

"Krankheitsspezifische Teilhabehemmnisse als Leistungsbereich der GKV in ganzheitlichen Teilhabeplanungen"

A. Ausgangslage:

Die ganzheitliche Teilhabekonzeption des SGB IX trifft in Deutschland auf eine weit zersplitterte Leistungsträgerlandschaft. Die Zusammenführung der verschiedenen Leistungsansprüche zu einer ganzheitlichen Leistung stellt somit eine besondere Herausforderung dar, die bis heute für die Betroffenen nicht zufriedenstellend gelöst ist. Ein Problem stellt dabei die Einbindung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in die ganzheitliche Teilhabeplanung dar.

Dabei geht es zum einen um den Leistungsumfang und zum anderen um die Einbringung der Leistungen in die Teilhabeplanung.

Mit dem Begriff der „krankheitsspezifischen Teilhabehemmnisse“ soll zum einen der Leistungsumfang der GKV positiv beschrieben werden und somit für die Einbindung der Leistungen in eine ganzheitliche Teilhabeplanung vereinfacht werden.

B. Leistungsbegründung:

In der Beratungspraxis kann häufig eine missverständliche Interpretation des SGB IX wahrgenommen werden. Viele Betroffene gehen davon aus, dass die Krankenkassen als Leistungsträger zu Teilhabeleistungen verpflichtet sind. Das SGB IX wird also als ein anspruchsbegründendes Gesetz interpretiert. In der Folge werden der GKV oftmals weitreichende Leistungspflichten unterstellt, die ihr tatsächlich jedoch nicht obliegen, weil sich die Leistungspflicht der GKV, also die Leistungsansprüche der Versicherten, ausschließlich aus den Regelungen des SGB V ergeben. Der Leistungsbereich des SGB V ist also nur dann eröffnet, wenn ein Bezug zu einer Erkrankung besteht, sie „krankheitsspezifisch“ sind. Der Begriff „krankheitsspezifisch“ ist im SGB V nicht definiert. Das Bundessozialgericht verwendet in ständiger Rechtsprechung im Bereich der Behandlungspflege den Begriff „krankheitsspezifisch“. Behandlungspflege sind alle krankheitsspezifischen, verrichtungsbezogenen Pflegemaßnahmen. „Krankheitsspezifisch“ sind Pflegemaßnahmen, wenn sie „unmittelbar auf eine Erkrankung zurückzuführen sind“. Der Anspruch wird also im SGB V durch eine Erkrankung des Versicherten begründet.

„Krankheitsspezifisch“ stellt insoweit die leistungsbegründende Kausalität für die Ansprüche des Versicherten gegen seine Versicherung dar.

C. Leistungsumfang:

Der Leistungsumfang bestimmt sich zunächst nach dem SGB V. Der Leistungsumfang wird grundsätzlich durch die ärztliche Verordnung bestimmt. Sie erfolgt regelhaft nach den durch die Richtlinien des G-BA bestimmten Leistungskatalogen oder außerhalb der Leistungskataloge im Rahmen von (gerichtlichen) Einzelfallentscheidungen. Die mit der ärztlichen Verordnung gewährten Leistungen können sowohl als Sachleistungen als auch im Rahmen von Persönlichen Budgets als Geldleistungen in eine ganzheitliche Teilhabeplanung des SGB IX überführt werden. Fraglich – und auch streitig ist, ob auch durch das SGB IX eine Ausweitung der Ansprüche gegen die GKV begründet werden kann. Die Leistungen des mittelbaren Behinderungsausgleichs

werden derzeit in der Rechtsprechung des BSG nicht im Leistungsbereich der GKV verortet.

D. Überschneidungen:

„Überschneidungen“ entstehen, wenn einzelne Leistungen in ihrer Erscheinung von verschiedenen Leistungsträgern erbracht werden können oder aber bestimmte Leistungen verschiedenen Leistungsträgern zugeordnet werden können.

Historisch entstanden Überschneidungen vor allem im Verhältnis zwischen GKV und Sozialer Pflegeversicherung im Bereich der Pflegemaßnahmen, weil der jeweiligen Pflegemaßnahme nicht angesehen werden kann, ob sie leistungsrechtlich dem SGB V oder dem SGB XI zuzuordnen ist.

