



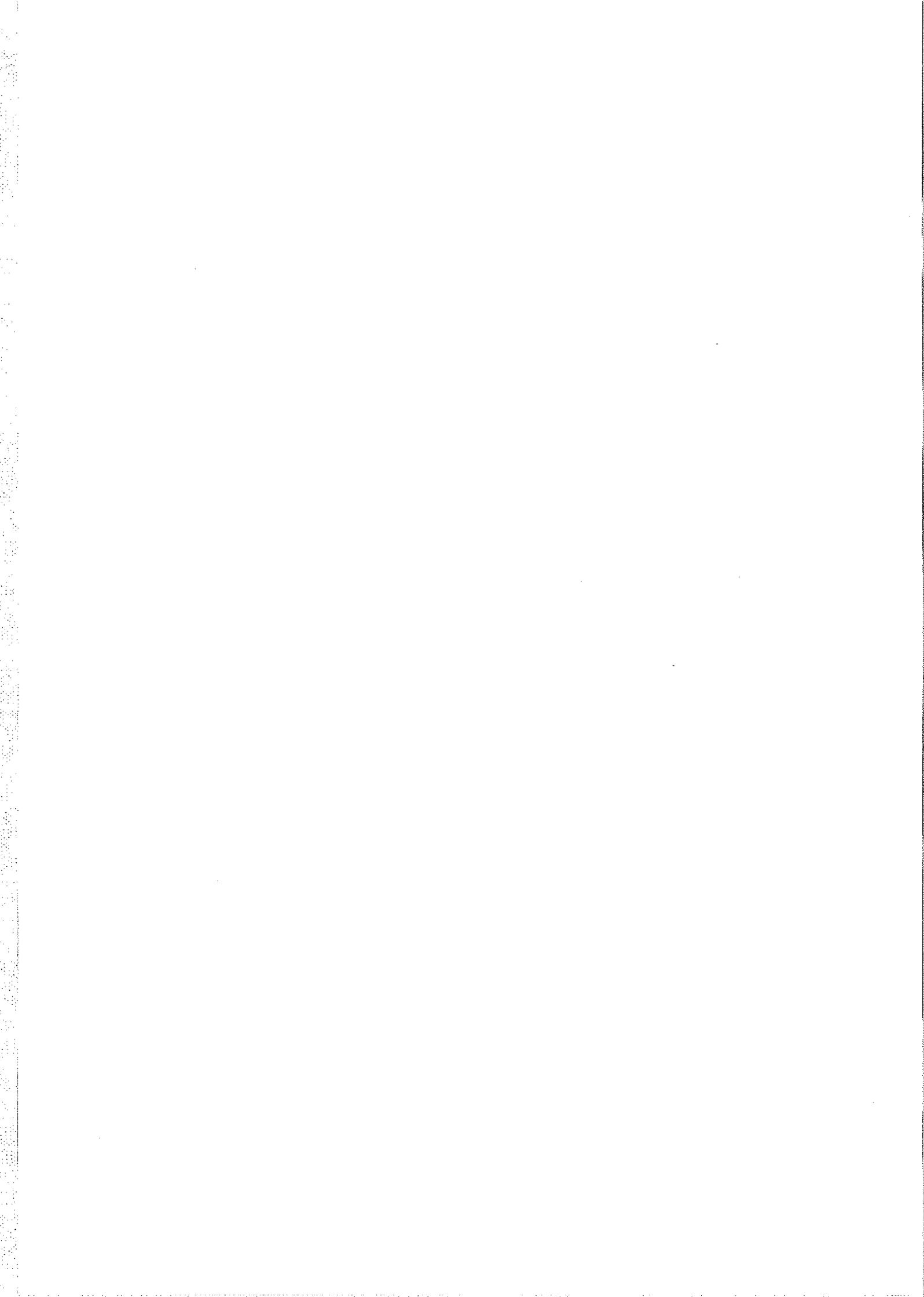
**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in
Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und
Schleswig-Holstein**

**Chronische Krankheit im Recht der
medizinischen Rehabilitation und der
gesetzlichen Krankenversicherung**

F. Welti & B. Lüßenhop

Abschlußbericht

März 2007



Korrespondenzadresse:

PD Dr. Felix Welti
Lehrstuhl für Sozialrecht und Verwaltungsrecht
Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit und Pflege
Brodaer Straße 2, 17033 Neubrandenburg
Tel. 0395-5693-469
mail@felix-welti.de

Chronische Krankheit im Recht der medizinischen Rehabilitation und der gesetzlichen Krankenversicherung

A. Einleitung	1
B. Der Begriff der chronischen Krankheit	3
I. Allgemeines Verständnis.....	3
II. Der Rechtsbegriff der chronischen Krankheit.....	4
1. Das Grundgesetz	5
a) Der Behinderungsbegriff des Grundgesetzes und die chronische Krankheit.....	5
b) Zwischenergebnis.....	6
2. Die chronische Krankheit im SGB IX.....	7
a) § 3 SGB IX.....	7
aa) Der Präventionsvorrang des SGB IX	8
bb) Behinderung und chronische Krankheit.....	11
cc) Zwischenergebnis.....	15
b) § 26 Abs. 1 SGB IX	16
aa) Drohende Behinderung und chronische Krankheit.....	17
(1) Wann gilt man als „von einer Behinderung bedroht“?	18
(2) Abgrenzung zur chronischen Krankheit.....	19
bb) Drohende Behinderung und Behinderung.....	26
cc) Zwischenergebnis.....	30
3. Die chronische Krankheit im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung.....	31
a) Der Krankheitsbegriff des SGB V	34
aa) Behandlungsbedürftigkeit	38
bb) Arbeitsunfähigkeit.....	42
cc) Zwischenergebnis.....	43
b) Der chronische Krankheitsbegriff des SGB V.....	44
aa) § 2a SGB V	45
bb) § 62 SGB V	48
(1) Verschiedene Stufen von chronischer Krankheit ?	50
(2) Zwischenergebnis.....	54
cc) § 60 SGB V	54
dd) § 137f und g SGB V.....	56
ee) Zwischenergebnis.....	59

4.	Die chronische Krankheit im sonstigen Sozialrecht	61
5.	Rechtssicherheit durch eine Auflistung von chronischen Krankheiten?.....	62
C.	Die chronische Krankheit im Recht der medizinischen Rehabilitation.....	63
I.	Der Begriff der medizinischen Rehabilitation und ihre Bedeutung für chronisch Kranke in der Praxis.....	63
1.	Der Begriff der medizinischen Rehabilitation	63
a)	Allgemeines Verständnis.....	63
b)	Arten der medizinischen Rehabilitation.....	66
aa)	Ambulante, teil- und vollstationäre Leistungen	66
bb)	Anschlussheilbehandlung.....	68
cc)	Nachsorgeleistungen	70
c)	Die Bedeutung von medizinischer Rehabilitation für chronisch Kranke in der täglichen Praxis	72
d)	Das rechtliche Verständnis von medizinischer Rehabilitation und ihre Bedeutung für chronisch Kranke.....	74
aa)	Der Begriff der medizinischen Rehabilitation nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung.....	75
bb)	Der Begriff der medizinischen Rehabilitation nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung.....	78
cc)	Zwischenergebnis.....	82
2.	Zwischenergebnis.....	83
II.	Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen bei chronisch Kranken	84
1.	Unterscheidung zwischen kollektivem und individuellem Rehabilitationsbedarf... 85	85
a)	Kollektiver Bedarf.....	85
aa)	Bereitstellungsverantwortung des § 19 SGB IX	86
(1)	Anzahl der erforderlichen Einrichtungen.....	87
(2)	Qualität der Einrichtungen	88
(a)	Qualitätssicherung	89
(b)	Maßstäbe zur Qualitätssicherung.....	91
(c)	Verfahren zur Qualitätssicherung	92
bb)	Verträge mit Leistungserbringern	93
(1)	§ 21 SGB IX.....	94
(a)	Mindestanforderungen, § 21 Abs. 1 SGB IX.....	94
(aa)	Wunsch- und Wahlrecht der Teilnehmer	94

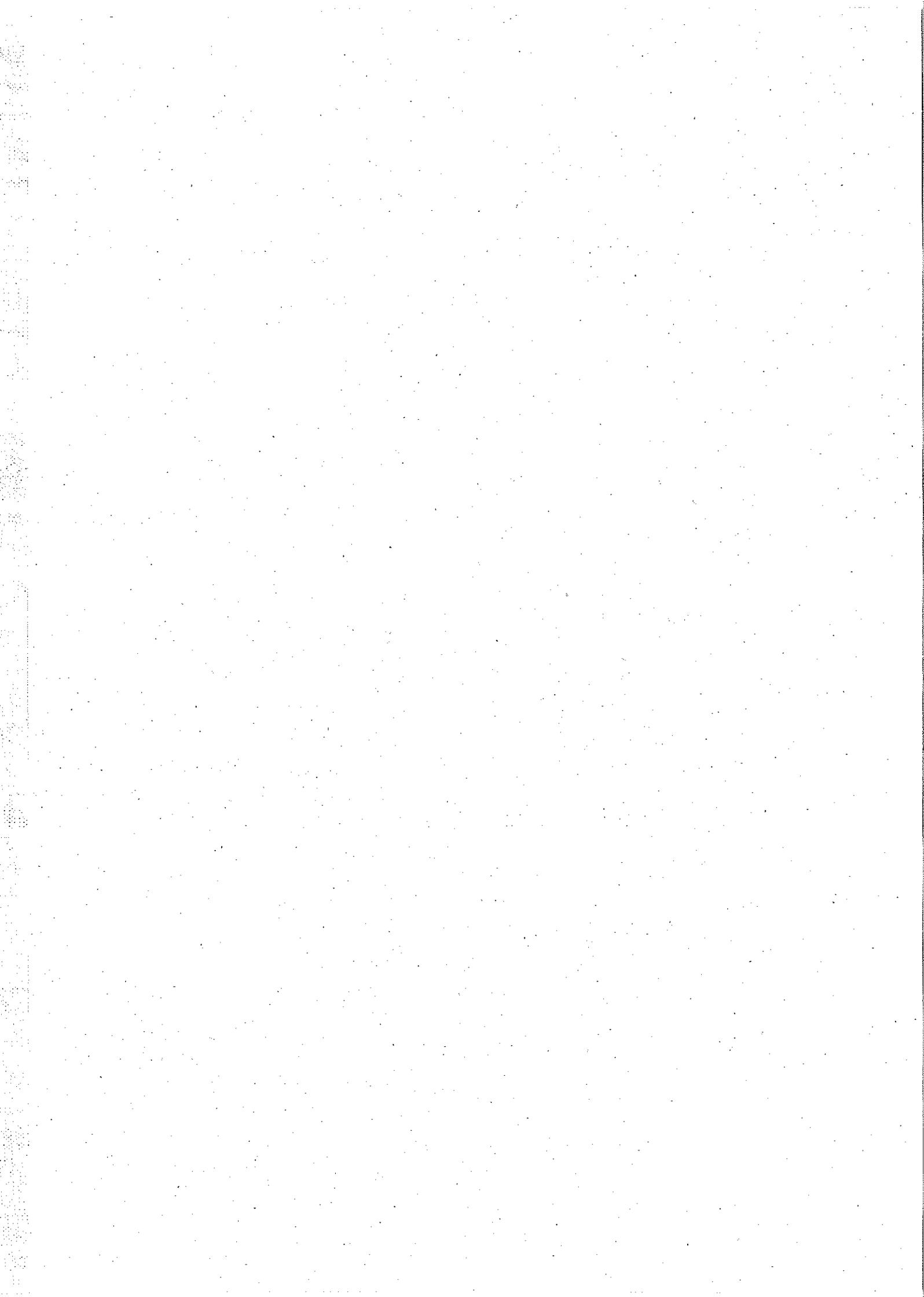
(bb)	Verpflichtung zum Vertragsschluss?	97
(b)	Einheitliche Grundsätze, § 21 Abs. 2 SGB IX	99
(2)	§ 111 SGB V	100
(a)	Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	100
(b)	Zulassung von Einrichtungen	100
(aa)	Bedarfsgerechtigkeit	102
(bb)	Verhältnis § 111 SGB V zu § 21 SGB IX	103
(3)	Andere spezialgesetzliche Vorschriften	105
cc)	Zwischenergebnis	106
b)	Individueller Bedarf chronisch Kranker an medizinischen Rehabilitationsleistungen	107
aa)	Begriffliche Eingrenzung	108
(a)	Objektiver Bedarf	108
(b)	Subjektiver Bedarf	111
bb)	Rehabilitationsbedarf von chronisch Kranken nach dem SGB IX	112
(1)	Ambulant vor stationär?	113
(2)	Ziele der medizinischen Rehabilitation, § 26 SGB IX	114
(a)	Behinderte Menschen, § 26 Abs. 1, 1. Alt. SGB IX	114
(b)	Von Behinderung bedrohte Menschen, § 26 Abs. 1, 2. Alt. SGB IX	116
(3)	Förderung der Selbsthilfe	117
(4)	Zwischenergebnis	119
cc)	Rehabilitationsbedarf von chronisch Kranken nach dem SGB V	120
(1)	Leistungsziele, § 11 SGB V	121
(a)	Ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen	122
(aa)	Subsidiarität	123
(bb)	Leistungen zur Frührehabilitation	124
(b)	Abgrenzung zu Vorsorgeleistungen	126
(c)	Zwischenergebnis	129
(2)	Rehabilitationsbedürftigkeit	129
(a)	Schädigung und chronische Krankheit	131
(b)	Pflegebedürftigkeit	133
(c)	Zwischenergebnis	135
(3)	Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)	

(a)	Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“	136
(b)	Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“.....	139
dd)	Rehabilitationsbedarf von chronisch Kranken nach dem SGB VI.....	141
(1)	Aufgaben und Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe.....	142
(a)	Persönliche Voraussetzungen	144
(b)	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen.....	145
(2)	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	145
(3)	Verfahren zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs	147
(a)	Einzelne Verfahren zur Beurteilung von Rehabilitationsbedarf.....	149
(aa)	Rehabilitationsbedarf bei Diabetes mellitus Typ 2	149
(bb)	Rehabilitationsbedarf bei chronischen Rückenleiden.....	150
(cc)	Rehabilitationsbedarf bei chronischen depressiven Erkrankungen	151
(b)	Bedeutung des behandelnden Hausarztes.....	152
(c)	Kriterien zur Beurteilung von Rehabilitationsbedarf.....	154
(aa)	Krankheit oder Behinderung als mögliche Ursache.....	155
(bb)	Weitere Faktoren zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs	156
(i)	Bedeutung von Arbeitsunfähigkeitszeiten.....	157
(ii)	Zwischenergebnis.....	161
ee)	Rehabilitationsbedarf von chronisch Kranken nach dem SGB VII	161
(1)	Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe	162
(a)	Arbeitsunfälle.....	162
(b)	Berufskrankheiten.....	163
(aa)	Listenberufskrankheiten.....	163
(bb)	Quasi-Berufskrankheiten	166
(cc)	Zwischenergebnis.....	168
(2)	Umfang an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	168
ff)	Rehabilitationsbedarf nach dem SGB XII.....	169
2.	Zuständigkeiten und Aufgaben bei der Ermittlung von Rehabilitationsbedarf.....	169
a)	Vorrang von Teilhabeleistungen, § 8 SGB IX	170
aa)	Beantragte oder erbrachte Sozialleistungen	170
(1)	Leistungen nach § 8 Abs. 1 SGB IX	170
(2)	Rentenzahlungen	172
(3)	Voraussetzungen für Renten wegen Erwerbsminderung	173
(4)	§ 8 Abs. 3 SGB IX	176

bb)	Zwischenergebnis.....	178
b)	§ 10 und 14 SGB IX.....	179
aa)	Zweiwochenfrist des § 14 SGB IX	179
bb)	Erstattungspflicht, § 14 Abs. 4 SGB IX.....	182
(1)	Zeitpunkt der Feststellung.....	183
(2)	Fälle der Erstattungspflicht	183
(3)	Verhältnis zur vorläufigen Leistungspflicht gem. § 102 SGB X.....	184
(4)	Antragstellung bei einer Gemeinsamen Servicestelle.....	187
(5)	Weiterleitung trotz Ablaufs der Zwei-Wochen-Frist.....	188
cc)	Feststellung des Rehabilitationsbedarfs	189
(1)	Unterbliebene Weiterleitung	190
(2)	Nach Weiterleitung	191
dd)	Selbstbeschaffte Leistungen.....	193
(1)	Erstattungspflicht bei Fristablauf/ unzureichenden Gründen.....	193
(2)	Erstattungspflicht bei unaufschiebbaren Leistungen/ unrechtmäßig abgelehnten Leistungen.....	194
(3)	Höhe der Erstattung.....	196
(4)	Dokumentationspflicht durch die Rehabilitationsträger	197
ee)	Koordinierung der Leistungen, § 10 SGB IX	197
(1)	Schriftformerfordernis.....	199
(2)	Besondere Bedürfnisse seelisch behinderter Menschen.....	200
ff)	Zwischenergebnis.....	202
c)	Sicherung von Beratung und Auskunft bezüglich eines Teilhabebedarfs.....	203
aa)	Pflichten Personensorgeberechtigter	203
bb)	Pflichten berufsmäßig beteiligter Akteure	204
cc)	Beratungspflicht der Ärzte	204
dd)	Zwischenergebnis.....	207
d)	Pflichten des Arbeitgebers	208
D.	Die chronische Krankheit im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung.....	211
I.	Prävention chronischer Krankheiten	212
1.	Primäre Prävention, Gesundheits- und Selbsthilfeförderung.....	214
a)	Primärprävention und Gesundheitsförderung	214
aa)	§ 20 Abs. 1 SGB V.....	214
bb)	§ 20 Abs. 2 SGB V.....	216

cc)	Früherkennung von Krankheiten.....	217
(1)	Gesundheitsuntersuchungen, § 25 SGB V.....	218
(2)	Kinderuntersuchungen, § 26 SGB V.....	219
dd)	Zwischenergebnis.....	220
b)	Selbsthilfeförderung.....	221
2.	Sekundärprävention.....	223
a)	Ambulante Vorsorgeleistungen.....	224
b)	Stationäre Vorsorgeleistungen.....	226
c)	Zwischenergebnis.....	228
3.	Tertiärprävention.....	229
II.	Akutbehandlung von chronischen Krankheiten.....	229
1.	Strukturierte Behandlungsprogramme.....	229
a)	Voraussetzungen für die Teilnahme.....	230
b)	Inhalte und Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen.....	231
aa)	Notwendige Inhalte von DMP am Beispiel von Diabetes mellitus Typ 2.....	232
bb)	Notwendige Inhalte von DMP am Beispiel von Brustkrebs.....	235
c)	Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker?.....	236
aa)	Prävention chronischer Krankheiten.....	236
bb)	Verbesserung bei der Krankenbehandlung?.....	237
(1)	Verkoppelung von DMP und RSA: Eine Fortschrittsbremse?.....	240
(2)	Zwischenergebnis.....	242
cc)	Verbindung mit Rehabilitationsleistungen.....	242
(1)	Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten der DMP – Einbeziehung von Rehabilitation möglich?.....	245
(a)	Gesamtverträge.....	246
(b)	Strukturverträge.....	247
(c)	Modellvorhaben.....	248
(d)	Verträge über die integrierte Versorgung.....	251
(aa)	Vertragliche Möglichkeiten innerhalb des Sozialgesetzbuches?.....	253
(bb)	Zwischenergebnis.....	256
(2)	Zwischenergebnis.....	257
2.	Verbesserungsmöglichkeiten der DMP.....	257
a)	Case-Management statt Disease-Management?.....	258
b)	Zwischenergebnis.....	261

III. Rehabilitation	261
E. Zusammenfassung der Arbeit.....	261
I. Rechtsbegriff der chronischen Krankheit.....	261
1. Grundgesetz.....	262
2. SGB IX.....	262
3. Krankenversicherung	263
II. Der Begriff der medizinischen Rehabilitation und ihr Verhältnis zur chronischen Krankheit.....	263
1. Das rechtliche Verständnis von medizinischer Rehabilitation und ihre Bedeutung für chronisch Kranke.....	264
a) SGB IX.....	264
b) SGB V.....	264
c) SGB VI.....	265
III. Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen für chronisch Kranke	265
1. Kollektiver Bedarf.....	266
2. Individueller Bedarf	266
a) SGB IX.....	266
b) SGB V.....	266
c) SGB VI.....	267
d) SGB VII.....	268
3. Zuständigkeiten und Aufgaben bei der Ermittlung von Rehabilitationsbedarf.....	268
a) § 8 SGB IX.....	268
b) §§ 10 und 14 SGB IX.....	269
c) Sicherung von Beratung und Auskunft bezüglich eines Teilhabebedarfs.....	269
aa) Pflichten Personensorgeberechtigter/ berufsmäßig beteiligter Akteure.....	269
bb) Pflichten des Arbeitgebers	270
IV. Prävention chronischer Krankheiten innerhalb des SGB V.....	270
1. Primärprävention/ Selbsthilfe.....	270
2. Sekundärprävention.....	271
V. Strukturierte Behandlungsprogramme	271
1. Verbesserung bei der Krankenbehandlung?.....	271
2. Verbindung mit Rehabilitationsleistungen.....	271



A. Einleitung

Der Begriff der chronischen Krankheit ist jüngst in verschiedene Vorschriften des Sozialgesetzbuches aufgenommen worden. So ergeht in § 3 des zum 01. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX¹ der Auftrag an die Rehabilitationsträger, den Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit zu vermeiden. Da chronische Erkrankungen zu Behinderungen führen können (vgl. § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX)², gilt der Präventionsvorrang gem. § 3 SGB IX auch für die Vermeidung von chronischen Krankheiten. Nicht nur der Eintritt einer Behinderung soll auf diese Weise vermieden werden, sondern auch der – oftmals vorgelagerte – Eintritt einer chronischen Krankheit. Darüber hinaus sind gem. § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen, sofern sich diese dazu eignen, Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Ziel des § 26 SGB IX ist es somit nicht nur, den Eintritt von chronischen Erkrankungen zu vermeiden, sondern chronische Krankheiten auch zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, um so eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes zu verhindern.

Trotz dieses Auftrages an die Rehabilitationsträger und der Möglichkeiten, die sich hieraus für die betroffenen Menschen ergeben, fehlt es bis heute an einer einheitlichen Definition für den Begriff der chronischen Erkrankung. Es fehlt des Weiteren an einer eindeutigen Klarstellung, ob und inwieweit sich das Bestehen einer chronischen Krankheit von einer „einfachen“ Krankheit, wie sie beispielsweise die gesetzliche Krankenversicherung vorsieht, unterscheidet³. Auch eine Abgrenzung zum Begriff der Behinderung⁴ bzw. zum Begriff der drohenden Behinderung⁵ ist bis heute nicht vorgenommen worden. Zwar ist mit der Einführung des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG⁶) gem. § 1 Abs. 2

¹ Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - vom 19. Juni 2001, BGBl I, S. 1046.

