

Sozialgesetzbuch IX: SGB IX

Kommentar

Bearbeitet von

Prof. Dr. Jürgen Winkler, und Jürgen Jabben, Begründet von Hermann Wilrodt, und Otfried Gotzen, ab der 2. Auflage von den Verfassern fortgeführter Kommentar zum Schwerbehindertengesetz, ab 10. Auflage zum SGB IX

13., neu bearbeitete Auflage 2018. Buch. XXVIII, 1063 S. In Leinen

ISBN 978 3 406 71889 2

Format (B x L): 16,0 x 24,0 cm

Gewicht: 1452 g

[Recht > Sozialrecht > SGB IX - Rehabilitation, Behindertenrecht](#)

[Zu Inhalts- und Sachverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

§ 46 Früherkennung und Frühförderung

(1) Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder nach § 42 Absatz 2 Nummer 2 umfassen auch

1. die medizinischen Leistungen der fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen sowie
2. nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen.

(2) ¹Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder umfassen weiterhin nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen oder nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum. ²Die Leistungen sind erforderlich, wenn sie eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt erkennen helfen oder die eingetretene Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen ausgleichen oder mildern.

(3) ¹Leistungen nach Absatz 1 werden in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 79 als Komplexleistung erbracht. ²Die Komplexleistung umfasst auch Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität. ³Maßnahmen zur Komplexleistung können gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und gegebenenfalls wechselnder Intensität ab Geburt bis zur Einschulung eines Kindes mit Behinderungen oder drohender Behinderung erfolgen.

(4) In den Landesrahmenvereinbarungen zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer wird Folgendes geregelt:

1. die Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen, nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und sozialpädiatrische Zentren zu Mindeststandards, Berufsgruppen, Personalausstattung, sachlicher und räumlicher Ausstattung,
2. die Dokumentation und Qualitätssicherung,
3. der Ort der Leistungserbringung sowie
4. die Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte für die als Komplexleistung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen nach der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung.

(5) ¹Die Rehabilitationsträger schließen Vereinbarungen über die pauschalierte Aufteilung der nach Absatz 4 Nummer 4 vereinbarten Entgelte für Komplexleistungen auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder. ²Regionale Gegebenheiten werden berücksichtigt. ³Der Anteil der Entgelte, der auf die für die Leistungen nach § 6 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung jeweils zuständigen Träger entfällt, darf für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen oder in nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum 65 Prozent und in sozialpädiatrischen Zentren 20 Prozent nicht überschreiten. ⁴Landesrecht kann andere als pauschale Abrechnungen vorsehen.

(6) Kommen Landesrahmenvereinbarungen nach Absatz 4 bis zum 31. Juli 2019 nicht zustande, sollen die Landesregierungen Regelungen durch Rechtsverordnung entsprechend Absatz 4 Nummer 1 bis 3 treffen.

Übersicht

	Rn.
A. Allgemeines	1
B. Begrifflichkeiten	4
C. Leistungsumfang	7
D. Leistungsabgrenzung	11
E. Komplexleistungen	14
F. Landesrahmenvereinbarungen	17
G. Kostenteilung	18

