

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 17/2013 –

10.10.2013

Medizinische Rehabilitation in der Sozialhilfe – Reservefunktion der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Teil 2)

Von Franz Dillmann

V. Konkurrenzen zwischen medizinischer und sozialer Teilhabe¹

In der bisherigen Darstellung der rechtlichen Grundlagen der in Rede stehenden Teilhabeleistungen ist schon deutlich geworden, dass es zwischen sozialer und medizinischer Teilhabe auffällige Gemeinsamkeiten, aber auch deutliche Unterschiede gibt. Klare Trennlinien sind indes schwer auszumachen. Medizinische und soziale Rehabilitationsleistungen weisen eine Teilschnittmenge auf, da die „ergänzenden“ Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 3 SGB IX soziale Teilhabebedarfe aufgreifen (insbesondere Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen, Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfe- und Beratungsstellen, Hilfen zur seelischen Stabilisierung und Förderung der sozialen Kompetenz und Training lebens-

praktischer Fähigkeiten). Soweit Ansprüche auf diese Leistungen (etwa nach dem SGB V) bestehen, gehen diese den Ansprüchen auf soziale Teilhabeleistungen nach §§ 53 ff. SGB XII vor. Nach § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V sind auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§§ 40 ff. SGB V) unter Beachtung der Vorschriften des SGB IX zu erbringen, mithin ist auch § 26 SGB IX zu berücksichtigen.

Der Gesetzgeber hat zur Entwirrung des Leistungsdickichts vor allem folgende „normative Buschmesser“ zur Verfügung gestellt: § 55 Abs. 1 SGB IX und § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII:

Nach § 55 Abs. 1 SGB IX werden die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbracht, die „nach den Kapiteln 4 bis 6 nicht erbracht werden“ – in diesen Kapiteln sind jeweils gesondert die drei anderen möglichen Rehabilitationsleistungsbereiche geregelt. Diese Leistung macht demnach in Bezug auf die hier streitige Abgrenzung deutlich, dass die Leistungen nach §§ 55 ff. SGB IX gegenüber den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nachrangig sind. Wie diese Nachrangigkeit genau ausgestaltet ist, ist streitig. Die herrschende

¹ Der erste Teil wurde als Beitrag A16-2013 unter www.reha-recht.de veröffentlicht; die Langfassung des Beitrages kann in der ZFSH/SGB – Zeitschrift für die sozialrechtliche Praxis in der Ausgabe 11/2012, S. 639–647 nachgelesen werden, wo der Artikel zuerst erschienen ist. Der Autor leitet die Rechtsabteilung im Dezernat Soziales und Integration des Landschaftsverbandes Rheinland in Köln.

Meinung² legt diese Negativkonkurrenzklausele so aus, dass es nicht auf das bloße Vorhandensein eines vorrangigen Anspruches etwa auf medizinische Rehabilitation ankommt, sondern darauf, dass diese (sei es nur teilweise) gleichartige Ziele verfolgt und im Einzelfall „tatsächlich erbracht wird“. Mit dieser strengen Auffassung, die sich vor allem auf den Wortlaut stützt („nicht erbracht werden.“), wird die rechtliche Hürde allerdings so hoch gelegt, dass in der Praxis kaum noch ein für soziale Teilhabeleistungen zuständiger Sozialhilfeträger darüberspringen kann.

Diese hart am Rande der beliebten juristischen Argumentationsfigur der „normativen Kraft des Faktischen“ operierende Interpretation steht indes in Einklang mit der aktuell herrschenden Auffassung zur allgemeinen Nachrangregelung des Sozialhilferechts. Gemäß § 2 Abs. 1 SGB XII erhält keine Sozialhilfe, wer „die erforderliche Leistung ... von Trägern anderer Sozialleistungen erhält“. Aufgrund dieses Subsidiaritätsprinzips in der Sozialhilfe gehen im gegliederten Sozialleistungssystem andere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation den sozialhilferechtlichen Teilhabeleistungen vor.³ Nach der früheren Rechtsprechung, vor allem des bis 2005 für die Sozialhilfe zuständigen Bundesverwaltungsgerichts, konnte unter Beru-

