Berücksichtigung, insb. die der individuellen Wohnverhältnisse, bei der Frage nach dem "ob" eines Leistungsanspruchs, widerspricht nicht dem objektiven Versorgungsziel, die Mobilität im Nahbereich der Wohnung zu ermöglichen,<sup>217</sup> da unter Berücksichtigung des Wechselwirkungsmodells in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX Umweltbarrieren zu erfassen sind<sup>218</sup>.

<sup>209</sup> Vgl. 1.2.3.

<sup>&</sup>lt;sup>208</sup> Vgl. 2.4.5.

<sup>&</sup>lt;sup>210</sup> Vgl. 2.4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>211</sup> Vgl. 2.4.5.

<sup>&</sup>lt;sup>212</sup> Vgl. 1.3.1.

<sup>&</sup>lt;sup>213</sup> Vgl. 2.4.2 und 2.4.3.

<sup>&</sup>lt;sup>214</sup> Vgl. 2.4.4 und 3.6.

<sup>&</sup>lt;sup>215</sup> Vgl. 3.6.

<sup>&</sup>lt;sup>216</sup> Vgl. 2.4.3. und 2.4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>217</sup> Vgl. 1.2.3, 1.3.1 und 4.2.

<sup>&</sup>lt;sup>218</sup> Vgl. 4.2.

Andererseits beinhaltet das Wunsch- und Wahlrecht die Pflicht, gem. § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX den berechtigten Wünschen der Versicherten hinsichtlich der Art und Weise der Erschließung des Nahbereichs nachzukommen.<sup>219</sup> Bei der Frage nach der Berechtigung eines Wunsches ist unter anderem auf die Kriterien des § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB IX Rücksicht zu nehmen.<sup>220</sup> Den oben dargestellten Entscheidungen ist außerdem zu entnehmen, dass ein Wunsch stets berechtigt ist, wenn er aufgrund medizinischer<sup>221</sup> oder teilhaberechtlicher<sup>222</sup> Gesichtspunkte geäußert wird bzw. auf in der medizinischen Rehabilitation anerkannte Grundbedürfnisse bezogen ist (z.B. Unabhängigkeit in der selbstbestimmten Mobilität<sup>223</sup>, Selbstständige Mobilität unter Ausnutzung und Aktivierung der Restkraft von Armen und Rumpf<sup>224</sup>) und damit der angemessenen und zumutbaren Erschließung des Nahbereichs der Wohnung bzw. Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens dient. Das Wunschrecht wird auch nicht durch das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V eingeschränkt, das lediglich eine unverbindliche Auslegungshilfe ist und keine Positivliste darstellt<sup>225</sup>.

Außerdem betonte der dritte Senat, dass eine Versorgung bereits aufgrund des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX in Betracht kommen kann. Differenzierung der Versorgungsanlässe "Erforderlichkeit aufgrund des Grundbedürfnisses nach Mobilität" und "Erforderlichkeit aufgrund des Wunsch- und Wahlrechts" kann unverständlich erscheinen. Das BSG stellte hierzu klar, dass bei der Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels zum Behinderungsausgleich die berechtigten Wünsche der Versicherten im Einzelfall zu berücksichtigen sind, mit der Folge, dass der Verweis auf Alternativversorgungen ausscheiden kann der Polge, dass der Verweis auf Alternativversorgungen ausscheiden kann des Nahbereichs der Wohnung zur Verfügung stehen, kann die Versorgung mit einem bestimmten (teureren) Hilfsmittel beansprucht werden, sofern der oder die Versicherte dafür einen berechtigten Wunsch geltend macht. Anderenfalls ist der Versorgungsanspruch auf das kostengünstigste der als geeignet geltenden Hilfsmittel beschränkt.

Vom Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX ist das Wahlrecht nach § 33 Abs. 1 S. 9 SGB V, § 47 Abs. 3 SGB IX zu unterscheiden. Ersteres kann einen wesentlichen Gebrauchsvorteil eines Hilfsmittels und damit dessen Notwendigkeit begründen, d.h. ein berechtigter Wunsch nach

<sup>219</sup> Vgl. 2.4.4 und 3.6.

<sup>&</sup>lt;sup>220</sup> Vgl. 3.6.

<sup>&</sup>lt;sup>221</sup> Vgl. 4.3.1.

<sup>&</sup>lt;sup>222</sup> Vgl. 4.3.2 und 4.3.3.

<sup>&</sup>lt;sup>223</sup> Vgl. 2.4.5 und 4.3.2.

<sup>&</sup>lt;sup>224</sup> Siehe dazu LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 7. April 2022 – L 28 KR 8/22 BER –, juris, Rn. 34; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13. September 2022 – L 16 KR 421/21 –, juris, Rn. 37; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20. Oktober 2022 – L 9 SO 317/21 –, juris, Rn. 48 f; LSG Hessen, Urt. v. 5. August 2021 – L 1 KR 195/20 –, juris, Rn. 33.

<sup>&</sup>lt;sup>225</sup> BSG Urt. Vom 29.9.1996 – 8 R/Kn 27/96; *Fuchs*, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, § 47 SGB IX, Rn. 31.

<sup>&</sup>lt;sup>226</sup> Siehe 2.4.3.

<sup>&</sup>lt;sup>227</sup> Siehe *Knispel*, NZS 6/2020, 230; *Theben/Hlava*, in: Deinert/Welti/Luik/Brockmann, SWK BehR, Wunsch- und Wahlrecht, Rn. 7.

<sup>&</sup>lt;sup>228</sup> Siehe 2.4.4: "Hierbei [Anm.: bei der Prüfung, ob das begehrte Hilfsmittel das Maß des Notwendigen überschreitet] sind indes auch einzelfallbezogene Umstände zu berücksichtigen, wenn aufgrund derer eine alternative Hilfsmittelversorgung zur zumutbaren und angemessenen Erschließung des Nahbereichs der Wohnung unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Klägerin nicht in Betracht kommt."

<sup>&</sup>lt;sup>229</sup> Vgl. 3.6 und 4.4.

§ 8 SGB IX führt nicht zu Mehrkosten, die von den Versicherten zu tragen sind. Das Wahlrecht nach § 33 Abs. 1 S. 9 SGB V, § 47 Abs. 3 SGB IX eröffnet den Versicherten hingegen die Möglichkeit, ein Hilfsmittel zu wählen, dass über das Maß des Notwendigen hinausgeht und die Mehrkosten selbst zu tragen, sofern für die Mehrkosten nicht eine aufgedrängte Zuständigkeit der Krankenkasse<sup>230</sup> gegeben ist.

# 4.5 Die Prüfung der subjektiven Erforderlichkeit eines Hilfsmittels zur Mobilität im Nahbereich der Wohnung

In seiner Entscheidung vom 07.05.2020 konkretisierte der dritte Senat des BSG, wie bei der Erforderlichkeitsprüfung eines Hilfsmittels zur Mobilität der Maßgabe Rechnung zu tragen ist, dass die Art und Weise der zumutbaren und angemessenen Erschließung des Nahbereichs der Wohnung nicht zu eng gefasst werden dürfe.<sup>231</sup>

Der Senat formuliert drei Prüfschritte, bei denen jeweils dem Wunsch und Wahlrecht (§ 8 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB IX i.V.m. § 33 SGB I) volle Wirkung zu verschaffen ist, wozu auch gehört, dass den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Lebensumstände gelassen und deren Selbstbestimmung gefördert wird (§ 8 Abs. 3 SGB IX).<sup>232</sup>

Diese Grundsätze wurden von den Landessozialgerichten bereits in zahlreichen Entscheidungen aufgegriffen<sup>233</sup>, auf die nachfolgend beispielhaft verwiesen wird.

#### 4.5.1 Die Feststellung einer Behinderung bei der Erschließung des Nahbereichs der Wohnung

Mit Blick auf die Frage, ob die Versorgung mit einem Hilfsmittel zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung erforderlich ist (d.h. *ob* ein Anspruch dem Grunde nach besteht), gilt es zunächst festzustellen, ob der Nahbereich ohne das begehrte Hilfsmittel nicht in zumutbarer, angemessener oder i.S.v. § 8 SGB IX gewünschter Weise erschlossen werden kann<sup>234</sup> - d.h. es ist zunächst zu klären, ob eine Behinderung bei der zumutbaren, angemessenen und gewünschten Erschließung des Nahbereichs der Wohnung vorliegt.

In den Therapiedreirad-Entscheidungen vom 15.03.2018<sup>235</sup> und vom 07.05.2020<sup>236</sup> kritisierte das BSG jeweils das Fehlen der Feststellungen, auf welche Art und Weise sich die Klägerinnen den Nahbereich ihrer Wohnung überhaupt bzw. ohne das begehrte Hilfsmittel angemessen und zumutbar erschließen können. Dabei seien zum einen die gesamten Funktionseinschränkungen der Versicherten und zum anderen ihre gesamte Lebenssituation zu berücksichtigen und inwiefern der Nahbereich der Wohnung tatsächlich mit und ohne Hilfe anderer angemessen und zumutbar erschlossen werden kann.

<sup>&</sup>lt;sup>230</sup> Vgl. 3.7. und 3.8.

<sup>&</sup>lt;sup>231</sup> Vgl. 2.4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>232</sup> Vgl. 2.4.4. Vgl. auch 3.6.

<sup>&</sup>lt;sup>233</sup> Siehe Entscheidungen in Fn. 224 sowie LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 23. Februar 2021 – L 10 KR 118/17 –, juris; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 25. März 2021 – L 7 SO 2344/19 –, juris; LSG Hessen, Urt. v. 5. August 2021 – L 1 KR 65/20 –, juris; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 23. August 2021 – L 16 KR 24/20 –, juris; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13. Dezember 2021 – L 4 KR 526/20 –, juris; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30. Juni 2022 – L 9 SO 388/20 –, juris.

<sup>&</sup>lt;sup>234</sup> Vgl. 2.4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>235</sup> 2.4.2.

<sup>&</sup>lt;sup>236</sup> 2.4.4.

Folglich muss bei Zuständigkeit der GKV im Rahmen der ICF-orientierten Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs<sup>237</sup> unter anderem festgestellt werden, wie der Nahbereich der Wohnung aktuell (überhaupt) erschlossen werden kann, welche Art und Weise der Erschließung des Nahbereichs der Wohnung angemessen und zumutbar ist und ggfs. gewünscht wird und ob eine diesbezügliche Diskrepanz besteht. Dabei ist zu bewerten, ob die geäußerten Wünsche berechtigte Wünsche i.S.v. § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind. Dies ist insbesondere der Fall, wenn dahinter medizinische<sup>238</sup> oder teilhaberechtliche<sup>239</sup> Gründe liegen.<sup>240</sup> Für die Bedarfsermittlung im Rahmen der Leistungsverpflichtung anderer Rehabilitationsträger sind derartige Feststellung nicht erforderlich, da sie ausschließlich der Klärung der Leistungsverpflichtung der GKV dient.

So kann ein Anspruch auf Versorgung mit einem Hilfsmittel zur Mobilität im Nahbereich der Wohnung gem. § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX bereits an dieser Stelle ausscheiden, wenn sich die leistungsbegehrende Person den Nahbereich noch auf angemessene und zumutbare Art und Weise zu Fuß erschließen und keinen anderen berechtigten Versorgungsgrund vorweisen kann. Dies wurde in einer Entscheidung des LSG Baden-Württemberg angenommen, da festgestellt wurde, dass die Klägerin noch in der Lage sei, ohne fremde Hilfe und ohne Hilfsmittel Strecken von ca. einem Kilometer zurückzulegen. Gestützt wurde diese Aussage durch einen Gehtest, der zeigte, dass ihr das Zurücklegen von zehn Metern in sechs Sekunden, von 450 Metern in sechs Minuten und von 1,2 Kilometern in 25 Minuten (auf dem Laufband) möglich sei. Auch auf unebenem Gelände konnte die Klägerin nach Abschluss einer stationären Behandlung eine Strecke von einem Kilometer zurücklegen. <sup>241</sup> Insoweit die tatsächlichen Verhältnisse, z.B. die Besonderheiten der Wohnverhältnisse, die Erschließung des Nahbereichs der Wohnung im Einzelfall behindern der Wohnverhältnisse, die Erschließung des Nahbereichs der Wohnung im Einzelfall behindern substantiiert werden. <sup>243</sup>

## 4.5.2 Die Feststellung des erforderlichen Hilfsmittels zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung

Auf die Feststellung einer Behinderung bei der angemessenen, zumutbaren oder gewünschten Erschließung des Nahbereichs der Wohnung – d.h. des Anspruchs dem Grunde nach –, folgt die Ermittlung durch welche Ausführung der Leistung (d.h. *wie*) der medizinischrehabilitative Behinderungsausgleich in einer den Teilhabeaspekten entsprechenden Art und Weise ermöglicht, verbessert, vereinfacht oder erleichtert werden kann.<sup>244</sup>

Hierbei geht es um die Konkretisierung des im Einzelfall ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Hilfsmittels zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung, mit dem das Maß des Notwendigen nicht überschritten wird<sup>245</sup> und damit um die Feststellung, in welchem

<sup>238</sup> Vgl. 4.3.1.

