

U N I K A S S E L
V E R S I T Ä T

**Schnittstelle der Eingliederungshilfe zur
gesetzlichen Krankenversicherung**

Prof. Dr. Felix Welti

Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz

20.10.2020

Schnittstelle der Eingliederungshilfe zur gesetzlichen Krankenversicherung

1. Eingliederungshilfe und Krankenkassen als Sozialleistungsträger
2. Schnittstellenregelungen im Sozialrecht
3. Schnittstellen
 - a. *Medizinische Rehabilitation (Zuständigkeit)*
 - b. *Medizinische Rehabilitation – Soziale Teilhabe, Teilhabe an Bildung, Teilhabe am Arbeitsleben*
 - c. *Krankenbehandlung – Soziale Teilhabe, Teilhabe an Bildung, Teilhabe am Arbeitsleben*
 - d. *Prävention – Mutterschaftsleistungen – Soziale Teilhabe*
4. Komplexleistungen und Einrichtungen
 - a. *„Behinderteneinrichtung“*
 - b. *Pflegeeinrichtung*
 - c. *Krankenhaus*
 - d. *Frühförderung*
 - e. *Persönliches Budget*
5. Ausblick

Eingliederungshilfe (EGH) und Krankenkassen (KK) als Sozialleistungsträger

- Eingliederungshilfe:

- Leistungsträger nach SGB IX – Teil 2
- Bei Kommunal- und Landesbehörden (§ 94 SGB IX)
- Leistungen für wesentlich behinderte Menschen (§ 99 SGB IX)
- Antragsprinzip (§ 108 SGB IX)
- Zuständig für Leistungen zur Teilhabe: Medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe an Bildung, Leistungen zur Sozialen Teilhabe

- Krankenkassen:

- Leistungsträger nach SGB V
- Als Sozialversicherungsträger mit Selbstverwaltung
- Leistungen für Versicherte, wenn Versicherungsfall vorliegt
- Zuständig für Prävention, Krankenbehandlung, Mutterschaftsleistungen, Krankengeld, Medizinische Rehabilitation (§ 11 SGB V)
- Antragsprinzip (§ 19 SGB IV); gilt nicht bei Leistungen der Krankenbehandlung und im vertragsärztlichen System, hier Inanspruchnahme mit elektronischer Gesundheitskarte (§ 15 SGB V)
- Krankenkasse erbringt Leistungen der Krankenbehandlung für Träger der Sozialhilfe (§ 264 SGB V) und Versorgungsamt (§ 18c Abs. 2 BVG)

Eingliederungshilfe (EGH) und Krankenkassen (KK) als Rehabilitationsträger

- **Eingliederungshilfe:**
 - Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX
 - Ausschließlich Rehabilitationsträger; zuständig für alle Leistungen zur Teilhabe außer unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen
 - Zuständig für Leistungen zur Teilhabe: Medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe an Bildung, Leistungen zur Sozialen Teilhabe, wenn Personen wesentlich behindert sind (§ 99 SGB IX)
- **Krankenkassen:**
 - Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX
 - Zuständig für Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation, wenn Versicherte behindert oder von Behinderung bedroht sind sowie für unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen
 - Zuständig auch für andere Gesundheitsleistungen, wenn Versicherte krank oder gesundheitlich gefährdet sind

Schnittstellenregelungen

Schnittstellenregelungen regeln Situationen in denen zwei Sozialleistungsträger zuständig sind oder sein könnten.

Zwischen Sozialleistungsträgern:

- im allgemeinen Sozialrecht (SGB I, SGB X), z.B. § 16 SGB I (Antragstellung), § 43 SGB I (vorläufige Leistungen), § 96 SGB X (ärztliche Untersuchungen)

Zwischen Rehabilitationsträgern:

- im allgemeinen Rehabilitationsrecht (SGB IX – Teil 1), z.B. § 14 SGB IX (Leistender Rehabilitationsträger), § 19 SGB IX (Teilhabeplan)

Spezifisch:

- im jeweiligen Leistungsgesetz, z.B. § 11 Abs. 5 SGB V (Nachrang zur Unfallversicherung), § 40 Abs. 4 SGB V (Nachrang zur Rentenversicherung), § 91 SGB IX (Nachrang zu allen); § 13 Abs. 3 SGB XI (Kooperation von Pflegekasse und EGH)