fung auf den Nachrang eine Leistung dann versagt werden, wenn es sich bei den vorrangigen Hilfen um sogenannte „bereite Mittel“ handelte.⁴ Der Sozialhilfeträger war danach zur Vorleistung verpflichtet, wenn der vorrangige Leistungsträger seine Leistung nicht erfüllte und der Leistungsberechtigte erst gerichtliche Hilfe ersuchen musste, um seinen Anspruch gegen diesen durchzusetzen.⁵ Keinesfalls wurde § 2 SGB XII so verstanden, dass es dem Leistungsberechtigten freigestellt war, überhaupt irgendwelche Bemühungen zu unternehmen, seinen vorrangigen Leistungsanspruch zu verwirklichen. Das BSG hat indes diese Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts relativiert und stellt nicht mehr darauf ab, ob der Leistungsberechtigte einen anderweitigen durchsetzbaren Anspruch hat, sondern lässt die Verpflichtung des Sozialhilfeträgers unter Berufung auf den Wortlaut erst entfallen, wenn die vorrangige Leistung tatsächlich bezogen wird.⁶ Diese Sichtweise wird mit dem Argument untermauert, der Sozialhilfeträger habe sowohl Regressmöglichkeiten gegenüber dem anderen vorrangigen Träger (Überleitung, Kostenerstattung usw.) als auch Sanktionsmöglichkeiten gegenüber dem Leistungsberechtigten (z. B. § 103 SGB XII Kostenersatz wegen sozialwidrigen Verhaltens).⁷ Diese Ansicht verkennt, dass die vorrangigen Sozialleistungen in der Praxis meist nur mühsam und risikobehaftet realisiert werden können und letztlich diese Aufweichung des Subsidiaritätsprinzips ein unselbstständiges Verhalten fördert, sich entgegen den Obliegenheiten in der Sozial-

² Die Literatur, *Götz*, in: PK-Behindertenrecht, 2002, § 55 Rn. 2; *Schütze*, in: Hauck-Noftz. Kom. SGB IX, 23. Lieferg, 2012, § 55 Rn. 21; *Busch*, *Feldes/Kohte/Stevens-Bartol*, SGB IX, 2. Aufl. 2011, § 55 Rn. 10 f.; *Handbuch SGB IX-Hoffmann*, § 13 Rn. 6, *Joussen*, in: LPK-SGB IX, 3. Aufl. 2011, § 55 Rn. 7; stützt sich auf das Urteil des BSG zur „Petö-Therapie“, Urt. v. 19.05.2009, Az. B 8 SO 32/07, BSGE 103, 171 Rn. 20, bzw. dieses auf die vorgehende Literatur; anders nur *Schmeller*, in: *Ernst/Adlhoch/Seel*, Kom. SGB IX, 13. Lieferg. 2007, § 55 Rn. 17, der darauf abstellt, ob mit der vorrangigen Leistung die Ziele erreicht werden können; wohl auch *Mrozynski/Jabben*, SGB IX Teil 1, 2011, § 55 Rn. 3.

³ Innerhalb der sozialversicherungsrechtlichen Rehabilitationsleistungen sind ambulante und stationäre GKV-Leistungen nachrangig (§ 41 Abs. 4 SGB V).

⁴ BVerwG, Urt. v. 17.08.1995, Az. 5 C 26/93, FEVS, Bd. 46, S. 265.

⁵ So im Fall BVerwG, Urt. v. 19.01.1972, Az. V C 10.71, BVerwGE, Bd. 39, S. 261, 269.

⁶ BSG, Urt. v. 26.08.2008, Az. B 8/9b SO 16/07 R, FEVS Bd. 60/S. 346 ff.; *Coserio*, in: *jurisPraxisKom. SGB XII*, 2011, § 2 Rn. 11 ff. die Urteile als Richter des zuständigen Sozialhilfesenates des BSG kommentierend m. w. N.

