

Rehabilitationsrecht

von Prof. Dr. Joachim Heilmann und RiSG Klaus Lauterbach

Inhaltsübersicht

I. Einleitung

II. Grundlegung - Rehabilitation als umfassende Aufgabe des sozialen Sicherungssystems

1. Allgemeine Rechtsgrundlagen der Rehabilitation
2. Klärungsversuch zum Begriff der Rehabilitation
3. Entwicklung und Stand der Rehabilitation in Deutschland
4. Aktuelle Ausgangslage für die Rehabilitation in Deutschland

III. Übergreifende Regelungen für den Zugang zu Rehabilitationsleistungen

1. Information
2. Antragstellung
3. Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger
4. Zuständigkeit der Rehabilitationsträger und Vorleistungspflicht
5. Rechte und Pflichten der Leistungsberechtigten
6. Rehabilitation vor Rente

IV. Die Rehabilitationsleistungen im einzelnen

1. Medizinische Rehabilitation
 - a. Abgrenzung zur Akutbehandlung und zur allgemeinen medizinischen Prävention
 - b. Träger der medizinischen Rehabilitation
 - aa. gesetzliche Unfallversicherung
 - bb. soziale Entschädigung
 - cc. Zuständigkeit von Trägern der Kranken- und Rentenversicherung
 - (1) Ambulant erbrachte Leistungen
 - (2) Stationär erbrachte Leistungen
 - (3) Ambulant/teilstationär erbrachte Leistungen
 - (4) Zuzahlungsverpflichtung
 - dd. Subsidiäre Zuständigkeit der Träger der Sozialhilfe
2. Berufliche Rehabilitation
 - a. Leistungen der beruflichen Rehabilitation
 - b. Träger der beruflichen Rehabilitation
 - aa. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Entschädigung
Träger der Rentenversicherung
 - cc. Bundesanstalt für Arbeit
 - dd. Subsidiäre Zuständigkeit der Sozialhilfeträger
3. Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation
4. Soziale Rehabilitation
5. Verweis auf das Schwerbehindertenrecht

V. Rehabilitationsleistungen und Recht der Europäischen Union

I. Einleitung

Die nachfolgenden Ausführungen versuchen, zumindest in groben Zügen eine Darstellung des gesamten Rehabilitationsrechts als **Teilbereich des Sozialrechts** der Bundesrepublik Deutschland zu geben.

Rehabilitation ist der Zielsetzung nach als **einheitliche Aufgabe** zu sehen. Die gebräuchliche Unterteilung in **medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation**¹ bedeutet nicht, daß von immer klar abgrenzbaren, selbständigen Einzelbereichen ausgegangen werden kann². Gerade die Überschneidungen und Übergänge waren oft Gegenstand der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts -BSG-³. Daher erscheint eine umfassende Darstellung sinnvoll, wobei der Schwerpunkt bei der medizinischen und beruflichen Rehabilitation mit dem Ziel des **Erhalts oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit** liegt.

II. Grundlegung - Rehabilitation als umfassende Aufgabe des sozialen Sicherungssystems

1. Allgemeine Rechtsgrundlagen der Rehabilitation

Der Aufgabe der Rehabilitation ist in Deutschland nicht zentral einem eigenständigen Zweig des Systems der sozialen Sicherung, sondern **dezentral den verschiedenen Bereichen des gegliederten sozialen Sicherungssystems zugeordnet**. Dementsprechend sind die Rechtsgrundlagen der Rehabilitation in verschiedenen Bereichen des Sozialrechts zu finden. Maßgeblich dafür, welcher Träger welche Leistungen im Einzelfall erbringt, sind die spezialgesetzlichen Regelungen für die einzelnen Sozialleistungsbereiche (insbesondere die Regelungen im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches -SGB V-, im Sechsten Buch des Sozialgesetzbuches -SGB VI-, im Arbeitsförderungsgesetz -AFG-, in den die gesetzliche Unfallversicherung betreffenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung -RVO-, im Bundesversorgungsgesetz -BVG-, im Bundessozialhilfegesetz -BSHG- und im Schwerbehindertengesetz -SchwbG). Zwar ist übergreifend im § 10 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches -SGB I- ein soziales Recht auf Rehabilitation⁴ normiert. Danach hat derjenige, der körperlich, geistig oder seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht ist, unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die notwendige Hilfe zur Eingliederung in die Gemeinschaft, insbesondere ins Arbeitsleben. Dieses soziale Recht begründet aber - so wie alle im ersten Abschnitt des SGB I aufgeführten sozialen Rechte - keine subjektive Rechtsposition des einzelnen; d.h. ein Anspruch gegenüber einem Träger von Rehabilitationsmaßnahmen läßt sich daraus nicht ableiten (siehe § 2

¹ Vgl. zB Kolb/Seidel, Rehabilitationsrecht, Rn 7-dort wird von verschiedenen Phasen der Rehabilitation gesprochen, deren Grenzen aber fließend seien.

² Mrozynski, Rehabilitationsrecht, Rn 4.

³ Vgl. die Rechtsprechung des BSG zur Einordnung der psycho-sozialen Behandlung im Anschluß an Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigen (ua. BSGE 66, 84 ff = SozR 2200 § 1237 Nr. 22 und BSGE 66, 87ff = SozR 2200 § 1237 Nr. 23) und BSG SozR 4100 § 40 Nr. 8, wonach im Zusammenhang mit der beruflichen Rehabilitation auch die Vermittlung von Allgemeinbildung zulässig ist.

⁴ § 10 SGB I verwendet den Begriff der Rehabilitation zwar nicht, sondern statt dessen den der Eingliederung Behinderter. Damit ist aber kein inhaltlicher Unterschied verbunden (vgl. Mrozynski, Komm. zum SGB I, § 10 Rn. 1a).

Abs. 1 Satz 2 SGB I)⁵. § 10 SGB I ist gemäß § 2 Abs. 2 SGB I bei der Auslegung der speziellen Vorschriften in den besonderen Teilen des Sozialgesetzbuches⁶ und bei der Ausübung von Ermessen zu beachten (siehe § 2 Abs. 2 SGB I)⁷.

Rehabilitationsleistungen erbringen in Deutschland:⁸

- a.) die Körperschaften, Anstalten und Behörden der verschiedenen Bereiche der Sozialversicherung:
 - der gesetzlichen Krankenversicherung,
 - der gesetzlichen Unfallversicherung,
 - der gesetzlichen Rentenversicherung,
 - der Altershilfe für Landwirte,
 - der Arbeitsförderung nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG) und nach anderen Gesetzen, soweit diese das AFG für anwendbar erklären;
- b.) die für die soziale Entschädigung zuständigen Behörden (Kriegsopferversorgung nach dem BVG einschließlich der Kriegsopferfürsorge und Versorgung nach anderen Gesetzen, soweit diese das BVG für anwendbar erklären⁹);
- c.) die für die Durchführung des SchwbG zuständigen Arbeitsämter und Hauptfürsorgestellen;
- d.) die Träger der Sozialhilfe.

Die jeweils maßgeblichen Rehabilitationvorschriften stehen im engen sachlichen Zusammenhang mit dem übrigen Leistungsrecht des betreffenden Trägers. Da die verschiedenen Bereiche innerhalb des gegliederten Sozialleistungssystems verschiedene Risiken absichern bzw. Hilfe aus unterschiedlichen Grundgedanken heraus gewähren, beruhen die einschlägigen spezialgesetzlichen Regelungen auch auf unterschiedlichen Grundlagen und Zielsetzungen. Dies erschwert es wiederum, das Recht der Rehabilitation als einheitlichen Bereich innerhalb des Sozialrechts herauszulösen und zusammenzufassen. Die „Zersplitterung“¹⁰ des Rehabilitationsrechts bedingt auch ein hohes Maß an Unübersichtlichkeit.

Einen „ersten Schritt“ zur **Harmonisierung des Rehabilitationsrechts** hat der Gesetzgeber mit dem **Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaAnglG)** vom 7.8.1974 unternommen. Durch das RehaAnglG wurden zum einen Vorschriften in den einzelnen Sozialgesetzen geändert und die von den verschiedenen Trägern während der Rehabilitationsmaßnahmen gewährten Sach- und Geldleistungen (hier insbesondere das zur Sicherung des Lebensunterhalts gewährte Übergangsgeld) einander angeglichen. Die so erreichte Angleichung ist aber durch zahlreiche, mit dem 20. Renten Anpassungsgesetz vom 27.6.1977 beginnende Leistungseinschränkungen an verschiedenen Stellen wieder stark abgeschwächt worden¹¹. Daneben enthält das RehaAnglG als eigenständige gesetzliche Regelung im ersten Abschnitt (§§ 1-8) Bestimmungen für das Verfahren

⁵ Vgl. Mroczynski, Komm. zum SGB I, § 2 Rn 3 d.

⁶ Als solche gelten bis zu Eingliederung in das SGB gem. Art II § 1 SGB I ua. auch das AFG, das SchwbG, die RVO, das BVG (nebst den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung der leistungsrechtlichen Vorschriften des BVG vorsehen) und das BSHG.

⁷ In Zweifelsfällen gilt dann der Grundsatz der möglichst weitgehenden Verwirklichung der sozialen Rechte (Effektuiierungsgrundsatz). Durch diesen Grundsatz werden die herkömmlichen Auslegungsprinzipien nur ergänzt, nicht aber verdrängt (Mroczynski, Komm. zum SGB I, § 2 Rn 15 f).

⁸ Die Darstellung lehnt sich an Kolb/Seidel, Rehabilitationsrecht, Rn 17 an.

⁹ Vgl. die Aufzählung im Art. II § 1 Ziffer 11 SGB I: Soldatenversorgungsgesetz, Bundesgrenzschutzgesetz, Zivildienstgesetz, Bundes-Seuchengesetz, Häftlingsentschädigungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, strafrechtl. Rehabilitierungsgesetz.

¹⁰ Vgl. Mroczynski, Komm. zum SGB I, § 10 Rn 2.

¹¹ Estelmann in: Handbuch zum Sozialrecht, Gruppe 2d Rz 10f.

der Rehabilitation, insbesondere für die Zusammenarbeit der einzelnen Träger. Die Formulierung von für die einzelnen Rehabilitationsträger gleichermaßen verbindlichen Verfahrensgrundsätzen ist vor dem Hintergrund zu sehen, daß auch das RehaAnglG die Rehabilitation als Bestandteil des gegliederten Systems unangetastet läßt. Die allgemeinen Grundsätze zum Verfahren sollen dazu beitragen, das gegliederte Leistungssystem der Rehabilitation den Betroffenen leichter zugänglich zu machen. Allerdings erstreckt sich der Anwendungsbereich des RehaAnglG nicht auf die Sozialhilfe (§ 2 Abs. 1 RehaAnglG).

Im zweiten Abschnitt des RehaAnglG sind Bestimmungen über Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen zur Rehabilitation enthalten. Diesen kommt aber keine große praktische Bedeutung zu¹², denn auch nach Inkrafttreten des RehaAnglG sind für den Leistungsbereich die für den Rehabilitationsträger geltenden besonderen Vorschriften maßgeblich (vgl. § 9 Abs. 1 RehaAnglG).

Ob in der nächsten Zeit eine weitergehende Angleichung und Zusammenfassung des Rehabilitationsrechts erfolgen wird, ist äußerst fraglich. Bereits im Sozialbericht 1990 der Bundesregierung wurde die Vorlage eines Gesetzentwurfs angekündigt, mit dem das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht - bei grundsätzlicher Beibehaltung des gegliederten System - in übersichtlicher Form zusammengefaßt und als **Neuntes Buch dem Sozialgesetzbuch (SGB IX)** eingefügt werden sollte¹³. Dieses Vorhaben ist bisher nicht realisiert worden. Es liegt zur Zeit lediglich ein Referentenentwurf mit Stand vom 15.11.1993 für ein SGB IX -Rehabilitation und Eingliederung Behinderter - vor¹⁴. Die Aussichten dafür, daß es gelingt, mit einem SGB IX über den Stand des RehaAnglG hinauszugehen und in einer Kodifikation das Recht der Rehabilitation umfassend verbindlich zu regeln, werden überwiegend äußerst skeptisch beurteilt¹⁵.

2. Klärungsversuch zum Begriff der Rehabilitation

Darauf, daß es für Rehabilitation nie einen eigenständigen Leistungsbereich mit einem eigenständigen Träger gab, sondern daß sämtliche Sozialleistungszweige für Rehabilitation zuständig sind, mag es auch zurückzuführen sein, daß es **keine allgemeinverbindliche Definition des Begriffs der Rehabilitation** im Sozialrecht gibt¹⁶.

Beim Versuch zu beschreiben, was der Begriff der Rehabilitation im Sozialrecht¹⁷ meint, wird meist an den Begriff der **Behinderung** angeknüpft. Rehabilitation wird als Bezeichnung für die Gesamtheit der Maßnahmen zur Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft gebraucht¹⁸. In der amtlichen Begründung zum Entwurf des RehaAnglG wird erläutert, unter Rehabilitation seien alle Maßnahmen zu verstehen, die darauf gerichtet sind, behinderten Menschen zu helfen, ihre Fähigkeiten und Kräfte zu entfalten und einen angemessenen Platz in der Gemeinschaft zu finden¹⁹. Entsprechend heißt es in § 1 Abs. 1 RehaAnglG, daß die Maßnahmen und Leistungen zur Rehabilitation darauf ausgerichtet sind, körperlich, geistig und

¹² Schulin in: Kodifikation des Rehabilitationsrechts, S. 28, geht von der Bedeutungslosigkeit aus.

¹³ BT-Drs. 11/7527, S. 69.

¹⁴ Zum Inhalt des Referentenentwurfs siehe: Reimann, Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts in das Sozialgesetzbuch, in DAngVers 1994, S. 53 ff.

¹⁵ Vgl. Mrozynski, Kommentar zum SGB I, § 10 Rz 2b; Estelmann in: Handbuch zum Sozialrecht, Gruppe 2 d Rz 2; zu den Schwierigkeiten siehe insbesondere Schulin in: Kodifikation des Rehabilitationsrecht, S. 7 ff.

¹⁶ So Schulin in: Kodifikation des Rehabilitationsrecht, S. 22.

¹⁷ Im Strafrecht wird unter Rehabilitation die Wiederherstellung der durch ein Strafverfahren oder eine Straftat berührten Ehre einer Person verstanden.

¹⁸ Mrozynski, Rehabilitationsrecht, Rdn 1.

¹⁹ BT-Drs. 7/1237, Allgemeiner Teil.

seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern, wobei nach Abs. 2 den Behinderten diejenigen gleichstehen, denen eine Behinderung droht. Im § 1 des Referentenentwurfs eines SGB IX wird von Leistungen und sonstigen Hilfen zur Eingliederung von Personen gesprochen, die behindert oder von Behinderung bedroht sind.

Der Begriff der Behinderung ist aber ebenso wie der Begriff der Rehabilitation nicht eindeutig gesetzlich definiert²⁰.

Die Legaldefinition des § 3 Abs. 1 SchwbG, wonach die Behinderung die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden **Funktionsbeeinträchtigung** ist, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht, gilt unmittelbar nur für das Schwerbehindertenrecht.

Aus § 39 BSHG läßt sich die Definition entnehmen, daß eine Behinderung dann vorliegt, wenn die Eingliederung in die Gesellschaft infolge eines regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes nicht nur vorübergehend wesentlich beeinträchtigt ist.