A. Allgemeines

- 1 Die Abs. 1 u. 2 des § 46 sind weitgehend identisch mit § 30 Abs. 1, 2 SGB IX 2001. Der Abs. 3 ist neugefasst und erklärt den Begriff der **Komplexleistung** besser als bisher. Die Abs. 4–6 sind neu eingefügt worden. Darüber hinaus ist die Frühförderungsverordnung geändert worden (Art. 23 des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, BGBl. 2016 I S. 3234, 3337). Die Vorschrift ergänzt und präzisiert die in § 42 Abs. 2 Nr. 2 vorgesehenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die an behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder gewährt werden. Die Begriffe „Früherkennung“ und „Frühförderung“ werden aber nicht weitergehend erläutert oder definiert. Weiterhin werden in § 46 Impulse aus Art. 26 Abs. 1 UN-BRK aufgenommen, indem Leistungen und Programme zur Rehabilitation im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen sollen (BT-Drs. 18/9522, 250).
- 2 Ziel des Gesetzgebers war es dabei, die Heterogenität des Leistungsgeschehens zu minimieren und in allen Bundesländern die Voraussetzungen für eine interdisziplinäre Leistungserbringung zu schaffen. Inhaltlich soll durch die Regelung ermöglicht werden, dass aufeinander abgestimmte Leistungen von einem oder mehreren Leistungsträgern auch unterschiedlicher Fachdisziplinen aus einer Hand unbürokratisch und schnell zur Verfügung gestellt werden.
- 3 Der Leistungskatalog der medizinischen Rehabilitation des § 42 enthält im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung von Kindern auch nichtärztliche **sozialpädiatrische Leistungen** nach Abs. 1 Nr. 2. Entsprechende Leistungen sind auch in § 43a SGB V vorgesehen. Soweit die Leistungen des § 46 über die Leistungen des § 43a SGB V hinausgehen, ist durch die Anfügung des Hs. 2 in § 43a Abs. 1 SGB V kenntlich gemacht worden, dass der Gesetzesvorbehalt des § 7 nicht eingreift (Becker/Kingreen/Welti SGB V § 43a Rn. 6; aA KassKomm/Zieglmeier SGB V § 43a Rn. 19).

B. Begrifflichkeiten

- 4 Die Begriffe der **Frühförderung** und **Früherkennung** werden in der Vorschrift nicht definiert, sondern vorausgesetzt, indem in Abs. 1 dargelegt wird, welche Leistungen sie umfassen.
- 4a Die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern wird in § 26 Abs. 1 S. 1 SGB V geregelt. Ziel der Untersuchungen hierbei ist die Erkennung von Krankheiten, die die körperliche und geistige Entwicklung von Kindern in nicht geringfügigem Maße gefährden (Knittel § 30 Rn. 16). Bei solchen Erkrankungen ist dann der Übergang zu einer

drohenden Behinderung oft fließend, so dass hier dieselben Maßstäbe für die Früherkennung iSd § 46 angesetzt werden können.

Die Frühförderung ist ein offenes System von Hilfeangeboten, dessen Aufgaben in der **4b** Früherkennung, der Beratung und Begleitung von Eltern, der Frühdiagnostik und der frühen Förderung von in ihrer Entwicklung gefährdeten Kindern umfasst (LSW/Lachwitz § 30 Rn. 13; Knittel § 30 Rn. 38).

Die **sozialpädiatrischen Zentren** werden in § 119 SGB V und auch in § 4 Frühförderungsverordnung beschrieben. Sie sind auf die frühzeitige Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Kindern ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten Ärzten oder **interdisziplinären Frühförderstellen** behandelt werden können. Die Besonderheit der sozialpädiatrischen Zentren liegt darin, dass diese unter ständiger Leitung stehen und eine ganzheitliche Behandlung mit einem Bündel an Maßnahmen angeboten werden kann (KassKomm/Hess SGB V § 119 Rn. 1). Sie unterscheiden sich von einer Frühförderstelle durch ein differenziertes, hochspezialisiertes und bezogen auf den Versorgungsauftrag, umfassendes Leistungsspektrum (KassKomm/Hess SGB V § 119 Rn. 2). Nach § 119 Abs. 1 S. 1 SGB V können sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, vom Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. (Zum Umfang der Leistungsverpflichtung der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Verhältnis zu den Trägern der Jugendhilfe und der Sozialhilfe LSG RhPf 19.9.2006 – L 1 KR 65/04, Breithaupt 2007, 749 ff. = BeckRS 2006, 44687)

Interdisziplinäre Frühförderstellen sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern (§ 4 Frühförderungsverordnung).

