

## ***Interne Anmerkungen zur Bedeutung der verwaltungsgerichtlichen Entscheidung zu „spezifischen Bedarfe“***

Die Entscheidung des Verwaltungsgerichts Köln ändert die Lage im Bereich der „spezifischen Bedarfe“ deutlich und über den verhandelten Einzelfall hinaus. Es ist allerdings auch keine Entscheidung, die „alles“ möglich macht, zumal die Ausführungen im Urteil zu einigen Punkten, auf die es im vorliegenden Verfahren nicht so ankam (weil das Boxspringbett zum Beispiel durchaus als medizinischer Bedarf im weiteren Sinn gesehen werden kann), nur eine Richtung andeutet, aber keine verbindlichen Aussagen macht.

Dennoch: Auch wenn das Urteil nicht alle Fragen klärt und noch nicht rechtskräftig ist, wird sich die Stiftung mit den Argumenten, die zum Teil recht grundsätzlich sind, auseinandersetzen müssen – und es wäre zu hoffen, dass auch das Ministerium als Aufsichtsbehörde ein Signal sendet, dass der Entscheidung zu folgen ist. Das sollte übrigens auch Thema im Stiftungsrat sein.

Auswirkungen hat das für neue Verfahren, die noch nicht entschieden sind (dazu unter C). Es wird auch Auswirkungen auf bereits laufende Widerspruchs-Verfahren oder Klagen haben (dazu unter D). Problematisch ist es bei Verfahren, die rechtskräftig abgeschlossen sind (dazu unter E).

### **A) Vorab aber die Essentials der Entscheidung:**

- 1) Auf Leistungen zur Deckung spezifischer Bedarfe besteht (ebenso wie auf die Rente oder die Sonderzahlungen) ein Anspruch. Die Stiftung hat hier kein Ermessen. Das heißt: Wenn eine Leistung zur Deckung eines „spezifischen Bedarfes“ dient und wenn weder die individuelle Höchstsumme (20.000 EUR/Jahr), noch die Gelder des Fonds selber (30 Mio EUR/Jahr) ausgeschöpft sind, muss die Stiftung auch bewilligen. Das ist wichtig, weil man nur so die Möglichkeit hat, die Stiftung auch zur Leistung verurteilen lassen zu können. Hätte die Stiftung Ermessen, könnte ein Gericht sie nur zwingen einen neuen Bescheid zu erlassen.
- 2) Das Gericht weist darauf hin, dass das Gesetz „spezifische Bedarfe“ decken soll. Was „spezifische Bedarfe“ sind, wird durch das Gesetz aber nicht definiert. Es muss ausgelegt werden. Die Stiftung hat bislang angenommen, dass die Richtlinie zwingend vorgibt, was ein medizinischer Bedarf ist und das nur ausnahmsweise und mit Erläuterungen davon abgewichen werden kann. Das ist nach Auffassung des Verwaltungsgerichts Köln falsch. Was ein spezifischer Bedarf ist in erster Linie eigenständig unter Zugrundelegung der Zielsetzung des Gesetzes zu definieren. Die Richtlinie spielt dafür dem VG Köln zufolge allerdings eine wichtige Rolle: Sie erfüllt eine Funktion als Interpretationshilfe für die Stiftungsverwaltung. Die Vielfalt möglicher individueller „spezifischer Bedarfe“ erfordert eine Konkretisierung im Einzelfall. Insoweit dienen die Richtlinien auch dem Interesse potentieller Leistungsempfänger an einem gleichmäßigen und vorhersehbaren Verwaltungshandeln. Allerdings sind die Verwaltungsvorschriften im Grundsatz für das Gericht nicht bindend. Es kann also, wie im Boxspringbett-Fall geschehen, überprüfen, ob die Conterganstiftung hier „spezifische Bedarfe“ richtig ausgelegt hat.
- 3) Denn der Begriff spezifischer Bedarfe ist nicht mit dem sozialrechtlichen Heil- und Hilfsmittelbegriff identisch – auch wenn der Leistungskatalog des § 14 Nr. 2 der Richtlinie davon offenbar ausgeht. Selbst die Richtlinie hat aber den Leistungskatalog nur beispielhaft aufgeführt und geht davon aus, dass auch vergleichbare Bedarfe erstattet werden müssen.
- 4) Der Begriff spezifischer Bedarfe ist auch nicht auf medizinische Bedarfe in einem engeren Sinne begrenzt, etwa bezogen auf Therapien, Arzneimittel und Medizinprodukte. Hätte der Gesetzgeber das gewollt, hätte es nahe gelegen, im ContStifG sogleich auf die