<sup>&</sup>lt;sup>237</sup> Vgl. 3.7.2.

<sup>&</sup>lt;sup>239</sup> Vgl. 4.3.2 und 4.3.3.

<sup>&</sup>lt;sup>240</sup> Vgl. 4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>241</sup> LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 25. März 2021 – L 7 SO 2344/19 –, juris, Rn. 44.

<sup>&</sup>lt;sup>242</sup> Vgl. 4.2

<sup>&</sup>lt;sup>243</sup> LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 23. August 2021 – L 16 KR 24/20 –, juris, Rn. 27.

<sup>&</sup>lt;sup>244</sup> Vgl. 2.3.2 und 2.4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>245</sup> Vgl. 1.3.2 und 2.3.3.

Umfang bzw. zu welchem Anteil die Krankenkasse im Innenverhältnis zu den ggfs. mitverantwortlichen Rehabilitationsträgern für den teilhaberechtlichen Gesamtanspruch auf wirksame, wirtschaftliche und nachhaltige Teilhabeleistungen<sup>246</sup> zuständig ist. Dabei kommt es nach ständiger Rechtsprechung des BSG auf die mit dem begehrten Hilfsmittel zu erreichenden Gebrauchsvorteile im Hinblick auf das zu befriedigende Grundbedürfnis an.<sup>247</sup>

Es ist festzustellen, ob das begehrte Hilfsmittel den angestrebten Behinderungsausgleich ermöglicht und ob es im Vergleich zu anderen, insb. kostengünstigeren, Hilfsmitteln diesbezüglich wesentliche Gebrauchsvorteile aufweist. Dies ist dann der Fall, wenn damit erreicht wird, dass die angemessene und zumutbare Erschließung des Nahbereichs der Wohnung ermöglicht, verbessert, vereinfacht oder erleichtert wird oder ein berechtigter Wunsch i.S.v. § 8 SGB IX erfüllt wird.<sup>248</sup>

Wird ein geeignetes Hilfsmittel in einer über das Maß des Notwendigen hinausgehenden Ausführung gewählt, sind die Mehrkosten von dem oder der Versicherten zu tragen (§ 33 Abs. 1 S. 9 SGB V, § 47 Abs. 3 SGB IX). 249 Das Maß des Notwendigen wird allerdings nicht allein deshalb überschritten, weil günstigere Hilfsmittel vorhanden sind, ein Hilfsmittel die Mobilität über den Nahbereich hinaus ermöglicht oder auch Freizeitinteressen dienen kann, 250 sondern weil mit einer begehrten Leistungsausführung keine wesentlichen Gebrauchsvorteile einhergehen – d.h. weil das Hilfsmittel die zumutbare und angemessene Erschließung des Nahbereichs nicht ermöglicht, verbessert, vereinfacht oder erleichtert oder weil kein berechtigter Versorgungswunsch geltend gemacht werden kann. Im Übrigen ist hervorzuheben, dass der Maßstab für die Notwendigkeit von Hilfsmitteln zum medizinischrehabilitativen Behinderungsausgleich nicht das in der GKV übliche Erkennen, Heilen, Verhüten oder Lindern von Krankheit i.S.v. § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V ist, sondern in erster Linie die Beseitigung, Minderung oder der Ausgleich von Behinderung (§§ 4 Abs. 1 Nr. 1 und § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX). Dementsprechend sind die Leistungen notwendig, die eine wirksame Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wirtschaftlich und auf Dauer ermöglichen oder verbessern.<sup>251</sup>

Ersichtlich sind in den obigen Entscheidungen zudem anderweitige Versorgungseinwände, die allerdings auch den Umständen des Einzelfalls und dem Wunsch- und Wahlrecht standhalten müssen. So wurde z.B. gegen die Versorgung mit einem Therapiedreirad eingewandt, dass der Versicherte nicht in der Lage sei, damit allein unterwegs zu sein, sondern von seiner Mutter zu Fuß begleitet werden müsse.<sup>252</sup> Das BSG entgegnete dem, dass er auch für jede andere Bewegungsmöglichkeit zur Erschließung des Nahbereichs mit einem Hilfsmittel eine

<sup>&</sup>lt;sup>246</sup> Vgl. 3.8.

 $<sup>^{247}</sup>$  Vgl. 1.3.2 und 2.3.3.

<sup>&</sup>lt;sup>248</sup> Vgl. 2.3.3 und 2.4.4. Siehe zudem 4.3. und 4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>249</sup> Zum Unterschied zwischen Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX und Wahlrecht nach § 33 Abs. 1 S. 9 SGB V, § 47 Abs. 3 SGB IX, s. 4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>250</sup> Vgl. 2.4.4

<sup>&</sup>lt;sup>251</sup> Das BSG weist auf den Bezug der medizinisch rehabilitativen Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich zu den Zielen der §§ 4 und 42 SGB IX ausdrücklich hin (siehe 2.2.2.2), hat aber noch zu klären, dass dies auch Folgen für die Auslegung des § 12 Abs. 1 SGB V hat (siehe 3.5).

<sup>&</sup>lt;sup>252</sup> Vgl. 2.4.2. Genauer im vorgehenden Urteil des LSG Hessen, vom 10. Dezember 2015 – L 1 KR 413/14 –, juris, Rn. 12.

Begleitung benötige.<sup>253</sup> Des Weiteren könne der Versorgung mit einem Elektrorollstuhl die fehlende Fähigkeit entgegenstehen, sich mit ausreichender Sicherheit im Straßenverkehr zu bewegen. Doch auch hier sei zu prüfen, ob es Möglichkeiten gibt, solche Einschränkungen auszugleichen.<sup>254</sup> Außerdem wurde bezüglich der Versorgung mit einer GPS-Uhr auf deren freiheitseinschränkende Wirkung verwiesen, dem aber der explizite und berechtigte Wunsch nach größerer selbstbestimmter Bewegungsfreiheit entgegenstand.<sup>255</sup>

### 4.5.3 Die Feststellung der Notwendigkeit eines Hilfsmittels, das die Mobilität über den Nahbereich hinaus zur Wahrnehmung eines anderen Grundbedürfnisses ermöglicht

Schließlich ist auch zu prüfen, ob eine über den Nahbereich hinausgehende Mobilität zur Wahrnehmung eines anderen Grundbedürfnisses notwendig ist<sup>256</sup> und ein Hilfsmittel aus diesem Grund als Leistung zur medizinischen Rehabilitation von einer Krankenkasse zu erbringen ist.

Dies kommt einerseits in Betracht, wenn die Mobilität außerhalb des Nahbereichs zur Befriedigung des Grundbedürfnisses nach Herstellung und Sicherung der Schulfähigkeit bzw. des Erwerbs einer elementaren Schulausbildung erforderlich ist.<sup>257</sup>

Ein anderes Grundbedürfnis ist der Besuch von Ärzten und Therapeuten. Dieses werde jedoch regelmäßig durch die Erschließung des Nahbereichs erfüllt<sup>258</sup>, weshalb es einer Ausnahmesituation bedürfe, die dadurch gekennzeichnet ist, dass eine besondere ärztliche oder therapeutische Versorgung erforderlich ist, die regelmäßig nicht im Nahbereich der Wohnung verfügbar ist.<sup>259</sup> Diese Auslegung steht allerdings in Konflikt mit dem durch das BTHG neugefassten Behinderungsbegriff in § 2 Abs. 1 SGB IX und den Zielen des SGB IX.<sup>260</sup> Danach steht die volle wirksame und gleichberechtigte Teilhabe im Vordergrund und die umweltbezogenen Barrieren und damit der Sozialraum und die gesamte Lebenssituation des Versicherten sind, z.B. auch hinsichtlich sportlicher oder anderer gesellschaftlicher Aktivitäten, zu berücksichtigen.<sup>261</sup>

Sofern also die gesundheitserhaltende Infrastruktur tatsächlich außerhalb des Nahbereichs der Wohnung liegt, hat die GKV die Versicherten erforderlichenfalls mit Hilfsmitteln zur Mobilität auszustatten, die den Weg dorthin ermöglichen. Gleichwohl ist dabei zu berücksichtigen, dass die Übernahme von Fahrkosten (§ 60 SGB V) im Einzelfall wirtschaftlicher sein kann<sup>262</sup> und dass z.B. die behinderungsgerechte Ausstattung eines

<sup>&</sup>lt;sup>253</sup> Vgl. 2.4.2.

<sup>&</sup>lt;sup>254</sup> Vgl. 2.4.3. Beispielsweise stellte das LSG Niedersachsen-Bremen fest, dass eine Sehbeeinträchtigung kein genereller Ausschlussgrund für die Fahreignung und Verkehrstauglichkeit hinsichtlich eines Elektrorollstuhls sei, sondern z.B. durch ein Langstocktraining und eine Orientierungs- und Mobilitätsschulung ausgeglichen werden könne, LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 4. Oktober 2021 – L 16 KR 423/20 –, juris, Rn. 25 ff.

<sup>&</sup>lt;sup>255</sup> Vgl. 2.4.5.

<sup>&</sup>lt;sup>256</sup> Vgl. 2.4.4 und 1.2.3.

<sup>&</sup>lt;sup>257</sup> BSG, Urt. v. 20. November 2008 – B 3 KR 6/08 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 19, Rn. 15.

<sup>&</sup>lt;sup>258</sup> Vgl. 1.2.3

<sup>&</sup>lt;sup>259</sup> BSG, Urt. v. 20. November 2008 – B 3 KN 4/07 KR R –, BSGE 102, 90-101, Rn. 14.

<sup>&</sup>lt;sup>260</sup> Vgl. 4.2.

<sup>&</sup>lt;sup>261</sup> Vgl. 4.2.

<sup>&</sup>lt;sup>262</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 7. Oktober 2010 – B 3 KR 13/09 R –, BSGE 107, 44-56, Rn. 37. Allerdings kann die gesetzliche Verpflichtung zur Übernahme von Fahrkosten den Anspruch auf Gewährung eines Hilfsmittels zur

Kraftfahrzeugs grds. den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 SGB IX) und den Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§ 83 SGB IX) zugewiesen sind, während besondere Ausstattungen von Hilfsmitteln zur Ermöglichung des Transports, z.B. eines Rollstuhls mit einem Kraftknotensystem<sup>263</sup>, als Leistung zur medizinischen Rehabilitation anerkannt sind.

Zu berücksichtigen ist außerdem, dass diese zusätzlichen Anforderungen nicht allein deshalb an ein Hilfsmittel zu stellen sind, weil es neben der Erschließung des Nahbereichs auch der darüberhinausgehenden Mobilität dient. Bspw. erweitert der behinderungsgerechte PKW-Umbau zwar die Mobilitätsmöglichkeiten über den Nahbereich hinaus, gleichwohl kann eine Versorgung damit notwendig sein, weil erst dadurch die Erschließung des Nahbereichs der Wohnung möglich wird. Beschließung des Nahbereichs der Wohnung möglich wird.

