

Praxisinfo

Therapie statt Strafe § 35 BtMG Situation und Arbeitshilfe für die Praxis

I. Situation

Wegen einer Straftat nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verurteilte, drogenabhängige Personen, können von einem Freiheitsentzug zurückgestellt werden, wenn diese Straftäter sich wegen ihrer Suchtmittelabhängigkeit in einer geeigneten und anerkannten Einrichtung behandeln lassen (§ 35 Absatz 1 BtMG). Staatsanwaltschaft und Gericht stimmen dieser Behandlungsphase bei gleichzeitiger Unterbrechung der Strafvollstreckung in der JVA aber nur dann zu, wenn ein Sozialleistungsträger eine Deckungszusage in Bezug auf die Übernahme der Behandlungskosten und die Bewilligung von existenzsichernden Leistungen ausgefertigt hat.

Als Träger für notwendige Maßnahmenkosten kommen hier in erster Linie in Frage:

- Die **Träger der gesetzlichen Krankenversicherung** (§ 4 Absatz 1 und 2 Sozialgesetzbuch V (SGB) in Verbindung mit den §§ 5 Nr. 1 und 6 Absatz 1 Nr. 1 SGB IX) haben eine Zuständigkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V bei familienmitversicherten Personen (§ 10 SGB V) sowie bei Mitgliedern der Krankenversicherung der Rentner (§ 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V) oder freiwillig versicherten Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen, jeweils ab dem Tag der Antragstellung auf eine Erwerbsminderungs-, Hinterbliebenen- oder Altersrente (§ 186 Absatz 9 SGB V).
- Die **Träger der gesetzlichen Rentenversicherung** (Deutsche Rentenversicherung Bund bzw. Land nach den § 5 Nr. 1 und § 6 Absatz 1 Nr. 4 SGB IX) haben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 9 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 15 SGB VI bei nach den §§ 1 bis 4 SGB VI versicherungspflichtigen Personen, sofern Rehabilitationsfähigkeit gemäß § 10 Absatz 1 Nr. 1 und Nr. 2a) bzw. b) SGB VI besteht, und Antragsteller/innen die in § 11 Absatz 1, 2 und 3 SGB VI im Einzelnen normierten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (insbesondere die vorgeschriebenen Vorversicherungszeiten) erfüllt haben.
- Die **Sozialhilfeträger als Träger der Eingliederungshilfe** nach den §§ 5 Nr. 1 und 6 Absatz 1 Nr. 7 SGB IX in Verbindung mit den §§ 90 ff. und 109 ff. SGB IX, sofern die erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht von einem der Sozialhilfe vorgelagerten Träger bewilligt werden (§ 2 Absatz 1 SGB XII in Verbindung mit § 91 Absatz 1 SGB IX).

Das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG)

Das BSG stellte mit Urteil vom 05.08.2021 (B 4 AS 58/20.R) klar, dass in Fällen nach § 35 BtMG, in denen von einer Behandlungsdauer von länger als sechs Monaten auszugehen ist, der Leistungsausschluss gemäß § 7 Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB II greift:

Das Jobcenter darf bei diesen Gegebenheiten keinen Regelbedarf nach § 20 SGB II und weitere Leistungen entsprechend dem SGB II gewähren. Die von dieser Ablehnung betroffenen Personen haben sich bei Bedürftigkeit wegen der Gewährung von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach den §§ 27 ff. SGB XII an das zuständige Sozialamt zu wenden.

Diese Rechtsprechung wird von Krankenversicherungsträgern in der Weise interpretiert, dass gesetzliche Krankenkassen – trotz einer weiterhin bestehenden Mitgliedschaft – hier ebenfalls keine Zuständigkeit für die Übernahme notwendiger Kosten für Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V hätten, und dies trotz der Tatsache, dass bei einer Inanspruchnahme einer stationär entsprechend § 35 BtMG in Anspruch genommenen Rehabilitationsbehandlung die aus § 16 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V hervorgehende Ruhensvorschrift („Ruhens des Anspruchs“) nicht greift: Dies ist nur z. B. bei Untersuchungs- und Strafgefangenen sowie im Maßregelvollzug nach den §§ 61 ff. Strafgesetzbuch (StGB) sich befindenden Personen der Fall, „soweit die Versicherten als Gefangene Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem StVollzG haben oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhalten“.

Die Entscheidungspraxis, diese „Erweiterung“ der Rechtsprechung des BSG auch auf Fälle gemäß § 35 BtMG, ist als rechtswidrig einzustufen und gegen entsprechende Verwaltungsakte mit den betroffenen Personen zusammen sofort Widerspruch zu erheben.

II. Arbeitshilfe für die Praxis

Was tun, wenn der Krankenversicherungsträger die Übernahme von Maßnahmenkosten ablehnt?

1. Prüfen: Besteht noch eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse?

Sollte dies vollkommen unstrittig der Fall sein: Sofortige Erhebung eines schriftlichen, per Einschreiben verschickten Widerspruchs gegen diese Entscheidung mit den hiervon betroffenen Personen zusammen. – Wenn die einmonatige Widerspruchsfrist bereits abgelaufen sein sollte: Abfassung eines Antrags nach § 44 Absatz 1 Satz 1 SGB X auf Überprüfung dieses Verwaltungsakts durch den Krankenversicherungsträger und Formulierung einer deutlichen, an die gesetzliche Krankenkasse gerichteten Aufforderung, im Fall der weiterhin vertretenen Unzuständigkeit, den ihrerseits für zuständig gehaltenen Sozialleistungsträger entsprechend § 16 Absatz 2 SGB I in Verbindung mit § 14 Absatz 1 Satz 2 SGB IX von diesem Leistungsfall in der gebotenen Form von Amts wegen zu informieren.

2. Vorsorglich: Einen entsprechenden Antrag auf Bewilligung stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim zuständigen Sozialhilfeträger einreichen, mit ausdrücklichem Hinweis darauf, dass der Krankenversicherungsträger sich hier pauschal für unzuständig und die Sozialhilfe für zuständig erklärt hat.

Fristen gemäß § 14 SGB IX wahren!

Die Sozialhilfeträger als Träger der Eingliederungshilfe haben bei der Bearbeitung entsprechender Anträge (wie jeder andere Rehabilitationsträger auch), die in § 14 SGB IX festgeschriebenen Fristen zur im Verfahren der Feststellung der sachlichen Zuständigkeit zu wahren, nämlich:

1. Der von Antragsteller:innen zuerst angegangene Reha-Träger muss innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang die sachliche und örtliche Zuständigkeit klären und den Antrag ggf. an den zuständigen Träger weiterleiten (§ 14 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB IX).
2. Der zuständige Träger hat nach Antragseingang unverzüglich den Rehabilitationsbedarf festzustellen und über die Leistungen zu entscheiden. Dafür hat er drei Wochen Zeit (§ 14 Absatz 2 Satz 4 SGB IX).
3. Diese Frist verlängert sich nur dann, wenn für die Feststellung des Bedarfs ein Gutachten erforderlich ist. Hier hat der solchermaßen informierte Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen dieses Gutachtens zu entscheiden (§ 14 Absatz 2 Satz 3 SGB IX).

Stand 03.03.2022