

Anregungen aus der Beratungspraxis der Bürgerbeauftragten zu Problemen im Krankenversicherungsrecht

1. Beitragsschulden und Notversorgung:

Rechtslage: Der Leistungsanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung ruht, sobald Versicherte einen Betrag von zwei Monatsbeiträgen nicht gezahlt haben (§ 16 Abs. 3a SGB V). Versicherte können dann ihre elektronische Gesundheitskarte nicht mehr nutzen und haben lediglich noch Anspruch auf die sog. „Notversorgung“. Diese umfasst ausschließlich Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind, Untersuchungen zur Früherkennung von einigen schwerwiegenden Krankheiten (z. B. Krebserkrankungen) und Leistungen, die bei Schwangerschaft und Mutterschaft notwendig sind. Die Betroffenen haben erst dann wieder Ansprüche auf weitere Leistungen, wenn neben den fälligen Beiträgen auch alle Beitragsrückstände gezahlt sind. Ferner, wenn die Versicherten hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII werden oder eine wirksame Ratenzahlung vereinbart wird und die Ratenzahlung zuverlässig erfolgt.

Problem: Ursache für Beitragsrückstände ist häufig nicht, dass Versicherte nicht zahlen wollen. Schulden entstehen oft, weil die geforderte Beitragshöhe nicht den tatsächlichen Einkünften der Versicherten entspricht und eine Finanzierung daher schlicht unmöglich ist. Am häufigsten betroffen sind hauptberuflich Selbständige, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Für diese wird ein fiktives monatliches Einkommen als Berechnungsgrundlage angesetzt, das den tatsächlichen Einkünften oft nicht entspricht (siehe dazu 2.). Neben Fragen der (rückwirkenden) Berechnung der Beiträge ist regelmäßig der Abschluss einer tragfähigen Ratenzahlungsvereinbarung problematisch. Hier fehlt es an einem

verbindlichen gesetzlichen Anspruch. Die aktuellen Bestimmungen zu den Möglichkeiten eines Vergleichs, eines (Teil-) Erlasses oder einer Stundung bieten bei Weitem keine ausreichenden Spielräume.

Anregung: Es sollte ein gesetzlich klar geregelter Anspruch auf Abschluss einer angemessenen, für die Versicherten wirtschaftlich tragfähigen Ratenzahlungsvereinbarung statuiert werden. Unmittelbar nach Abschluss der Vereinbarung sollten die Versicherten ihre elektronische Gesundheitskarte wieder einsetzen können. Ferner sollten die Sanktionen für Beitragsrückstände, die eine erhebliche Einschränkung des Versicherungsschutzes – zusätzlich zu den ebenfalls anfallenden Säumniszuschlägen – bedeuten, kritisch geprüft werden. Als verhältnismäßigere Alternative kämen ein Ruhen der Leistungen erst ab Beitragsrückständen für sechs Monate, ein umfassenderer Leistungsanspruch während der „Notversorgung“ oder geringere Säumniszuschläge in Betracht.

2. Beitragsgerechtigkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung:

Rechtslage: Im Jahr 2018 mussten Selbständige in der Gesetzlichen Krankenversicherung Beiträge auf der Grundlage eines fiktiven monatlichen Einkommens von 4.425,00 € zahlen; bei Nachweis geringerer Einkünfte wurde ein Einkommen von mindestens 2.283,75 € unterstellt; nur in besonderen Härtefällen, insbesondere für Existenzgründer, die einen Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit oder Einstiegsgeld erhielten, dienten mindestens 1.522,50 € als Berechnungsgrundlage (vgl. § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V).

Seit dem 1. Januar 2019 wird Selbständigen aufgrund einer Änderung des § 240 Abs. 4 SGB V infolge des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes nur noch ein fiktives Mindesteinkommen von derzeit 1.038,33 € unterstellt. Auch alle anderen freiwillig Versicherte müssen Beiträge auf der Grundlage dieser Mindestbemessungsgrenze zahlen (vgl. § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Dies entspricht Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen von ca. 190,00 € im Monat.

Problem: Selbständige mit geringen Einkünften mussten bis Ende 2018 - abhängig von den jeweiligen Zusatzbeiträgen der Kassen - ca. 400,00 € im

Monat an Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen zahlen, selbst in Härtefällen waren es noch ca. 270,00 €. Auch wenn die tatsächlichen Einkünfte der Selbständigen in keinem Verhältnis zu den auf fiktiven Grundlagen errechneten Beiträgen standen, konnten geringere Beiträge nicht durchgesetzt werden. Die Änderung des § 240 Abs. 4 SGB V zum 1. Januar 2019 ist für Selbständige daher eine Entlastung.

