

Recht-Informationsdienst

der Zeitschrift Caritas in NRW

Nr. 2/2019

Inhalt

Kurze Mitteilungen

Düsseldorfer Tabelle 2019	18
Votum für Pflegekammer.....	18
Erwerbsminderungsrenten 2019	18
Sozialhilfe: Übernahme der Pflegeheimkosten bei Pflegegrad 1	19
Elektronische Aufenthaltsüberwachung von Sexualstraftätern, Stalkern und Ex-Beziehungspartnern durch die Polizei.....	19

Neue Rechts- und Verwaltungsvorschriften	20
---	----

Themenbeiträge

Anspruch des Betreuers auf Zutritt zum Zimmer der Bewohnerin in der Pflegeeinrichtung	21
Krankenversicherung: Übernahme der Fahrtkosten durch die Krankenkasse.....	23
Teilhabechancengesetz: Förderung der Eingliederung Langzeitarbeitsloser	27
Qualifizierungschancengesetz: Qualifizierung für eine künftige andere Tätigkeit	29
Beratungspflicht des Sozialhilfeträgers bei deutlich erkennbarem Beratungsbedarf.....	30
Leistungspflicht der Rehabilitationsträger wegen Untätigkeit.....	32

Hinweis: Ausführliche Erläuterungen zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse wegen Untätigkeit finden Sie auf unserer Homepage: www.caritas-nrw.de/rechtinformationsdienst

Impressum

Der Recht-Informationsdienst ist eine Beilage der Zeitschrift Caritas in NRW

Verantwortlicher Redakteur: Heinz-Gert Papenheim.

Herausgeber: Diözesan-Caritasverbände von Aachen, Essen, Köln, Münster, Paderborn

Die Erteilung weiterer Informationen und Beratung im Einzelfall ist der Redaktion nicht möglich. Die Urheberrechte sind vorbehalten. Sie erstrecken sich auch auf Gerichtsentscheidungen, soweit diese vom Bearbeiter redigiert bzw. in Leitsätze gefasst worden sind.

Kurze Mitteilungen

Düsseldorfer Tabelle 2019

Die Düsseldorfer Tabelle ist zum 1. Januar aktualisiert worden. Die Unterhaltssätze für **minderjährige Kinder** erhöhen sich je nach Alter des Kindes und Einkommensgruppe des Unterhaltspflichtigen um 6 bis 14 Euro im Monat. Für **volljährige Kinder** bleiben sie unverändert.

Sie verringern sich ab 1. Juli 2019 wegen der **Erhöhung des Kindergeldes** zu diesem Zeitpunkt für das erste und zweite Kind auf 204 Euro, für das dritte Kind auf 210 Euro und ab dem vierten Kind auf 235 Euro.

Im **Anhang der Düsseldorfer Tabelle** werden in Tabellen, die seit dem 1. Januar 2019 bzw. ab dem 1. Juli 2019 gelten, die Beträge angegeben, die vom Unterhaltsverpflichteten ab dem 1. Januar 2019 bzw. ab 1. Juli 2019 für das erste und zweite bzw. für das dritte und vierte Kind zu zahlen sind.

🏠 <https://bit.ly/2EyKcj8>

Votum für Pflegekammer

Bei der von der Landesregierung durchgeführten repräsentativen Befragung von 1503 Pflegefachkräften haben 79 Prozent für die Errichtung einer Pflegekammer gestimmt.

Minister Laumann kündigte an, einen Gesetzentwurf noch vor der Sommerpause im Landtag einzubringen. Nach dem Vorbild der Ärztekammern sollen der Pflegekammer wichtige Aufgaben übertragen werden. Dabei sollen die Erfahrungen der Bundesländer Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Schleswig-Holstein mit ihren Pflegekammern und Bayern mit seinem Alternativmodell ausgewertet und daraus ein Handlungskonzept für NRW vorgelegt werden.

🏠 www.mags.nrw/pflegekammer-aufgaben

Erwerbsminderungsrenten 2019

Menschen, die krankheitsbedingt nicht mehr oder nur noch eingeschränkt arbeiten können, und ab 2019 Erwerbsminderungsrente beantragen, werden so gestellt, als hätten sie bis zum Renteneintrittsalter gearbeitet. Sie müssen - anders als bei Antragstellung vor 2019 - wegen ihrer Erwerbsminderung keine Einbußen bei der Rente hinnehmen.

In vielen Fällen werden die Erwerbsminderungsrenten allein nicht ausreichen, um einen angemessenen Lebensstandard beizubehalten. Das Restleistungsvermögen lässt zwar häufig eine weitere evtl. nur geringfügige Erwerbstätigkeit zu. Jedoch sind die Chancen, einen passgenauen Arbeitsplatz zu finden und zu erhalten, für Erwerbsgeminderte nicht sehr hoch.

Mitarbeiter im Anwendungsbereich der Caritas, der KAVO und der Tarifverträge für den öffentlichen Dienst, die bei ihrem bisherigen Dienst-/Arbeitgeber - in der Regel zu veränderten Arbeitsbedingungen - weiterbeschäftigt werden wollen, müssen ihren Wunsch binnen einer Frist von zwei Wochen nach Zugang des Rentenbescheids dem Dienst-/Arbeitgeber schriftlich mitteilen.