#### 4.5.4 Exkurs: Die Versorgung mit einem Handbike

Auf landessozialgerichtlicher Ebene ist zu beobachten, dass in den vergangenen drei Jahren ein häufig auftretendes Streitthema die Versorgung mit einem Handbike war,<sup>266</sup> wobei die Gerichte bei ihren Entscheidungen auf die Grundsätze der BSG-Entscheidung vom 07.05.2020 verwiesen<sup>267</sup>.

Bei einem Handbike handelt es sich um ein Rollstuhlzuggerät, das vor einen vorhandenen Rollstuhl gekuppelt wird und ermöglicht, dass ein handbetriebener Rollstuhl mit einem elektrischen Antrieb ausgestattet wird. <sup>268</sup> Die Versorgung damit war in den Entscheidungen deshalb umstritten, weil mit diesen Hilfsmitteln nicht nur die Mobilität im Nahbereich der Wohnung, sondern auch darüber hinaus möglich wird und weil das Hilfsmittelverzeichnis dazu aufforderte, vor der Bewilligung eines Handbikes zu prüfen, ob die Versorgung mit einem Elektrorollstuhl nicht die sinnvollere Alternative darstellt<sup>269</sup>. Außerdem begehrten die Klägerinnen und Kläger die Versorgung aufgrund eines Wunsches, der von den Krankenkassen nicht als leistungsbegründend anerkannt wurde: die Ermöglichung der aktiven Mobilität im

Erleichterung des Transports zur Behandlung bei Ärzten und Therapeuten nicht ausschließen, siehe BSG, Urt. v. 16. September 2004 – B 3 KR 19/03 R –, BSGE 93, 176-182, Rn. 17.

<sup>&</sup>lt;sup>263</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 20. November 2008 – B 3 KN 4/07 KR R –, BSGE 102, 90-101, hier allerdings unter der Voraussetzung, dass eine besondere medizinische Versorgung, die im Nahbereich regelmäßig nicht verfügbar ist, vorausgesetzt wird, siehe Rn. 16.

<sup>&</sup>lt;sup>264</sup> Vgl. 2.4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>265</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 19. April 2007 – B 3 KR 9/06 R –, BSGE 98, 213-219, Rn. 14.

<sup>&</sup>lt;sup>266</sup> Seit 2020 finden sich in den Datenbanken juris und beck-online mindestens sieben entsprechende Entscheidungen: LSG Sachsen, Urt. v. 20. Mai 2020 – L 1 KR 270/18 –, juris (*dynagil AP*); LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.11.2020 – L 4 KR 371/17, BeckRS 2020, 57208 (*Speedy Versatio*); LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 23. Februar 2021 – L 10 KR 118/17 –, juris (*Speedy Duo 2*); LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 23. Februar 2021 – L 10 KR 8/17 –, juris (*Speedy Versatio*); LSG Hessen, Urt. v. 5. August 2021 – L 1 KR 65/20 –, juris (*dynagil AP*); LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13. Dezember 2021 – L 4 KR 526/20 –, juris (*Stricker neodrive*); Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13. September 2022 – L 16 KR 421/21 –, juris (*Husk-E*).

<sup>&</sup>lt;sup>267</sup> Vgl. 2.4.4, 4.3 und 4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>268</sup> Siehe Hilfsmittelverzeichnis: Produktgruppe 18 (Kranken-/Behindertenfahrzeuge), Anwendungsort 99 (Ohne Speziellen Anwendungsort/Zusätze), Untergruppe 04 (Rollstuhl-Zuggeräte/-Schubgeräte, abnehmbar), Produkart 0 (Rollstuhl-Zuggeräte), Beschreibung, abrufbar unter https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home/verzeichnis/a41e65d3-a2db-47f6-84a8-5495cfc2200e.

 $<sup>^{269}</sup>$  Vgl. BSG, Urt. v. 30. November 2017 – B 3 KR 3/16 R –, SozR 4-2500 § 139 Nr 9, Rn. 23.

Nahbereich der Wohnung unter Ausnutzung der vorhandenen Restkräfte, womit auch positive Effekte für Fitness und Gesundheit verbunden sind.<sup>270</sup>

Zu erwähnen ist, dass 2017 vor dem BSG über die Aufnahme des Handbikes "Speedy Duo 2" in das Hilfsmittelverzeichnis gestritten wurde. Das Gericht entschied, dagegen spreche nicht, dass mit dem Hilfsmittel eine über den Nahbereich hinausgehende Mobilität ermöglicht werde, denn dies allein schließe eine Versorgung durch die Krankenkassen nicht aus.<sup>271</sup> Der Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis stehe allerdings entgegen, dass dieses Handbike Geschwindigkeiten von 10 bis 14 km/h unterstützt, die über die übliche Gehgeschwindigkeit von 4 bis 6 km/h hinausgehe. Das Maß des Notwendigen werde daher zwar nicht aufgrund der zu erreichenden Entfernung, jedoch aufgrund der Geschwindigkeit überstiegen, sodass selbst in Einzelfällen eine Leistungspflicht nicht in Betracht käme.<sup>272</sup>

Wenig umstritten war in den jüngsten LSG-Entscheidungen, dass die Klägerinnen und Kläger einen Versorgungsanspruch dem Grunde nach hatten, da ihnen die Erschließung des Nahbereichs der Wohnung nicht mehr in angemessener und zumutbarer Weise möglich war – mit dem (meist) vorhandenen Aktivrollstuhl, teilweise ergänzt durch ein rein mechanisches Handbike, konnte der Nahbereich der Wohnung aufgrund einer veränderten Gesundheitssituation nicht mehr schmerzfrei<sup>273</sup> oder ohne fremde Hilfe<sup>274</sup> erschlossen werden.

In zwei Entscheidungen konnten die Kläger die Versorgung mit dem begehrten Handbike erfolgreich geltend machen, weil diese ihnen wesentliche Gebrauchsvorteile boten, durch die eine angemessene und zumutbare Erschließung des Nahbereichs der Wohnung erst möglich bzw. verbessert wurde. In einem Fall stellte das LSG Niedersachsen-Bremen in der konkreten Bedienart des begehrten Handbikes einen Gebrauchsvorteil gegenüber der von der Krankenkasse angebotenen Versorgung mit einem restkraftunterstützenden Aktivrollstuhl fest, der die angemessene und zumutbare Mobilität im Nahbereich der Wohnung ermöglicht, da dadurch eine Verschlimmerung des Gesundheitszustands vermieden werden kann.<sup>275</sup> In einem anderen Fall stellte das LSG Hessen fest, dass die von der Krankenkasse angebotenen Hilfsmittel nicht zum angemessenen und zumutbaren Behinderungsausgleich geeignet seien, da sie nicht ohne fremde Hilfe benutzt werden konnten. Das begehrte Handbike hingegen, besitze diesen Vorteil und ermögliche dadurch eine selbstständige und selbstbestimmte Erschließung des Nahbereichs der Wohnung.<sup>276</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>270</sup> Siehe LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 23. Februar 2021 – L 10 KR 118/17 –, juris, Rn. 3-5; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13. September 2022 – L 16 KR 421/21 –, juris, Rn. 6; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13. Dezember 2021 – L 4 KR 526/20 –, juris, Rn. 4, 8.

<sup>&</sup>lt;sup>271</sup> BSG, Urt. v. 30. November 2017 – B 3 KR 3/16 R –, SozR 4-2500 § 139 Nr 9, Rn. 21 ff.; siehe auch 1.2.3 und 4.5.2.

<sup>&</sup>lt;sup>272</sup> BSG, Urt. v. 30. November 2017 – B 3 KR 3/16 R –, SozR 4-2500 § 139 Nr 9, Rn. 26 ff.

<sup>&</sup>lt;sup>273</sup> LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 23. Februar 2021 – L 10 KR 118/17 –, juris, Rn. 7; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13. Dezember 2021 – L 4 KR 526/20 –, juris, Rn. 10; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13. September 2022 – L 16 KR 421/21 –, juris, Rn. 11, 43. Vgl. 4.3.1.

<sup>&</sup>lt;sup>274</sup> LSG Hessen, Urt. v. 5. August 2021 – L 1 KR 65/20 –, juris, Rn. 5. Vgl. 4.3.2.

<sup>&</sup>lt;sup>275</sup> LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13. Dezember 2021 – L 4 KR 526/20 –, juris, Rn. 50, 62.

<sup>&</sup>lt;sup>276</sup> LSG Hessen, Urt. v. 5. August 2021 – L 1 KR 65/20 –, juris, Rn. 34 f., 37.

In zwei anderen Entscheidungen beruhte der Erfolg der Klägerin bzw. des Klägers insb. auf der Geltendmachung eines berechtigten Versorgungswunsches. Sie mussten sich von den beklagten Krankenkassen nicht auf die passive Mobilität mittels Elektrorollstuhl oder eines rein elektrischen Zuggeräts verweisen lassen, obwohl diese grundsätzlich zum Behinderungsausgleich geeignet waren. Anders als die Krankenkassen hielten das LSG Schleswig-Holstein und das LSG Niedersachsen-Bremen den Wunsch nach aktiver Mobilität unter Ausnutzung und Aktivierung der Restkraft von Arm und Rumpf nicht nur für verständlich, sondern auch für berechtigt i.S.v. § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.<sup>277</sup> Dieses Beispiel verdeutlicht in besonderer Weise die Bedeutung und Rechtswirkung des Wunsch- und Wahlrechts und das Erfordernis einer individuellen Prüfung. Während einige Versicherte ein Hilfsmittel gerade aufgrund seiner kräfteentlastenden Wirkung begehren, womit die Erschließung des Nahbereichs der Wohnung erleichtert wird,<sup>278</sup> kann der Verweis auf eine passive Mobilität für andere Versicherte eine Zumutung darstellen.

Schließlich hat das LSG Schleswig-Holstein in einem anderen Fall die Versorgung mit einem Handbike als Hilfsmittel zum medizinisch-rehabilitativen Behinderungsausgleich abgelehnt, weil der vorhandene Aktivrollstuhl zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung noch ausreichend war.<sup>279</sup> Allerdings anerkannte es einen Versorgungsanspruch des Klägers gegenüber der beklagten Krankenkasse, die hier in ihrer Funktion als leistender Rehabilitationsträger auch für die Erbringung von Leistungen zur sozialen Teilhabe zuständig war.<sup>280</sup> Das LSG stellte fest, "dass der Gesetzgeber im Rahmen der Leistungen zur sozialen Teilhabe den behinderten Menschen durchaus eine Hilfsmittelversorgung zur Verfügung stellen möchte, die es den Betroffenen ermöglicht, Strecken zurückzulegen bzw. Orte zu erreichen, die über den Nahbereich hinausreichen bzw. außerhalb dieses Nahbereichs liegen - wozu regelmäßig ein Hilfsmittel erforderlich sein wird, das höhere Geschwindigkeiten ermöglicht als die (schnelle) Schrittgeschwindigkeit von maximal 6 km/h."281 Das Gericht erachtete das Handbike zur Erreichung der Teilhabeziele – im Vordergrund sah es den Wunsch nach verbesserter sozialer Teilhabe im Sinne eines intensiveren Kontakts zu anderen Menschen, die bis zu 18 km entfernt wohnen und mithilfe des Handbikes besucht werden können<sup>282</sup> - als notwendig und ließ eine Verweisung auf Inanspruchnahme des ÖPNV oder des Behindertenfahrdienstes nicht zu, "da Leistungen zur sozialen Teilhabe den behinderten Menschen nach § 113 Abs. 1 Satz 2 SGB IX zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung in ihrem Sozialraum befähigen sollen"283.

<sup>&</sup>lt;sup>277</sup> LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13. September 2022 – L 16 KR 421/21 –, juris, Rn. 35-37; LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 23. Februar 2021 – L 10 KR 118/17 –, juris, Rn. 47 f. Siehe dazu auch im Zusammenhang zur Versorgung mit einem Therapiedreirad: LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20. Oktober 2022 – L 9 SO 317/21 –, juris, Rn. 49.

<sup>&</sup>lt;sup>278</sup> Vgl. 4.3.1.