DIE FACHBUCHHANDLUNG

C. Leistungsumfang

Mit der Vorschrift ist eine Rechtsgrundlage für nichtärztliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorhanden. Auch für die sozialpädiatrische Versorgung von Kindern als Komplexleistung besteht damit eine Rechtsgrundlage (Mrozynski SGb 2001, 277ff. (285)). Nach dem Wortlaut der Vorschrift gehören neben den Leistungen aus § 42 Abs. 2 auch die Leistungen § 46 Abs. 1 zur medizinischen Rehabilitation. Darüber hinaus wird man aufgrund der Kennzeichnung der Leistung als „medizinische Rehabilitation“ auch die Leistungen des § 42 Abs. 3 mit einbeziehen müssen (LSW/Lachwitz § 30 Rn. 18).

Nach Abs. 1 Nr. 1 werden ausdrücklich die fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen in die Leistungsgewährung einbezogen. Darunter sind insbes. sog. sozialpädiatrische Zentren (zur Förderung behinderter Kinder in sozialpädiatrischen Zentren BSG 31.3.1998 – B 1 KR 12/96 R, ZfS 1998, 178 = BeckRS 1998, 30011086), aber auch ambulante und mobile Frühförderstellen, dagegen nicht integrative Tagesstätten, zu verstehen. Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen dieser Dienste und Einrichtungen gehören zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn sie zur Diagnostik oder zur Aufstellung eines Behandlungsplans erforderlich sind; das ergibt sich aus Abs. 1 Nr. 2 in Übereinstimmung mit der in § 43a SGB V getroffenen Regelung.

- 8 Der Wortlaut des Abs. 1 Nr. 2 ist in großen Teilen mit dem Wortlaut des § 43a SGB V identisch. Hieraus kann abgeleitet werden, dass der Gesetzgeber den Leistungsbereich der Früherkennung und Frühförderung weitestgehend in der Verantwortung der gesetzlichen Krankenkassen sieht (LSW/Lachwitz § 30 Rn. 25). Dieses wird durch die Ausnahmeregelungen in den Leistungsgesetzen anderer Rehabilitationsträger ergänzt.
- 9 Die Frührehabilitation behinderter Kinder soll dabei aus einem interdisziplinär abgestimmten System ärztlicher, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädiatrischer Leistungen bestehen unter Einschluss ambulanter und mobiler Beratung. Unter sozialpädiatrischen Leistungen sind allg. die Maßnahmen der Kinderheilkunde unter besondere Betonung der sozialen Bezüge in fachübergreifender Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen, Sozial- und Heilpädagogen, Logopäden und Krankengymnasten entspr. ihrer Berufsbilder zu sehen (KassKomm/Ziegelmeyer SGB V § 43a Rn. 5). Es handelt sich um ein ganzheitliches Vorgehen in Diagnose und Therapie mit einem individuellen Behandlungsplan. Die sozialpädiatrischen Leistungen stellen Dienstleistungen dar, die der Heilmittel erbringung ähnlich sind. Sie unterscheiden sich allerdings insoweit von einem Heilmittel, als die nichtärztlichen Therapeuten Leistungen unter ärztlicher Verantwortung erbringen (KassKomm/Ziegelmeyer SGB V § 43a Rn. 10). Das individuelle Förderkonzept soll gemeinsam mit den Erziehungsberechtigten (Abs. 1 Nr. 2) fachübergreifend entwickelt und fortgeschrieben werden. Die Frühförderung als Rehabilitationsleistungs-komplex für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder beginnt mit der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ab der Geburt bis zur Einschulung des Kindes (Abs. 3 S. 3).
- 10 Abs. 2 der Vorschrift erweitert den Leistungsumfang nach Abs. 1 noch um weitere Leistungen interdisziplinärer Frühförderstellen sowie weitere nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit einem vergleichbaren interdisziplinären Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum. Die Änderung gegenüber dem bisherigen Recht greift die bestehende Praxis auf und verankert sie gesetzlich. Die Leistungen nach Abs. 2 unterscheiden sich von denen des Abs. 1, dass sie nicht unter ärztlicher Verantwortung erfolgen. Außerdem werden in Abs. 2 „gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen“ gefordert. Hierdurch wird deutlich, dass der erforderliche zeitliche Rahmen der Maßnahmen erheblich größer ist als in Abs. 1. Die Förder- und Behandlungsmaßnahmen werden regelhaft dann einsetzen, wenn ein individueller Behandlungsplan vorliegt (LSW/Lachwitz § 30 Rn. 95).

