

Hilfsmittelversorgung im Sport für

Menschen mit Behinderung (MmB) und chronischer Erkrankung:

Medizinische Stellungnahme für Betroffene und ihre Angehörigen

Ausgangslage

Vor dem Hintergrund der besorgniserregenden Situation, dass 55% der Menschen mit Behinderung in Deutschland keinen Sport treiben, muss alles dafür getan werden, Menschen mit Behinderung den Zugang zum Sport zu erleichtern. Neben wohnortortnahen Sportangeboten und barrierefreien Sportstätten gehört hierzu insbesondere auch der möglichst unbürokratische Zugang zur Hilfsmittelversorgung im Sport. Sport kann für Menschen mit Behinderung häufig nicht mit den Alltags-Hilfsmitteln durchgeführt werden. Beispielsweise sind im Breiten- und Rehabilitationssport mitunter spezielle Sportschuhe, die auf die orthopädischen Bedürfnisse der Teilnehmenden ausgerichtet sind, erforderlich. Die Technik der Alltagsprothesen hat sich in den letzten Jahren enorm weiterentwickelt, Laufen ist jedoch nur mit Sportprothesen möglich. Diese funktionieren rein mechanisch, sind dadurch viel leichter und einfacher aufgebaut als Alltagsprothesen. Auch Sportrollstühle unterscheiden sich in Aufbau und Funktion von den Alltagsrollstühlen. So sind beispielsweise die Räder der Rollstühle für Basketball oder Tennis schräg gestellt, um sie schnell, stabil und wendig zu gestalten. Bei den Handbikes sind sie aerodynamisch gestaltet, wohingegen beim Rugby und Hockey spezielle Teile angebracht sind, um den/die Spieler*in besser zu schützen. Für diverse weitere Sportarten wie Para-Ski Alpin, Para-Ski Nordisch, Paradressur sind je nach Art der Behinderung spezielle Hilfsmittel erforderlich.

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG, §1 SGB IX) steht für mehr Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung und dafür, ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dazu gehört laut Artikel 30 der UN-Behindertenrechtskonvention auch die Förderung des Freizeit- und Vereinssports für Menschen mit Behinderung. Die gesetzliche Grundlage sieht hingegen vor, den individuellen Anspruch auf Grundlage der Regelungen des Sozialgesetzbuches (Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit) zu prüfen. Eine individuelle Prüfung, im Sinne der*des Betroffenen entfällt, trotz gesetzlicher Verpflichtung viel zu häufig bzw. wird vom Medizinischen Dienst in Frage gestellt. Laut Krankenkassen gehöre das Sporttreiben als Vereins- oder Freizeitsport nicht zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens. Breiten- und Leistungssport sei, im Gegensatz zum Rehabilitationssport ein spezielles Mobilitätsbedürfnis, für das Krankenkassen nicht zuständig seien.



Positive Auswirkungen von Sport und Bewegung

Bewegung ist unerlässlich für einen gesunden Lebensstil, das ist bereits lange bekannt. In den aktuellen Aktivitätsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation sind Menschen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung nicht ausgenommen, mindestens 150 bis 300 Minuten wöchentlich körperlich aktiv zu sein.

- Der Nutzen von Bewegung wurde in zahlreichen Studien für verschiedenste Zielgruppen belegt: Männer und Frauen, Kinder, Jugendliche, ältere Erwachsene, Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderung sowie Frauen während der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Entbindung.
- Es zeigt sich eine Reduktion der Gesamtmortalität, kardiovaskulärer Erkrankungen, verschiedener Tumorarten, Typ-2-Diabetes, Adipositas, Fettstoffwechselstörungen, Osteoporose, neurodegenerativer Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Demenz sowie Depressionen und Angstzuständen.
- Körperliche Aktivität steigert darüber hinaus die kardiorespiratorische und muskuläre Fitness sowie die funktionelle Kapazität bzw. Fähigkeit zur Ausübung von Aktivitäten, die für das tägliche Leben notwendig sind und kann, sofern sie adäquat gesteuert ist, die Sturzgefahr bzw. das damit verbundene Verletzungsrisiko reduzieren.

Spezifische Auswirkungen von Sport und Bewegung bei Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderung sind nicht per se krank. Sie benötigen für die Sportausübung lediglich mitunter spezielle Hilfsmittel als Nachteilsausgleich. Die Folgen von Bewegungsmangel sind für diese Personengruppe aber mindestens genauso fatal, wie für Menschen ohne Behinderung, da sie immer noch durch fehlende Barrierefreiheit und logistische Probleme in der ihnen zustehenden Teilhabe eingeschränkt werden. Im Falle einer nicht entsprechend angepassten Versorgung drohen den Sporttreibenden gesundheitliche Folgen durch Fehlbelastung, Druckgeschwüre und weitere gesundheitliche Probleme. Der Parasport wird in der Öffentlichkeit bestaunt und bewundert. Die Hürden, die die Athletinnen und Athleten dafür zusätzlich überwinden müssen, werden dabei meist nicht erwähnt.

