

Kasseler Schriften zum Sozial- und Arbeitsrecht

5

Clara-Fee Grigo

**Rechtsfragen zur Erbringung
und Vergütung nichtärztlicher
sozialpädiatrischer Leistungen
in sozialpädiatrischen Zentren**



Kasseler Schriften zum Sozial- und Arbeitsrecht

Band 5

Herausgegeben von
Prof. Dr. Andreas Hänlein
Prof. Dr. Felix Welti

Rechtsfragen zur Erbringung und Vergütung nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren

Clara-Fee Grigo

Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Kassel als Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Laws“ (LL.M.) angenommen.

Erster Gutachter: Prof. Dr. Andreas Hänlein
Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Wolfgang Spellbrink



Diese Veröffentlichung – ausgenommen Zitate und anderweitig gekennzeichnete Teile – ist unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen International (CC BY-SA 4.0: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>) lizenziert.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-7376-0889-3

DOI: <https://dx.doi.org/doi:10.17170/kobra-202009171815>

© 2020, kassel university press, Kassel
<http://kup.uni-kassel.de>

Printed in Germany

Vorwort

Die Idee dieser Arbeit erhielt ich durch Herrn Prof. Dr. Andreas Hänlein, Studiengangsleiter des Masters Sozialrecht und Sozialwirtschaft der Universität Kassel und der Hochschule Fulda. Stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) wendete sich Herr Dr. Carsten Wurst, Chefarzt und stellvertretender ärztlicher Direktor des SPZ in Suhl, bezüglich der Frage der Vergütung von SPZen an Prof. Dr. Andreas Hänlein.

Das Thema interessierte mich persönlich sehr, da ich in meiner damaligen Arbeit beim Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) des Jugendamtes der Stadt Kassel häufig Familien an das sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) in Kassel verwies. Deren Diagnosen waren dabei ein wichtiger Bestandteil des Hilfeprozesses. Insofern entfachte die Fragestellung der DGSPJ bei mir großes Interesse. Nach einem gemeinsamen Treffen mit Herrn Prof. Dr. Andreas Hänlein sowie Vertretern der DGSPJ im November 2018 in der Universität Kassel, wurde die Brisanz des Themas für die Vergütung von SPZen nochmals deutlich. Auch knapp eineinhalb Jahre später ist das Thema weiterhin aktuell.

An dieser Stelle möchte ich besonders meinem Erstgutachter Herrn Prof. Dr. Andreas Hänlein danken, der mir nicht nur die Idee für das Thema lieferte, sondern mir im gesamten Arbeitsprozess mit seinem Fachwissen zur Verfügung stand. Durch ihn bekam ich die Möglichkeit meine Arbeit zu publizieren und bei darüberhinausgehenden Workshops, zur Verbesserung der sozialpädiatrischen Versorgung, mitzuwirken. Die Zusammenarbeit hat mir große Freude bereitet.

Außerdem möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Wolfgang Spellbrink, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, bedanken, der die Zweitbegutachtung meiner Masterarbeit übernommen hat.

Mein Dank gilt zudem Herrn Dr. Carsten Wurst, der sich die Zeit genommen hat, uns über die Bedeutung des Themas für den Alltag der

SPZen aufzuklären und jederzeit als Ansprechpartner zur Verfügung stand.

Zuletzt möchte ich mich noch bei meinem Partner bedanken, der mich die gesamte Zeit der Erstellung dieser Arbeit unterstützt hat.

Kassel, Juli 2020

Clara-Fee Grigo

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Abkürzungsverzeichnis	X
1. Einleitung	1
2. Sozialpädiatrie	6
3. Rechtliche Grundlagen der Arbeit sozialpädiatrischer Zentren	9
3.1 Geschichtliche Entwicklung der Rechtsnormen	9
3.1.1 Einführung von § 119 SGB V (1989)	10
3.1.2 Einführung von § 43a SGB V (1992)	12
3.1.3 Änderung des § 43a SGB V (2001)	14
3.1.4 Einführung des § 43a II SGB V (2009)	14
3.2 Leistungen nach § 43a SGB V	15
3.2.1 Anspruchsinhalt	15
3.2.2 Anspruchsberechtigte	18
3.2.3 Anspruchsvoraussetzungen	19
3.2.4 Ärztliche und nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen	22
3.2.5 Verhältnis von § 43a SGB V zu § 46 SGB IX	24
3.2.6 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	26
3.3 Ermächtigung von sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V	28
3.3.1 Ermächtigungsvoraussetzungen	29
3.3.2 Ausrichtung der Behandlung	32
3.3.3 Verhältnis zu Frühförderstellen und Vertragsärzten	34
3.4 Vergütung von nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen	36

3.4.1 Vergütungsregelungen für niedergelassene Ärzte	36
3.4.1.1 Gesamtvergütung (§ 85 SGB V)	37
3.4.1.2 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	39
3.4.2 Vergütung von sozialpädiatrischen Zentren (§ 120 SGB V)	40
3.4.2.1 Vergütungsvereinbarungen	42
3.4.2.2 Pauschalierung	43
3.4.2.3 Schiedsverfahren	44
3.5 Zwischenfazit	46
4. Vergütung von nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen	48
4.1 Vergütungskonflikte in der Praxis	48
4.2 Leistungsrechtliche Zuständigkeit der Sozial- und Jugendhilfeträger	52
4.2.1 Zuständigkeit der Sozialhilfeträger	52
4.2.1.1 Rechtsgrundlagen bis zum 31.12.2019	53
4.2.1.2 Rechtsgrundlagen seit dem 01.01.2020	56
4.2.2 Zuständigkeit der Jugendhilfeträger	60
4.2.3 Verhältnis zur Leistungspflicht anderer	62
4.3 Meinungsstand in der Literatur und Rechtsprechung	63
4.3.1 Keine volle Leistungsverantwortung der KK	63
4.3.2 Volle Leistungsverantwortung der KK	65
4.3.2.1 Standpunkt des LSG Berlin-Brandenburg	65
4.3.2.2 Meinungsstand im Übrigen	68
4.3.3 Kostenteilung bei Leistungen nach § 46 SGB IX	70
4.4 Lösungsansätze zur Kostenübernahme	71
4.4.1 Vergütung von sozialpädiatrischen Zentren, die keine Frühförderungsleistungen erbringen	72

4.4.1.1 Normenkollision von § 43a I und § 119 SGB V	75
4.4.1.2 Verhältnis von Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht	76
4.4.1.3 Auflösung der Normenkollision	78
4.4.2 Vergütung von sozialpädiatrischen Zentren, die auch Frühförderleistungen erbringen	82
4.5 Zwischenfazit	84
5. Leistungserbringung von sozialpädiatrischen Zentren nach § 43a II SGB V?	87
5.1 Auslegung des § 43a II SGB V	88
5.1.1 Auslegungsmethoden	88
5.1.2 Meinungsstand in der Literatur und Rechtsprechung	90
5.1.3 Eigene Stellungnahme	92
5.2 Prüfung eines Verstoßes gegen den Gleichheitsgrundsatz aus Art. 3 I GG durch § 43a II SGB V	95
5.2.1 Verfassungsrechtlich relevante Ungleichbehandlung	96
5.2.1.1 Vorliegen einer Ungleichbehandlung?	97
5.2.1.2 Nur eine marginale Ungleichbehandlung?	98
5.2.2 Verfassungsrechtliche Rechtfertigung	101
5.2.3 Ergebnis	109
5.2.4. Wirkung eines Gleichheitsverstoßes	110
6. Fazit und Ausblick	112
Quellenverzeichnis	XV

Abkürzungsverzeichnis

a.A.	andere Ansicht
Abs.	Absatz/ Absatzes/ Absätze
a.F.	alte Fassung
ÄndG	Änderungsgesetz
AR	Arbeitsrecht
ASK	Arbeitskreis systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie
Art.	Artikel
Ärztebl.	Ärzteblatt
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Ärzte
Ba.-Wü.	Baden-Württemberg
BÄK	Bundesärztekammer
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BR	Bundesrat
BR-Drs.	Bundesrats-Drucksache
BRB	Berlin-Brandenburg
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Sozi- ales
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidungssammlung des Bundessozialgerichts
Bspw.	beispielsweise
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BVerfGE	Entscheidungssammlung des

	Bundesverfassungsgerichts
bzw.	beziehungsweise
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
Dt.	Deutsche/ Deutsches
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EL	Ergänzungslieferung
FrühV	Frühförderungsverordnung
gem.	gemäß
GK	Großkommentar/ Gesamtkommentar
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRG	Gesundheitsreformgesetz
hM	herrschende Meinung
Hrsg.	Herausgeber
Hs.	Halbsatz
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
f.	folgende
ff.	die folgenden
i.d.F.	in der Fassung
insb.	insbesondere
i.S.d.	im Sinne der/ des
i.S.v.	im Sinne von
i.V.m.	in Verbindung mit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung

KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KK	Krankenkasse/ Krankenkassen
Komm.	Kommentar
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LSG	Landessozialgericht
m.W.v.	mit Wirkung vom
NRW	Nordrheinwestfalen
OS	Orientierungssatz
Reha	Rehabilitation
Rh.-Pf.	Rheinland-Pfalz
Rn.	Randnummer
s.	siehe
S.	Seite
sog.	sogenannte/ sogenannter
sozpäd.	sozialpädiatrische/ sozialpädiatrischer/ sozialpädiatrischen
SG	Sozialgericht
SGB	Sozialgesetzbuch
SozR	Sozialrecht
SPV	Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
SPZ	sozialpädiatrisches Zentrum/ sozialpädiatrischen Zentrums
SPZen	sozialpädiatrische Zentren
SRB	Sozialrechtsberatung
u.a.	unter anderem/ und andere
u.w.	und Weitere
v.	vom

vgl.

Vergleich

WBO

Weiterbildungsordnung

zit.

Zitiert

1. Einleitung

„Diese Patienten [chronisch kranke Kinder und Jugendliche] brauchen nicht nur eine hervorragende medizinische und pflegerische Versorgung, sie und ihre Familien müssen auch psychosozial betreut werden.“¹

Das Zitat von Eugenie Wulfert macht deutlich, dass Kinder und Jugendliche² mit chronischen Erkrankungen, aber auch solche mit Behinderungen oder Entwicklungsauffälligkeiten einen besonderen Behandlungsbedarf aufweisen, dem die medizinische Versorgung allein nicht gerecht werden kann.³ In den 1960er Jahre wurden SPZen aufgrund der Erkenntnis eingeführt, dass chronische Erkrankungen, Behinderungen oder Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern häufig langfristige und teilweise schwerwiegende psychosoziale Problemen zur Folge haben.⁴ Dies ist darauf zurückzuführen, dass körperliche oder neurologische Beeinträchtigungen für Kinder und ihre Familien oft eine große seelische, physische und finanzielle Belastung darstellen und damit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben der Kinder beeinträchtigen können.⁵ Entsprechend ist das Ziel der SPZen, Schädigungen oder Störungen, die zu einer Krankheit führen können, durch frühe Diagnostik, frühe Therapie und frühe soziale Eingliederung zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern.⁶

Die Behandlung in SPZen ist nach § 119 II SGB V auf Kinder ausgelegt, die aufgrund der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung nicht ausreichend von Kinderärzten oder Frühförderstellen versorgt

¹ Wulfert, Ärzte Zeitung 2012, S. 8.

² Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der folgenden Arbeit auf den Begriff der Jugendlichen verzichtet und nur von „Kindern“ gesprochen. Dabei soll der Begriff „Kinder“ alle Personen bis zum 18. Lebensjahr umfassen.

³ Bode, Dt. Ärztebl. 2007, S. 1219; Wulfert, Ärzte Zeitung 2012, S. 8.

⁴ Thyen, BGI 2007, 50: 529; Schlack, Kooperation in der Gesundheitsversorgung, S. 454.

⁵ Bode, Dt. Ärztebl. 2007, S. 1219; Thyen, BGI 2007, 50: 529; Schlack, Kooperation in der Gesundheitsversorgung, S. 454.

⁶ BT-Drs. 11/2237 zu § 128, S. 202.

werden können. Das Konzept einer ganzheitlichen, interdisziplinären Behandlung bildet die Besonderheit von SPZEn und unterscheidet sie somit von niedergelassenen Kinderärzten⁷ oder Frühförderstellen. Für eine ganzheitliche Behandlung ist ein Bündel von integrierten, gezielten medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen notwendig.⁸ Für die wirksame Durchführung solcher Maßnahmen bedarf es eines engen Zusammenwirkens von Ärzten und nichtärztlichen Fachkräften.⁹ Entsprechend arbeiten Ärzte und nichtärztliche Fachkräfte als Funktionseinheit in SPZEn unter einem Dach zusammen. Dies ermöglicht eine gemeinsame Erarbeitung von optimierten Behandlungskonzepten und -abläufen.¹⁰

Das Zusammenwirken von Ärzten und nichtärztlichen Fachkräften führt jedoch in Bezug auf die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen zu Rechtsunsicherheiten bei der Vergütung von SPZEn, da die nichtärztlichen Fachkräfte überwiegend Leistungen erbringen, die nicht durchweg medizinischer Natur sind.¹¹ Folglich benötigte es im SGB V eine spezielle Regelung für die Kostenübernahme dieser Leistungen, die mit § 43a SGB V umgesetzt wurde. Im Hinblick auf die Vergütung der in SPZEn erbrachten nichtärztlichen sozpäd. Leistungen, besteht jedoch weiterhin die Frage, welche nichtärztlichen sozpäd. Leistungen von den KK zu vergüten sind.¹² Grundsätzlich wird angenommen, dass die GKV auf der Grundlage der §§ 43a, 119, 120 SGB V zur Vergütung der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen verpflichtet ist. Es gibt jedoch regionale Vergütungsvereinbarungen, nach denen auch die Träger der Sozial- und Jugendhilfe anteilig an der Kostenübernahme beteiligt sind.¹³ Dies führt zu rechtlichen Unklarheiten,

⁷ In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Alle personenbezogenen Formulierungen beziehen sich gleichermaßen auf alle Geschlechter.

⁸ BT-Drs. 11/2237 zu § 128, S. 202.

⁹ BT-Drs. 11/2237 zu § 128, S. 202; *Schmidt*, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 10.

¹⁰ *Bode*, Dt. Ärztebl. 2007, 1219; *Schmidt*, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 10.

¹¹ *Schmidt*, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 8.

¹² Auskunft Vertreter der DGSPJ beim Treffen am 6.11.2018 in der Universität Kassel.

¹³ *Bode*, Dt. Ärztebl. 2007, S. 1219; *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZEn, S. 43; *Schulte-Sasse*, Kapitel 0963 – Titel 6840, S. 2 [Internetquelle].

die wiederum zu einem Zuständigkeitsgerangel zwischen den Sozialleistungsträgern führen.¹⁴ In dessen Folge kommt es teilweise zu einer Unterdeckung der Kosten der SPZen.¹⁵ Die Anspruchsgrundlage, in Form des § 43a SGB V, scheint somit nicht ausreichend zu sein, um Rechtsunsicherheiten zu verhindern. Insbesondere die Einführung des § 43a II SGB V hat zu erneuten Irritationen in Bezug auf den Leistungsumfang von SPZen geführt.¹⁶

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Klarheit über die Vergütungsregelungen von SPZen zu gewinnen und damit einhergehend der Frage nachzugehen, in welchem Umfang SPZen überhaupt nichtärztliche sozpäd. Leistungen erbringen können. Am Ende dieser Arbeit steht eine differenzierte Einschätzung, ob die KK für die gesamten nichtärztlichen sozpäd. Leistungen leistungspflichtig sind oder ob es neben der Finanzierung durch die KK andere Möglichkeiten zur Kostendeckung der SPZen gibt.

Zu diesem Zweck werden im zweiten Kapitel die rechtlich einschlägigen Normen für die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen (§ 43a SGB V), die SPZen (§ 119 SGB V) und die Vergütung von SPZen (§ 120 SGB V) vorgestellt und deren geschichtliche Entwicklung beschrieben. Aufgrund der Teilnahme der SPZen an der vertragsärztlichen Versorgung, werden zudem die Vergütungsregelungen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erläutert.

Wie bereits erwähnt liefern die gesetzlichen Grundlagen keine ausreichende Rechtssicherheit für die Erbringung und Vergütung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen. Vielmehr lassen die grundlegenden Normen Spielraum für Auslegungen, die insbesondere bei Vergütungsfragen zu Schwierigkeiten führen können. Der Fokus des dritten Kapitels wird daher auf die Vergütung von SPZen und die

¹⁴ Laroche, R./ Baumeister, D, Entwicklung und gesetzl. Rahmenbed. der Frühförderung, S. 2f. [Internetquelle].

¹⁵ s. LSG BRB, Beschluss v. 27.06.2017 – L 24 KA 35/17 KL ER, juris Rn. 18; LSG BRB, Urteil v. 12.10.2018 - L 24 KA 37/17 KL.

¹⁶ Auskunft Vertreter der DGSPJ beim Treffen am 6.11.2018 in der Universität Kassel.

damit einhergehenden Konflikte gelegt. Im direkten Zusammenhang mit der Vergütung steht gewiss auch der Umfang der zu erbringenden Leistungen durch SPZen. Entsprechend wird in diesem Kapitel auf die Problematik der Rechtsunsicherheit eingegangen und es werden Lösungskonzepte für die Praxis herausgearbeitet. Weiter wird aufgezeigt, welche nichtärztlichen sozpäd. Leistungen von welchem Träger und auf welcher gesetzlichen Grundlage vergütet werden müssen. Ziel dabei ist es, Klarheit darüber zu schaffen, wie die entstandenen Kosten der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in SPZen vollumfänglich gedeckt werden können. Die Problematik der Vergütung und die Frage des Leistungsumfangs besteht vor allem bei den Leistungen gem. § 43a I SGB V, weshalb dieser genauer betrachtet wird. Der Regelung des § 43a II SGB V kommt in diesem Kapitel daher eine eher untergeordnete Rolle zu.

Anschließend wird im vierten Kapitel die Regelung des § 43a II SGB V genauer betrachtet. Durch eine juristische Auslegung dieser Vorschrift soll aufgezeigt werden, welche Leistungen explizit nach diesem Absatz erbracht werden können. Außerdem soll deutlich gemacht werden, ob neben den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch die SPZen dazu berechtigt sind, diese Leistungen zu erbringen. Die Kernfrage dieses Kapitels ist, ob § 43a II SGB V möglicherweise den Gleichheitsgrundsatz aus Art. 3 I GG verletzt, indem er psychisch kranken Kindern einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung gestattet, welcher jedoch Kindern mit anderen Erkrankungen verwehrt wird. Entsprechend wird geprüft, ob § 43a II SGB V mit dem Gleichheitsgrundsatz aus Art. 3 I GG vereinbar ist, oder ob es sich bei der Vorschrift um eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung handelt.

Die erarbeiteten Lösungsansätze werden im Fazit dazu genutzt, um eine Antwort auf die Fragen der Vergütung von nichtärztlichen

sozpäd. Leistungen in SPZen zu geben. Im Sinne eines Ausblicks werden darüber hinaus Ideen geliefert, um eine Klarstellung der Rechtslage in Zukunft zu ermöglichen.

2. Sozialpädiatrie

„Die Sozialpädiatrie ist ein Zugang zur Kindergesundheit mit Fokus auf dem Kind in Krankheit und Gesundheit im Kontext seiner Gesellschaft, des Umfelds, der Schule und Familie.“¹⁷

Die Sozialpädiatrie ist ein Teil der Kinder- und Jugendmedizin, der sich mit den Wechselwirkungen von Kindern mit ihrer sozialen Umwelt befasst.¹⁸ Es geht darum zu erkennen, wie sich Einflüsse aus der sozialen Umwelt eines Kindes auf dessen Gesundheit und Entwicklung auswirken.¹⁹ Dabei umfasst die soziale Umwelt alle gesellschaftlichen Strukturen, mit denen das Kind zu tun hat.²⁰ Die Sozialpädiatrie möchte möglichst alle für die Entwicklung wichtigen Einflussfaktoren auf die Gesundheit berücksichtigen. Die Wechselwirkungen der kindlichen Gesundheit mit der Gesellschaft sind von Bedeutung, da die Erkrankungen der Kinder häufig zu Problemen in der Entwicklung oder zu psychischen Krankheiten führen und die Teilhabe am sozialen Leben beeinträchtigen können.²¹ Deshalb ist es wichtig, neben medizinischen und pflegerischen Behandlungen auch für eine psychosoziale Betreuung zu sorgen.²²

Der Begriff der Sozialpädiatrie ist insbesondere durch Theodor Hellbrügge geprägt. Dieser erkannte als einer der ersten die Bedeutung der frühen Kindheit für die Gesundheit und die Entwicklung von Kindern. Durch frühe Diagnosen, Therapien und eine frühe soziale Eingliederung sollen chronische Krankheiten, Behinderungen oder Entwicklungsverzögerungen bei Kindern verhindert oder gemildert werden.²³ Die frühkindliche Entwicklungsphase bietet hierbei die

¹⁷ Bode, in: Bode et. al., Sozialpädiatrie, S. 16.

¹⁸ Hellbrügge, in: Hellbrügge, Klinische Sozialpädiatrie, S. 4; Straßburg, in: Kerbl et al. (Hrsg.), KiJu im besten Gesundheitssystem der Welt, S. 91; Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 12.

¹⁹ Hellbrügge, in: Hellbrügge, Klinische Sozialpädiatrie, S. 4.

²⁰ Hellbrügge, in: Hellbrügge, Klinische Sozialpädiatrie, S. 4; Schlack, in: Schlack, Sozialpädiatrie, S. 1.

²¹ Bode, Dt. Ärztebl. 2007, S. 1219; Wulfert, Ärzte Zeitung 2012, S. 8.

²² Wulfert, Ärzte Zeitung 2012, S. 8.

²³ Hellbrügge, in: Hellbrügge, Klinische Sozialpädiatrie, S. 3.

größte Chance für Prävention und Therapien.²⁴ Es geht folglich darum, Krankheiten und Entwicklungsverzögerungen so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln, um spätere negativen Auswirkungen zu verhindern oder zu reduzieren.

Die Sozialpädiatrie kann durch eine enge Zusammenarbeit von multiprofessionellen Teams, bestehend aus ärztlichen und nichtärztlichen Akteuren, charakterisiert werden.²⁵ Zu den ärztlichen-medizinischen Akteuren gehören neben den Kinder- und Jugendärzten auch Kinder- und Jugendpsychiater, andere Fachärzte, Kinderpsychologen, Physiotherapeuten und Logopäden. Die nichtärztlichen Akteure können u.a. Sozialarbeiter, Erzieher, Heilpädagogen und Musiktherapeuten sein, die über eine pädagogische Qualifikation verfügen.²⁶ Jedem Akteur kommt in der Behandlung eine eigene Aufgabe zu. Nur durch das enge Zusammenspiel aller Akteure kann eine sichere Diagnostik und erfolgreiche Therapie gewährleistet werden.²⁷ Darüber hinaus kooperieren diese Fachkräfte mit Gesundheits- und Jugendämtern, Schulen, Beratungsstellen und Frühförderstellen.²⁸

Die sozpäd. Versorgung wird, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, in erster Linie von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten sowie von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt.²⁹ Für eine flächendeckende Versorgung von Kindern reicht jedoch die Anzahl der niedergelassenen Kinderärzte nicht aus. Insbesondere bei Kindern mit schwereren Erkrankungen bzw. Behinderungen, welche eine intensivere Behandlung benötigen, ist die Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte nicht immer ausreichend. Daher wird die ambulante sozpäd. Versorgung

²⁴ Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 16.

²⁵ Borgmeyer/ Hellbrügge, in: Hellbrügge, Klinische Sozialpädiatrie, S. 105; Hänlein, Die Vergütung nichtärztlicher Leistungen SPZ, SGB 2019, S. 410; Hellbrügge, Klinische Sozialpädiatrie, S. 3.

²⁶ Bode, Dt. Ärztebl. 2007, S. 1219.; Borgmeyer/ Hellbrügge, in: Hellbrügge, Klinische Sozialpädiatrie, S. 105; Hänlein, Die Vergütung nichtärztlicher Leistungen SPZ, SGB 2019, S. 410.

²⁷ Borgmeyer/ Hellbrügge, in: Hellbrügge, Klinische Sozialpädiatrie, S. 105.

²⁸ Straßburg, in: Kerbl et al. (Hrsg.), KiJu im besten Gesundheitssystem der Welt, S. 97.

²⁹ Hänlein, Die Vergütung nichtärztlicher Leistungen SPZ, SGB 2019, S. 410; Schlack, H.G/ Schlack, U., in: Schlack, Sozialpädiatrie, S. 121.

gem. § 119 II SGB V ebenfalls durch SPZen sichergestellt. Dort arbeiten die oben genannten Berufsgruppen unter einem Dach eng zusammen.

Das erste SPZ wurde 1968 von Theodor Hellbrügge in München gegründet.³⁰ Inzwischen gibt es deutschlandweit über 150 solcher Zentren.³¹ Die SPZen entstanden aus der Erkenntnis heraus, dass die medizinisch-ärztliche Sichtweise den komplexen Problemen der Patienten allein nicht gerecht werden und dass eine bessere Behandlung ermöglicht werden kann, wenn mehrere Fachkräfte verschiedener Disziplinen zusammenarbeiten.³² In SPZen werden Kinder und Jugendliche in ambulanter Form behandelt. Die personelle Ausstattung sowie die Ermächtigung von SPZen werden zu einem späteren Zeitpunkt genauer betrachtet.

Der Fokus der Sozialpädiatrie auf das soziale Umfeld von Kindern macht den Einbezug von päd. Fachkräften in die Behandlungen von erkrankten oder behinderten Kindern notwendig. Dadurch entstehen jedoch Schwierigkeiten die Leistungen dieser päd. Fachkräfte auf den Grundlagen des Rechts der GKV abzurechnen.³³

³⁰ *Schlack*, in: Schlack/ Thyen/ von Kries (Hrsg.), Kooperation in der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche, S. 453.

³¹ *DGSPJ*, Sozialpädiatrische Zentren [Internetquelle].

³² *Bode*, Dt. Ärztebl. 2007, S. 1219.

³³ *Hänlein*, SGB 2019, S. 410.

3. Rechtliche Grundlagen der Arbeit sozialpädiatrischer Zentren

Das folgende Kapitel soll einen Überblick geben über die für die Arbeit der SPZen einschlägigen Rechtsnormen. Es soll ermöglichen, ein Verständnis für die Komplexität der speziell für die SPZen geltenden krankenversicherungsrechtlichen Regelungen zu gewinnen. Der Fokus liegt in diesem Kapitel insbesondere auf § 43a SGB V (als leistungsrechtliche Norm). Ziel dieses Kapitels ist es, eine Grundlage für die in Kapitel 3 dargestellten rechtlichen Probleme von SPZen zu schaffen. Dafür ist es zunächst notwendig, die geschichtliche Entwicklung der Rechtsnormen kurz darzustellen, da die Überarbeitung und die Einführung einzelner Rechtsnormen in der Vergangenheit immer wieder Auswirkungen auf die Arbeitsweise der SPZen hatten.

3.1 Geschichtliche Entwicklung der Rechtsnormen

Bis zur Einführung des SGB V im Jahr 1989 war die gesetzliche Krankenversicherung noch in der Reichversicherungsordnung (RVO) geregelt.³⁴ Die Sozialpädiatrie als solche war bis zum GRG in den krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen nicht erfasst.³⁵ Zwar gewann die Sozialpädiatrie mit der Gründung der ersten SPZen in den 1960er Jahren an Bedeutung, jedoch blieben konkrete gesetzliche Regelungen über die Leistungserbringung und Vergütung von sozpäd. Maßnahmen zunächst aus. Dies führte zu Schwierigkeiten, da eine rechtliche Grundlage fehlte, wie die nicht medizinischen Leistungen der nichtärztlichen Fachkräfte von SPZen vergütet werden konnten. Ohne gesetzliche Grundlagen waren die SPZen nur durch privat ge-

³⁴ *Straßburg*, in: Bode et. al., Sozialpädiatrie, S. 568.

³⁵ *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 27.

schlossene Verträge zwischen ihren Trägern und den KV (im Einvernehmen mit den KK bzw. Verbänden) funktionsfähig.³⁶ In Form solcher Verträge gab es zwar erste Vergütungsregelungen für die SPZen, jedoch wurde durch sie häufig nur ein Teil der entstehenden Kosten der SPZen gedeckt. Für den Teil der ungedeckten Kosten mussten die Unterhaltsverpflichteten Personen (Eltern) oder die Sozialämter aufkommen. In einigen Fällen gab es auch Zuschüsse der Länder.³⁷

3.1.1 Einführung von § 119 SGB V (1989)

Durch Art. 1 des GRG vom 20.12.1988³⁸, welcher am 01.01.1989 in Kraft trat, wurde mit § 119 SGB V die erste gesetzliche Regelung zu SPZen geschaffen und nichtärztliche sozpäd. Leistungen erstmals in das Leistungsspektrum der GKV aufgenommen.³⁹ Ziel der Vorschrift ist es, Schädigungen oder Störungen bei Kindern, die zu einer Krankheit führen, durch frühe Maßnahmen zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern.⁴⁰ Laut dem Gesetzesentwurf zu § 119 SGB V war im Rahmen einer ganzheitlichen Behandlung ein Bündel von integrierten, gezielten medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen notwendig, um das Ziel dieser Vorschrift zu erreichen.⁴¹

In § 119 I SGB V a.F.⁴² wurden Regelungen zur Ermächtigung von SPZen getroffen. Demnach konnten SPZen unter bestimmten Voraussetzungen zur ambulanten sozpäd. Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Hingegen regelte Abs. 2 a.F. den inhaltlichen Rahmen der von SPZen zu erbringenden Leistungen. Demnach umfasste die sozpäd. Behandlung „die ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen,

³⁶ *Limpinsel*, in: Sommer, SGB V, § 119 Rn. 1a.; *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 27.

³⁷ *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 27.

³⁸ BGBl. I, 2477.

³⁹ SGB V v. 10.12.1988, BGBl. I, 2477; BT-Drs. 11/2237, S. 202; *Wiemers*, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 1.

⁴⁰ BT-Drs. 11/2237, S. 202 (§128).

⁴¹ BT-Drs. 11/2237, S. 202 (§128).

⁴² i.d.F. von 1989.

insbesondere auch psychologische Leistungen sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43), die erforderlich sind, um insbesondere auch mit der in § 11 Abs. 2 genannten Zielsetzung eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern.“

Neben § 119 SGB V sah der Regierungs- und Fraktionsentwurf auch eine Vergütungsregelung für die Leistungen von SPZen vor, welche als § 120 SGB V Gesetz wurde.⁴³ Demnach sollten die ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen der SPZen als Gesamtleistung unmittelbar von den KK vergütet werden.

Durch die systematische Einordnung des § 119 SGB V a.F. im vierten Kapitel des SGB V wurde im Rahmen des GRG eine leistungserbringungsrechtliche Regelung geschaffen, welche – aus rechtssystematischer Sicht zweifelhaft – in Abs. 2 den Leistungsumfang der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen regelte. Der Gesetzgeber hat an dieser Stelle systematisch nicht sauber gearbeitet, da Leistungsansprüche grundsätzlich im Leistungsrecht und nicht im Leistungserbringungsrecht anzusiedeln sind.⁴⁴ Da eine leistungsrechtliche Regelung im dritten Kapitel des SGB V zunächst ausblieb, gab es Unklarheiten über den von den KK zu leistenden Umfang der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen.⁴⁵ Die Frage, ob der Leistungsumfang aus § 119 II SGB V a.F. und somit aus einer leistungserbringungsrechtlichen Vorschrift ableitbar sei,⁴⁶ führte in der Praxis bei der Vergütung einzelner nichtärztlicher sozpäd. Leistungen zu Schwierigkeiten. Während die SPZen davon ausgingen, dass die KK sämtliche ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen zu vergüten hätten, lehnten die KK eine umfassende Finanzierungspflicht ihrerseits unter anderem mit dem Argu-

⁴³ BT-Drs. 11/2237, S. 45.

⁴⁴ *Bregenhorn-Wendland*, in: Peters, KV (SGB V), 88. Lfg., § 119 Rn. 1.

⁴⁵ *Bregenhorn-Wendland*, in: Peters, KV (SGB V), 88. Lfg., § 119 Rn. 1; *Limpinsel*, in: Sommer, SGB V, § 119 Rn. 3; *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 35.

⁴⁶ *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 35; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 2.

ment ab, dass sie für medizinische Leistungen, nicht aber für pädagogische, soziale und psychosoziale Leistungen zuständig seien.⁴⁷ Aufgrund dieser unterschiedlichen Auffassungen wurde die zuvor praktizierte Kostenteilung zwischen der GKV und der Sozialhilfe in der Praxis teilweise fortgesetzt. Es bestand dabei die Hoffnung, dass es sich lediglich um eine Übergangsregelung handelte, bis mögliche Musterprozesse eine klare Rechtslage herbeiführen würden.⁴⁸ Solche Musterprozesse blieben allerdings aus.

Zur Klärung der Rechtslage führte der Gesetzgeber 1992 eine leistungsrechtliche Norm ein.

3.1.2 Einführung von § 43a SGB V (1992)

Mit § 43a SGB V⁴⁹, welcher im Leistungsrecht der GKV angesiedelt wurde, erhoffte sich der Gesetzgeber, die bisherigen Unklarheiten bezüglich der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen der SPZen aufzulösen.⁵⁰ Die neue Vorschrift sollte bekräftigen, dass versicherte Kinder einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen haben und dass diese von den KK zu vergüten sind.⁵¹

Trotz der Einführung des § 43a SGB V a.F. bestanden weiterhin große Rechtsunsicherheiten. Grund dafür war, dass parallel zur Einführung des § 43a SGB V der § 119 II SGB V a.F. entfernt und § 119 Abs. 3 a.F. zum neuen Abs. 2 gemacht wurde.⁵² Somit wurde der bisherige Leistungsumfang aus § 119 II SGB V a.F. – alle nichtärztlichen und ärztlichen sozpäd. Leistungen umfassend – ersatzlos aus § 119 SGB V a.F. gestrichen. Dies war problematisch, da § 43a SGB V a.F. den Umfang der Leistungen der SPZen regeln sollte, dieser Umfang im Vergleich

⁴⁷ *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 37f.

⁴⁸ *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 38.

⁴⁹ Mit dem 2. ÄndG des SGB V vom 20.12.1991 m.W.v 01.01.1992 (BGBl. I, 2325).

⁵⁰ *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 39; *Schmidt*, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 2.

⁵¹ BT-Drs. 12/1154, 6; *Wiemers*, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 2; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 2.

⁵² SGB V i.d.F. des Gesetzes BGBl. I, 2325 v. 20.12.1991.

zum bis dahin bestehenden Abs. 2 des § 119 SGB V a.F. jedoch deutlich eingeschränkt wurde. Der Anspruch von Kindern war durch die Neueinführung des § 43a SGB V a.F. plötzlich auf einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und auf die Erstellung eines Behandlungsplans beschränkt, während nach § 119 II SGB V a.F. alle ärztlichen sowie nichtärztlichen Leistungen, insbesondere auch psychologische Leistungen, zur sozpäd. Behandlung gehört hatten. Entsprechend brachte die Neueinführung des § 43a SGB V mit zeitgleicher Streichung des § 119 II SGB V a.F. nicht den gewünschten Effekt einer Klärung der Rechtslage.⁵³

Der Gesundheitsausschuss des Bundesrats erkannte im Vorfeld der Einführung von § 43a SGB V, dass dieser zu erneuter Unsicherheit führen würde und regte daher eine Änderung des Gesetzentwurfes an.⁵⁴ Er forderte eine Änderung von § 43a SGB V bei der mit aufgenommen werden sollte, dass ein Anspruch auf eine sozpäd. Behandlung, einschließlich ärztlicher und nichtärztlicher Leistungen, besteht.⁵⁵ Der Bundesrat begründete seinen Änderungswunsch damit, dass die leistungsrechtliche Vorschrift nicht hinter die Beschreibung der sozpäd. Behandlung aus § 119 II SGB V zurückfallen dürfe, da es sich dabei um eine „Komplexleistung mit dem Schwergewicht auf rehabilitativen Elementen“ handle.⁵⁶ Der Bundesrat wandte sich mit seinem Vorschlag an den Vermittlungsausschuss, der diesen jedoch nicht annahm, weshalb der ursprüngliche Gesetzesentwurf rechtskräftig umgesetzt wurde. Insofern hatte der Bundesrat erfolglos versucht, den Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen auf die gesamte ärztliche und nichtärztliche sozpäd. Behandlung zu erstrecken.⁵⁷

⁵³ *Noftz*, in: Hauck (Hrsg.) GKV Komm., § 43a SGB V Rn. 5; *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 42.

⁵⁴ *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 41.

⁵⁵ BR-Drs. 647/1/91, S. 3, abgedruckt bei *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 40f..

⁵⁶ *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 41.

⁵⁷ BT-Drs. 12/1363, 10f., 16 jeweils zu Nr. 5; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 2.

3.1.3 Änderung des § 43a SGB V (2001)

Eine Änderung des § 43a I SGB V erfolgte im Zuge der Einführung des Reha- und Behinderungsrechts (SGB IX) m.W.v. 01.07.2001⁵⁸. Dem § 43a SGB V (heutiger Abs. 1) wurde ein zweiter Halbsatz mit dem Wortlaut „§ 30 des Neunten Buches bleibt unberührt“⁵⁹ angefügt. Damit sollte klargestellt werden, dass § 30 SGB IX weiterhin gilt und bei Leistungen zur Frühförderung Anwendung findet.⁶⁰ Am 24.06.2003⁶¹ wurde § 5 FrühV m.W.v. 01.07.2003 eingeführt, der inhaltlich dem Wortlaut der §§ 43a SGB V und 30 SGB IX entsprach.

3.1.4 Einführung des § 43a II SGB V (2009)

Mit Art. 15 Nr. 4 des Gesetzes zur Änderung der arzneimittelrechtlichen und anderen Vorschriften vom 17.07.2009⁶² m.W.v. 23.07.2009 wurde der bisherige Wortlaut des § 43a zu Abs. 1 und ein zweiter Absatz, der den Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen im Rahmen von ambulanten psychiatrischen Behandlungen erweiterte, hinzugefügt.⁶³ Mit der Einführung des Absatz 2 war jedoch keine Ausweitung des Leistungsumfanges beabsichtigt.⁶⁴ Parallel dazu wurde § 85 II 4 SGB V als vergütungsrechtliche Grundlage der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen neu gefasst. Die bisherige Sollvorschrift verpflichtet die Vertragsparteien seitdem, eine angemessene Vergütung für nichtärztliche sozpäd. und psychiatrische Leistungen zu vereinbaren.⁶⁵ Hintergrund dieser Änderung war, dass für die Finanzierung von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, die an der SPV teilgenommen haben, keine hinreichende Planungssi-

⁵⁸ BGBl. I, 1046.

⁵⁹ § 43a SGB V i.d.F v. 2001.

