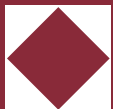


Stephanie Schöppner

Die Notwendigkeit der Konkretisierung der Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger

Ein Spannungsverhältnis zwischen individuellen
Bedürfnissen und Strukturmerkmalen



Nomos

Band 54

Schriften zum Sozialrecht

hervorgegangen aus den von Prof. Dr. Ulrich Becker begründeten
„Schriften zum deutschen und europäischen Sozialrecht“

Herausgegeben von

Prof. Dr. Peter Axer | Prof. Dr. Ulrich Becker, LL.M. | Prof. Dr. Karl-Jürgen
Bieback | Prof. Dr. Winfried Boecken | Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf |
Prof. Dr. Hermann Butzer | Prof. Dr. Ulrike Davy | Prof. Dr. Ingwer Ebsen |
Prof. Dr. Dr. h.c. Eberhard Eichenhofer | Prof. Dr. Maximilian Fuchs | Prof.
Dr. Richard Giesen | Prof. Dr. Alexander Graser | Prof. Dr. Stefan Greiner |
Prof. Dr. Andreas Hänlein | Prof. Dr. Friedhelm Hase | Prof. Dr. Timo Hebel |
Prof. Dr. Hans Michael Heinig | Prof. Dr. Stefan Huster | Prof. Dr. Gerhard Igl |
Prof. Dr. Constanze Janda | Prof. Dr. Jacob Jousen | Prof. Dr. Markus
Kaltenborn | Prof. Dr. Thorsten Kingreen | Prof. Dr. Wolfhard Kohte | Prof.
Dr. Katharina von Koppenfels-Spies | Prof. Dr. Heinrich Lang | Prof. Dr. Elmar
Mand | Prof. Dr. Johannes Münder | Prof. Dr. Katja Nebe | Prof. Dr. Ulrich Preis |
Prof. Dr. Stephan Rixen | Prof. Dr. Christian Rolfs | Prof. Dr. Reimund
Schmidt-De Caluwe | Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer | Prof. Dr. Felipe
Temming | Prof. Dr. Astrid Wallrabenstein | Prof. Dr. Raimund Waltermann |
Prof. Dr. Felix Welti

Stephanie Schöppner

Die Notwendigkeit der Konkretisierung der Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger

Ein Spannungsverhältnis zwischen individuellen
Bedürfnissen und Strukturmerkmalen



Nomos

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

Zugl.: Münster (Westf.), Univ., Diss. der Rechtswissenschaftlichen Fakultät, 2019

ISBN 978-3-8487-6186-9 (Print)

ISBN 978-3-7489-0305-5 (ePDF)

D6

1. Auflage 2020

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2020. Gedruckt in Deutschland. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Vorwort

Die vorliegende Arbeit wurde im Sommersemester 2018 von der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster als Dissertation angenommen. Literatur und Rechtsprechung konnten bis August 2018 berücksichtigt werden.

Allen voran danke ich meinem Doktorvater, Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer, für die vielfältigen Anregungen, die stete Gesprächsbereitschaft während der Entstehung der Arbeit und die schnelle Erstellung des Gutachtens.

Herrn Prof. Dr. Clemens Höpfner danke ich für die zügige Erstellung des Zweitgutachtens.

Ich danke auch Herrn Prof. Dr. Ralf Kreikebohm, der nicht nur Anregungen zur Themenfindung gab, sondern mich auch während des Entstehungsprozesses stets mit konstruktiven Anregungen unterstützte.

Meinem Bruder Christoph und meinen besten Freunden in Frankfurt und Münster danke ich für die stetige Ermutigung, welche die Fertigstellung der Arbeit ungemein erleichtert hat.

Für ihre bedingungslose Liebe und Unterstützung danke ich von Herzen, und nicht in Worte zu fassen, meinen Eltern. Ihre uneingeschränkte Förderung hat die Anfertigung dieser Arbeit erst ermöglicht. Ihnen ist dieses Buch gewidmet.

Frankfurt am Main, Januar 2020

Stephanie Schöppner

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	15
Kapitel 1: Einführung	17
§ 1 Problemaufriss	18
§ 2 Gang der Untersuchung	23
Kapitel 2: Rehabilitation in Grundzügen	25
§ 1 Rehabilitation im historischen und rechtlichen Kontext	25
A. Begrifflichkeiten und Entstehung	25
I. Begriff der Rehabilitation	25
1. Erwerbsfähigkeit	27
2. Medizinische Rehabilitation	28
3. Berufliche Rehabilitation – Teilhabe am Arbeitsleben	29
4. Soziale Teilhabe	30
II. Was bedeutet Behinderung?	31
III. Begriff der Prävention	33
IV. Historische Entwicklung der Rehabilitation	37
V. Gesetzgebung zum SGB IX	43
VI. Änderungen des SGB IX	45
B. Rehabilitationsträger und Zuständigkeit	47
§ 2 Modalitäten von Rehabilitationsleistungen	49
A. Leistungsgewährung und Leistungserbringung	50
B. Dienste und Einrichtungen	50
C. Ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungserbringung	51
D. Vorrang ambulanter Leistungserbringung?	53

Kapitel 3: Sicherstellung vs. Strukturverantwortung?	55
§ 1 Sicherstellung – Vorbemerkung	55
§ 2 Sicherstellung im engeren Sinne	55
A. Sicherstellungsauftrag im SGB V	55
I. Argumentationshilfe für das SGB IX	56
II. Grundlagen des SGB V	57
B. Status quo – Sicherstellung im SGB IX?	59
I. Verantwortlichkeit	59
II. Strukturverantwortung – eine Definition	63
III. Allgemeine Infrastrukturverantwortung § 17 I SGB I	65
IV. Strukturverantwortung und abweichende Regelungen	68
1. Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht	69
2. Vorbehalt abweichender Regelungen – § 7 SGB IX	70
3. Würdigung	73
V. Zwischenergebnis – Status quo	74
C. Sicherstellung durch notwendige Strukturmerkmale?	74
I. Sach- und Dienstleistungsprinzip	75
1. Regelungen im SGB V	75
2. Regelungen im SGB IX	76
a) Geldleistungsprinzip – Persönliches Budget – § 29 SGB IX	77
aa) Budgetberechtigung	79
bb) Ausführung	80
b) Bezugspunkt Wortlaut	83
c) Bezugspunkt Systematik	84
d) Anforderungen aus der Historie	85
e) Teleologische Anforderungen	86
f) Ergebnis – konkreter Normierungsvorschlag?	87
II. Prinzip der Leistungserbringung durch Dritte	89
1. Regelungen im SGB V	89
2. Regelungen im SGB IX	91
a) Bezugspunkt Wortlaut	91
b) Bezugspunkt Systematik	91
c) Anforderungen aus der Historie	93
d) Teleologische Anforderungen	94
e) Ergebnis – konkreter Normierungsvorschlag?	95

