

Die Bedeutung des SGB IX für die psychiatrische Versorgung

Peter Mrozynski

Durch das neue SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) werden neue Vorschriften insbesondere für die Kooperation der Leistungsträger und die Koordination von Rehabilitationsleistungen geschaffen. Eine Vereinheitlichung der Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger erfolgt aber nur ansatzweise, da die Leistungsvoraussetzungen sich weiterhin aus den einzelnen Teilen des Sozialgesetzbuches ergeben. Allerdings wurde in einigen Bereichen des Rehabilitationsrechts der Leistungskatalog den Vorschriften des SGB IX angeglichen. Der Beitrag gibt einen Überblick über die allgemeinen Regelungen des SGB IX sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben sowie der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft unter besonderer Berücksichtigung der psychiatrischen Versorgung. Auch wenn sich in den einzelnen Rehabilitationsbereichen Leistungsverbesserungen ergeben, kann der Bereich des Betreuten Wohnens von den Neuregelungen des SGB IX nicht profitieren. Die Möglichkeit einer Komplexleistung wird nur für die Früherkennung und Frühförderung geschaffen.

Schlüsselwörter: Vereinheitlichung von Rehabilitationsleistungen, Koordination und Kooperation, psychiatrische Versorgung

The Importance of vol. IX of the German Welfare Code for Psychiatric Care

The recently enacted Welfare Code IX on rehabilitation and participation of the disabled contains provisions for the cooperation of the different authorities for welfare services and for the coordination of these services. An integration of services, however, has been achieved only rudimentally, as their legal prerequisites remain regulated in the different parts of the Welfare Code. Some of them have now become adapted to the catalogue of services regulated in Welfare Code IX. The article gives a survey over the general principles of Welfare Code IX, over its services for medical rehabilitation, for employment and for general participation in society with emphasis on psychiatric care. In some areas of rehabilitation services have been improved, but, alas, not with regard to free living in an apartment with the help and care of a welfare officer. Integrated social services are still only provided for early diagnosis and early support.

Key words: Integration of social services for rehabilitation, coordination of services, cooperation of welfare authorities, psychiatric care

Das Neunte Buch über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen ist am 1.7.2001 in Kraft getreten. Wenn man auch nicht in Zweifel ziehen kann, dass dieses Gesetz eine Reihe von Verbesserungen gebracht hat, so muss man doch sagen, dass es weit hinter den Ankündigungen zurückgeblieben ist. So wird im Allgemeinen Teil der Materialien ausgeführt, das SGB IX errichte eine gemeinsame Plattform, auf der durch Koordination, Kooperation und Konvergenz ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik geschaffen werden können.¹ In der Begründung zu § 10 SGB IX wird es als Anliegen der Reform bezeichnet, »dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht der leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger ›wie aus einer Hand‹ erscheinen«. Dies wird in der Begründung zu § 13 SGB IX noch einmal wiederholt.²

Aufbau des Gesetzes

Das Gesetz ist wie folgt gegliedert: Die §§ 1–67 SGB IX bilden den Teil 1, den eigentlichen Komplex der Rehabilitation und Teilhabe. Dabei wird das Verhältnis zu den anderen Büchern des Sozialgesetzbuches auf der Grundlage des § 7 SGB IX im Sinne eines Vorbehalts der Regelungen in diesen anderen Büchern vor dem SGB IX geregelt. Die §§ 68–160 SGB IX über-

nehmen das Schwerbehindertenrecht in das SGB IX. Der auf der Basis der Sozialversicherung vor allem interessierende Komplex der Rehabilitation und Teilhabe ist in den §§ 1–67 SGB IX wie folgt gegliedert: In § 1 SGB IX wird eine allgemeine Regelung über Selbstbestimmung und Teilhabe getroffen, mit der der Gesetzgeber seine Regelungsabsicht zum Ausdruck bringt. Sie kann auch die Ermessensausübung in eine bestimmte Richtung lenken und die Verwaltungspraxis allgemein beeinflussen.³ Regelungen von allgemeinem Charakter werden auch in den §§ 3 und 8 SGB IX getroffen. Sie begründen einen Vorrang von Prävention und Rehabilitation. An verschiedenen Stellen des Gesetzes (§ 1 Satz 2, 19 Abs. 1 Satz 3, 33 Abs. 2 SGB IX) erwähnt das Gesetz die Bedürfnisse und Interessen behinderter Frauen. Sie bestehen nicht nur im Verhältnis zu nichtbehinderten Frauen, sondern auch im Verhältnis zu behinderten Männern.

In den §§ 9–16 SGB IX trifft der Gesetzgeber Regelungen, die ihren Schwerpunkt im Verwaltungsverfahren haben. Daran schließen die §§ 17–21 SGB IX über die Ausführung der Leistungen an, die auch die Qualitätssicherung (§ 20 SGB IX) und

1 BT-Drs. 14/5074 S. 92.

2 BT-Drs. 14/5074 S. 101.

3 Vgl. BSG 48 S. 190; BSG 51 S. 95.

das Verhältnis zu den Leistungserbringern (§ 21 SGB IX) regeln. Die Vorschriften über die Servicestellen (§§ 22–25 SGB IX) runden den organisatorischen und verfahrensrechtlichen Teil ab. In den §§ 26–59 SGB IX wird der Schwerpunkt des Gesetzes, das Leistungsrecht, in seinen allgemeinen Grundlagen geregelt. Die abschließenden Vorschriften über Sicherung und Koordinierung der Teilhabe (§§ 60–67 SGB IX) enthalten auch eine Regelung über den Rechtsschutz, der als Klagerecht der Verbände bezeichnet wird. In § 63 SGB IX wird jedoch lediglich die Möglichkeit einer Prozessstandschaft eines Verbandes zugunsten behinderter Menschen geregelt. Im Folgenden bleibt das Schwerbehindertenrecht ausgeklammert.

a) Begriff der Behinderung

Die Annahme einer Behinderung setzt auf einer ersten Stufe voraus, dass entweder die körperliche Funktion oder die geistige Fähigkeit beeinträchtigt ist. In der psychiatrischen Versorgung hatte man damit schon immer Schwierigkeiten. Sie werden auch weiterhin bestehen. Der Gesetzgeber hat jetzt eine Lösung gefunden, die eine systemgerechte Einordnung der seelischen Behinderung ermöglicht. In § 2 Abs. 1 SGB IX stellt er neben die Begriffe körperliche Funktion und geistige Fähigkeit den Begriff der seelischen Gesundheit. Er meint damit aber nur das erste Glied im Krankheitsbegriff, also einen Zustand im seelischen Bereich, der der Funktionsstörung entspricht. Der Vorteil besteht darin, dass eine seelische Behinderung auf der ersten Stufe zwar ärztlich diagnostiziert werden muss. Für ihre Annahme wird aber nicht vorausgesetzt, dass in jedem Falle auch eine ärztlich verantwortete Intervention erforderlich ist. Es genügt nach dem Wortlaut des § 2 Abs. 1 SGB IX nämlich, dass infolge der erwähnten Zustände im körperlichen, geistigen oder seelischen Bereich die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Dies ist keine medizinische Frage. In § 2 Abs. 2 und 3 SGB IX werden ergänzende Regelungen zur Schwerbehinderung und zur Gleichstellung getroffen.

b) Grundlagen des Leistungsrechts und Vorbehalt abweichender Regelungen

In den §§ 4–6 SGB IX macht das Gesetz Grundaussagen zu den Leistungen zur Teilhabe, gliedert sie in Leistungsgruppen und bestimmt die Rehabilitationsträger unter Einschluss der Jugend- und Sozialhilfe. Hier hätte der Gesetzgeber den Versuch machen müssen, zumindest den äußeren organisatorischen Aufbau der Rehabilitation zu regeln. Das hätte durch eine allgemeine Zuordnung der Aufgaben und Leistungen zu den einzelnen Rehabilitationsträgern geschehen müssen. Man hat sich jedoch auf schlichte Aufzählungen beschränkt.

Als wichtigste Vorschrift, in der das Gegenteil zu der, nur von der Politik postulierten einheitlichen Plattform, geregelt wird, ist § 7 SGB IX anzusehen. In § 7 Satz 1 SGB IX wird bestimmt, dass die Regelungen des Neunten Buches nur gelten, soweit sich aus den jeweiligen Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die einschränkende Regelung des § 7 Satz 1 SGB IX wird noch durch einen Satz 2 ergänzt. Danach richten sich die Zuständigkeit und die Leistungsvoraussetzungen ausschließlich nach den Besonderen Teilen des Sozialgesetzbuches.

Zu den Leistungsvoraussetzungen und zur Zuständigkeit regelt das Neunte Buch also nichts. Im Übrigen muss in der praktischen Arbeit also immer zunächst eine Regelung des Neunten Buches aufgesucht werden. In einem zweiten Schritt ist die entsprechende Norm in einem der Leistungsgesetze aufzufinden und auszulegen. Ergibt sich dabei, dass die Norm keine

vom SGB IX abweichende Regelung trifft, kann die Vorschrift des Neunten Buches Anwendung finden. Das ist dann aber weitgehend überflüssig, weil ja bereits die Norm des jeweiligen Leistungsgesetzes eine sinnentsprechende Regelung trifft. In der sozialpolitischen Konsequenz ist das nicht so negativ, wie es im systematischen Zusammenhang erscheint. Im Zusammenhang mit dem Neunten Buch hat der Gesetzgeber nämlich eine Reihe von Vorschriften der Besonderen Teile an den Stand des Leistungsrechts der §§ 26 ff. SGB IX angepasst. Die Vorgehensweise des Gesetzgebers lässt sich am besten am Beispiel der Krankenversicherung erläutern. In der Neufassung der Grundlagenregelung über die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation, des § 11 Abs. 2 SGB V heißt es jetzt in dem dortigen Satz 3: »Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.« Das heißt also, die Krankenkasse erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ 17 ff. und 26 ff. SGB IX, soweit sich nicht aus den Bestimmungen für die Krankenversicherung etwas anderes ergibt.

