



Ausarbeitung

Schnittstellen und Leistungskonkurrenzen zwischen den Sozialgesetzbüchern hinsichtlich der Personengruppen Kinder und Jugendliche, Kranke, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen



Schnittstellen und Leistungskonkurrenzen zwischen den Sozialgesetzbüchern hinsichtlich der Personengruppen Kinder und Jugendliche, Kranke, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen

[REDACTED]

[REDACTED]

Aktenzeichen:

WD 9 – 3000 – 017, 021-026/12

Abschluss der Arbeit:

12. April 2012

Fachbereich:

WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

[REDACTED]

[REDACTED]

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
2.	Schnittstellen und Leistungskonkurrenzen im Verhältnis zwischen § 13 SGB VIII und Maßnahmen der beruflichen Förderung nach dem SGB II und III	9
2.1.	Einleitung	9
2.2.	Regelungsgehalt des § 13 SGB VIII	9
2.3.	Regelungsgehalt des § 3 SGB II	11
2.4.	Die Kollisionsnorm des § 10 SGB VIII	12
2.5.	Zuordnungsgrundsätze in Literatur und Praxis	14
2.6.	Sonderfall: Junge Menschen mit psychischer Erkrankung	17
3.	Schnittstellen im Bereich Akutversorgung und medizinische Rehabilitation	18
3.1.	Einleitung	18
3.2.	Schnittstellen zwischen den Versorgungssektoren	18
3.2.1.	Problembereich	18
3.2.2.	Schnittstellenlösungen im SGB	19
3.2.2.1.	SGB IX	19
3.2.2.2.	SGB V	20
3.2.2.3.	SGB VI	23
3.2.2.4.	SGB VII	23
3.3.	Schnittstellen zwischen den Leistungsträgern	24
3.3.1.	Problembereich	24
3.3.2.	Zuständigkeitsregelungen	24
3.3.3.	Schnittstellenlösungen	26
3.4.	Zusammenfassung	28
4.	Leistungskonkurrenzen bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nach dem SGB V und SGB VII	29
4.1.	Einleitung	29
4.2.	Rechtslage bis zum 31. Dezember 1990	29
4.3.	Rechtslage seit dem 1. Januar 1991	30
4.3.1.	Allgemeines	30
4.3.2.	Voraussetzungen und Grenzen der Ausschlusswirkung nach § 11 Abs. 5 SGB V	32
4.3.3.	Vorläufige Leistungen des Krankenversicherungsträgers bei Streit über die Zuständigkeit	34
4.4.	Ausschluss von Ansprüchen auf Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nach §§ 32 f. SGB V bei Arbeitsunfall und Berufskrankheit im Sinne der §§ 7 ff. SGB VII	35

5.	Abgrenzungsprobleme und Leistungskonkurrenzen zwischen häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V und Leistungen bei häuslicher Pflege nach §§ 36-38 SGB XI	36
5.1.	Einleitung	36
5.2.	Regelungsgehalt des § 37 SGB V	37
5.2.1.	Allgemeines	37
5.2.2.	Grundpflege, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung	38
5.2.3.	Die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V	38
5.2.4.	Die Behandlungssicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V	39
5.3.	Regelungsgehalt der §§ 14, 15, 36 ff. SGB XI	39
5.4.	Die Rechtsentwicklung im Bereich der Behandlungssicherungspflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V von 1989 bis heute	40
5.4.1.	Rechtslage zwischen dem 01. Januar 1989 und dem 31. März 1995	40
5.4.2.	Rechtslage zwischen dem 01. April 1995 und dem 31. Dezember 2003	40
5.4.3.	Rechtslage zwischen dem 01. Januar 2004 und dem 31. März 2007	41
5.4.4.	Rechtslage seit dem 01. April 2007	42
5.4.5.	Aktuelle Rechtsprechung des BSG	42
6.	Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII für Kinder und Jugendliche mit geistiger bzw. körperlicher Behinderung im Verhältnis zu Leistungen nach § 35a SGB VIII	44
6.1.	Schnittstellen zwischen dem SGB VIII und dem SGB XII im Bereich der Eingliederungshilfe	44
6.2.	Zuordnungsgrundsätze	45
7.	Leistungen bei häuslicher Pflege und Pflegeleistungen für behinderte Menschen in Einrichtungen nach den Sozialgesetzbüchern XI und XII	46
7.1.	Einleitung	46
7.2.	Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	46
7.2.1.	Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI	46
7.2.2.	Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XII	48
7.2.3.	Abgrenzung zwischen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach den Sozialgesetzbüchern XI und XII	49
7.3.	Leistungen bei Pflegebedürftigkeit von Personen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe gepflegt werden	49
8.	Rechtsanspruch auf Leistungen nach dem SGB XI für behinderte Säuglinge	51
8.1.	Einleitung	51
8.2.	Pflegebedürftigkeit in der sozialen Pflegeversicherung	51
8.2.1.	Allgemeines zur Pflegebedürftigkeit in der sozialen Pflegeversicherung	51

8.2.2.	Pflegebedürftigkeit bei Säuglingen	52
8.3.	Leistungsanspruch bei eingeschränkter Alltagskompetenz	55
8.3.1.	Allgemeines zum Leistungsanspruch bei eingeschränkter Alltagskompetenz	55
8.3.2.	Eingeschränkte Alltagskompetenz bei Säuglingen	56
9.	Literatur- und Anlagenverzeichnis	57
9.1.	Kapitel 2: Schnittstellen und Leistungskonkurrenzen im Verhältnis zwischen § 13 SGB VIII und Maßnahmen der beruflichen Förderung nach dem SGB II und III	57
9.1.1.	Literatur	57
9.1.2.	Anlagen	58
9.2.	Kapitel 3: Schnittstellen im Bereich Akutversorgung und medizinische Rehabilitation	58
9.2.1.	Literatur	58
9.2.2.	Anlagen	61
9.3.	Kapitel 4: Leistungskonkurrenzen bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nach dem SGB V und SGB VII	61
9.3.1.	Literatur	61
9.3.2.	Anlagen	61
9.4.	Kapitel 5: Abgrenzungsprobleme und Leistungskonkurrenzen zwischen häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V und Leistungen bei häuslicher Pflege nach §§ 36-38 SGB XI	62
9.4.1.	Literatur	62
9.4.2.	Anlagen	62
9.5.	Kapitel 6: Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII für Kinder und Jugendliche mit geistiger bzw. körperlicher Behinderung im Verhältnis zu Leistungen nach § 35a SGB VIII	62
9.5.1.	Literatur	62
9.5.2.	Anlagen	63
9.6.	Kapitel 7: Leistungen bei häuslicher Pflege und Pflegeleistungen für behinderte Menschen in Einrichtungen nach den Sozialgesetzbüchern XI und XII	64
9.7.	Kapitel 8: Rechtsanspruch auf Leistungen nach dem SGB XI für behinderte Säuglinge – Literatur	64

1. Einleitung

Grundsätzlich unterscheiden sich die Aufgaben und Ziele der jeweiligen Bücher des Sozialgesetzbuches (SGB). Während etwa das SGB II¹ (Grundsicherung für Arbeitssuchende) zum Ziel hat, die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zu stärken und bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit zu unterstützen und hierfür gegebenenfalls den Lebensunterhalt zu sichern, sofern dieser nicht auf andere Weise bestritten werden kann (vgl. § 1 Abs. 1 SGB II), ist es Aufgabe des SGB V² (gesetzliche Krankenversicherung), die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (vgl. § 1 S. 1 SGB V). Das SGB VIII³ (Kinder- und Jugendhilfe) hingegen stellt Maßnahmen und Leistungen zur Verfügung, um etwa junge Menschen und Jugendliche in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und dazu beizutragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen (vgl. § 1 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII). Das SGB XI⁴ (Soziale Pflegeversicherung) wiederum dient der sozialen Absicherung der Pflegeversicherten vor dem Risiko der Pflegebedürftigkeit, d.h. einer Situation, in der Versicherte wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen sind (vgl. §§ 1 Abs. 1, 14 Abs. 1 SGB XI). Nicht zuletzt ist es Aufgabe des SGB XII⁵ (Sozialhilfe), den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens in Würde zu ermöglichen und durch Dienst-, Geld- und Sachleistungen sowie durch Beratung und Unterstützung zu ihrer Unabhängigkeit von den Leistungen beizutragen (vgl. §§ 1, 10, 11 SGB XII).

Da die Leistungskataloge der jeweiligen Bücher des SGB somit an verschiedene persönliche Merkmale bzw. Lebenssituationen anknüpfen (Tatbestand) und hierfür jeweils bedarfsgerechte Maßnahmen und Leistungen zur Verfügung stellen (Rechtsfolge), kommen Doppelzuständigkeiten bzw. -leistungen der verschiedenen Sozialleistungsträger eigentlich nicht in Betracht. Solche Doppelzuständigkeiten widersprechen der Systematik im deutschen Sozialrecht und sind auch im Interesse der Versicherten bzw. Leistungsempfänger grundsätzlich zu vermeiden (Stichwort: bürokratischer Mehraufwand). Es ist allerdings sowohl der Vielseitigkeit des menschlichen Lebens als auch der historischen Entwicklung des deutschen Sozialrechts geschuldet, dass Leistungsüberschneidungen gleichwohl in personen- bzw. situationsbezogener sowie in rechtsfolgenorientierter Hinsicht vorkommen können, zumal sich mittlerweile auch die jeweiligen Leistungssegmente im Sozialrecht stark aneinander angenähert haben (Beispiel: Kranken- und Pflegeversicherung, Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II und Arbeitsförderung

-
- 1 Zweites Buch Sozialgesetzbuch - Grundsicherung für Arbeitssuchende - (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850 (2094)), zuletzt geändert durch Artikel 1a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057)
 - 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057)
 - 3 Achtes Buch Sozialgesetzbuch - Kinder und Jugendhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3134), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975)
 - 4 Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983)
 - 5 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Artikel 6a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057)

nach dem SGB III⁶). So kann es vorkommen, dass etwa Jugendliche insbesondere deshalb in hohem Maße auf die staatliche Unterstützung bei ihrer (individuellen oder sozialen) Entwicklung angewiesen sind, weil sie sowohl seelische Probleme haben als auch (besonders) schlechte Schulleistungen aufweisen und deswegen ihr Einstieg in das Berufs- bzw. Erwerbsleben erschwert ist. Zum anderen ist denkbar, dass eine vollzeitlich pflegebedürftige Person zusätzlich erkrankt und somit – neben den pflegerischen Maßnahmen – auch auf medizinische Behandlungsmaßnahmen angewiesen ist, die (mitunter) durch dieselbe Betreuungskraft erbracht werden (können). In diesen Fällen lassen sich Tatbestand und Rechtsfolge nicht immer eindeutig (nur) dem Leistungskatalog des SGB II bzw. VIII oder des SGB V bzw. XI zuordnen; es entsteht vielmehr eine rechtssystematische Irritation, die nicht selten Zuständigkeitsstreitigkeiten aufwirft und damit auch eine Mehrbelastung für die Adressaten der Leistungen und Maßnahmen zur Folge hat.

Im deutschen Sozialrecht gibt es einige solcher Überschneidungssituationen. Soweit eine systematische Untergliederung anhand personenbezogener Eigenschaften (im weiten Sinne) festgemacht werden kann, kommen für den Bereich der Gesundheits- und Familienpolitik schwerpunktmäßig folgende Abgrenzungsbereiche in Betracht:

1. Kinder und Jugendliche:

Das Verhältnis zwischen der Jugendsozialarbeit nach § 13 SGB V und der beruflichen Förderung nach dem SGB II und III.

2. Kranke:

a. Das Verhältnis zwischen der Akutversorgung und der medizinischen Rehabilitation.

b. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nach dem SGB V bzw. dem SGB VII⁷.

c. Das Verhältnis zwischen häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und häuslicher Pflege nach den §§ 36 ff. SGB XI.

3. Menschen mit Behinderungen:

a. Das Verhältnis zwischen Leistungen der Eingliederungshilfe nach den 53 ff. SGB XII⁸ für Kinder und Jugendliche mit geistiger bzw. körperlicher Behinderung sowie den Leistungen gemäß § 35a SGB VIII.

b. Leistungen bei häuslicher Pflege und Pflegeleistungen für behinderte Menschen in Einrichtungen nach den Sozialgesetzbüchern XI und XII.

6 Drittes Buch Sozialgesetzbuch - Arbeitsförderung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057)

7 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057)

8 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Artikel 6a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057)

Im Folgenden werden die einzelnen Kollisionsbereiche kapitelweise erörtert. Dem Auftrag entsprechend wird abschließend auf die Frage eines Anspruchs auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI für Säuglinge mit Behinderungen eingegangen.

2. Schnittstellen und Leistungskonkurrenzen im Verhältnis zwischen § 13 SGB VIII und Maßnahmen der beruflichen Förderung nach dem SGB II und III

2.1. Einleitung

Seit Inkrafttreten des SGB II am 1. Januar 2005 gelten für die berufliche und soziale Integration junger Menschen drei Leistungsgesetze, das SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende), das SGB III (Arbeitsförderung) sowie die Vorschriften des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe). Leistungskonkurrenzen können in diesem Zusammenhang insbesondere dann auftreten, wenn 1. die in Betracht kommenden Maßnahmen den gleichen Zweck verfolgen, 2. alle Voraussetzungen der jeweiligen Norm erfüllt sind und 3. die Maßnahmen sich an den gleichen Personenkreis richten.⁹ Auf Tatbestandsseite handelt es sich in diesem Zusammenhang um junge Menschen ohne Ausbildung und Arbeit. Auf Rechtsfolgenseite kommen demgegenüber diverse – teilweise nicht näher spezifizierte – schulische, ausbildungs- und berufsfördernde Eingliederungs-, Unterstützungs- und Begleitmaßnahmen von Sozialleistungsträgern in Betracht. Zu nennen sind beispielhaft Leistungen der Jugendsozialarbeit gemäß § 13 SGB VIII, Eingliederungsleistungen nach §§ 16 ff. SGB II sowie ausbildungsfördernde Maßnahmen gemäß §§ 59 ff. SGB III. Im Verhältnis zwischen dem SGB VIII und dem SGB II kommen Leistungskonkurrenzen insbesondere zwischen § 13 SGB VIII sowie §§ 3, 16, 19 und 26 SGB II in Betracht. Im Hinblick auf das Verhältnis zwischen dem SGB VIII und dem SGB III stehen sich insoweit etwa § 13 SGB VIII sowie §§ 35, 65, 66 und 59-79 SGB III gegenüber. Da der Leistungskatalog in § 16 SGB II in größerem Umfang (auch) auf Maßnahmen und Leistungen nach dem SGB III zurückgreift, beschränkt sich die Konkurrenzproblematik im Wesentlichen auf das Verhältnis zwischen § 13 SGB VIII und den Leistungsgrundsätzen in § 3 SGB II.¹⁰ Es gilt daher, zunächst den Regelungsgehalt sowohl des § 13 SGB VIII als auch des § 3 SGB II aufzuzeigen. Sodann ist auf die Konkurrenzlösung zwischen diesen Rechtskreisen einzugehen. Entscheidende Vorschrift ist hierbei der § 10 SGB VIII. Nicht zuletzt tragen teleologische Auslegungsgrundsätze zur Klärung der Konkurrenzverhältnisse bei.

2.2. Regelungsgehalt des § 13 SGB VIII

§ 13 SGB VIII (Jugendsozialarbeit) lautet:

„(1) Jungen Menschen, die zum Ausgleich sozialer Benachteiligungen oder zur Überwindung individueller Beeinträchtigungen in erhöhtem Maße auf Unterstützung angewiesen

9 Vgl. hierzu etwa Hampel, Christian, § 13 SGB VIII – *die Rechtsgrundlage der Jugendsozialarbeit*, in: jugendsozialarbeit aktuell, Beitrag Katholische Jugendsozialarbeit Nordrhein-Westfalen, Köln, Juni 2010, beigefügt als **Anlage 1**; Kunkel, Peter-Christian, Junge Menschen im „Bermudadreieck“ von SGB VIII, SGB III und SGB II, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. (NDV) 2007, S. 397-404 (S. 397), beigefügt als **Anlage 2**; Kunkel, Peter-Christian, Schnittstellen zwischen Jugendhilfe (SGB VIII), Grundsicherung (SGB II) und Arbeitsförderung (SGB III), in: Sozialrecht in Deutschland und Europa (ZFSH/SGB) 2006, S. 76-85 (S. 78), beigefügt als **Anlage 3**; Nonninger, Sybille, in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.), Sozialgesetzbuch VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Lehr- und Praxiskommentar (Nomos LPK-SGB VIII), § 13 Rn. 1; Parosanu, Andrea, Aufgabenfelder und Schnittstellen von SGB II, III und VIII, Beitrag im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit (BAG-ÖRT), 2006, S. 15, im Internet abrufbar unter: http://bag-oert.de/webfm_send/132, beigefügt als **Anlage 4**

10 Vgl. hierzu auch Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV), SGB II und Jugendsozialarbeit, Beitrag vom 28.09.2005, Ziffer 2., im Internet abrufbar unter: http://opus.bsz-bw.de/fh/b/volltexte/2011/255/pdf/Anlage_Nr.16.pdf, beigefügt als **Anlage 5**

sind, sollen im Rahmen der Jugendhilfe sozialpädagogische Hilfen angeboten werden, die ihre schulische und berufliche Ausbildung, Eingliederung in die Arbeitswelt und ihre soziale Integration fördern.

(2) Soweit die Ausbildung dieser jungen Menschen nicht durch Maßnahmen und Programme anderer Träger und Organisationen sichergestellt wird, können geeignete sozialpädagogisch begleitete Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen angeboten werden, die den Fähigkeiten und dem Entwicklungsstand dieser jungen Menschen Rechnung tragen.

(3) Jungen Menschen kann während der Teilnahme an schulischen oder beruflichen Bildungsmaßnahmen oder bei der beruflichen Eingliederung Unterkunft in sozialpädagogisch begleiteten Wohnformen angeboten werden. In diesen Fällen sollen auch der notwendige Unterhalt des jungen Menschen sichergestellt und Krankenhilfe nach Maßgabe des § 40 geleistet werden.

(4) Die Angebote sollen mit den Maßnahmen der Schulverwaltung, der Bundesagentur für Arbeit, der Träger betrieblicher und außerbetrieblicher Ausbildung sowie der Träger von Beschäftigungsangeboten abgestimmt werden.“

Der Begriff der Jugendsozialhilfe stellt einen Sammelbegriff für verschiedene Aufgabenfelder dar, deren wichtigste die Jugendberufshilfe und die sogenannte Schulsozialarbeit sind. Damit ist die Jugendsozialhilfe im Bereich zwischen Jugendförderung und individueller Erziehungshilfe angesiedelt. Ihre Angebote gehen über die Jugendarbeit hinaus, indem sie individueller ausgerichtet sind und denen gelten, deren Hilfebedarf in den Angeboten der allgemeinen Jugendarbeit nur unzureichend berücksichtigt werden. Der zentrale Aspekt der Jugendsozialhilfe ist die soziale Integration.¹¹

„Soziale Benachteiligungen“ im Sinne des Abs. 1 liegen etwa dann vor, wenn die altersgemäße gesellschaftliche Integration nicht wenigstens durchschnittlich gelungen ist. Junge Menschen werden dann als individuell beeinträchtigt angesehen, wenn es ihnen aufgrund ihrer persönlichen Merkmale erschwert wird, bestimmte, für ihre Entwicklung und die gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft wichtige physische, kognitive oder soziale Anforderungen zu erfüllen. Der „erhöhte Unterstützungsbedarf“ betrifft solche jungen Menschen, die einer der Intensität und Ausgestaltung nach besondere Hilfestellung bedürfen.

Zu den jungen Menschen, die zum Ausgleich sozialer Benachteiligungen oder aber zur Überwindung individueller Beeinträchtigungen in erhöhtem Maße auf Unterstützung angewiesen sind, gehören insbesondere Haupt- und Sonderschüler/innen mit schlechtem oder ohne Abschluss, Schul- und Ausbildungsabbrecher/innen, Jugendliche ohne Ausbildung und Arbeit, Jugendliche mit Sozialisierungsdefiziten, mit abweichenden Suchtproblemen, „lernbehinderte“ Jugendliche, junge Menschen mit Migrationshintergrund und solche in sozialen Brennpunkten.¹²

11 Struck, Jutta, in: Wiesner, Reinhard (Hrsg.), SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Kommentar, 4. Auflage 2011, § 13 Rn. 1

12 Struck, Jutta, in: Wiesner, Reinhard (Hrsg.), SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Kommentar, 4. Auflage 2011, § 13 Rn. 3 und 4

Im Rahmen „geeigneter sozialpädagogisch begleiteter Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen“ im Sinne des Abs. 2 obliegt es der Kinder- und Jugendhilfe, sozialpädagogisch orientierte berufsbildende Maßnahmen (Berufsausbildung einschließlich Berufsvorbereitung) für diejenigen Jugendlichen bereitzustellen, die wegen erheblicher Störungen im Leistungs- und Sozialverhalten in sonstigen Berufsausbildungsmaßnahmen nicht gefördert werden können. Damit bemüht sich die Jugendsozialarbeit darum, junge Menschen über eine „Brücke in die Arbeitswelt“ in ein gesichertes Beschäftigungsverhältnis im ersten Arbeitsmarkt zu bringen.¹³

Abs. 3 bestimmt die Möglichkeit zum Angebot sozialpädagogisch begleiteten Wohnens. Voraussetzung für die Gewährung dieser Leistung an junge Menschen im Alter bis zu 27 Jahren ist, dass sie während der Teilnahme an schulischen oder beruflichen Bildungsmaßnahmen oder im Zusammenhang mit der beruflichen Eingliederung erfolgt. Die Zielgruppe ist insoweit gegenüber jener der Leistungen nach Abs. 1 und Abs. 2 erweitert. Das liegt daran, dass junge Menschen auf dem Wohnungsmarkt mit ungleich finanzstärkeren Wettbewerbern konkurrieren und mithin sozial benachteiligt sind.¹⁴

Abs. 4 schließlich richtet sich an die örtlichen Träger der Jugendsozialarbeit und ergänzt die allgemeine Verpflichtung der Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen gemäß § 81 SGB VIII hinsichtlich der spezifischen Aufgabe der Jugendsozialarbeit und verdichtet sie zu einer Abstimmungsverpflichtung.¹⁵

2.3. Regelungsgehalt des § 3 SGB II

§ 3 SGB II (Leistungsgrundsätze) besagt auszugsweise:

„(1) Leistungen zur Eingliederung in Arbeit können erbracht werden, soweit sie zur Vermeidung oder Beseitigung, Verkürzung oder Verminderung der Hilfebedürftigkeit für die Eingliederung erforderlich sind. [...] Vorrangig sollen Maßnahmen eingesetzt werden, die die unmittelbare Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ermöglichen. Bei der Leistungserbringung sind die Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.

(2) Erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind unverzüglich nach Antragstellung auf Leistungen nach diesem Buch in eine Arbeit, eine Ausbildung oder eine Arbeitsgelegenheit zu vermitteln. Können Leistungsberechtigte ohne Berufsabschluss nicht in eine Ausbildung vermittelt werden, soll die Agentur für Arbeit darauf hinwirken, dass die vermittelte Arbeit oder Arbeitsgelegenheit auch zur Verbesserung ihrer beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten beiträgt. [...]

13 Struck, Jutta, in: Wiesner, Reinhard (Hrsg.), SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Kommentar, 4. Auflage 2011, § 13 Rn. 32

14 Nonninger, Sybille, in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.), Sozialgesetzbuch VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Lehr- und Praxiskommentar (Nomos LPK-SGB VIII), § 13 Rn. 35.

15 Nonninger, Sybille, in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.), Sozialgesetzbuch VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Lehr- und Praxiskommentar (Nomos LPK-SGB VIII), § 13 Rn. 42.

(3) Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts dürfen nur erbracht werden, soweit die Hilfebedürftigkeit nicht anderweitig beseitigt werden kann; die nach diesem Buch vorgesehenen Leistungen decken den Bedarf der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und der mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen.“

§ 3 SGB II ist die grundlegende Norm im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung. Die Vorschrift stellt die Voraussetzungen für die Leistungserbringung auf und bestimmt, welche Umstände bei der Auswahl der Leistungen zu berücksichtigen sind.

