

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 16/2013 –

08.10.2013

Medizinische Rehabilitation in der Sozialhilfe – Reservefunktion der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Teil 1)

Von Franz Dillmann

I. Einleitung¹

Bei der in Rede stehenden Abgrenzung der medizinischen von den sozialen Rehabilitationsleistungen für Menschen mit einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung oder von solchen Behinderungen bedrohten Menschen kommt es maßgeblich darauf an, welche übereinstimmende Vorstellung wir von unbestimmten Begriffen wie „Teilhabe“, „Leben in der Gemeinschaft“, „Menschenwürde behinderter Menschen“, „Eingliederung in die Gesellschaft“ oder „Inklusion“ u. a. im Kontext der einschlägigen Regelungen und deren bekannten Interpretationen gewinnen können. Notwendig ist insbesondere eine klarere Trennung zwischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der sozialen Teilhabe: Sind die Grenzen verwischt und undeutlich, kommt es

vermehrt zu „Grenzübertretungen“ zulasten der Sozialhilfeträger.

II. Rehabilitation und Teilhabe

Das Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) als übergreifendes rechtliches Konstrukt im gegliederten Sozialleistungssystem enthält bereits im Titel sowohl den Begriff der „Rehabilitation“ als auch den der „Teilhabe“ behinderter Menschen. Man könnte daher zunächst meinen, es handele sich um zwei deutlich unterscheidbare Gesetzesbegriffe, die beide den Regelungsrahmen des Gesetzes beschreiben sollen. Der erste Teil des SGB IX², der sich mit den Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohten Menschen befasst, regelt in Kapitel 4³ die „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ und in Kapitel 7⁴ die „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“. Diese Verwendung in einem unterschiedlichen Regelungszusammenhang deutet ebenfalls auf eine definitorische Unterscheidung hin. Bei genauerer

¹ Ausgearbeitete schriftliche Fassung eines auf dem am 06.09.2012 auf dem 3. Schleswig-Holsteinischen Sozialrechtstag in Schleswig mit dem Tagungsthema „Im Dickicht von Rehabilitation und Teilhabe“ gehaltenen Vortrages; bei diesem Beitrag handelt es sich um eine gekürzte Fassung des gleichnamigen Artikels, der zuerst in der ZFSH/SGB – Zeitschrift für die sozialrechtliche Praxis in der Ausgabe 11/2012, S. 639–647 erschienen ist.

² §§ 1 bis 67 SGB IX.

³ §§ 26 bis 32 SGB IX.

⁴ §§ 55 bis 59 SGB IX.

Durchsicht des SGB IX fällt indes auf, dass die Begriffe „Rehabilitation“ und „Teilhabe“ zwar einen unterschiedlichen Bedeutungsinhalt haben können, das Gesetz sie aber in den zentralen Regelungen fast synonym gebraucht. Wie aus §§ 4, 5 SGB IX ersichtlich, regelt das SGB IX die „Leistungen zur Teilhabe“, wozu die „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ zählen. Leistungsträger dieser „Teilhabeleistungen“ sind die in § 6 SGB IX genannten „Rehabilitationsträger“. Für diese synonyme Nutzung finden sich im SGB IX viele weitere Beispiele.⁵ Obgleich diese beiden Begriffe für das Verständnis des Regelungsgegenstandes wichtig sind, enthält weder das SGB IX noch ein anderes Sozialgesetz eine Legaldefinition. Stets wird die Vorstellung, was gemeint sein könnte, bei der Nennung offengelassen. So folgt aus dem in § 10 im Allgemeinen Teil des Ersten Sozialgesetzbuches (SGB I) appellativ aufgeführten „sozialen Recht“ der „Teilhabe behinderter Menschen“ nur, dass diese unabhängig von ihrer Behinderung zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und „gleichberechtigten Teilhabe“ ein Recht auf die Hilfe haben, die notwendig ist, um die dort weiter aufgeführten Ziele zu erreichen. Möglicherweise hilft aber ein Blick über den gesetzlichen Tellerrand: In einem einschlägigen Fachlexikon wird der Begriff der Rehabilitation so charakterisiert: „Rehabilitation wird allgemein als Begriff für die (Wieder)eingliederung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen in die Gesellschaft, insbesondere in Arbeit und Beruf verwendet. Unter Rehabilitation wird dabei das anzustrebende Ziel, zugleich aber auch die Gesamtheit der Leistungen und Maßnahmen, die diesem Ziel dienen, einschließlich des Verfahrens, verstanden.“⁶ Das Wort „Habilitation“ stammt etymologisch von mittellateinisch „habilitatio“, dieses ist seiner-