Sozialhilfe: Übernahme der Pflegeheimkosten bei Pflegegrad 1

Seit dem 01.01.2017 besteht ein Anspruch auf Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen nur bei den Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5 (§§ 61 ff. SGB XII). Nach einem Urteil des Sozialgerichts Koblenz ist der Sozialhilfeträger aber verpflichtet, ungedeckte Pflegeheimkosten, die für Personen mit Pflegestufe 0 bis zum 31.12.2016 als Hilfen zur Pflege gem. § 61 SGB XII alte Fassung vom Sozialhilfeträger übernommen wurden, ab dem 01.01.2017 als Hilfen in sonstigen Lebenslagen nach § 73 SGB XII zu tragen.

Ungeklärt lässt das Urteil, ob auch Personen, die nach dem 01.01.2017 erstmals den Pflegegrad 1 aufweisen und stationäre Pflege benötigen, die Übernahme ungedeckter Heimkosten vom Sozialhilfeträger nach § 73 SGB XII beanspruchen können (in Hamburg und Bremen werden die Kosten übernommen). In den anderen Bundesländern können Betroffene durch Widerspruch und Klage gegen ablehnende Bescheide eine Klärung herbeiführen.

i Sozialgericht Koblenz, Urteil vom 16.08.2018 - S 1 SO 143/17

Elektronische Aufenthaltsüberwachung von Sexualstraftätern, Stalkern und Ex-Beziehungspartnern durch die Polizei

Das Polizeigesetz NRW bietet in § 34c der Polizei eine neue schnelle Möglichkeit, u. a. Personen zu überwachen, die ihren Ex-Beziehungspartner wiederholt belästigen, nachstellen und terrorisieren.

Die Polizei kann eine Person verpflichten ein technisches Mittel, beispielsweise eine elektronische Fußfessel, mit dem der Aufenthaltsort dieser Person elektronisch überwacht werden kann, ständig im betriebsbereiten Zustand am Körper zu tragen, die Anlegung und Wartung des technischen Mittels zu dulden und seine Funktionsfähigkeit nicht zu beeinträchtigen, wenn

1. dies zur Abwehr einer Gefahr für die sexuelle Selbstbestimmung nach §§ 174 bis 178, 182 des Strafgesetzbuchs unerlässlich ist oder
2. die Person, der gegenüber die Anordnung nach Absatz 1 getroffen werden soll, nach polizeilichen Erkenntnissen bereits eine Straftat nach § 238 des Strafgesetzbuchs (Nachstellung) begangen hat und bestimmte Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass sie weitere Straftaten nach § 238 des Strafgesetzbuchs begehen wird.

Strafbar ist die Nachstellung,

- wenn der Täter beharrlich d. h. wiederholt aus Missachtung des entgegenstehenden Willens oder aus Gleichgültigkeit gegenüber den Wünschen des Opfers in der Absicht handelt, sich auch in Zukunft entsprechend zu verhalten und
- die Lebensgestaltung des Opfers schwerwiegend beeinträchtigt, indem es zu einem Verhalten veranlasst wird, das es ohne Zutun des Täters nicht gezeigt hätte und das zu gravierenden, ernst zu nehmenden Folgen führt, die über durchschnittliche, regelmäßig hinzunehmende Beeinträchtigungen der Lebensgestaltung erheblich und objektivierbar hinausgehen (*Bundesgerichtshof, Urteil vom 16.08.2016 - 4 StR 197/16*).

Neue Rechts- und Verwaltungsvorschriften

Bundesgesetzblatt I (BGBl. I)

(www.gesetze-im-internet.de)

Gesetz zur Weiterentwicklung des Teilzeitrechts - Einführung einer Brückenteilzeit.....	2018, 2384
Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG).....	2018, 2394
Gesetz zur Stärkung des Rechts des Angeklagten auf Anwesenheit in der Verhandlung	2018, 2571
Gesetz zur Schaffung neuer Teilhabechancen für Langzeitarbeitslose auf dem allgemeinen und sozialen Arbeitsmarkt	2018, 2583
Gesetz zur Stärkung der Chancen für Qualifizierung und für mehr Schutz in der Arbeitslosenversicherung.....	2018, 2651
Gesetz zur Ergänzung der Regelungen über die zulässige Miethöhe bei Mietbeginn und zur Anpassung der Regelungen über die Modernisierung der Mietsache	2018, 2648
Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung.....	2018, 2696

Gesetz- und Verordnungsblatt NRW

(www.recht.nrw.de)

Gesetz zur Stärkung der Sicherheit in Nordrhein-Westfalen - Sechstes Gesetz zur Änderung des Polizeigesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen.....	2018, 684
---	-----------

Anspruch des Betreuers auf jederzeitigen Zutritt zum Zimmer der Bewohnerin in der Pflegeeinrichtung

❶ Amtsgericht Mettmann, Urteil vom 20.02.2017 - 22 C 181/16

❷ Landgericht Wuppertal, Beschluss vom 12.06.2017 - 8 S 17/17

Die Klägerin ist stationär in der von der Beklagten betriebenen Pflegeeinrichtung Diakoniezentrum untergebracht. Sie steht aufgrund einer dementiellen Erkrankung unter Betreuung, unter anderem mit dem Aufgabenkreis „Vertretung gegenüber Behörden, Versorgungsträgern und Heimen“. Betreuerin ist ihre Tochter.

Am 25.02.2009 schlossen die Parteien einen Heimvertrag über Unterbringung und vollstationäre Pflege.