D. Leistungsabgrenzung

- 11 Für die Leistungsbereiche der gesetzlichen Renten- und der gesetzlichen Unfallversicherung ist § 46 ausgenommen. So sind nach § 15 Abs. 1 S. 1 SGB VI die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung nach § 42 Abs. 2 Nr. 2 und § 46 ausdrücklich von den im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung zu erbringenden medizinischen Rehabilitationsleistungen ausgenommen. Das Gleiche gilt nach § 27 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII. Nach dieser Vorschrift besteht eine Leistungspflicht der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nur für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 42 Abs. 2 Nr. 1, 3–7 und Abs. 3, mithin nicht für Leistungen nach § 42 Abs. 2 Nr. 2.
- 12 Ungeachtet des Leistungsausschlusses in § 15 Abs. 1 S. 1 SGB VI werden im Sozialleistungsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung als sonstige Leistungen zur Teilhabe gem. § 15a SGB VI Leistungen zur Kinderrehabilitation erbracht. Es handelt sich dabei um eine spezielle Regelung, die nach § 7 den allgemeinen Regelungen des SGB IX vorgeht. Die Leistungen zur Kinderrehabilitation wurden durch das G zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) v. 8.12.2016 (BGBl. I

S. 2838–2847) als Pflichtleistung ausgestaltet (zuvor § 31 Abs. 1 S. 2 SGB VI Ermessensleistung).

Bei der Abgrenzung der Leistungsbereiche der Jugend- und der Eingliederungshilfe ist **13** keine Ausnahme bezogen auf § 42 Abs. 2 Nr. 2 vorhanden, beide sind für den gesamten Bereich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig. Die Zuständigkeiten untereinander ergeben sich aus dem Vorrang-/Nachrangverhältnis der Leistungen. Nach § 10 Abs. 4 SGB VIII haben die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe Vorrang vor denen der Eingliederungshilfe; § 35a Abs. 3 SGB VIII verweist dann inhaltlich auf die Regelungen der Eingliederungshilfe (§§ 53, 54, 56, 57 SGB XII). Nach § 10 Abs. 1 SGB VIII sind die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe nachrangig gegenüber Leistungen der Krankenversicherung.

E. Komplexleistungen

Da der Begriff der Komplexleistung Frühförderung weder in § 30 SGB IX 2001 noch **14** in der hierzu ergangenen Frühförderungsverordnung (Frühförderungsverordnung) v. 24.6.2003 (BGBl. I S. 998) definiert wird, wurde durch das Gemeinsame Rundschreiben des BMAS und des BMG zum Thema Frühförderung v. 24.6.2009 präzisiert, dass immer dann eine Komplexleistung Frühförderung vorliegt, „wenn für einen prognostisch festgelegten Zeitraum (in der Regel ein Jahr) sowohl medizinisch-therapeutische als auch heilpädagogische Leistungen notwendig sind und durch eine Interdisziplinäre Frühförderstelle oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum erbracht werden, um ein übergreifend formuliertes Therapie- und Förderziel (Teilhabeziel) zu erreichen“. Diese Verdeutlichung wurde zwar allg. begrüßt, aber es war weiterhin erforderlich, den Charakter der Komplexleistung Frühförderung, die sich nicht in der Addition der Leistungspflichten erschöpft, gesetzlich festzuschreiben (BT-Drs. 18/9522, 251). Dieses wurde durch die Verschiebung des Abs. 1 S. 2 aus § 30 SGB IX 2001 in Abs. 3 S. 1 des § 46 vorgenommen. Die Leistungen nach § 46 werden mit den heilpädagogischen Leistungen nach § 79 als Komplexleistungen erbracht.

