

– Fachbeitrag D16-2016 –

06.05.2016

**Rechtliche Rahmenbedingungen für Leistungen der  
medizinischen Rehabilitation bei Sehverlust<sup>1</sup>**  
**Grundlagen der medizinischen Rehabilitation nach der UN-  
Behindertenrechtskonvention sowie Vorgaben und Finanzierungsmöglichkeiten  
auf Grundlage des SGB IX und des Leistungsrechts der Rehabilitationsträger**

*Von Prof. Dr. Felix Welti, Universität Kassel*

Gegenwärtig wird, insbesondere auf Initiative des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbands (DVBS), über verbesserte Leistungen und Zugänge für blinde und sehbehinderte Personen zur medizinischen Rehabilitation in der Situation des Sehverlusts diskutiert. Der folgende Beitrag versucht, diese Initiativen in den Strukturen des Rehabilitations- und Teilhaberechts zu verorten.

## **I. Rechtliche Grundlagen der medizinischen Rehabilitation**

Rehabilitation ist ein alter Rechtsbegriff, dessen Bedeutungen zugleich im Wandel sind. Im römischen Recht ist die *rehabilitatio* die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand, die Wiederherstellung eines rechtmäßigen, erwünschten Zustands. In den sozialpolitischen Bereich wurde Rehabilitation erstmals 1846 im „System der gesamten Armenpflege“ des Juristen, Theologen und Sozialreformers Freiherr von Buß übertragen, der Rehabilitation definierte als die „Wiedereinsetzung des heilbaren Armen in den Stand seiner Würde.“

Der Begriff fasste zunächst in Armenpflege, Sozialmedizin und Sozialrecht keine tieferen Wurzeln. Die Vorläufer der heutigen medizinischen Rehabilitation in der Invalidenversicherung wurden – wie zum Teil immer noch – als „Heilbehandlung“ bezeichnet, in der Fürsorge hatte man spezifische andere Begriffe wie etwa „Entkrüppelung“. Über den englischen Sprachgebrauch kam die Rehabilitation nach den Weltkriegen verstärkt in die deutsche Sozial- und Versicherungsmedizin. Erst nach dem zweiten Weltkrieg wurde Rehabilitation dann ein Begriff des deutschen Sozialrechts, der sich in der Trias

---

<sup>1</sup> Der Beitrag basiert auf einem Vortrag, der unter gleichem Titel bei einer Veranstaltung des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes e. V. am 29.01.2016 in Bonn gehalten wurde. Er wurde unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de) als Fachbeitrag D16-2016 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Welti: Rechtliche Rahmenbedingungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Sehverlust; Beitrag D16-2016 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); 06.05.2016.

von medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation ausdifferenzierte. Dabei changierte Rehabilitation zwischen einer Beschreibung des sozialpolitischen und professionellen Ziels, deutsch umschrieben mit Wiederherstellung, Wiedereingliederung oder Wiederbefähigung, und einer zunehmenden Gleichsetzung mit den Mitteln zur Zielerreichung, die sich mittlerweile in den Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation materialisiert hatten. „Die Reha“ ist dann für viele nicht mehr das auf die kranke und behinderte Person bezogene Ziel, sondern die Zusammenfassung der dazu notwendigen Leistungen im Einzelfall – früher freundlich als „Kur“, verwaltungsmäßiger als „Maßnahme“ bezeichnet. Das umfassende Ziel definierte das Gesetz früher – in der Sozialhilfe heute noch – als „Eingliederung“, moderner im Sozialgesetzbuch (SGB) IX als „Teilhabe“, so dass zusammengefasst werden könnte: Rehabilitation ist der Weg, Teilhabe ist das Ziel, jedenfalls individuell. Benötigt man einen gesellschaftsbezogenen Begriff für das zu Erreichende, so bietet der moderne Sprachgebrauch die Inklusion an.