<sup>&</sup>lt;sup>279</sup> LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 23. Februar 2021 – L 10 KR 8/17 –, juris, Rn. 43.

<sup>&</sup>lt;sup>280</sup> LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 23. Februar 2021 – L 10 KR 8/17 –, juris, Rn. 48; vgl. 2.6, 3.7 und 3.8.

<sup>&</sup>lt;sup>281</sup> LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 23. Februar 2021 – L 10 KR 8/17 –, juris, Rn. 51.

<sup>&</sup>lt;sup>282</sup> Ebd., Rn. 54.

<sup>&</sup>lt;sup>283</sup> Ebd., Rn. 55.

# 4.6 Die Aufgabe der Differenzierung zwischen Hilfsmitteln zum unmittelbaren und zum mittelbaren Behinderungsausgleich

In der Unterscheidung zwischen dem unmittelbaren und dem mittelbaren Behinderungsausgleich<sup>284</sup> wurde eine tragende Säule der Hilfsmittelversorgung in der GKV gesehen,<sup>285</sup> die vom dritten Senat im Laufe der oben dargestellten Entscheidungen aufgegeben wurde.<sup>286</sup>

Während der Senat in den Entscheidungen aus 2018 und 2019 bezüglich der Frage, ob ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich einem Grundbedürfnis des täglichen Lebens dient, noch regelmäßig auf die Unterscheidung zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich verwies,<sup>287</sup> macht er das in den 2020er-Urteilen nicht mehr<sup>288</sup>.

Mit Blick auf den Versorgungsumfang eines Hilfsmittels der GKV komme es im Ergebnis auf den Umfang der mit dem Hilfsmittel zu erreichenden Gebrauchsvorteile an, ohne dass hierfür maßgeblich die Unterscheidung zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich heranzuziehen wäre.<sup>289</sup> Dementsprechend geht der Senat in der GPS-Uhr-Entscheidung vom 10.09.2020<sup>290</sup> überhaupt nicht mehr auf die Differenzierung zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich ein.

#### 4.7 Die Übertragbarkeit auf andere Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich

Nachfolgend wird einem Auftrag an dieses Gutachten nachgegangen und überprüft, ob die Aussagen der hier betrachteten BSG-Entscheidungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung auf die Versorgung mit anderen Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich übertragbar sind.

4.7.1 Keine Differenzierung zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich Ein Ergebnis der bisherigen Auswertung ist, dass der dritte Senat des BSG bei der Prüfung eines Hilfsmittelanspruchs gegenüber den Krankenkassen nicht mehr auf die Unterscheidung zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich zurückgreift.<sup>291</sup>

Dies gilt nicht nur für Hilfsmittel zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung, sondern für alle Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich. Es ist nunmehr allein zu prüfen, ob bei dem oder der Versicherten eine Behinderung bei der Befriedigung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens vorliegt<sup>292</sup> und ob das Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich ist, diese Behinderung auszugleichen. Für die subjektive Erforderlichkeit und damit die originäre materiell-rechtliche Leistungspflicht der Krankenkassen ist entscheidend, ob das begehrte Hilfsmittel ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und das Maß des Notwendigen

<sup>&</sup>lt;sup>284</sup> Vgl. 1.2.1.

<sup>&</sup>lt;sup>285</sup> BSG, Urt. v. 25. Februar 2015 – B 3 KR 13/13 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 44, Rn. 28.

<sup>&</sup>lt;sup>286</sup> Siehe auch *Dittmann*, Beitrag A2-2022 unter www.reha-recht.de, S. 5; *Nellissen*, jurisPR-SozR 9/2023 Anm. 6, unter C.

<sup>&</sup>lt;sup>287</sup> Bspw. BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 12/17 R –, juris, Rn. 43 f.

<sup>&</sup>lt;sup>288</sup> BSG, Urt. v. 7. Mai 2020 – B 3 KR 7/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 54, Rn. 27; BSG, Urt. v. 10. September 2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr 55, Rn. 16.

<sup>&</sup>lt;sup>289</sup> Vgl. 2.4.3.

<sup>&</sup>lt;sup>290</sup> Vgl. 2.4.5.

<sup>&</sup>lt;sup>291</sup> Vgl. 4.6.

<sup>&</sup>lt;sup>292</sup> Vgl. 4.5.1.

nicht überschreitet. Entscheidend sind dafür die wesentlichen Gebrauchsvorteile des Hilfsmittels im Hinblick auf das zu befriedigende Grundbedürfnis.<sup>293</sup>

#### 4.7.2 Der abstrakte Maßstab der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

Die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens sind objektive Anspruchsvoraussetzungen und dienen der Abgrenzung von Hilfsmitteln zur medizinischen Rehabilitation (vgl. § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX) gegenüber Hilfsmitteln anderer Leistungsgruppen (siehe § 5 SGB IX) im gegliederten Rehabilitationssystem und damit insb. der Zuständigkeitsabgrenzung der Krankenkassen gegenüber anderen Rehabilitationsträgern (siehe § 6 SGB IX). Die einzelfallunabhängige Konkretisierung der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens ist vor diesem Hintergrund gerechtfertigt. Allerdings gilt nicht nur für die Hilfsmittel zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung, sondern für alle Hilfsmittel, dass die Änderungen des Bundesteilhabegesetzes zu berücksichtigen sind.<sup>294</sup>

Dies betrifft neben der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung insbesondere die Hilfsmittel, mit denen die Mobilität in der eigenen Wohnung und der Zugang zum Nahbereich der Wohnung ermöglicht wird (z.B. Treppensteighilfe<sup>295</sup>). Entsprechend des Wechselwirkungsmodells von Behinderung kann nicht auf einen allgemeinen Wohnstandard<sup>296</sup> oder eine vermeintlich fortgeschrittene Barrierefreiheit verwiesen<sup>297</sup> und die tatsächliche Wohn- und Lebenssituation, z.B. das Vorhandensein einer Barriere in Form einer Treppe, außer Acht gelassen werden. Gleichwohl bleibt es dabei, dass Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation "mobil" sein müssen, d.h. von den Leistungsberechtigten getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können (§ 47 Abs. 1 SGB IX). Dauerhafte bauliche Veränderungen der Wohnung oder des Wohnumfelds fallen damit nicht unter den Hilfsmittelbegriff und können durch die Pflegekassen als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen bezuschusst werden (§ 40 Abs. 4 SGB XI).

### 4.7.3 Die angemessene, zumutbare oder gewünschte Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens

Der dritte Senat hat entschieden, dass bei der Prüfung eines Anspruchs auf ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich das zu befriedigende Grundbedürfnis der Erschließung des Nahbereichs nicht zu eng gefasst werden dürfe in Bezug auf die Art und Weise, wie sich Versicherte den Nahbereich der Wohnung zumutbar und in angemessener Weise erschließen. Dies folge aus Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG, Art. 20 UN-BRK und unter Beachtung der Teilhabeziele des SGB IX und gilt damit für alle Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich (ggfs. unter Bezugnahme auf andere Artikel der UN-BRK).<sup>298</sup>

Folglich gilt generell, dass bei allen Hilfsmitteln der GKV zum Behinderungsausgleich das jeweils zu befriedigende Grundbedürfnis des täglichen Lebens nicht zu eng gefassten werden darf hinsichtlich der Art und Weise, wie eine Behinderung zumutbar und angemessen

61

<sup>&</sup>lt;sup>293</sup> Vgl. 4.5.1 und 4.5.2.

<sup>&</sup>lt;sup>294</sup> Vgl. 2.4.1 und 4.2.

<sup>&</sup>lt;sup>295</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 16. Juli 2014 – B 3 KR 1/14 R –, SozR 4-3300 § 40 Nr 11, SozR 4-2500 § 33 Nr 43.

<sup>&</sup>lt;sup>296</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 7. Oktober 2010 – B 3 KR 13/09 R –, BSGE 107, 44-56, Rn. 28.

<sup>&</sup>lt;sup>297</sup> Vgl. ebd., Rn. 34.

<sup>&</sup>lt;sup>298</sup> Vgl. 2.4.4.

ausgeglichen wird. Dabei sind stets die oben dargestellten medizinischen und teilhaberechtlichen Gesichtspunkte des zumutbaren und angemessenen Behinderungsausgleichs zu berücksichtigen, die einen Gebrauchsvorteil eines Hilfsmittels zum Behinderungsausgleich und damit die Erforderlichkeit einer Versorgung begründen können.<sup>299</sup>

Außerdem gilt für alle Hilfsmittel zum medizinisch-rehabilitativen Behinderungsausgleich, dass dem Wunsch- und Wahlrecht volle Wirkung zu verschaffen ist, da es sich hierbei um eine allgemeine Regelung des Teilhaberechts handelt (§ 8 SGB IX)<sup>300</sup>. Dementsprechend kann eine Hilfsmittelversorgung erforderlich sein, obwohl das begehrte Hilfsmittel im Vergleich mit anderen Hilfsmitteln den zumutbaren oder angemessenen Behinderungsausgleich nicht verbessert, vereinfacht oder erleichtert, sondern weil hinter dem Begehren ein berechtigter Wunsch i.S.v. § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX steht.<sup>301</sup>

eines benachteiligungsfreien Die Gewährung Behinderungsausgleichs, die Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und die berechtigten Wünsche der Leistungsberechtigten berücksichtigt, gilt im Übrigen nicht nur für Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich, sondern für alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der GKV sowie für sämtliche Leistungen zum Behinderungsausgleich im gegliederten Rehabilitations- und Teilhaberecht<sup>302</sup>, denn dahinter stehen die übergreifenden Ziele und Grundsätze des SGB IX.<sup>303</sup>

\_

<sup>&</sup>lt;sup>299</sup> Vgl. 4.3.

<sup>&</sup>lt;sup>300</sup> Vgl. 3.6.

<sup>&</sup>lt;sup>301</sup> Vgl. 4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>302</sup> Z.B. bei der Frage, ob ein Anspruch auf KfZ-Hilfe als Leistung zur Mobilität gem. § 83 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX besteht oder die Beförderung durch einen Beförderungsdienst zumutbar ist (§ 83 Abs. 2 S. 2 SGB IX). Siehe auch BSG, Urt. v. 19. Mai 2022 – B 8 SO 13/20 R –, juris, Rn. 16.

<sup>&</sup>lt;sup>303</sup> Vgl. 3.3 – 3.6.

# 5. Auswertung III: Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst im Kontext der Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich

Die bisherige Auswertung zeigt, dass sich den Krankenkassen aus ihrer originären und ihrer aufgedrängten Zuständigkeit im Rehabilitationsgeschehen – und damit im Versorgungsprozess mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich – verschiedenartige Aufgaben stellen, bei denen sie jeweils auf die Expertise des Medizinischen Dienstes (MD) zurückgreifen können bzw. müssen.

Im nachfolgenden Teil der Auswertung werden zunächst die rehabilitationsrechtlichen Vorgaben zur Begutachtung (5.1) sowie die gesetzlichen Aufgaben des MD im Kontext der Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich (5.2) dargestellt. Anschließend wird aufgezeigt, welche normativen Anforderungen für die Gutachtenerteilung durch die Krankenkassen (5.3) und für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst im Kontext der Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich gelten (5.4).

#### 5.1 Die Begutachtung im Rehabilitationsprozess (§ 17 SGB IX)

Ein erstes Zwischenergebnis der obigen Auswertung ist, dass Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nach § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind. Folglich sind bei deren Konkretisierung die rehabilitationsverfahrensrechtlichen Regelungen des SGB IX anzuwenden, die mit § 17 SGB IX eine trägerübergreifende Norm für die Begutachtung enthalten.

Als Teil der Regelungen über die Koordinierung von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen ist § 17 SGB IX von den Krankenkassen zwingend zu berücksichtigen,<sup>306</sup> enthält aber Öffnungsklauseln für besondere Vorschriften in den Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger (§ 17 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 4 SGB IX). Eine solche ist im Recht der GKV § 275 SGB V.