⁶⁰ BT-Drs. 14/5074, S. 118.

⁶¹ BGBl. I, 998.

⁶² BGBl. I, 1990.

⁶³ *Sommer*, in: *Sommer*, SGB V, § 43a Rn. 3.

⁶⁴ BT-Drs. 16/13428, S. 90.

⁶⁵ *Noftz*, in: *Hauck*, SGB V, § 43a Rn. 3a; *Schmidt*, in: *Peters*, KV (SGB V), § 43a Rn. 27.

cherheit mehr bestand, da einige KK die Vereinbarungen aufgekündigt hatten.⁶⁶ Somit entstand ein Regelungsbedarf, damit der Leistungsanspruch aus § 43a SGB V gewährleistet blieb.⁶⁷

Mit dem Bundesteilhabegesetz vom 23.12.2016⁶⁸ m.W.v. 01.01.2018 wurde in § 43a I SGB V der Bezug zum SGB IX geändert – § 30 SGB IX wurde durch die Angabe § 46 SGB IX ersetzt.⁶⁹

3.2 Leistungen nach § 43a SGB V

Nach § 43a SGB V haben versicherte Kinder einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen. Die Vorschrift des § 43a SGB V kann als Ausnahmenvorschrift zum allgemeinen Leistungsanspruch des § 27 I 1 SGB V angesehen werden, da sie den Zuständigkeitsbereich der GKV auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen erweitert.⁷⁰ Systematisch hat die Vorschrift einen engen Zusammenhang mit § 119 SGB V, als leistungserbringungsrechtliche Vorschrift.⁷¹ Wie in Punkt 2.1 bereits genannt, wurde § 43a SGB V korrespondierend zu § 119 SGB V, nachträglich eingeführt.

3.2.1 Anspruchsinhalt

§ 43a SGB V gewährt einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd., insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale, Leistungen. Folglich ist er von anderen leistungsrechtlichen Vorschriften, die Regelungen über ärztliche (sozpäd.) Leistungen beinhalten (§§ 20, 23, 26, 40, 41, 43 SGB V), abzugrenzen.⁷² Nach h.M. geht § 43a SGB V als Spezialnorm den Ansprüchen aus den allgemeinen Vorschriften

⁶⁶ BT-Drs. 16/12256, S. 1, 65.

⁶⁷ BT-Drs. 16/12256, S. 1, 65.

⁶⁸ BGBl. I, 3234.

⁶⁹ *Welti*, in: Becker/ Kingreen, GKV-Komm, § 43a SGB V Rn. 2; *Ossene*, in: Brechthold/ Huster/ Rehborn, GK GesR, § 43a SGB V Rn. 17.

⁷⁰ *Székely*, in: GK SRB, § 43a SGB V Rn. 1; *Wiemers*, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 6; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 99. EL, § 43a SGB V Rn. 11.

⁷¹ *Mrozynski*, in: Wannagat, § 43a SGB V Rn. 6; *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 3; *Wiemers*, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 2.

⁷² *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 3; *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn 4; *Wiemers*, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 6.

der §§ 27, 28 i.V.m § 15 I 2 SGB V vor.⁷³ Die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen sollen im Zusammenwirken von Ärzten und Fachkräften aus nichtärztlichen Heilberufen erbracht werden.⁷⁴ Die in § 43a I SGB V aufgeführten sozpäd. Leistungsarten sind dabei nicht abschließend zu verstehen.⁷⁵ Die Vorschrift steht in einem engen Zusammenhang mit § 85 II 4 SGB V.⁷⁶

§ 43a SGB V besteht aus zwei Absätzen, die unterschiedliche Leistungsansprüche gewähren. Die verschiedenen Inhalte der einzelnen Absätze werden nachfolgend kurz dargestellt.

Absatz 1

Der Anspruch ist auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen zur Frühdiagnostik und zur Aufstellung eines Behandlungsplans beschränkt.⁷⁷ Folglich dürfen andere Behandlungszwecke, wie die Heilung, Linderung oder Verbesserung einer Krankheit, im Rahmen des Abs. 1 nicht verfolgt werden.⁷⁸ Nichtärztliche sozpäd. Leistungen, die nicht die Frühdiagnostik und die Aufstellung eines Behandlungsplans als Ziel verfolgen, gehören somit nach Abs. 1 nicht in den Leistungsumfang der GKV.⁷⁹ Maßnahmen mit dem Ziel der Heilung, Verbesserung oder Verhinderung einer Krankheit (entsprechend der Zielsetzung des § 11 II SGB V) können nach h.M. nur auf den allgemeinen Grundlagen der §§ 27, 28 SGB V erbracht werden.⁸⁰ Damit ist ein Anspruch auf

⁷³ *Knauer/ Brose*, in: Spickhoff (Hrsg.), MedR, § 43a SGB V Rn. 1; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 23; *Wagner*, in: Krauskopf, Rn. 7; a.A. *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 57.

⁷⁴ *Wulfert*, Ärzte Zeitung 2012, S. 8; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 99. EL, § 43a SGB V Rn. 11.

⁷⁵ *Hellkötter-Backes*, in: Hänlein/ Schuler (Hrsg.), SGB V, GKV, § 43a Rn. 5; *Székelly*, in: GK SRB, § 43a SGB V Rn. 3; *Schnitzler*, in: Rölfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 11.

⁷⁶ *Joussen*, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm. SozR, § 43a SGB V Rn. 4; *Ossege*, in: Brechthold/ Huster/ Rehborn, GK GesR, § 43a SGB V Rn. 17; *Wagner*, in: Krauskopf, § 43a SGB V Rn. 12; *Welti*, in: Becker/ Kingreen, GKV-Komm., § 43a SGB V Rn. 4.

⁷⁷ *Mrozynski*, in: Wannagat, § 43a SGB V Rn. 6; *Wagner*, in: Krauskopf, § 43a SGB V Rn. 9; jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 6; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 15

⁷⁸ *Joussen*, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm. SozR, § 43a SGB V Rn. 2; *Knauer/ Brose*, in: Spickhoff (Hrsg.), MedR, § 43a SGB V Rn. 4.

⁷⁹ *Joussen*, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm. SozR, § 43a SGB V Rn. 2; *Knauer/ Brose*, in: Spickhoff (Hrsg.), MedR, § 43a SGB V Rn. 4.

⁸⁰ BSG Urteil v. 31.03.1998 – B 1 KR 12/96 R, juris (noch zur RVO); *Wagner*, in: Krauskopf, § 43a SGB V Rn. 8; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 15; *Knauer/ Brose*, in: Spickhoff (Hrsg.), MedR, § 43a SGB V Rn. 4.

nichtärztliche sozpäd. Behandlung im Rahmen des Behandlungsplans ausgeschlossen.⁸¹ Jedoch kann die Abgrenzung zwischen der Diagnostik und der Aufstellung eines Behandlungsplans einerseits und der Behandlung bzw. Therapie andererseits im Einzelfall schwierig sein.⁸²

Absatz 2

Bis zur Änderung des § 43a SGB V im Jahr 2009 waren nichtärztliche sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung im Leistungsrecht des SGB V nicht erfasst.⁸³ Der im Zuge des sog. „Omnibusgesetzes 2009“ neu eingeführte Abs. 2 erweiterte den Leistungsanspruch jedoch für Kinder mit psychischen Erkrankungen. Er gewährt einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen im Rahmen einer ambulanten psychiatrischen Behandlung. Der Anspruch des Abs. 2 geht folglich über den des Abs. 1 hinaus, indem er nichtärztliche sozpäd. Leistungen zur Behandlung von Kindern mit psychischer Erkrankung gewährt.⁸⁴ Der Gesetzgeber beabsichtigte mit der Einführung des Abs. 2 keine Ausweitung des Leistungsanspruches für den gesamten Bereich der Sozialpädiatrie.⁸⁵ Die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen sollten lediglich in der psychiatrischen Versorgung für Kinder erbracht werden.⁸⁶ Dadurch sollte sichergestellt werden, dass nichtärztliche sozpäd. Leistungen unter Verantwortung niedergelassener Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der ambulanten psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen erbracht werden und die SPV weiter fortgeführt werden können.⁸⁷

⁸¹ *Hellkötter-Backes*, in: Hänlein/ Schuler (Hrsg.), SGB V, GKV, § 43a Rn. 6; *Mrozynski*, in: Wannagat, SGB V, § 43a Rn. 6; *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 5.

⁸² *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 17; *Schmidt*, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 15.

⁸³ *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 14.

⁸⁴ *Hellkötter-Backes*, in: Hänlein/ Schuler (Hrsg.), SGB V GKV, § 43a Rn. 7; *Ossege*, in: Brechthold/ Huster/ Rehborn, GK GesR, § 43a SGB V Rn. 8; *Wagner*, in: Krauskopf, § 43a SGB V Rn. 3.

⁸⁵ BT-Drs. 16/13428, S. 90; *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 17.

⁸⁶ BT-Drs. 16/13428, S. 90.

⁸⁷ BT-Drs. 16/13428, S. 90.

3.2.2 Anspruchsberechtigte

Anspruchsberechtigt sind versicherte Kinder nach den allgemeinen Vorschriften der §§ 5-10 SGB V.⁸⁸ In § 43a SGB V sind keine Altersgrenzen für einen Leistungsanspruch enthalten.⁸⁹ Nach h.M. ergibt sich für Abs. 1 eine Beschränkung des Alters aus dem Sinn und Zweck der Leistung.⁹⁰ Der Leistungszweck (Frühdiagnostik und Behandlungsplan) lässt darauf schließen, dass die Leistungen weitestgehend von jüngeren Kindern in Anspruch genommen werden, da es darum geht, Krankheiten zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen.⁹¹ Dies schließt einen Anspruch für ältere Kinder jedoch nicht aus. Für § 43a II SGB V gilt zudem die Vereinbarung gem. § 85 II 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie Vereinbarung), da § 43a II SGB V explizit eingeführt wurde, um die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten.⁹² Entsprechend § 1 II der SPV sind die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen im Rahmen der ambulant psychiatrischen Behandlung nach § 43a II SGB V auf die Vollendung des 18. Lebensjahres begrenzt bzw. müssen die Behandlungen vor der Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen werden.

Unter *Kindern* können folglich all diejenigen verstanden werden, denen nichtärztliche sozpäd. Leistungen ein Nutzen bringen können.⁹³ Dazu zählen alle Personen, die nach medizinischer Bewertung dem

⁸⁸ *Adelt*, in: Kruse/ Hänlein, LPK-SGB V, § 43a Rn. 2; *Joussen*, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm. SozR, § 43a SGB V Rn. 2; *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 6; *Székely*, in: GK SRB, § 43a SGB V, Rn 1; *Wagner*, in: Krauskopf, § 43a SGB V Rn. 5.

⁸⁹ *Ricken*, in: Eichenhofer/ v. Koppenfels-Spies/ Wenner, SGB V, § 43a Rn. 2; *Schmidt*, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 8.

⁹⁰ *Adelt*, in: Kruse/ Hänlein, LPK – SGB V, § 43a Rn. 2; *Hellkötter-Backes*, in: Hänlein/ Schuler, LPK-SGB V, § 43a Rn. 2; *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 6.

⁹¹ *Joussen*, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm. SozR, § 43a SGB V, Rn. 2; *Knauer/ Brose*, in: Spickhoff (Hrsg.), MedR, § 43a SGB V Rn. 2; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 99. EL, § 43a SGB V Rn. 16.

⁹² Dazu näher unten Punkt 3.4.1.2.

⁹³ *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 6.

fachlichen Bereich der Pädiatrie (Kinderheilkunde) zuzuordnen sind.⁹⁴

3.2.3 Anspruchsvoraussetzungen

Es handelt sich bei den Absätzen 1 und 2 um verschiedene Anspruchsinhalte, die aber weitestgehend dieselben Voraussetzungen haben.

Ein Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen gem. § 43a SGB V setzt eine Leistungserbringung unter ärztlicher Verantwortung voraus. Das bedeutet, dass die Leistungen von einem Arzt angeordnet, angeleitet und überwacht werden müssen.⁹⁵ Für die Leistungserbringung unter ärztlicher Verantwortung gelten die allgemeinen Regelungen zur Zulässigkeit von Hilfsleistungen von nichtärztlichen Hilfspersonen aus den §§ 15 I 2, 28 I 2 SGB V.⁹⁶ Daraus geht hervor, dass auch die Hilfeleistungen anderer Personen zur ärztlichen Behandlung gehören, wenn diese von einem Arzt angeordnet und verantwortet werden.

Als Hilfspersonen werden die unmittelbaren Mitarbeiter des Arztes, aber auch andere Fachkräfte der medizinischen Hilfsberufe (u.a. Krankengymnasten, Logopäden, nichtärztliche Psycho- und Verhaltenstherapeuten) betrachtet.⁹⁷ Es können nur die Tätigkeiten von Hilfspersonen von § 28 I 2 SGB V umfasst werden, die der Arzt aufgrund seines medizinischen Fachwissens verantworten kann.⁹⁸ Folglich können Leistungen, die selbstständig und ohne ärztliche Anordnung von nichtärztlichem Personal durchgeführt werden (z.B. durch

⁹⁴ *Knauer/ Brose*, in: Spickhoff (Hrsg.), MedR, § 43a SGB V Rn. 2; *Welti*, in: Becker/ Kingreen, GKV-Komm., § 43a SGB V Rn. 3.

⁹⁵ *Adelt*, in: Kruse/ Hänlein, LPK – SGB V, § 43a Rn. 3; *Igl*, in: Igl/ Welti, GesR, § 15 Rn. 30; *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 15.

⁹⁶ *Fastabend/ Schneider*, Das Leistungsrecht der GKV, Rn. 49; *Joussen*, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm. SozR, § 43a SGB V Rn. 2

⁹⁷ *Lang*, in: Becker/ Kingreen, GKV-Komm., § 28 SGB V Rn. 19; *Nebendahl*, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, § 28 SGB V Rn. 8.

⁹⁸ *Lang*, in: Becker/ Kingreen (Hrsg.), GKV-Komm., § 28 SGB V Rn. 20; *Sommer*, in: Sommer, SGB V, § 28 Rn. 5.

Verordnung), keine Leistungen nach § 43a SGB V sein.⁹⁹ Die ärztliche Verantwortung i.S.d. § 43a SGB V kann als stark abgeschwächte Mitverantwortung verstanden werden.¹⁰⁰ Die Intensität der Verantwortung ist von der Art, dem Schwierigkeitsgrad und dem Risiko der Behandlung, im jeweiligen Einzelfall, abhängig.¹⁰¹

Darüber hinaus müssen die Leistungen nach Abs. 1 zur Krankheitserkennung und Aufstellung eines Behandlungsplans erforderlich sein, während in Abs. 2 kein Gebot der Erforderlichkeit normiert ist.¹⁰² Dementsprechend dürfen Leistungen nach Abs. 1 das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, d.h. sie müssen zur Erreichung des Leistungszwecks unentbehrlich und unvermeidbar sein.¹⁰³ Den Maßstab der Erforderlichkeit bilden somit die Art, Schwere und Dauer der Erkrankung. Das bedeutet, dass sollten Kinderärzte oder Frühförderstellen in der Lage sein, die Krankheit mit ärztlichen Maßnahmen festzustellen oder einen Behandlungsplan aufzustellen, keine Erforderlichkeit der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen besteht.¹⁰⁴ Obwohl in Abs. 2 kein wörtliches Gebot der Erforderlichkeit existiert, gilt hier das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot der §§ 2 I 3, 12 I SGB V.¹⁰⁵ Folglich dürfen im Rahmen des Abs. 2 lediglich Leistungen erbracht werden, die für den besonderen Behandlungszweck notwendig sind.¹⁰⁶

Einen weiteren Unterschied der beiden Absätze stellen die inhaltlichen Voraussetzungen dar. Nach Abs. 1 müssen die nichtärztlichen

⁹⁹ *Fastabend/ Schneider*, Das Leistungsrecht der GKV, Rn 49; *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 7.

¹⁰⁰ BSG SozR-2000, § 182 Nr. 48, S. 93; *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 15; *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 49; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 10.

¹⁰¹ *Adelt*, in: Kruse/ Hänlein, LPK – SGB V, § 43a Rn. 3; *Fastabend/ Schneider*, Das Leistungsrecht der GKV, Rn 49.

¹⁰² *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 8; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 29.

¹⁰³ *Adelt*, in: Kruse/ Hänlein, LPK – SGB V, § 12 Rn. 8; *BSG*, SozR 2200, § 182b RVO, Nr. 25; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL § 43a SGB V Rn. 16.

¹⁰⁴ *Sommer*, in: Jahn/Sommer, SGB V, § 43a Rn. 6; *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 9.

¹⁰⁵ *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 28; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 29, näheres zur Wirtschaftlichkeit s. *Hellmann/ Herffs*, Der ärztliche Abrechnungsbetrug, Rn. 23 ff..

¹⁰⁶ *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 29; s. weiter *Janda*, MedR, S. 82.

sozpäd. Leistungen der Früherkennung einer Krankheit und der Aufstellung eines Behandlungsplans dienen.¹⁰⁷ Dies ist nicht der Fall, wenn andere Ziele, wie die Behandlung selbst, durch die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen verfolgt werden.¹⁰⁸ Ein Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen im Rahmen der Therapie besteht nicht.¹⁰⁹ Abs. 2 weicht diesbezüglich von Abs. 1 ab. Voraussetzung für einen Anspruch nach Abs. 2 ist, dass sich das Kind in einer ambulant psychiatrischen Behandlung befindet, d.h. es muss eine psychische Erkrankung bei dem versicherten Kind vorliegen.¹¹⁰ Die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen müssen folglich in die ärztliche-psychiatrische Behandlung integriert sein.

Weiterhin müssen die Leistungen des § 43a SGB V ambulant erbracht werden.¹¹¹ Die ambulante Leistungserbringung nach Abs. 1 ist dem Wortlaut nicht direkt zu entnehmen, ergibt sich jedoch aus dem systematischen Zusammenhang mit § 119 SGB V.¹¹² Die ambulante Leistungserbringung nach Abs. 2 geht wörtlich aus dem Absatz hervor.

Sind alle Voraussetzungen des jeweiligen Absatzes erfüllt, besteht ein Rechtsanspruch des Kindes auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen – entweder zur Früherkennung und Aufstellung eines Behandlungsplans (Abs.1) oder im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Behandlung (Abs. 2).¹¹³ Infolgedessen kommt den KK in § 43a SGB V kein Ermessensspielraum zu.

¹⁰⁷ BSG Urteil v. 15.03.1995 - 6 RKa 1/94 – SozR 3-2500, § 118 Nr. 1; *Schmidt*, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 18.

¹⁰⁸ *Joussen*, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm. SozR, § 43a SGB V Rn 2.; *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 8.

¹⁰⁹ S.o.Kapitel 3.2.1.

¹¹⁰ SG, Stralsund Urteil v. 15.09.2016 – S 3 KR 168/16 ER, openjur Rn. 28.

¹¹¹ *Joussen*, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm. SozR, § 43a SGB V Rn. 2; *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 11, 17.

¹¹² *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 19; *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 11.

¹¹³ *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 12.

3.2.4 Ärztliche und nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

Bei den Leistungen der GKV kann zwischen ärztlichen und nichtärztlichen sozpäd. Leistungen unterschieden werden. Eine Abgrenzung ist im Hinblick auf § 43a SGB V sinnvoll, da diese Vorschrift die Besonderheit hat, dass mit ihr ein Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen begründet wird, während die anderen leistungsrechtlichen Normen des SGB V überwiegend einen Anspruch auf ärztliche sozpäd. Leistungen gewähren.

Sozpäd. Leistungen sind grundsätzlich Leistungen der Kinderheilkunde, mit denen multifunktionale Schädigungen oder Störungen durch frühe Diagnostik und Therapie verhindert, geheilt oder deren Auswirkungen gemildert werden sollen.¹¹⁴ Es handelt sich bei diesen Leistungen um ein ganzheitliches diagnostisches und therapeutisches Vorgehen, welches medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen verbindet.¹¹⁵ Der Fokus der sozpäd. Leistungen liegt auf den sozialen Bezügen der Kinder.¹¹⁶ Die sozpäd. Leistungen werden in fachübergreifender Zusammenarbeit von „Nichtärzten“, unter anderem von Psychologen, Sozialarbeitern, Heilpädagogen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Spieltherapeuten und Sprachtherapeuten, in Einrichtungen wie den SPZen oder von selbstständigen Fachkräften erbracht.¹¹⁷

Ärztliche sozpäd. Leistungen umfassen gem. § 26 SGB V Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und gem. § 27 I 1 SGB V Krankenbehandlungen. Dazu gehören ärztliche Behandlungen (§ 28 SGB V), Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (§§ 33f. SGB V), medizinische Leistungen der Reha (§ 40 SGB V) sowie Erprobungs- und Arbeitstherapien (§ 42 SGB V). Unter einer ärztlichen Behandlung gem. § 28

¹¹⁴ *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 13.

¹¹⁵ BT-Drs. 11/2237, 202; *Jabben*, in: Neumann et. al., BeckKomm.-SGB IX, § 46 Rn 9.

¹¹⁶ *Joussen*, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm. SozR, § 43a SGB V Rn. 3; *Székelly*, in: GK SRB, § 43a SGB V Rn. 2; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 5.

¹¹⁷ *Joussen*, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm SozR, § 43a SGB V Rn. 3; *Welti*, in: Becker/ Kingreen, GKV-Komm., § 43a SGB V Rn. 5.

I 1 SGB V ist die Tätigkeit des Arztes zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten zu verstehen. Es handelt sich bei der ärztlichen Tätigkeit um Maßnahmen, die vom Arzt persönlich durchgeführt werden.¹¹⁸ Dies gilt i.d.R. für Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte, aber auch für ärztlich geleitete Einrichtungen (wie SPZen), wenn sie zur Teilnahme an der ärztlichen Versorgung ermächtigt sind.¹¹⁹ Nach § 28 I 2 SGB V zählen zur ärztlichen Behandlung auch Leistungen, die nicht direkt von einem Arzt, sondern von anderen Berufsgruppen hilfsweise ausgeführt werden, solange sie vom Arzt angeordnet und verantwortet werden.¹²⁰

Der Begriff „nichtärztliche“ Leistungen wird im SGB V nicht legal definiert.¹²¹ Dem Wortlaut nach ist anzunehmen, dass es sich bei nicht-ärztlichen Leistungen um jene handelt, die nicht direkt vom Arzt, sondern von Nichtärzten erbracht werden.¹²² Nichtärztliche Leistungen sind folglich solche Leistungen, die i.S.d. §§ 15 I 2, 28 I 2 SGB V von Hilfspersonen unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden. Entsprechend sind nichtärztliche Leistungen grundsätzlich Teil der ärztlichen Behandlung nach § 28 SGB V, solange der Arzt sie anordnet und verantwortet.¹²³

Nichtärztliche sozpäd. Leistungen sind überwiegend nicht medizinischer Natur.¹²⁴ Im Zusammenwirken von Ärzten mit den o.g. Berufsgruppen wird – im Gegensatz zu rein medizinischen Maßnahmen – das soziale Umfeld von Kindern in die Behandlung mit einbezogen. Die Aufzählung der Berufsgruppen in § 43a I SGB V ist nicht abschlie-

¹¹⁸ BSG, Urteil v. 10.05.1995 – 1 RK 20/94, BSGE 76, 109 = NZS 1996, 68; Hellmann/ Herffs, Der ärztliche Abrechnungsbetrag, Rn. 20.

¹¹⁹ Vgl. § 95 IV SGB V; Nolte, in: KassKomm, § 28 SGB V Rn. 4; Nebendahl, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, § 28 SGB V Rn. 3; Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 77.

¹²⁰ Nommensen/ Rehder, in: HzS, SGB V Rn. 18; Ebsen, I./ Wallrabenstein, A., in: Ruland/ Becker/ Axer, SozRHandb., Rn. 81.

¹²¹ Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 48.

¹²² Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 49; s. auch BT-Drs. 11/2237, zu § 128 Abs. 2 u. 3, S. 202.

¹²³ Welti, in: Becker/ Kingreen, GKV-Komm., § 43a SGB V Rn. 1.

¹²⁴ Noftz, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 2; Schmidt, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 8.

ßend, weshalb nicht eindeutig geklärt ist, welche Leistungen im Einzelnen unter den nichtärztlichen sozpäd. Leistungen zu verstehen sind.¹²⁵ Nichtärztliche sozpäd. Leistungen sind Dienstleistungen, die in Form von Sachleistungen erbracht werden.¹²⁶ Sie haben Heilmittelcharakter,¹²⁷ unterscheiden sich von Heilmitteln jedoch dadurch, dass sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden.¹²⁸ Heilmittel hingegen werden auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung eigenverantwortlich von den Therapeuten erbracht (s. §§ 32 i.V.m. 124 f. SGB V).¹²⁹

3.2.5 Verhältnis von § 43a SGB V zu § 46 SGB IX

Mit dem Verweis in § 43a I 1 Hs 2 SGB V auf § 46 SGB IX (Früherkennung und Frühförderung) wird ein Bezug zum SGB IX hergestellt. § 46 SGB IX kann als Parallelvorschrift zu § 43a I SGB V – für die Früherkennung von Krankheiten – angesehen werden.¹³⁰ Die Vorschrift regelt die Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit (drohender) Behinderung. Leistungsberechtigt sind Kinder mit (drohender) Behinderung, die noch nicht schulpflichtig sind (§ 46 III 3 SGB IX).

In der Literatur ist durch den Verweis zu § 46 SGB IX strittig, ob § 43a SGB V eine einschränkende Spezialregelung zu § 46 SGB IX i.S.d. § 7 I 1 SGB IX darstellt oder nicht. Einigkeit besteht zunächst darin, dass „bleibt unberührt“ fachsprachlich bedeutet, dass § 43a SGB V den Regelungsgehalt des § 46 SGB IX nicht tangiert.¹³¹ Jedoch gehen die daraus folgenden Schlussfolgerungen auseinander. Auf der einen Seite

¹²⁵ *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 48, *Wiemers*, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 13.

¹²⁶ *Jabben*, in: Neumann et. al., BeckKomm.-SGB IX, § 46 Rn 9; *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 12; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn 10.

¹²⁷ *Jabben*, in: Neumann et. al., BeckKomm.-SGB IX, § 46 Rn 9; *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 12.

¹²⁸ *Jabben*, in: Neumann et. al., BeckKomm.-SGB IX, § 46 Rn 9; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 10.

¹²⁹ *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 84; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 10; *Schaumburg*, SozR Einführung, Rn. 190.

¹³⁰ *Luik*, in: Dau/ Düwell/ Joussen, LPK-SGB IX, § 46 Rn. 8; *Wiemers*, in: jurisPK – SGB V, § 43a Rn. 3.

¹³¹ *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn.20a; *Ossege*, in: Brechthold/ Huster/ Rehborn, GK GesR, § 43a SGB V Rn. 13; *Welti*, in: Becker/ Kingreen, GKV-Komm., § 43a SGB V Rn. 6; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 18.

wird die Meinung vertreten, dass der Wortlaut „§ 46 des Neunten Buches bleibt unberührt“ aufzeige, dass § 43a keine einschränkende Wirkung gegenüber § 46 SGB IX habe.¹³² Daraus sei abzuleiten, dass der Gesetzesvorbehalt des § 7 I 1 SGB IX nicht greife und die Regelungen des § 46 SGB IX so bestehen bleiben.¹³³ Dementsprechend können sich auch weitergehende Ansprüche aus §§ 46 I 1 Nr. 1, II SGB IX zulasten der KK ergeben.¹³⁴

Auf der anderen Seite wird die Meinung vertreten, dass der § 46 SGB IX zwar grundsätzlich nicht tangiert werde, jedoch § 7 I 1, 2 SGB IX als Kollisionsnorm zu beachten sei.¹³⁵ § 7 I 1, 2 SGB IX sei lediglich für § 46 II SGB IX von Bedeutung, da es zu § 46 I SGB IX korrelierende Rechtsgrundlagen im SGB V gebe und § 46 III SGB IX keine abweichende Regelung zu § 43a SGB V darstelle.¹³⁶ Der Verweis solle nach der Absicht des Gesetzgebers lediglich klarstellen, dass sich die Erbringung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen weiterhin nach § 46 SGB IX richte.¹³⁷ Eine Leistungsausweitung für die GKV sei nicht beabsichtigt gewesen. Hingegen erweitere § 46 II SGB IX den Leistungsumfang des § 43a SGB V um Leistungen, die nicht unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden müssen und um Förder- und Behandlungsmaßnahmen. Damit gehe § 43a SGB V als Spezialnorm des SGB V dem § 46 II SGB IX vor und schließe dessen Anwendung aus.¹³⁸

Wie die Vertreter beider Ansichten zutreffend aufzeigen, wird der Regelungsgehalt des § 46 SGB IX durch den Verweis in § 43a I 1 Hs 2

¹³² *Ossege*, in: Brechthold/ Huster/ Rehborn, GK GesR, § 43a SGB V Rn. 13; *Welti*, in: Becker/ Kingreen, GKV-Komm., § 43a SGB V Rn. 6; *Wiemers*, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 3.

¹³³ *Jabben*, in: Neumann et. al., BeckKomm.-SGB IX, § 46 Rn 3; *Welti*, in: Becker/ Kingreen, GKV-Komm., § 43a SGB V Rn. 6.

¹³⁴ *Wiemers*, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 3.

¹³⁵ *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn.20a; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 18f.

¹³⁶ *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn.20b-20d; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 21.

¹³⁷ BT-Drs. 14/5074, 118.

¹³⁸ *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 20d; *LSG Rh.-Pf. Urteil v. 19.9.2006 – L 1 KR 65/04; Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 23.

SGB V nicht tangiert. Das bedeutet, dass der Inhalt dieser Norm unverändert weitergilt. Das von den Befürwortern der Spezialregelung genannte Ziel des Gesetzgebers, dass sich die Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen nach § 46 SGB IX richten sollen, ist lediglich dann erreicht, wenn der Gesetzesvorbehalt des § 7 I 1, 2 SGB IX nicht gilt. Ansonsten würden die Leistungen des § 46 II SGB IX eben nicht nach Maßgabe des § 46 SGB IX erbracht werden, weil die Spezialregelung des § 43a SGB V die Regelung des § 46 II SGB IX verdrängen würde. § 46 II SGB IX geht zwar zutreffend über den Regelungsgehalt des § 43a SGB V hinaus, jedoch ist anzunehmen, dass der Gesetzgeber dies bei der Einführung des Verweises in § 43a I 1 Hs 2 SGB V auf der Grundlage der oben genannten Gründe berücksichtigt hat. Dementsprechend ist der Meinung zu folgen, dass § 43a SGB V keine einschränkende Spezialregelung zu § 46 SGB IX darstellt und der Gesetzesvorbehalt des § 7 I 1 SGB IX nicht greift. Insofern besteht gegenüber den KK auch ein Anspruch auf die Leistungen gem. § 46 II SGB IX.

3.2.6 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Die „Vereinbarung gem. § 85 II 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ (sog. „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“), trat in der Fassung vom 01.07.2009 für die Primärkassen als Anlage 11 zum Bundesmantelvertrag Ärzte/ Ersatzkassen in Kraft.¹³⁹ Eine Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen trat im Ersatzkassenbereich bereits m.W.v. 01.07.1994 in Kraft.¹⁴⁰

¹³⁹ GKV-Spitzenverband, Bundesmantelvertrag [Internetquelle]; Schydlo, Dt. Ärztebl. 1994, 2057.

¹⁴⁰ Anlage 11 zum Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen, veröffentlicht im Dt. Ärztebl. Heft 28-29/1994.

Die SPV wurde zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband geschlossen. Hintergrund der Einführung der SPV war eine unzureichende ambulante ärztliche Versorgung für psychisch kranke Kinder. Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater hatten im beruflichen Alltag Schwierigkeiten, da für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen keine Vergütungsmöglichkeit bestand, diese jedoch für eine ganzheitliche Behandlung notwendig gewesen wäre.¹⁴¹ Dies wurde im Bereich der psychiatrischen Tätigkeit im Ersatzkassenbereich mit der SPV 1994 erstmals umgesetzt.¹⁴²

Die SPV m.W.v. 01.07.2009 dient der Förderung einer qualifizierten interdisziplinären sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Es sollen gezielt Behandlungsangebote aufgebaut werden, die im Katalog der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen nach dem EBM nicht aufgeführt werden.¹⁴³ Die SPV soll bei komplexen sozpäd. und sozialpsychiatrischen Behandlungsproblemen insbesondere durch eine ambulante ärztliche Behandlung eine Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglichen.¹⁴⁴ Damit erfüllen die Vertragspartner gem. § 1 I SPV den gesetzlichen Auftrag aus § 85 II 4 i.V.m. § 43a SGB.¹⁴⁵

Mit der SPV können nichtärztliche Berufsgruppen in die Praxen von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern integriert werden und die teilnehmenden Ärzte in enger Kooperation mit komplementären Berufen, interdisziplinär zusammenzuarbeiten.¹⁴⁶

¹⁴¹ Schydlo, Dt. Ärztebl. 1994, 2057 (2058).

¹⁴² Schydlo, Dt. Ärztebl. 1994, 2057 (2058).

¹⁴³ GKV-Spitzenverband, Bundesmantelvertrag Anlagen [Internetquelle].

¹⁴⁴ GKV-Spitzenverband, Bundesmantelvertrag Anlagen [Internetquelle]; Ziegelmeier, in KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 8.

¹⁴⁵ Ziegelmeier, in KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 8.

¹⁴⁶ KBV, Sozialpsychiatrie [Internetquelle]; Schydlo, Dt. Ärztebl. 1994, 2057 (2058).

3.3 Ermächtigung von sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V

Neben zugelassenen und ermächtigten Ärzten können ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen unter den Voraussetzungen des § 31 I Ärzte-ZV, im Wege einer Institutsermächtigung, in das System der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen werden (§ 95 I 1 SGB V).¹⁴⁷ Nach § 119 I SGB V werden SPZen zur ambulanten sozpäd. Behandlung von Kindern ermächtigt, sofern die Ermächtigung für die Sicherstellung einer ausreichenden sozpäd. Behandlung notwendig ist.¹⁴⁸ Mit der bedarfsabhängigen Ermächtigung nehmen die SPZen an der vertragsärztlichen Versorgung teil und sind den Vertragsärzten (§ 95 IV SGB V) somit rechtlich weitestgehend gleichgestellt.¹⁴⁹ Für die Erteilung einer Ermächtigung benötigt es zunächst einen Antrag des Trägers des SPZ, der an den örtlich zuständigen Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V) zu richten ist.¹⁵⁰ Das Antragsverfahren ist ein Sozialverwaltungsverfahren i.S.d. § 8 SGB X.¹⁵¹ Der Zulassungsausschuss entscheidet über die Ermächtigung durch Verwaltungsakt. Eine Ermächtigung kann nicht rückwirkend erteilt werden.¹⁵²

Systematisch ist § 119 SGB V in den leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften des SGB V zu finden. Die Vorschrift orientiert sich an den Ermächtigungsvorschriften des § 116 SGB V, jedoch können nicht alle zu § 116 SGB V entwickelten Grundsätze Berücksichtigung finden.¹⁵³ Insbesondere der Grundsatz der zweijährigen Befristung findet bei der Ermächtigung von SPZen keine Anwendung.¹⁵⁴

¹⁴⁷ Igl, in: Igl/ Welti, GesR, § 15 Rn. 39; Wenner, Vertragsarztrecht, § 17 Rn 19.

¹⁴⁸ Düring, in: Schnapp/ Wigge, HandB. Des Vertragsarztrechts, S. 155, Rn. 31.

¹⁴⁹ Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 62; Limpinsel, in: Sommer, SGB V, § 119 Rn. 4.

¹⁵⁰ Köhler-Hohamm, in: jurisPK-SGB V, § 119 Rn 27; Kremer/ Wittmann, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, Rn. 1082; Limpinsel, in: Sommer, SGB V, § 119 Rn. 5.

¹⁵¹ Kremer/ Wittmann, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, Rn. 1079; Trenczek, in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts, S. 348.

¹⁵² BSG, Urteil v. 24.11.1993 - 6 RKA 12/93, jurion Rn. 16 ff.; Kremer/ Wittmann, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, Rn. 1082.

¹⁵³ BSG, Urteil v. 29.06.2011 - B 6 KA 34/ 10 R, juris, Rn. Leitsatz 3; Palsherm/ Clemens, in: GKV-Komm., § 119 SGB V, Rn. 5; Wenner, Vertragsarztrecht, § 17 Rn 31.

¹⁵⁴ BSG, Urteil v. 29.06.2011 - B 6 KA 34/ 10 R, juris, Rn. Leitsatz 3.

3.3.1 Ermächtigungsvoraussetzungen

Die Ermächtigung zur sozpäd. Behandlung von Kindern in einem SPZ wird erteilt, wenn die subjektiven und objektiven Ermächtigungsvoraussetzungen aus § 119 I SGB V erfüllt sind.

Als subjektive Voraussetzung muss das SPZ gem. § 119 I 1 SGB V fachlich und medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Von dem ärztlichen Leiter wird nach h.M. und den unverbindlichen Vorgaben des „Altöttinger-Papiers“¹⁵⁵ verlangt, dass dieser Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ist, mindestens zwei Jahre in Vollzeit (oder eine entsprechende Zeit in Teilzeit) in einem SPZ tätig gewesen ist und die Zusatzweiterbildung „spezielle Sozialpädiatrie“ absolviert hat.¹⁵⁶ Die Zusatzweiterbildung „spezielle Sozialpädiatrie“ wurde von der BÄK bisher jedoch nicht in die WBO aufgenommen, weshalb es bis dahin ausreichend ist, wenn die ärztliche Leitung über Zusatzqualifikationen in der Neuropädiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie verfügt.¹⁵⁷

Als weitere subjektive Voraussetzung aus § 119 I 1 SGB V muss eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozpäd. Behandlung gewährleistet sein. Eine Legaldefinition ist weder im KHG noch im SGB V zu finden, weshalb die Bedeutung des Begriffs umstritten ist. Nach der Gesetzesbegründung soll eine leistungsfähige und wirtschaftliche Leistungserbringung bei SPZen gewährleistet sein, wie es auch bei zugelassenen Krankenhäusern der Fall ist.¹⁵⁸ Im Sinne des § 109 II, III SGB V bedeutet Leistungsfähigkeit, dass ein Krankenhaus „dauerhaft alle Anforderungen erfüllt, die nach dem aktuellen Erkenntnisstand

¹⁵⁵ Der DGSPJ v. 08.03.2002, in der überarbeiteten Fassung aus 2014.

¹⁵⁶ Hollmann/ Kretschmar/ Schmid, Altöttinger Papier, S. 22.

¹⁵⁷ Hollmann/ Kretschmar/ Schmid, Altöttinger Papier, S. 23.