⁷ So *Coserio*, a. a. O. § 2 Rn. 19.

hilfe (§ 10 Satz 2 SGB I), mitzuwirken und sich selbst zu helfen, in die „soziale Hängematte“ fallen zu lassen. Überdies entspricht die Ignoranz gegenüber offenkundiger Passivität des hilfeschuchenden Menschen mit Behinderung nicht dem Bild einer, insbesondere von der UN-BRK geforderten, selbstbestimmten Autonomie.

Bei aller berechtigten Kritik an dieser neuen Interpretation muss man allerdings feststellen, dass § 55 Abs. 1 SGB IX und der an sich gemäß § 7 SGB IX dieser Vorschrift gegenüber vorrangige rechtliche Grundsatz des § 2 Abs. 1 SGB XII damit in eine harmonische Konkordanz gebracht worden sind. Es fragt sich aber dennoch, ob diese weite Auslegung des § 55 Abs. 1 SGB IX mit dem Sinn und Zweck der Vorschrift übereinstimmt. Durch den Vorrang der in den Kapiteln 4 bis 6 geregelten Leistungsgruppen sollen eine eindeutige Zuständigkeitsverteilung herbeigeführt und Streitigkeiten über die Qualifizierung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen vermieden werden.⁸ Angesichts des stets greifenden Zuständigkeitsklärungsverfahrens nach § 14 SGB IX besteht aber kein Bedürfnis mehr, den Leistungssuchenden durch eine weite Auslegung des § 55 Abs. 1 SGB IX zu schützen. Sein rehabilitativer Bedarf wird durch den zuständigen erst- bzw. zweitangegangenen Leistungsträger endgültig gedeckt. Die Frage der Qualifizierung der Maßnahme oder Hilfe als medizinische oder soziale Teilhabeleistung wird zwischen den Rehabilitationsträgern im Erstattungsverfahren geklärt.

Die Negativabgrenzung der sozialen, insbesondere zur medizinischen Rehabilitation in § 55 Abs. 1 SGB IX kann daher als Leistungsvoraussetzung konstitutiv und nicht als eine bloße Konkretisierung des Nachrangprinzips (§ 2 SGB XII) gesehen werden. Notwendig ist eine normative und nicht eine am Faktischen orientierte Grenzziehung zwi-

schen den beiden Teilhabebereichen. Es kommt für die Anwendung des § 55 Abs. 1 SGB IX folglich nicht darauf an, dass „bereite Mittel“ des vorrangigen Trägers medizinischer Rehabilitationsleistungen vorhanden sind, die tatsächlich gewährt werden oder in angemessener Zeit ohne Probleme erbracht werden können. Maßgeblich ist vielmehr, ob ein Rechtsanspruch auf eine medizinische Rehabilitationsleistung besteht. Nur so macht die Aussage Sinn, dass der Nachranggrundsatz nicht zur Disposition des Leistungsberechtigten steht.⁹

Eigenständige Maßnahmen nach § 55 SGB IX kommen damit nur in Betracht, wenn die Ziele nicht mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation oder der beruflichen Teilhabe erreicht werden können. Die Abgrenzung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Leistungen zur sozialen Rehabilitation erfolgt nicht nach den in Betracht kommenden Leistungsgegenständen; entscheidend ist vielmehr der Leistungszweck. Die Leistungszwecke des SGB V beziehungsweise der medizinischen Rehabilitation und der sozialen Rehabilitation können sich im Einzelfall überschneiden. Werden verschiedene Leistungszwecke innerhalb einer medizinisch rehabilitativen Maßnahme gebündelt (etwa bei bestimmten Therapien für Kinder und Jugendlichen), ist danach zu fragen, ob diese eine „überschießende Innentendenz“ sozialer Teilhabelemente aufweisen, die nicht im Rahmen der weiter verstandenen medizinischen Rehabilitation aufgefangen werden kann. Dabei ist das Postulat des § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX zu beachten, dass die Leistungsträger ihre Leistungen so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität zu erbringen haben, dass Leistungen anderer Träger nicht mehr erforderlich sind. Die Rehabilitationsträger haben vorrangig präventiv darauf hinzuwirken, dass

⁸ Reimann, in: Maydell/Ruland/Becker, SRH, 2012, 5. Aufl., Kap. 28 Rn. 165.