Schnittstellen: mehrere Zuständigkeiten für medizinische Rehabilitation

§§ 5, 6 Abs. 1 SGB IX: **Zuständig für medizinische Rehabilitation** können sein

- Unfallversicherungsträger (vorrangig, §§ 11 Abs. 5 SGB V, § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI; zuständig bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten)
- Träger der sozialen Entschädigung (vorrangig, § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI; zuständig insbesondere bei Folgen von Gewaltverbrechen)
- Rentenversicherungsträger (obermittelrangig, § 40 Abs. 4 SGB V; zuständig für die meisten Erwerbstätigen, § 11 SGB VI)
- Krankenkassen (untermittelrangig; zuständig für WfbM-Beschäftigte, BSG 16.6.2015, B 13 R 12/14 R – bei Budget für Arbeit bislang ungeklärt; zuständig für die meisten Nichterwerbstätigen)
- Träger der öffentlichen Jugendhilfe (obernachrangig, § 10 Abs. 1, Abs. 4 SGB VII; zuständig bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen)
- Träger der Eingliederungshilfe (nachrangig § 91 SGB IX)

Außerhalb SGB IX:

- Private Krankenversicherung, je nach Vertragsumfang
- Beamtenversorgung
- §§ 4, 6 AsylbLG, vgl. § 100 Abs. 2 SGB IX, speziell zu EGH
- § 48 SGB XII, § 93 Abs. 3 SGB IX – Vorrang vor EGH bei „Beseitigung einer Beeinträchtigung mit drohender erheblicher Teilhabeeinschränkung“.

Schnittstellen: mehrere Zuständigkeiten für medizinische Rehabilitation

Eingliederungshilfe kann für medizinische Rehabilitation nach § 109 SGB IX zuständig sein, wenn

- Keine Zuständigkeit der Unfallversicherung, sozialen Entschädigung, Rentenversicherung, Krankenkasse, nach dem AsylbLG (§ 100 Abs. 2 SGB IX) besteht -
- also bei nicht gesetzlich krankenversicherten Personen, wenn auch kein gleichwertiger Schutz der privaten Krankenversicherung (faktisch) und/ oder Beamtenversorgung besteht
- Besteht auch ein Anspruch Versicherter auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht geleistet werden? – Anspruch nach § 109 Abs. 2 SGB IX auf Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt. Was, wenn doch Bedarf und Bedürftigkeit besteht?
 - *Auffangzuständigkeit Eingliederungshilfe als Leistung zur Sozialen Teilhabe? BSG 19.5.2009, B 8 SO 32/07 R (Hörgerätebatterien)*
 - *Auffangzuständigkeit Hilfen zur Gesundheit der Sozialhilfe als Sachleistung nach § 48 SGB XII?*
 - *Bei wiederkehrenden Leistungen als Teil des Regelbedarfs nach § 27a SGB XII?*

Schnittstellen: Abgrenzung zwischen Medizinischer Rehabilitation und anderen Leistungen zur Teilhabe

- Die gesetzliche Krankenversicherung ist nicht zuständig für Leistungen zur sozialen Teilhabe, für Leistungen zur Teilhabe an Bildung und für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Ist für eine Leistung strittig, ob sie medizinische Rehabilitation ist oder zu einer anderen Leistungsgruppe gehört, kann die Abgrenzung darüber entscheiden, ob die Krankenkasse oder die Eingliederungshilfe zuständig ist:
 - *Bei Leistungen zur Sozialen Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe an Bildung ist die Eingliederungshilfe zuständig, wenn nicht Unfallversicherung, soziale Entschädigung oder Jugendhilfe zuständig sind*
 - *Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Eingliederungshilfe zuständig, wenn nicht Unfallversicherung, soziale Entschädigung, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit oder Jugendhilfe zuständig sind*

Schnittstellen: Abgrenzung zwischen Medizinischer Rehabilitation und anderen Leistungen zur Teilhabe