¹⁵⁸ BT-Drs. 11/2237, S. 202.

der medizinischen Wissenschaft an Einrichtungen dieser Art zu stellen sind“¹⁵⁹. Dabei kommt es insbesondere auf die personelle, räumliche und sachliche Ausstattung des SPZ an¹⁶⁰. In personeller Hinsicht bedeutet dies, dass es mindestens einen fachlich geeigneten ärztlichen Leiter und einen Physiotherapeuten benötigt.¹⁶¹ Als Orientierung für den weiteren Personalbedarf kann das „Altöttinger-Papier“ der DGSPJ herangezogen werden.¹⁶² Der personelle und sachliche Bestand muss nicht bereits bei Ermächtigungserteilung vorliegen, sondern es muss absehbar sein, dass „der ermächtigte Träger die ihm obliegende Pflicht ordnungsgemäß erfüllen wird“¹⁶³.

Die Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsprinzips geht aus den §§ 2 IV, 12 I SGB V hervor.¹⁶⁴ Eine wirtschaftliche sozpäd. Behandlung liegt demnach vor, wenn die Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Ein SPZ erhält im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit nur dann eine Ermächtigung, wenn im relevanten Einzugsgebiet eine ausreichende Patientenzahl bereits vorhanden oder zu erwarten ist.¹⁶⁵ Allerdings dürfen die Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit nicht zu hoch sein, um die Entscheidung des Gesetzgebers für ein nicht zu unterlaufen.¹⁶⁶ Die Wirtschaftlichkeit darf laut Rechtsprechung bei der ersten Ermächtigungserteilung nicht von vornherein verneint werden, sondern sollte zunächst gem. § 32 SGB X auf drei oder vier Jahre befristet werden, um zu überprüfen, ob sich eine ausreichende Patientenzahl ergeben wird.¹⁶⁷

¹⁵⁹ *Kremer/ Wittmann*, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, Rn. 1088.

¹⁶⁰ *Kingreen/ Bogan*, in: Rolfs et. al, BeckOK SozR, § 119 SGB V Rn. 4; *Kremer/ Wittmann*, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, Rn. 1088.

¹⁶¹ *LSG*, Ba.-Wü., Urteil v. 15.09.1993 – L 5 Ka 2058/92

¹⁶² Näheres s. *Hollmann/ Kretschmar/ Schmid*, Altöttinger Papier, S. 13f.

¹⁶³ *Ossege*, in: Brechthold/ Huster/ Rehborn, GK GesR, § 119 SGB V Rn. 19.

¹⁶⁴ *Schaumberg*, SozR Einführung, Rn. 180; *Welti*, in: Becker/ Kingreen, GKV-Komm, § 119 SGB V Rn. 4.

¹⁶⁵ *Kingreen/ Bogan*, in: Rolfs et. al, BeckOK SozR, § 119 SGB V Rn. 4; *Ossege*, in: Brechthold/ Huster/ Rehborn, GK GesR, § 119 SGB V Rn. 20.

¹⁶⁶ *LSG*, Ba.-Wü., Urteil v. 12.07.1995 – L 5 Ka 644/94, juris 1. OS.

¹⁶⁷ *LSG*, NRW Urteil v. 02.04.2009 – L 11 KA 2/09 ER; *LSG* BaWü., Urteil v. 12.07.1995 – L 5 KA 644/94, juris OS 3; *SG Dresden* Urteil v. 11.03.2014 – S 18 KA 81/12 Rn. 71.

Als objektive Voraussetzung muss ein Versorgungsbedarf für sozpäd. Leistungen bestehen.¹⁶⁸ Nach § 119 I 2 SGB V ist die Ermächtigung zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozpäd. Behandlung sicherzustellen. „Soweit“ beinhaltet einen quantitativ-allgemeinen und einen qualitativ-speziellen Versorgungsbedarf.¹⁶⁹ Das bedeutet, dass für die Erteilung der Ermächtigung geprüft werden muss, ob ausreichend Ärzten des jeweiligen Fachgebiets und solche die besondere und notwendige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anbieten, vorhanden sind, um die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen.¹⁷⁰ Der Umfang einer Ermächtigung darf den notwendigen Bedarf an sozpäd. Leistungen weder quantitativ noch qualitativ übersteigen.¹⁷¹

Bei der Überprüfung des Versorgungsbedarfs kommt es nach Ansicht des BSG auf eine gleichwertige Abdeckung des Bedarfs, durch andere SPZen, an.¹⁷² Angebote von niedergelassenen Kinderärzten und Frühförderstellen können bei der Überprüfung nicht berücksichtigt werden, da durch sie keine gleichwertige Versorgung sichergestellt werden kann.¹⁷³ Folglich ist zu prüfen, ob andere SPZen – auch außerhalb des Planungsbereichs – die sozpäd. Behandlung gewährleisten können.¹⁷⁴ Ein Ermächtigungsanspruch ist ausgeschlossen, wenn die sozpäd. Behandlung anderweitig sichergestellt werden kann.

Mit dem Wort „solange“ wird der Zulassungsausschuss dazu verpflichtet, den Versorgungsbedarf zu verfolgen und immer wieder zu

¹⁶⁸ *Kingreen/ Bogan*, in: Rolfs et. al, BeckOK SozR, § 119 SGB V Rn. 5; *Kremer/ Wittmann*, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, Rn. 1078; *Ossege*, in: Brechthold/ Huster/ Rehborn, GK GesR, § 119 SGB V Rn. 21.

¹⁶⁹ *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 4; *Ossege*, in: Brechthold/ Huster/ Rehborn, GK GesR, § 119 SGB V Rn. 21.

¹⁷⁰ *Wenner*, Vertragsarztrecht, § 17 Rn. 10, 13.

¹⁷¹ *SG*, Dresden Urteil v. 11.03.2014 – S 18 KA 81/12 Rn. 71.

¹⁷² *BSG*, Urteil v. 29.06.2011 – B 6 Ka 34/10 R, juris, Rn. 11; *Ossege*, in: Brechthold/ Huster/ Rehborn, GK GesR, § 119 SGB V Rn. 22.

¹⁷³ *BSG*, Urteil v. 29.06.2011 – B 6 Ka 34/10 R, juris, Rn. 11; *Berner*, Dt. Ärztebl., 36/113, 2016, S. 1570.

¹⁷⁴ *BSG*, Urteil v. 29.06.2011 - B 6 KA 34/ 10 R, juris, 2. LS.

überprüfen.¹⁷⁵ Ändert sich der Versorgungsbedarf oder fällt er gänzlich weg, ist die Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss entweder dem neuen Bedarf anzupassen oder ggf. zu beenden. Zur regelmäßigen Überprüfung des Versorgungsbedarfes ist es laut BSG angemessen, die Ermächtigung zu befristen.¹⁷⁶

3.3.2 Ausrichtung der Behandlung

Die Behandlung in SPZen ist nach § 119 II 1 SGB V auf Kinder auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in Frühförderstellen behandelt werden können. Die Ermächtigung umfasst ärztliche Leistungen gem. der §§ 27, 28 SGB V sowie nichtärztliche Leistungen gem. § 43a SGB V.¹⁷⁷

Die nähere Ausgestaltung der sozpäd. Behandlung und der zu behandelnden Krankheitsbilder erfolgt im Ermächtigungsbescheid.¹⁷⁸ Mit der darin enthaltenen Erlaubnis zur sozpäd. Behandlung bestimmter Krankheitsbilder, wird der Schwerpunkt eines SPZ festgelegt.¹⁷⁹ In der Regel umfasst die Ermächtigung die sozpäd. Behandlung bei Entwicklungsstörungen und neuropsychiatrischen Folgen chronischer Krankheiten und Behinderungen.¹⁸⁰ In einzelnen Fällen werden auch Ermächtigungen erteilt, bei denen die sozpäd. Behandlung von chronisch kranken Kindern außerhalb des neurologisch-psychischen Spektrums liegen.¹⁸¹

¹⁷⁵ BSG, Urteil v. 29.06.2011 - B 6 KA 34/ 10 R, juris, Rn. 15; *Limpinsel*, in: Sommer, SGB V, § 119 Rn. 7.

¹⁷⁶ BSG, Urteil v. 29.06.2011 - B 6 KA 34/ 10 R, juris, Rn. 15.

¹⁷⁷ BT-Drs. 11/2237 zu § 128, S. 202; *Kingreen/ Bogan*, in: Rolfs et. al, BeckOK SozR, § 119 SGB V Rn. 8.

¹⁷⁸ *Köhler-Hohmann*, in: jurisPK-SGB V, § 119 Rn. 23; *Kingreen/ Bogan*, in: Rolfs et. al, BeckOK SozR, § 119 SGB V Rn. 11; *Palsherm/ Clemens*, in: GKV-Komm., § 119 SGB V, Rn. 5.

¹⁷⁹ *Köhler-Hohmann*, in: jurisPK-SGB V, § 119 Rn. 23; *Palsherm/ Clemens*, in: GKV-Komm., § 119 SGB V, Rn. 5; *Wulfert*, Ärzte Zeitung 2012, Nr. 64, S. 8.

¹⁸⁰ *Schlack*, Kooperation in der Gesundheitsversorgung, S. 453.

¹⁸¹ *Schlack*, Kooperation in der Gesundheitsversorgung, S. 453.

Bei der Einführung des § 119 SGB V a.F.¹⁸² war das Ziel der Norm, Krankheiten zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern.¹⁸³ Mit § 119 II SGB V a.F. wurden SPZen zu einer sozpäd. Behandlung ermächtigt, die alle ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen umfasste.¹⁸⁴ Mit dem 2. ÄndG und der Einführung des § 43a SGB V wurde der § 119 SGB V bedeutend verändert. Der 2. Abs., welcher bis dahin alle ärztlichen und nichtärztlichen erbrachten Leistungen eines SPZ in das Leistungsspektrum der Krankenkassen einbezog, wurde gestrichen. Eine weiterführende Regelung über ärztliche und nichtärztliche erbrachte Leistungen, insbesondere der zuvor beinhalteten psychologischen Leistungen sowie ergänzenden Leistungen zur Reha, blieb aus. Stattdessen wurde der bisherige Abs. 3 zum neuen Abs. 2 gemacht.¹⁸⁵ Der Abs. 1 sowie der neue Abs. 2 blieben seit dem 2. ÄndG unberührt.

Für die Ermächtigung von SPZen bedeutet dies eine Diskrepanz zwischen ihrer Ermächtigung und den Leistungen, die sie mit den KK abrechnen dürfen. Denn laut § 119 I SGB V können SPZen zwar zur ambulanten sozpäd. Behandlung von Kindern ermächtigt werden, jedoch haben die Kinder gem. § 43a I SGB V keinen Anspruch auf die sozpäd. Behandlung. Folglich werden die SPZen gesetzlich zu etwas ermächtigt, was sie in der Praxis nicht ganz eindeutig ausführen dürfen, da die Rechtslage dazu unklar ist und unterschiedlich ausgelegt werden kann. Dieses Missverhältnis führt, insbesondere im Hinblick auf die Vergütung der Leistungen von SPZen, zu Schwierigkeiten in der Praxis, und wird im 4. Kapitel tiefergehend behandelt.

¹⁸² i.d.F. von 1989.

¹⁸³ § 119 II SGB V i.d.F. v. 01.01.1989

¹⁸⁴ BT-Drs. 11/2237 zu § 129, S. 203.

¹⁸⁵ Sozialgesetzbuch V v. 20.12.1991, BGBl. I, 2325.

3.3.3 Verhältnis zu Frühförderstellen und Vertragsärzten

SPZen werden mit dem Ziel errichtet, Schädigungen oder Störungen durch frühe Diagnostik, frühe Therapie und frühe soziale Eingliederung zu erkennen, zu verhindern oder zu heilen.¹⁸⁶ Durch sozpäd. Behandlungen in SPZen sollen bestehende Versorgungslücken, die durch niedergelassene Kinderärzte und Frühförderstellen nicht aufgefangen werden können, geschlossen werden. Der Unterschied zwischen SPZen und Kinderärzten oder Frühförderstellen liegt darin, dass das Leistungsspektrum von SPZen wesentlich spezialisierter und differenzierter ist und dort eine fachübergreifende ganzheitliche Behandlung an einem Ort stattfindet.¹⁸⁷ In SPZen wird eine multiprofessionelle sozpäd. Spezialversorgung geboten, die ein niedergelassener Kinderarzt nicht leisten kann.

Die Aufgaben der Frühförderstellen können sich an einigen Stellen mit den Aufgaben einzelner SPZ überschneiden. Beide Einrichtungen unterscheiden sich jedoch durch die Altersspanne ihrer Patienten voneinander. In Frühförderstellen werden Kinder lediglich bis zur Einschulung behandelt, während eine Behandlung im SPZ bis ins Jugendalter erfolgt.¹⁸⁸ Eines der wichtigsten Abgrenzungsmerkmale zu Frühförderstellen ist jedoch das Vorhandensein einer ständigen ärztlichen Leitung gem. § 119 I SGB V. Die Gesamtverantwortung der Behandlung in einem SPZ liegt – aufgrund der ärztlichen Leitung – beim Arzt, wohingegen die Frühförderstellen eine pädagogische oder psychologische Leitung haben.¹⁸⁹

Die Einführung von SPZen hat eine Konkurrenzsituation zwischen Kinderärzten, Frühförderstellen und SPZen geschaffen. Der Gesetz-

¹⁸⁶ BT-Drs. 11/2237, S. 202; *Palsherm/ Clemens*, in: GKV-Komm., § 119 SGB V, Rn. 9; *Kremer/ Wittmann*, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, Rn. 1076.

¹⁸⁷ *Knauer/ Brose*, in: Spickhoff (Hrsg.), MedR, § 119 SGB V Rn. 2; *Wittmann*, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, Rn. 1076.

¹⁸⁸ s. dazu 2.2.2; *Schlack*, Kooperation in der Gesundheitsversorgung, S. 456.

¹⁸⁹ *Schlack*, Kooperation in der Gesundheitsversorgung, S. 456; *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 20.

geber beabsichtigte dabei jedoch keine Verdrängung der existierenden Frühförderstellen.¹⁹⁰ Es handelt sich folglich um ein dreistufiges Versorgungssystem, bestehend aus Kinderärzten, Frühförderstellen und SPZen, bei dem die Leistungen der SPZen nachrangig gegenüber diesen der niedergelassenen Kinderärzte und Frühförderstellen sind (s. § 119 II 1 SGB V).¹⁹¹ Die Ermächtigung nach § 119 SGB V ist demnach subsidiär zur Versorgung von Kindern durch niedergelassene Ärzte.¹⁹²

In der Ermächtigung für SPZen kann ein Überweisungserfordernis gem. § 31 VII 2 Ärzte-ZV festgelegt werden. In diesen Fällen dürfen die SPZen nur auf Überweisung durch geeignete Ärzte tätig werden.¹⁹³ Als geeignete Ärzte kommen, aufgrund ihrer besonderen Qualifikation, insbesondere Kinderärzte, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiater in Betracht.¹⁹⁴ Aus § 119 II 2 SGB V geht hervor, dass die SPZen eng mit den Ärzten und Frühförderstellen zusammenarbeiten sollen. Eine Zusammenarbeit kann darin bestehen, dass ein niedergelassener Kinderarzt ein Kind zur Erstellung der Diagnostik und der Aufstellung eines Behandlungsplans ins SPZ überweist und die Umsetzung des Behandlungsplans in der kinderärztlichen Praxis oder in einer Frühförderstelle erfolgt. Dabei sollen sich die Institutionen gegenseitig über die Behandlung der Kinder informieren und bei Bedarf die Krankenunterlagen gem. § 115 II 1 Nr. 2 SGB V überlassen.

¹⁹⁰ BT-Drs. 11/3480, zu § 128, S. 61.

¹⁹¹ BSG, Urteil v. 29.06.2011 - B 6 KA 34/ 10 R, juris, Rn. 11.

¹⁹² Wenner, Vertragsarztrecht, § 17 Rn. 31.

¹⁹³ Köhler-Hohmann, in: jurisPK-SGB V, § 119, Rn. 25; Palsherm/ Clemens, in: GKV-Komm., § 119 SGB V, Rn. 8.

¹⁹⁴ BeckRS 2016, Rn. 46ff.; Kingreen/ Bogan, in: Röf's et. al, BeckOK SozR, § 119 SGB V Rn. 8; zur Zulässigkeit des Facharztfilters s. BSG Urteil v. 17.02.2016 – B 6 KA 6/15 R.

3.4 Vergütung von nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen

Nichtärztliche sozpäd. Leistungen sollen nach § 119 I SGB V vorrangig von niedergelassenen Kinderärzten erbracht werden. Obwohl SPZen durch die Ermächtigung gem. § 95 I 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gelten für sie nicht dieselben Vergütungsregelungen wie für niedergelassene Kinderärzte.

Grundsätzlich nehmen zugelassene sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen gem. § 95 I 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teil und haben dadurch einen Anspruch auf Teilnahme an der Verteilung der Gesamtvergütung nach § 85 IV SGB V.¹⁹⁵ Bei Leistungen, die aufgrund von Ermächtigungen erbracht werden, wird die Regelung des § 85 IV SGB V durch § 120 SGB V ergänzt.¹⁹⁶ Nach § 120 II SGB V finden die vertragsärztlichen Grundsätze zur Vergütung von Leistungen, die in SPZen erbracht werden, jedoch keine Anwendung. Nachfolgend werden daher die Unterschiede der Vergütungsregelungen von niedergelassenen Kinderärzten und SPZen dargestellt.

3.4.1 Vergütungsregelungen für niedergelassene Ärzte

Die Vergütungsregelungen der Leistungen von niedergelassenen Vertragsärzten gehören zum Vertragsarztrecht, welches ein Teil des SGB V ist. Dementsprechend sind normative Vorgaben für die Vergütung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ausschließlich im SGB V oder in dessen untergesetzlichen Vorschriften (Rechtsverordnungen, Richtlinien, Normativverträgen) zu finden.¹⁹⁷ Nach § 82 II 1 SGB V wird die Vergütung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen durch Gesamtverträge geregelt.

¹⁹⁵ Hänlein, *Recht der Sozialen Dienste*, Rn. 111; Hänlein, in: Kruse/ Hänlein, *LPK – SGB V*, § 120 Rn. 1; Köhler-Hohmann, in: *jurisPK-SGB V*, § 120 Rn. 26.

¹⁹⁶ Hänlein, in: Kruse/ Hänlein, *LPK – SGB V*, § 120 Rn. 1.

¹⁹⁷ Berner, in: Schnapp/ Wigge, *Handb. VAR*, § 8 Rn. 3; Wenner, *Vertragsarztrecht*, § 1 Rn. 1.

Die wichtigsten Normativverträge im Vertragsarztrecht bilden die Bundesmantelverträge.¹⁹⁸ Diese werden zwischen der KBV und dem Spitzenverband Bund der KK als allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge geschlossen und enthalten Regelungen zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung, zur persönlichen Leistungserbringung und zu Überweisungen und Verordnungen.¹⁹⁹ Die Bundesmantelverträge enthalten verschiedene Anlagen, welche derselben Rechtsnatur wie die Verträge sind und ihnen somit im Rang gleichstehen.²⁰⁰ Als Anlage 11 des Bundesmantelvertrages trat am 01.07.1994 die SPV in Kraft.²⁰¹ Die SPV beinhaltet spezielle Vergütungsregelungen für nichtärztliche sozialpsychiatrische Leistungen, welche zu den sozpäd. Leistungen zählen.

Als Bestandteil der Bundesmantelverträge wird zwischen der KBV und dem Spitzenverband Bund der KK gem. § 87 I 1 SGB V der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) sowie auf dessen Grundlage die Gesamtvergütung gem. § 85 SGB V (in Gesamtverträgen) vereinbart.²⁰²

3.4.1.1 Gesamtvergütung (§ 85 SGB V)

Die Gesamtvergütung ist gem. § 85 II 2 SGB V das Ausgabevolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen und wird gem. § 85 I 1 Hs 1 SGB V im Gesamtvertrag vereinbart. Den Gesamtvertrag schließen die Landesverbände der KK und die KV jährlich bis zum 31. Oktober für das jeweilige Folgejahr (§§ 82 II 1, 83, 87a III 1 SGB V).²⁰³ Nach Maßgabe der Gesamtverträge erbringen die KK mit befreiender Wirkung gem. der §§ 85 I u. 2, 87a II 1 SGB V eine sog. Gesamtvergütung an die KV, mit der alle im jeweiligen Jahr anfallenden Behandlungsmaßnahmen der Mitglieder mit Wohnort im

¹⁹⁸ *Wenner*, Vertragsarztrecht, § 13 Rn. 1; GKV-Spitzenverband, Bundesmantelvertrag [Internetquelle].

¹⁹⁹ *Berner*, in: Schnapp/ Wigge, Handb. VAR, § 8 Rn. 5; *Wenner*, Vertragsarztrecht, § 13 Rn. 1.

²⁰⁰ *Berner*, in: Schnapp/ Wigge, Handb. VAR, § 8 Rn. 5; *Wenner*, Vertragsarztrecht, § 13 Rn. 2.

²⁰¹ Zunächst nur im Bereich der Ersatzkassen.

²⁰² *AOK Bundesverband*, Kollektivvertrag [Internetquelle]; *Berner*, in: Schnapp/ Wigge, Handb. VAR, § 8 Rn. 25.

²⁰³ *Hänlein*, Recht der Sozialen Dienste, Rn. 118; *Janda*, MedR, S. 193.

Bezirk der KV abgegolten sind (sog. Gesamtvergütungsverfahren).²⁰⁴ In einem weiteren Schritt wird die von den KK gezahlte Gesamtvergütung von der KV, nach Maßgabe ihres Honorarverteilungsmaßstabes (HVM), an die Vertragsärzte verteilt (§§ 85 IV, 87b SGB V).²⁰⁵ Mit der Verteilung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte werden die ärztlichen Leistungen nach § 85 IV 1 SGB V vergütet (sog. Honorarverteilungsverfahren).²⁰⁶ Die Höhe der Gesamtvergütung wird gem. § 85 II 1 SGB V im Gesamtvertrag von den Landesverbänden der KK mit Wirkung für die KK der jeweiligen Kassenart vereinbart.²⁰⁷ Es gibt nach § 85 II SGB V unterschiedliche Formen, um die Höhe der Gesamtvergütung zu berechnen. Die in § 85 II SGB V aufgezählten Formen werden vorliegend jedoch nicht näher betrachtet.

Aus dem Gesamtvergütungs- sowie dem Honorarverteilungsverfahren geht hervor, dass die Vertragsärzte ihre Leistungen nicht direkt mit den KK, sondern auf der Grundlage des EBM und des HVM ausschließlich gegenüber der KV abrechnen.²⁰⁸ Die KK dürfen somit, außer in gesetzlich ausdrücklich normierten Ausnahmen, keine direkten Zahlungen an einzelne Vertragsärzte tätigen.²⁰⁹ Nach § 87 II 1 SGB V bestimmt der EBM abschließend den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.²¹⁰ Der EBM ist die bundeseinheitliche Abrechnungsgrundlage, die für den Vertragsarzt und alle an der vertrags-

²⁰⁴ *Auktor*, in: Kruse/ Hänlein, LPK-SGB V, § 85 Rn. 1; *BMAS*, Übersicht über das Sozialrecht, Rn. 561; *Hänlein*, Recht der Sozialen Dienste, Rn. 117; *Krauskopf*, in: Krauskopf (Begr.), § 85 Rn. 11; *Wenner*, Vertragsarztrecht, § 21 Rn. 6.

²⁰⁵ *Hänlein*, Recht der Sozialen Dienste, Rn. 117; *Hess*, in: Schnapp/ Wigge, Handb. VAR, § 15 Rn. 2.

²⁰⁶ *Auktor*, in: Kruse/ Hänlein, LPK-SGB V, § 85 Rn. 1.

²⁰⁷ *Hänlein*, Recht der Sozialen Dienste, Rn. 118; *Schirmer*, Vertragsarztrecht kompakt, S. 447.

²⁰⁸ *Hänlein*, Recht der Sozialen Dienste, Rn. 117; *Hänlein*, in: Kruse/ Hänlein, LPK – SGB V, § 120 Rn. 1; *Wenner*, Vertragsarztrecht, § 21 Rn. 4.

²⁰⁹ *Janda*, MedR, S. 191; *Wenner*, Vertragsarztrecht, § 21 Rn. 7.

²¹⁰ *Janda*, MedR, S. 191; *Scholz*, in: Becker/ Kingreen, SGB V, § 87 Rn. 5.

ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verbindlich ist.²¹¹ Der Vertragsarzt kann daher nur solche Leistungen abrechnen, die im EBM aufgeführt sind.²¹² Die Leistungen des EBM werden nicht in Euro, sondern in Punkten bewertet (§ 87a III 2 SGB V).²¹³

Die Vergütungsregelung für nichtärztliche sozpäd. Leistungen ergibt sich aus § 85 II 4 SGB V. Demzufolge sollen die Landesverbände der KK und die KV eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozpäd. und psychiatrischer Tätigkeit vereinbaren. Diese Regelung soll die Zusammenarbeit von niedergelassenen Kinderärzten mit Sozialarbeitern, Diplompsychologen u.a. im Rahmen einer sozpäd. oder psychiatrischen Behandlung ermöglichen.²¹⁴ Dadurch soll ein vergleichbares Leistungsangebot auch außerhalb von Institutsambulanzen geschaffen werden.²¹⁵ Die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen, die von Vertragsärzten erbracht werden, werden nach § 85 II 4 SGB V aus der Gesamtvergütung finanziert.²¹⁶

3.4.1.2 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Nichtärztliche sozialpsychiatrische Leistungen wurden bis zur Einführung der SPV nicht vergütet.²¹⁷ In § 6 SPV ist die Vergütung der Tätigkeit nichtärztlicher Mitarbeiter festgelegt. Die Leistungen, die in der sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern erbracht werden und im EBM aufgeführt sind, werden entsprechend der Leistungsansätze aus der Gesamtvergütung finanziert. Zu diesen Leistungen zählen auch solche, die unter ärztlicher Verantwortung erbracht und von nichtärztlichen Mitarbeitern ausgeführt werden.

²¹¹ Hess, in: Schnapp/ Wigge, Handb. VAR, § 15 Rn. 31; Ebsen/ Klein/ Wenner, in: Hndb. GesR, S. 118; weiterführend Schirmer, Vertragsarztrecht kompakt, S. 438 ff.

²¹² Hellmann/ Herffs, Der ärztliche Abrechnungsbetrag, Rn. 36; Janda, MedR, S. 192.

²¹³ Wenner, Vertragsarztrecht, § 21 Rn. 4; Hess, in: Schnapp/ Wigge, Handb. VAR, § 15 Rn. 31.

²¹⁴ Auktor, in: Kruse/ Hänlein, LPK-SGB V, § 85 Rn. 10; Hess, in: KassKomm, 95. EL, § 85 SGB V Rn. 34.

²¹⁵ Hess, in: KassKomm, 95. EL, § 85 SGB V Rn. 34.

²¹⁶ Auktor, in: Kruse/ Hänlein, LPK-SGB V, § 85 Rn. 10; Hess, in: KassKomm, 95. EL, § 85 SGB V Rn. 34.

²¹⁷ S.o. Kapitel 3.2.6.

Darüber hinaus wird den teilnehmenden Ärzten nach § 6 II SPV zusätzlich zu den nach EBM abrechnungsfähigen Leistungen eine Kostenpauschale gem. der Anlage 2 der SPV – nach Abhängigkeit der Behandlungsfälle im Quartal – vergütet. In der Anlage 2 sieht die SPV dabei eine Obergrenze vor: pro Praxis dürfen im Quartal nicht mehr als 400 Patienten behandelt werden. Dadurch soll die Versorgungsqualität sichergestellt werden.²¹⁸ Davon kann abgewichen werden, wenn die Versorgung ansonsten in einigen Gebieten nicht mehr sichergestellt werden könnte. Die Kostenpauschale wird wegen des besonderen Aufwands der multiprofessionellen Betreuung von Patienten nach Maßgabe der SPV gezahlt und soll die Kosten, insbesondere für beschäftigte Heilpädagogen und Sozialarbeiter, decken, die durch den EBM nicht vergütet werden. An die Pauschale ist die Voraussetzung geknüpft, dass der Arzt auf dem Abrechnungsschein unter Angabe der Diagnose bestätigt, dass beim behandelten Kind eine psychische Erkrankung, Behinderung oder Konfliktsituation mit fortgesetztem Interventionsbedarf vorgelegen hat und komplementäre Dienste einbezogen wurden (§ 6 III SPV). Die Vergütung der Kostenpauschale erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

3.4.2 Vergütung von sozialpädiatrischen Zentren (§ 120 SGB V)

Mit § 120 SGB V wurde zum 01.01.1989 eine Vorschrift zur Vergütung von ambulanten Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen eingeführt.²¹⁹ Bis dahin wurde die Vergütung von SPZen durch Verträge zwischen ihren Trägern und der KV, im Einvernehmen mit den KK bzw. deren Verbänden, vereinbart.

²¹⁸ *KBV*, Sozialpsychiatrie [Internetquelle].

²¹⁹ *Köhler-Hohmann*, in: jurisPK-SGB V, § 120 Rn. 9.

§ 120 SGB V sieht zwei unterschiedliche Vergütungsmechanismen für Leistungen von ermächtigten Krankenhausärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen vor.²²⁰ Für die Konstellationen nach Abs. 1 erfolgt die Vergütung nach den für die Vertragsärzte geltenden Grundsätzen. Folglich werden die Leistungen der in Abs. 1 genannten Leistungserbringer aus der Gesamtvergütung erbracht.

Dagegen finden die für Vertragsärzte geltenden Grundsätze bei den Konstellationen des Abs. 2, zu denen die SPZen gehören, keine Anwendung. In gesetzessystematischer Hinsicht stellt der Vergütungsmechanismus aus § 120 II SGB V eine Sonderregelung zum Grundmodell des Abs. 1 dar.²²¹ Nach Abs. 2 werden die Leistungen von SPZen nicht von der KV abgewickelt, sondern zur Entlastung der Gesamtvergütung unmittelbar von den KK vergütet.²²² Mit dieser Regelung wird die Vergütung von SPZen aus dem vertragsärztlichen Kontext herausgelöst.²²³ Entsprechend ergibt sich die Höhe der Vergütung nicht aus den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen. Es gibt jedoch auch keine unmittelbare gesetzliche Regelung über die Höhe der Vergütung von in SPZen erbrachten nichtärztlichen sozpäd. Leistungen. Einzelne Leistungen der SPZen sind im EBM als nichtärztliche Leistungen abgebildet (solche die bereits von Vertragsärzten und Frühförderstellen gem. § 85 I 4 SGB V vergütet werden), ein einheitlicher Entgeltkatalog für Leistungen von SPZen fehlt jedoch.²²⁴ Dementsprechend wird die Höhe der Vergütung gem. § 120 II 2 SGB V in Vergütungsvereinbarungen separat geregelt.²²⁵

²²⁰ Hänlein, in: Kruse/ Hänlein, LPK – SGB V, 2016, § 120 Rn. 1.

²²¹ Kingreen/ Bogan, in: BeckOK SozR, § 120 SGB V Rn. 17; Hänlein, in: Kruse/ Hänlein, LPK – SGB V, 2016, § 120 Rn. 2; Hess, in: KassKomm, 100. EL, § 120 SGB V Rn. 14.

²²² BT-Drs. 11/2237, S. 203 zu § 129 II; Hänlein, in: Kruse/ Hänlein, LPK – SGB V, 2016, § 120 Rn. 2; Knauer/ Brose, in: Spickhoff (Hrsg.), MedR, § 120 SGB V Rn. 8; Kingreen/ Bogan, in: BeckOK SozR, § 120 SGB V Rn. 17.

²²³ Kingreen/ Bogan, in: BeckOK SozR, § 120 SGB V Rn. 17.

²²⁴ Bohle, MedR 2016, 221 (221).

²²⁵ Hess, in: KassKomm, 100. EL, § 120 SGB V Rn. 14.

3.4.2.1 Vergütungsvereinbarungen

Nach § 120 II 2 SGB V muss für die Vergütung von SPZen ein zweiseitiger Vertrag zwischen den Landesverbänden der KK und Ersatzkassen und den Krankenhäusern, bzw. dessen Trägern, vereinbart werden.²²⁶ Die Aufzählung des Abs. 2 S. 2 ist unzureichend, da sie statt SPZen die Krankenhäuser als Vertragspartner der Vergütungsvereinbarung nennt, SPZen von diesen aber nicht grundsätzlich getragen werden.²²⁷ Die Vergütungsvereinbarungen sind auf Landesebene geschlossene, öffentlich-rechtliche Verträge i.S.v. § 53 I 1 SGB X.²²⁸

Die ärztlichen und nichtärztlichen sozpäd. Leistungen sind bei der Vergütung als Einheit anzusehen und werden als Gesamtleistung auf der Grundlage der Vergütungsvereinbarungen vergütet.²²⁹ Die vereinbarte Vergütung muss nach § 120 II 3 SGB V so bemessen sein, dass die Leistungsfähigkeit von SPZen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleistet ist. Das Merkmal der Leistungsfähigkeit bei wirtschaftlicher Betriebsführung muss sich an den Vorgaben des SGB V orientieren.²³⁰ Die Vergütung muss dementsprechend unter Wahrung des Grundsatzes der Beitragsstabilität berechnet werden, auch wenn kein direkter Verweis zu § 71 I 1 SGB V in § 120 II SGB V vorhanden ist.²³¹ SPZen müssen bei einer wirtschaftlichen Betriebsführung folglich die Möglichkeit haben, die Anforderungen, die mit der Erteilung einer Ermächtigung nach § 119 SGB V einhergehen, erfüllen zu können.²³² Es ist daher bei Vergütungsvereinbarungen zu prüfen, ob die von SPZen zu leistende Versorgung bei einer wirtschaftlichen

²²⁶ Hänlein, in: Kruse/ Hänlein, LPK – SGB V, 2016, § 120 Rn. 11; Kingreen/ Bogan, in: BeckOK SozR, § 120 SGB V Rn. 18; Kingreen/ Bogan, in: BeckOK SozR, § 120 SGB V Rn. 18.

²²⁷ Clemens, in: GKV-Komm., § 120 SGB V Rn. 23; Knittel, in: Krauskopf, § 120 SGB V Rn. 12; Bohle, MedR 2016, 221 (221).

²²⁸ Knittel, in: Krauskopf, § 120 SGB V Rn. 12; Kingreen/ Bogan, in: BeckOK SozR, § 120 SGB V Rn. 18; Kremer/ Wittmann, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, Rn. 1080.

²²⁹ BT-Drs. 11/2237, S. 203 zu § 129 II.

²³⁰ Clemens, in: GKV-Komm., § 120 SGB V Rn. 35; Knauer/ Brose, in: Spickhoff (Hrsg.), MedR, § 120 SGB V Rn. 9.

²³¹ BSGE 119, 43-57, Rn. 30.

²³² Kingreen/ Bogan, in: BeckOK SozR, § 120 SGB V Rn. 19.

Betriebsführung durch die Vergütung sichergestellt werden kann.²³³ Ein genereller Anspruch auf die Deckung der entstandenen Kosten besteht nicht.²³⁴

Die Festsetzung der Vergütung muss in einer Auseinandersetzung mit der individuellen Leistungsfähigkeit eines SPZ erfolgen.²³⁵ Dabei ist ein zweistufiges Prüfungsverfahren, wie im Bereich der Pflege-satzfestsetzung nach dem SGB XI, zu beachten.²³⁶ Dementsprechend muss in einem ersten Schritt zunächst eine Prognose des SPZ über die Abschätzung der voraussichtlichen Personal- und Sachkosten der zu erbringenden Leistungen abgegeben werden. Im zweiten Schritt soll ein externer Vergleich für die Kostenansätze vergleichbarer Leistungen in anderen Einrichtungen vorgenommen werden.²³⁷ Allerdings kann ein solcher Vergleich zu Schwierigkeiten führen, da SPZen zur Behandlung unterschiedlicher Krankheitsbilder ermächtigt werden und es dadurch keine Standardisierung der Behandler-Teams gibt.²³⁸

3.4.2.2 Pauschalierung

Nach § 120 III 1 SGB V besteht die Möglichkeit, die Vergütungen von SPZen zu pauschalieren. Eine Pauschalierung wird, außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, vertraglich zwischen den Landesverbänden der KK und Ersatzkassen sowie den Trägern der SPZen vereinbart.²³⁹ Bei den Leistungserbringern nach § 120 I SGB V erfolgt die Vereinbarung einer Pauschale als Teil der Gesamtvergütung und damit im Gesamtvertrag.²⁴⁰

²³³ BSGE 119, 43-57, Rn. 32.

²³⁴ Knittel, in Krauskopf, § 120 SGB V Rn. 13; Kingreen/ Bogan, in: BeckOK SozR, § 120 SGB V Rn. 19.

²³⁵ BSGE 119, 43-57, Rn. 7.

²³⁶ BSGE 119, 43-57, Rn. 7.

²³⁷ BSGE 119, 43-57, Rn. 7.

²³⁸ Bohle, MedR 2016, 221 (222); BT-Drs. 11/2237, S. 202.

²³⁹ BT-Drs. 11/2237, S. 203 zu § 129 III; Kremer/ Wittmann, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, Rn. 1081; Hess, in: KassKomm, 100. EL, § 120 SGB V Rn. 15; Kingreen/ Bogan, in: BeckOK SozR, § 120 SGB V Rn. 19.

²⁴⁰ BSG SozR 3- 2500 § 120 Nr. 5; Hess, in: KassKomm, § 120 SGB V Rn. 15.

Die Ausgestaltung der Pauschalisierung ist gesetzlich nicht näher festgelegt.²⁴¹ Nach h.M. werden die für die Vertragsärzte geltenden Grundsätze der Vergütung mit § 120 II 1 SGB V nicht gänzlich außer Kraft gesetzt und dürfen dementsprechend durch die Pauschalierung nicht verletzt werden.²⁴² Folglich richtet sich die Pauschalierung nach den für die Vertragsärzte geltenden Vergütungsmodalitäten.²⁴³ Eine Gesamtpauschalierung ist demnach unzulässig.²⁴⁴

Die Pauschalierung der Vergütung soll insbesondere dort angewendet werden, wo eine Einzelleistungsvergütung zu einer unangemessenen Leistungsausweitung oder zu abrechnungstechnischen Schwierigkeiten führen könnte.²⁴⁵

3.4.2.3 Schiedsverfahren

Kommt keine Einigung über eine Vergütungsvereinbarung zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a I KHG auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest (§ 120 IV 1 SGB V). Die Schiedsstelle nimmt Aufgaben der öffentlichen Verwaltung i.S.d. § 1 I 1 SGB X wahr und ist damit als Behörde im funktionalen Sinne anzusehen.²⁴⁶ Die Entscheidungen der Schiedsstelle sind auf einen Interessenausgleich der Vertragsparteien ausgelegt und haben daher einen Kompromisscharakter.²⁴⁷ Eine Entscheidung der Schiedsstelle bei fehlender Einigung der Vertragsparteien ist notwendig, da die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen der SPZen ohne eine Vereinbarung nicht vergütet werden.