Für eine umfassende Definition des Begriffs der Behinderung bietet es sich an²¹, an die von der **Weltgesundheitsbehörde (WHO)** formulierte „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“²² anzuknüpfen. Die WHO unterscheidet drei Kategorien von Auswirkungen angeborener und später erworbener Gesundheitsstörungen: Unter „**Impairment**“ wird ein Schaden oder eine Normabweichung anatomischer, physiologischer oder psychischer Strukturen oder Funktionen verstanden. Daraus kann eine „**Disability**“ folgen, mit der Einschränkungen von Funktionen und Fähigkeiten gemeint sind, die für die Verrichtungen des täglichen Lebens erforderlich sind, wie z.B. Gehen, Sehen, Hören, Greifen, Anziehen, Waschen. Ferner kann sich aus einem „Impairment“ ein **Handicap** ergeben, das alle sozialen Beeinträchtigungen oder Benachteiligungen erfaßt, wie sie etwa im Arbeits- und Berufsleben oder in der gesellschaftlichen Integration etc. auftreten können.

Daraus abgeleitet kann der Begriff der Behinderung im Sozialrecht wie folgt erläutert werden: Für die Frage, ob eine Behinderung vorliegt, kommt es nicht auf deren konkrete Ursache (Unfall, Krankheit, angeborene Schädigung) an. Eine Behinderung liegt vor, wenn die Auswirkungen gesundheitlicher Schäden oder Normabweichungen körperlicher, geistiger oder seelischer Art zu einer nicht nur vorübergehenden Einschränkung oder zu dem Verlust von Fähigkeiten geführt haben, die Voraussetzung für eine normale Lebensführung sind.

Gegenüber der Anknüpfung an den Begriff des Behinderten bzw. der Behinderung wird teils kritisch angemerkt, daß Rehabilitation im wesentlichen Umfang auch Personen gewährt werde, für deren Bezeichnung der Behindertenbegriff ungebräuchlich sei: Ein durch einen Unfall Schwerverletzter, der sich nach dem Abschluß der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit noch ein Jahr lang medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen unterziehen müsse, bevor er wieder erwerbstätig sein könne, erfülle in dieser Zeit zwar den Behindertenbegriff etwa des § 39 BSHG. Dennoch werde man ihn eher als **Rehabilitanden** oder auch nur als Unfallverletzten bezeichnen denn als Behinderten. Auch in den für die Rehabilitation relevanten Vorschriften des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung werde der Begriff des Behinderten nicht gebraucht,

²⁰ Mrozynski, Rehabilitationsrecht, Rdn. 11, spricht davon, daß der Begriff der Behinderung ebenso unklar sei wie der Begriff der Rehabilitation.

²¹ Vgl. Kolb/Seidel, Rehabilitationsrecht, Rn. 49 und Haines, in: Übersicht über das Sozialrecht, Kapitel 7, S. 336.

²² Weltgesundheitsorganisation (WHO): Intern. Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. WHO Genf, 1980.

sondern vom Verletzten gesprochen (§§ 556 Abs. 1, 567 Abs. 1 und 1 a RVO)²³. Ruland²⁴ weist darauf hin, daß der überwiegende Anlaß für Maßnahmen der Rehabilitation nicht eine bereits vorhandene Behinderung, sondern eine Krankheit sei, die zur Behinderung führen könne, wenn man ihr nicht begegne.

Die aufgezeigten Beispiele und Erwägungen betreffen aber nur Teilbereiche der Rehabilitation, wenn auch sehr bedeutende. Rehabilitation als für alle Sozialleistungsbereiche gebräuchlicher Oberbegriff erfaßt auch die Fälle, in denen es gilt, Behinderte, insbesondere Kinder und Jugendliche, überhaupt erstmals in die Lage zu versetzen, in sinnvoller Weise am gemeinschaftlichen Leben teilzunehmen (also in erster Linie **Habilitation**).

Rehabilitationsrecht darf zwar nicht als ein Sonderrecht für Behinderte mit dem ausschließlichen Ziel mißverstanden werden, den von einer Behinderung betroffenen Personenkreis besonders zu schützen und sozialen Ausgleich für die Folgen der Behinderung zu gewähren, denn eine solche Beschränkung stünde dem Ziel der Wiedereingliederung entgegen. Es ist deshalb richtig zu betonen, daß Rehabilitation eine über die Intentionen des Schwerbehindertenrechts hinausgehende präventive Zielsetzung hat, der gerade im Arbeitsleben bei der Behandlung chronischer Erkrankungen besondere Bedeutung zukommt²⁵.

Im Hinblick auf die umfassende Zielrichtung von Rehabilitation sollte der Begriff der Behinderung bzw. der gleichgestellten Gefahr einer Behinderung aber nicht aus der Definition „ausgegrenzt“ werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Rehabilitation bezeichnet im Sozialrecht alle Maßnahmen und Leistungen²⁶ der Hilfe für Behinderte oder von Behinderung bedrohte Personen mit dem Ziel der Verhinderung von Ausgliederung aus der Gesellschaft bzw. der Eingliederung in die Gesellschaft, insbesondere in das Arbeitsleben.

Wird eine solche Definition zugrundegelegt, so spricht nichts dagegen, im Verwaltungsverfahren und im Rehabilitationsverfahren statt vom Behinderten vom Rehabilitationsbedürftigen bzw. vom Rehabilitanden zu sprechen. Inhaltlich besteht kein Unterschied, denn im Rehabilitationsrecht umfaßt der Begriff des Behinderten immer auch die den Behinderten gleichgestellten Personen, denen aufgrund einer Erkrankung eine Behinderung droht.

²³ Schulin in: Kodifikation des Rehabilitationsrechts, S.11 u. 23.

²⁴ Ruland in: Kodifikation des Rehabilitationsrechts, S. 107.

²⁵ Ruland in: Kodifikation des Rehabilitationsrechts, S.108.

²⁶ Bei der Unterscheidung von Maßnahmen und Leistungen wird an die Terminologie des RehaAnglG angeknüpft: Unter Maßnahmen sind die vom jeweiligen Rehabilitationsträger zur Verfügung gestellten Aufenthalte in Sanatorien, Kureinrichtungen, Krankenhäusern oder Umschulungseinrichtungen, aber auch die ambulanten Heilmaßnahmen zu verstehen. Der Begriff der Leistungen erfaßt alle Geldleistungen und die sonstigen Sach- und wenn notwendig auch Dienstleistungen, die während, vor oder nach einer Rehabilitationsmaßnahme zu erbringen sind (vgl. Elsner/Pelikan, Rehabilitationsangleichungsgesetz, § 1 Rn 5). Im SGB I wird (nur) der übergeordnete Begriff der Leistungen gebraucht, der dann auch die Maßnahmen erfaßt. § 29 SGB I enthält eine nicht abschließende Aufzählung der wichtigsten Leistungen, aufgeteilt in die vier Gruppen.

3. Entwicklung und Stand der Rehabilitation in Deutschland

„Moderne“ industrialisierte westliche Gesellschaften kennen seit über 100 Jahre Systeme sozialer Sicherheit im weitesten Sinne.

Beginnend in den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts wurden in Deutschland die soziale Absicherung zur staatlichen Aufgabe gemacht und einheitliche Rechtsgrundlagen geschaffen²⁷. Dabei bildete sich das jetzt im vereinten Deutschland bestehende System der gegliederten Sozialleistungsbereiche heraus, denn es erfolgten nacheinander Regelungen für verschiedene Gruppen bzw. verschiedene soziale Probleme. Den einzelnen Leistungsbereichen wurden von Anfang an auch Aufgaben zugewiesen, die heute mit dem Begriff der Rehabilitation bezeichnet werden. Diese Aufgabenzuweisung erfolgte dabei aus dem Gedanken heraus, daß es die Sache der zuständigen Versicherungsträger sei, dem Risiko einer Zahlung der im Versicherungsfall zu erbringenden Rentenleistung entgegenzuwirken. Das am 1. Oktober 1885 in Kraft getretene Unfallversicherungsgesetz schuf für die Berufsgenossenschaften die Grundlage, um die Auswirkungen von Arbeitsunfällen durch eine frühzeitig einsetzende Behandlung in speziellen Einrichtungen und so zugleich auch die Inanspruchnahme notwendiger Unfallrenten zu begrenzen. Durch das am 1. Januar 1891 in Kraft getretene Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Alterssicherung wurde mit Einführung der gesetzlichen Rentenversicherung deren Trägern die Möglichkeit eingeräumt, Heilverfahren durchzuführen, „sofern als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet.“ Der seit 1927 reichsgesetzlich geregelten Arbeitslosenversicherung und -vermittlung wurde von Anfang an die Aufgabe der besonderen Beratung und Vermittlung beschädigter Personen zugewiesen. Ab dem Jahre 1969 wurde diese Aufgabenzuweisung durch eine weitreichende Zuständigkeit der Bundesanstalt für Arbeit für Aufgaben der beruflichen Rehabilitation ergänzt.

Mit Inkrafttreten des RehaAnglG im Jahre 1974 wurde auch die Krankenversicherung vom Gesetzgeber ausdrücklich in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen.

Neben der von Trägern der Sozialversicherung erbrachten Rehabilitation gab und gibt es Bereiche, in denen der Staat direkt steuerfinanzierte Leistungen aus dem Gedanken der **sozialen Entschädigung** oder der **sozialen Fürsorge** heraus erbringt.

Im Bereich der sozialen Entschädigung wurde nach dem Ersten Weltkrieg im besonderen Umfang die Hilfe für **Kriegsbeschädigte** als gesellschaftliche Aufgabe relevant. Auch die Regelungen der Kriegsbeschädigtenfürsorge zielten darauf ab, die Kriegsbeschädigten wieder in das Wirtschaftsleben einzugliedern. Ab 1919 wurden die Arbeitgeber durch staatliche Regelung im bestimmten Umfang zur Beschäftigung von Kriegsoptionen verpflichtet. Diese Verpflichtung wurde später auf andere Schwerbehindertengruppen erstreckt. Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Schwerbehindertenrechts aus dem Jahre 1974 wurde der geschützte Personenkreis auf alle Schwerbehinderten unabhängig von Art und Umfang der Behinderung ausgedehnt, und es wurden einheitliche Grundlagen für Werkstätten für Behinderte geschaffen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können.

Die für die Kriegs- und Wehrdienstopfer nach dem BVG gewährte Hilfe erfaßt über medizinische und berufliche Hilfe hinaus auch weitergehende soziale Eingliederungshilfe (z.B. behindertengerechte Ausstattung der Wohnung). Dies gilt auch für die besonderen Schädigungstatbestände, für die heute durch Gesetz das BVG ebenfalls für anwendbar erklärt worden ist.

²⁷ Vgl. die Darstellungen bei Haines in: Übersicht über das Sozialrecht, Kapitel 7, S. 360 f. und bei Engelhardt, 100 Jahre Rehabilitation, DRV 1990, S. 572 ff..

Die im Rahmen der **sozialen Fürsorge** gewährte Eingliederungshilfe wurde zunächst von den Kommunen in eigener Verantwortlichkeit in unterschiedlichem Umfang geleistet. Mit dem Preußischen Krüppelfürsorgegesetz von 1920 und den reichseinheitlich geltenden Fürsorgegrundsätzen von 1924 wurden übergreifende Grundlagen geschaffen. Maßgebend war von Anfang an der Grundsatz der Subsidiarität, so daß ab Schaffung der anderen Sozialleistungsbereiche auch deren Leistungen vorrangig vor der ohnehin nur bei persönlicher Bedürftigkeit gewährten Fürsorge in Anspruch zu nehmen waren. Bei auf keinem besonderen Schädigungstatbestand (Wehrdienst- und Kriegsbeschädigungen und gleichgestellte Schädigungen) beruhenden Behinderungen und beim Fehlen der Voraussetzungen für Leistungen durch einen Bereich der Sozialversicherung wurde und wird bei **persönlicher Bedürftigkeit** medizinische und berufliche Eingliederungshilfe aus dem Gesichtspunkt der sozialen Fürsorge erbracht. Der Rehabilitation im Rahmen der staatlichen Sozialfürsorge bzw. Sozialhilfe kam und kommt Bedeutung aber auch in den Fällen zu, in denen Art und Weise der Behinderung über medizinische und berufsfördernde Leistungen hinausgehende **soziale Eingliederungshilfe** auch im privaten Bereich erforderlich machen. Solche weitergehenden Rehabilitationsleistungen werden vorrangig vor der Sozialhilfe nur in Teilbereichen der sozialen Entschädigung und von der gesetzlichen Unfallversicherung gewährt, nicht aber von anderen Sozialversicherungsträgern.

4. Aktuelle Ausgangslage für die Rehabilitation in Deutschland

Auch heute ist in unserer Gesellschaft eine Vielzahl von Menschen in allen Lebenslagen behindert oder von Behinderung bedroht, so daß Rehabilitation erforderlich ist. Die Behinderung kann angeboren, durch Krankheit oder durch Arbeitsunfall, Verkehrs- oder andere Unfälle, Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigung hervorgerufen sein.

Von immer größerer Relevanz sind die durch **chronische, zum teil verhaltensbedingte Krankheiten** hervorgerufenen dauerhaften Behinderungen, durch die die Erwerbsfähigkeit einer großen Anzahl von Personen eingeschränkt wird²⁸. Die Belastungen in der Arbeitswelt sind neben umweltbedingten Einflüssen ein relevanter Faktor für die Entstehung der chronischen Erkrankungen. Darüber hinaus gibt es auch teils mittelbar durch Arbeitsbelastungen verursachte ernährungsbedingte Gesundheitsprobleme (etwa bei Genuß unausgewogener Nahrung und übermäßigem Alkoholgenuß). Auch allergische Krankheiten und psychosomatische Erkrankungen haben in den letzten Jahren signifikant zugenommen, ähnliches gilt für psychische Erkrankungen und Behinderungen. Rehabilitation ist und bleibt deshalb ein wichtiger Aufgabenbereich innerhalb des sozialen Sicherungssystems.

Der Bereich der Rehabilitation wird von der derzeitigen Diskussion um die langfristig als kritisch bezeichnete Finanzsituation der einzelnen Zweige des sozialen Sicherungssystems, insbesondere der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung, berührt²⁹. Dem teilweise unterschwellig geäußerten Verdacht, Rehabilitationsleistungen (insbesondere Kuren) würden oft unnötig in Anspruch genommen, wird auch in der fachlichen Diskussion Berechtigung eingeräumt³⁰. Dabei ist es aber angesichts der auch präventiven Orientierung von Rehabilitationsmaßnahmen schwierig zu entscheiden, wann eine sachlich ungerechtfertigte Inanspruchnahme vorliegt. Andererseits werden in vielen Fällen an sich sinnvolle und notwendige Rehabilitationsleistungen nicht beantragt. So scheiden viele Versicherte vorzeitig wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus dem Berufsleben aus, ohne jemals eine Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen zu haben. Die Rente wird in diesen Fällen zu einem Zeitpunkt beantragt, zu dem Rehabilitationsmaßnahmen die eingetretene Erwerbsminderung nicht mehr beseitigen können³¹.

Pauschale Leistungseinschränkungen würden deshalb insgesamt den anstehenden Problemen nicht gerecht werden. Die für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung formulierte Erkenntnis, daß Rehabilitation im Ergebnis billiger ist als die Gewährung von Rente³², läßt sich auf alle Bereiche der Rehabilitation übertragen: Qualifizierte Rehabilitation verhindert gesellschaftliche Ausgrenzung. In der Zukunft wird aber durch Intensivierung der Beratung und verbesserte Indikationsstellung noch stärker angestrebt werden müssen, daß die richtigen Personen zum richtigen Zeitpunkt die geeignete Rehabilitationsleistung erhalten. Auf dieses Ziel sind die mit dem

²⁸ Vgl. zur gewachsenen Bedeutung der chronischen Erkrankungen in der allgemeinärztlichen Praxis: Riehemann und Muthny, Was Ärzte von der Rehabilitation halten - eine empirische Untersuchung mit Rheumatologen, Die Rehabilitation 1995, S. 155.