Unter der Mindestbemessungsgrenze leiden jedoch auch nach der Gesetzesänderung noch viele hauptberuflich Selbständige, vor allem aber auch sonstige freiwillige Mitglieder, z. B. geringfügig selbständig Tätige oder Bezieher einer Rente, die nicht als Pflichtmitglied versichert werden können. Auch sind häufig Studierende betroffen, die altersbedingt nicht mehr im günstigen Studententarif versichert sind. Jene Personengruppen haben oft keine oder nur sehr geringe Einkünfte und können die geforderten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nicht finanzieren.

Anregung: Die Änderung des § 240 Abs. 4 SGB V ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung. Erforderlich ist jedoch eine noch verhältnismäßigere Beitragsfestsetzung für alle Betroffenen. So sollte die Mindestbeitragsbemessung auf eine Geringfügigkeitsgrenze von 450,00 € monatlich (6.000,00 € jährlich) abgesenkt werden; oberhalb dieser Grenze sollten konkret einkommensbezogene Beiträge in Ansatz gebracht werden.

3. „Krankengeld-Falle“:

Rechtslage: In der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte haben bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (§ 44 SGB V). Der Anspruch entsteht von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung folgt (§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Ein lückenloser Krankengeldanspruch ist bei andauernder Arbeitsunfähigkeit nur dann gegeben, wenn die Folgebescheinigung der Ärztin/des Arztes spätestens am Werktag nach Ablauf der vorangegangenen Bescheinigung ausgestellt wird.

Problem: Solange Arbeitsunfähigkeit lückenlos durch Folgebescheinigungen nachgewiesen wird, bleibt die Mitgliedschaft der Versicherten in der Krankenkasse unabhängig vom Fortbestand ihrer Arbeitsverhältnisse erhalten

und sie sind durchgehend krankengeldberechtigt (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Versicherte, die während des Krankengeldbezuges ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten jedoch kein Krankengeld mehr - und häufig auch keine andere Sozialleistung -, wenn sie eine Folgebescheinigung über ihre Arbeitsunfähigkeit einen Werktag zu spät einholen (§ 46 Satz 2 SGB V). In der Regel wird dann auch der Status als Pflichtmitglied in der Krankenversicherung beendet.

Nach den Plänen der Bundesregierung¹ soll Krankengeld künftig auch dann wieder gezahlt werden, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Während des Zeitraums der „Lücke“ soll der Krankengeldanspruch ruhen; Krankengeld wird dann zwar nicht rückwirkend gewährt, aber ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung.²

Anregung: Die geplante Gesetzesänderung wäre ein großer Fortschritt. Die Rechtsfolgen einer häufig unverschuldeten Verspätung sind nach aktueller Rechtslage unverhältnismäßig und existenzbedrohend. Der Krankengeldanspruch sollte daher nicht länger von Zufällen abhängig sein, sondern an die objektive und nachgewiesene Arbeitsunfähigkeit geknüpft werden. Im Unfallversicherungsrecht (SGB VII) ist dies der Fall: Verletztengeld wird von dem Tag an gezahlt, ab dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird (§ 46 Abs. 1 SGB VII). Zudem ist die Gewährung von Verletztengeld – anders als das Krankengeld – nicht vom Bestand des Arbeitsverhältnisses sowie von einem lückenlosen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit abhängig. Daher wird primär eine Gesetzesänderung entsprechend der Regelung im Unfallversicherungsrecht angeregt.

Aber auch die von der Bundesregierung geplante Gesetzesänderung könnte die Betroffenen spürbar entlasten. Sie sollte daher schnellstmöglich umgesetzt werden.

¹ Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) der Bundesregierung (Stand: 13. Dezember 2018), Art. 1 Nr. 22.

² Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) der Bundesregierung (Stand: 13. Dezember 2018), Art. 1 Nr. 24b).