In der Rechtsprechung des BSG wurden diese Überschneidungen zunächst im Rahmen der „Drachenfliegerrechtsprechung“ mit einer quotalen Zuordnung der Kosten der Leistungen gelöst. Dabei war zunächst eine Quote zwischen den beiden Leistungsbereichen von 50:50 festgelegt worden.

Im Rahmen der Rechtsprechung des BSG aus dem Jahr 2010 wurde dieses Prinzip grundsätzlich aufrechterhalten jedoch unter den Wertungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes von 2008 deutlich zu Lasten der GKV verschoben.

Eine vollständige Abkehr von diesem Prinzip erfolgte in der Rechtsprechung des BSG im Jahr 2015. Das BSG erkannte nunmehr, dass es sich um individuelle Ansprüche der Versicherten handelte, die einer pauschalen Regelung nicht zugänglich sind. In der Literatur wurde diese Entwicklung grundlegend von Udsching beschrieben (Udsching „Intensivpflege in stationären Einrichtungen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, GuP 2015, Seite 161 ff.).

Parallel zu dieser Entwicklung gab der Gesetzgeber im Rahmen der Gesetzgebung zum Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) auch die bis dahin durch die Leistungskataloge der GKV im Bereich der HKP und der Sozialen Pflegeversicherung Unterscheidung der „Medizinischen Behandlungspflege“ als Leistungsbereich der GKV und der „Grundpflege“ als Leistungsbereich der Sozialen Pflegeversicherung auf. Mit dem gesetzgeberischen Auftrag an den G-BA sämtliche Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung in den Leistungskatalog der HKP zu überführen, wurde deutlich, dass sämtliche Pflegemaßnahmen auch im Bereich der GKV nunmehr verordnungsfähige Leistungen sind (vgl. BTDRs. 18/5926, S. 149).

Entgegen diesen Entwicklungen wird z.B. im Rahmen der Kostenabgrenzungs-RL an einem pauschalierten System bzw. an der Zuordnung einzelner Maßnahmen zu Leistungsträgern festgehalten. Der MD unterteilt in Gutachten weiterhin die Leistungen in Leistungen der „Behandlungspflege“ und der „Grundpflege“ und ordnet diese der Sozialen Pflegeversicherung oder der GKV zu.

In der Folge äußert sich der MD also in leistungsrechtlicher Hinsicht, indem er Leistungen anderen Leistungsträgern als der GKV zuordnet. Hierzu fehlt ihm nicht nur die Befugnis, sondern auch die Kompetenz.

Die Gerichte folgen diesen leistungsrechtlichen Einschätzungen dementsprechend regelmäßig nicht, sondern halten die GKV weiter leistungs verpflichtet. Daraus lässt sich erkennen, dass die Gerichte letztlich die Leistungsverpflichtung aus der Krankheit ableiten und nicht die jeweilige Maßnahme einem Leistungsträger, z.B. wegen der Qualifikation der leistungserbringenden Person, zuordnen.

E. Leistungsübernahme in die individuelle Teilhabeplanung

Erkrankungen schränken immer die Teilhabemöglichkeiten der Betroffenen ein. Sie prägen also stets Hemmnisse bei der Realisierung der Teilhabe im Verhältnis zu einem gesunden Menschen aus. Diese Teilhabehemmnisse müssen im zuvor geschilderten Rahmen ausgeglichen werden.

Um Einzug in die Teilhabeplanung zu nehmen, müssen die Teilhabehemmnisse aber von wirtschaftlicher Bedeutung sein und in einer relevanten zeitlichen Dauer bestehen.

Wirtschaftlich unbedeutend wären Teilhabehemmnisse deren Ausgleich sich im Rahmen der gesetzlichen Eigenleistungsanteile des Versicherten bewegen. Bei der zeitlichen Relevanz wird gem. § 1 SGB IX ein Zeitrahmen von 6 Monaten angenommen.

