

Schnittstellen Eingliederungshilfe und Gesetzliche Krankenversicherung



**Die durchschnittliche Aufmerksamkeitsspanne
bei Präsentationen beträgt 10 Minuten.**

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

- Leistungen der GKV nur für Versicherte
- Im Wesentlichen geschlossenes, gesetzlich definiertes Leistungsspektrum

GKV

Leistungspflicht erstreckt sich nur auf gesetzlich Versicherte

Grundsatz: Personen, für die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Prinzip der Bürgerversicherung mit Ausnahmetatbeständen für bestimmte Personengruppen (z.B. Beamte, einkommensabhängige Befreiungstatbestände)

Bezieher von Sozialhilfe sind grundsätzlich nicht versicherungspflichtig

Versicherungspflicht nur unter bestimmten Voraussetzungen, ansonsten sogenannte Quasiversicherung nach § 264 Abs. 2 SGB V (sog. unechte Krankenversicherung)

GKV

Die Leistungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung - § 11 Abs. 1 SGB V

Danach haben **Versicherte**... Anspruch auf Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b),
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),
5. des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches.

GKV

§ 11 Abs. 1 Nr. 5 SGB V:

- Der Hinweis auf das persönliche Budget (§ 29 SGB IX) eröffnet keinen eigenen Anspruch, sondern dient nur der Klarstellung, dass der Versicherte im Bereich der medizinischen Rehabilitation statt der Einzelleistungen auch eine regelmäßige Geldleistung in Anspruch nehmen kann in Form einer Komplexleistung, die trägerübergreifend regelmäßig wiederkehrende Bedarfe abdeckt.
- Mit der Ausführung der Leistung als persönliches Budget ist die Vorstellung verbunden, dem Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, z.B.
 - im Bereich der sozialen Rehabilitation § 78 SGB IX;
 - die häusliche Pflege pflegebedürftiger Menschen kann im Wege des sogenannten Arbeitgebermodells erfolgen (Legaldefinition in § 63b Abs. 4 SGB XII: Erbringung der Pflegeleistungen durch von dem Pflegebedürftigen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte)

GKV

§ 11 Abs. 2 SGB V stellt klar, dass im Rahmen der GKV auch Leistungen der Reha gewährt werden können.

Systematisch unklar sind damit aber im wesentlichen Ansprüche aus den §§ 33, 40-43 SGB V gemeint und damit medizinisch geprägte Rehabilitationsleistungen, von denen jede Form der sozialen Rehabilitation abzugrenzen ist.

GKV

Krankenbehandlung – § 27 SGB V

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine **Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern**. Die Krankenbehandlung umfasst

1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung,
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie mit digitalen Gesundheitsanwendungen,
4. häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

EGH

§ 99 SGB IX in Verbindung mit § 53 Abs. 2 SGB XII a.F.:

- Von einer Behinderung bedroht sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dies gilt für Personen, für die vorbeugende Gesundheitshilfe und Hilfe bei Krankheit nach den §§ 47 und 48 erforderlich ist, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung einzutreten droht.

Abgrenzung GKV und EGH

§ 99 SGB IX i.V.m. § 53 Abs. 2 S. 2 SGB XII a.F.:

- Leistungen in teilstationären oder stationären Einrichtungen in Form von Hilfen zur Gesundheit nach §§ 47, 48 SGB XII sind im Rahmen der Eingliederungshilfe zu gewähren, wenn sie wegen der Behinderung (jetzt: Teilhabebeeinschränkung) der anspruchsberechtigten Person erforderlich sind.
- Gerade die Behinderung muss für die erbrachten Leistungen in einer Einrichtung kausal/konstitutiv gewesen sein.
- Die Anknüpfung an die Behinderung ist das konstitutive Merkmal für die Leistungskonzentration gerade des überörtlichen Sozialhilfeträgers (vgl. insoweit auch § 2a Abs. 1 Nr. 1a Ausführungsgesetz NRW zum SGB XII)

Abgrenzung GKV und EGH

Nun § 93 Abs. 3 SGB IX:

- Die Behandlung einer **akuten Krankheit** ist eine Leistung der Eingliederungshilfe, wenn sie auch nach Behandlung mit den herkömmlichen und derzeit üblichen Methoden mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer relevanten Teilhabebeeinträchtigung führen wird.
- Reicht eine Krankenbehandlung zur Heilung aus, ohne eine Teilhabebeeinträchtigung zurückzulassen, ist Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII zu gewähren.