III. Qualitätssicherung	95
1. Regelungen im SGB V	95
2. Regelungen im SGB IX	97
a) Begriffe der Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement	98
b) Qualitätssicherung gemäß § 37 SGB IX	98
aa) Strukturqualität	100
bb) Prozessqualität	100
cc) Ergebnisqualität	101
dd) Bezugspunkt Wortlaut	101
ee) Bezugspunkt Systematik	102
ff) Anforderungen aus der Historie	102
gg) Teleologische Anforderungen	103
hh) Anforderungen aus dem Sozialstaatsprinzip	105
(1) Vorbemerkung	105
(2) Auswirkungen auf die Strukturverantwortung	108
ii) Internationaler Anknüpfungspunkt – Art. 26 UN-BRK	109
(1) Tragweite des Art. 26 UN-BRK	110
(2) Bedeutung für § 37 SGB IX und die Strukturverantwortung	111
jj) Ergebnis – Konkreter Normierungsvorschlag?	112
(1) Zeitnahe und flächendeckende Überprüfung	114
(2) Verbindlichkeit	115
IV. Pflicht zur fachlichen Fortbildung	117
1. Regelungen im SGB V	117
2. Regelungen im SGB IX	118
a) Bezugspunkt Wortlaut	119
b) Bezugspunkt Systematik	119
c) Anforderungen aus der Historie	120
d) Teleologische Anforderungen	120
e) Ergebnis – Konkreter Normierungsvorschlag?	122
V. Bedarfsplanung	123
1. Regelungen im SGB V	123
a) Vorbemerkung	123
b) Bedarfsplanungsrichtlinie – Verbindlichkeit	124
aa) Rechtsverbindlichkeit und Legitimation	125
bb) Zwischenergebnis – Richtlinien	127

c) Rechtsnatur des Bedarfsplans	128
d) Zwischenergebnis	128
2. Regelungen im SGB IX	128
a) Bezugspunkt Wortlaut	130
b) Bezugspunkt Systematik	131
c) Anforderungen aus der Historie	132
d) Teleologische Anforderungen	133
e) Gesundheitsförderung als Grundlage	134
f) Berücksichtigung des Demografischen Wandels	136
g) Bedarfsgerechtigkeit	137
h) Konzeptionelle Anforderungen	138
i) Personelle Anforderungen	142
j) Sachliche Anforderungen	142
k) Berücksichtigung der Regionalität	143
l) Ergebnis - Konkreter Normierungsvorschlag?	144
aa) Richtlinie im SGB IX	146
(1) Aufgabe der Selbstverwaltung	147
(2) Rechtswirkung – bloße Steuerungsfunktion?	148
bb) Verfahren in der Praxis	150
m) Bestätigung durch § 95 SGB X	152
VI. Wirtschaftlichkeit	152
1. Regelungen im SGB V	152
2. Regelungen im SGB IX	154
a) Wirtschaftlichkeitsgrundsatz	154
b) Reha-Budget der Deutschen Rentenversicherung	156
c) Bedarf nach Regelung?	157
aa) Bezugspunkt Wortlaut	157
bb) Bezugspunkt Systematik	158
cc) Anforderungen aus der Historie	158
dd) Teleologische Anforderungen	158
ee) Beurteilungsspielraum	159
ff) Sicherstellung durch Sanktionen	161
d) Ergebnis – Konkreter Normierungsvorschlag?	162
D. Fazit notwendige Strukturmerkmale	162
E. Auswahl des Leistungserbringers – § 36 II 1 SGB IX	165
I. Eignung zur Leistungserbringung	165
II. Tatsächliche Zuweisung zum Leistungserbringer	166

F. Sicherstellung durch gemeinsame Empfehlungen?	167
I. Empfehlungen im SGB V	168
II. Empfehlungen im SGB IX als Lösung?	169
1. Allgemeines	169
a) Empfehlungen nach § 37 SGB IX	171
b) Empfehlungen zur fachlichen Fortbildung	172
2. Kritische Würdigung	172
G. Rechtliche Durchsetzbarkeit der Strukturverantwortung	177
I. Vorbemerkungen	177
II. Subjektiv öffentliches Recht?	179
1. Grundsätze	179
2. Meinungsstand	180
3. Rechtliche Diskussion	181
§ 3 Rechtliche Spannungsfelder im SGB IX	184
A. Vertragliche Beziehungen im sozialrechtlichen Dreieck	184
I. Verträge im Sinne des § 38 SGB IX	185
1. Vorbemerkung	185
2. Verpflichtung zum Abschluss von Verträgen	188
a) Qualifikation als Zulassungsvertrag	188
b) Abschlussverpflichtung aus § 38 I SGB IX	189
c) Herleitung aus der Berufsfreiheit der Leistungserbringer	191
d) Herleitung aus dem Grundsatz der Gleichbehandlung	195
e) Zwischenergebnis	195
3. Bedarfsprüfung als Möglichkeit der Regulierung?	195
II. Einordnung der Rechtsverhältnisse im sozialrechtlichen Dreieck	198
1. Grafik: Sozialrechtliches Dreieck im Bereich der Rehabilitation	199
2. Rehabilitationsträger und Leistungsberechtigter	199
3. Rehabilitationsträger und Leistungserbringer	201
4. Leistungserbringer und Leistungsberechtigter	205
III. Weitere Überlegungen zum Vertragssystem des SGB IX	207
IV. Verantwortlichkeit bei der Leistungserbringung durch Dritte	209
V. Rechtliche Durchsetzbarkeit der Verträge	211
1. Problemstellung	211