² Hierzu *Welt/Raspe*, DRV 2004, 76 (86), welche chronische Erkrankungen als die häufigste Ursache von Behinderungen bezeichnen.

³ So bezweifelten beispielsweise das LG und das OLG Hamburg in ihren Urteilen vom 06.01.1886 und 01.03.1886, dass es sich bei einer chronischen Erkrankung überhaupt noch um eine Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne handelt; Vgl. ArbVers 1886, 211 (212) und 214ff.

⁴ § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

⁵ § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX.

⁶ BGBl I 1974, S. 1881; mit dem Inkrafttreten des SGB IX zum 01. Juli 2001 verlor das RehaAnglG jedoch seine Gültigkeit.

des Gesetzes eine Gleichstellung von behinderten Personen mit solchen, denen eine Behinderung droht, d.h. bei denen eine Behinderung nach ärztlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, vollzogen worden⁷; diese Gleichstellung bezog sich allerdings lediglich auf die in § 1 Abs. 1 RehaAnglG genannten Rehabilitationsleistungen. Innerhalb des SGB IX ist eine derartige Gleichstellung nicht vorgenommen worden, weshalb die Fragen der Schnittstellen zwischen Behinderung, drohender Behinderung und chronischer Krankheit sowie der Rechte, welche sich hieraus ergeben, von hoher Bedeutung sind.

Auch für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat der Begriff der chronischen Krankheit in mehreren Normen, wie insbesondere §§ 2a, 62 SGB V und § 137f SGB V, Relevanz erlangt. So ist nach § 2a SGB V⁸ den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Mit der Einführung des § 2a SGB V sollte dabei hauptsächlich erreicht werden, dass die Zielsetzungen des SGB IX in die GKV integriert werden⁹, welche einer Individualisierung des Erkrankten sowie seiner speziellen Bedürfnisse Rechnung tragen sollen. Eine Bedeutung hat die chronische Krankheit z.B. auch in § 62 SGB V: Nach § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V beträgt die Belastungsgrenze für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Mit der Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten gem. § 62 SGB V in der Fassung von 22. Januar 2004¹⁰ ist dadurch erstmalig eine Definition in Bezug auf chronische Krankheiten – wenn auch nur für solche Erkrankungen, die schwerwiegend sind - unternommen worden. Mit Einführung der § 137f und g SGB V zum 01.01.2002¹¹ sind für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zudem so genannte strukturierte Behandlungsprogramme oder Disease-Management-Programme (DMP) möglich geworden, welche für spezielle chronische Erkrankungen eine Therapie mittels evidenzbasierter Leitlinien vorsehen¹². Die Wirkung der strukturierten Behandlungsprogramme auf die betroffenen Patienten wird derzeit teilweise noch sehr unterschiedlich eingeschätzt; so wird beispielsweise kritisiert, dass hierbei eine Verkoppelung der DMP mit dem Risikostrukturausgleich (RSA)¹³ stattgefunden hat¹⁴.

⁷ BT-Drucks. 7/1237, S. 54.

⁸ GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003, BGBl I, S. 2190.

⁹ *Noftz* in Hauck/ders., SGB V, K § 2a, Rn. 5 und 11 ff.

¹⁰ BAnz Nr. 18 vom 28. Januar 2004, S. 1343.

¹¹ BGBl I 2001, S. 3465; zuletzt geändert mit BGBl I 2003, S. 2190 und S. 2304.

¹² Vgl. *Müller de Cornejo/van Lente*, G+G 2003, 16 (16); *Lüngen/Lauterbach*, Die Rehabilitation 2003, 284 (286).

¹³ § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

Das Vorliegen von chronischer Krankheit bzw. der drohende Eintritt einer solchen können somit verschiedene Rechte und Leistungsansprüche auslösen. Trotzdem fehlt es an einem einheitlichen Verständnis. Dies kann zu Rechtsunsicherheiten, nicht nur bei Versicherten, sondern auch bei Sozialversicherungsträgern, vor allem bei Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern, führen. Eine einheitliche Aufarbeitung des Begriffes unter verschiedenen Gesichtspunkten und Blickwinkeln erscheint daher unumgänglich. Eine solche Aufarbeitung ist auch bereits deshalb erforderlich, da mit einer weiteren Zunahme an chronischen Erkrankungen in den nächsten Jahren gerechnet wird¹⁵. Eine Abgrenzung nicht nur zum Begriff der Behinderung bzw. zu einer drohenden Behinderung, sondern auch zum Begriff der Pflegebedürftigkeit erscheint dabei ebenfalls als notwendig.

B. Der Begriff der chronischen Krankheit

Um die Versorgungssituation chronisch Kranker im Recht der medizinischen Rehabilitation und der gesetzlichen Krankenversicherung zu klären, gilt es zunächst, eine begriffliche Eingrenzung der chronischen Krankheit vorzunehmen. Historisch betrachtet stammt der Begriff „chronisch“ von dem griechischen Wort „Chronos“ ab, welches als „die Zeit“ oder „was in gewisse Zeiten fällt“¹⁶ übersetzt werden kann. Hiermit wird bereits der zeitliche Faktor als bestimmendes Merkmal eines chronischen Leidens deutlich. Nach der *Brockhaus-Enzyklopädie* bedeutet chronisch in der Medizin, dass sich etwas langsam entwickelt und von anhaltender Dauer ist¹⁷. In früherer Zeit wurde eine Krankheit bereits dann von Ärzten als chronisch bezeichnet, wenn sie länger als 40 Tage dauerte. Teilweise wurden auch fieberlose Krankheiten schlechthin als chronisch bezeichnet, während fieberhafte Krankheiten als akute Krankheiten bezeichnet wurden¹⁸.

I. Allgemeines Verständnis

Fraglich ist, welche Gemeinsamkeiten chronische Krankheiten im Allgemeinen aufweisen und ob sich hieraus ein einheitliches, begriffliches Verständnis ableiten lässt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation charakterisiert chronische Krankheiten wie folgt: Merk-

¹⁴ So Demmler/Wenning, Die BKK 2004, 186 (187 ff.), zustimmend zur Verbindung des RSA mit DMP: van Lente, G+G 2004, 28 (29).

¹⁵ Koch, Die BKK 2003, 241 (242).

¹⁶ C. Conversations-Lexikon oder kurzgefasstes Handwörterbuch (1809-1811), S. 7940.

¹⁷ Zu finden unter: www.brockhaus-encyklopaedie.de, Stand: August 2006.

¹⁸ Meyers Konversationslexikon, Band 4, S. 108.

male seien schleichender Beginn, dynamische Verlaufsprozesse, hohe Abhängigkeit von Kontextfaktoren und insbesondere auch Multimorbidität mit individuell stark variierenden Krankheits- und Rehabilitationsverläufen, welche die Realisierung eines ganzheitlichen, integrierten, präventiven, kurativen und rehabilitativen Behandlungsansatzes erfordern¹⁹. Ein weiteres Merkmal chronischer Krankheiten sei, dass sie „ex definitione“ nicht heilbar seien²⁰. Die Krankheitsverläufe führen im Regelfall zu einer Progredienz, d.h. zu einer Verschlimmerung der jeweiligen Krankheit. Für die Betroffenen entsteht daher eine Lebenssituation, in welcher sie mit bleibenden Gesundheitsschäden, Schmerzen und vielfältigen Beschwerden leben müssen, die sich im Laufe der Zeit oftmals verschlimmern²¹. Als Folge hiervon sind nicht nur psychische Belastungen zu nennen, sondern auch Schwierigkeiten mit der Bewältigung der Anforderungen des alltäglichen Lebens in Beruf, Familie und Selbstversorgung. Trotz dieser vielen verschiedenen Ansätze gibt es bis zum heutigen Tag keine einheitliche Sichtweise zur chronischen Krankheit: Es gibt vielmehr verschiedene Möglichkeiten einer begrifflichen Eingrenzung, wie z.B. temporal retrospektiv oder temporal prospektiv, d.h. zeitlich zurückblickend oder in einer Auswertung durch eine Langzeitstudie²². Auch die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems entscheidet unter anderem darüber, ob eine Erkrankung akut oder chronisch verläuft: Beispielsweise gibt es zahlreiche Infektionskrankheiten, welche in unserem heutigen Gesundheitssystem durch therapeutische Interventionen fast ausnahmslos ausheilen, aber in Entwicklungsländern oft in kontinuierliche, d.h. chronische Erkrankungen übergehen, da dort eine entsprechende medizinische Versorgung häufig nicht geleistet werden kann²³. Hierdurch wird ersichtlich, dass der Begriff der chronischen Krankheit ein wandelbarer Begriff ist, d.h. dass er sich parallel zum medizinischen Fortschritt in einer Region verändern kann.

II. Der Rechtsbegriff der chronischen Krankheit

Zu klären ist, welches Verständnis von chronischer Krankheit sich aus dem Gesetz ergibt, bzw. ob es überhaupt ein einheitliches rechtliches Verständnis von chronischer Krankheit gibt.

¹⁹ BAR, Die Rehabilitation 2005, 50 (51), hierzu auch von Törne, Die BKK 2000, 102 (104).

²⁰ Heine, ZSR 2004, 462 (466).

²¹ Gerdes/Weis in Bengel/ Koch, Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 42 (44).

²² Raspe, SGB 2005, 610 (610).

²³ Daenell, Disease-Management-Programme, 28 f.

1. Das Grundgesetz

Chronische Krankheit wird im Grundgesetz nicht erwähnt. Es findet sich aber in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG die Regelung: Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Klärungsbedarf besteht dahingehend, ob in diesen verfassungsrechtlichen Behinderungsbegriff die chronische Krankheit einzubeziehen ist.

Das Benachteiligungsverbot bindet nicht nur Verwaltung und Rechtsprechung unmittelbar, sondern es verpflichtet auch den Gesetzgeber selbst²⁴. Art. 3 Abs. 3 GG ist dabei als so genannte *lex specialis* gegenüber Art. 3 Abs. 1 GG anzusehen. Ein Rückgriff auf den allgemeinen Gleichheitssatz ist somit ausgeschlossen, soweit das Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG anwendbar ist²⁵.

a) Der Behinderungsbegriff des Grundgesetzes und die chronische Krankheit

Es stellt sich die Frage, was unter dem Begriff der Behinderung im Sinne des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG zu verstehen ist, und ob hiervon auch der Begriff der chronischen Krankheit umfasst ist. Das Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG hat zum Ziel, die Stellung behinderter Menschen namentlich zu stärken sowie das Bewusstsein für ihre spezifischen Probleme zu schärfen, um auf diese Weise die Integrationsaufgabe voranzutreiben²⁶. Bei einer Behinderung in diesem Sinne handelt es sich um eine außerordentlich komplexe Bedarfslage, bei welcher eine begriffliche Eingrenzung Schwierigkeiten bereitet²⁷. Ein Grund dafür ist, dass behinderte Menschen im Recht oft nicht mit diesem Begriff bezeichnet werden, sondern mit anderen Bezeichnungen, die regelmäßig mit einer Behinderung in Verbindung stehen²⁸.

Es wird daher die Ansicht vertreten, dass man für den Begriff der Behinderung eine verhältnismäßig offene Definition verwenden müsse, welche sich dadurch auszeichne, dass individuelle Anschauungen des Grundrechtsträgers berücksichtigt würden. Die Behinderung müsse also maßgeblich von der Einschätzung des Betroffenen abhängig gemacht werden²⁹. Es wird daher ein zweistufiger verfassungsrechtlicher Behinderungsbegriff vorgeschlagen: Es bedürfe auf der ersten Stufe einer dauerhaften Abweichung vom Idealtypus des jungen und gesunden Menschen, dem grundsätzlich sämtliche Lebenswege offen stehen. Auf der zweiten Stufe

²⁴ So genannter „status positivus“ der Grundrechte, vgl. hierzu auch *Moritz*, ZFSH/SGB 2002, 204 (204).

²⁵ *Jürgens*, NVwZ 1995, 452 (453).

²⁶ *Reichenbach*, SGB 2002, 485 (486).

²⁷ Vgl. hierzu *Mrozynski*, SGB 2001, 277 (277).

²⁸ *Welti*, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, S. 468.

²⁹ *Reichenbach*, SGB 2002, 485 (487).

müsse diese Abweichung dazu führen, dass dem davon Betroffenen Lebenswege verschlossen sind, die er ohne sie hätte beschreiten wollen. Ausgenommen vom Behinderungsbegriff seien damit nur kurzfristig auftretende Gesundheitsstörungen, die in absehbarer Zeit wieder vollständig geheilt werden können.

Teilweise wird auch vertreten, dass für den verfassungsrechtlichen Behinderungsbegriff die Definition der WHO zur Behinderung anwendbar sei³⁰. Möchte man zu einem einheitlichen Verständnis von Behinderung im Sinne des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG kommen, sollte zumindest gewährleistet sein, dass der Schutz, welcher das Benachteiligungsverbot für die betroffenen Personen bieten soll, möglichst breite Wirkung entfalten kann. Versteht man Behinderung im Sinne des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG daher als einen relativ offenen Begriff, kann als Anknüpfungspunkt beispielsweise eine bestehende Funktionsstörung dienen, aufgrund derer eine soziale Beeinträchtigung möglich erscheint³¹. Auch chronisch Kranke weichen vom Idealtypus des jungen und gesunden Menschen ab; beim Bestehen von chronischer Krankheit liegen außerdem eine oder mehrere Funktionsstörungen vor³². Soweit eine Benachteiligung aufgrund von chronischer Krankheit vorliegt oder einzutreten droht, muss somit auch das Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG Anwendung finden. Die chronische Krankheit ist demzufolge Bestandteil des verfassungsrechtlichen Behinderungsbegriffes³³. Im Gegensatz zu einfachen bzw. akuten Krankheiten handelt es sich hierbei auch um eine dauerhafte Abweichung, da es sich bei chronischen Krankheiten meistens um einen Dauerzustand handelt.

b) Zwischenergebnis

Zum Behinderungsbegriff des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG gehört auch der Begriff der chronischen Krankheit. Soweit aufgrund des Bestehens einer chronischen Krankheit eine Benachteiligung vorliegt oder einzutreten droht, ist daher das verfassungsrechtliche Benachteiligungsverbot anwendbar. Beim Behinderungsbegriff des Grundgesetzes handelt es sich um einen verhältnismäßig „offenen Begriff“, welcher in erster Linie dem Schutz von Personen mit Funktionsstörungen dienen soll.

³⁰ Osterloh in Sachs, Grundgesetz, Art. 3, Rn. 309 f.

³¹ Jürgens, NVwZ 1995, 452 (452).

³² Zur Frage, ob bei chronisch Kranken eine Funktionsstörung vorliegt vgl. auch Glied.-Pkt. C.II.1.b)cc)(2)(a).

³³ Vgl. hierzu BSG SozR 3-2500 § 61 Nr. 7, in welchem auch das BSG den verfassungsrechtlichen Behinderungsbegriff auf chronisch Kranke anwendet. So auch Jarass in ders./Pieroth, GG, zu Art. 3, Rn. 143, welcher argumentiert, dass chronisch Kranke regelmäßig vom Behinderungsbegriff des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG umfasst werden. Auch Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, S. 468 f, ist der Ansicht, dass bei den meisten chronisch Kranken auch eine Behinderung vorliegt.

2. Die chronische Krankheit im SGB IX

Im SGB IX wird die chronische Krankheit in §§ 3 und 26 Abs. 1 Nr. 1 erwähnt: Nach dem Präventionsvorrang des § 3 SGB IX wirken die Rehabilitationsträger darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird. § 26 SGB IX ist dagegen Grundlage für medizinische Rehabilitationsleistungen behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen: Hiernach werden zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen die erforderlichen Leistungen erbracht, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder um eine Verschlimmerung zu verhüten. Eine gesetzliche Definition für die chronische Krankheit findet sich jedoch nicht. Im Wege einer Auslegung der Normen ist daher zu ermitteln, welches begriffliche Verständnis von chronischer Krankheit und welche Unterschiede zur Behinderung und drohenden Behinderung sich aus dem SGB IX herleiten lassen.

a) § 3 SGB IX

Zu klären ist, welches Verständnis von chronischer Krankheit und Behinderung sich aus dem Präventionsvorrang des § 3 SGB IX herleiten lässt. Hiernach wirken die Rehabilitationsträger darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird. Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist³⁴. Behinderung kann somit nicht mehr als persönliche Eigenschaft verstanden werden; vielmehr handelt es sich bei ihr um ein soziales Verhältnis zwischen behindertem Menschen und seiner Umwelt³⁵. Ein für das Lebensalter typischer Zustand liegt vor, d.h. ein Mensch gilt als funktional gesund, wenn seine körperlichen und mentalen Funktionen den allgemein anerkannten Normen entsprechen. Der funktional gesunde Mensch ist ohne jede Störung fähig, alle menschlichen Aktivitäten zu verrichten, und er ist somit auch in der Lage, ohne Beeinträchtigungen an allen Bereichen des Lebens teilzuhaben³⁶. Der Behinderungsbegriff des SGB IX unterliegt dabei einem engeren Verständnis als der allgemeine Behinderungsbegriff der ICF (International Classification of Functioning, Disability and

³⁴ § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

³⁵ *Welte*; HK-SGB IX zu § 2, Rn. 20; ebenso *Niemann*, NZS 2001, 583 (584).

³⁶ *Schimanski*, GK-SGB IX zu § 2, Rn. 35; Kritik an diesem Kriterium üben *Götze* in Hauck/Noftz, SGB IX, K § 2, Rn. 12; *Schuntermann*, Die neue Sonderschule 1999, 342 (342 ff.).

Health = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)³⁷: Nach der ICF umfasst der Behinderungsbegriff jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit. Hiernach liegt eine Behinderung vor, wenn in wenigstens einem der folgenden Bereiche eine Beeinträchtigung vorliegt, d.h. eine Funktionsstörung, ein Strukturschaden, eine Einschränkung einer Aktivität oder eine Beeinträchtigung der Teilhabe an einem Lebensbereich³⁸. Beim Behinderungsbegriff des SGB IX wird hingegen als Maßstab der für das Lebensalter typische Zustand verwendet³⁹, von welchem eine Abweichung für länger als sechs Monate vorliegen muss und dadurch eine Teilhabebeeinträchtigung gegeben ist. Das Verständnis von Behinderung im Sinne des SGB IX ist damit auch an engere rechtliche Voraussetzungen geknüpft als der Behinderungsbegriff des Grundgesetzes, welcher auch die chronische Krankheit einbezieht und keine Differenzierungen - wie innerhalb des SGB IX - zwischen Behinderung, drohender Behinderung und chronischer Krankheit vornimmt.

aa) Der Präventionsvorrang des SGB IX

Trotz des Präventionsvorranges in § 3 SGB IX, wonach nicht nur der Eintritt von Behinderungen, sondern auch von chronischen Krankheiten vermieden werden sollen, gehören Leistungsinhalte für chronisch Kranke nicht zu den gesetzlichen Zielvorgaben des SGB IX: Hiernach erhalten nur Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen nach dem SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken⁴⁰. Dies verwundert, denn wenn nach dem Präventionsvorrang des § 3 SGB IX bereits bei dem Vermeiden des Eintritts von chronischen Krankheiten begonnen werden soll, welche einer Behinderung in vielen Fällen vorgelagert sind, so erscheint es als notwendig, gerade diese präventiven Anforderungen auch in die gesetzliche Zielbestimmung des SGB IX einfließen zu lassen. Dieses Ungleichgewicht in den gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Rechte chronisch Kranker und solcher, welche von der

³⁷ Zu finden unter: www.dimdi.de. Stand: August 2006.

³⁸ Vgl. hierzu auch *Schuntermann*, DRV 2003, 52 (53).

³⁹ Zum Begriff des für das Lebensalter typischen Zustands vgl. *Welti*, NJW 2001, 2210 (2211).

⁴⁰ § 1 Satz 1 SGB IX; *Welti*, HK-SGB IX zu § 1, Rn. 4 und 5 vermerkt hierzu, dass es aber unzutreffend wäre, § 1 SGB IX so zu verstehen, dass das SGB IX ein Sonderrecht sei, welches ausschließlich Behinderten und von Behinderung bedrohten Personen zusteht. Vielmehr stehe der präventive Ansatz, d.h. die Vermeidung von Behinderungen, im Vordergrund. Gerade im Interesse der chronisch Kranken ist es dann aber von Vorteil, diesen überwiegend präventiven Ansatz, welcher auch chronische Krankheiten einbeziehen soll, in die Zielbestimmungen des SGB IX aufzunehmen.

Chronifizierung einer Krankheit bedroht sind, spiegelt sich auch in § 4 SGB IX wider: Leistungen zur Teilhabe umfassen danach die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den laufenden Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern sowie um die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder um die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern⁴¹. Zwar ist die Abwendung einer Behinderung hier erklärtes Ziel von Teilhabeleistungen; unklar ist dabei jedoch, wie weit dieser Rahmen zu verstehen ist, d.h. ab wann Leistungen zum Abwenden einer Behinderung zu gewähren sind: Besteht ein solches Recht demnach erst, wenn bereits eine drohende Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX vorliegt oder schon dann, wenn eine chronische Erkrankung besteht oder sogar nur droht? Dies lässt sich aus den gesetzlichen Vorgaben des SGB IX nicht direkt herleiten, und anders als beispielsweise bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gem. § 26 SGB IX ist die Behandlung und Vermeidung chronischer Krankheiten kein erklärtes Ziel der Teilhabeleistungen des § 4 SGB IX. Sollte das präventive Grundprinzip des SGB IX⁴², welches auch chronisch Kranke und solche, die von der Chronifizierung einer Krankheit bedroht sind, einbezieht, tatsächlich aber bereits durch die Formulierung „Abwendung einer Behinderung“ zum Ausdruck kommen, stellt sich die Frage, warum dann die Vermeidung und Behandlung chronischer Krankheiten zu eigenen Leistungszielen in §§ 3 und 26 SGB IX gemacht wurden, die Formulierung „Abwenden einer Behinderung“ somit – im Gegensatz zu z.B. § 4 SGB IX – anscheinend nicht ausreichend war. Die Vorschriften des SGB IX sind insoweit uneinheitlich, und der Umfang dessen, was zum Abwenden einer Behinderung gehört, wird auf diese Weise nicht ganz klar. Eine solche Uneinheitlichkeit lässt sich auch nicht dadurch erklären, dass es sich insbesondere bei § 26 SGB IX um eine speziellere Vorschrift gegenüber § 4 SGB IX

⁴¹ § 4 Abs. 1 Nr. 1 – 4 SGB IX., vgl. hierzu auch § 10 SGB I.