In den anderen Leistungsgesetzen finden sich Regelungen, die denen des § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V in unterschiedlichem Ausmaß entsprechen. So verweist § 109 Abs. 1 SGB III auf einzelne, aber keineswegs alle Vorschriften über die Teilhabe am Arbeitsleben. Insbesondere die Leistungen an Arbeitgeber (§ 34 SGB IX) werden im Arbeitsförderungsrecht weiterhin nach eigenen Grundsätzen geregelt (§§ 217 ff. SGB III). Für die Rentenversicherung nehmen die §§ 15 Abs. 1 und 16 SGB VI eine weitgehende Angleichung an das Neunte Buch vor. Für die Sozialhilfe wird deren Eigenständigkeit gleich zweimal geregelt. In § 39 Abs. 4 BSHG wird der Grundsatz des § 7 Satz 1 SGB IX wiederholt. In § 40 Abs. 1 Satz 2 BSHG wird der Vorbehalt des Leistungsgesetzes komplettiert. Danach entsprechen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation denen der Krankenversicherung und diejenigen zur Teilhabe am Arbeitsleben denen der Bundesanstalt für Arbeit. Mittelbar wird damit über die §§ 109 Abs. 1 SGB III und 10 Abs. 2 Satz 3 SGB V, mit den dort genannten Einschränkungen auf das Neunte Buch verwiesen. Diese Verweiskette hat noch eine weitere Konsequenz. Traditionellerweise ist der Leistungskatalog des § 40 BSHG ein offener Katalog (»vor allem«). Infolge der Regelung des § 40 Abs. 1 Satz 2 BSHG werden aber die Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation auf das Spektrum der Krankenversicherung und der Arbeitsförderung festgelegt. Die Möglichkeit, dass in der Sozialhilfe die eine oder die andere Leistung immer noch ausgeweitet werden konnte, besteht nun nicht mehr. Soweit § 40 Abs. 1 Satz 2 BSHG nicht anwendbar ist, bleibt der Katalog des § 40 BSHG aber geöffnet.

c) Koordinierung der Leistungen

Beim Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX) ergeben sich Neuerungen nur im Zusammenhang mit dem persönlichen Budget. In den §§ 10–13 SGB IX werden Grundlagenregelungen über die Koordinierung der Leistungen (§§ 10, 11 SGB IX) und die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger (§§ 12, 13 SGB IX) getroffen. Bereits in § 10 Abs. 1 SGB IX entwickelt der Gesetzgeber ein Verständnis der Zusammenarbeit, mit dem er über das bisherige Recht nicht hinausgeht. Der Rehabilitationsträger, der auf der Grundlage des § 14 SGB IX leistet, ist verantwortlich dafür, dass im Falle einer Zuständigkeit mehrerer Träger diese im Benehmen miteinander die erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Das »Benehmen« ist aber kein »Ein-

vernehmen«. Vor dem Hintergrund dieser Gesetzeslage wird ersichtlich, dass eine integrierte Erbringung von Leistungen nicht möglich ist. Nur in einem Falle, der Regelung über die Sozialpädiatrischen Zentren in § 30 SGB IX, hat sich der Gesetzgeber dazu entschlossen, eine Leistungsintegration im Sinne einer Komplexleistung einzuführen. Immerhin kennen die §§ 10 und 11 SGB IX Ansätze für eine bessere Koordination. So ist nach § 11 SGB IX bei der Einleitung medizinischer Maßnahmen zu prüfen, ob auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind. Nach den Grundsätzen des § 38 SGB IX wird die Bundesanstalt für Arbeit beteiligt. Darüber hinaus gewährleisten die Rehabilitationsträger, dass das Rehabilitationsverfahren bedarfsgerecht durchgeführt wird (§ 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX). Damit wird im Ansatz eine gemeinsame Verantwortung der Rehabilitationsträger begründet.⁴

In den §§ 12 und 13 SGB IX werden wichtige Bereiche geregelt, die in der Praxis Gegenstand einer Kooperation sein sollten. Allerdings sind die in § 12 Abs. 1 Ziff. 2 und 4 SGB IX begründeten Aufgaben schwer zu erfüllen. Eine einvernehmliche Klärung von Abgrenzungsfragen unter den Rehabilitationsträgern erfolgt in der Praxis häufig nicht, sondern führt immer wieder zu gerichtlichen Auseinandersetzungen.⁵ Ein besonderes Kapitel stellen die gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX dar. In der Fassung der Referenten-Entwurfs vom 20.10.2000 lautete § 13 Abs. 1 noch, »Die Rehabilitationsträger ... schließen ... Vereinbarungen ab«. Damit war klar geregelt, dass die Koordination in Form eines öffentlich-rechtlichen Vertrages erfolgen sollte. Im früheren Gesetz über die Angleichung von Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) hatte der Gesetzgeber das Institut der Gesamtvereinbarungen entwickelt, an das die Entwurfsfassung zunächst anknüpfen wollte. Aber schon damals hatte die Praxis dieses Institut durch die sog. Empfehlungsvereinbarung weitgehend ersetzt. Dieser Vereinbarung fehlte die Rechtsverbindlichkeit. Sie enthielt lediglich Empfehlungen, mit denen man allerdings zum Teil gut arbeiten konnte. Der Gesetzgeber hat nun diese Entwicklung übernommen und damit gegenüber der Fassung durch den Referenten-Entwurf auch auf eine Verbindlichkeit der Absprachen verzichtet. Das erleichtert es einerseits den Rehabilitationsträgern, Empfehlungsvereinbarungen zu schließen. Andererseits machen sie aber auch wenig Sinn, wenn sie keinen verpflichtenden Charakter haben.

c) Zuständigkeitsklärung

Auch mit der jetzt eingeführten Zuständigkeitsklärung dürfte eine Lösung der Probleme des gegliederten Systems nicht erreicht worden sein. Allgemein ist die Antragstellung, auch soweit sie beim unzuständigen Träger erfolgt, in § 16 SGB I geregelt. Dessen Grundsätze wurden durch § 14 SGB IX ergänzt, aber nicht ausgeschlossen. Die Pflicht zur unverzüglichen Weiterleitung wurde in § 14 Abs. 1 SGB IX dahingehend konkretisiert, dass dem Rehabilitationsträger nur zwei Wochen nach Antragseingang zur Verfügung stehen, um eine Entscheidung über seine Zuständigkeit zu treffen. Für den Fall, dass eine Weiterleitung des Antrags nicht erfolgt, regelt § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX, dass der Rehabilitationsbedarf unverzüglich festgestellt wird. Der Rehabilitationsträger, der nicht weitergeleitet hat, kann natürlich in der Sache auch eine ablehnende Entscheidung treffen. Dies kann er, da er noch nicht geleistet hat, selbst dann tun, wenn er bei der nachfolgenden Prüfung entgegen seiner früheren Auffassung zu dem Ergebnis gelangt, nicht zuständig zu sein. Eine für alle Fälle eindeutige Frist zur Feststel-

lung des Rehabilitationsbedarfs hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen. Ist allerdings für diese Feststellung ein Gutachten nicht erforderlich, so ist innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Im Gesamtzusammenhang der Fristen regelt also § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX die Feststellung der Zuständigkeit und § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs.

Wird der Antrag weitergeleitet, so gilt die in § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX genannte Frist für den Rehabilitationsträger, an den weitergeleitet worden ist. Ergänzend hierzu regelt § 14 Abs. 2 Satz 3 HS 2 SGB IX, dass diese Frist erst mit Eingang des Antrags bei ihm beginnt. Der Weiterleitung kann bereits die Zwei-Wochen-Frist für die Prüfung der Zuständigkeit nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX vorausgegangen sein. Daran schließt sich dann die Frist des § 14 Abs. 2 Satz 3 HS 2 SGB IX an. Damit kann es bei einer Weiterleitung insgesamt zu einem Zeitablauf von fünf statt drei Wochen kommen, ehe über den Rehabilitationsbedarf entschieden wird, wenn ein Gutachten nicht erforderlich ist. Ist es dagegen erforderlich, so gilt § 14 Abs. 2 Satz 4 SGB IX auch für den Rehabilitationsträger, an den weitergeleitet worden ist.

Insoweit wird für alle Konstellationen ergänzend in § 14 Abs. 2 Satz 4 SGB IX für den Fall der Notwendigkeit eines Gutachtens geregelt, dass eine Entscheidung über den Rehabilitationsbedarf innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Gutachtens zu treffen ist. Eine Zeitangabe für die Erstellung des Gutachtens macht das Gesetz in § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX nicht. Damit kann man zwar sagen, dass der Gesetzgeber für eine Beschleunigung des Verwaltungsverfahrens gesorgt hat. Auf die Arbeit der Gutachter hat das aber wenig Einfluss. Weitere Fragen zum Gutachten regelt § 14 Abs. 5 SGB IX.