²⁹ Vgl. Ruland, Die Rolle der Rentenversicherung in der beruflichen Rehabilitation, in Festschrift für Gitter, S. 801, 808.

³⁰ Nach Sieber, Die Indikationsstellung zur medizinischen Rehabilitation: Zusammenwirken von behandelndem Arzt und sozialmedizinischem Dienst, Mitteilungen der LVA Württemberg 1995, S. 398, wird die Größenordnung der Überinanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen von Experten auf 20-50% geschätzt. Dies erscheint aber als zu hoch gegriffen.

³¹ Schaub/Schliehe, Neue Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation, DRV 1995, S. 401,404.

³² Ruland, Die Rolle der Rentenversicherung in der beruflichen Rehabilitation, in Festschrift für Gitter, S. 801, 808.

Begriff der **Qualitätssteigerung** bezeichneten Bemühungen der Rehabilitationsträger um eine Steigerung der Effizienz und Effektivität von Rehabilitation³³ ausgerichtet.

In die falsche Richtung weisen demgegenüber geplante Einschränkungen der Möglichkeiten aus § 20 SGB V. Arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren vorzubeugen und Erkrankungen in der Arbeitswelt zu verhüten sind wichtige und trotz erst kurzer Geltungsdauer der Vorschrift effektive Maßnahmen der Prophylaxe gegenüber Rehabilitationsfällen.

III. Übergreifende Regelungen für den Zugang zu Rehabilitationsleistungen

Das RehaAnglG enthält allgemeine Grundsätze für das Rehabilitationsverfahren, wobei zu beachten ist, daß das Gesetz nicht für den Bereich der Sozialhilfe gilt. Daneben enthalten das SGB I und das Zehnte Buch des Sozialgesetzbuches -SGB X- für alle Sozialleistungsbereiche verbindliche Regelungen.

1. Information

Der **Aufklärung und Beratung** des behinderten oder von Behinderung bedrohten Bürgers kommt im Bereich der Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu. Denn zum einen führt der Umstand, daß für Rehabilitationsleistungen verschiedene Träger des gegliederten Sozialleistungssystems zuständig sein können, zu einer **erschweren Überschaubarkeit des Rehabilitationsrechts**. Zum anderen ist es für die Initiative und Mitarbeit des Betroffenen besonders wichtig zu wissen, welche Leistungen ihm im Einzelfall gewährt werden.

Die Rehabilitationsträger sind zunächst nach § 13 SGB I zur Aufklärung verpflichtet. Damit ist die allgemeine Information der Bevölkerung z.B. durch Merkblätter, Informationsbroschüren oder über die Medien gemeint. Eine Konkretisierung auf den einzelnen Ratsuchenden hin erfolgt durch § 15 Abs. 1 SGB I. Danach sind die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (die Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die See-Krankenkasse, die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen), der Pflegeversicherung und die nach Landesrecht zuständigen Stellen (z.B. die Landkreise und kreisfreien Gemeinden) verpflichtet, Auskünfte zu erteilen. Die **Auskunftspflicht** erstreckt sich nach § 15 Abs. 2 SGB I auf die Benennung der für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für die Auskunftsuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle imstande ist. Dies bedeutet praktisch, daß eine für die begehrte Rehabilitationsmaßnahme nicht zuständige Stelle zumindest die Auskunft zu geben hat, welcher andere Träger diese Maßnahme durchzuführen hat. Diese **Wegweiserfunktion**³⁴ bedeutet aber nicht notwendigerweise eine Beschränkung auf die Nennung des zuständigen Trägers für die begehrte Maßnahme. Denn der Rehabilitationsbedürftige wird oft nicht übersehen, welche Maßnahme für ihn in Betracht kommt. Begehrt zum Beispiel ein durch eine psychische Erkrankung in seiner beruflichen Leistungsfähigkeit stark eingeschränkter Bürger Auskunft über den Zugang zu einer beruflichen

³³ Ruland, Die Rolle der Rentenversicherung in der beruflichen Rehabilitation, in Festschrift für Gitter, S. 801, 809, und insbesondere VDR (Hrsg.), Empfehlungen zur Weiterentwicklung der med. Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, zusammengefaßt abgedruckt in Die Sozialversicherung 1992, S. 93 ff.

³⁴ Kolb/Seidel, Rehabilitationsrecht, Rn 54.

Umschulungsmaßnahme, so kann es im Einzelfall geboten sein, zunächst auf die Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und auf den dafür zuständigen Träger hinzuweisen.

Der zuständige Träger ist dann nach § 14 SGB I zu einer über die Auskunft hinausgehenden **Beratung über alle Einzelheiten der Rehabilitationsmaßnahme** verpflichtet. Auch § 3 Abs. 2 RehaAnglG begründet eine solche Pflicht zu einer umfassenden Beratung nur für den zuständigen Leistungsträger.

Nach § 5 Abs. 1 Satz 2 RehaAnglG sind die Rehabilitationsträger zur Schaffung von Auskunfts- und Beratungsstellen verpflichtet, dabei sind gemeinschaftliche Auskunfts- und Beratungsstellen anzustreben.

Haben eine fehlerhafte Beratung oder Auskunft zur einer Entscheidung des Betroffenen geführt, die sich für diesen im nachhinein als nachteilig erweist, kann ein **Herstellungsanspruch**³⁵ bestehen. Dieser von der Rechtsprechung entwickelte³⁶ Anspruch setzt voraus, daß durch fehlerhaftes Verwaltungshandeln Nachteile für den Sozialleistungsberechtigten entstanden sind. Als Rechtsfolge hat die Behörde dem Betroffenen die Rechtsposition einzuräumen, die er gehabt hätte, wenn er von Anfang an ordnungsgemäß und seinem objektiven Interesse entsprechend verfahren wäre, wenn dies durch eine rechtmäßige Amtshandlung möglich ist. Der Herstellungsanspruch setzt **kein Verschulden** des für den Sozialleistungsträger handelnden Beamten oder Angestellten voraus. Von Bedeutung ist auch, daß ein Herstellungsanspruch gegenüber einem Rehabilitationsträger gegeben sein kann, obwohl die unrichtige Auskunft oder Beratung durch einen andere Behörde erfolgt ist, wenn diese funktionell im Verwaltungsablauf eingeschaltet war³⁷. Analog § 44 des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches -SGB IV- kann der Herstellungsanspruch allerdings nach Ablauf von vier Jahren nicht mehr geltend gemacht werden³⁸.

2. Antragstellung

Die Maßnahmen und Leistungen zur Rehabilitation werden in der Regel auf **Antrag** gewährt, im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialhilfe aber von Amts wegen.

Der Antrag braucht nicht förmlich gestellt zu werden. Aus dem Antrag muß sich aber der Wille des Antragstellers zumindest durch Auslegung ergeben. Grundsätzlich ist ein Antrag gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 SGB I zwar beim zuständigen Leistungsträger zu stellen. Nach § 16 Abs. 2 Satz 1 SGB I sind Anträge aber auch von allen anderen Sozialleistungsträgern und allen Gemeinden und bei Personen, die sich im Ausland aufhalten, auch von den amtlichen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland entgegenzunehmen und unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten. Bei Sozialleistungen, die von einem Antrag abhängig sind, gilt der Antrag gemäß § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB I als zu dem Zeitpunkt gestellt, zu dem er bei der zur Antragsannahme verpflichteten, aber sachlich unzuständigen Stelle eingegangen ist.

Aus § 4 Abs. 2 Satz 1 RehaAnglG ergibt sich für die Rehabilitationsträger die Verpflichtung, generell darauf hinzuwirken, daß Anträge möglichst frühzeitig in einer Form gestellt werden, die eine sachgerechte Entscheidung ermöglicht.

³⁵ Vgl. allgemein zum Herstellungsanspruch Seewald im Kasseler Kommentar, vor §§ 38-47 SGB I Rn 30ff.

³⁶ Vgl. ua. BSGE 34,124,126; BSGE 49,76,80 = SozR 2200 § 1418 Nr. 6; BSGE 51,89,94 = SozR 2200 § 381 Nr. 44.

³⁷ BSGE 51,89,95 f = SozR 2200 § 381 Nr. 44; BSGE 57,288,290 = SozR 1200 § 14 Nr. 18).

³⁸ BSGE 60,245,246 ff..

Nach § 4 Abs. 2 Satz 2 RehaAnglG ist ein unzuständiger Rehabilitationsträger - unabhängig davon, ob ein entsprechender Antrag bei ihm gestellt worden ist - immer verpflichtet, dem zuständigen Träger Mitteilung zu machen, wenn er im Einzelfall feststellt, daß Maßnahmen zur Rehabilitation angezeigt sind.

Auch der Rehabilitationsträger, bei dem ein Antrag auf Leistungen gestellt worden ist, für die er zuständig ist, hat zu prüfen, ob für den Gesamterfolg der Rehabilitation Maßnahmen erforderlich sind, die in den Zuständigkeitsbereich eines anderen Trägers fallen. Einer Entscheidung des BSG³⁹ lag folgender Sachverhalt zugrunde: Der Versicherte hatte im Jahre 1981 nach wiederholter Erkrankung und Arbeitslosigkeit beim zuständigen Arbeitsamt Leistungen zur beruflichen Rehabilitation beantragt. Eine beruflichen Eingliederung gelang nicht. Eine geförderte Ausbildung zum Fachmann für Datenbanken und Expertensysteme brach der Kläger wegen Überforderung ab. Im Jahre 1988 stellt er einen Renten Antrag. Nach Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens nahm der Rentenversicherungsträger den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit bereits mit dem 6. März 1983 an und gewährte eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ab dem 1. September 1988⁴⁰. Das BSG hat einen Anspruch des Versicherten auf Renten ab einem früheren Zeitpunkt für möglich gehalten und ausgeführt: Der für die Durchführung von berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation zuständige Träger habe im Rahmen der umfassenden Pflicht zur Eingliederung in das Arbeitsleben auch zu klären, ob die Durchführung von medizinischen Maßnahmen erforderlich sei, um den Erfolg der beruflichen Rehabilitation zu ermöglichen oder zu sichern. Er müsse nachdrücklich beim Versicherten darauf hinzuwirken, daß dieser einen Antrag bei dem für die medizinische Rehabilitation zuständigen Träger stelle, sobald Anhaltspunkte (in konkreten Fall Zweifel hinsichtlich der gesundheitlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten, erfolgreich an einer beruflichen Schulungsmaßnahme teilzunehmen) dafür vorhanden seien, daß auch diese Möglichkeit zur Eingliederung in das Erwerbsleben geprüft werden solle. Geschehe dies nicht, so sei der Versicherte wegen unzureichender Beratung im Rehabilitationsverfahren so zu stellen, als habe er einen entsprechenden Antrag gestellt. Ein Antrag auf medizinische Rehabilitation gilt aber im Falle des Scheiterns der Rehabilitation zugleich als Renten Antrag⁴¹.

3. Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

§ 5 Abs. 2 RehaAnglG stellt den Grundsatz von der **Einheitlichkeit der Trägerschaft** auf, d.h. ein Träger soll alle im Einzelfall erforderlichen Rehabilitationsleistungen so vollständig und umfassend erbringen, daß Leistungen eines anderen Trägers nicht erforderlich sind. Dadurch soll vermieden werden, daß durch einen **Wechsel in der Trägerschaft** während des Rehabilitationsverfahrens Verzögerungen eintreten, die den Erfolg gefährden. Dieser Grundsatz der Einheitlichkeit ist aber durch das RehaAnglG nicht effizient verwirklicht worden, weil auch nach § 5 Abs. 2 RehaAnglG jeder Träger Leistungen nur im Rahmen seiner Zuständigkeit zu erbringen hat. Dadurch läßt sich in manchen Fällen ein Wechsel in der Trägerschaft nicht vermeiden. § 5 RehaAnglG enthält deshalb weitere Grundsätze, die eine **Kooperation der Rehabilitationsträger** sicherstellen sollen.

³⁹ Urteil vom 08.02.1996 - Az.: 13 RJ 65/95

⁴⁰ Wenn eine Rente aus eigener Versicherung nicht bis zum Ende des dritten Monats beantragt wird, in dem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, wird sie von dem Kalendermonat an geleistet, in dem sie beantragt worden ist. Vgl. § 99 Abs. 1 SGB VI bzw. die bis zum 31.12.1991 maßgeblichen § 1290 RVO und § 67 des Angestelltenversicherungsgesetzes -AVG-.

⁴¹ Vgl. § 116 Abs. 2 SGB VI bzw. für die Zeit bis zum 31.12.1991 § 1241 d Abs. 3 RVO und § 18 d Abs. 3 AVG.

Sind mehrere Rehabilitationsträger an einem Rehabilitationsverfahren beteiligt, so sind sie nach § 5 Abs. 1 RehaAnglG verpflichtet, im Interesse einer raschen und dauerhaften Eingliederung des Behinderten eng zusammenzuarbeiten.

In allen geeigneten Fällen ist ein **Gesamtplan** aufzustellen (§ 5 Abs. 3 RehaAnglG; für den Bereich der Sozialhilfe sieht § 46 BSHG ebenfalls die Aufstellung eines Gesamtplans vor). Dieser soll alle Maßnahmen enthalten, die für eine vollständige und dauerhafte Eingliederung des Behinderten erforderlich sind. Insbesondere soll sichergestellt werden, daß alle notwendigen Maßnahmen nahtlos ineinandergreifen. Aufzustellen hat den Gesamtplan der zuständige Rehabilitationsträger. Federführend ist in der Praxis der Rehabilitationsträger, der die erste Maßnahme oder Leistung zu gewähren hat.⁴² Der Behinderte und auf dessen Verlangen oder soweit erforderlich auch die behandelnden Ärzte können bei der Aufstellung beratend mitwirken. Für die beteiligten Rehabilitationsträger ist der Gesamtplan verbindlich. Der Behinderte kann aus ihm unmittelbar keine Rechte ableiten; für ihn bleiben die für den jeweiligen Träger maßgeblichen leistungsrechtlichen Bestimmungen Anspruchsgrundlage. Der Gesamtplan bedingt aber eine **Selbstbindung der Verwaltung**, so daß der Behinderte sich bei einer sachlich nicht begründeten Abweichung im Ergebnis doch auf diesen berufen kann. Dies schließt aber notwendige Anpassungen an veränderte Umstände, z.B. an die gesundheitliche Entwicklung im Verlauf des Verfahrens, nicht aus⁴³.

Da sich das individuelle Rehabilitationsgeschehen, insbesondere der Verlauf einer medizinischen Therapie, in der Regel nicht planen läßt, hat der Gesamtplan in der Praxis nicht die Bedeutung gewonnen, die der Gesetzgeber ihm zugedacht hat⁴⁴.

Vor der Einleitung berufsfördernder Maßnahmen ist nach § 5 Abs. 5 RehaAnglG immer die Bundesanstalt für Arbeit zu beteiligen. Das Arbeitsamt macht nach § 57 Satz 2 AFG einen **beruflichen Eingliederungsvorschlag**, von dem der letztlich zuständige Rehabilitationsträger nur abweichen kann, wenn ein Einigungsversuch unter Beteiligung des Landesarbeitsamtes stattgefunden hat (§ 5 Abs. 5 RehaAnglG).