Gem. § 17 Abs. 1 Satz 1, 2 SGB IX i.V.m. § 275 SGB V haben die Krankenkassen als leistende Rehabilitationsträger unverzüglich den MD mit der Begutachtung durch einen geeigneten Sachverständigen zu beauftragen, sofern dies für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs<sup>307</sup> erforderlich ist.

Dabei gilt gem. § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX, dass eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vorzunehmen und das Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung zu erstellen ist. Insbesondere gilt es Mehrfachbegutachtungen zu vermeiden, weshalb das Gutachten den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten Grundsätzen zur Durchführung von Begutachtungen nach § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX entsprechen soll (§ 17 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).<sup>308</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>304</sup> Vgl. 3.1.

<sup>&</sup>lt;sup>305</sup> Vgl. 3.2.

<sup>&</sup>lt;sup>306</sup> Vgl. ebd.

<sup>&</sup>lt;sup>307</sup> Vgl. 3.7.

<sup>&</sup>lt;sup>308</sup> BT-Drs. 18/9522, S. 237.

Die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf werden den Entscheidungen der Rehabilitationsträger zugrunde gelegt (§ 17 Abs. 2 Satz 3 SGB IX) und sind ggfs. im Teilhabeplan<sup>309</sup> zu dokumentieren<sup>310</sup>.

Allerdings bestimmt § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX, dass die gesetzlichen Aufgaben des MD nach § 275 SGB V von § 17 Abs. 2 SGB IX unberührt bleiben.

### 5.2 Die gesetzlichen Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 SGB V im Kontext der Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich

Dem MD kommen zwei gesetzliche Aufgaben im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich zu. Er erstattet den Krankenkassen nach einem entsprechenden Auftrag zum einen gutachterliche Stellungnahmen zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe (5.2.1), zum anderen Gutachten zur Überprüfung der Erforderlichkeit eines beantragten Hilfsmittels (5.2.2).

#### 5.2.1 Die gutachterliche Stellungnahme zur Einleitung von Teilhabeleistungen

Gem. § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen nach den §§ 14 bis 24 SGB IX, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinische Dienstes einzuholen.

Eine entsprechende Regelung wurde bereits mit dem Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation geschaffen. Danach wurden die Rehabilitationsträger dazu verpflichtet, "in allen geeigneten Fällen, insbesondere wenn das Rehabilitationsverfahren mehrere Maßnahmen umfasst oder andere Träger und Stellen daran beteiligt sind, [...] einen Gesamtplan zur Rehabilitation aufzustellen" (§ 5 Abs. 3 Satz 1 RehaAnglG). Darin sollten alle zur vollständigen und dauerhaften Eingliederung erforderlichen Maßnahmen festgehalten und ein nahtloses Ineinandergreifen sichergestellt werden (§ 5 Abs. 3 Satz 2 RehaAnglG). Zur Unterstützung der Krankenkassen bei dieser Steuerungsaufgabe, war in den erforderlichen Fällen ("wenn dies zur Einleitung von Maßnahmen der Rehabilitation, insbesondere zur Aufstellung eines Gesamtplans [...], erforderlich erscheint") im Benehmen mit dem behandelnden Arzt eine Begutachtung durch den damaligen Vertrauensarzt zu veranlassen (§ 369b Abs. 1 Nr. 3 RVO).

Die Beratungs- und Unterstützungsfunktion durch den MD bei der Entwicklung eines rehabilitativen Konzepts<sup>312</sup> bzw. beim Teilhabeplanverfahren<sup>313</sup> wurde mit § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V fortgeführt und bezieht sich nunmehr insbesondere auf die Koordinierung der Leistungen nach den §§ 14 bis 24 SGB IX. Es handelt sich dabei um ein Gutachten i.S.v. § 17 SGB IX, das in dem *gesetzlichen bestimmten Fall* einzuholen ist, wenn es erforderlich ist, um den umfassenden Rehabilitationsbedarf festzustellen und ggfs. eine koordinierte

<sup>&</sup>lt;sup>309</sup> Vgl. 3.7.5.

<sup>&</sup>lt;sup>310</sup> Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, § 17 SGB IX, Rn. 24.

<sup>&</sup>lt;sup>311</sup> BT-Drs 7/1237, S. 65 f.

<sup>312</sup> Vgl. Rebscher, in: Schulin, § 46, Rn. 84.

<sup>&</sup>lt;sup>313</sup> Siehe Fuchs, Beitrag A16-2018 unter www.reha-recht.de, S. 3 f.

Leistungsentscheidung zu ermöglichen (§ 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V i.V.m. §§ 14 Abs. 2 und 17 SGB IX). <sup>314</sup> Folglich geht es, anders als beim Gutachten nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V, nicht um die Prüfung der Erforderlichkeit einer Leistung i.S.v. § 33 Abs. 1 SGB V<sup>315</sup>, sondern um die Ermittlung der Leistungen, die zur Erreichung einer wirksamen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft voraussichtlich erfolgreich sind und die damit grundlegend für die Konkretisierung des teilhaberechtlichen Gesamtanspruchs ist. <sup>316</sup>

Die Erforderlichkeit des Gutachtens nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V i.V.m. § 17 SGB IX ergibt sich aus den Aufgaben des leistenden Rehabilitationsträgers. In dieser Funktion haben die Krankenkassen den umfassenden Rehabilitationsbedarf anhand der Bedarfsermittlungsinstrumente (§ 13 Abs. 1 SGB IX) zu den in § 13 Abs. 2 SGB IX genannten, auf die Struktur und den Inhalt der ICF orientierenden Sachverhalten individuell und funktionsbezogen festzustellen.<sup>317</sup> Reichen die vorliegenden Erkenntnisse dazu nicht aus und können nicht auf anderem Weg beschafft werden, besteht die Pflicht zur Beauftragung eines MD-Gutachtens zur Einleitung von Teilhabeleistungen auf der Basis des § 13 Abs. 2 SGB IX.<sup>318</sup>

#### 5.2.2 Die Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels nach § 33 SGB V

Neben der gutachterlichen Stellungnahme zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe (§ 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V) können die Krankenkassen gem. § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den MD prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist.

Die Regelung des § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V korrespondiert mit § 33 Abs. 5b SGB V. Darin wird konkretisiert, dass die Krankenkassen den MD nur dann mit der Erforderlichkeitsprüfung vor der Leistungsentscheidung beauftragen können, wenn sie in den vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern auf die Genehmigung des Hilfsmittels nicht verzichtet<sup>319</sup> und somit den Hilfsmittelantrag mit eigenem weisungsgebundenem Personal zu prüfen haben (§ 33 Abs. 5b Satz 1 SGB V).

Ein geeigneter Fall zur Einschaltung des MD liegt vor, soweit die Prüfung der Erforderlichkeit des Hilfsmittels nicht alleine durch das eigene weisungsgebundene Personal der Krankenkasse vorgenommen werden kann.<sup>320</sup> Dies wird regelmäßig der Fall sein, wenn die vorgelegten Antragsunterlagen, einschließlich und insb. einer ärztlichen Verordnung<sup>321</sup>, Zweifel an der Erforderlichkeit einer Hilfsmittelversorgung belassen, die durch einen unabhängigen Gutachter oder eine Gutachterin zu klären sind.<sup>322</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>314</sup> Vgl. Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, § 17 SGB IX, Rn. 6.

<sup>&</sup>lt;sup>315</sup> Knittel, in: Krauskopf, § 275 SGB V, Rn. 16; *Opolony*, in: BeckOGK-KasselerKomm, SGB V, Stand: 15.05.2023, § 275, Rn. 11.

<sup>&</sup>lt;sup>316</sup> Vgl. 3.8.

<sup>&</sup>lt;sup>317</sup> Vgl. 3.7., insb. 3.7.1 und 3.7.2.

<sup>&</sup>lt;sup>318</sup> Vgl. *Fuchs*, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, § 17 SGB IX, Rn. 7, 16; *Joussen*, in: Dau/Düwell/Joussen/Luik, LPK-SGB IX, § 17 SGB IX, Rn. 2; *Ulrich* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, Stand: 27.12.2022, § 17 SGB IX, Rn. 1.

<sup>&</sup>lt;sup>319</sup> Vgl. BT-Drs. 17/10170, S. 25.

<sup>&</sup>lt;sup>320</sup> BT-Drs. 18/11205, S. 61.

<sup>&</sup>lt;sup>321</sup> Zur Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln durch die GKV, siehe § 33 Abs. 5a SGB V.

<sup>&</sup>lt;sup>322</sup> Vgl. Knittel, in: Krauskopf, § 275 SGB V, Rn. 29; Scholz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, Stand: 15.06.2020,

#### 5.3 Die normativen Anforderungen für die Krankenkassen bei der Erteilung eines Gutachtenauftrags an den Medizinischen Dienst

### 5.3.1 Die normativen Anforderungen an die Erteilung eines Gutachtenauftrags zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe

Das Gutachten zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insb. zur Koordinierung der Leistungen nach den §§ 14 ff. SGB IX (§ 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V i.V.m. § 17 SGB IX) ist das zentrale Instrument in der GKV zur Ermittlung des individuellen und funktionsbezogenen Rehabilitationsbedarfs.<sup>323</sup> Es ist von den Krankenkassen erforderlichenfalls unverzüglich in Auftrag zu geben, um den Rehabilitationsbedarf umfassend festzustellen<sup>324</sup> und hat dementsprechend zur Aufklärung der Sachverhalte des § 13 Abs. 2 SGB IX beizutragen.<sup>325</sup>

Zusätzlich fordert § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (wie zuvor bereits § 369b Abs. 1 Nr. 3 RVO<sup>326</sup>), dass die Krankenkasse die gutachterliche Stellungnahme des MD "im Benehmen" mit dem behandelnden Arzt oder der Ärztin einzuholen hat. Das heißt, dass sich die Krankenkasse vor Erteilung des Gutachtens mit der behandelnden Ärztin oder dem Arzt in Verbindung zu setzen<sup>327</sup> und ihr oder ihm Gelegenheit zu geben hat, Stellung nehmen zu können und auf abweichende Vorstellungen hinsichtlich des Gutachtenauftrags reagieren zu können.<sup>328</sup>

Das Gutachten zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe ist von einer Krankenkasse als leistender Rehabilitationsträger immer dann in Auftrag zu geben, wenn die vorliegenden Unterlagen (insb. die vertragsärztliche Verordnung<sup>329</sup>) nicht ausreichen, um gem. § 13 Abs. 2 SGB IX<sup>330</sup> individuell und funktionsbezogen zu ermitteln, ob eine Behinderung vorliegt, welche Auswirkungen sie auf die Teilhabe der Versicherten hat, welche Ziele mit Teilhabeleistungen erreicht werden sollen und welche Leistungen zur Erreichung der Teilhabeziele voraussichtlich erfolgreich sind. Soweit eine Krankenkasse den MD nur mit der Begutachtung ausgewählter Fragen beauftragt, aus denen sich die Feststellungen nach § 13 Abs. 2 SGB IX nicht vollständig ergeben, muss sie die übrigen Feststellungen auf andere Weise treffen.<sup>331</sup> Im Übrigen hat das BSG in seiner Elektrorollstuhl-Entscheidung vom 15.03.2018 darauf hingewiesen, dass ein auf Aktenlage beruhender Versorgungseinwand des MD, eine im Zweifel erforderliche tatsächliche Ermittlung nicht ersetzen kann.<sup>332</sup>

Allein die Tatsache, dass dem Hilfsmittelantrag nicht unmittelbar weitere medizinischrehabilitative oder darüber hinausgehende Teilhabebedarfe entnommen werden können, entlastet eine Krankenkasse als leistenden Rehabilitationsträger nicht von der Erstellung eines

<sup>§ 275</sup> SGB V, Rn. 28; Seifert, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 275, Rn. 24.

<sup>&</sup>lt;sup>323</sup> Vgl. *Fuchs*, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, § 17 SGB IX, Rn. 7, 16.

<sup>324</sup> Vgl. Ebd., Rn. 6.

<sup>&</sup>lt;sup>325</sup> Vgl. 3.7.2. und 5.2.1.