Mit der Beschreibung länger anhaltender Gesundheitsbeeinträchtigungen, die Folgen für die Teilhabe an Beruf und Gesellschaft haben, als Behinderung – in Recht, Medizin und Gesellschaft ebenfalls erst seit den 1950er Jahren – setzte auch die begriffliche Zuordnung von Rehabilitation als eine auf Behinderung bezogene Intervention ein. Mit der Aufgliederung des Behinderungsbegriffs zunächst in der ICDH (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen), dann in der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) bot sich die zumindest scheinbar präzise Möglichkeit, die unterschiedlichen Formen der Rehabilitation zuzuordnen, nämlich die medizinische Rehabilitation der gesundheitlichen Beeinträchtigung, die berufliche und die soziale Rehabilitation ihren gesellschaftlichen Folgen und Kontextfaktoren.<sup>2</sup>

## 1. UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

Im internationalen Recht hatte sich die Rehabilitation zunächst in der „War to peace“-Resolution der Internationalen Arbeitsorganisation 1944 und nachfolgend in den ILO<sup>3</sup>-Konventionen zur beruflichen Rehabilitation gefunden.

Die UN-BRK wurde 2006 von der UN-Generalversammlung beschlossen und seitdem von mehr als 150 Staaten ratifiziert, unter ihnen die Bundesrepublik Deutschland, wo sie seit 2009 in Kraft ist. Sie erwähnt Rehabilitation dreimal: In Art. 25 UN-BRK wird gesundheitliche Rehabilitation („health-related rehabilitation“) als Mittel zur Realisierung des Rechts auf Gesundheit behinderter Menschen durch die Vertragsstaaten benannt. Es fällt auf, dass hier nicht der Begriff der „medical rehabilitation“ benutzt wurde. In Art. 27 UN-BRK wird zudem die berufliche Rehabilitation als Teil der gebotenen Maßnahmen zur Realisierung des Rechts auf Arbeit behinderter Menschen genannt.

---

<sup>2</sup> Ausführlicher zum Behinderungsbegriff Welti, Behinderung als Rechtsbegriff, Diskussionsbeitrag D22-2014 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

<sup>3</sup> International Labour Organisation: Internationale Arbeitsorganisation, Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich für soziale Gerechtigkeit sowie Menschen- und Arbeitsrechte einsetzt.

In Art. 26 UN-BRK befasst sich die Konvention in einem eigenen Artikel mit „Habilitation und Rehabilitation“. Diese werden definiert als „wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren“. Damit wird das Begriffsverständnis von Rehabilitation als Summe der auf Teilhabe und ihre Voraussetzungen gerichteten Maßnahmen übernommen. Mit der gleichzeitigen Benennung körperlicher, geistiger, sozialer und beruflicher Fähigkeiten und der Betonung aller Aspekte des Lebens wird deutlich, dass Rehabilitation in der UN-BRK übergreifend und zielorientiert verstanden und nicht einem bestimmten Hilfssystem oder einer bestimmten Profession zugeordnet wird. Bekräftigt wird dies mit der Benennung von Diensten und Programmen insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste und der Forderung nach einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken als deren Grundlage.

## **2. Sozialrechtliche Einordnung und Begriffsverständnis**

In der deutschen Rechtsordnung und in ihren Institutionen hat sich das Verständnis der Rehabilitation in verschiedenen Schichten entwickelt. Im Sozialrecht stellen sich verschiedene Fragen im Zusammenhang mit der Rehabilitation, bei denen Abgrenzungen und Schnittstellen zu definieren sind, um für einen bestimmten Bedarf behinderter Menschen den passenden Leistungsträger, den passenden Leistungserbringer und die Anspruchsgrundlage zu finden.

Nach Art einer Matrix sind die Leistungen im Sozialrecht zum einen einer Leistungsgruppe (§ 5 SGB IX) zuzuordnen, zum zweiten einem Leistungsträger (§ 6 SGB IX). Das Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – gilt dabei für die Leistungsgruppen der medizinischen Rehabilitation, der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – berufliche Rehabilitation – und der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – soziale Rehabilitation (§ 5 SGB IX). Nicht ins SGB IX fallen die Leistungsgruppen der Krankenbehandlung, der Prävention, der Pflege, der Arbeitsmarktleistungen oder der Erziehungsleistungen. Die Leistungsgruppen werden voneinander nach ihren Zielen und oft auch nach ihren Leitprofessionen abgegrenzt.