- Inhaltliche Abgrenzung ist im Einzelfall nicht einfach
- Nach dem Ziel, traditionelle Formel des BSG: Medizinische Rehabilitation ist auf *Wiederherstellung der Gesundheit und Organfunktion* gerichtet (zuletzt BSG 16.7.2014, B 3 KR 1/14 R, Treppensteighilfe)
 - *aber Ziel Behinderungsausgleich (§ 42 Abs. 1 SGB IX; § 11 Abs. 2 SGB V, § 33 Abs. 1 SGB V); Bewegung durch neuen Behinderungsbegriff § 2 Abs. 1 SGB IX*
 - *Rechtsprechung zu Hilfsmitteln, zuletzt GPS-Uhr, BSG 10.9.2020, B 3 KR 15/19 R; Spezialtherapiedreirad, BSG 7.5.2020, B 3 KR 7/19 R; vgl. noch BSG 3.11.2011, B 3 KR 4/11 R (kein Schulrollstuhl), BSG 7.10.2010, B 3 KR 13/09 R (keine Treppensteighilfe)*
 - *Unmittelbares oder mittelbares Ansetzen an der Beeinträchtigung (BSG 28.8.2018, B 8 SO 5/17 R, Petö-Therapie)*
- Nach dem Mittel, „durch Ärzte, Zahnärzte oder Angehörige anderer Heilberufe (...) unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung“ (§ 42 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX)
 - *aber „insbesondere“ in § 42 SGB IX; Rolle des ärztlichen Behandlungsplans*
 - *Rechtsprechung zur Suchtrehabilitation, Adaptionsphase, BSG 26.6.2007, B 1 KR 36/06 R*

Schnittstellen: Abgrenzung zwischen Medizinischer Rehabilitation und anderen Leistungen zur Teilhabe

- Klärung durch § 14 SGB IX: Weiterleitung bei Unzuständigkeit innerhalb von zwei Wochen
- Ist der zweitangegangene Träger anderer Meinung: Leistungspflicht nach § 14 Abs. 2 SGB IX; Erstattung nach § 16 SGB IX; Leistungserbringer muss nicht identisch sein
- Bei Teilbarkeit der Leistung(en) § 15 SGB IX: „Splitting“
- Werden gleichzeitig oder im Zusammenhang Leistungen der Medizinischen Rehabilitation und einer anderen Leistungsgruppe erbracht, ist ein Teilhabeplan erforderlich, § 19 Abs. 1 SGB IX
- Dafür zuständig: „der leistende Rehabilitationsträger“ – Federführung? – Teilhabeplanverfahren ist Teil des Gesamtplanverfahrens (§ 21 SGB IX)

Schnittstellen: Abgrenzung zwischen Krankenbehandlung und Leistungen zur Teilhabe

- Ist strittig, ob eine Leistung zur Sozialen Teilhabe, Teilhabe an Bildung oder Teilhabe am Arbeitsleben erbracht wird oder ob sie Leistung der Krankenbehandlung ist, kann die Krankenkasse nur zuständig sein, wenn sie Krankenbehandlung ist
- Für Krankenbehandlung ist die Eingliederungshilfe auch bei Nichtversicherten nicht zuständig, dann kommt ggf. die Hilfe zur Gesundheit der Sozialhilfe in Betracht, § 48 SGB XII

Schnittstellen: Abgrenzung zwischen Krankenbehandlung und Leistungen zur Teilhabe

- Abgrenzung kann schwierig sein
- Leistungen der Krankenbehandlung sind ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische, kieferorthopädische und veranlasste Leistungen (insbesondere Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege) sowie Krankenhausbehandlung der Krankenkassen
- Abgrenzung nach dem Ziel: Krankenbehandlung ist auf Heilung und Linderung der Krankheit gerichtet, Leistungen zur Teilhabe sind auf Behinderung ausgerichtet
 - *Schwierig bei chronischen Krankheiten; auch Krankenbehandlung soll Teilhabe berücksichtigen (§ 43 SGB IX; § 2a SGB V); teils (fast) gleiche Leistungen*
- Abgrenzung nach Leistungserbringung: Krankenbehandlung erfolgt regelmäßig im vertragsärztlichen System ohne Antrag durch direkte Inanspruchnahme
 - *Schwierig, wenn KK und/oder MDK doch eingeschaltet, z.B. bei Psychotherapie (BSG 17.12.2013, B 1 KR 50/12 R); bei medizinischer Rehabilitation ist „Verordnung“ Teil des Antragsverfahrens; Aufweichung bei geriatrischer Reha durch IPREG*
 - *Medizinische Rehabilitation (außer Hilfsmittel, § 33 SGB V) wird nicht als Einzelleistung, sondern nur durch ambulante oder stationäre Einrichtung (§ 40 SGB V) außerhalb des vertragsärztlichen Systems erbracht.*