⁴² Vgl. hierzu auch § 2 Abs. 1 und 2 der Gemeinsamen Empfehlung nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1, dass Prävention entsprechend dem in § 3 SGB IX genannten Ziel erbracht wird (Gemeinsame Empfehlung Prävention) vom 16. Dezember 2004, zu finden unter: www.bar-frankfurt.de, Stand: August 2006, wonach Prävention ein Grundprinzip ist, das im Zusammenhang mit allen Leistungen zur Teilhabe zu beachten ist und somit in einem konkreten Bezug zu Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten steht.

handelt, d.h. bei § 26 SGB IX. speziellere Grundsätze für die Begrifflichkeiten der Behinderung und chronischen Krankheit gelten. Denn gem. § 5 Nr. 1 SGB IX handelt es sich bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen um Leistungen zur Teilhabe, für welche die allgemeinen Ziele des § 4 SGB IX ebenfalls Geltung haben.

Auch geht aus den Vorschriften des SGB IX nicht eindeutig hervor, ob die Behandlung chronischer Krankheiten, z.B. im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme gem. § 26 SGB IX, eher zu den präventiven oder den rehabilitativen Zielen des SGB IX gezählt wird. Nach § 2 Abs. 3 der Gemeinsamen Empfehlung (GE) Prävention⁴³ soll die Prävention dazu beitragen, bereits im Frühstadium sich abzeichnende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe zu erkennen. Sie hat außerdem zum Ziel, das Fortschreiten gesundheitsbeeinträchtigender Prozesse, die zu Chronifizierung und Behinderung führen können, zu verringern, aufzuhalten bzw. zu verhindern sowie gesundheitsgefährdende Belastungen abzubauen und Ressourcen zu stärken. Ob eine Maßnahme, welche die voranschreitende Chronifizierung und damit auch eine mögliche Behinderung verhindert oder zumindest verzögert, zur Prävention oder eher zur Rehabilitation gehört, wird hier jedoch nicht erwähnt. Es wird außerdem nicht erläutert, um welche Maßnahmen es sich handelt, wenn von präventiven Zielen innerhalb des SGB IX gesprochen wird: Auch wenn die Teilhabeleistungen gem. § 4 SGB IX teilweise präventive Ziele beinhalten, wie z.B. das Abwenden einer Behinderung, das Vermeiden von Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit, gehören zu den Leistungsgruppen von Teilhabeleistungen gem. § 5 SGB IX keine reinen präventiven Leistungen. Rein präventive Leistungen, welche auch häufig als Primärprävention bezeichnet werden, gehören daher nicht zu den Teilhabeleistungen des SGB IX, sondern zu den Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, welche in erster Linie durch die gesetzliche Krankenversicherung nach den §§ 20 ff. SGB V geleistet werden. Die klassische Prävention gehört somit nicht zu den gesetzlichen Zielen innerhalb des SGB IX. Für diese präventiven Leistungen, welche den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern sollen und damit auch chronische Krankheiten, wie z.B. Diabetes verhindern sollen, bietet das SGB IX somit keine Rechtsgrundlage. Fraglich ist dann aber, um welche Leistungen es sich handelt, wenn innerhalb des SGB IX von der Prävention als tragendem Grundprinzip gesprochen wird: Nach § 2 Abs. 2 Satz 1 der Gemeinsamen Empfehlung Prävention steht die Prävention nach dem SGB IX in einem konkreten Bezug zu Behinderungen und chronischen Krankheiten. Sie soll nicht nur den Eintritt einer Behinderung, sondern auch die Chronifizierung von Krankheiten als eine mögliche Vorstufe von Behinderungen vermeiden. Zu den präventiven Maßnahmen des SGB IX gehören auch die Maß-

⁴³ Zu finden unter www.bar-frankfurt.de; Stand: August 2006.

nahmen des § 84 Abs. 2 SGB IX, also das so genannte betriebliche Eingliederungsmanagement, sowie Maßnahmen nach den §§ 55 ff. SGB IX, d.h. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Pflichten nach § 60 SGB, also die Pflichten der Personensorgeberechtigten. Dies zeigt einen ersten Ansatz dahingehend, was mit präventiven Leistungen des SGB IX gemeint ist: Ein Anrecht auf das betriebliche Eingliederungsmanagement haben gem. § 84 Abs. 2 SGB IX zum Beispiel diejenigen Beschäftigten, welche innerhalb eines Jahr länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. Es muss also bereits eine Arbeitsunfähigkeit, also ein krankheitsbedingter teilhabegefährdender Zustand vorliegen haben, bevor das betriebliche Eingliederungsmanagement eingreift. Hieraus lässt sich folgern, dass bereits eine Krankheit und die konkrete Gefahr einer Teilhabestörung vorliegen, wenn die präventiven Leistungen des SGB IX eingreifen sollen. Ziel der präventiven Leistungen des SGB IX ist somit, die Chronifizierung einer bereits bestehenden Krankheit – und damit auch den Eintritt einer Behinderung – zu verhindern. Es handelt sich hier also nicht um rein primärpräventive Bereiche, sondern um rehabilitative Leistungen bzw. Teilhabeleistungen mit einem präventiven Ansatz. Um eine Einheitlichkeit auch innerhalb der Normen des SGB IX zu erreichen, und um klarzustellen, dass Leistungen zur Teilhabe nicht nur eine Behinderung abwenden sollen, sondern auch die drohende Chronifizierung von Krankheiten, sollte dieser präventive Ansatz auch in § 4 SGB IX zum Ausdruck kommen. Hier genügt es nicht, dass diese präventiven Zielbestimmungen lediglich in der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“ benannt werden.

Im Kontext des § 3 SGB IX gilt es außerdem zu klären, wo die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Behinderung und chronischer Krankheit liegen. Teilweise wird hier argumentiert, dass auf Grund der zusammenhängenden Nennung in § 3 SGB IX, wonach „der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit“ vermieden werden soll, die chronische Krankheit als Unterfall der Behinderung angesehen werden soll⁴⁴.

bb) Behinderung und chronische Krankheit

Fraglich ist, ob die chronische Krankheit tatsächlich als Unterfall einer Behinderung anzusehen ist, oder ob chronische Krankheiten einen eigenständigen – von der Behinderung unabhängigen – Personenkreis umfassen⁴⁵. Wie bereits erwähnt, sind Menschen behindert, wenn

⁴⁴ Welti, HK-SGB IX zu § 3, Rn. 8.

⁴⁵ Vgl. hierzu auch Plute, VSSR 2003, 97 (103), welcher sogar den gesamten Krankheitsbegriff als Unterfall des Oberbegriffs Behinderung ansieht. Als Begründung führt er hierzu an, dass jede Krankheit zugleich auch eine Behinderung sei, da ein regelwidriger Zustand und eine Funktionsbeeinträchtigung vorliegen würden. Dies ist

ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Für die Beurteilung der Sechs-Monatsgrenze ist nicht maßgeblich, ob der Zustand schon sechs Monate besteht, sondern ob die Dauer prognostisch sechs Monate überschreiten wird⁴⁶. Die sechsmonatige Mindestdauer muss dabei mit hoher Wahrscheinlichkeit erreicht werden. Kritik hieran wird deshalb ausgeübt, da ein solcher Zeitfaktor insofern Schwierigkeiten bereite, als dass teilweise sehr schwierige Prognoseentscheidungen zu treffen sind⁴⁷.

In dem Zeiterfordernis von mindestens sechs Monaten liegt allerdings eine Parallele zur chronischen Krankheit: Auch hier ist die Krankheit nicht nur von vorübergehender Dauer, sondern liegt im Regelfall mehrere Monate oder Jahre oder im schlimmsten Fall sogar das ganze Leben über vor⁴⁸. Eine Krankheit kann nach *Noftz* als chronisch bezeichnet werden, wenn sie sich mit der Folge des ständigen Vorhandenseins oder regelmäßigen Eintritts von Erscheinungsformen dauerhaft, jedenfalls voraussichtlich mindestens für ein Jahr, verfestigt hat. Wesentliche Anhaltspunkte hierfür sind regelmäßige ärztliche Untersuchungen, welche wenigstens einmal pro Quartal stattfinden⁴⁹. Eine gesetzlich vorgegebene Mindestdauer gibt es für das Vorliegen von chronischer Krankheit jedoch nicht. Folgt man aber der Ansicht von *Noftz*, liegt eine chronische Krankheit vor, wenn sie voraussichtlich für mindestens ein Jahr besteht. Der Behinderungsbegriff im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX gilt hingegen als erfüllt, wenn die jeweilige Funktionsstörung, welche zu einer Abweichung von dem für das Lebensalter typischen Zustand führt, mit hoher Wahrscheinlichkeit für mindestens 6 Monate vorliegt, und dadurch eine Beeinträchtigung der Teilhabe gegeben ist. Trotz dieser zeitlichen Mindest-

jedoch mehr als zweifelhaft, da nicht jede Krankheit tatsächlich auch die Voraussetzungen für den Begriff der Behinderung i.S.d. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX erfüllt. Vgl. auch *Noftz* in *Hauck/ders.*, SGB V, K § 2a, Rn. 6 und 50, welcher argumentiert, dass §§ 3, 13 Abs. 2 Nr. 2 und 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX chronische Krankheiten zugleich als Behinderungen erfassen. Dies wirft dann aber die Frage auf, ob es überhaupt noch Unterschiede zwischen Behinderung und chronischer Krankheit gibt: Gegen eine Gleichsetzung von Behinderung und chronischer Krankheit spricht allerdings schon die Systematik des SGB IX, welche nicht nur die Begriffe Behinderung und chronische Krankheit nennt, sondern auch zwischen den Begriffen Behinderung und drohende Behinderung unterscheidet. Hiermit wird somit aufgezeigt, dass die Begriffe chronische Krankheit, drohende Behinderung und Behinderung eigene Anwendungsbereiche haben sollen.

⁴⁶ BSG SozR 3-3870 § 3 Nr. 9.

⁴⁷ *Welti*, HK-SGB IX zu § 2, Rn. 27.

⁴⁸ Vgl. hierzu auch *Gerdes/Weis* in *Bengel/Koch*, Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 41 ff. (44), welche chronische Krankheiten gerade nicht als Ausnahme-, sondern als Dauerzustand bezeichnen.

⁴⁹ *Noftz* in *Hauck/ders.*, SGB V, K § 2a, Rn. 50.

dauer soll eine möglichst frühzeitige Erbringung von Rehabilitationsleistungen nach dem Willen des Gesetzgebers aber nicht ausgeschlossen werden: Insbesondere, wenn bei Kindern Störungen eingetreten sind, sollen Rehabilitationsleistungen so früh wie möglich und unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung erbracht werden⁵⁰. Zumindest im Hinblick auf die frühzeitige Erbringung von Rehabilitationsleistungen ist die sechsmonatige Mindestdauer damit nicht relevant. Hier gilt in erster Linie das Prinzip der frühzeitigen Leistungserbringung. Es wird des Weiteren vertreten, dass auch Leiden die sechsmonatige Grenze für den Behinderungsbegriff erfüllt haben, wenn sie in Schüben auftreten, selbst wenn der einzelne Anfall jeweils nur kürzere Zeit dauert. Hierbei handele es sich dann um ein Dauerleiden mit entsprechend andauernder Funktionsbeeinträchtigung⁵¹. Dies ist allerdings zweifelhaft, da aus dem Gesetzeswortlaut des § 2 SGB IX nicht ersichtlich ist, dass im Falle von Dauerleiden eine Abweichung von den gesetzlichen Bestimmungen möglich ist, bzw. die sechsmonatige Grenze auch dann erfüllt ist, wenn die jeweilige Funktionsbeeinträchtigung nicht an einem zeitlichen Stück vorgelegen hat, sondern z.B. nur insgesamt einen sechsmonatigen Zeitraum erfüllt hat. Da man die beschriebenen Dauerleiden im Regelfall auch als chronische Krankheiten bezeichnen kann⁵², stellt sich außerdem die Frage, ob auf diesem Wege chronischen Krankheiten eine „Hintertür“ geöffnet wird, durch welche es möglich ist, zum Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zugeordnet zu werden, ohne dass tatsächlich eine Teilhabestörung, sondern beispielsweise lediglich eine Gesundheitsstörung in Form einer (chronischen) Krankheit vorliegt. Dies würde wiederum nicht mit dem in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX erwähnten Behinderungsbegriff übereinstimmen, denn dort wird zwischen Gesundheitsstörungen und hiermit verbundenen Teilhabestörungen unterschieden⁵³. Hier liegt auch der wesentliche Unterschied zwischen chronischen Krankheiten und Behinderungen: Zwar besteht die Gemeinsamkeit, dass sie häufig über einen längeren Zeitraum bzw. sogar lebenslang bestehen⁵⁴. Auch ohne die gesetzliche Vorgabe des Sechs-Monatszeitraums in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX sind

⁵⁰ BT-Drucks. 14/5074, S. 98; Vgl. auch *Götze* in Hauck/Noftz, SGB IX, K § 2, Rn. 11.

⁵¹ *Neumann* in ders./Pahlen/Majerski-Pahlen, Sozialgesetzbuch IX, zu § 2, Rn. 13.

⁵² Dauerleiden, welche in Schüben verlaufen, sind beispielsweise Morbus Crohn, d.h. chronische Darmentzündung oder auch Multiple Sklerose, also eine chronische Erkrankung von Gehirn und Rückenmark, welche zu einer Behinderung führen kann. Vgl. hierzu auch www.netdokter.de und www.gesundheitpro.de. Stand: Juni 2006.

⁵³ *Welti*, HK-SGB IX zu § 3, Rn. 8.

⁵⁴ So auch *Mrozynski*, SGB IX Teil 1 zu § 2, Rn. 12, nach dessen Ansicht die Abgrenzung zwischen Behinderung und chronischer Krankheit immer noch notwendig sei, da die Schwere und Dauer der Funktionsstörung bei einer chronischen Krankheit nicht zwangsläufig eine Beeinträchtigung der Teilhabe zur Folge habe.

Behinderungen oftmals von langer Dauer oder überhaupt nicht heilbar. Der bedeutendste Unterschied zwischen chronischen Krankheiten und Behinderungen liegt aber in den unterschiedlichen Kriterien der Gesundheitsstörungen und Teilhabestörungen: Häufige Merkmale chronischer Krankheiten sind Multimorbidität mit individuell stark variierenden Krankheits- und Rehabilitationsverläufen. Man spricht hier aber immer noch von einem *Krankheitsverlauf*, d.h. es besteht eine Gesundheitsstörung, welche ggf. ärztlich behandelt und/oder rehabilitiert werden muss. Der Schwerpunkt beim Behinderungsbegriff im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX liegt aber bei der Frage nach einer bestehenden Teilhabestörung, welche durch eine Funktionsstörung hervorgerufen wurde. Es geht also nicht nur um die Abweichung vom für das Lebensalter typischen Zustand, sondern es wird vielmehr nach dem Wechselverhältnis zwischen den gesundheitlichen Problemen und dem Lebensumfeld des Behinderten gefragt⁵⁵. Von einer Teilhabestörung kann man somit sprechen, wenn eine negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren hinsichtlich der Funktionsfähigkeit, Durchführung von Aktivitäten der Person oder deren Partizipation an Lebensbereichen besteht⁵⁶. Gerade im Hinblick auf den Präventionsvorrang des § 3 SGB IX muss somit unterschieden werden, ob präventive Maßnahmen in erster Linie zur Vermeidung einer Behinderung geleistet werden, denn dabei spielt auch die Vermeidung von Teilhabestörungen eine bedeutende Rolle. Soweit präventive Maßnahmen aber zur Vermeidung von chronischen Krankheiten geleistet werden, geht es hauptsächlich um die Vermeidung von Gesundheitsstörungen. Derartige präventive Maßnahmen z.B. auf der Grundlage der §§ 23 ff. SGB V können zwar indirekt auch die Vermeidung einer Behinderung fördern⁵⁷, d.h. die Vermeidung von Teilhabestörungen; hauptsächlich geht es hier aber um die Vermeidung von Gesundheitsstörungen. Chronische Krankheiten zeigen danach zwar Gemeinsamkeiten mit dem Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX auf. Trotzdem handelt es sich hierbei um zwei abgrenzbare Begrifflichkeiten, die sich wesentlich durch ihren Schwerpunkt auf bestehende Gesundheitsstörungen bzw. Teilhabestörungen unterscheiden. Da chronische Krankheiten oftmals die Vorstufe zu Behinderungen, also bestehenden oder drohenden⁵⁸ Teilhabestörungen sind, kann man die chronische Krankheit somit auch als Bindeglied zwi-

⁵⁵ Vgl. hierzu auch § 1 Abs. 1 Satz 2 der GE Prävention.

⁵⁶ *Fuchs/Lewering* in *Bihr/Fuchs/Krauskopf/Lewering* zu § 2 SGB IX, Rn. 3.

⁵⁷ Dies alleine deshalb, weil chronische Krankheiten Behinderungen häufig vorgelagert sind, d.h. die Vermeidung einer chronischen Krankheit somit auch mittelbar die Vermeidung einer Behinderung darstellen kann. In den Zielbestimmungen des § 23 SGB V wird die Vermeidung von Behinderungen indes nicht gesondert erwähnt.

⁵⁸ Bei drohenden Teilhabestörungen liegt ggf. eine drohende Behinderung i.S.d. § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX vor. Zum Verhältnis von drohender Behinderung und chronischer Krankheit vgl. auch Glied.-Pkt. B.II.2.b)aa).

schen Krankheit⁵⁹ und Behinderung bezeichnen. Es gibt allerdings auch umgekehrte Fälle, in denen das Vorliegen einer Behinderung zum Eintreten einer chronischen Krankheit führen kann: Chronisch-psychische Krankheiten entstehen beispielsweise oftmals aufgrund der sozialen Last, welche behinderte Menschen zu tragen haben⁶⁰. In derartigen Fällen ist die Gesundheitsstörung Folge der Behinderung, bzw. Folge der bestehenden Teilhabestörung.

cc) Zwischenergebnis

Nach dem Vorrang der Prävention gem. § 3 SGB IX wirken die Rehabilitationsträger darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird. Trotz der gemeinsamen Nennung von Behinderung und chronischer Krankheit muss hier zwischen beiden Begrifflichkeiten unterschieden werden: Der Hauptunterschied besteht in ihren verschiedenen Schwerpunkten auf Teilhabe- bzw. Gesundheitsstörung. Während es beim Behinderungsbegriff insbesondere um die Beeinträchtigung der Teilhabe geht, welche durch eine Funktionsstörung hervorgerufen wurde, geht es beim Begriff der chronischen Krankheit in erster Linie um Gesundheitsstörungen, durch welche die jeweiligen Beschwerden des Erkrankten hervorgerufen wurden. Bei einem chronisch Kranken kann man somit noch von einem „Erkrankten“ sprechen, während die Beeinträchtigungen bei einer behinderten Person in einem anderen Focus gesehen werden, d.h. eine behinderte Person ist nicht in erster Linie erkrankt, sondern hauptsächlich in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt. Nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass chronische Krankheiten häufig die Ursache von Behinderungen sind, gibt es durchaus Gemeinsamkeiten zwischen beiden Begrifflichkeiten. Trotzdem muss man hier klar zwischen chronischen Krankheiten und Behinderungen unterscheiden. Dies ist auch der Grund dafür, weshalb es notwendig erscheint, die Interessen chronisch Kranker mehr in die gesetzlichen Vorschriften des SGB IX zu integrieren: Maßnahmen zur Vermeidung einer chronischen Krankheit haben in erster Linie die Aufgabe, Gesundheitsstörungen vorzubeugen, während Maßnahmen zur Vermeidung einer Behinderung insbesondere drohende Teilhabestörungen vermeiden sollen. Formulierungen wie „Leistungen (...) um die Behinderung abzuwenden“, wie in § 4 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX genannt, reichen somit nicht aus, um den Interessen chronisch Kranker gerecht zu werden.

⁵⁹ Zu den Unterschieden von einfacher und chronischer Krankheit vgl. auch Glied.-Pkt. B.II.3.a)

⁶⁰ Welti in Köster/Teichert/Welti, unveröffentlichter Bericht zum Kolloquium am 30.06.2006 in Lübeck.

b) § 26 Abs. 1 SGB IX

Fraglich ist, welches Verständnis von chronischer Krankheit sich aus § 26 Abs. 1 SGB IX herleiten lässt und welche Unterschiede sich zu den Begriffen der Behinderung und drohenden Behinderung ergeben. Zur medizinischen Rehabilitation *behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen* werden die erforderlichen Leistungen erbracht, *um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten* abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern⁶¹. Die Behandlung und Vermeidung chronischer Krankheiten stellt somit ein eigenständiges Leistungsziel innerhalb der medizinischen Rehabilitation dar. Unklar ist aber, welcher Personenkreis nach dem Wortlaut des § 26 Abs. 1 SGB IX ein Anrecht auf medizinische Rehabilitationsleistungen hat: Zum einen könnte man die Vorschrift derart verstehen, als dass es nur um Rehabilitationsleistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen geht. Hierfür spricht die Formulierung „zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden.... erbracht“. Es stellt sich dann die Frage, ob chronisch Kranke überhaupt ein Anrecht auf medizinische Rehabilitation gem. § 26 SGB IX haben. Man kann den Wortlaut aber auch dahingehend verstehen, dass chronisch Kranke von vornherein in den Tatbestand des § 26 Abs. 1 SGB IX einbezogen worden sind: Hiernach würde man die Zielbestimmungen des § 26 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX, wonach Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abgewendet, beseitigt, gemindert, etc. werden sollen, sowie Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden etc. werden sollen, zugleich als Rechtsgrundlage betrachten: Ein Anrecht auf medizinische Rehabilitation bestünde danach bereits dann, wenn chronische Krankheiten bzw. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit - als bekanntes Risiko für spätere Teilhabebeeinträchtigungen - einzutreten drohen oder bestehen. Es wäre insofern nicht notwendig, dass bereits eine Behinderung bzw. drohende Behinderung gem. § 2 Abs.1 SGB IX bestünde, sondern ein Anrecht auf medizinische Rehabilitation würde auch schon dann gegeben sein, wenn z.B. eine chronische Krankheit vorliegt, welche noch nicht zu einer Behinderung oder drohenden Behinderung geführt hat. Damit chronisch Kranken ein umfassender Rechtsanspruch durch das SGB IX gewährt wird, muss der letztgenannten Variante der Vorzug gegeben werden; selbst wenn dies sich nicht eindeutig

⁶¹ § 26 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX.

aus dem Wortlaut des § 26 Abs. 1 SGB IX herleiten lässt. Hinsichtlich der Formulierung des § 26 SGB IX besteht insofern Unklarheit.