F. Fallbeispiele zur Orientierung

1. Überwindung einer Treppe durch einen gesunden Erwachsenen:
Mangels einer Erkrankung wird keine Leistungspflicht der GKV begründet.
2. Überwindung einer Treppe durch ein 2-jähriges Kind:
Mangels einer Erkrankung wird keine Leistungspflicht der GKV begründet.
3. Überwindung einer Treppe durch einen Patienten mit einem Beinbruch:
 - a. Aufgrund der Erkrankung ist der Leistungsbereich der GKV eröffnet.
 - b. Bei einer isolierten Betrachtung des Teilhabehemmnisses nach dem SGB IX könnte sich eine weitreichendere Leistungspflicht der GKV ergeben. Der durch den Beinbruch verletzte Patient ist in seinen Teilhabemöglichkeiten eingeschränkt. Um seine Teilhabemöglichkeiten wieder anzupassen bestünden nunmehr zwei Möglichkeiten. Zum einen könnte die Treppe in eine Rampe gewandelt werden zum anderen könnte eine Krücke zur Überwindung des Hemmnisses genutzt werden. Unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit des § 12 Abs. 1 SGB V stellt die Krücke das regelhaft zu verordnendes Hilfsmittel dar. Insoweit wäre die GKV in Bezug auf dieses Hilfsmittel Leistungsverpflichtet.
 - c. Die Erkrankung ist auch „conditio sine qua non“ zur Leistung. Überschneidungen sind nicht gegeben.
 - d. Die wirtschaftliche Relevanz und zeitliche Dimension sind fraglich. Insoweit ist eine Einbeziehung in eine Teilhabeplanung nicht erforderlich.
4. Sachverhalt wie zuvor, allerdings haben sich Komplikationen ergeben, die eine dauerhafte Einschränkung der Teilhabe begründen:
 - a. Der Leistungsbereich der GKV ist eröffnet.
 - b. Aufgrund der nunmehr ausgedehnten zeitlichen Dimension der Teilhabeeinschränkung ist zu bedenken, ob dadurch das SGB IX eine leistungsbestimmende Wirkung in Bezug auf die Hilfsmittel erhält. Es obliegt zunächst der Verordnungsfreiheit des Arztes, ob Leistungen und / oder Hilfsmittel außerhalb der Leistungskataloge verordnet werden.
 - c. Die Erkrankung ist kausal im Sinne einer conditio sine qua non. Es können aber Leistungsüberschneidungen bestehen zu Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung.
 - d. Aufgrund der zeitlichen Dimension sind die Leistungen in eine Teilhabeplanung zu überführen. Innerhalb der Teilhabeplanung sind die Überschneidungen und

individuellen Leistungsverpflichtungen der jeweiligen Leistungsträger zu bestimmen.

5. Schulbegleitung eines Diabetes erkrankten Kindes:
 - a. Aufgrund der Erkrankung ist der Leistungsbereich der GKV eröffnet.
 - b. Verordnungsfähige Leistungen können im Bereich der Regelversorgung Außerklinische Intensivpflege (AKI), gem. § 37c SGB V sein. Alternativ Leistungen der „allgemeinen Krankenbeobachtung“ oder „qualifizierten Krankenbeobachtung“, gem. § 37 Abs. 2 SGB V im Rahmen einer Einzelfallentscheidung. Alternativ oder hilfsweise die Verordnung eines Hilfsmittels, z.B. einer Insulinpumpe.
 - c. Die Erkrankung ist „conditio sine qua non“ für die Leistung. Eine Überschneidung zu Leistungen der Eingliederungshilfe könnte im Bereich des Schultransports gegeben sein. Kommunen sind z.B. verpflichtet in ländlichen Bereichen bei nicht ausreichender Abdeckung mit ÖPNV, den Schulbesuch individuell zu ermöglichen. Diese Pflicht stellt jedoch keine Überschneidung zu den Leistungen der GKV dar, weil die Schulbegleitung mittels einer Pflegekraft ausschließlich durch die Erkrankung erforderlich ist. Ebenso wenig ist es eine Aufgabe der Schule die Krankenversorgung zu gewährleisten. Schulen sind pädagogische Lehrinrichtungen und keine Tagesstätten. Sofern jedoch der Lehrstoff nicht im üblichen Rahmen des Klassenbetriebs an einen Schüler vermittelt werden kann, sind Ansprüche des Schülers auf eine pädagogische Unterstützung denkbar. Diese wären wiederum nicht Leistungen der GKV, weil die Vermittlung von Lehrinhalten nicht Gegenstand der Leistungen der GKV ist und dementsprechend nicht ordnungsfähig ist.
 - d. Diabetes ist eine chronische Erkrankung die regelmäßig bis zum Lebensende andauert. Leistungen der Krankenbeobachtung begründen erhebliche Kosten. Somit ist diese Leistung der GKV für die Teilhabeplanung relevant.