⁹ Lachwitz, in: HK-SGB IX, 3. Aufl. 2010, § 55 Rn. 10 unter Berufung u. a. auf Schmeller, a. o. O. § 55 Rn. 13.

der Eintritt einer Behinderung vermieden wird (§ 3 SGB IX). Korrespondierend damit haben die von einer Behinderung bedrohten Personen keinen Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass auch nach Durchführung vorrangiger medizinisch rehabilitativer Leistungen, etwa der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), eine Behinderung einzutreten droht (§ 53 Abs. 2 Satz 2 SGB XII). Die Zwecksetzung der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist überdies mit der Zwecksetzung der Leistungen der GKV nicht identisch. Aus diesen maßgeblich in der umstrittenen sogenannten Petö-Therapieentscheidung des 8. Sozialhilfesenesates des BSG¹⁰ entwickelten Grundsätzen lassen sich kaum für alle Fälle geeignete endgültige Abgrenzungsleitlinien gewinnen. Zwar richtet sich die Sozialhilfe, wie das BSG in der Entscheidung zu Recht betont, anders als das SGB V, nach den individuellen Förderbedarfen des Menschen mit Behinderung (§§ 9 Abs. 1 SGB XII). Das Wunsch- und Wahlrecht des Sozialhilfeberechtigten nach § 9 Abs. 2 SGB XII darf aber nicht zu einer Ausweitung des Rechtsanspruches auf alle „wünschenswerten“, auch die soziale Teilhabe fördernden Therapien, Heil- und Hilfsmittel führen (z. B. Reittherapie¹¹, Delfintherapie usw.), die nach dem SGB V ausgeschlossen wären. Dann wäre tatsächlich die sozialhilfe-rechtliche „Büchse der Pandora“ geöffnet.¹² Eine solche „uferlose“ Reservefunktion kommt der Eingliederungshilfe als wichtigste

Leistung für die soziale Teilhabe nicht zu. Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Das hier zum Ausdruck kommende absolute Menschenwürdegebot des Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz (GG) gebietet nicht die völlige Einebnung individueller Unterschiede, sondern beschränkt vielmehr die Eingliederungshilfeleistungen zur sozialen Teilhabe in Grund und Höhe. Die unstreitig bestehende Auffangfunktion der Eingliederungshilfe als letztes soziales Netz für Menschen mit Behinderungen ist nicht so zu verstehen, dass sie die Funktion hat, ein alternatives Rehabilitationssystem zu etablieren, um vom Gesundheitssystem nicht zugelassene Therapien, Medikamente usw. auf Kosten des Staates zu finanzieren. Dies könnte in vielen Fällen zu einer nicht mehr gerechtfertigten Ungleichbehandlung der nicht behinderten, aber (chronisch) kranken Versicherten führen (Art. 3 Abs. 1 GG).

Bekräftigt wird diese Sichtweise durch die zweite abgrenzungsrelevante Konkurrenzvorschrift: das sogenannte Aufstockungsverbot des § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII. Danach „entsprechen“ die Leistungen der medizinischen Rehabilitation des Sozialhilfeträgers jeweils den Rehabilitationsleistungen der GKV. Damit soll eine Besserstellung der Empfänger von Eingliederungshilfeleistungen gegenüber Berechtigten der Krankenversicherung verhindert werden. Dieses Besserstellungsverbot gilt gemäß § 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII für alle Leistungen nach dem SGB V. Die Vorschrift bindet die Eingliederungshilfeleistungen zur medizinischen Rehabilitation absolut an § 26 SGB IX¹³ und erstreckt sich über die anderen Rehabilitationsleistungen¹⁴ hinaus auf

¹⁰ BSG, Beschl. v. 29.09.2009, B 8 SO 19/08 R (Petö-Therapie).

¹¹ So aber BVerwG, Urt. v. 18.10.2012 – 5 C 15/11; vgl. hierzu auch *Jordan*, Beitrag A11-2013 unter www.reha-recht.de.