²⁴¹ *Becker*, in: *Becker/ Kingreen*, GKV-Komm., § 120 SGB V Rn. 5; *Joussen*, in: *Bergmann/ Pauge/ Steinmeyer* (Hrsg.), MedR, § 120 SGB V Rn. 9.

²⁴² *Joussen*, in: *Bergmann/ Pauge/ Steinmeyer* (Hrsg.), MedR, § 120 SGB V Rn. 9; *Knauer/ Brose*, in: *Spickhoff* (Hrsg.), MedR, § 120 SGB V Rn. 11.

²⁴³ *Becker*, in: *Becker/ Kingreen*, GKV-Komm., § 120 SGB V Rn. 5; *Knauer/ Brose*, in: *Spickhoff* (Hrsg.), MedR, § 120 SGB V Rn. 11.

²⁴⁴ *Becker*, in: *Becker/ Kingreen*, GKV-Komm., § 120 SGB V Rn. 5; *Joussen*, in: *Bergmann/ Pauge/ Steinmeyer* (Hrsg.), MedR, § 120 SGB V Rn. 9; a.A. *Clemens*, in: GKV-Komm., § 120 SGB V Rn. 42a.

²⁴⁵ BT-Drs. 11/2237, S. 203 zu § 129 III.

²⁴⁶ BSGE 119, 43-57, Rn. 21; *Trenczek*, in: *Trenczek/ Tammen/ Behlert*, Grundzüge des Rechts, S. 193.

²⁴⁷ BSGE 119, 43-57, Rn. 26.

Zur Festsetzung der Vergütung erlässt die Schiedsstelle einen Schiedsstellenspruch.²⁴⁸ Dieser ist eine Regelung mit unmittelbarer Rechtswirkung nach außen i.S.d. § 31 1 SGB X. Weiterhin hat der Schiedsstellenspruch eine Doppelnatur.²⁴⁹ Zum einen enthält er als Verwaltungsakt (§ 31 SGB X) die Festsetzung der Vergütung, zum anderen ersetzt er auch den eigentlich abzuschließenden Vertrag.²⁵⁰

Für Klagen gegen die Schiedsstelle sind nicht die Verwaltungsgerichte, sondern nach §§ 51 I Nr. 2 SGG, 29 II Nr. 1 SGG erstinstanzlich die Landessozialgerichte zuständig.²⁵¹ Die Rechtsmittel folgen dabei den allgemeinen Grundsätzen des Schiedsstellenrechts.²⁵² Die Schiedsstelle tritt mit dem Schiedsstellenspruch an die Stelle der Vertragsparteien, weshalb auch die Klagen gegen die Festsetzung der Vergütung durch die Schiedsstelle gem. § 10 II Nr. 3 SGG zum Vertragsarztrecht gehören.²⁵³ Dem steht nicht entgegen, dass die Entscheidung von der nach § 18a KHG zu bildenden Schiedsstelle getroffen wird, auch wenn im Schiedsverfahren die KK und die Träger der SPZen, jedoch keine Vertreter der Vertragsärzte beteiligt sind.²⁵⁴ Ausschlaggebend ist, dass die SPZen durch die Ermächtigung nach § 119 I SGB V in die vertragsärztliche Versorgung mit eingebunden sind.²⁵⁵

Die Entscheidungen der Schiedsstelle sind gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbar, da der Schiedsstelle bei der Festsetzung der Vergütung ein Gestaltungsspielraum zukommt.²⁵⁶ Die Gerichte können lediglich die Einhaltung der grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen sowie in inhaltlicher Hinsicht die Einhaltung der zwingenden rechtlichen Vorgaben prüfen.²⁵⁷

²⁴⁸ BSGE 119, 43-57, Rn. 21.

²⁴⁹ BSGE 119, 43-57, Rn. 21; Trenczek, in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts, S. 193.

²⁵⁰ Jousen, in: Bergmann/ Pauge/ Steinmeyer (Hrsg.), MedR, § 120 SGB V Rn. 10.

²⁵¹ Knauer/ Brose, in: Spickhoff (Hrsg.), MedR, § 120 SGB V Rn. 14.

²⁵² Jousen, in: Bergmann/ Pauge/ Steinmeyer (Hrsg.), MedR, § 120 SGB V Rn. 10.

²⁵³ BSGE 119, 43-57, Rn. 16.

²⁵⁴ BSGE 119, 43-57, Rn. 16.

²⁵⁵ BSGE 119, 43-57, Rn. 26.

²⁵⁶ BSGE 119, 43-57, Rn. 26; Trenczek, in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts, S. 193.

²⁵⁷ BSGE 119, 43-57, Rn. 26; Trenczek, in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts, S. 193.

3.5 Zwischenfazit

Die §§ 43a, 119, 120 II SGB V bilden die rechtlichen Grundlagen für die Erbringung und Vergütung von in SPZen erbrachten nichtärztlichen sozpäd. Leistungen. Es besteht ein enger systematischer Zusammenhang, insbesondere zwischen § 43a und § 119 SGB V.²⁵⁸ Gemeinsames Ziel der §§ 43a, 119 SGB V ist es, durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen, Schädigungen und Störungen von Kindern zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern oder zu heilen.²⁵⁹ Der Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen ist nach § 43a SGB V auf die Früherkennung von Krankheiten, die Aufstellung eines Behandlungsplans sowie auf die ambulante psychiatrische Behandlung beschränkt. Als leistungserbringungsrechtliche Vorschrift regelt § 119 SGB V den organisatorischen Rahmen der Erbringung der Leistungen nach § 43a SGB V in SPZen. Diese werden zur sozpäd. Behandlung ermächtigt, wenn sie unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und ein entsprechender Bedarf besteht, weil die sozpäd. Versorgung aufgrund der Art, Schwere und Dauer einer Erkrankung nicht durch Kinderärzte, Frühförderstellen oder durch andere SPZen gewährleistet werden kann.²⁶⁰

Für die Vergütung müssen nach § 120 II SGB V zwischen den Landesverbänden der KK und Ersatzkassen und den Trägern der SPZen Vergütungsvereinbarungen getroffen werden. Die Vergütung von SPZen findet trotz der Ermächtigung nach § 119 I SGB V außerhalb des üblichen vertragsärztlichen Rahmens statt. Das bedeutet, dass die SPZen unmittelbar von den KK vergütet werden, während nichtärztliche sozpäd. Leistungen, die von niedergelassenen Kinderärzten sowie von Kinder- und Jugendpsychiatern erbracht bzw. verordnet

²⁵⁸ *Mrozynski*, in: Wannagat, § 43a SGB V Rn. 6; *Schnitzler*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 3.

²⁵⁹ BT-Drs. 11/2237 zu § 128, S. 202.

²⁶⁰ S.o. Kapitel 3.3.1.

werden, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 85 II 4 SGB V i.V.m. der SPV, aus der Gesamtvergütung vergütet werden.

Das Gesetzgebungsverfahren zu den §§ 43a und 119 SGB V kann als *irreführend* bezeichnet werden, da mit dem zuerst eingeführten § 119 II SGB V ein umfassender Leistungsanspruch auf alle ärztlichen und nichtärztlichen sozpäd. Leistungen zur Früherkennung, Verhinderung, Heilung oder Milderung einer Krankheit im Leistungserbringungsrecht eingeführt wurde.²⁶¹ Ein Leistungsanspruch muss jedoch im Leistungsrecht und nicht im Leistungserbringungsrecht verortet werden. Mit der Einführung von § 43a SGB V im Leistungsrecht, wurde der umfassende Anspruch des § 119 II SGB V a.F.²⁶² auf die Früherkennung und die Erstellung eines Behandlungsplans beschränkt.²⁶³ Dies führte besonders bei Fragen der Vergütung zu nachhaltigen rechtlichen Unsicherheiten, die bis heute nicht gänzlich aufgelöst werden konnten. Die rechtlichen Unsicherheiten werden im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

²⁶¹ S.o. Kapitel 3.1.

²⁶² i.d.F. von 1989.

²⁶³ S.o. Kapitel 3.1.

4. Vergütung von nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen

Die bestehenden rechtlichen Regelungen für die Vergütung von in SPZen erbrachten nichtärztlichen sozpäd. Leistungen scheinen in der Praxis nicht ausreichend zu sein. Es bestehen bei einigen SPZen immer noch Unklarheiten darüber, welcher Träger für die Vergütung dieser Leistungen zuständig ist oder ob eine Kostenteilung zwischen verschiedenen Trägern in Betracht kommt.²⁶⁴ In diesem Kapitel werden zunächst die Schwierigkeiten der Vergütung der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in der Praxis von SPZen aufgezeigt und rechtliche Grundlagen einer möglichen Kostenteilung betrachtet. Darauf folgend wird der Meinungsstand in der Literatur dargestellt und abschließend rechtliche Lösungsansätze für die Konflikte im Bereich der Vergütung entwickelt.

4.1 Vergütungskonflikte in der Praxis

Seit den 1970er Jahren gibt es zwischen den Reha-Trägern anhaltende Konflikte über die Zuständigkeit für die Finanzierung der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen, die keine ärztlichen Leistungen im engeren Sinne sind (z.B. Hausbesuche, Elterngespräche).²⁶⁵ Mit der erstmaligen gesetzlichen Regelung zu nichtärztlichen sozpäd. Leistungen (§ 119 SGB V a.F.) konnten die bestehenden Konflikte nicht gelöst werden. Während Vertreter der einen Position davon ausgehen, dass § 119 SGB V a.F. einen Anspruch auf alle nichtärztlichen sozpäd. Leistungen begründe, die zur Früherkennung, Verhinderung, Heilung oder Milderung einer Krankheit notwendig waren und diese Leistungen von den KK zu vergüten seien,²⁶⁶ vertreten andere die Meinung, dass die KK

²⁶⁴ Auskunft Vertreter der DGSPJ beim Treffen am 6.11.2018 in der Universität Kassel.

²⁶⁵ *Laroche, R./ Baumeister, D*, Entwicklung und gesetzl. Rahmenbed. der Frühförderung [Internetquelle].

²⁶⁶ *LSG BRB.*, Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER, juris Rn. 72; *LSG BRB*, Urteil v. 12.10.2018 – L 24 KA 37/17 KL; *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 63.

für solche Leistungen schon ihrer Art nach nicht zuständig seien, da die KK Leistungen zur Krankenbehandlung und nicht zur sozialen Teilhabe erbringen.²⁶⁷

Das Ziel des Gesetzgebers, mit der Einführung des § 43a SGB V Klarheit bezüglich Fragen der Vergütung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen zu schaffen, konnte nicht erreicht werden.²⁶⁸ Aufgrund dessen gab es seit der Einführung des § 43a SGB V verschiedene Gesprächsrunden beim BMG, an denen Vertreter der Spitzenverbände der KK, des Dt. Städtetags, des Dt. Landkreistags, die KBV, die DGSPJ und die Dt. Krankenhausgesellschaft teilnahmen.²⁶⁹ Ziel der Gesprächsrunden war es, eine Einigkeit über ein vorläufiges Vergütungsverfahren herbeizuführen bis eine Klarstellung der Rechtslage erfolgen sollte. Die beteiligten Institutionen einigten sich 1992 darauf, dass zwischen den KK und den Sozialhilfeträgern eine Kostenteilung im Verhältnis von 85:15 erfolgen sollte.²⁷⁰ Diese gemeinsame Empfehlung erfolgte jedoch ohne Anerkennung einer Rechtspflicht. In einem Schreiben des BMG vom 15.03.1993 (zur Umsetzung des SGB V) folgten weitere Absprachen zwischen den o.g. Beteiligten, die die Kostenteilung konkretisierten.²⁷¹

Die im Schreiben vereinbarte Übergangslösung sah vor, dass die in SPZen erbrachten Leistungen nach den dort tätigen Berufsgruppen abgegrenzt und aufgeteilt werden sollten.²⁷² Demnach sollen die KK für solche Leistungen zuständig sein, die vom ärztlichen und nichtärztlichen Personal mit medizinischer Ausbildung (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten) erbracht werden. Die Kosten für das nichtärztliche Personal mit pädagogischer Ausbildung (u.a. Heilpädagogen,

²⁶⁷ Schmidt, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 15; Zipperer, in: GKV-Komm, § 43a SGB V Rn. 9.

²⁶⁸ S.o. Kapitel 3.1.

²⁶⁹ Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 43.

²⁷⁰ Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 43; Schulte-Sasse, Kapitel 0963 – Titel 6840, S. 2 [Internetquelle].

²⁷¹ Noftz, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 18; Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 43.

²⁷² Noftz, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 18; Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 43.

Sozialarbeiter) sollten laut der Übergangslösung von den Sozialhilfeträgern übernommen werden.²⁷³ Die entstehenden Verwaltungskosten sollten entsprechend dieser Anteile zwischen den KK und den Sozialhilfeträger aufgeteilt werden.²⁷⁴ Die vereinbarte Kostenteilung fand nach der Einführung der §§ 43a, 120 SGB V nicht flächendeckend statt, sondern wurde nur vereinzelt lokal umgesetzt.²⁷⁵

Das BSG kam zu dem Schluss, dass die Berufszugehörigkeit nicht als einziger Maßstab für eine unbestimmte Zahl an Fällen – in Bezug zu den Vereinbarungen der Fallpauschalen – herangezogen werden kann.²⁷⁶ Ohne nähere Prüfung des Einzelfalls, könnten nicht alle Leistungen, die krankenversicherungsrechtlich Therapeuten mit einer bestimmten Qualifikation vorbehalten sind, den KK zugeordnet werden. Die Berufsbezeichnung könne in der Praxis lediglich eine Indizwirkung für eine krankenversicherungsrechtliche Zuordnung haben.²⁷⁷

Eine Kostenteilung für die Leistungen der SPZen bestand in der Praxis jedoch weiterhin. Eine Rechtsgrundlage für die Kostenteilung ist für den Bereich der Frühförderung mit § 46 V SGB IX sowie § 9 FrühV inzwischen gegeben.²⁷⁸ Für Kinder ab dem Schulalter fehlt allerdings weiterhin eine ausreichende Rechtsgrundlage für eine solche Aufteilung der Kosten.

In einigen Regionen werden neben den Sozial- auch die Jugendhilfeträger in die Kostenteilung mit einbezogen.²⁷⁹ Die bestehenden rechtlichen Unsicherheiten der Finanzierung der Leistungen der SPZen werden durch die angespannte finanzielle Situation der Kommunen

²⁷³ Anlage zum Schreiben v. BMG – Gesprächsnotiz v. 15.03.1993 über die Besprechung vom 4.11.1992; *DGSPJ*, Einführung in die Ökonomie für das SPZ, S. 9; *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 18; *Schulin*, Gutachten, S. 43.

²⁷⁴ Anlage zum Schreiben v. BMG – Gesprächsnotiz v. 15.03.1993 über die Besprechung vom 4.11.1992; *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 43.

²⁷⁵ *DGSPJ*, Einführung in die Ökonomie für das SPZ, S. 9.

²⁷⁶ *BSG*, Urteil v. 31.3.1998 – B 1 KR 12/96 R, juris Rn. 21.

²⁷⁷ *BSG*, Urteil v. 31.3.1998 – B 1 KR 12/96 R, juris Rn. 21.

²⁷⁸ *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 18.

²⁷⁹ Auskunft Vertreter der DGSPJ beim Treffen am 6.11.2018 in der Universität Kassel.

und Länder verstärkt.²⁸⁰ Dies kann dazu führen, dass die Kostenträger in den Verhandlungen Kostensätze oder einen Leistungsumfang anbieten, die eine angemessene Frühförderleistung nicht möglich machen.²⁸¹ Dadurch besteht vor allem bei den SPZen die Sorge, dass sowohl die Quantität als auch Qualität der Frühförderleistungen zurückgefahren werden.²⁸² Darüber hinaus führt die steigende Belastung der Sozial- und Jugendhilfesysteme teilweise dazu, dass die Sozial- und Jugendhilfeträger die bestehenden Vergütungsvereinbarungen mit der Argumentation, dass es keine rechtlich verpflichtende Durchführungsbestimmung zur Kostenübernahme der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen der SPZen gibt, kündigen und somit die Zahlungen einstellen.²⁸³ Durch die fehlende Durchführungsbestimmung mangelt es an einer eindeutigen Definition der Zuständigkeit. Folglich besteht für die Sozial- und Jugendhilfeträger keine Verpflichtung zur Kostenübernahme dieser Leistungen.²⁸⁴

Der Wegfall des Kostenanteils der Sozial- und Jugendhilfeträger führt in Einzelfällen zu einer finanziellen Unterdeckung der anfallenden Gesamtkosten der betroffenen SPZen, sodass diese die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen nicht mehr ausreichend erbringen können.²⁸⁵ Damit einher geht die Sorge, dass es zu unverantwortlichen Leistungseinschränkungen kommt und die betroffenen Kinder nicht mehr mit derselben Qualität behandelt werden können.²⁸⁶ Folglich wären die SPZen auch nicht mehr in der Lage ihren Ermächtigungsauftrag nach § 119 SGB V ausreichend zu erfüllen. Dies widerspricht dem eigentlichen Sinn der Einführung und Ermächtigungen von SPZen, nämlich die sozialpädiatrische Versorgung bei Kindern, deren Behandlung

²⁸⁰ *Laroche/ Baumeister*, Entwicklung und gesetzl. Rahmenbed. der Frühförderung, S. 3 [Internetquelle].

²⁸¹ *Laroche/ Baumeister*, Entwicklung und gesetzl. Rahmenbed. der Frühförderung, S. 3 [Internetquelle].

²⁸² *Laroche/ Baumeister*, Entwicklung und gesetzl. Rahmenbed. der Frühförderung, S. 3 [Internetquelle].

²⁸³ Auskunft Vertreter der DGSPJ beim Treffen am 6.11.2018 in der Universität Kassel; *DGSPJ*, Einführung in die Ökonomie für das SPZ, S. 9; *Laroche/ Baumeister*, ISG-Bericht, S. 23.

²⁸⁴ *Straßburg*, in: Kerbl et al. (Hrsg.), *KiJu im besten Gesundheitssystem der Welt*, S. 98.

²⁸⁵ *Bode*, Dt. Ärztebl. 2007, S: 1219; z.B. LSG BRB, Beschluss v. 27.06.2017 – L 24 KA 35/17 KL ER, juris Rn. 18.

²⁸⁶ Vgl. z.B. LSG BRB, Beschluss v. 27.06.2017 – L 24 KA 35/17 KL ER, juris Rn. 18.

nicht von geeigneten Kinderärzten oder Frühförderstellen durchgeführt werden können, zu gewährleisten (§ 119 I SGB V). Insofern ist es für die sozpäd. Versorgung und für die SPZen als Leistungserbringer von erheblicher Bedeutung, dass eine Rechtssicherheit für die Vergütung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen geschaffen wird.

4.2 Leistungsrechtliche Zuständigkeit der Sozial- und Jugendhilfeträger

Wenn bei nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in SPZen von einer Kostenteilung die Rede ist, kommt die Frage auf, welche gesetzlichen Grundlagen die Sozial- und Jugendhilfeträger überhaupt zu einer Kostenübernahme dieser Leistungen verpflichten könnten. Nachfolgend werden die Zuständigkeiten der Sozial- und Jugendhilfeträger näher beleuchtet.

4.2.1 Zuständigkeit der Sozialhilfeträger

Für nichtärztliche sozpäd. Leistungen der SPZen könnten die Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe zuständig sein. Dabei handelt es sich um solche Leistungen, die keinen medizinischen Charakter haben und somit nicht von den KK getragen werden (z.B. pädagogische und heilpädagogische Maßnahmen). Bis zum 31.12.2019 galten die Regelungen der §§ 53 ff. SGB XII für die Leistungen der Eingliederungshilfe. Im Zuge des BTHG wurde die Eingliederungshilfe zum 1.1.2020 aus der Sozialhilfe herausgelöst und dem SGB IX als Teil 2, mit dem Titel „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderung“, zugeordnet. Die Neuausrichtung der Eingliederungshilfe folgt einem personenzentrierten Ansatz.²⁸⁷

²⁸⁷ Löher, Umsetzungsbegleitung BTHG, [Internetquelle].

Damit die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen von den Sozialhilfeträgern übernommen werden, müssten diese zunächst überhaupt Leistungen der Eingliederungshilfe sein, auf die Kinder einen Anspruch haben. Dies soll im Folgenden geprüft werden.

4.2.1.1 Rechtsgrundlagen bis zum 31.12.2019

Laut § 53 I SGB XII a.F. hatten Personen, die durch eine Behinderung i.S.d. § 2 I 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit an der Gesellschaft teilzuhaben eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht gewesen sind, einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Dies galt nur dann, je nach der Besonderheit des Einzelfalls, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, wenn Aussicht darauf bestand, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden konnten (§ 53 I 1 SGB XII) a.F.²⁸⁸ Ziel der Eingliederungshilfe ist es, behinderten oder von Behinderung bedrohte Menschen eine wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen, sodass diese zu einer möglichst eigenverantwortlichen Lebensführung befähigt werden.²⁸⁹

Welche Leistungen die Eingliederungshilfe genau umfasste, wurde in § 54 SGB XII geregelt. Dort wurde zunächst in Abs. 1 auf die Leistungen nach § 140 SGB IX a.F.²⁹⁰ und die Leistungen der medizinischen Reha gem. § 26 SGB IX a.F. sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX a.F. verwiesen. Durch den Verweis zu § 26 SGB IX wurde für die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung von Kindern (§ 26 II Nr. 2 SGB IX a.F.) die Zuständigkeit der Sozialhilfeträger eröffnet. Die Sozialhilfeträger konnten gem. § 6 I Nr. 7 SGB IX ebenfalls Reha-Träger und damit für Leistungen der medizinischen Reha zuständig sein. Im Rahmen der medizinischen Reha durften die Sozialhilfeträger lediglich solche Leistungen erbringen, die nach § 54 II SGB XII a.F. der GKV entsprachen. Die pädagogischen Leistungen

²⁸⁸ Voraussetzungen für eine wesentliche Behinderung s. §§ 1 – 3 Eingliederungshilfe-VO.

²⁸⁹ *Boetticher/ Meysen*, in: FK-SGB VIII, § 35a Rn. 63; *Wehrhahn*, in: jurisPK-SGB XII, § 53 Rn. 34; *Wurm*, in: Schell, SGB IX, § 6 Rn. 4.

²⁹⁰ In der am 31.12.2017 geltenden Fassung.

gehörten, außerhalb des § 43a II SGB V, jedoch nicht zum Leistungskatalog der GKV. Entsprechend waren die pädagogischen Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Reha auch für die Sozialhilfeträger ausgeschlossen. Allerdings gehörten gem. § 26 II Nr. 2 SGB IX a.F. die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung nach Maßgabe des § 46 SGB IX zu den Leistungen der medizinischen Reha. Wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, wurden die Maßnahmen nach § 46 SGB V über den Leistungskatalog der GKV hinaus erbracht, weshalb die Sozialhilfeträger für die pädagogischen Leistungen im Rahmen der medizinischen Reha des SGB IX zuständig gewesen sein können.²⁹¹

Zudem folgte aus dem Wort „insbesondere“ in § 54 I SGB XII a.F., dass der Leistungskatalog des § 54 I SGB XII a.F. nicht abschließend war.²⁹² Das bedeutet, dass darüber hinaus weitere Leistungen der Eingliederungshilfe – die nicht ausdrücklich im Gesetzestext genannt wurden – in Betracht kamen, die zur Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe geeignet und erforderlich (unentbehrlich) waren.²⁹³ Dabei erbrachten die Sozialhilfeträger auch Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die vom Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen waren, solange die Voraussetzungen der §§ 53, 54 SGB XII a.F. erfüllt waren.²⁹⁴ Das bedeutet zugleich auch, dass selbst wenn die pädagogischen Leistungen im Rahmen der medizinischen Reha des SGB IX nicht erbracht werden konnten, sie dennoch nach § 54 I SGB XII a.F. hätten erbracht werden können, wenn sie der Zielsetzung der Eingliederungshilfe dienlich waren. Dabei ist jedoch zu beachten, dass nach der Rechtsprechung des BSG Leistungen der Eingliederungshilfe lediglich solche sein können, die unmittelbar an

²⁹¹ S.o. Kapitel 3.2.5.

²⁹² *Bieback*, in: Grube/ Warendorf, SGB XII, § 54 Rn.1; *Kommunalverband für Jugend und Soziales Ba.-Wü.*, Orientierungshilfe, S. 3 [*Internetquelle*], *Scheider*, in: Schellhorn/ Hohm/Scheider, Komm-SGB XII, § 54 Rn. 3.

²⁹³ BSG, 15.9.2009 – B 8 SO 32/07 R, SozR 4-3500 § 54 Nr. 6, Rn. 53 u. 55; *Bieritz-Harder*, in: LPK-SGB XII, § 53 Rn. 18; *Kommunalverband für Jugend und Soziales Ba.-Wü.*, Orientierungshilfe, S. 3 [*Internetquelle*].

²⁹⁴ BSG, 15.9.2009 – B 8 SO 32/07 R; *Bieback*, in: Grube/ Warendorf, SGB XII, § 54 Rn.1.

dem Menschen mit Behinderung erbracht werden, d.h. solche die keine Leistungen sind, welche sich an Dritte richten.²⁹⁵

Nichtärztliche sozpäd. Leistungen konnten demnach zu dem erweiterten Leistungskatalog des § 54 I SGB XII a.F. gehören, wenn sie zum Erreichen des Ziels der Eingliederungshilfe unentbehrlich waren. Dabei konnten insbesondere auch heilpädagogische und psychosoziale Maßnahmen von den Sozialhilfeträgern erbracht werden, da sie nach Maßgabe des § 46 III SGB IX Leistungen der medizinischen Reha und somit auch Leistungen der GKV waren. Die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen konnten aber auch mit anderer Zielsetzung als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbracht werden.²⁹⁶ Folglich konnten die Sozialhilfeträger nach Maßgabe der §§ 53ff. SGB XII a.F. für nichtärztliche sozpäd. Leistungen, die von SPZen erbracht wurden, bis zum 31.12.2019 zuständig gewesen sein.

Die Eltern hätten bis zum 31.12.2019 grundsätzlich finanziell an den Leistungen der Eingliederungshilfe beteiligt werden können (§§ 90 ff. SGB XII). Nach § 92 II SGB XII hatten die Eltern bei heilpädagogischen Maßnahmen (Nr. 1) und bei Leistungen der medizinischen Reha (Nr. 5) jedoch lediglich die Kosten des Lebensunterhaltes (z.B. Mittagessen), in der Höhe der für den häuslichen Lebensunterhalt ersparten Aufwendungen, zu tragen. Da es sich bei den Leistungen von SPZen jedoch um ambulante Leistungen handelt, bei denen die Kosten für den Lebensunterhalt im elterlichen Haushalt nicht entfallen, wurden die Eltern nicht an den Kosten beteiligt.

²⁹⁵ BSG, 24.3.2009 – B 8 SO 29/07 R, juris Rn. 20.

²⁹⁶ s. Aufstockung zu Leistungen der GKV: *Wehrhahn*, in: jurisPK-SGB XII, § 54 Rn. 8.

4.2.1.2 Rechtsgrundlagen seit dem 01.01.2020

Mit der Herauslösung der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII haben sich die Rechtsgrundlagen der Eingliederungshilfe geändert. Nachdem eben festgestellt wurde, dass die Sozialhilfeträger nach den bis zum 31.12.2019 gültigen Rechtsgrundlagen für die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen zuständig gewesen sein können, stellt sich nun die Frage, ob die Neuordnung der Eingliederungshilfe zum SGB IX an dieser Feststellung etwas ändert.

Seit dem 01.01.2020 werden die Aufgaben der Eingliederungshilfe in § 90 SGB IX geregelt. Der § 90 SGB IX weicht im Wortlaut vom vorherigen § 53 SGB XII²⁹⁷ ab. Eine neue Definition der Aufgaben der Eingliederungshilfe sind damit jedoch nicht verbunden.²⁹⁸ Nach § 90 I SGB IX ist es die Aufgabe der Eingliederungshilfe, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen die Menschen dazu befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können. Zu den Aufgaben der Eingliederungshilfe gehören gem. § 90 II SGB IX weiterhin die medizinischen Reha sowie die soziale Teilhabe gem. § 90 V SGB IX. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind in § 102 I SGB IX aufgeführt.

Der Leistungsberechtigte Personenkreis (§ 99 SGB IX) richtet sich nach dem vorherigen § 53 I, II SGB XII und den §§ 1 und 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung in der am 31.12.2019 geltenden Fassung.

²⁹⁷ Gültig bis zum 31.12.2019.

²⁹⁸ *Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.*, Synopse des BTHG ab 2020, S. 20.

Nach § 109 I SGB IX sind die Leistungen zur medizinischen Reha insbesondere die in § 42 II, III SGB IX genannten Leistungen. Wie es bereits bei § 54 I SGB XII der Fall war, wird mit dem Verweis zu § 42 II, III SGB IX die Zuständigkeit der Sozialhilfeträger für die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung von Kindern (§ 42 II Nr. 2 SGB IX) eröffnet. Auch in § 109 I SGB IX folgt aus dem Wort „insbesondere“, dass die genannten Leistungen zur medizinischen Reha nicht abschließend sind und folglich weitere Leistungen der Eingliederungshilfe möglich sind (s.o.). Die Regelung des § 6 I Nr. 7 SGB IX, nach der die Sozialhilfeträger ebenfalls Reha-Träger sein können und damit für Leistungen der medizinischen Reha zuständig sind, bleibt unberührt. Es dürfen in der medizinischen Reha der Eingliederungshilfe gem. § 109 II SGB IX weiterhin auch nur solche Leistungen von den Sozialhilfeträgern erbracht werden, die den Rehabilitationsleistungen der GKV entsprechen. Wie es bereits in der Regelung bis zum 31.12.2019 der Fall war können die Leistungen von Sozialarbeitern, Heilpädagogen u.a. im Rahmen der medizinischen Reha auf der Grundlage des § 46 SGB IX erbracht werden.

Darüber hinaus werden im Rahmen der Eingliederungshilfe gem. § 113 SGB IX Leistungen zur Sozialen Teilhabe erbracht. Leistungen zur Sozialen Teilhabe sollen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen oder erleichtern. Der § 113 II SGB IX enthält alle Leistungstatbestände des § 76 SGB IX (Soziale Teilhabe des Teil 1 des Neunten Buches).²⁹⁹ Nach § 113 II Nr. 3 SGB IX gehören zu den Leistungen der Sozialen Teilhabe auch heilpädagogische Leistungen. Zu beachten ist hier allerdings, dass die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung, zu denen die heilpädagogischen Leistungen gehören, nur für Kinder erbracht werden, die noch nicht eingeschult sind. Schulkinder haben keinen Anspruch auf diese Leistungen. Dadurch, dass der Leistungskatalog des § 113 II SGB IX durch das Wort „insbesondere“ jedoch nicht abschließend

²⁹⁹ Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Synopse des BTHG ab 2020, S. 31.

ist, können weitere Leistungen im Rahmen der Sozialen Teilhabe erbracht werden, die nicht explizit in § 113 II SGB IX aufgeführt sind. Dazu könnten auch Leistungen gehören, die keine Frühförderleistung sind und sich entsprechend an Kinder im Schulalter richten. Hierbei können auch Maßnahmen erbracht werden, die über das Leistungsspektrum der GKV hinausgehen. Deutlich wird in § 113 I SGB IX auch, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe nachrangig zu den Leistungen der medizinischen Reha, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe an Bildung zu erbringen sind.³⁰⁰

Somit können die Sozialhilfeträger gem. § 90 II, V SGB IX auch nach dem 01.01.2020 im Rahmen der Eingliederungshilfe für die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen, die von SPZen erbracht werden, zuständig sein. Voraussetzung dafür ist, dass die jeweiligen nichtärztlichen sozpäd. Leistungen den Zielen der Eingliederungshilfe entsprechen. Entsprechend hat die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII keine Auswirkungen auf die Zuständigkeit der Sozialhilfeträger bei nichtärztlichen sozpäd. Leistungen.

Laut § 92 SGB IX ist zu den Leistungen der Eingliederungshilfe nach Maßgabe des Kapitels 9 des SGB IX ein Beitrag aufzubringen. Grundsätzlich müssen sich Eltern nach § 136 I SGB IX an den Kosten der Eingliederungshilfe ihrer Kinder beteiligen, wenn das Einkommen im Sinne des § 135 SGB IX die Beiträge nach § 136 II SGB IX übersteigt. Jedoch wird hiervon in § 138 I SGB IX bei heilpädagogischen Leistungen nach § 113 II Nr. 3 (Nr. 1), bei der medizinischen Reha nach § 109 (Nr. 2) sowie bei weiteren Leistungen nach § 113 I, die noch nicht eingeschulten Kindern eine erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen sollen (Nr. 7), Abstand genommen. Ein Beitrag ist in diesen Fällen nicht aufzubringen. Nach § 142 I SGB IX müssen die Eltern bei den in § 138 I SGB IX genannten Leistungen lediglich die Kos-

³⁰⁰ Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Synopse des BTHG ab 2020, S. 31.

ten des Lebensunterhalts in Höhe der für den häuslichen Lebensunterhalt ersparten Aufwendungen tragen. Die Leistungen in SPZen werden nur über Tag und in der Regel nur innerhalb von wenigen Stunden erbracht, sodass die Eltern ihre Kinder typischerweise zu Hause versorgen werden. Folglich fallen für Eltern von nicht schulpflichtigen Kindern keinerlei Kosten für die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen der Eingliederungshilfe an.

Fraglich ist, wie es sich mit der Kostenbeteiligung bei den erweiterten Leistungen des § 113 II SGB IX verhält, wenn die Kinder bereits schulpflichtig sind. Die Kostenbefreiung des § 138 I Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 7 SGB IX umfasst nur die Leistungen für die nicht schulpflichtigen Kinder, da die heilpädagogischen Leistungen nach § 79 SGB IX sowie die Frühförderleistungen gem. § 46 SGB IX lediglich für noch nicht schulpflichtige Kinder erbracht werden.³⁰¹ Dies geht für heilpädagogische Leistungen wörtlich aus § 79 I 1 SGB IX hervor. Dort heißt es: „Heilpädagogische Leistungen werden an noch nicht eingeschulte Kinder erbracht [...]“. Entsprechend haben Schulkinder keinen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung im Rahmen der medizinischen Reha nach dem SGB IX. Folglich können Schulkinder die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen lediglich im Rahmen der Sozialen Teilhabe nach Maßgabe des § 113 II SGB IX erhalten. In § 138 I SGB IX ist jedoch nur ein Verweis zu den heilpädagogischen Leistungen des § 113 II SGB IX zu finden und kein Verweis zu dem erweiterten Katalog des § 113 II SGB IX. Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die Unterhaltsverpflichteten von Schulkindern nach § 136 SGB IX an den Kosten der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen beteiligt werden, wenn ihr Einkommen die Grenzen des § 136 II SGB IX übersteigt.³⁰²

³⁰¹ Die Leistungen der medizinischen Reha werden zwar auch an Schulkindern erbracht, jedoch dürfen die Leistungen nicht über die Leistungen der GKV hinausgehen.

³⁰² Näheres zur Kostenbeteiligung siehe Punkt 5.2.1.2, S. 93f.

4.2.2 Zuständigkeit der Jugendhilfeträger

In entsprechender Anwendung des § 90 II, V SGB IX erbringen die Jugendhilfeträger Eingliederungshilfe für Kinder mit einer (drohenden) seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII.³⁰³ Demnach haben Kinder einen Anspruch auf Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und dadurch ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist. Welche Leistungen genau unter den Leistungskatalog der Eingliederungshilfe fallen, ist gesetzlich nicht abschließend normiert. Die Aufgaben und Ziele der Hilfe, sowie die Art der Leistungen richten sich gem. § 35a III SGB VIII nach Kapitel 6 des Teil 1 des SGB IX sowie nach § 90 SGB IX und den Kapiteln 3 bis 6 des Teil 2 des Neunten Buches.³⁰⁴ Der Leistungskatalog der §§ 109, 113 II SGB IX, auf die der § 90 SGB IX verweist, ist wie oben beschrieben nicht abschließend. Entsprechend können auch bei der Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII Leistungen in Betracht kommen, die nicht in den §§ 109 i.V.m. § 42 II SGB IX sowie 113 II SGB IX aufgeführt werden, jedoch geeignet und erforderlich sind, um den jeweiligen Hilfebedarf zu decken.³⁰⁵ Allerdings müssen sich die beabsichtigten Maßnahmen einer in § 35a II SGB VIII genannten Hilfeform zuordnen lassen.³⁰⁶

Mit dem Verweis zum Eingliederungsrecht des SGB IX wird deutlich, dass das Ziel des § 35a SGB VIII die Beseitigung, Verhütung oder Milderung einer (drohenden) seelischen Behinderung ist und die Eingliederung der Kinder mit seelischer Behinderung in die Gesellschaft verfolgt.³⁰⁷ Die Jugendhilfeträger sind gem. § 6 I Nr. 6 SGB IX gleich-

³⁰³ *Siefert*, in: Ruland/ Becker/ Axer, SozRHandb., Rn. 127.

³⁰⁴ Bis zum 31.12.2019 Verweis zu § 53 III, IV 1 S. 1 SGB XII und den §§ 54, 56, 57 SGB XII.

³⁰⁵ Zustimmung: *Boetticher/ Meysen*, in: FK-SGB VIII, § 35a Rn. 64; *Fischer*, in: Schellhorn et. al., SGB VIII, § 35a Rn. 26.

³⁰⁶ *Fischer*, in: Schellhorn et. al., SGB VIII, § 35a Rn. 22.

³⁰⁷ *Stähr*, in: Hauck, SGB VIII, § 35a Rn. 41.

zeitig auch Reha-Träger i.S.d. SGB IX, weshalb sie auch für Leistungen der medizinischen Reha nach § 42 SGB IX zuständig sind.³⁰⁸ Es dürfen jedoch lediglich solche Leistungen erbracht werden, die in der GKV zur Leistungserbringung zugelassen sind.³⁰⁹

Mit dem Verweis auf § 90 SGB IX und den Kapiteln 3 bis 6 des Teil 2 des Neunten Buches wird auch für die Jugendhilfe die Möglichkeit eröffnet, dass nichtärztliche sozpäd. Leistungen im Rahmen des § 35a SGB VIII für seelisch behinderte Kinder erbracht werden können. Voraussetzung ist dabei, dass die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen – wie bei der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX – erforderlich sind, um den Hilfebedarf abzudecken und sie sich einer Hilfeart nach § 35a II SGB VIII zuordnen lassen. Nichtärztliche sozpäd. Leistungen werden in SPZen ambulant erbracht und lassen sich somit den Hilfen in ambulanter Form gem. § 35a II Nr. 1 SGB VIII zuordnen. Im Hinblick auf die Kostenübernahme von in SPZen erbrachten nichtärztlichen sozpäd. Leistungen bedeutet dies, dass die Jugendhilfeträger für diese Leistungen im Rahmen des § 35a SGB VIII zuständig sein können, soweit die Voraussetzungen des § 35a I SGB VIII erfüllt sind und die Maßnahmen zur Beseitigung oder Abwendung einer seelischen oder drohenden seelischen Behinderung erforderlich sind. Dies bedeutet zeitgleich, dass die Jugendhilfeträger für diese Leistungen nur dann aufzukommen haben, wenn eine (drohende) seelische Behinderung bei einem Kind vorliegt.³¹⁰

Grundsätzlich können die Eltern bei Leistungen der Jugendhilfe zu einer Kostenbeteiligung herangezogen werden (§§ 90 ff. SGB VIII). Ein Kostenbeitrag der Eltern muss allerdings nur bei stationären und teilstationären Maßnahmen geleistet werden, wenn dies den Eltern finanziell zuzumuten ist (§ 91 SGB VIII). Im Umkehrschluss aus § 91

³⁰⁸ Kunkel, Handbuch KiJu-Recht, S. 580; Stähr, in: Hauck, SGB VIII, § 35a Rn. 2; Tammen/ Trenczek, in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts, S. 419.

