

V. Zusammenfassung

Abschließend bleibt festzustellen, dass dem Elterngeld auf Grund seiner Zweckausrichtung, insbesondere des Ausgleichs für finanzielle Einschränkungen durch vollständige oder teilweise Aufgabe einer Erwerbstätigkeit in den ersten 12 bzw. 14 Lebensmonaten eines Kindes und als Anerkennung für die Betreuungsleistung der Eltern, eine spezielle Bedeutung im Bereich der familienbezogenen Leistungen und Vergünstigungen zukommt. Dabei werden durch Regeln zur Anrechnung und Nichtberücksichtigung im Verhältnis zu anderen Sozialleistungen familienpolitisch unerwünschte Doppelleistungen vermieden. Ob diese Kollisionsvorschriften in der Praxis ausreichend sind, wird sich erst

noch erweisen müssen, möglicherweise wird eine Anhebung des Anrechnungs- bzw. Nichtberücksichtigungsbetrages von derzeit 300,- Euro für bestimmte Personengruppen in Betracht kommen. Die §§ 22 ff. BEEG sehen zumindest eine umfassende Bundesstatistik und Berichterstattung zum Elterngeld vor, erstmalig zum 31.3.2007⁷¹. Der Gesetzgeber wird sich also bei der Weiterentwicklung des Elterngeldrechts nicht nur auf vage Prognosen und Erwartungen zu stützen haben.

⁷¹ Im Gegensatz dazu werden Daten zur Elternzeit nicht erhoben, hier sollen jeweils in bestimmten Zeitabständen repräsentative Umfragen bei den Arbeitgebern durchgeführt werden.

Begriff und Gegenstand des Rehabilitationsrechts

Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe

Der Beitrag bemüht sich um eine Rekonstruktion des Rehabilitationsrechts als einem eigenständigen Bereich des Sozialrechts und behandelt einige Grundfragen des Rechtsgebiets unter Einbeziehung seiner Sachstrukturen, u. a.: Gibt es Rehabilitation und Teilhabe nur bei Behinderung? Bestehen Unterschiede zwischen dem Behinderungsbegriff der ICF und dem des SGB IX? Ist die Zirkularität von Wertung und Wirkung das gemeinsame Problem von Rehabilitations- und Rechtswissenschaft? Wird die Medizin durch Rehabilitation politisch? Wie steht es um die medizinische, berufliche, soziale und edukative Rehabilitation heute? Was hat Rehabilitation mit Prävention zu tun? Ist ein verfassungsunmittelbares Recht auf Rehabilitation denkbar?

I. Begriff des Rehabilitationsrechts

Ein aktuelles Werk sucht man unter der Rubrik „Rehabilitationsrecht“ derzeit vergeblich.¹ Im Angebot ist stattdessen, jedenfalls was die umfangreicheren Darstellungen anbetrifft, das „Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“² oder auch „Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat“.³ Ein Rehabilitationsrecht ohne den Zusatz „Behinderung“ scheint sich mithin nicht von selbst zu verstehen. Das ist erstaunlich, wenn wir an einige griffige Aussagen aus den nicht eben lange zurückliegenden 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts zurückdenken: Einerseits verbindet man „mit einem Großteil des Reha-

bilitationswesens die Hilfe bei Behinderung. Andererseits werden Rehabilitationsleistungen in wesentlichem Umfang auch Personen gewährt, bei denen der Behindertenbegriff ungebräuchlich ist.“⁴ Oder: „Die meisten der Rehabilitanden sind – auch wenn die Abgrenzung im einzelnen sehr schwer fällt – eben noch nicht behindert, schon gar nicht schwerbehindert, sondern krank.“⁵ Das auf Vereinheitlichung drängende Neunte Buch des SGB – „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ – hat seit seinem Inkrafttreten im Jahre 2001 offenbar notwendige Differenzierungen in den Hintergrund treten lassen. Diese sind Gegenstand dieses Beitrages, gleichwohl keine leichte Aufgabe: So sehr als sicher unterstellt werden kann, dass der Gegenstand der Rehabilitation die Hilfe bei Behinderung umfasst, so ungeklärt ist umgekehrt die Frage, ob es Rehabilitation ohne jeden Bezug⁶ auf Behinderungen geben kann und wie dieser Bereich einer solchen „bloßen“ Rehabilitationsbedürftigkeit einzugrenzen wäre. Denn unbestreitbar ebnet ein „expandierender“ Teilhabegedanke⁷ die zumindest analytisch denkbare Unterscheidung zwischen einem behindertenspezifischen und einem behindertenunspezifischen Rehabilitationsrecht⁸ im Kontext eines *weiten Verständnisses von Behinderung* weitestgehend ein, je mehr

◆ auf den Nachweis kausaler Zusammenhänge zwischen Gesundheitsstörung, Funktionsbeeinträchtigung und Teilhabestörung als den drei Elementen des Behinderungsbegriffs zugunsten einer Wechselwirkung zwischen diesen Elementen verzichtet wird

4 Schulin, Kodifikatorische Anforderungen an ein Buch „Rehabilitationsrecht“ – SGB IX – aus juristischer Sicht, SDSRV 37 (1992), 7, 23; so auch Ruland, ebenda, 93 sowie Wertenbruch, Rehabilitation – Recht und Praxis, SGB 1977, 327, 329 und BSG v. 26.10.1982 – 12 RK 35/81, USK 82126, 449, 451.

5 Ruland, Anforderungen an ein Buch „Rehabilitationsrecht“ aus der Sicht der medizinischen Rehabilitation, SDSRV 1993, 108.

6 Eine besondere Problematik ist in diesem Zusammenhang die durch § 8 SGB IX begründete Prüfungspflicht bei Erbringung von Sozialleistungen, die jedoch nur einsetzt, wenn die Leistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer (drohenden) Behinderung beantragt oder erbracht werden.

7 In diesem Sinn Eckertz in Neumann (Hg.), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 2004, § 14 Rz 18, 19, 30.

8 Zur Unterscheidung „Rehabilitations- und Behindertenrecht“ vgl. Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 40 Rz. 10 sowie Luthe in Schlegel/Voelzke, jurisPK SGB VI, § 9 Rz. 8, 12. Zum „Behindertenrecht“ vgl. auch Trenk-Hinterberger, Behindertenrecht, in Antor/Bleidick (Hg.), Handlexikon der Behindertenpädagogik: Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis, Stuttgart 2001, 297.

1 Es sei an dieser Stelle jedoch auf ein voraussichtlich Ende 2007 erscheinendes Werk mit diesem Titel hingewiesen: Luthe (Hrsg.), Rehabilitationsrecht, Berlin 2007, mit Beiträgen von Bieritz-Harder, Falterbaum, Luthe, Marschang, Masuch, Noftz, Oppermann, Schlegel, Schütte, Udsching, Trenk-Hinterberger, Welti, Wiesner.

2 So der Buchtitel von Neumann (Hg.), Baden-Baden 2004.

3 Welti, Tübingen 2005.

Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe,
Institut für angewandte
Rechts- und Sozialforschung,
Braunschweig

- ◆ bereits die Gesundheitsstörung selbst an den gesellschaftlichen und personalen Kontextbedingungen gemessen wird
 - ◆ der gesellschaftliche Kontext sogar als Prädisposition für eine gesundheitliche Schädigung in Erwägung gezogen wird
 - ◆ die Normabweichung als Maßstab einer Funktionsbeeinträchtigung sich in Abkehr von einer statischen Defizitorientierung an der individuellen gesellschaftlichen Befindlichkeit der Person orientiert
 - ◆ die Wertungsabhängigkeit von Defiziten und Beeinträchtigungen in ihren biologischen, psychischen und gesellschaftlichen Ursachen und Ausformungen in den Blick gerät
- und sich somit in Anlehnung an das partizipatorische Verständnis der Weltgesundheitsorganisation ein moderner „sozialorientierter“ Behinderungsbegriff zur Geltung bringt.⁹ Dann wird gewissermaßen behindertenspezifisches RehaRecht dort herrschen, wo ansonsten nur von rehabilitativer Krankenbehandlung, Arbeitsmarktintegration oder Bildung die Rede sein könnte.

Das skizzierte weite Verständnis von Behinderung ist jedoch nicht ohne *Kritik* geblieben¹⁰: Hauptangriffspunkt ist der Umstand, dass auf den Nachweis kausaler Zusammenhänge zwischen den drei Elementen des Behinderungsbegriffs zugunsten eines Verständnisses verzichtet wird, wonach Behinderung das Resultat eines komplexen und interdependenten Verhältnisses zwischen Person und Umwelt sein soll. Dies widerspricht nicht nur dem *Kausalitätserfordernis* der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung¹¹, sondern auch dem Behinderungsbegriff in § 2 Abs. 1 SGB IX.¹² Auch wenn der Nachweis eines eindeutigen Kausalzusammenhanges angesichts der Komplexität des Gegenstandes kaum geführt werden kann und die Behinderung neben der personalen Ursache der Sache nach stets auch auf eine Gesellschaft abheben muss, die „behindert“, spricht nichts dagegen, dass es vor dem Hintergrund verlässlicher Rechtsanwendung normativ geboten sein kann, einen solchen Nachweis und eine stärker eingrenzende Personalisierung der Problematik in jedem Einzelfall im Rahmen einer kasuistischen, damit entwicklungs-offenen Aufbereitung des Normmaterials zumindest zu versuchen. Überdies zählt nicht jede beliebige Teilhabebeeinträchtigung; denn das SGB IX kann, wie am Beispiel eines „Tennisarms“ schnell plausibel zu machen, nur die im Einzelfall zu bestimmende angemessene Teilhabe der beeinträchtigten Person an sozialer Kommunikation von allgemeiner Relevanz meinen. Ein kurzer Praxistest des Lesers wird im Übrigen unter Beweis stellen, dass die *Teilhabebeeinträchtigung* als neben der

Funktionsbeeinträchtigung eigenständig wirkendes Merkmal des Behinderungsbegriffs hier so gut wie keine Rolle spielt. Das Vorliegen einer Teilhabebeeinträchtigung wird bei Vorliegen einer Funktionsbeeinträchtigung in nahezu selbstverständlicher Weise unterstellt oder bestenfalls mit alltagstheoretischen Klischeevorstellungen überzogen. Ein solcher „Kurzschluss“ aber ist mit § 2 SGB IX nicht zu machen; der Gesetzgeber hätte das Gesetzesmerkmal ansonsten auch weglassen können. Anstatt einer abstrakten Betrachtung ist vielmehr die konkrete Betrachtung¹³ der Teilhabe an den sozialen Systemen der Gesellschaft¹⁴ gesetzlich geboten, auch wenn diesbezüglich zur Zeit neben der Komplexität der Fragestellung die berufsbedingt fehlenden „Antennen“ des medizinischen Gutachters im Umgang mit Sozialstrukturen entgegenstehen sollten. Ganz abgesehen hiervon aber werden die Unterschiede zwischen einer „bloßen“ Gesundheitsstörung und einer Behinderung, zumal bei längerer und vor allem chronischer Erkrankung, auch durch das Merkmal der *drohenden Behinderung* (§ 2 Abs. 1 SGB IX) fließend.¹⁵

So verwundert es kaum, dass eine allgemeingültige Definition von Rehabilitation im Sozialrecht angesichts unterschiedlicher rechtlicher und fachwissenschaftlicher Grundannahmen und nicht zuletzt angesichts der im „gegliederten System“ allen Vereinheitlichungstendenzen zum Trotz¹⁶ fortbestehenden träger- und leistungsspezifischen Eigenarten bis heute allem Anschein nach fehlt.¹⁷ Im deutschen *Sozialrecht* wird die Rolle der Rehabilitation denn auch unterschiedlichen Zuständen – Krank-

13 Luthé in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VI, § 10 Rz 27.

14 Gemeint ist der derzeitige einzig als Klassifikationsrahmen taugende Gesellschaftsbegriff der Systemtheorie Luhmannscher Provenienz: Teilhabe an den Funktionssystemen und ihren Organisationen und sonstigen Sozialsystemen und ihren Interaktionen, denn nur Organisationen und Interaktionen können exkludieren (Unternehmen, Behörden, Bildungseinrichtungen, Gerichte, medizinische Einrichtungen, sodann die Sozialsysteme ohne Funktionsbezug wie Familie, Freundeskreis, Vereinsleben, Nachbarschaft). Hierbei sind die personalisierenden Bewältigungsformen der ICF (etwa Bildungsstand und Motivation) ebenso wenig der Gesellschaft zuzurechnen wie Lebensbereiche, die offensichtlich nichts mit sozialer Kommunikation zu tun haben (häusliches Leben, Mobilität, persönlicher Unterhalt). Denn die Gesellschaft besteht aus Kommunikationen und nicht aus Bewusstseinszuständen. Letztere sind lediglich bei der Schädigung und der Funktionsstörung gefragt.

15 Vieles hängt in dieser Hinsicht davon ab, ob die Behinderung und insbesondere die Teilhabestörung „unmittelbar“ drohen muss (so die Gesetzesbegründung, BT.Drs. 7/1237 S. 54) oder ob der Wahrscheinlichkeitsmaßstab von der Schwere der drohenden Beeinträchtigung abhängig gemacht wird (so Welti, in HK-SGB IX, 2. Aufl. 2006, § 2 Rz. 36). Nahezu unkalkulierbar wird der Entscheidungsprozess aber spätestens bei kombinierter Gesamtbeurteilung jener Unwägbarkeiten des Behinderungsbegriffs (sozial- oder statutorientierter Begriff) mit denen des Wahrscheinlichkeitsmaßstabes bei drohender Behinderung. Dass aus der Dauerhaftigkeit eines Leidens nicht zwangsläufig auf eine Teilhabebeeinträchtigung und somit eine Behinderung geschlossen werden darf, betont in diesem Zusammenhang Mrozynski, SGB IX, Teil 1, München 2002, § 2 Rz. 12. Als Beispiel hierzu: Diabetes bei Verabreichung von Insulin. In diesen Fällen chronischer Erkrankungen ist der Behinderungsbegriff jedoch nicht ausreichend austariert gegenüber dem Problem, dass bei ausbleibender Behandlung eine Behinderung zumindest droht. Man wird deshalb darauf abstellen müssen, ob sich der Schädigung auch mit behinderungs-spezifischer Krankenbehandlung angemessen begegnen lässt. Ist dies der Fall, wird man von einer drohenden Behinderung nicht mehr ausgehen können. A.A. LSG Stuttgart v. 16.8.2006 – L3 SB 2251/05: auch ein gut eingestellter Diabetiker hat einen GdB von 40.

16 Hierzu die Kritik von Fuchs/Welti, dass Neuregelungen zur medizinischen Reha etwa in der KV die Gefahr von Sonderwegen des Leistungsträgers begründen, indem die Rehabilitation zum bloßen Anhängsel der Akutversorgung und hierdurch die trägerübergreifende Bedeutung des SGB IX in Mitleidenschaft gezogen wird: dies., Gesundheitsreform verfehlt aktuelle Herausforderungen, SuP 2006, 479, 485.

17 Etwa Kolb in v. Maydell/Ruland, Sozialrechtshandbuch, 2. Aufl. 1996, Rz. 1 sowie Haack, Rehabilitation und Prävention sichern, vernetzen und entbürokratisieren, Bonn 1998, 14f., zitiert nach Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, Tübingen 2005, 125.

9 M. w. N. Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, Tübingen 2005, 79 ff., 92, 102, 104, 114; Davy, Das Verbot der Diskriminierung wegen einer Behinderung im deutschen Verfassungsrecht und im Gemeinschaftsrecht, in SDSRV 49 (2002), 7, 13 (insoweit in Abgrenzung zur „medizinisch-pathologischen Deutung“).