Für die medizinische Rehabilitation weist die gesetzliche Definition (§ 26 Abs. 1 SGB IX) darauf hin, dass eine ärztliche oder psychotherapeutische Leitung, Verantwortung zumindest jedoch Anordnung erforderlich ist, zugleich – wie auch bei der beruflichen Rehabilitation – pädagogische Hilfen und Leistungen zur Stärkung der Selbsthilfe und des sozialen Umfelds einbezogen sein können (§ 26 Abs. 3 SGB IX). Damit ist jedoch bei Leistungen, bei denen mehrere Professionen zusammenwirken, keineswegs immer eine selbsterklärende Abgrenzung möglich.

Quer zu den Leistungsgruppen liegen die für sie möglicherweise zuständigen Leistungsträger. Für die hier besonders interessierende medizinische Rehabilitation kom-

men als Leistungsträger die Träger der sozialen Entschädigung – also die Versorgungsämter –, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der Kinder- und Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe in Betracht (vgl. § 6 SGB IX). Jeder dieser Leistungsträger ist für mehrere der genannten Leistungsgruppen zuständig. Die Trägerzuständigkeit richtet sich nach der Ursache der Behinderung, nach dem Versicherungsstatus und der Bedürftigkeit.

Während die Definition der Leistungsgruppen sich aus dem SGB IX als rechtlichem Rahmen ergibt, wird die konkrete Leistungspflicht aus den Leistungsgesetzen bestimmt (§ 7 SGB IX), auch das macht die Matrix unübersichtlich.

Die Unfallversicherung nach dem SGB VII ist für die medizinische und weitere Rehabilitation zuständig, wenn die Gesundheitsbeeinträchtigung Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist. Das Versorgungsamt ist nach dem Bundesversorgungsgesetz Rehabilitationsträger aller Leistungsgruppen bei Kriegsoptionen oder ihnen gleichgestellten Personen, zum Beispiel Opfern von Gewaltverbrechen. Bei Erwerbstätigen, deren Erwerbsfähigkeit bedroht ist und die bereits eine Vorversicherungszeit haben, ist der vorrangige Träger für medizinische und berufliche Rehabilitation die gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI). Für die meisten anderen Personen, insbesondere also solche vor und nach der Erwerbsphase, ist die gesetzliche Krankenkasse (SGB V) Trägerin der medizinischen Rehabilitation. Problematisch ist der Zugang zum Teil für Personen, die nicht die Voraussetzungen der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen, aber als Gutverdienende, Beamte oder Selbstständige privat krankenversichert sind, da der Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung nicht zwingend die medizinische Rehabilitation umfasst. Subsidiär zuständig sind für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche das Jugendamt (SGB VIII) und für fast alle anderen Personen die Träger der Sozialhilfe (SGB XII). Voraussetzung für deren Zuständigkeit ist aber die Bedürftigkeit: Es darf keinen anderen Leistungsträger, kein eigenes Einkommen und Vermögen geben.

Zusammengefasst sorgt das gegliederte System dafür, dass für die meisten Leistungsberechtigten die Abgrenzung zwischen medizinischer Rehabilitation und den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft entscheidend ist. Für die medizinische Rehabilitation gibt es fast immer einen Träger, der unabhängig von Einkommen und Vermögen leistet, für die soziale Rehabilitation und Teilhabe hingegen nicht.

Das heißt, wir sprechen bei einer Rehabilitationsleistung für Personen bei und nach Sehverlust nicht über die Schaffung eines neuen Anspruchs dem Grunde nach. Sehbehinderte und von Sehbehinderung bedrohte Menschen haben wie alle anderen einen Anspruch auf bedarfsgerechte medizinische Rehabilitation, hätten sie ihn nicht, wäre das eine kaum zu rechtfertigende Benachteiligung.

Defizite bestehen in der Realisierung dieses Anspruchs. Diese setzt voraus, dass Leistungserbringer und Leistungsträger Vereinbarungen über die Bereitstellung und Finanzierung eines bedarfsgerechten Angebots getroffen haben. Diese Struktur zeigt, dass

wir über Leistungsträger (§ 12 SGB I) sprechen und nicht über bloße Kostenträger, denen man nur eine Rechnung zur Erstattung einreichen müsste.