Nach Abs. 3 S. 2 gehören zu den Komplexleistungen auch Leistungen zur Sicherung **15** der Interdisziplinarität. Da wegen der Interdisziplinarität Schwierigkeiten in der Abgrenzung bestanden, welche konkreten Inhalte der Komplexleistung in welchem Umfang in die Verantwortung welches Leistungssystems fallen, wurde die Frühförderungsverordnung um § 6a ergänzt (Art. 23 des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, BGBl. 2016 I S. 3234, 3337). Hierin werden in nicht abschließender Form weitere Leistungen der „Komplexleistung“ rechtsverbindlich festgeschrieben und festgelegt, dass der hiermit verbundene notwendige Aufwand bei der Vereinbarung von Vergütungssätzen angemessen zu berücksichtigen ist (BT-Drs. 18/9522, 361). Die niedrigschwlligen Beratungsangebote (§ 6a S. 1 Nr. 2 Frühförderungsverordnung) sollen Eltern in Anspruch nehmen können, die bei ihrem Kind ein Entwicklungsrisiko vermuten. Dieses Beratungsangebot kann vor der Eingangsdagnostik in Anspruch genommen werden, um unnötige diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu vermeiden.

Die Komplexleistung Frühförderung beinhaltet als interdisziplinäre Leistung auch den **16** Austausch der beteiligten Fachrichtungen in Form von Teambesprechungen, die Dokumentation von Daten und Befunden, die Abstimmung und den Austausch mit anderen, das Kind betreuende Institutionen und ggf. Fortbildung und Supervision. Die Komplexleistung ist grds. auch in Form mobil aufsuchender Hilfen möglich (Nr. 4).

F. Landesrahmenvereinbarungen

- 17 Die konkrete Ausgestaltung der Leistung zur Früherkennung und Frühförderung in den fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen wurde weitestgehend auf die Länder übertragen. Damit dennoch sichergestellt ist, dass einheitliche Mindeststandards zu Strukturen und Prozessen bei der Leistungserbringung bestimmt werden können, wurde die Regelung des Abs. 4 geschaffen. Hiernach sollen Landesrahmenvereinbarungen geschaffen werden, die die jeweiligen Mindeststandards ebenso wie die Art der Dokumentation und Qualitätssicherung sowie die Vereinbarung und Abrechnung von Entgelten festlegen. Mittlerweile liegen in nahezu allen Bundesländern Landesrahmenvereinbarungen vor. Kommen Landesrahmenvereinbarungen bis zum 31.7.2019 nicht zustande, soll die jeweilige Landesregierung Regelungen durch Rechtsverordnung erlassen (Abs. 6).

G. Kostenteilung

- 18 Bislang war eine Regelung zur Teilung der Kosten der Komplexleistung nicht im Gesetz, sondern nur in § 9 der Frühförderungsverordnung enthalten. Nach § 9 Abs. 3 Frühförderungsverordnung durfte der Anteil der Entgelte für Komplexleistungen in interdisziplinären Frühförderstellen 80 % und in sozialpädiatrischen Zentren 20 % nicht übersteigen. Der festgelegte Anteil von 80 % entsprach nicht den Erfahrungswerten aus der Praxis. Daher erfolgt in Abs. 5 eine Änderung der Quotierung bei der Vereinbarung der Kostenpauschale auf der Grundlage einer vom BMAS in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Studie. Hiernach ist der Kostenanteil des für die heilpädagogischen Leistungen zuständigen Trägers mit bis zu 65 % für die in interdisziplinären Frühförderstellen oder in nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum erbrachten Komplexleistungen praxisnah beschrieben (BT-Drs. 18/9522, 251).

§ 47 Hilfsmittel

(1) Hilfsmittel (Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel) nach § 42 Absatz 2 Nummer 6 umfassen die Hilfen, die von den Leistungsberechtigten getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind, um

1. einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
2. den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder
3. eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.

(2) ¹Der Anspruch auf Hilfsmittel umfasst auch die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. ²Der Rehabilitationsträger soll

1. vor einer Ersatzbeschaffung prüfen, ob eine Änderung oder Instandsetzung von bisher benutzten Hilfsmitteln wirtschaftlicher und gleich wirksam ist und
2. die Bewilligung der Hilfsmittel davon abhängig machen, dass die Leistungsberechtigten sich die Hilfsmittel anpassen oder sich in ihrem Gebrauch ausbilden lassen.