Wie oben beschrieben ist regelmäßige Bewegung auch für chronisch Kranke nicht nur sinnvoll, sondern Teil der Therapie, da hierdurch die Prognose der Erkrankung verbessert und Folgekosten gesenkt werden! Hieraus lässt sich ableiten, dass auch aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten eine adäquate Hilfsmittelversorgung sinnvoll und notwendig ist. Auch hier ist festzuhalten, dass die geforderte körperliche Aktivität nur unter der Voraussetzung erfolgen kann, dass eine entsprechende Versorgung gewährleistet wird. Es kann nicht sein, dass z.B. Rehasport Schwimmen ärztlich verordnet wird, den Teilnehmenden aber erklärt wird, die dafür notwendige Schwimmprothese sei nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten.

Der Weg zum Hilfsmittel für den Sport über die gesetzlichen Krankenkassen

1. Das Rezept/Die Verordnung

Voraussetzung für die Finanzierung eines Hilfsmittels, auch für den Sport, ist eine ärztliche Verordnung. Darin beschreibt der*die Ärzt*in möglichst genau die Diagnose und das benötigte Hilfsmittel. Vor der Verordnung empfiehlt es sich, z.B. mit einem Sanitätshaus bzw. Orthopädischen Schumacher Kontakt aufzunehmen, welches Hilfsmittel in Betracht kommt.

2. Der Antrag

Der Antrag für das Hilfsmittel muss beim zuständigen Leistungsträger eingereicht werden, damit die Kosten übernommen werden. In der Regel übernimmt das der Leistungserbringer (Sanitätshaus, Orthopädietechniker). Der Antrag besteht meist aus:

- Der ärztlichen Verordnung
- Dem Kostenvoranschlag des Leistungserbringers
- Bei Bedarf einer (medizinischen) Begründung der Versorgung

3. Die Fristen und der Bescheid

Die gesetzlichen Krankenkassen haben als ein Rehabilitationsträger nach Eingang des Antrages zwei Wochen Zeit, um festzustellen, ob Sie für die Leistung zuständig sind, oder ob der Antrag an einen anderen leistenden Rehabilitationsträger (z.B. die Eingliederungshilfe) weitergeleitet wird. Wird die Zuständigkeit innerhalb der Frist nicht geklärt, bleibt die Krankenkasse zuständig und muss über den Antrag unter Einbeziehung aller in Betracht kommenden rechtlichen Grundlagen entscheiden. Bei höherwertigen Hilfsmitteln wird meist der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MdK) eingeschaltet. Dieser fordert häufig eine medizinische Begründung bei dem/der verordnenden Ärzt*in an.

Wird der Antrag bewilligt, kann das Hilfsmittel angepasst werden.

4. Der Widerspruch

Wird der Antrag abgelehnt erhalten Sie ein Ablehnungsschreiben und können innerhalb der auf dem Schreiben vermerkten Frist Widerspruch einlegen.

- Schriftlich oder zur Niederschrift, innerhalb eines Monats.
- Die (medizinische) Begründung des Widerspruchs können Sie nachreichen oder direkt mitsenden.
- Für die Begründung am besten Unterstützung bei ihrem*er Ärzt*in, Therapeut*in oder Sanitätshaus einholen.

Nun muss die Krankenkasse den Antrag erneut prüfen.

5. Das Klageverfahren

Lehnt die Krankenkasse den Widerspruch ab, können Sie innerhalb einer Frist von einem Monat beim zuständigen Sozialgericht Klage einreichen.

- Im Widerspruchsbescheid der Krankenkasse ist eine Rechtsbefehtsbelehrung enthalten. Dort ist genau beschrieben, wie und wo Sie gegen den Bescheid klagen können.
- Das Sozialgerichtsverfahren ist kostenfrei. Die Begleitung durch einen Anwalt ist nicht vorgeschrieben, es gibt im Bereich Hilfsmittel nur wenige gesetzliche Grundlagen. Eine Unterstützung durch einen Fachanwalt ist dennoch sinnvoll, allerdings entfallen dafür Kosten. Ebenfalls ist es möglich, Unterstützung durch den Sozialverband zu erhalten, falls Sie dort Mitglied sind.



**DEUTSCHER
BEHINDERTENSSPORTVERBAND**

Für privat Versicherte gelten die Regelungen des Sozialgesetzbuches für die Finanzierung von Hilfsmitteln nicht. Hier sind die allgemeinen Versicherungsbedingungen und eventuelle individuelle Zusatzvereinbarungen entscheidend. Demnach kann hier keine allgemeingültige Aussage getroffen werden. Beihilfeberechtigte müssen die Verordnung und den entsprechenden Kostenvoranschlag sowohl bei der privaten Krankenkasse als auch bei der Beihilfe einreichen. Die Kostenzusagen werden getrennt erteilt und sind nicht immer identisch.

Bei den gesetzlichen Unfallversicherungen wird die ärztliche Verordnung, sofern die Notwendigkeit auf einem versicherten Unfall oder einer anerkannten Berufskrankheit beruht, bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingereicht - Im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenkassen ist diese verpflichtet, mit allen verfügbaren Mitteln dazu beizutragen, dass das Rehabilitationsziel, in diesem Fall die Teilhabe am Sport erreicht wird.