Um ein nahtloses und zügiges Verfahren sowie dem Umfang nach einheitliche Leistungen zu verwirklichen, sollen im Einvernehmen aller Träger **Gesamtvereinbarungen** abgeschlossen werden (§ 5 Abs. 6 RehaAnglG). Die in der **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)** zusammengeschlossenen Rehabilitationsträgergruppen haben seit Inkrafttreten des RehaAnglG eine Reihe für die praktische Arbeit wichtiger Gesamtvereinbarungen abge-

⁴² § 6 Abs. 1 der Gesamtvereinbarung über den Gesamtplan vom 1.7.1978, abgedruckt bei Jung-Preuß, Rechtsgrundlagen der Rehabilitation, Nr. 1.14.

⁴³ Mrozyński, Rehabilitationsrecht, Rn 48.

⁴⁴ Hartschuh, Probleme beim Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation, Der medizinische Sachverständige 1995, S. 83,85.

geschlossen⁴⁵. Daneben bestehen noch zahlreiche andere **Vereinbarungen** zwischen einzelnen Rehabilitationsträgern⁴⁶.

4. Zuständigkeit der Rehabilitationsträger und Vorleistungspflicht

Bei der gesetzlichen Unfallversicherung und bei der Kriegsopferversorgung und den sonstigen Bereichen der sozialen Entschädigung ist die Zuständigkeit der Träger an die Ursache der Behinderung angeknüpft. Man kann deshalb von **kausalen Sicherungssystemen** sprechen⁴⁷. Liegt ein die Zuständigkeit eines dieser Träger begründender Tatbestand vor, ist dieser nach dem Grundsatz der Spezialität vorrangig vor einem anderen Träger zuständig⁴⁸.

Versicherungsfälle der gesetzlichen **Unfallversicherung** sind der Arbeitsunfall, der Wegeunfall und die Berufskrankheit (§§ 548-551 RVO). Eine Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung ist nur dann gegeben, wenn sich eine Schädigung infolge einer versicherten Tätigkeit ergeben hat. Rehabilitationsleistungen durch den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung setzen deshalb immer voraus, daß eine berufsbedingte Schädigung als solche anerkannt ist. Der darauf beruhende Körperschaden muß dann ursächlich für die Erforderlichkeit von Rehabilitation sein.

In den Bereich der **sozialen Entschädigung** fallen die Beschädigungen als Kriegs- oder Wehrdienstfolgen nach dem BVG und die Schädigungen, für die das BVG durch Gesetz für anwendbar erklärt worden ist⁴⁹.

Ist die Ursache der Behinderung, beispielsweise ein Arbeitsunfall oder eine Kriegsverletzung, klar, so ist es nicht schwer, den zuständigen Träger (zuständige Berufsgenossenschaft für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung oder Versorgungsverwaltung für den Bereich der sozialen Entschädigung) zu ermitteln. Schwierige Problem können sich dann ergeben, wenn mehrere Ursachen in Betracht kommen. Steht aber die kausal begründete Zuständigkeit fest, so werden die Rehabilitationsleistungen durch den Träger der Unfallversicherung (§§ 556 ff RVO) oder den Träger der sozialen Entschädigung (§§ 10 ff. BVG) in **einheitlicher Trägerschaft** erbracht, d.h. dieser Träger ist für alle notwendigen Rehabilitationsleistungen zuständig, so daß auch keine Übergangsprobleme zwischen einzelnen Abschnitten der Rehabilitation entstehen können.

⁴⁵ Gesamtvereinbarung über die Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit bei berufl. Rehabilitation vom 1.4.1977; Gesamtvereinbarung über Auskunft und Beratung nach dem RehAnglG vom 1.7.1977; Gesamtvereinbarung über die Gewährung vorläufiger Leistungen vom 1.1.1978; Gesamtvereinbarung über den Gesamtplan vom 1.7.1978; Gesamtvereinbarung über den ambulanten Behindertensport vom 1.1.1994; Gesamtvereinbarung über die Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Durchführung der Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation vom 1.9.1983; Gesamtvereinbarung über die Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Durchführung der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation 1.9.1984; Rahmenvereinbarungen über die Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationsträgern und Berufsförderungswerken vom 12.6.1986 - sämtlich abgedruckt bei Jung-Preuß, Rechtsgrundlagen der Rehabilitation, Nr. 1.11 - 1.18.

⁴⁶ Z.B. Empfehlungvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (Sucht -Vereinbarung) vom 20.11.1978 - abgedruckt bei Jung-Preuß, Rechtsgrundlagen der Rehabilitation, Nr. 14.1.

⁴⁷ Vgl. Estelmann in: Handbuch zum Sozialrecht, Gruppe 2d Rn 47.

⁴⁸ Vgl. für die Kriegsopferversorgung BSGE 46, 286, 289 f.

⁴⁹ Vgl. die Aufzählung im Art. II § 1 Ziffer 11 SGB I: Soldatenversorgungsgesetz, Bundesgrenzschutzgesetz, Zivildienstgesetz, Bundes-Seuchengesetz, Häftlingsentschädigungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, strafrechtl. Rehabilitierungsgesetz.

Scheidet eine kausal begründete Zuständigkeit aus, so kommt für Leistungen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zunächst die Zuständigkeit eines Sozialversicherungsträgers in Frage. Die Zuständigkeit für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist auf die Träger der Kranken- und der Rentenversicherung verteilt (§ 40 SGB V, §§ 9 ff. SGB VI)⁵⁰. Entscheidend für die Abgrenzung ist das mit der Rehabilitation verfolgte Ziel. Leistungen zur beruflichen Rehabilitation werden vom Träger der Rentenversicherung (§ 16 SGB VI) oder vom Träger der Arbeitsförderung (§§ 56 ff. AFG) erbracht⁵¹, wobei es auf das Vorliegen der jeweils erforderlichen persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ankommt.

Die Zuständigkeit eines Sozialhilfeträgers nach dem BSHG für Leistungen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation ist immer nur **subsidiär** gegeben.

Weitergehende Leistungen zur Eingliederung des Behinderten in die Gemeinschaft, die nicht unter medizinische oder berufsfördernde Leistungen fallen, werden vom Träger der Sozialhilfe erbracht, sofern keine einheitliche Trägerschaft eines Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung oder der sozialen Entschädigung begründet ist.

Um zu vermeiden, daß durch die ungeklärte Zuständigkeitsfrage oder aus anderen Gründen die rechtzeitige Einleitung der erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen verzögert wird, sieht § 6 Abs. 2 RehaAnglG vor, daß in Fällen medizinischer Leistungen zur Rehabilitation der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und in Fällen der berufsfördernden Maßnahmen zu Rehabilitation die Bundesanstalt für Arbeit vorläufig Leistungen zu erbringen hat. Voraussetzung für die **Vorleistungspflicht** ist nach § 6 Abs. 2 Satz 1 1. Alt. RehaAnglG die **ungeklärte Zuständigkeit** von mindestens zwei der in § 2 RehaAnglG genannten Rehabilitationsträger⁵². Ungeklärt ist die Zuständigkeit dann, **wenn grundsätzlich feststeht, daß einer der in § 2 RehaAnglG genannten Rehabilitationsträger zuständig ist**, diese aber untereinander uneins sind, welcher der Träger vorrangig zu leisten hat. Außer dem Streit um die Zuständigkeit unter den Trägern muß zur Begründung der Vorleistungspflicht noch hinzukommen, daß die unverzügliche Einleitung der erforderlichen Maßnahme gefährdet ist. Die Vorleistungspflicht kann nach § 6 Abs. 2 2. Alt. RehaAnglG auch aus „anderen Gründen“ gegeben sein. Dies ist dann der Fall, wenn der zuständige Rehabilitationsträger seine Zuständigkeit zwar bejaht hat, aber die Maßnahme z.B. aus organisatorischen Gründen nicht durchführen kann⁵³. Der nach § 6 Abs. 2 RehaAnglG vorläufig zuständige Rehabilitationsträger hat die Leistung längstens nach Ablauf einer Frist von sechs Wochen zu erbringen, wobei die Frist nach § 6 Abs. 2 Satz 2 RehaAnglG mit dem Zeitpunkt beginnt, zu dem der vorleistungspflichtige Träger von dem Antrag des Behinderten und den die Vorleistungspflicht begründenden Tatsachen Kenntnis erlangt. Wenn alle der in § 2 RehaAnglG genannten Träger ihre Zuständigkeit verneinen, so hat der Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des § 44 BSHG vorläufige Leistungen zu erbringen⁵⁴.

⁵⁰ Vgl. zur Abgrenzung im einzelnen Gliederungspunkt IV 1 b.

⁵¹ Vgl. zur Abgrenzung im einzelnen Gliederungspunkt IV 2 b.

⁵² Sämtliche Rehabilitationsträger mit Ausnahme der Träger der Sozialhilfe.

⁵³ Kolb/Seidel, Rehabilitationsrecht, Rn 86.

⁵⁴ Zum Verhältnis von § 43 SGB I zu § 6 Abs. 2 RehaAnglG und von § 44 BSHG zu § 43 SGB I vgl. Mrozynski, Rehabilitationsrecht, Rn 62 f.

5. Rechte und Pflichten des Leistungsberechtigten

Nach § 4 Abs. 1 RehaAnglG bedürfen die Maßnahmen zur Rehabilitation der **Zustimmung des Behinderten**. Dies drückt an sich eine Selbstverständlichkeit aus, denn Rehabilitation ist als Hilfe zur Selbsthilfe zu verstehen, und für den Erfolg ist die freiwillige Mitarbeit des Betroffenen eine unabdingbare Voraussetzung⁵⁵. Der Antrag auf Gewährung einer Rehabilitationsmaßnahme kann nicht als generelle Zustimmung gedeutet werden, denn zum Zeitpunkt der Antragstellung lassen sich die einzelnen Maßnahmen meist noch nicht übersehen. In der Regel ist es deshalb erforderlich, z.B. für besondere medizinische Anwendungen und für bestimmte berufsfördernde Maßnahmen die Zustimmung gesondert einzuholen. Die Zustimmung bedarf dabei nicht der Schriftform, sie kann auch mündlich oder konkludent durch schlüssige Handlung erfolgen⁵⁶.

Nach § 33 Satz 2 SGB I gilt im gesamten Sozialrecht, daß den Wünschen des Betroffenen entsprochen werden soll, soweit dies angemessen ist. Hat der Rehabilitationsträger also die Wahl zwischen mehreren Leistungen, so hat er im Rahmen des pflichtgemäßen Ermessens den Wünschen des Betroffenen zu entsprechen, falls es keine Gegengründe gibt. Es sind nur angemessene Wünsche zu berücksichtigen. Die Wünsche müssen also mit dem angestrebten Rehabilitationsziel im Einklang stehen. Von welchen Motiven sich der Betroffene leiten läßt, ist unerheblich. Ferner hat der Rehabilitationsträger die erforderlichen Leistungen unter Berücksichtigung der **Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit** zu erbringen. Unvertretbare Mehrkosten dürfen also bei Berücksichtigung der Wünsche nicht entstehen.

Die §§ 60 bis 64 SGB I begründen für das gesamte Sozialleistungsrecht, also auch im Rehabilitationsrecht, **Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten**⁵⁷.

Ist eine Rehabilitationsleistung beantragt worden, so hat der Antragsteller nach seinen Kräften die für die Entscheidung über den Antrag notwendigen Informationen beizutragen. Weigert er sich, für die Aufklärung des Sachverhalts notwendige Unterlagen beizubringen, und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, so kann der Rehabilitationsträger bis zur Nachholung der Mitwirkung die Leistungsgewährung gemäß § 66 Abs. 1 SGB I ohne weitere eigene Ermittlungen ganz oder teilweise ablehnen.

Aus § 66 Abs. 2 SGB I ergibt sich für den Rehabilitationsträger die **Möglichkeit zum vollständigen oder teilweisen Entzug oder zur Versagung** einer wegen Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragten oder gewährten Sozialleistung, wenn der Betroffene es ablehnt, sich einer von dem Rehabilitationsträger für erforderlich gehaltenen Rehabilitationsmaßnahme zu unterziehen⁵⁸. Voraussetzung ist, daß unter Würdigung aller Umstände ein Kausalzusammenhang zwischen der Weigerung und der Beeinträchtigung bzw. Nichtverbesserung der Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung bzw. der Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit anzunehmen ist.

Weiter setzt § 66 Abs. 2 SGB I die Verletzung einer Mitwirkungspflicht nach § 62 (Untersuchungsduldungspflicht), § 63 SGB I (Pflicht, sich einer Heilbehandlung zu unterziehen) oder 64 SGB I (Pflicht, an berufsfördernden Maßnahmen teilzunehmen) voraus. Nach § 65 SGB

⁵⁵ BT-Drs. 7/1237, S.55.

⁵⁶ Kolb/Seidel, Rehabilitationsrecht, Rn 114.

⁵⁷ Rechtstechnisch handelt es sich dabei nicht um durchsetzbare Pflichten, sondern um Obliegenheiten, deren Verletzung zu ungünstigen Konsequenzen für den Versicherten führen kann.

⁵⁸ Kolb/Seidel, Rehabilitationsrecht, Rn. 121 ff.

I sind die Mitwirkungspflichten auf das begrenzt, was im Einzelfall zumutbar ist und im angemessenen Verhältnis zur in Anspruch genommenen Sozialleistung steht. Eine Verpflichtung im Sinne der §§ 63, 64 SGB I zur Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme kann deshalb nur dann bestehen, wenn zumindest wahrscheinlich ist, daß die Maßnahme **dauerhaften Erfolg** hat.⁵⁹

Bevor die Ablehnung bzw. die Versagung der Sozialleistung ausgesprochen wird, muß der Leistungsberechtigte schriftlich auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung hingewiesen und unter Setzung einer angemessenen Frist zur Nachholung der Mitwirkung aufgefordert werden (§ 66 Abs. 3 SGB I).

Die Vorschriften des SGB I über die Folgen fehlender Mitwirkung sind nicht anwendbar, wenn ein Rehabilitand an einer Maßnahme zwar teilnimmt, den Erfolg aber durch ordnungswidriges oder nur passives Verhalten gefährdet⁶⁰.

Bei fehlender subjektiver Bereitschaft besteht für den Rehabilitationsträger nur die Möglichkeit, eine Leistungsbewilligung mit Wirkung für die Zukunft gem. § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X aufzuheben und die Maßnahme abubrechen⁶¹. Dies zeigt, daß gerade im Bereich des Rehabilitationsrechts die freiwillige Mitwirkung des Leistungsempfängers von entscheidender Bedeutung ist. Den Mitwirkungspflichten kann aber die positive Bedeutung zukommen, einen Kontakt zwischen dem Rehabilitationsbedürftigen und dem Rehabilitationsträger herzustellen⁶². Ggf. kann dann durch eine qualifizierte Beratung eine Bereitschaft zur Mitarbeit erreicht werden.

6. Rehabilitation vor Rente

In § 7 Abs. 1 RehaAnglG und in § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI wird ausdrücklich der Grundsatz **„Rehabilitation vor Rente“** aufgestellt. Dies betrifft nur die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Rente wegen Berufsunfähigkeit und Rente wegen Erwerbsunfähigkeit).

Um das Interesse des Behinderten an der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen zu stärken, sollen Renten wegen Erwerbsminderung erst festgesetzt werden, wenn das Rehabilitationsverfahren abgeschlossen ist, wenn es keinen Erfolg hatte oder wenn wegen Art oder Schwere der Behinderung oder aus anderen Gründen, z.B. vorgerücktes Alter, fehlende Eignung usw., ein Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu erwarten ist⁶³.