10 Buch, Das Grundrecht der Behinderten (Art. 3 Abs. 2 Satz 2 GG), Osna-brück 2001, 59; Neumann, NVwZ 2003, 897, 900; Neumann, in Neumann (Hg.), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Baden-Baden 2004, § 2 Rz. 13; Eckertz, in Neumann, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Baden-Baden 2004, § 14 Rz. 18f.; Burger, Ökonomische Analyse der medizinischen Rehabilitation – Rehabilitation zwischen sozial-politischem Anspruch und arbeitsmarktpolitischen Interessen, Frankfurt a.M. 1996, 28f. Vgl. dagegen Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 82, 440.

11 Behinderung als „Auswirkung“ einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen Zustand körperlicher, geistiger oder seelischer Art beruht: BVerfGE 96, 288, 301; BVerfGE 99, 341, 356f.

12 Vgl. § 2 Abs. 1 SGB IX: „...daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist.“ Die an der ICF orientierte Empfehlung „Begutachtung“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation entspricht somit nicht der Gesetzeslage.

heit, Behinderung und/oder Pflegebedürftigkeit – zugeordnet¹⁸. So ist namentlich die Kranken- und Unfallversicherung in ihren Voraussetzungen offen gegenüber einem auch lediglich kranken Menschen zugeordneten Konzept von Rehabilitation¹⁹, während etwa die Rehabilitation der Arbeitsförderung oder auch der Sozial- und Jugendhilfe von vornherein nur für behinderte Menschen in Betracht gezogen werden kann.²⁰ Selbst das SGB I lässt hier die gebotene Orientierung vermissen. Auch wenn sämtliche Leistungsgruppen des § 5 SGB IX von „Rehabilitationsträgern“ (§ 6 SGB IX) ausgeführt werden, ist der Sprachgebrauch des SGB I in dieser Hinsicht höchst uneinheitlich²¹ und gewinnt erst im Kontext der einzelnen Leistungsgesetze an Schärfe.²² Immerhin aber erscheint eine „analytische“ Trennung zwischen behindertenspezifischem und -unspezifischem Rehabilitationsrecht möglich und angesichts des heterogenen Meinungs- und Institutionenspektrums auch geboten. *Rehabilitationsrecht kann in einem analytisch-materiellen Sinn deshalb als Leit- oder Oberbegriff* aufgefasst werden, umschließt auch das Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, geht jedoch nicht vollständig in ihm auf. Es gleicht insofern einem mehrdimensionalen Koordinatensystem, in dem die konkrete Lagebestimmung der Entscheidungsgrößen und damit das Gesamtbild dessen, was Rehabilitation ausmacht, von den jeweils unterschiedlichen und historisch wandelbaren Anschauungen über den sachlichen und normativen Anforderungsgehalt seiner „Achsen“ – Gesundheit²³, Teilhabe und Behinderung – bestimmt wird.²⁴

18 Plute, Der Begriff der (medizinischen) Rehabilitation im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, VSSR 2003, 97, 98, 104.

19 Plute, Der Begriff der (medizinischen) Rehabilitation im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, VSSR 2003, 98, 110.

20 Auch begrifflich hat sich das Arbeitsförderungsrecht des SGB III bei der beruflichen Rehabilitation deshalb umorientiert und spricht insofern nur noch von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. §§ 97 ff. SGB III). Das Gesetz verdeutlicht so vor allem den Aufgabenschwerpunkt dieser Art von Rehabilitation: dieser liegt nicht in der Bearbeitung von Gesundheitsstörungen, sondern in der gesellschaftlich-beruflichen Integration Behinderter. Eine besondere Konstellation liegt demgegenüber in der Rentenversicherung vor: auch diese will gesellschaftlich und insbesondere ökonomisch integrieren, gewährt daher ebenso wie das SGB III „Leistungen zur Teilhabe“ (vgl. §§ 9 ff. SGB VI), beschränkt diese jedoch nicht auf das Vorliegen von Behinderungen; zu den Eigenarten rentenrechtlicher Rehabilitation vgl. Luthé, in Schlegel/Voelzke, juris-PK SGB VI, § 9 Rz. 24, 28–30.

21 Vgl. §§ 21 Abs. 1 Nr. 2 e), 22 Abs. 1 Nr. 2, 23 Abs. 1 Nr. 1 a), 24 Abs. 1 Nr. 1 und 2, 27 Abs. 1 Nr. 4, 28 Abs. 1 Nr. 3, 29 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB I: „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“, „medizinische Rehabilitation“, „Eingliederungshilfe“, „Leistungen zur Erhaltung, Besserung, Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit/Leistungsfähigkeit“.

22 Vgl. etwa Seewald in KassKomm., § 10 SGB I, Rz. 11–14: Zwar komme § 10 SGB I eine Querschnittsfunktion für sämtliche Leistungen mit dem Ziel der Teilhabe und Rehabilitation behinderter Menschen zu. Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung beziehe sich jedoch im Wesentlichen nur auf die Maßnahmen im Anschluss an eine Akutbehandlung (§§ 40, 41, 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V), in der Rentenversicherung „möglicherweise“ neben der Nachsorge auch auf Leistungen der Akutbehandlung (vgl. § 13 Abs. 2 Nr. 1 HS 2 SGB VI). Im Übrigen könne bei sämtlichen Leistungsgruppen des § 5 SGB IX der Begriff der Rehabilitation zugrunde gelegt werden, auch wenn § 29 SGB I von „Rehabilitation und Teilhabe“ spreche.

23 Vgl. Ottawa-Charta, WHO, 1986, 3: Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens in Abhängigkeit von individueller Selbstbestimmung; hierzu Laaser/Hurrelmann/Wolters in Hurrelmann/Laaser (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften, Weinheim und Basel 1993, 176, 177 f.; aus neuerer Zeit ähnlich auch Schnoor, Salutogenese, ein gesundheitsorientiertes Rahmenkonzept, Geistige Behinderung 2007, 3 ff., 5.

24 In diesem Sinn wohl auch Welti, der betont, dass das Recht der Rehabilitation und Teilhabe nicht nur als spezifischer Ausdruck gesetzlich geregelter Leistungsbereiche gewertet werden könne, sondern hier auch eine umfassende Zielbeschreibung des Gesundheitswesens mit dem übergeordneten und verfassungsrechtlich gestützten Ziel der Teilhabe angelegt sei: Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 144, 146, 738, 748. Zur Verteilungsfunktion des Behinderungsbegriffs vgl. in diesem Zusammenhang auch Trenk-Hinterberger, Behindertenrecht, in Antor/Bleidick (Hg.), 297.

Welches Verständnis von Rehabilitation und Rehabilitationsrecht man immer auch vertreten mag, – als eigenständiges Rechtsgebiet ist es vor allem auch für die Abgrenzung zum weitgehend selbstständigen²⁵ und wesensmäßig in den Prinzipien des Nachteilsausgleichs bzw. der betrieblichen Integration verwurzelten *Schwerbehindertenrecht* (§§ 68 ff. SGB IX) von Bedeutung. Zudem wird „Rehabilitationsrecht“ auch seiner Begriffsgeschichte und institutionellen Einbettung im System des Sozialrechts nach in seiner Eigenständigkeit bestätigt.²⁶ Als solches – deutlicher gleichwohl in neuerer Zeit – war es im Übrigen immer schon auch am Gedanken gesellschaftlicher Eingliederung und selbst bestimmten Teilhabe gesundheitlich geschädigter Personen ausgerichtet, und zwar im Zuge eines „allgemeinen Rehabilitationsbegriffs“ ganz unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung.²⁷ Zwar hat der Teilhabegedanke im Behindertenrecht des SGB IX (vgl. §§ 10 SGB I, 4 SGB IX) seine bislang differenzierteste Ausformung erfahren. Hier ist die Einheit von „Rehabilitation und Teilhabe“ mittlerweile zu einer fest stehenden Begrifflichkeit geworden. Aber auch außerhalb des Behindertenrechts ist Rehabilitation schon in sachlicher Hinsicht erst durch das Teilhabeziel von rein kurativer Versorgung bzw. Akutbehandlung hinreichend deutlich zu unterscheiden²⁸ und ist dieses neben den übergreifenden Zielen des SGB IX in den einzelnen Leistungszielen der besonderen Rehabilitationsgesetze mit teils differenzierter Zielperspektive als berufliche und/oder allgemein soziale Teilhabe stets enthalten („Rehabilitation als Weg, Teilhabe als Ziel“).²⁹ In Anbetracht eines der Behinderung übergeordneten und diese einschließenden Rehabilitationsbegriffs kann deshalb grundsätzlich nur im Blick auf das einzelne Leistungsgesetz endgültig entschieden werden, ob und in welcher Reichweite die allgemeinen behinderungsrechtlichen Bestimmungen des SGB IX im Rahmen der Rechtsanwendung zugrunde zu legen sind. Näheres hierzu enthält die hier nicht weiter zu behandelnde „Schaltnorm“ des § 7 SGB IX (Vorbehalt abweichender Regelung).

25 „Nach dem in der Begründung des Entwurfs (zum SGB IX, der Verf.) bekundeten Willen des Gesetzgebers soll das SGB IX das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht nicht nur zusammenfassen, sondern es durch seine Zusammenfassung fortentwickeln. Dennoch lassen sich in dem Gesetz nur schwer Prinzipien finden, in denen der beanspruchte rechtliche Zusammenhang rechtlich greifbar wird“: Eckertz, in Neumann (Hg.), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 2004, § 14 Rz. 5, 41. Vom „weiterhin selbstständige(n) Schwerbehindertenrecht“ spricht auch Mroczynski, SGB IX, Teil 1, München 2002, Vorwort; zur Notwendigkeit einer getrennten gesetzlichen Regelung von Rehabilitation und Schwerbehindertenrecht vgl. auch Ruland, SDRSV 1993, 107 f.

26 Anstatt vieler Mroczynski, Rehabilitationsrecht, 3. Aufl., München 1992; Neumann, in ders. (Hg.), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, § 1 Rz. 1: „Dieses ‚gegliederte System‘ besteht bis heute, so dass der Begriff ‚Rehabilitationsrecht‘ nach wie vor die in den einzelnen Leistungsgesetzen enthaltenen Leistungs-, Leistungserbringungs- und Organisationsnormen mit rehabilitativer Zielsetzung zusammenfasst.“

27 Zum allgemeinen Rehabilitationsbegriff Pitschas in Schulin (Hg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 3, München 1999, § 31 Rz. 1.3: „Aufgrund des allgemeinen bzw. vorrechtlichen Verständnisses von Rehabilitation verbindet man mit diesem Begriff ein Behandlungsprogramm, welches auf Wiederherstellung des ursprünglichen gesundheitlichen u. a. m. Zustandes oder zumindest auf Verbesserung des jetzigen Befindens einer Person gerichtet ist... Vielmehr soll die Rehabilitation die individuellen (medizinischen und beruflichen) sowie sozialen Folgen, die durch die jeweilige Krankheit bereits eingetreten sind oder einzutreten drohen, heilen bzw. verbessern oder deren Eintritt gänzlich verhindern.“

28 Pitschas in Schulin (Hg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 3, München 1999, § 31 Rz. 3.

29 Anstatt vieler Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, Tübingen 2005, 129, 130, 132; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 40 Rz. 5, 16a; Ruland in von Maydell/Ruland, Sozialrechtshandbuch, 2. Aufl. 1996, § 16 Rz. 201.

Rehabilitationsrecht beruht auf einigen *Grundprinzipien*, die in den einschlägigen Leistungsgesetzen teils mehr, teils weniger verwirklicht sind.

- ◆ Vorrang von Prävention und Rehabilitation: Möglichst Prävention – notfalls Rehabilitation – als ultima ratio die Rente.³⁰ Wirksam ausgeprägt ist dieses Prinzip jedoch nur in der Kranken- und Unfallversicherung.
- ◆ Aktive Mitwirkung des Leistungsberechtigten: Vor allem bei bleibender Krankheit und Behinderung beinhaltet der Grundsatz die Notwendigkeit aktiver Krankheitsfolgenverarbeitung durch den Betroffenen (vgl. auch §§ 62–66 SGB I).
- ◆ Wirtschaftlichkeitsgrundsatz: Dieser lässt sich analytisch als Gebot der Berücksichtigung der Haushaltslage, als Effektivitäts- und Effizienzgebot, als Wettbewerbsmaxime und als Kollektivgut verstehen.³¹ Vor allem bei budgetierten Leistungen (etwa § 287 b Abs. 3 SGB VI) stellt sich die Frage, ob der Leistungsträger zu einer einschränkenden Leistungsgewährung auch aus haushalts- und beitragsrechtlichen Gründen berechtigt ist.³²
- ◆ Selbstbestimmung des Leistungsberechtigten: Deutlich ausgeprägt ist dieser Grundsatz im Behindertenrecht des SGB IX (§ 1 SGB IX). Umgesetzt wird er hier vor allem durch das Wunschrecht (§ 9 SGB IX) und das persönliche Budget (§ 17 SGB IX).
- ◆ Ganzheitlichkeit: Es sind alle Leistungen zu gewähren, die zur Erreichung des Rehabilitationsziels notwendig sind, so dass bspw. auch nicht-ärztliche Maßnahmen noch der medizinischen Rehabilitation zugeordnet werden können. Am weitesten ist der Grundsatz umgesetzt in der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 26 Abs. 2 SGB VII). Er wird jedoch relativiert durch die Eigenarten des gegliederten Systems. Das Prinzip hängt eng zusammen mit dem Ziel der Leistungserbringung aus einer Hand und der Forderung nach einer einheitlichen Strukturverantwortung des Leistungsträgers, wonach die Rehabilitation von dem Träger durchzuführen ist, der auch das finanzielle Risiko ihres Scheiterns trägt, wie dies etwa in der Rentenversicherung der Fall ist.
- ◆ Finalität: Die Leistungsgewährung orientiert sich grundsätzlich nicht an der Ursache der Behinderung oder Krankheit. In Reinform gilt dies jedoch nur für das Schwerbehindertenrecht und die Sozialhilfe. Im Übrigen kann die Ursache für die Trägerbestimmung (Unfallversicherung) oder das Leistungsziel (Krankenversicherung) durchaus eine Rolle spielen.
- ◆ Gegliedertes System: Dieses beruht auf dem Zusammenhang des jeweiligen Primärauftrages mit der entsprechenden Teilständigkeit des Leistungsträgers und ist somit das Gegenteil einer Einheitsträgerschaft. Seine Vorteile liegen in der Abgestimmtheit des Leistungsbezuges mit erworbenen Rechten von Versicherten und in der Spezialisierung des jeweiligen Trägers, seine Nachteile im Hang zu negativer Koordination des Leistungsspektrums und im Wechsel der Trägerzuständigkeit trotz sachlich gebotener Auflösung der Phasen von Akutversorgung und Rehabilitation sowie medizinischer und beruflicher Rehabilitation.
- ◆ Pluralistische Leistungserbringung: Zum Ausdruck gebracht wird hiermit ein grundsätzlicher Vorrang privater Leistungserbringung gegenüber der staatlichen Durchführungsverantwortung mit dem Ziel, dem Leistungsberechtigten eine aktive Rolle als Nachfrager auf einem Wettbewerbsmarkt von

Rehabilitationsleistungen einzuräumen (vgl. §§ 9, 17, 19 SGB IX).

- ◆ Vorrang ambulanter und teilstationärer vor stationären Leistungen: dieser gilt in vielen Bereichen des Rehabilitationsrechts (§§ 19 Abs. 2 SGB IX, 40 Abs. 1 SGB V, 33 Abs. 1 SGB VII, 13 Abs. 1 SGB XII).