³⁰⁹ Boetticher/ Meysen, in: FK-SGB VIII, § 35a Rn. 72; Fischer, in: Schellhorn et. al., SGB VIII, § 35a Rn. 29.

³¹⁰ Näheres zur Zuordnung zu den seelischen Störungen s. Kador, in: Jahn, SGB VIII, § 35a Rn. 4 ff.; Winkler, in: Rolfs et. al., SozR Komm, § 35a SGB VIII S. 1057f.

SGB VIII bedeutet das, dass für ambulante Maßnahmen keine Kostenbeiträge der Eltern bestehen. Die Leistungen von SPZen sind ambulante Leistungen, an denen die Eltern folglich finanziell nicht beteiligt werden.

4.2.3 Verhältnis zur Leistungspflicht anderer

Die Zuordnung zu den Trägern der Jugend- oder Sozialhilfe erfolgt auf der Grundlage des § 10 IV SGB VIII. Die Leistungen der Jugendhilfe sind nach § 10 IV 1 SGB VIII grundsätzlich vorrangig gegenüber den Leistungen der Sozialhilfeträger zu erbringen. Abweichend davon gehen gem. § 10 IV 2 SGB VIII Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für Kinder mit körperlichen und geistigen Behinderungen oder einer solchen drohenden Behinderung, den Leistungen der Jugendhilfe vor.³¹¹ Daraus lässt sich im Umkehrschluss schließen, dass für seelisch behinderte Kinder i.S.d. § 35a SGB VIII grundsätzlich ein Vorrang der Jugendhilfe besteht.³¹² Handelt es sich jedoch um eine Mehrfachbehinderung, können sich Abgrenzungsprobleme zwischen der Zuständigkeit der Sozial- und Jugendhilfe ergeben.³¹³

Das jeweilige Landesrecht kann regeln, dass Leistungen der Frühförderung für Kinder, unabhängig von der Art der Behinderung, vorrangig von anderen Leistungsträgern gewährt werden (§ 10 IV 3 SGB VIII). Die Leistungen der Jugendhilfe sind gem. § 10 I SGB VIII nachrangig gegenüber den Leistungen der GKV zu erbringen. Wird jedoch der Hilfebedarf durch Leistungen des SGB V für seelisch behinderte Kinder nicht gänzlich gedeckt, sind die Jugendhilfeträger für die therapeutischen und päd. Maßnahmen ergänzend zuständig.³¹⁴ Die GKV ist für die Leistungen der medizinischen Reha vorrangig

³¹¹ Mit dem BTHG ab 1.1.2020 Verweis zu Teil 2 des SGB IX; Der Verweis auf das SGB XII entfällt in § 10 IV 2 SGB VIII.

³¹² Zustimmung: *Fischer*, in: Schellhorn et. al., SGB VIII, § 35a Rn. 7; *Kador*, in: Jahn, SGB VIII, § 35a Rn. 19.

³¹³ s. dazu: *Fischer*, in: Schellhorn et. al., SGB VIII, § 35a Rn. 41; *Kunkel*, Handbuch KiJu-Recht, S. 592; OVG NRW Urteil v. 1.4.2011 – 12 A 153/ 10, JAmt 2011, 539; a.A. *Winkler*, in: Rolfs et. al., SozR Komm., § 35a SGB VIII S. 1058; VG Gießen, Beschluss v 29.8.2003 – 5 G 2841/03, RdLH 2003, S. 169

³¹⁴ *Fischer*, in: Schellhorn et. al., SGB VIII, § 35a Rn. 42.

gegenüber den Sozialhilfeträgern zuständig (§ 2 SGB XII).³¹⁵ Folglich sind Maßnahmen der Frühförderung für Kinder, unabhängig von der Behinderungsart, vorrangig Leistungen der GKV, können aber auch Leistungen der Sozial- und Jugendhilfeträger sein.

4.3 Meinungsstand in der Literatur und Rechtsprechung

Die Vergütung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen auf den Grundlagen der §§ 43a, 119, 120 SGB V wurde bisher überwiegend in Kommentaren, in der Rechtsprechung und wenig im sonstigen Schrifttum behandelt. In der Diskussion um die Vergütung der nicht-ärztlicher sozpäd. Leistungen steht neben der Frage der Zuständigkeit der Träger der zu vergütende Leistungsumfang im Fokus. Fraglich ist dabei, ob alle nichtärztlichen sozpäd. Leistungen, die in SPZen erbracht werden, von den KK vergütet werden müssen oder ausschließlich solche Leistungen, die nach § 43a I SGB V zur Frühdiagnostik und Aufstellung eines Behandlungsplans erbracht werden. Dabei lassen sich die Meinungen in verschiedene Gruppen teilen:

4.3.1 Keine volle Leistungsverantwortung der KK

Im Rahmen der Behandlung sind die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen keine Leistungen gem. § 43a I SGB V. Nach h.M. begründet § 43a I SGB V ausschließlich einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Erstellung eines Behandlungsplans.³¹⁶

Laut der Rechtsprechung des BSG fallen die Leistungen von Heilpädagogen und Diplompsychologen nicht generell in den Zuständigkeitsbereich der GKV.³¹⁷ Die Leistungspflicht der GKV sei lediglich

³¹⁵ *Bieritz-Harder*, in: LPK-SGB XII, § 53 Rn. 5.

³¹⁶ *Hellkötter-Backes*, in: Hänlein/ Schuler (Hrsg.), SGB V, GKV, § 43a Rn. 6; *Mrozynski*, in: Wannagat, SGB V, § 43a Rn. 6; *Noftz*, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 5; *Schmidt*, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 19; *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 55; *Sommer*, in: Jahn/Sommer, SGB V, § 43a Rn. 5; *Wagner*, in: Krauskopf, § 43a SGB V Rn. 12; *Zipperer*, in: GKV-Komm, § 43a SGB V Rn. 9.

³¹⁷ *BSG*, Urteil v. 31.3.1998 – B 1 KR 12/96 R, juris, OS 1.

bei solchen Leistungen gerechtfertigt, bei denen aufgrund einer Gesamtwürdigung des Einzelfalles die Krankheitsbekämpfung im Vordergrund stehe.³¹⁸ Aufgrund dessen, seien Maßnahmen der gezielten Krankheitsbekämpfung und solche der sozialen Eingliederung zu unterscheiden. Diese Abwägung sei nach Auffassung des BSG insbesondere bei Kindern mit Behinderung schwierig, da dort die sozialen und medizinischen Befunde in unterschiedlicher Weise miteinander verknüpft seien. Dadurch wäre es teils unmöglich, einzelne Schritte der Betreuung unabhängig von der konkreten Situation des Betreuten rechtlich zuzuordnen.³¹⁹ Da die Auswirkungen einer Krankheit auf das Gesamtbefinden stark individuell seien, entziehe sich eine solche Abwägung jeglicher allgemeinen Festlegung. Die Einführung der §§ 43a, 119 SGB V belege, dass der Gesetzgeber nicht davon ausgegangen sei, dass die sozpäd. Betreuung als Ganzes zum Leistungsumfang der GKV gehöre.³²⁰

Die Beschränkung des § 43a I SGB V auf die Frühdiagnostik und die Aufstellung eines Behandlungsplans lasse sich laut den Vertretern dieser Position damit rechtfertigen, dass die Stellung der Diagnose unter ärztlicher Verantwortung stets dem Aufgabengebiet der GKV zugeordnet werden könne, während eine sozpäd. Therapie typischerweise über den medizinischen Bereich hinausgeführt werde.³²¹ Zum Zwecke der Therapie erbrachte nichtärztliche sozpäd. Leistungen könnten lediglich im Rahmen des § 43a II SGB V in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht und vergütet werden.³²²

Auf die Behandlung mit nichtärztlichen sozpäd. Leistungen bestehe laut einigen Autoren gem. § 43a I SGB V kein Anspruch.³²³ Die an den

³¹⁸ BSG, Urteil v. 31.3.1998 – B 1 KR 12/96 R, juris Rn. 14.

³¹⁹ BSG, Urteil v. 31.3.1998 – B 1 KR 12/96 R, juris Rn. 17.

³²⁰ BSG, Urteil v. 31.3.1998 – B 1 KR 12/96 R, juris OS 1.

³²¹ Schmidt, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 15; Zipperer, in: GKV-Komm, § 43a SGB V Rn. 9.

³²² Knauer/ Brose, in: Spickhoff (Hrsg.), MedR, § 43a SGB V Rn. 4; Mrozynski, in: Wannagat, SGB V, § 43a Rn. 6; Noftz, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 5; Schmidt, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 19; Wagner, in: Krauskopf, § 43a SGB V Rn. 12; Ziegelmeier, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 15; Zipperer, in: GKV-Komm, § 43a SGB V Rn. 9.

³²³ Mrozynski, in: Wannagat, SGB V, § 43a Rn. 1; Schnitzler, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 5; Sommer, in: Jahn/Sommer, SGB V, § 43a Rn. 4; Schmidt, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 15;

Behandlungsplan anschließende Behandlung werde nach h.M. auf der Grundlage der allgemeinen Vorschriften gem. der §§ 27 ff. SGB V i.V.m. § 15 I SGB V erbracht.³²⁴ Jedoch könne ein SPZ die Therapie zu Lasten der KK ausschließlich ohne Einbezug von pädagogischen und psychosoziale Maßnahmen durchführen.³²⁵ Leistungen, wie z.B. heilpädagogische Maßnahmen innerhalb der Behandlung, seien lediglich durch eine Kostenteilung zwischen den KK und den örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe zu vergüten.³²⁶

4.3.2 Volle Leistungsverantwortung der KK

In der Literatur und der Rechtsprechung wird hingegen auch die Ansicht vertreten, dass die gesamte Leistungsverantwortung bei den KK liegt und die pädagogischen und psychosozialen Maßnahmen auch im Rahmen der Behandlung von den KK vergütet werden müssen. Neben den Meinungen im Schrifttum hat sich auch das LSG Berlin-Brandenburg mit der Vergütung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen auseinandergesetzt. Die Entscheidung des LSG Berlin-Brandenburg³²⁷ wird nachfolgend kurz dargestellt und anschließend werden die übrigen Meinungen aus dem Schrifttum aufgezeigt.

4.3.2.1 Standpunkt des LSG Berlin-Brandenburg

Zwischen der AOK Nordost und einem SPZ in Brandenburg war 2014 eine Vereinbarung zur Vergütung der Leistungen des SPZ geschlossen worden.³²⁸ In dieser Vergütungsvereinbarung hieß es: „Die Vertragspartner vereinbaren (...) eine Fallpauschale in Höhe von

Wagner, in: Krauskopf, § 43a SGB V Rn. 6,8; *Wiemers*, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 6; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 15; *Zipperer*, in: GKV-Komm, § 43a SGB V Rn. 12.

³²⁴ *Mrozynski*, in: Wannagat, SGB V, § 43a Rn. 1; *Sommer*, in: Jahn/Sommer, SGB V, § 43a Rn. 4; *Schmidt*, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 15; *Wagner*, in: Krauskopf, § 43a SGB V Rn. 6,8; *Wiemers*, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 6; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 15; *Zipperer*, in: GKV-Komm, § 43a SGB V Rn. 12.

³²⁵ *Mrozynski*, in: Wannagat, SGB V, § 43a Rn. 12.

³²⁶ *Mrozynski*, in: Wannagat, SGB V, § 43a Rn. 12; *Sommer*, in: Jahn/Sommer, SGB V, § 43a Rn. 4.

³²⁷ LSG BRB., Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER; vgl. auch LSG BRB, Urt. V. 12.10.2018 – L 24 KA 37/17 KL.

³²⁸ LSG BRB., Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER, juris Rn. 2; vgl. auch LSG BRB, Urt. V. 12.10.2018 – L 24 KA 37/17 KL.

339,83 Euro. Die zu Lasten der Krankenkasse abrechnungsfähige Fallpauschale beträgt (...) 288,85 Euro (85 v.H.). Der von Seiten der Krankversicherung nicht gedeckte Betrag ist von den Sozialhilfeträgern aufzubringen.“ Die Vereinbarung von 2014 basierte auf Vergütungsvereinbarungen zwischen den KK und den SPZen in Brandenburg, nach denen die KK einen Anteil von 85 % der Kosten zu tragen hatten und bei den Sozialhilfeträgern eine Pflicht von 15% angenommen wurde.³²⁹

Das SPZ wollte für die Jahre 2015 und 2016 von dieser Vereinbarung abweichen, indem sie für 2015 eine höhere Fallpauschale (von 522,01€) forderte, die gänzlich von der AOK übernommen werden sollte. Die AOK Nordost ließ sich darauf nicht ein und bot eine geringere Fallpauschale von 296,16€ je Patienten und Quartal bis zu einer Behandlungsfallzahl von 2200 pro Kalenderjahr und in Höhe von 236,93€ je Patienten und Quartal für darüberhinausgehende Behandlungsfälle. Daraufhin rief das SPZ die Schiedsstelle an.

Die Schiedsstelle beschloss am 16.06.2016 für 2015 eine Fallpauschale i.H.v. 348,43€ für eine max. Fallzahl pro Kalenderjahr von 2200 Fällen. Bei einer Überschreitung dieser Fallzahl sollten die Fallpauschale bei den mehr erbrachten Fällen um 20% reduziert werden. Weiterhin beschloss die Schiedsstelle für das Jahr 2016 eine Fallpauschale von 358,71€. Die Schiedsstelle begründete ihre Entscheidung damit, dass alle Leistungen eines SPZ, insbesondere alle Leistungen der Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie, in die Bemessung der Vergütung nach § 120 II 1, III 1 SGB V einzubeziehen seien. Eine finanzielle Ausgliederung einzelner Leistungen innerhalb der Behandlung eines Patienten finde nicht statt. Damit bezog sich die Schiedsstelle auf ein Urteil vom BSG vom 29.07.2011³³⁰. Das SPZ könne daher auch nicht

³²⁹ Hänlein, SGB 2019, S. 413.

³³⁰ BSG, Urteil v. 29.07.2011 – B 6 KA 34/10 R, juris, Rn. 11.

dazu angehalten werden 15% der Gesamtkosten vom Sozialhilfeträger einzuholen. Gegen diesen Schiedsspruch erhob die AOK Nordost am 01.08.2016 Klage beim LSG Berlin-Brandenburg.

Daraufhin beantragte das SPZ beim LSG Berlin-Brandenburg eine sofortige Vollziehung des Schiedsspruchs gem. §86b I Nr. 1 SGG. Das LSG ordnete die sofortige Vollziehung des Beschlusses der Schiedsstelle vom 16.06.2016 an.³³¹ Den Erfolg der Sache begründet das LSG Berlin-Brandenburg damit, dass SPZen nach § 119 II SGB V die Versorgung von Kindern sicherstellen, die wegen der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung nicht von geeigneten Kinderärzten oder Frühförderstellen behandelt werden könnten und daher auf eine Behandlung eines SPZ angewiesen seien. Das SPZ stelle seine Versorgung durch eine gleichzeitig integrierte multidisziplinäre Arbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräften sicher. Nach Auffassung des LSG betreffe dies die gesamte Behandlung, also die Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie. Die Vergütung der ärztlichen und nichtärztlichen sozpäd. Leistungen bei Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie seien den Regelungen des § 120 II ff. SGB V zu entnehmen. In die Berechnung der Vergütung seien die Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie nach § 120 II 1, III 1 SGB V einzubeziehen. Das LSG vertritt die Haltung, dass „Gegenstand der Vergütung nach § 120 Abs. 2 SGB V alle Aufgaben nach § 119 SGB V sind“³³².

Im Oktober 2018 wurde die Klage der AOK Nordost vom LSG Berlin-Brandenburg als unbegründet abgewiesen.³³³ Im Urteil wurde dabei die inhaltliche Begründung des Beschlusses im Verfahren zum einstweiligen Rechtsschutz übernommen.

³³¹ LSG BRB., Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER, juris Rn. 55.

³³² LSG BRB., Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER, juris Rn. 72.

³³³ LSG BRB., Urteil v. 12.10.2018 - L 24 KA 37/17 KL.

4.3.2.2 Meinungsstand im Übrigen

In der Literatur und der Rechtsprechung besteht keine Einigkeit darüber, dass ausschließlich die beschränkten nichtärztlichen sozpäd. Leistungen des § 43a I SGB V von den KK vergütet werden müssen.

Die in Punkt 4.3.1 dargestellten Ansichten kollidieren laut Noftz mit der Vorschrift des § 119 SGB V, der dem Wortlaut nach von einer sozpäd. Behandlung spreche.³³⁴ Weiter wird in der Literatur auch die Ansicht vertreten, dass die Regelung des § 43a SGB V im Zusammenhang mit dem Leistungsbereich der SPZen gem. § 119 SGB V stehe.³³⁵ Vereinzelt wird davon ausgegangen, dass der Leistungsumfang aus § 119 II SGB V a.F. auch nach Einführung des § 43a SGB V bestehen geblieben sei, der seit 01.01.1992 geltende Gesetzeswortlaut jedoch insoweit klarstellend wirke und es eine Beschränkung des Leistungsanspruch in § 43a SGB V gebe.³³⁶

Nach der Rechtsprechung des LSG Berlin-Brandenburg sei für die Vergütung von Leistungen eines SPZ die Regelung des § 120 II SGB V maßgebend.³³⁷ Gegenstand dieser Regelung seien alle Aufgaben nach § 119 SGB V.³³⁸ Damit folge das LSG Berlin-Brandenburg der Rechtsauffassung des BSG dahingehend, dass die Aufgabe und Versorgungsfunktion von SPZen die gesamte Behandlung, also Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie, betreffe, wobei der Erstellung der Diagnose und der Aufstellung eines Behandlungsplanes ein besonderer Stellenwert zukomme.³³⁹ Aus der Entscheidung des BSG folgert das LSG Berlin-Brandenburg, dass bei der Berechnung der Vergütung

³³⁴ Noftz, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 5.

³³⁵ Dalichau, in: Dalichau, SGB V, § 43a S. 10; Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 62.

³³⁶ Dalichau, in: Dalichau, SGB V, § 43a S. 10; Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 62.

³³⁷ LSG BRB, Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER.

³³⁸ LSG BRB., Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER, juris Rn. 72; LSG BRB, Urteil v. 12.10.2018 – L 24 KA 37/17 KL; Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 63.

³³⁹ s. BSG, Urteil v. 29.6.2011 - B 6 KA 34/10 R, juris Rn. 11.

alle vom SPZ erbrachten Leistungen der Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie zu berücksichtigen seien.³⁴⁰ Die Annahme, dass ein SPZ zwar Leistungen erbringe, welche zum Aufgabengebiet des § 119 SGB V gehören, jedoch die KK diese nicht zu vergüten hätten, weil der Leistungsanspruch der versicherten Kinder aus § 43a SGB V nur ein Teil des Aufgabengebietes umfasse, widerspreche nach der Auffassung des LSG der angeführten Rechtsprechung des BSG.³⁴¹ Dass die Bestimmung des § 120 II SGB V keinen Ausschluss von einzelnen Leistungen vorsieht, gehe insbesondere aus der Gesetzesbegründung hervor.³⁴² Demnach werde ausdrücklich daraufhin gewiesen, dass es bei § 120 III SGB V um eine „als Einheit anzusehende ärztliche und nicht-ärztliche Gesamtleistung“³⁴³ gehe.

Hänlein schließt sich den Gedanken des LSG Berlin-Brandenburg weitestgehend an. Die gesetzlichen Bestimmungen sollten seiner Ansicht nach so ausgelegt werden, dass die volle Leistungsverantwortung bei den KK liege. In der Praxis eines niedergelassenen Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin werden Maßnahmen von interdisziplinären Behandlungsteams, einschließlich von Heilpädagogen, Sozialarbeitern und Sozialpädagogen bereits insgesamt von den KK verantwortet (§ 43a II SGB V). Daher sei unverständlich, weshalb dieselben Maßnahmen von in gleicher Weise zusammengesetzten Teams in SPZen nur zu 85% zu Lasten der KK erbracht werden sollen.³⁴⁴ Sowohl die Maßnahmen eines Teams eines niedergelassenen Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch die Teams in SPZen erbringen die Leistungen in ambulanter Form. Deshalb sei man „versucht, daraus den Schluss zu ziehen, es sei zwischen sozialpädiatrisch-psychiatrischer und sonstiger sozialpädiatrischer Versorgung zu unterscheiden,

³⁴⁰ Beschluss v. 27.06.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER.

³⁴¹ LSG BRB., Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER, juris Rn. 72; , Urteil v. 12.10.2018 - L 24 KA 37/17 KL.

³⁴² Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 63.

³⁴³ BT-Drs. 11/2237, zu § 129 II, S. 203.

³⁴⁴ Hänlein, SGB 2019, S. 414.

und anzunehmen, nur im erstgenannten Fall müssten auch die Leistungen der nichtärztlichen Teammitglieder umfassend von den Krankenkassen finanziert werden, im zweiten Fall hingegen – Sozialpädiatrie ohne psychiatrischen Bezug – seien die Krankenkassen nur für die Finanzierung der Diagnosephase zuständig.“³⁴⁵ Es sei hingegen plausibler den Gesetzestext so zu deuten, dass die Situation von kranken Kindern als Ausgangspunkt genommen werde und es bei einer besondere Schwere der Krankheit somit darum gehe, alle Elemente der Therapie in die Leistungs- und Finanzierungsverantwortung der KK zu nehmen. Und dies unabhängig davon, ob die Therapie in einer Praxis eines niedergelassenen Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder in einem SPZ erbracht werde.³⁴⁶

4.3.3 Kostenteilung bei Leistungen nach § 46 SGB IX

Bei den Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung nach § 46 SGB IX, die sich speziell an behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder richten, soll laut einigen Autoren die Heterogenität des Leistungsgeschehen minimiert werden, sodass aufeinander abgestimmte Leistungen mehrerer Leistungsträger aus einer Hand unbürokratisch und schnell zur Verfügung gestellt werden.³⁴⁷ Grundsätzlich seien die KK für Leistungen der medizinischen Reha zuständig, während die Träger der Eingliederungshilfe für die Leistungen der sozialen Teilhabe leistungspflichtig seien.³⁴⁸ Frühförderung und Früherkennung gehören gem. des Wortlautes des § 46 I SGB IX zur medizinischen Reha.³⁴⁹ Dementsprechend werde die Meinung vertreten, dass die GKV zwar grundlegend nicht für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zuständig sei, sie jedoch im Rahmen der medizinischen Reha für Leistungen gem. § 46 SGB IX, insb. für die Komplexleistungen gem. § 46 III

³⁴⁵ Hänlein, SGB 2019, S. 414.

³⁴⁶ Hänlein, SGB 2019, S. 414.

³⁴⁷ Jabben, in: Neumann et. al., BeckKomm.-SGB IX, § 46 Rn. 2; Luik, in: Dau/ Düwell/ Jousen, LPK-SGB IX, § 46 Rn. 2.

³⁴⁸ Luik, in: Dau/ Düwell/ Jousen, LPK-SGB IX, § 46 Rn. 10; Wiemers, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 6; Wurm, in: Schell: SGB IX, § 46 Rn. 24; Ziegelmeier, in: Kasskomm, § 43a SGB V Rn. 22.

³⁴⁹ Jabben, in: Neumann et. al., BeckKomm.-SGB IX, § 46 Rn. 7; Luik, in: Dau/ Düwell/ Jousen, LPK-SGB IX, § 46 Rn. 4.

SGB IX, leistungspflichtig sein können, wenn diese bei einer Gesamtbeurteilung schwerpunktmäßig von medizinischen Gesichtspunkten getragen werden.³⁵⁰ Darüber, ob die GKV auch für Leistungen nach § 46 II SGB IX aufzukommen hat, besteht in der Literatur Uneinigkeit, da die Leistungen nach § 46 II SGB IX über die des § 43a SGB V hinausgehen, indem sie therapeutische Maßnahmen umfassen, die nicht unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden müssen.³⁵¹

Sind an einer Gesamtmaßnahme mehrere Leistungsträger beteiligt, müsse eine entsprechende Vereinbarung zwischen den KK, den Sozial- und Jugendhilfeträgern oder bei einer unfallbezogenen Kausalität, auch den Trägern der Unfallversicherung, nach Maßgabe des SGB VII getroffen werden.³⁵² Der Verweis in § 43a I Hs 2 SGB V entbinde die Sozial- und Jugendhilfeträger daher nicht grundsätzlich von ihrer Leistungspflicht.³⁵³

4.4 Lösungsansätze zur Kostenübernahme

Wie aufgezeigt herrscht in der Literatur und Rechtsprechung keine Einigkeit darüber, in welchem Leistungsumfang die KK nichtärztliche sozpäd. Leistungen, welche in SPZen erbracht werden, vergüten müssen. Bei der Vergütung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen der SPZen können nicht nur die krankensicherungsrechtlichen Vorschriften (§§ 43a, 119, 120 II ff. SGB V) berücksichtigt werden, da es ebenfalls SPZen gibt, die komplementär zu den Frühförderstellen, Leistungen gem. der §§ 42, 46 SGB IX i.V.m. der FrühV erbringen. Insofern sind auch die Regelungen des SGB IX i.V.m. der FrühV bei der Vergütung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen von Bedeutung. Bei der Vergütung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in

³⁵⁰ BSG, Urteil v. 31.3.1998 – B 1 KR 12/96 R, juris Rn. 14; *Jabben*, in: Neumann et. al., BeckKomm.-SGB IX, § 46 Rn. 7; *Ziegelmeier*, in: Kasskomm, § 43a SGB V Rn. 22.

³⁵¹ Näher dazu s.o. Kapitel 3.2.5; *Wiemers*, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 6.

³⁵² *Dalichau*, in: Dalichau, SGB V, S. 9.

³⁵³ *Wagner*, in: Krauskopf, § 46 SGB IX Rn. 22.

SPZen kann daher zwischen SPZen, welche Frühförderleistungen erbringen, und solchen, die keine dieser Leistungen erbringen, unterschieden werden.

4.4.1 Vergütung von sozialpädiatrischen Zentren, die keine Frühförderungsleistungen erbringen

Der Rechtsanspruch von in SPZen behandelten Kindern auf nicht-ärztliche sozpäd. Leistungen richtet sich nach § 43a SGB V. Grundsätzlich sind die KK im Rahmen des § 43a I SGB V dazu verpflichtet, alle nichtärztlichen sozpäd. Leistungen, insbesondere psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Maßnahmen, die zur Erstellung einer Diagnose und zur Aufstellung eines Behandlungsplans erforderlich sind, zu vergüten. Dem Gesetzeswortlaut nach gibt es dabei keinerlei Raum für eine Kostenbeteiligung der Sozial- oder Jugendhilfeträger, da die päd. Maßnahmen im Rahmen der Diagnostik und der Erstellung eines Behandlungsplans dem Aufgabengebiet der GKV zugeordnet werden können.³⁵⁴

Die Höhe der Vergütung dieser Leistungen wird gem. § 120 II SGB V durch Vergütungsvereinbarungen festgesetzt. Der Rechtsprechung des LSG Berlin-Brandenburg ist dahingehend zu folgen, dass die Vergütung von Leistungen der SPZen grundsätzlich alle Aufgaben gem. § 119 SGB V umfasst. Dafür spricht auch die Gesetzesbegründung zu § 120 II SGB V. Demnach ist die ärztliche und nichtärztliche Gesamtleistung der SPZen als Einheit anzusehen, die unmittelbar von den KK vergütet wird.³⁵⁵

Grundsätzlich kann ebenfalls nicht außer Acht gelassen werden, dass der Gesetzgeber mit seiner ursprünglichen Ausgestaltung des § 119 SGB V a.F.³⁵⁶ alle nichtärztlichen und ärztlichen Leistungen in das

³⁵⁴ Schmidt, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 15; Zipperer, in: GKV-Komm, § 43a SGB V Rn. 9.

³⁵⁵ BT-Drs. 11/2237 zu § 129 Abs. 2, S. 203.

³⁵⁶ i.d.F. von 1989.

Leistungsspektrum der GKV mit einbezogen hat.³⁵⁷ Trotz der Streichung des § 119 II SGB V a.F. kann davon ausgegangen werden, dass das umfassende Aufgabenspektrum des ursprünglichen Abs. 2 in § 119 SGB V enthalten geblieben ist.³⁵⁸ § 119 II SGB V umfasste in seiner ursprünglichen Fassung alle ärztlichen sowie nichtärztlichen Leistungen, die erforderlich waren, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern. Dem Wortlaut nach umfasst § 119 I SGB V in der aktuellen Fassung immer noch die ambulante sozpäd. Behandlung, sprich die Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie von Kindern.³⁵⁹ Daraus kann abgeleitet werden, dass der Aufgabenbereich von SPZen weiterhin alle ärztlichen sowie nichtärztlichen sozpäd. Leistungen umfasst, die zur Früherkennung, Verhinderung, Heilung und Milderung einer Krankheit – vor allem auch im Rahmen der Behandlung – notwendig sind.

Diese Annahme entspricht darüber hinaus dem Sinn und Zweck der SPZen. Die SPZen sind dazu da, um Schädigungen oder Störungen bei Kindern, die zur Krankheit führen können, durch frühe Diagnose, frühe Therapie und frühe soziale Eingliederung zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern.³⁶⁰ Dazu ist eine ganzheitliche Behandlung in Form von integrierten, gezielten medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen notwendig, wie sie bisher überwiegend nur in SPZen angeboten werden.³⁶¹ Zudem verfolgen auch die pädagogischen Leistungen das Ziel der Verhinderung, Heilung, Erkennung und Milderung

³⁵⁷ BT-Drs. 11/2237 zu § 128, S. 202.

³⁵⁸ Dalichau, in: Dalichau, SGB V, § 43a S. 10; Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 62.

³⁵⁹ Zustimmend: BSG, Urteil v. 29.6.2011 - B 6 KA 34/10 R, juris Rn. 11.

³⁶⁰ BT-Drs. 11/2237 zu § 128, S. 202.

³⁶¹ BT-Drs. 11/2237 zu § 128, S. 202.

von Krankheiten (Krankheitsbekämpfung).³⁶² Durch frühe Intervention mit pädagogischen Leistungen können spätere Schädigungen oder Störungen möglicherweise verhindert werden.³⁶³

Des Weiteren ist fraglich, weshalb die GKV die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen innerhalb der ambulanten psychiatrischen Behandlung nach § 43a II SGB V anerkennt, diese Leistungen bei Behandlungen in SPZen jedoch nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Dass die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen durch die Einführung des § 43a II SGB V bereits Gegenstand des Leistungskatalogs der GKV sind zeigt, dass auch pädagogische Maßnahmen im Rahmen der Behandlung zum Leistungskatalog der GKV gehören. Dies spricht dafür, dass die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen auch im Rahmen der Behandlung in SPZen von den KK finanziert werden sollten.³⁶⁴

Weiter spricht auch die Systematik des § 119 SGB V dafür, dass alle Leistungen von den KK zu finanzieren sind, da eine Regelung zu den SPZen und dessen Vergütung ausschließlich im SGB V zu finden ist. Dem § 120 II 1 SGB V lässt sich entnehmen, dass die Landesverbände der KK mit den Trägern der SPZen eine Vergütungsvereinbarungen treffen sollen. Dabei ist allerdings keine Rede davon, dass sich Sozial- und Jugendhilfeträger an den Vereinbarungen beteiligen oder ggf. eigene Vereinbarungen mit den SPZen schließen sollen. All dies sind Indizien dafür, dass das gesamte Spektrum der nichtärztlichen Leistungen von den KK finanziert werden sollte, solange diese Maßnahmen erforderlich sind, um Schädigungen oder Störungen bei Kindern zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern, zu mildern oder zu heilen.

³⁶² *Mrozynski*, Rehabilitationsrecht, Rn. 801.

³⁶³ *Bode*, Dt. Ärztebl. 2007, S. 1219.

³⁶⁴ Siehe auch *Hänlein*, SGB 2019, S. 414.

4.4.1.1 Normenkollision von § 43a I und § 119 SGB V

Die Haltung, dass die KK gem. § 119 SGB V alle sozpäd. Maßnahmen, einschließlich der nichtärztlichen Leistungen, der SPZen zu vergüten haben, führt zu einer Diskrepanz zwischen § 43a I SGB V und § 119 SGB V, denn der Umfang des § 119 SGB V geht dadurch erheblich über den Leistungsanspruch des § 43a I SGB V hinaus. Hier kollidiert die leistungsrechtliche- mit der leistungserbringungsrechtlichen Vorschrift des SGB V. Infolgedessen gibt es bei der zu vereinbarenden Vergütung gem. § 120 II SGB V die Problematik, dass alle Aufgaben des § 119 SGB V in die Vergütungsvereinbarungen mit einbezogen werden müssen, sich der Anspruch von versicherten Kindern jedoch lediglich auf die Frühdiagnostik und die Erstellung eines Behandlungsplans und nur im Fall des § 43a II SGB V auch auf die ambulante psychiatrische Behandlung erstreckt. Fraglich ist folglich, ob einer der beiden Normen einen Anwendungsvorrang zukommt.

Dafür wird erneut auf die Entscheidung des LSG Berlin-Brandenburg eingegangen. Das LSG Berlin-Brandenburg³⁶⁵ geht bei seiner Entscheidung, dass für die Berechnung der Vergütung alle vom SPZ nach §§ 120 II 1, III 1 SGB V erbrachten Leistungen der Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie einzubeziehen sind, nicht auf das Verhältnis von Leistungsrecht zu Leistungserbringungsrecht und somit auf die bestehende Diskrepanz der §§ 43a I und 119 SGB V ein. Stattdessen bezieht es sich zur Begründung seiner Entscheidung auf eine Aussage des BSG, bei der es sich um keinen entscheidungserheblichen Rechtssatz (obiter dictum) handelt. Der 6. Senat des BSG machte in seinem Urteil von 2011 deutlich, dass § 43a SGB V die Bestimmung des § 119 I SGB V ergänzt und stellt klar, dass die nichtärztlichen Leistungen im Rahmen der Diagnostik und der Aufstel-

³⁶⁵ LSG BRB., Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER; LSG BRB, Urteil v. 12.10.2018 - L 24 KA 37/17 KL.

lung eines Behandlungsplans mitumfasst sind, sofern sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden.³⁶⁶ Weiter führte der 6. Senat des BSG aus: „Für die Vergütung der sozialpädiatrischen Leistungen, die von Vertragsärzten und Frühförderstellen verantwortet werden, gilt § 85 II S. 4 SGB V, während für die ärztlichen und nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen der SPZen bei Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie die Regelungen des § 120 II ff. SGB V maßgebend sind.“³⁶⁷ Folglich kommt das BSG zu dem Schluss, dass die Regelungen des § 120 II SGB V für die Vergütung der ärztlichen und nichtärztlichen sozpäd. Leistungen maßgebend sind. Gleichzeitig erkennt das BSG jedoch an, dass die Vergütung die Leistungen des § 119 SGB V umfassen, also die Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie.³⁶⁸ Ohne es direkt zu benennen, deutet daher auch der 6. Senate des BSG die Diskrepanz zwischen § 43a I SGB V und § 119 SGB V an.

Es kann zunächst festgehalten werden, dass nach § 120 II ff. SGB V alle Leistungen der SPZen von den KK vergütet werden müssen, obwohl die versicherten Kinder nach § 43a I SGB V keinen Anspruch auf alle in SPZen angebotenen Leistungen haben.

4.4.1.2 Verhältnis von Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht

Zu beachten ist dabei jedoch das Verhältnis vom Leistungsrecht zum Leistungserbringungsrecht. Dem Leistungserbringungsrecht wird in der Literatur gegenüber dem Leistungsrecht vereinzelt eine dienende Funktion zugeschrieben, was zu einem Vorrang des Leistungsrechts gegenüber dem Leistungserbringungsrecht führen würde.³⁶⁹ Nach

³⁶⁶ BSG, Urteil v. 29.6.2011 - B 6 KA 34/10 R, juris Rn. 10.

³⁶⁷ BSG, Urteil v. BSG, Urteil v. 29.6.2011 - B 6 KA 34/10 R, juris Rn. 10.

³⁶⁸ BSG, Urteil v. 29.6.2011 - B 6 KA 34/10 R, juris Rn. 10.

³⁶⁹ Richter/ Doering-Striening, Grundlagen SozR, Rn. 13; Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 70f.

neuer Rechtsprechung vom BSG kommt dem Leistungsrecht allerdings kein Vorrang gegenüber dem Leistungserbringungsrecht zu.³⁷⁰ Vielmehr wird von einer Einheit beider Bereiche ausgegangen.³⁷¹ Zutreffender Weise hängen das Leistungsrecht und das Leistungserbringungsrecht miteinander zusammen und können daher nicht ohne einander gedacht werden. Erst durch das Handeln des ärztlichen Leistungserbringers (Erstellen der Diagnose und der Therapieentscheidung) wird der Anspruch des Leistungsrechts begründet.³⁷² Jedoch besteht im Hinblick auf die Diskrepanz zwischen § 43a I SGB V und § 119 SGB V insoweit ein Vorrang des Leistungsrechts, dass dieses die grundsätzlichen Ansprüche der Versicherten in der GKV regelt (hier § 43a I SGB V) und diese nach dem Leistungserbringungsrecht erbracht bzw. durch den Leistungserbringer festgelegt werden. Den rechtlichen Zuordnungen zufolge, kann daher nicht von einer Regelung des Leistungserbringungsrechts auf das Leistungsrecht geschlossen werden bzw. die Ansprüche des Leistungsrechts nicht eingeschränkt oder erweitert werden.³⁷³ Das würde bedeuten, dass der § 43a I SGB V nicht i.S.d. § 119 SGB V so ausgelegt werden kann, dass ein Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung besteht. Diese Erkenntnis lässt keine andere Schlussfolgerung zu, als dass die Beschränkung des § 43a SGB V, trotz des umfangreichen § 119 SGB V, erhalten bleibt und die KK somit lediglich die in SPZen erbrachten Leistungen nach § 43a I u. II SGB V und nicht alle Leistungen des § 119 i.V.m. § 120 II SGB V zu vergüten haben.

³⁷⁰ BSG, Urteil v. 18.11.2009 - B 1 KR 74; zustimmend *Richter/ Doering-Striening*, Grundlagen SozR, Rn. 14.