(3) Wählen Leistungsberechtigte ein geeignetes Hilfsmittel in einer aufwendigeren Ausführung als notwendig, tragen sie die Mehrkosten selbst.

(4) ¹Hilfsmittel können auch leihweise überlassen werden. ²In diesem Fall gelten die Absätze 2 und 3 entsprechend.

Übersicht

	Rn.
A. Allgemeines	1
B. Ziele	4
C. Hilfsmittel	7
1. Begriffsbestimmung	7
2. Erforderlichkeit	9
3. Leistungsumfang	14
4. Leistungsausschluss	16

A. Allgemeines

Die Regelung entspricht dem § 31 SGB IX 2001, Änderungen sind rein redaktionell. ¹ Die Vorschrift stellt im Wesentlichen eine Übernahme, aber auch Erweiterung des § 33 SGB V dar und fasst die in den jeweiligen Leistungsbereichen geltenden Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen mit Hilfsmitteln zusammen (vgl. § 33 SGB V, § 31 SGB VII, § 13 BVG).

Die Vorschrift ergänzt und präzisiert § 42 Abs. 2 Nr. 6. Durch Abs. 3 wird das ² Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Behinderungen (§ 8) von vornherein begrenzt, indem bestimmt wird, dass etwa anfallende Mehrkosten bei der Hilfsmittelbeschaffung von dem Leistungsempfänger selbst zu tragen sind.

In Abs. 1 wird der Hilfsmittelbegriff und damit der Umfang der **Hilfsmittelversorgung** ³ für alle Rehabilitationsträger im Rahmen medizinischer Rehabilitation einheitlich definiert (BSG 19.4.2007 – B 3 KR 9/06, NZS 2008, 209; 25.2.2015 – B 3 KR 13/13 R, BeckRS 2015, 69880; Nellissen RP Reha 2/2016, 34). Die gesetzliche Definition des Begriffes **Hilfsmittel** stimmt inhaltlich mit § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V (BSG 26.3.2003 – B 3 KR 23/02 R, SozR 4–2500 § 33 Nr. 3 = BeckRS 2003, 41247) direkt und mit § 13 Abs. 1 BVG sowie mit § 31 Abs. 1 S. 2 SGB VII im Wesentlichen überein.

Während in § 47 der Begriff des Hilfsmittels mit dem Klammerzusatz „Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel“ versehen ist, haben nach § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V die Versicherten Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind. Die zusätzlich aufgeführten Hörhilfen, können in § 47 Abs. 1 unter „andere Hilfsmittel“ in der Aufzählung subsumiert werden. Nach dem Hilfsmittelbegriff der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 31 Abs. 1 S. 1 SGB VII) sind Hilfsmittel alle ärztlich verordneten Sachen, die den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder die Folgen von Gesundheitsschäden mildern oder ausgleichen. Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel werden nach dem S. 2 der Vorschrift nur beispielhaft und damit nicht abschließend aufgeführt. Pflegehilfsmittel werden in § 40 Abs. 1 S. 1 SGB XI nicht inhaltlich, sondern über die Zielrichtung definiert.

B. Ziele

Die Ziele, die mit der Hilfsmittelversorgung verfolgt werden, sind in Abs. 1 Nr. 1–3 ⁴ abschließend beschrieben. Aufgrund der verschiedenen Zielrichtungen hat aber Nr. 3 (bei Behinderung, die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens auszugleichen) die höchste Praxisrelevanz, während ein Hilfsmittel zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung

eher selten vorkommt. (Zur Abgrenzung zu Hilfsmitteln der sozialen Rehabilitation: LSG LSA 27.5.2015 – L 6 KR 55/15 B ER, BeckRS 2015, 69371). Zu den allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens gehören Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden, die elementare Körperpflege, das selbständige Wohnen sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums (BSG 30.9.2015 – B 3 KR 14/14 R, BeckRS 2016, 65213). Ein allgemeiner Gebrauchsgegenstand liegt vor, wenn dieser unabhängig von einer Krankheit oder einer Behinderung benötigt wird (CFHR/Fuchs § 31 Rn. 12).