seits abgeleitet von „habilis“ („geschickt, geeignet, fähig“) beziehungsweise dem Verb „habilitare“ („geschickt machen, geeignet machen, befähigen“). Rehabilitation ist nur die Kehrseite dieser positiven Betrachtung und meint die Wiederherstellung dieses Zustandes der Befähigung.⁷ Art. 26 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK)⁸, der darauf abzielt, Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, Unabhängigkeit, umfassende Fähigkeiten und die volle Einbeziehung in und an allen Aspekten des Lebens zu erreichen, ist daher konsequent mit „Habilitation und Rehabilitation“ überschrieben.

Der auch in der deutschen Übersetzung des Art. 26 UN-BRK verwendete Begriff der „Teilhabe“ ist schon im Begriff der „Behinderung“ selbst implantiert. Nach § 2 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Der „biologische Faktor“ allein gibt mithin nicht den Ausschlag, nur zusammen mit den Auswirkungen im „sozialen Kontext“ kann eine Behinderung im sozialrechtlichen Sinne angenommen werden. Dieses bio-psycho-soziale Modell liegt ebenfalls der seit 2001 gültigen „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF⁹) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde. Die ICF gibt den engli-

⁵ §§ 7, 12, 14 SGB IX usw.

⁶ Stähler, in: Fachlexikon für Soziale Arbeit, 7. Aufl. 2011, S. 703 ff.

⁷ Zur historischen Entwicklung des Begriffs der „Rehabilitation“: Jabben, Kreikebohm, Rodewald: Das gegliederte Sozialleistungssystem am Beispiel der Teilhabeleistungen aus der Sicht eines Rentenversicherungsträgers – Rechtliche Grundlagen, Mängel und Optionen – Teil 1, NZS 2012, 681, 684.

⁸ BGBl. 2009 II, S. 812.

⁹ Die Abkürzung folgt dem englischen Originaltitel: „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“.

schen Originalbegriff „participation“ mit „Teilhabe“ wieder und definiert entsprechend Partizipation (Teilhabe) als Einbezogenheit in eine Lebenssituation.¹⁰ Ferner listet die ICF die „Domänen“ (Lebensbereiche) auf, in denen die Partizipation beziehungsweise Teilhabe beeinträchtigt werden kann: Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche und gemeinschaftliches, soziales und staatsbürgerliches Leben.¹¹ Da mit dem SGB IX wesentliche Aspekte der ICF unter Berücksichtigung der historisch gewachsenen und anerkannten Besonderheiten aufgenommen worden sind, ist dieses erhellende Verständnis von Teilhabe als Einbezogenheit in eine Lebenssituation zwar auf das deutsche Sozialrecht übertragbar, trifft aber von der normativen Bedeutung auch auf den Begriff der „Rehabilitation“ zu, der wie die Teilhabe auf eine „Einbeziehung“ abzielt. Dementsprechend bestimmt § 54 SGB XII für den Sozialhilfeträger als Rehabilitationsträger die Teilhabeleistungen als Hilfen zur „Eingliederung“ des Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft. In rechtlicher Hinsicht kann man aus der durchaus vorhandenen unterschiedlichen Wortbedeutung von „Rehabilitation“ und „Teilhabe“ daher keinen Honig saugen. Es ist bei der Suche nach brauchbaren Kriterien für eine klare Zuordnung von Rehabilitationsleistungen zu medizinischen Leistungen und sozialen Teilhabeleistungen zielführender, diese von der Leistungsseite zu beginnen. Um eine Übersicht über das Ausmaß des Dickichts von Rehabilitation und Teilhabe zu bekommen, ist zuvor ein Blick auf die Zuständigkeitsfelder für diese beiden Leistungen erforderlich.

¹⁰ ICF, dort S. 19, http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf.

¹¹ ICF, S. 20.