II. Gegenstand des Rehabilitationsrechts

1. Rehabilitationsbegriff

Der Begriff der Rehabilitation insbesondere in seinen nicht-juristischen Bezügen ist in starkem Maße *kontextbezogen*. Dies ist im Wesentlichen zurückzuführen auf die Beteiligung verschiedener Bezugsdisziplinen (vor allem Medizin, Pädagogik, Sozialarbeit), auf ein in sich differenziertes, gleichwohl sich überschneidendes Begriffs- und Aufgabenverständnis (medizinische, berufliche, soziale Rehabilitation)³³, auf die jeweilige Bedeutung des Präventions- sowie Teilhabegedankens im Selbstverständnis des Gesundheitswesens und hiervon abhängig auf den jeweils vorherrschenden Bedeutungsgehalt einer Behinderung (s.o.). All dies aber wird entscheidend auch von den formalen Strukturen des Gesamtsystems geprägt, insbesondere den rechtlichen und organisatorischen Gegebenheiten innerhalb eines „gegliederten Systems“ der Rehabilitation, die insofern auf das jeweilige Fachverständnis zurückwirken und so eine Annäherung zwischen den formalen und materialen Grundlagen bewirken.³⁴ In der Gesamtbetrachtung lässt sich für entwickelte Industriegesellschaften feststellen, dass die Morbiditätsstruktur zunehmend von chronischen Krankheiten bestimmt wird, auf die letztlich auch der insgesamt zu beobachtende Bedeutungszuwachs der Rehabilitation zurückgeführt werden kann. Die früher vorherrschenden Infektionskrankheiten haben abgenommen, und stattdessen beherrschen die chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und des Bewegungsapparates sowie die Krebserkrankungen und psychische Krankheiten das Feld. Zudem steigt mit älter werden der Bevölkerung auch die Inzidenz chronisch degenerativer Erkrankungen, häufig in der Form von Mehrfacherkrankungen.³⁵ Chronische Erkrankungen aber wirken sich auf die gesamte Lebenssituation des Betroffenen aus. Rehabilitative Krankheitsfolgenbewältigung und Teilhabe wird in Ansehung solcher mittlerweile als Zivilisationsrisiken anzusehenden Defizitlagen deshalb zu einem allgemeinen strukturellen Erfordernis des Wohlfahrtsstaates. In einem übergreifenden Sinn meint *Rehabilitation* den gleichzeitigen und koordinierten Einsatz von medizinischen, sozialen, schulischen und beruflichen Maßnahmen mit dem Ziel, die aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkten Betätigungsmöglichkeiten und damit die funktionelle Leistungsfähigkeit des Betroffenen möglichst weitgehend wieder herzustellen.³⁶ Diese

33 „Das Grunddilemma besteht darin, dass nicht etwa nur die Leistungen zur sozialen Rehabilitation, sondern selbstverständlich auch jede medizinische und berufsfördernde Maßnahme der allgemeinen sozialen Eingliederung dient“: Schulin, SDSRV 1993, 19.

34 So sind bspw. die einschlägigen Leistungen der Arbeitsförderung des SGB III, der Jugendhilfe des SGB VIII oder der Sozialhilfe des SGB XII von vornherein nur auf Behinderungen bezogen, während die Krankenversicherung im SGB V oder die Rentenversicherung im SGB VI vergleichsweise offenere Leistungsvoraussetzungen aufweist.

35 Gerdes/Weis, in Bengel/Koch, Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 2000, 43.

36 Ruland in v. Maydell/Ruland, Sozialrechtshandbuch, 2. Aufl. 1996, C. § 16 Rz 201. Ähnlich offen auch Pitschas in Schulin Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 3, München 1999, § 31 Rz. 1,3 sowie Statistisches Bundesamt, Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998, 414: Rehabilitation soll dabei helfen, „die Erkrankung und Behinderung sowie deren Folgen zu bewältigen...“

30 Ruland, SDSRV 1993, 105 ff.

31 Luthé, Optimierende Sozialgestaltung 2001, 321 ff.; Luthé in Hauck/Noftz, SGB XII, E 010, Rz. 61–77.

32 Bejahend BSG, SGB 1991, 487 ff. (zum SGB III).

Aufgabe findet jedoch stets in einem bestimmten sozialen Kontext statt, der für den Erfolg der Rehabilitation von entscheidender Bedeutung ist. Diese Erkenntnis ist prägend für das heutige Verständnis der Rehabilitationswissenschaften als einer interdisziplinär ausgerichteten Disziplin. „Ein moderner Rehabilitationsbegriff orientiert sich am biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO und fokussiert primär auf die individuellen und sozialen Auswirkungen von (chronischer) Krankheit, Unfall und angeborenen Leiden und des Alters.“³⁷ Hieran wirken die verschiedenen Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) in unterschiedlichem Ausmaß mit.³⁸ Geht es jedoch schwerpunktmäßig um das Arbeitsfeld „Behinderung“, so erfährt auch der Rehabilitationsbegriff eine Anpassung an die hier dominierenden Sachstrukturen: neben den allgemeinen Merkmalen der Gesundheitsstörung und ihrer Bewältigung durch den Betroffenen verengt sich der Personenkreis auf den Kreis behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und verdichtet sich das allgemeine Rehabilitationsziel gesellschaftlicher Integration zu einem Erfordernis *partizipatorischer Gleichstellung und Normalisierung* gegenüber den ansonsten eher instrumentellen, auf die Bewältigung von Krankheitsfolgen bezogenen medizinisch-pathologischen Sichtweisen.³⁹

Hingegen ist die Fixierung auf Krankheitsfolgen in der behinderungstypischen Sichtweise gerade kein prägendes Merkmal von Rehabilitation. Denn nicht jede Behinderung ist zugleich mit einer Krankheit verbunden, so dass hier die Einwirkung auf das soziale und berufliche Umfeld des Betroffenen, die Stärkung seiner Selbsthilfepotenziale⁴⁰ und mithin der Gedanke gesellschaftlicher Teilhabe und gegenüber den kurativen Maßnahmen im Vordergrund stehen muss.⁴¹ Eine in dieser Weise *umfassend zu verstehende Vor- und Nachsorge* zeigt sich insbesondere auch im Bereich medizinischer Rehabilitation. Diese folgt nach neuem Verständnis keinem Phasenmodell mehr, hat mithin nicht erst nach Abschluss der Akutbehandlungsphase einzusetzen, sondern angesichts jener zunehmend ins Blickfeld geratenden Wechselwirkungen von Genesung und gesellschaftlicher Befindlichkeit der Person grundsätzlich unter sämtlichen Aspekten koordinierter kurativer Versorgung und gesellschaftli-

cher Teilhabe vielmehr von Anfang an zu erfolgen.⁴² Das stete Vordringen ambulant erbrachter Reha-Maßnahmen (vgl. etwa § 19 Abs. 2 SGB IX) dürfte der Realisierung dieses Gedankens nicht unerheblich Aufschwung geben und zur allmählichen Auflösung starrer Rehabilitationsphasen beitragen.⁴³ Im Rahmen einer sich in dieser Weise abzeichnenden ganzheitlichen und gleichsam reflexiv gewordenen Rehabilitation, welche die Eigenarten des jeweiligen Interventionsfeldes und die Interessen der betroffenen Akteure als notwendige Wirkungsbedingungen der eigenen Interventionen reflektiert, verschwimmen die Begriffe der Krankenbehandlung und Rehabilitation ebenso wie diejenigen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation⁴⁴, wird deutlich, dass Rehabilitation einen gegenüber bloßer Krankheitsbewältigung übergreifenden Sinngehalt haben muss und neben seiner instrumentellen, an der Gesundheitsstörung orientierten und durch die institutionellen Besonderheiten der Sozialversicherung geprägten Bedeutung auch als allgemeine normative Zielbeschreibung eines auf gesellschaftliche Integration beeinträchtigter Personen ausgerichteten Gesundheitssystems angesehen werden kann.⁴⁵

Je deutlicher aber die gesellschaftliche Integration und mit ihr das Risiko der Ausgrenzung gegenüber den medizinischen Aspekten der Gesundheitsschädigung an Bedeutung gewinnen⁴⁶ und zwischen diesen Bereichen sich eine gleichsam symbiotische Beziehung auszubilden scheint, umso stärker wächst der Bedarf an normativer Grundlegung des Gegenstandes, weil Wertung an die Stelle treten muss, wo die empirischen Gewissheiten im Rahmen einer auf das weithin unkalkulierbare gesellschaftliche und personale Umfeld des Betroffenen bezogenen Schädigungsdiagnose und Wirkungsprognose schwinden. *Rehabilitation* ist daher auch ein *normativ* eingefasster und unter Bedingungen einer ausdifferenzierten Moderne letztlich rechtlich regulierter Begriff: welcher Grad an Erfolgswahrscheinlichkeit im Rahmen welcher Ermittlungs- bzw. Diagnoseanstrengungen mit welcher Zielpriorität und welchen Maßnahmekosten bei der Fallbeurteilung zugrunde zu legen ist, entzieht sich weithin dem empirisch Messbaren und muss deshalb nach der Schwere der Beeinträchtigung und damit nach der Wertigkeit des in Frage stehenden Rechtsguts (Leben, Gesundheit, Behindertengleichstellung, Berufsfreiheit) beurteilt werden.⁴⁷ Die her-

37 Koch/Bengel, in dies., Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 2000, 9.

38 50% aller Reha-Maßnahmen entfallen auf die Rentenversicherung, 20% auf die Krankenversicherung, 18% auf die Arbeitslosenversicherung, 5% auf die Unfallversicherung, 3% auf die Kriegsopferversorgung, 4% auf die Sozial- und Jugendhilfe; Kunze/Kreikebohm, Sozialrecht versus Wettbewerbsrecht – dargestellt am Beispiel der Belegung von Rehabilitationseinrichtungen, NZS 2003, 5f.

39 Angesichts seines Kontextbezuges kann das Ziel medizinischer Reha „als Sektor des Gesundheitswesens“ auch nicht durch die insofern zu enge behindertenrechtliche Vorschrift des § 26 Abs. 1 SGB IX definiert werden, wie Welti es tut (Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, a. a. O., 131, 133). Im Übrigen anstatt vieler Dupuis/Kerkhoff (Hrsg.), Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete, Berlin 1992, 524; Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, BT-Drucks. 13/9514, 4; Arnold/Eysenck/Meili, Lexikon der Psychologie, Bd. 3, Feiburg i.B. 1980, 1870; Hillmann, Wörterbuch der Soziologie, 4. Aufl. Stuttgart 1994, 729f.; Schäfer/Ronge in Fachlexikon der sozialen Arbeit, 3. Aufl. 1993, 768; für Zwecke einer allgemeinen Begrifflichkeit zu eng dagegen das ohne weiteres auf Behinderungen beschränkte Rehabilitationsverständnis von Kolb, Rehabilitationsrecht in v. Maydell/Ruland, Sozialrechtshandbuch, 2. Aufl. 1996, Rz 1. Vgl. dagegen zur medizinisch-pathologischen Sicht GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (BT-Drucks. 14/1245, 61): „Rehabilitation hat die Aufgabe, den Folgen von Krankheiten in Form von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen vorzubeugen, sie zu beseitigen oder zu bessern oder deren wesentliche Verschlechterung abzuwenden“.

40 Zu Letzterem („Krankheitsfolgenverarbeitung“) pointiert Pitschas in Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, München 1999, 799f.

41 Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 145.

42 „Das traditionelle Modell eines sequentiellen Krankheitsverlaufs, demzufolge Kuration, Rehabilitation und Pflege nacheinander geschaltete Maßnahmen darstellen, steht im Widerspruch zu den Ergebnissen neuerer Untersuchungen aus unterschiedlichen Disziplinen“: Plute, Der Begriff der (medizinischen) Rehabilitation im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, VSSR 2003, 97, 109.

43 So Raspe in Igl/Welti, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, Wiesbaden 2001, 243. Gleichwohl ist das Potential ambulant erbrachter Reha derzeit bei weitem noch nicht ausgeschöpft: Hibbeler, Ambulante Rehabilitation, Deutsches Ärzteblatt 50/103 v. 15. 12. 2006, A-3373. Dies erstaunt, da in Teilbereichen deutlich nachgewiesen werden konnte, dass ambulante und stationäre Rehabilitation gleich wirkungsvoll sind, ambulante Maßnahmen aber ungleich kostengünstiger sind: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Perspektiven des Wandels in der Rehabilitation 1999, 18 (Internet).

44 Zu den Schwierigkeiten der Abgrenzung von Krankenbehandlung und Rehabilitation sowie zwischen medizinischer und beruflicher Reha vgl. Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 11 Rz. 52, 53 sowie Kolb, Rehabilitation, in v. Maydell/Ruland (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch, 2. Aufl. 1996, 1408, Rz. 106f.

45 Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 144, 146.

46 Entsprechendes Zahlenmaterial liefern Rolland, Vorsorge und Rehabilitation in Deutschland 2003, Wirtschaft und Statistik 2005, 971 sowie Hibbeler, Medizinische Rehabilitation: die Talsohle durchschritten, Dt. Ärzteblatt 47/103 v. 24. 11. 2006, A-3164.

47 Im Ergebnis ebenso Welti/Raspe, Der sozialrechtliche Rahmen der evidenzbasierten Rehabilitation, Die Rehabilitation 2005, 560, 564, 566.

kömmliche Subsumtionslogik des Rechts stößt hier deutlich auf Grenzen. Denn sowohl die Leistungsvoraussetzungen als auch der Leistungsumfang des Gesetzes werden vom gleichen konkreten Einzelfall beherrscht. Hierdurch kommt es zu Überschneidungen der einzelnen Prüfungsstufen.⁴⁸ Die Folgen sind unüberschaubar: Die Kompetenzgrenzen von Gericht und Verwaltung verwischen⁴⁹ und die formal-begriffliche Abgrenzung der Entscheidungsbereiche als einer Grundvoraussetzung für Rechtssicherheit erscheint mit wachsendem Fallaufkommen immer weniger möglich. Prinzipien gestützte und in Fallgruppen aufbereitete Lösungen bestimmen das Bild und die Methode der Abwägung im und für den Einzelfall erstarkt zum maßgeblichen Rechtsanwendungsmodus. Am Ende steht wieder das Ausgangsproblem; Wertabwägung gelingt nur im Rekurs auf das konkrete Gewicht der berührten Werte⁵⁰ und damit wiederum auf die jeweiligen Wirkungen der Schädigung und der auf sie gerichteten Maßnahmen. Rehabilitationsrecht führt damit alle Widersprüche mit, die generell für wirkungsbezogene und am „Bedarf“ ausgerichtete Entscheidungsstrukturen in dynamischen Aktionsfeldern typisch sind: die Offenheit der Normaussagen, die Abhängigkeit des Normverständnisses und der Normdurchsetzung von rechtsexternen Fachperspektiven und Ressourcen sowie die prinzipielle Zukunftsorientierung rehabilitativer Rechtsanwendung unter Bedingungen unvorhersehbarer Maßnahmewirkungen⁵¹ machen den Gesamtcharakter sozialgestaltender Staatstätigkeit in diesem Bereich aus und beleuchten gleichzeitig ihr in der Verschränkung von unbestimmter Entscheidungsregel und ungesicherter Maßnahmewirkung, letztlich von Wertung und Wirkung zum Ausdruck gelangendes Rationalitätsdilemma.⁵²

48 Insbesondere beim Behinderungsbegriff und der Erfolgsprognose im Bereich der Leistungsvoraussetzungen einerseits und dem zumeist nach Ermessen bestimmten Leistungsumfang andererseits. Hierzu die Lösung von Erlenkämper/Fichte (Sozialrecht, 4. Aufl. 1999, 161): kognitives Ermessen schon im tatbestandlichen Bereich. Ähnlich Luthé in Hauck/Noftz/Voelzke, SGB II, § 3 Rz. 6 und 7 sowie Luthé, Optimierende Sozialgestaltung 2001, 250 ff. (Abwägungsspielraum). Auch Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 114, insofern im Kontext des Behinderungsbegriffs: „Es kann rechtsdogmatisch als misslich oder zumindest als schwierig empfunden werden, dass alle wesentlichen Merkmale des Behinderungsbegriffs (Gesundheitsstörung, Altersadäquanz, Teilhabestörung, kausale Wechselwirkung) wertende Elemente beinhalten, die zudem vielfach in den an Behinderung anknüpfenden Rechtsfolgen wieder auftauchen, so wenn die Störung der Teilhabe das Recht auf die Teilhabeleistung indiziert.“

49 Mit der Konsequenz, dass das Gericht in den Ermessensbereich der Verwaltung „hineinregiert“: Luthé in Schlegel/Voelzke, juris Praxiskommentar zum SGB VI, § 10 Rz. 17.