In den Materialien wird davon ausgegangen, dass der Rehabilitationsträger, an den weitergeleitet wurde, an die im Zuständigkeitsklärungsverfahren getroffene Entscheidung zunächst gebunden ist.⁶ Im Gesetzestext wird das nicht so klar. Man wird aber sagen können, dass die Regelungsabsicht des Gesetzgebers wenigstens ansatzweise im Gesetzestext zum Ausdruck gekommen ist. Eine an dieser Absicht orientierte Auslegung des Gesetzestextes ergibt, dass eine Bindung des zweiten Rehabilitationsträgers im Zuständigkeitsklärungsverfahren bestehen soll.⁷ Diese Bindung erstreckt sich aber nur auf die Frage der Zuständigkeit. Sie besteht nicht, was die Leistungsvoraussetzungen angeht. Insoweit heißt es auch in den Materialien, dass nur der »zur Leistung verpflichtete Rehabilitationsträger« gebunden ist.⁸ Das bedeutet, der Rehabilitationsträger, an den weitergeleitet worden ist, prüft die materiellen Leistungsvoraussetzungen selbst. Erbringen kann er die Leistung nur, wenn er nach seinem eigenen Leistungsrecht dazu berechtigt ist. Kann er dies in einem konkreten Fall nicht, so kann zunächst überhaupt nicht geleistet werden. Der erste Rehabilitationsträger hat weitergeleitet und damit die Zuständigkeit des zweiten begründet. Dieser ist leistungsrechtlich gehindert, dem Antrag zu entsprechen.

Legt man nach allem § 14 Abs. 2 SGB IX in der Weise aus, dass eine nochmalige Weiterleitung nicht möglich ist, dann ist

4 BSG 74 S. 244.

5 BSG SozR 3-2600 § 13 Nr. 1, 2 und 4.

6 BT-Drs. 14/5074 S. 102.

7 Vgl. dazu P. MROZYNSKI, SGB IX, Teil 1 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Kommentar § 14 Rz. 28.

8 BT-Drs. 14/5074 S. 102.

eigentlich eine Konsequenz unvermeidlich: Der Rehabilitationsträger, der weiterleitet, regelt verbindlich die vorläufige Zuständigkeit eines anderen Trägers. Anders als die schlichte Weiterleitung nach § 16 SGB I erfüllt die Weiterleitung nach § 14 SGB IX alle Kriterien eines Verwaltungsaktes (§ 31 SGB X). Adressaten dieses Verwaltungsaktes sind sowohl der Leistungsberechtigte als auch der andere Rehabilitationsträger. Entscheidend ist die hoheitliche Maßnahme, mit der ein Einzelfall geregelt wird. Sie ist in der vorläufig verbindlichen Festlegung der Zuständigkeit zu sehen. In jedem Falle einer Weiterleitung muss der Leistungsberechtigte eine Verlängerung der Frist für die Entscheidung über den Rehabilitationsbedarf von drei auf fünf Wochen hinnehmen (§ 14 Abs. 2 Satz 3 HS 2 SGB IX). Es ergeben sich aber auch weitere nachteilige Konsequenzen. Bei einer Weiterleitung von der Krankenkasse an einen Sozialhilfeträger kann es sich ergeben, dass der Leistungsberechtigte zumindest vorläufig von einer Versicherungs- auf eine Fürsorgeleistung verwiesen wird. Dies kann für ihn mit Nachteilen verbunden sein (§§ 79 ff. BSHG). Insbesondere erbringt der Träger der Sozialhilfe keine unterhaltssichernden Leistungen (§§ 5 Ziff. 3, 6 Abs. 1 Ziff. 7 SGB IX). Für den Rehabilitationsträger, an den weitergeleitet wird, wird eine vorläufige Zuständigkeit festgelegt. Er muss nicht nur leisten, sondern er wird auch in die Durchführung eines Erstattungsverfahrens gedrängt. Konsequenterweise können sich beide Adressaten gegen eine Weiterleitung mit Widerspruch und Anfechtungsklage zur Wehr setzen.

Als weitere Konsequenz aus dieser Auffassung ergibt sich, dass durch die Regelung des § 14 SGB IX auch die Vorleistung nach § 43 SGB I nicht ausgeschlossen ist. Das ergibt sich schon aus der Tatsache, dass § 43 SGB I eine Vorschrift ist, die schon nach ihrem Wortlaut nicht allein Fragen der Zuständigkeit zum Gegenstand hat.⁹ Geregelt wird nämlich eine Vorleistungspflicht, wenn zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist, »wer zur Leistung verpflichtet ist«. Darüber hinaus kann sich nach einer Weiterleitung mit anschließendem Widerspruchsverfahren immer die Situation einer unklaren Zuständigkeit ergeben. Zweifelsfälle können sich auch ohne ein Widerspruchsverfahren ergeben. Ein Rehabilitationsträger, auch wenn er durch Weiterleitung zuständig geworden ist, kann nur Leistungen nach seinem eigenen Leistungsrecht erbringen. So kann eine durch Weiterleitung zuständig gewordene Krankenkasse z. B. zwar Heilmittel, aber keine Heilpädagogik leisten.¹⁰

e) Selbstbeschaffung

In § 15 Abs. 1 SGB IX werden zwei unterschiedliche Grundsätze der Kostenerstattung bei Selbstbeschaffung geregelt. In Satz 1–3 orientiert sich die Selbstbeschaffung an den Pflichten zur gegenseitigen Rücksichtnahme im Sozialrechtsverhältnis. § 15 Abs. 1 Satz 5 SGB IX regelt, dass Satz 1–3 nicht in Jugend- und Sozialhilfe sowie Kriegsofopferfürsorge gelten. Für alle Rehabilitationsträger und über Satz 1–3 hinaus regelt § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX, dass ein Recht auf Selbstbeschaffung auch dann besteht, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder wenn er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Dieser Satz 4 knüpft an die überkommenen Grundsätze der Selbstbeschaffung an. Er gilt auch für Jugend- und Sozialhilfe.

Vor einer Selbstbeschaffung ist die Drei-Wochen-Frist des § 14 Abs. 2 SGB IX abzuwarten, wenn für die Entscheidung über den Rehabilitationsbedarf ein Gutachten nicht eingeholt werden muss. Ist dagegen ein Gutachten erforderlich, so verlängert sich die Frist. Damit entsteht eine gewisse zeitliche Un-

sicherheitszone. Hervorzuheben ist, dass eine Selbstbeschaffung in den Fällen der Unaufschiebbarkeit nach § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX durch die Anwendung der Sätze 1–3 niemals ausgeschlossen ist. Hier, wie in jeder Form der Selbstbeschaffung, trägt der behinderte Mensch aber das Risiko, dass der Rehabilitationsbedarf tatsächlich gegeben ist. Andererseits darf die Selbstbeschaffung auch nicht dazu führen, dass der Rehabilitationsträger vor vollendete Tatsachen gestellt wird. Er muss, braucht und darf nur leisten, wozu er von Gesetzes wegen so wieso verpflichtet ist (§ 31 SGB I).

In § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX werden also ergänzend zwei selbstständige und über die Sätze 1–3 hinausgehenden Voraussetzungen für Selbstbeschaffung und Erstattung geregelt. Sie, nicht aber die vorgenannten Grundsätze, sind das Ergebnis einer langjährigen Rechtsprechung. In ihr haben die Voraussetzungen der unaufschiebbaren bzw. der zu Unrecht abgelehnten Leistung eine Tradition. Sie sind auch in die Regelung des § 13 Abs. 3 SGB V eingegangen. Demnach kann in § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX an die dazu entwickelten Grundsätze angeknüpft werden.

Nicht ganz eindeutig zu beantworten ist die Frage, ob die Selbstbeschaffung die vorherige Antragstellung voraussetzt. Für die Selbstbeschaffung nach den Grundsätzen des § 15 Abs. 1 Satz 1–3 SGB IX ergibt sich die Notwendigkeit eines Antrags unmittelbar aus dem Gesetzeswortlaut. Zu Recht liest das BSG aus § 13 Abs. 3 SGB V das Erfordernis der vorherigen Antragstellung heraus: »hat sie (die Krankenkasse) eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden«. Daraus schließt das BSG, eine zu Unrecht abgelehnte Leistung müsse zuvor verlangt worden sein.¹¹ Allerdings kann die Unvorhersehbarkeit der Maßnahme geeignet sein, die Antragstellung zu ersetzen. Der vorherige Antrag ist also nicht als eine in allen Fällen zwingende Voraussetzung für eine Selbstbeschaffung angesehen. Statt auf den vorherigen Antrag kann auf die besondere Dringlichkeit der Durchführung einer Maßnahme abzustellen sein.¹² Das gilt nicht nur für den Notfall. Dringlichkeit ist auch gegeben, wenn dem Leistungsberechtigten der einstweilige Verzicht auf den Beginn einer Maßnahme nicht ohne die Inkaufnahme unzumutbarer Nachteile abverlangt werden kann. Als unaufschiebbar werden Maßnahmen angesehen, wenn der Erfolg durch die Verzögerung gefährdet würde.¹³ Das ist nach der Rechtsprechung des BSG grundsätzlich bei allen Maßnahmen zur Rehabilitation anzunehmen.¹⁴ Das BVerwG hat sich für die Sozialhilfe im Wesentlichen der Auffassung des BSG angeschlossen. Insbesondere ist nach seiner Ansicht als Folge einer Selbstbeschaffung der Bedarf i. S. d. § 2 Abs. 1 BSHG nicht entfallen. Im Übrigen ist das Gericht der Auffassung, es bestehe eine Obliegenheit des Hilfesuchenden zur rechtzeitigen Antragstellung bzw. zur Kenntnisverschaffung.¹⁵ Diese Auffassung lässt sich zwanglos aus dem Kenntnisgrundsatz des § 5 BSHG ableiten.¹⁶

9 BSG SozR 3100 § 11 Nr. 18.

10 Im Einzelnen P. MROZYSKI (Fußn. 9) § 14 Rz. 32 ff.

11 BSG NZS 1997 S. 569.

12 BSG 57 S. 1.

13 BSG 73 S. 271.

14 BSG 48 S. 89.

15 BVerwG 90 S. 154.

16 BVerwG 96 S. 152.

f) Ausführung der Leistungen

Im Zweiten Kapitel wird unter dem Abschnitt Ausführungen von Leistungen zur Teilhabe das hochkomplexe Leistungserbringerrecht geregelt. Auch für diesen Teil des Gesetzes gilt § 7 Satz 1 SGB IX. Im Neunten Buch konnten angesichts dieser Ausgangslage nur Regelungen von höchst allgemeinem Charakter getroffen werden. Schwerpunktartig finden sie sich in den §§ 17, 19 und 21 SGB IX. § 17 SGB IX regelt, auf welche Weise und mit wem der Rehabilitationsträger Leistungen ausführen kann. Das Verhältnis zu den Rehabilitationseinrichtungen bestimmt sich nach § 19 SGB IX. In § 21 SGB IX werden die Grundlagen für das Vertragssystem gelegt. Ergänzende Regelungen treffen die §§ 35 und 36 SGB IX vor allem für Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke. Besonders geregelt ist das Verhältnis zu den Werkstätten für behinderte Menschen, das traditionellerweise immer auch schon eine Grundlage im Schwerbehindertenrecht hatte (§§ 39 ff., 136 ff. SGB IX). Als vorgehende Regelungen in den Leistungsgesetzen haben größere praktische Bedeutung vor allem die § 111 SGB V (Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen) und die §§ 93 ff. BSHG, die das gesamte Leistungserbringerrecht in der Sozialhilfe regeln.