Für junge Menschen unter 25 Jahren enthält § 3 Abs. 2 SGB II Sonderregelungen. So wird bestimmt, dass Leistungsberechtigte, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, unverzüglich nach Antragstellung in eine Arbeit, Ausbildung oder eine Arbeitsgelegenheit zu vermitteln sind. Soweit Leistungsberechtigte ohne Berufsabschluss nicht in eine Ausbildung vermittelt werden können, soll darauf hingewirkt werden, dass die vermittelte Arbeit oder Arbeitsgelegenheit auch zur Verbesserung ihrer beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten beiträgt. Der Zweck der Vorschrift ist mithin, unter Hervorhebung der besonderen Bedeutung einer beruflichen Qualifikation die Arbeitslosigkeit junger Menschen und deren Gewöhnung an die Abhängigkeit von Sozialleistungen zu vermeiden. Hat der junge Leistungsberechtigte keine Ausbildung, so steht die Vermittlung in ein Ausbildungsverhältnis im Vordergrund. Erst wenn auch eine solche Vermittlung nicht möglich ist, soll bei der Vermittlung von Arbeit darauf hingewirkt werden, dass diese unter Berücksichtigung der Eignung und der Dauerhaftigkeit der Eingliederung eine Verbesserung der beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten durch Qualifizierung ermöglicht.¹⁶

2.4. Die Kollisionsnorm des § 10 SGB VIII

Das Zuständigkeitsverhältnis zwischen verschiedenen Leistungsträgern im Bereich der Jugendsozialarbeit wird gesetzlich insbesondere durch § 10 SGB VIII geregelt.

§ 10 SGB VIII (Verhältnis zu anderen Leistungen und Verpflichtungen) lautet:

„ (1) Verpflichtungen anderer, insbesondere der Träger anderer Sozialleistungen und der Schulen, werden durch dieses Buch nicht berührt. Auf Rechtsvorschriften beruhende Leistungen anderer dürfen nicht deshalb versagt werden, weil nach diesem Buch entsprechende Leistungen vorgesehen sind.

(2) Unterhaltspflichtige Personen werden nach Maßgabe der §§ 90 bis 97b an den Kosten für Leistungen und vorläufige Maßnahmen nach diesem Buch beteiligt. Soweit die Zahlung des Kostenbeitrags die Leistungsfähigkeit des Unterhaltspflichtigen mindert oder der Bedarf des jungen Menschen durch Leistungen und vorläufige Maßnahmen nach diesem Buch gedeckt ist, ist dies bei der Berechnung des Unterhalts zu berücksichtigen.

(3) Die Leistungen nach diesem Buch gehen Leistungen nach dem Zweiten Buch vor. Abweichend von Satz 1 gehen Leistungen nach § 3 Absatz 2, den §§ 14 bis 16g, § 19 Absatz 2

¹⁶ Meyerhoff, in: jurisPK, SGB II-Kommentar, 3. Auflage 2012, § 3 Rn. 15, 52 und 53; weiterhin Münder, Johannes, in: derselbe (Hrsg.), Sozialgesetzbuch II – Grundsicherung für Arbeitssuchende –, Lehr- und Praxiskommentar, 4. Auflage 2011, § 3 Rn. 16 ff.

in Verbindung mit § 28 Absatz 6 des Zweiten Buches sowie Leistungen nach § 6b Absatz 2 des Bundeskindergeldgesetzes in Verbindung mit § 28 Absatz 6 des Zweiten Buches den Leistungen nach diesem Buch vor.

(4) Die Leistungen nach diesem Buch gehen Leistungen nach dem Zwölften Buch vor. Abweichend von Satz 1 gehen Leistungen nach § 27a Absatz 1 in Verbindung mit § 34 Absatz 6 des Zwölften Buches und Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Zwölften Buch für junge Menschen, die körperlich oder geistig behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, den Leistungen nach diesem Buch vor. Landesrecht kann regeln, dass Leistungen der Frühförderung für Kinder unabhängig von der Art der Behinderung vorrangig von anderen Leistungsträgern gewährt werden.“

§ 10 SGB II regelt als Kollisionsnorm das Verhältnis der Leistungen nach dem SGB VIII und anderen Leistungen und Verpflichtungen. In Abs. 1 ist der Grundsatz des Nachrangs gegenüber der Selbsthilfe und den Leistungen anderer vorangestellt, die übrigen Absätze enthalten spezifische Modifikationen.¹⁷

§ 10 Abs. 1 SGB VIII hebt insbesondere die Verpflichtungen der Träger von Sozialleistungen und der Schulen hervor. Durch die Differenzierung in Satz 1 und 2 zwischen Verpflichtungen und Leistungen wird zudem deutlich, dass nicht nur tatsächlich erfolgte Leistungen anderer, sondern auch bloße Ansprüche gegen andere grundsätzlich vorrangig sind.¹⁸ Soweit originäre Leistungen der Kinderjugendhilfe etwa zum Ausgleich eines strukturellen oder individuellen Erziehungsdefizits im Vordergrund stehen, sind Konkurrenzen mit Leistungen anderer Sozialleistungsträger nach Maßgabe des Abs. 1 grundsätzlich auf spezifische, flankierende bzw. ergänzende Leistungen wie etwa die Behandlung einer seelischen Behinderung, die Versorgung und Betreuung von Kindern bei krankheitsbedingtem Ausfall des Erziehungsberechtigten, Unterhalt und Krankenhilfe begrenzt.¹⁹

Während Abs. 2 S. 1 besagt, dass Jugendhilfe zwar unabhängig von bestehenden gesetzlichen oder vertraglichen Unterhaltsverpflichtungen gegenüber dem Leistungsempfänger zu gewähren ist und zugleich klarstellt, dass Unterhaltsverpflichtungen entsprechend dem Grundsatz der Selbsthilfe im Hinblick auf die Kostenbeteiligung vorrangig sind, befasst sich Abs. 2 S. 2 mit den unterhaltsrechtlichen Auswirkungen der Kostenbeteiligung; Ziel des S. 2 ist es, das Problem der Einordnung sozialstaatlicher Leistungen im Bereich des Unterhaltsrechts zu klären.²⁰

17 Ist zwischen mehreren Sozialträgern die Leistungsverpflichtung streitig, kann nach § 43 Abs. 1 SGB I (Erstes Buch Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - [Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl I S. 3015], zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 [BGBl. I S. 2854]) der unter ihnen zuerst angegangene Leistungsträger vorläufig Leistungen erbringen, deren Umfang er nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt, vgl. hierzu Vondung, Ute, in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.), Sozialgesetzbuch VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Lehr- und Praxiskommentar (Nomos LPK-SGB VIII), § 10 Rn. 4

18 Vondung, Ute, in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.), Sozialgesetzbuch VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Lehr- und Praxiskommentar (Nomos LPK-SGB VIII), § 10 Rn. 2 und 6

19 Wiesner, Reinhard, in: derselbe (Hrsg.), SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Kommentar, 4. Auflage 2011, § 10 Rn. 20

20 Vgl. Vondung, Ute, in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.), Sozialgesetzbuch VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Lehr- und Praxiskommentar (Nomos LPK-SGB VIII), § 10 Rn. 39 und 40

Das Verhältnis speziell zu Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II ist in Abs. 3 geregelt. Danach sind für Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts bei Vorliegen einer Leistungskonkurrenz vorrangig die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zuständig, für Leistungen der Vermittlung in Arbeit (§ 3 SGB II) sowie zur Eingliederung in Arbeit (§§ 14 bis 16g SGB II) hingegen die Arbeitsagenturen. Zu Überschneidungen zwischen SGB II und SGB VIII kommt es insbesondere im Bereich der Jugendsozialarbeit (§ 13 SGB VIII). Der Vorrang von Leistungen der Arbeitsvermittlung gemäß § 3 Abs. 2 SGB II im Verhältnis zu Leistungen nach § 13 SGB VIII bezieht sich dabei auf Beratungs- und Unterstützungsleistungen für junge Menschen auf der Suche nach einer Ausbildung bzw. Arbeit.²¹

Abs. 4 schließlich befasst sich mit dem speziellen Rangverhältnis zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe. Gemäß S. 1 sind Maßnahmen der Jugendhilfe grundsätzlich vorrangig. Eine Ausnahme hiervon regelt S. 2, und zwar hinsichtlich des Bildungspaketes im Rahmen des § 27a Abs. 1 SGB XII²² in Verbindung mit dem gemeinsamen Mittagessen gemäß § 34 Abs. 6 SGB XII. Des Weiteren trifft S. 2 eine differenzierende Regelung für die Zuordnung der Eingliederungshilfe: Die Eingliederung körperlich und geistig behinderter junger Menschen obliegt der Sozialhilfe. Im Gegensatz hierzu und im Einklang mit dem Grundsatz in S. 1 wird die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen indessen der Jugendhilfe zugewiesen. S. 3 schließlich enthält eine Ermächtigung für den Landesgesetzgeber, die Zuständigkeit für den Bereich der Frühförderung unabhängig von der Art der Behinderung vorrangig anderen Leistungsträgern zu übertragen.²³

2.5. Zuordnungsgrundsätze in Literatur und Praxis

Die konkrete Zuordnung von Lebenssachverhalten im Zusammenhang mit der Jugendsozialarbeit entweder in den Anwendungsbereich des § 13 SGB VIII oder des SGB II (III) ist in Literatur und Rechtsprechung mittlerweile weitgehend geklärt. Zusammenfassend lässt sich das Leistungsverhältnis wie folgt darstellen:

Soweit eine konkrete Zuordnung allein nach Maßgabe des § 10 SGB VIII nicht möglich ist, wird auf rechtsdogmatische Zuordnungskriterien zurückgegriffen. So wird die Zuweisung eines konkreten Sachverhaltes zum Regelungsbereich entweder des SGB VIII oder II (und damit auch III) insbesondere anhand des Sinns und Zwecks des jeweils in Betracht gezogenen Sozialgesetzbuches vorgenommen.

Die Zielrichtung des SGB II ist die Vermittlung in Arbeit und die Verhinderung von Hilfebedürftigkeit. Nach § 1 SGB II sollen die Anspruchsberechtigten in ihrer Eigenverantwortung gestärkt werden und unabhängig von der Grundsicherung leben können. Die entsprechenden Leistungen sind etwa darauf auszurichten, dass durch eine Erwerbstätigkeit Hilfebedürftigkeit vermieden oder beseitigt, die Dauer der Hilfebedürftigkeit verringert, die Erwerbsfähigkeit des Hilfebedürfti-

21 Wiesner, Reinhard, in: derselbe (Hrsg.), SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Kommentar, 4. Auflage 2011, § 10 Rn. 29, 30a

22 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Artikel 6a des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057)

23 Vgl. Vondung, Ute, in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.), Sozialgesetzbuch VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Lehr- und Praxiskommentar (Nomos LPK-SGB VIII), § 10 Rn. 2

gen erhalten, verbessert oder wiederhergestellt wird.²⁴

Demgegenüber zielt das SGB III nach Maßgabe des § 1 SGB III darauf ab, dem Entstehen von (Langzeit-)Arbeitslosigkeit entgegenzuwirken, die Dauer der Arbeitslosigkeit zu verkürzen und den Ausgleich von Angebot und Nachfrage auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt zu unterstützen. Im Hinblick auf junge Menschen sieht das SGB III ein umfangreiches Instrumentarium insbesondere für die Förderung von sozial benachteiligten und lernbeeinträchtigten Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor. Hierzu zählen Maßnahmen der Berufsvorbereitung, der Berufsausbildung und der beruflichen Weiterbildung. Darüberhinaus werden die sozialpädagogische Begleitung während einer Berufsausbildungsvorbereitung nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG²⁵), aber auch die Aktivierungs- und Eingliederungshilfen sowie Trainings- und Beschäftigungsmaßnahmen gefördert.²⁶

Das SGB VIII schließlich dient der Förderung und Entwicklung junger Menschen sowie deren Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Dabei soll gemäß § 1 SGB VIII die Jugendhilfe junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen, die Kinder und Jugendlichen gegen Gefahren für ihr Wohl schützen sowie dazu beitragen, positive Lebensbedingung für junge Menschen zu erhalten oder zu schaffen.²⁷

Im Zuge dieser Ziel- und Zweckbestimmung ergeben sich für das Verhältnis zwischen Leistungen nach dem SGB VIII und II folgende Abgrenzungsgrundsätze: Die Jugendsozialarbeit gewährt jungen Menschen einen Soll-Anspruch, wenn sie in erhöhtem Maße einer sozialpädagogischen Unterstützung zu ihrer sozialen Integration bedürfen. Gleichwohl hat der Gesetzgeber mit § 3 Abs. 2 SGB II einen schmaleren Anwendungsbereich des § 13 SGB VIII vorgegeben und die Jugendsozialarbeit insoweit nachrangig gestellt, als die Leistungsträger des SGB II nach § 3 Abs. 2 SGB II für junge Menschen einen unverzüglichen, auf die Erforderlichkeiten im Einzelfall bezogenen Vermittlungsvorrang in Arbeit, Ausbildung und Arbeitsgelegenheit erhalten haben. Während die Leistungsträger des SGB II gesetzlich somit in den Stand von Fachbehörden für Ausbildungs- und Arbeitsvermittlung (junger Menschen) erhoben sind, bleiben die Jugendhilfeträger eine sozialpädagogische Fachbehörde. In diesem Sinne könnte man auch sagen: Wo die spezielle Sozialpädagogik der Jugendsozialarbeit im Rahmen des § 13 SGB VIII anfängt, hört die sachliche Zuständigkeit der Leistungsträger des SGB II auf. Junge Menschen zwischen 15 und 25 Jahren unterliegen nach § 3 Abs. 2 S. 2 SGB II als Leistungsberechtigte dem Vorrang des SGB II dann, wenn vorrangig Ausbildung und nachrangig qualifizierende Beschäftigung nicht daran scheitern, dass wegen des erhöhten Unterstützungsbedarfs nach § 13 Abs. 1 SGB VIII sozialpädagogische Hilfen erforderlich werden. Insgesamt hat sich im Verhältnis zu den Leistungen nach dem SGB II mitt-

24 Vgl. hierzu Parosanu, Andrea, Aufgabenfelder und Schnittstellen von SGB II, III und VIII, Beitrag im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit (BAG-ÖRT), 2006, S.3, beigelegt als **Anlage 4**

25 Berufsbildungsgesetz vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), zuletzt geändert durch Artikel 24 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854)

26 Vgl. hierzu auch Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV), SGB II und Jugendsozialarbeit, Beitrag vom 28.09.2005, Ziffer 1, beigelegt als **Anlage 5**

27 Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV), SGB II und Jugendsozialarbeit, Beitrag vom 28.09.2005, Ziffern 1 und 4, beigelegt als **Anlage 5**

lerweile folgende (konkurrenzlose) Alleinzuständigkeit des § 13 SGB VIII (Jugendsozialarbeit) durchgesetzt²⁸:

- Die Schulsozialarbeit
- Hilfen zur schulischen Ausbildung
- Junge Menschen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sozial benachteiligt sind und/oder Unterstützungsbedarf auf berufliche Eingliederungsförderung haben und deshalb sozialpädagogischer Hilfen bedürfen
- Jugendhilfe für die Altersgruppe der 25- und 26-Jährigen
- Junge nichtdeutsche Menschen, die erwerbsfähig und hilfebedürftig, wegen fehlender Arbeitserlaubnis nicht nach dem SGB II leistungsberechtigt sind und wegen ihres erhöhten Unterstützungsbedarfs sozialpädagogischer Hilfen bedürfen.
- Junge Menschen, die länger als sechs Monate stationär untergebracht sind, gleichgültig, auf welcher Rechtsgrundlage (SGB VIII, SGB XII oder Strafvollzugsgesetz [StVollzG²⁹])
- Sicherung des Lebensunterhaltes junger Menschen
- Junge Menschen, die nach dem SGB II leistungsberechtigt, weil erwerbsfähig und hilfebedürftig sind, aber keinen Antrag auf SGB-Leistungen stellen
- Junge Menschen, für die lediglich sozialpädagogisch begleitetes Wohnen nach § 13 SGB VIII erforderlich ist.

Der Jugendhilfeträger muss schließlich auch dann leisten, wenn der Träger der Grundsicherung seiner Leistungspflicht nicht nachkommt, also keine „bereiten Mittel“ zur Verfügung stehen. Das ist auch dann der Fall, wenn der Leistungsberechtigte erfolglos versucht hat, die Leistung rechtzeitig – auch durch Erlass einer einstweiligen Anordnung gemäß § 86b Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG³⁰) – zu erlangen.³¹

-
- 28 Vgl. Schruth, Peter, Zur Leistungskonkurrenz von SGB II und SGB VIII – Expertengespräch der Kinderkommission des Bundestages zum Thema: „Vorrang der Jugendsozialarbeit und Berufshilfe gemäß SGB VIII gegenüber SGB II“, in: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe (ZKJ) 2009, S. 189-193 (S. 192), beigefügt als **Anlage 6**; zum Folgenden insbesondere auch Kunkel, Peter-Christian, Junge Menschen im „Bermudadriek“ von SGB VIII, SGB III und SGB II, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. (NDV) 2007, S. 397-404 (S. 402), beigefügt als **Anlage 2**; derselbe, Schnittstellen zwischen Jugendhilfe (SGB VIII), Grundsicherung (SGB II) und Arbeitsförderung (SGB III), in: Sozialrecht in Deutschland und Europa (ZFSH/SGB) 2006, S. 76-85 (S. 82), beigefügt als **Anlage 3**; außerdem Parosanu, Andrea, Aufgabenfelder und Schnittstellen von SGB II, III und VIII, Beitrag im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit (BAG-ÖRT), 2006, beigefügt als **Anlage 4**
- 29 Strafvollzugsgesetz vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 581, 2088), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2274)
- 30 Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057)
- 31 Kunkel, Peter-Christian, Junge Menschen im „Bermudadriek“ von SGB VIII, SGB III und SGB II, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. (NDV) 2007, S. 397-404 (S. 402), beigefügt als **Anlage 2**; derselbe, Schnittstellen zwischen Jugendhilfe (SGB VIII), Grundsicherung (SGB II) und Arbeitsförderung (SGB III), in: Sozialrecht in Deutschland und Europa (ZFSH/SGB) 2006, S. 76-85 (S. 82), beigefügt als **Anlage 3**

2.6. Sonderfall: Junge Menschen mit psychischer Erkrankung

Trotz der weitgehenden Verständigung in rechtlicher Hinsicht kritisiert *Meysen*³² bestehende Missstände in tatsächlicher Hinsicht und bezieht sich hierbei auf junge Menschen mit psychischer Erkrankung: So wird bemängelt, dass das SGB II mit seinem System des Forderns und Förderns jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig nicht das bieten könne, was sie bräuchten. Das gesetzliche Ziel einer schnellstmöglichen Eingliederung in Arbeit passe bei diesen jungen Menschen regelmäßig nicht zusammen mit dem oft langwierigen, beschwerlichen und hindernisreichen Verlauf der Verselbstständigung. Fortschritte zeigten sich bei ihnen in kleinen Erfolgen, Brüche und fehlende Verlässlichkeit gehörten zu ihrem Lebensweg. Das Gesetz, so *Meysen* weiter, gestehe den psychisch kranken oder sonst besonders belasteten jungen Menschen diese Umwege jedoch nicht zu. Das SGB II stelle sie wie alle in der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen unter das strengste Sanktionsregime (§ 31 Abs. 5 SGB II). Für den Genesungs- und Verselbstständigungsprozess seien die mit Abwertung und weiterer Benachteiligung verbundenen Sanktionen für diese Personengruppe in aller Regel jedoch kontraindiziert. Das Verbot aus- oder umzuziehen und die erweiterte Unterhaltsverpflichtung der Eltern (§ 22 Abs. 2a SGB II) erschwerten oft die eigentlich notwendige Lösung vom elterlichen Haushalt und damit auch die Verselbstständigung. Der vollständige Entzug von Geldzuwendungen und die vollständige Streichung von Unterkunftskosten gefährdeten viele der jungen Menschen. Häufige Folge seien Wohnungslosigkeit und Verschuldung. Die jungen Menschen würden sich daher frustriert von allen Unterstützungssystemen abwenden, um sich als „Drop-Outs“ in parallele, mehr oder weniger legale und sozialverträgliche Lebenswelten zu begeben.

32 Meysen, Thomas, Kinder- und Jugendhilfe an allen Schnittstellen: zentrale Anlaufstelle, Ausfallbürge, Netzknüpfer, in: JAmt/ZKJ Sonderheft 2010 (Gemeinsames Sonderheft der Zeitschriften Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht – und der Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe), S. 21-24 (S. 22), beigelegt als **Anlage 7**

3. Schnittstellen im Bereich Akutversorgung und medizinische Rehabilitation

3.1. Einleitung

Sektorale und sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen gehören zu den zentralen Problemen des deutschen Gesundheitswesens. Ein mangelhaftes Schnittstellenmanagement kann zu Versorgungslücken führen, die dazu beitragen, dass sich der Gesundheitszustand von Patient(inn)en verschlechtert bzw. sich die Genesung verzögert und dadurch weitere Kosten entstehen. Bereits seit mehreren Jahren hat sich der Gesetzgeber dieser Problematik angenommen und auf eine bessere Vernetzung sowohl der Leistungssektoren als auch der Leistungsträger im gegliederten deutschen Gesundheitssystem hingewirkt. Trotz der gesetzlich vorgegebenen Instrumente sind weiterhin Probleme einer ineffizienten Koordination zwischen den Sektoren und Leistungsträgern festzustellen.

3.2. Schnittstellen zwischen den Versorgungssektoren

3.2.1. Problembereich

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch sektorale Segmentierung gekennzeichnet. Akutversorgung und medizinische Rehabilitation sind zwei Versorgungssektoren im Gesundheitsbereich, die jeweils unterschiedliche Zielsetzungen haben. Während die Akutversorgung der Behandlung bzw. Linderung von akuten gesundheitlichen Beschwerden dient, liegt der Schwerpunkt der Rehabilitation auf der Bearbeitung der individuellen Folgen einer Krankheit bzw. Behinderung.³³ Die medizinische Rehabilitation nimmt dabei den ganzen Menschen in den Blick und zielt darauf ab, im Anschluss an eine Krankenbehandlung den bereits erzielten Behandlungserfolg zu sichern sowie eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder zu mindern.³⁴ Eine strikte Trennung oder Abgrenzung der Akutversorgung von der medizinischen Rehabilitation ist ungeachtet der unterschiedlichen Zielsetzungen nicht möglich, da die medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen beider Bereiche in den Methoden und Behandlungsmaßnahmen zum Teil übereinstimmen.³⁵ Obwohl der Übergang der Sektoren medizinisch gesehen fließend ist, liegen beiden Bereichen unterschiedliche Anreiz- und Vergütungssysteme zugrunde, die auf die wirtschaftliche Zielerreichung innerhalb des entsprechenden Sektors ausgerichtet sind.³⁶ Für die Leistungserbringer wird sektorenübergreifendes Handeln oftmals nicht dem wirtschaftlichen Aufwand entsprechend belohnt.