³⁷¹ BSG, Urteil v. 18.11.2009 - B 1 KR 74; *Hase*, Gutachten, S. 28; *Richter/ Doering-Striening*, Grundlagen des SozR, Rn. 14.a.A. LSG Niede. Urteil v. 30.8.1995 – L 4 KR 11/95.

³⁷² *Richter/ Doering-Striening*, Grundlagen des SozR, Rn. 13.

³⁷³ *Hase*, Gutachten, S. 30; *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 70.

4.4.1.3 Auflösung der Normenkollision

Um die genannte Argumentation zu stützen, werden die allgemeinen Kollisionsregeln der Rechtswissenschaft herangezogen. Wenn bei einem gleichen Sachverhalt verschiedene Normen angewendet werden können, die jedoch zu unterschiedlichen und nicht miteinander zu vereinbarenden Rechtsfolgen führen, werden Regelungen zur Auflösung dieser Normenkollisionen verwendet.³⁷⁴ Vorliegend weichen § 43a I und § 119 SGB V bezüglich des zu erbringenden Leistungsumfangs zu Lasten der GKV voneinander ab. Folglich kann nur eine der beiden Normen den Umfang der zu vergütenden nichtärztlichen sozpäd. Leistungen bestimmen. Zur Auflösung einer Normenkollision gibt es daher verschiedene Kollisionsregeln: *lex superior derogat legi inferiori*, *lex posterior derogat legi priori* und *lex specialis derogat legi generali*.³⁷⁵

Der Grundsatz *lex superior derogat legi inferiori* (das höherrangige Gesetz verdrängt das niederrangige Gesetz)³⁷⁶ findet hier keine Anwendung, da beide Gesetze Bundesgesetze sind und somit auf dieser Ebene ein Gleichrangigkeitsverhältnis zwischen den Normen besteht.

Weiter könnte die Normenkollision dadurch gelöst werden, dass das neuere Gesetz das Ältere verdrängt (*lex posterior derogat legi priori*)³⁷⁷. Wie eingangs erklärt wurde im Zuge des GRG im Jahr 1988 der § 119 SGB V a.F.³⁷⁸ in das SGB V aufgenommen. Eine leistungsrechtliche Norm fehlte zunächst. Erst 1991 wurde der Gesetzgeber erneut tätig, in dem er den § 119 II SGB V strich und den § 43a SGB V a.F. (heute Abs. 1) als leistungsrechtliche Norm in das SGB V aufnahm.³⁷⁹ Der § 119 SGB V wurde zwar mit Einführung des § 43a SGB V a.F. verändert, jedoch bestand die Norm bereits seit 1989. Entsprechend kann

³⁷⁴ Kramer, Juristische Methodenlehre, S. 107; Muthorst, Grundlagen der Rechtswissenschaft, Rn. 50.

³⁷⁵ Vranes, Zur Rechnatur der Konfliktlösungsregeln, Rn. 392.

³⁷⁶ Kramer, Juristische Methodenlehre, S. 115.

³⁷⁷ Kramer, Juristische Methodenlehre, S. 112f.

³⁷⁸ i.d.F. v. 01.01.1989.

³⁷⁹ Siehe Punkt 3.1, S. 8.

der heutige § 43a I SGB V als neuere Norm bezüglich des Leistungsumfangs der nichtärztlichen sozpäd. Maßnahmen betrachtet werden. Nach der Kollisionsregel würde dem § 43a I SGB V gegenüber § 119 SGB V somit ein Anwendungsvorrang zukommen.

Zudem kann eine Normenkollision dadurch gelöst werden, dass es ein spezielleres Gesetz zu einem Sachverhalt gibt, welches das allgemeinere Gesetz verdrängt (*lex specialis derogat legi generali*).³⁸⁰ Dieser Grundsatz besagt, dass eine allgemeine Norm (*lex generalis*), welche zahlreiche Sachverhalte abdeckt, gegenüber einem Spezialgesetz (*lex specialis*) nachrangig ist. Vorliegend ist dies bezogen auf den § 43a SGB V und den § 119 SGB V zunächst nicht ganz eindeutig. Beide Paragraphen beziehen sich auf den Sachverhalt einer Behandlung von erkrankten Kindern. § 119 I SGB V regelt die Ermächtigung von SPZen zur ambulant sozpäd. Behandlung von Kindern. In Abs. 2 wird geregelt welche Kinder in den SPZen behandelt werden sollen. Nämlich solche, die aufgrund der Art, Schwere und Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Hingegen bezieht sich der § 43a I SGB V nicht direkt auf eine Behandlung in einem SPZ, sondern regelt den Anspruch von versicherten Kindern auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen (insbesondere auf heilpädagogische und psychosoziale Leistungen) bei niedergelassenen Vertragsärzten, als auch bei SPZen. Welche Norm nun spezieller und damit geeignet ist, um die Kollision zwischen § 43a I SGB V und § 119 SGB V aufzulösen, ist fraglich.

Der § 119 SGB V richtet sich mit seinen beiden Absätzen zwar direkt an SPZen, jedoch regelt er im speziellen vorrangig die Ermächtigung der SPZen zur ambulanten sozpäd. Behandlung von Kindern. In diesem Zuge wird in Abs. 2 darauf hingewiesen, welche Kinder in den

³⁸⁰ Kramer, Juristische Methodenlehre, S. 107; Muthorst, Grundlagen der Rechtswissenschaft, Rn. 50.

SPZen behandelt werden sollen. In § 43a I SGB V ist genauer beschrieben, unter welchen Voraussetzungen die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen erbracht werden können. Zum einen müssen diese unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden. Weiter müssen sie erforderlich sein, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Bezogen auf die Leistungserbringung wird im Vergleich sichtbar, dass aus § 43a SGB V genauere und somit speziellere Regelungen zu den nichtärztlichen sozpäd. Leistungen hervorgehen als aus § 119 SGB V. Obwohl dies nur ein sehr feiner Unterschied ist kann gesagt werden, dass § 43a I SGB V gegenüber § 119 SGB V die speziellere Regelung, bezogen auf die Erbringung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen, ist. Entsprechend hat § 43a I SGB V einen Anwendungsvorrang gegenüber § 119 SGB V.

Folglich ist § 43a I SGB V die neuere und auch die speziellere Vorschrift. Nach den Normenkollisionsregeln geht der § 43a I SGB V dem § 119 SGB V daher vor. Dies bedeutet, dass die einschränkende Regelung des § 43a I SGB V, nach der erkrankte Kinder nur einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen in der Diagnostik und zur Erstellung des Behandlungsplans haben, gelten. Dementsprechend besteht keine Leistungspflicht der KK bei Maßnahmen, die über § 43a I SGB V hinausgehen (z.B. nichtärztliche sozpäd. Maßnahmen innerhalb der Behandlung).

Die KK haben jedoch solche nichtärztlichen Leistungen innerhalb der sozpäd. Behandlung zu vergüten, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung nach § 28 I 2 SGB V durch Hilfspersonen durchgeführt werden oder gem. § 32 SGB V als Heilmittel erbracht werden können (z.B. Ergotherapie, Sprachtherapie, Krankengymnastik).³⁸¹ Dies schließt in

³⁸¹ S.o. Kapitel 3.2.4.

der Regel jedoch die heilpädagogischen oder psychosozialen Maßnahmen innerhalb der Behandlung zu Lasten der KK aus, weil diese nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören.

Die SPZen müssten die heilpädagogischen oder psychosozialen Maßnahmen innerhalb der Behandlung jedoch von den Sozial- und Jugendhilfeträgern finanziert bekommen, sofern die Voraussetzungen des § 35a SGB VIII für die Jugendhilfeträger oder die der §§ 90ff. SGB IX für die Sozialhilfeträger erfüllt sind und es sich um Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft handelt. Nichtärztliche sozpäd. Leistungen können von den Sozial- und Jugendhilfeträgern nicht im Rahmen der medizinischen Reha übernommen werden, weil sich die Leistungen der medizinischen Reha nach dem Leistungskatalog der GKV richten und die heilpädagogischen und psychosozialen Maßnahmen davon nur im Rahmen des § 43a SGB V erfasst sind.³⁸²

Entsprechend ist der h.M. dahingehend zu folgen, dass § 43a SGB V nichtärztliche sozpäd. Leistungen nur im Rahmen der Frühdiagnostik, der Aufstellung eines Behandlungsplans und in der ambulanten psychiatrischen Behandlung umfasst. Für die Vergütung von SPZen bedeutet das, dass die KK die Leistungen nach § 43a SGB V, alle ärztlichen Leistungen sowie die nichtärztlichen Leistungen in der Behandlung, die unter § 28 I 2 fallen sowie als Heilmittel nach § 32 SGB V erbracht werden können, vollumfänglich vergüten müssen. Lediglich die heilpädagogischen und psychosozialen Maßnahmen, die im Rahmen einer Behandlung im Behandlungsplan notwendig sind, müssen je nach Einzelfall von den Sozial- oder Jugendhilfeträgern erbracht werden, wenn die speziellen leistungsgesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Entsprechend müssen zwischen den beteiligten Trägern und den Trägern der SPZen Vergütungsvereinbarungen ge-

³⁸² *Boetticher/ Meysen*, in: FK-SGB VIII, § 35a Rn. 72; *Fischer*, in: Schellhorn et. al., SGB VIII, § 35a Rn. 29.

troffen werden. Bei Schulkindern ist es möglich, dass sich die Unterhaltsverpflichteten der Kinder nach § 136 SGB IX an den Kosten der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX beteiligen müssen.

4.4.2 Vergütung von sozialpädiatrischen Zentren, die auch Frühförderleistungen erbringen

Für die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen nach § 43a SGB V gelten im Hinblick auf die Vergütung dieselben Grundsätze wie für SPZen, die keine Frühförderleistungen anbieten. Bei SPZen, die jedoch auch Frühförderleistungen i.S.d. § 46 SGB IX i.V.m. der FrühV erbringen, kommt eine Kostenteilung zwischen den Reha-Trägern – insbesondere bei den Komplexleistungen nach § 46 III SGB V – in Betracht. Für die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen der medizinischen Reha nach § 46 SGB IX können gem. § 5 Nr. 1 i.V.m. § 6 I SGB IX die GKV und die Jugendhilfe- oder Sozialhilfeträger zuständig sein. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die der gesetzlichen Unfallversicherung sind für die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung nicht zuständig, obwohl sie generell Träger der medizinischen Reha sind.³⁸³

Nach § 46 III SGB IX verschmelzen die medizinisch -therapeutische Leistungen und heilpädagogischen Leistungen als Komplexleistung miteinander. Eine Abwägung, ob eine Leistung mehr der Krankheitsbekämpfung oder der Überwindung von, mit einer Krankheit einhergehenden, sozialen Folgen dient, ist schwierig.³⁸⁴ Dadurch kommt es bei Abgrenzung der Zuständigkeit der Reha-Träger zu Problemen.³⁸⁵ Eine Zuständigkeitszuteilung kann durch die in § 9 FrühV zu vereinbarende Kostenteilung bei Komplexleistungen erfolgen. Für die Leistungen nach § 5 I FrühV (Leistungen der medizinischen Reha) sind die KK zuständig, während die Sozial- und Jugendhilfeträger für die

³⁸³ *Luik*, in: Dau/ Düwell/ Joussen, LPK-SGB IX, § 46 Rn. 10.

³⁸⁴ BSG Urteil v. 31.03.1998 – B 1 KR 12/96 R, juris Rn. 17.

³⁸⁵ *Wurm*, in: Schell, SGB IX, § 46 Rn. 26.

Leistungen gem. § 6 FrühV (heilpädagogische Leistungen) zuständig sind.³⁸⁶ Entsprechend besteht bei SPZen, die Komplexeleistungen im Rahmen der Frühförderung anbieten, eine Kostenteilung zwischen den KK und den Sozial- und Jugendhilfeträgern. Aus den Parallelen des § 46 I Nr. 2 SGB IX zu § 43a I SGB V „kann abgeleitet werden, dass der Gesetzgeber den Leistungsbereich der Früherkennung und Frühförderung weitestgehend in der Verantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung sieht“³⁸⁷. Dies wird durch die Regelung des § 46 V 3 SGB IX deutlich, die besagt, dass die Beteiligung der Entgelte der Sozial- und Jugendhilfeträger für heilpädagogische Leistungen in SPZen 20% nicht überschreiten darf. Folglich sind die KK als Reha-Träger im Umkehrschluss dazu verpflichtet, mindestens 80% der Kosten der Komplexeleistungen zu vergüten. Somit liegt der Großteil der Verantwortung für die Früherkennung und Frühförderung in den Händen der GKV.

Die Kostenaufteilung richtet sich für die nach §§ 5, 6 und 6a FrühV zu erbringenden Leistungen nach § 46 V SGB IX, wonach die Reha-Träger dreiseitige Vereinbarungen über die in § 46 IV Nr. 4 SGB IX vereinbarten Entgelte für die Komplexeleistungen auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung schließen sollen.³⁸⁸ Mit § 46 IV - VI SGB IX werden die konkrete Ausgestaltung der Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung auf die Ebene der Länder verlagert.³⁸⁹ Der Gesetzgeber hat sich mit dem BTHG dazu entschlossen, dass die beteiligten Reha-Träger mit den Verbänden der Leistungserbringer Landesrahmenvereinbarungen treffen sollen, um einen Mindeststandard zu schaffen.³⁹⁰ Der Inhalt dieser Vereinbarung soll gem. § 46 IV

³⁸⁶ *Gemeinsames Rundschreiben BMAS/ BMG*, S. 3; *Oppermann*, in: Hauck, SGB IX, § 46 Rn. 21.

³⁸⁷ *Jabben*, in: Neumann et. al., SGB IX, § 46 Rn. 8.

³⁸⁸ *Oppermann*, in: Hauck, SGB IX, § 46 Rn. 23.

³⁸⁹ *Jabben*, in: Neumann et. al., SGB IX, § 46 Rn. 17; *Luik*, in: Dau/ Düwell/ Jousen, LPK-SGB IX, § 46 Rn. 4.

³⁹⁰ *Jabben*, in: Neumann et. al., SGB IX, § 46 Rn. 17; *Luik*, in: Dau/ Düwell/ Jousen, LPK-SGB IX, § 46 Rn. 28.

Nr. 4 SGB IX auch Vereinbarungen und Abrechnungen der Entgelte für die als Komplexleistung nach § 46 III SGB IX erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, umfassen. Das bedeutet, dass es im Hinblick auf die Vergütung von SPZen mit dem Angebot von Frühförderleistungen keine bundeseinheitliche Regelung für die nähere Ausgestaltung der Kostenteilung gibt, sondern dies mit der Vereinbarung von Landesrahmenvereinbarungen den Ländern überlassen ist.

Zu beachten ist hier jedoch, dass nur nicht schulpflichtige Kinder einen Anspruch auf Komplexleistungen i.S.d. § 46 SGB IX haben.

4.5 Zwischenfazit

In der Praxis ergeben sich aufgrund der unklaren Rechtslage Unsicherheiten bei der Vergütung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in SPZen. Zur Klärung wurde beim BMG eine Vereinbarung getroffen, die eine Kostenteilung zwischen den KK und den Sozial- und Jugendhilfeträgern von 85:15 vorsah.³⁹¹ Aufgrund mangelnder Rechtsgrundlagen und einer steigenden Belastung der Sozial- und Jugendhilfesysteme kündigten die Sozial- und Jugendhilfeträger diese Vereinbarungen auf, weshalb es bei einigen SPZen zu einer finanziellen Unterdeckung kam.³⁹²

Obwohl einiges dafürspricht, dass die KK gem. § 120 II ff. SGB V alle Aufgaben der SPZen aus § 119 SGB V zu vergüten haben, müssen die KK aufgrund des Verhältnisses vom Leistungsrecht zum Leistungserbringungsrecht die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen lediglich nach Maßgabe des § 43a I SGB V zur Frühdiagnostik und Erstellung eines Behandlungsplans sowie innerhalb der ambulanten psychiatrischen Behandlung gem. § 43a II SGB V, vergüten.³⁹³ Weiter sind die

³⁹¹ *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 43; *Schulte-Sasse*, Kapitel 0963 – Titel 6840, S. 2 [Internetquelle].

³⁹² Auskunft Vertreter der DGSPJ beim Treffen am 6.11.2018 in der Universität Kassel.

³⁹³ S.o. Kapitel 3.4.

KK auf der Grundlage der §§ 27 ff. SGB V zur Vergütung der ärztlichen und nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in der Behandlung verpflichtet, wenn diese im Rahmen des § 28 I 2 SGB V von anderen Hilfspersonen oder nach § 32 SGB V als Heilmittel erbracht werden.³⁹⁴ Ein Problem ergibt sich bei der Vergütung von SPZen (die keine Frühförderleistungen erbringen) folglich ausschließlich für heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, da u.a. Ergotherapie, Sprachtherapie und Krankengymnastik von § 28 I 2 oder § 32 SGB V erfasst sind.

Für die heilpädagogischen und psychosozialen Maßnahmen innerhalb der Behandlung können die Sozialhilfeträger auf der Grundlage der §§ 109, 113 SGB IX oder die Jugendhilfeträger gem. § 35a SGB VIII zuständig sein. Allerdings besteht keine gesetzliche Regelung darüber, wie die Kostenpauschalen zwischen den einzelnen Trägern aufzuteilen sind. Das BSG hat mit seiner Rechtsprechung lediglich festgelegt, dass sich solche Pauschalen nicht allein auf die Zugehörigkeit einer Leistung zu einer bestimmten Berufsgruppe und dessen Anteil an Mitarbeitern im SPZ stützen können.³⁹⁵ Es müsste viel eher für jeden Einzelfall geprüft werden, ob die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe gem. der §§ 109, 113 SGB IX für Kinder mit einer (drohenden) geistigen oder körperlichen Behinderung oder diese des § 35a SGB VIII für Kinder mit einer (drohenden) seelischen Behinderung erfüllt sind. Im Rahmen der Eingliederungshilfe können die Unterhaltsverpflichteten von Schulkindern an den Kosten der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen nach § 113 SGB IX, unter den Voraussetzungen des § 136 SGB IX, beteiligt werden.

Die Leistungen der medizinischen Reha nach den §§ 109, 42 II SGB IX sowie die heilpädagogischen Leistungen des § 113 II SGB IX können nur in SPZen erbracht werden, welche auch Frühförderleistungen erbringen. Bei SPZen, die auch Frühförderleistungen i.S.d. § 46 SGB IX

³⁹⁴ S.o. Kapitel 3.2.4.

³⁹⁵ BSG, Urteil v. 31.3.1998 – B 1 KR 12/96 R, juris Rn. 21.

i.V.m. der FrühV erbringen, kommt eine Kostenteilung zwischen den beteiligten Reha-Trägern, insbesondere bei Komplexleistungen nach § 46 III SGB IX, in Betracht.

5. Leistungserbringung von sozialpädiatrischen Zentren nach § 43a II SGB V?

Neben den bestehenden Rechtsunsicherheiten hinsichtlich der Vergütung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen hat die Einführung des § 43a II SGB V zu erneuten Irritationen in Bezug auf den Umfang der Leistungserbringung geführt. Mit § 43a II SGB V wurde der Anspruch für Kinder mit psychischen Erkrankungen ausgeweitet, jedoch sei damit keine generelle Leistungsausweitung für andere Bereiche der Sozialpädiatrie beabsichtigt gewesen.³⁹⁶ Damit unterscheidet sich § 43a II SGB V deutlich von § 43a I SGB V, welcher lediglich die eingeschränkte Möglichkeit der Erbringung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen zur Frühdiagnostik und zur Erstellung eines Behandlungsplans vorsieht. Für SPZen bedeutet dies, dass sie die entstehenden Kosten für nichtärztliche sozpäd. Leistungen während einer Behandlung im SPZ, die über die Erstellung eines Behandlungsplans hinausgeht, nach § 43a I SGB V nicht von den KK vergütet bekommen.

Wie in Kapitel 3 bereits festgestellt wurde, werden die nichtärztlichen Leistungen in der Behandlung teilweise von den KK und teilweise von den Sozial- und Jugendhilfeträgern vergütet. Mit dieser Regelung geht die Frage einher, weshalb psychisch kranke Kinder während einer ambulanten psychiatrischen Behandlung einen vollumfänglichen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen gegenüber der GKV haben, chronisch kranken, behinderten oder entwicklungsverzögerten Kindern, bei denen aufgrund des Alters keine Behandlung nach § 46 SGB IX möglich ist, dieser Anspruch bei einer Behandlung im SPZ jedoch verwehrt bleibt.

In diesem Kapitel wird zunächst durch die Auslegung des § 43a II SGB V untersucht, ob auch SPZen die Möglichkeit haben, psychisch kranke Kinder auf der Grundlage des § 43a II SGB V zu behandeln.

³⁹⁶ BT-Drs. 16/13428, S. 90.

Anschließend wird geprüft, ob die Vorschrift des § 43a II SGB V einen Verstoß gegen das Gleichheitsgebot aus Art. 3 I GG darstellt, da durch sie Kinder mit einer anderen als einer psychischen Erkrankung möglicherweise diskriminiert bzw. gegenüber psychisch kranken Kindern benachteiligt werden.

5.1 Auslegung des § 43a II SGB V

Damit die Bedeutung des § 43a II SGB V richtig verstanden werden kann, bietet es sich an, die Rechtsnorm auszulegen. Mithilfe der Auslegung soll erkannt werden was der Gesetzgeber gewollt hat bzw. was unter dem Gesetzestext zu verstehen ist. Bei der eigenen Stellungnahme zur Auslegung des § 43a II SGB V wird der Meinungsstand in der Literatur und Rechtsprechung mit einbezogen.

5.1.1 Auslegungsmethoden

Zur fachlich-verstehenden Deutung des relevanten Inhalts eines Rechtsbegriffes haben sich vier Auslegungsmethoden bewährt.³⁹⁷ Dabei kann jede Norm wörtlich (grammatikalisch), systematisch, historisch oder ihrem Sinn und Zweck nach (teleologisch) ausgelegt werden.³⁹⁸

Die grammatikalische Auslegung richtet sich an dem natürlichen Sprachsinn, der Syntax und den sonstigen Regeln der Grammatik aus.³⁹⁹ Es kommt dabei darauf an, den Wortlaut, die Wörter und die Sätze auszulegen, um den Wortsinn der Vorschrift zu ermitteln.⁴⁰⁰ Diese Auslegungsmethode darf nicht über den Wortlaut eines Be-

³⁹⁷ Mann, Einführung jurist, AT, Rn. 230; *Trenczek in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts*, S. 124, 125; *Wienbracke, Juristische Methodenlehre*, S. 48.

³⁹⁸ *Kingreen/ Poscher, Grundrechte*, Rn. 8; Mann, Einführung jurist, AT, Rn. 230; *Trenczek, in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts*, S. 125, 126.

³⁹⁹ *Muthorst, Grundlagen der Rechtswissenschaft*, S.109; *Trenczek, in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts*, S. 125.

⁴⁰⁰ Mann, Einführung jurist, AT, Rn. 231; *Wank, Auslegung v. Gesetzen*, S.39.

griffs hinausgehen, d.h. die Auslegungsmethode ist durch den möglichen Rahmen des Wortsinns begrenzt.⁴⁰¹ Bei der grammatikalischen Auslegung ist zu beachten, dass ein Wort unterschiedliche Bedeutungen haben kann.⁴⁰²

Nach dem BVerfG ist bei der systematischen Auslegung darauf abzustellen, „dass einzelne Rechtssätze, die der Gesetzgeber in einen sachlichen Zusammenhang gestellt hat, grundsätzlich so zu interpretieren sind, dass sie logisch miteinander vereinbar sind.“⁴⁰³ Entsprechend soll die Norm mit dieser Auslegungsmethode in einen widerspruchsfreien, systematischen Gesamtzusammenhang der Rechtsordnung gebracht werden.⁴⁰⁴ Dies bedeutet, dass der Standort sowie die Funktion einer Rechtsnorm im Gesamtgefüge mit anderen Normen oder anderen Absätzen der auszulegenden Norm in Beziehung gesetzt werden.⁴⁰⁵

Die historische Auslegung hingegen orientiert sich an der Entstehungsgeschichte der Rechtsnorm, wozu Gesetzesbegründungen und Sitzungsberichte des Parlaments hinzugezogen werden, um den eigentlichen Willen des Gesetzgebers identifizieren zu können.⁴⁰⁶ Ferner geht es darum, den objektiven Gesetzesinhalt zu erschließen.⁴⁰⁷ Dem Gesetzesgeber wird dabei grundsätzlich unterstellt, dass er eine vernünftige Regelung getroffen hat, die auch dem Wandel der Verhältnisse standhält.⁴⁰⁸

Anders verhält es sich bei der teleologischen Auslegung, bei der es darum geht, welchen Normzweck (*ratio legis*) das Gesetz verfolgen

⁴⁰¹ Muthorst, Grundlagen der Rechtswissenschaft, S. 114; Trenczek, in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts, S. 125.

⁴⁰² Muthorst, Grundlagen der Rechtswissenschaft, S. 109; Sauer, in: Krüper, Grundlagen des Rechts, § 9, S. 185.

⁴⁰³ BVerfGE 48, 246 (257).

⁴⁰⁴ Mann, Einführung jurist, AT, Rn. 235; Puppe, juristisches Denken, S. 124; Trenczek, in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts, S. 125.

⁴⁰⁵ Mann, Einführung jurist, AT, Rn. 235; Trenczek, in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts, S. 125.

⁴⁰⁶ Muthorst, Grundlagen der Rechtswissenschaft, S. 111; Trenczek, in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts, S. 126; Wank, Auslegung v. Gesetzen, S. 66.

⁴⁰⁷ Mann, Einführung jurist, AT, Rn. 237.

⁴⁰⁸ Trenczek, in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts, S. 126.

soll.⁴⁰⁹ Dieser Form der Auslegung ist nicht immer ganz einfach und kann zu unterschiedlichen und sich auch widersprechenden Ansichten führen.⁴¹⁰

5.1.2 Meinungsstand in der Literatur und Rechtsprechung

In der Literatur und der Rechtsprechung gibt es bisher wenige Stimmen zu § 43a II SGB V. In den meisten Kommentaren wird lediglich der Hintergrund der Einführung aus der Gesetzesbegründung zitiert.⁴¹¹ Demnach solle mit § 43a II SGB V sichergestellt werden, dass nichtärztliche sozpäd. Leistungen unter der Verantwortung von niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der ambulanten psychiatrischen Behandlung von Kindern erbracht werden und die SPV fortgeführt werden können.⁴¹² Einigkeit bestehe auch darin, dass § 43a II SGB V zwar über den Abs. 1 hinausgehe, da er die ambulante psychiatrische Behandlung umfasse, er jedoch nicht das gesamte Spektrum der Sozialpädiatrie umfasse.⁴¹³ Dies werde durch die ausdrückliche Begrenzung auf die unter ärztlicher Verantwortung stattfindende ambulante psychiatrische Behandlung ausgeschlossen.⁴¹⁴

Weiterhin besteht Einigkeit darin, dass versicherte Kinder anspruchsberechtigt sind.⁴¹⁵ Da § 43a II SGB V in Zusammenhang mit der SPV stehe, sei die ambulante psychiatrische Behandlung gem. § 1 II SPV

⁴⁰⁹ Mann, Einführung jurist, AT, Rn. 240; Puppe, juristisches Denken, S. 143; Trenczek, Grundzüge des Rechts, S. 126; Wank, Auslegung v. Gesetzen, S. 69.

⁴¹⁰ Trenczek, in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts, S. 126.

⁴¹¹ Hellkötter-Backes, in: Hänlein/ Schuler, LPK-SGB V, § 43a Rn. 7; Wagner, in: Krauskopf, § 43a SGB V, Rn.3; Welti, in: Becker/ Kingreen, GKV-Komm, § 43a SGB V Rn. 4.

⁴¹² BT-Drs. 16/13428, S. 90; Joussem, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm SozR, § 43a SGB V, Rn. 4; Knauer/ Brose, in: MedR, § 43a SGB V Rn. 5; Ossege, in: Brechthold/ Huster/ Rehborn, GK GesR, § 43a Rn. 15; Welti, in: Becker/ Kingreen, GKV-Komm, § 43a SGB V Rn. 4; Wagner, in: Krauskopf, § 43a SGB V, Rn. 12.

⁴¹³ BT-Drs. 16/13428, S. 90; Joussem, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm SozR, § 43a SGB V, Rn. 4; Schnitzler, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 17; Wagner, in: Krauskopf, § 43a SGB V, Rn. 12; Ziegelmeier, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 28.

⁴¹⁴ BT-Drs. 16/13428, S. 90; Joussem, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm SozR, § 43a SGB V, Rn. 4; Sommer, in: Jahn/Sommer, SGB V, § 43a Rn. 11.

⁴¹⁵ Siehe 2.2.2; Schmidt, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 30.

jedoch auf die Vollendung des 18. Lebensjahres begrenzt bzw. müssen die Behandlungen vor der Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen werden.⁴¹⁶

Zudem müssen die Leistungen des § 43a II SGB V unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden.⁴¹⁷ Dies sei in Abs. 2 unproblematischer zu erfüllen, da die nichtärztlichen sozpäd. Behandlungsanteile in die ärztliche Behandlung integriert seien.⁴¹⁸ Allerdings befassen sich nur wenige Kommentare damit, welche Leistungserbringer die psychiatrische Behandlung von Kindern durchführen und die Verantwortung dafür tragen dürfen. Nach dem Willen des Gesetzgebers dürften nur Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur psychiatrischen Behandlung zugelassen werden.⁴¹⁹ Da dies jedoch wörtlich im Gesetz keinen Einzug gefunden hat, vertreten einige Juristen die Ansicht, dass hierbei die relativ offene Regelung der SPV zu tragen komme.⁴²⁰ Dementsprechend könnten neben Kinder- und Jugendpsychiatern auch Kinderärzte, Nervenärzte und Psychiater mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen innerhalb der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbringen.⁴²¹ Die psychiatrische Behandlung könne entsprechend bei den dafür vorgesehenen behandelnden Fachärzten oder unter den Voraussetzungen der ärzt-

⁴¹⁶ Schmidt, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 30; Ziegelmeier, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 26.

⁴¹⁷ Siehe 2.2.3; Nofz, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 27; Wagner, in: Krauskopf, § 43a SGB V, Rn. 11; Ziegelmeier, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 27.

⁴¹⁸ Nofz, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 27; SG, Stralsund Urteil v. 15.09.2016 – S 3 KR 168/16 ER, juris Rn. 20.

⁴¹⁹ BT-Drs. 16/13428, 90; Nofz, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 26.

⁴²⁰ Schmidt, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 29; Schnitzler, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 19; Waßer, in: jurisPK-SGB V (2016), § 43a Rn. 20.

⁴²¹ Nofz, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 26; Schmidt, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 29; Schnitzler, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 19; Waßer, in: jurisPK-SGB V (2016), § 43a Rn. 20.

lichen Verantwortung in SPZen oder Frühförderstellen erbracht werden.⁴²² Andere legen § 43a II SGB V dahingehend aus, dass die ärztliche Verantwortung lediglich bei niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen dürfe.⁴²³

Ebenso verhält es sich mit dem Leistungsumfang des Abs. 2. Einige Juristen vertreten die Meinung, dass auch die Leistungen des § 43a II SGB V insofern beschränkt seien, dass nach ihnen kein Anspruch auf eine heilpädagogische Behandlung bestehe.⁴²⁴ Noftz vertritt die Auffassung, dass der nichtärztliche sozpäd. Leistungsanteil von der psychiatrischen Behandlung mit medizinischen Mitteln geprägt sein müsse, die nichtärztlichen Leistungen folglich lediglich eine Annexleistung zu den medizinischen Leistungen darstellen würden.⁴²⁵ Andere hingegen sind der Ansicht, dass auf die Behandlung mit nichtärztlichen sozpäd. Leistungen (insbesondere psychologischen, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen) im Rahmen der SPV ein Anspruch bestehe und diese Leistungen somit uneingeschränkt erbracht werden dürfen.⁴²⁶

5.1.3 Eigene Stellungnahme

Bei der Auslegung des § 43a II SGB V ist es sinnvoll, alle der genannten vier Auslegungsmethoden zu verwenden. Nachfolgend werden die Methoden nicht nacheinander, sondern im inhaltlichen Zusammenhang angewendet.

Nach der grammatikalischen Auslegungsmethode geht aus § 43a II SGB V hervor, dass versicherte Kinder einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen haben, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden.

⁴²² Noftz, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 29.

⁴²³ Wagner, in: Krauskopf, § 43a SGB V, Rn. 11.

⁴²⁴ SG, Stralsund Urteil v. 15.09.2016 – S 3 KR 168/16 ER, openjur Rn. 28; Sommer, in: Jahn/Sommer, SGB V, § 43a Rn. 4; Schnitzler, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 17.

⁴²⁵ Noftz, in: Hauck, SGB V, § 43a Rn. 28.

⁴²⁶ Hellkötter-Backes, in: Hänlein/ Schuler, LPK-SGB V, § 43a Rn. 8; Schmidt, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 27.

Dem Wortlaut ist jedoch nicht zu entnehmen, wer genau unter den Terminus „versicherte Kinder“ fällt und welcher Leistungserbringer die ärztliche Verantwortung zu tragen hat.

Versicherte Kinder können im systematischen Zusammenhang mit den allgemeinen Vorschriften nach den §§ 5 - 10 SGB V definiert werden. Mit § 43a II SGB V soll sichergestellt werden, dass die SPV fortgeführt werden können.⁴²⁷ Durch die Gesetzesbegründung wird der enge Zusammenhang zwischen § 43a II SGB V und der SPV deutlich. Entsprechend kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich der Terminus „versicherte Kinder“ nach der SPV richtet. Nach § 1 II 1 SPV ist die sozialpsychiatrische Behandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres aufzunehmen. Behandlungen die zu einem späteren Zeitpunkt aufgenommen werden, sind nicht Gegenstand der SPV, wonach davon ausgegangen werden kann, dass § 43a II SGB V eine Altersgrenze von 18 Jahren beinhaltet. Allerdings ist eine Fortführung der Behandlung nach § 1 II 3 SPV unter Angabe einer besonderen Begründung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres möglich.

Da § 43a SGB V gem. § 11 I Nr. 4 SGB V zu den Leistungen der Krankenbehandlung gehört, ergibt sich die ärztliche Verantwortung aus den allgemeinen Vorschriften der Krankenbehandlung gem. der §§ 27 ff. SGB V.⁴²⁸ Welcher Facharzt die ärztliche Verantwortung jedoch zu tragen hat, geht aus dem Wortlaut des Abs. 2 nicht hervor. Der Gesetzesbegründung zu § 43a II SGB V ist zu entnehmen, dass die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen unter der Verantwortung von niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie erbracht werden sollen.⁴²⁹ Dies wird auch dadurch deutlich, dass § 43a II SGB V in einem engen Zusammenhang zu § 85 II 4 SGB V steht, der die Vergütung von niedergelassenen Vertragsärzten im Hinblick auf

⁴²⁷ BT-Drs. 16/13428, S. 90.

⁴²⁸ Näheres zur ärztlichen Behandlung s.o. Kapitel 3.2.4.

⁴²⁹ BT-Drs. 16/13428, S. 90.

die sozpäd. und psychiatrischen Tätigkeiten innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung regelt. Demzufolge haben Kinder nach Abs. 2 einen Anspruch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.⁴³⁰ Der Wille des Gesetzgebers hat im Gesetzestext jedoch keinen Einzug erhalten. Entsprechend weist der Gesetzestext keine Beschränkung der psychiatrischen Behandlung auf niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater auf.

Bei der Frage, ob auch andere als niedergelassene Psychiater, die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in der psychiatrischen Behandlung erbringen können, scheint es sinnvoll zu sein, auf die SPV zurückzugreifen. Demnach ist davon auszugehen, dass zugelassene Kinder- und Jugendpsychiater uneingeschränkt als Leistungserbringer in Betracht kommen (§ 2 SPV). Darüber hinaus können gem. § 2 SPV auch Kinderärzte, Nervenärzte und Psychiater mit entsprechender Qualifikation (d.h. einer zweijährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie) diese Leistungen erbringen, wenn sie die in den §§ 3 und 4 genannten Voraussetzungen erfüllen. Weiter müssen sich diese Fachärzte gem. § 2 SPV gegenüber einer KV dazu verpflichten, eine qualifizierte, sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern im Sinne der SPV sicherzustellen. Nach § 3 II 1 SPV sollen jedem Praxisteam innerhalb der sozialpsychiatrischen Versorgung mindestens ein Heilpädagoge sowie ein Sozialarbeiter oder eine entsprechende Zahl von Mitarbeitern mit jeweils vergleichbaren Qualifikationen angehören.

§ 43a SGB V steht in Zusammenhang mit § 119 SGB V. Dementsprechend liegt es nahe, dass auch SPZen die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in der psychiatrischen Behandlung erbringen dürfen. Voraussetzung dafür wäre, dass in ihrem Team ein Kinder- und Jugendpsychiater oder ein Arzt mit entsprechender Weiterbildung eingestellt

⁴³⁰ Axer/ Ebsen/ Klein, in: Hndb. GesR, S. 89.

ist. Üblicherweise sind in SPZen ohnehin Heilpädagogen und Sozialarbeiter beschäftigt und es findet in einem multiprofessionellen Team ein enger Austausch und eine enge Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten Diensten und Fachkräften statt. SPZen können die sozialpsychiatrische Behandlung jedoch nur dann durchführen, wenn sie gem. § 119 I SGB V dazu ermächtigt werden und dies im Ermächtigungsbescheid mit aufgenommen wird.⁴³¹ Hierbei ist der Aspekt der gleichwertigen Versorgung, den das BSG im Hinblick auf die Überprüfung des Versorgungsbedarfs vorsieht, zu beachten.⁴³² Dabei müssen in Bezug auf die sozialpsychiatrische Behandlung bei der Bedarfsprüfung neben anderen SPZen auch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater einbezogen werden, da die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater innerhalb der sozialpsychiatrischen Behandlung eine gleichwertige Versorgung zu den SPZen anbieten.⁴³³

5.2 Prüfung eines Verstoßes gegen den Gleichheitsgrundsatz aus Art. 3 I GG durch § 43a II SGB V

Nachfolgend soll geprüft werden, ob es einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz aus Art. 3 I GG darstellt, dass psychisch kranke Kinder gem. § 43a II SGB V einen Anspruch gegenüber der GKV auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen in der psychiatrischen Behandlung haben, dass Kindern mit nicht psychischen Erkrankungen dieser Anspruch der GKV jedoch verwehrt bleibt.

In Art. 3 I GG ist der allgemeine Gleichheitsgrundsatz normiert.⁴³⁴ Der allgemeine Gleichheitsgrundsatz verlangt einerseits die Rechtsanwendungsgleichheit (Gleichheit vor dem Gesetz) und andererseits

⁴³¹ Köhler-Hohmann, in: jurisPK-SGB V, § 119 Rn. 23; Kingreen/ Bogan, in: Rolfs et. al, BeckOK SozR, § 119 SGB V Rn. 11; Palsherm/ Clemens, in: GKV-Komm., § 119 SGB V, Rn. 5.