Die Klägerin ist schwer an Demenz erkrankt und reagierte wiederholt aggressiv auf pflegerische Maßnahmen.

Die Pflegeplanung fand ohne Mitwirkung der Klägerin oder ihrer Betreuerin statt. Eine schriftliche Erklärung der Betreuerin, in der sie unter anderem die Vornahme lebensverlängernder Maßnahmen bei der Klägerin ablehnt wurde, wurde von der Beklagten in den im Wohnbereich befindlichen Bewohnerordner aufgenommen.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen,

1. der Betreuerin der Klägerin ein Mitwirkungs- und Beteiligungsrecht bei der Pflegeplanung für die Klägerin bei den regelmäßigen Evaluationsterminen und vor beabsichtigten Änderungen in der Pflegeplanung und von Pflegeaufträgen sowie bei der Erstellung der verbindlichen Pflegeplanung und von Pflegeaufträgen einzuräumen.
2. der Betreuerin der Klägerin jederzeit und ausnahmslos Zutritt zur Klägerin und deren Zimmer zu gewähren.
3. das an der Zimmertür der Klägerin in der Pflegeeinrichtung Diakoniezentrum Monheim angebrachte Schild für Zutrittsverbote „Bitte nicht eintreten. Wir befinden uns in einer Pflege-/Betreuungssituation“ dauerhaft entfernt zu lassen.
4. die Erklärung über lebensverlängernde Maßnahmen deutlich sichtbar in die Pflegedokumentation der Antragstellerin, bei den persönlichen Daten und in den AEDL-Kriterien aufzunehmen.

Das Amtsgericht hat die Beklagte gemäß dem Antrag zu 1) zur Beteiligung der Betreuerin an der Pflegeplanung verurteilt und im Übrigen die Klage abgewiesen. Das Landgericht hat das Urteil des Amtsgerichts bestätigt:

1. Die Bewohnerin einer Pflegeeinrichtung kann grundsätzlich selbst bestimmen, wer sie besuchen darf und wer nicht. Sie hat aber keinen Anspruch darauf, dass der Besuch sich zeitlich uneingeschränkt und ohne Rücksicht auf zur Aufrechterhaltung des Pflege- und Betreuungsbetriebes der Einrichtung notwendige Maßnahmen in ihrem Zimmer aufhält; denn die Einrichtungsleitung kann Besuche ganz oder teilweise untersagen, wenn dies

unerlässlich ist, um eine unzumutbare Beeinträchtigung der Interessen von Nutzerinnen und Nutzern oder des Betriebes der Einrichtung abzuwenden (§ 19 Abs. 2 WTG NRW).

2. Der Betreuerin einer Bewohnerin steht zur Ausübung ihrer Betreuerpflichten ein umfassendes Besuchsrecht zu, das über das Besuchsrecht naher Angehöriger hinausgeht. Umfasst der Aufgabenkreis einer Betreuerin die Bestimmung des Aufenthaltes, die Gesundheitsfürsorge und die Vertretung gegenüber Heimen, darf sie in der Regel auch bei Pflege- und Betreuungsmaßnahmen anwesend sein.
3. Auch das umfassende Besuchs- bzw. Aufenthaltsrecht einer Betreuerin findet seine Grenzen in der Wahrung der Intimsphäre des pflegebedürftigen Menschen und der Interessen von Nutzerinnen und Nutzern sowie des Betriebes der Einrichtung. Besteht kein konkreter Anlass zu Beanstandungen, hat die Betreuerin kein Recht auf Beobachtung und Überwachung der pflegenden Mitarbeiter.
4. Soweit ein triftiger Grund vorliegt, hat der Betreiber eines Alten- oder Pflegeheims das Recht, Dritten den Zugang zu der Einrichtung oder einzelnen Räumlichkeiten zu verweigern. Als triftiger Grund in diesem Sinne gilt insbesondere die im Interesse der Heimbewohner liegende Sicherstellung der ordnungsgemäßen und ungestörten Durchführung von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen.
5. Es ist zur Wahrung der Intimsphäre eines pflegebedürftigen Menschen oder zur Gewährleistung der bestmöglichen Durchführung bestimmter Pflegemaßnahmen durch das hierfür zuständige Pflegepersonal geboten, die Anzahl der anwesenden Personen auf ein Minimum zu begrenzen.
6. Eine Heimbewohnerin hat keinen Anspruch auf Aufnahme einer Erklärung über lebensverlängernde Maßnahmen und gesundheitliche Vorsorge in die von der Pflegeeinrichtung geführte Pflegedokumentation. Diese muss sich nach § 10 WTG-NRW auf die tatsächliche Art der Nutzung, die Betreuung der Nutzerinnen und Nutzer einschließlich deren Versorgung mit Arzneimitteln und der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, die Umsetzung von Konzepten, insbesondere zur Teilhabeförderung und Gewaltprävention, und die Verwaltung von Geldern erstrecken.

Die Heimbewohnerin oder die Betreuerin kann die Erklärung zur Gesundheitsvorsorge an einer gut sichtbaren Stelle im Zimmer hinterlegen oder aufhängen, um hierdurch das eingesetzte Pflegepersonal für die Wünsche der Heimbewohnerin bzw. ihrer Betreuerin im Notfall zu sensibilisieren.