Für die generelle Bedarfsabschätzung mag es sinnvoll sein, bestimmte Grade des Sehverlusts oder vielleicht sogar des Grads der Behinderung (GdB, §§ 2 Abs. 2, 69 SGB IX) als Anspruchsindikator zu nehmen. Der individuelle Anspruch jedoch richtet sich nach dem individuellen Bedarf, der beim modernen Behinderungsbegriff nicht nur von der Funktionseinschränkung, sondern auch vom Kontext abhängt. Es scheint daher nicht hilfreich, solche Grade als Anspruchsschranken zu definieren, das gibt es in anderen Bereichen der Rehabilitation auch nicht und es wäre rechtswidrig.

## **II. Voraussetzungen für die Anerkennung einer Leistung als Teil der medizinischen Rehabilitation**

Wird diskutiert, ob eine Leistung der medizinischen Rehabilitation zugeordnet werden kann und sie entsprechend von einem Rehabilitationsträger zu finanzieren ist, sind verschiedene Fragen zu klären.

### **1. Abgrenzung zur Krankenbehandlung**

Strittig kann sein, ob eine Leistung der Krankenbehandlung oder der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen ist. Diese Frage kann innerhalb der Zuständigkeit eines für beide Gruppen zuständigen Leistungsträgers auftauchen – etwa Krankenkasse oder Unfallversicherung –, aber auch in der Abgrenzung zwischen der Rentenversicherung, die nur Trägerin der Rehabilitation ist, zur Krankenkasse als Trägerin der Krankenbehandlung.

Ist die Leistung stationär, kann die Abgrenzung formal danach erfolgen, ob die jeweilige Einrichtung als Krankenhaus oder als stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtung zugelassen ist. Die Zuordnung erfolgt hier bereits beim Vertragsschluss. Frührehabilitation im Krankenhaus (§ 39 SGB V) ist keine medizinische Rehabilitation, sondern Teil der Krankenbehandlung.<sup>4</sup>

Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung werden nach §§ 27, 28 SGB V von Ärzten und Psychotherapeuten erbracht. Zu ihnen gehören die ärztlich verordneten Leistungen, insbesondere Arzneimittel (§ 31 SGB V), Hilfsmittel (§ 33 SGB V) und Heilmittel (§ 32 SGB V). Heilmittel sind Dienstleistungen, die von Gesundheitsberufen erbracht werden.

---

<sup>4</sup> Kritisch zur Behandlung von Frührehabilitation und medizinischer Rehabilitation durch das Bundessozialgericht (Urt. v. 14.10.2014 u. 10.03.2015, Az: B1 KR 25/13 R, B 1 KR 26/13 R u. B 1 KR 4/15 R) vgl. Klein, Angaben über die im Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – Die Rechtsprechung des BSG zu § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V, Diskussionsbeitrag E11-2015 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

Leistungen der Krankenbehandlung haben das Ziel, Krankheiten zu heilen oder zu lindern. Sie werden vom gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 SGB V) unter Beteiligung der Krankenkassen, der Vertragsärzteschaft und der Krankenhäuser definiert, etwa in der Heilmittel-Richtlinie. Als ambulante Rehabilitation werden im Krankenversicherungsrecht vorrangig solche Leistungen bezeichnet, die von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden (§ 40 Abs. 1 SGB V), wobei dies sowohl in diesen Einrichtungen als auch durch sie möglich ist; im letzteren Fall spricht man von mobiler Rehabilitation.<sup>5</sup> Einzelne vertragsärztliche Leistungen könnten nach § 73 Abs. 3 SGB V Bestandteil der Rehabilitation sein, soweit dies in den Gesamtverträgen vereinbart ist. Solche Vereinbarungen gibt es aber, soweit bekannt, nicht.

Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V können der Krankenbehandlung oder dem Behinderungsausgleich dienen, im ersten Fall sind sie Teil der Krankenbehandlung, im zweiten Fall Teil der Rehabilitation.<sup>6</sup>

Bei der Krankenbehandlung entscheiden im Einzelfall die Vertragsärzte oder das Krankenhaus über den Anspruch. Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden dagegen nicht unmittelbar vertragsärztlich oder durch andere Leistungserbringer konkretisiert, sondern sind Antragsleistungen. Sie müssen beim Rehabilitationsträger beantragt werden. Das gilt auch für den Rehabilitationsträger Krankenkasse. Sogenannte Verordnungen sind in diesem Fall nur Stellungnahmen, die im Antragsverfahren genutzt werden, um die Leistungsvoraussetzungen zu klären.