Im Einzelfall sind also alle der Sache nach erfolgversprechenden Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen, bevor eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu gewähren ist. § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB VI bestimmt, daß vor der Entscheidung über einen Antrag auf Gewährung von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit immer zu prüfen ist, ob Rehabilitationsleistungen voraussichtlich Erfolg haben werden. Aus dem Grundsatz Rehabilitation vor Rente ergibt sich für den Versicherten eine Obliegenheit, sich im **zumutbaren Umfang** einer Rehabilitationsmaßnahme zu unterziehen, wenn zumindest wahrscheinlich ist, daß diese dauerhaft Erfolgt hat⁶⁴.

⁵⁹ BSG SozR 3-2200 § 1247 Nr. 8 am Ende.

⁶⁰ Kolb/Seidel, Rehabilitationsrecht, Rn 124.

⁶¹ BSG SozR 1300 § 48 Nr. 1.

⁶² Mrozynski, Rehabilitationsrecht, Rn. 96.

⁶³ BT-Drs. 7/1237, S. 56.

⁶⁴ Niesel im Kasseler Kommentar, § 9 SGB VI, Rn 7.

Tut er dies nicht, kann auch eine Verletzung der Mitwirkungspflicht nach § 63 SGB I vorliegen, so daß die beantragte Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abgelehnt werden kann (siehe oben Gliederungspunkt 3.5)⁶⁵.

Ist eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gewährt worden, so soll durch regelmäßige Nachuntersuchungen des Rentenempfängers geprüft werden, ob sich der Zustand soweit gebessert hat, daß durch Rehabilitationsmaßnahmen die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt oder gebessert werden kann (§ 7 Abs. 2 RehaAnglG).

IV. Die Rehabilitationsleistungen im einzelnen

1. Medizinische Rehabilitation

In den §§ 10 RehaAnglG und 29 Abs. 1 Nr. 1 SGB I werden die wichtigsten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation aufgezählt.

Die medizinischen Rehabilitation umfaßt danach insbesondere:

- a.) ärztliche und zahnärztliche Behandlung;
- b.) Arznei- und Verbandsmittel;
- c.) Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungs-, Sprach- und Beschäftigungstherapie;
- d.) Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel;
- e.) Belastungserprobung und Arbeitstherapie, auch in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

Dieser Leistungskatalog ist weitgehend identisch mit den Leistungen, die als Krankenbehandlung nach § 27 SGB V von der gesetzlichen Krankenkasse, bzw. subsidiär als Krankenhilfe nach § 37 Abs. 1 BSHG vom Träger der Sozialhilfe zu erbringen sind.

a. Abgrenzung zur Akutbehandlung und zur allgemeinen medizinischen Prävention

Aus § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI, wonach der Rentenversicherungsträger in der **Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit** einer Krankheit keine medizinischen Leistungen zur Rehabilitation erbringen darf, ist allgemein zu schließen, daß die in der Phase der akuten Behandlungsbedürftigkeit erbrachte Krankenbehandlung (Akutbehandlung) begrifflich von den medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zu unterscheiden ist.

Da der Katalog der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation keine von den Leistungen der Krankenbehandlung abweichenden Charakteristika ausweist, kann für eine Abgrenzung allein auf die Zielrichtung abgestellt werden.

Dies wird dadurch erschwert, daß jede Krankenbehandlung auf die Herstellung eines normalen Gesundheitszustandes, also auch eines behinderungsfreien Zustandes, gerichtet ist. Bei der Akutbehandlung steht die Einwirkung auf die Behinderung aber nicht im Vordergrund. Es wird darauf abgezielt, die Krankheit zu erkennen und diese durch Einwirkung auf den aktuellen körperlichen und geistig-seelischen Zustand des Kranken zu heilen oder zumindest

⁶⁵ Anderer Auffassung ist Niesel im Kasseler Kommentar, § 9 SGB VI, Rn 7, der meint, die Rente dürfte nicht versagt werden, da keine Pflicht-, sondern nur eine Obliegenheitsverletzung vorliege.

Krankheitsbeschwerden zu lindern. Rehabilitation zielt darauf ab, Hilfe zur Vermeidung bzw. zum bestmöglichen Ausgleich bleibender krankheits- oder unfallbedingter Einschränkungen und Behinderungen im Alltags- und Berufsleben zu geben⁶⁶. Charakteristisch für die medizinische Rehabilitation ist auch, daß die Hilfestellung bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte und nicht die unmittelbare Einwirkung auf den körperlichen Zustand im Vordergrund steht⁶⁷.

Da in der Praxis eine Abgrenzung äußerst schwierig sein kann, sieht § 13 Abs. 3 SGB VI vor, daß die Träger der Rentenversicherung zusammen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen Näheres zur Durchführung von § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI vereinbaren. Für die umfassende Abgrenzung der Akutbehandlung von der medizinischen Rehabilitation liegt eine solche Vereinbarung aber noch nicht vor⁶⁸.

Eine Abgrenzung ist auch zwischen medizinischer Rehabilitation und **allgemeiner medizinischer Prävention** erforderlich, für die keine Zuständigkeit eines Rentenversicherungsträgers bestehen kann. Dabei ist zu beachten, daß Rehabilitation auch eine **stark ausgeprägte präventive Komponente** hat. Insbesondere bei Behinderungen, die durch chronische Zivilisationsleiden, wie zum Beispiel Herz- und Kreislaufbeschwerden oder Stoffwechselerkrankungen ausgelöst worden sind, kommt einer auf das individuelle Verhalten einwirkenden Aufklärung und Gesundheitserziehung eine große Bedeutung zu.

Die dem Präventionsgedanken im Recht der Rehabilitation Rechnung tragenden Vorschriften (vgl. § 10 SGB I, § 1 Abs. 2 RehaAnglG, § 11 Abs. 2 SGB V, § 107 Abs. 2 Ziffer 1 Buchst. b SGB V, § 10 SGB VI, § 39 Abs. 2 S. 1 BSHG) setzen dabei aber immer eine drohende Behinderung voraus.

Nicht Gegenstand der medizinischen Rehabilitation sind deshalb allgemeine präventive Maßnahmen, die einer Schwächung der Gesundheit vorbeugen sollen, ohne daß im konkreten Fall Anlaß besteht, das Auftreten von Krankheitserscheinungen zu befürchten, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Behinderung von längerer Dauer führen würden.

b. Träger der medizinischen Rehabilitation

aa. gesetzliche Unfallversicherung

Die Leistungen der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation fallen gleichermaßen unter den Begriff der vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringenden **Heilbehandlung**, der auch die Pflege umfaßt.

Nach § 556 Abs. 1 Ziffer 1 RVO soll die Heilbehandlung die durch den Arbeitsunfall verursachte Körperverletzung oder Gesundheitsstörung und Minderung der Erwerbsfähigkeit beseitigen oder bessern, ihre Verschlimmerung verhüten und die Auswirkungen der Unfallfolgen erleichtern.

Die Aufzählung der Leistungen zur Heilbehandlung in § 557 RVO entspricht derjenigen in §§ 10 RehaAnglG und 29 Abs. 1 Nr. 1 SGB I. Soweit erforderlich wird die Heilbehandlung gemäß § 559 RVO mit Unterkunft und Verpflegung stationär in einem Krankenhaus oder in einer Kur- oder Spezialeinrichtung gewährt.

⁶⁶ Kolb/Seidel, Rehabilitationsrecht, Rn 134.

⁶⁷ BSGE 46, 41, 45; BSGE 51, 44, 47 f.

⁶⁸ Die Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung nach § 13 Abs. 4 SGB VI vom 21.1.1993 regelt die Leistungen bei interkurrenten Erkrankungen.

bb. soziale Entschädigung

Die nach dem BVG zu gewährende Heilbehandlung umfaßt wie in der gesetzlichen Unfallversicherung die Krankenbehandlung im engeren Sinn und die ambulant und stationär erbrachte medizinische Rehabilitation. Nach § 10 Abs. 1 BVG wird Heilbehandlung gewährt, um Gesundheitsstörungen oder die durch sie bewirkten Beeinträchtigung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten, körperliche Beschwerden zu beheben oder die Folgen der Behinderung zu erleichtern.

Voraussetzung ist das Vorliegen einer als Folge einer Schädigung anerkannten Gesundheitsstörung. Schwerbeschädigten wird Heilbehandlung nach § 10 Abs. 2 BVG auch für solche Gesundheitsschäden gewährt, die nicht als Folge einer Schädigung anerkannt sind. Dies ist aber dann ausgeschlossen, wenn der Berechtigte in den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen oder von der Krankenversicherungspflicht befreit oder versicherungsfrei ist (§ 10 Abs. 7 BVG).

cc. Zuständigkeit von Trägern der Kranken- und der Rentenversicherung

(1) Ambulant erbrachte Leistungen

Nach § 40 Abs. 1 SGB V kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in der Form einer ambulanten Rehabilitationskur erbringen, wenn beim Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung einschließlich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen nicht ausreicht.

In der Praxis werden die **ambulanten Leistungen** zur medizinischen Rehabilitation überwiegend von den Krankenkassen erbracht. Dabei kann es sich um einfach strukturierte Leistungen, wie z.B. eine ambulante Badekur, aber auch um komplexe Leistungen handeln, die sich aus verschiedenen medizinischen Leistungen und anderen Maßnahmen zusammensetzen. Aus § 40 Abs. 1 SGB V kann aber nicht auf eine ausschließliche Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen für die Erbringung ambulanter Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Verhältnis zur Rentenversicherung geschlossen werden. Für **die Träger der Rentenversicherung** ist § 15 Abs. 2 SGB VI lediglich zu entnehmen, daß die Träger der Rentenversicherung Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation vor allem stationär erbringen. Dies schließt im Einzelfall eine ambulante Erbringung aber nicht aus, da es für die Erbringung ambulanter Leistungen der medizinischen Rehabilitation kein gesetzliches Rangverhältnis gibt, nach dem die Krankenkassen und die Träger der Rentenversicherung für die Leistungserbringung zuständig sind.

Für die Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Kranken- und Rentenversicherung bei ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist deshalb auf den Zweck der Leistung abzustellen⁶⁹.

Nach § 10 SGB VI dienen die vom Rentenversicherungsträger zu erbringenden Rehabilitationsleistungen der Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Wenn also infolge einer Krankheit oder Behinderung die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zumindest gefährdet ist und sich deswegen die Notwendigkeit der ambulanten Maßnahme ergibt, ist von einer vorrangigen Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers auszugehen. Ist die Maßnahme nicht schwerpunktmäßig auf den Erhalt der Erwerbsfähigkeit gerichtet, so ist die Krankenkasse gegenüber dem bei ihr versicherten und im Rahmen der Familienversicherung mitversicherten

⁶⁹ So auch Mrozynski, Rehabilitationsrecht, Rn 60; anderer Auffassung ist Niesel im Kasseler Kommentar, § 15 SGB VI, Rn 12, der von der Zuständigkeit der Krankenkassen für ambulante Leistungen ausgeht.

Personenkreis zur Leistung verpflichtet. Deshalb fallen auch bestimmte Therapieformen wie Bewegungs- und Beschäftigungstherapie in den Leistungsbereich der Krankenkasse, wenn bestimmte Grundfunktionen verbessert oder allgemein Konzentration und Ausdauer gestärkt werden sollen.

Die Gewährung von **Hilfsmitteln** fällt dann nach § 33 Abs. 1 SGB V in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkasse, wenn diese dazu bestimmt sind, die natürliche Funktion eines nicht oder nicht voll funktionstüchtigen Körperorgans zu ersetzen oder zu ergänzen. Demgegenüber gehören Hilfsmittel, die lediglich die Folgen und Auswirkungen der Behinderung auf beruflichem Gebiet beseitigen oder mildern sollen, zu den Leistungen zur beruflichen Rehabilitation, für die die Krankenversicherung nicht zuständig ist.

So sind zum Beispiel die Kosten für orthopädische Arbeitsschuhe, die aufgrund ihrer Beschaffenheit ausschließlich am Arbeitsplatz getragen werden, nicht von der Krankenkasse, sondern von dem für die berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation zuständigen Träger zu übernehmen⁷⁰

(2) Stationär erbrachte Leistungen

Der **Großteil der Leistungen** zur medizinischen Rehabilitation wird in der Form der **stationären Behandlung**, d.h. der Behandlung in Krankenhäusern, Kur- und Spezialeinrichtungen, erbracht. Für solche Leistungen der medizinischen Rehabilitation einschließlich der Unterkunft und der Verpflegung können die Krankenkassen nur zuständig sein, wenn die Leistungspflicht eines anderen Sozialleistungsträgers nicht gegeben ist (vgl. § 40 Abs. 4 SGB V). Da die kausal begründete Zuständigkeit der Unfallversicherung und nach dem BVG immer der der Krankenkasse vorgeht, ist die Regelung in § 40 Abs. 4 SGB V im Verhältnis zu den Trägern der Rentenversicherung von Bedeutung. Im Ergebnis ist in der Regel ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zuständig. Ein entsprechender Antrag wird in der Praxis auch meist bei dem für den Versicherten zuständigen Träger der Rentenversicherung gestellt werden, wobei die Initiative oft von dem behandelnden Arzt nach Abschluß oder noch während der Phase der Akutbehandlung ausgeht.

Wenn bei dem Versicherten die **persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen** vorliegen und kein Tatbestand für den Ausschluß von Leistungen zur Rehabilitation nach § 12 SGB VI vorliegt⁷¹, ist der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung leistungspflichtig. Die Bewilligung von Leistungen zu Rehabilitation durch einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung ist in jedem Fall von dem Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen abhängig. § 10 Ziffer 1 SGB VI setzt voraus, daß eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung vorliegt. Bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit ist auf die bisherige Tätigkeit abzustellen. Eine Rehabilitationsleistung kann daher nicht mit der Begründung versagt werden, der Versicherte sei noch in der Lage, eine andere ihm

⁷⁰ Vgl. BSG SozR 3-4100 § 56 Nr. 15

⁷¹ Leistungen werden auch bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erbracht, wenn entsprechende Leistungen von einem Rehabilitationsträger der gesetzlichen Unfallversicherung oder der sozialen Entschädigung (**kausale Zuständigkeit**) erhalten werden können (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI); eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln einer Vollrente bezogen wird oder beantragt ist (§ 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI); eine Beschäftigung ausgeübt wird, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist (§ 12 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI); der Versorgungsbezieher wegen Erreichung der Altersgrenze versicherungsfrei ist (§ 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI) oder sich in Untersuchungshaft oder im Strafvollzug befindet (§ 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI).

im Rahmen der Prüfung der Frage der Berufsunfähigkeit nach § 43 Abs. 2 SGB VI zumutbare Tätigkeit auszuüben. Für das Vorliegen von Krankheit oder Behinderung kommt es nicht auf Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit an. Entscheidend ist, daß ein Zustand von gewisser Dauer (mehr als ein halbes Jahr) vorliegt.

Weiterhin ist nach § 10 Ziffer 2 SGB VI erforderlich, daß bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann, oder bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder der Eintritt von Berufs- oder Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann. Dabei schließen Zweifel am Erfolg eine Bewilligung der Maßnahme nicht generell aus. Erforderlich ist aber, daß nach den besonderen Umständen des Einzelfalls mehr dafür als dagegen spricht, daß die Rehabilitationsleistung zu einer wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit führt. Der Erfolg der Rehabilitationsleistung muß zumindest wahrscheinlich sein⁷². Insbesondere bei psychisch Kranken und Suchtkranken wird eine Prognose über die Wahrscheinlichkeit des Erfolges aber erst im Laufe der Maßnahme möglich sein. Der Rentenversicherungsträger kann in einem solchen Fall die Leistung nicht mit der mangelnden Feststellbarkeit der Erfolgsaussicht ablehnen⁷³. Stellt sich im Verlauf der Maßnahme dann heraus, daß ein Erfolg der konkreten Maßnahme nicht möglich ist, so ist von einem Entfallen der Erfolgsaussichten von diesem Zeitpunkt ab auszugehen. Die Aufhebung der Leistungsbewilligung kann dann unter den Voraussetzungen des § 48 SGB X erfolgen.