Schnittstellen: Abgrenzung zwischen Krankenbehandlung und Leistungen zur Teilhabe

- § 14 SGB IX kann bei Leistungen der Krankenbehandlung gelten, wenn diese auch Leistungen zur Teilhabe sein könnten (z.B. Hilfsmittel, die zur Krankenbehandlung oder zum Behinderungsausgleich dienen können, § 33 SGB V)
- § 16 SGB I gilt im Übrigen, läuft aber mangels Antrag im Regelverfahren ins Leere; Antragstellung bei der Krankenkasse für (strittige) Leistungen der Krankenbehandlung ist aber möglich und nötig, wenn Verfahren in Gang gesetzt werden soll-
- Die Regeln zur Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX sollen auch für Leistungen zur Krankenbehandlung gelten (§ 43 SGB IX) – hierzu fehlen normative Konkretisierungen. Koordinationsaufgabe des Hausarztes, § 73 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, § 121 Abs. 3 Nr. 3a SGB IX?

Schnittstellen: Abgrenzung zwischen Präventions- und Mutterschaftsleistungen und Leistungen zur Teilhabe

- Krankenkassen sind Träger von Leistungen zur Prävention, einschließlich zur Empfängnisverhütung und zum Schwangerschaftsabbruch (§§ 20-24b SGB V) und von Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c-24i SGB V)
- Wenn Leistungen zu diesen Leistungen gehören, sind sie im Grundsatz vorrangig vor Leistungen der Eingliederungshilfe
 - *Aber: Auf Präventionsleistungen der Krankenkassen besteht oft kein Anspruch (z.B. zahnärztliche Gruppenprophylaxe in Behinderteneinrichtungen, § 21 SGB V; anders zahnärztliche Individualprophylaxe, § 22a SGB V), Vorrang nur bei Anspruch durchsetzbar*
 - *Präventionsleistungen und Mutterschaftsleistungen haben einen Bezug zur Erhaltung der Gesundheit; daher nur kleinere Schnittstelle z.B. der Hebammenhilfe (§ 24d SGB V) zur Elternassistenz (§ 78 Abs. 3 SGB IX)*

Komplexleistungen und Einrichtungen: „Behinderteneinrichtungen“

- Nach dem Recht der Eingliederungshilfe keine Trennung mehr von Diensten und Einrichtungen, ambulant und stationär, nur Bezug auf „Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI“ (§ 103 SGB IX) und „besondere Wohnformen“ (§ 104 SGB IX); Einrichtungen im SGB XII weiter vorhanden
- SGB V und SGB XI differenzieren zwischen ambulanten und stationären Leistungen
- In § 37 SGB V (Häusliche Krankenpflege) ist der Anspruch in „betreuten Wohnformen“ nicht ausgeschlossen
- Langjährige Auseinandersetzung in Rechtsprechung und Gesetzgebung, ob und wann Leistungen der Häuslichen Krankenpflege ausgeschlossen sind, wenn eine Einrichtung (ein Leistungserbringer) die Leistungen bereits erbringt – hier Rechtsgedanke von § 37 Abs. 3 SGB V: eine im Haushalt lebende Person kann den Kranken versorgen – „einfachste Maßnahmen“ (Medikamentengabe, Blutdruckmessung), BSG 25.2.2015, B 3 KR 11/14 R
- Es ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob der Versicherte einen Anspruch auf die Erbringung der Maßnahme durch seine Einrichtung hat (BSG, 7.5.2020, B 3 KR 4/19 R, Kompressionsstrümpfe Klasse 2)
- Im Verhältnis zur Pflegeversicherung sind die Leistungen bei pflegebedürftigen Personen in Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 SGB XI (Behinderteneinrichtungen) durch die niedrige Leistung nach § 43a SGB XI (maximal 266 Euro) abgedeckt; diese umfasst nach § 43 Abs. 2 SGB XI auch die Behandlungspflege (verfassungsrechtliche Bedenken)
- Ambulante Krankenbehandlung in Behinderteneinrichtung durch Ermächtigung (§ 119a SGB V)