sozialrechtlichen Bestimmungen zu verweisen und nicht von spezifischen, sondern von medizinischen Bedarfen zu sprechen.

- 5) Auch das Verwaltungsgericht geht davon aus, dass eine enge Interpretation des Begriffs „spezifische Bedarfe“ vor dem Hintergrund des relativ großzügig ausgestatteten Budgets auch wenig Sinn macht, da ein erheblicher Teil derartiger Bedarfe bereits durch andere Kostenträger gedeckt ist und damit der Subsidiarität der Leistungen nach § 14 ContStifG unterliefe. Angesichts dessen muss kann die Gesetzesbegründung zu § 4 ContStifG (BT-Drs. 17/12678), die den Begriff des medizinischen Bedarfs aufgreift, in einem untechnischen Sinne verstanden werden. Das Verwaltungsgericht weist darauf hin, dass die im Internet veröffentlichte Positiv-Liste z.B. Garagentorantriebe und elektrisch verstellbare Lattenroste umfasst. Es handelt sich dabei um Erleichterungen des täglichen Lebens, die den Betroffenen um ihrer thalidomidbedingten Behinderung willen gewährt werden. Sie können als solche aber auch das Leben Nichtbehinderter erleichtern und sind ihnen ebenfalls von Nutzen. Das Abgrenzungskriterium eines „medizinischen“ Bedarfs ist für sie untauglich. Das Gericht spricht hier von „hybriden“ Gegenstände, zu denen auch ein Bett zählen kann. Hier besteht die Möglichkeit einer Leistungsgewährung dann, wenn behinderte Menschen auf sie - anders als nichtbehinderte - in besonderer Weise zur Bewältigung des täglichen Lebens angewiesen sind, da sie aufgrund der Behinderung gerade nicht in der Lage sind, eine Verrichtung in gleicher Weise wie ein nicht Behinderter vorzunehmen. In diesem Sinne ist der Bedarf „spezifisch“. Das heißt: Das Boxspringbett ist für nichtbehinderte Menschen Luxus, den sie nicht brauchen. Wenn Contergangeschädigte das Boxspringbett aber benötigen, weil sie nur da schmerzfrei schlafen können, ist das für sie ein „spezifischer Bedarf“.
- 6) Diese Sichtweise auf „spezifische Bedarfe“ wird auch durch die Heidelberger Studie bestätigt, die die Bedeutung der sehr schmerzhaften Auswirkungen der Behinderung mit Folge- und Spätschäden aufgearbeitet hat. Deswegen ist insbesondere zur Milderung von Folgeschäden, die als solche nicht von der Conterganrente erfasst sind, keine enge Interpretation des Begriffs „spezifischer Bedarfe“ vorzunehmen.
- 7) Grundsätzlich ist eine Einzelfallprüfung erforderlich, weil auch die Lage der Contergangeschädigten sehr unterschiedlich sein kann, so dass das, was bei einem ein spezifischer Bedarf sein kann, bei einem anderen keiner ist. Als Faktoren, die dafür eine Rolle spielen können führt das Verwaltungsgericht an: Art und Schwere der Behinderung, persönliche Besonderheiten, bauliche Gegebenheiten des Wohnumfelds..... Der Katalog ist offen.