- 5 Das Grundbedürfnis des Erschließen eines gewissen körperlichen Freiraums wird von der Rspr. im Sinne eines Basisausgleiches der Behinderung und nicht im Sinne eines vollständigen Gleichziehens mit den unbeschränkten Möglichkeiten eines gesunden Menschen verstanden (BSG 26.3.2003 – B 3 KR 23/02 R, SozR 4–2500 § 33 Nr. 3 = BeckRS 2003, 41247). Hieraus wurde abgeleitet, dass grds. nur die Bewegungsmöglichkeit innerhalb der eigenen Wohnung und für den umliegenden Nahbereich zu gewährleisten ist (BSG 25.2.2015 – B 3 KR 13/13 R, BeckRS 2015, 69880 zu einem Autoschwenksitz für Rollstühle). Für die Bestimmung des Nahbereiches der Wohnung gilt nach stRspr des BSG ein abstrakter, von den Gegebenheiten des jeweiligen Wohnorts unabhängiger Maßstab (BSG 18.5.2011 – B 3 KR 7/10 R, NZS 2012, 141; 25.2.2015 – B 3 KR 13/13 R, BeckRS 2015, 69880). Dieses leitet sich aus den Zielen der Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation her, für die die Wohnsituation des Menschen mit Behinderungen nicht im Fokus steht. Zum geistigen Freiraum wird die Aufnahme von Informationen, die Kommunikation mit anderen Menschen sowie das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens bzw. Schulwissens gezählt (BSG 24.5.2006 – B 3 KR 12/05, NZS 2007, 201; 29.4.2010 – B 3 KR 5/09 R, BeckRS 2010, 71882).
- 6 Der in Nr. 3 beschriebene Behinderungsausgleich hat dabei nicht nur den Ausgleich körperlicher Funktionen zum Ziel, sondern auch den Ausgleich von Funktionen mit weitgehender Beteiligung seelischer und geistiger Schichten (Knittel § 31 Rn. 9; BSG 26.10.1982 – 3 RK 16/81, SozR 2200 § 182b Nr. 25 = BeckRS 1982, 30709338). Hierbei ist zwischen einem mittelbaren und einem unmittelbaren Behinderungsausgleich zu unterscheiden. Bei dem unmittelbaren Behinderungsausgleich dient das Hilfsmittel unmittelbar dem Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion selbst (BSG 24.1.2013 – B 3 KR 5/12 R, BeckRS 2013, 70363). Demgegenüber hat das Hilfsmittel bei dem mittelbaren Behinderungsausgleich die Aufgabe, die Folgen der Funktionsbeeinträchtigung auszugleichen und damit das Leben mit der Beeinträchtigung zu erleichtern (BSG 25.2.2015 – B 3 KR 13/13 R, BeckRS 2015, 69880; 29.4.2010 – B 3 KR 5/09 R, BeckRS 2010, 71882). Hierbei sind jeweils die Besonderheiten des Einzelfalles entscheidend mit zu berücksichtigen (LSW/Stähler § 31 Rn. 10).

C. Hilfsmittel

1. Begriffsbestimmung

- 7 Körperersatzstücke sollen unmittelbar einen Körperteil bzw. die verloren gegangenen Körperfunktionen ersetzen (BSG 27.10.1982 – 9a RV 16/82, BSGE 54, 140 ff. (141)).
- 7a Orthopädische Hilfsmittel gleichen auf sonstige Weise, uU auch nur teilweise, den Ausfall oder die erhebliche Störung einer Funktion in dem der Orthopädie zugeordneten Stütz- und Bewegungsapparat aus (BSG 27.10.1982 – 9a RV 16/82, BSGE 54, 140 ff. (141); LSG Thür 23.8.2016 – L 6 KR 1037/13, BeckRS 2016, 74117).
- 7b Andere Hilfsmittel sind Gegenstände, die die gleiche Aufgabe wegen der Beeinträchtigung einer anderen Körperfunktion, insbes. eines Sinnesorgans, haben (BSG