Abgrenzung GKV und EGH

- Die Hilfe bei Krankheit setzt somit am Begriff der Krankheit an, die Eingliederungshilfe am Begriff der Behinderung/Teilhabebeeinträchtigung.
- Für die Hilfe bei Krankheit ist charakteristisch, dass durch eine medizinische Behandlung Aussicht auf Heilung besteht und zumindest der Versuch unternommen wird, einen Zustand in absehbarer Zeit positiv zu verändern.
- Demgegenüber erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe in der Regel nur solche Personen, bei denen vorbeugende Gesundheitshilfe und Hilfe bei Krankheit erforderlich ist, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung einzutreten droht.
 - BSG, Urt.v.28.10.2008, B 8 SO 23/07 R
 - LSG NRW, Urt.v.13.9.2018, L 9 SO 145/17; Urt.v.25.11.2020, L 9 SO 145/17

„wegen der Behinderung“

Beispiel: Erstattungsstreit örtl./überörtl. Träger

K (obdachlos, ohne Einkommen, keine KV) leidet an psychischen und Verhaltensstörungen, Leberzirrhose und chronischer Bauchspeicheldrüsenentzündung als Folge einer Alkoholsucht. Im Rahmen einer Notaufnahme wird er in stark alkoholisiertem Zustand (2,7 Promille) in einer Klinik behandelt. Die Ärzte diagnostizieren eine akute Alkoholintoxikation mit sekundärer chronischer Pankreatitis. Nach deutlicher Besserung unter Flüssigkeitszufuhr und Schmerzmedikation wird der Patient nach drei Tagen entlassen.

- K gehört zwar grundsätzlich wegen einer langjährigen Alkoholsucht und den übrigen Erkrankungen zum Kreis der seelisch wesentlich behinderten Menschen und ist damit für Leistungen der Eingliederungshilfe dem Grunde nach anspruchsberechtigt.
- Nach den ärztlichen Berichten dienten die medizinischen Maßnahmen hier jeweils der Behandlung von potentiell lebensbedrohlichen Akuterkrankungen und somit ausschließlich dazu, den Gesundheitszustand des Patienten soweit zu stabilisieren, dass er zügig aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte.
 - LSG NRW, Urt.v. 13.9.2019, L 9 SO 147/17; Urt. v. 25.11.2020, L 12 SO 9/18

EGH – Stationäre Unterbringung

BSG, Urt. v. 25.2.2015, B 3 KR 11/14 R₍₁₎

- **Fall:** Ein Versicherter der beklagten Krankenkasse lebt in der beigeladenen Einrichtung für Wohnungslose. Er leidet unter zahlreichen Erkrankungen und muss ständig behandelt werden. Er bezieht Arbeitslosengeld II und Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67ff SGB XII durch den klagenden Sozialhilfeträger. Pflegebedürftigkeit ist nicht festgestellt. Der behandelnde Arzt verordnete ihm während der gesamten Zeit des Aufenthalts in der Einrichtung häusliche Krankenpflege durch einen Pflegedienst zur Verabreichung verschiedener Medikamente und zur Blutdruckmessung. Dazu kamen zeitweise täglich Injektionen und Verbandswechsel am Fuß. Die beklagte Krankenkasse lehnt die Übernahme dieser Kosten ab: der Versicherte sei in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe untergebracht. Es bestehe kein Anspruch auf häusliche Pflege. Die entstandenen Kosten müssten aus Mitteln der Sozialhilfe getragen werden.