Die medizinische Rehabilitation richtet sich nach den insoweit gleichlautenden Zielbestimmungen in § 11 Abs. 2 SGB V und § 26 Abs. 1 SGB IX darauf, Behinderung abzuwenden, auszugleichen oder zu mindern, ebenso Pflegebedürftigkeit und Erwerbsminderung als qualifizierte Behinderungen. Sie spricht daher neben der Funktionsbeeinträchtigung auch deren Folgen und Kontextfaktoren an. Für viele dauerhaft behinderte Menschen, auch sinnesbeeinträchtigte Menschen, ist daher medizinische Rehabilitation zentral, denn sie erwarten keine Heilung ihrer Funktionsbeeinträchtigung, sondern Leistungen, die ihnen Teilhabe trotz Beeinträchtigung ermöglichen. Gleichwohl sind die Übergänge bei vielen Interventionen fließend, gerade wenn sie das Feld der möglichen Aktivitäten erweitern und sichern sollen.

2010 hatte das Bundessozialgericht (BSG) in einem Erstattungsstreit zwischen einem Unfallversicherungsträger und einer Krankenkasse die Zuordnung der „Erweiterten Ambulanten Physiotherapie“ zu klären.<sup>7</sup> Bei dieser Leistung wurde nach einem Unfall die Gebrauchsfähigkeit des Knies wieder soweit möglich hergestellt. Für die Einordnung als Rehabilitation führte der 1. Senat im Ergebnis an, dass der Gefährdung der Erwerbsfähigkeit und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft mit spezifischen Mit-

---

<sup>5</sup> Ausführlicher zum Konzept der mobilen Rehabilitation Reinsberg, RP-Reha 2/2014, S. 57.

<sup>6</sup> Z. B. Giese, Kostenerstattung für schwenkbaren Autositz – Anmerkung zu BSG, Urt. v. 25.02.2015 – B 3 KR 13/13 R, Diskussionsbeitrag D36-2015 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

<sup>7</sup> BSG, Urt. v. 17.02.2010, B 1 KR 23/09 R; dazu Bunge, Zur Abgrenzung zwischen Heilmitteln der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation, Diskussionsbeitrag A14-2011 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

tein entgegengetreten wurde. Dabei wurde vom Senat auch mit den spezifischen, auf das Erwerbsleben bezogenen Zielen der Renten- und Unfallversicherung argumentiert, so dass unsicher bleibt, ob diese Gesichtspunkte auch für die Rehabilitation von Personen im Rentenalter gleichermaßen herangezogen würden.

In einem 2013 ebenfalls vom 1. Senat des BSG entschiedenen Erstattungsstreit zwischen einem Träger der Jugendhilfe und einer Krankenkasse war über die Zuordnung einer Verhaltenstherapie bei ADHS durch eine nicht zugelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin zu entscheiden.<sup>8</sup> Das BSG lehnte hier die Einordnung als medizinische Rehabilitation ab, da es sich um Krankenbehandlung handele. Die Verhaltenstherapie sei nicht in eine Komplexleistung aus mehreren koordinierten Leistungen eingebunden gewesen. Dies sei jedoch Voraussetzung, um als Rehabilitationsleistung der Krankenversicherung anerkannt zu werden. Für die bereits erbrachte Leistung bedeutete dies, dass sie dem Jugendhilfeträger gar nicht erstattet werden konnte, da sie keine Rehabilitation war, das Jugendamt aber für Krankenbehandlung nicht zuständig war. Daran konnte auch nichts ändern, dass die Krankenkasse den Antrag auf die Therapie zunächst wohl rechtswidrig selbst als Rehabilitationsantrag eingeordnet und an das Jugendamt weitergeleitet hatte. Die Möglichkeit, für den erstangegangenen Träger zu entscheiden, hatte das Jugendamt nämlich nur, soweit eine Rehabilitationsleistung überhaupt betroffen war. Und für eine Krankenbehandlung hätte er allenfalls in Vorleistung gehen dürfen, soweit die Psychotherapeutin sie hätte erbringen dürfen – was aber mangels Zulassung nicht der Fall war.