III. Zuständige Träger medizinischer und sozialer Rehabilitation

Für medizinische Rehabilitationsleistungen sind mit Ausnahme der Bundesagentur für Arbeit alle in § 6 SGB IX genannten Sozialleistungsträger zuständig. Für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 5 Nr. 4 SGB IX) sind neben den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Trägern der Kriegsopferversorgung und -fürsorge die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und örtlichen (nach § 3 Abs. 2 SGB XII die Kreise und kreisfreien Städte) und die durch die Länder bestimmten überörtlichen Sozialhilfeträger zuständig. Auf den ersten Blick fällt auf, dass für Leistungen der medizinischen Rehabilitation ein wesentlich breiterer Zuständigkeitsrahmen existiert als für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Bei den eher spezielleren Rehabilitationsträgern der gesetzlichen Unfallversicherung und der Kriegsopferentschädigung erklärt sich das weite Anwendungsfeld historisch und aus dem ihrer Funktion geschuldeten Prinzip dieser Träger, alles aus „einer Hand“ zu regeln, was die Versicherten beziehungsweise Geschädigten angeht. Die Ausklammerung der Zuständigkeit insbesondere der Krankenkasse für die soziale Rehabilitation verwundert ein wenig, nimmt doch die Zielbestimmung des § 1 SGB V, wonach Aufgabe der Krankenkasse die Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der Gesundheit ist, auch die „gesunde Lebensführung“ ins Visier – diese kann sich aber nur in einem sozialen Kontext abspielen.

Bei der Erbringung von Leistungen sind nicht nur die skizzierten grundsätzlichen Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger zu erfassen, sondern es gilt auch die Erfüllung der jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen im Einzelfall präzise zu untersuchen. Die Leistungskataloge der genannten Leistungsträger sind unterschiedlich ausgestaltet. Um

den Leistungsberechtigten einen schnellen Ausweg aus diesem Zuständigkeitsdickicht aufzuzeigen, steht mit § 14 SGB IX ein probates gesetzliches Leitinstrument zur Verfügung. Das insoweit ausgefeilte, durch über ein Dutzend Urteile des BSG gefestigte System des § 14 SGB IX wird seinem Namen („Zuständigkeitsklärung“) – bei allem virulenten Streit um die richtige Auslegung – in der Praxis weitgehend gerecht.¹²

IV. Leistungsvoraussetzungen medizinischer und sozialer Rehabilitation

Alle Rehabilitationsleistungen dienen – unabhängig davon, ob sie von einem Sozialhilfeträger oder von einem anderen zuständigen Rehabilitationsträger erbracht werden – dem gemeinsamen übergeordneten Ziel, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe dieser Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (§§ 1, 4 SGB IX, § 10 SGB I). Insofern weisen alle Rehabilitationsleistungen ein soziales Element auf, welches das Individuum als kommunikatives Gemeinschaftswesen begreift. Dass medizinische und soziale Teilhabe eine Schnittmenge haben, ist eine erste Erkenntnis, die hilft, beide Bereiche voneinander abzugrenzen.

Die medizinische Rehabilitation ist indes in erster Linie auf den Erfolg ausgerichtet, die Folgen einer Krankheit in den Griff zu bekommen. Funktions- und Fähigkeitsstörungen, die den Rehabilitanden in seiner Teilhabe am Alltags- und Berufsleben behindern, sollen vermieden oder wenigstens ausgeglichen werden. Die Zielausrichtung der medizinischen Rehabilitation auf die Bewältigung der weiteren Folgen einer Krank-

heit unterscheidet diese wesentlich von der „normalen“ Krankenbehandlung, die primär darauf abzielt, die Ursache einer Krankheit zu beseitigen und die Beschwerden zu lindern.¹³ Leistungsberechtigte sind nicht nur Menschen mit Behinderungen. Die ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation (§ 26 SGB IX) ist dadurch gekennzeichnet, dass sie fachlich-medizinisch unter ärztlicher Verantwortung und Aufsicht nach einem Behandlungsplan erfolgt und neben dem Einsatz medizinischer Mittel auch therapeutische (insbesondere physio-, sprach- oder ergotherapeutische Maßnahmen), pädagogische und psychosoziale Hilfen umfassen kann (vgl. § 26 Abs. 3 SGB IX). Da der Leistungskatalog des § 26 Abs. 2 SGB IX nicht abschließend („insbesondere“) ist, kann auch eine pädagogisch ausgerichtete Maßnahme eine medizinische Rehabilitationsleistung sein, wenn sie auf die in § 26 Abs. 2 SGB IX formulierten Ziele ausgerichtet ist.