Ergänzend zu den persönlichen Voraussetzungen gelten für die medizinische Rehabilitation versicherungsrechtliche Voraussetzungen. Versicherte haben generell nach § 11 Abs. 1 SGB VI die Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen des Rentenversicherungsträgers erfüllt, wenn sie bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben, wofür Kalendermonate mit Beitragszeiten erforderlich sind, oder wenn sie eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente) beziehen. Für die medizinische Rehabilitation sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, wenn in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Monate mit Pflichtbeitragszeiten belegt sind (§ 11 Abs. 2 Ziffer 1 SGB VI), wenn innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt wurde oder der Versicherte nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos war (§ 11 Abs. 2 Ziffer 2 SGB VI), oder wenn der Versicherte, der die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat, berufs- oder erwerbsunfähig ist oder dies bei ihm in absehbarer Zeit zu erwarten ist (§ 11 Abs. 2 Ziffer 3 SGB VI).

Bei den stationär erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation handelt es sich meist um komplexe Maßnahmen mit einer Kombination von Anwendungen und Behandlungen. Die Leistungen werden vom Träger der Rentenversicherung nach § 15 Abs. 2 SGB VI vor allem stationär in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von geschultem Personal entweder von dem Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder zu denen eine Vertragsbeziehung besteht.

Das Bundessozialgericht hat in seiner Rechtsprechung zur Zuständigkeit bei stationären Maßnahmen für Alkohol- und Drogenabhängige den Leistungsbereich der Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation unter dem Gesichtspunkt einer vom Ziel her bestimmten **Ganzheitlichkeit von Rehabilitation** sehr weit interpretiert und eine ärztliche Leitung und Aufsicht nicht für immer zwingend erforderlich gehalten⁷⁴.

⁷² BSGE 53,100,105.

⁷³ Niesel im Kasseler Kommentar, § 10 SGB VI, Rn 15.

⁷⁴ BSGE 66, 84 ff = SozR 2200 § 1237 Nr. 22 und BSGE 66, 87ff = SozR 2200 § 1237 Nr. 23

So hat das BSG⁷⁵ zu einem Erstattungsanspruch eines Sozialhilfe- gegenüber einem Rentenversicherungsträger betreffend die Kosten des Aufenthalts in einer sozialtherapeutischen Übergangseinrichtung⁷⁶ nach vorangegangener Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung wegen Alkoholsucht ausgeführt: Die Aufgabe der Rentenversicherungsträger im Bereich der Rehabilitation sei durch das Ziel definiert, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu bessern oder wiederherzustellen. Die Zuständigkeit sei nicht dadurch ausgeschlossen, daß eine Maßnahme auch einer Eingliederung des Betroffenen in die Gesellschaft diene. Eine zur Stabilisierung der Persönlichkeit notwendige psychosoziale Behandlung könne auch dann den medizinischen Leistungen zuzurechnen sein, wenn sie nicht unter der Anordnung; Leitung und Überwachung eines Arztes stünde.

Auch unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung wird die Grenze zur sozialen Rehabilitation, für die die Rentenversicherung nicht mehr leistungspflichtig ist, dort zu ziehen sein, wo psychosoziale Hilfen zur Behebung einer seelischen Fehlhaltung nicht mehr der Besserung der Erwerbsfähigkeit, sondern nur noch der allgemeinen sozialen Eingliederung dienen⁷⁷.

Bei der Auswahl der geeigneten Einrichtung hat der Versicherungsträger die Wünsche des Versicherten grundsätzlich nur zu beachten, soweit dieser ein Wahlrecht zwischen Einrichtungen geltend macht, mit denen der Träger einen Vertrag abgeschlossen hat. Etwas anderes kann nur in einem atypischen Fall gelten, wenn z.B. der Versicherungsträger nicht in der Lage ist, für besondere Erkrankungen die erforderlichen Maßnahmen in Vertragseinrichtungen zu erbringen und eine vom Versicherten benannte Einrichtung die erforderlichen qualitativen Voraussetzungen erfüllt. Dann kann das Ermessen des Versicherungsträgers darauf beschränkt sein, die Durchführung in der gewünschten Einrichtung zu übernehmen⁷⁸.

Wird während der Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger eine Akutbehandlung erforderlich, so hat der Rentenversicherungsträger diese ausnahmsweise in eigener Zuständigkeit zu erbringen (§ 13 Abs. 2 Ziffer 1 SGB VI). Die Zuständigkeit für die Behandlung dieser sogenannten „interkurrenten Erkrankungen“ haben die Renten- und die Krankenversicherungsträger in einer Vereinbarung geregelt⁷⁹.

Nach § 13 Abs. 2 Ziffer 2 SGB VI darf der Rentenversicherungsträger keine medizinischen Leistungen zur Rehabilitation anstelle einer Krankenhausbehandlung erbringen. In der Praxis tritt aber oft der Fall auf, daß im Anschluß an die von der Krankenkasse zu tragende, stationäre Akutbehandlung unmittelbar eine stationäre Maßnahme der medizinischen Rehabilitation anschließt, die vom Träger der Rentenversicherung zu erbringen ist. Diese wird dann mit dem Begriff der **Anschlußheilbehandlung (AHB)** bezeichnet; dies ist etwas mißverständlich, weil es sich um eine Rehabilitationsleistung handelt.

Im Hinblick auf erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen erforderlicher Krankenhausbehandlung und Rehabilitation bei Suchtkranken orientiert sich die Praxis an einer Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der

⁷⁵ Urteil vom 8. Oktober 1992 - Az.: 13 RJ 57/91

⁷⁶ Entsprechendes hat das BSG auch für die Kosten der Unterbringung in einer therapeutischen Nachsorgegemeinschaft ausgeführt (Urteil vom 21. Januar 1993 - Az.: 13 RJ 53/91)

⁷⁷ Mrozynski, Rehabilitationsrecht, Rn. 263.

⁷⁸ Niesel im Kasseler Kommentar, § 15 SGB VI, Rn 15.

⁷⁹ Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung nach § 13 Abs. 4 SGB VI vom 21.01.1993, abgedr. bei Jung-Preuß, Rechtsgrundlagen der Rehabilitation, Nr. 10/14.

Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20.11.1978⁸⁰. Dabei wird zwischen der Entzugsbehandlung, für die grundsätzlich der Krankenversicherungsträger, und der Entwöhnungsbehandlung, für die primär der Rentenversicherungsträger zuständig ist, unterschieden.

Aus der primären Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger für die stationär durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ergibt sich, daß Krankenkassen nur dann zuständig sind, wenn die Leistungen nicht unmittelbar auf den Erhalt der Erwerbsfähigkeit ausgerichtet sind und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse vorliegen. Die Krankenkasse hat dann ihren Versicherten und deren mitversicherten Angehörigen alle erforderlichen medizinischen und ergänzenden Leistungen zu erbringen, um den Eintritt einer Behinderung abzuwenden oder den bereits Behinderten auf Dauer wieder in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern.

Eine Leistungspflicht der Krankenkasse für eine stationäre Behandlung in einer Kur- oder Spezialeinrichtung setzt nach der Rechtsprechung des BSG voraus, daß die Behandlung unter ärztlicher Aufsicht und Verantwortung steht; nicht-ärztliche Leistungen müssen zwar nicht im einzelnen, aber doch im allgemeinen ihrer Art nach vom Arzt bestimmt sein. Das BSG nimmt hinsichtlich der ärztlichen Aufsicht und Verantwortung für von der Krankenkasse zu tragende stationär erbrachte Leistungen engere Voraussetzungen an, als im Bereich der Rentenversicherung. Begründet wird dies damit, daß sich aus der Aufgabenstellung der Krankenversicherung, die Gesundheit zu erhalten und wiederherzustellen, die Maßgeblichkeit der ärztlichen Einflußnahme ergebe⁸¹.

(3) Ambulant/teilstationär erbrachte Leistungen

Aufgrund neuerer Analysen beginnt sich bei den Rentenversicherungsträgern die Erkenntnis durchzusetzen, daß insbesondere bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen ein flexibles System mit ambulanten, teilstationären und stationären medizinischen Leistungen bessere Resultate bringen kann, als die starre Trennung von ambulanter und stationärer Rehabilitation⁸². Ziel ist es vor allem, die stationären Leistungen zu ersetzen, zu verkürzen oder zu ergänzen. Die Rentenversicherungsträger haben, zum Teil in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, entsprechende Modellprojekte eingeleitet, in denen besondere Organisationsformen erprobt werden⁸³.

(4) Zuzahlungsverpflichtung

Für von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbrachte stationäre medizinische Leistungen haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Zuzahlung für jeden

⁸⁰ Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (Sucht-Vereinbarung) vom 20.11.1978 abgedruckt bei Jung-Preuß, Rechtsgrundlagen der Rehabilitation, Nr. 14.1.

⁸¹ Vgl. Urteil vom 03.03.1994 - Az.: 1 RK 8/93

⁸² Punkt 6.4 des Berichts der Reha-Kommission des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) - Empfehlungen zur Weiterentwicklung der med. Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, abgedruckt in zusammengefaßter Form in Die Sozialversicherung 1992, S. 93, 98.

⁸³ Schaub/Schliehe, Neue Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation, in Deutsche Rentenversicherung 1995, S. 401,407 f..

Kalendertag zu leisten (§ 32 Abs. 1-5 SGB VI). Die Höhe der Zuzahlung ist an die Höhe der nach § 39 Abs. 4 SGB V zu leistende Zuzahlung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung gekoppelt (ab 1.1.1994 pro Tag 12,00 DM für Versicherte aus den alten Bundesländern und 9,00 DM für Versicherte aus dem Beitrittsgebiet). Die Zuzahlung ist für höchstens 14 Tage pro Kalenderjahr⁸⁴ zu erbringen, wenn die stationäre Heilbehandlung der Krankenhausbehandlung vergleichbar ist oder an diese ergänzend anschließt (§ 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI). Eine Vergleichbarkeit in diesem Sinne ist nur gegeben, wenn die ärztliche Behandlung im Vordergrund steht⁸⁵. In anderen Fällen ist dem Gesetz keine zeitliche Beschränkung zu entnehmen. Die „Richtlinien für die Befreiung von der Zuzahlung bei medizinischen und sonstigen Leistungen zur Rehabilitation vom 2.9.1993“⁸⁶ sehen aber eine Zuzahlung höchstens für 42 Tage vor. In den Richtlinien sind auch die Voraussetzungen für die vollständige oder teilweise Befreiung von der Zuzahlung bei Bedürftigkeit geregelt.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung enthält § 40 Abs. 5 SGB IV eine Zuzahlungsregelung, die der in § 32 SGB VI im wesentlichen entspricht. Eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht bei unzumutbarer Belastung durch diese kommt hier nach § 61 SGB IV in Betracht. Allerdings gilt diese Befreiungsmöglichkeit nur für zeitlich unbegrenzte Zuzahlungen⁸⁷. Eine Begrenzung der Zuzahlungsdauer für nicht der Krankenhausbehandlung vergleichbare oder an diese anschließende Maßnahmen ist nicht vorgesehen.

Derzeit ist seitens der Bundesregierung geplant, die Höhe der kalendertäglichen Zuzahlung auf 20,00 DM anzuheben.

dd. Subsidiäre Zuständigkeit der Träger der Sozialhilfe

Die Leistungen der Sozialhilfe im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind generell nur dann zu erbringen, wenn der Betroffene die Hilfe nicht von Trägern anderer Sozialleistungen erhält (§ 2 Abs. 1 BSHG). Die medizinischen Leistungen nach § 40 Abs. 1 Ziffer 1 BSHG entsprechen denjenigen, die auch die anderen Rehabilitationsträger zu erbringen haben.

2. Berufliche Rehabilitation

a. Leistungen der beruflichen Rehabilitation

Bei der beruflichen Rehabilitation wird über das zunächst angestrebte Ziel der Wiederherstellung der Gesundheit hinaus als Endziel die dauerhafte berufliche Eingliederung bzw. Wiedereingliederung des Rehabilitanden in Arbeit **mit berufsfördernden Leistungen** angestrebt (§ 29 Abs. 1 Nr. 2 SGB I, § 11 RehaAnglG).

Geeignete berufsfördernde Maßnahmen kommen erst dann in Frage, wenn feststeht, daß durch eine medizinische Rehabilitationsleistung (allein) die Erwerbsfähigkeit nicht hergestellt werden kann.

⁸⁴ Vgl. Niesel im Kasseler Kommentar, § 32 SGB VI, Rn 6.

⁸⁵ Urteil des BSG vom 14. Mai 1991, Az.: 5 RJ 78/89

⁸⁶ Abgedruckt im Kasseler Kommentar, § 32 SGB VI, Rn. 19.

⁸⁷ Höfler im Kasseler Kommentar, § 40 Rn. 34

Die berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation sollen alle Hilfen umfassen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit des Behinderten entsprechend seiner Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen (§ 11 Abs. 1 RehaAnglG).

Die §§ 11 Abs. 2 Satz 1 RehaAnglG und 29 Abs. 1 Nr. 2 SGB I zählen die berufsfördernden Maßnahmen im einzelnen beispielhaft auf.

Berufliche Rehabilitation umfaßt insbesondere:

- a.) Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich der Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme sowie Eingliederungshilfen an Arbeitgeber;
- b.) Berufsvorbereitung, einschließlich einer wegen einer Behinderung erforderlichen Grundausbildung;
- e.) berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung, einschließlich eines zur Teilnahme an diesen Maßnahmen erforderlichen schulischen Abschlusses;
- f.) sonstige Hilfen der Arbeits- und Berufsförderung, um Behinderten eine angemessene und geeignete Erwerbs- und Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Behinderte zu ermöglichen.

Zu den berufsfördernden Maßnahmen gehört nach § 11 Absatz 2 Satz 2 RehaAnglG auch die Übernahme der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Teilnahme an der Maßnahme eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts wegen Art und Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Rehabilitation notwendig ist.

Der beruflichen Wiedereingliederung kann die Umsetzung an einen anderen (behindertengerechten) Arbeitsplatz im Betrieb, die Vermittlung eines geeigneten Arbeitsplatzes in einem anderen Betrieb oder eine behindertengerechte Ausgestaltung des Arbeitsplatzes dienen. Wenn solche Maßnahmen nicht erfolgversprechend sind, ist ggf. eine Umschulung in einem Berufsförderungswerk durchzuführen.

Den Kernbereich der beruflichen Rehabilitation bilden berufliche **Anpassung, Ausbildung, Fortbildung und Umschulung**.

Die berufliche Anpassung dient vor allem dazu, Lücken im beruflichen Wissen zu schließen, oder auch dazu, eine andere Tätigkeit im erlernten Beruf ausüben zu können. Ausbildung ist jede Erstausbildung. Fortbildung dient der Erweiterung des beruflichen Wissens. Eine Umschulung hat zum Ziel, den Übergang in einen anderen Beruf zu ermöglichen.

Bei der Auswahl der berufsfördernden Maßnahmen sind **Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit(en)** des Behinderten angemessen zu berücksichtigen.