Krankenversicherung: Übernahme der Fahrkosten durch die Krankenkasse

Für kranke Menschen mit niedrigem Einkommen bzw. Eltern wiederholt kranker Kinder können die Fahrkosten, die bei medizinischen Behandlungen unvermeidbar entstehen, zu unzumutbaren Belastungen führen. Menschen mit durchschnittlichen Einkommen werden besonders stark belastet, wenn der Behandlungsort weiter entfernt ist und sie ständig ein Taxi benutzen müssen, um ihn zu erreichen.

Fahrkosten des Versicherten werden nur dann von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen, wenn diese im Zusammenhang mit einer anderen Kassenleistung erforderlich werden. Rechtsgrundlage für die Übernahmen ist § 60 SGB V. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat rechtsverbindliche Regelungen in der Krankentransport-Richtlinie zusammengefasst.¹

Die gesetzliche Regelung gilt nicht für den Transport von Eigenblut oder Körperbestandteilen zu einer medizinisch notwendigen Behandlung.²

1. Fahrkosten zur stationären und teilstationären Behandlung

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die **Fahrkosten**, wenn diese im Zusammenhang mit einer vollstationären oder teilstationären Leistung erforderlich werden.

Stationäre Behandlungen sind die

- stationäre Krankenhausbehandlung,
- die stationären medizinischen Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V),
- die stationären medizinischen Vorsorgen für Mütter und Väter (§ 24 SGB V),
- die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V,
- die stationäre Hospizversorgung nach § 39a SGB V (nur Kosten, die bei der Aufnahme und evtl. Entlassung entstehen).

Eine teilstationäre Krankenhausbehandlung ist eine besondere Form der stationären Behandlung. Daher werden auch die Fahrkosten zu einer teilstationären Behandlung übernommen.

2. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung

Die Erstattung von Fahrkosten zur ambulanten Behandlung ist grundsätzlich ausgeschlossen. Jedoch haben bestimmte Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf Erstattung. In anderen Fällen besteht ein Erstattungsanspruch nur, wenn der Vertragsarzt die Fahrt verordnet und die Krankenkasse sie vorher genehmigt hat.

Im Rahmen einer Dauerbehandlung können alle im Rahmen einer konkreten Behandlungsmaßnahme notwendigen Fahrten genehmigt werden.³

1 www.g-ba.de/downloads/62-492-1495/KT-RL_2017-09-21_iK-2017-12-23.pdf

2 Landessozialgericht NRW, Urteil vom 22. November 2012, L 5 KR 715/11; Landessozialgericht Hessen, 08.11.2018 - L 1 KR 240/18.

3 Landessozialgericht Hessen, 16.02.2012 - L 8 KR 243/11, Rn 56.

2.1 Übernahme der Fahrkosten ohne vorherige Zustimmung der Krankenkasse

Versicherte haben nicht selten unrichtige Vorstellungen von der Leistungspflicht der Krankenkasse. Sie müssen evtl. erhebliche Kosten tragen, wenn sie Fahrten veranlassen bzw. unternehmen, für die eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht besteht.

Beispiel: Ein Bezieher von Sozialhilfe fordert einen Rettungswagen für seine Frau an, die sich einen Damen gequetscht hat. Den verblüfften Rettungssanitätern erklärt er, er habe kein Geld für ein Taxi gehabt.

2.1.1 Dauerhaft in ihrer Mobilität beeinträchtigte Versicherte

Der Versicherte hat bei vorheriger Verordnung durch den Vertragsarzt Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten ohne vorherige Zustimmung der Krankenkasse, wenn er dauerhaft in seiner Mobilität beeinträchtigt ist und

- einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (Blindheit) oder „H“ (Hilflosigkeit) besitzt,
- in den Pflegegrad 3 eingestuft und zusätzlich dauerhaft in seiner Mobilität beeinträchtigt ist,
- in den Pflegegrad 4 oder 5 eingestuft ist,
- in der Zeit bis 31.12.2016 in die Pflegestufe II eingestuft war und ab dem 01.01.2017 mindestens in den Pflegegrad 3 überführt wurde,
- vergleichbar in seiner Mobilität eingeschränkt ist, wenn die Behandlung über einen längeren Zeitraum - mindestens sechs Monate - andauert.

2.1.2 Nicht dauerhaft in ihrer Mobilität beeinträchtigte Versicherte

Außerdem kommt eine Übernahme der Fahrkosten durch die Krankenkasse in Betracht für Versicherte, die **nicht dauerhaft in ihrer Mobilität beeinträchtigt** sind. Vertragsärzte/Vertragszahnärzte müssen bei der Verordnung von Fahrkosten einerseits die **zwingende medizinische Notwendigkeit** angesichts des Gesundheitszustandes sowie der Gehfähigkeit des Versicherten und andererseits das **Wirtschaftlichkeitsgebot** beachten. Eine zwingende medizinische Notwendigkeit setzt voraus (§ 8 Abs. 2 der Krankentransport-Richtlinie), dass

- eine **Grunderkrankung** mit einem **festen Therapieschema** vorliegt.
- eine **hohe Behandlungsfrequenz** über einen **längeren Zeitraum** erforderlich ist. Dies ist der Fall, wenn das Therapiekonzept eine mindestens zwei Mal wöchentliche Behandlung vorsieht und die Behandlung sich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt.

Beispiel: Der Versicherte hat nach einer Nierentransplantation keinen Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten für bis zu 18 Fahrten jährlich zu ganztägigen Kontrolluntersuchungen in einem Transplantationszentrum.⁴

- die Behandlung bzw. der Krankheitsverlauf den Patienten so stark beeinträchtigt, dass zur **Vermeidung von Schaden an Leib und Leben** eine Beförderung unerlässlich ist.