Die Gewährung von Rechten für behinderte und von Behinderung bedrohte Personen entspricht indes den gesetzlichen Zielvorgaben des SGB IX: Hiernach erhalten Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen nach dem SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken⁶². Die Behandlung und Vermeidung von chronischen Krankheiten ist nicht in den gesetzlichen Zielvorgaben des SGB IX vorhanden⁶³. Bereits hier findet sich ein Defizit bezüglich der Interessen chronisch Kranker: Obwohl Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch zur Vermeidung und Behandlung von chronischen Krankheiten zu gewähren sind, gehören chronisch Kranke selbst nicht zur erwähnten Zielgruppe des SGB IX. Hat man aber die Bestrebungen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation möglichst frühzeitig zu gewähren, wäre es erforderlich, chronisch Kranke ebenfalls in die gesetzlichen Zielbestimmungen des SGB IX einzubeziehen. Dies um so mehr, als dass insbesondere das SGB IX den Anspruch erhebt, gesetzliche Regelungen geschaffen zu haben, mit denen ein frühzeitiger Leistungsbedarf erkannt und angegangen werden soll⁶⁴.

aa) Drohende Behinderung und chronische Krankheit

Fraglich ist, ob und wo es Unterschiede zwischen den Begriffen der drohenden Behinderung und der chronischen Krankheit gibt. Nach der Gesetzesvorschrift des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX gelten Menschen als von einer Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zu erwarten ist. Die Frage, ob eine drohende Behinderung vorliegt, wird individuell und in gleicher Weise wie andere Anspruchsvoraussetzungen bei der Entscheidung von Leistungen durch den zuständigen Rehabilitationsträger festgestellt⁶⁵. Die Anzahl der Personen, welche in den vergangenen Jahren von einer Behinderung bedroht wa-

⁶² § 1 Satz 1 SGB IX.

⁶³ Siehe hierzu auch Glied.-Pkt. B.II.2.a).

⁶⁴ Vgl. hierzu auch § 2 Abs. 2 Satz 2 der GE „Prävention nach § 3 SGB IX“, wonach gem. § 4 Abs. 1 SGB IX nach dem Grundsatz der möglichst frühzeitigen Intervention gehandelt werden solle.

⁶⁵ Haines, LPK-SGB IX, zu § 2, Rn. 13.

ren, ist dabei unklar; eine verlässliche statistische Erhebung gibt es bis zum heutigen Datum nicht⁶⁶.

(1) Wann gilt man als „von einer Behinderung bedroht“?

Weder in den gesetzlichen Vorschriften des SGB IX, noch in der Gesetzesbegründung ist festgelegt worden, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe drohen muss, damit die betroffene Person die gesetzlichen Vorgaben des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX erfüllt; d.h. als berechtigt im Sinne des SGB IX gilt⁶⁷. Geht man aber davon aus, dass eine drohende Behinderung mindestens dann gegeben ist, wenn bereits eine Abweichung der körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand vorhanden ist⁶⁸, liegt diese also (mindestens) dann vor, wenn bereits eine Funktionsstörung vorhanden ist⁶⁹ und dadurch die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erwarten ist. Es ist davon auszugehen, dass der zuständige Rehabilitationsträger, welcher nach der Gesetzesbegründung für die Beurteilung dieser Frage zuständig ist, ein ärztliches Gutachten, wie z.B. durch Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK⁷⁰), benötigt, um eine derartige Fragestellung ausreichend beantworten zu können. Hier stellt sich die Frage, ob der Kreis der nach dem SGB IX berechtigten Personen eher weit zu ziehen ist; d.h. wenn mit einer relativ geringen Wahrscheinlichkeit eine Teilhabebeeinträchtigung droht (dies könnte möglicherweise auf sämtliche Personen zutreffen, welche bereits an einer chronischen Krankheit leiden oder sogar nur von ihr bedroht sind), können Rechte nach dem SGB IX ausgelöst werden. Da der in § 3 SGB IX genannte Präventionsvorrang gerade dazu führen soll, den Eintritt von Behinderungen einschließlich chronischen Krankheiten möglichst zu vermeiden⁷¹, d.h. z.B. möglichst frühzeitig Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einzuleiten, um die voranschreitende Chronifizierung von Erkrankungen zu verhindern sowie einer Unterversorgung in der Behandlung chronischer

⁶⁶ Moritz, ZFSH/SGB 2002, 204 (204), welcher anmerkt, dass auch die Anzahl der als behindert einzustufenden Personen unklar ist. Lediglich die als schwerbehindert anerkannten Menschen seien verlässlich statistisch erfasst.

⁶⁷ Vgl. hierzu auch Welti, HK-SGB IX zu § 2, Rn. 36.

⁶⁸ Lt. Welti, HK-SGB IX zu § 2, Rn. 35 kann die Prognose, dass eine Behinderung droht, in Einzelfällen aber auch bereits dann gestellt werden, wenn eine aktuelle gesundheitliche Abweichung in Einzelfällen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eintreten wird, etwa im Falle fortschreitender oder rückfallgefährdeter Erkrankungen bei akuter Beschwerdefreiheit.

⁶⁹ So auch Mroczynski, SGB IX Teil 1 zu § 2, Rn. 43.

⁷⁰ Bzgl. der Aufgaben des MDK vgl. auch §§ 275 ff. SGB V sowie Glied.-Pkt. C.II.1.b)cc)(3).

⁷¹ Götze in Hauck/Noftz, SGB IX, K § 3, Rn. 1.

Krankheiten vorzubeugen⁷², erscheint eine solche Auslegung als sinnvoll. Zieht man jedoch einen Vergleich zur früheren – in der Gesetzesbegründung zum RehaAnglG vorgenommen⁷³ – Definition, sind für das Verständnis von drohender Behinderung verhältnismäßig hohe Maßstäbe anzusetzen: Hiernach war eine Person von einer Behinderung bedroht, wenn der Eintritt der Behinderung nach ärztlicher Ansicht mit *hoher* Wahrscheinlichkeit zu erwarten war. Im Folgenden ist also zu klären, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit der Eintritt einer Behinderung drohen muss, damit nach dem heutigen Verständnis eine drohende Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX vorliegt. Es ist des Weiteren zu klären, ob es heute überhaupt noch Unterschiede zwischen der drohenden Behinderung und der chronischen Krankheit gibt, und – wenn ja – wo diese im Einzelnen liegen. Auch das Ausmaß der jeweiligen Beeinträchtigung, welche durch die in Frage stehende Behinderung einzutreten droht, kann dabei als Kriterium für die Beurteilung der Frage, ob eine drohende Behinderung gegeben ist, herangezogen werden: Je schwerer die drohende Beeinträchtigung sein wird, desto geringer sollte danach der Grad der Wahrscheinlichkeit für ihren Eintritt anzusetzen sein⁷⁴. In derartigen Fällen kann es sein, dass mit dem Eintreten einer chronischen Krankheit zugleich auch eine drohende Behinderung i.d.S. vorliegt. Voraussetzung hierfür ist aber, dass die jeweilige chronische Krankheit tatsächlich zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und damit zu einer Behinderung führen kann.

(2) Abgrenzung zur chronischen Krankheit

Zu prüfen ist, ob ein begrifflicher Unterschied zwischen chronisch kranken Personen bzw. solchen, bei denen die Chronifizierung einer Krankheit einzutreten droht, und solchen, bei denen eine drohende Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX vorliegt, besteht. Die Behandlung und Vermeidung chronischer Krankheiten gehört zu den Zielen der medizinischen Rehabilitationsleistungen im Sinne des § 26 Abs. 1 SGB IX. Unklar ist aber, welcher Personenkreis hiernach ein Anrecht auf medizinische Rehabilitationsleistungen hat: Nach dem Wortlaut lässt sich lediglich sicher feststellen, dass sowohl behinderte, als auch von Behinderung bedrohte Personen ein Recht auf medizinische Rehabilitation haben. Um eine medizinische Rehabilitationsleistung zur Vermeidung oder Behandlung einer chronischen

⁷² Vgl. hierzu auch das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 2000/2001, Bd. III, S. 60 ff., in welchem auf eine bedrohliche Unterversorgung chronisch Kranker in der Rehabilitation und Prävention aufmerksam gemacht wird.

⁷³ BT-Drucks. 7/1237, S. 54.

⁷⁴ Welti, HK-SGB IX zu § 2, Rn. 36.

Krankheit zu erhalten, müsste die berechnigte Person somit also entweder bereits behindert oder zumindest von einer Behinderung bedroht sein. Fraglich ist, wann die Voraussetzungen für eine drohende Behinderung in diesem Sinne gegeben sind: Wenn man einen Vergleich der drohenden Behinderung zur bestehenden Behinderung zieht, bei welcher das Hauptmerkmal eine Teilhabestörung, und nicht (mehr) nur eine gesundheitliche Störung ist⁷⁵, könnte man also auch bei dem Begriff der drohenden Behinderung seinen Schwerpunkt auf die *drohende Teilhabestörung* legen. Dadurch könnten Leistungen erst gewährt werden, wenn nicht nur eine gesundheitliche Störung in Form einer chronischen Krankheit besteht, sondern auch die drohende Beeinträchtigung der Teilhabe bereits vorherrschend ist, d.h. diese Beeinträchtigung mit einiger Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Im Sinne des Präventionsvorrangs des § 3 SGB IX kann dies jedoch nicht überzeugen, da Sinn und Zweck bei der Ermittlung von Rehabilitationsbedarf sein soll, eine möglichst frühzeitige Leistungsgewährung einzuleiten. Zu diesem Ansatz der frühzeitigen Leistungsgewährung gehört auch ganz besonders die Behandlung und Vermeidung chronischer Krankheiten. Leistungen müssen somit auch bereits dann gewährt werden, wenn nicht schon die drohende Teilhabebeeinträchtigung vorherrschend ist, sondern hauptsächlich (noch) eine Gesundheitsstörung vorhanden ist, d.h. die drohende Teilhabebeeinträchtigung noch nicht unbedingt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Da aufgrund der demographischen Entwicklung, welche zum Anwachsen des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung führt, mit einem stetigen Ansteigen chronischer Erkrankungen (sogar häufig in der Form von Mehrfacherkrankungen – Multimorbidität) gerechnet wird⁷⁶, die Behandlung und Vermeidung chronischer Krankheiten somit eine stetig wachsende Anforderung - nicht nur innerhalb des Gesundheitssystems – werden wird, stellt sich deshalb die Frage, ob eine drohende Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX bereits dann vermutet werden kann, wenn eine chronische Krankheit besteht, bzw. sogar nur die Chronifizierung einer Krankheit einzutreten droht⁷⁷. Rechte nach § 26 SGB IX könnten dann auch Menschen geltend machen, die zwar chronisch erkrankt sind, bei denen der Eintritt einer Teilhabebeeinträchtigung aber (noch) nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Wenn man in diesen Kreis der berechtigten Personen sogar auch diejenigen einbezieht, welche lediglich von der Chronifizierung einer Krankheit bedroht sind, umfasst der Begriff der drohenden Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX auch solche Personen, bei denen

⁷⁵ Vgl. hierzu auch Glied.-Pkt. B.II.2.b)bb).

⁷⁶ Vgl. *Gerdes/Weis* in *Bengel/Koch*, Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 41 ff. (43).

⁷⁷ *Mrozynski*, SGB IX Teil 1 zu § 26, Rn. 2 regt sogar an, die chronischen Erkrankungen den Behinderungen gleichzustellen.

noch keine Teilhabebeeinträchtigung vorhanden ist, aber bereits eine Gesundheitsstörung vorliegt, welche chronisch zu werden droht. Bei solchen Personen wird der Eintritt der Teilhabebeeinträchtigung im Regelfall mit noch geringerer Wahrscheinlichkeit zu erwarten sein⁷⁸. Nach der gesetzlichen Begründung zu § 2 SGB IX werden die von einer chronischen Krankheit Betroffenen in die Begriffsbestimmungen des § 2 SGB IX derzeit nur dann einbezogen, soweit bei Ihnen die jeweiligen Voraussetzungen gegeben sind⁷⁹. Eine Berechtigung innerhalb der Vorschriften des SGB IX besteht nach dem ursprünglichen Gesetzesvorhaben also nur, soweit auch die Voraussetzungen für eine Behinderung oder drohende Behinderung erfüllt sind. Im Falle einer begrifflichen Gleichstellung von drohender Behinderung, chronischer Krankheit und drohender Chronifizierung von Krankheit bestünden somit auch Rechte für chronisch Kranke und solche Personen, welche von der Chronifizierung einer Krankheit bedroht sind. Sollte eine solche begriffliche Gleichstellung jedoch nicht erfolgen, müsste man hier von einem Defizit in der Rechtstellung chronisch Kranker sprechen: Trotz des Präventionsvorrangs in § 3 SGB IX könnten chronisch Kranke ansonsten kaum auf einzelne Vorschriften innerhalb des SGB IX zurückgreifen, welche ihnen eine ähnliche Rechtstellung einräumen wie behinderten und von Behinderung bedrohten Personen.

Zwar gibt es zweifelsohne viele chronische Krankheiten, bei deren Entstehen man zugleich auch von dem Vorliegen einer drohenden Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX sprechen kann; dies selbst dann, wenn man von dem Erfordernis einer hohen Wahrscheinlichkeit ausgeht, nach der die Beeinträchtigung der Teilhabe eintreten droht. Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2 weisen gegenüber der Allgemeinbevölkerung beispielsweise eine deutliche erhöhte Morbidität auf. Das Risiko eines Myokardinfarktes, einer Erblindung, Nierenversagen oder Amputationen ist um ein Vielfaches erhöht⁸⁰. Eine Abweichung der körperlichen Funktion oder auch seelischen Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand, wodurch eine Beeinträchtigung der Teilhabe zu erwarten ist, ist daher ohne weiteres möglich. Auch besteht ein relativ hohes Risiko, aufgrund der Diabetes-Erkrankung eine Behinderung zu erleiden. Bleibt man bei dem Beispiel des Diabetes mellitus Typ 2, ist aber ebenfalls der Patient mit dem „gut eingestellten“ Diabetes denkbar, bei dem aufgrund einer

⁷⁸ Bei einzelnen Krankheiten dürfte dies jedoch anders zu beurteilen sein: Im Falle von HIV-infizierten Patienten, bei denen ein hohes Risiko der AIDS-Erkrankung besteht, kann auch die Beeinträchtigung der Teilhabe mit verhältnismäßig hoher Wahrscheinlichkeit eintreten drohen. Zur Rehabilitation, sozialmedizinischen Beurteilung und Beratung bei HIV-infizierten Patienten vgl. auch *Kolenda/Hoffmann*, Die Rehabilitation 2006, 102 (102 ff.).

⁷⁹ BT-Drucks. 14/5074, S. 98.

⁸⁰ Ausführlich hierzu *Dotz/Peters/Héon-Klin/Matthis/Raspe, A./Raspe, H.*, Die Rehabilitation 2002, 237 (238).

intensiven Diabetes-Therapie Komplikationen und das Risiko von diabetesspezifischen Folgeerkrankungen um ein Vielfaches gesenkt werden konnten, d.h. der Eintritt einer Teilhabestörung nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Wenn eine drohende Behinderung aber erst dann ein Anrecht auf medizinische Rehabilitationsleistungen auslösen kann, wenn die Beeinträchtigung der Teilhabe mit hoher Wahrscheinlichkeit einzutreten droht, wäre eine solche beschwerdefreie, aber ansonsten chronisch kranke Person im Nachteil gegenüber anderen chronisch Kranken, bei denen der Krankheitsverlauf bereits weiter vorangeschritten ist. Obwohl bei sämtlichen Diabetes-Patienten das Risiko, chronische Folgeerkrankungen zu erleiden, gegenüber der Allgemeinbevölkerung um ein Vielfaches erhöht ist, hätte ein solcher Patient kein Anrecht auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne des § 26 SGB IX, welche eine Verschlimmerung seiner bereits bestehenden Erkrankung verhindern könnten⁸¹. Eine solche Rechtsfolge stünde dann aber nicht im Einklang mit dem Präventionsvorrang des § 3 SGB IX. Es ist daher erforderlich, nicht nur denjenigen Personen ein Anrecht auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen einzuräumen, bei denen eine Teilhabestörung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, sondern auch denjenigen, bei denen die gesundheitliche Störung im Vordergrund steht, d.h. der Eintritt der Teilhabestörung noch nicht unbedingt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Hierbei handelt es sich in erster Linie um chronisch Kranke und solche, bei denen die Chronifizierung einer Krankheit einzutreten droht⁸². Eine mögliche Lösung, diese Rechte zu gewähren, ist, den Begriff der drohenden Behinderung weit zu ziehen, d.h. eine solche auch dann schon zu bejahen, wenn die Teilhabestörung nur mit geringer Wahrscheinlichkeit einzutreten droht. Um feststellen zu können, mit welcher Wahrscheinlichkeit bei bestimmten chronischen Krankheiten eine Teilhabestörung einzutreten droht, wäre beispielsweise eine Ermittlung und Festlegung über evidenzbasierte Leitlinien möglich: Evidenz ist methodisch vermittelte Erkenntnis, welche auf Erfahrungswissen basiert, das mit wissenschaftlichen Methoden geordnet und kontrolliert wird⁸³. Evidenzbasierung be-

⁸¹ Besonders bei der Früherkennung und Frühtherapie diabetischer Spät komplikationen bestehen nach dem Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 2000/2001, Bd. III, S. 77 ff. hohe Defizite.

⁸² Hierzu auch *Fuchs/Lewering* in *Bihl/Fuchs/Krauskopf/Lewering* zu § 2 SGB IX, Rn. 6, nach deren Ansicht § 2 SGB IX ausdrücklich auch die chronisch Kranken erfassen müsse, da Rehabilitationsleistungen im Einzelfall so früh wie möglich zu erbringen seien und da bei chronisch Kranken durchweg mindestens von einer drohenden Behinderung auszugehen sei.

⁸³ *Welti/Raspe*, DRV 2005, 560 (562); so auch *Korsukéwitz/Rose/Schliehe*, *Die Rehabilitation* 2003, 67 (68), nach deren Ansicht Leitlinien das Ergebnis der Verbindung von Qualitätssicherung und „Evidence-based Medicine“ sind.

deutet somit eine Regel vernünftigen Vermutens über Nützlichkeit und Notwendigkeit von Methoden der gesundheitlichen Versorgung. Damit festgelegt werden kann, wann beim Vorliegen von bestimmten chronischen Krankheiten oder der drohenden Chronizität von Krankheiten eine drohende Behinderung vermutet werden kann, weil eine Teilhabebeeinträchtigung – wenn auch nur mit verhältnismäßig geringer Wahrscheinlichkeit – eintreten droht, wäre es möglich, anhand von langfristigen medizinischen Erfahrungen evidenzbasierte Leitlinien über diese Erkenntnisse zu verfassen. Die Frage, ob bei chronischen Krankheiten oder bei Krankheiten, bei denen eine Chronifizierung eintreten droht, eine drohende Behinderung vermutet werden kann, ließe sich anhand dieser Leitlinien einheitlich gestalten und somit „handhabbar“ machen. Es wäre auf diese Weise außerdem möglich, die Besonderheiten bei bestimmten Krankheiten einfließen zu lassen, wie z.B. die Frage, wie schwer die Beeinträchtigung sein wird, welche möglicherweise eintreten droht.

Beim Vorliegen einer chronischen Krankheit und auch bei der drohenden Chronifizierung einer Krankheit wird im Regelfall somit zugleich auch eine drohende Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX vermutet. Das SGB IX in Verbindung mit den geltenden Leistungsgesetzen wäre somit nicht nur Rechtsgrundlage für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen, sondern auch für die Rehabilitation und Teilhabe chronisch kranker Menschen und solcher, die von der Chronifizierung einer Krankheit bedroht sind. Diese Lösung wäre insoweit konsequent, als sie im Einklang mit dem Präventionsvorrang des § 3 SGB IX stünde. Bei einer solchen begrifflichen Gleichstellung wäre nicht einmal mehr eine Wortlautänderung des § 1 SGB IX erforderlich. Für diesen Weg spricht gerade auch die Tatsache, dass die Definition der drohenden Behinderung im Sinne des RehaAnglG nicht in die Vorschriften des SGB IX übernommen worden ist, man also davon ausgehen kann, dass eine drohende Behinderung tatsächlich nicht erst gegeben sein soll, wenn der Eintritt einer Behinderung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Zu klären ist allerdings noch, wann die drohende Chronifizierung einer Krankheit vorliegt, d.h. wie man den Begriff der drohenden Chronifizierung einer Krankheit einzugrenzen hat: Vergleicht man diesen ebenfalls mit dem Begriff der drohenden Behinderung nach dem RehaAnglG, so wäre ein Mensch von der Chronifizierung einer Krankheit (mindestens) dann bedroht, wenn diese nach ärztlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Sobald also mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass die Chronifizierung einer Krankheit eintreten droht, könnten Rechte aufgrund einer drohenden Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX geltend gemacht werden. Da der Präventionsvorrang innerhalb der Vorschriften des SGB IX aber als ein tragendes Prinzip zu verstehen ist, die jeweiligen Leistungen so-

mit frühestmöglich zu gewähren sind, ist eine solche strenge Auslegung jedoch nicht immer sinnvoll: Es ist in erster Linie wichtig, dass die Rehabilitationsträger darauf hinwirken, dass der Eintritt einer chronischen Krankheit vermieden wird. Dies macht unter Umständen auch erforderlich, Leistungen zu gewähren, wenn der Eintritt der jeweiligen chronischen Krankheit noch nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Der Maßstab für das Vorliegen einer drohenden Behinderung nach dem RehaAnglG ist auch für die drohende Chronifizierung einer Krankheit somit nur bedingt anwendbar. Vorrangig ist hier der Präventionsvorrang des § 3 SGB IX.

Ähnlich wie bei der Frage, ob eine drohende Behinderung vorliegt, bei welcher auch die Art der Behinderung sowie das Ausmaß der drohenden Beeinträchtigung Berücksichtigung finden sollte, muss auch bei der Frage, ob die drohende Chronifizierung einer Krankheit vorliegt, die Art und Schwere der jeweiligen chronischen Krankheit sowie ihr üblicher Verlauf und die damit verbundenen Beeinträchtigungen – sowohl im Erwerbsleben, wie auch im täglichen Leben – berücksichtigt werden. Je schwerer danach das Ausmaß der Krankheit zu erwarten ist, desto geringer sollte der Grad der Wahrscheinlichkeit für ihren Eintritt anzusetzen sein. Dies stellt ein sinnvolles Korrektiv dar, um zu vermeiden, dass der Begriff der drohenden Chronifizierung einer Krankheit zu weit zu verstehen ist.