## **B) Generelle Konsequenzen**

Durch das Abstellen auf eine strikte Einzelfallprüfung erscheinen jedenfalls eine Negativliste und die Vorgaben des Stiftungsvorstands zum Beispiel zur Begrenzung der Anzahl von Kuren keine zulässige Vorgehensweisen. Eine Positivliste kann dagegen unter Umständen Sinn machen, wenn dort Leistungen festgehalten sind, die von ihrer Art her für alle Contergangeschädigten „spezifisch“ sind, so dass damit eine Vereinfachung der Bewilligung erreicht werden kann. Allerdings müsste dieser Charakter der Positivlisten deutlich werden, damit das Mißverständnis nicht auftreten kann, dass Leistungen, die nicht auf der Positivliste stehen nicht bewilligungsfähig sind.

## **C) Auswirkungen auf neue Verfahren**

Bei neuen Verfahren sollte unter Umständen – zumindest wenn es um größere Beträge geht und „kritische“ Leistungen: nicht eindeutige medizinische Bedarfe oder „hybride Gegenstände“ – sofort knapp erläutert werden, warum der Bedarf im Sinne des Conterganstiftungsgesetzes „spezifisch“ ist und angesichts der individuellen Umstände benötigt wird.

Es erscheint sinnvoll angesichts dessen auch Leistungen zu beantragen, die bislang auf der Negativliste standen und ggf. auch in Widerspruchsverfahren und Klagen zu gehen um die Rechtsprechung zu verfestigen und ggf. zu klären. Wichtig ist: es muss der Bedarf im Einzelfall deutlich gemacht werden, insbesondere auch bezogen auf Folgeschäden.

#### **D) Auswirkungen auf laufende Verfahren**

Hier sollten ggf. Widerspruchsbegründungen im Sinne des Urteils und durchaus auch mit Verweis darauf, ergänzt werden. Bei abgelehnten Leistungen macht es auch hier Sinn, ins Klageverfahren zu gehen.

#### **E) Auswirkungen auf abgeschlossene Verfahren**

Rechtskräftig abgeschlossene Verfahren in denen Leistungen nicht oder nur teilweise bewilligt worden (und dann kein Widerspruch bzw. keine Klage erhoben wurde), sind grundsätzlich schwierig wiederaufzugreifen. Grundsätzlich macht ein Versuch auch jetzt meines Erachtens vor allem dann Sinn, wenn die Entscheidung des VG rechtskräftig wird (die Stiftung also keinen Antrag auf Zulassung der Berufung stellt bzw. ein solcher Antrag vom OVG NRW abgelehnt wird) – oder in höhere Instanz gehalten wird. Dann allerdings könnte man davon ausgehen, dass § 51 Abs 1 VwVfG greift, weil sich die Sach- und Rechtslage nachträglich zugunsten der Antragsteller geändert hat. Ab diesem Zeitpunkt (Rechtskraft) bleiben drei Monate Zeit das Wiederaufgreifen zu beantragen (wie bei der Revision der zuerkannten Punkte). Alternativ könnte man auch erwägen, den Antrag genau so oder mit neuer Verordnung neu zu stellen – aber das erscheint nur dann der bessere Weg, wenn sich die begehrte Leistung zumindest etwas von der zuvor beantragten unterscheidet.

**Anmerkung: diese knappe Handreichung zur Entscheidung ersetzt keine individuelle Rechtsberatung im Einzelfall. Sie unterliegt im Übrigen dem Urheberrecht des Unterzeichners und sollte nur als allgemeine Information behandelt werden. Keineswegs ist sie eine Vorlage für Schriftsätze oder kann gar selbst als Stellungnahme dem Gericht vorgelegt werden. Im Kreis der betroffenen Geschädigten kann sie in der vorliegenden Form aber weitergegeben werden. Sollte sie nur in Auszügen verwendet werden, ist auf die Quelle und den Urheber zu verweisen.**

*Rechtsanwalt Dr. Oliver Tolmein, Fachanwalt für Medizinrecht, [tolmein@menschenundrechte.de](mailto:tolmein@menschenundrechte.de), 22765 Hamburg, Borselstr 26*