50 Man stößt hierbei auf das allgemeine wohlfahrtsökonomische Problem, dass der Erfüllungsgrad der Verwirklichung von Werten nicht wirklich gemessen und darüber hinaus der Einzelfall bzw. die relevanten Situationsbedingungen als verzerrender Faktor in der Analyse nicht ausreichend isoliert werden können: Luthé, Optimierende Sozialgestaltung, Tübingen 2001, 401–404.

51 Damit soll der mögliche Nutzen einer fallgruppenspezifischen Aufbereitung der prognostischen Datenbasis im Unterschied zu einer eher intuitiven Begutachtungspraxis nicht bestritten werden. Gleichwohl bleibt gerade für komplexe Störungen zu konstatieren: „Je stärker man sich an der Methodik der indirekten Veränderungs-messung, d.h. dem Standard der medizinisch-klinischen Forschung, an sozialmedizinisch relevanten Outcomes wie Arbeitsfähigkeit und Erwerbsminderung und an mehr als kurzfristigen Nachbeobachtungszeiten ... orientiert, umso geringer werden die messbaren Effekte einer medizinischen Rehabilitation ...“: Raspe, Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Zur Theorie von Bedarfsermittlungen („needs assessment“); Die Rehabilitation 2007, 3, 6; ähnlich Welti/Raspe, Der sozialrechtliche Rahmen der evidenzbasierten Rehabilitation, Die Rehabilitation 2005, 560, 564.

52 Luthé, Optimierende Sozialgestaltung, Tübingen 2001, 294, 300, 303 ff., 500, 504; Luthé in Hauck/Noftz, SGB II, § 3 Rz. 7 sowie Luthé in Hauck/Noftz, SGB XII, E 010 Rz. 86.

In diesem ganzheitlichen Verständnis ist Rehabilitation kategorial jedoch nicht auf den Umgang mit *behinderten Menschen* beschränkt. Auch der Kranke, dessen Beeinträchtigung im Gegensatz zum Behinderten nicht notwendig über einen langen Zeitraum vorliegen muss, der aber ebenso wenig einer unmittelbar drohenden Behinderung ausgesetzt zu sein braucht oder nur wegen altersadäquater Leiden nicht als Behinderter zählt (vgl. § 2 SGB IX), benötigt bei entsprechender Schädigung und Funktionseinschränkung zu seiner Genesung im Sinne ganzheitlicher Nachsorge auf das gesellschaftliche Umfeld und seine weitere Lebensführung abzielende Hilfestellungen und ist somit rehabilitationsbedürftig. Dies muss nicht sogleich auf ein behindertenrechtlich aufgeladenes Ziel gleichberechtigter Teilhabe hinauslaufen, kann aber gleichwohl unterstützende Hilfen zur individuellen Bewältigung der Krankheit und ihrer sozialen Folgen (Unterstützung der alltäglichen und beruflichen Leistungsfähigkeit und Abbau von Risikofaktoren)⁵³ beinhalten.

2. Medizinische Rehabilitation

Für das Einsetzen von Rehabilitation ist das Bestehen oder zumindest das Drohen einer gesundheitlichen Schädigung schlechthin unabdingbar. Die medizinische Beurteilung steht deshalb regelmäßig am Anfang einer jeden Rehabilitationsmaßnahme. Sie determiniert alle weiteren Schritte, sei es in medizinischer, beruflicher oder sozialer Hinsicht. In diesem weiten Verständnis hat Rehabilitation immer einen medizinischen Bezug, sind der Arzt und das sonstige medizinische Fachpersonal gleichsam Supervisoren des gesamten Hilfeprozesses. Innerhalb der einschlägigen Leistungsgesetze (§ 6 Abs. 1 SGB IX) ist die medizinische Rehabilitation stets vertreten, die berufliche dagegen nur zum Teil und die soziale am wenigsten. Zu unterscheiden ist zwischen der medizinischen Rehabilitation im *leistungsrechtlichen* und im *sozialmedizinischen Sinn*. Leistungsrechtlich geht es um die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustandes des Patienten mit dem übergreifenden Ziel der Integration in das Erwerbsleben und der Unterstützung in der alltäglichen Lebensführung, was nicht-ärztliche Maßnahmen mit medizinischer Ausrichtung einschließt. Insofern ist das Integrations- und Unterstützungsziel leistungsrechtliches Kennzeichen für Rehabilitation schlechthin im Unterschied zur Krankenbehandlung, die Einwirkung auf den Gesundheitszustand dagegen die medizinische im Gegensatz zur beruflichen und sozialen Komponente von Rehabilitation.⁵⁴ Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation lassen sich ferner indikationsspezifisch fassen – so etwa als medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen, bei Herz-/Kreislaufkrankungen, bei neurologischen und psychischen Erkrankungen oder in der Geriatrie.⁵⁵ In der herkömmlichen sozialmedizinischen Sicht lässt sich medizinische Rehabilitation als „Fortsetzung der medizinisch-technisch orientierten Behandlung“ verstehen. „Das Ziel medizinisch-rehabilitativer Maßnahmen ist die weitgehende Beseitigung der Gesundheits-

53 Hierzu BSGE 46, 41: Förderung der Entwicklung eigener Abwehrkräfte als Kriterium der Abgrenzung von Krankenbehandlung und Rehabilitation.

54 So ist das Ziel der Reha, auch dann wenn es im Einzelfall nur um die Teilhabe am Arbeitsleben geht, kein taugliches Abgrenzungskriterium zwischen beruflicher und medizinischer Reha. Es kommt hierbei vielmehr auf den Gegenstand und die Ausrichtung der Maßnahmen an: BSG v. 12.8.1982 – 11 Ra 62/81 = BSGE 54, 54; BSG v. 24.6.1980 – 1 RA 51/79 = BSGE 50, 156.

55 Zur Entwicklung in diesen Bereichen vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Perspektiven des Wandels in der Rehabilitation 1999, 19–27 (Internet); ferner Bitzer (u. a.), Fünfte vollständig überarbeitete Version der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) 2006, DRV-Schriften, Bd. 64, 224.

schäden (impairment).⁵⁶ Rehabilitation erscheint danach als Methode zur Unterstützung der Behandlung (neben der ärztlichen Betreuung u. a. auch durch Krankengymnastik, Logopädie, ergotherapeutische Behandlung und psychosoziale Betreuung) und ist insofern unmittelbarer Bestandteil kurativer Versorgung und weniger als eigenständiges Segment des Gesundheitswesens⁵⁷ mit dem Ziel der Krankheitsfolgenbewältigung und Prävention. Im Mittelpunkt medizinischer Rehabilitation stehen vor allem chronische Erkrankungen und die Bewältigung ihrer Folgen in der alltäglichen Lebensführung und im Beruf.⁵⁸ Mit dieser spezifisch pathologischen Orientierung ist die Rehabilitationsmedizin – seit dem Vordringen des Teilhabedankens – mittlerweile ein ordnungspolitisch unverzichtbarer Garant dafür, dass nicht jedwedes gesellschaftliche Defizit zu einer rehabilitationsbedürftigen Angelegenheit und damit zu einer Frage des Gesundheitssystems gemacht wird, nur weil es an wünschenswerter staatlicher Kompensation ansonsten fehlt.

Gleichwohl wurde dieses Verständnis nicht unerheblich durch die Besonderheiten der deutschen Sozialversicherung geprägt, wo einzelne, in sich geschlossene Phasen der Behandlung (Kuration, Rehabilitation und Pflege) häufig mit einem Wechsel der Trägerzuständigkeiten einhergehen, entspricht dem gegenwärtigen Stand rehabilitativer *Forschung und Entwicklung*⁵⁹ in Ansehung der als notwendig erachteten Einbeziehung von Patientenpotenzialen und Umweltfaktoren auf der Basis des – bei Behinderung anwendbaren – bio-psycho-sozialen Modells der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)⁶⁰ jedoch nur bedingt. Vor allem die Hinwendung zu Vernetzungskonzepten wie der Integrierten Versorgung und Disease-Management Programmen⁶¹, aber auch die avisierte Überführung von Teilstufen ambulanter und stationärer Versorgung, von Akutversorgung und Rehabilitation (§ 27 SGB IX) sowie von medizinischer und beruflicher Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 SGB IX) in ein nachhaltig⁶² wirkendes rehabilitatives Gesamtkonzept⁶³ und nicht zuletzt die Erprobung weiterer Zugangswege

zur Rehabilitation⁶⁴ unabhängig von behördlichen Antragsverfahren belegen die hohe Eigenkomplexität des Systems der Krankenbehandlung, eine Tendenz zur Ausweitung ihres gesellschaftlichen Relevanzbereichs auf die gesamte individuelle Lebensführung sowie ein hohes technologisches Reflexionspotenzial⁶⁵ im Hinblick darauf, wie „Leistungen“⁶⁶ für andere Systeme der Gesellschaft erbracht oder von diesen vorausgesetzt werden können. Die Öffnung der Disziplin für den gesellschaftlichen Kontext und die individuellen Ressourcen darf jedoch nicht als Relativierung oder gar Überwindung der *Funktion der Krankenbehandlung* zugunsten eines gesellschaftspolitischen Teilhabekonzepts verstanden werden.⁶⁷

Das Gesundheitssystem kann nur im *Code von gesund/krank* kommunizieren und richtet hieran seine einzelnen Programme aus. Selbst der bei Behinderungen anwendbare Code heilbar/unheilbar ist nur eine auf Krankheit bezogene Sekundärunterscheidung⁶⁸, der zu erhöhter Dynamik („Irritabilität“) im System führt und die Fortsetzbarkeit medizinischer Maßnahmen auf beiden Seiten der Unterscheidung sicherstellt. Auch durch die im Kontext von Behinderungen gebräuchliche Figur der zwischen Schädigung und Teilhabeeinträchtigung angesiedelten Fähigkeitsstörung etwa wird die auf Kuration abzielende Zentralfunktion medizinischer Rehabilitation nicht in Frage gestellt. Diese ist und bleibt auf die Humanumwelt der Gesellschaft, mithin auf die organischen und mentalen Bedingungen der Menschen bezogen. Gleichwohl ermöglicht die Fähigkeitsstörung einen Ausblick auf ein schier unerschöpfliches Potenzial gesundheitlich bedingter Integrationsprobleme und trägt so zur Selbstvergewisserung der Disziplin in ihrer gesellschaftlichen Bedeutung außerhalb ihrer originären Funktionsbestimmung bei: sie vermittelt zwischen Medizin und restlicher Gesellschaft.⁶⁹ Personen sind gleichwohl nur als nicht, nicht mehr oder noch nicht krank für das System relevant. Das schließt nicht aus, die

56 Waller, Sozialmedizin, 5. Aufl., Stuttgart 2002, 139.

57 So aber Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 130.

58 Ruland, Anforderungen an ein Buch „Rehabilitationsrecht“ aus Sicht der medizinischen Rehabilitation, SDRV 1993, 108 sowie Rosenbrock, Prävention und Gesundheitsförderung als Komponenten der Gesundheitssicherung, ZSR 2005, 342, 343: das heutige Gesundheitsgeschehen werde in den Industrieländern zu drei Vierteln von chronischen Erkrankungen bestimmt, die aber durch Prävention deutlich vermieden werden könnten.

59 Grundlegend Bengel/Koch (Hg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 2000; Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (Hg.), Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland, 2006.

60 Dass sich die ICF zwar auf alle funktionalen Aspekte von Gesundheit bezieht, aber gleichwohl den Behinderungsbegriff pauschal für alle Funktionsbeeinträchtigungen verwendet, deshalb aber zwischen Rehabilitanden und Behinderten im deutschen Kontext mit Rücksicht auf den Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX deutlicher differenziert werden muss, wird nicht immer mit der erforderlichen Klarheit zum Ausdruck gebracht: so bei Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (Hrsg.), Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland 2006, insb. 16–18; bei Raspe, Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Zur Theorie von Bedarfsermittlungen („needs assessment“), Die Rehabilitation 2007, 3, 4 sowie bei Dt. Rentenversicherung Bund, Medizinische Leistungen zur Rehabilitation, 2006. 60 §§ 140 a ff., 137 f, 137 g SGB V.

61 §§ 140 a ff., 137 f, 137 g SGB V. Hierzu Steinke/Philgus, in Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Rehabilitation und Teilhabe, 2005, 6.

62 Klose, Die Vor- und Nachbehandlung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation, Die Rehabilitation 2006, 359 ff.; Bullinger/Ravens-Sieberer, Lebensqualität und chronische Erkrankung: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2006, 23 ff. (Lebensqualität im Anschluss an die Reha).

63 Zur Reha-Systemforschung vgl. Haaf/Schliehe, in Bengel/Koch, a. a. O., 26 f.

64 Etwa durch Einbeziehung der Hausärzte, Screening in Betrieben, Versicherungssurveys. Vgl. hierzu die Beiträge in Heft 1 der Zeitschrift „Die Rehabilitation“ 2007.

65 Heinze, Wissensbasierte Technologien, Organisationen und Netzwerke – eine Analyse der Kopplung von Wissenschaft und Wirtschaft, Zeitschrift für Soziologie 2005, 65, 68; Luhmann, Die Wissenschaft der Gesellschaft, Frankfurt a. M. 1992, 140, 244, 280, 291, 410, 426.

66 Etwa die gesundheitlichen Voraussetzungen für verwertbares Humankapital zu schaffen – Wirtschaft, bildungsfähige Bürger trotz gesundheitlicher Defizite hervorzubringen – Erziehung, sozialen Frieden herzustellen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen für alle – Politik. Zur Unterscheidung von Leistung, Funktion und Selbstbeschreibung vgl. Luhmann, Die Gesellschaft der Gesellschaft, Frankfurt a. M. 1997, 758.

67 Zum Folgenden Luhmann, Medizin und Gesellschaftstheorie, Medizin, Mensch, Gesellschaft 8, 168–175; Luhmann, Der medizinische Code, in Soziologische Aufklärung, Bd. 5, Opladen 1990, 31–58.