2. Lösungsansätze	212
a) Leistungsklage	213
b) Kündigung des Vertrags	213
c) Grundsätze aus dem SGB V	214
d) Vergütungsverzicht	215
3. Kritische Würdigung	215
4. Basisvertrag der DRV Braunschweig-Hannover	216
a) Regelungen zu Qualitätsanforderungen	217
b) Konsequenzen für die Strukturverantwortung	218
5. Ergebnis – Sicherstellung der Durchsetzbarkeit?	219
B. Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 8 SGB IX	220
I. Allgemeine Anknüpfungspunkte	220
II. Wunschrecht	222
III. Wahlrecht	222
IV. Berechtigte Wünsche	223
V. Spannungsverhältnis	226
1. Zur Strukturverantwortung	226
2. Zu dritten Leistungserbringern	228
3. Zum Reha-Budget	229
VI. Ergebnisse zu § 8 SGB IX	231
C. Trägereigene und trägerfremde Einrichtungen	232
I. Verpflichtung zur Unterhaltung eigener Einrichtungen?	232
1. Konzentrationsprozess in der Rehalandschaft	232
2. Anmerkungen des Bundesrechnungshofs	234
3. Kritische Würdigung	236
II. Belegungsverantwortung	239
III. Visitationen	240
Kapitel 4: Rehabilitation und Vergaberecht	243
§ 1 Anwendbarkeit des Vergaberechts	243
A. Grundlagen	246
B. Auswirkungen auf Vertragsverhältnisse im sozialrechtlichen Dreieck	247
C. Ausschreibungspflichtigkeit?	247
I. Öffentlicher Auftraggeber im Sinne der §§ 98, 99 GWB	247
II. Öffentlicher Auftrag im Sinne des § 103 GWB	249
1. Auftragsvergabe nach § 130 GWB	250

2. Entgeltlichkeit	250
a) Einführende Bemerkung	251
b) Zulassungsverträge – Entgeltlichkeit – Auswahlentscheidung	251
c) Zwischenergebnis	254
d) Diskussion – Besonderheiten im sozialrechtlichen Dreieck	254
aa) Auswirkung des Wunsch- und Wahlrechts	255
bb) Bedeutung der Auswahlentscheidung für die Entgeltlichkeit	256
cc) Weitere Diskussionen in der Literatur	257
D. Ergebnis	258
§ 2 Inhouse-Geschäft / Quasi-Inhouse-Geschäft	259
Kapitel 5: Aktuelle Diskussion – Notwendigkeit der Konkretisierung	262
§ 1 Die Strukturverantwortung: Eine bloße Verabredung?	262
§ 2 Entspricht das System den Anforderungen der Versicherten?	264
A. Aktuelle gesundheitspolitische Anforderungen	265
B. Aktuell geplante Reformen	266
I. Flexi-Renten-Gesetz	266
II. Kritik am Bundesteilhabegesetz	268
§ 3 Notwendigkeit der Konkretisierung der Strukturverantwortung?	269
Kapitel 6: Zusammenfassung und Ausblick	273
§ 1 Zusammenfassung der Ergebnisse	273
§ 2 Ausblick	275
§ 3 Abschlussbemerkung	276
Literaturverzeichnis	277

Abkürzungsverzeichnis

A.A.	Andere Ansicht
A.F.	Altfassung
AT	Allgemeiner Teil
ApuZ	Zeitschrift Aus Politik und Zeitgeschichte
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BeckOK	Beck'scher Online-Kommentar
Begr.	Begründer
BG	Zeitschrift Die Berufsgenossenschaft
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BHO	Bundeshaushaltsordnung
BKK	Zeitschrift Die Betriebskrankenkasse
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BR	Bundesrat
BSG	Bundessozialgericht
BT	Bundestag
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BverfG	Bundesverfassungsgericht
BverwG	Bundesverwaltungsgericht
DAngVers	Zeitschrift Deutsche Angestelltenversicherung
Dass.	Dasselbe
Ders.	Derselbe
Dies.	Dieselbe(n)
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DRV	Zeitschrift Deutsche Rentenversicherung
DVBl.	Zeitschrift Deutsches Verwaltungsblatt
Ebd.	Ebenda
ErfK	Erfurter Kommentar
Et. al.	Et alii
EuGH	Europäischer Gerichtshof
F.	Folgende® Paragraph, Randnummer
Ff.	Folgende Paragraphen, Randnummern
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GesR	Zeitschrift GesundheitsRecht
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmS-OGB	Gemeinsamer Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HeimG	Heimgesetz
HK	Handkommentar

Abkürzungsverzeichnis

Hrsg.	Herausgeber
KassKomm	Kasseler Kommentar
KV	Krankenversicherung
LSG	Landessozialgericht
MedR	Zeitschrift Medizinrecht
NDV	Zeitschrift Der Nachrichtendienst des Deutschen Vereins
NJW	Zeitschrift Neue Juristische Wochenschrift
NZBau	Neue Zeitschrift für Baurecht und Vergaberecht
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
NVwZ	Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht
öAT	Zeitschrift für das öffentliche Arbeits- und Tarifrecht
OLG	Oberlandesgericht
PV	Pflegeversicherung
RehaAnglG	Rehabilitationsangleichungsgesetz
RGBL	Reichsgesetzblatt
Rn.	Randnummer
RsDE	Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen
RV	Rentenversicherung
SDSRV	Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes
SG	Sozialgericht
SGB	Sozialgesetzbuch
SGb	Zeitschrift Die Sozialgerichtsbarkeit
SozVers	Zeitschrift Die Sozialversicherung
SozVR	Sozialversicherungsrecht
Sra	Zeitschrift Sozialrecht aktuell
StichwortK	Stichwortkommentar
UN	United Nations
VSSR	Vierteljahresschrift für Sozialrecht
VuR	Zeitschrift Verbraucher und Recht
WHO	World Health Organization
ZESAR	Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht
ZfBR	Zeitschrift für deutsches und internationales Bau- und Vergaberecht
ZG	Zeitschrift für Gesetzgebung
ZSR	Zeitschrift für Sozialreform

Kapitel 1: Einführung

„Wir werden älter. Wir arbeiten länger. Und wir wollen – auch im Alter – gesund und selbstbestimmt leben. Neben der Prävention leistet die Rehabilitation dazu einen wichtigen Beitrag. Nicht nur für den Einzelnen, sondern auch volkswirtschaftlich spielt der Erhalt unserer Gesundheit eine große Rolle.“¹

Rehabilitation wird vom lateinischen *rehabilis* abgeleitet und bedeutet „wieder geistig und physisch fähig gemacht“.² Man versteht unter Rehabilitation also alle Leistungen, die in der Sozialversicherung zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten durchgeführt werden.