Hilfen können auch zum beruflichen Aufstieg erbracht werden (§ 11 Abs. 1 Sätze 2 und 3 RehaAnglG). Die Förderung des beruflichen Aufstiegs liegt zwar im pflichtgemäßen Ermessen des Rehabilitationsträgers. Im Einzelfall kann eine solche Förderung aber erforderlich sein, um die geringeren beruflichen Chancen des Behinderten zu erhöhen. Ist eine dauerhafte Eingliederung in Arbeit und Beruf nur über einen beruflichen Aufstieg zu erreichen, so tritt eine Ermessensreduzierung ein, die dem Rehabilitationsträger praktisch keine andere Entscheidung als die Förderung des beruflichen Aufstiegs ermöglicht⁸⁸. Wenn ein Behinderter nach einer Maßnahme der beruflichen Förderung einen angemessenen Beruf erfolgreich ausübt, so kommt

⁸⁸ Kolb, Rehabilitationsrecht, in: Sozialrechtshandbuch, hrsg. von Maydell; Jung-Preuß, Komm. zum RehaAnglG, § 11 Anm. 3.

eine Förderung des beruflichen Aufstiegs nur dann in Betracht, wenn dieser gerade behinderungsbedingt erschwert ist⁸⁹.

Die Zweckbestimmung einer möglichst dauerhaften Eingliederung in Arbeit und Beruf erfordert, daß die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt bei der Auswahl der in Betracht kommenden Leistungen berücksichtigt wird. Die nach § 5 Abs. 4 RehaAnglG obligatorisch vorgeschriebene Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit vor der Einleitung berufsfördernder Maßnahmen soll dazu dienen, daß frühzeitig Feststellungen über Notwendigkeit, Art und Umfang der Maßnahme getroffen werden. Besonders bei länger dauernden berufsfördernden Maßnahmen ist eine Prognoseentscheidung erforderlich, weil die Gefahr besteht, daß die Entscheidung für eine bestimmte Maßnahme durch die Veränderungen am Arbeitsmarkt überholt wird⁹⁰.

In der Regel beginnt die berufliche Rehabilitation mit der **Berufsfindung** und **Arbeitserprobung**. Diese sind Teil des vom Rehabilitationsträger durchzuführenden Verwaltungsverfahrens, in dem die konkrete Maßnahme für den Einzelfall ausgewählt wird.

Daran schließen dann die speziellen Maßnahmen der Anpassung, Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung an.

In besonderen Fällen kann der eigentlichen Maßnahme eine spezielle Grundausbildung vorgeschaltet werden, um auf die Anforderungen der berufsfördernden Maßnahme vorzubereiten (z.B: blindentechnische Grundausbildung, Kurs im Mundablesen für Taubstumme, Lehrgänge zur Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeit bei psychisch weniger belastbaren Rehabilitanden). In diesem Zusammenhang ist auch die Vermittlung von Allgemeinbildung als Maßnahme der beruflichen Rehabilitation zu fördern, wenn dadurch die fehlenden Voraussetzungen für das Durchlaufen einer geregelten Berufsausbildung geschaffen werden und wenn dies in enger Verflechtung mit der Vermittlung beruflichen Wissens erfolgt (z.B. im Rahmen eines Berufsvorbereitungsjahrs)⁹¹.

Nach der Rechtsprechung des BSG ist eine berufliche Ausbildung auch dann zu fördern, wenn der Rehabilitand diese ohne Behinderung ebenfalls durchlaufen müßte⁹².

Nach § 11 Abs. 3 RehaAnlG richtet sich die Dauer der berufsfördernden Maßnahmen nach den für den anerkannten Lehr- und Anlernberuf vorgeschriebenen Ausbildungszeiten, ansonsten nach der für die Berufstätigkeit notwendigen Ausbildungsdauer. Maßnahmen der Umschulung und Fortbildung sollen bei ganztägigem Unterricht i.d.R. nicht länger als 2 Jahre dauern. Eine eventuell vorgeschaltete spezielle Grundausbildung zählt von der Dauer her nicht mit. Längerdauernde Maßnahmen kommen dann in Betracht, wenn wegen Art oder Schwere der Behinderung eine Eingliederung nur über eine längerdauernde Bildungsmaßnahme zu erreichen ist. Auch wenn im Einzelfall nach Neigung, Eignung und der bisherigen Tätigkeit eine Berufsausbildung angemessen ist, für die es verkürzte zweijährige Ausbildungslehrgänge nicht gibt, ist eine längere Förderung zu gewähren⁹³. Allein ein besonderes Interesse des Behinderten an einer bestimmten Ausbildung rechtfertigt keine länger als zwei Jahre dauernde Maßnahme, wenn das Ziel der dauerhaften beruflichen Eingliederung voraussichtlich auch mit einer nach Neigung, Eignung und der bisherigen Tätigkeit angemessenen kürzeren Umschulung erreicht werden kann⁹⁴. Für die Frage der

⁸⁹ BSG in SozR 3-4100 § 56 Nr. 7.

⁹⁰ Jung-Preuß, Komm. zum RehaAnglG, § 11 Anm. 2.

⁹¹ BSG in SozR 4100 § 40 Nr. 8.

⁹² BSG in SozR 4100 § 56 Nrn. 4 u. 8; kritisch dazu Sattler, Berufsfördernde Leistungen aus der Sicht des AFG, SGB 1995, S.284,286.

⁹³ BSG in SozR 3-4100 § 56 Nr. 1, wo dies mit der durch Art. 12 GG garantierten Berufswahlfreiheit begründet wird.

⁹⁴ BSGE 46, 198,202.

Angemessenheit ist nicht nur auf die letzte Tätigkeit, sondern auf die berufliche Tätigkeit in den letzten Jahren abzustellen⁹⁵.

Das Ziel der beruflichen Eingliederung ist nicht schon mit dem erfolgreichen Abschluß einer berufsfördernden Maßnahme erreicht, sondern erst dann, wenn der Behinderte in Arbeit vermittelt worden ist⁹⁶.

Nach dem Abschluß einer Ausbildung oder Umschulung kommen spezielle Leistungen zur **Erhaltung und Förderung** eines Arbeitsplatzes einschließlich der Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsaufnahme in Betracht. Der Rehabilitationsträger kann **Zuschüsse zu den Lohnkosten** bei einer befristeten Probebeschäftigung übernehmen. Wenn ein Dauerarbeitsplatz zur Verfügung steht, können **Eingliederungszuschüsse** an den Arbeitgeber gezahlt werden. Mit ihnen soll die erste Zeit, in der Regel ein bis zwei Jahre, bis zur Erreichung der vollen Leistungsfähigkeit überbrückt werden. Die Eingliederungszuschüsse sollen 80 % des ortsüblichen Arbeitsentgelts nicht übersteigen.

Die Realisierung der beruflichen Eingliederung hängt naturgemäß von der allgemeinen Lage des Arbeitsmarktes ab, d.h., ob dort überhaupt geeignete Arbeitsplätze vorhanden sind. Eine insgesamt hohe Arbeitslosigkeit führt zu einer Konkurrenz von behinderten und nicht behinderten Arbeitnehmern um die einzelnen Arbeitsplätze, wobei festzustellen ist, daß im Zuge der wirtschaftlichen Rezession vornehmlich Arbeitsplätze abgebaut werden, die gerade für behinderte Arbeitnehmer geeignet gewesen wären⁹⁷.

b. Träger der beruflichen Rehabilitation

aa. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Entschädigung

Nach § 556 Abs. 1 Ziffer 2 RVO ist es Ziel der durch den Träger der gesetzlichen **Unfallversicherung** zu leistenden Berufshilfe, mit allen geeigneten Mitteln den durch einen Arbeitsunfall Verletzten oder von einer Berufskrankheit Betroffenen nach seiner Leistungsfähigkeit und unter Berücksichtigung seiner Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeit möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern. Der Erfolg der Berufshilfe soll dadurch gefördert werden, daß sie alsbald nach dem Unfall bzw. der Erkrankung schon während der Heilbehandlung einsetzt. Da der Träger der Unfallversicherung auch für die durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit erforderlich gewordene Akutbehandlung zuständig ist, sind die verwaltungsmäßigen Voraussetzungen für eine nahtlose Verzahnung von Akutbehandlung, medizinischer und beruflicher Rehabilitation gegeben. Die Berufshilfe findet ihren Abschluß erst dann, wenn der Verletzte an einem Arbeitsplatz untergebracht ist, an dem er seine ihm noch verbliebenen Kräfte bestmöglich einsetzen kann, oder wenn feststeht, daß durch weitere Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation keine Verbesserung der Lage erreicht werden kann.

Wenn der Betroffene durch einen Arbeitsunfall unerwartet mit der Situation konfrontiert wird, seinen bisherigen Beruf nicht mehr ausüben zu können, kommt der psychischen Betreuung ein besonderer Stellenwert zu. Dabei ist die frühzeitige Kontaktaufnahme eines Berufshelfers mit dem Betroffenen von besondere Bedeutung. Der Berufshelfer klärt noch am Krankenbett gemeinsam mit dem behandelnden Arzt und dem Versicherten ab, ob der Verletzte voraussichtlich seine bisherige Beschäftigung wieder aufnehmen kann, ob ggf. eine Weiterarbeit im bisherigen Betrieb

⁹⁵ BSGE 49,263,267.

⁹⁶ BSG in SozR 2200 § 1237 a RVO Nr. 12.

⁹⁷ Ruland, Die Rolle der Rentenversicherung in der beruflichen Rehabilitation, in Festschrift für Gitter, S.801,802.

an einem anderen Arbeitsplatz möglich sein wird und welche Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind. Dem vom Grundsatz des Schadensersatzes geprägten Recht der gesetzlichen Unfallversicherung ist am besten durch eine Wiederaufnahme des alten Berufs genüge getan, so daß die Anstrengungen primär auf dieses Ziel zu richten sind. Eine Umsetzung kommt nur auf eine gleichwertige Position in Betracht.

Im Bereich der **sozialen Entschädigung** zu erbringende Leistungen werden nach den Grundsätzen der Kriegsopferfürsorge (§§ 25-27 d BVG) erbracht. Das Ziel ergibt sich aus § 26 Abs. 1 iVm §§ 25 Abs. 2, 25 a Abs. 1 BVG. Danach sind berufsfördernde Leistungen zu erbringen, um die Folgen der erlittenen Schädigung angemessen auszugleichen und zu lindern. Die berufsfördernden Leistungen sind darauf auszurichten, dem Beschädigten den vorhandenen Arbeitsplatz zu sichern oder ihn zu befähigen, einen anderen Arbeitsplatz zu erlangen. Auch im Bereich der sozialen Entschädigung liegen die akute Heilbehandlung und die medizinische und berufliche Rehabilitation in einer Hand.

bb. Träger der Rentenversicherung

Für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation kommt eine Zuständigkeit der Krankenversicherung nicht in Frage. Da aber auch die Träger der Krankenversicherung verpflichtet sind, die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen sicherzustellen (vgl. § 112 Abs. 2 Ziffer 5 SGB V), ist von diesen bei erkennbarem Bedarf über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation aufzuklären und auf eine entsprechende Antragstellung hinzuwirken.

Grundsätzlich sind für die Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation die **Träger der Rentenversicherung** vorrangig zuständig, weil § 57 AFG nur eine subsidiäre Zuständigkeit der Bundesanstalt für Arbeit begründet. Dies wird allerdings dadurch relativiert, daß die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation von Trägern der Rentenversicherung nur bei Vorliegen einschränkender versicherungsrechtlicher Voraussetzungen gewährt werden. Der Rentenversicherungsträger ist nur noch zuständig, wenn der Versicherte entweder eine Wartezeit von 15 Versicherungsjahren erfüllt oder eine Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit bezieht.

Seit dem 1. Januar 1993 werden berufsfördernde Leistungen an Versicherte von der Rentenversicherung auch erbracht, wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsunfähigkeit zu leisten wäre (d.h. wenn der Rentenanspruch unmittelbar droht und durch die berufsfördernde Leistung voraussichtlich abgewendet oder hinausgeschoben werden kann) oder wenn die Berufsförderung unmittelbar im Anschluß an medizinische Leistungen des Trägers der Rentenversicherung erforderlich ist (§ 11 Abs. 2 a Ziffern 1 u. 2 SGB VI). Damit findet zumindest eine Annäherung an den in § 5 Abs. 2 RehaAnglG formulierten Grundsatz statt, daß jeder Träger im Rahmen seiner Zuständigkeit die im Einzelfall erforderlichen Leistungen so vollständig und umfassend zu erbringen hat, daß Leistungen eines anderen Trägers nicht erforderlich werden.

Auch bei der beruflichen Rehabilitation ist nach § 10 SGB VI Grundvoraussetzung für den Anspruch gegen den Rentenversicherungsträger, daß der Versicherte infolge seiner Behinderung in seiner beruflichen Stellung zumindest bedroht ist. Erleidet dagegen ein Behinderter berufliche Nachteile wegen struktureller Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt, so begründet dies grundsätzlich keine Ansprüche auf Leistungen zur beruflichen Rehabilitation. In diesem Fall können Maßnahmen zur allgemeinen beruflichen Bildung nach §§ 33 ff. AFG in Betracht kommen. Häufiger wird allerdings davon auszugehen sein, daß die berufliche Stellung des Versicherten sowohl infolge der Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt als auch infolge der Behinderung bedroht ist. Zumindest dann sind die Voraussetzungen für berufliche Rehabilitation zu bejahen, wenn die Bedrohung wesentlich auf die Behinderung zurückzuführen ist.

cc. Bundesanstalt für Arbeit

Ist der Träger der Rentenversicherung bei Fehlen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht für die Erbringung von berufsfördernden Leistungen zuständig, kommt die Zuständigkeit der **Bundesanstalt für Arbeit (BA)** nach dem AFG in Frage. Die vorrangige Leistungspflicht der Rentenversicherungsträger hat zur Folge, daß die BA vornehmlich Leistungen an jüngere Behinderte erbringt. Das AFG regelt die berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation in §§ 56 ff. AFG als Unterfall der beruflichen Bildung nach §§ 33 ff. AFG. Es knüpft mit spezifischen Modifikationen an die allgemeinen Vorschriften an.

Für die Gewährung von Leistungen wird in § 56 AFG nicht an vorherige Beitragsleistungen angeknüpft. Abhängig von vorheriger Beitragszahlung ist aber das als ergänzende Leistung gewährte Übergangsgeld nach § 59 AFG.

Die berufliche Rehabilitation nach dem AFG umfaßt nicht nur bestimmte Bildungsmaßnahmen, sondern alle Maßnahmen, die erforderlich sind, um eine Eingliederung ins Erwerbsleben zu erreichen.

Die berufsfördernden Maßnahmen entsprechen in etwa denen der Rentenversicherung. Durch die Anordnung des Verwaltungsrats des BA über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter (A Reha) vom 31.7.1975 in der Fassung der Bekanntmachung vom 16.3.1994⁹⁸ sind die einzelnen Förderungsinhalte und

-voraussetzungen präzisiert worden. Diese detaillierten Regelungen haben in gewisser Weise einen Modellcharakter auch für die Leistungserbringung durch die anderen Träger der beruflichen Rehabilitation⁹⁹.

Unabhängig von ihrer Zuständigkeit für die Leistungsgewährung ist die BA nach § 5 Abs. 4 RehaAnglG von allen Rehabilitationsträgern bei der Einleitung berufsfördernder Maßnahmen zu beteiligen.

In den Fällen, in denen der Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation mit dem Ziel der beruflichen Eingliederung und die BA für die berufsfördernden Maßnahmen zuständig ist, ist eine besonders enge Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger erforderlich. Bereits während der Phase der medizinischen Rehabilitation müssen Informationen über die Arten und die Möglichkeiten der berufsfördernden Leistungen gegeben und berufliche Belastungserprobungen durchgeführt werden. Nur durch eine besonders intensive Koordination können den Rehabilitationserfolg beeinträchtigende Verzögerungen beim Übergang zwischen den einzelnen Maßnahmen vermeiden werden, wenn im Anschluß an medizinische Rehabilitationsmaßnahme noch berufsfördernde Maßnahmen notwendig sind¹⁰⁰.

ee. Subsidiäre Zuständigkeit der Sozialhilfeträger

Die von den Trägern der Sozialhilfe zu gewährenden schulischen und berufsfördernden Maßnahmen werden in den §§ 12-14,17 der EinglVO aufgeführt. Wegen des Vorrangs der Leistungen nach dem AFG und der individuellen Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz kommt diesem Bereich keine große praktische Bedeutung zu.