Zwischen den beiden Versorgungssektoren entstehen Schnittstellenprobleme. Bei einer sektorenübergreifenden medizinischen Behandlung tritt häufig eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung auf. Aufgrund des Wechsels des Leistungserbringers an der Schnittstelle Akutversorgung – medizinische Rehabilitation und damit einhergehenden Kommunikationsproblemen ist eine durch-

33 Luchte, in: jurisPK-SGB VI, § 9, Rn. 54.

34 Vgl. Legaldefinition der Rehabilitationseinrichtung in § 107 Abs. 2 b) SGB V.

35 Deutsche Rentenversicherung (DRV), Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, S. 17.

36 Wasem/Walendzik/Rotter, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, § 1, Rn. 74.

gängige und effiziente Gesundheitsversorgung der Patient(inn)en gefährdet.³⁷ Zu den sektoralen Schnittstellenproblemen gehören generell unnötige Überweisungen, unnötige Parallel- und Doppeluntersuchungen und fehlende Betreuungs- bzw. Pflegeangebote nach einer Akutbehandlung.³⁸ Ein typisches Schnittstellenproblem sind auch zu frühzeitige Entlassungen aus dem Krankenhaus. Mit dem Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser³⁹ wurde statt der bisherigen Abrechnung nach Tagessätzen ein Fallpauschalensystem (nach so genannten Diagnosis Related Groups, kurz DRG) eingeführt. Die vergütete Verweildauer hängt danach von der Fallgruppe ab, in die ein(e) Patient(in) eingestuft wird. Wegen der pauschalen Abrechnung unabhängig von der Verweildauer besteht für die Krankenhäuser ein wirtschaftlicher Anreiz, Patient(inn)en so früh wie möglich nach Hause oder in die (ambulante) Weiterbehandlung zu entlassen. Notwendige Leistungen werden so auf die Nachsorge und Reha verlagert (Stichwort Verschiebebahnhöfe). Die wirtschaftlich motivierte zu frühe Entlassung aus dem Krankenhaus noch vor der Rehabilitationsfähigkeit wird auch als „Blutige Entlassung“ bezeichnet. Patient(inn)en verweilen zwar kürzer pro Fall im Krankenhaus, aber dafür mit mehr aufeinander folgenden Aufenthalten im Krankenhaus (Stichwort Drehtür-Effekt).⁴⁰ Längere Wartezeiten zwischen der Akutbehandlung bis zur medizinischen Rehabilitation lassen eine weitere Gesundheitsgefahr entstehen. Schnittstellenprobleme treten sowohl aus Patientensicht als auch aus Sicht der Leistungserbringer, zum Beispiel in Form von haftungsrechtlichen Unklarheiten auf.⁴¹

3.2.2. Schnittstellenlösungen im SGB

Der Gesetzgeber hat an verschiedenen Stellen des Sozialgesetzbuchs Regelungen zur Integration bzw. Koordinierung der Versorgungsbereiche getroffen. Einige davon werden im Folgenden kurz vorgestellt.

3.2.2.1. SGB IX

Die Vorschriften des SGB IX durchziehen die für die Akutversorgung geschaffenen Regelungen des SGB V und seiner Annexgesetze. Das SGB IX als "Querschnittsgesetz", das für alle Rehabilitationsträger gilt, zielt im Wesentlichen auf die Implementierung der Zielsetzungen der medizinischen Rehabilitation und der trägerübergreifenden Leistungs koordinierung in die Krankenbehandlung ab.⁴²

37 Missmanagement und mangelnde Kommunikation werden mit als Hauptursachen für Behandlungsfehler gesehen: Henrich, Chronische Probleme in deutschen Kliniken, Artikel der Wirtschaftswoche vom 14.03.2012, S. 2.

38 Sachverständigenrat, Sondergutachten 1995, S. 26.

39 Gesetz vom 23.04.2002, BGBl. 2002, Teil I, Nr. 27; Gesetzentwurf vgl. BT-Drucksache 14/6893.

40 Zum Thema umfassend von Eiff / Schüring / Niehues, REDIA - Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation - Ergebnisse einer prospektiven medizinischen-ökonomischen Langzeitstudie 2003–2011; Studienergebnisse zusammenfassend Niermann, DÄBl. 2007, S. A-923 f.; zuletzt von Eiff/Schüring, DÄBl. 2011, S. A-1164.

41 Zu den mit dem Wechsel des Leistungserbringers verbundenen Arzthaftungsfragen insbesondere Gaidzik/Weimer, in: Huster, Krankenhausrecht, § 13 Die Krankenhaushaftung; Vollmöller, ZMGR 2007, 10 ff. und Hart, ZMGR 2007, 59 ff. der auf die Anforderungen an die Leistungserbringer bei der Übergabe der Patienten eingeht.

42 Heine, SGB IX und Akutbehandlung, ZSR 2004, S. 462.

Die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele sowie § 10 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung. (§ 27 SGB IX)

Die Ziele der Rehabilitation (§ 26 SGB IX) und die Grundsätze zur Koordinierung der Leistungen (§ 10 SGB IX) sind gemäß § 27 SGB IX grundsätzlich bei allen medizinisch orientierten Leistungen zu beachten, damit die „Rehabilitationskette“ schon während der Akutbehandlung zum Beispiel in den Krankenhäusern beginnt.⁴³ Damit ist beispielsweise die **Frührehabilitation** als Maßnahme zur Verzahnung von Krankenhausbehandlung und Rehabilitation angesprochen. Mit der durch das SGB IX eingeführten Ergänzung des § 39 SGB V ist diese für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich normiert.⁴⁴ Nach § 39 Abs. 1 S. 3 Hs. 2 SGB V umfasst die akutstationäre Behandlung auch „*die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation*“. Dadurch soll das vorhandene Rehabilitationspotenzial der Patient(inn)en bis zu deren Entlassung bzw. Verlegung genutzt werden.⁴⁵ Das heißt, dass bereits bei der Aufnahme in ein Akutkrankenhaus der Rehabilitationsbedarf des Patienten in die Diagnosestellung einzubeziehen und gegebenenfalls ein Rehabilitationskonzept in die Krankenhausbehandlung zu integrieren ist.⁴⁶ Die Abgrenzung der Frührehabilitation zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation kann im Einzelfall schwierig sein.⁴⁷

3.2.2.2. SGB V

Vorschriften, die eine bessere Vernetzung der Versorgungssektoren Akutversorgung und medizinische Rehabilitation und der jeweils zuständigen Leistungserbringer betreffen, enthält vor allem das SGB V.

Ein zentrales Instrument der sektorenübergreifenden Vernetzung ist die **Integrierte Versorgung**. Sie umfasst Verträge zu integrierten Versorgungsformen (§§ 140a-d), Strukturverträge (§ 73a), Modellvorhaben (§§ 63 bis 65) und strukturierte Behandlungsprogramme (§§ 137f-g). Für die Schnittstelle Akutversorgung – medizinische Rehabilitation sind die seit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000⁴⁸ in den §§ 140a ff. SGB V normierten **Verträge zu integrierten Versorgungsformen** von erheblicher Bedeutung. Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und andere Leistungserbringer können miteinander kooperieren und für den notwendigen Wissensaustausch sorgen. Die Krankenkassen schließen hierzu mit den Leistungserbringern Verträge „*über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung*“ nach §§ 140a bis 140d SGB V ab. Wann genau eine "verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung" vorliegt, wird vom Gesetzgeber selbst nicht näher erläutert, sondern muss durch Auslegung ermittelt wer-

43 Gesetzesentwurf zum Neunten Sozialgesetzbuch, BT-Drs. 14/5074, S. 107.

44 Vgl. BT-Drs. 14/5074, S. 56, 117; allgemein zur Frührehabilitation Oppermann, in: Hauck/Noftz, SGB IX, K § 27.

45 SVR-Gutachten 2003, BT-Drs. 15/530, S. 201.

46 Oppermann, in: Hauck/Noftz, SGB IX, K § 27, Rn. 3.

47 Dazu Sachverständigenrat, Gutachten 2003, BT-Drs. 15/530, S. 202. Die Zuordnung frührehabilitativer Maßnahmen zur Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) beziehungsweise zur Rehabilitation (§ 40 SGB V) ist im Hinblick auf die unterschiedliche Finanzierung relevant. Kritisch zum unscharfen Begriff der Frührehabilitation Vollmöller, ZGMR 2007, S. 70, 71 f.

48 Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000, Gesetz vom 22.12.1999, BGBl I 1999, 2657; zum Gesetzesziel vgl. Gesetzesentwurf BT-Drs. 14/1245, S. 91.

den. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 6. Februar 2008 entschieden, dass auch die Verknüpfung der Akutbehandlung mit der anschließenden medizinischen Rehabilitation Gegenstand eines Integrationsvertrages sein kann.⁴⁹ Die Integrierte Versorgung wird bislang indikationsbezogen insbesondere für Krankheitsbilder angeboten, bei denen komplexe Behandlungsprozesse unter Beteiligung mehrerer medizinischer Leistungserbringer erforderlich sind. Die Teilnahme an einem Vertrag zur Integrierten Versorgung ist für alle Versicherten freiwillig. Bis Ende 2008 wurden die Verträge mit einer Anschubfinanzierung unterstützt. Anfangs wurde die Möglichkeit von Verträgen zu integrierten Versorgungsformen nur zögerlich genutzt. Inzwischen messen die Krankenkassen Selektivverträgen zur sektorenübergreifenden Versorgung eine hohe Bedeutung bei⁵⁰ und es gibt einige Praxisbeispiele, die hierdurch eine Erhöhung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit belegen.⁵¹ Allerdings wurden seit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung viele Verträge gekündigt bzw. nicht verlängert.⁵² Das betrifft vor allem Projekte für Patient(inn)en mit seltenen Erkrankungen, denn diese sind wegen der geringen Teilnehmerzahlen nicht wirtschaftlich.⁵³ Generell wird für die Zukunft der Integrierten Versorgung deren Finanzierbarkeit die entscheidende Rolle spielen.⁵⁴

Strukturierte Behandlungsprogramme gemäß §§ 137 f-g SGB V (so genannte **Disease-Management-Programme, DMP**) sind ein Instrument zur Steuerung verbindlicher und aufeinander abgestimmter Behandlungs- und Betreuungsprozesse über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg.⁵⁵ Im Rahmen eines DM-Programms arbeiten Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen sowie andere Leistungserbringer entlang definierter Behandlungs- und Betreuungspfade zusammen. Ziel der DMP ist, Defizite in der Versorgung chronisch Kranker zu beseitigen und die Vernetzung der Versorgungsbereiche zu stärken. DMP gibt es bislang für Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Koronare Herzerkrankung, COPD und Asthma bronchiale.⁵⁶ Das sektorenübergreifende Konzept der DMP wurde jedoch nur eingeschränkt umgesetzt. Bislang werden weder Prävention und Rehabilitation noch Pflege oder stationäre Versorgung in ausreichendem Maße in die Programme einbezogen bzw. werden die Schnittstellen zu diesen Bereichen zu vage oder gar nicht definiert.⁵⁷

49 BSG, Urteil vom 06.02.2008 (Az.: B 6 KA 5/07 R), zitiert nach juris Rn. 20.

50 von Wildenrath/Krauth/Amelung, Zukunftsmodell sektorenübergreifende Versorgung? – Eine empirische Untersuchung von Krankenkassen, in: Amelung/Eble/Hildebrandt, S. 81, 88. Zur mangelnden Annahme von Gesundheitsnetzwerken allerdings Pitum-Weber, KrV 2011, 291.

51 Berichte von bestimmten Projekten bei Amelung/Eble/Hildebrandt (Hrsg.), Innovatives Versorgungsmanagement, beispielsweise S. 187 ff., S. 215 ff.,

52 Amelung, Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, in: Amelung/Eble/Hildebrandt, S. 10 und von Wildenrath/Krauth/Amelung, Zukunftsmodell sektorenübergreifende Versorgung? – Eine empirische Untersuchung von Krankenkassen, a.a.O., S. 83.

53 von Wildenrath/Krauth/Amelung, Zukunftsmodell sektorenübergreifende Versorgung? – Eine empirische Untersuchung von Krankenkassen, a.a.O., S. 85, 88.

54 Amelung, Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, a.a.O., S. 15 f.

55 Vgl. Gesetzentwurf zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, BT-Drs. 14/7123, S. 13.

56 Gemeinsamer Bundesausschuss, <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/dmp/rsav/>.

57 Zu eventuellen Ursachen und Verbesserungsvorschlägen: Sachverständigenrat, Gutachten 2003, BT-Drs. 15/530, S. 242 ff.; Kritik auch von Seiten der Deutschen Rentenversicherung, vgl. Rahmenkonzept, S. 15.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007 wurden weitere Maßnahmen in das SGB V eingefügt, um die Schnittstellenproblematik zu überwinden und Patienten einen reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege zu ermöglichen.⁵⁸ Beispielsweise wurde § 11 Abs. 4 SGB V neu gefasst, der einen Rechtsanspruch des Versicherten auf ein **Versorgungsmanagement** beinhaltet. Dieses koordiniert den Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die jeweiligen Leistungserbringer (Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen) sollen dazu untereinander die erforderlichen Informationen austauschen und mit Unterstützung der Kostenträger für eine sachgerechte Anschlussversorgung sorgen. Die oder der Versicherte nimmt freiwillig am Versorgungsmanagement teil. Erforderlich ist ihre/seine Einwilligung in die Übermittlung von Behandlungsdaten nach vorheriger Aufklärung. Über das Versorgungsmanagement können Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach §§ 140a bis 140d oder zwei- bzw. dreiseitige Verträge nach §§ 112, 115 SGB V geschlossen werden.⁵⁹ Das gesetzlich vorgegebene Versorgungsmanagement wurde bisher nicht in dem gewünschten Umfang umgesetzt und genutzt. Nicht alle Krankenhäuser bieten diese Leistung an.⁶⁰

Auch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 hat die Verbesserung der Verzahnung der Leistungssektoren zum Ziel.⁶¹ Der mangelhaft umgesetzte Anspruch auf Versorgungsmanagement wurde deshalb konkret auf das **Entlassmanagement** nach einem Krankenhausaufenthalt konzentriert, da beim Übergang zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus zu einer Anschlussversorgung die meisten Probleme auftreten.⁶² Im neugefassten § 39 Abs. 1 S. 4 SGB V wird das Entlassmanagement als Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung konkretisiert. Adressaten der Vorschriften sind die Leistungserbringer. Wie beim Versorgungsmanagement auch sorgen diese für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Dabei sind sie von den Krankenkassen zu unterstützen. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig und erfordert eine Einwilligung. Gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 7 SGB V regeln zweiseitige Verträge das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements. Ob der Anspruch auf Entlassmanagement zur Lösung der Schnittstellenproblematik erfolgreich umgesetzt wird, bleibt abzuwarten.

An der Schnittstelle Akutbehandlung – medizinische Rehabilitation kann ein Bedarf nach **häuslicher Krankenpflege** entstehen, wenn die aus dem Krankenhaus entlassene Person noch nicht selbständig den Haushalt führen kann. Hier kommen Maßnahmen nach §§ 37, 38 SGB V in Betracht. In der Praxis werden diese Leistungen gegenüber den Antragsteller(inne)n allerdings meist abgelehnt.⁶³

58 BT-Drucksache 16/3100, S. 90.

59 Näher zum Versorgungsmanagement Noftz in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 11, juris.

60 Gesetzentwurf zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, BT-Drs. 17/6906, S. 55, zu Nr. 8.

61 BT-Drs. 17/6906, S. 2.

62 Vgl. BT-Drs. 17/6906, S. 55, zu Nr. 8.

63 Mit der Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung beschäftigt sich ein Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, BT-Drs. 17/2924.

3.2.2.3. SGB VI

Da die gesetzliche Rentenversicherung zwar Rehabilitationsträger ist (vgl. § 15 SGB VI), aber die akutmedizinische Behandlung grundsätzlich nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fällt (§ 13 Abs. 2 Nr. 1),⁶⁴ enthält das SGB VI keine Regelungen zu dieser Schnittstelle.

3.2.2.4. SGB VII

Nach § 27 SGB VII umfasst die Heilbehandlung neben der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Der gesetzliche Leistungsauftrag der Unfallversicherung erstreckt sich somit von der Akutbehandlung über die Rehabilitation und Teilhabe bis hin zur Pflege und Erbringung von Geldleistungen. Wegen dieses **Universalauftrages „aus einer Hand“** sind Abgrenzungsfragen, so vor allem zur Grenzziehung zwischen Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation, nicht von solcher Relevanz wie etwa für die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung.⁶⁵

Gemäß § 26 Abs. 4 S. 1 SGB VII haben *„Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Teilhabe [...] dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“* Mit den Begriffen „Qualität und Wirksamkeit“ ist das Rehabilitationsmanagement (**„Reha-Management“**) der Unfallversicherungsträger angesprochen. Gemäß dem gesetzlichen Auftrag, dafür zu sorgen, dass *„jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält“* (§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I), haben die Unfallversicherungsträger das Reha-Management entwickelt und hierzu gemeinsame Rahmenbedingungen in dem Handlungsleitfaden *„Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung“* zusammengefasst.⁶⁶ Reha-Management ist die umfassende Planung, Koordinierung und zielgerichtete, aktivierende Begleitung der medizinischen Rehabilitation. Ein(e) Mitarbeiter(in) der Unfallkasse fungiert als Reha-Manager(in) und koordiniert von Beginn der medizinischen Behandlung an bis zur beruflichen Wiedereingliederung die Abläufe mit den einzelnen Leistungserbringern. Außerdem begleitet die/der Reha-Manager(in) die Versicherten auf dem ganzen Weg der Rehabilitation.

64 Vgl. Stähler in: jurisPK-SGB VI, § 13 SGB VI, Rn. 17.

65 Stähler, in: jurisPK-SGB VII, § 26, Rn. 7.

66 DGUV, Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung - Handlungsleitfaden.

3.3. Schnittstellen zwischen den Leistungsträgern⁶⁷

3.3.1. Problembereich

Beim Übergang zwischen den Sektoren Akutversorgung und medizinische Rehabilitation findet häufig auch ein Wechsel des Leistungsträgers statt. Grundsätzlich zuständig für die Akutversorgung sind insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung. Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden gemäß § 6 SGB IX von den gesetzlichen Krankenkassen, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der Alterssicherung der Landwirte, den Trägern der Kriegsopferversorgung und den Trägern der Kriegsopferfürsorge, den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe und den Trägern der Sozialhilfe erbracht. Bei der Zuständigkeitsabgrenzung der Leistungsträger treten Schnittstellen auf, wenn versicherter Personenkreis, Versicherungsfall und Zielrichtung der zu erbringenden Leistungen die Zuständigkeit mehrerer Leistungsträger begründen. Für den Laien ist auf den ersten Blick oft nicht erkennbar, wer "der richtige" Leistungsträger ist. Abgrenzungsregelungen und Einzelausnahmen sind an verschiedenen Stellen des Sozialgesetzbuchs und teilweise in Richtlinien oder Empfehlungen normiert. Eine langwierige Klärung der sozialrechtlichen Zuständigkeit bedeutet für Patient(inn)en eine verzögerte Leistungserbringung. Instrumente zur Zusammenarbeit der Leistungsträger und zur Koordinierung der Leistungen sollen daher einen beschleunigten Zugang zu den erforderlichen Leistungen gewährleisten und kostenintensive Wartezeiten vermindern. Allerdings ist auch bei den Schnittstellen zwischen den Leistungsträgern eine teilweise mangelhafte Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften zu konstatieren.⁶⁸

3.3.2. Zuständigkeitsregelungen

Nach § 12 S. 2 SGB I ergibt sich die Abgrenzung der Zuständigkeit der Leistungsträger aus den besonderen Teilen des Sozialgesetzbuchs. Für die medizinische Rehabilitation normiert § 7 Satz 2 SGB IX: *Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.* Zuerst muss am konkreten Fall geprüft werden, ob die erforderliche Leistung grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich eines Leistungsträgers fällt⁶⁹ und ob die jeweiligen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Leistung nach den besonderen Teilen des Sozialgesetzbuchs erfüllt sind.

67 Die Zuständigkeitsabgrenzung der Leistungsträger kann an dieser Stelle nur überblicksartig erfolgen. Einen Leitfaden zur Zuständigkeitsabgrenzung bietet für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe das Handbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation, das von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) herausgegeben wird; abzurufen unter http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitsmaterialien/downloads/Handbuch_GS_neu.pdf und die von der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe herausgegebene Orientierungshilfe zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen: http://www.lwl.org/spur-download/bag/orientierungshilfe_schnittstellenpapier_24112009.pdf. Im Einzelnen wird auf Kommentarliteratur zu den Vorrangregelungen verwiesen.

68 Fuchs, Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation, passim, zum Beispiel S. 34; Zusammenfassend zu den einzelnen Instrumenten und deren Umsetzung Welti, SGB 2008, 321, 329 ff., beigefügt als Anlage 1.

69 Das SGB I zählt in den §§ 18-29 die einzelnen Sozialleistungen und die dafür zuständigen Leistungsträger auf.

Kommen danach für eine bestimmte Sozialleistung mehrere Träger in Betracht, entscheidet sich die Zuständigkeit nach Vorrangregelungen.

Die **gesetzliche Krankenversicherung** ist gemäß §§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 ff. SGB V Leistungsträger für die Krankenbehandlung. Für Leistungen der medizinischen Rehabilitation ist sie zuständig (§§ 11 Abs. 2, 40 ff. SGB V), soweit diese nicht durch andere Träger der Sozialversicherung erbracht werden können (**§ 40 Abs. 4 SGB V**).

Die **gesetzliche Unfallversicherung** ist gemäß §§ 26 ff. SGB VII zuständiger Leistungsträger für die Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die durch Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten erforderlich werden. Zwischen gesetzlicher Unfallversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung bestehen Schnittstellen in Bezug auf einen weitgehend deckungsgleichen versicherten Personenkreis (§ 2 SGB IV), der wesentlichen Übereinstimmung des Versicherungsfalles und der Gleichartigkeit der zu erbringenden Leistungen.⁷⁰ Im Verhältnis zur gesetzlichen Unfallversicherung ist die gesetzliche Krankenversicherung subsidiär (**§ 11 Abs. 5 SGB V**).⁷¹

Die **gesetzliche Rentenversicherung** ist grundsätzlich nicht zuständig für Leistungen der Akutversorgung. In Abgrenzung zur Krankenversicherung, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel erbringt, drohende Gefahren für die Gesundheit abzuwehren, setzt die Zuständigkeit der Rentenversicherung nach § 10 SGB VI zusätzlich eine gesundheitsbedingte erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit voraus. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (§§ 9 ff. SGB VI) oder der **Alterssicherung der Landwirte** (§§ 7 ff. Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte) vorrangig zuständig. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit werden durch die Rentenversicherungsträger nicht erbracht, es sei denn, die Behandlungsbedürftigkeit tritt während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein (§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI). In diesem Fall ist der Rentenversicherungsträger zuständig und erbringt im Benehmen mit dem Träger der Krankenversicherung für diesen die Leistungen zu Krankenbehandlung.⁷² Entsprechend der Ausnahme in **§ 40 Abs. 4 SGB V** besteht kein Vorrang der gesetzlichen Rentenversicherung bei Leistungen nach § 31 SGB VI, wie beispielsweise Nach- und Festigungskuren bei Geschwulsterkrankungen oder Kinderkuren. Diese Leistungen sind gleichrangig mit zweckgleichen Leistungen der Krankenversicherung, so dass der zuerst angegangene Träger zuständig ist.⁷³ Speziell bei Abhängigkeitserkrankungen regelt die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001⁷⁴, dass für die Entzugsbehandlung grundsätzlich die Krankenversicherung zuständig ist, für die Entwöhnungsbehandlung die Rentenversicherung.

70 Hahne, in: Terbille, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, § 4, Rn. 13 f.

71 Speziell zu den Leistungskonkurrenzen bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nach dem SGB V und SGB VII siehe Kapitel 4.

72 Oppermann in: Hauck/Noftz, SGB IX, K § 26, Rn. 15.

73 Welti, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 40, Rn. 21.

74 http://www.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_26ANL1.

Die **Träger der sozialen Entschädigung** sind nach §§ 9, 10 ff., 25 ff. Bundesversorgungsgesetz (BVG) zuständig für Krankenbehandlung und Leistungen zur Teilhabe bei Gesundheitsschäden, die zum Beispiel im Rahmen von Einsätzen der Bundeswehr, Wehr- oder Zivildienst entstanden sind. Gegenüber den Krankenkassen sind sie bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation vorrangig zuständig. Bei der Durchführung der Heil- und Krankenbehandlung wirken gemäß § 24 Abs. 2 S. 2 SGB I die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit.