⁴ Bundessozialgericht, Urteil vom 13.12.2016, B 1 KR 2/16 R;
Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Urteil vom 17.12.2015 - L 6 KR 31/13.

Für Fahrten zur ambulanten Dialyse, zur onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie wird das Vorliegen dieser Voraussetzungen ausdrücklich anerkannt. Aber auch zu weiteren Behandlungen kann eine Kostenübernahme erfolgen, sofern es sich um vergleichbare Fälle handelt. Liegt ein solcher zwingender medizinischer Grund nicht vor, z. B. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, ist die Verordnung unzulässig (§ 3 Abs. 1 Satz 3 Krankentransport-Richtlinie).

2.1.3 Nicht planbare Behandlungen

Bei nicht planbaren Behandlungen (beispielsweise bei Notfällen) müssen die Krankenkassen auf die vorherige Genehmigung verzichten, wenn dies nur aus rein formellen Gründen erfolgen würde und mit weiteren Fahrten nicht zu rechnen ist. Im Verordnungsvordruck ist von den Ärzten bei nicht planbaren Fahrten daher der Satz „Keine Genehmigungsmöglichkeit gemäß KPRiLi“ einzutragen.

3. Gesetzliche Zuzahlung

Der Versicherte hat für jede Fahrt eine Zuzahlung in Höhe von 10 v. H., aber mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro zu leisten, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten der Fahrt.

Die Zuzahlung ist durch die Einbeziehung in die sogenannte **Überforderungsklausel** sozial abgefedert. Die Belastung des Versicherten mit Zuzahlungen ist insgesamt auf 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt beschränkt. Vom Bruttoeinkommen werden Freibeträge für Ehegatten sowie für Kinder abgezogen, sodass die Lasten für Familien gemindert werden.

Bei **chronisch Kranken** ist diese Belastungsgrenze auf einen Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt reduziert.

Die chronische Erkrankung wird durch Bescheinigung des Arztes nachgewiesen (Formular ist bei der Krankenkasse erhältlich). Mit der Bescheinigung ist auch nachzuweisen, dass der Erkrankte sich „therapiegerecht“ verhalten hat (§ 62 Abs. 1 Satz 3 SGB V).

Für **Empfänger von Sozialhilfe, ergänzender Hilfe nach dem Bundesversorgungsgesetz oder von Grundsicherung für Arbeitssuchende** (Hartz IV) oder Pflegegeld nach einem Landesgesetz bemessen sich die Zuzahlungen für den gesamten Familienverband bzw. den Heimbewohner maximal nach dem Regelsatz der Bedarfsstufe 1 (2019: monatlich 424 Euro = jährlich 5.088 Euro). Die Belastungsgrenze liegt somit bei 50,88 Euro jährlich.

4. Höhe der Erstattung

Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten nur bis zur nächstgelegenen Behandlungsstätte (Arzt, Krankenhaus etc.) und nur für das Beförderungsmittel, das zwingend medizinisch erforderlich ist und auch nur für die durch Bestätigung des Arztes oder Krankenhauses nachgewiesenen Behandlungstermine.

4.1 Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Der Versicherte hat Fahrkarten oder Fahrscheine im Original vorzulegen. Fahrpreismäßigungen

(z. B. Rückfahrkarten, Wochen- oder Monatskarten) hat er zu nutzen.

Bei Anspruch auf unentgeltliche Beförderung nach dem SGB IX entfällt die Erstattung der Fahrkosten.

4.2 Benutzung eines privaten PKW

Erstattet werden die Fahrkosten für den kürzesten Weg vom Wohnort zur nächstgelegenen Behandlungsstätte und zurück mit 0,20 Euro pro Kilometer.

Ist die medizinische Notwendigkeit für die Benutzung des PKW ärztlich nicht bescheinigt, wird die Erstattung auf die Kosten öffentlicher Verkehrsmittel begrenzt.

4.3 Benutzung eines Taxi/Mietwagen

Die Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder einem Taxi ist zulässig bei Fahrten zu Leistungen, die **stationär erbracht** werden und bei Fahrten zu einer **vor- bzw. nachstationären Behandlung** oder einer **ambulanten Operation**, wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen an sich gebotene vollstationäre bzw. teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann.

Die Abrechnung erfolgt durch den Taxi- oder Mietwagenunternehmer, wenn dieser Vertragspartner der Krankenkasse ist.

Ist das Taxi- oder Mietwagenunternehmen kein Vertragspartner, sind einzureichen

- die ärztliche Verordnung einer Krankenförderung für jede Fahrt und
- die Quittung des Taxi-/Mietwagenunternehmens. Sie muss auf den Namen des Versicherten ausgestellt sein und Angaben zum Ausgangs- und Zielort enthalten.

📌 **Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen Urteil vom 27.11.2018 - L 1 KR 110/17**

Teilhabechancengesetz: Förderung der Eingliederung Langzeitarbeitsloser

Am 1. Januar 2019 ist das Teilhabechancengesetz in Kraft getreten, das Langzeitarbeitslosen neue Teilhabechancen auf dem allgemeinen und sozialen Arbeitsmarkt bietet.