BSG, Urt. v. 25.2.2015, B 3 KR 11/14 R(2)

- Eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe kann ein sonstiger geeigneter Ort im Sinne des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V sein.
- Eine Einschränkung auf Einrichtungen, in denen wenigstens ein Mindestmaß an eigenem Haushalt geführt wird, ist gesetzlich nicht geboten.
- Grundsätzlich regeln §§ 13, 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII, 26 SGB XI, dass der Sozialhilfeträger Leistungen der Eingliederungshilfe in vollstationären Einrichtungen umfassend, d.h. durch Übernahme der Gesamtverantwortung für das tägliche Leben einschließlich Pflegeleistungen durch die Einrichtung erbringt.

BSG, Urt. v. 25.2.2015, B 3 KR 11/14 R(3)

- Allerdings ist Sozialhilfe nachrangig. Behandlungspflege ist nach § 37 Abs. 2 SGB V Aufgabe der Krankenversicherung, die vorrangig vor dem Sozialhilfeträger zur Leistung verpflichtet ist.
- Das bedeutet im Umkehrschluss, dass die Sozialhilfeträger nicht verpflichtet sind, durch entsprechende Verträge mit den Einrichtungen dafür zu sorgen, dass diese regelmäßig auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erbringen.
- Die Verpflichtung der Einrichtung zur Erbringung derselben reicht nicht weiter als sie aufgrund ihrer Ausrichtung, ihres Eingliederungszwecks und den Vereinbarung nach §§ 75 ff. SGB XII umschrieben sind. Solche Einrichtung müssen lediglich organisatorisch dafür sorgen, dass die Bewohner solche Leistungen von Dritten (Ärzten, Pflegediensten, Physiotherapeuten etc.) in Anspruch nehmen können.

BSG, Urt. v. 25.2.2015, B 3 KR 11/14 R(4)

- Weitergehende medizinische Behandlungspflege schuldet die Einrichtung nur, wenn sich dies aus ihren Verträgen, ihrer Leistungsbeschreibung, ihrem Aufgabenprofil unter Berücksichtigung der Bewohnerzielgruppe und ihrer sächlichen und personellen Ausstattung ergibt.
- Einrichtungen, zu deren Aufgabenbereich auch bestimmte medizinische Behandlungspflegemaßnahmen gehören, müssen diese allerdings auch erbringen (zB die Einrichtung erbringt Eingliederungshilfe für Epilepsie- Patienten).

BSG, Urt. v. 25.2.2015, B 3 KR 11/14 R(5)

- Eine Einrichtung, die ihrer Ausrichtung nach keine medizinische Behandlungspflege als Pflegeleistung nach dem SGB XI (über § 43a SGB XI) erbringen muss, muss das bereithalten, was im eigenen Haushalt von anderen Familienangehörigen verlangt werden könnte. Das sind **einfachste medizinische Maßnahmen**, die keine medizinischen Fachkunde erfordern wie zum Beispiel Blutdruck- und Blutzuckermessen, Medikamentengabe, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, An- und Ablegen einfach zu handhabender Stützverbände, Einreiben mit Salben, Verabreichung von Bädern u.ä.
- Ähnlich: BSG, Urt. v. 22.4.2015 B 3 KR 16/14 R

Heilmittel / Hilfsmittel

BSG, Urteil vom 19.5.2009, B 8 SO 32/07 R

- Hörgerät als Hilfsmittel kann Hilfsmittel der GKV, aber auch der EGH in Form der sozialen Rehabilitation sein.
- Batterien für Hörgeräte sind als sächliches Hilfsmittel mit geringem Abgabepreis von der Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung ausgeschlossen (§ 2 Nr. 11 der Verordnung).
- Sind Leistungen der Krankenkasse nach § 264 Abs. 2 SGB V nur vorrangig zu gewähren und sehen diese eine Versorgung mit Hörgerätebatterien nicht vor, steht der gegenüber § 264 Abs. 2 SGB V nachrangigen Eingliederungshilfe in Form der sozialen Rehabilitation durch Übernahme der Kosten für die Hörgerätebatterien nichts entgegen.

GKV - EGH

§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den **Erfolg** der Krankenbehandlung zu **sichern**, einer drohenden **Behinderung vorzubeugen** oder eine **Behinderung auszugleichen**, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind.