⁴³² BSG, Urteil v. 29.06.2011 – B 6 Ka 34/10 R, juris, Rn. 11.

⁴³³ Zur gleichwertigen Versorgung bei sozpäd. Leistungen s. BSG, Urteil v. 29.06.2011 – B 6 Ka 34/10 R, juris, Rn. 11.

⁴³⁴ Dt. Bundestag, Ausarbeitung WD 3-3000-220/14, S. 4.

die Rechtssetzungsgleichheit (Gleichheit des Gesetzes).⁴³⁵ Mit Art. 3 I GG wird jedoch keine völlige Gleichbehandlung verlangt, sondern eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung von wesentlich gleichen Personengruppen oder Sachverhalten verboten.⁴³⁶ Dabei soll wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches ungleich behandelt werden.⁴³⁷ Nach dem BVerfG ist der Gleichheitsgrundsatz „vor allem dann verletzt, wenn eine Gruppe von Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie eine ungleiche Behandlung rechtfertigen können“⁴³⁸.

Bei einer Prüfung der Gleichheitsgrundrechte findet eine Zwei- oder Drei-Schritt-Prüfung Anwendung.⁴³⁹ Als erstes wird geprüft, ob eine Ungleichbehandlung zwischen mindestens zwei wesentlich gleichen Personengruppen vorliegt.⁴⁴⁰ Ist dies zu bejahen, wird in einem weiteren Schritt geprüft, ob für diese Ungleichbehandlung gewichtige Gründe vorliegen, die eine solche Ungleichbehandlung verfassungsrechtlich rechtfertigen können.⁴⁴¹

5.2.1 Verfassungsrechtlich relevante Ungleichbehandlung

Eine verfassungsrechtlich relevante Ungleichbehandlung liegt dann vor, wenn wesentlich Gleiches ungleich und wesentlich Ungleiches gleichbehandelt wird.⁴⁴² Zu prüfen ist folglich, ob in § 43a II SGB V eine relevante Ungleichbehandlung von wesentlich Gleichem vorliegt. Dafür muss es sich bei der wesentlichen Gleichheit um eine Person oder Personengruppen handeln, die vergleichbar sind.⁴⁴³ Zudem

⁴³⁵ *Detterbeck*, Öffentliches Recht, Rn. 342; *Kingreen/ Poscher*, Grundrechte, Rn. 482.

⁴³⁶ *Detterbeck*, Öffentliches Recht, Rn. 342; *Kingreen/ Poscher*, Grundrechte, Rn. 482.

⁴³⁷ BVerfGE 116, 164; *Detterbeck*, Öffentliches Recht, Rn. 342.

⁴³⁸ BVerfGE 55, 72/88; 88, 87/97; 93, 386/397.

⁴³⁹ *Detterbeck*, Öffentliches Recht, Rn. 343; *Kingreen/ Poscher*, Grundrechte, Rn. 484; *Schroeder*, Grundrechte, Rn. 698.

⁴⁴⁰ *Detterbeck*, Öffentliches Recht, Rn. 343; *Kingreen/ Poscher*, Grundrechte, Rn. 485.

⁴⁴¹ *Kingreen/ Poscher*, Grundrechte, Rn. 493; *Schroeder*, Grundrechte, Rn. 702.

⁴⁴² BVerfGE 49, 148 (165); *Detterbeck*, Öffentliches Recht, Rn. 345; *Kingreen/ Poscher*, Grundrechte, Rn. 485.

⁴⁴³ *Detterbeck*, Öffentliches Recht, Rn. 345; *Kingreen/ Poscher*, Grundrechte, Rn. 487; *Schroeder*, Grundrechte, Rn. 697.

muss sich ein gemeinsamer Oberbegriff (*genus proximum*) für die Personengruppe bilden lassen.⁴⁴⁴

5.2.1.1 Vorliegen einer Ungleichbehandlung?

Zu prüfen ist folglich, ob vorliegend ein gemeinsamer Oberbegriff gebildet werden kann. § 43a II SGB V gewährt einen Anspruch für psychisch kranke Kinder, die in der GKV versichert sind. Demgegenüber stehen versicherte Kinder nicht psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Der gemeinsame Bezugspunkt dieser beiden Personengruppen ist das Vorliegen einer Krankheit. Folglich ist der gemeinsame Oberbegriff „Kinder mit Krankheiten“.

Weiter muss bei einer Ungleichbehandlung unter dem gemeinsamen Oberbegriff ein Unterscheidungsmerkmal (*differentia specifica*) zwischen den Personengruppen vorliegen.⁴⁴⁵ Werden zwei vergleichbare Sachverhalte unterschiedlich behandelt, handelt es sich um eine Ungleichbehandlung. Im vorliegenden Fall leiden beide Personengruppen unter einer Krankheit⁴⁴⁶. Dabei liegen bei der einen Personengruppe psychische Krankheiten vor, während es sich bei der anderen u.a. um körperliche oder neurologische (nicht psychische) Erkrankungen handelt. Der Anspruch des § 43a II SGB V besteht jedoch nur für versicherte Kinder mit einer psychischen Erkrankung. Kinder mit nicht psychischen Erkrankungen haben dementsprechend keinen Anspruch auf eine Leistung nach § 43a II SGB V und müssen somit einen Antrag bei den Sozial- oder Jugendhilfeträgern auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen im Rahmen der Behandlung stellen. Kinder mit nicht psychischen Erkrankungen werden infolgedessen anders behandelt als solche mit psychischen Erkrankungen. Das Unterscheidungsmerkmal der Personengruppen ist somit die Art der Erkrankung.

⁴⁴⁴ Kingreen/ Poscher, Grundrechte, Rn. 487; Schroeder, Grundrechte, Rn. 697.

⁴⁴⁵ Kingreen/ Poscher, Grundrechte, Rn. 487.

⁴⁴⁶ Definition Krankheit s. insbesondere: BSGE 33, S. 202; BSGE 35, S. 10,12; BSG Urteil v. 13.2.1975 – 3 RK 68/ 73; Für die Prüfung des Art. 3 I GG wird vorliegend auch eine (drohende) Behinderung als Krankheit verstanden.

Dementsprechend wird wesentlich Gleiches ungleich behandelt. Daraus folgt, dass zwei vergleichbare Sachverhalte unterschiedlich behandelt werden und es sich somit um eine Ungleichbehandlung handelt.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass es seit dem 01.01.2018 im Zuge des BTHG durch § 14 SGB IX ausreichend ist, wenn die Personensorgeberechtigten der Kinder lediglich einen Antrag bei einem der zuständigen Sozial- oder Jugendhilfeträger stellen (auch wenn sie zwei unterschiedliche Leistungen von zwei Trägern begehren).⁴⁴⁷ Entsprechend liegt im Bereich der Antragsstellung keine Ungleichbehandlung der Personengruppen mehr vor.

5.2.1.2 Nur eine marginale Ungleichbehandlung?

In der Regel schließt an die Prüfung der verfassungsrechtlich relevanten Ungleichbehandlung die verfassungsrechtliche Rechtfertigung an, d.h. es muss geprüft werden, ob die vorliegende Ungleichbehandlung von wesentlich gleichen Personengruppen verfassungsrechtlich gerechtfertigt ist. Fraglich ist hier jedoch, ob es sich bei der Ungleichbehandlung lediglich um eine marginale Ungleichbehandlung, unterhalb der Schwelle verfassungsrechtlicher Relevanz, handelt, da Kinder ohne psychische Erkrankungen, aufgrund anderer Rechtsgrundlagen dieselben Leistungen bekommen wie Kinder mit psychischen Erkrankungen. Daher wird der Prüfungsschritt der verfassungsrechtlichen Rechtfertigung zunächst ausgesetzt, da vorliegend zuerst noch einmal auf die Ungleichbehandlung eingegangen werden soll.

Wie bereits festgestellt handelt es sich vorliegend um eine Ungleichbehandlung von wesentlich Gleichem. Die Kinder mit psychischen Erkrankungen bekommen sämtliche nichtärztlichen sozpäd. Leistungen, auch innerhalb der Behandlung, von den KK vergütet, während Kinder mit nicht psychischen Erkrankungen keinen Anspruch auf die

⁴⁴⁷ BMAS, häufige Fragen zum BTHG, S. 3 [Internetquelle].

nichtärztlichen sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung, gegenüber den KK, haben. Mit den Vorschriften der Eingliederungshilfe nach den §§ 90 i.V.m § 109, § 113 SGB IX sowie dem § 35a SGB VIII erhalten auch Kinder mit nicht psychischen Erkrankungen nicht-ärztliche Leistungen innerhalb der sozpäd. Behandlung. Fraglich ist nur, ob die Leistungen der Sozial- und Jugendhilfeträger im Vergleich zu den Leistungen der GKV einen Nachteil für die Kinder mit nicht psychischen Erkrankungen bedeuten.

Für Eltern von Kindern, die nichtärztliche sozpäd. Leistungen im Rahmen der GKV erhalten, besteht keine Kostenbeteiligung. Die GKV übernimmt für psychisch kranke Kinder sämtliche Behandlungskosten im Rahmen des § 43a II SGB V. Kinder mit einer seelischen Behinderung, die nichtärztliche sozpäd. Leistungen gem. § 35a SGB VIII über den Jugendhilfeträger bekommen, erhalten die gleichen Leistungen wie Kinder mit psychischen Erkrankungen. Es gibt keine Unterschiede bei der Qualität oder dem Umfang der Leistung. Im Bereich der Jugendhilfe müssen sich Unterhaltsverpflichtete der Kinder (meist die Eltern) nur bei stationären Maßnahmen an den Kosten beteiligen. Aus § 91 SGB VIII geht hervor, dass für ambulante Maßnahmen keine Kostenbeiträge der Eltern anfallen. Folglich entstehen den Familien auch bei ambulanten nichtärztlichen sozpäd. Leistungen zu Lasten der Jugendhilfeträger keine Mehrkosten.

Bei der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX müssen zwei verschiedene Gruppen betrachtet werden. Zum einen die Gruppe von noch nicht eingeschulter Kindern (i.d.R. 0-6 Jahre) und andererseits die Gruppe der Schulkinder. Nach § 136 SGB IX müssen sich Eltern grundsätzlich an den Kosten der Eingliederungshilfe beteiligen, wenn ihr Einkommen eine bestimmte Einkommensgrenze übersteigt. Davon ausgenommen sind die in § 138 I SGB IX genannten Bereiche der Eingliederungshilfe, zu denen u.a. die heilpädagogischen Leistungen (Nr. 1), die medizinische Reha (Nr. 2) und weitere Leistungen nach § 113 I SGB IX, die noch nicht eingeschulter Kindern die für sie

erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen soll (Nr. 7).⁴⁴⁸ Die Eltern müssen sich in diesen Fällen gem. § 142 I SGB IX lediglich an den Kosten des Lebensunterhalts beteiligen (z.B. Mittagessen). Jedoch sind die Kinder in der Regel nur für ein paar Stunden am Tag für eine Behandlung im SPZ, weshalb sich hieraus kostentechnisch kein Nachteil für die Kinder oder deren Eltern ergibt.

Die Kostenbefreiung des § 138 I SGB IX umfasst jedoch nur die Leistungen der nicht schulpflichtigen Kinder. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sowohl die heilpädagogischen Leistungen gem. § 79 SGB IX sowie die Frühförderleistungen gem. § 46 SGB IX im Rahmen der medizinischen Reha nach § 42 II Nr. 2 SGB IX lediglich für noch nicht schulpflichtigen Kinder erbracht werden. Dies geht für heilpädagogische Leistungen wörtlich aus § 79 I 1 SGB IX hervor. Dort heißt es: „Heilpädagogische Leistungen werden an noch nicht eingeschulte Kinder erbracht [...]“. Grundsätzlich richten sich auch die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung an noch nicht schulpflichtige Kinder,⁴⁴⁹ weshalb Schulkinder keinen Anspruch auf die Leistungen nach § 46 SGB IX haben. Schulkinder haben im Rahmen der Eingliederungshilfe zwar einen Anspruch auf Leistungen der medizinischen Reha, jedoch dürfen diese Leistungen gem. § 109 II SGB IX nicht über die Leistungen der GKV hinausgehen. Insofern gehören die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung bei Schulkindern, auch im Rahmen der medizinischen Reha der Eingliederungshilfe, nicht zu den Leistungen der Sozialhilfeträger. Lediglich für nicht schulpflichtige Kinder können diese Leistungen auf der Grundlage des § 46 II SGB IX zu Lasten der Sozialhilfeträger erbracht werden.⁴⁵⁰ Die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung können für Schulkinder zwar nach § 113 SGB IX als Leistungen zur Sozialen Teilhabe erbracht wer-

⁴⁴⁸ S.o. Kapitel 4.2.1.

⁴⁴⁹ *Luik*, in: *Dau/ Düwell/ Jousen*, LPK-SGB IX, § 46 Rn.24; *Wurm*, in: *Schell*, SGB IX, § 46 Rn. 1a.

⁴⁵⁰ Zu dem Verhältnis von § 43a SGB V und § 46 SGB IX siehe Punkt 3.2.5.

den, jedoch müssen diese Leistungen von den Kindern bzw. den Unterhaltsverpflichteten der Kinder im Rahmen des § 136 II SGB IX gegebenenfalls anteilig übernommen werden.

Folglich besteht für die Familien, deren Kinder Leistungen über die Jugendhilfeträger in Anspruch nehmen, sowie bei nicht schulpflichtigen Kindern auch bei Leistungen von den Sozialhilfeträgern, keine Kostenbeteiligung. Diese Kinder der Gruppe der Kinder ohne psychische Erkrankungen sind den Kindern mit psychischen Erkrankungen, durch die Leistungsverpflichtung der Sozial- und Jugendhilfeträger, weitestgehend gleichgestellt. Es handelt sich folglich lediglich um eine marginale Ungleichbehandlung, die durch die Leistungen anderer Träger ausgeglichen werden kann. Die Schulkinder die die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX zu Lasten der Sozialhilfeträger bekommen, sind den Kindern mit psychischen Erkrankungen hingegen nicht gleichgestellt, da sie bzw. ihre Unterhaltsverpflichteten an den Kosten dieser Leistungen nach Maßgabe des § 136 SGB IX beteiligt werden können.

Für den Personenkreis der Schulkinder, die Leistungen nach dem SGB IX beziehen und das Einkommen ihrer Eltern die Beträge gem. § 136 II SGB IX übersteigt, besteht somit eine rechtlich relevante Ungleichbehandlung. Daher ist nachfolgend zu prüfen, ob die vorliegende Ungleichbehandlung bezogen auf Schulkinder die Leistungen nach dem SGB IX erhalten, verfassungsrechtlich gerechtfertigt ist.

5.2.2 Verfassungsrechtliche Rechtfertigung

Als nächstes ist zu prüfen, ob die vorliegende Ungleichbehandlung von wesentlich Gleichem verfassungsrechtlich gerechtfertigt ist. Das Gleichheitsrecht ist nach dem BVerfG dann verletzt, wenn eine Gruppe von Normadressaten vom Staat anders behandelt wird als eine vergleichbare Gruppe, obwohl zwischen den Gruppen „keine

Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen können“⁴⁵¹.

Laut dem BVerfG ergeben sich aus dem allgemeinen Gleichheitssatz je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen für den Gesetzgeber, die vom bloßen Willkürverbot bis hin zu den strengen Erfordernissen der Verhältnismäßigkeit reichen.⁴⁵² Bei der Willkürformel soll geprüft werden, ob die Ungleichbehandlung willkürlich erfolgt ist.⁴⁵³ Eine solche ist bereits dann gerechtfertigt, wenn sie auf einem sachlichen Grund basiert.⁴⁵⁴ Hingegen wird bei der neuen Formel ein strengerer Maßstab an die Verhältnismäßigkeitskontrolle, insbesondere bei personenbezogenen Ungleichbehandlungen, gelegt.⁴⁵⁵ Je stärker sich die Ungleichbehandlung auf Persönlichkeitsmerkmale von Personen bezieht, auf die sie keinen oder nur wenig Einfluss haben bzw. sie sich den Merkmalen aus Art. 3 III GG annähern, umso größer werden die Anforderungen an die Verhältnismäßigkeitsprüfung.⁴⁵⁶ Für die Prüfung der verfassungsrechtlichen Rechtfertigung gilt daher ein „stufenloser am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit orientierter verfassungsrechtlicher Prüfungsmaßstab, dessen Inhalt und Grenzen sich nicht abstrakt, sondern nur nach den jeweils betroffenen unterschiedlichen Sach- und Regelungsbereichen bestimmen lassen.“⁴⁵⁷

Für die Art der Prüfung ist es daher notwendig zu fragen, ob es sich im vorliegenden Fall um eine Ungleichbehandlung größerer Intensität handelt. Die Ungleichbehandlung knüpft vorliegend an die Art der Erkrankung der Kinder an. Je nach Art der Erkrankung erhalten Kinder Leistungen über § 43a II SGB V oder werden von diesen Leis-

⁴⁵¹ BVerfGE 55, 72 (88).

⁴⁵² BVerfGE 129, 49/69; 117, 1/30; 124, 199/220.

⁴⁵³ BVerfGE 17, 122/130; Kingreen/ Poscher, Grundrechte, Rn. 493; in: Trenczek/ Tammen/ Behlert, Grundzüge des Rechts, S. 93

⁴⁵⁴ BVerfG, Beschl. v. 12.10.1951 – 1 BvR 201/51, BVerfGE 1, 14 (52).

⁴⁵⁵ Detterbeck, Öffentliches Recht, Rn. 350; Kingreen/ Poscher, Grundrechte, Rn. 493.

⁴⁵⁶ BVerfGE 88, 87/96; BVerfGE 129, 49/69.

⁴⁵⁷ BVerfGE 75, 108/157; 93, 319/348 f.; 107, 27/46; 126, 400/416; 129, 49/69.

tungen nach dem SGB V ausgeschlossen. Eine Krankheit ist ein Faktor, der im Grunde nach von einem Menschen weitestgehend nicht beeinflusst werden kann. Die Kinder können durch ihr Verhalten nicht beeinflussen, welche Art der Erkrankung sie haben, geschweige denn, ob sie überhaupt eine Erkrankung haben möchten. Insofern knüpft die Ungleichbehandlung an personenbezogenen Differenzierungskriterien an, die nicht beeinflussbar sind und einem der in Art. 3 III GG Kriterien (hier insbesondere der Behinderung) ähneln. Aufgrund der hohen Intensität der Ungleichbehandlung ist eine strenge Verhältnismäßigkeitsprüfung notwendig.

Das BVerfG prüft oftmals nur, „ob der Zweck und Grad der Ungleichbehandlung in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen“.⁴⁵⁸ Nachfolgend soll im Rahmen der Verhältnismäßigkeit geprüft werden, ob der vorliegenden Ungleichbehandlung ein legitimer Zweck zu Grunde liegt, welcher zur Erreichung des Ziels geeignet, erforderlich und angemessen ist.

I Legitimer Zweck

Es muss zunächst ein legitimer Zweck für die Ungleichbehandlung vorliegen.⁴⁵⁹ Dem Grund nach können alle öffentlichen Interessen einen legitimen Zweck darstellen, solange sie nicht ausdrücklich verboten sind. Insbesondere sind solche Zwecke verboten, die an ein in Art. 3 III 1 GG genanntes Kriterium anknüpfen. Sind sie nicht verboten, sind grundsätzlich alle Zwecke legitim.⁴⁶⁰ Zu prüfen ist daher, ob die vorliegende Ungleichbehandlung einen legitimen Zweck verfolgt. Laut der Gesetzesbegründung zu § 43a II SGB V soll mit dieser Vorschrift sichergestellt werden, dass nichtärztliche sozpäd. Leistungen unter Verantwortung niedergelassener Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der ambulanten psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen erbracht werden und die SPV

⁴⁵⁸ Kingreen/ Poscher, Grundrechte, Rn. 493; BVerfGE 102, 68/87.

⁴⁵⁹ Kingreen/ Poscher, Grundrechte, Rn. 494; Schroeder, Grundrechte, Rn. 704.

⁴⁶⁰ Kingreen/ Poscher, Grundrechte, Rn. 494.

somit fortgeführt werden können.⁴⁶¹ Die SPV waren aufgekündigt, was die psychiatrische Versorgung von Kindern gefährdete.⁴⁶² Durch die Einführung des § 43a II SGB V wollte der Gesetzgeber die psychiatrische Versorgung für Kinder mit psychischen Erkrankungen weiterhin sicherstellen. Das Ziel, die SPV weiter fortzuführen knüpft an kein verbotenes Kriterium aus Art. 3 III GG an. Folglich handelt es sich dabei um einen legitimen Zweck.

II Geeignetheit

Weiterhin muss die Ungleichbehandlung dazu geeignet sein, den legitimen Zweck zu erreichen. Dabei ist es ausreichend, wenn die Unterscheidung zur Erreichung des Zwecks nicht gänzlich ungeeignet ist.⁴⁶³ Die SPV dient der Förderung einer qualifizierten, interdisziplinären, sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (§ 1 I 1 SPV). Dabei bezieht sich die SPV ausschließlich auf Kinder mit psychischen Erkrankungen, welche grundsätzlich von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden. Der Versorgung von Kindern mit anderen Erkrankungen kommt bei der SPV keine Bedeutung zu, da es sich bei der Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung lediglich um die Versorgung von Kindern mit psychischen Erkrankungen handelt. Durch die Vorschrift des § 43a II SGB V haben die Kinder- und Jugendpsychiater bei der Erbringung der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen Planungssicherheit, sodass sie Kinder mit psychischen Erkrankungen weiterhin im notwendigen Rahmen behandeln können. Somit kann die SPV weiterhin fortgeführt und die ärztliche Versorgung gesichert werden. Folglich ist die Beschränkung auf Kinder mit psychischen Erkrankungen und somit die Ungleichbehandlung zwischen den Personengruppen dazu geeignet, den legitimen Zweck zu erreichen.

⁴⁶¹ BT-Drs. 16/13428, S. 90.

⁴⁶² BT-Drs. 16/12256, S. 1.

⁴⁶³ BVerfGE 30, 250/262 ff.; 55, 28/30; 65, 116/126; *Trenczek/ Behlert*, in: *Trenczek/ Tammen/ Behlert*, Grundzüge des Rechts, S. 91.

III Erforderlichkeit

Darüber hinaus muss das Mittel zur Erreichung des Zwecks erforderlich sein. Erforderlich ist ein Mittel, wenn kein milderes Mittel dazu geeignet ist, den Zweck genauso effektiv zu erreichen.⁴⁶⁴ Folglich ist zu prüfen, ob es ein milderes Mittel gibt, welches genauso gut geeignet ist, um den Zweck zu erreichen.

Eine Möglichkeit wäre gewesen, dass der Spitzenverband Bund der KK und die KBV dazu verpflichtet werden, gemeinsame Gespräche darüber zu führen, unter welchen Bedingungen sie die SPV weiter fortsetzen könnten und somit weiterhin Vereinbarungen für die sozialpsychiatrische Versorgung außerhalb von gesetzlichen Normen bestehen. Dies wäre ein milderes Mittel, da es keine gesetzliche Ungleichbehandlung schaffen würde. Da die KK oder die KBV die Vereinbarungen allerdings jederzeit wieder kündigen könnten und die Fortführung der SPV somit nicht mehr sichergestellt wäre, ist das Mittel weniger geeignet, als es die Regelung des § 43a II SGB V ist. Daraus folgt, dass es zwar ein milderes Mittel geben würde, welches allerdings nicht genauso gut geeignet wäre, um die SPV weiter fortzuführen. Die Ungleichbehandlung des § 43a II SGB V ist demnach erforderlich.

IV Angemessenheit

Zusätzlich muss die Ungleichbehandlung angemessen sein, d.h. der Zweck und das Mittel müssen in einem angemessenen Verhältnis zueinanderstehen (Zweck-Mittel-Relation).⁴⁶⁵ Die Intensität des Grundrechtseingriffs muss dem Nutzen des verfolgten Zweckes gegenübergestellt werden.

Die Intensität eines Grundrechtseingriffes steigt, wenn die Ungleichbehandlung an ein Kriterium des Art. 3 III GG anknüpft.⁴⁶⁶ Weiterhin

⁴⁶⁴ *Trenczek/ Behlert*, in: *Trenczek/ Tammen/ Behlert*, Grundzüge des Rechts, S. 91.

⁴⁶⁵ *Trenczek/ Behlert*, in: *Trenczek/ Tammen/ Behlert*, Grundzüge des Rechts, S. 91f.

⁴⁶⁶ *Dt. Bundestag*, Ausarbeitung WD 3-3000-220/14, S. 5.; *Kingreen/ Poscher*, Grundrechte, Rn. 497.

steigt die Intensität, je weniger die betroffene Person oder Personengruppe die Ungleichbehandlung beeinflussen können und je mehr die Ungleichbehandlung den Gebrauch grundrechtlich geschützter Freiheiten erschwert.⁴⁶⁷ Vorliegend knüpft das Unterscheidungsmerkmal (Art der Erkrankung) an personenbezogene Kriterien an. Die Kinder sind nicht in der Lage, die Ursache und die Symptome ihrer Krankheit selbst zu beheben und haben dementsprechend keinerlei Einfluss auf das Kriterium der Ungleichbehandlung. Folglich handelt es sich um einen Grundrechtseingriff mit hoher Intensität.

Dem gegenüber steht das Ziel, mit § 43a II SGB V die Fortführung der SPV und somit die psychiatrische Versorgung von Kindern sicherzustellen. Der § 43a II SGB V wurde mit dem Ziel eingeführt, den Leistungsanspruch der Versicherten gem. § 43a SGB V zu gewährleisten, sodass keine Regelungslücke entsteht.⁴⁶⁸ Die Fortführung der SPV ist dahingehend von Bedeutung, dass mit ihr die ambulante psychiatrische Versorgung von Kindern sichergestellt wird. In diesem Rahmen sind neben ärztlichen auch nichtärztliche Leistungen für eine ganzheitliche Behandlung notwendig. Vor der Einführung des § 43a II SGB V haben die KK die SPV aufgekündigt, was zu großer Planungsunsicherheit für die Finanzierung der erbrachten nichtärztlichen Leistungen im Rahmen sozpäd. und psychiatrischer Tätigkeit von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie führte.⁴⁶⁹ Dadurch war die ambulante psychiatrische Versorgung gefährdet. Es bestand die Sorge, dass niedergelassene psychiatrische Praxen ihre nichtärztlichen Mitarbeiter nicht mehr finanzieren konnten und sowohl die Qualität der Arbeit als auch die Quantität der zu behandelnden Kinder darunter leiden würde.⁴⁷⁰ Durch das Ziel der Fortführung der

⁴⁶⁷ BVerfGE 129, 49, 69; *Dt. Bundestag*, Ausarbeitung WD 3-3000-220/14, S. 5; *Kingreen/ Poscher*, Grundrechte, Rn. 497.

⁴⁶⁸ BT-Drs. 16/12256, S. 65.

⁴⁶⁹ BT-Drs. 16/12256, S. 1, 65.

⁴⁷⁰ *Schweitzer/ Caby*, Stellungnahme von DGSF und ASK [Internetquelle].

SPV können niedergelassene psychiatrische Praxen weiterhin interdisziplinär in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung arbeiten und die Fortführung der SPV so sicherstellen.⁴⁷¹

Fraglich ist nun, ob der intensive Grundrechtseingriff in Relation zum Zweck der Fortführung der SPV angemessen ist. Die Intensität des Grundrechtseingriffs wird bei nichtschulpflichtigen Kindern und Kindern die im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII Leistungen beziehen, dadurch abgemildert, dass diese Kinder gem. § 35a SGB VIII oder nach §§ 109, § 42 II i.V.m. § 46 SGB IX einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen, innerhalb der Behandlung im Rahmen der Eingliederungshilfe haben und kein Kostenbeitrag fällig wird. Daher handelt es sich bei diesen Kindern, wie oben bereits beschrieben, lediglich um eine marginale Ungleichbehandlung.

Schulkinder die keine psychischen Erkrankungen haben und ihre Leistungen über die Eingliederungshilfe des SGB IX beziehen werden im Vergleich zu den Kindern mit psychischen Erkrankungen als auch im Vergleich zu nicht schulpflichtigen Kindern und Kindern, die Leistungen über das SGB VIII beziehen, benachteiligt, wenn das Einkommen ihrer Unterhaltsverpflichteten die Beiträge aus § 136 II SGB IX übersteigt. Denn in diesem Fall müssen sich die Unterhaltsverpflichteten anteilig an den Kosten der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in SPZen, die innerhalb der Behandlung erbracht werden, beteiligen.

Das Ziel die psychiatrische Versorgung von Kindern mit psychischen Erkrankungen sicherzustellen hat einen hohen Wert. Jedoch ist zu beachten, dass die sozpäd. Versorgung von Kindern mit anderen Erkrankungen mindestens einen genauso hohen Wert haben sollte. Die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen sind Teil des § 43a II SGB V, weil nur durch ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Arbeiten

⁴⁷¹ Bühring, Dt. Ärztebl. 2011, 1678.

die bestmöglichen Behandlungserfolge bei Kindern erzielt werden können. Dies ist nicht nur bei Kindern mit psychischen Erkrankungen der Fall, sondern bei allen Kindern, die an unterschiedlichen Erkrankungen leiden. Es ist daher nicht verständlich, weshalb Kinder mit nicht psychischen Erkrankungen die nichtärztlichen Leistungen nicht auch über die GKV erhalten sollten.

Diese Ungleichbehandlung hätte dadurch abgemildert werden können, wenn für Schulkinder (wie es auch für nicht schulpflichtige Kinder und Schulkinder im Bezug des SGB VIII der Fall ist) dieselben Leistungen des § 43a II SGB V auch im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX, ohne eine Kostenbeteiligung der Eltern, erhalten. Es sind keine sinnvollen Gründe erkennbar, weshalb lediglich die Gruppe der Schulkinder, die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erhalten, an den Kosten der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen nach § 136 SGB IX beteiligt werden sollte. Das Leben mit einem erkrankten oder behinderten Kind ist für die Kinder und auch für die Familie eine emotional, körperlich und finanziell stark belastende Situation.⁴⁷² Es sollte alles versucht werden, um die Familien mit Kindern mit Behinderungen oder Erkrankungen zu entlasten und ihnen den Zugang zu Unterstützungsmaßnahmen zu erleichtern.

Insofern werden Schulkinder nach dem SGB IX im Vergleich zu den Kindern die von § 43a II SGB V umfasst sind deutlich schlechter gestellt. Diese Ungleichbehandlung kann auch nicht damit gerechtfertigt werden, dass die sozialpsychiatrische Versorgung dieser Kinder sichergestellt sein muss. Denn wie gesagt muss auch die sozpäd. Versorgung, inklusive der nichtärztlichen Leistungen, für alle anderen Kinder sichergestellt werden. Es ist daher festzuhalten, dass eine rechtlich relevante Ungleichbehandlung besteht, die verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt werden kann.

⁴⁷² *Schlack*, Sozialpädiatrie, S. 454.

5.2.3 Ergebnis

Es handelt sich vorliegend um eine verfassungsrechtlich relevante Ungleichbehandlung von wesentlich Gleichem. Die Gruppe der „Kinder mit Krankheiten“ wird durch die Art der Erkrankung beim Leistungsanspruch nach § 43a II SGB V voneinander unterschieden. Psychisch kranken Kindern wird dabei innerhalb des krankenversicherungsrechtlichen Rahmens ein weiterer Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen eingeräumt, als Kindern mit nicht psychischen Erkrankungen.

Die vorliegende Ungleichbehandlung lässt sich nicht allein mit der Notwendigkeit der Fortführung der SPV rechtfertigen. Mit der Fortführung der SPV soll die psychiatrische Versorgung in ambulanten niedergelassenen Praxen gesichert werden, in denen nach einem ganzheitlichen Behandlungskonzept psychiatrische Fachärzte mit nichtärztlichen Fachkräften zusammenarbeiten.⁴⁷³ Ohne die SPV würde eine multiprofessionelle Zusammenarbeit in diesen Praxen nicht mehr möglich sein, da dafür keine finanziellen Mittel mehr zur Verfügung stehen würden. Das eine solche Zusammenarbeit für die psychiatrische Behandlung jedoch erforderlich ist, steht außer Frage. Allerdings benötigen auch Kinder ohne psychische Erkrankungen nichtärztliche sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung. Dass solche Kinder diese Leistungen nicht von den KK vergütet bekommen, benachteiligt sie krankenversicherungsrechtlich gegenüber psychisch kranken Kindern. Dieser Nachteil wird jedoch dadurch aufgehoben, dass nichtschulpflichtige Kinder und Kinder die im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII Leistungen beziehen, gem. § 35a SGB VIII oder nach §§ 109, § 42 II i.V.m. § 46 SGB IX einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe haben und kein Kostenbeitrag fällig wird. Der Umstand, dass die Sozial- und Jugendhilfeträger dieselben Leistungen,

⁴⁷³ BT-Drs. 16/13428, S. 90; *Joussen*, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm SozR, § 43a SGB V, Rn. 4.

also keine abgeschwächte Form oder nur vereinzelte Leistungen, gewähren, führt dazu, dass es sich lediglich um eine marginale Ungleichbehandlung handelt, die keine Prüfung des Gleichheitsgrundsatzes notwendig macht.

Jedoch besteht bei Schulkindern, die die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe des SGB IX erhalten, eine Ungleichbehandlung gegenüber den Kindern, die Leistungen nach § 43a II SGB V beziehen, die verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt werden kann. Die Unterhaltsverpflichteten der o.g. Schulkinder werden je nach Einkommen gem. § 136 SGB IX an den Kosten der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung beteiligt, wohingegen Kinder mit psychischen Erkrankungen die Leistungen gem. § 43a II SGB V und auch nicht schulpflichtige Kinder im Rahmen der Frühförderleistung und Kinder aus dem SGB VIII Bezug, die Leistungen ohne einen Kostenbeitrag erhalten. Es handelt sich somit um eine verfassungswidrige Ungleichbehandlung, die einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz aus Art. 3 I GG darstellt.

5.2.4. Wirkung eines Gleichheitsverstößes

Eine verfassungswidrige Ungleichbehandlung zweier Gruppen kann auf unterschiedliche Arten behoben werden. Von Bedeutung ist dabei, ob sich eine Person gegen eine Belastung zur Wehr setzt oder eine Begünstigung erhalten möchte.⁴⁷⁴ Im vorliegenden Fall würde es darum gehen, dass Kinder ohne psychische Erkrankungen die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen im Rahmen der Behandlung, ohne eine Kostenbeteiligung, anstreben. Entsprechend geht es um eine Begünstigung dieser Kinder. Dabei ist zu beachten, dass den Kindern ohne psychische Erkrankung nicht damit geholfen ist, wenn § 43a II SGB V aufgehoben wird, da dieser dann weder für Kinder mit psychischen Erkrankungen noch für Kinder ohne psychische Erkrankungen gilt. Es benötigt vielmehr eine Erweiterung des § 43a II SGB V der alle

⁴⁷⁴ Kingreen/Poscher, Grundrechte, Rn. 540.

Kinder mit schwereren Erkrankungen begünstigt. Die Rechtsprechung kann zwar kassatorisch tätig werden, jedoch nicht gestaltend.⁴⁷⁵ Da aber auch die Kassation immer ein gestalterisches Moment enthält, hält sich das BVerfG mit solchen Möglichkeiten zur Behebung einer Ungleichbehandlung zurück.⁴⁷⁶

Damit es überhaupt so weit kommen kann benötigt es zunächst ein Kind bzw. dessen Personensorgeberechtigten, deren Kind verfassungswidrig ungleich behandelt wird. Die Personensorgeberechtigten müssten zunächst den Rechtsweg der Sozialgerichtsbarkeit erschöpfen. Das bedeutet, dass alle verfügbaren Rechtsbehelfe, wie z.B. die Berufung oder Revision, erfolglos genutzt werden müssen. Erst dann ist es möglich beim Bundesverfassungsgericht eine Verfassungsbeschwerde einzureichen. Das BVerfG müsste dann über einen Verstoß entscheiden.

⁴⁷⁵ Kingreen/ Poscher, Grundrechte, Rn. 543.

⁴⁷⁶ Kingreen/ Poscher, Grundrechte, Rn. 543.

6. Fazit und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Vergütungsregelungen von SPZen zu untersuchen und aufzuzeigen, ob die KK für das gesamte Spektrum der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen zuständig sind. Damit einher geht die Frage, in welchem Umfang die SPZen nichtärztliche sozpäd. Leistungen erbringen dürfen.

Im ersten Kapitel der Arbeit wird festgestellt, dass sich nichtärztliche sozpäd. Leistungen insofern von ärztlichen Maßnahmen unterscheiden, dass sie von nichtärztlichen Fachkräften erbracht werden, also u.a. von Heilpädagogen, Logopäden, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten.⁴⁷⁷ In der einführenden Darstellung der Rechtsgrundlagen wird deutlich, dass sich die Absätze 1 und 2 des § 43a SGB V in ihrer Anspruchsgewährung stark voneinander unterscheiden. Laut § 43a I SGB V haben versicherte Kinder einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen zur Frühdiagnostik und zur Erstellung eines Behandlungsplans. Ein Anspruch auf solche Maßnahmen innerhalb der Behandlung ist nach Abs. 1 ausgeschlossen.⁴⁷⁸ Der Anspruch gem. § 43a II SGB V geht dahingehend über den des Abs. 1 hinaus, dass er versicherten Kindern einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen innerhalb der ambulanten psychiatrischen Behandlung gewährt.⁴⁷⁹

Mit einer Analyse des Meinungsstands in der Literatur wird im dritten Kapitel aufgezeigt, dass nichtärztliche sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung (mit Ausnahme der ambulanten psychiatrischen Behandlung nach § 43a II SGB V) lediglich über die allgemeinen Vorschriften der §§ 27 ff. SGB V von den SPZen erbracht werden

⁴⁷⁷ Schulin, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 49.