Die Regelungen über die Servicestellen (§§ 22–25 SGB IX) lassen sich schwer zuordnen. Sie betreffen auf jeden Fall den Zugang zu Sozialleistungen (§ 17 SGB I). Damit zusammenhängend gehören sie auch in den Komplex von Auskunft und Beratung (§§ 14, 15 SGB I). Man muss aber betonen, dass die §§ 22 ff. SGB IX nicht so weit gehen, wie etwa der Beratungsanspruch nach § 14 SGB I. Sie regeln im Grunde nicht mehr als eine wenig verbindliche Form der Unterstützung des behinderten Menschen bei der Inanspruchnahme von Leistungen. Wenn es um die Kenntnis der entscheidenden Leistungsvoraussetzungen geht, wird er auf das überkommene Angebot einer Beratung nach § 14 SGB I durch den zuständigen Rehabilitationsträger zurückgreifen müssen.

g) Persönliches Budget

Als wesentliche Neuerung und als besondere Form der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts wurde die Einführung des persönlichen Budgets durch die §§ 9 Abs. 2, 17 Abs. 1 Ziff. 4 SGB IX bezeichnet.¹⁷ Es war im Wesentlichen die Bewegung »Selbstbestimmtes Leben«, die mit dem persönlichen Budget mehr Autonomie für körperbehinderte Menschen eingefordert hat. In der psychiatrischen Versorgung wird man vorerst mit dieser Neuerung wenig anfangen können. Das persönliche Budget dient in erster Linie der Beschaffung von Dienstleistungen. Es ist demnach ein Geldbetrag, dessen Höhe sich an den Kosten des jeweils zu deckenden Bedarfs orientiert und der an einen behinderten Menschen ausgezahlt wird, damit er die Kosten der Deckung dieses Bedarfs eigenverantwortlich aus dem Budget bestreiten kann. Sein wesentlicher Grundgedanke besteht darin, dass ein Auftreten des behinderten Menschen am Markt als Abnehmer von Dienstleistungen dessen Autonomie vergrößern und mehr Rationalität und mehr Wettbewerb in das überkommene Versorgungssystem bringen soll. Konsequenterweise besteht zwischen dem Erbringer der Dienstleistung und dem Rehabilitationsträger keine Rechtsbeziehung mehr.¹⁸ Bei genauer Betrachtung ist das persönliche Budget nicht Ausdruck des Wunsch- und Wahlrechts. In § 9 Abs. 2 SGB IX ist lediglich eine Antragsbefugnis des Leistungsberechtigten geregelt. Die Entscheidung trifft der Rehabilitationsträger nach eigenen Maßstäben.

2. Leistungsrecht

Auch das Leistungsrecht knüpft an die überkommenen Strukturen an. Zu beachten sind jedoch kleinere terminologische Änderungen. Unverändert verwendet das Gesetz den Begriff der medizinischen Rehabilitation (§§ 26 ff. SGB IX). Daneben kennt es die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im weiteren und im engeren Sinne (§§ 33 ff. SGB IX). Diese gliedern sich in die berufliche Rehabilitation, also die Teilhabe im engeren Sinne und in solche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die nicht, wie die berufliche Rehabilitation, die Verbesserung der individuellen beruflichen Fähigkeiten zum Gegenstand haben, sondern die Schaffung behinderungsgerechter Arbeitsbedingungen.

a) Medizinische Rehabilitation

Die Leistungen sind in den §§ 26–32 SGB IX geregelt. Die Grundlagenregelung des § 26 SGB IX wird durch einige Schwerpunktregelungen ergänzt. Dazu gehört einmal die stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, die in § 28 SGB IX geregelt ist und folglich vom Gesetzgeber zur medizinischen Rehabilitation gerechnet wird. Vorbild war die gleichartige Leistung in der Krankenversicherung (§ 74 SGB V). Entsprechendes gilt für die Förderung der Selbsthilfe nach § 29 SGB IX (§ 20 Abs. 4 SGB V). Eine wirkliche Neuerung enthält § 30 SGB IX für die Frühförderung. Des Weiteren hat der Gesetzgeber zwar eine eigenständige Vorschrift über die Hilfsmittel geschaffen (§ 31 SGB IX). Das Gleiche ist aber nicht für die Hilfsmittel (§ 32 SGB V) geschehen, obwohl diese ein erhebliches Gewicht in der Rehabilitation haben (vgl. § 107 Abs. 2 SGB V).

In § 26 Abs. 1 SGB IX werden Aufgaben und Ziele der Rehabilitation geregelt. Die Leistungen werden danach unter drei Gesichtspunkten erbracht: Sie richten sich in erster Linie auf (drohende) Behinderungen. In zweiter Linie richtet sich die medizinische Rehabilitation auf die Sicherung der Erwerbsfähigkeit und drittens schließlich auf die Vermeidung oder Verminderung einer (drohenden) Pflegebedürftigkeit.

Eine verallgemeinerungsfähige Aussage zum Begriff der medizinischen Rehabilitation macht § 26 SGB IX insgesamt aber nicht.

Auf der Basis der bisherigen Rechtsprechung kann man folgende Grundaussage zum Begriff der medizinischen Rehabilitation machen: Sie erfolgt fachlich-medizinisch unter ärztlicher Verantwortung, nach einem ärztlichen Behandlungsplan und je nach dem individuellem Bedarf unter Einsatz sowohl medizinischer Mittel als auch pädagogischer und psychosozialer Hilfen. Mittels physischer aber auch geistig-seelischer Einwirkung auf den Versicherten bietet ihm ein für die jeweilige Aufgabe besonders ausgebildetes Personal Hilfestellung bei der Entwicklung eigener Abwehr-, Heilungs- und Widerstandskräfte.

aa) Einzelne Leistungen

In § 26 Abs. 2 SGB IX werden einzelne Leistungen geregelt. Die Akutbehandlung wird wie bisher als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation einbezogen. Sie enthält zudem eine nicht abschließende Aufzählung, die sich in den ausdrücklich genannten Beispielen schwerpunktmäßig auf die Akutbehandlung erstreckt. Die Regelung umfasst praktisch dieselben Leistungen, die auch in der Krankenversicherung erbracht werden (§ 27 SGB V). Wichtig ist, dass die in § 26 Abs. 3 SGB IX nicht abschließend genannten psychosozialen Leistungen Bestandteil

17 BT-Drs. 14/5074 S. 103.

18 Im Einzelnen P. MROZYSKI (Fußn. 7) § 17 Rz. 19 ff.

der medizinischen Rehabilitation sind. Vor allem bei ihnen ergeben sich Abgrenzungsschwierigkeiten zu den Leistungen nach § 55 SGB IX.

Arznei- und Verbandmittel (§ 26 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX) sind unproblematisch. Arzneien haben einen sächlichen Charakter und sollen die Krankheit durch Einwirkung auf den Organismus von innen her heilen oder lindern.¹⁹ Auch die Heilmittel (§ 26 Abs. 2 Ziff. 4 SGB IX) dienen der Behandlung einer Krankheit. Bisher ging die Rechtsprechung davon aus, dass sie von außen auf den Organismus wirken und sächliche Mittel oder Dienstleistungen sein können. Die neuere Rechtsprechung betrachtet sächliche Gegenstände nicht mehr als Heilmittel.²⁰ Als therapeutische Dienstleistungen haben sie eine ständig zunehmende Bedeutung erlangt. Etwa als Arbeitstherapie (§ 42 SGB V) sind Heilmittel auch verselbstständigt und direkt in die Rehabilitation einbezogen worden (vgl. § 27 Abs. 1 Ziff. 6 SGB V n. F.). Dasselbe gilt bisher nicht z. B. für die Belastungserprobung, die Beschäftigungs-, die Ergo- und die Logotherapie, die den Heilmitteln zuzuordnen sind.