Leistungen zur sozialen Teilhabe sind Rehabilitationsleistungen, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und die nicht als medizinische oder berufliche Rehabilitationsleistung oder als unterhaltsichernde Teilhabeleistung erbracht werden (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII i. V. m. § 55 Abs. 1 SGB IX). Mit Einführung des SGB IX wurde dieser weite Leistungsbegriff der sozialen Teilhabe erstmals legal formuliert.¹⁴ Die Umschreibung orientiert sich an der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, die schon 1961 mit Inkrafttreten des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) in die soziale Arena eintrat. Diese zielte ein wenig vorsichtiger auf die Ermöglichung der „Teilnahme“ am Leben in der

¹² Zur herrschenden Auslegung und den noch vorhandenen Auslegungsproblemen siehe Beitrag des Kollegen *Wolti* in ZFSH/SGB 11/2012.

¹³ Allgemein zur Abgrenzung zwischen kurativer und rehabilitativer Behandlung: *Reimann*, in: *Maydell/ Ruland/ Becker*, SRH, 2012, 5. Aufl., § 28 Rn. 118 ff.

¹⁴ Es wäre euphemistisch, von einer Legaldefinition zu sprechen.

Gemeinschaft ab.¹⁵ Ob damit ein „Weniger“ gemeint ist als „Teilhabe“, ist fraglich.¹⁶ Bereits bei Entstehung des BSHG wurde die Eingliederungshilfe aus dem damaligen angelsächsisch geprägten Verständnis von Rehabilitation entwickelt als Eingliederung oder Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.¹⁷ Wie oben dargestellt, bedeutet aber Rehabilitation jedenfalls in Bezug auf die Leistung nicht weniger als Teilhabe.

Die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umfasst den Ausgleich der gesamten im Einzelfall beeinträchtigten Fähigkeiten, die notwendige Voraussetzung dafür sind, um wie nicht behinderte Menschen Zugänge zu gemeinschaftsbezogenen Kontakten und Betätigungen haben zu können. Dabei ist sowohl die erstmalige Eröffnung notwendiger Zugänge als auch die Sicherung einer bereits etablierten Teilhabe umschlossen, wenn diese gefährdet ist und wieder ein Abgeschnittensein von gesellschaftlichen

Ereignissen und Bezügen droht.¹⁸ Dieses Globalziel sozialer Teilhabeleistungen ist erkennbar so weit gespannt wie die in § 4 Abs. 1 SGB IX verankerten Ziele der Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben insgesamt. Im Fokus des Leistungsgeschehens soll dabei das Bestreben stehen, eine möglichst individuell selbständige und selbstbestimmte Lebenssituation für den betroffenen behinderten Menschen zu schaffen (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Diese Lebenssituation betrifft stets die Gesamtheit menschlicher Ordnungen und Beziehungen, mithin auch familiäre, kulturelle, nachbarschaftliche, politische, religiöse und sportliche Beziehungen.¹⁹

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

¹⁵ § 53 Abs. 3 Satz 1 BSHG.

¹⁶ So aber ausdrücklich *Lachwitz*, HK-SGB IX, 3. Aufl. 2010, § 55 Rn. 5; das Argument für diese Differenzierung, dass § 1 SGB IX nunmehr fordere, Menschen mit Behinderungen nicht als Objekte gesellschaftlichen Lebens, sondern als Subjekte zu begreifen, ergibt sich nicht erst aus dem SGB IX, wie *Lachwitz* meint, sondern aus dem alles überstrahlenden Menschenwürdebegriff des Art. 1 GG, der stets von der Gesellschaft beachtet werden muss.

¹⁷ *Frandsen*, Die Eingliederungshilfe nach dem BSHG als Möglichkeit einer zeitgemäßen Rehabilitation, Blätter der Wohlfahrtspflege, August/September 1961, S. 20 ff.

¹⁸ So BSG, Urt. 19.05.2009, Az. B 8 SO 32/07 R, SGB 2009, 475.

¹⁹ *Schmeller*, in: Ernst/ Adlhoch/ Seel, Kom. SGB IX, 2007, § 55 Rn. 14.