Damit wird allgemein deutlich, dass für Sozialleistungen geklärt werden muss, welcher Leistungsgruppe sie zugeordnet werden. Gerade im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei nach ständiger Verwaltungspraxis und Rechtsprechung zu klären, ob eine komplexe Leistung aus mehreren ärztlich oder psychologisch koordinierten Leistungen vorliegt. Diese Anforderung ergibt sich nicht unmittelbar aus dem Gesetz, sondern daraus, dass für die Einzelleistung zur medizinischen Rehabilitation ein Anknüpfungspunkt im Leistungsgesetz SGB V fehlt. Die Erwähnung im SGB IX lässt das herrschende Verständnis nicht ausreichen.

Ärztliche Einzelleistungen zur Rehabilitation müssten in den Gesamtverträgen vereinbart sein. Einzelne Heilmittel zur Rehabilitation und zum Behinderungsausgleich sind in § 32 SGB V nicht vorgesehen. Einzig Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich sind als Einzelleistung mit Rehabilitationszweck in § 33 SGB V ausdrücklich verankert. Den aus der Wissenschaft vorgeschlagenen Weg, einen Anspruch auf rehabilitative Einzelleistungen aus § 11 SGB V mit seinem Verweis auf das SGB IX und seiner Wiederholung der Rehabilitationsziele in Verbindung mit den Leistungsnormen des SGB V und des SGB IX zu erkennen, haben Krankenkassen und Rechtsprechung nicht beschritten.<sup>9</sup> Der Gesetzgeber müsste sich dazu verhalten, wenn er das ändern wollte.

---

<sup>8</sup> BSG, Urt. v. 17.12.2013, B 1 KR 50/12 R.

<sup>9</sup> Vgl. dazu mit weiteren Nachweisen: Welti, Medizinische Rehabilitation in: Deinert/ Welti, Stichwortkommentar Behindertenrecht, 2014.

Für die Rentenversicherung gelten die Restriktionen durch abweichendes Leistungsrecht nicht, da es unmittelbar auf das SGB IX verweist. Daher können für die Anspruchsberechtigten der gesetzlichen Rentenversicherung auch einzelne ambulante rehabilitative Dienstleistungen Leistungsbestandteil sein und werden, etwa im Rahmen der Nachsorge nach stationären medizinischen Leistungen oder der beruflichen Rehabilitation, auch erbracht. Doch ist faktisch auch in der Rentenversicherung deren bis 1995 gesetzlich verankerte Beschränkung auf stationäre Leistungen prägend für die reale Angebotsstruktur.

## **2. Abgrenzung zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**

Nicht weniger unscharf als die Abgrenzung zwischen medizinischer Rehabilitation und Krankenbehandlung ist diejenige zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Diese sind im SGB IX und in dem leistungsrechtlich für sie besonders relevanten Sozialhilferecht, dem SGB XII, allein nach ihrem Zweck definiert.<sup>10</sup> Sie sind also von der professionellen Zuordnung her offen und zugleich weniger spezifisch als die medizinische und berufliche Rehabilitation. Entsprechend sind sie diesen gegenüber nachrangig beziehungsweise eine Restkategorie: Teilhabeleistungen, die nicht medizinische oder berufliche Rehabilitation sind. Zusammen mit der leistungsrechtlichen Zuordnung zum bedürftigkeitsabhängigen SGB XII ergibt dies eine doppelte Nachrangigkeit.

Entsprechend wird im Allgemeinen gefragt: Wie wenig „medizinisch“ darf eine Teilhabeleistung sein, um noch zur medizinischen Rehabilitation gerechnet zu werden? Die Rechtsprechung befasst sich damit hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt der Abgrenzung der Zuständigkeit von Krankenversicherung und Sozialhilfe.

Für die Rehabilitation in Einrichtungen hatte der 1. Senat des BSG in einer Erstattungsstreitigkeit zwischen einem Träger der Sozialhilfe und einer Krankenkasse 2007 über die Zuordnung der Adaptionsphase der Suchtrehabilitation zu entscheiden.<sup>11</sup> Während die Entgiftung der Krankenbehandlung und die Entwöhnung der medizinischen Rehabilitation zugeordnet sind, wurde diese zweite Phase nun der sozialen Rehabilitation zugeordnet. Das BSG stützte sich dabei zum einen auf die Definition der medizinischen Rehabilitationseinrichtung in § 107 SGB V, die ausdrücklich eine ständige ärztliche Verantwortung voraussetzt, welche im Einzelfall nicht belegt worden war. Zum zweiten bediente es sich der in der Wissenschaft nicht unumstrittenen Formel, die medizinische Rehabilitation in der Krankenversicherung umfasse nur Leistungen zur „Wiederherstellung der Gesundheit und Organfunktion einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolgs“. Diese nicht im Gesetz enthaltene Formel der Rechtsprechung rückt allerdings die Rehabilitation zu stark in die Nähe der Krankenbehand-