Wenn die Psychotherapie in § 26 Abs. 2 Ziff. 5 SGB IX verselbstständigt wird, dann entspricht das der gesundheitspolitischen Entwicklung. Zu betonen ist aber, dass die Psychotherapie durch einen Arzt weiterhin ärztliche Behandlung ist. Erst die besondere Regelung der Behandlung durch nichtärztliche Psychotherapeuten in § 28 Abs. 3 SGB V hat eine neue Entwicklung in Gang gesetzt. Diese hat aber in der medizinischen Rehabilitation keine so große Bedeutung, weil hier schon immer neben dem Arzt anderes geschultes Personal tätig war. Die Veränderungen beschränken sich also auf den Bereich der Akutversorgung.²¹

Die in § 26 Abs. 2 Ziff. 7 SGB IX geregelten Leistungen der Belastungserprobung und Arbeitstherapie weisen schon deutlicher auf die Rehabilitation. In der Krankenversicherung kommt das darin zum Ausdruck, dass diese Leistungen nur erbracht werden, wenn gleiche Leistungen nicht von anderen Trägern der Sozialversicherung geleistet werden (§ 42 SGB V). Das entspricht auch sonst der Aufgabe der Krankenversicherung in der Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 und 4 SGB V). Die Belastungserprobung dient der Feststellung der Leistungsbreite des behinderten Menschen. Ein Bezug zur Berufstätigkeit besteht höchstens mittelbar. Die in der Praxis durchgeführten Arbeitsversuche können in diesem diagnostischen Sinne den Charakter von Belastungserprobungen haben. Sie sind dann also medizinische Maßnahmen i. S. d. § 42 SGB V. Solche Arbeitsversuche können genauso gut mit verändertem Akzent auch den Charakter einer Eignungsabklärung oder Arbeitserprobung haben. In diesem Falle gehören sie gemäß § 33 Abs. 4 SGB IX zum Auswahlverfahren bei berufsfördernden Leistungen.

Im Zusammenhang mit der Arbeits- ist auch die Beschäftigungstherapie zu nennen, die ein Heilmittel i. S. d. § 32 SGB V ist. Auch hier verzichtet die Praxis oft auf eine klare Unterscheidung zur Arbeitstherapie. Die Heilmittel-Richtlinien vom 1.7.2001 nennen ohne nähere Zuordnung als Leistungsziel die »Erlangung von Grundarbeitsfähigkeiten«.²² Die Beschäftigungstherapie dient dem Wiedererlernen von menschlichen Grundfunktionen, die infolge von Krankheit oder Behinderung verloren gegangen sind oder gar nicht erst erworben werden konnten. Ihr geht es darum, im Rahmen einer Tätigkeit im weitesten Sinne, wozu auch ein spielerisches Gestalten gehören kann, Selbstvertrauen, Konzentration und Ausdauer sowie soziale Kontaktfähigkeit und Aktivität zu stärken. Ihre Hauptaufgabe ist nicht in einer Ausrichtung auf die Erwerbstätigkeit

zu sehen. Werden gezielt berufsbezogene Fähigkeiten gebessert, so kann dies nicht in Form der Beschäftigungstherapie erfolgen.

bb) Sozialpädiatrische Versorgung als Modell

In § 26 Abs. 2 Ziff. 2 SGB IX werden Früherkennung und Frühförderung nunmehr als Leistungen der medizinischen Rehabilitation normiert. In sie können psychologische und (heil-)pädagogische Leistungen eingebettet sein (§ 26 Abs. 3 SGB IX). Selbstständige (heil)pädagogische Leistungen können in der medizinischen Rehabilitation dagegen nicht erbracht werden. Ergänzend dazu schafft aber § 30 SGB IX eine Regelung, die nach ihrer Struktur Vorbild für künftige Änderungen in der gesamten psychiatrischen Versorgung werden könnte. In § 30 Abs. 1 Satz 2 SGB IX wird nämlich erstmals die Grundlage für eine integrierte Versorgung durch verschiedene Rehabilitationsträger im Sinne einer Komplexleistung, also zuständigkeitsübergreifend, geschaffen. Darauf aufbauend regelt § 30 Abs. 3 SGB IX, dass die Rehabilitationsträger Vereinbarungen nicht nur über die Abgrenzung der einzelnen Leistungen, sondern auch – und darin liegt die entscheidende Neuerung – über die Kostenteilung treffen können. Danach ist es nicht mehr erforderlich, Kostenbestandteile im Einzelfall zu ermitteln. Mit der Vorschrift des § 30 SGB IX hat der Gesetzgeber die Rechtsgrundlage für eine Praxis geschaffen, die das BSG im Jahre 1998 als rechtswidrig bezeichnet hatte, weil die Rechtsgrundlage damals fehlte.²³ Man hat sich im Gesetzgebungsverfahren aber nicht dazu entschließen können, die Möglichkeit einer integrierten Versorgung bei anteiliger Kostenübernahme auf andere Versorgungsbereiche zu erweitern.

b) Teilhabe am Arbeitsleben

Im Zentrum der Leistungen nach § 33 SGB IX steht die Verbesserung der beruflichen Fähigkeiten des behinderten Menschen. Diese wird durch die Leistungen an Arbeitgeber nach § 34 SGB IX vervollständigt. Letztere hat vor allem die Funktion, den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. dort die Durchführung von Maßnahmen der individuellen Förderung zu erleichtern.

In seinen acht Absätzen regelt § 33 SGB IX hauptsächlich einen Bereich aus der Teilhabe am Arbeitsleben, allerdings den wichtigsten, der bisher als berufliche Rehabilitation bezeichnet wurde. In einzelnen Punkten geht die Vorschrift über die herkömmliche berufliche Rehabilitation hinaus. Vor allem in § 33 Abs. 6 Ziffer 8 und Abs. 8 Ziff. 3 SGB IX rührt sie mit den Integrationsfachdiensten und der Arbeitsassistenz an das Schwerbehindertenrecht der §§ 110 und 102 Abs. 4 SGB IX und damit an jenen zweiten wichtigen Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben, der Schaffung behinderungsgerechter Arbeitsbedingungen, die nicht zur beruflichen Rehabilitation im engeren Sinne gehört. Daraus resultieren auch gewisse terminologische Schwierigkeiten. Sie bestehen vor allem darin, dass der Gesetzgeber den Begriff der Teilhabe am Arbeitsleben verwendet, ohne ihn genau zu definieren. So werden die §§ 33–43 SGB IX unter der Überschrift »Teilhabe am Arbeitsleben« zusam-

19 BSG 46 S. 179.

20 BSG Urteil vom 28. 6 01 AZ B 3 KR 3/00 R.

21 Zu den personellen Anforderungen in Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen vgl. DRV 2002 S. 67, 70.

22 BAnz 2001 Nr. 118a.

23 BSG FEVS 49 S. 184.

mengefasst. Die grundlegende leistungsrechtliche Norm, § 33 SGB IX, erhält wiederum die Überschrift »Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben«. Auch in den §§ 34–43 SGB IX findet dieser Begriff Verwendung. Der Gesetzgeber kennt also einen weiteren (§§ 33–43 SGB IX) und einen engeren Begriff (§ 33 SGB IX) der Teilhabe am Arbeitsleben. Der engere ist praktisch mit dem herkömmlichen Begriff der beruflichen Rehabilitation identisch. In den jeweiligen Vorschriften muss genauer festgestellt werden, in welchem Sinne der Begriff Verwendung findet.

Die Vorschrift des § 33 SGB IX ist wie folgt gegliedert: Die Abs. 1, 2 und 4 treffen allgemeine Grundlagenregelungen über die Teilhabe am Arbeitsleben. Das betrifft vor allem die Zielsetzung und die Auswahl der Maßnahmen. Ihrer Zielsetzung nach dienen die Leistungen dazu, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder (wieder)herzustellen. Aus der Tatsache, dass ggf. nur eine Verbesserung anzustreben ist, ergibt sich auch, dass die Leistungen zwar nicht immer auf den vollen, aber auch nicht auf einen nur vorübergehenden Wiedererwerb des Leistungsvermögens ausgerichtet sein müssen. Die Abs. 3 und 6 regeln konkret das Spektrum der Maßnahmen die zu Erreichung der Ziele einzusetzen sind. Dabei fasst Abs. 3 den traditionellen Bestand der Leistungen zusammen; Abs. 6 normiert dessen Erweiterung und eine Angleichung an die medizinische Rehabilitation (§ 26 Abs. 3 SGB IX). In den Abs. 5, 7 und 8 finden sich ergänzende und eher klarstellende Regelungen zum Leistungsspektrum des Abs. 3, die in der Vergangenheit zum Teil streitig waren.

In § 33 Abs. 3 Ziff. 1–5 SGB IX werden die einzelnen berufsfördernden Leistungen nicht abschließend aufgezählt. Die Praxis ist frei in der Entwicklung neuer Leistungsformen. Wichtig ist nur, dass man in jedem Falle dem Grundmodell der beruflichen Rehabilitation, also der gezielten Verbesserung der individuellen beruflichen Fähigkeiten entspricht. So wäre das etwa bei der Schaffung von behinderungsgerechten Arbeitsplätzen in Hinzuverdienstfirmen nicht der Fall. Das Spektrum der berufsfördernden Maßnahmen ist außerordentlich weit. Sie sind keineswegs auf Angebote in bestimmten Einrichtungen oder auf konkrete Lehrgänge mit dem Ziel formaler Qualifikationen begrenzt. Es kommt hinzu, dass es das BSG für zulässig hält, dass im Zusammenhang mit einer berufsfördernden Maßnahme auch die Vermittlung allgemein bildender Kenntnisse und Fertigkeiten in einer berufsbezogenen Weise erfolgt.²⁴ Lediglich das alleinige Ziel einer Stabilisierung der Persönlichkeit ist ein Gesichtspunkt, der gegen die Annahme einer berufsfördernden, aber u. U. für eine medizinische Maßnahme spricht.