<sup>&</sup>lt;sup>326</sup> Vgl. 5.2.1.

<sup>&</sup>lt;sup>327</sup> Siehe "Benehmen" auf Duden online, abrufbar unter <a href="https://www.duden.de/rechtschreibung/Benehmen">https://www.duden.de/rechtschreibung/Benehmen</a>, zuletzt abgerufen am 23.07.2023.

<sup>&</sup>lt;sup>328</sup> Vgl. *Ossege*, in: Berchtold/Huster/Rehborn, GesR, § 275 SGB V, Rn. 24; *Buhr*, in: Hänlein/Schuler, SGB V, § 275, Rn. 17.

<sup>&</sup>lt;sup>329</sup> Siehe § 7 HilfsM-RL in der Fassung vom 21.12.2011/15.03.2012, zuletzt geändert am 18.03.2021, abrufbar unter https://www.g-ba.de/richtlinien/13/, zuletzt abgerufen am 23.07.2023.

<sup>&</sup>lt;sup>330</sup> Vgl. 3.7.2

<sup>&</sup>lt;sup>331</sup> Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, § 17 SGB IX, Rn. 7a.

<sup>&</sup>lt;sup>332</sup> Vgl. 2.4.1.

umfassenden Versorgungskonzepts<sup>333</sup> oder Teilhabeplans<sup>334</sup>, für das die Einholung eines Gutachtens nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V erforderlich sein kann.<sup>335</sup> Da gerade Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich alle Teilhabebereiche betreffen können, löst ein nicht nach § 14 Abs. 1 SGB IX weitergeleiteter Antrag stets die Pflicht zur summarischen Prüfung von Rehabilitationsbedarfen nach anderen Leistungsgesetzen aus,<sup>336</sup> die ggfs. zur Beauftragung eines MD-Gutachtens zur Einleitung von Teilhabeleistungen führt.

Spezifische Anforderungen an die Gutachtenerteilung ergeben sich in dem Fall, dass die Krankenkasse als leistender Rehabilitationsträger andere Rehabilitationsträger zur umfassenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nach § 15 SGB IX beteiligt – was z.B. bei Hilfsmitteln zur Mobilität oder zum Ausgleich von Hörbeeinträchtigungen häufiger der Fall sein könnte.

Hat eine Krankenkasse als leistender Rehabilitationsträger weitere Rehabilitationsträger nach § 15 beteiligt, setzt sie sich bei ihrer Entscheidung über die Beauftragung des MD mit den beteiligten Rehabilitationsträgern über Anlass, Ziel und Umfang der Begutachtung ins Benehmen (§ 17 Abs. 3 Satz 1 SGB IX). Außerdem haben die beteiligten Rehabilitationsträger die Krankenkasse (leistender Rehabilitationsträger) unverzüglich über die Notwendigkeit der Einholung von Gutachten zu informieren (§ 17 Abs. 3 Satz 2 SGB IX). Die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf werden in den Teilhabeplan nach § 19 einbezogen (§ 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX) und den Entscheidungen der Rehabilitationsträger zugrunde gelegt (§ 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX). Diese Regelungen sollen dazu führen, dass "im Regelfall nur [ein] Begutachtungsprozess bei einem einzelnen im Vorfeld bestimmten Sachverständigen [stattfindet], dessen Ergebnis die erforderlichen umfassenden Feststellungen zu allen in Betracht kommenden Bedarfen enthält und der alle Rehabilitationsträger bindet."337

### 5.3.2 Die normativen Anforderungen an die Erteilung eines Gutachtenauftrag zur Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels nach § 33 SGB V

Mit dem MD-Gutachten nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V wird die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels i.S.v. § 33 SGB V geprüft. Dient das Hilfsmittel dem medizinisch-rehabilitativen Behinderungsausgleich (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX) handelt es sich um die Erforderlichkeitsprüfung einer Teilhabeleistung, die der Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse vorgelagert und der Bedarfsfeststellung zuzuordnen ist. Dementsprechend ist in diesem Fall auch die gutachterliche Stellungnahme nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V eine Begutachtung i.S.v. § 17 SGB IX und muss unverzüglich von der Krankenkasse in Auftrag gegeben (§ 17 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).

Zwar wird mit dem Gutachten über die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels, im Gegensatz zum Gutachten zur Einleitung von Teilhabeleistungen, nicht das Ziel verfolgt, den Bedarf an

<sup>&</sup>lt;sup>333</sup> Vgl. 3.7.3.

<sup>&</sup>lt;sup>334</sup> Vgl. 3.7.5.

<sup>&</sup>lt;sup>335</sup> Vgl. 2.6.

<sup>&</sup>lt;sup>336</sup> Vgl. § 27 Abs. 3 GE Reha-Prozess. Die 2019 von der BAR herausgegebene Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess ist abrufbar unter <a href="https://www.bar-">https://www.bar-</a>

frankfurt.de/service/publikationen/produktdetails/produkt/91.html, zuletzt abgerufen am 23.07.2023.

<sup>&</sup>lt;sup>337</sup> BT-Drs. 18/9522, S. 237 f.

Rehabilitations- und Teilhabeleistungen umfassend zu ermitteln. Dennoch sind die Krankenkassen – aufgrund ihrer Aufgabe als Rehabilitationsträger, Rehabilitationsbedarfe frühzeitig zu erkennen (§ 12 Abs. 1 SGB IX) – verpflichtet, bei der Erteilung eines Gutachtens nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V dem MD auch stets den Auftrag zu erteilen, entsprechende Anhaltspunkte für weitere Teilhabebedarfe zu erkennen und ggfs. rückzumelden.<sup>338</sup>

Mit Blick auf das Ziel, Mehrfachbegutachtungen zu vermeiden<sup>339</sup>, hat die Krankenkasse vor Erteilung eines Gutachtens nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V zu prüfen, ob zur umfassenden Bedarfsfeststellung zudem die Erteilung eines Gutachtens nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V erforderlich ist und ggfs. ein kombiniertes Gutachten in Auftrag zu geben. Gleiches gilt umgekehrt bei der Erteilung eines Gutachtens zur Einleitung von Teilhabeleistungen.

- 5.4 Die normativen Anforderungen an die Gutachten des Medizinischen Dienstes
- 5.4.1 Normative Anforderungen an das MD-Gutachten zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe

Als zentrales Instrument der Krankenkassen zur Ermittlung des individuellen und funktionsbezogenen Rehabilitationsbedarfs ist die gutachterliche Stellungnahme nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V den Anforderungen der Kapitel 2 bis 4 des SGB IX anzupassen.<sup>340</sup>

Das heißt zunächst, dass die Begutachtung durch einen geeigneten Sachverständigen des MD zu erfolgen hat (§ 17 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) und innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung zu erstellen ist (§ 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).

Die Begutachtung hat umfassend zu sein (§ 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX), d.h. zur Beurteilung des Rehabilitations- und Teilhabebedarfs sind vom Gutachter oder der Gutachterin sämtliche Sachverhalte bezogen auf die körperliche, geistige und soziale Integrität sowie die der Aktivitäten und Partizipation zu erfassen<sup>341</sup> und die für die Erreichung der individuellen Teilhabeziele voraussichtlich erfolgreichen Leistungen nicht nur mit Blick auf den Leistungskatalog der Krankenkasse, sondern hinsichtlich aller nach Lage des Einzelfalls in Betracht kommender Leistungen zu ermitteln.<sup>342</sup> Folglich hat das Gutachten nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V die in § 13 Abs. 2 SGB IX aufgeführten Sachverhalte zu erfassen (das Vorliegen einer (drohenden) Behinderung i.S.v. § 2 Abs. 1 SGB IX, deren Auswirkungen auf die Teilhabe, die Teilhabeziele sowie die voraussichtlich erfolgreichen Leistungen zur Erreichung der Teilhabeziele).<sup>343</sup> Insoweit die beauftragende Krankenkasse nicht explizit eine umfassende Begutachtung beauftragt, ist auf die rechtliche Eigenständigkeit der Medizinischen Dienste

<sup>&</sup>lt;sup>338</sup> Vgl. *MDS*, Arbeitshilfe "Umsetzung des § 14 Abs.2 SGB IX in Verbindung mit § 13 SGB IX", in der festgehalten wurde, dass es – im Sinne des ärztlichen Selbstverständnisses und der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - Aufgabe des Gutachtens ist, der Krankenkasse auch ohne explizite Beauftragung zumindest Hinweise auf mögliche weitere Teilhabebedarfe auch zu Lasten anderer Träger aufzuzeigen (S. 11).

<sup>&</sup>lt;sup>339</sup> Vgl. 5.1.

<sup>&</sup>lt;sup>340</sup> Vgl. *Fuchs*, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, § 17 SGB IX, Rn. 16.

<sup>&</sup>lt;sup>341</sup> Ebd., Rn. 21a.

<sup>&</sup>lt;sup>342</sup> Vgl. 3.7.1.

<sup>&</sup>lt;sup>343</sup> Vgl. 3.7.2.

hinzuweisen (§ 278 Abs. 1 SGB V), für die der gesetzliche Auftrag vorrangig gegenüber der Aufgabenstellung durch eine Krankenkasse ist.

Damit die umfassenden Feststellungen den Entscheidungen aller Rehabilitationsträger zugrunde gelegt werden können, hat die sozialmedizinische - bei Bedarf auch psychologische oder durch weitere zu beteiligende Berufsgruppen des Gesundheitswesens (z.B. Pädagogen oder Sozialarbeiter)<sup>344</sup> erfolgende - Begutachtung (§ 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX, §§ 278 Abs. 2, 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V) den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten einheitlichen Grundsätzen zur Durchführung von Begutachtungen nach § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX zu entsprechen (§ 17 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Diese finden sich in der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation herausgegebenen Gemeinsamen Empfehlung Begutachtung<sup>345</sup> und enthalten z.B. allgemeine inhaltliche Grundsätze für die Gutachtenerstellung (§ 3 GE Begutachtung), Vorgaben für die Gliederung und das Anforderungsprofil des Gutachtens (§ 4 GE Begutachtung) oder die Beteiligung der Betroffenen (§ 5 GE Begutachtung).

### 5.4.2 Normative Anforderungen an das MD-Gutachten zur Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels nach § 33 SGB V

Die gutachterliche Stellungnahme nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V muss als Begutachtung i.S.v. § 17 SGB IX ebenso innerhalb von zwei Wochen nach Auftragseingang (§ 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) durch einen geeigneten Sachverständigen des MD (§ 17 Abs. 1 Satz 1, 2 SGB IX) erstattet werden und *soll* den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten einheitlichen Grundsätzen zur Durchführung von Begutachtungen nach § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX entsprechen (§ 17 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Im Übrigen ist die von § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX geforderte umfassende sozialmedizinische Begutachtung durch die spezifische Gutachtenaufgabe - Prüfung der Erforderlichkeit des Hilfsmittels gem. § 33 SGB V - allerdings eingeschränkt (§ 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX).

Die Begutachtung des MD nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V umfasst alle Facetten der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels nach § 33 SGB V.<sup>346</sup> Die obige Auswertung hat gezeigt, dass der dritte Senat des BSG ein entsprechendes Prüfschema und die dabei zu berücksichtigenden Gesichtspunkte vorgibt,<sup>347</sup> die auch vom MD zu beachten und zu dokumentieren sind.

Im ersten Schritt ist im Rahmen der Begutachtung festzustellen, ob das begehrte Hilfsmittel einen Behinderungsausgleich bewirken soll oder einem anderen Ziel dient<sup>348</sup>, welches Grundbedürfnis des täglichen Lebens<sup>349</sup> ggfs. betroffen ist und ob eine Behinderung bei der Befriedigung des Grundbedürfnisses des täglichen Lebens vorliegt.

<sup>&</sup>lt;sup>344</sup> Vgl. Fuchs, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, § 17 SGB IX, Rn. 19.

<sup>&</sup>lt;sup>345</sup> BAR (Hrsg.), Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen, Rechtsstand 01.12.2016, abrufbar unter https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/produktdetails/produkt/125.html, zuletzt abgerufen am 23.07.2023.