Die drohende Chronifizierung einer Krankheit liegt demnach nicht erst vor, wenn sich mit einer vorgegebenen Gradzahl der Eintritt der Erkrankung prognostizieren lässt. Denn gerade in der Medizin lässt sich die Beurteilung derartiger Wahrscheinlichkeitsgrade nur sehr schwer vornehmen⁸⁴. Vielmehr ist die Beurteilung nach Einzelfall und nach Art und Schwere der chronischen Krankheit vorzunehmen, welche einzutreten droht. Fraglich ist allerdings, ob dann die Gefahr besteht, dass der Begriff der drohenden Behinderung auszuufern droht. Denn Rechtsansprüche, welche ursprünglich aufgrund einer drohenden Behinderung ausgelöst werden, wie z.B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben⁸⁵, wären somit bereits aufgrund einer drohenden Chronifizierung von Krankheiten möglich. Dies kann man aber eindeutig nicht als nachteilig bezeichnen: Nach dem Präventionsvorrang des § 3 SGB IX haben die Rehabilitationsträger gerade darauf hinzuwirken, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird. Hierunter müssen sämtliche Bemühungen fallen, mit

⁸⁴ Siehe hierzu auch *Schimanski*, Br 2005, 6 (9), welcher z.B. das prozentuale Erfordernis des Grads der Behinderung kritisiert, da es keine mit naturwissenschaftlicher Zwangsläufigkeit herzuleitende Verknüpfung zwischen krankhaften Zuständen und den von der Rechtsprechung benötigten Gradeinteilungen oder Prozentsätzen gäbe. Vgl. Glied.-Pkt. B.II.3.b)bb).

⁸⁵ §§ 33 ff. SGB IX.

deren Hilfe der Eintritt chronischer Krankheiten vermieden oder zumindest verzögert werden können. Keinesfalls kann man hier von einem Ausufern des Begriffes der drohenden Behinderung sprechen, eher im Gegenteil. Erst wenn die Rechte, welche Menschen aufgrund einer drohenden Behinderung zustehen, auch den Menschen mit chronischen Krankheiten und drohender Chronifizierung von Krankheiten zugänglich gemacht werden, lässt sich der Präventionsauftrag des § 3 SGB IX überhaupt realisieren. Die Rehabilitationsträger stehen bei der Behandlung und Vermeidung chronischer (Folge-)Krankheiten außerdem nicht alleine da: Insbesondere durch die Einführung von integrierten Versorgungsformen⁸⁶ und durch die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme⁸⁷ kann die akutmedizinische Versorgung chronisch Kranker optimiert werden. Es besteht somit auch keine Gefahr, dass durch die Einbeziehung drohender und bereits bestehender chronischer Krankheiten in die gesetzlichen Zielvorgaben des SGB IX die Behandlung und Vermeidung chronischer Krankheiten zur alleinigen Aufgabe der Rehabilitationsträger gemacht wird: Vielmehr kann durch die neu geschaffenen Regelungen die nahtlose Versorgung chronisch Kranker ermöglicht werden. Denn durch die Einführung der oben genannten Versorgungsformen kann ein neuer Behandlungsschwerpunkt bei chronischen Krankheiten auch auf den akutmedizinischen Bereich gelegt werden. Durch die sinnvolle Verzahnung von Prävention, akutmedizinischen Behandlungsformen und Rehabilitation kann es dann vielmehr möglich sein, Kosten für die Rehabilitationsträger einzusparen. Der Begriff der drohenden Behinderung ist demzufolge um die Begriffe der chronischen Krankheit und der drohenden Chronifizierung von Krankheiten zu erweitern.

Ein anderer Lösungsweg für die Einbeziehung chronisch Kranker in die gesetzlichen Zielvorgaben des SGB IX wäre, die bestehende und drohende Chronifizierung von Krankheiten in die jeweiligen relevanten Tatbestände des SGB IX aufzunehmen. Die erforderlichen Leistungen z.B. zur medizinischen Rehabilitation würden demgemäß nicht nur für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erbracht, sondern auch für chronisch Kranke und von der Chronifizierung einer Krankheit bedrohte Menschen. Eine frühzeitige Leistungsgewährung von medizinischen Rehabilitationsleistungen für chronisch Kranke, insbesondere um eine Verschlimmerung der bereits bestehenden Erkrankung zu verhindern sowie das Hinzutreten weiterer chronischer Folgeerkrankungen zu vermeiden, wäre somit ebenfalls möglich. Aber rechtliche Klarheit wird mit dieser Variante nicht unbedingt erreicht: Es wäre in diesem Falle erforderlich, sowohl die bereits bestehende chronische Krankheit, wie auch die drohende Chronifizierung von Krankheiten in die einschlägigen Tatbestände des SGB IX zu überneh-

⁸⁶ §§ 140a – d SGB V, vgl. hierzu auch die Ausführungen zu Glied.-Pkt. D.II.1.c)cc)(1)(d).

⁸⁷ §§ 137f und g SGB V, vgl. hierzu auch die Ausführungen zu Glied.-Pkt. D.II.1.

men. Auch die Zielbestimmung des SGB IX wäre dann um die Begriffe zu erweitern. Es ist davon auszugehen, dass hiermit lediglich die Länge und damit die Unübersichtlichkeit der Normen verstärkt würden. Um rechtliche Klarheit und Übersichtlichkeit bei den bestehenden Normen zu gewährleisten, ist es somit nicht hilfreich, die bestehende chronische Krankheit und drohende Chronifizierung von Krankheiten zu weiteren Tatbestandsvarianten innerhalb des SGB IX zu machen.

Es ist demnach dem Lösungsansatz zu folgen, wonach die bestehende chronische Krankheit und auch die drohende Chronifizierung von Krankheiten zukünftig in den Begriff der drohenden Behinderung einzubeziehen sind. Auch wenn die gesundheitliche Störung (noch) im Vordergrund steht, der Eintritt einer Teilhabestörung somit nur mit geringer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, liegt demnach eine drohende Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX vor.

bb) Drohende Behinderung und Behinderung

Eine Gleichstellung wie innerhalb des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG)⁸⁸ zwischen behinderten Personen und solchen, denen eine Behinderung droht, ist mit der Einführung des SGB IX nicht vollzogen worden; die Einbeziehung von Rechten für Personen, denen eine Behinderung droht, soll allerdings dazu führen, dass Rehabilitationsleistungen im jeweiligen Einzelfall so früh wie möglich zu gewähren sind⁸⁹. Die nicht erfolgte Gleichstellung zwischen behinderten und von Behinderung bedrohten Personen wird im Gesetzesentwurf damit begründet, dass eine Reihe von Leistungen und sonstigen Hilfen nur bei eingetretener Behinderung erbracht werden⁹⁰; so gelten beispielsweise die Vorschriften von Teil 2 des SGB IX (mit Ausnahme des § 84 SGB IX⁹¹) gem. § 68 Abs. 1 SGB IX nur für schwerbehinderte und diesen gleichgestellte behinderte Menschen⁹². Trotz ihrer

⁸⁸ Nach § 1 Abs. 2 RehaAnglG (BGBl I, 1974, S. 1881) wurde eine Gleichstellung von behinderten Personen mit solchen, denen eine Behinderung droht, vorgenommen. Dies galt jedoch nur innerhalb der vom RehaAnglG umfassten Rehabilitationsleistungen.

⁸⁹ *Schimanski*, GK-SGB IX, zu § 2, Rn. 126.

⁹⁰ BT-Drucks. 14/5074, S. 98; hierzu auch *Moritz*, ZFSH/SGB 2002, 202 (205).

⁹¹ Mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23.04.2004, BGBl I 2004, S. 606. wurde die Vorschrift des § 84 SGB IX dahingehend geändert, als das betriebliche Eingliederungsmanagement ab sofort für sämtliche Beschäftigte gilt, welche innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind; vgl. Glied.-Pkt. C.II.2.d).

⁹² Die Gleichstellung behinderter Menschen mit schwerbehinderten Menschen erfolgt gem. § 68 Abs. 2 Satz 1 auf Grund einer Feststellung nach § 69 SGB IX auf Antrag des behinderten Menschen durch die Bundesagentur

zeitlichen und begrifflichen Nähe zueinander können Behinderungen und drohende Behinderung demzufolge unterschiedliche Rechte auslösen: Es wurde beispielsweise mit Einführung des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz - BGG⁹³) gem. § 1 Satz 1 BGG festgelegt, die Benachteiligung von behinderten Menschen zu beseitigen und zu verhindern sowie die gleichberechtigte Teilhabe von behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten und ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Der Behindertenbegriff des § 3 BGG entspricht dabei den gesetzlichen Vorgaben des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX. Die Beseitigung der Benachteiligung von Personen, denen eine Behinderung droht, gehört somit nicht zum erklärten Ziel des Behindertengleichstellungsgesetzes. Geht man davon aus, dass eine drohende Behinderung mindestens dann gegeben ist, wenn bereits eine Abweichung der körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand vorhanden ist⁹⁴, und dadurch eine Beeinträchtigung der Teilhabe zu erwarten ist, liegt diese also mindestens dann vor, wenn bereits eine Funktionsstörung vorhanden ist. Ein Unterschied zur Behinderung kann dabei z.B. lediglich in der 6-Monats-Grenze liegen, welche für das Vorliegen von Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX erforderlich ist. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit *länger als sechs Monate* von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist⁹⁵. Sollte die jeweilige Funktionsstörung bei der von Behinderung bedrohten Person allerdings zu einer Benachteiligung im Sinne des § 1 Satz 1 BGG führen, stellt sich die Frage, ob die Vorschriften des BGG, wie z.B. die Barrierefreiheit gem. § 4 BGG oder das Recht auf eine wahrnehmbare Gestaltung von Bescheiden und Vordrucken (z.B. für sehbehinderte Menschen, bei

für Arbeit. Die Voraussetzungen für die Gleichstellung sind im Einzelnen durch § 2 Abs. 3 SGB IX geregelt: Hiernach sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 SGB IX vorliegen, schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 SGB IX nicht erlangen oder nicht behalten können.

⁹³ Gesetz vom 27.04.2002, BGBl I, S. 1467.

⁹⁴ Siehe auch oben, Glied.-Pkt. B.II.2.b)aa)(1).

⁹⁵ Hierzu auch *Welti*, HK-SGB IX zu § 2, Rn. 27, nach dessen Ansicht die Sechs-Monats-Grenze nur im Zusammenhang mit der Einbeziehung der von Behinderung bedrohten Personen in den Schutz des SGB IX handhabbar sei, da ansonsten sehr schwierige Prognoseentscheidungen über die Erfolgsaussicht von Hilfen zu treffen wären.

denen der Zeitraum der Sehbehinderung sechs Monate unterschreitet) gem. § 10 BGG, auch auf derartige Fälle angewandt werden können.

Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind. Diese verschiedenen Bereiche, in denen die Barrierefreiheit gefordert wurde, sollen verdeutlichen, dass nicht nur physische Barrieren, wie Treppen oder zu schmale Gänge gemeint sind, sondern auch die kommunikativen Schranken erfasst werden, denen behinderte Menschen, z.B. aufgrund ihrer Hör- oder Sehbehinderung, ausgesetzt sind⁹⁶. Als Beispiel für einen gestalteten Lebensbereich ist unter anderem das Fernsehen zu nennen: Die Möglichkeit des Fernsehens muss barrierefrei gestaltet sein, d.h. die Nutzung muss ohne besondere Erschwernis möglich sein. Für Gehörlose ist dies aber zum größten Teil nicht möglich, da wenig ausgestrahlte Sendungen mit Begleitung in der Gebärdensprache bzw. tonsubstituiert angeboten werden. Nach § 1 BGG besteht in derartigen Fällen ein Anrecht auf Beseitigung dieser Benachteiligung für behinderte Menschen. Fraglich ist, ob ein solches Recht auch Personen zugänglich gemacht werden kann, welche von einer Behinderung bedroht sind. Im Falle einer vorübergehenden Hörbeeinträchtigung, welche nicht länger als sechs Monate besteht, d.h. der Behinderungsbegriff nicht erfüllt worden ist, bestünde faktisch aber dieselbe Benachteiligung: Auch einem vorübergehend hörgeschädigten Menschen wäre es nicht möglich, ausgestrahlte Sendungen ohne besondere Erschwernis zu verfolgen. Die Benachteiligung von behinderten und von Behinderung bedrohten Personen wäre hier zwar gleich, trotzdem würde einem von Behinderung bedrohten Menschen kein Rechtsschutz nach dem BGG zustehen. Dies widerspricht aber wiederum der Zielbestimmung des SGB IX, wonach auch die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Menschen gewährleistet werden soll, welche von einer Behinderung bedroht sind. Im Falle des BGG erscheint es somit als notwendig, dass die Barrierefreiheit nicht nur für Behinderte, sondern auch für Personen gewährleistet wird, welche von einer Behinderung bedroht sind; d.h. im Rahmen des BGG sollte eine Gleichstellung von behinderten und von Behinderung bedrohten Personen erfolgen. Zwar profitiert auch eine Person, welche von einer Behinderung bedroht ist, von Einrichtungen, welche bereits barrierefrei gestaltet wurden, und der Allgemeinheit zugänglich sind, wie z.B. öffentliche Gebäude oder Bahnhöfe. Trotzdem kann er selbst keine Rechte nach dem Behindertengleichstellungsgesetz im Falle von beste-

⁹⁶ BT-Drucks. 14/7420, S. 24; hierzu auch *Braun*, ZTR 2003, 117 (118).

henden Benachteiligungen geltend machen. Hier besteht Verbesserungsbedarf, um auch den von Behinderung bedrohten Personen eigenen Rechtsschutz durch das BGG zukommen zu lassen.

Generell ist aber eine Unterscheidung zwischen Behinderten und von Behinderung bedrohten Personen geboten und sinnvoll: Gerade unter der oben beschriebenen Problematik, dass chronisch Kranke zu wenig Berücksichtigung innerhalb der Vorschriften des SGB IX gefunden haben, weshalb eine rechtliche Gleichstellung von chronisch Kranken sowie von Personen, welche von der Chronifizierung einer Krankheit bedroht sind, und solchen, welche von einer Behinderung bedroht sind, zu erfolgen hat⁹⁷, erscheint eine allgemeine Gleichstellung zwischen Behinderten und von Behinderung bedrohten Personen nicht einleuchtend. Denn dies würde auch eine Gleichstellung von chronisch Kranken und Behinderten zur Folge haben. Der Hauptunterschied zwischen diesen Personengruppen besteht aber in ihren unterschiedlichen Schwerpunkten auf Gesundheits- bzw. Teilhabestörungen: Bei chronisch Kranken und solchen, die von einer chronischen Krankheit bedroht sind, steht noch die Frage nach einer gesundheitlichen Störung im Vordergrund, welche vermieden, beseitigt oder gemindert werden soll, während bei einer Behinderung eine Teilhabestörung im Vordergrund steht, welche häufig die Folge einer gesundheitlichen Störung ist. Der Behinderungsbegriff bezieht somit soziale Aspekte mit ein, d.h. es geht auch um die Wechselwirkung des behinderten Menschen und seiner Umwelt. Das SGB IX unterscheidet hier ganz klar zwischen Gesundheits- und Teilhabestörungen.

Erscheint eine begriffliche Gleichstellung zwischen von Behinderung bedrohten, chronisch Kranken und von einer chronischen Krankheit bedrohten Personen noch als sinnvoll, da der Begriff der drohenden Behinderung zum einen keine Aussage darüber enthält, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Teilhabebeeinträchtigung drohen muss, damit eine drohende Behinderung gegeben ist, und zum anderen chronisch Kranke trotz des Präventionsvorrangs gem. § 3 SGB IX zu wenig Berücksichtigung innerhalb des SGB IX finden, werden bei einer begrifflichen Gleichstellung zwischen Behinderten und von Behinderung bedrohten Personen die Begriffe der Teilhabe- und Gesundheitsstörung unzulässig miteinander vermischt. Dies widerspricht aber den Zielbestimmungen des SGB IX, wo gerade im Hinblick auf den Behinderungsbegriff ein besonderer Schwerpunkt auf die Frage nach einer bestehenden Teilhabestörung gelegt wurde. Bei einzelnen gesetzlichen Regelungen, wie z.B. den Vorschriften des BGG, erscheint eine Gleichstellung von Behinderten und von Behinderung bedrohten Personen somit zwar als notwendig, eine generelle Gleichstellung wäre aber nicht sinnvoll. Dies

⁹⁷ Vgl. hierzu auch Glied.-Pkt. B.II.2.b)aa)(2).

insbesondere dann, wenn man bereits eine begriffliche Gleichstellung zwischen Personen anstrebt, welche von einer Behinderung bedroht sind, chronisch Kranken und von einer chronischen Krankheit Bedrohten. Denn das würde zu einer unzulässigen Vermischung zwischen den Begriffen der Teilhabe- und Gesundheitsstörung führen.

cc) Zwischenergebnis

Nach § 26 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX werden zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen die erforderlichen Leistungen erbracht, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern. Die Behandlung und Vermeidung chronischer Krankheiten stellt somit ein eigenständiges Leistungsziel der medizinischen Rehabilitation dar. Unklar ist aber, welcher Personenkreis nach dem Wortlaut des § 26 Abs. 1 SGB IX ein Anrecht auf medizinische Rehabilitationsleistungen hat.

Die Begriffe der Behinderung und drohenden Behinderung richten sich nach § 2 Abs. 1 SGB IX: Hiernach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Menschen sind hingegen von einer Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Aber weder in den gesetzlichen Vorschriften des SGB IX, noch in der Gesetzesbegründung ist festgelegt worden, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe drohen muss, damit die betroffene Person Rechte nach dem SGB IX geltend machen kann. Da trotz des Präventionsvorrangs in § 3 SGB IX chronisch Kranke (und solche, die von der Chronifizierung einer Krankheit bedroht sind) kaum auf einzelne Vorschriften innerhalb des SGB IX zurückgreifen können, welche ihnen eine ähnliche Rechtsstellung einräumen, wie behinderten und von Behinderung bedrohten Personen, müsste man hier also von einem Defizit hinsichtlich der Rechtsstellung von chronisch Kranken innerhalb des SGB IX sprechen. Es empfiehlt sich somit, den Grad der Wahrscheinlichkeit hinsichtlich der drohenden Teilhabebeeinträchtigung bei von Behinderung bedrohten Personen möglichst niedrig anzusetzen, was bedeutet, dass eine drohende Behinderung auch schon dann besteht, wenn die gesundheitliche Störung (noch) im Vordergrund steht. Auf diesem Weg ist es möglich, sowohl chronisch Kranke, als auch solche Personen in den Begriff

der drohenden Behinderung einzubeziehen, welche von der Chronifizierung einer Krankheit bedroht sind. Der Begriff der drohenden Behinderung ist demzufolge um die Begriffe der chronischen Krankheit und der drohenden Chronifizierung einer Krankheit zu erweitern. Nur auf diesem Wege kann der Präventionsvorrang des § 3 SGB IX auch tatsächlich gewährleistet werden.

Eine Gleichstellung von behinderten und von Behinderung bedrohten Personen empfiehlt sich hingegen nicht. Dies insbesondere aufgrund der klaren Unterscheidung zwischen Teilhabe- und Gesundheitsstörung, wie sie innerhalb des SGB IX vorgenommen wurde. Denn mit der Gleichstellung von chronisch Kranken mit Personen, die von einer Behinderung bedroht sind, wird ein Schwerpunkt beim Begriff der drohenden Behinderung auf gesundheitliche Störungen gelegt: Es findet eine gleichberechtigte Gewichtung von Gesundheits- und Teilhabestörungen statt. Beim Behinderungsbegriff steht die Teilhabestörung hingegen im Vordergrund. Hauptkriterium ist somit nicht mehr nur die gesundheitliche Störung, sondern es kommt vielmehr hauptsächlich auf das Wechselverhältnis zwischen dem behinderten Menschen und seinem sozialen Umfeld an. Eine Gleichstellung zwischen beiden Begriffen würde eine unzulässige Vermischung der Begriffe Teilhabe- und Gesundheitsstörung bedeuten. Lediglich bei einzelnen gesetzlichen Regelungen, wie dem BGG, wäre eine rechtliche Gleichstellung empfehlenswert. Beim BGG insbesondere deshalb, um auch von Behinderung bedrohten Menschen eine barrierefreie Lebensgestaltung zu ermöglichen.

3. Die chronische Krankheit im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

Zu klären ist, welches rechtliche Verständnis von chronischer Krankheit sich aus dem SGB V, d.h. aus der gesetzlichen Krankenversicherung herleiten lässt, und ob dieses ggf. vom SGB IX abweicht. Hierbei ist zunächst zu beachten, dass die Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen verschiedenen Krankheitsbegriffen unterscheiden: So wird sowohl der Begriff der chronischen Krankheit erwähnt⁹⁸, wie auch der „einfache“ Begriff der Krankheit, welcher beispielsweise einen Anspruch auf Krankenbehandlung auslöst⁹⁹. Auffallend ist dabei, dass es bis heute keine einheitliche Definition von Krankheit im Sinne des SGB V, auch nicht von chronischer Krankheit gibt. Statt dessen wurde der Begriff der „normalen“ Krankheit von der Rechtsprechung als „regelwidriger Körper- und Geisteszustand, der Behand-

⁹⁸ z.B. §§ 2a, 62 Abs. 1 Sätze 2 und 4, 137 f SGB V.

⁹⁹ z.B. § 27 Abs. 1 SGB V.

lungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“¹⁰⁰ definiert. Hinsichtlich chronischer Krankheiten wurde durch das BSG in seinem Urteil vom 28.04.1967¹⁰¹ bisher lediglich klargestellt, dass der klassische Krankheitsbegriff auch bei Dauerleiden angewendet werden soll: Auch bei Dauerleiden werden danach bei der Frage, ob eine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt, die Kriterien der Behandlungsbedürftigkeit bzw. der Arbeitsunfähigkeit zum Maßstab genommen. Das BSG widerspricht hiermit früheren Vorgaben des Reichsversicherungsamtes (RVA), wonach bei Dauerleiden in Bezug auf die Behandlungsbedürftigkeit die Einschränkung gemacht wurde, dass eine solche nur vorlag, wenn sich besondere Beschwerden oder Schmerzen einstellten oder wenn die Gefahr einer wesentlichen Verschlimmerung des Zustands drohte.