Die Leistungen zur Erlangung und zum Erhalt des Arbeitsplatzes sind vor allem mit Blick auf die Psychiatrie noch entwicklungsfähig. Als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes sind auch Maßnahmen zu rechnen, die mit der Kontaktaufnahme des einzelnen behinderten Menschen mit dem Arbeitgeber zusammenhängen. Das gilt auch für Gespräche mit Arbeitgebern bzw. Mitarbeitern und ähnliche Aktivitäten noch ehe das Arbeitsverhältnis mit einem behinderten Menschen begründet ist. Insgesamt geht es also um die Schaffung günstiger Einstellungsbedingungen.²⁵ Entsprechende Aktivitäten überschneiden sich schon weitgehend mit den Leistungen nach § 102 Abs. 3 SGB IX. Zur praktischen Ausgestaltung dieser Leistungen ist im Gesetz im Einzelnen nichts geregelt, sodass die Möglichkeit besteht, diese Leistungen in der Praxis weiterzuentwickeln. Entsprechend dem Grundgedanken der beruflichen Rehabilitation kommen diese Leistungen dann in Betracht,

wenn ein behinderter Mensch zwar einen Arbeitsplatz innehat, diesen aber noch nicht in der Weise ausfüllen kann, dass man ihn als beruflich voll eingegliedert ansehen kann.

In der Psychiatrie steht der Begriff des Arbeitsversuchs neben dem des Arbeitstrainings für eine Vielzahl recht unterschiedlicher Maßnahmen. Klarzustellen ist, dass es sich hierbei sowohl um medizinische Maßnahmen (z. B. Belastungserprobung) als auch um berufsfördernde Maßnahmen (z. B. Probebeschäftigung) handeln kann. Die Belastungserprobung wäre als Heilmittel mit diagnostischem Charakter zu erbringen (§§ 27 Abs. 1, 32 SGB V). Die Kosten einer Probebeschäftigung können nach § 34 Ziff. 4 SGB IX übernommen werden. Gelegentlich ist von einem Arbeitstraining oder vom Erwerb von Schlüsselqualifikationen die Rede (§ 33 Abs. 3 Ziff. 2 SGB IX), wenn ebenso gut eine Arbeitstherapie (§ 42 SGB V) durchgeführt werden könnte. Man wird heute nur die Arbeitsversuche zu den Trainingsmaßnahmen i. S. d. § 33 Abs. 3 Ziff. 1 SGB IX rechnen können, die keinen medizinischen Charakter haben und die auch nicht als Probebeschäftigungen i. S. d. § 34 Ziff. 4 SGB IX durchgeführt werden. Die Übergänge sind fließend. Insgesamt sind die nichtmedizinischen Formen der Arbeitsversuche als besondere Fälle der Hilfen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes anzusehen. Die Grundausbildungs- und Förderungslehrgänge gehören zur Berufsvorbereitung i. S. d. § 33 Abs. 3 Ziff. 2 SGB IX.

In § 33 Abs. 1 SGB IX kommt nicht klar genug zum Ausdruck, was im Anschluss an die Rechtsprechung²⁶ auch für die heutige Rechtslage gilt: Die Maßnahmen können entweder als Lehrgänge oder als Einzelmaßnahmen durchgeführt werden. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass die Maßnahmen im Wechsel mit medizinischer Versorgung oder beruflicher Tätigkeit, also abgestuft, erfolgen. Das ermöglicht eine Verbesserung der beruflichen Fähigkeiten, die den Arbeitsprozess begleitet und bis zu einem gewissen Maße in ihn integriert ist. Die klassischen Maßnahmen der beruflichen Bildung und Rehabilitation werden in der Praxis insoweit etwas überschätzt, als nicht immer in Rechnung gestellt wird, dass behinderte Menschen in manchen Fällen den Anforderungen eines Ausbildungsberufs nicht gewachsen sind. Um auch bei ihnen eine berufliche Eingliederung zu erreichen, ist ein stärkeres Gewicht auf Maßnahmen unterhalb der Anforderungsschwelle zu legen. Es ist zwar immer ein Problem, weniger qualifizierte behinderte Menschen in den Arbeitsprozess zu integrieren. Schon deswegen wird man ein hohes Qualifikationsniveau anstreben müssen. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dürfen aber nicht eine Gestalt annehmen, die sich mehr an den institutionellen Vorgaben und weniger an den Möglichkeiten der behinderten Menschen orientiert.

In der Regelung des § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB IX werden vier grundlegende Auswahlkriterien normiert (Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit, Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes). Unter ihnen gibt es keine Rangfolge. Unter Eignung ist in erster Linie die objektive fachliche Fähigkeit zu verstehen. Sie erstreckt sich nicht nur auf die körperliche und geistige, sondern auch auf die seelische Fähigkeit, einen bestimmten Beruf auszuüben (Belastbarkeit). Auf jeden Fall muss auch die Erwartung gerechtfertigt sein, dass der behinderte Mensch die Tätigkeit, für die er ausgebildet wurde, auch wird ausüben können.

24 BSG SozR 4100 § 40 Nr. 8 S. 9, 10.

25 BSG 43 S. 80; BSG SozR 2200 § 1237a Nr. 16.

26 BSG SozR 4100 § 56 Nr. 4.

Es geht bei der beruflichen Rehabilitation immer um eine Eingliederung in das Arbeitsleben. Zu Beginn der Maßnahme kann eine Entscheidung über diese Frage oftmals nur im Sinne einer Prognose getroffen werden. Sie muss sich auf den konkret ausgewählten Beruf richten.²⁷ Wenn Art bzw. Schwere der Behinderung bei der Frage der Eignung berücksichtigt werden dürfen, dann ist dies auch ein Hinweis auf § 1 SGB IX, dessen allgemeines Ziel in der Teilhabe trotz der Behinderung besteht. Gerade wenn eine Behinderung Zweifel an der Eignung für einen Beruf aufkommen lässt, muss in besonderem Maße nach beruflichen Alternativen gesucht werden. Dabei kann es erforderlich werden, eine Eingliederung auch in Teilbereiche eines Berufs zu versuchen, obwohl grundsätzlich der Einsatz innerhalb des ganzen Berufsbildes anzustreben ist.²⁸

Zur Neigung wird häufig hervorgehoben, dass sie schon deswegen zu berücksichtigen sei, weil ohne Neigung eine Erfolg versprechende berufliche Eingliederung nicht zu erwarten ist. Dem ist zwar zuzustimmen. Die Neigung hat aber auch ihre davon unabhängige Berechtigung. Sie darf also nicht unter dem Blickwinkel des Erfolgs funktionalisiert werden, zumal auch der nichtbehinderte Arbeitnehmer eine Berufswahl nach seiner Neigung trifft. Einschränkungen ergeben sich aber unter dem Blickwinkel einer angemessenen Berücksichtigung der Neigung.²⁹ Sie muss also nicht den Ausschlag geben.

Die Eignungsabklärung (Berufsfindung) und die Arbeitserprobung (§ 33 Abs. 4 SGB IX) dienen der praktischen Verwirklichung der zuvor genannten Ziele. Vor allem die Arbeitserprobung ist schwer von den medizinischen Maßnahmen der Belastungserprobung und der Arbeitstherapie (§ 26 Abs. 2 Ziff. 7 SGB IX) zu unterscheiden. Bei der Arbeitserprobung wird unter arbeitsplatz- oder ausbildungsplatzähnlichen Bedingungen festgestellt, welche Tätigkeit oder Ausbildung eine Erfolg versprechende berufliche Eingliederung des behinderten Menschen verspricht.

Die Regelung des § 33 Abs. 6 SGB IX schafft mit den psychosozialen Leistungen eine Erweiterung der beruflichen Rehabilitation, die vor In-Kraft-Treten des SGB IX in diesem Umfang nicht durchgeführt werden konnte. Dabei wird eine Angleichung an die vergleichbare Regelung über die medizinische Rehabilitation (§ 26 Abs. 3 SGB IX) vorgenommen. Teilweise reichen die Leistungen weit in den Bereich der sozialen Beratung hinein. Damit ergibt sich die Notwendigkeit einer Abgrenzung zu den Leistungen nach § 55 SGB IX, zumal Letztere nachrangig, zu meist vom Träger der Sozialhilfe, erbracht werden.

c) Abgrenzungsfragen

Voneinander abzugrenzen sind zunächst die psychosozialen Leistungen nach §§ 26 Abs. 3 und 33 Abs. 6 SGB IX. Dabei muss man angesichts des zum großen Teil identischen Wortlauts beider Vorschriften in erster Linie auf den Schwerpunkt der jeweiligen Maßnahme abstellen. Es kommt also etwa darauf an, welches Ziel (§ 26 Abs. 1 SGB IX oder § 33 Abs. 1 SGB IX) zum Beispiel mit der Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen angestrebt wird. Das Ziel einer jeden Maßnahme zur Rehabilitation besteht überwiegend in der Eingliederung in das Arbeitsleben. Das gilt auch für die medizinische Rehabilitation, sodass dieses Ziel nur sehr bedingt ein Kriterium für die Abgrenzung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation sein kann. Allerdings kann die Rehabilitation auch ein anderes Ziel als das der beruflichen Eingliederung, z. B. die Verminderung der Pflegebedürftigkeit, verfolgen (vgl. § 11 Abs. 2 SGB V). Dann aber ist die Anwendung des § 33 SGB IX

sowieso ausgeschlossen. In diesem Falle ist nur noch zwischen § 26 und § 55 SGB IX abzugrenzen.

Die allgemeine Charakterisierung der psychosozialen Leistungen nach § 33 Abs. 6 SGB IX entspricht weitgehend derjenigen für die medizinische Rehabilitation nach § 26 Abs. 3 SGB IX. Im Wesentlichen geht es darum, durch psychologische und pädagogische Maßnahmen, das Hauptziel der jeweiligen Leistung, also der medizinischen Rehabilitation oder der Teilhabe am Arbeitsleben, zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu überwinden.