Das Wort „Rehabilitation“ wurde in Deutschland erstmals nach dem Zweiten Weltkrieg (1939–1945) als Bezeichnung für die Eingliederung Behinderter verwendet³, als die Voraussetzungen für die Wiedereingliederung von 1,5 Millionen Kriegsversehrten geschaffen werden mussten.⁴

Die Rehabilitation der Versicherten ist strukturell und organisatorisch in das deutsche Sozialversicherungssystem eingegliedert, sodass sich Strukturfragen des Sozialversicherungssystems auf die Rehabilitation auswirken.⁵ Aufgrund stetig wandelnder gesundheits- und sozialpolitischer Anforderungen muss sich das Sozialversicherungssystem immer wieder an die neuen Entwicklungen anpassen.⁶

Im Hinblick auf die Rehabilitation der Versicherten wird dies durch die Rehabilitationsträger umgesetzt. Rehabilitationsträger sind im Sinne des § 6 SGB IX die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit,

1 So die SPD-Bundestagsfraktion, die mit einem aktuellen Positionspapier die Rehabilitation stärken und das Bewusstsein für die Notwendigkeit und Wirksamkeit von Rehabilitation bei allen Akteuren fördern will. *SPD-Bundestagsfraktion*, Pressemitteilung vom 28. Juni 2017, <http://www.spdfraktion.de/node/2062327/pdf>, zuletzt abgerufen am 05. Juli 2017 um 18:44 Uhr.

2 *DRV Bund*, Unsere Sozialversicherung, S. 207.

3 Deinert/*Neumann*, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, § 1 Rn. 1 mit weiteren Nachweisen; Lachwitz/Schellhorn/Welti/*Lachwitz/Welti*, HK-SGB IX, Einführung Rn. 11.

4 Lachwitz/Schellhorn/Welti/*Lachwitz/Welti*, HK-SGB IX, Einführung Rn. 11.

5 *Schliebe*, Struktur und Organisation der medizinischen Rehabilitation, S. 107.

6 Ebd.

die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie die Träger der Sozialhilfe. Diese nehmen ihre Aufgaben gemäß § 6 II SGB IX selbstständig und eigenverantwortlich wahr.

§ 1 Problemaufriss

Gemäß § 36 I 1 SGB IX⁷ wirken die Rehabilitationsträger gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen.

Es handelt sich dabei um einen Versorgungsauftrag der Rehabilitationsträger gegenüber den Versicherten, für eine angemessene und effektive Rehabilitation der Versicherten Sorge zu tragen. Diese objektive Rechtspflicht⁸ soll von der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde durchgesetzt werden können.⁹

Im SGB IX sind jedoch bisher nur wenige Instrumente aufgezählt, mit denen die Rehabilitationsträger der genannten Verpflichtung aus dem Versorgungsauftrag nachkommen können und müssen. Hierunter zählen vor allem die Möglichkeit der unmittelbaren Förderung gemäß § 36 III SGB IX sowie der Abschluss von Verträgen mit Diensten und Einrichtungen gemäß § 38 SGB IX.¹⁰

Eine gesetzliche Definition der in § 36 I 1 SGB IX genannten *erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen* sowie der *ausreichenden Zahl und Qualität* ist nicht vorhanden.¹¹ Dadurch bedingt wird der Versorgungsauftrag von den verschiedenen Rehabilitationsträgern in unterschiedlicher Art und Weise erfüllt. Fraglich ist insoweit, welche rechtli-

7 § 36 I SGB IX ist die Neufassung des früheren § 19 SGB IX. Einige Literaturangaben beziehen sich noch auf die Altfassungen des SGB IX vor den (numerischen) Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz. Die Literaturangaben gelten aber aufgrund des gleichen Wortlauts entsprechend für die neugefassten Normen.

8 Bihr/Fuchs/Krauskopf/Ritz/Fuchs, SGB IX, § 19 SGB IX Rn. 3; Luthé/Welti, Rehabilitationsrecht, Teil 2 Kapitel C Rn. 3.

9 Deinert/Neumann/Kessler, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, § 9 Rn. 47.

10 Lachwitz/Schellhorn/Welti, HK-SGB IX, § 19 SGB IX Rn. 3.

11 Luthé/Welti, Rehabilitationsrecht, Teil 2 Kapitel C Rn. 7.

chen Anforderungen man an die Rehabilitationsträger, hergeleitet aus dem Versorgungsauftrag, stellen kann und welche Ansprüche sich hieraus möglicherweise für die Versicherten ergeben. Der Versorgungsauftrag muss somit durch die Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger konkretisiert werden.

Strukturverantwortung meint vorliegend die Verantwortung für die Existenz und Entwicklung der für die Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlichen Versorgungsstrukturen. Dies bezieht sich auf konzeptionelle, personelle und sachliche Anforderungen an die Rehabilitationsleistungserbringer, ausgerichtet an der Bedarfsplanung. Die Strukturqualität ist gemäß § 36 II SGB IX durch das Vorhandensein verschiedener Leistungserbringer zur Durchführung von Rehabilitationsleistungen charakterisiert, könnte jedoch aktuell durch den zunehmenden Konzentrationsprozess in der Rehalandschaft bedroht werden. Die trägereigenen Rehabilitationseinrichtungen (zum Beispiel gemäß § 15 II 1 SGB VI) gewinnen hierdurch an Bedeutung.

Anders als der gesetzlich konkret definierte Sicherstellungsauftrag im Krankenversicherungsrecht (§§ 72, 75 SGB V), könnte es an einer vergleichbaren engen gesetzlichen Normierung der Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger fehlen. Es stellt sich somit die Frage, ob genauere Kriterien für den Inhalt der Strukturverantwortung entwickelt werden können, deren Erfüllung der Gesetzgeber zwar gewollt, jedoch gesetzlich nicht definiert hat.

Die Rehabilitationsträger können Dienst- und Sachleistungen zur Rehabilitation der Versicherten eigenständig erbringen oder die Ausführung Dritten überlassen. Gemäß § 28 I 1 Nr. 1 bis 3 SGB IX kann der zuständige Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe alleine oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern, durch andere Leistungsträger oder unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen ausführen. Er ist also nicht verpflichtet, die Leistungen stets in eigenen Einrichtungen zu erbringen.