4. Krankengeld - Streit über weitere Arbeitsunfähigkeit:

Rechtslage: Ein Anspruch auf Krankengeld besteht stets nur für den Zeitraum der jeweiligen ärztlichen Feststellung, z. B. also für ein oder zwei Wochen und nicht für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit (§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Bei der Bewilligung von Krankengeld liegt folglich kein „Verwaltungsakt mit Dauerwirkung“ vor, sondern eine „Kette“ von Verwaltungsakten, die in unproblematischen Fällen aufeinander folgen. Solange Arbeitsunfähigkeit unstreitig besteht und lückenlos durch Folgebescheinigungen nachgewiesen ist, wird Krankengeld gewährt und die (Pflicht-)Mitgliedschaft der Versicherten in der Krankenversicherung bleibt bestehen (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V).

Problem: Sofern Krankenkassen die Zahlung des Krankengeldes einstellen, weil der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) - entgegen der Einschätzung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und meist nach Aktenlage - zu dem Ergebnis gelangt ist, Arbeitsunfähigkeit sei nicht mehr gegeben, führt dies zu erheblichen finanziellen Problemen für die Versicherten. Erheben die Betroffenen Widerspruch gegen die Ablehnung weiterer Krankengeldzahlungen, so hat der Widerspruch zwar grundsätzlich aufschiebende Wirkung (§ 86a Abs. 1 SGG) und der ursprüngliche Bewilligungsbescheid hat vorläufig weiter Bestand. Da Krankengeld jedoch stets nur für den Zeitraum der jeweiligen ärztlichen Feststellung bewilligt wird, können Versicherte durch einen Widerspruch nicht (vorläufig) die weitere Absicherung über den bisher bewilligten Zeitraum hinaus bis zur endgültigen Entscheidung über den Streit erreichen. Die Betroffenen müssen sich in dieser Situation um alternative Sozialleistungen und ihren weiteren Versicherungsschutz kümmern. Dabei wird Arbeitslosengeld I unter Verweis auf die krankheitsbedingt mangelnde Verfügbarkeit der Betroffenen für den Arbeitsmarkt jedoch in der Regel nicht gewährt. Für Ansprüche auf Arbeitslosengeld II erfüllen viele Betroffenen indes die einkommens- und vermögensabhängigen Voraussetzungen nicht.

Anregung: Die Bewilligung von Krankengeld sollte im Wege einer Gesetzesänderung - vergleichbar mit dem Verletztengeld nach § 46 SGB VII - als „Verwaltungsakt mit Dauerwirkung“ statuiert werden, der an das objektive

(Fort-) Bestehen der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit anknüpft. Damit hätte ein Widerspruch gegen die Einstellung aufschiebende Wirkung und das Krankengeld müsste bis zur Entscheidung über die streitige Arbeitsunfähigkeit vorläufig weiter gewährt werden. Für Fälle eines erfolglosen Widerspruchs könnten - statt der Rückzahlungsverpflichtung der Versicherten - Erstattungsansprüche zwischen den für Arbeitslosengeld I und Krankengeld zuständigen Trägern statuiert werden.

5. Krankengeld während eines Auslandsaufenthaltes:

Rechtslage: Gesetzlich Versicherte mit einem Anspruch auf Krankengeld sollen nach der gesetzlichen Regelung kein Krankengeld bekommen, solange sie sich im Ausland aufhalten (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Dies gilt selbst für Reisen innerhalb der Europäischen Union und sogar dann, wenn der Auslandsaufenthalt der Genesung nicht im Wege steht. Der Anspruch auf Krankengeld ruht nicht, solange sich Versicherte nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung der Krankenkasse im Ausland aufhalten (§ 16 Abs. 4 SGB V).

Problem: Ein verbindlicher gesetzlicher Anspruch auf Zustimmung existiert nicht; die Kassen sind lediglich verpflichtet, bei Anträgen auf Zustimmung ihr Ermessen ordnungsgemäß auszuüben. Ein Auslandsaufenthalt widerspricht dem Genesungsprozess in vielen Fällen gerade nicht. So sind bei psychischen oder rheumatischen Erkrankungen Reisen häufig sogar förderlich. Auch darf der Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit während einer Auslandsreise nicht zu Nachteilen der Versicherten führen. Die aktuelle Regelung soll nach der Gesetzesbegründung der damaligen Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag aus dem Jahr 1988 in erster Linie dazu dienen, den Krankenkassen die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit zu ermöglichen. Einerseits widerspricht die Annahme eines höheren Beweiswertes „deutscher“ Atteste zumindest innerhalb der Europäischen Union dem das Unionsrecht prägenden Grundsatz der gegenseitigen Anerkennung und verstößt gegen

Art. 21 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004.³ Andererseits betreffen die meisten Auslandsreisen von Erkrankten ohnehin nur Zeiträume, für die eine lückenlose Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung der behandelnden deutschen Praxis vorgelegt werden kann. Dies betrifft z. B. auch Menschen, die unheilbar erkrankt sind.