⁴⁷⁸ Mrozynski, in: Wannagat, SGB V, § 43a Rn. 1; Schnitzler, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR, § 43a SGB V Rn. 5; Schmidt, in: Peters, KV (SGB V), § 43a Rn. 15; Wiemers, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 6;

⁴⁷⁹ Ossege, in: Brechthold/ Huster/ Rehborn, GK GesR, § 43a SGB V Rn. 8; Wagner, in: Krauskopf, § 43a SGB V Rn. 3.

können.⁴⁸⁰ Entsprechend zeigt sich, dass die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen grundsätzlich auf der Grundlage der §§ 15 I 1 i.V.m. 28 I 2 SGB V oder als Heilmittel gem. § 32 SGB V von den KK zu vergütet sind. Jedoch wird die Erkenntnis gewonnen, dass dies nur diejenigen Leistungen umfasst, die einen medizinischen Charakter aufweisen. Eine Leistungspflicht der KK für die pädagogischen und psychosozialen Maßnahmen wird in der Literatur und in der Rechtsprechung des BSG überwiegend mit dem Argument verneint, dass die Maßnahmen der GKV auf die gezielte Krankheitsbekämpfung ausgerichtet sein müssen.⁴⁸¹

Die Interpretation des § 43a I SGB V innerhalb der eigenen Stellungnahme zeigt auf, dass sich der Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen auf die Frühdiagnostik und die Erstellung eines Behandlungsplans (Abs. 1) sowie auf die ambulante psychiatrische Behandlung beschränkt. Dies kollidiert mit dem umfassenden Aufgabengebiet des § 119 SGB V, dessen Umfang über den Anspruch des § 43a SGB V hinausgeht. Laut § 119 II SGB V a.F.⁴⁸² werden SPZen dazu ermächtigt, Kinder mit allen ärztlichen sowie nichtärztlichen sozpäd. Leistungen zu behandeln, um Krankheiten zu verhindern, zu heilen, zu erkennen oder in ihren Auswirkungen zu mildern. Obwohl § 119 II SGB V gestrichen wurde, wird in der Literatur und vereinzelt in der Rechtsprechung zutreffend davon ausgegangen, dass dessen Inhalt trotzdem in Abs. 1 und 3 erhalten geblieben ist.⁴⁸³ Entsprechend besteht eine Diskrepanz zwischen § 43a und § 119 SGB V, die sich auf die Vergütungsregelungen auswirkt.

Nach § 120 II SGB V werden die Leistungen der SPZen nicht aus der Gesamtvergütung, sondern unmittelbar von den KK vergütet. Damit

⁴⁸⁰ *Sommer*, in: Jahn/Sommer, SGB V, § 43a Rn. 4; *Wagner*, in: Krauskopf, § 43a SGB V Rn. 6,8; *Wiemers*, in: jurisPK-SGB V, § 43a Rn. 6; *Ziegelmeier*, in: KassKomm, 101. EL, § 43a SGB V Rn. 15; *Zipperer*, in: GKV-Komm, § 43a SGB V Rn. 12.

⁴⁸¹ *BSG*, Urteil v. 31.3.1998 – B 1 KR 12/96 R, juris Rn. 14.

⁴⁸² i.d.F. von 1989.

⁴⁸³ *Dalichau*, in: Dalichau, SGB V, § 43a S. 10; *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 62.

weichen die Vergütungsregelungen für SPZen von denen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 85 ff. SGB V) ab, obwohl SPZen gem. § 119 I i.V.m 95 I 1 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden. Laut § 120 II 1 SGB V sind die Landesverbände der KK und die Träger der SPZen dazu verpflichtet, Vereinbarungen über die Höhe der Vergütung von Leistungen der SPZen zu treffen. Die Vereinbarungen gem. § 120 II SGB V umfassen die Aufgabengebiete der SPZen, die aus § 119 SGB V hervorgehen.⁴⁸⁴ Infolgedessen müssten alle ärztlichen und nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in den Vergütungsvereinbarungen enthalten sein. Allerdings fehlt eine Anspruchsnorm, die versicherten Kindern einen Anspruch auf alle Leistungen des § 119 SGB V gewährt, da versicherte Kinder nach aktueller Gesetzeslage lediglich einen Anspruch auf die beschränkten nichtärztlichen sozpäd. Leistungen gem. § 43a SGB V haben. Aufgrund des Verhältnisses von Leistungsrecht zu Leistungserbringungsrecht hat der umfassende Aufgabenkreis des § 119 SGB V keine Auswirkungen auf den Anspruch in § 43a SGB V. Infolgedessen können ausschließlich nichtärztliche sozpäd. Leistungen von SPZen erbracht und von den KK gem. § 120 II SGB V vergütet werden, auf die versicherte Kinder nach § 43a SGB V einen Anspruch haben. Damit werden nichtärztliche sozpäd. Leistungen mit einem überwiegend pädagogischen Charakter, wie dies beispielsweise bei heilpädagogischen oder psychosozialen Maßnahmen der Fall ist, innerhalb der Behandlung – mit Ausnahme des § 43a II SGB V – nicht von den KK vergütet.

Damit es bei SPZen nicht zu Kostenunterdeckungen infolge des fehlenden Leistungsanspruchs der GKV für solche Leistungen in der Behandlung kommt, wurde untersucht, auf welchen Rechtsgrundlagen die Sozial- und Jugendhilfeträger für die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in der Behandlung leistungspflichtig sein könnten. Als

⁴⁸⁴ *LSG BRB.*, Beschluss v. 27.6.2017 – L 24 KA 35/ 17 KL ER, juris Rn. 72; *LSG BRB.*, Urteil v. 12.10.2018 – L 24 KA 37/17 KL; *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen, S. 63.

Ergebnis wird festgehalten, dass Kinder mit einer (drohenden) seelischen Behinderung einen Anspruch auf nichtärztliche sozpäd. Leistungen gem. § 35a SGB VIII haben können. Bei den nichtärztlichen sozpäd. Leistungen zu Lasten des Jugendhilfeträgers sind die Eltern gem. § 90ff. SGB VIII nicht an den Kosten zu beteiligen. Kinder mit einer (drohenden) körperlichen oder geistigen Behinderung können diese Leistungen auf der Grundlage von den §§ 90 II, V i.V.m. § 109, § 42 II sowie § 113 SGB IX erhalten. Darüber hinaus können die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen im Rahmen der medizinischen Reha (bis zur Einschulung der Kinder) auf der Grundlage des § 46 SGB IX von den beteiligten Reha-Trägern erbracht werden. Bei Schulkindern, die die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen gem. § 113 SGB IX erhalten, können die Unterhaltsverpflichteten gem. § 136 SGB IX an den Kosten beteiligt werden. Die Kostenbefreiung nach § 138 SGB IX greift hier nicht.

Entsprechend der gewonnenen Erkenntnisse wird in Bezug auf die Vergütungsfrage abschließend festgestellt, dass die Kosten der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen nach § 43a SGB V sowie die Kosten, die für diese Leistungen innerhalb der ärztlichen Behandlung nach § 28 I 2 SGB V und bei der Heilmittelerbringung anfallen, vollumfänglich von den KK zu vergüten sind. Lediglich der Teil für die pädagogischen und psychosozialen nichtärztlichen Leistungen muss von den Sozial- und Jugendhilfeträgern aufgebracht werden.

Einen weiteren Kernaspekt dieser Arbeit bildet die Frage, ob die Regelung des § 43a II SGB V möglicherweise eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes aus Art. 3 I GG darstellt. Darüber hinaus wird untersucht, ob SPZen berechtigt sind, eine ambulante psychiatrische Behandlung gem. § 43a II SGB V durchzuführen.

Eine eingängige Untersuchung des § 43a II SGB V ergibt, dass sich im Schrifttum sowie in der Rechtsprechung bisher wenig mit dieser Vorschrift befasst wurde. Auf der Grundlage der klassischen Ausle-

gungsmethoden wird mit der Auslegung des § 43a II SGB V herausgearbeitet, dass gem. § 2 SPV die ambulanten psychiatrischen Leistungen neben Fachärzten der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenso von Kinderärzten, Nervenärzten und Psychiatern mit entsprechender Qualifikation erbracht werden können, solange sie die Voraussetzungen der §§ 3, 4 SPV erfüllen.⁴⁸⁵ Daraus folgt, dass SPZen diese Leistungen ebenfalls erbringen können, wenn sie einen der o.g. Ärzte im Team haben und nach § 119 I SGB V zu einer solchen Behandlung ermächtigt werden. Obwohl die Leistungen aus § 43a II SGB V in ambulanten psychiatrischen Praxen gem. § 85 II 4 SGB V aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind, werden sie bei SPZen im Rahmen des § 120 II 1 SGB V unmittelbar von den KK vergütet.

Einen wichtigen Aspekt der Arbeit stellt die Grundrechtsprüfung des Art. 3 I GG dar. Dabei wird festgestellt, dass es sich bei § 43a II SGB V um eine Ungleichbehandlung von psychisch kranken Kindern und Kindern mit nicht psychischen Erkrankungen handelt. Psychisch kranke Kinder bekommen demnach die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in der Behandlung von den KK vergütet, während Kinder mit nicht psychischen Erkrankungen diese Leistungen auf der Grundlage des § 35a SGB V und der §§ 109, § 42 II sowie § 113 SGB IX von den Sozial- und Jugendhilfeträgern erhalten können. Die Ungleichbehandlung folgt dem Zweck, die SPV fortführen zu können und somit die ganzheitliche Behandlung innerhalb der psychiatrischen Versorgung zu sichern. Dies stellt in der Grundrechtsprüfung einen legitimen Zweck dar.

Die Ungleichbehandlung trifft die Kinder ohne psychische Erkrankungen jedoch nicht mit derselben Intensität. Ein Teil der Kinder mit nicht psychischen Erkrankungen erhält auf der Grundlage des § 35a SGB V und der §§ 109, § 42 II sowie § 113 SGB IX im Rahmen der Eingliederungshilfe ebenfalls einen Anspruch auf nichtärztliche

⁴⁸⁵ S.o. Kapitel 4.2.3.

sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung. Dabei fallen für die Kinder im Leistungsbezug des SGB VIII nach § 90 ff. SGB VIII keine Kostenbeiträge an. Ebenso verhält sich dies bei den nicht schulpflichtigen Kindern im Rahmen der Frühförderleistungen des SGB IX gem. der §§ 42 II, § 46 sowie § 79 SGB IX i.V.m. §§ 136, 138 SGB IX. Zwar bekommen die Kinder diese Leistungen nicht von den KK vergütet, jedoch ist es von geringer Bedeutung, welcher Sozialleistungsträger die Leistungen vergütet. Entscheidend ist, dass die Sozialleistungsträger keine unterschiedlichen Umfänge der Leistungsansprüche gewähren und somit derselbe Anspruch besteht.

Dies trifft hingegen nicht auf die Gruppe der Schulkinder zu, die Leistungen nach dem SGB IX erhalten. Diese sind von den Frühförderleistungen ausgeschlossen und können die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung lediglich im Rahmen des § 113 SGB IX erhalten. Dort sind die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen jedoch nicht explizit aufgeführt, sondern können lediglich als erweiterte Leistungen zum Leistungskatalog des § 113 SGB IX gehören. Insofern besteht in § 138 SGB IX auch keine Kostenbefreiung hinsichtlich dieser Leistungen, weshalb die Unterhaltsverpflichteten der Schulkinder gem. § 136 SGB IX an den Kosten der nichtärztlichen sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung zu beteiligen sind, vorausgesetzt ihr Einkommen übersteigt die in § 136 II SGB IX genannten Beiträge. Somit ist die Gruppe der Schulkinder ohne psychische Erkrankungen die einzige Gruppe, bei der die Unterhaltsverpflichteten der Kinder an den Kosten beteiligt werden können. Dies benachteiligt Schulkinder, dessen Eltern über die Grenzen des § 136 II SGB IX verdienen, gegenüber den anderen Kindern in einer Art und Weise, die verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt werden kann. Infolgedessen verstößt die Regelung des § 43a II SGB V gegen Art. 3 I GG. Welche Regelungen diesen Verstoß ggf. Abhilfe verschaffen können, wird nachfolgend erörtert.

In der Arbeit wird deutlich, dass die gesetzlichen Regelungen über die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen und diese zu den SPZen so formuliert sind, dass sie zu Rechtsunsicherheiten führen. Die Rechtsunsicherheiten können Zuständigkeitskonflikte zwischen den Sozialleistungsträgern auslösen, was zur Folge haben kann, dass Kinder dringend benötigte Leistungen gar nicht oder verspätet erhalten und die SPZen ihre Kosten nicht gedeckt bekommen, weil sich keiner der Sozialleistungsträger als zuständig betrachtet. Im Einzelfall kann es bei Schulkindern auch dazu führen, dass die Eltern sich an den Kosten der Leistungen innerhalb der Behandlung beteiligen müssen.

Es ist wichtig, dass der Gesetzgeber eine eindeutige Rechtsnorm schafft oder die bestehenden Rechtsnormen klarstellend abändert, sodass daraus hervorgeht, welcher Träger in welcher Höhe anteilig für die Gesamtkosten aufzukommen hat oder auch welche Einzelleistungen welchem Träger zugeordnet werden können und zu vergüten sind. Eine klarstellende Rechtsnorm erscheint auch hinsichtlich des Verstoßes gegen Art 3 I GG notwendig. Es benötigt eine Regelung, die die Benachteiligung von Schulkindern im Rahmen der Eingliederungshilfe des SGB IX behebt. Dabei kann es nicht im Sinne des Gesetzgebers sein, die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung auch für die anderen Kinder zu streichen oder die Familien an den Kosten der Leistungen zu beteiligen. Vielmehr müsste es eine Norm geben, die auch die Schulkinder des SGB IX in die kostenfreie Leistungserbringung mit einbezieht.

Am einfachsten erscheint dabei die Möglichkeit, dass der Gesetzgeber die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in der Behandlung als Gesamtes in den Anspruch des § 43a SGB V mit aufnimmt, wie es mit § 119 II SGB V a.F. für SPZen bereits früher angedacht war.⁴⁸⁶ Die pädagogischen Leistungen werden nach h.M. zwar der sozialen Einglie-

⁴⁸⁶ S.o. Kapitel 3.1.

derung zugeordnet, jedoch verfolgen diese ebenso das Ziel der Verhinderung, Heilung, Erkennung und Milderung von Krankheiten.⁴⁸⁷ Durch frühe Interventionen – entsprechend durch alle nichtärztlichen sozpäd. Leistungen in der Behandlung – können spätere Schädigungen oder Störungen möglicherweise verhindert oder abgemildert werden, sodass es später zu weniger Kosten der Krankenbehandlung kommen dürfte.⁴⁸⁸ Dies müsste eigentlich im Sinne der GKV sein. Bei einer Aufnahme der nichtärztlichen sozpäd. Leistung zur Behandlung in den § 43a SGB V geht es nicht um eine Ausweitung auf alle pädagogischen Leistungen, sondern um solche, die in Zusammenhang mit medizinischen Leistungen erbracht werden und die Krankheitsbekämpfung zum Ziel habe. Reine Teilhabeleistungen müssten demgegenüber weiterhin von den Sozial- und Jugendhilfeträgern vergütet werden.

Entscheidet sich der Gesetzgeber gegen eine Aufnahme dieser Leistung in den § 43a SGB V benötigt es dringend eine klar festgelegte Vergütungsregelung für die in SPZEn erbrachten nichtärztlichen sozpäd. Leistungen. Eine Lösung könnte sein, dass die gesamte Kostenlast für alle Handlungen des multiprofessionellen Spektrums der SPZEn bei der GKV liegt. Infolgedessen müssten die SPZEn lediglich eine Vergütungsvereinbarung mit den KK schließen, was ihnen finanzielle Sicherheit geben würde. Damit wäre zudem sichergestellt, dass erkrankte Kinder die benötigten Leistungen ohne Zuständigkeitskonflikte und lange Wartezeiten, zeitnah erhalten könnten. Im Gegenzug sollten die KK pauschalierte Erstattungsansprüche gegenüber den Sozial- und Jugendhilfeträgern geltend machen können. Dabei wäre es möglich die Pauschalierung, ähnlich wie bei den Frühförderleistungen gem. § 46 V 3 SGB IX, mit einer 80:20 Regelung aufzuteilen. Die pauschalierten Erstattungsansprüche sollten gesetzlich geregelt werden, damit es eine bundeseinheitliche Regelung für alle

⁴⁸⁷ Mrozynski, Rehabilitationsrecht, Rn. 801.

⁴⁸⁸ Bode, Dt. Ärztebl. 2007, S. 1219.

SPZen gibt. Sinnvoll wäre es dabei den prozentualen Anteil der GKV so groß wie möglich zu halten, da die pädagogischen Maßnahmen in diesem Kontext der Krankheitsbekämpfung und weniger der sozialen Teilhabe dienen. Bei dieser Variante ist allerdings zu beachten, dass die verfassungswidrige Ungleichbehandlung von Schulkindern im SGB IX Bezug dabei nicht aufgehoben wird und die Unterhaltsverpflichteten weiterhin einen Kostenbeitrag zu leisten hätten. Dieser müsste dann zwar nicht mehr an den Sozialhilfeträger gezahlt werden, sondern an die GKV. Dies macht im Ergebnis für die Familien aber keinen Unterschied. Um der Ungleichbehandlung entgegenzusteuern wäre es bei der Variante sinnvoll, die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen innerhalb der Behandlung in die Ausnahmeregelung des § 138 I SGB IX direkt mit aufzunehmen. Denn dann entfielen auch für die Schulkinder der Kostenbeitrag. Somit würde zwar weiterhin eine Ungleichbehandlung bestehen, diese hätte aber, wie es bei den Kindern nach § 35a SGB VIII oder den nicht schulpflichtigen Kindern im SGB IX Bezug bereits der Fall ist, lediglich eine marginale Natur.

Schafft der Gesetzgeber hier keine rechtliche Klarheit, wird es bei der Vergütung von nichtärztlichen sozpäd. Leistungen von SPZen jedenfalls weiterhin Zuständigkeitskonflikte zwischen den Sozialleistungsträgern – zu Lasten der erkrankten Kinder – geben. In einer Gesellschaft, in der mit dem BTHG ein modernes Teilhaberecht geschaffen werden soll, kann es nicht der Wille des Gesetzgebers sein, die Kinder mit Behinderungen und schweren Erkrankungen sowie deren Familien unter einer unklaren, aber lösbaren, Rechtsunsicherheit leiden zu lassen. Zumal die nichtärztlichen sozpäd. Leistungen bereits durch § 43a II SGB V zum Leistungskatalog der GKV gehören. Es ist daher nicht ersichtlich, welche Gründe dagegensprechen, genau diese Leistungen für alle Kinder mit schweren Erkrankungen oder Behinderungen zugänglich zu machen und ihnen das Leben mit ihrer Erkrankung oder Behinderung dadurch erleichtert wird. Dieser Zugang für alle Kinder sollte immer das Ziel der SPZen verfolgen, näm-

lich Schädigungen oder Störungen bei Kindern, die zu einer Krankheit führen, durch frühe Maßnahmen zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern.

Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

Becker, U./ Kingreen, T. (Hrsg.), SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar (GKV-Komm), 6. Aufl., München 2018, (zit.: Bearbeiter, in: Becker/ Kingreen, GKV-Komm.).

Bergmann, O./ Pauge, B./ Steinmeyer, H.-D. (Hrsg.), Gesamtes Medizinrecht (MedR), 3. Aufl., Baden-Baden 2018 (zit.: Bearbeiter, in: Bergmann/ Pauge/ Steinmeyer (Hrsg.), MedR).

Berner, B., Sozialpädiatrische Zentren: Einschränkungen bei der Ermächtigung, Dt. Ärzteblatt 37/113, 16.09.2016, S. 1570.

Bieritz-Harder, R./ Conradis, W./ Thie, S. (Hrsg.), Sozialgesetzbuch XII Sozialhilfe, Lehr- und Praxiskommentar, 11. Aufl., Baden-Baden 2018 (zit.: Bearbeiter, in: Bieritz-Harder et.al., LPK-SGB XII).

Bode, H., Sozialpädiatrische Zentren: Bei Entwicklungsstörungen im Kindesalter bewährt, Deutsches Ärzteblatt 2007, S. 1219.

Bode, H./ Straßburg, H.-M./ Hollmann, H., Sozialpädiatrie in der Praxis, 2. Aufl., München 2014 (zit.: Bearbeiter, in: Bode et. al., Sozialpädiatrie).

Bohle, T., Anmerkung zu BSG, Urtl. V. 13.5.2015 – B 6 KA 20/14 R (LSG Nordrh.-Westf.), MedR 2016, 221 – 222.

Brechthold, J./ Huster, S./ Rehborn, M. (Hrsg.), Großkommentar zum Gesundheitsrecht (GK GesR), 2. Aufl., Baden-Baden 2018, (zit.: Bearbeiter, in: Brechthold/ Huster/ Rehborn, GK GesR).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Übersicht über das Sozialrecht, 10. Aufl., Nürnberg 2013.

- Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.*, Synopse zur dritten Reformstufe des BTHG ab 2020 (mit Bezug auf die Kinder- und Jugendhilfe), Ergänzende Anlage zur Broschüre, S. 20 (zit.: *Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.*, Synopse des BTHG ab 2020).
- Bühring, P.*, Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Dt. Ärzteblatt, Heft 31-32, Jg. 108, 8. August 2011, S. 1678-1679.
- Coseriu, P./Eicher, W.* (Gesamtherausgeber: Schlegel, R./ Voelzke, T.), Juris Praxiskommentar SGB XII – Sozialhilfe mit AsylbLG, 2. Aufl., Saarbrücken 2014 (zit.: Bearbeiter, in: jurisPK-SGB XII).
- Dau, D.H./Düwell, F.J./Joussen, J. (Hrsg.)*, Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, SGB IX, BTHG, SchwbVWO, BGG, Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB IX), 5. Aufl., Baden-Baden 2019 (zit.: Bearbeiter, in: Dau/ Düwell/ Joussen, LPK-SGB IX.).
- DGSPJ*, Einführung in die Ökonomie für das SPZ, Berlin 2017, S. 2 – 17.
- Ebsen, I. (Hrsg.)*, Handbuch Gesundheitsrecht (Hndb. GesR), 1. Aufl., Bern 2015 (zit.: Bearbeiter, in: Hndb. GesR).
- Ehmann, F./Karmanski, C./Kuhn-Zuber, G.*, Gesamtkommentar Sozialrechtsberatung, 2. Aufl., Baden-Baden 2018 (zit.: Bearbeiter, in: GK SRB)
- Eichenhofer, E./v. Koppenfels-Spies, K./Wenner, U. (Hrsg.)*, Kommentar zum SGB V, Köln 2018 (zit. Bearbeiter, in: Eichenhofer/ v. Koppenfels-Spies/ Wenner, SGB V).
- Estelmann, M./Eicher, W.*, Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen vor dem Hintergrund der Pluralität ärztlicher Therapien, in: SGB 1991, S. 247–256.
- Fastabend, K./Schneider, E.*, Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Berlin 2004.

- Grube, C./Wahrendorf, V. (Hrsg.) SGB XII Sozialhilfe mit Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar, 6. Aufl., München 2018 (zit.: Bearbeiter, in: Grube/ Wahrendorf, SGB XII).*
- Hauck, K. (Begr.), Sozialgesetzbuch VIII Kinder- und Jugendhilfe Kommentar, hrsg. v. Noftz, 2. Bnd., Lfg. 1/19, Berlin 2018 (zit. Bearbeiter, in: Hauck, SGB VIII).*
- Hauck, K. (Begr.), Sozialgesetzbuch V Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar, hrsg. v. Noftz, K.1. Bnd., Berlin 1989 (zit.: Bearbeiter, in: Hauck, SGB V).*
- Hauck, K./Noftz, W. (Hrsg.), Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Gesamtkommentar, Berlin, 1. Band, 21. EL (zit.: Bearbeiter, in: Hauck/ Noftz, SGB IX).*
- Hänlein, A., Recht der Sozialen Dienste, München 2018.*
- Hänlein, A./Schuler, R. (Hrsg.), Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung, Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB V), 5. Aufl., Baden-Baden 2016, (zit.: Bearbeiter, in: Hänlein/ Schuler, LPK-SGB V).*
- Hellbrügge, T. (Hrsg.), Klinische Sozialpädiatrie, Ein Lehrbuch der Entwicklungs-Rehabilitation im Kindesalter, Berlin Heidelberg 1981 (zit. Bearbeiter, in: Hellbrügge, Klinische Sozialpädiatrie).*
- Hellmann, U./ Herrfs, H., Der ärztliche Abrechnungsbetrug, Heidelberg 2006.*
- Henning, W. (Hrsg.), Handbuch zum Sozialrecht (HzS), Sozialrecht in der Praxis, SGB V, München 2016, S. 1430-1525 (zit. Bearbeiter, in: HzS, SGB V, Rn.).*
- Hess, R. Die Honorargestaltung im Vertragsarztrecht, in: Schnapp, F./ Wigge, P. (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Aufl., München 2017 (zit.: Bearbeiter, in: Schnapp/ Wigge (Hrsg.)).*

- Hollmann, H./ Kretzschmar, C./ Schmid, R., Das Altöttinger Papier. Grundlagen und Zielvorgaben für die Arbeit in Sozialpädiatrischen Zentren, 2014.*
- Jahn (Begr.), SGB für die Praxis – SGB V, fortges. v. Sommer, T., Freiburg, Berlin, München 2017/ 2018 (zitiert: *Bearbeiter*, in: Jahn, SGB V).*
- Jahn (Begr.), SGB für die Praxis – SGB VIII, Kinder und Jugendhilfe, fortges. V. Jung, H.-P., Freiburg 2017 (zit. *Bearbeiter*, in: Jahn, SGB VIII).*
- Janda, C., Medizinrecht, 3. Aufl. München 2016.*
- Kepert, J./ Kunkel, P.-C., Handbuch Kinder- und Jugendhilferecht (KiJu-Recht), Rechtlicher Aufbau unter Darstellung aktueller Rechtsprobleme, Wiesbaden 2017.*
- Kingreen/ Poscher, Grundrechte Staatsrecht II, 32. Aufl., Heidelberg 2016.*
- Knickrehm, S./ Kreikebohm, R./ Waltermann, R. (Hrsg.), Kommentar zum Sozialrecht (Komm. SozR), VO (EG) 883/2004, SGB I bis SGB XII, SGG, BAföG, BEEG, Kindergeldrecht (EStG), UnterhaltsvorschussG, WoGG, 5. Aufl., München 2017 (zit.: *Bearbeiter*, in: Knickrehm/ Kreikebohm/ Waltermann, Komm. SozR).*
- Körner, A./ Leitherer, S./ Mutschler, B./ Rolfs, C., Kasseler Kommentar, München, 83. EL/ 99. EL, 05.2018/ 100. EL 06.2018/ 101. EL 09.2018, München (zit.: *Bearbeiter*, in: KassKomm).*
- Kossen, M./ v. der Heide, D./ Maaß, M. (Hrsg.), SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Kommentar, 4. Aufl., München 2015 (zit. *Bearbeiter*, in: Kossen/ v.d. Heide/ Maaß, SGB IX).*
- Kramer, E.A., Juristische Methodenlehre, 3. Aufl., München.*

- Krauskopf* (Begr.), soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Loseblatt-Kommentar, hrsg. v. Wagner, R./ Knittel, S., 99. EL, München 2018 (zit.: *Bearbeiter*, in: Krauskopf).
- Kremer, R./ Wittmann, C.*, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, 3. Aufl., Heidelberg 2017.
- Kruse, J./ Hänlein, A. (Hrsg.)*, Gesetzliche Krankenversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 2. Aufl., Baden-Baden 2003 (zit.: *Bearbeiter*, in: Kruse/ Hänlein, LPK – SGB V).
- Krüper, J. (Hrsg.)*, Grundlagen des Rechts, 3. Aufl., Baden-Baden 2017 (zit.: *Bearbeiter*, in: Krüper, Grundlagen des Rechts).
- Mann, T.*, Einführung in die juristische Arbeitstechnik (Einführung jurist. AT), 5. Aufl., München 2015.
- Mrozynski, P.*, Rehabilitationsrecht, 3. Aufl. München 1992.
- Muthorst, O.*, Grundlagen der Rechtswissenschaft, Methode – Begriff – System, München 2011.
- Mündner, J./ Meysen, T./ Trenczek, T.*, Frankfurter Kommentar, 8. Aufl., Baden-Baden 2019 (zit.: *Bearbeiter*, in: FK-SGB VIII).
- Neumann, D./ Pahlen, R./ Winkler, J./ Jabben, J. (Hrsg.)*, Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Beck'scher Kommentar zum Arbeitsrecht (BeckKomm.-SGB IX), 13. Aufl., München 2018 (zit.: *Bearbeiter*, in: Neumann et. al., BeckKomm.-SGB IX).
- Orlowski, U./ Rau, F./ Schermer, J./ Wasem, J./ Zipperer, M.*, GKV-Kommentar, 36. Aktualisierung, Heidelberg 2014/ 1994 (zit.: *Bearbeiter*, in: GKV-Komm.).
- Peters (Begr.)*, Handbuch der Krankenversicherung Teil II SGB V, Kohlhammer Kommentare, hrsg. seit 80 Lfg. v. Düring, R./ Frehse, H./ Hauck, E., 19. Aufl., 74. Lfg., 2010/ 88. Lfg., 2017, Stuttgart (zit.: *Bearbeiter*, in: Peters, KV (SGB V)).

- Puppe, I.*, Kleine Schule des juristischen Denkens, 3. Aufl., Göttingen 2014, S. 117 – 129.
- Richter/ Doering-Striening*, Grundlagen des Sozialrechts
- Rolfs, C./ Giesen, R./ Kreikebohm, R./ Udsching, P.* (Hrsg.), Beck'scher Online-Kommentar zum Sozialrecht (BeckOK SozR), Stand: 01.06.2018 (zit.: *Bearbeiter*, in: Rolfs et. al., BeckOK SozR).
- Rolfs, C./ Giesen, R./ Kreikebohm, R./ Udsching, P.*, Sozialrecht, SGB II, III, VIII, XII Kommentar, München 2008 (zit.: *Bearbeiter*, in: Rolfs et. al., SozR Komm)
- Ruland, F./ Becker, U/ Axer, P.*, Sozialrechtshandbuch (SozRHandb.), 6. Aufl., Baden-Baden 2018 (zit. *Bearbeiter*, in: Ruland/ Becker/ Axer, SozRHandb.).
- Schaumberg, T.*, Sozialrecht Einführung (SozR), 1. Aufl., Baden-Baden 2016.
- Schellhorn, W./ Fischer, L./ Mann, H./ Kern, C.*, SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe Kommentar, 5. Aufl., Köln 2017 (zit.: *Bearbeiter*, in: Schellhorn et. al., SGB VIII)
- Schlack, H.G.*, Kooperation in der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche, in: Schlack, H.G./ Thyen, U./ von Kries, R (Hrsg.), Sozialpädiatrie, Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag, Heidelberg 2009, S. 449 – 460 (zit.: *Bearbeiter*, in: Schlack/ Thyen/ von Kries (Hrsg.), Kooperation in der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche).
- Schlack, H.G.*, Sozialpädiatrie, Gesundheit – Krankheit – Lebenswelten, Stuttgart 1995 (zit.: *Bearbeiter*, in: Schlack, Sozialpädiatrie).
- Schlegel, R./ Voelzke, E.*, Juris Praxiskommentar SGB V -gesetzliche Krankenversicherung-, hrsg, v., Saarbrücken 2008/ 3. Aufl. 2016 (zit.: *Bearbeiter*, in: jursiPK-SGB V).

- Schnapp, F./ Wigge, P.*, Handbuch des Vertragsarztrechts (HandB. VAR), 3. Aufl., München 2017 (zit.: *Bearbeiter*, in: Schnapp/Wigge, HandB. VAR).
- Schulin, B.*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie e-V- (Hrsg.), München 1995 (zitiert: *Schulin*, Krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Leistungen in SPZen).
- Schyldlo, R.*, Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Deutsches Ärzteblatt 91, Heft 30, 29. Juli 1994 (53), 2057-2059.
- Straßburg, H.-M.*, Sozialpädiatrische Versorgung in Deutschland, in: Kerbl, R./ Thun-Hohenstein, L./ Damm, L./ Waldhauser, F. (Hrsg.), Kinder und Jugendliche im besten Gesundheitssystem der Welt, Wien 2011, S. 91-102 (zit.: *Straßburg*, in: Kerbl et al. (Hrsg.), KiJu im besten Gesundheitssystem der Welt).
- Schirmer, H. D.*, Vertragsarztrecht kompakt, Die Übersicht für Ärzte, Psychotherapeuten und Juristen, Köln 2006.
- Schroeder, D.*, Grundrechte, 3. Aufl., Heidelberg 2013.
- Schellhorn, W./ Hohm, K.-H./ Scheider, P.*, Kommentar zum Sozialgesetzbuch XII, 19. Aufl., Köln 2015 (zit.: *Bearbeiter*, in: Schellhorn/Hohm/ Scheider, Komm-SGB XII).
- Spickhoff, A. (Hrsg.)*, Medizinrecht, AMG, ApoG, BGB, GenTG, KHG, MBO, MPG, SGB V, SGB XI, StGB, TFG, TPG, 3. Aufl., München 2018 (zit.: *Bearbeiter*, in: Spickhoff (Hrsg.), MedR).
- Thyen, U.*, Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006 – ein Meilenstein für die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007, 50: 529-530.

- Tolmein, O.*, § 28 Die Leistungen im Rehabilitations- und Teilhaberecht, in: Plagemann, H. (Hrsg.), Münchener Anwaltshandbuch Sozialrecht, 5. Aufl., München 2018, Rn. 8-11.
- Trenczek, T./ Tammen, B./ Behlert, W.*, Grundzüge des Rechts, Studienbuch für soziale Berufe, 3. Aufl., München 2011 (zit.: *Bearbeiter*, in: *Trenczek/ Tammen/ Behlert*, Grundzüge des Rechts).
- Wannagat (Begr.)*, Sozialgesetzbuch, Kommentar zum gesamten Recht des Sozialgesetzbuchs, bearb. v. Eichenhofer, E., Köln 2008 (zit.: *Bearbeiter*, in: *Wannagat*, SGB V).
- Wank, R.*, Die Auslegung von Gesetzen, 2. Aufl., München-Schwabing 2011.
- Wenner, U.*, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, München 2008.
- Wienbracke, Mike*, Juristische Methodenlehre, Köln 2013.
- Wulfert, E.*, Mehr Entscheidungsfreiheit für Sozialpädiatrische Zentren, Ärzte Zeitung, Nr. 64, vom 10.04.2012, S.8.
- Von Kries, R.*, Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), in: Schlack, H.G/ Thyen, U./ von Kries, R. (Hrsg.), Sozialpädiatrie, Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag, Heidelberg 2009, S. 69-70 (zit.: *Bearbeiter*, in: *Schlack/ Thyen/ von Kries* (Hrsg.), Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)).

Internetquellen:

AOK Bundesverband, Kollektivvertrag https://www.aok-bv.de/lexikon/g/index_00354.html [Zugriff am 15.02.2019].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Häufige Fragen zum BTHG, http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Schwerpunkte/faq-bthg.pdf?__blob=publicationFile&v=12 [Zugriff am 20.05.2019].

Deutscher Bundestag, Verfassungsrechtliche Rechtfertigung von gesetzlichen Ungleichbehandlungen aufgrund persönlicher Merkmale, Ausarbeitung WD 3-3000-220/14, <https://www.bundestag.de/resource/blob/420474/34275cdac85056cd0435dcf6a7946f8b/W D-3-220-14-pdf-data.pdf> [Zugriff 08.04.2019].

DGSPJ, Sozialpädiatrische Zentren <https://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatriische-zentren/> [Zugriff, 23.11.2019].

Gemeinsames Rundschreiben des BMAS und des BMG zum Thema „Frühförderung“, vom 24.06.2009 (zit. Gemeinsames Rundschreiben BMAS /BMG) http://www.einfach-teilhabe.de/SharedDocs/Downloads/DE/StdS/Aktuelles/fruehfoerderung.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 14.03.2019].

GKV-Spitzenverband, Bundesmantelvertrag https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag/bundesmantelvertrag.jsp [Zugriff am 09.05.2019].

Klebba, S., Haushaltsgesetz 2018/2019, Kapitel 1040 - Titel 68406 Teilansätze 2 und 6, Bericht vom 04.10.2017: <https://www.parlament-berlin.de/adosservice/18/Haupt/vorgang/h18-0920-v.pdf>

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, 2011, https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/jugend/hilfen_zur_erziehung/eingliederungshilfe_jugendhilfe/RS_18-2011Anlage.pdf [Zugriff am 13.03.2019].

Laroche, R./ Baumeister, D., Entwicklung und gesetzliche Rahmenbedingungen der Frühförderungen für behinderte Kinder, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung, https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fruehfoerderung_Ueberblick_Rei.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 13.03.2019].

Laroche, R./ Baumeister, D., Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Abschlussbericht des ISG Februar 2008, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung, (zit.: *Laroche/Baumeister*, ISG-Bericht), https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fruehfoerderung_ISG_Endbericht_2008_Rei.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 13.03.2019].

Löher, M., Umsetzungsbegleitung BTHG, Auf dem Weg zum neuen Teilhaberecht, <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/gesetz/> [Zugriff am 05.03.2020].

Schell, Personal Office Platin, Die HR-Software für neues Arbeiten, Haufe-Lexware 2012 (zitiert: *Bearbeiter*, in: Schell, SGB IX, §).

Schneider, W., Sozialpädiatrische Leistungen, in: SGB Office Professional, Haufe 2018. https://www.haufe.de/sozialwesen/sgb-office-professional/sozialpaediatische-leistungen_i-desk_PI434_HI524799.html.

Schulte-Sasse, H., 2. Lesung des Einzelplans 09 Doppelhaushalt 2004/2005, Kapitel 0963 - Titel 6840, 28.10.2003:

<https://www.parlament-berlin.de/ados/Haupt/vorgang/h15-1939-v.pdf> [Zugriff am 14.03.2019].

Schweitzer, J./ Caby, F., Ambulante sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen und deren Familien sicherstellen, Stellungnahme von DGSF und ASK zur Kündigung der Sozialpsychiatrievereinbarung, Köln September 2008

<https://www.dgsf.org/themen/berufspolitik/ambulante-sozialpsychiatrische-versorgung-von-kindern-und-jugendlichen-sicherstellen> [Zugriff am 08.04.2019].

Bei der Vergütung der Leistungen sozialpädiatrischer Zentren (SPZen) ergeben sich in der Praxis Zuständigkeitsschwierigkeiten zwischen den Trägern. Ziel der Arbeit ist es aufzuzeigen, welcher Leistungsträger nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die in SPZen erbracht werden, vergüten muss. Dafür werden die einschlägigen Rechtsnormen (§§ 43a, 119, 120 SGB V) sowie Normen der Eingliederungs- und Jugendhilfe dargestellt und unter Berücksichtigung des Schrifttums und der vorliegenden Rechtsprechung nach der juristischen Methode ausgelegt. Deutlich wird, dass die aktuelle Gesetzeslage zu Rechtsunsicherheiten führt. Neben der Gesetzlichen Krankenversicherung können auch die Sozial- und Jugendhilfeträger für die Vergütung der nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen zuständig sein. Bei Schulkindern können die Eltern an den Kosten dieser Leistungen beteiligt werden, wenn diese die Einkommensgrenze des § 136 II SGB IX übersteigen. Eine Grundrechtsprüfung ergibt, dass es einen Verstoß gegen Art. 3 I GG darstellt, dass Eltern von Schulkindern an den Kosten beteiligt werden, während diese Leistungen bei anderen Kindern (insbesondere im Hinblick auf § 43a II SGB V) vollständig von den Trägern übernommen werden.

ISBN 978-3-7376-0889-3