Bedient sich der zuständige Rehabilitationsträger zur Ausführung von Dienst- oder Sachleistungen eines Dritten als Leistungserbringer, stellt sich die Frage, ob und inwieweit den Rehabilitationsträger eine Verantwortung bezüglich dieser Leistungserbringung trifft.¹² Zu ermitteln ist, ob der zu-

12 Vergleiche Deinert/Neumann/Kessler, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, § 9 Rn. 37, 48.

ständige Rehabilitationsträger Anforderungen hinsichtlich bestimmter Strukturmerkmale an den Leistungserbringer stellen und deren Durchführung auch rechtlich durchsetzen kann, welche Steuerungs- und Einflussmöglichkeiten für den Rehabilitationsträger in dieser Hinsicht bestehen.

Diesbezüglich spielt also auch die Ausgestaltung der Verträge und Leistungsbeziehungen zwischen den Rehabilitationsträgern und den Leistungserbringern zur Sicherstellung der entsprechenden Ausführung von Dienst- und Sachleistungen eine wichtige Rolle. Es ist gesetzlich nicht geregelt, welche Ausgestaltung die Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger gegenüber trägerfremden Rehabilitationseinrichtungen hat und wie dies vertraglich gestaltet werden soll. Besonders in Bezug auf die Qualitätssicherung in trägerfremden Einrichtungen ist fraglich, woraus sich eine rechtliche Befugnis ableiten kann, bestimmte Strukturanforderungen und Qualitätsstandards vorauszusetzen, zu überprüfen und durchzusetzen. Dies wird von den verschiedenen Rehabilitationsträgern in der Praxis bisher unterschiedlich gelöst.

Die Frage der Verantwortlichkeit bezieht sich auch hier zunächst auf die Strukturverantwortung, also die Gewährleistung und Bereitstellung der erforderlichen Infrastruktur an Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen, aber auch auf die Verantwortung für die Leistungserbringung, also die Ausführung der Rehabilitationsleistung an sich¹³ und Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards. Hierbei sind zwei grundsätzliche Ausrichtungen möglich: Zum einen, dass sich die Rolle des Rehabilitationsträgers auf die bloße Kostentragung reduzieren kann, gänzlich ohne Strukturverantwortung, und zum anderen, dass er umfassende Steuerungsbefugnis durch die trägereigene Leistungserbringung ausüben kann.

Die Rehabilitationsträger tragen die Verantwortung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Strukturen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Darüber hinaus unterliegt der Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger auch die kontinuierliche Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte einschließlich der Qualitätssicherung, der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und effizienten Versorgungsstruktur.¹⁴ Wie sich die Vorgaben für eine bedarfsgerechte und effiziente Versorgungsstruktur aus dem Gesetz herleiten lassen, ist folglich zu ermitteln.

Zwar formuliert der Gesetzgeber in § 1 SGB IX einen Anspruch des Versicherten auf die Leistungen zur Teilhabe in Form der medizinischen so-

13 Deinert/Neumann/Kessler, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, § 9 Rn. 37.

14 Schliehe, Struktur und Organisation der medizinischen Rehabilitation, S. 115.

wie der beruflichen Rehabilitation. Ob sich aber in Verbindung mit § 36 I SGB IX ein subjektives Recht und einen Anspruch auf eine bestimmte Versorgungsstruktur herleiten lässt, ist fraglich.

Im Gegensatz zu Krankenhäusern (§ 108 SGB V) und Pflegeeinrichtungen (§ 9 SGB XI) wird die öffentliche Verantwortung der Rehabilitationsträger, Dienste und Einrichtungen zur Verfügung zu stellen, bisher nicht von Ländern, Kreisen oder kreisfreien Städten auf der Basis von Landesgesetzen wahrgenommen und auch keinen bestimmten Partnern im Rahmen von Kollektivverträgen zugewiesen (§ 72 II SGB V).¹⁵ Die verschiedenen Rehabilitationsträger führen die Bedarfsplanung eigenständig durch.¹⁶ Die Verantwortlichkeit ist pauschal den Rehabilitationsträgern und weiteren Beteiligten, wie Bund und Ländern, zugewiesen.¹⁷ Die Wahl der Mittel, um der Strukturverantwortung nachzukommen, stellt das Gesetz in das Belieben der damit beauftragten Leistungsträger.¹⁸

Weiterhin umfasst die Definition der Strukturverantwortung auch ihre Auswirkungen auf die jeweiligen Vertragsverhältnisse zwischen den Versicherten, den Leistungsträgern und den tatsächlichen Leistungserbringern (Dreiecksverhältnis).

Fraglich ist dabei insbesondere, ob und wie sich die Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger auf das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherten und dem tatsächlichen (trägerfremden) Leistungserbringer auswirkt.

Dem Leistungsempfänger steht gegenüber dem Leistungsträger gemäß § 8 SGB IX ein Wunsch- und Wahlrecht zu. Dieses Wunsch- und Wahlrecht stellt eine besondere Ausführung der Zielsetzung des SGB IX, der Förderung der Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der von Behinderung betroffenen oder bedrohten Menschen, dar.¹⁹

Gemäß § 8 I 1 SGB IX wird bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Hierdurch wird eine Verpflichtung der Rehabilitationsträger begründet, den Wünschen der Leistungsberechtigten möglichst weitgehend nachzukommen.²⁰ Die Auswahl der Leistung zur Rehabilitation wird in der gesetzlichen Kranken-

15 Luthé/Welti, Rehabilitationsrecht, Teil 2 Kapitel C Rn. 2.

16 Schliebe, Struktur und Organisation der medizinischen Rehabilitation, S. 110.

17 Luthé/Welti, Rehabilitationsrecht, Teil 2 Kapitel C Rn. 2.

18 Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, § 19 SGB IX Rn. 1.