6. Leistungen von erhöhten Mietaufwendungen aus der Unterbringung eines ALS-Patienten mit Bedarf an Außerklinischer Intensivpflege (AKI) in einer Wohneinheit gem. § 132 I SGB V:
 - a. Aufgrund der Erkrankung ist der Leistungsbereich der GKV eröffnet.
 - b. Fraglich ist, ob die erhöhten Mietaufwendungen in einer Wohneinheit gem. § 132 I SGB V im Verhältnis zu einem ortsüblichen Mietzins für Wohnraum durch die GKV zu tragen sind. Grundsätzlich ist die GKV nicht zur Finanzierung von Einrichtungen verpflichtet. Die Finanzierung von Krankenhäusern obliegt den Ländern. Praxisräumlichkeiten sind von den Ärzten bzw. Therapeuten zu finanzieren. Im Bereich der AKI wird dieser Grundsatz jedoch durchbrochen. So übernimmt die GKV bei einer vollstationären Versorgung mit AKI auch die Kosten für die Finanzierung dieser Einrichtung. Entsprechend dazu stellen die AKI-RL sowie die Rahmenverträge nach § 132 I SGB V bauliche und räumliche Anforderungen an Wohneinheiten in denen Patienten mit AKI versorgt werden. Diese weichen von den baurechtlichen Bestimmungen für Wohnraum ab und erhöhen dementsprechend die Baukosten. Im Ergebnis ist der Mietzins für diese Räumlichkeiten höher als für allgemeinen Wohnraum. Dadurch könnte eine Leistungspflicht der GKV für die Mehraufwendungen begründet sein (vgl. dazu auch Udsching, aaO. S. 167).

- c. Sofern der Patient Sozialhilfeempfänger ist, könnte eine Leistungspflicht der Sozialhilfe in der Höhe des Betrags der ortsüblichen Miete bestehen.
 - d. Sowohl die wirtschaftliche Relevanz als auch die zeitliche Dimension sind für eine ganzheitliche Teilhabeplanung relevant.
7. Kosten der Lagerung eines neurologisch erkrankten Patienten:
- a. Aufgrund der neurologischen Erkrankung ist der Leistungsbereich der GKV eröffnet.
 - b. „Lagerung“ ist eine verordnungsfähige Leistung im Rahmen der HKP.
 - c. Sofern der Patient bereits vor der Erkrankung im Rahmen von „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“ gelagert wurde ist die Erkrankung nicht „conditio sine qua non“ zu der Lagerung. Denn selbst wenn die Krankheit entfielen bliebe der Bedarf an Lagerung bestehen. Somit müsste diese Leistung weiterhin von der Sozialen Pflegeversicherung und bei einer Überschreitung der pauschalen Erstattungsbeträge von Betroffenen selbst übernommen werden. Es könnte insoweit eine relevante Überschneidung vorliegen.
 - d. Neurologische Erkrankungen bestehen in vielen Fällen chronisch langfristig. Lagerungskosten können geeignet sein die gesetzlichen Eigenleitungsanteile des SGB V zu übersteigen. Somit kann diese Leistung der GKV für die Teilhabeplanung Relevanz entwickeln.
8. Ein Motorradfahrer verunfallt auf dem Weg zur Arbeit und erleidet ein schweres SHT:
- a. Durch die Erkrankung ist der Leistungsbereich der GKV eröffnet.
 - b. Die Behandlung sind verordnungsfähige Leistungen.
 - c. Aufgrund eines Wegeunfalls wird der qualitativ minderwertige Anspruch des Betroffenen gegen die GKV vollständig durch den qualitativ höherwertigen Anspruch gegen die Unfallversicherung verdrängt.