Die **Träger der öffentlichen Jugendhilfe** leisten als Rehabilitationsträger nach § 35a SGB VIII Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche. Gemäß **§ 10 Abs. 1 SGB VIII** ist die Jugendhilfe grundsätzlich nachrangig gegenüber der Krankenversicherung und anderen Leistungsträgern.⁷⁵

Die **Träger der Sozialhilfe** leisten ebenfalls als nachrangige Rehabilitationsträger (§§ 2, 53, 54 SGB IX) Eingliederungshilfe. Leistungen für behinderte Kinder und Jugendliche werden sowohl nach dem SGB XII als auch nach dem SGB VIII erbracht. Das Verhältnis der Jugendhilfe zur Sozialhilfe bestimmt sich nach **§ 10 Abs. 4 SGB VIII**: *Die Leistungen nach diesem Buch gehen Leistungen nach dem Zwölften Buch vor. Abweichend von Satz 1 gehen Leistungen nach § 27a Absatz 1 in Verbindung mit § 34 Absatz 6 des Zwölften Buches und Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Zwölften Buch für junge Menschen, die körperlich oder geistig behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, den Leistungen nach diesem Buch vor. Landesrecht kann regeln, dass Leistungen der Frühförderung für Kinder unabhängig von der Art der Behinderung vorrangig von anderen Leistungsträgern gewährt werden.*

Die Zuordnung zum System der Jugendhilfe oder der Sozialhilfe nach der Vorrangregelung des § 10 Abs. 4 SGB VIII bereitet in der Praxis erhebliche Probleme, insbesondere wegen der Anknüpfung an die Art der Behinderung. Diese ist nicht immer eindeutig zu bestimmen. Zudem bestehen Unklarheiten bei Mehrfachbehinderungen. Schwierigkeiten ergeben sich daher häufig in den Grenzbereichen geistige Behinderung / seelische Behinderung, geistige Behinderung / Lernbehinderung, Eingliederungshilfebedarf / erzieherischer Bedarf.⁷⁶

3.3.3. Schnittstellenlösungen

Um mangelhafte Schnittstellen abzubauen, enthält die **gesamte Sozialrechtsordnung** Vorschriften zur Leistungscoordination von Leistungsträgern, zum Beispiel §§ 16, 17 SGB I (Weiterleitung von Anträgen, Grundsätze zur Ausführung von Leistungen), § 11 Abs. 4 SGB V (Versorgungsmanagement), § 81 SGB VIII (Zusammenarbeit mit anderen Stellen), § 10 SGB IX (Koordinierung der Leistungen), § 12 SGB IX (Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger), § 13 SGB IX (Gemeinsame Empfehlungen), § 17 Abs. 1 SGB IX (Ausführung von Leistungen), § 17 Abs. 2-4 SGB IX (Trägerübergreifendes persönliches Budget), § 19 Abs. 6 SGB IX (Arbeitsgemeinschaften), § 86 SGB X

75 Ausführlich zum Überschneidungsbereich zwischen Jugendhilfe und Krankenversicherung bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation Kunkel, § 35a SGB VIII aus rechtlicher und rechtspolitischer Sicht, S. 6 ff.

76 Zum Ganzen Orientierungshilfe zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen, herausgegeben von der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, S. 31 ff. Vgl. auch Pitschas, SGB 2009, 253.

(Zusammenarbeit), § 92c Abs. 2 SGB XI (Koordinierung durch Pflegestützpunkte) und § 4 SGB XII (Zusammenarbeit).⁷⁷

Insbesondere das SGB IX hat für den **Bereich der Rehabilitation** die zielgerichtete Zusammenarbeit der zuständigen Träger auf der Grundlage harmonisierter Rechtsvorschriften zum Ziel. Die Rehabilitationsträger sollen die im Einzelfall notwendigen Rehabilitationsziele und -leistungen trägerübergreifend so bestimmen, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht der leistungsberechtigten Bürger(innen) wie „aus einer Hand“ erscheinen.⁷⁸

Nach § 4 Abs. 2 S. 2 SGB IX erbringen die Rehabilitationsträger *„die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden“*. Da sich in der Praxis wegen des unterschiedlichen Leistungsrahmens der einzelnen Leistungsträger ein Trägerwechsel nicht immer vermeiden lässt, ist dieser Anforderung durch Zusammenarbeit nachzukommen.⁷⁹

Ein Instrument zur Zusammenarbeit der Leistungsträger sind **gemeinsame Empfehlungen** auf Grundlage der §§ 12, 13 SGB IX.⁸⁰ Den gemeinsamen Empfehlungen kommt nach Rechtsauffassung des Bundessozialgerichts allerdings keine Bindungswirkung gegenüber den Bürger(inne)n zu.⁸¹ Kritisch gesehen wird zudem die mangelhafte Umsetzung des § 13 SGB IX in der Praxis. Auf eine gemeinsame Empfehlung zur Früherkennung und Frühförderung konnte sich nicht geeinigt werden.⁸²

Auf Grundlage des § 22 SGB IX sind **gemeinsame Servicestellen** eingerichtet worden, die in allen Fragen der Rehabilitation und Teilhabe als Anlaufstelle zur Verfügung stehen und insbesondere klären sollen, welcher Rehabilitationsträger für die erforderlichen Leistungen zuständig ist.⁸³ Obwohl vom Gesetzgeber mit den Servicestellen eine gemeinsame Institution der Beratung und des Fallmanagements intendiert war, haben die Rehabilitationsträger die Servicestellen zumeist als zusätzliche Institution neben und in den bestehenden Strukturen umgesetzt.⁸⁴ Die Verbände selbst beschreiben die Gemeinsamen Servicestellen als *„kein konzeptionelles, sondern ein Umsetzungsproblem“*.⁸⁵

77 Aufzählung bei Luthe, in: jurisPK-SGB IX, § 10, Rn. 5.

78 BT-Drs. 14/5074, S. 1, 93, 101.

79 Götze, in: Hauck/Noftz, SGB IX, K § 4, Rn. 13.

80 Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) abrufbar auf deren Homepage unter <http://www.bar-frankfurt.de/46.html>.

81 BSG, Urteil vom 17.06.2008 (Az.: B 1 KR 31/07 R), zitiert nach juris Rn. 33 mit Verweis auf die Begründung im Gesetzentwurf zum SGB IX, BT-Drs. 14/5074, S. 101 f.

82 Welti, SGB 2008, 321, 329.

83 Liste der Reha-Servicestellen <http://www.reha-servicestellen.de/>; weitere Informationen zu den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation: <http://www.bar-frankfurt.de/117.html>.

84 Welti, SGB 2008, 321, 329.

85 Dritter Bericht der BAR über die Gemeinsamen Servicestellen nach § 24 Abs. 2 SGB IX vom 16. Februar 2011 (Bericht 2010), S. 39, abrufbar unter <http://www.bar-frankfurt.de/117.html>.

Gemäß § 14 SGB IX muss innerhalb enger Fristen die Zuständigkeit geprüft und der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gegebenenfalls an einen anderen Leistungsträger innerhalb von zwei Wochen weitergeleitet werden.⁸⁶ Ziel dieser **Zuständigkeitsklärung** ist die möglichst schnelle Sicherung der Leistungserbringung.⁸⁷ Problematisch sind Fälle, in denen die Grenzen zwischen den Leistungsgruppen betroffen sind oder Fälle mit einer komplizierten Rechtsproblematik, die dann im Rahmen eines Erstattungsverfahrens zwischen den Leistungsträgern geklärt werden müssen.⁸⁸

Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Instrumenten zur Lösung der Schnittstellenproblematik werden weiterhin bei **Rahmenverträgen nach § 21 SGB IX**⁸⁹ und der Leistungsform des trägerübergreifenden **Persönlichen Budgets** beklagt.⁹⁰

3.4. Zusammenfassung

Trotz zahlreicher Instrumente zur Vernetzung der Sektoren (siehe Punkt 2.2) und zur Koordination der Leistungsträger (Punkt 3.3) bleiben Schnittstellen im Bereich der Akutversorgung und der medizinischen Rehabilitation ein unzureichend gelöstes Problem. Schnittstellen sind einem gegliederten Sozialversicherungssystem immanent. Problemursachen sind deshalb nicht fehlende oder unzureichende Rechtsvorschriften, sondern in erster Linie die mangelnde oder mangelhafte Umsetzung der gesetzlich vorgegebenen Regelungen sowohl durch die Leistungserbringer als auch durch die Leistungsträger. Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe ist durch das SGB IX ein trägerübergreifendes Konzept geschaffen worden. Ein eventueller gesetzlicher Nachbesserungsbedarf besteht daher für den Bereich der Akutversorgung.

86 Dazu vgl. die Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens (Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung), abzurufen unter <http://www.bar-frankfurt.de/2623.html>.

87 BT-Drs. 14/5074, S. 102.

88 Hier haben sich nach der Rechtsprechung mehrere Fallgruppen gebildet, vgl. Götze, in: Hauck/Noftz, SGB IX, K § 14 mit weiteren Nachweisen.

89 Heine, Kooperation von Leistungsträgern und Leistungserbringern, S. 4; Welti, SGb 2008, 321, 329 f.

90 Welti, SGb 2008, 321, 331 f.

4. Leistungskonkurrenzen bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nach dem SGB V und SGB VII

4.1. Einleitung

Nach § 11 Abs. 1 Nr. 4 in Verbindung mit § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V⁹¹ haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung⁹² Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst gemäß § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V unter anderem die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln im Sinne der §§ 32 f. SGB V, soweit sie nicht nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind. Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung⁹³ haben nach Eintritt eines Versicherungsfalls im Sinne des § 7 Abs. 1 SGB VII⁹⁴, d. h. bei einem Arbeitsunfall (vgl. § 8 SGB VII) oder einer Berufskrankheit (vgl. § 9 SGB VII), gemäß § 26 Abs. 1 Satz 1 SGB VII Anspruch auf Heilbehandlung, die nach § 27 Absatz 1 Nr. 4 SGB VII unter anderem auch die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln umfasst. Damit stellt sich die Frage, welcher der beiden Sozialversicherungsträger für die Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln zuständig bzw. leistungspflichtig ist, wenn Versicherte gleichzeitig in der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung versichert sind und die Gesundheitsstörung Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung ist. Die nachfolgenden Ausführungen machen deutlich, dass der Gesetzgeber die Zuständigkeitsabgrenzung zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Unfallversicherungsträgern in derartigen Fallkonstellationen historisch betrachtet in unterschiedlicher Weise vorgenommen hat.

4.2. Rechtslage bis zum 31. Dezember 1990

Um Doppelleistungen zur Wiederherstellung der Gesundheit zu vermeiden⁹⁵, bestimmte §§ 565 Abs. 1 Satz 1 Reichsversicherungsordnung (RVO)⁹⁶ in der bis zum 31. Dezember 1990 geltenden Fassung, dass die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber ihren Versicherten, die gleichzeitig Versicherte der Unfallversicherung waren, die notwendige Krankenbehandlung und andere Leistungen nach den Vorschriften der Krankenversicherung auch dann zu erbringen hatten, wenn die Krankheit auf einem Versicherungsfall der Unfallversicherung, nämlich Arbeitsunfall und Berufskrankheit, beruht. Insoweit bestanden gemäß § 565 Absatz 1 Satz 2 RVO keine Ansprüche der Versicherten der Unfallversicherung auf Heilbehandlung und Leistungen in Geld

91 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl I, S. 2057)

92 Zum versicherten Personenkreis vergleiche §§ 5 - 10 SGB V

93 Zum versicherten Personenkreis in der gesetzlichen Unfallversicherung vgl. die Regelungen in den §§ 2 - 6 SGB V

94 Siebtes Sozialgesetzbuch - gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl I S. 1257), zuletzt geändert durch Artikel des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl I S. 3057)

95 Vgl. Peters KV (SGBV), § 11 Randnr. 32

96 Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 (RGBl. S. 509), in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Dezember 1924 (RGBl. I S. 779), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Achten Gesetzes zur Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes vom 14. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2602)

während der Heilbehandlung nach den §§ 557 bis 562 sowie auf Hilfsmittel nach § 564 RVO. Hatte der Krankenversicherungsträger Leistungen bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit erbracht, so sah § 1504 RVO bis zum 31. Dezember 1988 unter den dort näher bezeichneten Voraussetzungen die Erstattungspflicht des Unfallversicherungsträgers gegenüber der Krankenkasse vor. In der Zeit vom 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 1990 richtete sich der Erstattungsanspruch des Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung gegen den Unfallversicherungsträger nach Artikel 63 Abs. 1 Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988⁹⁷, der in seiner Funktion als Erstattungsvorschrift den am 1. Januar 1989 durch Artikel 5 Nr. 36 GRG außer Kraft gesetzten § 1504 RVO ersetzte. Artikel 63 Abs. 1 GRG sah vor, dass die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in der o.g. Übergangszeit vom 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 1990 den Krankenkassen alle aus Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten entstandenen Aufwendungen zu erstatten hatten. Die vorgenannten Regelungen in § 1504 RVO bzw. Artikel 63 Abs. 1 GRG führten jedoch häufig zu Meinungsverschiedenheiten und gerichtlichen Verfahren⁹⁸. Nur im Rahmen eines begleitenden Heilverfahrens gem. § 565 Abs. 2 RVO leisteten die Unfallversicherungsträger unmittelbar an die Versicherten⁹⁹. Insgesamt ist damit festzustellen, dass nach dem bis zum 31. Dezember 1990 geltenden Recht grundsätzlich eine Vorleistungspflicht der Krankenkassen bestand¹⁰⁰.

4.3. Rechtslage seit dem 1. Januar 1991

4.3.1. Allgemeines

Durch die auf Artikel 1 des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988¹⁰¹ zurückgehende Bestimmung des § 11 Abs. 4 SGB V alter Fassung hat der Gesetzgeber die bisherige Vorleistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit ausgeschlossen und eine grundsätzliche Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger in diesen Fällen begründet. Damit sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung auf die Erweiterung ihrer Zuständigkeit einstellen konnten (z.B. durch Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern), bestimmte Artikel 79 Abs. 4 GRG, dass die Regelung in § 11 Abs. 4 SGB V alter Fassung erst am 1. Januar 1991 in Kraft trat¹⁰² und § 565 RVO bis zum 31. Dezember 1990 fortgalt¹⁰³. Im Hinblick auf die für die Übergangszeit bis zum 31. Dezember 1990 begrenzte Weitergeltung des § 565 RVO ist für denselben Zeitraum im Verhältnis zwischen den Krankenversicherungsträgern

97 BGBl. I S. 2477

98 Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 11 SGB V Randnr. 26

99 Vgl. z.B. BSG SozR 2002 § 183 Nr. 20; Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 11 SGB V Randnr. 26

100 Allgemeine Auffassung, vgl. z.B. BSGE 45, 221 (222 f) = SozR 2002 § 1504 Nr. 5; BSGE 83, 103 (104); Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 11 SGB V Randnr. 26; Noftz, in: Haock/Noftz, § 11 SGB V Randnr. 71

101 Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477)

102 Vgl. die amtliche Begründung zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheit-Reformgesetz - GRG), in: BT-Drucksache 11/2237, S. 163 zu § 11 Abs. 3 SGB V

103 Vgl. Artikel 79 Abs. 4 in Verbindung mit Artikel 5 Nr. 20 GRG sowie die amtliche Begründung zu Artikel 70 Abs. 2 - jetzt Artikel 79 Abs. 4 GRG -, in: BT-Drucksache 11/2237 S. 274

und den Trägern der Unfallversicherung – wie bereits erwähnt – die Erstattungsregelung des Artikels 63 GRG an die Stelle des aufgehobenen § 1504 RVO getreten¹⁰⁴. Durch Artikel 1 Nr. 7b des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV - BSG) vom 26. März 2007¹⁰⁵ wurde die mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) eingeführte Regelung in § 11 Abs. 4 SGB V alter Fassung abgelöst und mit Wirkung vom 1. April 2007 ohne inhaltliche Änderung in den heutigen Abs. 5 des § 11 SGB V umgewandelt. § 11 Abs. 5 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, der verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist¹⁰⁶, enthält – systematisch betrachtet – eine kollisionsrechtliche Regelung und schließt als Norm zur Regelung der Leistungs(System)konkurrenz Leistungsansprüche gegen die gesetzliche Krankenversicherung aus, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind¹⁰⁷. Tritt mithin als einer der Versicherungsfälle ein Arbeitsunfall (§ 7 Abs. 1 in Verbindung mit § 8 SGB VII) oder eine Berufskrankheit (§ 7 Abs. 1 in Verbindung mit § 9 SGB VII) ein, so schließt dies die Leistungspflicht der Krankenversicherung aus, so dass ausschließlich die gesetzliche Unfallversicherung leistungspflichtig ist. Damit ist die Kooperation von Leistung und eine Doppelzuständigkeit von Kranken- und Unfallversicherungsträgern ausgeschlossen¹⁰⁸. Dies entspricht dem Normzweck des § 11 Abs. 5 SGB V, der darin besteht, die Leistungs-/Zuständigkeitsbereiche von gesetzlicher Krankenversicherung und gesetzlicher Unfallversicherung klar voneinander abzugrenzen¹⁰⁹. Die im Gesetzgebungsverfahren des Rentenreformgesetzes 1992 vom 18. Dezember 1989¹¹⁰ vom Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuss) im Gesetzgebungsverfahren zu Artikel 4 Nr. 5 RRG 1992¹¹¹ geäußerte Vorstellung, die gesetzliche Krankenversicherung vom Risiko jeglicher – also auch nicht unfallversicherter – beruflich bedingter Unfälle und Krankheiten zu entlasten¹¹², änderte daran nichts. Sie wurde weder umgesetzt – dies hätte zumindest auf klare, eindeutige Weise geschehen müssen¹¹³ – noch wäre diese Absicht verfassungsrechtlich haltbar¹¹⁴. Der Gesetzgeber des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes vom 7. August 1996¹¹⁵ ist zwar von einer – nunmehr erreichten „strikten Zuständigkeitsabgrenzung

104 Vgl. die amtliche Begründung zu Artikel 58 - jetzt Artikel 63 GRG -, in: BT-Drucksache 11/2237, S. 272

105 BGBl. I S. 368

106 Vgl. BSG NZS 2003, S. 479

107 Vgl. etwa Noftz in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V Randnr. 64; Jussen in: Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, § 11 SGB V Randnr. 15

108 Vgl. Becker/Kingreen in: Becker/Kingreen, SGB V §, 11 Randnr. 32

109 Vgl. die Begründung zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheit-Reformgesetz - GRG) zu § 11 Abs. 3 SGB V, in BT-Drucksache 11/2237 S. 163

110 Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung (Rentenreformgesetz 1992 - RRG 1992), BGBl. I S. 2261

111 Änderung von § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V

112 Vgl. den Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuss), in: BT-Drucksache 11/5530, S. 60 f; ebenso BMA, Rundschreiben vom 8. Februar 1990, in: Bundesarbeitsblatt (BABl) 1990 S. 4,74

113 Vgl. BSG SozR 2200 § 539 RVO Nr. 43 = SGB 1999, S. 417 (418 f; Noftz in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V Nr. 64

114 Vgl. BSGE 77, 98 (99); Noftz in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V Randnr. 64

115 Gesetz zur Einordnung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung in das Sozialgesetzbuch (Unfallversicherung-Einordnungsgesetz - UVEG) vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254) Artikel 4 Nr. 2, 3661: Änderung von § 49 Abs. 1 Nr. 3 und Einfügung von Nr. 3a SGB V mit Wirkung vom 1. Januar 1997

zwischen Unfallversicherung und Krankenversicherung“ ausgegangen¹¹⁶. Er hat aber – in dem hier in Rede stehenden Zusammenhang relevant – klargestellt, dass der Grundsatz des § 11 Abs. 4 (heute Abs. 5) SGB V zum Inhalt hat, dass auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (nur dann) kein Anspruch besteht, „wenn die gesetzliche Unfallversicherung leistungs verpflichtet ist“¹¹⁷. Entscheidend ist letztlich, dass § 11 Abs. 5 SGB V systemgerecht unverändert geblieben ist, da die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung – wie bereits erwähnt – prinzipiell unabhängig vom Entstehungsgrund der Krankheit und damit von Qualitätserwägungen ist¹¹⁸.

4.3.2. Voraussetzungen und Grenzen der Ausschlusswirkung nach § 11 Abs. 5 SGB V

§ 11 Abs. 5 SGB V schließt Ansprüche gegen die gesetzliche Krankenversicherung aus, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. Doch gilt insofern nach in Rechtsprechung und Literatur ganz überwiegend vertretener Auffassung kein genereller Vorrang der Unfallversicherung bzw. umgekehrt, keine ausschließliche Zuständigkeit der Unfallversicherung. Die Verweisung auf die Folgen eines „Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung“ in § 11 Abs. 5 SGB V sowie auch die Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung „bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten“ in der Gesetzesbegründung¹¹⁹ gebietet vielmehr eine Beschränkung des Leistungsausschlusses auf diejenigen Fälle, in denen Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung tatsächlich bestehen¹²⁰. Für diese Lesart spricht insbesondere der Wortlaut des § 11 Abs. 5 SGB V, demzufolge Leistungen nach dem SGB V nur dann ausgeschlossen sind, „wenn sie“ als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung „zu erbringen sind“. Dies bedeutet, dass tatbestandliche Voraussetzung für einen Ausschluss der krankenversicherungsrechtlichen Leistungspflicht die konkrete Leistungspflicht unter Zuständigkeit eines Unfallversicherungsträgers ist¹²¹. Auf diese Weise sollen die Leistungs- und Zuständigkeitsbereiche dieser beiden Zweige der Sozialversicherung klar voneinander abgegrenzt werden¹²². Unerheblich ist allerdings, ob die Leistungspflicht von einem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung durch Verwaltungsakt (Anerkennungsbescheid) festgestellt ist oder tatsächlich erfüllt wird. Die Formulierung „... zu erbringen sind“ in § 11 Abs. 5 SGB V ist daher dahin zu verstehen, dass ein Anspruch auf Leistungen wegen eines Arbeitsun-

116 Vgl. die Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Einordnung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung in das Sozialgesetzbuch (Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz - UVEG) in BT-Drucksache 13/2204, S. 87 zu § 46 Abs. 1

117 Vgl. BT-Drucksache 13/2204 S. 124; zur Abgrenzung von sachlicher Zuständigkeit und Leistungspflicht im Einzelfall vgl. BSG SozR 2200 § 12 Abs. 37 Nr. 15 und BSGE 66,87 (89)

118 Vgl. BSGE 77,98 (111); Noftz in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V Randnr. 64

119 Vgl. BT-Drucksache 11/2237 S. 163 zu § 11 Abs. 3 des Entwurfs bzw. S. 241 zu § 565 RVO

120 Vgl. BSGE 77,98 (99 f.) = SozR 3-2500 § 11 SGB V Nr. 1 = NZS 1996, 284 (285); BSGE 81, 3 (308) = NZS 1998, 184 (186); Jousen, in: Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, § 11 SGB V Randnr. 15; Becker/Kingreen, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 11 Randnr. 32; Höfler in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 11 SGB V Randnr. 27; Noftz in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V Randnr. 64

121 Vgl. BSGE 77,98 (99 f.) = SozR 3-2500 § 11 Nr. 1 = NZS 1996, 284 (285); BSGE 81,103 (108) = NZS 1998, 184 (186); Noftz in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V Randnr. 64; Jousen, in: Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, § 11 SGB V Randnr. 15; Plagemann, in: jurisPK-SGB V, § 11 Randnr. 38

122 Vgl. BT-Drucksache 11/2237 zu § 11 Abs. 3 SGB V S. 163

falls oder einer Berufskrankheit ausreichend ist¹²³. Danach ist für die Anwendung des § 11 Abs. 5 SGB V allein der Eintritt des Versicherungsfalles gemäß §§ 7 ff. SGB VII und somit die Verpflichtung des Unfallversicherungsträgers dem Grunde nach maßgebend. Entscheidend ist der materiell-rechtliche Leistungsanspruch im Sinne des § 40 Abs. 1 SGB I¹²⁴. Nach dieser Bestimmung entstehen Ansprüche auf soziale Leistungen, sobald ihre im Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen vorliegen. Verwaltungsakte (Anerkennungsbescheide) über derart entstandene Leistungsansprüche haben deshalb nur deklaratorische Bedeutung¹²⁵.

Die Ausschlusswirkung des § 11 Abs. 5 SGB V tritt daher nicht erst mit Bekanntgabe des Anerkennungsbescheids, sondern bereits mit dem Vorliegen der materiell-rechtlichen Leistungsvoraussetzungen der gesetzlichen Unfallversicherung ein.