68 Hierzu Luhmann, Die Gesellschaft der Gesellschaft, 184, 367.

69 Oder anders: Die Fähigkeitsstörung ist eine „Zwei-Seiten-Form“, die in ihrem Kanal Möglichkeiten wechselseitiger Irritation steigert, ohne den beteiligten Systemen einen Direktzugang zu ihren jeweiligen Umwelten zu gewähren. Beide Seiten des Zugangs (der „Form“) werden nach je eigenen Kriterien verwaltet. Das Medizinsystem wird mit den Teilhabeproblemen seiner gesellschaftlichen Umwelt, diese mit den organischen und mentalen Problemen ihrer Humanumwelt konfrontiert. Gleichwohl werden die Informationen nach den jeweils vorherrschenden eigenen Relevanzkriterien der Systeme gefiltert. Für sich genommen ist die Fähigkeitsstörung ohne Aussage, d. h. ohne Bezug ihrer einen Seite auf die Gesellschaft (Teilhabeeinträchtigung) und ihrer anderen Seite auf die Gesundheit (Schädigung) ohne erkennbare Bedeutung. Dies zeigt, dass ihr eigentlicher Sinn als strukturelle Kopplung zwischen Teilsystemen beschrieben werden kann. Zur strukturellen Kopplung vgl. Luhmann, Die Gesellschaft der Gesellschaft, 92 ff., 100 ff., 779 ff. In diese Richtung zielt auch Raspe in Igl/Welti (Hrsg.), Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, Wiesbaden 2001, 239: Reha als „Brückenfach zwischen den klinischen Disziplinen und den Gesundheitswissenschaften“.

rehabilitative Interventionsschwelle im Zuge eines extensiven Risiko- und Präventionsverständnisses einer von Unsicherheit geplagten Gesellschaft⁷⁰ so weit vorzuverlagern, dass die Aufgabe der Heilung von Krankheiten nicht mehr deutlich wird. Die Funktion des Systems bleibt aber auch hierbei auf die Umwelt des Sozialen (und gerade nicht auf das Soziale) ausgerichtet, während der sozial präferierte Wert der Gesundheit oder Teilhabe nur die Reflexion der Krankenbehandlung unter wechselnden (gesellschaftlichen, professionsethischen) Außenperspektiven anleiten kann. Operational sind die Begriffe der Gesundheit und Teilhabe im System nicht anschlussfähig. Eine medizinische Rehabilitation, deren Programme vom Gedanken gesellschaftlicher Teilhabe geprägt werden⁷¹ und diese nicht nur als Verbindungsglied zur Gesellschaft nutzen, ist keine medizinische Rehabilitation mehr, sondern funktional Sozialarbeit.⁷² Begriffe wie Gesundheit und Teilhabe bleiben medizinisch deshalb notwendigerweise leer.⁷³ Sie können jedoch als Ausdruck eines professionell gepflegten Idealismus der internen Selbstbeschreibung des Systems dienlich sein und so zu einer Erhöhung von Chancen interner und externer Zuschreibung jener kausalhypothetisch nur schwer fassbaren Rehabilitationserfolge⁷⁴ auf die Interventionen des Systems beitragen.

Wegen der primär zu verortenden gesundheitlichen Schädigung wird man im Übrigen von einer gewissen *Dominanz des medizinischen Codes* in der gesamten Rehabilitation ausgehen haben. Dies aber lässt es als wenig plausibel erscheinen, daneben ein eigenständiges Funktionssystem der Rehabilitation anzunehmen.⁷⁵ Wahrscheinlicher oder jedenfalls theoretisch stringenter erscheint vielmehr die Annahme, dass die gesellschaftlichen Funktionssysteme etwa des Rechts, der Politik, der Wirtschaft, der Sozialarbeit oder der Erziehung sich zur Problematik krankheitsbedingter Integrationsdefizite einen eigensinnigen Zugang entlang ihrer spezifischen Funktionslogik geschaffen haben. Dies schließt nicht aus, dass die Systeme auf pro-

grammatischer Ebene⁷⁶, also im Kontext von Organisation, zur Integration jeweils systemfremder (vor allem medizinischer und inklusionsspezifischer) Kriterien gezwungen sind, sobald es als problematisch empfunden wird⁷⁷, in einer physischen und psychischen Umwelt der Gesellschaft zurecht kommen zu müssen.

Eine weitere Frage ist in diesem Zusammenhang, wie *Recht und Verwaltung* die institutionellen Zwänge notwendiger Unterscheidbarkeit von Krankenbehandlung und Rehabilitation bei der Bestimmung von Leistungsansprüchen und -trägern bewältigen. Hierbei ist das Ziel der Rehabilitation⁷⁸ im Sinne einer rechtsnormativ bzw. politisch geprägten Sicht von gesellschaftlicher Integration und nicht seine auf die Gesundheitsschädigung bezogene Ursache tonangebend. Und die Frage ist dann, wie man diesen aus der Flasche gelassenen Geist in entscheidbare und möglichst Ressourcen schonende Formen bringen kann.⁷⁹ Wie in jeder organisierten Praxis⁸⁰ ist dies zweifelsfrei auch ein Problem von medizinischer Rehabilitation, funktional aber von dieser zu unterscheiden. Denn die Medizin wird sich nicht zur Aufgabe ihres grundlegenden Operationsmodus genötigt sehen und plötzlich Gesellschaftspolitik betreiben wollen, nur weil das Recht (oder wer immer) behauptet, dies sei eine Frage der Gerechtigkeit.

Von der medizinischen Rehabilitation ist die *Kur* im traditionellen Sinn abzugrenzen.⁸¹ Letztere nutzt für den Behandlungserfolg den Einsatz ortsgebundener Heilmittel (Luft, Quellen, Salinen usw.) und edukativer, präventionsorientierter Konzepte. Die unmittelbare medizinische Behandlung steht hierbei im Hintergrund. Von der *Pflege* nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) unterscheidet sich medizinische Rehabilitation vor allem durch das pflegespezifische Ziel der Betreuung des Pflegebedürftigen in bestimmten Verrichtungs-bereichen der alltäglichen Lebensführung (vgl. § 14 SGB XI) aufgrund körperlicher, seelischer und geistiger Einschränkungen. Pflege ist gewissermaßen die ultima ratio und kommt anstatt, aber auch während der ihr gegenüber grundsätzlich vorrangigen Rehabilitation in Betracht.⁸² Denn ein hoher Grad an Pflegebedürftigkeit und Rehabilitation schließen sich nicht aus. Insofern kann die Pflege auch als unterstützender Bestandteil der Rehabilitation und Teilhabe begriffen werden.⁸³ Der Grundsatz aktivierender Pflege⁸⁴ im Übrigen zielt genau in diese Richtung. Der forciert betriebene Ausbau ambulanter Rehabilitation bei älteren Menschen durch wohnortnahe Hilfen oder ambulante Reha-Teams zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und insbesondere einer

70 Anstatt vieler Hesse in Luthé (Hrsg.), *Autonomie des Helfens*, Baden-Baden 1997, 64, 69 ff.

71 Wie bei Gruhl, *Die Rehabilitation, eine Begriffsbestimmung im deutschen, englischen und französischen Sprachbereich*, Diss. München 1968, 17 f. und Welti, *Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat*, 133.

72 Baecker, *Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft*, *Zeitschrift für Soziologie* 1994, 93; Luthé, *Sozialtechnologie*, *ArchsozArb* 2003, 3-49; Luthé, *Warum Sozialtechnologie?*, *NDV* 2006, 109.

73 Ausdruck dieser Verlegenheit ist der Definitionsversuch der WHO, der den Zustand der Gesundheit nicht, wie eigentlich zu erwarten, an den psychophysischen Bedingungen des Menschen, sondern an seiner Fähigkeit zur gesundheitlichen Selbstbestimmung im Alltag bemisst: WHO, *Ottawa-Charta*, 1986, 3. Dies führt im Umkehrschluss zu dem merkwürdigen Ergebnis, dass all diejenigen krank sein müssen, bei denen es mit der Selbstbestimmung nicht klappt. Das ist – so viel kann an medizinischem Eigensinn unterstellt werden – natürlich nicht gemeint. Was aber ist gemeint?

74 Die Hinwendung zu einer Evidenzbasierung der Rehabilitationsmedizin dürfte insofern nur Ausdruck dieses Problems, nicht jedoch bereits seine Lösung sein; vgl. hierzu etwa Welti/Raspe, *Evidenz und Akzeptanz von Medizin und Recht*, *NJW* 2002, 874 f.; Rische in Rebscher (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung*, FS für G. Neubauer, Heidelberg 2006, 405 ff.; Rapp, *DRGs in der Rehabilitation*, *Krankenhaus-Umschau* 2005, 812; Wiefel (u. a.), *Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren*, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2007, 59 ff. (Evidenzbasierung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen).

75 Überdies ist der funktionale Primat der Rehabilitation in Abgrenzung zur Sozialarbeit und Medizin nicht einsichtig. Mit dieser Fragestellung vgl. den insgesamt weiterführenden Untersuchungsansatz von Zimmermann und Raspe, *Rehabilitationsvergleich*. Antrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft, Lübeck 1998, zitiert nach Runde/Weber in Igl/Welti (Hrsg.), *Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation*, Wiesbaden 2001, 66-69.

76 Hierzu Luthé, *Sozialtechnologie*, *ArchsozArb* 2003, 32 f.

77 Z.B. als Problem der Wirtschaft der Umgang mit Fehlzeiten oder neuerdings mit der Verlängerung der Lebensarbeitszeit, als Problem der Erziehung die grassierenden Verhaltens- und insbesondere Sprachstörungen im frühkindlichen Alter oder als Problem der Politik der Finanzbedarf für die zu erwartende Prävalenz muskuloskeletaler Krankheiten als Folge der demografischen Entwicklung.

78 VDR, *DRV* 1996, 633, 641; BSG v. 12.8.1982 – 11 RA 62/81 = BSGE 54, 54; BSG v. 24.6.1980 – 1 RA 51/79 = BSGE 50, 156.

79 Problematisch ist dies etwa seit jeher bei der Hilfsmittelversorgung als einem der Zentralbereiche der Rehabilitation; aufschlussreich insofern zum SGB V etwa BSG v. 8.11.2006 – B 3 KR 17/06 B (Ablehnung eines Sportrollstuhls), zum SGB VII dagegen LSG Rheinl.-Pfalz v. 29.8.2006 – L 3 U 73/06 (Hörgeräteversorgung für Engagement in Musikverein).

80 Luthé, *Sozialtechnologie*, *ArchsozArb* 2003, 11 ff.

81 Pitschas in Schulin (Hrsg.), *Handbuch des Sozialversicherungsrechts*, Bd. 3, München 1999, 792 f.

82 Zum Vorrang der Reha vgl. §§ 5 SGB XI, 8 SGB IX. Näher Udsching, *SGB XI*, § 5 Rz. 2, 3, 2. Aufl., München 2000.

83 Klie, *Der Vorrang von Rehabilitation vor Pflege – Rechtlicher Rahmen*, *ZSR* 2004, 503, 504.

84 Vgl. §§ 28 Abs. 4 S. 1, 6 Abs. 2, 11 Abs. 1 S. 2, 14 Abs. 3 SGB XI.

Heimeinweisung bildet den vorläufigen Endpunkt gegenwärtiger Reformgesetzgebung in der medizinischen Rehabilitation.⁸⁵

3. Berufliche Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation hat einen Begriffswandel zu verzeichnen. Seit Geltung des SGB IX (2001) heißt es durchgängig in sämtlichen Sozialleistungsbereichen „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“. Dies leuchtet ein, insofern hiermit der besondere Bezug dieser Leistungsgruppe auf die gesellschaftlichen und insbesondere arbeitsmarktlichen bzw. betrieblichen Kontextfaktoren hervorgehoben wird. Allerdings dient letztlich auch die medizinische und soziale Rehabilitation dem Zweck allgemeiner gesellschaftlicher Integration. Die Aussagekraft des neuen Begriffs ist deshalb begrenzt, wenn nicht verwirrend. Deutlich wird dies vor allem im Rentenversicherungsrecht, wo nunmehr als Oberbegriff allgemein von „Leistungen zur Teilhabe“ die Rede ist (vgl. §§ 9 ff. SGB VI), obgleich hier nach wie vor auch „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ (§ 15 SGB VI) gewährt werden. Vermutlich wird Anschluss gesucht an die behindertenrechtliche Zielbestimmung des § 4 SGB IX, die ebenfalls mit „Leistungen zur Teilhabe“ überschrieben ist. Allerdings steht die rentenversicherungsrechtliche Rehabilitation nicht nur behinderten, sondern auch kranken Menschen zu⁸⁶, so dass notwendige Differenzierungen zwischen Rehabilitations- und Behindertenrecht sowie zwischen Leistungen und Gesetzeszielen durch einen letztlich diffus verwendeten Teilhabebegriff eingeebnet werden. Leistungsrechtlich kann von beruflicher Rehabilitation in einem allgemeinen Sinn gesprochen werden, wenn die Leistung nach Gegenstand und näherer Ausführung nicht die Besserung des Gesundheitszustandes, sondern die Verschaffung und Erhaltung von Erwerbsmöglichkeiten bezweckt (s. o.).

Wie sonst auch wird die berufliche Rehabilitation nur im Falle einer Gesundheitsstörung aktiviert, ist deshalb grundlegend von medizinischer Diagnose abhängig. Die durchzuführen *Maßnahmen* aber erfolgen weithin ohne ärztliche Beteiligung, umfassen u. a. Berufsberatung, Berufsausbildung, Arbeitsvermittlung, spezielle Leistungen für Arbeitgeber sowie psychosoziale Begleithilfen (vgl. §§ 33, 34 SGB IX). Sie werden durch häufig multiprofessionell zusammengesetzte Teams auf der Basis arbeitspädagogischer und psychosozialer Zusatzqualifikation vorzugsweise in oder durch Einrichtungen wie Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke, Werkstätten für behinderte Menschen und von sog. Integrationsfachdiensten (§§ 109 ff. SGB IX) durchgeführt.⁸⁷ „Im Rahmen des Paradigmas der vernetzten bzw. integrierten Versorgung hat auch der Trend zu einer integrierten Betrachtung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation zugenommen.“⁸⁸ Neuere Konzepte wie die stufenweise Wiedereingliederung, die Verstärkung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit in der sozialmedizinischen Begutachtung und die Regelungen zur Feststellung eines frühzeitigen Rehabilitationsbedarfs sind hierbei tonangebend.⁸⁹ Solchen Reformtendenzen entgegen gerichtet ist jedoch die in letzter Zeit zu beobachtende

Fixierung der Trägerpraxis auf kurzfristige Wiedereingliederungserfolge auf Kosten einer nachhaltigen Qualifizierung der Betroffenen, vor allem im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende.⁹⁰

Die berufliche Rehabilitation überschneidet sich mit originär *arbeits- und schwerbehindertenrechtlichen Fördermaßnahmen im Betrieb*, wie die behinderungsgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen, der Abschluss von Integrationsvereinbarungen bei längerer Arbeitsunfähigkeit und die Durchführung eines sog. Eingliederungsmanagements (§§ 83 ff. SGB IX). Der Rehabilitationsgedanke wird insofern durch die allgemeinen Ziele der Behindertengleichstellung und betrieblichen Gesundheitsförderung („disability management“) zum Abbau arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren⁹¹ und krankheitsbedingter Fehlzeiten überlagert und gerät hiermit in den Sog der gesellschaftspolitischen Idee einer Humanisierung der Arbeitswelt.⁹² Berufliche Rehabilitation ist unmittelbar abhängig von den Gegebenheiten des *Arbeitsmarktes*. Behinderte und chronisch kranke Menschen sind in besonderer Weise von Langzeitarbeitslosigkeit bedroht. Ihre Eingliederung ist deshalb nicht nur ein Problem des staatlicherseits zu befriedigenden Rehabilitationsbedarfs, sondern berührt generell die arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitischen Bemühungen um vermehrte Beschäftigungsfähigkeit („employability“) von Erwerbspersonen im Zusammenhang mit „lebenslangem Lernen“ in sich verändernden Arbeitswelten bei zukünftig längerer Lebensarbeitszeit.⁹³ Vor allem in der *Renten- und Unfallversicherung sowie Arbeitsförderung* ist die Teilhabe behinderter Menschen am Erwerbsleben deshalb eine der zentralen gesetzlichen Zielbestimmungen.⁹⁴ Auch für die gesetzliche *Krankenversicherung* ist die berufliche Teilhabe nicht ohne Bedeutung⁹⁵, insbesondere bei Personen, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung (noch) nicht erfüllt haben (etwa Selbstständige). Gleichwohl kann die berufliche Teilhabe hier nicht als eigenständige Leistung, sondern nur indirekt, nämlich als integrierte Maßnahme der medizinischen Rehabilitation erbracht werden (vgl. § 11 Abs. 2 SGB V). Im Vordergrund stehen deshalb Hilfen bei der Bewältigung

85 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, in Kraft seit 1.4.2007 (Drs. 16/3100).

86 Insbesondere dann, wenn man zu dem Ergebnis kommt, dass drohende Behinderungen vom SGB VI gar nicht erfasst werden. Näher zum Ganzen Luthé in Schlegel/Voelzke (Hrsg.), juris-PK SGB VI, § 9 Rz. 12.