19 Kossens/von der Heide/Maaß/Grauthoff, SGB IX, § 9 SGB IX Rn. 2.

20 Knickrehm/Kreikebohm/Waltermann/Kreikebohm, Kommentar zum Sozialrecht, § 9 SGB IX Rn. 1. Ein Recht darauf, dass den Wünschen stets Folge geleistet wird,

und Rentenversicherung in das Ermessen des Leistungsträgers gestellt.²¹ Erst im Rahmen des Ermessens, also bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Leistung, sind die Wünsche des Leistungsberechtigten zu berücksichtigen.²²

Bei der Tatbestandsvoraussetzung des *berechtigten Wunsches* gemäß § 8 I 1 SGB IX handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff²³, welcher somit zunächst der Auslegung bedarf. Erst im Anschluss daran kann untersucht werden, wie sich die berechtigten Wünsche auswirken, sofern die Rehabilitationsleistung durch einen trägerfremden Dritten erbracht wird.

Durch § 8 II 1 SGB IX steht dem Leistungsberechtigten erstmals²⁴ ein Wahlrecht zwischen Sachleistung und Geldleistung zu. Dies besteht unter bestimmten Voraussetzungen und sofern die Sachleistungen nicht in einer Rehabilitationsleistung auszuführen sind.

Fraglich ist jedoch darüber hinaus, wie sich das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten im Verhältnis zum Leistungserbringer und der Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger auswirkt. Es ist zu erläutern, inwieweit die Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger in diesen Vertragsverhältnissen und bei der Entsprechung der berechtigten Wünsche des Leistungsempfängers zu berücksichtigen ist. Die Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger und die berechtigten Wünsche des Versicherten könnten gegenläufig sein.

Durch die Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger mit den herausarbeitenden Strukturmerkmalen kann sich ein Spannungsverhältnis zum Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten ergeben. Durch die Absätze II und III des § 8 SGB IX wird direkt in das Leistungserbringungsrecht der Leistungserbringer eingegriffen, indem konkrete und unmittelbar wirkende Pflichten hinsichtlich Sach- und Geldleistungen sowie bezüglich Diensten und Einrichtungen normiert werden.²⁵

lässt sich hieraus wohl nicht ableiten. Nähere Erläuterungen unter Kapitel 3 § 3 B. V. 1.

21 Für die Krankenversicherung § 40 I,II,III SGB V; für die Rentenversicherung § 9 II, § 13 I SGB VI.

22 Neumann/Pahlen/Winkler/Jabben, SGB IX, § 8 SGB IX Rn. 5; vergleiche auch Knickrehm/Kreikebohm/Waltermann/Kreikebohm, Kommentar zum Sozialrecht, § 9 SGB IX Rn. 1.

23 Neumann/Pahlen/Winkler/Jabben, SGB IX, § 8 SGB IX Rn. 6; Kossens/von der Heide/Maaß/Grauthoff, SGB IX, § 9 SGB IX Rn. 8.

24 Neumann/Pahlen/Winkler/Jabben, SGB IX, § 9 SGB IX Rn. 9.

25 Lachwitz/Schellhorn/Welti, HK-SGB IX, § 9 SGB IX Rn. 1.

Fraglich erscheint insoweit, in welchem Maß die Strukturverantwortung hierdurch beeinflusst wird beziehungsweise werden kann und auf welcher rechtlichen Grundlage dies geschieht. Es können sich somit die Selbstbestimmung des Versicherten einerseits und die Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger andererseits gegenüber stehen.

Darüber hinaus ist die Geeignetheit einer Rehabilitationsmaßnahme im Sinne von § 36 II SGB IX maßgeblich von der Berücksichtigung individueller Umstände und Wünsche des Berechtigten abhängig.²⁶ § 8 SGB IX kann somit dann ein Spannungsverhältnis mit § 36 SGB IX begründen, sofern die Wünsche des Leistungsberechtigten von der Strukturverantwortung abweichen. Nach dem Individualisierungsprinzip ist eine Leistung jedoch nicht schematisch zu gewähren, sondern hat sich immer nach den Bedürfnissen des Einzelfalls zu richten.²⁷ Herauszuarbeiten ist insbesondere, ob der Versicherte die berechtigten Wünsche gleichermaßen sodann auch dem tatsächlichen, trägerfremden Leistungserbringer entgegenhalten kann.

§ 2 Gang der Untersuchung

Zunächst wird, bezugnehmend auf die Fragestellung dieser Arbeit, die Rehabilitation in Deutschland in ihren Grundzügen und Grundbegriffen dargestellt und auf die historische Entwicklung des Sozialversicherungssystems, der Rehabilitation sowie der Rehabilitationsträger eingegangen. Sodann wird der Status quo der Durchführung von Rehabilitationsleistungen erläutert und die Ausgestaltung der Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger definiert.

Hierzu wird ein knapper Überblick über die Bedeutung von Sicherstellung im Allgemeinen gegeben. Sodann werden einzelne Strukturmerkmale des Sicherstellungsauftrags der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß §§ 72 ff. SGB V herausgearbeitet und dienen als Argumentationshilfe zur Analyse dahingehend, ob sich diese Strukturmerkmale auch aus der Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger herleiten lassen.

In dieser Arbeit wird die Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger dahingehend untersucht, ob sie gesetzlich in einem zur Versorgung ausreichenden Rahmen definiert ist. Rechtsmethodisch werden hierfür tragende Rechtsgedanken der Strukturmerkmale des Sicherstellungsauftrags

²⁶ Lachwitz/Schellhorn/*Welti*, HK-SGB IX, § 9 SGB IX Rn. 5.

²⁷ Bihr/Fuchs/Krauskopf/Ritz/*Fuchs*, SGB IX, § 9 SGB IX Rn. 4.

der gesetzlichen Krankenversicherung dargestellt und untersucht, ob sich diese auch in der Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger wiederfinden und zu welcher rechtlichen Einordnung der Strukturverantwortung dieses Ergebnis führt. Die Strukturmerkmale des Sicherstellungsauftrags aus dem SGB V dienen hierzu als Leitbild einer funktionierenden Struktur im Rahmen der Leistungserbringung sowie als Argumentationshilfe, da sich der Sicherstellungsauftrag aus dem SGB V an alle aufgeworfenen Fragen annähert.

Diesbezüglich wird auch auf die vertraglichen Leistungsbeziehungen im sozialrechtlichen Dreieck sowie trägereigene und trägerfremde Rehabilitationseinrichtungen eingegangen und darauf, ob die Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger hierauf Auswirkungen hat. Es soll im Ergebnis feststehen, inwieweit die gesetzliche Ausgestaltung der Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger die Versorgung der Leistungsberechtigten sicherstellt oder was hierzu gesetzlich erforderlich wäre.