Die Ausschlusswirkung des § 11 Abs. 5 SGB V tritt nach dem Wortlaut der Vorschrift nur ein, wenn Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung als „Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit“ zu erbringen sind. Demzufolge ist § 11 Abs. 5 SGB V von vornherein nur dann einschlägig, wenn unfallrechtlich relevante Gesundheitsstörungen die alleinige Ursache der Leistungspflichten sind, nicht aber dann, wenn gleichzeitig und unabhängig davon unfallrechtlich fremde Störungen bestehen¹²⁶. Anderenfalls käme es nämlich zu einer systemwidrigen Zuständigkeits- und nicht unerheblichen Lastenverschiebung von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung zu denjenigen der gesetzlichen Unfallversicherung¹²⁷. Fallkonstellation, in denen die Voraussetzungen über die Gewährung einer Leistung sowohl aufgrund von unfallbedingten als auch von unfallfremden Gesundheitsstörungen nebeneinander und unabhängig voneinander gegeben sind, fallen mithin nicht in den Regelungsbereich des § 11 Abs. 5 SGB V, der nur die Leistungsgewährung aufgrund einer (allein) in dem Bereich der Unfallversicherung gehörenden Gesundheitsstörung im Auge hat. Derartige Fallgestaltungen bleiben vielmehr von § 11 Abs. 5 SGB V unberührt mit der Folge, dass grundsätzlich beide Versicherungssysteme für die Leistungserbringung zuständig sind. Wird also etwa stationäre Krankenbehandlung vom Unfallversicherungsträger wegen unfallbedingter Gesundheitsstörung erbracht, so ändert eine hinzutretende stationäre Behandlungsbedürftigkeit aufgrund einer unfallunabhängigen Erkrankung nichts an der Zuständigkeit des Unfallversicherungsträgers für die Erbringung dieser Leistung, sofern keine zusätzlichen – nur der unfallfremden Erkrankung anzulastende – kostensteigernde Leistungen hinzukommen. Andererseits bleibt der Krankenversicherungsträger, der aufgrund einer unfallunabhängigen Krankheit des Versicherten stationäre Krankenhausbehandlung gewährt, hierfür zuständig, selbst wenn später eintretende Folgen eines Arbeitsunfalls auch stationäre Behandlungsbedürftigkeit verursachen, wenn insoweit hierfür keine besonderen, zusätzlichen Kosten entste-

123 Vgl. BSGE 81, 103 (108); Krasney in: Die Betriebskrankenkasse (BKK), 1997 S. 345 (347); Noftz in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V Randnr. 64

124 Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil - (Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 1975 BGBl I S. 3015) zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854)

125 BSGE 75, 298 (302); BSGE 81, 103 (108) BGH NJW 2003, 3193 f; Noftz in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V Randnr. 64

126 Vgl. BSG SozR 3/2200 § 539 Nr. 43 S. 178 f zur früheren inhaltgleichen § 11 Abs. 4 SGB V; zustimmende Literatur, vgl. z.B. Noftz in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V Randnr. 64a; Jousen in: Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, § 11 SGB V Randnr. 16; Wagner in: Wagner/Knittel, § 11 SGB V Randnr. 16

127 Vgl. Noftz in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V Randnr. 64 a; Jousen in: Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, § 11 SGB V Randnr. 16

hen¹²⁸. § 11 Abs. 5 SGB V ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts¹²⁹ auch kein allgemeiner Rechtssatz zu entnehmen, wonach bei Leistungskonkurrenz die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung denen der gesetzlichen Krankenversicherung stets im Range der Vorrang zu geben wäre. Die Norm des § 11 Abs. 5 SGB V habe einen deutlich abgegrenzten Regelungsbereich, der nicht auf eine vom Gesetzgeber gewollte generelle Bedeutung des ihr zugrunde liegenden Rechtsgedankens schließen lasse. Angesichts der großen Tragweite einer solchen – von der bisherigen Regelung erheblich abweichenden – Leistungserweiterung für die gesetzliche Unfallversicherung sei davon auszugehen, dass der Gesetzgeber, falls er tatsächlich eine solche Regelungsabsicht gehabt hätte, dieser auf klare und eindeutige Weise Ausdruck verliehen hätte. Dass er diesen Bereich lediglich durch § 11 Abs. 4 (heute Abs. 5) SGB V – und § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V alter Fassung – geregelt habe, lasse im Gegenteil darauf schließen, dass eine weitergehende generelle neue Risiko- und Leistungsabgrenzung der beiden Versicherungszweige Kranken- und Unfallversicherung gerade nicht gewollt sei.

Die Bestimmung des § 11 Abs. 5 SGB V ist wegen ihrer Funktion (Leistungssystemabgrenzung¹³⁰) über die vorgenannten Einschränkungen hinaus überdies nur in dem Umfang anwendbar, in dem sich gesetzliche Krankenversicherung und gesetzliche Unfallversicherung inhaltlich prinzipiell decken, d.h. für sogenannte medizinische Leistungen. Insoweit ist der Wortlaut des § 11 Abs. 5 SGB V zweckgerecht einzuschränken¹³¹. Die Frage, ob die krankenversicherungsrechtlichen Sachleistungen, die in der gesetzlichen Unfallversicherung keine Entsprechung haben, gemäß § 11 Abs. 5 SGB V ausgeschlossen sind¹³², hat nach Einführung der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) in die gesetzliche Unfallversicherung (§ 32 SGB VII) keine praktische Bedeutung mehr. Ein Erstattungsanspruch der Krankenkasse (bei fortbestehender Leistungspflicht) gegen den Unfallversicherungsträger wäre in einem solchen Fall jedenfalls nicht ohne weiteres ausgeschlossen¹³³, zumal die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V eine sogenannte Stellvertreterleistung für die Krankenhausbehandlung darstellt¹³⁴.

4.3.3. Vorläufige Leistungen des Krankenversicherungsträgers bei Streit über die Zuständigkeit

Entsteht zwischen dem Krankenversicherungsträger und dem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung Streit über die Zuständigkeit, z.B. wenn das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der §§ 7 ff. SGB VII noch nicht anerkannt ist, kommen vorläufige Leistungen des Krankenversicherungsträgers gemäß § 43 Abs. 1 SGB I¹³⁵ in Betracht¹³⁶. Nach Satz 1

128 So BSG ZR 2200 § 539 RVO Nr. 43 S. 178 f zum früheren inhaltsgleichen § 11 Abs. 4 SGB V

129 Vgl. BSG SozR 3/2200 § 539 Nr. 43 S. 179

130 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 4.3.1

131 Vgl. Noftz in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V Randnr. 64 b

132 Offen gelassen in BSGE 77,98 (101)

133 Vgl. BSGE 52,53 (54 f) = SozR 2200 § 1504 Nr. 6

134 Vgl. Noftz in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V Randnr. 68

135 Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil - (Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl I S. 3050), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl I S. 2854)

136 Vgl. etwa Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 11 SGB V Randnr. 26; Noftz in: Hauck/Noftz, § 11 SGB V Randnr. 69

dieser Bestimmung kann, sofern ein Anspruch auf soziale Leistungen besteht und zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist, wer zur Leistung verpflichtet ist, der unter ihn zuerst angegangene Leistungsträger vorläufig Leistungen erbringen, deren Umfang er nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt. Gemäß § 43 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 SGB I hat er Leistungen nach Satz 1 zu erbringen, wenn der Berechtigte es beantragt; die vorläufigen Leistungen beginnen spätestens nach Ablauf eines Kalendermonats nach Eingang des Antrags (§ 43 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB I). Eventuelle Erstattungsansprüche gegen den Unfallversicherungsträger sind für diesen Fall in § 102 SGB X¹³⁷ geregelt. Nach Abs. 1 dieser Bestimmung ist der zur Leistung verpflichtete Leistungsträger erstattungspflichtig, sofern ein Leistungsträger aufgrund gesetzlicher Vorschriften vorläufig Sozialleistungen erbracht hat. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den vorleistenden Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften (§ 2 Abs. 2 SGB X).

4.4. Ausschluss von Ansprüchen auf Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nach §§ 32 f. SGB V bei Arbeitsunfall und Berufskrankheit im Sinne der §§ 7 ff. SGB VII

Mangels entgegenstehender bzw. speziellerer Kollisionsregelungen gilt § 11 Abs. 5 SGB V auch im Hinblick auf Heil- und Hilfsmittel. Das bedeutet, dass entsprechende Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in einem von § 11 Abs. 5 SGB V erfassten, weil unfall- oder berufskrankheitsbedingten Sachverhalt ausgeschlossen sind und folgerichtig die gesetzliche Unfallversicherung eintrittspflichtig wird. Die in Frage kommenden Leistungen (Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln) nach Maßgabe der § 27 Abs. 1 Nr. 3 SGB V und § 27 Abs. 1 Nr. 4 SGB VII sind insofern gleichwertig.



137 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (Artikel 1 des Gesetzes vom 18. August 1980, BGBl I S. 1469 und Artikel 1 des Gesetzes vom 4. November 1982, BGBl I S. 1450) in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl I S. 130), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl I S. 2983)

5. Abgrenzungsprobleme und Leistungskonkurrenzen zwischen häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V und Leistungen bei häuslicher Pflege nach §§ 36-38 SGB XI

5.1. Einleitung

Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung haben unterschiedliche Anknüpfungspunkte. Damit sind auch die jeweiligen Leistungen und Maßnahmen grundsätzlich unabhängig voneinander zu gewähren. Während die Krankenversicherung dann eintrittspflichtig ist, wenn es um Maßnahmen und Leistungen im Zusammenhang mit der Gesundheit (bzw. einer Krankheit) der Versicherten geht, ist die Pflegeversicherung eintrittspflichtig, wenn Versicherte wegen einer Krankheit oder Behinderung für die Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf die Hilfe Dritter angewiesen sind. Es kommen aber auch Überschneidungen zwischen den Leistungen und Maßnahmen der Kranken- und der Pflegeversicherung in Betracht, etwa dann, wenn ein Kranker auch pflegebedürftig wird oder ein Pflegebedürftiger zugleich der medizinischen Behandlung bedarf.¹³⁸ Als Beispiele für dergestalt leistungsüberschneidende Maßnahmen seien etwa das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen¹³⁹, die ständige künstliche Sauerstoffzufuhr¹⁴⁰, intramuskuläre Injektionen¹⁴¹, die Begleitung bei ärztlich empfohlenen täglichen Spaziergängen¹⁴² oder aber Maßnahmen im Zusammenhang mit Diabetes mellitus¹⁴³ genannt. Diese Maßnahmen können sowohl auf eine Krankheitsbehandlung zurückzuführen sein als auch im Rahmen einer pflegerischen Betreuung notwendig werden. Für die Versicherten kann die konkrete Zuordnung einer Maßnahme in den Leistungsbereich der Kranken- oder Pflegeversicherung insbesondere deshalb von erheblicher (finanzieller) Bedeutung sein, weil die Leistungshöhe in der Pflegeversicherung begrenzt ist und Versicherte demnach gegebenenfalls zur Selbstbeteiligung aufgerufen werden oder gar auf die Inanspruchnahme von Sozialhilfe angewiesen sein können, während die Leistungen der Krankenversicherung ihrem Umfang nach grundsätzlich nicht beschränkt sind.¹⁴⁴

Die konkrete rechtliche Schnittstelle in diesem Zusammenhang ist diejenige zwischen der häuslichen Krankenpflege in Form der sogenannten Behandlungssicherungspflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V und der „reinen“ Grundpflege nach den §§ 14, 15, 36 ff. SGB XI. Trotz zahlreicher Kollisionsvorschriften¹⁴⁵ treten in diesem Bereich Überschneidungen der oben genannten Art am häu-

138 Vgl. hierzu Holtbrügge, Hans-Jörg, in: Klie, Thomas/Kramer, Utz (Hrsg.), Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung –, Lehr und Praxiskommentar, 3. Auflage 2008, § 13 Rn. 10

139 Vgl. BSG, Urteil vom 30. Oktober 2001 – B 3 KR 2/01 R – (Kompressionsstrümpfe)

140 Vgl. BSG, Urteil vom 26. November 1998 – B 3 P 20/97 R –

141 Vgl. BSG, Urteil vom 25. August 2009 – B 3 KR 25/08 –

142 Vgl. BSG, Urteil vom 6. August 1998 – B 3 P 17/97 –

143 Vgl. BSG, Urteil vom 28. Juli 2007 – B 3 P 14/07 –

144 Vgl. hierzu ausführlich Reimer, Sonja, Anmerkungen zum Urteil des 3. Senats des BSG vom 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R –, in: SGB 09/11 S. 527-535, beigelegt als **Anlage 1**

145 So etwa die §§ 13 Abs. 2, 34 Abs. 2 und 36 Abs. 2 SGB XI, wobei folgendes gilt: § 13 Abs. 2 SGB XI ordnet an, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V im Hinblick auf die Leistungen nach dem SGB XI unberührt bleiben, während § 34 Abs. 2 SGB XI feststellt, dass der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege dann ruht, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V neben dem Anspruch auf Behandlungspflege auch ein Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht und schließlich § 36 Abs. 2 SGB XI bestimmt, dass verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Maßnahmen nicht zu den Hilfeleistungen nach § 14 SGB XI gehören.

figsten auf. Dies ist nicht zuletzt auch der Grund dafür, dass insbesondere die Vorschrift des § 37 Abs. 2 SGB V in den vergangenen Jahren immer auch Thema gesetzgeberischer Fein- bzw. Nachsteuerung sowie höchstrichterlicher Konkretisierungsbemühungen war. Nach insgesamt vier Gesetzesänderungen¹⁴⁶ und drei Grundsatzentscheidungen des Bundessozialgerichtes (BSG)¹⁴⁷ haben sich im Zusammenhang mit der Abgrenzung zwischen Behandlungssicherungs- und Grundpflege schließlich folgende Abgrenzungskriterien ausgeformt: Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen leisten die Krankenkassen die Behandlungssicherungspflege einschließlich der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, die Pflegekassen hingegen die „reine Grundpflege“ sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Handelt es sich demgegenüber um Fälle, in denen Behandlungssicherungspflege und Grundpflege zeitlich zusammenfallen und von einer Pflegekraft erbracht werden, trägt die Krankenversicherung auch den halben Bedarf der Grundpflege. In den Fällen, in denen Behandlungssicherungspflege neben dem Pflegegeld in Anspruch genommen wird, bestehen (nach wie vor) beide Ansprüche uneingeschränkt nebeneinander.¹⁴⁸

Nach diesem so vorweg genommenem Ergebnis gilt es, den derzeitigen Regelungsgehalt des § 37 SGB V insbesondere unter Erläuterung der Begriffe der häuslichen Krankenpflege in Form der Krankenhausersatz- sowie der Behandlungssicherungspflege, Grundpflege, Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung aufzuzeigen. Sodann ist auf die einschlägigen Vorschriften im SGB XI im Zusammenhang mit der Gewährung von Grundpflege einzugehen. Diese sind – wie bereits erwähnt – die §§ 14, 15, 36 ff. SGB XI. Abschließend ist die (bisherige) Rechtsentwicklung im Zusammenhang mit § 37 Abs. 2 SGB V darzustellen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die heute geltenden Abgrenzungskriterien maßgeblich durch das Zusammenspiel zwischen gesetzgeberischer Intervention und höchstrichterlicher Konkretisierung geprägt sind.

5.2. Regelungsgehalt des § 37 SGB V

5.2.1. Allgemeines

§ 37 SGB V dient dem primären Ziel der Krankheitsbekämpfung im Sinne des § 27 Abs. 1 SGB V und regelt insbesondere die häusliche Krankenpflege (Abs. 1) als Ersatz für eine stationäre Behandlung sowie die Behandlungssicherungspflege (Abs. 2), mit der die Erreichung des Ziels ambulanter ärztlicher Versorgung gesichert werden soll. Während Abs. 3 den Anspruch auf diejenigen Fälle beschränkt, in den nicht bereits eine im Haushalt des Anspruchstellers lebende Person für den erforderlichen Umfang der Pflege sorgen kann, enthalten die Abs. 4 und 5 Leistungsmodalitäten in finanzieller Hinsicht. Abs. 6 schließlich überlässt es dem Gemeinsamen Bundesausschuss, das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Abs. 2 S. 1 zu bestimmen (S. 2) und Richtlinien nach § 92 SGB V darüber

146 Die bisherigen 5 Fassungen der Norm sind als **Anlagen 2 bis 6** beigelegt.

147 Diese sind: BSG, Urteil vom 28. Januar 1999 – B 3 KR 4/98 R – (Drachenflieger-Fall); . BSG, Urteil vom 30. Oktober 2001 – B 3 KR 2/01 R – (Kompressionsstrümpfe) sowie BSG, Urteil vom 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R – (Rund-Um-Die-Uhr-Betreuung)

148 Vgl. hierzu ausführlich Reimer, Sonja, Anmerkungen zum Urteil des 3. Senats des BSG vom 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R –, in: SGB 09/11 S. 527-535

festzulegen, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können (S. 1).¹⁴⁹

5.2.2. Grundpflege, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung

Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V kann Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung umfassen. Diese Begriffe sind gesetzlich nicht definiert und wurden durch Rechtsprechung und Literatur näher spezifiziert:

Zur Grundpflege sind diejenigen Maßnahmen zu zählen, die den alltäglichen Grundbedarf bzw. die Aktivitäten des täglichen Lebens betreffen. Erfasst sind pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art für den menschlichen Grundbedarf, also Hilfen zur Befriedigung körperlicher, seelischer oder geistiger Grundbedürfnisse. Zu nennen sind etwa um das Betten und Lagern, die Körperpflege, Hilfen bei der Körperhygiene, Nahrungsaufnahme, Körpertemperaturmessung und das Beobachten der physischen Verfassung.¹⁵⁰

Die Behandlungspflege betrifft Maßnahmen und Pflegeleistungen, die nur durch eine bestimmte Erkrankung verursacht werden und speziell auf den Gesundheitszustand des Patienten ausgerichtet sind. Sie sollen dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern. Als krankheitsspezifische Pflegemaßnahme kommen etwa die Verabreichung von Medikamenten oder Injektionen einschließlich der Wirkungskontrolle, das Anlegen von Verbänden, die Katheterisierung, Einläufe, Spülungen, Dekubitusversorgung, Krisenintervention insbesondere bei psychiatrischer Krankenpflege, die Sicherung ärztlicher Besuche und Feststellung des jeweiligen Krankheitsstandes sowie eine Beaufsichtigung des Patienten bis zu 24 Stunden täglich in Betracht.¹⁵¹

Der Leistungskatalog im Rahmen der hauswirtschaftlichen Versorgung ist – wenn auch nicht abschließend – an denjenigen in § 14 Abs. 4 SGB XI angelehnt. Er umfasst etwa das Einkaufen, die Zubereitung von Essen, Spülen, die Versorgung mit Wäsche und Kleidung sowie die Reinigung der Wohnung. Abzugrenzen ist der Anspruch von demjenigen aus § 38 SGB V, in welchem eine umfassende Versorgung hinsichtlich einer Haushaltshilfe geregelt ist.¹⁵²

5.2.3. Die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V

Die häusliche Krankenpflege gemäß Abs. 1 ist als Krankenhausersatzpflege konzipiert. Grundvoraussetzung ist neben der Versicherteneigenschaft des Anspruchstellers das Vorliegen einer ärztlich behandelten Krankheit. Zudem muss eine Krankenhausbehandlung zwar geboten, aber nicht durchführbar sein oder, so die zweite Alternative, durch die häusliche Pflege vermieden oder verkürzt werden können. Als negative Voraussetzung gilt der Umstand, dass eine Pflege durch einen im Haushalt lebenden Angehörigen nicht möglich ist (Abs. 3). Der Umfang der Leistungen

149 Vgl. hierzu auch Flint, Thomas, in: Hauck, Karl/Noftz, Wolfgang, SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Stand: EL 06/11, § 37 Rn. 3 ff.

150 Padé, in: jurisPK-SGB V, § 37 SGB V, Rn. 37

151 Padé, in: jurisPK-SGB V, § 37 SGB V, Rn. 38

152 Jousen, Jacob, in: Kreikebohm, Ralf/Spellbrink, Wolfgang/Waltermann, Raimund (Hrsg.), Kommentar zum Sozialrecht, 2. Auflage 2011, § 37 SGB V Rn. 8

ist in S. 3 festgelegt. Danach umfasst die häusliche Krankenpflege die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht gemäß S. 4 grundsätzlich bis zu vier Wochen je Krankheitsfall, soweit nicht eine Verlängerungsbewilligung unter den in S. 5 benannten Voraussetzungen in Betracht kommt.¹⁵³

5.2.4. Die Behandlungssicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V

Die häusliche Krankenpflege in Form der Behandlungssicherungspflege wird erbracht, wenn dies zur Sicherung des Ziels einer ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Mögliche Behandlungsziele sind alle diejenigen, die sich aus § 27 SGB V ergeben. Der Anspruch ähnelt inhaltlich und in seinen Voraussetzungen sehr stark demjenigen aus Abs. 1. Im Unterschied zu der Krankenhauser-satzpflege hat der Versicherte hier grundsätzlich nur Anspruch auf eine Behandlungspflege, wenn nicht die Satzung der Krankenkasse zusätzlich auch eine Grundpflege sowie hauswirt-schaftliche Versorgung vorsieht (dies ist in S. 4 vorgesehen). Anders als bei der Krankenhauser-satzpflege setzt die Behandlungssicherungspflege nicht voraus, dass die stationäre Krankenhaus-behandlung an sich erforderlich ist. Es steht vielmehr die Sicherung des Ziels der ärztlichen Ver-sorgung im Vordergrund. Das ist etwa der Fall, wenn auf andere Weise die therapiegerechte Ein-nahme von ärztlich verordneten Medikamenten nicht gewährleistet ist oder wenn der Arzt be-stimmte Behandlungsmaßnahmen nicht selbst vornehmen kann.¹⁵⁴

5.3. Regelungsgehalt der §§ 14, 15, 36 ff. SGB XI

In § 36 Abs. 1 S. 1 SGB XI ist bestimmt, dass Pflegebedürftige bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung haben (häusliche Pflegehilfe). Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird in § 14 Abs. 1 SGB XI definiert. Danach sind Personen pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinde-rung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des tägli-chen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Die Begriffe Krankheit, Behinderung, Hilfe sowie gewöhnliche und re-gelmäßig wiederkehrende Verrichtungen werden in den Abs. 2 bis 4 konkretisiert. § 15 SGB XI unterscheidet hinsichtlich der Intensität des jeweiligen Pflegebedarfs (Pflegestufe I: erheblich Pflegebedürftige, Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftige, Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürfti-ge). Je nach Intensität der notwendigen Pflege setzt § 36 Abs. 3 SGB XI sodann den Gesamtwert der Pflegeeinsätze (als Pflegesachleistung) – gestaffelt nach Pflegestufen und Anspruchszeitraum – in Euro fest. § 37 SGB XI regelt demgegenüber den Anspruch auf Pflegegeld für den Fall, dass der Pflegebedürftige die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeig-neter Weise selbst sicherstellt. § 38 SGB XI schließlich betrifft die Kombination von Sach- und Geldleistung und sieht die Möglichkeit eines anteiligen Pflegegeldes vor, wenn der Pflegebedürfti-ge die ihm nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch nimmt.