Die **Beschäftigungsfähigkeit** Langzeitarbeitsloser soll durch intensive Betreuung, individuelle Beratung und wirksame Förderung verbessert werden. Hohe Lohnkostenzuschüsse sollen Dienstgeber/Arbeitgeber dazu bringen, Langzeitarbeitslose zu beschäftigen und ihnen dadurch mehr **soziale Teilhabe** auf dem allgemeinen und sozialen Arbeitsmarkt ermöglichen.

Dienstgeber/Arbeitgeber können über die neuen Regelinstrumente mit Lohnkostenzuschüssen gefördert werden, wenn sie sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse mit langzeitarbeitslosen Menschen abschließen.

In das Zweite Buch Sozialgesetzbuch werden zwei neue Förderinstrumente aufgenommen:

- § 16e SGB II - „Eingliederung von Langzeitarbeitslosen“
- § 16i SGB II - „Teilhabe am Arbeitsmarkt“

Die Beschäftigungsfähigkeit der betroffenen Menschen soll durch intensive Betreuung, individuelle Beratung und wirksame Förderung durch Lohnkostenzuschüsse verbessert werden.

Allgemeine Förderung der Eingliederung von Langzeitarbeitslosen – § 16e SGB II

Die nicht nur geringfügige Beschäftigung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, die **seit mindestens zwei Jahren arbeitslos** sind, kann nach § 16e SGB II durch Zuschüsse zum Arbeitsentgelt gefördert werden, wenn ein Arbeitsverhältnis für die Dauer von mindestens zwei Jahren begründet wird.

Der Zuschuss beträgt im ersten Jahr des Arbeitsverhältnisses 75 Prozent des zu berücksichtigenden Arbeitsentgelts und im zweiten Jahr des Arbeitsverhältnisses 50 Prozent des zu berücksichtigenden Arbeitsentgelts.

Zu berücksichtigen ist nicht der gesetzliche Mindestlohn, sondern das vom Arbeitgeber regelmäßig gezahlte Arbeitsentgelt, soweit es das tarifliche Arbeitsentgelt oder, wenn eine tarifliche Regelung nicht besteht, das für vergleichbare Tätigkeiten ortsübliche Arbeitsentgelt nicht übersteigt und soweit es die Beitragsbemessungsgrenze in der Arbeitsförderung nicht überschreitet, sowie der pauschalierte Anteil des Arbeitgebers am Gesamtsozialversicherungsbeitrag abzüglich des Beitrags zur Arbeitsförderung. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist nicht zu berücksichtigen (§ 16e Abs. 2 Satz 3 und 4 SGB II).

In den ersten sechs Monaten der Beschäftigung hat der Arbeitgeber die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer in angemessenem Umfang für eine ganzheitliche beschäftigungsbegleitende Betreuung unter Fortzahlung des Arbeitsentgelts freizustellen.

Besondere Förderung der Eingliederung vom Jobcenter zugewiesener Leistungsberechtigter – § 16i SGB II

Die Begründung eines Arbeitsverhältnisses mit einem **vom Jobcenter zugewiesenen erwerbsfähigen Leistungsberechtigten** kann durch Zuschüsse zum Arbeitsentgelt gefördert werden, wenn die erwerbsfähige leistungsberechtigte Person

- das 25. Lebensjahr vollendet hat,
- für insgesamt **mindestens sechs Jahre innerhalb der letzten sieben Jahre Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts** nach diesem Buch erhalten hat oder
- **in den letzten fünf Jahren** Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach diesem Buch erhalten hat, wenn sie **in einer Bedarfsgemeinschaft mit mindestens einem minderjährigen Kind lebt oder schwerbehindert** ist.
- in dieser Zeit nicht oder nur kurzzeitig sozialversicherungspflichtig, geringfügig beschäftigt oder selbständig tätig war und
- Zuschüsse an Arbeitgeber nach Absatz 1 noch nicht für eine Dauer von fünf Jahren erbracht worden sind.

Die **Einsatzfelder** werden von der Agentur für Arbeit jährlich in Abstimmung mit den örtlichen Sozialpartnern festgelegt.

Der **Zuschuss** beträgt in den ersten beiden Jahren des Arbeitsverhältnisses **100 Prozent** und verringert sich in den folgenden drei Jahren jeweils um 10% des vom Dienstgebers nach den AVR zu zahlenden Arbeitsentgelts zuzüglich des auf dieser Basis berechneten pauschalierten Anteils des Arbeitgebers am Gesamtsozialversicherungsbeitrag abzüglich des Beitrags zur Arbeitsförderung.

Ist der Arbeitgeber nach einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung zur Zahlung eines höheren Arbeitsentgelts verpflichtet, bemisst sich der Zuschuss nach Satz 1 auf Grundlage des für die vereinbarte Arbeitszeit zu zahlenden Arbeitsentgelts.

Die **Befristung eines Arbeitsvertrages** mit einer zugewiesenen erwerbsfähigen leistungsberechtigten Person ist bis zu einer Dauer von fünf Jahren zulässig. Bis zu der Gesamtdauer von fünf Jahren ist auch die höchstens einmalige Verlängerung des Arbeitsvertrages zulässig (§ 16i Abs. 8 SGB II).

Eine **Rückzahlung** eines geleisteten Lohnkostenzuschusses bei vorzeitiger Beendigung sieht § 16i SGB II nicht vor.