Wenn zu erwarten ist, daß durch eine Vermittlung schulischen Wissens eine Eingliederung in die Gesellschaft erreicht werden kann, ist diese vor bzw. begleitend zu berufsfördernden Maßnahmen zu fördern. Die Ausbildung für einen Beruf ist vorrangig anzustreben.

Kommt wegen Art und Schwere der Behinderung eine Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht in Betracht, soll nach Möglichkeit Gelegenheit zur Ausübung einer der Behinderung entsprechenden Beschäftigung z.B. im Rahmen der **Werkstätten für Behinderte (WfB)** gegeben werden (§ 40 Abs. 2 BSHG). Die Finanzierung des Bereichs der WfB ist praktisch die Hauptaufgabe der Sozialhilfe im Bereich der beruflichen Rehabilitation¹⁰¹.

Die **Hilfe zur Fortbildung und Umschulung** setzt voraus, daß infolge der Behinderung die Ausübung der bisherigen oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit nicht oder nur unvollkommen möglich ist.

⁹⁸ Abgedruckt bei Jung-Preuß, Rechtsgrundlagen der Rehabilitation, Nr. 91.

⁹⁹ Mrozynski, Rehabilitationsrecht, Rn. 418.

¹⁰⁰ Vgl. die Aufsätze von Hartschuh und Hackhausen, Probleme beim Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation, Der Medizinische Sachverständige 1995, S. 83 ff. und 91ff.

¹⁰¹ Sattler, Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation aus der Sicht des AFG, SGB 1995, S. 284.

3. Ergänzende Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation

Nach den Bedürfnissen des Einzelfalls sind von den zuständigen Trägern neben den Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation jeweils ergänzende Leistungen zu erbringen. Die ergänzenden Leistungen als Nebenleistungen sollen die Durchführung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation erleichtern und ggf. erst ermöglichen. Sie sollen verhindern, daß dem Rehabilitanden durch die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme Nachteile entstehen.

Als ergänzende Leistungen sind in den §§ 12 RehaAnglG und § 29 Abs. 1 Nr. 4 SGB aufgeführt:

- a.) Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld;
- b.) Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie zur Bundesanstalt für Arbeit;
- c.) Übernahme der erforderlichen Kosten, die mit einer berufsfördernden Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgerät sowie Ausbildungszuschüsse an Arbeitgeber, wenn die Maßnahme im Betrieb durchgeführt wird;
- d.) Übernahme der erforderlichen Reisekosten, auch für Familienheimfahrten;
- e.) Behindertensport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung;
- f.) Haushaltshilfe, wenn der Behinderte wegen der Teilnahme an einer Maßnahme zur Rehabilitation außerhalb des eigenen Haushalts untergebracht ist und ihm aus diesem Grunde die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und im Haushalt ein Kind lebt, das das achte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist;
- g.) (weitere) sonstige Leistungen.

Die praktisch wichtigste Leistung ist das je nach Träger unterschiedlich bezeichnete Kranken-, Versorgungs-, Verletzten- oder Übergangsgeld, das während der Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen gewährt wird.

Dem Grundsatz nach handelt es sich bei dem Übergangsgeld um eine dem Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung nachgebildete Lohnersatzleistung. Die Leistungssätze sind bei den einzelnen Trägern unterschiedlich.

Wichtig ist auch die Kraftfahrzeughilfe¹⁰², die gesondert in der **Kraftfahrzeughilfeverordnung** geregelt ist. Die Kraftfahrzeughilfe umfaßt die Beschaffung eines Kfz. und die behinderungsgerechte Zusatzausstattung sowie Leistungen zur Erlangung der Fahrerlaubnis. Persönliche Leistungsvoraussetzung ist, daß der Behinderte auf die Benutzung eines Kfz. angewiesen ist, um seinen Arbeits- oder Ausbildungsplatz oder den Ort einer sonstigen Maßnahme der beruflichen Rehabilitation zu erreichen. Die Leistungen der Kraftfahrzeughilfe sind überwiegend auf Zuschüsse beschränkt.

4. Soziale Rehabilitation

¹⁰² Das BSG meint, für die rechtliche Qualifikation der Kraftfahrzeughilfe sei darauf abzustellen, zu welchem Zweck das anzuschaffende Fahrzeug benötigt werde. Es könne sich um eine berufsfördernde Leistung handeln (BSGE 50, 33,35).

Der Begriff der sozialen Rehabilitation ist nicht eindeutig definiert. Denn die medizinische und die berufliche Rehabilitation ist immer auch unter dem Aspekt der umfassenden Eingliederung in die Gesellschaft zu sehen, so daß soziale Rehabilitation mit beinhaltet ist.

Die nicht von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation erfaßten Hilfen zur allgemeinen Eingliederung können begrifflich als Leistungen der sozialen Rehabilitation erfaßt werden.

§ 29 Abs. 1 Nr. 3 SGB I zählt als Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung beispielhaft folgende auf:

Hilfen

- a.) zur Entwicklung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten vor Beginn der Schulpflicht;
- b.) zur angemessenen Schulausbildung einschließlich der Vorbereitung hierzu;
- c.) für Behinderte, die nur praktisch bildbar sind, zur Ermöglichung einer Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft;
- d.) zur Ausübung einer angemessenen Tätigkeit, soweit berufsfördernde Leistungen nicht möglich sind;
- e.) zur Ermöglichung und Erleichterung der Verständigung mit der Umwelt;
- f.) zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Beweglichkeit sowie des seelischen Gleichgewichts;
- g.) zur Ermöglichung und Erleichterung der Besorgung des Haushalts;
- h.) zur Verbesserung der wohnungsmäßigen Unterbringung;
- i.) zur Freizeitgestaltung und zur sonstigen Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben.

Die Aufzählung der Leistungen in § 29 Abs. 1 Nr. 3 SGB I läßt erkennen, daß der Gesetzgeber sich dabei an den Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 40 BSHG orientiert hat.

Im Bereich der Sozialhilfe haben die Leistungen zur sozialen Rehabilitation entsprechend dem umfassenden Rehabilitationsauftrag des § 39 Abs. 3 BSHG auch einen besonderen Stellenwert. Es gibt Gruppen von behinderten Menschen, bei denen der Schwerpunkt bei der Hilfe zur sozialen Eingliederung liegt. Dies ist z.B. bei geistig behinderten Menschen, bei psychisch behinderten Menschen und bei schwer körperbehinderten Menschen mit hoher Hilfebedürftigkeit und Pflegeabhängigkeit der Fall. Bei diesen Personen ist eine Eingliederung in das Arbeitsleben nicht oder nicht mehr möglich. Soweit die Behinderung nicht auf einem entschädigungspflichtigen Ereignis beruht, das die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung oder eines Trägers der sozialen Entschädigung begründet, werden im Falle der Bedürftigkeit die Hilfen zur allgemeinen sozialen Eingliederung von den Trägern der Sozialhilfe erbracht.

Auch Behinderte, die Ansprüche auf medizinische oder berufliche Rehabilitation gegenüber einem Träger der Kranken- oder Rentenversicherung oder nach dem AFG haben, können weitergehend Ansprüche auf notwendige Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung (etwa die behindertengerechte Ausstattung der Wohnung) im Rahmen der Sozialhilfe haben.

Art und Umfang der Leistungen sind im einzelnen vor allem in der VO nach § 47 BSHG (Eingliederungs-VO) beschrieben.

5. Verweis auf das Schwerbehindertenrecht

Das Schwerbehindertenrecht gewährt dem von ihm erfaßten Personenkreis zum Ausgleich der durch die Schwerbehinderung bedingten Nachteile eine Reihe von Vergünstigungen. Die Bereiche des Schwerbehindertenrechts überschneiden sich teilweise mit denen des Rehabilitationsrechts.

Das gilt besonders für die nach § 31 SchwbG zu gewährenden Hilfen im Arbeits- und Berufsleben.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf den Beitrag im HAS unter § 14 B. Schwerbehindertenschutz verwiesen.

V. Rehabilitationsleistungen und Recht der Europäischen Union

Obwohl Sozialpolitik und Sozialrecht keine hohe Priorität auf inter- und supranationalen Tagesordnungen haben, spielt die „soziale Dimension“ seit der Einheitlichen Europäischen Akte (1987) und dem Europäischen Unionsvertrag (1992) eine wachsende Rolle auf dem „vollendeten Binnenmarkt“. Mit vorrangigem Gemeinschaftsrecht könnte der deutsche sozialrechtliche Grundsatz kollidieren, wonach Rehabilitationsleistungen prinzipiell nur im Inland durchgeführt werden. Nur ausnahmsweise dürfen Heilbehandlungen im Ausland gewährt werden. Die Vorschriften hierfür sind in der Renten- und in der Krankenversicherung verschieden¹⁰³. In der Rentenversicherung wird das Territorialitätsprinzip gemäß § 14 SGB VI insofern durchbrochen, als eine Heilbehandlung im Ausland besseren Erfolg verspricht, eine dahingehende gutachterliche Äußerung des VDR und eine Genehmigung der Aufsichtsbehörde vorliegen. Ähnlich restriktiv werden Krankenbehandlungen im Ausland übernommen; Voraussetzung ist, daß eine gute, d. h. dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung praktisch nur im Ausland möglich ist¹⁰⁴.

Eine Prüfung in Betracht zu ziehender supranationaler Kollisionsregelungen gegenüber dem Territorialitätsgrundsatz erstreckt sich auf die Abstimmung der Sozialordnungen der Mitgliedstaaten (Art. 117 EG-V), auf die soziale Sicherheit von Wanderarbeitnehmern (Art. 51 EG-V i.V.m. der EG-Verordnung 1408/71), auf die Dienstleistungsfreiheit (Art. 59 ff. EG-V) sowie auf das Verbot staatlicher Beihilfen (Art. 92 ff. EG-V). Berücksichtigt man die spezielle Kollisionsnorm in § 111 SGB VI für Wanderarbeitnehmer und die Rechtsprechung des EuGH¹⁰⁵ ergibt sich keine zwingende Gemeinschaftsnorm, die den inländischen Leistungsvorrang in der Renten- und Krankenversicherung ausschliesse oder einschränkte. Weder wird die Freizügigkeit der Arbeitnehmer in unzulässiger Weise beschnitten, noch sind Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit von Klinikbetreibern tangiert. (Pflicht-) Versicherte gelten ihrerseits nicht als Nachfrager am Markt. Die Versicherungsträger verfolgen als juristische Personen des öffentlichen Rechts keine Erwerbszwecke und können sich deshalb nicht auf Art. 59 EG-V berufen. Schließlich greift auch das Beihilfeverbot nicht, so daß nach gegenwärtigem Stand kein EU-Rechtsverstoß in deutsches Rehabilitationsrecht auszumachen ist.

¹⁰³ Vgl. hierzu und zum folgenden B.-R. Zabre, Rehabilitationsleistungen durch die deutsche Rentenversicherung und EG-Binnenmarkt, DAngVers 1993, S. 285-291.

¹⁰⁴ §§ 18, 11 Abs. 2 SGB V. Weitere Voraussetzungen sind eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst, § 275 Abs. 2 Nr. 3 SGB V, und ein Versorgungsvertrag zwischen der Krankenkasse und der ausländischen Rehabilitationseinrichtung, § 40 Abs. 2 i.V.m. § 111 Abs. 1 SGB V.

¹⁰⁵ Nachweise bei Zabre, aaO, S. 288 ff.

Literatur:

- Dohmen, Marianne, Jochheim, Kurt-Alphons, Wieland, Hans Rehabilitation
in: Handbuch zur Humanisierung der Arbeit, Band II,
hrsg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, 1985
- v. Engelhardt, Dietrich 100 Jahre Rehabilitation,
in: Deutsche Rentenversicherung (DRV) 1990, S. 572 - 588
- Elsner, Werner und Pelikan, Wolfgang Rehabilitationsangleichungsgesetz, Kommentar, 1977
- Estelmann, Martin Reha-Angleichung
in: Handbuch zum Sozialrecht, hrsg. von Werner Hennig
- Fichte, Wolfgang Rehabilitationsvorrang im SGB VI
in: Die Sozialgerichtsbarkeit (Sgb) 1990, S. 269-277
- Hackhausen, W. Rehabilitation - Probleme beim Übergang von der medizinischen zur beruflichen
Aspekte der Begutachtung für die
Rentenversicherung
in: Der medizinische Sachverständige (Med Sach) 1991, S. 91-
94
- Haines, Hartmut Eingliederung Behinderter
in: Übersicht über das Sozialrecht, 3. Aufl., 1995,
hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
- Hartschuh, U. Rehabilitation - ...juristische Aspekte Probleme beim Übergang von der medizinischen zur beruflichen
in: Der medizinische Sachverständige (Med Sach) 1991,
S. 83-87
- Jung, K. und Preuß, B. Rehabilitation - Die Angleichung von Leistungen,
2. Aufl., 1975
- Jung, K. und Preuß, B. Rechtsgrundlagen der Rehabilitation - Sammlung des
gesamten Rehabilitationsrechts - Loseblattsammlung
- Kolb, Rudolf A. Rehabilitationsrecht
in: Sozialrechtshandbuch, hrsg. von Bernd Baron von Maydell,
1988
- Kolb, Rudolf A. und Seidel, Ehrentraud Rehabilitationsrecht,
Kommentar, 1985

Mrozynski, Peter

Rehabilitationsrecht, 3. Auflage, 1992

- Reimann, Axel Einordnung des Rehabilitations- und
Schwerbehindertenrechts in das Sozialgesetzbuch
in: Die Angestelltenversicherung (DAngVers) 1994, S. 53-62
- Riehemann, W. und
F.A. Was Ärzte von der Rehabilitation halten - eine empirische Muthny
Untersuchung mit Rheumatologen
in: Die Rehabilitation 1995, S. 154 - 160
- Ruland, Franz Die Rolle der Rentenversicherung in der beruflichen
Rehabilitation
in: Festschrift für Wolfgang Gitter, 1995
- Sattler, Ulrich Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation aus der Sicht des
Arbeitsförderungsgesetzes (AFG) des
in: Die Sozialgerichtsbarkeit (Sgb) 1995, S. 284-288
- Schaub, Eberhard Die berufliche Rehabilitation in Aufgabenbereich der
gesetzlichen Rentenversicherung
in: Deutsche Rentenversicherung (DRV) 1995, S. 39 -53
- Schaub, Eberhard und
Schiehe, Ferdinand Neue Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation
in: Deutsche Rentenversicherung (DRV) 1995, S. 401 - 412
- Schriftenreihe des
Deutschen Sozialrechts-
verband e.V.- Band 37 Kodifikation des Rehabilitationsrecht
- Sieber, Gerhard Die Indikationsstellung zur medizinischen Rehabilitation:
Zusammenwirken von behandelndem Arzt und sozial-
medizinischem Dienst
in: Mitteilungen der LVA Württemberg 1995, S. 398 - 400
- Zabre, Bernd-Rainer Rehabilitationsleistungen durch die deutsche
Rentenversicherung und EG-Binnenmarkt
in: Die Angestelltenversicherung (DAngVers) 1993, S. 285-
291