153 Jousen, Jacob, in: Kreikebohm, Ralf/Spellbrink, Wolfgang/Waltermann, Raimund (Hrsg.), Kommentar zum Sozialrecht, 2. Auflage 2011, § 37 SGB V Rn. 1-3

154 Vgl. auch hierzu Jousen, Jacob, in: Kreikebohm, Ralf/Spellbrink, Wolfgang/Waltermann, Raimund (Hrsg.), Kommentar zum Sozialrecht, 2. Auflage 2011, § 37 SGB V Rn. 12

5.4. Die Rechtsentwicklung im Bereich der Behandlungssicherungspflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V von 1989 bis heute

5.4.1. Rechtslage zwischen dem 01. Januar 1989 und dem 31. März 1995

Bis zum Inkrafttreten des SGB V enthielt § 185 RVO¹⁵⁵ eine Regelung für den Bereich der häuslichen Krankenpflege, die im Jahre 1911 als sogenannte Hauspflege eingeführt wurde. Im Jahr 1977 wurde die Hauspflege im noch heute geltenden Verständnis als häusliche Krankenpflege novelliert. In der Erstfassung des GRG¹⁵⁶ sah § 37 Abs. 2 SGB V die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung zunächst nur als Satzungsleistung vor. Dies änderte sich jedoch bereits mit der Neufassung des § 37 Abs. 2 SGB V im Rahmen des KOVAnpG 1990¹⁵⁷, indem ein Anspruch auf Behandlungspflege (S. 1) eingeräumt wurde. Hierbei wurde es dem Satzungsrecht überlassen, ob die Krankenkassen zusätzlich auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringen (S. 2 und 3). Mit der Einführung der Pflegeversicherung durch das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG¹⁵⁸) im Jahre 1994 wurde auch § 37 Abs. 2 S. 4 neu eingefügt, der die Regelung enthielt, dass diese Satzungsleistung nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung nach dem SGB XI nicht zulässig seien.¹⁵⁹

5.4.2. Rechtslage zwischen dem 01. April 1995 und dem 31. Dezember 2003

Zwischen dem 01. April 1995 und dem 31. Dezember 2003 blieb der Gesetzestext des § 37 Abs. 2 SGB V unverändert. Ungeachtet dessen taten sich Abgrenzungsschwierigkeiten im Verhältnis zwischen Grund- und Behandlungspflege auf, mit denen sich im weiteren Verlaufe auch das BSG zu befassen hatte. Zur Bewältigung der Abgrenzungsprobleme unterschied es zunächst zwischen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen und verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen. Bei dieser Rechtsprechung ließ sich das BSG – ausgehend von der Systematik des SGB V und des SGB XI – von dem Gedanken leiten, dass im Hinblick auf Leistungen und Kostentragung eine Doppelzuständigkeit der Sozialversicherungsträger Krankenversicherung und Pflegekasse nicht begründet werden sollte und mithin nur eine Zuständigkeit bestehen konnte. Danach waren die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen im Bereich der Behandlungssicherungspflege nach § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V lokalisiert, während die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in den Zuständigkeitsbereich der Pflegekassen fielen. Mithilfe dieser Unterscheidung qualifizierte das BSG etwa das An- und Ausziehen von Kompressi-

155 Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 15a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 550)

156 Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 105 des Gesetzes vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512)

157 Gesetz über die neunzehnte Anpassung der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie zur Änderung weiter sozialrechtlicher Vorschriften (KOV-Anpassungsgesetz 1990 – KOVAnpG 1990), BGBl. 1990, S. 1211

158 Pflege-Versicherungsgesetz vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 2797), zuletzt geändert durch Artikel 265 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)

159 Vgl. Flint, Thomas, in: Hauck, Karl/Noftz, Wolfgang, SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Stand: EL 06/11, § 37 Rn. 33, 34 ff.

onsstrümpfen als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme, was die Zuständigkeit der Pflegekasse begründete.¹⁶⁰

5.4.3. Rechtslage zwischen dem 01. Januar 2004 und dem 31. März 2007

Die Rechtsprechung des BSG veranlasste den Gesetzgeber, im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes¹⁶¹ den § 37 Abs. 2 S. 1 mit Wirkung zum 01. Januar 2004 um einen Halbsatz eigenständig zu erweitern, dem Anspruch auf Behandlungssicherungspflege auch das *An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2* zuzuordnen. Mit dieser Regelung unterwarf der Gesetzgeber erstens eine einzige verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme – die bis dato nach der Rechtsprechung der Pflegeversicherung zuzuordnen war – der Leistungspflicht der Krankenversicherung im Rahmen der Behandlungssicherungspflege. Zweitens durchbrach er die bis dahin geltende strenge Zuordnung entweder zur Behandlungssicherungspflege als Leistung der Krankenversicherung oder zu den im Rahmen von §§ 14, 15 SGB XI berücksichtigungsfähigen Verrichtungen und damit zur Grundpflege als Leistung der Pflegeversicherung hinsichtlich einer einzigen Maßnahme mit der Folge, dass in gewisser Weise eine Doppelzuständigkeit von Kranken- und Pflegeversicherung begründet wurde, da innerhalb des Systems des SGB XI die Feststellung eines Hilfebedarfs bei den Verrichtungen nach § 14 SGB XI zugleich einen Anspruch auf die entsprechende Hilfeleistung im Rahmen der Grundpflege bzw. hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 36 SGB XI nach sich führte.¹⁶²

Zur Vermeidung von Doppelleistungen, die aus einer solchermaßen begründeten Doppelzuständigkeit folgen konnten nahm der dritte Senat des BSG im Jahre 2005 erneut zu diesem Regelungskomplex Stellung¹⁶³ und entschied, dass auch nach der Neuregelung durch den Gesetzgeber eine Doppelzuständigkeit aus systematischen Gründen nach wie vor nicht in Betracht komme. Er legte den § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V zweiter Halbsatz in der Fassung ab dem 01. Januar 2004 demzufolge so aus, dass dem Versicherten ein Wahlrecht zustehe, ob sie die Maßnahme als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Behandlungssicherungspflege beanspruchen oder bei der Einstufung im Rahmen der Pflegeversicherung berücksichtigt wissen wollten. Das BSG erstreckte dieses Wahlrecht nach verfassungskonformer Auslegung zudem auf alle verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen.¹⁶⁴

160 Reimer, Sonja, Anmerkungen zum Urteil des 3. Senats des BSG vom 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R –, in: SGB 09/11 S. 527-535 (S. 533-534)

161 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003 (BGBl. I 2003, Nr. 55, S. 2190), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3445)

162 Reimer, Sonja, Anmerkungen zum Urteil des 3. Senats des BSG vom 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R –, in: SGB 09/11 S. 527-535 (S. 534)

163 BSG, Urteil vom 17. März 2005 – B 3 KR 9/04 R –

164 BSG, Urteil vom 17. März 2005 – B 3 KR 9/04 R –, Rn. 29 ff.; vgl. zu alledem zudem ausführlich Reimer, Sonja, Anmerkungen zum Urteil des 3. Senats des BSG vom 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R –, in: SGB 09/11 S. 527-535 (S. 534-535)

5.4.4. Rechtslage seit dem 01. April 2007

Der Gesetzgeber hat die Rechtsprechung des BSG – jedenfalls teilweise – aufgegriffen und änderte mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG¹⁶⁵) den § 37 Abs. 2 S. 1 zweiter Halbsatz abermals. Seit dem 01. April 2007 umfasst der Anspruch auf Behandlungssicherungspflege nunmehr die *verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen* auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 SGB XI zu berücksichtigen ist. Überdies hat der Gesetzgeber den Anspruch über den ambulanten Bereich hinaus gemäß § 37 Abs. 3 S. 3 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen auf Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI erstreckt. Damit wurde verdeutlicht, dass verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in erster Linie von den Krankenkassen im Rahmen der Behandlungssicherungspflege zu leisten sind. Überdies hat er die Erweiterung des dritten Senats des BSG auf alle verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen aufgegriffen. Geblieben ist der Gesetzgeber allerdings bei seiner Linie, die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in beiden Systemen zu berücksichtigen, also nach wie vor in gewisser Weise eine Doppelzuständigkeit zu begründen. Allerdings hat er insofern klargestellt, dass hieraus jedenfalls nicht zugleich auch eine Doppelleistung folgen soll. Dies wird einerseits dadurch deutlich, dass § 37 Abs. 2 S. 6 SGB V weiterhin bestimmt, dass nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI satzungsmäßige Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch die Krankenkassen nicht zulässig sind, andererseits durch die Regelung in § 36 Abs. 2 zweiter Halbsatz SGB XI, wonach die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nicht zu den Hilfeleistungen der Grundpflege gehören, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu leisten sind. Damit lässt sich nach aktueller Gesetzeslage folgende Schlussfolgerung ziehen: Krankheitsspezifische und verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen obliegen in erster Linie der gesetzlichen Krankenversicherung, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung der Pflegeversicherung.¹⁶⁶

5.4.5. Aktuelle Rechtsprechung des BSG

Aufgrund dieser gesetzgeberischen Klarstellung ist der BSG jüngst¹⁶⁷ von seiner bisherigen Rechtsprechung abgekehrt und zieht nunmehr die Schlussfolgerung, dass die Ansprüche des Patienten gegen die Krankenkasse und gegen die Pflegekasse parallel und gleichrangig bestehen. Angewendet auf den zugrunde liegenden Fall eines dauerbeatmungsbedürftigen Patienten, der rund um die Uhr von einer Pflegekraft zu einem einheitlichen Stundensatz gepflegt wird, verlangt der BSG nunmehr die zeitliche Differenzierung von krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen und Maßnahmen der „reinen Grundpflege“. Den Begriff der „reinen Grundpflege“ verwendet der BSG wohl klarstellend, um deutlich zu machen, dass die von der Pflegekasse zu leistende Grundpflege die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen – im Gegenteil zu seiner bisherigen Rechtsprechung – nicht mehr umfasst. Krankheitsspezifische einschließlich der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen obliegen also der Leistungspflicht

165 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I 2007, S. 378)

166 Reimer, Sonja, Anmerkungen zum Urteil des 3. Senats des BSG vom 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R –, in: SGB 09/11 S. 527-535 (S. 534-535)

167 BSG, Urteil vom 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R –, vgl. oben

6. Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII für Kinder und Jugendliche mit geistiger bzw. körperlicher Behinderung im Verhältnis zu Leistungen nach § 35a SGB VIII

6.1. Schnittstellen zwischen dem SGB VIII und dem SGB XII im Bereich der Eingliederungshilfe

Leistungstatbestände für behinderte junge Menschen finden sich in unterschiedlichen Sozialgesetzen, insbesondere im SGB V, SGB VIII, SGB XII sowie im SGB IX¹⁶⁹. Da sich die Sozialgesetze in ihren jeweiligen Zwecksetzungen unterscheiden, kann es – bezogen auf die Eingliederungshilfe – in Einzelfällen zu Zuordnungsschwierigkeiten bei der Bestimmung des einstandspflichtigen Leistungsträgers kommen.

Nach § 53 Abs. 3 S. 1 SGB XII ist es die Aufgabe der Eingliederungshilfe, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Dazu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich von Pflege unabhängig zu machen.

Der Begriff der Behinderung wird in § 2 Abs. 1 SGB IX konkretisiert. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktionen, geistige Fähigkeiten oder die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Hervorzuheben ist insoweit, dass der Begriff der Behinderung in § 2 Abs. 1 SGB IX alle Arten von Behinderungen (geistig, seelisch, körperlich) sowie alle Altersgruppen Behinderter umfasst.

Soweit indessen behinderte *Kinder oder Jugendliche* betroffen sind, kann eine Konkurrenzsituation zwischen der Einstandspflicht der Leistungsträger nach dem SGB VIII oder dem SGB XII entstehen. Zwar ist in § 10 Abs. 4 SGB VIII eindeutig geregelt, dass im Falle *körperlicher* und *geistiger* Behinderungen die Leistungen nach dem SGB XII vorrangig sind, während im Falle einer *seelischen* Behinderung gemäß § 35a SGB VIII die Kinder- und Jugendhilfeträger zuständig sind. Problematisch ist jedoch in diesem Zusammenhang, dass die trennscharfe Abgrenzung zwischen körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung häufig nicht eindeutig möglich ist. So stellen etwa somatische Belastungen und chronische körperliche Erkrankungen häufig zugleich auch eine seelische Belastung dar und führen damit nicht selten zu psychiatrischen Komorbiditäten. Ähnliches gilt für die Schnittmenge „geistige Behinderung“ und „seelische Behinderung“. Statistiken zur psychiatrischen Morbidität von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung zeigen ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko für psychische Störungen bei dieser Personengruppe. Hinzu kommen Fälle, in denen eine chronische psychische Erkrankung wie etwa eine Essstörung (Anorexie oder Bulimie) durch eine körperliche Grunderkrankung wie Diabetes mellitus Typ I plötzlich zu lebensbedrohlichen Situationen führen kann, so dass bei-

169 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057)

spielsweise in einer Jugendlichen-WG besondere Aufsicht und Kontrolle gegeben sein muss, welche aus beiden Grunderkrankungen allein nicht zu begründen wäre.¹⁷⁰

6.2. Zuordnungsgrundsätze

Bei Überschneidungen im Bereich der Eingliederungshilfe für junge Menschen mit Behinderungen gelten folgende Zuordnungskriterien:

Bei ausschließlich wesentlich körperlich und/oder geistig behinderten Kindern und Jugendlichen wird entsprechend § 10 Abs. 4 SGB VIII stets die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII als vorrangig angesehen. Eine eindeutige Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe besteht hingegen im Fall einer drohenden oder vorliegenden seelischen Behinderung von Kindern und Jugendlichen (§ 35a SGB VIII). Ist über die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII hinaus auch ein erzieherischer Bedarf nach dem SGB VIII abzudecken, so fällt dieser in den Zuständigkeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe.¹⁷¹ Im Fall einer Mehrfachbehinderung sind beide Leistungsträger zuständig. Es müsste zu einer kooperativen Finanzierung sowie Hilfeplanung kommen. Verweigert etwa der Kinder- und Jugendhilfeträger die Leistung unter dem Hinweis auf eine ebenfalls vorliegende geistige Behinderung, so ist der Träger der Sozialhilfe zuständig, weil Eingliederungshilfeleistungen für seelisch behinderte junge Menschen von § 53 SGB XII erfasst werden, umgekehrt aber das SGB VIII keine Leistungsansprüche für geistig behinderte junge Menschen vorsieht.¹⁷² Die Art der jeweiligen Leistung ist für die Abgrenzung der Hilfen nach dem SGB VIII und dem SGB XIII indessen nicht maßgebend. Sie muss lediglich geeignet und erforderlich sein. Neben dem in § 54 SGB XII aufgeführten Leistungskatalog kommen daher auch andere Maßnahmen in Betracht, sofern sie geeignet und erforderlich sind, die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erfüllen.

-
- 170 Vgl. hierzu Fegert, Jörg M., Führt der Weg zum Jugendamt der Zukunft über § 35a SGB VIII als Einstieg zur „großen Lösung“?, in: Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht – 2010, S. 267-274 (269), beigefügt als **Anlage 1**
- 171 Vgl. hierzu Landkreis Baden-Württemberg/Städtetag Baden-Württemberg/Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Orientierungshilfe zu Leistungen nach SGB XII und SGB VIII für junge Menschen mit seelischer, körperlicher und geistiger Behinderung vom 22.07.2011, S. 2-3, beigefügt als **Anlage 2**; Wiesner, Reinhard, in: derselbe (Hrsg.), SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Kommentar, 4. Auflage 2011, § 35a Rn 34 ff., beigefügt als **Anlage 3**
- 172 Gerlach, Florian/Hinrichs, Knut, Therapeutische Hilfen für junge Menschen – problematische Schnittstellen zwischen SGB V, SGB VIII und SGB XII, Teil 1: Grundsätzliche Begriffe, Leistungen und Abgrenzungen, in: ZFSH/SGB 07/2007, S. 387-396 (394), beigefügt als **Anlage 4**; vgl. auch Gerlach, Florian/Hinrichs, Knut, Therapeutische Hilfen für junge Menschen – problematische Schnittstellen zwischen SGB V, SGB VIII und SGB XII, Teil 2: Therapeutische Leistungen der Jugendhilfe, in: ZFSH/SGB 08/2007, S. 451-463, beigefügt als **Anlage 5**; weiter Kunkel, Peter-Christian/Haas, Gerhard, Die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII in der Neufassung durch das KICK aus rechtlicher und medizinischer Sicht, in ZKJ 2006, S. 148-153 (151), beigefügt als **Anlage 6**

7. Leistungen bei häuslicher Pflege und Pflegeleistungen für behinderte Menschen in Einrichtungen nach den Sozialgesetzbüchern XI und XII

7.1. Einleitung

Die Sozialversicherung dient grundsätzlich der Abdeckung bestimmter Lebensrisiken. Die Absicherung des Risikos einer Pflegebedürftigkeit fällt dabei speziell in den Schutzbereich der sozialen Pflegeversicherung. Auch wenn somit zunächst das SGB XI als Anspruchsgrundlage für einen Leistungsbezug bei vorliegender Pflegebedürftigkeit einschlägig ist, stellt diese nicht die einzige Rechtsgrundlage für einen Leistungsanspruch pflegebedürftiger Menschen dar. Vielmehr können bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit auch nach dem SGB XII bezogen werden. Während es die originäre Aufgabe des SGB XI ist, Pflegebedürftige zu unterstützen, stellt die sog. Hilfe zur Pflege nur einen Teilbereich des SGB XII dar. Im Folgenden wird betrachtet, unter welchen Voraussetzungen ein Leistungsanspruch nach diesen Sozialgesetzbüchern besteht. Thematisiert werden dabei insbesondere die Leistungen der häuslichen Pflege sowie Pflegemaßnahmen bei behinderten Menschen, die in Einrichtungen gepflegt werden.

7.2. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

7.2.1. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI

Um einen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI zu haben, muss eine Pflegebedürftigkeit nach § 14 Abs. 1 SGB XI vorliegen. Dies trifft auf Personen zu, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. § 14 Abs. 3 SGB XI definiert die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen, die den Bereichen Körperpflege (Nr. 1), Ernährung (Nr. 2), Mobilität (Nr. 3) und hauswirtschaftliche Versorgung (Nr. 4) zugeordnet werden.¹⁷³ Die Höhe des Leistungsanspruchs richtet sich dabei nach der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen I bis III, die auf Grundlage des individuellen Pflegebedarfs vorgenommen wird. So werden nach § 15 Abs. 1 SGB XI in die Pflegestufe I erheblich pflegebedürftige Personen, in die Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige und in die Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftige eingestuft.¹⁷⁴ Maßgeblich für die Einstufung sind der zeitliche Umfang sowie die Häufigkeit der anfallenden Pflege. Je nach Pflegestufe müssen dabei unterschiedliche Werte erreicht werden.¹⁷⁵ Sind die genannten Voraussetzungen erfüllt, liegt eine Pflegebedürftigkeit i.S.d. sozialen Pflegeversicherung vor. In der Folge haben die Betroffenen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI. Hierbei wird zwischen Leistungen bei häuslicher Pflege (§§ 36 bis 40 SGB XI), Leistungen bei teilstationärer Pflege (§ 41 SGB XI) und Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) sowie Leistungen bei vollstationärer Pflege (§ 43 SGB XI) unterschieden. Auftragsgemäß wird im Folgenden nur auf die Leistungen bei häuslicher Pflege eingegangen.

173 In Abgrenzung zur hauswirtschaftlichen Versorgung werden die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität unter dem Begriff „Grundpflege“ zusammengefasst.

174 Auf die detaillierte Darstellung der einzelnen Pflegestufen wird im Rahmen dieses Sachstandes verzichtet.

175 Die genauen Werte sowie die weiteren Voraussetzungen können dem § 15 Abs. 1 SGB XI entnommen werden.

Die §§ 36 bis 40 SGB XI regeln, auf welche Leistungen der Pflegebedürftige bei häuslicher Pflege Anspruch hat. Werden Pflegebedürftige in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt, haben sie nach § 36 Abs. 1 S. 1 SGB XI Anspruch auf häusliche Pflege, also auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung. Gemäß § 36 Abs. 2 SGB XI zählen dazu Hilfeleistungen bei den in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen.¹⁷⁶ Nach § 36 Abs. 3 SGB XI umfasst der Anspruch auf häusliche Pflege je Kalendermonat Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 450 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe I, 1.100 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bzw. 1.550 Euro bei einer Zuordnung zur Pflegestufe III. In besonders gelagerten Einzelfällen können gemäß § 36 Abs. 4 S. 1 SGB XI zur Vermeidung von Härten für Pflegebedürftige der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro von der Pflegekasse gewährt werden. Dies ist dann möglich, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Anstelle der häuslichen Pflegehilfe können Pflegebedürftige nach § 37 Abs. 1 S. 1 SGB XI ein Pflegegeld beantragen. Der Pflegebedürftige stellt dann selbst sicher, Pflege in erforderlichem Maß zu erhalten. Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I beträgt das Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 S. 3 SGB XI je Kalendermonat 235 Euro. Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II werden 440 Euro und für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 700 Euro Pflegegeld gezahlt.

Darüber hinaus kann nach § 38 SGB XI die sog. Kombinationsleistung in Anspruch genommen werden. Nimmt ein Pflegebedürftiger die ihm nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI zustehende Sachleistung (häusliche Pflege) nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben nach § 38 S. 1 SGB XI ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37 SGB XI. Dabei wird das Pflegegeld in dem Maß prozentual gemindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat.

Pflegebedürftige, die in häuslicher Umgebung gepflegt werden, können nach § 39 S. 1 SGB XI im Fall der Verhinderung der Pflegeperson die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr beanspruchen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Pflegekassen übernehmen dabei Ersatzpflegekosten in Höhe von maximal 1.550 Euro. Dies gilt allerdings nur, sofern die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Anderenfalls dürfen die Aufwendungen der Pflegekassen für die Ersatzpflege maximal in Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 SGB XI betragen.

Zusätzlich können Pflegebedürftige nach § 40 Abs. 1 S. 1 SGB XI die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden beitragen oder die ihnen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, beanspruchen. Dies gilt, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder einem anderen zuständigen Leistungsträger zu leisten sind. Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen nach § 40 Abs. 2 S. 1 SGB XI monatlich den Betrag von 31 Euro nicht übersteigen.

176 Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu leisten sind.

7.2.2. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XII

Auch nach dem SGB XII kann ein Anspruch auf Leistungen bestehen, wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt. Hierbei handelt es sich um die sog. Hilfe zur Pflege, die nach Maßgabe der §§ 61 bis 66 SGB XII geleistet wird. Der Personenkreis, der Hilfe zur Pflege beanspruchen kann, ist in § 61 Abs. 1 SGB XII festgelegt. Dazu gehören nach § 61 Abs. 1 S. 1 SGB XII zum einen Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen sind dabei in § 61 Abs. 5 SGB XII festgelegt und entsprechen den Verrichtungen, die der Beurteilung einer vorliegenden Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI zugrundegelegt werden. Zum anderen besteht nach § 61 Abs. 1 S. 2 SGB XII der Leistungsanspruch auch für Kranke und für behinderte Menschen, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen.¹⁷⁷ Die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ist nach § 62 SGB XII bei der Entscheidung über Hilfe zur Pflege zugrunde zu legen.¹⁷⁸

Hilfe zur Pflege kann jedoch nur gewährt werden, wenn darüber hinaus die Voraussetzungen des § 19 SGB XII erfüllt sind. Dieser legt für die verschiedenen Leistungsbereiche des SGB XII - zu denen u.a. die Hilfe zur Pflege, aber auch die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gehören¹⁷⁹ - den jeweils leistungsberechtigten Personenkreis fest. Nach § 19 Abs. 3 SGB XII wird Hilfe zur Pflege geleistet, soweit dem Leistungsberechtigten, seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartner und bei minderjährigen und unverheirateten Leistungsberechtigten auch seinen Eltern oder einem Elternteil die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nicht zuzumuten ist. Die Regelungen für die Einkommensberechnung sind im Elften Kapitel des SGB XII festgelegt.¹⁸⁰

Sind die genannten Voraussetzungen erfüllt, wird nach § 64 SGB XII ein Pflegegeld an die pflegebedürftige Person geleistet. Die Höhe richtet sich dabei nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Hierbei wird ebenso wie nach dem SGB XI zwischen erheblich Pflegebedürftigen (Abs. 1), Schwer- (Abs. 2) und Schwerstpflegebedürftigen (Abs. 3) unterschieden. Die Höhe des Pflegegeldes entspricht der Höhe des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI für die jeweilige Pflegestufe. Darüber hinaus haben Pflegebedürftige nach § 65 SGB XII Anspruch auf sog. „andere Leistungen“. Dieser Anspruch umfasst nach § 65 Abs. 1 SGB XII die Erstattung der angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson, die Zahlung angemessener Beihilfen sowie die Übernahme von Beiträgen der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der häuslichen Pflege durch nahestehende Personen oder im Rahmen von Nachbarschaftshilfe (Pflege nach § 63 S. 1 SGB XII) die Heranziehung einer be-

177 Für Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung gilt dies nur, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen (§ 61 Abs. 1 S. 2 2. HS. SGB XII).