Anregung: Es sollte ein verbindlicher Rechtsanspruch auf Krankengeld während eines Auslandsaufenthaltes jedenfalls innerhalb des Geltungsbereichs der VO (EG) Nr. 883/2004 - also in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz - statuiert werden. So sollte ein gesetzlicher Anspruch auf Zustimmung zur Auslandsreise bestehen, wenn der Heilprozess nicht gefährdet oder verzögert wird und eine medizinische Versorgung vor Ort gewährleistet oder voraussichtlich nicht erforderlich ist. Dies könnte in Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung von der behandelnden Praxis attestiert werden. Auch sollte der Krankengeldanspruch nicht länger davon abhängig sein, ob die Arbeitsunfähigkeit im Inland oder im Ausland eingetreten ist. Mögliche Schwierigkeiten bei der Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit dürfen nicht auf den Rücken der Versicherten ausgetragen werden und sind im Übrigen nicht sehr häufig zu befürchten. Der Nachweis einer lückenlosen Arbeitsunfähigkeit auch während des Auslandsaufenthaltes obläge selbstverständlich weiterhin den Versicherten.

6. Berechnung der Zuzahlungsbefreiung:

Rechtslage: Wer im Laufe eines Kalenderjahres bestimmte Belastungsgrenzen erreicht, kann sich von den gesetzlichen Zuzahlungen für Medikamente, Klinikaufenthalte, Fahrtkosten etc. von der Krankenkasse befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen. Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens, bei chronisch Kranken ist es 1 % (§ 62 Abs. 1 SGB V). Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Es errechnet sich aus dem

³ Vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 06. Juli 2017, Az. L 5 KR 135/16.

Bruttoeinkommen des Versicherten und den Bruttoeinkommen aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben.

Problem: Die Berechnung ist für viele Versicherte, die von ihrem Einkommen erhebliche Ausgaben zu finanzieren haben, unverhältnismäßig. So wird bei der Berechnung der Zuzahlungsgrenze z. B. nicht berücksichtigt, wenn pflegebedürftige Versicherte oder deren Familienangehörige nahezu ihr gesamtes Einkommen für ein Pflegeheim einsetzen. Betroffen sind ebenfalls Menschen, die in Altenheimen, Pflegeheimen oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen leben, und lediglich ein sog. „Taschengeld“ im Sinne des § 27b SGB XII (aktuell in der Regel 114,48 € pro Monat) zur Verfügung haben. Für diese Personengruppe berechnet sich die Zuzahlungsgrenze auf der Grundlage des deutlich höheren Regelbedarfs nach dem SGB XII (aktuell 424,00 € für Alleinstehende) und nicht nach dem „Taschengeld“, das den Betroffenen tatsächlich zur Verfügung steht.

Anregung: Eine verhältnismäßige Beteiligung an Leistungen der Krankenkassen kann Versicherten grundsätzlich zugemutet werden. Auch ist die Berechnung der Zuzahlungsgrenze anhand der Brutto-Einkünfte generell pragmatisch und nachvollziehbar. § 62 SGB V sollte jedoch um eine Regelung ergänzt werden, wonach in besonderen Härtefällen von der Berechnung abgewichen werden kann. Dies könnte für die dargestellten „Taschengeld-Fälle“ auch eine vollständige Zuzahlungsbefreiung bedeuten.

7. Fahrtkostenübernahme für ambulante Therapie- und Behandlungstermine:

Rechtslage: Krankenkassen übernehmen Kosten für Fahrten zu ambulanten Therapie-, Behandlungs- und Untersuchungsterminen nur in wenigen Ausnahmefällen (§ 60 SGB V i. V. m. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses). Privilegiert sind danach Fahrten mit einer erforderlichen medizinischen Versorgung. Ferner werden Fahrtkosten übernommen, wenn durch die ambulante Behandlung eine an sich gebotene stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Im Übrigen erfolgt eine Fahrtkostenübernahme nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen

Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien festgelegt hat. Die Richtlinie erweitert die Möglichkeit der Fahrtkostenübernahme im Wesentlichen um Fahrten zu einer ambulanten Operation nebst Vor- oder Nachbehandlung, Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie sowie Fahrten schwerbehinderter Menschen mit Merkzeichen „H“ (Hilflosigkeit), „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung) sowie „Bl“ (Blindheit).