¹² Zur Kritik an der BSG-Rechtsprechung (auch zur Entscheidung der „Hörgerätebatterie-Entscheidung“ des BSG v. 19.05.2009, Az. B 8/9b) schon: *Dillmann/Dannat*, „Neue Besen kehren gut!“ – Eine Bestandsaufnahme von fünf Jahren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Sozialhilfe, ZfF 2009, S. 241–258, 247 f.

¹³ So ausdrücklich. *Scheider*, in: Schellhorn/Schellhorn/Hohm, Kom. SGB XII, 18. Aufl. 2010, § 54 Rn. 7.

¹⁴ § 29 SGB IX (Förderung der Selbsthilfe), § 30 SGB IX (Frühförderung) und § 31 SGB IX (Hilfsmittel).

alle im Rahmen des SGB V aufgrund gesetzlicher Ermächtigung erlassenen Richtlinien (wie Heil- und Hilfsmittelrichtlinie), Rahmenverträge und Empfehlungen.

In der Praxis scheitern Ansprüche auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oftmals bereits daran, dass die begehrten Maßnahmen, Hilfen usw. von der Krankenkasse nicht anerkannt oder zugelassen sind. Kommt ein Anspruch nach §§ 26 ff. SGB IX in Verbindung mit dem SGB V nicht infrage, so kann nach verbreiteter Ansicht in Rechtsprechung und Literatur ein Anspruch auf Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII gegeben sein, wenn die Leistung unerlässlich ist, um eine notwendige soziale Teilhabe zu erreichen.¹⁵ Solche anspruchsbegründenden „Wanderungsbewegungen“ können jedoch leicht in die Irre führen: Bei zahlreichen Therapien sind medizinischer Nutzen oder Erfolgchancen hinsichtlich einer Linderung oder nur der Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit oder Behinderung heillos umstritten, oder die Hilfe ist, wie bei Medikamenten, sogar mit einer Gefährdung verbunden. Medizinische Hilfestellung ist daher nicht selten aus gutem Grund versperrt. Gesundheitsleistungen ohne Weiteres zu sozialen Teilhabeleistungen umzumünzen, birgt daher eine gewisse Gefahr. So ist es wenig verantwortlich, über die Eingliederungshilfe die Kosten des von den Kassen für Erwachsene wegen des Suchtpotenzials nicht zugelassenen Medikaments „Ritalin“ für einen psychisch behinderten und verhaltensauffälligen jungen erwachsenen Mann zu übernehmen. Die Gerichte haben diese Gefahren durchaus erkannt und versuchen mit dem Hinweis auf eine Wirksamkeitskontrolle der streitigen Maßnahme beziehungsweise Hilfe, im Einzelfall überbordenden Begehrlichkeiten einen Riegel vor-

zuschieben.¹⁶ Wird von vornherein eine Kostenerstattung bereits entstandener Kosten z. B. für eine durchgeführte Therapie verlangt, müssen nach § 9 Abs. 2 Satz 2 SGB IX dem Rehabilitationsträger geeignete Unterlagen vorgelegt werden, die eine Beurteilung der Wirksamkeit und eine Erfolgskontrolle ermöglichen.¹⁷ Der Rehabilitationsträger ist aber mangels entsprechender Kompetenzen und Kapazitäten meist überfordert, auf vergleichbarem Niveau wie das komplexe „Fachsystem Gesundheit“ die medizinische Spreu vom Weizen zu trennen.

Das Aufstockungsverbot des § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII läuft angesichts dieser von der Rechtsprechung unterstützten Öffnung weitgehend ins Leere. Es liegt daher nahe, will man auf Dauer kein zweites Gesundheitssystem für Menschen mit Behinderungen etablieren, die Vorschrift strikter zu fassen. Der im Aufstockungsverbot erkennbare Konflikt ist systembedingt. Solange der Gesetzgeber keine klareren gesetzlichen Kriterien aufstellt, um zwischen medizinischen Rehabilitationsleistungen und sozialen Teilhabeleistungen zu unterscheiden, ist den Entscheidungsträgern in der Verwaltung nicht geholfen. Denn es besteht weiter die Frage, wo insbesondere die Trennlinie zwischen den Annexleistungen der sozialen Teilhabe, die innerhalb der medizinischen Rehabilitation gewährt werden (§ 26 Abs. 2, 3 SGB IX), und den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft vor allem im Rahmen der Eingliederungshilfe zu ziehen ist. Wo diese Linien verlaufen können, lässt sich exemplarisch bei der Versorgung mit Hilfsmitteln aufzeigen, wo der Streit um die sachliche Zuständigkeit unter den

¹⁵ Lachwitz, m. w. N. a. a. O. § 55 Rn. 14.