Eine gewisse Sonderstellung hat § 33 Abs. 6 Ziff. 8 SGB IX. Er nimmt unmittelbar Bezug auf § 110 SGB IX. Ursprünglich haben sich die Integrationsfachdienste als begleitende Hilfen im Arbeitsleben (§ 31 SchwbG) entwickelt. Ihrer Herkunft nach gehören sie also nicht zur beruflichen Rehabilitation im engeren Sinne. Der Gesetzgeber sah sich aber veranlasst, sie in § 33 SGB IX einzubeziehen. Aus § 110 Abs. 2 SGB IX ergibt sich, dass die Integrationsfachdienste im Grunde eine Intensivierung verschiedener Aufgaben darstellen, die auch nach altem Recht in der beruflichen Rehabilitation durchaus nicht unbekannt waren. Dazu gehört etwa eine besonders gründliche Eignungsabklärung und Arbeitserprobung (§ 110 Abs. 2 Ziff. 1 SGB IX). Teilweise werden die Aufgaben nach § 33 Abs. 6 SGB IX wiederholt, ausgeweitet und intensiviert (§ 110 Abs. 2 Ziff. 3–7 SGB IX). Durch Einbeziehung des § 110 Abs. 2 Ziff. 2 SGB IX in § 33 Abs. 6 SGB IX wird verdeutlicht, dass der Rehabilitationsträger nicht nur die Verhältnisse auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt berücksichtigen darf und muss (§ 33 Abs. 4 SGB IX), vielmehr trifft ihn auch eine Verantwortung dafür, dass Arbeitsplätze für behinderte Menschen zur Verfügung stehen (vgl. auch §§ 34, 35 SGB IX).

Demgegenüber wird man die Kosten für eine Arbeitsassistenz, die nur bei schwerbehinderten Menschen nach § 33 Abs. 8 Ziff. 3 SGB IX übernommen werden, schon nach ihrer Entstehungsgeschichte der Hilfe zur Erlangung bzw. Erhaltung eines Arbeitsplatzes (§ 33 Abs. 3 Ziff. 1 SGB IX) zurechnen müssen. Dasselbe wäre besser auch bei den Integrationsfachdiensten (§ 33 Abs. 6 Ziff. 8 SGB IX) so geregelt worden. Die Arbeitsassistenz hatte sich schon auf der Grundlage des § 31 SchwbG als begleitende Hilfe im Arbeitsleben entwickelt. Sie ist jetzt in § 102 Abs. 4 SGB IX geregelt. Dort hat sie auch weiterhin eine eigenständige Bedeutung. Wenn die Arbeitsassistenz als Leistung nach § 33 Abs. 8 Ziff. 3 SGB IX auf drei Jahre begrenzt ist, so gilt das nur für die berufliche Rehabilitation im engeren Sinne und folglich auch nur für die Kostenübernahme durch einen Rehabilitationsträger. Wird im Anschluss daran eine Arbeitsassistenz geleistet, so geschieht das durch das Integrationsamt unter Verwendung von Mitteln aus der Ausgleichsabgabe ohne eine im Gesetz vorgegebene zeitliche Begrenzung. Nirgendwo im Gesetz ist der Übergang zwischen beruflicher Rehabilitation im engeren Sinne und behinderungsgerechter Arbeit deutlicher. Zusätzlich regelt § 33 Abs. 8 Satz 2 und 3 SGB IX, dass die Arbeitsassistenz, auch soweit sie Bestandteil der beruflichen Rehabilitation ist, vom Integrationsamt ausgeführt wird. Der Rehabilitationsträger erstattet die Aufwendungen. Damit soll bei einer Fortführung der Arbeitsassistenz nach dem Zeitablauf von drei Jahren vor allem ein Wechsel in der Betreuungsperson vermieden werden.

27 BSG 69 S. 128; BSG SozR 3-4100 § 60 Nr. 1.

28 BSG SozR 2200 § 556 Nr. 2.

29 BSG SozR 2200 § 1236 Nr. 15.

e) Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Es ist keine Frage, dass bereits durch die Leistungen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft vermittelt wird. Dennoch hat der Gesetzgeber zu Recht einen zusätzlichen Leistungskomplex geschaffen, der dieses besondere Rehabilitationsziel eigenständig regelt. Es handelt sich dabei nicht um eine Aufgabe, die die anderen Maßnahmen der Rehabilitation ergänzt. Vielmehr kommen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auch dann in Betracht, wenn weder eine medizinische noch eine berufliche Rehabilitation erforderlich oder möglich ist.

aa) Allgemeine Grundsätze

Geregelt ist die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in den §§ 55–59 SGB IX. Als Grundlagennorm ist § 55 SGB IX anzusehen. Die §§ 56–58 SGB IX greifen eine Reihe besonders wichtiger Leistungen heraus. Angesichts der vagen Begriffe der sozialen Rehabilitation bzw. der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wäre es an sich sinnvoll gewesen, in § 55 SGB IX einen Katalog mit Regelbeispielen für diese Leistungsart zu schaffen. Das ist jedoch nicht geschehen, könnte aber im Rahmen einer Verordnung nach § 59 SGB IX nachgeholt werden. Mit den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft regelt das Gesetz vor allem die Leistungen, die traditionellerweise nach den §§ 39 ff. BSHG und seit 1991 für seelisch behinderte jungen Menschen nach den §§ 35a, 41 SGB VIII erbracht werden.

Aus der Formulierung in § 55 Abs. 1 SGB IX »und nach Kapitel 4 bis 6 nicht erbracht werden« ergibt sich: Auf der Basis der besonderen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden nach den §§ 39 ff. BSHG und 35a SGB VIII alle notwendigen medizinischen und berufsfördernden Leistungen an behinderte Menschen erbracht, die nicht in den Schutz der Sozialversicherung einbezogen sind. Das ist die Konsequenz des nachrangig gewährleisteten Schutzes in Jugend- und Sozialhilfe (§§ 10 Abs. 1 SGB VIII, 2 Abs. 1 BSHG). Soweit dieser Schutz an die Stelle der sonst zu erbringenden Versicherungsleistungen tritt, handelt es sich auch in Jugend- und Sozialhilfe nicht um Leistungen nach § 55 SGB IX, sondern um solche nach den §§ 26, 31 und 33 SGB IX.

Darüber hinaus wird in § 55 Abs. 1 SGB IX ein Nachrang der Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft begründet. Gegenstand der Regelung sind Leistungen, die nicht nach den Kapiteln 4–6, also den §§ 26–44 SGB IX erbracht werden. Es ist also zunächst immer zu prüfen, ob solche Leistungen in Betracht kommen. In mancher Hinsicht ergeben sich dann schwierige Abgrenzungsfragen zu Ziel und Umfang der jeweiligen Leistungsart. Im Verhältnis des Vor- und Nachranges können nämlich nur gleichartige Leistungen stehen. Insbesondere kommt es jeweils auf die Reichweite der Leistungen zur medizinischen (§ 26 Abs. 3 SGB IX) oder zur beruflichen Rehabilitation (§ 33 Abs. 6 SGB IX) an. Die im Bereich der Früherkennung und Frühförderung bestehenden Abgrenzungsprobleme hat der Gesetzgeber jetzt teilweise gelöst (§ 30 Abs. 1 Satz 2, Abs. 3 SGB IX).

Besondere Schwierigkeiten bereitet die Abgrenzung der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft von den psychosozialen Leistungen (§§ 26 Abs. 3, 33 Abs. 6 SGB IX). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die psychosozialen Leistungen nicht selbstständig, sondern nur in Abhängigkeit von den Grundleistungen erbracht werden. Als pädagogische oder psychologische Leistungen können sie nicht selbstständig, sondern

nur in die medizinische Rehabilitation integriert und nach einem ärztlichen Behandlungsplan erbracht werden. Des Weiteren ist das Leistungserbringerrecht zu beachten. In der Krankenversicherung muss die Rehabilitationseinrichtung materiell die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen. Außerdem muss mit ihr ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V abgeschlossen sein. Für die Rentenversicherung gilt dasselbe nach § 15 Abs. 2 SGB VI. Nur wenn alle leistungs- und leistungserbringerrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, haben die Leistungen nach § 26 SGB IX Vorrang vor denen nach § 55 SGB IX.

bb) Einzelne Leistungen

In § 55 Abs. 2 Ziff. 1 SGB IX sind auch Hilfen geregelt, die über § 33 SGB IX hinausgehen. Mit »Hilfen« ist mehr gemeint als Hilfsmittel. So gehört nach § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG auch die Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Da diese Leistungen nachrangig zu erbringen sind, müssen zuerst die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff. SGB IX) einschließlich der Leistungen des Schwerbehindertenrechts (§§ 102 ff. SGB IX) ausgeschöpft werden. Soweit über diese Vorschriften keine vollständige Teilhabe am Arbeitsleben erreichbar ist, werden ergänzend die Hilfen nach § 55 Abs. 2 Ziff. 1 SGB IX erbracht. Es geht hier um die Schaffung behinderungsgerechter Arbeitsbedingungen. Die Sozialhilfe kennt also in § 40 Abs. 1 Ziff. 3 BSHG eine eigenständige Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben. Sie geht über § 33 SGB IX hinaus. Man könnte hier zweifeln, ob es sich bei diesen Leistungen um solche der Teilhabe am Arbeitsleben oder der Teilhabe an der Gesellschaft handelt. Der Gesetzgeber hat sie jedoch in § 55 Abs. 2 Ziff. 1 SGB IX eindeutig im letzteren Sinne zugeordnet.

Auch beim Erwerb praktischer Kenntnisse und Fertigkeiten zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX ist zunächst auf das Vorbild der Regelungen der Eingliederungshilfe (§ 40 Abs. 1 Ziff. 8 BSHG) zurückzugreifen. Bei dieser Hilfe geht es um eine Befähigung des behinderten Menschen zur Vornahme einfachster Verrichtungen. Schwerpunktartig ist auf die Befähigung zur selbstständigen Haushaltsführung und auf Maßnahmen abzustellen, die den behinderten Menschen in die Lage versetzen, sich in seiner räumlichen Umgebung selbstständig und ungefährdet zu bewegen (§§ 15, 16 EinglVO). Dies kann durch Informationen, Lehrgänge und andere Dienstleistungen erfolgen.