<sup>&</sup>lt;sup>346</sup> Vgl. BT-Drs. 18/11205, S. 61. So auch *Opolony*, in: BeckOGK-KasselerKomm, SGB V, Stand: 15.05.2023, § 275, Rn. 41; *Knittel*, in: Krauskopf, § 275 SGB V, Rn. 31.

<sup>&</sup>lt;sup>347</sup> Vgl. 4.5 iVm 4.3 und 4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>348</sup> Vgl. 2.2 und 3.1.

<sup>&</sup>lt;sup>349</sup> Vgl. 1.2.2 und 4.1.

Dazu gilt es zunächst zu ermitteln, wie das Grundbedürfnis des täglichen Lebens derzeit – ohne das begehrte Hilfsmittel sowie mit und ohne Hilfe anderer – befriedigt werden kann, wobei sämtliche Funktionseinschränkungen und die gesamte Lebenssituation des oder der Versicherten, einschließlich der tatsächlichen einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, zu berücksichtigen sind. 350

Anschließend gilt es zu beurteilen, ob die ermittelte Art und Weise der Befriedigung des Grundbedürfnisses des täglichen Lebens den Maßstäben der Angemessenheit und Zumutbarkeit<sup>351</sup> sowie den i.S.v. § 8 Abs. 1 SGB IX berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten<sup>352</sup> entspricht. Besteht eine diesbezügliche Diskrepanz, ist ein Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich nach § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX dem Grunde nach gegeben. Diese Einschätzung lässt sich nicht treffen, ohne die Gründe für die begehrte Hilfsmittelversorgung in Erfahrung zu bringen. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass der MD die Versicherten im Rahmen der Erforderlichkeitsprüfung zu beraten hat (§ 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Die Beratungspflicht ist entsprechend der allgemeinen sozialrechtlichen Beratungsgrundsätze zu nutzen, um den oder die Versicherte über die Grundsätze des Hilfsmittelanspruchs in der GKV aufzuklären<sup>353</sup> und auf das Wunsch- und Wahlrecht sowie der damit verbundenen Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen<sup>354</sup>.

Im zweiten Schritt hat der Gutachter oder die Gutachterin festzustellen, ob das begehrte Hilfsmittel zum angestrebten Behinderungsausgleich, d.h. zur zumutbaren, angemessenen und ggfs. gem. § 8 Abs. 1 SGB IX gewünschten Befriedigung des Grundbedürfnisses des täglichen Lebens, geeignet und subjektiv erforderlich ist.

Hierbei ist zum einen der diesbezügliche objektive medizinische Nutzen und die Funktionstauglichkeit des Hilfsmittels zu bewerten und zu prüfen, ob es sich bei dem begehrten Hilfsmittel um einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens handelt oder die Versorgung nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen ist.<sup>355</sup>

Zum anderen ist im Gutachten festzustellen und zu dokumentieren, ob das begehrte Hilfsmittel ohne Gefahren oder Nachteile genutzt werden kann und ob die Versorgung damit ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und nicht über das Maß des Notwendigen hinausgeht.<sup>356</sup> Für letztere Beurteilung ist entscheidend, ob das begehrte Hilfsmittel gegenüber kostengünstigeren Hilfsmitteln wesentliche Gebrauchsvorteile bietet, die den angestrebten Behinderungsausgleich verbessern, vereinfachen oder erleichtern. Können im Vergleich mit kostengünstigeren Hilfsmitteln keine solchen wesentlichen Gebrauchsvorteile beschrieben werden, ist die Versorgung mit dem begehrten Hilfsmittel dennoch gerechtfertigt, wenn ein berechtigter Wunsch i.S.v. § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX vorliegt.<sup>357</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>350</sup> Vgl. *Ulrich*, SRa-SH 2013, 47 (53 f.).

<sup>&</sup>lt;sup>351</sup> Vgl. 4.3.

<sup>&</sup>lt;sup>352</sup> Vgl. 4.4

<sup>&</sup>lt;sup>353</sup> Vgl. Spellbrink, in: BeckOGK-KasselerKomm, SGB I, Stand: 01.07.2020, § 14, Rn. 8.

<sup>&</sup>lt;sup>354</sup> *Mrozinsky*, SGB I, § 14, Rn. 11.

<sup>&</sup>lt;sup>355</sup> Vgl. 1.3.1.

<sup>&</sup>lt;sup>356</sup> Vgl. *Ulrich*, SRa-SH 2013, 47 (54).

<sup>&</sup>lt;sup>357</sup> Vgl. 4.5.2.

Stellt der MD im Rahmen der Erforderlichkeitsprüfung fest, dass das begehrte Hilfsmittel keine Gebrauchsvorteile aufweist, mit dem erreicht wird, dass die zumutbare und angemessene Befriedigung des Grundbedürfnisses des täglichen Lebens ermöglicht, verbessert, vereinfacht oder erleichtert wird oder ein berechtigter Wunsch i.S.v. § 8 Abs. 1 SGB IX befriedigt wird, hat das Gutachten Alternativversorgungen aufzuzeigen, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.<sup>358</sup>

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass der MD bei der Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels nach § 33 SGB V mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten hat (§ 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

<sup>358</sup> Vgl. 2.5.

<sup>71</sup> 

#### 6. Fazit

Das Gutachten verfolgt den Auftrag, die seit 2018 ergangene Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich aufzuarbeiten und hinsichtlich der drei nachfolgenden Fragen auszuwerten:

- Ist das SGB IX bei der Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen zu berücksichtigen und welche Folgen sind damit verbunden?
- Sind die in den Entscheidungen herausgearbeiteten Grundsätze der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung auf andere Hilfsmittel übertragbar?
- Welche normativen Anforderungen ergeben sich vor diesen Hintergründen an die Begutachtung durch den MD im Rahmen des Hilfsmittelversorgungsprozesses?

#### Zur Hilfsmittelversorgung in der GKV an der Schnittstelle von SGB V und SGB IX

Das BSG hat in den hier untersuchten Entscheidungen herausgearbeitet, dass Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs einer Heilbehandlung, zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung und zum Ausgleich einer Behinderung (§ 47 Abs. 1 SGB IX) auch im Recht der GKV als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten und nicht der Krankenbehandlung zuzuordnen sind. Folglich haben die Krankenkassen bei der Versorgung ihrer Versicherten mit diesen Leistungen in allen Phasen des Versorgungsprozesses auch die Regelungen des SGB IX zu berücksichtigen und anzuwenden. Damit sind umfangreiche Konsequenzen für die Versorgungspraxis verbunden:

Zunächst hat auf den Eingang eines Hilfsmittelantrags bei einer Krankenkasse die Prüfung zu erfolgen, ob es sich bei der begehrten Leistung um eine Teilhabeleistung handelt. Die Einordnung eines Hilfsmittels als Leistung zur Krankenbehandlung oder als Leistung zur Teilhabe ist anhand seiner Funktionalität und Zwecksetzung vorzunehmen – im Wesentlichen geht es um die Frage, ob mit dem Hilfsmittel auf eine Krankheit oder eine Behinderung eingewirkt werden soll.<sup>361</sup> Dementsprechend werden die Hilfsmittel Behinderungsausgleich (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX) – im Unterschied zu Hilfsmitteln zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 1 SGB V) - nicht mit dem vorrangigen Ziel eingesetzt, kurativ-therapeutisch auf eine Krankheit einzuwirken. Vielmehr sollen die mit einer (medizinisch häufig schon austherapierten) Funktionsbeeinträchtigung verbundenen Teilhabestörungen kompensiert werden, um gem. § 1 SGB IX die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.<sup>362</sup> Dass hiermit nicht nur eine begriffliche Klarstellung, sondern ein grundsätzlicher Verständniswechsel vollzogen wurde, wird beim Blick auf Abschnitt 1.2.1 deutlich.

<sup>&</sup>lt;sup>359</sup> Siehe 3.1 und 2.2.

<sup>&</sup>lt;sup>360</sup> Siehe 3.2.

<sup>&</sup>lt;sup>361</sup> BSG, Urt. v. 15. März 2018 – B 3 KR 18/17 R –, BSGE 125, 189-206, Rn. 23.

<sup>&</sup>lt;sup>362</sup> Siehe 2.2.2.2.

Handelt es sich bei dem begehrten Hilfsmittel um eine Teilhabeleistung, sind die §§ 14 ff. SGB IX anzuwenden. Die Krankenkasse hat zwei Wochen Zeit – beginnend mit dem Antragseingang –, um festzustellen, ob sie oder ein anderer Rehabilitationsträger für diese Leistung zuständig ist (§ 14 Abs. 1 SGB IX). Leitet sie den Antrag nicht innerhalb dieser Frist weiter, wird sie zum leistenden Rehabilitationsträger. Dabei erweitert sich die Zuständigkeit der Krankenkasse im Außenverhältnis zu der antragstellenden Person, da sie in der Funktion als leistender Rehabilitationsträger die Gesamtheit der Rehabilitationsträger vertritt. Die Krankenkasse ist in der Folge (im "Außenverhältnis") nicht mehr nur für die medizinisch-rehabilitativen Hilfsmittel zuständig, sondern ihre Zuständigkeit erstreckt sich auf alle notwendigen Leistungen, die in der Bedarfssituation rehabilitationsrechtlich vorgesehen sind, um eine den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 SGB IX entsprechende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen (§ 28 Abs. 2 SGB IX).<sup>363</sup>

Als leistender Rehabilitationsträger hat die Krankenkassen den teilhaberechtlichen Gesamtanspruch zu konkretisieren und die Leistungen "wie aus einer Hand" zu gewähren. <sup>364</sup> Dabei ist die individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung entscheidend, in deren Rahmen die unter § 13 Abs. 2 SGB IX aufgeführten Sachverhalte, einschließlich des gesamten materiellen und sozialen Umfelds sowie der individuellen und beruflichen Lebensgestaltung, zu ermitteln und in einem Versorgungskonzept zu dokumentieren sind. <sup>365</sup> Kann der Rehabilitationsbedarf nicht allein mit Leistungen der Krankenkasse befriedigt werden, sind die anderen Rehabilitationsträger nach § 15 SGB IX zu beteiligen, ein Teilhabeplan (§ 19 SGB IX) zu erstellen <sup>366</sup>, die originären materiell-rechtlichen Zuständigkeiten im Innenverhältnis der Rehabilitationsträger zu klären und die Kosten ggfs. zu erstatten (§ 16 SGB IX).

Die Verletzung der Verfahrenspflichten des SGB IX, insbesondere das Fehlen eines umfassenden Versorgungskonzepts oder eines ggfs. erforderlichen Teilhabeplans, führt typischerweise zu Ermessensfehlern. Die Aufhebung des rechtswidrigen Verwaltungsakts kann im Widerspruchs- und Klageverfahren verfolgt werden.<sup>367</sup>

### Zu den Grundsätzen der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung und ihrer Übertragbarkeit auf andere Hilfsmittel

Die umfassende Zuständigkeit des leistenden Rehabilitationsträgers im Außenverhältnis zu den Leistungsberechtigten führt nicht dazu, dass die originären materiell-rechtlichen Zuständigkeiten im Verhältnis zwischen den Rehabilitationsträgern aufgegeben werden. Die Krankenkassen sind im Innenverhältnis der Rehabilitationsträger weiterhin nur für die Finanzierung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen zuständig (§§ 5, 6 SGB IX).

Daher beschränkt sich die originäre materiell-rechtliche Zuständigkeit der Krankenkassen für Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich auf die Hilfsmittel, mit denen Behinderungen bei der

<sup>&</sup>lt;sup>363</sup> Vgl. 3.7.1.

<sup>&</sup>lt;sup>364</sup> Vgl. 3.8.

<sup>&</sup>lt;sup>365</sup> Vgl. 3.7.2, 3.7.3 und 2.5.

<sup>&</sup>lt;sup>366</sup> Vgl. 3.7.5 f. Siehe beispielhaft 2.6 und 4.5.4.

<sup>&</sup>lt;sup>367</sup> Siehe 3.7.7.

<sup>&</sup>lt;sup>368</sup> Vgl. 2.3.1.

Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens ausgeglichen werden (§ 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). Gleichwohl zeigt die obige Auswertung, dass die erforderliche Berücksichtigung des SGB IX, des GG und der UN-BRK auch wesentlichen Einfluss auf den Versorgungsanspruch mit medizinisch-rehabilitativen Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich nach § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX hat. Dies hat das BSG in mehreren Entscheidungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung verdeutlicht. Die dabei aufgestellten Grundsätze sind auf alle Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich übertragbar:

Die Regelungen des SGB IX wirken sich bereits bei der Frage aus, ob ein Anspruch auf medizinisch-rehabilitative Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich dem Grunde nach besteht. Das auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtete Verständnis des Behinderungsausgleichs und der Wechselwirkungsansatz des Behinderungsbegriffs in § 2 Abs. 1 SGB IX treffen im Rahmen der Auslegung der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens auf das veraltete Verständnis von medizinischer Rehabilitation als Maßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen und der Definition des Behinderungsausgleichs allein anhand der Funktionsdefizite. Im Ergebnis lässt sich nicht länger an dem Einwand festhalten, dass der Hilfsmittelanspruch nach § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3, § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX ausscheide, weil ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens allein aufgrund der Besonderheiten und der konkreten Ausgestaltung des Wohnortes und der individuellen Wohnverhältnisse nicht befriedigt werden kann.<sup>369</sup>

Des Weiteren zeigte der dritte Senat des BSG in seinen Entscheidungen, dass sich der Anspruch auf medizinisch-rehabilitative Hilfsmittel unter Berücksichtigung teilhaberechtlicher Gesichtspunkte nicht auf einen Basisausgleich im Sinne einer Minimalversorgung beschränken kann. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten mit Hilfsmitteln zu versorgen, die einen angemessenen und zumutbaren sowie einen den berechtigten Wünschen (§ 8 Abs. 1 SGB IX) entsprechenden Behinderungsausgleich ermöglichen.<sup>370</sup> Diese Kriterien sind sowohl bei der Feststellung des Anspruchs dem Grunde nach als auch bei der Auswahl des konkret erforderlichen Hilfsmittels zu berücksichtigen.<sup>371</sup>

Bei der Auswahl des Hilfsmittels, mit dem die Behinderung bei der Befriedigung des täglichen Lebens ausgeglichen werden soll, kommt es zunächst darauf an, ob das begehrte Hilfsmittel für den angestrebten Behinderungsausgleich überhaupt geeignet ist. Sofern daneben weitere geeignete Hilfsmittel zur Verfügung stehen, kommt es für den Versorgungsanspruch entscheidend darauf an, ob das begehrte Hilfsmittel wesentliche Gebrauchsvorteile aufweist, mit dem erreicht wird, dass die angemessene und zumutbare Befriedigung des Grundbedürfnisses des täglichen Lebens verbessert, vereinfacht oder erleichtert oder ein berechtigter Wunsch i.S.v. § 8 Abs. 1 SGB IX erfüllt wird. 372

<sup>&</sup>lt;sup>369</sup> Vgl. 4.2.

<sup>&</sup>lt;sup>370</sup> Vgl. 4.3 und 4.4.

<sup>&</sup>lt;sup>371</sup> Vgl. 4.5.

<sup>&</sup>lt;sup>372</sup> Vgl. 4.5.2.

#### <u>Zu den normativen Anforderungen an die Begutachtung durch den MD im</u> Hilfsmittelversorgungsprozess

Die Krankenkassen können bzw. müssen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben im Versorgungsprozess mit Hilfsmitteln auf die Expertise des MD zurückgreifen. Das SGB V sieht gutachterliche Stellungnahmen des MD zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Einleitung und insb. der Koordinierung von Teilhabeleistungen (§ 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V), wie auch bei der Prüfung der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln nach § 33 SGB V (§ 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V) vor.

In beiden Fällen handelt es sich um Begutachtungen, die mit den normativen Anforderungen des § 17 SGB IX in Einklang zu bringen sind.

Das Gutachten nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ist das zentrale Instrument in der GKV zur Ermittlung des individuellen und funktionsbezogenen Rehabilitationsbedarfs. Es ist von den Krankenkassen unverzüglich in Auftrag zu geben, wenn es zur umfassenden Bedarfsfeststellung erforderlich ist, hat die in § 13 Abs. 2 SGB IX aufgeführten Sachverhalte zu erfassen und hat den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten einheitlichen Grundsätzen zur Durchführung von Begutachtungen nach § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX zu entsprechen.

Die gutachterliche Stellungnahme des MD nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V dient hingegen nicht der umfassenden Bedarfsfeststellung, sondern der umfassenden Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels nach § 33 SGB V. Mit Blick auf die Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hat es unter anderem festzuhalten,

- ob und welches Grundbedürfnis des täglichen Lebens mit dem Hilfsmittel ausgeglichen werden soll,
- ob eine Behinderung bei der angemessenen, zumutbaren oder berechtigterweise gewünschten Befriedigung des Grundbedürfnisses des täglichen Lebens vorliegt,
- ob das begehrte Hilfsmittel geeignet ist, um den angestrebten Behinderungsausgleich zu erreichen,
- ob das begehrte Hilfsmittel wesentliche Gebrauchsvorteile gegenüber anderen Hilfsmitteln aufweist, mit denen die Befriedigung des Grundbedürfnisses des täglichen Lebens verbessert, vereinfacht oder erleichtert wird,
- oder ob das Hilfsmittel einen Gebrauchsvorteil bietet, mit dem die Erfüllung eines berechtigten Wunsches i.S.v. § 8 Abs. 1 SGB IX erreicht wird,
- welche Alternativversorgung den angestrebten Behinderungsausgleich bietet, sofern das begehrte Hilfsmittel das Maß des Notwendigen überschreitet.

In vielen Fällen ist es denkbar, dass die Beantragung eines Hilfsmittels zum Behinderungsausgleich die Einholung beider bzw. eines kombinierten Gutachtens erfordert, um im Außenverhältnis zum Leistungsberechtigten den teilhaberechtlichen Gesamtanspruch zu konkretisieren und im Innenverhältnis zu den anderen Rehabilitationsträgern die originäre materiell-rechtliche Zuständigkeit festzustellen.

Erfahrungsgemäß spielt die Begutachtung nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V zur Einleitung und Koordinierung von Teilhabeleistungen in der Praxis allerdings kaum eine Rolle. Dies dürfte

in vielen Fällen zu fehlerhaften Verwaltungsakten führen, gegen die Widerspruchs- und Klageverfahren mit guten Erfolgsaussichten geführt werden können.

#### Literaturverzeichnis

- Becker, U./Kingreen, T. (Hrsg.), SGB V Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, 8. Auflage, München 2022 (zit.: BearbeiterIn, in: Becker/Kingreen, SGB V).
- Beck-online. Großkommentar, Kasseler Kommentar, hrsg. v. Körner, A./Krasney, M./Mutschler, B./Rolfs, C., SGB I, München 2022 (zit.: BearbeiterIn, in: BeckOGK-KasselerKomm, SGB I).
- Beck-online. Großkommentar, Kasseler Kommentar, hrsg. v. Körner, A./Krasney, M./Mutschler, B./Rolfs, C., SGB V, München 2023 (zit.: BearbeiterIn, in: BeckOGK-KasselerKomm, SGB V).
- Berchtold, J./Huster, S./Rehborn, M. (Hrsg.), Gesundheitsrecht, NomosKommentar, SGB V, SGB XI, 2. Auflage, Baden-Baden 2018 (zit.: BearbeiterIn, in: Berchtold/Huster/Rehborn, GesR).
- Dau, D. H./Düwell, F. J./Joussen, J./Luik, S. (Hrsg.), Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, Lehr- und Praxiskommentar, 6. Auflage, Baden-Baden 2022 (zit.: BearbeiterIn, in: Dau/Düwell/Joussen/Luik, LPK-SGB IX).
- Deinert, O./Welti, F./Luik, S./Brockmann, J. (Hrsg.), Stichwortkommentar Behindertenrecht 3. Auflage, Baden-Baden 2022 (zit.: BearbeiterIn, in: Deinert/Welti/Luik/Brockmann, SWK BehR).
- Deutscher Verein für Rehabilitation (DVfR), Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, Heidelberg Oktober 2009, abrufbar unter www.dvfr.de/arbeitsschwerpunkte/stellungnahmen-der
  - dvfr/detail/artikel/loesungsoptionen-der-dvfr-zur-ueberwindung-von-problemen-bei-der-versorgung-mit-hilfsmitteln-1 (Stand: 23.07.2023).
- *Dittmann, R.,* Die Hilfsmittelversorgung nach dem Bundesteilhabegesetz Bericht vom DVfR-Kongress 2021; Beitrag A2-2022 unter www.reha-recht.de, 27.01.2022, abrufbar unter www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-a2-2022 (Stand: 23.07.2023).
- Fuchs, H., Intention des Gesetzgebers zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX und Begriffsbestimmung Teil I: Intention des Gesetzgebers hinter altem und neuem Recht, Beitrag A16-2018 unter www.reha-recht.de, 19.09.2018, abrufbar unter www.reha-recht.de/fachbeitrage/beitrag/artikel/beitrag-a16-2018/ (Stand: 23.07.2023).
- Fuchs, H./Ritz, H.-G./Rosenow, R. (Hrsg.), SGB IX Kommentar zum Recht behinderter Menschen mit Erläuterungen zum AGG und BGG, 7. Auflage, München 2021 (zit.: BearbeiterIn, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX).
- Hänlein, A./Schuler, R. (Hrsg.), Sozialgesetzbuch V (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 6. Auflage Baden-Baden 2022 (zit.: *BearbeiterIn*, in: Hänlein/Schuler, SGB V).
- Knispel, U., Elektrorollstuhl als Leistung der GKV, NZS 6/2020, 230.

- Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, hrsg. v. Knittel, S./Wagner, R., Stand: 01.12.2022 (117. Ergänzungslieferung), München 2023 (zit.: BearbeiterIn, in: Krauskopf).
- Luik, S., Antragssplittung, Teilhabeplanung und getrennte Leistungserbringung Anmerkung zu SG Heilbronn vom 27.08.2020 S 15 R 411/20; SG Karlsruhe vom 22.04.2021 S 6 R 4225/19, Beitrag A3-2023 unter www.reha-recht.de, 25.01.2023, abrufbar unter www.reha-recht.de/fachbeitrage/beitrag/artikel/beitrag-a3-2023 (Stand: 23.07.2023).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.), Arbeitshilfe zur Umsetzung des § 14 Abs. 2 SGB IX in Verbindung mit § 13 SGB IX im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung von Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V, 21.05.2019.
- Mrozynski, P. (Hrsg.), SGB I, Allgemeiner Teil, Kommentar, 6. Auflage, München 2019. Nellissen, G., Versorgung mit einem Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich, jurisPR-SozR 9/2023 Anm. 6, 04.05.2023.
- Schlegel, R./Voelzke, T. (Gesamt-Hrsg.), juris PraxisKommentar, Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), Gesetzliche Krankenversicherung, Engelmann, K./Schlegel, R. (Band-Hrsg.), 4. Auflage, Saarbrücken 2020 (zit.: BearbeiterIn, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V).
- Schlegel, R./Voelzke, T. (Gesamt-Hrsg.), juris PraxisKommentar, Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Kreitner, J./Luthe E-W. (Band-Hrsg.), 3. Auflage, Saarbrücken 2018 (zit.: BearbeiterIn, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX).
- Schulin, B. (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1 Krankenversicherungsrecht, München 1994 (zit.: BearbeiterIn, in: Schulin).
- Ulrich, P., Hilfsmittel in der Begutachtungspraxis aus juristischer Sicht, SRa-SH 2013, 47-55.
- Welti, F., Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich: Rechtlicher Rahmen und Reformbedarf, Die Rehabilitation S1/2010, S37-S45.
- Welti, F./Raspe, H., Zur Feststellung von individuellem Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen nach dem SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Deutsche Rentenversicherung 1-2/2004, 76-96.