¹⁶ BVerwG, Beschl. v. 29.10.2010, AZ. 5 B 23/09, juris, wohl auch BSG in der o. g. Petö-Therapie-Entscheidung.

¹⁷ LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 24.08.2011, Az. L 8 SO 15/08, juris, das Gericht bestätigt zu Recht die Kostenversagung des Rehabilitationsträgers für die dubiose „Tomatis-Therapie“.

Rehabilitationsträgern stets neue Blüten treibt.

VI. Die Hilfsmittelversorgung als Paradebeispiel der Abgrenzung

Die Hilfsmittelversorgung ist die bedeutendste medizinische und zugleich soziale Rehabilitationsleistung, sie nimmt insofern eine Sonderstellung ein. Der Hilfsmittelbegriff der Eingliederungshilfe bei sozialen Teilhabeleistungen geht weiter („andere Hilfsmittel“) als nach den §§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 SGB IX und kann sich im Einzelfall auch auf Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens erstrecken (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII, § 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, § 9 Abs. 2 Eingliederungshilfe-Verordnung EinghVO). Die Hilfsmittelversorgung nach dem SGB V hat ebenfalls noch weitere Voraussetzungen, wie etwa Wirtschaftlichkeit und Erforderlichkeit (§ 33 SGB V).

Ein Hilfsmittel zum mittelbaren (folgenbezogenen) Behinderungsausgleich ist nach der herrschenden Rechtsprechung¹⁸ von der GKV nur dann zu gewähren, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit Grundbedürfnisse des täglichen Lebens betrifft (§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). Zu diesen zählen das Gehen, Stehen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden, die (elementare) Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraumes. Diese „Grundbedürfnisse“ decken augenscheinlich viele Lebenssituationen ab, die auch von sozialen Teilhabeleistungen umfasst sind. Die Grundbedürfnisse, wie etwa „die Erschließung eines körperlichen und geistigen Freiraumes“,

werden krankensicherungsrechtlich von der Rechtsprechung¹⁹ immer nur im Sinne eines Basisausgleichs der Behinderung selbst und nicht im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten eines Gesunden verstanden.

Die zentrale Abgrenzungsformel bei der Hilfsmittelversorgung, wonach Aufgabe der GKV in allen Fällen allein die medizinische Rehabilitation sei²⁰, also die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen, einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstständiges Leben zu führen und die Anforderungen des Alltags zu meistern, wird brüchig, wenn man den Begriff der Gesundheit in § 1 SGB V gemäß der Definition der Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation als „einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ versteht (vgl. auch Art. 26 UN-BRK). Zu diesem Zustand gehören unabdingbar eben auch „soziale Faktoren“ wie menschliche Bindungen und Selbstständigkeit als Grundvoraussetzung für Selbstachtung und Freiheit.

Insofern erscheint es konstruiert, das allgemeine Grundbedürfnis des täglichen Lebens im Rahmen der medizinischen Rehabilitation auf ein nur elementares Maß an Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, (insbesondere an Kommunikation und sozialen Kontakten) zurechtzustutzen, die erforderlich ist, ein den allgemeinen Wertvorstellungen entsprechendes selbstbestimmtes Leben ohne Gefahr einer psychischen oder physischen Beeinträchtigung zu führen. Wenn die Grenze der Leistungsgewährung indes allein durch den Anspruch des Leistungsberechtigten auf Wahrung der Mindestvoraussetzungen eines menschenwürdigen Daseins bestimmt sein

¹⁸ Vgl. nur BSG, Beschl. v. 18.05.2011, B 3 KR 12/10 R (Rollstuhl-Bike); näheres zu dieser Entscheidung in der Besprechung von Ulrich, Forum A, Beitrag A27-2011 unter www.reha-recht.de.