178 Dies gilt, soweit die Entscheidung der Pflegekasse auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind.

179 Vergleiche hierzu Gliederungspunkt 7.3.

180 Es erfolgt keine Darstellung der Berechnungsgrundlagen und -schritte, vergleiche hierzu §§ 82-96 SGB XII.

sonderen Pflegekraft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen. Pflegebedürftigen, die Pflegegeld nach § 64 SGB XII erhalten, sind nach § 65 Abs. 2 SGB XII zusätzlich die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Grundsätzlich kann das Pflegegeld nach § 64 SGB XII neben den Leistungen aus § 65 SGB XII bezogen werden. Allerdings kann das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel gekürzt werden, wenn dieses parallel zu Leistungen nach § 65 Abs. 1 SGB XII oder gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften gezahlt wird.¹⁸¹

7.2.3. Abgrenzung zwischen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach den Sozialgesetzbüchern XI und XII

Im Verhältnis der Sozialhilfe zu anderen staatlichen Leistungen gilt grundsätzlich die Nachrangigkeit der Sozialhilfe, die in verschiedenen Rechtsnormen festgeschrieben ist. So erhält nach § 2 Abs. 1 SGB XII Sozialhilfe nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, bezieht. Hierzu gehören auch die Pflegekassen als Träger der sozialen Pflegeversicherung. Die grundsätzliche Nachrangigkeit der Sozialhilfe wird für den Bereich der Hilfe zur Pflege durch § 66 SGB XII präzisiert. Nach § 66 Abs. 1 SGB XII werden Leistungen nach § 64 und § 65 Abs. 2 SGB XII nicht erbracht, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten. Pflegegelder nach dem SGB XI sind in vollem Umfang auf das Pflegegeld nach dem SGB XII anzurechnen.

Auch im SGB XI findet sich mit § 13 eine Vorschrift zur Regelung von Leistungskonkurrenzen zwischen verschiedenen Sozialleistungsträgern. So gehen nach § 13 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB XI die Leistungen der Pflegeversicherung den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach dem Zwölften Buch vor. Leistungen zur Pflege nach dem SGB XII sind nach § 13 Abs. 3 S. 2 SGB XI nur zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder das SGB XII dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsieht.

7.3. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit von Personen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe gepflegt werden

Werden pflegebedürftige behinderte Menschen in (vollstationären) Einrichtungen der Behindertenhilfe versorgt und erhalten dort sowohl Pflegeleistungen als auch Leistungen der Eingliederungshilfe, stellt sich die Frage, welcher Sozialleistungsträger finanziell einstandspflichtig ist. Dies könnte nach Maßgabe der §§ 43 ff. SGB XI entweder die Pflegekasse oder aber gemäß §§ 53 ff. SGB XII der Träger der Sozialhilfe sein. Auch eine anteilige Beteiligung beider Sozialleistungsträger kommt in Betracht.

Für die Bestimmung der Einstandspflicht ist der jeweilige Einrichtungszweck maßgeblich. Handelt es sich um eine Einrichtung, in der die Pflegeleistung im Vordergrund steht, ist gemäß § 43 SGB XI grundsätzlich die Pflegekasse zuständig. Steht bei der Einrichtung indessen ein der Ein-

181 Ausführliche Informationen hierzu können z.B. Klie in: Hauck/Noftz, K § 66 SGB XII, Rn. 3ff. entnommen werden.

gliederungshilfe angenähertes Leistungsspektrum im Vordergrund, hat grundsätzlich der Träger der Sozialhilfe sowohl für die Leistungen der Eingliederungshilfe als auch für die – daneben zu erbringenden – Pflegeleistungen aufzukommen (vgl. § 55 SGB XII und § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI).

Was Aufgaben und Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen sind, ist insbesondere in den §§ 53, 54 SGB XII sowie den §§ 26, 33, 41 und 55 SGB IX festgelegt. Nach § 53 Abs. 3 SGB XII ist es Aufgabe der Eingliederungshilfe im Allgemeinen, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Im Besonderen bedeutet dies, den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. Gemäß § 54 Abs. 1 SGB XII gehören zu den Leistungen der Eingliederungshilfe im Rahmen des SGB XII (vor allem) auch Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung (Nr. 1), zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule (Nr. 2) sowie zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit (Nr. 3).

Hinsichtlich der Zuständigkeit gelten indessen zwei Besonderheiten. Zum einen wird in einem solchen Fall ausnahmsweise das dem SGB XII zugrunde liegende Prinzip der Nachrangigkeit im Verhältnis zu den Leistungen anderer Sozialleistungsträger (§ 2 Abs. 1) umgekehrt und im Übrigen – wie bereits erwähnt – eine Leistungspflicht der Sozialhilfeträger auch für die – neben der Eingliederungshilfe zu erbringenden – Pflegeleistungen statuiert. Dies ist ausdrücklich in § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI geregelt, in dem es hierzu wörtlich heißt: „Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII [...] bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren“. Zum anderen haben sich die Pflegekassen gemäß § 43a SGB XI an den monatlichen Gesamtkosten zu beteiligen, wenn bei der vollstationären Einrichtung die „Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks“ steht. Die Pflegekasse übernimmt in diesem Falle zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 SGB XI genannten Aufwendungen 10% eines nach § 75 Abs. 3 SGB XII zwischen den Sozialleistungsträgern vereinbarten Entgelts, wobei die Aufwendungen im Einzelfall je Kalendermonat 256 Euro nicht überschreiten dürfen.¹⁸²

182 Vgl. hierzu Wehrhahn, in: jurisPK-SGB XII, § 55 SGB XII Rn. 4; vgl. auch Adolph/Linhart/Gröschel-Gundermann, SGB II, SGB XII, Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar, § 55 Rn. 3 ff.

8. Rechtsanspruch auf Leistungen nach dem SGB XI für behinderte Säuglinge

8.1. Einleitung

Die soziale Pflegeversicherung dient der Absicherung des Risikos einer Pflegebedürftigkeit. Abhängig vom Umfang der Pflegebedürftigkeit erhalten Betroffene bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen Leistungen aus diesem Zweig der Sozialversicherung. Da die Zahl der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren stark angestiegen ist und für die Zukunft mit einem weiteren Anstieg gerechnet wird, steht die soziale Pflegeversicherung zunehmend im Fokus der Öffentlichkeit. Hierbei sind es überwiegend ältere und/oder demente Personen, die im Blickfeld stehen. Kindern, die aufgrund vorliegender Pflegebedürftigkeit ebenfalls in den Schutzbereich der sozialen Pflegeversicherung fallen, wird hingegen weniger Aufmerksamkeit gewidmet. Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit von Kindern im Allgemeinen und Säuglingen im Speziellen ergeben sich andere Problemfelder als bei der Einstufung von erwachsenen Pflegebedürftigen. Diese Besonderheiten werden im Folgenden – insbesondere für Kinder im Säuglingsalter – thematisiert.

8.2. Pflegebedürftigkeit in der sozialen Pflegeversicherung

8.2.1. Allgemeines zur Pflegebedürftigkeit in der sozialen Pflegeversicherung

Personen, die pflegebedürftig sind, haben Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist dabei in § 14 SGB XI geregelt. Nach § 14 Abs. 1 SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, pflegebedürftig. § 14 Abs. 3 SGB XI definiert die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen. Die zu begutachtenden Verrichtungen werden dabei bestimmten Bereichen – Körperpflege (Nr. 1), Ernährung (Nr. 2), Mobilität (Nr. 3) und hauswirtschaftliche Versorgung (Nr. 4) – zugeordnet. In Abgrenzung zur hauswirtschaftlichen Versorgung werden die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität unter dem Begriff „Grundpflege“ zusammengefasst.

Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit werden Pflegebedürftige nach § 15 Abs. 1 SGB XI einer der Pflegestufen I bis III zugeordnet. Danach werden in die Pflegestufe I erheblich pflegebedürftige Personen, in die Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige und in die Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftige eingestuft.¹⁸³ Maßgeblich für die Einstufung sind der zeitliche Umfang sowie die Häufigkeit der anfallenden Pflege. Je nach Pflegestufe müssen dabei unterschiedliche Werte erreicht werden.¹⁸⁴ Den drei Pflegestufen gemeinsam ist hierbei, dass ein Hilfebedarf sowohl im Bereich der Grundpflege als auch bei der hauswirtschaftlichen Versorgung bestehen muss. Benötigt eine Person lediglich Hilfe in einem der beiden Bereiche, ist diese – unabhängig vom zeitlichen Umfang des Hilfebedarfs – nicht pflegebedürftig nach § 15 SGB XI. Für das Vorliegen der Pflegestufe I muss darüber hinaus Hilfe bei mindestens zwei Verrichtungen aus dem Bereich der Grund-

183 Auf die detaillierte Darstellung der einzelnen Pflegestufen wird im Rahmen dieses Sachstandes verzichtet.

184 Die genauen Werte können dem § 15 Abs. 1 SGB XI entnommen werden.

pflege benötigt werden. Bei den anderen beiden Pflegestufen bleibt die Zahl der Verrichtungen ohne Berücksichtigung.¹⁸⁵

Nach § 18 Abs. 1 Satz 1 SGB XI lassen die Pflegekassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung feststellen, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Der Spitzenverband der Pflegekassen¹⁸⁶ hat zur Förderung einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. in Anwendung von § 17 Abs. 1 Satz 1 SGB XI Richtlinien zur näheren Abgrenzung der Pflegebedürftigkeitsmerkmale, der Pflegestufen nach § 15 SGB XI und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit erlassen. Die „Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ (BRi)¹⁸⁷ bildet sowohl für die Pflegekassen als auch für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) eine verbindliche, einheitliche Begutachtungsgrundlage.

8.2.2. Pflegebedürftigkeit bei Säuglingen

Der Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung besteht unabhängig vom Alter. Insofern können Kinder – und damit auch Säuglinge¹⁸⁸ – beim Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit ebenso wie erwachsene Personen einen Leistungsanspruch nach dem SGB XI haben.¹⁸⁹ Allerdings gestaltet es sich bei Kindern vergleichsweise schwierig, eine Pflegebedürftigkeit festzustellen. Dies liegt daran, dass alle Kinder einen gewissen Hilfebedarf bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens aufweisen. Das Ausmaß dieses Hilfebedarfs richtet sich nach dem Alter des Kindes. Säuglinge weisen dabei naturgemäß den höchsten Hilfebedarf auf. Mit zunehmendem Alter sinkt der Hilfebedarf eines gesunden Kindes. Ziel der sozialen Pflegeversicherung ist die finanzielle Unterstützung pflegebedürftiger Personen. Aus diesem Grund ist es erforderlich, eine Abgrenzung zwischen dem normalerweise bestehenden Hilfebedarf eines Kindes und dem Hilfebedarf eines pflegebedürftigen Kindes vorzunehmen. Anderenfalls wären sämtliche Kinder bis zu einem bestimmten Alter pflegebedürftig i.S.d. SGB XI. § 15 Abs. 2 SGB XI regelt daher ausdrücklich, dass bei Kindern für die Zuordnung zu den Pflegestufen I bis III der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend ist. Ob ein Kind pflegebedürftig i.S.d. SGB XI ist, wird somit nicht allein auf der Grundlage des individuellen Betreuungsaufwands getroffen. Vielmehr ist nur der zusätzliche Hilfebedarf im Vergleich zu einem gesunden gleichaltrigen Kind für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ausschlaggebend. Um den zusätzlichen Hilfebedarf von Kindern zu ermitteln und somit über das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit i.S.d. SGB XI entscheiden zu können, muss der individuelle Betreuungsbedarf ebenso wie der Betreuungsbedarf eines gesun-

185 Ausführlich hierzu Udsching (2010), K § 15 SGB XI, Rn. 3.

186 Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ist zugleich der Spitzenverband der Pflegekassen.

187 GKV-Spitzenverband (2009), im Internet abrufbar unter http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRi_Pflege_-_090608.pdf.

188 Alle Kinder in einem Alter von unter einem Jahr werden als Säuglinge bezeichnet. Bei Kindern, die das erste Lebensjahr vollendet haben, spricht man üblicherweise von Kleinkindern.

189 Vergleiche hierzu BSG Urteil vom 14.12.1994, Aktenzeichen 3 RK 9/94. Dieses Urteil erging vor der Einführung der sozialen Pflegeversicherung und bezieht sich daher auf die zu diesem Zeitpunkt geltende Anspruchsnorm bei Pflegebedürftigkeit, § 53 SGB V.

den gleichaltrigen Kindes festgestellt werden. Trotz dieser Regelung bestehen praktische Probleme bei der Ermittlung einer Pflegebedürftigkeit bei Kindern, da kaum objektive Maßstäbe für den Hilfebedarf eines gesunden Kindes zu finden sind.¹⁹⁰

Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten zur Ermittlung des Pflegebedarfs bei Kindern. Bei der Differenzmethode wird vom Gesamtpflegeaufwand bei den maßgebenden Verrichtungen im konkreten Fall der Pflegeaufwand für ein gesundes gleichaltriges Kind abgezogen. Im Gegensatz dazu kann jedoch auch auf den konkret bestehenden Mehraufwand abgestellt werden. Soweit Krankheiten oder Behinderungen konkret einen höheren Pflegeaufwand verursachen, ist eine Differenzbetrachtung unter Berücksichtigung allgemeiner Durchschnittswerte nicht erforderlich. Dies gilt, wenn das Kind sich – abgesehen von seiner Krankheit oder Behinderung – im Übrigen normal entwickelt hat. Insofern lasse sich das Kind als gesundes Kind mit dem dann noch vorhandenen Pflegebedarf vorstellen.¹⁹¹ In einem entsprechenden Urteil hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, dass der zusätzliche Pflegebedarf eines Kindes in bestimmten Fällen auch auf diese Weise bestimmt werden kann.¹⁹²

In der Praxis findet unabhängig vom Alter der pflegebedürftigen Person die BRi des GKV-Spitzenverbandes Anwendung. Darin werden u.a. auch die Besonderheiten dargestellt, die bei der Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern zu beachten sind.¹⁹³ Eine Pflegebedürftigkeit im ersten Lebensjahr, also im Säuglingsalter, liegt danach nur im Ausnahmefall vor. Dies ist z.B. bei Säuglingen mit schweren Fehlbildungen sowie angeborenen oder früh erworbenen schweren Erkrankungen eines oder mehrerer Organsysteme der Fall, durch die i.d.R. die Nahrungsaufnahme und im Ausnahmefall auch die Körperpflege erheblich erschwert und zeitaufwendiger werden. Die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit bei Säuglingen ist besonders zu begründen. Zur Ermittlung des Pflegebedarfs bei Säuglingen i.S.d. § 15 Abs. 2 SGB XI enthält die BRi tabellarische Angaben zum Pflegeaufwand für gesunde Kinder bezogen auf die einzelnen zu begutachtenden Verrichtungen und verschiedene Altersgruppen. Hierbei handelt es sich nicht um Durchschnittswerte, sondern um den jeweils höchstmöglichen Aufwand bei der Pflege eines gesunden Kindes. Das Abstellen auf den höchstmöglichen und nicht den durchschnittlichen Aufwand wird teilweise als problematisch angesehen.¹⁹⁴

Bei den Säuglingen wird zwischen zwei Altersgruppen unterschieden. Zum einen werden die Hilfebedarfszeiten für Kinder im Alter von bis zu sechs Monaten und zum anderen für Säuglinge im Alter zwischen sechs und zwölf Monaten angegeben. Den in § 14 Abs. 4 SGB XI benannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen, die den drei Bereichen in der Grundpflege zuzurechnen sind, werden in dieser Tabelle jeweils bestimmte Pflegezeiten zugeordnet.¹⁹⁵ Hierbei werden auch für Kinder im Säuglingsalter Werte für alle drei Bereiche der Grundpflege – also Ernährung, Körperpflege und Mobilität – angegeben. Bei der Pflege von Kin-

190 So z.B. Gebhardt in: Wagner/Knittel (2011), K § 15 SGB XI, Rn. 24.

191 Vergleiche hierzu Gebhardt in: Wagner/Knittel (2011), K § 15 SGB XI, Rn. 25 sowie Udsching (2000), S. 22.

192 BSG Urteil vom 26.11.1998, Aktenzeichen B 3 P 20/97 R; vergleiche hierzu auch Udsching (2000), S. 22.

193 Vergleiche hierzu GKV-Spitzenverband (2009), S. 57-63.

194 Ausführlich hierzu Wagner in: Hauck/Noftz, K § 15, Rn 24.

195 Ausgenommen hiervon ist die Verrichtung „Rasieren“. Die Verrichtung „Treppensteigen“ wird gesondert betrachtet.

dem im Säuglingsalter sind jedoch wahrscheinlich hauptsächlich Verrichtungen aus den Bereichen Ernährung und Körperpflege von Bedeutung, während der Bereich Mobilität eher eine untergeordnete Rolle spielen wird.¹⁹⁶ Der Gesamtpflegeaufwand für Säuglinge der zweiten Altersgruppe liegt dabei mit 222 bis 229 Minuten pro Tag leicht unter dem Pflegeaufwand für Säuglinge in ihren ersten Lebensmonaten mit 225 bis 238 Minuten pro Tag.¹⁹⁷ Eine Pflegebedürftigkeit i.S.d. SGB XI liegt nur vor, wenn der über diese Werte hinausgehende zusätzliche Pflegeaufwand die in § 15 Abs. 1 SGB XI geforderte Höhe erreicht. Sofern der Hilfebedarf unter den für eine Zuordnung zur Pflegestufe II erforderlichen Werten liegt, muss darüber hinaus bei mindestens zwei Verrichtungen Hilfebedarf bestehen.¹⁹⁸

Die Tabelle aus der Begutachtungsrichtlinie stellt nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes eine Hilfebedarfs- und keine „Entwicklungstabelle“ eines gesunden Kindes dar. Da Kinder sich in sehr unterschiedlichem Tempo entwickeln, wurde der Hilfebedarf für die einzelnen Verrichtungen angegeben, den erfahrungsgemäß fast alle der altersentsprechend entwickelten und gesunden Kinder bei diesen Verrichtungen benötigen. Es ist jedoch nicht erkennbar, wie die angesetzten Werte ermittelt wurden. Teilweise werden die in der Tabelle enthaltenen Werte daher als willkürlich kritisiert. So sei z.B. im Hinblick auf die Verrichtung „Darm-/Blasenentleerung“ nicht ersichtlich, warum der Hilfebedarf bis zum Alter von anderthalb Jahren sinkt, danach jedoch bis zum Alter von zwei bis drei Jahren ansteigt. Es könne in diesem Zusammenhang nicht vermutet werden, dass der Zeitaufwand für das Training des Kindes zum selbstständigen Handeln in den Werten berücksichtigt wurde, da nur die vollständige Übernahme der Verrichtung und nicht der Aufsichtsbedarf gezählt werde.¹⁹⁹ Aber auch die Werte zu den Verrichtungen „Aufstehen/Zu-Bett-Gehen“ oder auch „Verlassen der Wohnung“ werden teilweise als nicht nachvollziehbar kritisiert.²⁰⁰

Eine Pflegebedürftigkeit i.S.d. § 15 SGB XI setzt einen Hilfebedarf sowohl im Bereich der Grundpflege als auch bei der hauswirtschaftlichen Versorgung voraus.²⁰¹ Die Rechtsprechung hat bestätigt, dass dies grundsätzlich auch bei der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit bei Kindern gilt.²⁰² Diese Ansicht ist jedoch umstritten. In der Literatur wird teilweise die Auffassung vertreten, dass der Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung bei Kindern nicht berücksichtigt werden solle²⁰³, zumindest soweit die hauswirtschaftliche Versorgung aufgrund des Kindesalters ohnehin üblicherweise von den Erziehungspersonen erbracht werde.²⁰⁴ So wird argumentiert,

196 Dies ist z.B. die Ansicht des Gesetzgebers, vergleiche hierzu, BT-Drs. 12/5262, S. 98. Auch in der Literatur wird diese Auffassung vertreten, vergleiche hierzu z.B. Gebhardt in: Wagner/Knittel (2011), K § 15 SGB XI, Rn. 25, Koch in: Leitherer (2011), K § 15 SGB XI, Rn. 11.

197 Der Wert gibt jeweils die Gesamtsumme für Verrichtungen im Bereich der Grundpflege ohne Treppensteigen an. Es ist jedoch nicht erkennbar, warum die Summe der einzelnen Zeitwerte als Zeitspanne dargestellt wird, da für die einzelnen Verrichtungen konkrete Zeitwerte ohne Spielraum angegeben werden.

198 BSG Urteil vom 24.6.1998, Aktenzeichen B 3 P 1/97 R.

199 Richter (2007), S. 102.

200 Ausführlich hierzu Wagner in: Hauck/Noftz, K § 15, Rn 24.

201 Vergleiche hierzu Gliederungspunkt 9.2.1.

202 BSG Urteil vom 19.2.1998, Aktenzeichen B 3 P 3/97 R.

203 So z.B. Klie in: Klie/Krahmer, K § 15 SGB XI, Rn. 5.

204 So z.B. Koch in: Leitherer (2011), K § 15 SGB XI, Rn. 11.

dass der Zeitaufwand für die hauswirtschaftliche Versorgung auch bei gesunden Kindern voll anfallt und somit weitgehend²⁰⁵ unabhängig von einer Behinderung sei.²⁰⁶

In der Praxis wird diesbezüglich auf das Alter des Kindes abgestellt. Grundsätzlich gilt dabei entsprechend der Begutachtungsrichtlinie, dass der Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung von Kindern individuell zu bestimmen ist. Neben zusätzlichen hauswirtschaftlichen Leistungen, die unmittelbar aufgrund der Krankheit oder Behinderung anfallen, kann es sich hierbei auch um hauswirtschaftliche Leistungen handeln, die – anders als üblicherweise bei gesunden Kindern im selben Alter – durch das kranke oder behinderte Kind nicht erbracht werden können. Letzteres spielt jedoch insbesondere bei Säuglingen keine Rolle, da auch gesunde Kinder in diesem Alter keinerlei hauswirtschaftliche Leistungen übernehmen können. Bei Kindern unter acht Jahren wird – sofern ein Grundpflegemehrbedarf in erforderlichem Umfang vorliegt – von der Annahme ausgegangen, dass auch ein entsprechender hauswirtschaftlicher Mehrbedarf gegeben ist. Liegt ein Grundpflegemehrbedarf entsprechend den Kriterien der Pflegestufe I vor, wird somit von einem hauswirtschaftlichen Mehrbedarf i.H.v. 45 Minuten ausgegangen. Erfüllt der Grundpflegemehrbedarf die Anforderungen der Pflegestufen II oder III, wird ein hauswirtschaftlicher Mehrbedarf von 60 Minuten angenommen.²⁰⁷ Mit Hinweis auf das Alter des Kindes muss der Mehrbedarf insofern nicht im Einzelnen im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit dokumentiert werden. Dies gilt, auch wenn davon ausgegangen wird, dass Kinder vor Vollendung des achten Lebensjahres keine nennenswerten hauswirtschaftlichen Leistungen erbringen. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes zeigen die Erfahrungen, dass ein Mehrbedarf in der Hauswirtschaft beim Vorliegen eines entsprechenden Grundpflegemehrbedarfs in aller Regel erfüllt sei.²⁰⁸

8.3. Leistungsanspruch bei eingeschränkter Alltagskompetenz

8.3.1. Allgemeines zum Leistungsanspruch bei eingeschränkter Alltagskompetenz

Nach § 45a Abs. 1 Satz 1 SGB XI besteht für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege ein Anspruch auf Kostenerstattung für zusätzliche Betreuungsleistungen, wenn neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Zu den anspruchsberechtigten Personen können hierbei nach § 45a Abs. 1 Satz 2 SGB XI zum einen Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III (Nr. 1) und zum anderen Personen gehören, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (Nr. 2). Bei den genannten Personen müssen darüber hinaus demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen. In Folge dieser Er-

205 Als Ausnahme wird hier die Krankheit Diabetes genannt, die einen immensen zusätzlichen Zeitaufwand hinsichtlich der Nahrungszubereitung verursache.

206 Das Problem spielt, wie im Folgenden näher beschrieben wird, im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit von behinderten Säuglingen keine Rolle. Aus diesem Grund wird auf die genaue Darstellung der Argumentation verzichtet. Einzelheiten können z.B. Udsching (2010), K § 15 SGB XI, Rn. 12 entnommen werden.

207 Teilweise wird die Auffassung vertreten, dass die BRi damit zu Unrecht den Anschein erwecke, dass das SGB XI einen zeitlichen Mindestbedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung verlange. Ausführlich hierzu Udsching (2010), K § 15 SGB XI, Rn. 12.