BSG, Urteil vom 28.8.2018, B 8 SO 5/17 R

Der Kläger (*1994) leidet an einer Tetraparese, Visus- und Sprachstörung (Grad der Behinderung 100, B, G, RF, aG und H). Für seinen Schulbesuch im Jahr 2009 an einem Förderzentrum für körperliche und motorische Entwicklung übernahm der Beklagte die Kosten einer Schulbegleitung. Den Antrag auf Kostenübernahme für eine Petö-Block-Therapie im Jahr 2009 lehnte die Beklagte ab. Klage und Berufung blieben ohne Erfolg. Eine Leistungspflicht im Rahmen der sozialen Rehabilitation komme nicht in Betracht, weil die vom Kläger durchgeführte Therapie hier nahezu ausschließlich der medizinischen Rehabilitation diene.

BSG, Urteil vom 28.8.2018, B 8 SO 5/17 R

Die Revision blieb ohne Erfolg:

- Die durchgeführte Petö-Therapie diene nach den nicht angegriffenen Feststellungen des LSG nicht der sozialen, sondern der medizinischen Rehabilitation. Entscheidend für die Abgrenzung der Leistungen zur sozialen Rehabilitation (Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung) von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sei der Leistungszweck.
- Maßgeblich ist, ob die Therapie **direkt an der Behandlung** der behinderungsbedingten Störung ansetzt oder **unmittelbar die sozialen Folgen** einer Behinderung beseitigen bzw. mildern soll. Lediglich mittelbar verfolgte Zwecke und Ziele bleiben außer Betracht.

BSG, Urteil vom 28.8.2018, B 8 SO 5/17 R

- Dies bedeutet nicht, dass eine Leistungserbringung, die an der Behandlung der behinderungsbedingten Störung ansetzt, nicht gleichzeitig mit dem Ziel durchgeführt werden kann, die sozialen Folgen einer Behinderung zu beseitigen bzw. zu mildern und umgekehrt.
- Eine Maßnahme kann ausgehend von einer am Einzelfall orientierten, individuellen Beurteilung vielmehr auch mehrere unterschiedliche Zwecke haben, sodass sich die Leistungszwecke des SGB V bzw. der medizinischen Rehabilitation und der sozialen Rehabilitation überschneiden und (bei Vorliegen der übrigen Anspruchsvoraussetzungen) die Leistungspflicht des Rehabilitationsträgers für eine soziale Rehabilitation begründen können, wenn die Leistung nicht als Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbracht wird.

BSG, Urteil vom 15.3.2018, B 3 KR 4/16 R (1)

R (*1960, KVdR) leidet an den Folgen eines im Jahre 1992 erlittenen Hirntumors (u.a. Gleichgewichtsstörungen, Epilepsie). Er bezieht Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (Pflegestufe III aF, GdB 100, H, B, G). Am 13.11.2013 beantragt er die Übernahme der Kosten für das Therapiedreirad „Easy Rider 2“ unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung vom 4.11.2013. Die beklagte KK teilt am selben Tag mit, sie werde weitere medizinische Informationen anfordern. Mit Schreiben vom 3. 1.2014 reicht der Kläger die ärztliche Verordnung erneut ein, worauf die Beklagte am 6.1.2014 den MDK mit der Begutachtung der Hilfsmittelversorgung beauftragt. Ergebnis laut Gutachten vom 16.1.2014: keine Leistungspflicht der GKV, ferner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens. Antrag, Klage und Berufung bleiben erfolglos. (Parallelentscheidung: B 3 KR 18/17 R, U-prothese mit Prothesenfuß)

BSG, Urteil vom 15.3.2018, B 3 KR 4/16 R (4)

Zur medizinischen Rehabilitation

- Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB V kann zwar auch die Versorgung mit sächlichen Hilfsmitteln der GKV nach § 33 SGB V gehören.
- Für eine systemgerechte Zuordnung des jeweiligen Hilfsmittels bedarf es einer Differenzierung nach dessen Funktionalität und Zwecksetzung, die im wesentlichen auf die Unterscheidung zwischen den Begriffen „Krankheit“ und „Behinderung“ zurückzuführen ist.