Allgemein liegt nach der Rechtsprechung des BSG eine Behandlungsbedürftigkeit vor, wenn durch den regelwidrigen Gesundheitszustand die körperlichen oder geistigen Funktionen in einem solchen Maß eingeschränkt sind, dass ihre Wiederherstellung der Mithilfe eines Arztes, also der ärztlichen Behandlung bedarf¹⁰². Es müssen dabei sowohl Behandlungsbedürftigkeit, als auch Behandlungsfähigkeit gegeben sein. Behandlungsfähigkeit liegt vor, wenn der regelwidrige Körperzustand auch einer Behandlung zugänglich gemacht werden kann, d.h. wenn eine ärztliche Behandlung überhaupt möglich ist¹⁰³. Aus dem oben genannten Urteil des BSG vom 28.04.1967 geht hervor, dass diese Kriterien für Behandlungsbedürftigkeit bzw. Behandlungsfähigkeit somit auch bei Dauerleiden und damit bei chronischen Krankheiten angewendet werden; soweit sie erfüllt sind, handelt es sich dann auch um Krankheiten im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung¹⁰⁴. Eine spezielle Definition des chronischen Krankheitsbegriffes wurde bis zum heutigen Tage aber weder durch Gesetz noch durch die Rechtspre-

¹⁰⁰ BSGE 30,151 (152 f.); 35,10 (12); BSG SOZR 3-2200 § 182 Nr. 14. Nach BT-Drucks. 11/2237, S. 170 ist auf eine gesetzliche Definition des Krankheitsbegriffes verzichtet worden, da sein Inhalt ständigen Änderungen unterliegt. Zu Recht wendet *Krasney*, ZSR 1976, 411 (411) hiergegen ein, das in der Rechtsprechung seit mehr als 75 Jahren eine unveränderte Definition gebraucht werde, was zeige, dass die Definition den medizinischen und sozialrechtlichen Gegebenheiten gerecht werde.

¹⁰¹ BSGE 26, 240 (242).

¹⁰² BSGE 26, 240 (243); 28, 114 (116); 30, 151 (153).

¹⁰³ *Krasney*, ZSR 1976, 411 (418 f).

¹⁰⁴ Einem ähnlichen Verständnis von Krankheit i.S.d. SGB V folgt auch das SG Kassel in seinem Urteil vom 12.11.2003, Az.: S 12 KR 867/01, wonach für die Leistungsgewährung von Haushaltshilfe gem. § 38 Abs. 1 und 2 SGB V i.V.m. der jeweiligen Krankenkassensatzung bei einer chronischen Erkrankung maßgeblich ist, ob aufgrund von akuten Schüben die Weiterführung des Haushalts nicht mehr möglich ist. Solange also akute Schübe aufgrund des Bestehens einer chronischen Krankheit ausgelöst worden sind, handelt es sich um Krankheiten i.S.d. § 38 Abs. 2 SGB V.

chung vorgenommen¹⁰⁵. Dafür befasste sich das BSG in seinem Urteil vom 06. Mai 1998¹⁰⁶ aber noch mit den Unterschieden von akuter und chronischer Behandlungsbedürftigkeit: Hiernach bedeutet eine akute Behandlungsbedürftigkeit ein plötzlich auftretender, schnell und heftig verlaufender Zustand, welcher – im Gegensatz zu einem chronischen Krankheitsgeschehen – durch intensive ärztliche Bemühungen relativ kurzfristig behoben und wesentlich gebessert werden kann. Das BSG nimmt mit dieser Formulierung Bezug auf den Begriff der akuten Behandlungsbedürftigkeit in § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI. Fraglich ist hierbei, ob diese akute Behandlungsbedürftigkeit einen Anspruch auf Krankenbehandlung gem. § 27 SGB V auslösen kann¹⁰⁷. Nach dem oben genannten Krankheitsbegriff ist dies zumindest dann der Fall, wenn die akute Behandlungsbedürftigkeit aufgrund eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes entstanden ist. Dieser regelwidrige Zustand liegt nach einem Urteil des BSG vom 28. April 1967¹⁰⁸ vor, wenn eine Abweichung von der durch das Leitbild eines gesunden Menschen geprägten Norm gegeben ist. Wendet man dieses Leitbild als Maßstab an, so löst eine akute Behandlungsbedürftigkeit in den Fällen einen Anspruch auf Krankenbehandlung aus, wenn der oben genannte, plötzlich auftretende Zustand aufgrund einer Abweichung von dem entstanden ist, was man als gesund, bzw. als gesunden Menschen bezeichnen kann.

Eine akute Behandlungsbedürftigkeit kann somit einen Anspruch auf Krankenbehandlung auslösen; fraglich ist, ob sich hieraus im Gegenzug auch folgern lässt, dass eine *chronische* Behandlungsbedürftigkeit keinen Anspruch auf Krankenbehandlung, sondern möglicherweise lediglich auf medizinische Rehabilitation auslösen kann. Nimmt man wieder den gesunden Menschen als Maßstab, weicht ein chronisch Kranker von dessen Gesundheitszustand zweifelsohne ab. Ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand liegt damit auch bei einem chronisch Kranken vor. Zweifelhaft ist jedoch, ob chronische Behandlungsbedürftigkeit dem Verständnis von Behandlungsbedürftigkeit im Sinne des Krankenversicherungsrechts gerecht

¹⁰⁵ Eine Ausnahme hiervon bildet die Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten i.S.d. § 62 SGB V, vgl. dazu auch Glied.-Pkt. B.II.3.b)bb).

¹⁰⁶ SozR 3-2600 § 13 Nr. 1.

¹⁰⁷ *Kreikebohm* in ders., SGB VI, § 13, Rn. 11 führt hierzu aus, dass das Tatbestandsmerkmal der akuten Behandlungsbedürftigkeit in erster Linie der Abgrenzung zwischen Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation dienen soll. Welche konkrete Form der akuten Krankenbehandlung tatsächlich erforderlich ist, d.h. beispielsweise ambulante Krankenbehandlung oder Krankenhausbehandlung, soll hiermit nicht festgelegt werden.

¹⁰⁸ BSGE 26, 240 (242); Vgl. hierzu auch *Welti*, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, S. 88, welcher auf die Problematik hinweist, dass Schwangerschaften nach dem Krankheitsbegriff des BSG zwar als eine solche einzuordnen wären, in der Rechtswissenschaft aber trotzdem weitgehend Einigkeit darüber besteht, diese weder dem Krankheits- noch dem Behinderungsbegriff zuzuordnen.

wird: Da bei chronischen Krankheitsverläufen häufig die Situation vorliegt, dass eine ärztliche Behandlung in der gegenwärtigen Situation nicht zweckmäßig ist, da der andauernde Zustand weder verbessert noch gemildert werden kann, liegen somit weder Behandlungsfähigkeit noch Behandlungsbedürftigkeit vor. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass auch bei chronischen Krankheitsverläufen durchaus Zustände entstehen können, welche eine aktuelle Behandlungsbedürftigkeit zur Folge haben. Bei dem Versuch der begrifflichen Eingrenzung von Behandlungsbedürftigkeit, bzw. akuter und chronischer Krankheit muss hier somit noch weiter differenziert werden.

a) Der Krankheitsbegriff des SGB V

Um eine begriffliche Aufarbeitung der chronischen Krankheit im SGB V vornehmen zu können, gilt es zunächst, den Begriff der einfachen Krankheit begrifflich einzugrenzen, um auf diese Weise die Schnittstellen und Unterschiede zur chronischen Krankheit deutlich machen zu können. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob der Begriff der Krankheit mit dem Begriff der „akuten Krankheit“ identisch ist. Zwar wird die akute Krankheit nicht im SGB V erwähnt; soweit es aber z.B. um den Anspruch auf Krankenbehandlung im Sinne des § 27 SGB V geht, wird vielfach von akuter Krankheit bzw. akuten Krankheitsverläufen gesprochen. Nach der Definition der WHO bedeutet das Wort „akut“ in der Fachsprache, dass etwas zu einem konkreten Zeitpunkt ende¹⁰⁹. Hieraus wird deutlich, dass es sich bei einer akuten Krankheit – im Gegensatz zu einer chronischen Krankheit – um einen Zustand handelt, der beendet werden kann, d.h. verglichen mit der chronischen Krankheit ein zeitlich begrenzter Zustand ist.

Des Weiteren ist das Verhältnis von Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit klärungsbedürftig. Außer in § 27 SGB V wird die Krankheit als Tatbestandvoraussetzung noch in weiteren Normen genannt: Zuerst wird sie im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches, im SGB I, erwähnt, wo es in § 21 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB I heißt, dass nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden können: (...) Leistungen zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten, sowie bei Krankheit Krankenbehandlung. Ähnlich wird dies z.B. bei den Leistungsarten in § 11 Abs. 1 Nr. 2 – 4 SGB V wiedergegeben, wonach Versicherte Anspruch auf Leistungen haben zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung (...), sowie zur Früherkennung und Behandlung von Krankheiten. Stellt man sich nun die Frage, wie Krankheit innerhalb dieser Normen verstanden wird, kommt man schnell zum Ergebnis, dass eine Auslegung nach dem jeweiligen Wortlaut der Norm nicht weiterführt: Die Krankheit steht hier lediglich als Tatbe-

¹⁰⁹ WHO, ICIDH Teil 2, S. 239.

standsvoraussetzung für Leistungen des SGB V; was eine Krankheit selbst aber ausmacht, hat keine Erwähnung gefunden. Nur in wenigen Vorschriften findet man einige Hinweise auf mögliche Arten von Krankheiten: So werden z.B. in § 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V Erkältungskrankheiten, grippale Infekte, Pilzinfektionen und Reisekrankheiten als spezielle Arten von Krankheiten genannt¹¹⁰; in § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V werden Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten genannt, welche von der zahnärztlichen Behandlung umfasst sind. Dies sind jedoch nur Ausnahmen; sämtliche Arten von Krankheiten, welche Leistungsansprüche nach dem SGB V auslösen können, finden keine Erwähnung. Auch die Frage nach der systematischen Stellung im Gesetz hilft nicht weiter: Sowohl § 21 SGB I als auch § 11 SGB V geben eine allgemeine Übersicht über die Leistungen des Krankenversicherungsrechts; § 11 SGB V steht aus diesem Grund auch am Anfang des Leistungskapitels des SGB V unter dem ersten Abschnitt „Übersicht über die Leistungen“. Weitere Normen, in denen die Krankheit erwähnt wird¹¹¹, stehen hauptsächlich im Leistungskapitel des SGB V unter dem fünften Abschnitt „Leistungen bei Krankheit“. Hieraus wird – ebenso wie bei der Frage nach dem Wortlaut der Normen – ersichtlich, dass die Krankheit eine Tatbestandsvoraussetzung für spezielle Leistungen des SGB V ist¹¹². Wendet man sich einer Auslegung des Krankheitsbegriffes nach seiner Historie zu, so fällt auf, dass der von Gesetz und Rechtsprechung geschaffene Krankheitsbegriff erst viel später entstanden ist als der so genannte medizinische Krankheitsbegriff, d.h. eine Definition von Krankheit aus medizinischer Sicht. Hiernach zwingt Krankheit zur Unterbrechung geplanten Tuns und unterbricht ebenso in dem Streben nach Sicherung des eigenen Wohlergehens; wer eine Krankheit hat, bietet auch einen pathologischen Befund¹¹³. Der pathologische Befund ist somit ein zentraler Punkt bei der Beurteilung, ob eine Krankheit im medizinischen Sinne vorliegt oder nicht. Die Medizin unterscheidet dabei zwischen einem

¹¹⁰ Die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist bei Versicherten, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, bei diesen Krankheiten allerdings ausgeschlossen. Hierdurch soll die Eigenverantwortung der Versicherten für die Erhaltung ihrer Gesundheit gestärkt werden. Insbesondere bei Erkrankungen der Luftwege ist es jedoch schwierig, eine eindeutige Abgrenzung zwischen sog. „Bagatellerkrankungen“ und schwerwiegenden Erkrankungen der Luftwege vorzunehmen, vgl. dazu auch *Hess*, Kasseler Kommentar, § 34 SGB V, Rn. 3.

¹¹¹ Beispielsweise in §§ 27 Abs. 1 Satz 1, 28 Abs. 1, 2 und 3 SGB V, 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V, 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V; die Krankheit wird aber auch z.B. in § 107 Abs. 1 und 2 SGB V erwähnt, d.h. im vierten Kapitel des SGB V, welches die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern regelt.

¹¹² Das Bestehen von Krankheit ist nach den Maßstäben der gesetzlichen Krankenversicherung somit nur relevant, soweit diese zu gesetzlichen bzw. zu satzungsmäßigen Leistungsansprüchen führt, vgl. hierzu auch *Thiemeyer*, ZSR 1976, 402 (402).

¹¹³ *Kittel* in *Degkwitz/Siedow*, Standorte der Psychiatrie, Band 2, 132 (132 f).

„allgemeinen“ und einem „speziellen Krankheitsbegriff“¹¹⁴: Der allgemeine Krankheitsbegriff bezeichnet einen Zustand eines Menschen, der ihn eindeutig von den Gesunden unterscheidet. Dieser Zustand wird auch als das Krankheitsbild bezeichnet. Der spezielle Krankheitsbegriff hingegen ist immer die diagnostizierbare bestimmte Krankheit selbst. Bereits zu den Zeiten der Schriften des Hippokrates (ca. 460 bis 370 v. Chr., Begründer der sog. Wissenschaftlichen Medizin) befasste man sich mit der Definition des Krankheitsbegriffes: Hiernach waren „vier Säfte“ im Körper¹¹⁵ Ursachen von Gesundheit und Krankheit; nur wenn diese Säfte im richtigen Verhältnis zueinander stehen, sei der Mensch am gesündesten.

Die Rechtsprechung hat sich hingegen erst zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt mit der Definition von Krankheit befasst: Die früheste bekannte Entscheidung ist ein Urteil des Hanseatischen OLG vom 01.03.1886, wonach krank sei, wer und solange er der ärztlichen Hilfe bedarf¹¹⁶. Später hat das preußische OVG in seinen Entscheidungen vom 10.10.1889, 16.10.1898 und 09.06.1902¹¹⁷ den Krankheitsbegriff folgendermaßen definiert: Krankheit sei danach ein anormaler körperlicher oder geistiger Zustand, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder die Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat. Nicht nur der ärztliche Hilfebedarf ist hier Gegenstand der Beurteilung, sondern auch ein anormaler, also regelwidriger Körper- oder Geisteszustand. Auch das erste Urteil des BSG vom 28.10.1960¹¹⁸ kam zu einer ähnlichen Definition des Krankheitsbegriffes: Krankheit war danach ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der eine Heilbehandlung erfordere oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe; bei Gebrechen sei eine Heilbehandlung dann erforderlich, wenn sich Beschwerden oder Schmerzen einstellen oder die Gefahr einer wesentlichen Verschlimmerung drohe. Krankheit wurde damit traditionell abgegrenzt zum *nicht heilbaren* Gebrechen, worunter z.B. Gaumenspalten, angeborene Schwerhörigkeit oder X-Beine gehörten¹¹⁹. Diese Definition unterscheidet sich von der heute durch das BSG verwendeten Definition¹²⁰ lediglich dadurch, dass man heute von Behandlungsbedürftigkeit und nicht mehr von dem Erfordernis einer Heilbehandlung ausgeht¹²¹.

¹¹⁴ Vgl. *Viefhues*, ZSR 1976, 394 (394).

¹¹⁵ *Hippokrates-Schriften* in Rothsuh, Was ist Krankheit?, 11 (14).

¹¹⁶ Hierzu *Krasney*, ZSR 1976, 411 (411 f).

¹¹⁷ Zu den Urteilen vgl. auch *Fichte*, ZfS 1993, 97 (98).

¹¹⁸ BSGE 13, 134 (136).

¹¹⁹ Hierzu *Welti*, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, S. 36.

¹²⁰ Siehe oben, Glied.-Pkt. B.II.3.

¹²¹ Unter Heilbehandlung ist nach der ständigen Rechtsprechung des BGH jegliche ärztliche Tätigkeit anzusehen, die durch Krankheit oder zumindest Beschwerden verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes (...) auf

Befasst man sich mit dem heute existierenden Verständnis von Krankheit, hat man sich zugleich auch mit dem aktuellen Gesundheitsbegriff der WHO¹²² auseinanderzusetzen: Gesundheit ist danach der Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen. Kann man Krankheit danach als ein Gegenstück zur Gesundheit bezeichnen, oder ist Gesundheit noch mehr als nur das Fehlen von Krankheit? Die Wiederherstellung der Gesundheit besitzt beispielsweise die höchste Priorität für die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft: Hiernach hat sie die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern¹²³. Mit dem Gesundheitsbegriff hat sich vorher auch schon Friedrich Nietzsche, ein deutscher Philosoph (1844 – 1900) beschäftigt: Seiner Ansicht nach ist „Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen¹²⁴“. Nach dieser Definition wäre die Gesundheit ein Unterbegriff der Krankheit: Bei Gesundheit besteht danach ein so geringes Maß an Krankheit, dass sie nicht zu Beeinträchtigungen der „wesentlichen Beschäftigungen“ führt. Wenn es nach der Definition von Nietzsche tatsächlich nur die Zustände von Gesundheit und Krankheit bei Menschen gäbe, und Gesundheit auch ein bestimmter Grad der Krankheit ist, wirft dies außerdem die Frage auf, ob dann alle Menschen ein gewisses Maß an Krankheit in sich tragen? Verfolgt man diesen Gedanken weiter, stellt sich die Frage, welches Maß an Krankheit bestehen muss, damit eine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts besteht und somit ggf. auch ein Anspruch auf Krankenbehandlung nach dem SGB V ausgelöst wird. Greift man die oben erwähnte Definition des BSG wieder auf, wonach Krankheit ein „regelwidriger Körper- und Geisteszustand ist, der Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“, gilt es somit zu klären, wann der Grad an Krankheit erreicht ist, welcher Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Nach der Definition des BSG ist Krankheit jedenfalls nicht das Gegenstück zur Gesundheit, sondern es müssen weitere Voraussetzungen (wie Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit) vorliegen, damit eine Krankheit i.d.S. gegeben ist. „Nicht Gesundsein“ reicht also nicht. Hieraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass man zwar gesund im Sinne der WHO ist, wenn man frei

Heilung oder auch auf Beschwerdelinderung abzielt. Zur notwendigen Heilbehandlung gehören sowohl diagnostische, als auch therapeutische Maßnahmen; vgl. BGH, VersR 1993, 957 (959); VersR 1997, 1342 (1343).

¹²² Präambel der WHO-Satzung. Vgl. hierzu auch *Bühler*, Die Ersatzkasse 2006, 33 (33).

¹²³ § 1 Satz 1 SGB V.

¹²⁴ Zu finden unter: www.wikipedia.org/wiki/Gesundheit. Stand: Februar 2006.

von Krankheiten ist; man aber nicht automatisch krank (zumindest nicht nach der Definition im Sinne des Krankenversicherungsrechts) ist, wenn man frei von Gesundheit ist.

aa) **Behandlungsbedürftigkeit**

Zu klären ist, was man unter Behandlungsbedürftigkeit als einen Faktor zur Beurteilung von Krankheit versteht, und ob es ggf. einen Unterschied zwischen verschiedenen Formen der Behandlungsbedürftigkeit gibt. Grundsätzlich liegt Behandlungsbedürftigkeit vor, wenn durch den regelwidrigen Gesundheitszustand die körperlichen oder geistigen Funktionen in einem solchen Maß eingeschränkt sind, dass ihre Wiederherstellung der Mithilfe des Arztes, also der ärztlichen Behandlung bedarf¹²⁵. Behandlungsbedürftigkeit ist des Weiteren gegeben, wenn der Erkrankte nach den Regeln der ärztlichen Kunst einer Heilbehandlung mit dem Ziel der Heilung, zumindest aber der Besserung oder der Verhütung der Verschlimmerung des anormalen Zustandes oder der Linderung von Schmerzen bedürfe¹²⁶. Es kommt aber nicht ausschließlich auf die augenblickliche Behandlungsbedürftigkeit an, sondern eine Krankheit ist schon dann anzunehmen, wenn der gegenwärtige Zustand zwar keine Schmerzen bereitet, aber durch ärztliche Behandlung eine wesentliche Besserung oder gar Beseitigung des Leidens im Frühstadium erreicht werden kann, womit eine günstigere Wirkung auf die spätere Erwerbsfähigkeit erreicht werden könnte¹²⁷.

Nach dem bereits oben erwähnten Urteil des BSG vom 06. Mai 1998¹²⁸ handelt es sich bei einer *akuten* Behandlungsbedürftigkeit hingegen um einen plötzlich auftretenden, schnell und heftig verlaufenden Zustand, welcher relativ kurzfristig behoben werden kann. Im Gegensatz zur „normalen“ Behandlungsbedürftigkeit muss also ein plötzliches und ebenso heftig verlaufendes Ereignis vorhergegangen sein (z.B. unerwartet auftretende, heftige Schmerzen). Aber auch bei der akuten Behandlungsbedürftigkeit muss Behandlungsfähigkeit gegeben sein, d.h. der Zustand muss kurzfristig behoben werden oder zumindest gebessert werden können. Hier liegt auch der Unterschied zu den meisten chronischen Krankheitsverläufen: Geht man davon aus, dass chronische Krankheiten grundsätzlich nicht heilbar sind, liegt somit bei chronischen Krankheitsverläufen oftmals keine Behandlungsfähigkeit vor. Denn der bestehende Zustand

¹²⁵ BSGE 26, 240 (243); 28, 114 (116); 30, 151 (153).

¹²⁶ BSGE 26, 240 (243).

¹²⁷ BSGE 13, 134 (136); 20, 129 (131) zum Anspruch auf Krankenhausbehandlung eines körperbehinderten Kindes; vgl. hierzu auch *Wagner* in *Krauskopf*, Soziale Kranken- und Pflegeversicherung zu § 27 SGB V, Rn. 5 ff.