¹⁹ BSG, Beschl. v. 18.05.2011, B 3 KR 12/10 R (Rollstuhl-Bike).

²⁰ Siehe nur BSG, Urt. v. 07.10.2010, B 3 KR 5/10 R (Behindertendreirad).

soll, ist entweder diese Grenzziehung grundgesetzwidrig, oder die soziale Rehabilitation kann bei der Hilfsmittelversorgung jedenfalls nicht weiter gehen als bei der medizinischen Rehabilitation.

VII. Befreiung aus dem Leistungsdickicht?

Die dynamische Rechtsprechung des BSG zur Hilfsmittelversorgung zeigt zum einen auf, dass es in den letzten Jahren immer wieder zu unerwarteten „Grenzverschiebungen“ zwischen den Leistungen zur medizinischen und sozialen Rehabilitation gekommen ist. Sie macht jedoch zum anderen zugleich deutlich, wie eng miteinander verschlungen diese beiden Rehabilitationsleistungen sind – mitunter sogar zu einem unentwirrbaren Knäuel. Es ist daher offenbar nötig, aus dem Zusammenhang der Aufzählung der einzelnen Maßnahmen in § 55 Abs. 2 SGB IX im Vergleich zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation in §§ 26, 33 SGB IX allgemeine Kriterien zu entwickeln, mit deren Hilfe das Verhältnis der beiden Leistungsbereiche näher bestimmt werden kann. Diesen Kriterien muss ein moderneres Verständnis von Gesundheit vor der Folie der UN-BRK zugrunde liegen. Insbesondere bei der Behandlung psychisch behinderter Menschen gehört zur psychiatrischen und psychologischen Behandlung untrennbar auch die Behebung der sozialen Folgen.²¹ Aber auch darüber hinaus entspräche es einem modernen Gesundheitsbegriff, den Erwerb grundlegender sozialer Fähigkeiten der Kommunikation, Lebensführungskompetenz für Leben, Freizeit und Beruf usw. wie bei den Hilfsmitteln der Krankenbehandlung als Basisausgleich zuzuordnen. Dagegen spricht nicht, dass bei der Bestimmung der Grundbedürfnisse mit Ein-

schränkungen abstrakte beziehungsweise objektive und nicht wie in der Sozialhilfe individuelle Maßstäbe zugrunde gelegt werden. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums²² beinhaltet dieses auch einen Anspruch auf existenzielle soziale Teilhabe. Es läge daher nahe, zu einer ganzheitlichen menschenwürdigen Absicherung im Krankheitsfall auch den Erwerb und den Erhalt von Fähigkeiten für elementare menschliche Grundbedürfnisse zu rechnen. Soweit dann wieder spezielle Lebensbereiche betroffen wären, wie Haushalt, Freizeit und Arbeit, das heißt besondere Hilfen erforderlich sind, um soziale Isolation zu vermeiden und eine angemessene Lebensführung mit ausreichenden sozialen Kontakten, Begegnungen und Erfahrungen zu ermöglichen, käme dann wieder die Eingliederungshilfe zum Zuge.

Insgesamt erscheint die den gespaltenen Zuständigkeiten geschuldete Notwendigkeit der Abgrenzung zwischen medizinischer und sozialer Rehabilitation oft konstruiert. Die Reservefunktion der Sozialhilfe wird dabei zu sehr strapaziert. Das „Abschieben“ auf die Sozialhilfe widerspricht einerseits indes der Entwicklung zu multifunktionalen ganzheitlichen Ansätzen und Methoden in der Gesundheitsversorgung, andererseits dem Inklusionsgebot der UN-BRK, das von einer umfassenden inklusiven Teilhabe ausgeht.

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

²¹ So insbesondere *Mrozynski/Jabben*, SGB IX Teil 1, 2011, § 55 Rn. 66 ff.

²² BVerfG, Urt. v. 09.02.2010, 1 BvL u. a., NJW 2010, S. 505 ff.; BVerfG, Urt. v. 18.07.2012, 1 BvL 10/10 und 2/11 zum Asylbewerberleistungsgesetz.