Im Anschluss daran erfolgen die rechtliche Einordnung der Strukturverantwortung sowie die Erörterung, ob die Vorschriften des Vergaberechts auf die Verträge nach § 38 SGB IX anwendbar sind. Daran schließt sich die Erläuterung an, ob auf der Grundlage der Definition der Strukturverantwortung eine Notwendigkeit zur Konkretisierung dieser tatsächlich besteht. Zum Abschluss werden eine Zusammenfassung und ein Ausblick gegeben.

Kapitel 2: Rehabilitation in Grundzügen

§ 1 Rehabilitation im historischen und rechtlichen Kontext

A. Begrifflichkeiten und Entstehung

Die Bundesrepublik Deutschland trägt als ein sozialer Rechtsstaat die Verantwortung für soziale Gerechtigkeit und Sicherheit der Bürger, indem im Rahmen des Möglichen und Nötigen ausreichend Sozialleistungen zur Verfügung gestellt werden.²⁸ Die Rehabilitation von Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohter Menschen ist den Trägern der Sozialen Sicherheit übertragen worden²⁹ und ist grundlegender Bestandteil der sozialen Sicherung in Deutschland³⁰. Um eine Konkretisierung der in § 36 I 1 SGB IX angelegten Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger zu entwickeln, muss zunächst der Begriff der Rehabilitation definiert und die historische Entwicklung der Rehabilitation in Deutschland dargestellt werden. Es wird dadurch herausgearbeitet, auf welche Grundlagen die Strukturverantwortung zurückzuführen ist.

I. Begriff der Rehabilitation

Man unterscheidet grundsätzlich zwischen medizinischen Leistungen zur Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, Leistungen zur Teilhabe an Bildung und Leistungen zur sozialen Teilhabe.³¹ Eine Legaldefinition der Rehabilitation findet sich in den deutschen Sozialgesetzen nicht.³² Eine weltweit gültige Definition des Rehabilitationsbegriffs findet sich heute im Technical Report 668/1981 der Weltgesundheitsorganisation. Rehabilitation umfasst demnach „den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer,

28 BAG für Rehabilitation, Rehabilitation Behinderter, S. 233.

29 BAG für Rehabilitation, Rehabilitation Behinderter, S. 234.

30 Löschau, Leistungen zur Rehabilitation, S. 9.

31 Vergleiche § 5 SGB IX.

32 Löschau, Leistungen zur Rehabilitation, S. 9; von Maydell/Ruland/Becker/Reimann, § 28 Rn. 1.

beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitest gehenden Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird“.³³

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation³⁴ versteht unter Rehabilitation das Bemühen, eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung oder Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen oder zumindest die Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche auf ein Minimum zu reduzieren.³⁵ Es werden alle Maßnahmen medizinischer, schulisch-pädagogischer, beruflicher und sozialer Art erfasst, um für den Menschen mit Behinderung bestmögliche Bedingungen zu schaffen. Sie sollen hierdurch die Möglichkeit erhalten, aus eigener Kraft einen möglichst normalen Platz in der Gesellschaft zu behalten oder wiederzuerlangen.³⁶ Es kommt darauf an, eine Person in den früheren Stand wieder einzusetzen.³⁷ Zielbezogen ausgelegt bedeutet dies, dass es die Aufgabe der Rehabilitation ist, die drohende oder bereits eingetretene Behinderung oder gesundheitliche Einschränkung des Versicherten abzuwenden und seine Teilhabe in beruflicher und sozialer Hinsicht zu fördern.³⁸

Nach einem Bericht der Bundesregierung werden unter Rehabilitation im weitesten Sinne alle Vorgänge, Leistungen, Hilfen und Gestaltungen von Lebensumständen, die auf die Eingliederung in das Arbeitsleben und in die Gesellschaft insgesamt gerichtet sind, erfasst. Rehabilitation wird als einheitlicher Vorgang verstanden, der sich auf alle Lebensbereiche und die ganze Person bezieht.³⁹

33 WHO, Technical Report 1981, S. 9.

34 Die Vereinigungen der Rehabilitationsträger, die Bundesagentur für Arbeit und die Spitzenverbände der Sozialpartner bilden auf der Grundlage der Selbstverwaltung gemeinsam mit Bund und Ländern unter Wahrung der Selbstständigkeit der Rehabilitationsträger und ihrer Vereinigung die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., um die Rehabilitation und die Leistungen zur Teilhabe noch effektiver gestalten zu können. *Satzung der BAR*, gültig ab dem 01. Januar 2014.

35 *BAG für Rehabilitation*, Rehabilitation Behinderter, S. 26.

36 *BAG für Rehabilitation*, Rehabilitation Behinderter, S. 233.

37 *Jochheim/Schliebe/Teichmann*, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, S. 559, 566.

38 *Kreikebohm/Kolakowski/Kockert/Rodewald*, Die rentenpolitische Agenda 2030, S. 200.

39 BT-Drucksache 10/1233, S. 3.

Das Wort *Rehabilitation* wurde in Deutschland erstmals nach dem Zweiten Weltkrieg⁴⁰ als Bezeichnung für die Eingliederung Behinderter verwendet⁴¹, als die Voraussetzungen für die Wiedereingliederung von 1,5 Millionen Kriegsversehrten geschaffen werden mussten.⁴² Erst im Jahre 1961 wurde der Begriff Rehabilitation erstmals offiziell in § 22 II des damaligen Schwerbeschädigtengesetzes übernommen.⁴³ Die Leistungen der Rehabilitation gab es also schon weit bevor der Begriff in den Sprachgebrauch eingeführt wurde.

Die Rehabilitation umfasst auch Hilfen für Personen, die von Behinderung bedroht sind (§ 2 I 3 SGB IX), sodass ihr auch ein präventiver Charakter zuzuschreiben ist.