208 GKV-Spitzenverband (2009), S. 62f.

krankungen müssen sich Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens feststellen lassen, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führen.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn mindestens zwei der in § 45a Abs. 2 Satz 1 SGB XI festgelegten 13 Schädigungen und Fähigkeitsstörungen (sog. Items, Nr. 1 bis 13) auf den Pflegebedürftigen zutreffen, davon mindestens eine aus den Bereichen 1 bis 9. Sind die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllt, besteht ein Leistungsanspruch nach § 45b SGB XI. In der Höhe richtet sich dieser danach, in welchem Maß die Alltagskompetenz eingeschränkt ist. Der Grundbetrag für die Kostenerstattung liegt nach § 45b Abs. 1 Satz 2 SGB XI bei 100 Euro monatlich. Ein erhöhter Betrag von 200 Euro monatlich wird gezahlt, sofern die Alltagskompetenz in erhöhtem Maße eingeschränkt ist. Der Betrag ist zweckgebunden zu verwenden.²⁰⁹ Nach den Begutachtungsrichtlinien liegt eine Einschränkung der Alltagskompetenz in erhöhtem Maß vor, wenn über die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz hinaus mindestens ein weiteres Item der Nr. 1-5, 9 oder 11 auf den Pflegebedürftigen zutrifft.²¹⁰

8.3.2. Eingeschränkte Alltagskompetenz bei Säuglingen

Die Besonderheiten, die bei der Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz bei Kindern im Allgemeinen und bei Säuglingen im Speziellen zu beachten sind, sind ebenfalls in der BRi des GKV-Spitzenverbandes dargestellt.²¹¹ Demnach entwickeln Kinder im Alter von unter einem Jahr keine Alltagskompetenz im eigentlichen Sinne. Aufgrund eines von der altersgerechten Entwicklung abweichenden Verhaltens können Säuglinge jedoch einen erheblich gesteigerten Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf haben. Hierbei ist zu beachten, dass die für die Beurteilung der Alltagskompetenz maßgebenden Items nur teilweise auf Säuglinge zutreffen können. Ein Teil der festgelegten Items kann aufgrund des normalen Entwicklungsstandes von Kindern dieser Altersgruppe bei diesen nicht beurteilt werden. Die BRi enthält beispielhafte Ausführungen zu den verschiedenen Items in Bezug auf verschiedene Altersgruppen. Danach können bei Säuglingen Einschränkungen bei den Items 4, 5, 6 und 9 vorliegen. Allerdings ist die dort vorgenommene Aufzählung nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes nicht abschließend. Darüber hinaus weist der GKV-Spitzenverband darauf hin, dass die Ausführungen zu den einzelnen Items wissenschaftlich nicht untermauert sind, sondern auf langjährigen praktischen Erfahrungen von Pflegepersonal beruhen. Insofern seien die entsprechenden beispielhaften Darstellungen nur als Hilfestellung zu verstehen. Bei der Prüfung, ob im Einzelfall zusätzlicher Betreuungs- bzw. Beaufsichtigungsaufwand anfalle, sei wiederum auf den Vergleich zu einem gesunden gleichaltrigen Kind abzustellen.

209 Auf die Darstellung der Einzelheiten zur Verwendung der Geldleistung wird im Rahmen dieses Sachstandes verzichtet. Vergleiche hierzu § 45b Abs. 1 Satz 5 SGB XI.

210 Vergleiche GKV-Spitzenverband (2009), S. 112 und 157.

211 Vergleiche hierzu GKV-Spitzenverband (2009), S. 105 ff.

9. Literatur- und Anlagenverzeichnis

9.1. Kapitel 2: Schnittstellen und Leistungskonkurrenzen im Verhältnis zwischen § 13 SGB VIII und Maßnahmen der beruflichen Förderung nach dem SGB II und III

9.1.1. Literatur

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV), SGB II und Jugendsozialarbeit, Beitrag vom 28.09.2005, im Internet abrufbar unter: http://opus.bsz-bw.de/fh/b/volltexte/2011/255/pdf/Anlage_Nr.16.pdf

Hampel, Christian, § 13 SGB VIII – *die* Rechtsgrundlage der Jugendsozialarbeit, in: jugendsozialarbeit aktuell, Beitrag Katholische Jugendsozialarbeit Nordrhein-Westfalen, Köln, Juni 2010

Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.), Sozialgesetzbuch VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Lehr- und Praxiskommentar (Nomos LPK-SGB VIII)

Kunkel, Peter-Christian, Junge Menschen im „Bermudadreieck“ von SGB VIII, SGB III und SGB II, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. (NDV) 2007, S. 397-404

Kunkel, Peter-Christian, Schnittstellen zwischen Jugendhilfe (SGB VIII), Grundsicherung (SGB II) und Arbeitsförderung (SGB III), in: Sozialrecht in Deutschland und Europa (ZFSH/SGB) 2006, S. 76-85

Meysen, Thomas, Kinder- und Jugendhilfe an allen Schnittstellen: zentrale Anlaufstelle, Ausfallbürge, Netzknüpfer, in: JAmt/ZKJ Sonderheft 2010 (Gemeinsames Sonderheft der Zeitschriften Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht – und der Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe), S. 21-24

Münder, Johannes (Hrsg.), Sozialgesetzbuch II – Grundsicherung für Arbeitssuchende –, Lehr- und Praxiskommentar, 4. Auflage 2011

Parosanu, Andrea, Aufgabenfelder und Schnittstellen von SGB II, III und VIII, Beitrag im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit (BAG-ÖRT), 2006, im Internet abrufbar unter: http://bag-oert.de/webfm_send/132

Schlegel, Rainer/ Voelzke, Thomas/Radüge, Astrid, jurisPK, SGB II-Kommentar, 3. Auflage 2012

Schruth, Peter, Zur Leistungskonkurrenz von SGB II und SGB VIII – Expertengespräch der Kinderkommission des Bundestages zum Thema: „Vorrang der Jugendsozialarbeit und Berufshilfe gemäß SGB VIII gegenüber SGB II“, in: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe (ZKJ) 2009, S. 189-193

Wiesner, Reinhard (Hrsg.), SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Kommentar, 4. Auflage 2011

9.1.2. Anlagen

Hampel, Christian, § 13 SGB VIII – *die Rechtsgrundlage der Jugendsozialarbeit*, in: jugendsozialarbeit aktuell, Beitrag Katholische Jugendsozialarbeit Nordrhein-Westfalen, Köln, Juni 2010
- **Anlage 1**

Kunkel, Peter-Christian, Junge Menschen im „Bermudadreieck“ von SGB VIII, SGB III und SGB II, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. (NDV) 2007, S. 397-404
- **Anlage 2**

Kunkel, Peter-Christian, Schnittstellen zwischen Jugendhilfe (SGB VIII), Grundsicherung (SGB II) und Arbeitsförderung (SGB III), in: Sozialrecht in Deutschland und Europa (ZFSH/SGB) 2006, S. 76-85
- **Anlage 3**

Parosanu, Andrea, Aufgabenfelder und Schnittstellen von SGB II, III und VIII, Beitrag im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit (BAG-ÖRT), 2006, im Internet abrufbar unter: http://bag-oert.de/webfm_send/132
- **Anlage 4**

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV), SGB II und Jugendsozialarbeit, Beitrag vom 28.09.2005, im Internet abrufbar unter: http://opus.bsz-bw.de/fh/b/volltexte/2011/255/pdf/Anlage_Nr.16.pdf
- **Anlage 5**

Schruth, Peter, Zur Leistungskonkurrenz von SGB II und SGB VIII – Expertengespräch der Kinderkommission des Bundestages zum Thema: „Vorrang der Jugendsozialarbeit und Berufshilfe gemäß SGB VIII gegenüber SGB II“, in: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe (ZKJ) 2009, S. 189-193
- **Anlage 6**

Meysen, Thomas, Kinder- und Jugendhilfe an allen Schnittstellen: zentrale Anlaufstelle, Ausfallbürge, Netzknüpfer, in: JAmt/ZKJ Sonderheft 2010 (Gemeinsames Sonderheft der Zeitschriften Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht – und der Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe), S. 21-24
- **Anlage 7**

9.2. Kapitel 3: Schnittstellen im Bereich Akutversorgung und medizinische Rehabilitation

9.2.1. Literatur

Volker Eric Amelung, Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, in: Innovatives Versorgungsmanagement – Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, herausgegeben von Volker Eric Amelung / Susanne Eble / Helmut Hildebrandt, Berlin 2011

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Orientierungshilfe zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen, Münster 24.11.2009, abzurufen unter: http://www.lwl.org/spur-download/bag/orientierungshilfe_schnittstellenpapier_24112009.pdf

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden, abzurufen unter <http://www.dguv.de/inhalt/rehabilitation/documents/handlungsleitfaden.pdf>

Deutsche Rentenversicherung Bund, Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, 3. Auflage (4/2009), abzurufen unter http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35684/publicationFile/18155/rahmenkonzept_medizinische_reha.pdf

Wilfried von Eiff / Stefan Schüring / Christopher Niehues, REDIA - Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation - Ergebnisse einer prospektiven medizinischen-ökonomischen Langzeitstudie 2003–2011, Münster 2011

Wilfried von Eiff / Stefan Schüring, Kürzere Akut-Verweildauern erhöhen Aufwand in der Reha, Deutsches Ärzteblatt 2011, Heft 21, A 1164-A 1166, abzurufen unter <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=91463>

Harry Fuchs, Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation – Verpflichtung der Sozialversicherungsträger zur Koordination und Kooperation sowie zur Konvergenz der Rehabilitationsleistungen am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung – Anspruch und Wirklichkeit, Diss., Sankt Augustin 2008

Peter W. Gaidzik / Katharina Weiner, Kommentierung § 13, in: Krankenhausrecht – Praxishandbuch zum Recht des Krankenhauswesens, herausgegeben von Stefan Huster / Markus Kaltenborn, 1. Auflage, München 2010, Beck-Online: http://beck-online.beck.de/Default.aspx?vpath=bibdata/komm/HusKalHdbKHR_1/cont/HusKalHdbKHR.htm

Bernd Götze, Kommentierung der §§ 1-16, in: Hauck/Noftz Kommentar zum SGB IX, 1. Band, herausgegeben von Peter Masuch, Berlin 2010, abrufbar bei juris

Karin Hahne, Kommentierung § 4, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, herausgegeben von Michael Terbille, 1. Auflage, München 2009, Beck-online

Dieter Hart, Schnittstellenprobleme: Arzthaftungsrechtliche Grundlagen, Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht (ZMGR) 2007, Heft 3 und 4, S. 59-65

Wolfgang Heine, Kooperation von Leistungsträgern und Leistungserbringern, Vortrag Kongress Halle am 9.9.2008, veröffentlicht unter <http://kohte.jura.uni-halle.de/veranstaltungen/ss/2008/symp08/DrWH.pdf>

Wolfgang Heine, SGB IX und Akutbehandlung, Zeitschrift für Sozialreform (ZSR), 50. Jahrgang (2004), Heft 4-5, S. 462-471, abzurufen unter http://www.z-sozialreform.de/ccm/cms-service/stream/asset/?asset_id=283005

Anke Henrich, Chronische Probleme in deutschen Kliniken, Artikel der Wirtschaftswoche vom 14.03.2012, abzurufen unter <http://www.wiwo.de/unternehmen/dienstleister/krankenhaeuser-chronische-probleme-in-deutschen-kliniken/6306192.html>

Peter-Christian Kunkel, § 35a SGB VIII aus rechtlicher und rechtspolitischer Sicht, 2005, in: Online Handbuch SGB VIII, <http://www.sgbviii.de/S159.pdf>

Ernst-Wilhelm Luthe, Kommentierung §§ 9 bis 12 SGB VI, in: *juris Praxiskommentar SGB VI*, herausgegeben von Christoph Skipka / Jürgen Winkler, 1. Auflage, Saarbrücken 2008

Ernst-Wilhelm Luthe, Kommentierung §§ 1 bis 13, in: *juris Praxiskommentar SGB IX*, herausgegeben von Jochen Kreitner / Ernst-Wilhelm Luthe, 1. Auflage, Saarbrücken 2010

Inga Niermann, "Blutige Entlassung" verlagert Kosten in die Reha, Deutsches Ärzteblatt 2007, Heft 14, A 923-A 926, abzurufen unter <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=55105>.

Wolfgang Noftz, Kommentierung § 11 in: Hauck/Noftz Kommentar zum SGB V, 1. Band, herausgegeben von Wolfgang Noftz, Berlin 2011

Dagmar Oppermann, Kommentierung der §§ 26-32, in: Hauck/Noftz Kommentar zum SGB IX, 1. Band, herausgegeben von Peter Masuch, Berlin 2010, abrufbar bei juris

Rainer Pitschas, Behinderte Menschen in der kommunalen Sozialpolitik, Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 2009, 253-260, abrufbar bei juris

Stephan Pitum-Weber, Versorgungsmanagement durch Gesundheitsnetzwerke – in Theorie und Praxis, Die Krankenversicherung (KrV) 2011, S. 291-295, abrufbar bei juris

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2003 – Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität (BT-Drs. 15/530)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sondergutachten 1995: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Kurzfassung abrufbar unter <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht95/kurz95.pdf>

Thomas Stähler, Kommentierung § 13 in: *juris Praxiskommentar SGB VI*, herausgegeben von Christoph Skipka / Jürgen Winkler, 1. Auflage, Saarbrücken 2008

Thomas Stähler, Kommentierung der §§ 26 bis 31, in: *juris Praxiskommentar SGB VII*, herausgegeben von Stephan Brandenburg, 1. Auflage, Saarbrücken 2009

Thomas Vollmöller, Die Schnittstelle Krankenhaus – Rehabilitation, Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht (ZMGR) 2007, Heft 3 und 4, S. 70-76

Jürgen Wasem / Anke Walendzik / Isabelle Rotter, Kommentierung § 1, in: Stefan Huster / Markus Kaltenborn (Hrsg.), *Krankenhausrecht – Praxishandbuch zum Recht des Krankenhauswesens*, 1. Auflage, München 2010, Beck-Online

Felix Welti, Kommentierung §§ 40–43a, in: *Kommentar zum SGB V*, herausgegeben von Ulrich Becker / Thorsten Kingreen, 2. Auflage, München 2010, Beck-online

Felix Welti, Systematische Stellung des SGB IX im Sozialgesetzbuch – Zusammenarbeit der Leistungsträger und Koordinierung der Leistungen, Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 2008, S. 321-331

Melanie von Wildenrath / Christian Krauth / Volker E. Amelung, Zukunftsmodell sektorenübergreifende Versorgung? – Eine empirische Untersuchung von Krankenkassen, in: Innovatives Versorgungsmanagement – Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, herausgegeben von Volker Eric Amelung / Susanne Eble / Helmut Hildebrandt, Berlin 2011

9.2.2. Anlagen

Felix Welti, Systematische Stellung des SGB IX im Sozialgesetzbuch – Zusammenarbeit der Leistungsträger und Koordinierung der Leistungen, Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 2008, S. 321-331
- **Anlage 1**

9.3. Kapitel 4: Leistungskonkurrenzen bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nach dem SGB V und SGB VII

9.3.1. Literatur

Becker, Ulrich/Kingreen, Thorsten, SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, 2. Auflage 2010, Verlag C. H. Beck München

Beck'scher Online-Kommentar, Sozialrecht, herausgegeben von Christian Rolfs, Ralf Kreikebohm, Richard und Peter Udsching, Stand: 1. Dezember 2011, Edition: 24, Verlag C. H. Beck München

Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch, Gesamtkommentar, begründet von Karl Haock, fortgeführt von Wolfgang Noftz, Loseblattwerk, Stand der Kommentierung des SGB V - gesetzliche Krankenversicherung, 6. Ergänzungslieferung 2011, Erich Schmitt Verlag

juris PK - SGB V, Stand: 1. Juni 2010

Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, herausgegeben von Stephan Leitherer, Loseblattwerk, Stand der 71. Ergänzungslieferung: 1. Oktober 2011, Verlag C. H. Beck München

Peters, Horst, Handbuch der Krankenversicherung, 19. Auflage, Loseblattwerk, Stand: März 2011

Wagner, Regine/Knittel, Stefan, soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, Kommentar, Loseblattwerk, Stand: Juli 2011, Verlag C. H. Beck München 2011

9.3.2. Anlagen

Derzeit gültige Fassung der §§ 11, 32 und 33 SGB V, Abruf beim Internet unter <http://www.juris.de>

- **Anlage 1**

Derzeit gültige Fassung der §§ 30 und 31 SGB VII, Abruf beim Internet unter <http://www.juris.de>

- **Anlage 2**

Urteil des Bundessozialgerichts vom 26. Oktober 1998 - B 2 U 34/97 R, in: SozR 3 - 2200 § 539 RVO Nr. 43

- **Anlage 3**

Urteil des Bundessozialgerichts vom 23. November 1995 - 1 RK 13/94, in: SozR 3 - 2500 § 11 SGB V Nr. 1 - **Anlage 4**

Urteil des Bundessozialgerichts vom 23. September 1997 – Az: 2 RU 37/96, in: Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSGE, Band 81, S. 103 ff) - **Anlage 5**

Urteil des Bundessozialgerichts vom 25. Juni 2002 - B 1 KR 13/01 R in: SozR 3 - 2500 § 11 SGB V Nr. 3 - **Anlage 6**

9.4. Kapitel 5: Abgrenzungsprobleme und Leistungskonkurrenzen zwischen häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V und Leistungen bei häuslicher Pflege nach §§ 36-38 SGB XI

9.4.1. Literatur

Flint, Thomas, in: Hauck, Karl/Noftz, Wolfgang, SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Stand: EL 06/11

Holtbrügge, Hans-Jörg, in: Klie, Thomas/Kramer, Utz (Hrsg.), Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung –, Lehr und Praxiskommentar, 3. Auflage 2008

Joussen, Jacob, in: Kreikebohm, Ralf/Spellbrink, Wolfgang/Waltermann, Raimund (Hrsg.), Kommentar zum Sozialrecht, 2. Auflage 2011

Padé, Christiane, in: Engelmann, Klaus/Schlegel, Rainer/Voelzke, Thomas, jurisPK-SGB V, Kommentar, 2008

Reimer, Sonja, Anmerkungen zum Urteil des 3. Senats des BSG vom 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R –, in: SGB 09/11 S. 527-535

9.4.2. Anlagen

Reimer, Sonja, Anmerkungen zum Urteil des 3. Senats des BSG vom 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R –, in: SGB 09/11 S. 527-535 - **Anlage 1**

Gesetzestext des § 37 SGB V in seinen bisherigen 5 Fassungen (01. Januar bis 31. Dezember 1989; 01. Januar 1990 bis 31. März 1995; 01. April 1995 bis 31. Dezember 2003; 01. Januar 2004 bis 31. März 2007; Fassung seit 01. April 2007) - **Anlagen 2 bis 6**

9.5. Kapitel 6: Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII für Kinder und Jugendliche mit geistiger bzw. körperlicher Behinderung im Verhältnis zu Leistungen nach § 35a SGB VIII

9.5.1. Literatur

Fegert, Jörg M., Führt der Weg zum Jugendamt der Zukunft über § 35a SGB VIII als Einstieg zur „großen Lösung“?, in: Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht – 2010, S. 267-274

Gerlach, Florian/Hinrichs, Knut, Therapeutische Hilfen für junge Menschen – problematische Schnittstellen zwischen SGB V, SGB VIII und SGB XII, Teil 1: Grundsätzliche Begriffe, Leistungen und Abgrenzungen, in: ZFSH/SGB 07/2007, S. 387-396

Gerlach, Florian/Hinrichs, Knut, Therapeutische Hilfen für junge Menschen – problematische Schnittstellen zwischen SGB V, SGB VIII und SGB XII, Teil 2: Therapeutische Leistungen der Jugendhilfe, in: ZFSH/SGB 08/2007, S. 451-463

Kunkel, Peter-Christian/Haas, Gerhard, Die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII in der Neufassung durch das KICK aus rechtlicher und medizinischer Sicht, in ZKJ 2006, S. 148-153

Landkreis Baden-Württemberg/Städtetag Baden-Württemberg/Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Orientierungshilfe zu Leistungen nach SGB XII und SGB VIII für junge Menschen mit seelischer, körperlicher und geistiger Behinderung vom 22.07.2011

Wiesner, Reinhard, in: derselbe (Hrsg.), SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Kommentar, 4. Auflage 2011, Kommentierung § 35a

9.5.2. Anlagen

Fegert, Jörg M., Führt der Weg zum Jugendamt der Zukunft über § 35a SGB VIII als Einstieg zur „großen Lösung“?, in: Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht – 2010, S. 267-274
- **Anlage 1**

Landkreis Baden-Württemberg/Städtetag Baden-Württemberg/Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Orientierungshilfe zu Leistungen nach SGB XII und SGB VIII für junge Menschen mit seelischer, körperlicher und geistiger Behinderung vom 22.07.2011
- **Anlage 2**

Wiesner, Reinhard, in: derselbe (Hrsg.), SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe –, Kommentar, 4. Auflage 2011, Kommentierung § 35a
- **Anlage 3**

Gerlach, Florian/Hinrichs, Knut, Therapeutische Hilfen für junge Menschen – problematische Schnittstellen zwischen SGB V, SGB VIII und SGB XII, Teil 1: Grundsätzliche Begriffe, Leistungen und Abgrenzungen, in: ZFSH/SGB 07/2007, S. 387-396
- **Anlage 4**

Gerlach, Florian/Hinrichs, Knut, Therapeutische Hilfen für junge Menschen – problematische Schnittstellen zwischen SGB V, SGB VIII und SGB XII, Teil 2: Therapeutische Leistungen der Jugendhilfe, in: ZFSH/SGB 08/2007, S. 451-463
- **Anlage 5**

Kunkel, Peter-Christian/Haas, Gerhard, Die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII in der Neufassung durch das KICK aus rechtlicher und medizinischer Sicht, in ZKJ 2006, S. 148-153
- **Anlage 6**

9.6. Kapitel 7: Leistungen bei häuslicher Pflege und Pflegeleistungen für behinderte Menschen in Einrichtungen nach den Sozialgesetzbücher XI und XII

Adolph, Olgierd/Linhart, Helmut/Gröschel-Gundermann, Olaf, SGB II, SGB XII, Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar, Stand: 28. Update 01/12, im Internet abrufbar über www.juris.de

Coseriu, Pablo/Eicher, Wolfgang (Hrsg.), juris PraxisKommentar SGB XII, 1. Auflage 2010, Stand: 19. September 2011, im Internet abrufbar über: www.juris.de

Hauck, Karl/ Noftz, Wolfgang (Hrsg.), Kommentar SGB XII, Stand 6/10, Erich Schmidt Verlag GmbH & Co.KG, Berlin.

9.7. Kapitel 8: Rechtsanspruch auf Leistungen nach dem SGB XI für behinderte Säuglinge – Literatur

BT-Drs. 12/5262, Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz – PflegeVG), im Internet abrufbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/12/052/1205262.pdf>.

GKV-Spitzenverband (2009), Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, Berlin und Essen, 2009, im Internet abrufbar unter http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRi_Pflege_090608.pdf.

Klie, Thomas/Krahmer, Utz (Hrsg.) (2009), Sozialgesetzbuch XI Soziale Pflegeversicherung – Lehr- und Praxiskommentar, 3. Auflage, Nomos, Baden-Baden 2009.

Leitherer, Stephan (Hrsg.) (2011), Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Band 2, Verlag C.H.Beck München, Stand K § 15 SGB XI: Dezember 2010.

Richter, Ronald (2007), Die besonderen pflegerischen Belange von Kindern, in: ASR 2007, S. 101-104.

Udsching, Peter (2000), Die Pflegeversicherung in der höchstrichterlichen Rechtsprechung, in: Brennpunkte des Sozialrechts 1999 – Thesen und Ergebnisse der 11. Sozialrechtlichen Jahrestagung vom Februar 1999 in Kassel, Verlag für die Rechts- und Anwaltspraxis, Herne/Berlin, 2000.

Udsching, Peter u.a. (2010), SGB XI Soziale Pflegeversicherung – Kommentar, 3. Auflage, Verlag C.H. Beck München 2010.

Wagner, Regine/Knittel, Stefan (Hrsg.) (2011), Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung – Kommentar, Band 2: SGB V §§ 89 ff, RVO, SGB XI, Anhang, Verlag C.H. Beck München 2011, Stand K § 15 SGB XI: Juni 2008.