BSG, Urteil vom 15.3.2018, B 3 KR 4/16 R (5)

- Maßgeblich ist insoweit, ob das Hilfsmittel primär auf das Erkennen, Heilen, Verhüten oder Lindern von „Krankheit“ im Sinne von § 27 Abs. 1 Satz 1 zielt, oder in erster Linie darauf, eine „Behinderung“ oder „Pflegebedürftigkeit“ abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre „Folgen“ mildern.
- Die Abgrenzung wird erschwert durch die Parallelen beider Begriffe. Deshalb ist als maßgebliches Unterscheidungskriterium in erster Linie die auf der Funktionsabweichung berufene **Teilhabebeeinträchtigung** heranzuziehen, die sich aus der Wechselwirkung des Gesundheitsproblems mit inneren und äußeren Kontextfaktoren ergibt. Denn die Teilhabebeeinträchtigung gehört ausschließlich zur Charakteristik der Behinderung, nicht der Krankheit (vgl zur Wechselwirkung unter Beachtung der UN-BRK BSG, Urt.v.30.9.2015, B 3 KR 14/14 R -Fingerendgliedprothese).

BSG, Urteil vom 15.3.2018, B 3 KR 4/16 R (6)

Zur Falllösung:

- Hier kein Anhaltspunkt eines Anspruchs auf Versorgung aus dem Grund zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var 1).
- Es ist allerdings zu prüfen, ob das Therapiedreirad zum Behinderungsausgleich in dem von der GKV abzudeckenden Bereich der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var 3). Beim mittelbaren Behinderungsausgleich kommt es darauf an, ob ein allgemeines Grundbedürfnis des Gehens und Stehens, der Erschließung des Nahbereichs und einem möglichst selbstbestimmten Leben oder selbstständigen Leben befriedigt wird.

BSG, Urteil vom 15.3.2018, B 3 KR 4/16 R (7)

- Als ein solches allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens gilt in Bezug auf Bewegungsmöglichkeiten die Erschließung des Nahbereichs der Wohnung. Maßgebend anerkannt ist der Bewegungsradius, den ein nicht behinderter Mensch üblicherweise noch zu Fuß erreicht (Ausnahmen bei Jugendlichen).
- Hier fehlen hinreichende Feststellung des LSG, auf welche Art und Weise der Kläger überhaupt in der Lage ist, sich den Nahbereich seiner Wohnung zu erschließen. Bei der Prüfung ist unter Berücksichtigung des Wahlrechts den berechtigten Wünschen des Klägers zu entsprechen (§ 8 SGB IX)

BSG, Urteil vom 15.3.2018, B 3 KR 4/16 R (8)

2. Zum Anspruch nach dem Eingliederungshilferecht (§§ 53 ff. SGB XII)

- Die mangels Weiterleitung des Rehabilitationsantrages begründete Zuständigkeit der Beklagten erstreckt sich im Außenverhältnis zum Versicherten auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation rehabilitationsrechtlich vorgesehen sind.
- Die Abgrenzung zwischen Hilfsmitteln im Sinne der medizinischen und der sozialen Rehabilitation richtet sich entscheidend nach den Zwecken und Zielen, denen das Hilfsmittel dienen soll.
- Leistungen zur Eingliederung in die Gesellschaft haben die Aufgabe, dem behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft bzw. an der sozialen Teilhabe zu ermöglichen. Diese Hilfsmittel bezwecken die gesamte Alltagsbewältigung. Sie ermöglichen dem behinderten Menschen den Kontakt mit seiner Umwelt, nicht nur mit Familie und Nachbarschaft, sowie die Teilnahme am öffentlichen und kulturellen Leben.

BSG, Urteil vom 15.3.2018, B 3 KR 4/16 R (9)

- Für den Versorgungsanspruch nach § 33 SGB V ist nunmehr zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber inzwischen mit dem BTHG vom 23.12.2016 den Behinderungsbegriff in § 2 SGB IX ausdrücklich entsprechend dem Verständnis der UN-BRK neu gefasst und dabei dem **Wechselwirkungsansatz** noch mehr Gewicht beigemessen hat als nach dem bis dahin geltenden Recht. Danach kommt es nicht allein auf die wirklichen oder vermeintlichen gesundheitlichen Defizite an. Im Vordergrund stehen vielmehr das Ziel der Teilhabe (Partizipation) an den verschiedenen Lebensbereichensowie die Stärkung der Möglichkeiten einer individuellen und den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung unter Berücksichtigung des Sozialraumes (Gesetzentwurf der Bundesregierung, BT-Drucks 18/9522 S 3 unter A., S 191 unter 1.5) und der individuellen Bedarfe zu wohnen (Gesetzentwurf der Bundesregierung, BT-Drucks 18/9522 S 4 drittletzter Absatz).