G. Ausblick:

1. Es wird deutlich, dass der Großteil der krankheitsspezifischen Teilhabebehemmnisse im Rahmen von regelhaften Krankenbehandlungen autark im Leistungsbereich der GKV gelöst werden kann.
- Es wird aber auch deutlich, dass komplexere und langwierige Behandlungsbedarfe die für eine Teilhabeplanung Relevanz besitzen, derzeit unter der Definition der Wirtschaftlichkeit gem. § 12 Abs. 1 SGB V für die Betroffenen nicht zufriedenstellend gelöst werden. Mit gutem Recht verweist die GKV auf die Leistungseinschränkungen des § 12 Abs. 1 SGB V im Verhältnis zum SGB IX und mit Blick auf die autark im Bereich des SGB V gelösten Sachverhalte besteht insoweit kein Bedürfnis nach einer Leistungsausweitung.
- Anders dürfte jedoch der Fall zu beurteilen sein, sofern der Anwendungsbereich des SGB IX in Bezug auf die Leistungen der GKV eröffnet ist, also teilhabeplanrelevante Leistungen der GKV vorliegen. Sofern die Leistungen der GKV nicht geeignet waren, die krankheitsspezifischen Teilhabebehemmnisse zu beseitigen, muss eine Intensivierung der Leistungen der GKV erfolgen, um die Patienten vor dem nunmehr drohenden Eintritt einer Behinderung zu bewahren. In diesen Fällen führt die zunächst auf einen möglichst effizienten, also geringen, Ressourcen-

einsatz fokussierte Krankenbehandlung im Ergebnis nicht zu einer Beseitigung der durch die Krankheit begründeten Teilhabebehemmnisse.

Beachtlich ist dabei insbesondere, dass mit der Definition des § 12 Abs. 1 SGB V lediglich Versorgungsleistungen auf dem Niveau einer Grundversorgung begründet werden. Diesem geringen Leistungsniveau stehen im Jahr 2022 jedoch die weltweit dritthöchsten Gesundheitsaufwendungen pro Kopf gegenüber.

Gleichzeitig zeigt sich, dass präventiv-rehabilitativ ausgerichtete Behandlungssysteme kostenstabiler sind, als das nach den Maßstäben des § 12 Abs. 1 SGB V ausgerichtete Behandlungssystem der GKV.

Ein Gesundheitssystem, das nicht in der Lage ist, Rehabilitationspotentiale umfassend zu generieren und zu heben, vergibt dementsprechend wesentliche Chancen der Kosteneinsparung. Deshalb muss die Rehabilitationsträgereigenschaft der GKV gestärkt werden. Somit sollen die Leistungen der GKV den Ansprüchen der ganzheitlichen Teilhabeplanung des SGB IX gerecht werden. Somit bedarf es einer Erweiterung des Wirtschaftlichkeitsbegriffs des § 12 Abs. 1 SGB V. Nicht nur, um dem Anspruch einer ganzheitlichen Teilhabe zu genügen, sondern auch aus wirtschaftlichen Gründen. Deshalb sollte der § 12 Abs. 1 SGB V um den folgenden Satz 3 ergänzt werden:

„Alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Rehabilitation der Versicherten zu ermöglichen und deren Gesundheit zu verbessern, sind wirtschaftlich im Sinne des Satz 1.“

2. Leistungsüberschneidungen führen im Ergebnis häufig dazu, dass die Betroffenen sich mit einer „doppelten Leistungsverweigerung“ konfrontiert sehen. Die jeweiligen Leistungsträger verweigern mit Blick auf die Leistungsverpflichtung des anderen Leistungsträgers die eigene Leistung. Um langwierige Gerichtsverfahren zu vermeiden, müssen identifizierte Leistungsüberschneidungen im Rahmen einer interministeriellen Abstimmung handlungsleitend für die Leistungsträger abgestimmt werden.
3. Sowohl die Durchführung von Teilhabeplanverfahren als auch die Bescheidung von Persönlichen Budgets sind aufgrund umfangreicher Verweisungsmöglichkeiten der angesprochenen Leistungsträger für die Hilfesuchenden weder vom Verfahren noch vom Ergebnis transparent. Deshalb müssen die Verfahren in ihrer Durchführung verbindlicher und in ihren Ergebnissen transparenter werden. Die grundsätzliche Verweisungsmöglichkeit soll aufrechterhalten werden. Damit die Betroffenen jedoch einen verlässlichen Verfahrenslauf erhalten, soll im Falle einer Beantragung eines Teilhabeplanverfahrens oder eines Persönlichen Budgets bei einem Sozialhilfeträger das Verweisungsrecht für diesen Leistungsträger entfallen.