87 Zu Berufsförderungswerken vgl. Wicher, Probleme und Perspektiven der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ZSR 2005, Sonderheft, 160 sowie Luthé, Bildungsrecht, Berlin 2003, 298–301; allgemein zur beruflichen Teilhabe: Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 159.

88 Vorstand der deutschen Gesellschaft für Rehabilitation (Hrsg.), Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland, 2006, 20.

89 Vgl. §§ 28, 12 Abs. 1 Nr. 4, 13 Abs. 2 Nr. 8, 10 SGB IX.

90 Wicher, Probleme und Perspektiven der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ZSR 2005, Sonderheft, 171 sowie Bieritz-Harder, Teilhabe am Arbeitsleben zwischen SGB IX, Diskriminierungsschutz und Arbeitsmarktreform, ZSR 2005, Sonderheft, 36, 50 ff.

91 Vgl. § 3 BeKV, wonach die Unfallversicherungsträger dem Entstehen von Berufskrankheiten entgegen wirken müssen; hierzu etwa BSG v. 7.9.2004 – 2 U 1/03 R = SGB 2004, 628. Siehe zu entsprechenden finanziellen Anreizen auch § 65 a SGB V, § 162 Abs. 2 SGB VII und § 102 SGB IX.

92 So die Mitglieder der SPD-Fraktion zu Drs. 15/1783 (abgedruckt bei Hauck/Noftz/Masuch, SGB IX, M 051, S. 27: Hinter der Politik, Arbeitsmarkt und soziale Sicherungssysteme zu reformieren, „stehe die Überzeugung, dass die Teilhabe am Arbeitsleben nicht nur ein Einkommen, sondern ein grundlegendes humanes und soziales Bedürfnis darstelle, das Menschen mit und ohne Behinderungen gleichsam teilen“. Dies berührt insbesondere die Frage, ob das betriebliche Eingliederungsmanagement auch Nicht-Behinderten zusteht und hier Auswirkungen auf den Kündigungsschutz hat; vgl. hierzu BAG v. 7.12.2006 – 2 AZR 182/06. Zu diesem Bereich im Überblick etwa Kohte, Der Schutz der Gesundheit und Teilhabe am Arbeitsleben behinderter, chronisch kranker und älterer Menschen, ZSR 2005, 7.

93 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Perspektiven des Wandels in der Rehabilitation 1999, 10; Weber, Behinderte und chronisch kranke Menschen – „Problemgruppen auf dem Arbeitsmarkt?, Diss. Münster 2002, 8 ff.; Hibbeler, Medizinische Rehabilitation: Die Talsohle durchschritten, Deutsches Ärzteblatt 47/103 v. 24.11.2006, A-3164 (insbesondere zum Renteneintrittsalter und zur demografischen Entwicklung).

94 § 1 Abs. 1 Nr. 5 SGB II, 6 Abs. 1 S. 4 SGB III, 9 Abs. 1 SGB VI, 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII, 10 Abs. 1 BVG, 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX.

95 Welti, Fünf Jahre Sozialgesetzbuch IX – eine Bilanz, Die Rehabilitation 2006, 275, 276.

der Belastungen und Beeinträchtigungen im Alltag.⁹⁶ Im Rahmen beruflicher Rehabilitation sind grundsätzlich die besonderen Bedingungen von Teilarbeitsmärkten (berufsfachliche, betriebsinterne und unstrukturierte Arbeitsmarktsegmente) zu berücksichtigen und mit den individuellen Arbeitsmarktchancen abzugleichen. Betriebsnahe Integrationskonzepte (zum Vorrang vgl. § 19 Abs. 2 SGB IX) mit stufenweiser Wiedereingliederung sind hierbei von besonderer Bedeutung, da die Reintegrationschancen entscheidend von der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bzw. Abwesenheit von der Arbeitsstätte abhängen.⁹⁷ Zudem sind im Zuge präventiver Strategien und nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt des Arbeitsschutzes (vgl. etwa § 6 ArbSchG) auch gesundheitsgefährdende Faktoren der jeweiligen beruflichen Tätigkeit in die Betrachtung einzubeziehen, wobei insbesondere auf den kontinuierlichen Anstieg psychischer Erkrankungen als Folge von Arbeitsüberlastung hinzuweisen ist.⁹⁸ Während in der medizinischen Rehabilitation jedoch noch Halt an den biophysischen Strukturen der Disziplin gefunden werden kann, schlägt die letztlich unkalkulierbare Dynamik der Arbeitsmärkte und der individuellen Reaktionen des Rehabilitanden hierauf bei der beruflichen Rehabilitation unter Effektivitätsgesichtspunkten dagegen voll zu Buche. Zumal: die Bereitschaft des Betroffenen zur Mitwirkung am Rehabilitationsprozess ist entscheidend auch von dessen Arbeitsmarkterwartungen abhängig. Wir finden hier ein „Technologiedefizit“ (Luhmann) vor, das nicht nur auf hochdynamische Austauschbeziehungen unterschiedlicher gesellschaftlicher Subsysteme (hier Wirtschaft, Erziehung und Krankenbehandlung), sondern auch auf die prinzipielle Nichtsteuerbarkeit der zwischen psychischem und sozialem System ablaufenden Transformationen zurückgeführt werden kann.⁹⁹ Deshalb erfordert der Rehabilitationsprozess ein laufendes Nachsteuern (regelmäßige feed backs, Verlaufsberichte und Dokumentation aller Aktivitäten) der angeschobenen Prozesse unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen und Entwicklungsschritte. Die Aufgabe der Rehabilitation ist deshalb im weitesten Sinn „soziales Risikomanagement“.¹⁰⁰

Bei einer strikten zeitlichen und organisatorischen Trennung zwischen medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen, die zumeist im Anschluss an die medizinischen Maßnahmen stattfinden, sind in den letzten Jahren erhebliche Nachteile für das Gesamtergebnis der Rehabilitation deutlich geworden. Frühzeitige Angebote zur beruflichen Eingliederung (berufsbezogene „Vorfeldmaßnahmen“ wie Berufsfindung, Arbeitserprobung, Belastungserprobung, Eignungsuntersuchung, Beratung, betriebliche Erprobung) u.U. bereits während der me-

medizinischen Rehabilitationsphase sind daher ebenso in sachlicher¹⁰¹ wie in rechtlicher Hinsicht¹⁰² geboten. Bereits in jeder Klinik sollte daher ein Basisangebot zur Ermittlung der grundlegenden Möglichkeiten beruflicher Eingliederung vorgehalten werden (etwa Anamnese der Berufsbiografie und des Arbeitsplatzes/Sozialberatung), während spezielle „Schwerpunktkliniken“¹⁰³ indikationsspezifische Angebote unterbreiten (wie arbeitsdiagnostische Erprobungen/Arbeitstherapie ggf. differenziert nach Krankheitsbildern).¹⁰⁴ Im Rahmen kooperativer Verbundsysteme mit lokal ansässigen Berufsförderungs- und Berufsbildungswerken und ähnlichen Einrichtungen unter Einbeziehung regionaler Wirtschaftsbetriebe kann das Angebot der herkömmlich rein somatisch ausgerichteten Reha-Kliniken in dieser Hinsicht sinnvoll ergänzt werden. Nicht für jeden allerdings kommen berufsbezogene Angebote in Betracht. Die in der Praxis gängigen Aussonderungskriterien bedürfen jedoch weiterer rechtlicher Überprüfung.¹⁰⁵

4. Soziale Rehabilitation

Die soziale Eingliederung und Teilhabe des Betroffenen ist allgemeines Ziel einer jeden Rehabilitationsmaßnahme und in dieser Hinsicht kein taugliches Abgrenzungskriterium zur Bestimmung insbesondere der Leistungsgruppe. Im leistungsrechtlichen Sinn aber kann von *sozialer Rehabilitation* gesprochen werden, wenn die Maßnahmen in der Verbesserung der Lebensqualität und in der Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse ihren Schwerpunkt haben.¹⁰⁶ Im behinderungsrechtlichen „Dachgesetz“ des SGB IX sind die als „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ (§§ 55–59 SGB IX) bezeichneten Leistungen als eigene Leistungsgruppe ausgewiesen. Gleichwohl werden die Leistungen dieser Art vorwiegend, wenn auch nicht ausschließlich (§§ 26 Abs. 1, 39 SGB VII), bei Behinderung erbracht. Ein weiteres Begriffsverständnis ergibt sich im Blick auf die sozialhilferechtliche Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 ff. SGB XII). Der soziale Charakter der Rehabilitation folgt hier nicht aus den gewährten Leistungen, sondern aus dem breiten *Aufgabenverständnis der Sozialhilfe*, die auch dann noch Hilfen für Behinderte erbringt, wenn die in der Sozialversicherung zumeist üblichen Anforderungen einer Integrierbarkeit in

96 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation – bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven 2000, 25 (Internet).

97 Die Chancen wieder in Arbeit zu kommen liegen nach 6 Monaten nur noch bei 50%, nach einem Jahr bei 20% und nach 2 Jahren nur noch bei 10%; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Perspektiven des Wandels in der Rehabilitation, 1999, 10, 32 (Internet); Runde/Weber in Igl/Welti, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, Wiesbaden 2001, 77; Kohte, ZSR 2005, 7, 9, 22.

98 Behrend, Frühindividualisierung und soziale Sicherung – sind die Maschinen dicht genug?, NDV 1994, 340; Müller/Marstedt, Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz im Wandel der Arbeitsformen, ZSR 2003, 376; zum Zentralproblem „Rückenschmerzen“ vgl. Lühmann/Raspe, Sozialmedizinische und epidemiologische Aspekte des Vorrangs von Prävention und Rehabilitation, ZSR 2003, 389, 392.

99 Weber in Dammann/Grunow/Japp (Hrsg.), Die Verwaltung des politischen Systems, Opladen 1994, 198; m.w.N. Luthé, Optimierende Sozialgestaltung, Tübingen 2001, 381.

100 Di Fabio, Risikoentscheidungen im Rechtsstaat, Tübingen 1994, 61; m.w.N. Luthé, Optimierende Sozialgestaltung, 477 ff.

101 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation – bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven 2000, 6 ff., 17 ff., 75 ff. (Internet); auch Klosterhuis, Wie berufsorientiert ist die medizinische Rehabilitation? in Müller-Fahrnow/Hansmeier/Karoff (Hrsg.), Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation 2006, 293 ff.; Hansmeier/Karoff, in Bengel/Koch, a.a.O., 175 f.

102 Vgl. §§ 42 SGB V, 15 Abs. 1 SGB VI, 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX (Belastungserprobung und Arbeitstherapie als Leistungen der medizinischen Rehabilitation); § 11 SGB IX (Einleitung beruflicher Maßnahmen während der medizinischen Rehabilitation).

103 So bereits seit langem die sog. Phase-II-Einrichtungen vor allem im Bereich der Neurologie, Orthopädie und Kardiologie, zunehmend aber auch im Bereich der Psychosomatik, weil viele dieser Erkrankungen in einem direkten Zusammenhang mit beruflichen Belastungen stehen.

104 Hierbei kommt es auch auf die Ausrichtung des jeweiligen Sozialversicherungszweiges an: Berufsfindung und Arbeitserprobung wird im Gegensatz zur Arbeitstherapie und Belastungserprobung der beruflichen Rehabilitation zugeordnet und kann deshalb streng genommen als Leistung der medizinischen Rehabilitation nicht erbracht werden.

105 Dies gilt vor allem für die Altersbegrenzung (45–50 Jahre). Im Übrigen: keine progrediente Erkrankung, keine Dauerberentung, keine ausgeprägten psychischen und kognitiven Störungen, ausreichende Patientenmotivation. Hierzu Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Berufsbezogene Maßnahmen in der Rehabilitation, 12 f.

106 Insofern in Abgrenzung zur beruflichen Rehabilitation: BSG v. 26.10.2004 – B 7 AL 16/04 R = BSGE 93, 283; hierzu Luthé, juris PR-SozR 4/2005 Anm. 3.

das Erwerbsleben oder einer Besserung des Gesundheitszustandes von der jeweiligen Person nicht erfüllt werden können. Ausreichend ist insofern die Möglichkeit einer Zustandsverbesserung oder der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, wozu bspw. auch die Heimgemeinschaft gezählt werden kann (§ 53 Abs. 3 SGB XII). Gleiches gilt im Übrigen für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35 a Abs. 3 SGB VIII. Die Sozial- und Jugendhilfe wird in dieser Weise ihrer traditionellen Rolle als subsidiäres Auffangnetz unter dem Netz der Sozialversicherung gerecht. Wie sonst auch steht die medizinische Beurteilung auch bei Maßnahmen der sozialen Rehabilitation am Anfang des Hilfeprozesses.

Soziale Rehabilitationsleistungen lassen sich grob danach einteilen, ob sie als konkrete Maßnahmen und in Einrichtungen oder als Hilfen bzw. Hilfsmitteln zur Teilnahme am öffentlichen Leben erbracht werden.¹⁰⁷ Dadurch dass sie im SGB IX auch bei den medizinischen und beruflichen Leistungen als psychosoziale Begleithilfen (§§ 26 Abs. 3, 33 Abs. 6 SGB IX) Erwähnung finden, sind sie nicht nur als eigener Leistungskomplex, sondern auch im Rahmen einer Querschnittsfunktion relevant. Die soziale Rehabilitation bezieht sich grundsätzlich auf das *gesamte Lebensumfeld* des behinderten Menschen, insbesondere auf seine Frühförderung und Elementarerziehung, auf die Vorbereitung und Ermöglichung des Schul- und Hochschulbesuchs, auf Freizeit- und Sportangebote, auf die Förderung von Ausbildung, Beruf und die Teilnahme am öffentlichen Leben, auch durch persönliche Assistenzangebote, auf die Beratung und psychosoziale Unterstützung des Behinderten und seiner Familie bis hin zu den Hilfen für das Wohnen im Rahmen offener Hilfen außerhalb stationärer Einrichtungen (§§ 55 ff. SGB IX). Bei den ausbildungs- und berufsbezogenen Angeboten kommt es insofern zu Überschneidungen mit den originär schwerbehinderungsrechtlichen Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die ebenfalls stark Umfeldbezogen ausgerichtet sind (§§ 102 Abs. 3, 110 Abs. 2 SGB IX). Vor allem die offenen Hilfen mit ihren ambulanten Angeboten zur Unterstützung des Behinderten¹⁰⁸, aber auch seiner Familie, tragen konzeptionell dem Perspektivenwechsel in der Behindertenhilfe von einrichtungsbezogenen zu personenzentrierten und gemeindenahen Hilfen im Sinne einer selbst bestimmten Lebensführung des behinderten Menschen Rechnung. Trotz eines mittlerweile deutlichen Trends zur Ambulantisierung der Angebote ist der Ausbau des ambulanten Sektors, seine Vernetzung mit familienentlastenden und niedrigschwelligen Diensten vor allem im ländlichen Bereich zugunsten vorherrschender Versorgung in Großheimen aber nach wie vor als defizitär anzusehen.¹⁰⁹

Die *Eingliederungshilfe der Sozialhilfe* (§ 53 SGB XII) ist grundsätzlich nachrangig gegenüber den Leistungen anderer Leistungsträger (§ 2 SGB XII) und erfasst deshalb vorwiegend Personen, bei denen etwa wegen Frühbehinderung kein Sozialversicherungsschutz besteht oder bei denen als Schwerst-, Mehr-

fach- oder Geistigbehinderte eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt oder eine vollständige Besserung des Gesundheitszustandes nicht (mehr) in Betracht gezogen werden kann. Der Anteil dieses Personenkreises wächst kontinuierlich.¹¹⁰ Einerseits ist es dem medizinischen Fortschritt zu verdanken, dass schwerstmehrfach behinderte Personen heute eine ähnliche Lebenserwartung haben wie andere Menschen auch. Andererseits lässt sich feststellen, dass das durchschnittliche Eintrittsalter von Personen in Einrichtungen und ambulant betreuten Wohnformen als Folge veränderter Familienstrukturen tendenziell sinkt. Deshalb mehren sich die Stimmen, die eine angemessene Bundesbeteiligung an der Finanzierung dieses Politikfeldes, etwa in Gestalt eines versorgungsrechtlich fundierten „Bundesteilhabegeldes“, fordern.