---

<sup>10</sup> So z. B. auch im Fall einer Assistenz für ein an Diabetes erkranktes Kind, dazu Giese, Persönliche Assistenz für ein Kind mit Diabetes im Kindertagesheim, Diskussionsbeitrag A28-2012 unter [www.reharecht.de](http://www.reharecht.de).

<sup>11</sup> BSG, Urt. v. 26.06.2007, B 1 KR 36/06 R; dazu Welti, Medizinische Rehabilitation der Krankenversicherung: Unklarheit über Ziele und Mittel, Diskussionsbeitrag A10-2008 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

lung und ignoriert den durch § 2 Abs. 1 SGB IX und die UN-BRK rechtlich, durch die ICF fachlich verankerten modernen Behinderungsbegriff, der die Behinderung gerade nicht mit der Funktionsstörung gleichsetzt. Auch für das Krankenversicherungsrecht ergibt sich nichts Abweichendes aus dem Gesetz, sondern nur in der soweit bislang übereinstimmenden Rechtsprechung des 1. und des 3. Senats des BSG.

Sie findet vor allem Gebrauch in der restriktiven Beschränkung des vollen Anspruchs auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich – der einzigen rehabilitativen Einzelleistung des SGB V – auf solche Hilfsmittel, die unmittelbar die Funktionsstörung beheben, wie etwa Prothesen, während Hilfsmittel, die eine ausgefallene Funktion ausgleichen, wie etwa Rollstühle oder alle Hilfsmittel für Blinde und Gehörlose, nur zum Ausgleich der wiederum vom BSG selbst restriktiv definierten Grundbedürfnisse geleistet werden sollen.<sup>12</sup> So werden etwa Lesegeräte für Blinde zum Schulbesuch nur bis zum Ende der Schulpflicht darunter gefasst, während sie für das Studium in die soziale Rehabilitation und damit in die Sozialhilfe fallen.<sup>13</sup> Würde das SGB V für einzelne rehabilitative Dienstleistungen zum Behinderungsausgleich geöffnet, müsste der Gesetzgeber zugleich entscheiden, ob er an dieser von den Gerichten gezogenen restriktiven Auslegung festhalten will.

### 3. Leistungserbringungsrecht

Bei bestehender Rechtslage kann eine medizinische Rehabilitationsleistung verankert werden, indem eine den rechtlichen Anforderungen entsprechende ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtung einen Versorgungsvertrag mit einem oder mehreren Rehabilitationsträgern schließt oder eine bestehende Einrichtung ein Angebot neu in ihren Versorgungsvertrag aufnimmt. Die vertragliche Beziehung richtet sich nach § 21 SGB IX, in der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzlich nach §§ 111, 111c SGB V. Im Krankenversicherungsrecht ist auch explizit geregelt, dass eine solche Einrichtung fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung sein muss. Dabei ist zu beachten, dass Verantwortung nicht zwingend Leitung bedeuten muss und die Anwendung dieses Kriteriums auf die ambulante Rehabilitation im Gesetz nicht systematisch klar geregelt ist. Sie wäre also der Gestaltung in der Praxis zugänglich.

Auf den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 111 SGB V besteht nach einem Urteil des 3. Senats des BSG von 2002 zur geriatrischen Rehabilitation ein Anspruch, wenn die Einrichtung geeignet ist.<sup>14</sup> Das Risiko der Auslastung trägt die Einrichtung, da sie selbst nicht über die Leistung entscheidet, kann sie die Nachfrage anders als Vertragsärzte oder Krankenhäuser nicht selbst erhöhen. Diesen zutreffenden Überlegungen des 3. Senats zu einer der Berufsfreiheit entsprechenden Auslegung des Begriffs

---

<sup>12</sup> Z. B. Krutzki, Anspruch auf einen schwenkbaren Autositz gegen die Krankenkasse?, Diskussionsbeitrag A3-2013; Giese, Kostenerstattung für schwenkbaren Autositz, Diskussionsbeitrag D36-2015, jeweils unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

<sup>13</sup> BSG, Urt. v. 22.07.2004, B 3 KR 13/03 R; dazu Reimann, Kein Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln zum Schulbesuch gegen die Gesetzliche Krankenversicherung bei bereits erfüllter Vollzeitschulpflicht, Diskussionsbeitrag A1-2005 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

<sup>14</sup> BSG, Urt. v. 23.07.2002, B 3 KR 63/01 R.