Problem: In nahezu allen anderen Konstellationen sind Krankenkassen demnach nicht verpflichtet, Fahrtkosten zu übernehmen. Dies führt gerade in ländlichen Gebieten häufig dazu, dass an sich dringend erforderliche Behandlungen nicht durchgeführt werden können, da in der Regel auch keine Kostenübernahme durch andere Sozialträger erfolgt. Problematisch sind insbesondere psychotherapeutische und psychologische Behandlungen, die üblicherweise langfristig und regelmäßig erfolgen müssen.

Vor allem Versicherte, die auf Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II bzw. dem SGB XII angewiesen sind, können daher mangels Fahrtkostenübernahme durch die Krankenkasse die ärztlich verordneten Behandlungen und Therapien häufig nicht antreten. Kosten für die Gesundheitspflege sind im aktuellen Regelbedarf nach dem SGB II/SGB XII für alleinstehende Erwachsene mit 15,81 € pro Monat festgesetzt, §§ 5, 7 RBEG. Zwar haben Leistungsberechtigte einen Anspruch auf Mehrbedarf, „soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht“ (§ 21 Abs. 6 SGB II) und es „können Leistungen in sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen“ (§ 73 SGB XII). Damit bestehen sowohl für Leistungsberechtigte nach dem SGB II als auch nach dem SGB XII theoretisch Ansprüche auf zusätzliche Leistungen für Fahrtkosten. In der Praxis werden Anträge jedoch regelmäßig und oft zulässigerweise von den zuständigen Sozialträgern abgelehnt. Dies wird zum Beispiel damit begründet, dass es den Leistungsberechtigten obliege, vorrangig bei anderen Sozialleistungsträgern Leistungen zu beantragen. Daher müssen Betroffene zunächst ein Antragsverfahren bei der für medizinische und therapeutische Leistungen grundsätzlich zuständigen Krankenversicherung durchführen und gegen ablehnende Entscheidungen mit den entsprechenden Rechtsbehelfen

vorgehen. Alternativ verweisen die zuständigen Träger häufig darauf, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abschließend seien. Bestehe nach dem SGB V kein Anspruch, so könne auch kein Anspruch nach dem SGB II bzw. SGB XII bestehen.

Anregung: Es sollte ein Anspruch auf Fahrtkostenübernahme für Leistungsberechtigte nach dem SGB II und SGB XII explizit gesetzlich statuiert werden, sofern die Krankenkassen Behandlungs- bzw. Therapiekosten übernehmen, nicht jedoch die Fahrtkosten. Das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung sieht grundsätzlich keine einkommens- und vermögensabhängigen Leistungsansprüche vor und ein Anspruch auf Fahrtkostenübernahme für alle gesetzlich Krankenversicherten ist nicht geboten. Eigene finanzielle Mittel aufzubringen, kann in angemessenem Umfang zumutbar sein. Es ist jedoch eine eindeutige Regelung im SGB II und SGB XII für Personen erforderlich, die auf Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen der Grundsicherung angewiesen sind, mithin Fahrtkosten zu erforderlichen medizinischen und therapeutischen Behandlungen nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können. Dies würde die geltende Rechtslage im Wesentlichen konkretisieren und entsprechende Verfahren vereinfachen. Ferner ist gesetzlich sicherzustellen, dass Betroffene bei eindeutiger Rechtslage nicht zunächst erfolglos ein - aussichtsloses - Antrags- und Widerspruchsverfahren gegen ihre Krankenkasse durchführen müssen.

8. Schulbegleitung und häusliche Krankenpflege:

Rechtslage: Schülerinnen und Schüler mit einer Behinderung und gesundheitlichen Problemen benötigen häufig Unterstützung, um die Schule besuchen oder an einer Klassenfahrt teilnehmen zu können. Als Kostenträger kommt einerseits die Eingliederungshilfe in Betracht (§§ 53 ff. SGB XII), andererseits die Krankenkasse im Rahmen der sog. Behandlungssicherungspflege (§ 37 Abs. 2 S. 1 SGB V). Die Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe als medizinische Rehabilitation und Behandlungssicherungspflege hat nach der Zielrichtung der Leistung zu erfolgen: Dient die Leistung der Bewältigung von Anforderungen des

Schulalltags, ist der Bedarf der Eingliederungshilfe zuzuordnen; handelt es sich um die Notwendigkeit, die körperliche Situation zu beobachten und ggf. in medizinisch-pflegerischer Hinsicht zu intervenieren, so handelt es sich um Sicherungspflege.