Komplexleistungen und Einrichtungen: Pflegeeinrichtungen

- In Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI (Pflegeheime) sind weder Leistungen der Krankenversicherung noch der Eingliederungshilfe generell ausgeschlossen
- Schnittstelle zur Eingliederungshilfe: § 13 Abs. 4 SGB XI: Eingliederungshilfe leistet gegen Erstattung durch Pflegekasse
- Schnittstelle Pflegekasse/ Krankenkasse: in Pflegeheimen ist die Behandlungspflege durch die PV-Leistung mit umfasst (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI); ambulant sind beide Leistungen möglich
- Ambulante Krankenbehandlung in Pflegeheimen durch Ermächtigung (§ 119b SGB V)

Komplexleistungen und Einrichtungen: Krankenhäuser

- In Krankenhäusern ist die Leistungspflicht der Krankenkassen grundsätzlich umfassend (§ 39 SGB V)
- Bei Assistenz im Krankenhaus Regelung in § 11 Abs. 3 SGB V, wenn Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 63b SGB XII (Hilfe zur Pflege) erforderlich; keine Regelung bei Begleitperson, die Assistenz der Eingliederungshilfe ist – Regelungslücke?

Komplexleistungen und Einrichtungen: Sozialpädiatrische und Heilpädagogische Leistungen

- Leistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder können umfassen
 - *Leistungen der Krankenbehandlung bei Ermächtigung (§ 119 SGB V) einschließlich ggf. nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen (§ 43a SGB V) der Sozialpädiatrischen Zentren*
 - *Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Sozialpädiatrischen Zentren als Früherkennung und Frühförderung (§ 46 Abs. 1 SGB IX)*
 - *Mit nichtärztlichen Leistungen der Früherkennung und Frühförderung durch interdisziplinäre Frühförderstellen (§ 46 Abs. 2 SGB IX)*
 - *in Komplexleistungen mit heilpädagogischen Leistungen zur Sozialen Teilhabe der Eingliederungshilfe (§§ 46 Abs. 3, 79 SGB IX), die in Landesrahmenverträgen oder Rechtsverordnungen geregelt sind (§ 46 Abs. 4-6 SGB IX)*

Komplexleistungen und Einrichtungen: Persönliches Budget

- In einem Persönlichen Budget nach § 29 SGB IX können Leistungen zur Teilhabe der Krankenkassen und der Eingliederungshilfe zusammengeführt werden
- Es können auch Leistungen der Krankenkassen einbezogen werden, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen (§ 29 Abs. 1 Satz 5 SGB IX); dies können z.B. Häusliche Krankenpflege und Heilmittel sein
- Bei ärztlichen Leistungen Problem der Budgetierbarkeit (vgl. § 13 Abs. 2 SGB V), da Ärztinnen und Ärzte nach GOÄ abrechnen

Ausblick

- Praktische Probleme an Schnittstellen bleiben durch sehr unterschiedliche Struktur und Arbeitsweise der Träger der Eingliederungshilfe und der Krankenkassen
- Zudem unterschiedliche „Codes“ und Sprachgebrauch
 - *Ausrichtung der Eingliederungshilfe an Nachrangigkeit*
 - *Ausrichtung der Krankenkassen an „Heilung der Krankheit“*
 - *„Therapie“ – kein geschützter Begriff (z.B. Petö)*
- Vollzugsprobleme der Schnittstellenregelungen
- Handlungsbedarf für Gesetzgebung, Regierung und Verwaltung; Lösungspotenziale z.T. im Leistungserbringungsrecht (Verträge) auf Landesebene, z.B. klare Regelungen über Häusliche Krankenpflege
- Noch besser wären regionale Vereinbarungen und Arbeitsgemeinschaften (vgl. §§ 25 Abs. 2, 26 Abs. 9, 96 SGB IX)