Der Anteil behinderter Personen mit einem zusätzlichen *Bedarf an Pflege* ist hier relativ hoch.¹¹¹ Dies führt in der Praxis häufiger zu dem Problem, dass Eingliederungsfälle zu Pflegefällen umetikettiert werden und so mit Rücksicht auf den sozialhilferechtlichen Nachrang der Umzug in ein Pflegeheim droht, das dann allerdings den fortbestehenden Bedarf an Eingliederung nicht mehr adäquat befriedigen kann.¹¹² Insofern sind die Eingliederungshilfen umfassender als die Pflegehilfen, konzentrieren sich nicht nur auf funktionale Einschränkungen im Sinne einer spezifischen Gebrechlichkeitspflege, sondern auch und vor allem auf die behinderungsbedingten Beeinträchtigungen im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe. Bei behinderten Menschen sind pflegerische Tätigkeiten von der Eingliederung überdies oftmals kaum zu trennen; das Pflegeziel „Sauberkeit“ etwa überschneidet sich mit dem Ziel sozialer Kompetenzentwicklung. Die Eingliederungsleistungen des § 54 SGB XII können grob in entwicklungs- (etwa Ausbildung und Berufsausübung) und teilnahmeorientierte (etwa Beteiligung am kulturellen Geschehen) Leistungen eingeteilt werden.¹¹³ Voraussetzung für diese Leistungen in Abgrenzung zur Pflege ist jedoch, dass Erfolge bei der Eingliederung aller Wahrscheinlichkeit nach nicht völlig aussichtslos sind.¹¹⁴ Auch bei älteren, zumeist multimorbiden Menschen können durch kontinuierliche Förderung etwaige Verfallsprozesse gestoppt und soziale Kompetenzen so noch lange erhalten werden¹¹⁵; starre Altersgrenzen für ein Überwechseln in den Pflegebereich sind hier völlig unangemessen.¹¹⁶ Denn rehabilitative Hilfen und ein hoher Grad an Pflegebedürftigkeit schließen sich nicht aus. Insbesondere bei älteren geistig Behinderten besteht ein erhöhter Bedarf an tagesstrukturierenden Angeboten im Anschluss an ihre aktive Zeit in der Behindertenwerkstatt¹¹⁷, bei seelisch Behinderten dagegen vor allem an leis-

107 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Perspektiven des Wandels in der Rehabilitation 1999, 36 (Internet).

108 Zu entsprechenden Angeboten nach § 58 SGB IX bei geistiger und seelischer Behinderung vgl. Reichstein, Soziale Rehabilitation durch psychiatrische Tagesstätten, Sozialpsychiatrische Informationen 2006, 17 ff.; Haltenhof (u. a.), Klientel und Strukturmerkmale allgemeinspsychiatrischer Tageskliniken in Deutschland, Sozialpsychiatrische Informationen 2006, 21 ff.; Aselmeier, Supportet Living, Geistige Behinderung 2007, 21 ff.

109 Ebenda, 37, 39 sowie DV, NDV 2007, 43 (Trend zur Ambulantisierung). Zur Gewährleistungspflicht der Rehabilitationsträger vgl. dagegen § 19 Abs. 1 SGB IX, zur umfeldnahen Ausgestaltung der Leistungen bei Kindern § 4 Abs. 3 SGB IX, zum Vorrang ambulanter Hilfen § 13 Abs. 1 S. 3 SGB XII.

110 Baur, Zur Situation der Eingliederungshilfe, ArchsozArb 2007, 4, 7 ff.; DV, Entwicklung der Fallzahlen in der Eingliederungshilfe, NDV 2007, 33 ff.

111 Klie/Leonhard in Igl/Welti, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, Wiesbaden 2001, 171 ff.

112 OVG Schleswig-Holstein v. 4.8.1997 – 5 M 67/97; OVG Nds. v. 26.1.1998 – 4 O 530/98; OVG Nds. v. 12.4.2000 – 4 L 35/00.

113 Lachwitz, Soziale Pflegeversicherung und Sozialhilfe, in Schulin (Hrsg.), HS-PV, § 9 Rz 332.

114 Klie/Leonhard in Igl/Welti, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, Wiesbaden 2001, 188 ff.; Voelzke in Hauck/Noftz/Luthe, SGB XII, § 53, Rz. 27 ff.

115 Maderer, Förderdiagnostik in Pflegeheimen, Zeitschrift für Heilpädagogik 2007, 23 ff.; Jost/Voigt-Radloff, Hüll/Dykiek/Schmidtke, Fördergruppe für Demenzpatienten und Beratungsgruppe für Angehörige: Praktikabilität, Akzeptanz und Nutzen eines kombinierten interdisziplinären Behandlungsprogramms, Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 2006, 139 ff.

116 VG Lüneburg v. 23.10.1998 – 4 B 79/98.

117 Baur, Zur Situation der Eingliederungshilfe, ArchsozArb 2007, 13.

tungsträgerübergreifender Koordination des Hilfeprozesses innerhalb gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme.¹¹⁸ Angesichts komplizierter Trägerstrukturen, weithin unzureichender Qualitätsstandards und einer zumeist vielschichtigen Bedarfsproblematik ist die systematische Erfassung und Koordination des Leistungsspektrums mit dem Ziel größtmöglicher Transparenz und Kalkulierbarkeit des Hilfeprozesses für den Behinderten sowie gegenseitiger Kontrolle der beteiligten Instanzen von größter Bedeutung. Hierfür steht das in der Praxis allerdings nur unzureichend genutzte Instrument der *Hilfeplanung* zur Verfügung (vgl. §§ 10 SGB IX, 58 SGB XII).¹¹⁹

5. Rehabilitation und Fördererziehung

Erziehungs- und Gesundheitswesen sind staatsorganisatorisch und rechtlich getrennt. Gleichwohl kommt es hier bei behinderten Kindern und Jugendlichen zu vielfältigen Überschneidungen, vor allem an den Schnittstellen von sozialer, teilweise auch medizinischer Rehabilitation und Schulwesen.¹²⁰ Vor allem im Sozialhilfereich sind die hieraus sich ergebenden Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen schulischer und sozialhilferechtlicher Zuständigkeit, etwa bei Gewährung eines Integrationshelfers, ein deutlicher Indikator für ein sozialpolitisch letztlich nicht befriedigend gelöstes Problem.¹²¹ Die Kontroversen bei Anerkennung von Heil- und Hilfsmitteln für Kinder im Spannungsfeld von Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation sowie von Jugendamt und Krankenkasse (etwa bei der Ergotherapie und heilpädagogischen Intervention) sind ähnlich gelagert¹²²: Schulbildung-, allgemeine Fördererziehung und medizinische Versorgung liegen bei Kindern und Jugendlichen regelmäßig eng beieinander und die vorliegenden Schädigungen sind nicht selten multifunktional im Zusammenhang körperlicher, seelisch-geistiger und sozialer Faktoren anzusiedeln, so dass die institutionelle, aber auch professionsbedingte Aufspaltung dieses Aufgabenkomplexes grundsätzlich nur im Wege vermehrter Kooperation der beteiligten staatlichen Instanzen (Schule, Krankenkasse, Sozialamt, Jugendamt) und Professionen (Medizin und Pädagogik) angemessen bewältigt werden kann.¹²³ Zwar hat der Gesetzgeber mit der Einrichtung wohnortnaher Frühförderstellen (§§ 30, 56 SGB IX) sowie überregional zuständiger Sozialpädiatrischer Zentren (§ 43 a SGB V) erste Schritte in die richtige Richtung unternommen. Eine systematische Vernetzung und kontinuierliche Zusammenarbeit mit der Schule ist bislang jedoch nicht gelungen.

Die Vermittlung sozialer, aber auch emotionaler Kompetenzen bei der Ausbildung und Persönlichkeitsentwicklung¹²⁴ gesundheitlich geschädigter Kinder und Jugendlicher ist Gegenstand einer dem Primat der Pädagogik verpflichteten und insofern auch gegenüber der Rehabilitationsmedizin weitgehend selbstständigen *Sonder- und Heilpädagogik*. Erstere erfasst vor allem den schulischen, letztere den vor- und außerschulischen Bereich.¹²⁵ Mehr als sonst stehen hierbei nicht die herkömmliche Zweckbestimmung der Rehabilitation im Sinne funktionaler Erziehung und beruflich-arbeitstechnischer Eingliederung im Vordergrund des disziplinären Selbstverständnisses, sondern die gesellschaftlichen und individuellen Bedingungen des Lernens und Aufwachsens behinderter und verhaltensauffälliger Menschen¹²⁶, mithin die Gesellschaft, die gewissermaßen Menschen in ihrem jeweiligen Umfeld zu Behinderten macht.¹²⁷ In dieser Hinsicht sind die Grenzen zur Sozialpädagogik fließend.¹²⁸ Insbesondere im *schulischen Bereich* hat der Wandel von der traditionellen arbeitsökonomisch ausgerichteten Hilfsschulpädagogik zu einer um Chancengleichheit bemühten Disziplin längst stattgefunden¹²⁹, haben hier wie sonst auch (s. o.) das Instrument individueller Förderplanung¹³⁰ und Formen der Kooperation¹³¹ von Schule mit stationärer und ambulanter Hilfe des Jugendamts Eingang in den Schulalltag gefunden, werden Möglichkeiten des Umgangs mit neuen Technologien auch für geistig Behinderte neben der Vorbereitung Geringqualifizierter auf Nischenarbeitsplätze¹³² diskutiert und wird nicht zuletzt die nach wie vor als zentrale Herausforderung geltende integrative Beschulung Behinderter in ihren Potenzialen ausgelotet.¹³³ Vor allem Sonderkindergärten¹³⁴, heilpädagogische Pflegestellen, be-

124 Zur Förderung auch der sozialen und emotionalen Kompetenzen vgl. Hillenbrand/Hennemann, Präventive Erziehungshilfe in der Grundschule, Zeitschrift für Heilpädagogik 2006, 42 ff., 45 f.; Preuss-Lausitz/Textor, Verhaltensauffällige Kinder sinnvoll integrieren, Zeitschrift für Heilpädagogik 2006, 2 ff., 7.

125 Hierzu auch Hofmann in Neumann (Hrsg.), Handbuch SGB IX, § 13 Rz. 23.

126 Zur Relativität der Behinderung vgl. Speck, System Heilpädagogik, 3. Aufl., München 1996, 262: „Zur Relativität der Behinderung gehört u. a. die Tatsache, dass Behinderungen der Lebensentwicklung bei gleicher Schädigung unterschiedlich in Erscheinung treten bzw. sich unterschiedlich auf den Menschen ... auswirken“; grundlegend Gröschke, Praxiskonzepte der Heilpädagogik, München 1989.

127 Zur – nicht eben üblichen – Einzelfallbetrachtung gesellschaftlicher Kontextfaktoren im Sinne einer Behinderung vgl. Eckert, Teilhabeorientierte Hilfen für junge Menschen mit einer Behinderung und ihre Familien, Zeitschrift für Heilpädagogik 2006, 282 ff.; Ortland, „Mach mich nicht behindert!“, Zeitschrift für Heilpädagogik 2006, 419 ff.

128 Müller, Hat Heilpädagogik sozialpädagogische Wurzeln?, Sonderpädagogik 2006, 96 ff.

129 Ellger-Rüttgardt, Berufliche Bildung von Jugendlichen mit besonderem Förderbedarf – historische Aspekte und gegenwärtige Anforderungen, Zeitschrift für Heilpädagogik 2006, 442 ff.

130 Hillenbrand/Hennemann/Pütz, Förderplanung in Schulen mit dem Förderschwerpunkt emotional-soziale Entwicklung in NRW, Zeitschrift für Heilpädagogik 2006, 371 ff.

131 Mutzek/Hartmann/Melzer, Bedingungen für das Gelingen schulischer und außerschulischer Kooperation in der Erziehungshilfe, Sonderpädagogik 2006, 3 ff. (insbesondere zur Gründung sozialpädagogischer Förderzentren im Kontext der §§ 11, 13, 81 SGB VIII); Ellinger/Stein/Breitenbach, Nischenarbeitsplätze für Menschen mit geringer Qualifizierung, Zeitschrift für Heilpädagogik 2006, 122 ff.

132 Hye-Jung Kim, Neue Technologien in der Arbeitswelt von Menschen mit geistiger Behinderung – Kritische Analyse unter dem Aspekt der Persönlichkeitsförderung, Sonderpädagogik 2005, 3 ff.

133 Beck/Schuck in Igl/Welti, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, Wiesbaden 2001, 91 ff.; Ratz, Die Entwicklung des Arbeits- und Sozialverhaltens in einer integrativen Klasse, Zeitschrift für Heilpädagogik 2006, 166 ff.

134 Hierzu Beck/Schuck in Igl/Welti, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, Wiesbaden 2001, 97 f.

118 Greve, „Abwehrkämpfe werden wir verlieren!“, Soziale Psychiatrie 2006, 36.; Kronenberger, Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe, ArchsozArb 2007, 34, 44.

119 „Individuelle Hilfeplanung ist letztlich nur sinnvoll und kann nur dann zu personenzentrierten Hilfen führen, wenn sie trägerübergreifend organisiert ist, mit einer personenbezogenen Leistungsfinanzierung verknüpft wird und eng mit einer angebotsübergreifenden Bedarfsplanung vor Ort verzahnt ist“: Kronenberger, Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe, ArchsozArb 2007, 47; Schmitt-Schäfer, Hilfeplankonferenz aus der Perspektive Sozialpsychiatrische Dienste, Sozialpsychiatrische Informationen 2006, 17 ff.; Luthé, in Hauck/Noftz/Luthé, SGB XII, § 12 Rz. 1 ff., 3 ff., 21 ff.; Voelzke in Hauck/Noftz/Luthé, SGB XII, § 58 Rz. 8 ff.

120 Steinke in Deutscher Verein (Hrsg.), Fachlexikon der sozialen Arbeit, Frankfurt a. M. 2002, 770.

121 M. w. N. Luthé in Hauck/Noftz/Luthé, SGB XII, § 2 Rz. 41 ff.

122 Zur Förderung und Rehabilitation insbesondere bei Kindern vgl. Mroczynski in Igl/Welti, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, Wiesbaden 2001, 117 ff., 120.

123 So auch einige Gesetzesbegründungen zu sozialpädiatrischen (Komplex-) Leistungen, abgedr. in Hauck/Noftz, SGB V, M 010 S. 134, M 014 S. 24; zur rechtlichen Problematik vgl. Neumann, Trägerübergreifende Komplexleistungen im gegliederten System der sozialen Sicherheit, NZS 2003, 5 f.

hindertenspezifische Tagesbildungsstätten, Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren und Berufsbildungseinrichtungen ergänzen das schulische Angebot.