Problem: Die Feststellung der Zuständigkeit ist in vielen Fällen nicht eindeutig, so dass es regelmäßig zu Zuständigkeitskonflikten zwischen den potentiellen Trägern kommt, die auf dem Rücken der betroffenen Familien ausgetragen werden. Dies widerspricht evident dem gesamtgesellschaftlichen Auftrag, Inklusion zu ermöglichen. Häufig sind in der Folge für einen längeren Zeitraum der Schulbesuch oder die Teilnahme an einer Klassenfahrt nicht möglich, da die Klärung der Zuständigkeit zu viel Zeit in Anspruch nimmt. Das in § 14 Abs. 2 Satz 1 bis 3 SGB IX vorgesehene Procedere wird in der Praxis regelmäßig nicht richtig umgesetzt. Danach hat der Träger, bei dem ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gestellt wird, innerhalb von zwei Wochen zu prüfen, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz insgesamt zuständig ist. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung insgesamt nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Der zweitangegangene Träger kann innerhalb enger Grenzen erneut weiterleiten (§ 14 Abs. 3 SGB IX, sog. „Turboklärung“), anderenfalls ist er an die Abgabe gebunden und muss zeitnah über den Antrag entscheiden - und zwar nicht nur nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz, sondern nach allen möglichen Anspruchsgrundlagen. Eine Pflicht zur Kostenerstattung zwischen den Trägern ist ebenfalls gesetzlich geregelt. Tatsächlich wird jedoch häufig bereits die Pflicht zur Weiterleitung missachtet oder nach Weiterleitung keine umfassende Prüfung und Entscheidung auf der Grundlage aller potentiellen Ansprüche durchgeführt. Zudem bereitet das - nach einer Gesetzesänderung zum 01.01.2018 noch kompliziertere - Procedere bei der Anwendung des § 14 SGB IX den Bürgerbeauftragten Sorgen. Jedenfalls wurde infolge der Gesetzesänderung das Grundproblem nicht behoben, sondern eher verschärft - die Norm wurde und wird in der Praxis regelmäßig falsch oder gar nicht angewendet.

Anregung: Vor allem fehlt es häufig an einer unbürokratischen Kommunikation der beteiligten Rehabilitationsträger. Der erstangegangene Träger sollte in derartigen Kollisionsfällen von sich aus Kontakt zum möglichen weiteren

Träger aufnehmen und „hinter den Kulissen“ die Zuständigkeit sowie eine mögliche (teilweise) Kostenerstattung klären. Die betroffenen Familien sollten zudem die Möglichkeit erhalten, in Fällen dieser Art auf pragmatische Weise Kontakt zum jeweils anderen Träger aufnehmen und eine anteilige Kostentragung unbürokratisch vereinbaren zu können. Insbesondere die Träger der Eingliederungshilfe müssen einerseits verantwortungsvoller mit ihrem gesetzlichen Auftrag aus §§ 53 ff. SGB XII umgehen, wonach es vorrangiges Ziel der Eingliederungshilfe ist, den Schulbesuch oder die Teilnahme an einer Klassenfahrt zu ermöglichen. Andererseits werden sie angesichts erheblicher Defizite aufgefordert, ihrer umfassenden Pflicht zur Beratung und auch Betreuung⁴ der Betroffenen nachzukommen. § 14 SGB IX sollte insgesamt reformiert werden, um ein pragmatisches Procedere zu gewährleisten; jedenfalls sollte diskutiert werden, ob die mit Gesetzesänderung zum 01.01.2018 eingeführte „Teil-Weiterleitung“ aufzuheben ist. Schließlich sollte über eine gesetzliche Genehmigungsfiktion - vergleichbar mit § 13 Abs. 3a SGB V - nachgedacht werden, wonach Familien einen Anspruch auf die beantragte Unterstützung haben könnten, wenn über ihren Antrag nicht innerhalb einer verhältnismäßigen Frist abschließend entschieden worden ist.

13. Februar 2019

⁴ Vgl. BGH, Urteil vom 02. August 2018, Az. III ZR 466/16.