BSG, Urteil vom 7.5.2020 – B 3 KR 7/19 R

Die 1993 geborene Klägerin (globale Entwicklungsverzögerung, GdB 100, G, H) beantragte bei der Krankenkasse die Versorgung mit einem ärztlich verordneten Spezialtherapierad (Therapiedreirad-Tandem mit Hilfsmotor). Mit der Begründung, das Dreirad diene dem Freizeitausgleich und zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung, wurde der Antrag abgelehnt.

BSG, Urteil vom 7.5.2020, B 3 KR 7/19 R

- Das Hilfsmittel diene nicht zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung, und es diene auch nicht der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung, da es nicht im Rahmen einer Krankenbehandlung, d. h. nicht spezifisch zur positiven kurativ-therapeutischen Einwirkung auf eine Krankheit, eingesetzt werde. Es diene auch nicht der Vorbeugung einer drohenden Behinderung, denn die krankheitsbedingten Funktionsabweichungen der Klägerin sowie ihre entsprechende Teilhabebeeinträchtigungen lägen seit Jahren vor, ohne dass qualitative und zeitnahe dauerhafte Veränderungen zu erwarten wären, deren Vorbeugung das Spezialrad im Schwerpunkt dienen soll.

BSG, Urteil vom 7.5.2020, B 3 KR 7/19 R

- Im Betracht komme, dass das Hilfsmittel den Ausgleich einer Behinderung bezwecke, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitige oder mindere und damit der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens und einem möglichst selbstbestimmten und selbstständigen Leben diene.
- Konsequenz aus dieser Entscheidung: Angesichts des Paradigmenwechsels durch das BTHG ist eine auf das Grundbedürfnis nach Mobilität gerichtete grundrechtsorientierte Auslegung vorzunehmen unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts. Zu prüfen ist danach, ob das Spezialrad zum Erschließen des Nahbereichs der Wohnung im Einzelfall erforderlich ist oder ob eine alternative Hilfsmittelversorgung besteht.

BSG, Urteil vom 7.5.2020, B 3 KR 7/19 R

- In Betracht zu ziehen ist auch ein Anspruch nach dem Eingliederungshilferecht als Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Hilfsmittel, die den Ausgleich einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bezwecken, vor allem solche, die dem behinderten Menschen den Kontakt mit seiner Umwelt sowie die Teilnahme am öffentlichen und kulturellen Leben ermöglichen, werden von diesem Anspruch umfasst.
- Hierfür sei die Krankenkasse als **erst angegangener Rehabilitationsträger** zuständig.

Fazit

- Ein Nebeneinander von Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Krankenversicherung ist durchaus möglich.
- Entscheidend ist, welches Ziel mit der konkreten Maßnahmen verfolgt wird. Das setzt eine individuelle, auf den jeweiligen Patienten abgestimmte Behandlungsmaßnahme mit nachvollziehbarer Zielsetzung voraus.
- Dient die Maßnahme der Behandlung der Erkrankung im beschriebenen Sinn mit dem Ziel einer Besserung bzw. Heilung, kommt ein Anspruch gegen ein Träger der Krankenversicherung im Betracht.
- Wird die konkrete Maßnahme wegen der Behinderung/Teilhabebeeinträchtigung durchgeführt, ist eher der Träger der Sozialhilfe verpflichtet.
- Normativ relevant: §§ 90, 91, 93 und 109 SGB IX. Diese verdeutlichen, dass es auf eine einzelfallabhängige Abgrenzung von Leistungen der GKV und der EGH ankommt.

Herzlichen Dank für Ihre Interesse!