„bedarfsgerecht“ hat der 1. Senat 2013 in einer umstrittenen Entscheidung zum Wunsch- und Wahlrecht widersprochen, in der dem Steuerungsbedürfnis der Krankenkassen aus Wirtschaftlichkeitsgründen Vorrang gegeben wurde.<sup>15</sup>

Ob es bedarfsgerechte Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation gibt, darf den Krankenkassen und den anderen Rehabilitationsträgern allerdings nicht gleichgültig sein. Sie haben nach § 17 Abs. 1 SGB I und § 19 Abs. 1 SGB IX die Verantwortung, dass die fachlich und regional erforderlichen Dienste und Einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität barrierefrei zur Verfügung stehen. Problematisch an der Ausgestaltung dieser Verantwortung ist, dass sie die Rehabilitationsträger in ihrer Gesamtheit trifft und daher einen diffusen Adressaten hat. Die vom Gesetzgeber für regionale gemeinsame Aufgaben der Rehabilitationsträger vorgesehenen Arbeitsgemeinschaften nach § 12 Abs. 2 SGB IX sind bislang nicht gegründet worden und weder Aufsichtsbehörden noch Gesetzgeber in Bund und Ländern haben sich bislang veranlasst gesehen, sie zur Umsetzung dieser Vorschrift zu bewegen.

### III. Ausblick auf die weitere Gesetzgebung

Eine Gelegenheit zur Neujustierung von Schnittstellen und Lösung von Umsetzungsproblemen könnte das für dieses Jahr angekündigte Bundesteilhabegesetz sein.<sup>16</sup> Die bekanntgewordenen Vorarbeiten lassen jedoch bislang nicht erwarten, dass diese Fragen angegangen werden. Für das hier verhandelte Anliegen lässt die diskutierte Verankerung der „blindentechnischen Grundausbildung“ auf der Ebene des Gesetzes statt in der Eingliederungshilfe-Verordnung in den Leistungen zur sozialen Teilhabe und damit weiterhin außerhalb der medizinischen Rehabilitation vielmehr eine Klärung befürchten, die gegenläufig ist. Insoweit muss die aktuelle Gesetzgebung sogar darauf beobachtet werden, dass sie die Chancen des geltenden Rechts für eine bedarfsgerechte Rehabilitation sehbehinderter Menschen nicht verringert. Umso wichtiger ist es, diese Chancen rasch zu erkennen und zu ergreifen.

---

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.

Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

---

---

<sup>15</sup> BSG, Urt. v. 07.05.2013, B 1 KR 12/12 R; vgl. dazu auch Welti, Wunsch- und Wahlrecht bei Leistungen zur Teilhabe – neue und alte Rechtsfragen (Teil 2), Diskussionsbeitrag D20-2015 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

<sup>16</sup> Dazu u. a. Theben, Das neue Bundesteilhabegesetz – neue Ansprüche für Leistungsberechtigte, Diskussionsbeitrag D39-2015; Giese, Die Umsetzung der UN-BRK auf Bundes- und Landesebene – Was kommt nach der deutschen Staatenberichtsprüfung vor dem UN-Fachausschuss in Genf? am 20.07.2015 in Bremen, Diskussionsbeitrag D29-2015; Welti, Das neue Teilhaberecht – Reform des SGB IX, Diskussionsbeitrag D6-2014, Gitschmann, Reform der Eingliederungshilfe jetzt! Teil 1 u. 2, Diskussionsbeiträge D20/D21-2013, aber auch Fuchs, Anmerkungen zu dem die Behindertenpolitik betreffenden Beschluss der Konferenz der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 03.12.2015, Diskussionsbeitrag D3-2016, jeweils unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).