¹²⁸ BSG SozR 3-2600 § 13 Nr. 1.

kann weder kurzfristig behoben noch wesentlich gebessert werden. Es ist allenfalls eine Linderung der Leiden möglich bzw. eine Vermeidung der Verschlimmerung. Dies wird aber in erster Linie im Rahmen medizinischer Vorsorgemaßnahmen möglich sein, also nicht im Rahmen einer normalen ärztlichen Behandlung. Soweit das Kriterium der Behandlungsfähigkeit also eine allgemein anerkannte Voraussetzung für das Vorliegen von „normaler“ oder „akuter“ Behandlungsbedürftigkeit ist, handelt es sich bei den chronischen Krankheitsverläufen nicht um Zustände, die Behandlungsbedürftigkeit i.d.S. auslösen. Damit handelt es sich auch nicht um Krankheiten im Sinne des Krankenversicherungsrechts; es sei denn, die chronische Krankheit löst Arbeitsunfähigkeit aus, denn die Arbeitsunfähigkeit hat das BSG als alternatives bzw. kumulatives Kriterium für das Vorliegen von Krankheit angewandt (zur Arbeitsunfähigkeit siehe auch unten¹²⁹). Eine Ausnahme hiervon liegt nur dann vor, wenn aufgrund von chronischen Krankheiten ein normaler oder akuter Behandlungsbedarf ausgelöst wird, d.h. ein Zustand, welcher mit ärztlicher Hilfe kurzfristig behoben oder gebessert werden kann. Als Beispiele sind hier das ärztlich erforderliche Einstellen insulinpflichtiger Diabetiker zu nennen, akute Asthma-Anfälle, welcher der ärztlichen Behandlung bedürfen, Chemotherapie-Behandlungen von Krebspatienten, aber auch die Linderung von akuten Schmerzen. In derartigen Fällen besteht auch bei chronischen Krankheitsverläufen Behandlungsbedürftigkeit (zumindest bezogen auf den zu behandelnden Zustand), so dass auch Behandlungsbedürftigkeit vorliegt. Grundsätzlich sind chronische Krankheiten also nicht als Krankheiten im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung zu bezeichnen; dies ist nur der Fall, wenn aufgrund der chronischen Krankheit Zustände entstehen, welche eine Behandlungsbedürftigkeit auslösen. Eine solche Behandlungsbedürftigkeit und damit eine Krankheit im Sinne des SGB V besteht auch bereits, wenn die Verschlimmerung einer Krankheit verhütet oder Krankheitsbeschwerden gelindert werden sollen, was bei chronischen Krankheiten häufig in Frage kommt. Solange aber auch dieses nicht gegeben ist, handelt es sich bei einer chronischen Krankheit nicht um eine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts.

Ähnlich wie die Behandlungsbedürftigkeit bezüglich ambulanter ärztlicher Behandlung wird auch die Frage nach dem Vorliegen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V - insbesondere bei chronischen Leiden - beantwortet: Nach einem Urteil des BSG vom 23. April 1996¹³⁰ ist eine solche gegeben, wenn die Krankenhausbehandlung allein dazu erforderlich ist, die Beschwerden zu lindern oder eine Verschlimmerung des Ge-

¹²⁹ Glied.-Pkt. B.II.3.a)bb).

¹³⁰ BSG Az: 1 RK 10/95; zur Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bei chronischen psychischen Leiden hierzu auch BSG SozR 2200 § 184 Nr. 11; BSGE 47, 83 (85 f).

sundheitszustandes zu verhüten. Die Pflicht der Krankenkassen zur Übernahme der Krankenhauskosten besteht dabei nur in den Fällen, in denen die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann. Soweit sich die Beschwerden aufgrund eines chronischen Leidens nicht bessern oder heilen lassen oder eine Verschlimmerung des Gesundheitszustands nicht mehr verhindert werden kann, liegt somit keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit – und damit auch keine Krankheit nach dem SGB V – mehr vor. In derartigen Fällen wäre gegebenenfalls zu prüfen, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des §§ 14 ff. SGB XI¹³¹ vorliegt. Um eine Abgrenzung zwischen einem Pflegefall und einem Behandlungsfall vornehmen zu können, ist nach der Rechtsprechung des BSG darauf abzustellen, ob die notwendigen Pflegemaßnahmen lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen oder ob sie Teil einer ärztlichen Behandlung sind¹³². Kein Unterscheidungskriterium sei indes die Dauer einer Unterbringung. Die Abgrenzung von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zur Pflegebedürftigkeit spielt besonders bei chronischen Krankheiten eine besondere Rolle, da chronische Leiden in vielen Fällen zu späterer Pflegebedürftigkeit führen können¹³³.

Bei weiteren chronischen Krankheiten bereitet außerdem eine Abgrenzung von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zur Rehabilitationsbedürftigkeit Schwierigkeiten: Fraglich ist beispielsweise, wann spezielle Suchterkrankungen, wie z.B. Alkoholabhängigkeit, zu einer Behandlungsbedürftigkeit, und wann zu einer Rehabilitationsbedürftigkeit führen. Hiervon ist dann auch die Beurteilung der Frage abhängig, ob es sich um eine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts handelt. Nach der Rechtsprechung des BSG handelt es sich bei Trunksucht um eine Krankheit, wenn sie zu einem Verlust der Selbstkontrolle mit zwanghaf-

¹³¹ Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hatte sich ursprünglich für eine Ausweitung des Krankheitsbegriffes um den Begriff der Pflegebedürftigkeit eingesetzt, da diese nicht allein aufgrund des Alters entstehe, sondern häufig gerade eine Folge von Krankheit sei. Vgl. hierzu auch *Schroeder-Printzen*, ZSR 1978, 617 (618 f), welcher aufgrund dieser Ursächlichkeit eine angemessene Beteiligung der Gesetzlichen Krankenversicherung an der (zu diesem Zeitpunkt noch nicht eingeführten) Pflegeversicherung forderte.

¹³² BSGE 47, 83 (86); da gerade in psychiatrischen Krankenhäusern pflegerische Maßnahmen eine höhere Bedeutung neben den ärztlichen Maßnahmen haben als in anderen Krankenhäusern, weist das BSG darauf hin, dass eine Abgrenzung nicht allein nach quantitativen Maßstäben erfolgen kann. Es käme vielmehr darauf an, ob die Pflege im Rahmen einer medizinisch notwendigen Behandlung erfolge und ob das Nebeneinander von ärztlicher Leistung und Pflege die Aufnahme oder das Verweilen in einem Krankenhaus erforderlich mache.

¹³³ Vgl. hierzu auch Glied.-Pkt. C.II.2.a)aa)(4) zu § 8 Abs. 3 SGB IX.

ter Abhängigkeit vom Alkohol geführt hat¹³⁴. Nach den Kriterien für das Vorliegen von Krankheit im Sinne des SGB V muss dann noch hinzukommen, dass dieser Alkoholismus zu einer Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Gerade bei der Behandlung von Alkoholabhängigen ist die Unterscheidung von Behandlungsbedürftigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit jedoch problematisch: Es ist zunächst zwischen der sogenannten Entgiftung und der sich daran anschließenden Entwöhnung zu unterscheiden. Bei der Entgiftung wird der Körper von dem jeweiligen Gift befreit. Die hierauf folgende stationäre bzw. ambulante Entwöhnung umfasst neben den medikamentösen Maßnahmen auch eine psychotherapeutische Behandlung, Beschäftigungstherapie und soziale Betreuung. Wichtig ist ebenso das Miteinbeziehen der Familienangehörigen¹³⁵. Bevor zu der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen gerichtliche Entscheidungen des BSG ergangen sind, wurde von den Rentenversicherungsträgern teilweise argumentiert, dass es sich lediglich bei der Entwöhnung um eine Rehabilitationsmaßnahme handele, während es sich bei der vorangegangenen Entgiftung, welche vorwiegend in Krankenhäusern durchgeführt wird, um eine akutmedizinische Maßnahme handele, deren Kosten grundsätzlich von den Krankenversicherungsträgern zu tragen seien. Das BSG ist dieser Auffassung aber zunächst mit der Begründung entgegengetreten, dass der Rentenversicherungsträger sämtliche Leistungen zu erbringen habe, welche verhindern können, dass eine Minderung der Erwerbsfähigkeit des jeweiligen Versicherten eintritt, bzw. eine Minderung der Erwerbsfähigkeit wesentlich bessern können¹³⁶. Hierzu sollte nach früherer Ansicht des BSG unter Umständen auch eine notwendige Krankenhausbehandlung gehören¹³⁷. Das BSG führte hierzu weiter aus, dass eine Entwöhnung bei alkoholkranken Personen ohne eine vorherige Entgiftung keine sinnvolle Behandlung sei, d.h. der Versicherte unter Umständen durch eine Rehabilitationsmaßnahme in seiner Erwerbsfähigkeit eher schlechter statt besser gestellt werden würde. Aus diesem Grund bestünde zwischen Entgiftung und Entwöhnung ein derartiger funktioneller und medizinischer Zusammenhang, dass zu einer medizinischen Rehabilitation prinzipiell beide zusammengehörten. Sobald also der Rentenversicherungsträger seine grundsätzliche Zuständigkeit für die Übernahme der Kosten für

¹³⁴ BSGE 28, 114 (115 f); das BSG unterscheidet hier noch zwischen Trunksucht und Alkoholismus: Die Trunksucht, welche das süchtige Trinken beinhaltet, sei danach eine besondere Form des Alkoholismus.

¹³⁵ Zur Entgiftung vgl. auch BSG SozR 3-2200 § 1236 Nr. 3.

¹³⁶ BSGE 66, 87 (88 f).

¹³⁷ BSGE 66, 87 (92); ebenso BSG SozR 3-2200 § 1236 Nr. 3; nach BSG SozR 3-2200 § 1237 Nr. 2 kann bei alkoholkranken Patienten hierzu auch eine an die Entwöhnung folgende soziale Rehabilitation als notwendige Nachsorgemaßnahme gehören, soweit diese dazu erforderlich ist, zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit beizutragen.

eine Rehabilitationsmaßnahme erklärt hat, hätte er sowohl die Kosten für die Entgiftung, als auch für die Entwöhnung zu tragen. Dieser Rechtsprechung ist das BSG aber in späteren Urteilen¹³⁸ unter Berufung auf die Ausschlussklausel des § 13 Abs. 2 SGB VI entgegengetreten. Hiernach erbringt der Rentenversicherungsträger keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit; es sei denn, die Behandlungsbedürftigkeit tritt während der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein. Des Weiteren erbringt der Rentenversicherungsträger keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung¹³⁹. Nach der neueren Rechtsprechung des BSG sind somit lediglich die Kosten für die Entwöhnungsbehandlung als erforderliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger zu tragen, während die Kosten für eine vorangegangene Entgiftung durch den Krankenversicherungsträger bzw. Sozialhilfeträger zu tragen sind. Bei der Entgiftung handelt es sich damit um eine Krankenbehandlung, und nicht um eine Rehabilitationsleistung.

Wie dieses Beispiel zeigt, kann eine Abgrenzung von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere bei chronischen Krankheiten Schwierigkeiten bereiten. Gerade aufgrund der Dauerhaftigkeit von chronischen Krankheiten und ihren besonderen Behandlungsbedürfnissen liegt nicht immer eine Behandlungsbedürftigkeit im Sinne des Krankenversicherungsrechts vor; hieraus ist ebenfalls zu folgern, dass nicht immer eine einfache Krankheit im Sinne des SGB V gegeben ist. Soweit die jeweilige chronische Erkrankung dann aber als „chronische Krankheit“ im Sinne des Krankenversicherungsrechts anerkannt wird, stellt sich zusätzlich die Frage, ob sie damit spezielle Rechte auslöst, wie z.B. die Möglichkeit, an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilzunehmen (Disease-Management-Programm, kurz DMP) nach § 137f und g SGB V¹⁴⁰.

bb) Arbeitsunfähigkeit

¹³⁸ Vgl. BSGE 82 143 (145 ff.), wonach eine ärztlich indizierte Entgiftungsbehandlung ihrer Art nach zwar noch zu den in § 9 SGB VI angesprochenen medizinischen Leistungen zur Rehabilitation gehören kann, aber auch die Ausschlussstatbestände des § 13 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB VI weit auszulegen sind, damit der Rentenversicherungsträger nicht zum subsidiären Krankenversicherungsträger wird. In einem späteren Urteil vom 14. März 2002, Az: B 13 RJ 17/01 R, wird das BSG sogar noch deutlicher, indem es darlegt, dass bei einer rehabilitationsbedürftigen Suchterkrankung medizinische Rehabilitationsleistungen des Rentenversicherungsträgers solange ausgeschlossen sind, als noch eine Entgiftung erforderlich ist.

¹³⁹ § 13 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB VI.

¹⁴⁰ Vgl. hierzu auch Glied.-Pkt. D.II.1.

Ein weiteres Kriterium zur Beurteilung der Frage, ob eine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts vorliegt, ist die Arbeitsunfähigkeit. Diese kann sowohl alternativ, als auch kumulativ zum Bestehen von Behandlungsbedürftigkeit vorliegen. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Versicherte überhaupt nicht oder nur unter der Gefahr einer erheblichen Verschlimmerung fähig sind, ihrer zuletzt ausgeübten oder einer ähnlich gearteten Tätigkeit nachzugehen¹⁴¹. Das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit wird dabei regelmäßig durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen¹⁴². Der medizinische Grund für die Entstehung von Arbeitsunfähigkeit ist dabei für die Beurteilung, ob eine Krankheit i.d.S. vorliegt, nicht relevant; d.h. sowohl akute, wie auch chronische Krankheiten können diese ausgelöst haben, aber auch das Vorliegen einer Behinderung oder drohenden Behinderung können zu Arbeitsunfähigkeit geführt haben. Maßgeblich ist, dass ein regelwidriger Körper- und Geisteszustand bestanden hat, welcher die Arbeitsunfähigkeit ausgelöst hat. In derartigen Fällen besteht dann auch eine Krankheit nach den Vorschriften des Krankenversicherungsrechts.

cc) Zwischenergebnis

Der Begriff der Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts wurde von der Rechtsprechung als „regelwidriger Körper- und Geisteszustand, der Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, definiert. Behandlungsbedürftigkeit liegt hiernach vor, wenn durch den regelwidrigen Gesundheitszustand die körperlichen oder geistigen Funktionen in einem solchen Maß eingeschränkt sind, dass ihre Wiederherstellung der Mithilfe des Arztes, also der ärztlichen Behandlung bedarf. Eine weitere Voraussetzung für das Vorliegen von Behandlungsbedürftigkeit ist außerdem die Behandlungsfähigkeit, welche gegeben ist, wenn der regelwidrige Körperzustand auch einer Behandlung zugänglich gemacht werden kann, d.h. wenn eine ärztliche Behandlung überhaupt möglich ist. Eine Arbeitsunfähigkeit liegt außerdem vor, wenn durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wurde, dass der Versicherte überhaupt nicht oder nur unter der Gefahr einer erheblichen Verschlimmerung fähig ist, seiner zuletzt ausgeübten oder einer ähnlich gearteten Tätigkeit nachzugehen. Stellt man sich die Frage, ob chronische Krankheiten als Krankheiten im Sinne des Krankenversicherungsrechts anerkannt werden können, so scheidet man – wenn nicht gerade eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der chronischen Krankheit gegeben ist – häufig an dem Kriterium der Be-

¹⁴¹ Höfler, Kasseler Kommentar, § 27 SGB V, Rn. 28; Adelt, LPK-SGB V zu § 27, Rn. 20.

¹⁴² Vgl. dazu auch § 5 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzes über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz - EntgFG), BGBl I 1994, S. 1066, wonach der Arbeitnehmer verpflichtet ist, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen.

handlungsfähigkeit: Der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, welcher aufgrund der jeweiligen chronischen Krankheit vorliegt, kann in vielen Fällen keiner ärztlichen Behandlung zugänglich gemacht werden, da weder die Aussicht auf Heilung oder Besserung des Leidens noch auf Linderung von akuten Schmerzen besteht. In derartigen Fällen besteht dann auch keine Behandlungsbedürftigkeit und somit auch keine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts. Hier kann man dann von einer „chronischen Behandlungsbedürftigkeit“ sprechen, welche ggf. aber einen Anspruch auf medizinische Vorsorgeleistungen gem. § 23 SGB V auslöst, womit möglicherweise eine langfristige Besserung des Leidens erwartet werden kann¹⁴³. Soweit die jeweilige chronische Erkrankung außerdem als „chronische Krankheit“ im Sinne des Krankenversicherungsrechts anerkannt werden kann, stellt sich zusätzlich die Frage, ob sie damit spezielle Rechte auslöst, wie z.B. die Möglichkeit der Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, kurz DMP) nach § 137f und g SGB V.

b) Der chronische Krankheitsbegriff des SGB V

Fraglich ist, was man unter chronischer Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts versteht. Der Begriff ist vor noch nicht allzu langer Zeit in das SGB V aufgenommen worden: Die chronische Krankheit fand zuerst in den Vorschriften des § 137f und g SGB V Erwähnung, welche zum 01.01.2002¹⁴⁴ in Kraft getreten sind, und wonach für geeignete chronische Krankheiten, welche durch den Gemeinsamen Bundesausschuss empfohlen worden sind, strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen¹⁴⁵. Mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) zum 01.01.2004¹⁴⁶ sind weitere Vorschriften erlassen worden, bzw. haben Normen des SGB V eine Änderung erfahren, wodurch der Begriff der chronischen Krankheit weitere Bedeutung erhalten hat: Nach dem neu eingeführten §

¹⁴³ Dies wirft wiederum die Frage auf, ob es sich beim Begriff der Krankheit i.S.d. § 23 SGB V um einen speziellen Krankheitsbegriff des SGB V handelt, denn nach dem geltenden Krankheitsbegriff würde ein Anspruch auf Krankenbehandlung, und nicht auf Vorsorgeleistungen bestehen, sofern diese vorliegt. Da gem. § 23 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ein Anspruch auf medizinische Vorsorgeleistungen nicht nur zur Verhütung, sondern auch zur Vermeidung der Verschlimmerung einer Krankheit besteht, stellt sich die Frage, wo hier der Unterschied zur Krankenbehandlung gem. §§ 27 ff. SGB V liegt. Höfler, Kasseler Kommentar, § 23 SGB V, Rn. 8 sowie § 27 Rn. 9 ff., ist hingegen der Ansicht, dass der Krankheitsbegriff des § 23 SGB V identisch zu dem des § 27 SGB V ist.

¹⁴⁴ BGBl I 2001, S. 3465.

¹⁴⁵ § 137f Abs. 1 Satz 1 SGB V, ausführlicher hierzu auch Glied.-Pkt. D.II.1.

¹⁴⁶ Gesetz vom 14.11.2003, BGBl I, S. 2190.

2a SGB V soll beispielsweise den besonderen Belangen behinderter und chronisch Kranker Menschen Rechnung getragen werden. Eine Änderung wurde außerdem in § 62 SGB V bezüglich der Belastungsgrenze für Versicherte vorgenommen: Nach § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V beträgt die aktuelle Belastungsgrenze für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Eine vollständige Befreiung von Zuzahlungen aufgrund weiterer Tatbestände, wie z.B. der unzumutbaren Belastungsgrenze nach § 61 SGB V a.F., ist mit dieser Gesetzesänderung weggefallen.

aa) § 2a SGB V

Systematisch betrachtet beginnt die Erwähnung der chronischen Krankheit im Ersten Kapitel des SGB V unter den allgemeinen Vorschriften, wonach gem. § 2a SGB V den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist. Aufgrund dieser Stellung im Gesetz ist davon auszugehen, dass die Norm für den gesamten Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gilt¹⁴⁷. Mit der Einführung des § 2a SGB V soll dabei hauptsächlich erreicht werden, dass die Leistungszielsetzungen des SGB IX in die GKV integriert werden¹⁴⁸, welche einer Individualisierung des Erkrankten sowie seiner speziellen Bedürfnisse Rechnung tragen sollen. Die besonderen Belange behinderter und chronisch kranker Menschen sind dabei im Sinne von mehr Teilhabe zu berücksichtigen, d.h. ihnen soll mehr Selbstbestimmung ermöglicht werden und durch Behinderung bzw. chronische Krankheit bedingte Nachteile sollen ausgeglichen werden¹⁴⁹. Soweit der Sinn und Zweck des § 2a SGB V tatsächlich darin liegt, die Zielsetzungen des SGB IX in das SGB V zu integrieren, ist davon auszugehen, dass dann auch ein ähnliches Verständnis von Behinderung und chronischer Krankheit gelten soll¹⁵⁰, d.h. dass die innerhalb des SGB IX geltenden Definitionen und Abgrenzungen auch innerhalb des SGB V gelten. Im SGB IX weist der – gesetzlich nicht definierte - Begriff der chronischen Krankheit zwar Parallelen zum Behinderungsbegriff auf, trotzdem unterscheiden sich beide Begriffe hinsichtlich ihrer verschiedenen Schwerpunkte auf eine bestehende Teilhabe- bzw. Gesundheitsstörung: Während beim Behinderungsbegriff die

¹⁴⁷ Vgl. *Noftz* in *Hauck/ders.*, SGB V, K § 2a, Rn. 2 und 4, welcher allerdings von einer Beschränkung der Vorschrift in erster Linie auf das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht ausgeht.

¹⁴⁸ *Noftz* in *Hauck/ders.*, SGB V, K § 2a, Rn. 5 und 11 ff.

¹⁴⁹ *Peters*, *Kasseler Kommentar*, § 2a SGB V, Rn. 2.

¹⁵⁰ Vgl. hierzu auch *Wagner* in *Krauskopf*, *Soziale Kranken- und Pflegeversicherung* zu § 11 SGB V, Rn. 6 und 7.

Frage nach einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Vordergrund steht, geht es bei chronischer Krankheit in erster Linie um eine oder mehrere gesundheitliche Störungen. Der Behinderungsbegriff befasst sich hingegen mit den *Auswirkungen* von gesundheitlichen Störungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Erst wenn eine Beeinträchtigung der Teilhabe gegeben ist, kann auch eine Behinderung im Sinne des SGB IX vorliegen. Das Eintreten einer Behinderung ist oft eine Folge von gesundheitlichen Störungen; besonders häufig ist sie dabei eine Folge von gesundheitlichen Störungen in Form von *chronischen Krankheiten*. Durch die Einführung des § 2a SGB V soll somit sichergestellt werden, dass den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung getragen wird. Der Behinderungsbegriff des SGB IX sowie die Abgrenzung zur chronischen Krankheit sind dabei für das begriffliche Verständnis heranzuziehen. Beim Begriff der chronischen Krankheit besteht innerhalb des SGB V lediglich die Besonderheit, dass beim Vorliegen weiterer Voraussetzungen auch der Begriff der „normalen“ bzw. der einfachen Krankheit erfüllt sein kann, woraus sich unter Umständen spezielle Leistungsansprüche ergeben¹⁵¹.