Im Zusammenhang mit der Bewältigung des Alltags hat sich eine Praxis entwickelt, die mit den »Aktivitäten des täglichen Lebensvollzugs« ein ganzes Spektrum von Leistungen, die von der Akutversorgung bis hin zur Eingliederungshilfe reichen, abdeckt. Die Maßnahmen zur Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebensvollzugs richten sich auf die Selbstversorgung, Kontakte und soziale Beziehungen, Tagesgestaltung, und auf besondere Problemlagen aufgrund der Behinderung. Einige dieser Maßnahmen wird man der medizinischen Versorgung, andere der Eingliederungshilfe als sozialer Rehabilitation i. S. d. §§ 55 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX, 40 Abs. 1 Ziff. 8 BSHG zurechnen können. Allgemein sind die Aktivitäten des täglichen Lebensvollzugs auf einem Kontinuum angesiedelt, das von der Akutversorgung (z. B. Kontrolle der Medikamentenverträglichkeit) über die medizinische (z. B. Integration im Wohn- und Lebensumfeld) und soziale (z. B. Ausflüge, Feste, Geburtstage, Urlaub) Rehabilitation bis hin zur aktivierenden Pflege (Mo-

bilisationsübungen) reicht. Die Praxis wird sich deswegen bemühen müssen, diejenigen elementaren Verrichtungen zu bezeichnen, die Gegenstand der vorrangig nach § 26 Abs. 3 SGB IX zu leistenden medizinischen Rehabilitation sein können. Der Merkmalskatalog der Pflegeverrichtungen (§ 14 Abs. 4 Ziff. 1–4 SGB XI) ist dabei die Leitlinie, denn die Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit ist eine Aufgabe der Krankenkassen (§ 11 Abs. 2 SGB V). Erst weitergehende Maßnahmen wären dann auf der Grundlage des § 55 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX zu erbringen.

In diesem Zusammenhang entsteht ein größeres Abgrenzungsproblem, das geeignet ist, die Praxis zu lähmen. Von der Akutbehandlung (§§ 27 ff. SGB V) unterscheidet sich die Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft entgegen einer verbreiteten Auffassung, nicht durch ihre sozialintegrative Ausrichtung, sondern vor allem dadurch, dass sie nicht auf die Befähigung zur Vornahme elementarer Verrichtungen mit medizinischen Mitteln ausgerichtet ist. In erster Linie geht es den Leistungen nach § 55 Abs. 2 SGB IX um die Befähigung zum Einsatz beeinträchtigter Funktionen in bestimmten gesellschaftlichen Bereichen. Es geht also im Wesentlichen um das Leben mit der Behinderung in der Gesellschaft. Gegenstand der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind etwa Befähigung zur selbstständigen Haushaltsführung trotz der Behinderung, Hilfen zur Teilnahme an kulturellem Leben, Sport, Geselligkeit, Urlaubsfahrten, Begegnung mit Nichtbehinderten.³⁰ Natürlich können Leistungen zur Teilhabe nach § 55 Abs. 2 SGB IX, ähnlich wie die Akutbehandlung auch dahin wirken, dass behinderungsbedingt beeinträchtigte Funktionen verbessert werden. Typischerweise beheben diese Leistungen jedoch die Folgen der Behinderung in den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen. Demgegenüber befähigt die Akutversorgung zur Vornahme elementarer Verrichtungen im Sinne eines Basisausgleichs, wie das vor allem beim Hilfsmittel i. S. d. § 31 SGB IX der Fall ist (Sehen, Hören, Gehen, Stehen usw.). Dazu gehört im Heilmittelbereich auch die Entwicklung und Verbesserung situationsgerechten Verhaltens und der zwischenmenschlichen Beziehungen.³¹ Das alles geschieht auch mit dem Ziel einer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, aber beschränkt auf einen Basisausgleich. Das ist der Bereich der Vornahme elementarer menschliche Verrichtungen – »als solche« – »überhaupt erst« – oder der Befriedigung elementarer Bedürfnisse. Jede Rehabilitation kann zudem auch Maßnahmen der Akutversorgung umfassen. Damit kann die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft durch eine Akutversorgung ebenso gefördert werden wie durch eine medizinische Rehabilitation oder durch Leistungen nach § 55 Abs. 2 SGB IX. Entscheidend für die Befähigung zur Vornahme von Alltagsverrichtungen i. S. d. § 55 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX ist also nicht das Ziel der Maßnahmen, sondern die Tatsache, dass die Hilfen hier keinen medizinischen Charakter haben und über einen Basisausgleich hinausgehen.

cc) Betreutes Wohnen

Neben der allgemeinen Wohnungshilfe kennt das Gesetz auch das betreute Wohnen (§ 55 Abs. 2 Ziff. 6 SGB IX). Abgrenzungsprobleme ergeben sich im Verhältnis zur häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V). Während das betreute Wohnen, soweit es als Eingliederungshilfe gefördert wird, immer darauf ausgerichtet ist, dass der behinderte Mensch in die Lage versetzt wird, bestimmte Verrichtungen zur Bewältigung des Alltags selbst vorzunehmen (§ 39 Abs. 3 und 4 BSHG), bestehen die häusliche

Krankenpflege nach § 37 SGB V typischerweise in der Übernahme einzelner Verrichtungen durch die Pflegeperson. Das gilt jedenfalls für die hauswirtschaftliche Versorgung. Darüber hinaus umfasst die Behandlungspflege, die nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V geleistet wird, auch die Befähigung des behinderten Menschen zur Alltagsbewältigung (§ 11 Abs. 2 SGB V). Das geschieht aber unter Einsatz medizinischer Mittel. Das BSG hat dazu eine sehr weitgehende Auffassung vertreten. In einem psychiatrischen Fall hat es folgende Verrichtungen zur häuslichen Krankenpflege gerechnet: Beruhigung und Aufheiterung, Anleitung zu häuslichen Tätigkeiten, Bastel- und Handarbeiten, Begleitung bei Spaziergängen und Einkäufen.³²

Damit kann an sich ein Teil der Betreuung im Wohnbereich der Akutversorgung zugerechnet werden. Dass in vielen Fällen des betreuten Wohnens der Träger der Krankenversicherung dennoch nicht leistet, erklärt sich daraus, dass hier der medizinische Anteil der Versorgung untrennbar mit der sozialen Betreuung verknüpft ist. Damit kann die Krankenversicherung ihren medizinischen Anteil nicht isolieren. Sie kann angesichts der Regelung des § 30 SGB IV aber nur dann leisten, wenn sie bei einer konkreten Maßnahme festgestellt hat, dass es sich dabei um ihre eigene Aufgabe handelt. In § 30 Abs. 1 Satz 1 SGB IV wird bestimmt: »Die Versicherungsträger dürfen nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen ...«. Das setzt voraus, dass sie im Falle einer konkreten Leistung festgestellt haben, dass sie zu ihren Aufgaben gehört. Es genügt also nicht, wenn sie innerhalb einer Komplexleistung, wie sie das betreute Wohnen häufig darstellt, einen unselbstständigen medizinischen Anteil feststellen können, der zu ihren Aufgaben gehört.

Solange es in der psychiatrischen Versorgung an einer Regelung fehlt, die eine anteilige Kostenübernahme ermöglicht, ergibt sich ein schwerwiegender Nachteil. Wenn der medizinische Leistungsanteil im betreuten Wohnen nicht als solcher selbstständig bestimmt werden kann, kommt eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht in Betracht. Wäre das betreute Wohnen in seiner Gesamtheit als Leistung der medizinischen Rehabilitation anzusehen, so müsste auf der Grundlage des § 26 SGB IX geleistet werden. Eine solche Leistung müsste ggf. auch der Träger der Sozialhilfe erbringen (§ 40 Abs. 1 Satz 2 BSHG). Kostenbeiträge würden in diesem Falle nicht erhoben, da die erweiterte Hilfe nach § 43 Abs. 2 Ziff. 5 BSHG nunmehr auch auf die medizinische Rehabilitation erstreckt worden ist. »Erweitert« heißt hier, dass Kostenbeiträge nur für den Lebensunterhalt, nicht aber für die Betreuungsleistung erhoben werden. Nach seiner systematischen Zuordnung wird das betreute Wohnen aber als eine Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft angesehen (§ 55 Abs. 2 Ziff. 6 SGB IX). Innerhalb der Sozialhilfe findet es seine Rechtsgrundlage also in § 40 Abs. 1 Ziff. 8 BSHG. In diesem Punkt gibt es aber keine erweiterte Hilfe nach § 43 Abs. 2 BSHG. Infolgedessen werden Kostenbeiträge auch für die Maßnahmekosten erhoben. Es ist aber zu beachten, dass hier die Einkommensgrenzen der §§ 79 ff. BSHG gelten.

Es sachgerechte Lösung ließe sich im betreuten Wohnen, und auch in vielen anderen Bereichen der Versorgung, nur erreichen, wenn verschiedene Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft miteinander

30 OVG Münster FEVS 29 S. 149.

31 So die Heilmittel-Richtlinien, BAz 2001 Nr. 118a.

32 BSG 50 S. 74.

in eine Komplexleistung integriert werden könnten. Die Finanzierung müsste je nach dem Risiko, das in den einzelnen Sozialleistungsbereichen zu tragen ist, anteilig auf der Basis von Erfahrungswerten erfolgen. Im betreuten Wohnen und darüber hinaus wäre es deswegen erforderlich, eine Rechtsgrundlage für die Schaffung einer Komplexleistung zu haben, wie sie jetzt für Früherkennung und Frühförderung in § 30 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 SGB IX geschaffen worden ist.

Anschrift des Verfassers

*Marthastr. 18
82131 Gauting*