- ❗ **Zu weiteren Einzelheiten der gesetzlichen Regelung im SGB II: www.gesetze-im-internet.de oder www.bmas.de über „Schwerpunkte“ → „Sozialer Arbeitsmarkt“**

Qualifizierungschancengesetz: Qualifizierung für eine künftige andere Tätigkeit

Das Qualifizierungschancengesetz ist am 1. Januar 2019 in Kraft getreten.

Das Gesetz soll „dazu beitragen, frühzeitig und präventiv die Beschäftigungsfähigkeit der oder des Einzelnen zu verbessern, präventiv dem Eintritt und der Verfestigung von Arbeitslosigkeit entgegenzuwirken sowie Anpassungs- und Qualifizierungsbedarfe dem Betrieb transparent zu machen.“

In caritativen Einrichtungen könnten die Fördermöglichkeiten insbesondere für Mitarbeiter in Tätigkeiten genutzt werden, bei denen eine alters- oder krankheitsbedingte Leistungsminderung bereits eingetreten bzw. zu erwarten ist.

Eine volle oder teilweise Übernahme der Weiterbildungskosten durch die Arbeitsagentur setzt nach § 82 SGB III voraus, dass

1. Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, die über ausschließlich arbeitsplatzbezogene kurzfristige Anpassungsfortbildungen hinausgehen,
2. der Erwerb des Berufsabschlusses, für den nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften eine Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren festgelegt ist, in der Regel mindestens vier Jahre zurückliegt,
3. die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer in den letzten vier Jahren vor Antragsstellung nicht an einer nach dieser Vorschrift geförderten beruflichen Weiterbildung teilgenommen hat,
4. die Maßnahme außerhalb des Betriebes oder von einem zugelassenen Träger im Betrieb, dem sie angehören, durchgeführt wird und mehr als 160 Stunden dauert,
5. die Maßnahme und der Träger der Maßnahme für die Förderung zugelassen sind.

Der Dienstgeber hat sich in angemessenem Umfang an den Lehrgangskosten zu beteiligen: Bei Unternehmen zwischen zehn und 250 Beschäftigten in Höhe von mindestens 50 Prozent der Kosten, bei 250 bis 2500 Beschäftigten mindestens 75 Prozent der Kosten und bei 2500 Mitarbeitern oder mehr mindestens 85 Prozent.

Beratungspflicht des Sozialhilfeträgers bei deutlich erkennbarem Beratungsbedarf

📌 Bundesgerichtshof, Urteil vom 02.08.2018 - III ZR 466/16

Der Kläger, der schwerbehindert ist, verlangt vom beklagten Sozialhilfeträger Schadensersatz in Höhe von mehr als 50.000 Euro wegen Amtspflichtverletzung durch fehlerhafte Beratung (§ 14 SGB I; § 839 Abs. 1 Satz 1 BGB in Verbindung mit Art. 34 Satz 1 GG).

Der 1984 geborene Kläger ist schwerbehindert. Er besuchte vom 1. August 1991 bis zum 31. Juli 2002 eine Förderschule für geistig Behinderte. Anschließend nahm er vom 2. September 2002 bis zum 27. September 2004 in einer Werkstatt für behinderte Menschen an berufsbildenden Maßnahmen teil. Da es ihm in der Folgezeit nicht möglich war, ein seinen Lebensbedarf deckendes Erwerbseinkommen zu erzielen, beantragte seine zur Betreuerin bestellte Mutter im Dezember 2004 bei dem Landratsamt laufende Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII.

Nachdem die Mutter des Klägers im Jahr 2011 von einer (neuen) Sachbearbeiterin des Landratsamts des Beklagten erstmals darüber informiert worden war, dass der Kläger einen Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung habe, bewilligte die Deutsche Rentenversicherung Bund auf entsprechenden Antrag des Klägers eine monatliche Erwerbsunfähigkeitsrente mit Wirkung ab 1. August 2011. In dem Rentenbescheid wurde unter anderem festgestellt, dass die Anspruchsvoraussetzungen bereits seit dem 10. November 2004 erfüllt seien.

Der Kläger verlangt Schadensersatz in Höhe der Differenz zwischen der vom 10. November 2004 bis 31. Juli 2011 gewährten Grundsicherung und der ihm in diesem Zeitraum bei rechtzeitiger Antragstellung zustehenden Rente wegen voller Erwerbsminderung. Er hat vorgetragen, der geltend gemachte Differenzschaden wäre nicht eingetreten, wenn die Bediensteten des Beklagten ihn beziehungsweise seine Betreuerin bereits im Jahr 2004 auf die Möglichkeit des Rentenbezugs hingewiesen hätte.

Er hat Zahlungsklage erhoben. Der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshof hat das Urteil des Oberlandesgerichts, das die Klage abgewiesen hatte, aufgehoben und die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen. Das Oberlandesgericht ist bei seiner Entscheidung an die folgenden Grundsätze gebunden:

1. Im Sozialrecht bestehen für die Sozialleistungsträger **besondere Beratungs- und Betreuungspflichten**. Eine umfassende Beratung des Versicherten ist die Grundlage für das Funktionieren des immer komplizierter werdenden sozialen Leistungssystems.
2. Der Sachbearbeiter eines Sozialleistungsträgers darf sich nicht darauf beschränken, Fragen des Versicherten zu beantworten und ihn nur dann zu beraten, wenn er darum bittet. Er muss stets prüfen, ob Anlass besteht, den Versicherten auch von Amts wegen auf Gestaltungsmöglichkeiten oder Nachteile hinzuweisen, die sich mit seinem Anliegen verbinden.
3. Die Beratungspflicht ist nicht auf die Normen beschränkt, die der betreffende Sozialleistungsträger anzuwenden hat, weil der Versicherte wegen der Kompliziertheit des Sozialrechts und der Verzahnung seiner Regelungen bei den verschiedenen versicherten Risiken in der Regel nicht über die Sachkunde verfügt, seine Leistungsansprüche zu erkennen.