Im Fokus der Heilpädagogik stehen jedoch nicht nur behinderte Menschen, sondern auch solche mit partiellen, weniger schweren, nur kurzfristigen oder auch (bei Kindern) nicht eindeutig zu diagnostizierenden *Störungen*, die etwa in Sprachheilheimen, psychotherapeutisch ausgerichteten Einrichtungen oder heilpädagogischen Abteilungen in Kliniken entsprechende (Pflicht-)Angebote vorfinden.¹³⁵ Hilfen dieser Art haben einen ausgesprochen präventiven Charakter, indem sie dazu verhelfen, durch möglichst frühzeitige Maßnahmen den Eintritt einer folgenschweren Beeinträchtigung zu verhüten oder ihre Auswirkungen zumindest abzumildern. In vielen Fällen werden nicht nur schulische Unterstützungsleistungen erbracht, sondern die individuellen und sozialen Voraussetzungen zur Ermöglichung eines Schulbesuchs überhaupt erst hergestellt. Bei solchen „Teilleistungsstörungen“ (Reifeverzögerungen, Sprachentwicklungs- und Wahrnehmungsstörungen, insbesondere Legasthenie, Dyskalkulie, ADS) kommen Leistungen der Krankenkasse wegen der zumeist pädagogischen Ausrichtung („Lerntherapie“) der Hilfen regelmäßig nicht in Betracht.¹³⁶ Lediglich das Jugendamt kann bei Teilleistungsstörungen gefordert sein und auch nur dann, sobald als Folge hiervon eine seelische Behinderung, insbesondere als neurotische Entwicklungsstörung, droht (Schulphobie, totale Lernverweigerung, Vereinzelung).¹³⁷

6. Rehabilitation und Prävention

Gesundheitswissenschaftlich, aber auch politisch sind Begriff und Bedeutung der Prävention umstritten. Dies hat nicht zuletzt das gescheiterte Präventionsgesetz gezeigt, mit dem der Präventionsbereich als eigenständige Säule gesundheitlicher Versorgung ausgebaut werden sollte.¹³⁸ Der *Prävention* dienen Maßnahmen, die vor einer Krankheit ansetzen (Primärprävention)¹³⁹, solchen, die der Früherkennung von symptomlosen Krankheitsvor- und frühstadien dienen (Sekundärprävention) und solchen, die die Verschlimmerung einer Krankheit verhindern und einen Rückfall verhindern sollen (Tertiärprävention).¹⁴⁰ In dieser Weise

ist der Präventionsbegriff, vor allem in primärpräventiver Hinsicht, eng verbunden mit Konzepten der Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung und -aufklärung sowie Gesundheitsförderung.¹⁴¹ Prävention kann ansetzen bei dem Verhalten Einzelner (gesundheitsbewußte Lebensführung) oder den Verhältnissen der Gesellschaft (etwa Risiko- und Randgruppen). Etwa 25–30% der heutigen Gesundheitsausgaben ließen sich durch langfristige Prävention vermeiden.¹⁴² Ihrer Zielsetzung nach sind *Rehabilitation und Prävention* nahezu identisch¹⁴³: beides dient der Vorbeugung, Verschlimmerungsverhütung und Rückfallvermeidung bei Gesundheitsstörungen und Behinderungen. In diesem weitgesteckten Rahmen kann selbst die medizinische Akutversorgung, erst recht die Rückfallvermeidung und Vorbeugung gegen Verschlimmerung neben Rehabilitation auch als Prävention aufgefasst werden. Eigenständig ist in dieser Hinsicht lediglich der bereits vor dem Ausbruch einer Krankheit ansetzende Bereich der Primärprävention im Sinne allgemeiner Gesundheitsvorsorge.¹⁴⁴ Trotz weitgehender Identität in der Sache kann es innerhalb der gesetzlichen Systematik und namentlich bei den Leistungsarten gleichwohl zu Abgrenzungen zwischen Rehabilitation und Prävention kommen.¹⁴⁵ Im „Dachgesetz“ des SGB IX ist die Prävention von Behinderungen und chronischen Erkrankungen als übergreifendes Gesetzesziel ausdrücklich benannt (§§ 3, 13 Abs. 2 Nr. 1, 2 SGB IX). Der Präventionsauftrag ist dennoch nur in der Arbeitsförderung, Unfallversicherung und Krankenversicherung umgesetzt worden, nicht aber in der Pflege- und Rentenversicherung.¹⁴⁶ Letztere greifen erst ein, nachdem die Behinderung oder Krankheit bereits eingetreten ist. Erst auf dieser Basis kommen insofern die Präventionsziele des SGB IX zum Tragen.¹⁴⁷ Vor allem aber die Krankenversicherung zeigt, dass Recht und Rechtswirklichkeit nicht immer im Einklang stehen. Insbesondere der ärztlichen Behandlungspraxis ist eine Fixierung auf die Akutbehandlung unter Vernachlässigung des Rehabilitationsgedankens vorgeworfen worden.¹⁴⁸ Allgemein kann dies auch darauf zurückgeführt werden, dass es sich bei den Präventionsleistungen ganz überwiegend um budgetierte Ermessensleistungen handelt. Der Verpflichtungsgehalt des Prä-

135 Vgl. §§ 43 a i. V. m. § 119 SGB V; § 35 a SGB VIII; § 54 Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 2 Nr. 2 SGB XII; §§ 26 Abs. 2 Nr. 2, 30, 56 SGB IX.

136 Eine Leistungserbringung durch nicht-medizinische Leistungserbringer sieht das SGB V nicht vor; erfasst werden jedoch alle Personen mit medizinischer Ausbildung, wie Logopäden, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Diplompsychologen; ansonsten ist eine ärztliche Gesamtverantwortung erforderlich: Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 43 a Rz. 17–18.

137 M. w. N. Mrozyński in Igl/Welti, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, Wiesbaden 2001, 127 f.

138 Als Ziele dieses am Bundesrat gescheiterten Gesetzes: Ermittlung der ökonomischen und epidemiologischen Bedeutung von Gesundheitsrisiken und Krankheiten sowie der Möglichkeiten ihrer präventiven Beeinflussbarkeit, Verbreiterung der Datenbasis bzgl. der Risiken und Förderung der gesellschaftlichen Akzeptanz von Prävention, Benennung der Zielgruppen; hierzu BT-Drucks. 15/4833, BT-Drucks. 15/4575. Zur Prävention im EU-Recht vgl. Becker, Prävention in Recht und Politik der Europäischen Gemeinschaften, ZSR 2003, 355, 364 ff.

139 Etwa §§ 20–24 SGB V, §§ 2 und 3 ArbSchG, §§ 1 Nr. 1 und 14 Abs. 1 SGB VII.

140 Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, Tübingen 2005, 140; differenzierend Laaser/Hurrelmann/Wolters in Hurrelmann/Laaser (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften, Weinheim und Basel 1993, 176, 178, 180. Auch Rosenbrock, Prävention und Gesundheitsförderung als Komponenten der Gesundheitssicherung, ZSR 2005, 344: Prävention als Vermeidung eines schlechteren Gesundheitszustandes, während Kuration und Rehabilitation einen besseren Gesundheitszustand zu erreichen suchen.

141 Laaser/Hurrelmann/Wolters in Hurrelmann/Laaser (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften, Weinheim und Basel 1993, 176 f.

142 Rothgang/Dräther, Ökonomische Aspekte gesundheitlicher Prävention, ZSR 2003, 531, 537. Hierzu auch Wicher, Probleme und Perspektiven der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ZSR 2005, Sonderheft, 160, 166: 200.000 Arbeitnehmer scheiden jährlich aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus dem Arbeitsleben aus. Allein durch den Einsatz präventiver Maßnahmen bei Rückenerkrankungen ließen sich jährlich 2,6 Milliarden Euro einsparen.

143 So BSG v. 28.2.1980 – 8 a RK 5/79 = BSGE 50, 44, 45: Rehabilitation umfasst die Prävention; ebenso Bieback, Prävention als Prinzip und Anspruch im Sozialrecht, ZSR 2003, 403, 406 f.

144 Welti, Fünf Jahre Sozialgesetzbuch IX – eine Bilanz, Die Rehabilitation 2006, 140 f.

145 Vgl. zur KV etwa § 11 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V (Prävention) und § 11 Abs. 2 SGB V (Rehabilitation). Die Unterscheidung ist hier vor allem darauf zurückzuführen, dass die Rehabilitationsvorschriften der §§ 40, 41, 43 i. V. m. § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 den Eintritt einer Behinderung oder Krankheit voraussetzen. Ziel ist hier die Bewältigung der Krankheitsfolgen im Sinne tertiärer Prävention.

146 Vgl. §§ 1, 14, 26 Abs. 2 SGB VII (UnfallV); §§ 4, 5 SGB III (Arbeitsförderung); §§ 1 Abs. 3 Nr. 1–4 sowie 8 a SGB VIII (Jugendhilfe); §§ 21–24, 25, 26, 63, 64 SGB V (KrankenV). Vgl. allerdings im SGB VI (RentenV) die Sonderregelung des § 31 Abs. 1 Nr. 2, im Übrigen aber gewährt § 9 SGB VI keine Leistungen bei lediglich drohender Behinderung und Erkrankung.

147 Bieback, Prävention als Prinzip und Anspruch im Sozialrecht, ZSR 2003, 440.

148 Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, BT-Drucks. 14/5660, S. 74 ff, 106 ff.

ventionsauftrages innerhalb der einzelnen Leistungsgesetze ist somit gering.¹⁴⁹ Der seit einiger Zeit „boomende“ Wellnessbereich schließlich kann definitorisch auch als „private Rehabilitation und Prävention“ gefasst werden.¹⁵⁰

III. Rehabilitation und verfassungsrechtlicher Gesundheitsschutz

Das Verfassungsrecht auf Gesundheit ist bislang ausschließlich im Kontext der medizinischen Akutversorgung und nicht im zumeist nachgelagerten Bereich der Rehabilitation thematisiert worden. Zwar ist auch die Rehabilitation dem Schutz von Leben und Gesundheit zuzurechnen und sind die Grenzen zwischen Akutversorgung und Rehabilitation fließend. Gleichwohl liegt die Hauptbedeutung des Verfassungsrechts auf Gesundheitsschutz in Ansehung akuter Gefährdungssituationen naturgemäß im Bereich der kurativen Versorgung. Im Falle eines untrennbaren *Sachzusammenhangs* zwischen Akutversorgung und Rehabilitation, bei dem Gefahren für Leben und Gesundheit wirksam nur durch die Krankenversorgung flankierende Rehabilitationsmaßnahmen begegnet werden können, aber dürfte die Übertragbarkeit der bisherigen Verfassungsgrundsätze zum Gesundheitsschutz auf den Bereich der Rehabilitation außer Frage stehen. Ein solcher Sachzusammenhang liegt nahe. Die wachsende Einsicht in die Notwendigkeit eines frühzeitigen Beginns rehabilitativer Maßnahmen bereits während der Phase der Akutbehandlung auch und gerade zur Unterstützung derselben scheint auf eine neuartige Sicht des Akutstadiums selbst hinzudeuten.

Zumal: Zeitpunkt und Dauer der Rehabilitation sind im Wesentlichen eine Frage zielgerichteter *Organisation und Koordination* innerhalb längst vorhandener rechtlicher Strukturen und nicht unbedingt eine Frage vermehrter Kosten, die einem Verfassungsrecht auf Gesundheit als solche zwar grundsätzlich, aber eben nicht im Fall lediglich organisatorischer Vorkehrungen entgegen gehalten werden könnte. Zumindest bei einem extensiven Verständnis diesbezüglicher staatlicher Schutzverpflichtungen ließen sich organisatorische Anforderungen an den Heilungs- und Rehabilitationsprozess deshalb auch als Erfordernis eines zu gewährenden gesundheitlichen Mindestniveaus¹⁵¹ begründen. Denn hier gilt wie sonst auch im Bereich staatlicher Schutzverpflichtungen: die Verfahrensdimension der Grundrechte und mit ihr die Verpflichtung des Staates zu ausreichender Planung, Koordination und Bereitstellung von Hilfe sind

dazu bestimmt, „damit Grundrechte ihre Funktion in der sozialen Wirklichkeit erfüllen können.“¹⁵² Das zu gewährende Mindestniveau ist somit nicht nur ein Mindestniveau in materieller, sondern auch in formeller, verfahrensmäßiger Hinsicht. Dies gilt erst recht im Falle lebensbedrohlicher Erkrankungen.¹⁵³ Der *verfassungsrechtliche Status* von Rehabilitation im Kontext verfassungsunmittelbarer Leistungsrechte wird insofern zukünftig entscheidend davon abhängen, inwiefern es der Rehabilitationsmedizin gelingt, unmittelbar lebenserhaltende oder – verlängernde Effekte rehabilitativer Maßnahmen und die hierauf bezogenen Gestaltungserfordernisse stichhaltig unter Beweis zu stellen oder doch zumindest den Normal- und Mindeststandard von Rehabilitation genauer zu definieren. Hierbei aber wird es nicht so sehr um die Durchsetzung neuartiger Behandlungsmethoden gehen als vielmehr um Erfordernisse zielgerichteter Organisation des gesamten Behandlungsprozesses. Und Adressat möglicher Verpflichtungen sind, hat der Gesetzgeber ausreichend vorgesorgt, vor allem Leistungsträger und Leistungserbringer, die für die erforderlichen Einrichtungen und Verfahrensweisen zu sorgen haben.

IV. Ausblick

Wenn nicht alles täuscht, wird uns das Thema Rehabilitation zukünftig mehr denn je beschäftigen. Die volkswirtschaftlichen Vorteile einer präventiv ansetzenden Rehabilitation in Kombination mit dem betriebswirtschaftlichen Gewinn in Gestalt einer gesundheitlich arbeitsfähigen, künftig zudem älteren Arbeitnehmerschaft sind in Zahlen greifbar und damit letztlich so unübersehbar, dass es weiterer gut gemeinter Appelle an sich nicht bedarf, um die Bedeutung dieses Themas zu untermauern. Ob allerdings das Ausbildungssystem auf den künftig wachsenden Bedarf an Experten ausreichend vorbereitet ist, sei dahingestellt. Mit gut ausgebildeten Rehabilitationsmedizinern allein ist es jedenfalls nicht getan. Ohne ein übergreifendes Rehabilitationsmanagement auf der Basis medizinischer, arbeitsmarktökonomischer, gesellschaftswissenschaftlicher, pädagogischer und nicht zuletzt rechtlicher Qualifikationsanteile wird der Rehabilitationsprozess in Anbetracht seiner nach wie vor nicht unproblematischen Fundierung auf einem gegliederten System und in Anbetracht professionstypischer Eigenbrötelei der beteiligten Disziplinen gemessen an seinen multidimensional fundierten Zielen und Maßnahmen nicht die gewünschten Erfolge bringen.

149 Bei der tertiären Prävention muss jedoch die Möglichkeit einer Ermessensreduzierung auf Null in Rechnung gestellt werden. Eine ausdrückliche Leistungsverpflichtung gibt es im Übrigen nur in der Unfallversicherung (§§ 14 ff., 26 Abs. 2 SGB VII) und neuerdings im Fall der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter (§24 SGB V).

150 Welti, Fünf Jahre Sozialgesetzbuch IX – eine Bilanz, Die Rehabilitation 2006, 142.

151 Hierzu aus der Rechtsprechung: BVerfG, NJW 1997, 3085; BSG v. 4.4.2006 – B 1 KR 12/04 R; BSG v. 17.2.2004 – B 1 KR 5/02 R. Aus der Literatur: Seewald, Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit 1981, 104; Luthe, Optimierende Sozialgestaltung 2001, 113 ff., 291; Nettesheim, VerwArch 2002, 315, 333 ff.; Schmidt-Aßmann, NJW 2004, 1689, 1691; Di Fabio in Maunz/Dürig, GG, Bd. 1, Art. 1 Abs. 2 Rz 94 (Stand Februar 2004); Neumann, NZS 2006, 393.

152 BVerfGE 53, 30, 71 f., 76. Zur Umsetzung dieses Gedankens im Sozialrecht vgl. Pitschas, VSSR 1977, 141; Luthe, Optimierende Sozialgestaltung 2001, 23 ff.; Luthe, ArchsozArb 1996, 179, 195.

153 Hierzu BVerfG v. 6.12.2005 – 1 BvR 347/98; BSG v. 14.12.2006 – B 1 KR – 12/06 R; BSG v. 4.4.2006 – B 1 KR 12/04 R; BSG v. 26.9.2006 – B 1 KR 16/06 R.