Vor dem Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme steht eine medizinische Beurteilung des Versicherten, da eine Rehabilitation das Bestehen oder zumindest das Drohen einer gesundheitlichen Schädigung voraussetzt.⁴⁴ Liegt eine Behinderung vor oder droht der Eintritt einer Behinderung, so muss beurteilt werden, durch welche Leistungen den Auswirkungen entgegengewirkt werden kann.⁴⁵ Die Rehabilitation ist nach dem Finalprinzip unabhängig von der Art und Ursache der Behinderung zu erbringen und muss sich allein am individuellen Bedarf ausrichten.⁴⁶ Die Leistungserbringung erfolgt zielorientiert.⁴⁷

1. Erwerbsfähigkeit

Der Begriff der Erwerbsfähigkeit ist ebenfalls im SGB IX nicht legal definiert⁴⁸, wird in den dortigen Normen jedoch häufig vorausgesetzt. So werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur medizinischen Rehabilitation nur dann bewilligt, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten

40 (1939–1945).

41 Deinert/Neumann, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, § 1 Rn. 1 mit weiteren Nachweisen; Lachwitz/Schellhorn/Welti/Lachwitz/Welti, HK-SGB IX, Einführung Rn. 11.

42 Lachwitz/Schellhorn/Welti/Lachwitz/Welti, HK-SGB IX, Einführung Rn. 11.

43 Löschau, Leistungen zur Rehabilitation, S. 6.

44 Luthe/ders., Rehabilitationsrecht, Teil 1 Kapitel A Rn. 7.

45 BAG für Rehabilitation, Rehabilitation Behinderter, S. 234.

46 Schulz/Pitschas, Handbuch des Sozialversicherungsrechts RV, § 31 Rn. 26.

47 Neumann/Pahlen/Winkler/Jabben, SGB IX, § 4 Rn. 5.

48 BeckOK SozR/Jabben, SGB IX, § 49 SGB IX Rn. 3.

ten behinderten- oder krankheitsbedingt erheblich gefährdet oder gemindert ist.⁴⁹

Unter Erwerbsfähigkeit wird die Fähigkeit verstanden, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich nach den Kenntnissen und Erfahrungen sowie den körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, Erwerbseinkommen zu erzielen.⁵⁰ Erheblich gefährdet ist die Erwerbsfähigkeit, wenn durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit einhergehenden Funktionseinschränkungen innerhalb von drei Jahren mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist.⁵¹ Die Erwerbsfähigkeit ist gemindert, wenn infolge der gesundheitlichen Beeinträchtigung eine erhebliche und länger andauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit vorliegt und der Versicherte aufgrund dessen seine bisherige oder zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nicht mehr ohne wesentliche Einschränkungen ausüben kann.⁵² Bei Zugrundelegung des rentenrechtlichen Begriffs der Erwerbsminderung bedeutet dies folglich, dass volle Erwerbsfähigkeit die Fähigkeit des Versicherten ist, mindestens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein zu können.⁵³ Sie ist demnach die Fähigkeit von Menschen mit Behinderung, durch eine erlaubte Erwerbstätigkeit ein eigenes Einkommen zu erzielen.⁵⁴

2. Medizinische Rehabilitation

Gemäß § 42 I SGB IX werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhindern (Nr. 1), oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder bereits laufende Sozialleistungen zu mindern (Nr. 2).

49 KassKomm SozVR/Kater, SGB VI, § 10 SGB VI, Rn. 14.

50 BeckOK SozR/Jabben, SGB VI, § 10 SGB VI Rn. 2.1.

51 BeckOK SozR/Jabben, SGB VI, § 10 SGB VI Rn. 2.4.

52 BeckOK SozR/Jabben, SGB VI, § 10 SGB VI Rn. 2.5.

53 Vergleiche § 43 III SGB VI.

54 Vergleiche auch BSG Urteil vom 11. Dezember 1969, GS 7/68, zitiert nach juris Rn. 26.

Als medizinische Leistungen gelten gemäß § 42 II SGB IX unter anderem vor allem die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte sowie Angehörige anderer Heilberufe, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Psychotherapie, Hilfsmittel sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Der Katalog, der in § 42 SGB IX aufgezählten Leistungen ist nicht abschließend.⁵⁵ § 42 SGB IX regelt die Leistungen der medizinischen Rehabilitation einheitlich für alle Leistungsträger. Innerhalb der Leistungsgesetze der jeweils gemäß § 6 I SGB IX zuständigen Rehabilitationsträger ist die medizinische Rehabilitation am häufigsten vertreten.⁵⁶ Leistungen der medizinischen Rehabilitation verfolgen das Ziel, den Schaden, eingetretene Einschränkungen und Beeinträchtigungen bei der Verrichtung des täglichen Lebens, des Berufslebens und der gesellschaftlichen Integration zu vermeiden, zu beseitigen oder möglichst gering zu halten.⁵⁷ Die Beschäftigungsfähigkeit soll aktiv gefördert werden, sodass eine Teilnahme am Erwerbsleben möglich ist.⁵⁸

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen lassen sich indikationsspezifisch gliedern. Von einer medizinischen Rehabilitation ist die Kur im klassischen Sinne abzugrenzen⁵⁹, da bei dieser die medizinische Behandlung im Hintergrund steht. Durch das Integrations- und Unterstützungsziel kann der Unterschied zur akuten Krankenbehandlung gezogen werden.⁶⁰ Die medizinische Rehabilitation steht im Ablauf einer umfassenden Rehabilitation oft an erster Stelle, da die Leistungen der medizinischen Rehabilitation in den meisten Fällen erst die Voraussetzungen für erforderliche weitere Hilfen schaffen.⁶¹

3. Berufliche Rehabilitation – Teilhabe am Arbeitsleben

Der Begriff der beruflichen Rehabilitation hat sich bis zum Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 gewandelt⁶² und findet sich nun im Begriff der Teilhabe am Arbeitsleben im SGB IX wieder.

55 BeckOK SozR/Jabben, SGB IX, § 42 SGB IX, Vor Rn. 1.

56 Luthé/ders., Rehabilitationsrecht, Teil 1 Kapitel A Rn. 7.

57 BAG für Rehabilitation, Rehabilitation Behinderter, S. 236.

58 Kreikebohm/Kolakowski/Kockert/Rodewald, Die rentenpolitische Agenda 2030, S. 210.

59 Schuln/Pitschas, Handbuch des Sozialversicherungsrechts RV, § 31 Rn. 16.

60 Luthé/ders., Rehabilitationsrecht, Teil 1 Kapitel A Rn. 7.

61 BAG für Rehabilitation, Rehabilitation Behinderter, S. 234.

62 Luthé/ders., Rehabilitationsrecht, Teil 1 Kapitel A Rn. 7.