4. Ist anlässlich eines Kontakts des Bürgers mit einem anderen Sozialleistungsträger für diesen ein zwingender rentenversicherungsrechtlicher Beratungsbedarf eindeutig erkennbar, so besteht für den aktuell angegangenen Leistungsträger auch ohne einen entsprechenden Beratungswunsch zumindest die Pflicht, dem Bürger nahezu legen, sich (auch) von dem Rentenversicherungsträger beraten zu lassen (vgl. § 2 Abs. 2 Halbsatz 2, § 17 Abs. 1 SGB I).
5. Ein dringender Beratungsbedarf in einer wichtigen rentenversicherungsrechtlichen Frage ist für den Sachbearbeiter eines Sozialamts erkennbar, wenn ein Antragsteller einige Jahre in einer Werkstatt für behinderte Menschen versicherungspflichtig beschäftigt war, weil dann bereits vor Erreichen der Regelaltersgrenze ein gesetzlicher Rentenanspruch wegen Erwerbsunfähigkeit bestehen kann. Deshalb war ein Hinweis auf die Notwendigkeit einer Beratung durch den zuständigen Träger der Rentenversicherung geboten (§ 11 Abs. 2 Satz 3 SGB XII).

Anmerkung: Das Urteil hat Bedeutung für alle Sozialleistungsträger. Aus ihm lässt sich ableiten, dass ein Schadensersatzanspruch immer dann bestehen kann, wenn ein Sachbearbeiter einen Antragsteller pflichtwidrig nicht auf eine andere Sozialleistung hingewiesen hat.

Eine schuldhafte Pflichtwidrigkeit im Sinne der Vorschrift ist nicht nur anzunehmen, wenn dem Sachbearbeiter ein persönliches Verschulden vorgeworfen werden kann; denn die Rechtsprechung stellt darauf ab, ob ein „pflichtgetreuer“ Durchschnittssachbearbeiter auf die andere Anspruchsmöglichkeit bzw. die Notwendigkeit einer Beratung bei dem anderen Sozialleistungsträger hingewiesen hätte.

Die **regelmäßige Verjährungsfrist** von drei Jahren beginnt nach §§ 195, 199 Abs. 1 BGB mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

Leistungspflicht der Rehabilitationsträger wegen Untätigkeit

Rehabilitationsträger sind verpflichtet, über einen Antrag eines Leistungsberechtigten auf Leistungen zur Teilhabe innerhalb bestimmter Fristen zu entscheiden (§ 18 SGB IX).

1. Anwendungsbereich der Vorschrift

Die Regelungen über die Kostenerstattung wegen nicht fristgerechter Entscheidung über den Leistungsantrag gelten für alle Rehabilitationsträger mit Ausnahme der Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegssopferfürsorge (§ 18 Abs. 7 SGB IX).

Die Regelungen über die Kostenerstattung nach Selbstbeschaffung wegen **Unaufschiebbarkeit oder unrichtiger Ablehnung** einer Leistung gelten gegenüber allen Rehabilitationsträgern (§ 18 Abs. 6 SGB IX).

2. Entscheidungsfrist und Mitteilungspflicht des Reha-Trägers

Der Reha-Träger hat grundsätzlich **innerhalb von zwei Monaten** über einen Antrag auf Teilhabeleistungen zu entscheiden (§ 18 Abs. 1 SGB IX).

Ist ihm das nicht möglich, hat er den Leistungsberechtigten über die Gründe und den genauen Tag, bis zu dem entschieden wird, schriftlich zu informieren.

Eine Fristverlängerung ist nur bei fehlender Mitwirkung des Leistungsberechtigten sowie für höchstens vier Wochen zulässig, wenn ein Sachverständiger die Notwendigkeit für die Begutachtung schriftlich bestätigt (§ 18 Abs. 2 SGB IX).

3. Genehmigungsfiktion

Erfolgt keine begründete Mitteilung während der Frist oder ist der in einer Mitteilung bestimmte Zeitpunkt abgelaufen, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 18 Abs. 3 SGB IX).

4. Anspruch auf Erstattung

Der Leistungsberechtigte hat Anspruch auf Erstattung seiner Aufwendungen, wenn er sich eine als genehmigt geltende Leistung selbst beschafft (§ 18 Abs. 4 SGB IX).

Der Erstattungsanspruch besteht nach § 18 Abs. 5 SGB IX allerdings nicht

- wenn und soweit kein Anspruch auf die selbstbeschaffte Leistungen bestanden hätte und
- die Leistungsberechtigten dies wussten oder infolge grober Außerachtlassung der allgemeinen Sorgfalt nicht wussten.

Im Ergebnis besteht die Erstattungspflicht in aller Regel auch dann, wenn ein Rechtsanspruch auf die beantragte Leistung nicht besteht. Ausgeschlossen ist sie nur bei Leistungen, die offensichtlich rechtswidrig sind.⁵

📌 Zu weiteren Erläuterungen siehe den Beitrag auf der Homepage

⁵ So auch: Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zum SGB IX, Seite 57.