Die besonderen Bedürfnisse Behinderter und chronisch Kranker sind innerhalb des gesamten SGB V zu berücksichtigen; außerdem ist davon auszugehen, dass unter diesen Schutz auch von Behinderung bedrohte Personen fallen: Zwar steht beim Begriff der chronischen Krankheit (noch) die Gesundheitsstörung im Vordergrund, während beim Begriff der Behinderung in erster Linie die Frage nach einer bestehenden Teilhabestörung von Bedeutung ist. Da aber Behinderungen häufig eine Folge von chronischen Krankheiten sind, und beim Begriff der drohenden Behinderung im Sinne des SGB IX nicht klargestellt worden ist, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit die Beeinträchtigung der Teilhabe drohen muss, damit eine drohende Behinderung gegeben ist (insofern auch durch den Gesetzgeber nicht klargestellt worden ist, ob und wo überhaupt Unterschiede zur chronischen Krankheit bestehen), muss man im Interesse einer möglichst frühzeitigen Leistungserbringung davon ausgehen, dass beim Bestehen von chronischer Krankheit zugleich auch eine drohende Behinderung vorliegt¹⁵². Der Begriff der drohenden Behinderung befindet sich allerdings nicht im SGB V: Hier wird innerhalb des Sozialgesetzbuches insoweit von unterschiedlichen Begrifflichkeiten ausgegangen, denn während das SGB IX in erster Linie die Interessen Behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zum Ziel hat, erscheint zumindest der Begriff der drohenden Behinderung nicht weiter innerhalb der Vorschriften der Leistungsgesetze. Diese Begrifflichkei-

¹⁵¹ Vgl. hierzu auch Glied.-Pkt. B.II.3.a).

¹⁵² Vgl. hierzu auch Glied.-Pkt. B.II.2.b)aa).

ten werden insoweit uneinheitlich innerhalb des SGB verwendet. Im SGB V wurde mit der Formulierung des § 2a SGB V beispielsweise klargestellt, dass in erster Linie die Interessen Behinderter und chronisch Kranker, nicht aber von Behinderung bedrohter Personen zu berücksichtigen sind. Dieses spricht wiederum für die Notwendigkeit der begrifflichen Gleichsetzung von drohender Behinderung und chronischer Krankheit: Zwar soll der Begriff der drohenden Behinderung durch seine Berücksichtigung im SGB IX zu einer möglichst frühzeitigen Leistungserbringung beitragen, da dieser Begriff aber in den weiteren Leistungsgesetzen nicht erwähnt wurde, ist es problematisch, von Behinderung bedrohten Personen einen speziellen und besonders frühzeitigen Leistungsanspruch zu gewähren: Aufgrund von § 7 Satz 1 SGB IX, wonach die Vorschriften des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe gelten, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt, sind immer noch die spezielleren Vorschriften vorrangig, soweit sich aus ihnen etwas Abweichendes ergibt¹⁵³. Da der Begriff der drohenden Behinderung aber im Gegensatz zu den Begriffen der Behinderung und der chronischen Krankheit innerhalb der Vorschriften des SGB V keine Erwähnung gefunden hat, wird es schwierig, hierüber eine frühzeitige Leistungserbringung sicherzustellen. Zwar sind nach § 26 Abs. 1 SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen zu erbringen; die einzelnen Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsleistungen innerhalb des SGB V werden aber durch die Vorschriften der Rehabilitations-Richtlinien (RehaRL) konkretisiert¹⁵⁴. Dort wird der Begriff der drohenden Behinderung jedoch nicht erwähnt: Nach den Rehabilitations-Richtlinien haben medizinische Rehabilitationsleistungen das Ziel, eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX einschließlich Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern¹⁵⁵. Ob und inwieweit hiernach Leistungen zum Abwenden einer Behinderung gleichzusetzen sind mit den Leistungen an von Behinderung bedrohte Personen, lässt sich aus den Vorgaben der RehaRL indes nicht folgern. Ein originärer Anspruch für den Kreis der von Behinderung bedrohten Personen besteht innerhalb des SGB V somit nicht. Auch diese begriffliche Uneinheitlichkeit in den einzelnen

¹⁵³ Zum Verhältnis der Teilhabevorschriften des SGB IX gegenüber den besonderen Leistungsgesetzen vgl. auch *Igl*, ZSR 2004, 365 (379 f), nach dessen Ansicht zwischen den Leistungsprinzipien und den engeren leistungrechtlichen Voraussetzungen unterschieden werden muss: Die Leistungsprinzipien des SGB IX würden auch das Leistungsrecht der besonderen Leistungsgesetze leiten, während sich die einzelnen leistungrechtlichen Voraussetzungen nach den besonderen Leistungsgesetzen bestimmen ließen.

¹⁵⁴ I.d.F. vom 16. März 2004, BAnz. 2004, S. 6769.

¹⁵⁵ § 1 Abs. 1 Satz 2 RehaRL.

Sozialgesetzen spricht für das Argument, chronische Krankheit mit der drohenden Behinderung gleichzusetzen. Personen, welche von einer Behinderung bedroht sind, kann auf diese Weise ein gleichrangiger Anspruch gewährt werden.

Nach § 2a SGB V ist somit den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Für das Verständnis der Begrifflichkeiten „behindert“ und „chronisch krank“ ist auf den Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zurückzugreifen, sowie auf die innerhalb des SGB IX bestehende, allerdings gesetzlich nicht definierte Abgrenzung zur chronischen Krankheit. Des Weiteren ist es erforderlich, die Begriffe der drohenden Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX und der chronischen Krankheit gleichzusetzen, so dass nach § 2a SGB V auch die besonderen Belange von Menschen zu berücksichtigen sind, welche von einer Behinderung bedroht sind. Beim Begriff der chronischen Krankheit ist – im Gegensatz zum SGB IX – außerdem zu berücksichtigen, dass die chronische Krankheit innerhalb des SGB V auch die Voraussetzungen für eine „einfache“ Krankheit erfüllen kann, wodurch unter Umständen spezielle Leistungsansprüche, wie z.B. ein Anspruch auf Krankenbehandlung, ausgelöst werden können.

bb) § 62 SGB V

Außer in § 2a SGB V wird die chronische Krankheit auch in § 62 SGB V erwähnt: Hiernach kann sie, wenn auch nur in schwerwiegender Form, Grundlage für die Anerkennung einer verminderten Zuzahlungsgrenze für Versicherte sein. Die Grenze für diese Zuzahlungen wird wie folgt festgelegt: Versicherte haben innerhalb eines Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur jeweiligen Belastungsgrenze zu leisten; wird diese Grenze innerhalb des Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben *schwerwiegenden* Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die weitere Dauer dieser Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), soweit erforderlich, zu prüfen¹⁵⁶.

¹⁵⁶ § 62 Abs. 1 Sätze 1, 2 und 3 SGB V. Nach einer Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 21. Dezember 2004, BAnz Nr. 249 vom 31.12.2004, S. 24743, wird eine Dauerbehandlung bei einer festgestellten Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach Ablauf eines Jahres seit dem Beginn der Pflegebedürftigkeit nach einer dieser Pflegestufen unterstellt, d.h. auf einen weiteren Nachweis der Dauerbehandlung wird in diesen Fällen verzichtet.

Die aktuellen gesetzlichen Bestimmungen unterscheiden sich damit von den vorher geltenden Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung, wonach gem. § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V a.F.¹⁵⁷ eine teilweise Befreiung von den Zuzahlungen möglich war, wenn die jeweilige Belastungsgrenze erreicht wurde. Grundsätzlich betrug auch hier die Belastungsgrenze 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung waren und 1 Jahr lang Zuzahlungen in Höhe von mindestens 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet haben, entfielen diese Zuzahlungen nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer dieser Behandlung, deren weitere Dauer der Krankenkasse jeweils spätestens vor Ablauf des zweiten Kalenderjahres (...) nachzuweisen war. Nach der vorher geltenden Regelung war es für Versicherte, die wegen einer Krankheit in Dauerbehandlung waren, somit erst nach dem Ablauf eines Kalenderjahres möglich, aufgrund des Erreichens der individuellen Belastungsgrenze eine Befreiung zu erhalten¹⁵⁸. Nach dem heutigen Recht ist es hingegen bereits während des Kalenderjahres möglich, eine Befreiung zu erhalten, sobald die Zuzahlungsgrenze erreicht worden ist. Eine Erleichterung bestand bei dem vorher geltenden Recht für die Gewährung der 1%-igen Belastungsgrenze aber dahingehend, dass es ausreichend war, wenn der Versicherte wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung war. Nach dem heute geltenden Recht können die verminderte Belastungsgrenze nur Versicherte nutzen, welche chronisch krank sind und wegen derselben *schwerwiegenden* Krankheit in Dauerbehandlung sind. Geht man davon aus, dass auch nach der alten Regelung nur chronisch Kranke betroffen waren, welche von der verminderten Belastungsgrenze profitieren konnten (selbst wenn dieses nicht explizit im Gesetz genannt wurde), so richtet sich die heutige Regelung zwar auch an chronisch Kranke, aber lediglich an diejenigen, welche wegen einer schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind. Die chronische Krankheit war damit schon vor ihrer erstmaligen Erwähnung für das SGB V von Bedeutung, wenn auch nur mittelbar¹⁵⁹.

Das Nähere zur Definition der heute maßgeblichen schwerwiegenden chronischen Erkrankungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie zu bestimmen¹⁶⁰: Mit der

¹⁵⁷ BGBl I 1997, S. 1518 und BGBl I 1998, S. 3853.

¹⁵⁸ Eine Ausnahme hiervon war nur gem. § 62 Abs. 1 Satz 3 SGB V a.F. möglich, wonach die Krankenkasse insbesondere bei regelmäßig entstandenen Fahrkosten und Zuzahlungen eine Kostenübernahme in kürzeren Zeitabständen vorsehen konnte.

¹⁵⁹ Vgl. hierzu auch das Urteil des BSG NZS 2003, 257 (258), in welchem ebenfalls davon ausgegangen wurde, dass die niedrigere Belastungsgrenze von 1 % in erster Linie chronisch Kranken zugute kam. So auch *Kruse* in LPK-SGB V zu § 62 a.F., Rn. 6.

¹⁶⁰ § 62 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten gem. § 62 SGB V in der Fassung von 22. Januar 2004¹⁶¹ ist damit erstmalig eine Definition in Bezug auf chronische Krankheiten – wenn auch nur für solche Erkrankungen, die schwerwiegend sind - unternommen worden. Als schwerwiegend chronisch krank gilt demnach, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet und außerdem entweder eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem SGB XI vorliegt, ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 % nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII vorliegt oder wenn eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachten Gesundheitsstörungen zu erwarten ist. In der vergangenen Zeit war teilweise umstritten, welchen Rechtscharakter solche Richtlinien aufweisen und welche Bindungswirkung sie daher bei Leistungsträgern, -erbringern sowie Versicherten entfalten. Das BSG hat in seiner früheren Rechtsprechung zunächst entschieden, dass die Richtlinien keine normative Wirkung entfalten¹⁶². Diese Auffassung wurde inzwischen aber mit einer Entscheidung vom 20.03.1996¹⁶³ aufgegeben, in welcher festgelegt wurde, dass die Richtlinien den Charakter untergesetzlicher Rechtsnormen haben und daher normative Wirkung gegenüber Ärzten und ihren Körperschaften, sowie den Krankenkassen und den Versicherten entfalten. Die Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten entfaltet somit gegenüber sämtlichen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ihre normative Wirkung.

(1) Verschiedene Stufen von chronischer Krankheit ?

Die oben erwähnte Kombination der verminderten Belastungsgrenze mit dem Bestehen einer schwerwiegenden chronischen Krankheit wirft die Frage auf, ob es verschiedene Stufen von chronischer Krankheit gibt: Nach dem Wortlaut des Gesetzes wird die verminderte Belastungsgrenze für chronisch Kranke anerkannt, die wegen derselben schwerwiegenden Krank-

¹⁶¹ BAnz Nr. 18 vom 28. Januar 2004, S. 1343.

¹⁶² BSGE 35, 10 (14); 52, 70 (73); 63, 163 (165); ausführlich zur Frage der Verbindlichkeit von Richtlinien hierzu auch *Hänlein*, Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht, S. 464 ff., nach dessen Ansicht es aufgrund der gegenwärtigen Gesetzeslage offensichtlich sei, dass Richtlinien generell rechtsverbindlich sein sollen.

¹⁶³ BSGE 78, 70 (75 ff.); das BSG begründet die Bindungswirkung gegenüber Versicherten unter anderem damit, dass in einigen leistungsrechtlichen Normen des SGB V ausdrücklich bestimmt wurde, dass der Anspruch der Versicherten auf Leistungen der GKV im einzelnen durch die RL der Bundesausschüsse festgelegt wird.

heit in Dauerbehandlung sind¹⁶⁴. Zwar wird nach der genannten Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – ähnlich wie in der vorangegangenen Fassung des § 62 SGB V - auch das Kriterium der ärztlichen Dauerbehandlung angewandt; hinzukommen müssen allerdings noch weitere Kriterien, damit die jeweilige chronische Krankheit auch als schwerwiegend anerkannt wird. Lediglich die vierte Variante, wonach eine schwerwiegende chronische Krankheit gegeben ist, wenn sich der Patient in ärztlicher Dauerbehandlung befindet und eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne welche eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung oder eine Beeinträchtigung in der Lebenserwartung und/oder Lebensqualität zu erwarten ist, erinnert noch an die oben erörterten Definitionen zur chronischen Krankheit, welche sich in erster Linie von der einfachen Krankheit dadurch unterscheidet, dass sie nicht heilbar ist, dauerhaft ärztlich behandelt und/oder überwacht werden muss, und die Patienten dadurch oft einen lebenslangen Leidensweg ertragen müssen, welcher sich in sämtlichen Lebensbereichen niederschlägt. Der Unterschied zur Definition innerhalb des § 62 SGB V besteht aber dahingehend, dass hier ohne die kontinuierliche medizinische Versorgung eine *lebensbedrohliche* Verschlimmerung der Erkrankung zu erwarten sein muss¹⁶⁵. Die weiteren herangezogenen Kriterien, wie z.B. Pflegebedürftigkeit der Stufe 2 oder 3 sowie ein Grad der Behinderung von mindestens 60 % oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 % übertreten indes die Grenzen zwischen Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Denn erstmalig wurden hiermit für die Definition der schwerwiegenden chronischen Krankheit weitere Definitionen, wie Pflegebedürftigkeit oder Grad der Behinderung (GdB) herangezogen. Ist man sonst bemüht, eine Abgrenzung zwischen den einzelnen Bereichen zu schaffen, werden die Grenzen hiermit „verwischt“: die Definition der schwerwiegenden chronischen Krankheit kann demnach nicht ohne weitere Definitionen, wie Pflegebedürftigkeit, Grad der Behinderung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit auskom-

¹⁶⁴ § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V; der Begriff der schwerwiegenden Krankheit wurde erstmalig durch das BSG in dem Urteil vom 19 März 2002, BSGE 89, 184 (191 f), zum sogenannten „Off Label Use“ erwähnt, wonach eine Erkrankung schwerwiegend ist, wenn sie lebensbedrohlich ist oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt.

¹⁶⁵ Nach der Beschlussbegründung zur Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten i.d.F. vom 22.01.2004, S.3, zu finden unter: www.g-ba.de, Stand: August 2006, wurde dieses Kriterium zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten herangezogen, weil nicht alle Versicherten mit einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung über eine Bescheinigung des GdB/MdE verfügen und der Anspruch auf Absenkung der Belastungsgrenze auch rechtlich nicht von dem Vorhandensein einer entsprechenden amtlichen Bescheinigung abhängig gemacht werden könne. Das Erfordernis umfassender kontinuierlicher medizinischer Versorgung führe ebenfalls zu einer Fokussierung auf schwerwiegende Fälle.

men¹⁶⁶. Der Gemeinsame Bundesausschuss begründet das Hinzuziehen des GdB/MdE unter anderem damit, dass diese ein geeigneter Maßstab für die Schwere der chronischen Krankheit seien und den Vorteil hätten, dass in den jeweiligen Bescheiden die zugrunde liegenden Diagnosen mitgeteilt werden¹⁶⁷.

An dieser Stelle lässt sich die Frage aufwerfen, ob es dann überhaupt relevante Unterschiede zwischen Behinderung, Pflegebedürftigkeit und der schwerwiegenden chronischen Krankheit gibt. Bereits das Verständnis der „einfachen“ chronischen Krankheit bereitet in einigen Teilen Schwierigkeiten: Teilweise wird sie – beim Vorliegen einer aktuellen Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit¹⁶⁸ - noch zur einfachen Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts gezählt, so dass ein Anspruch auf Krankenbehandlung gegeben ist, teilweise sind aber auch die Übergänge zur drohenden Behinderung im Sinne des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen¹⁶⁹ fließend. Aus der Definition der schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne der genannten Richtlinie lässt sich zumindest die Ursächlichkeit von chronischen Krankheiten für nachfolgende Pflegebedürftigkeit, Behinderungen oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit folgern: Erst wenn eine solche Folge der chronischen Krankheit vorliegt, bzw. der Patient sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet und eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne welche eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung oder eine Beeinträchtigung in der Lebenserwartung und/oder Lebensqualität zu erwarten ist, die einfache chronische Krankheit somit in einen noch bedrohlicheren Zustand vorangeschritten ist, liegt eine schwerwiegende chronische Krankheit vor. Man kann hier deshalb eigentlich auch nicht von verschiedenen Stufen der chronischen Krankheit sprechen, denn die nächste Stufe wäre bereits eine Behinderung, Minderung der Erwerbsfähigkeit oder sogar Pflegebedürftigkeit. Der Begriff der schwerwie-

¹⁶⁶ *Beraus* in br 2004, 171 (171) kritisiert das Kriterium des GdB beispielsweise deshalb, weil es auch eine Vielzahl von Fällen gäbe, in denen eine chronische Krankheit überhaupt keinen Einfluss auf den Gesamt-GdB habe, was bedeute, dass die Belastungsgrenze von 1% bei solchen Patienten möglicherweise nicht zur Anwendung komme. Er bezeichnet die Formulierung des § 2 Abs. 2 Buchstabe b) der RL als „total misslungen“; *Schimanski*, br 2005, 6 (9) kritisiert das prozentuale Erfordernis des Grads der Behinderung im Allgemeinen, da es keine mit naturwissenschaftlicher Zwangsläufigkeit herzuleitende Verknüpfung zwischen krankhaften Zuständen und den von der Rechtsprechung benötigten Gradeinteilungen oder Prozentsätzen gäbe.

¹⁶⁷ Beschlussbegründung zur Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten i.d.F. vom 22.01.2004, S. 3.

¹⁶⁸ Siehe oben, Glied.-Pkt. B.II.3.a).

¹⁶⁹ § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX; nach dem Gesetzeswortlaut ist insofern unklar, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit eine Teilhabebeeinträchtigung einzutreten droht, damit eine drohende Behinderung i.d.S. vorliegt.

genden chronischen Krankheit ist insofern irreführend, da er vorgibt, es gäbe mehrere Stufen von chronischer Krankheit.

Lassen sich bei der einfachen chronischen Krankheit durchaus noch Bedenken daran anmelden, sie mehr dem Behinderungsbegriff zuzuordnen, als dem Krankheitsbegriff, so gilt dies nicht mehr für die schwerwiegende chronische Krankheit: Bereits nach dem Wortlaut der Richtlinie wird sie mehr dem Verständnis von Pflegebedürftigkeit und Behinderung zugeordnet als dem von klassischer Krankheit nach dem SGB V. Nachvollziehbar ist eine solche Grenzübertretung indes nicht: Weder schafft die Definition der schwerwiegenden chronischen Krankheit durch ihre Verkoppelung mit der Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit Rechtssicherheit für die Versicherten, noch ist sie – im Sinne des Präventionsvorrangs des § 3 SGB IX – verständlich. Erst wenn die chronische Krankheit derart weit vorangeschritten ist, wie es nach dem Willen des Gesetzgebers möglichst gar nicht kommen sollte, besteht ein Anspruch auf die verminderte Belastungsgrenze des § 62 SGB V. Es ist davon auszugehen, dass bereits bei einer einfachen chronischen Krankheit erhöhte Zuzahlungsverpflichtungen für Medikamente, Heilbehandlungen etc. bestehen, so dass nicht nachvollziehbar ist, warum ein chronisch Kranker derart lange „warten muss“, bis ihm eine verminderte Belastungsgrenze eingeräumt wird. Auch das häufig verwendete Argument, mit der Zuzahlungspflicht wolle man Versicherte mit dem Ziel der Kostenvermeidung dahingehend „erziehen“, möglichst nur die Leistungen in Anspruch zu nehmen, welche wirklich notwendig sind¹⁷⁰, kann bei chronisch Kranken nicht fruchten, da sie in den meisten Fällen gar keine Wahl haben, auf die angebotene Leistung bzw. das jeweilige Medikament zu verzichten. Die bereits bestehenden Schwierigkeiten bei dem Verständnis von chronischer Krankheit werden somit durch die Einführung des Terminus der schwerwiegenden chronischen Krankheit noch verschärft; kann man die einfache chronische Krankheit noch als Bindeglied zwischen Krankheit, drohender Behinderung, Behinderung und Pflegebedürftigkeit betrachten, so ist dies für die schwerwiegende chronische Krankheit aus den genannten Gründen nicht mehr möglich. Die Definition der schwerwiegenden chronischen Krankheit bietet somit keine Hilfestellung bei der Frage nach dem Verständnis von chronischer Krankheit und den Bemühungen, einen Leistungsanspruch für chronisch Kranke möglichst zeitnah und umfassend zu erkennen und zu gewährleisten. Auch eine Abstufung innerhalb der chronischen Krankheit ist nach diesem eingeschlagenen Weg weder sinnvoll noch hilfreich.

¹⁷⁰ Zum Ziel der Kostenvermeidung durch Einführung der Zuzahlungspflicht vgl. auch BSG SozR 3-2500 § 61 Nr. 7.

(2) Zwischenergebnis

Mit der Einführung der Begrifflichkeit der schwerwiegenden chronischen Krankheit ist weitere Rechtsunsicherheit in Bezug auf das Verständnis von chronischer Krankheit entstanden: Weder verhilft dieser neu geschaffene Begriff durch seine Verkoppelung mit dem Vorliegen von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem SGB XI, einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 % nach § 30 BVG oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII dem Verständnis von chronischer Krankheit und der Frage, ob und inwieweit sich eine Abgrenzung zu den genannten Begriffen vornehmen lässt, noch hilft die aktuelle Regelung über die verminderte Zuzahlungsgrenze chronisch kranken Personen, welche insgesamt zu wesentlich höheren Zuzahlungen für notwendige Leistungen verpflichtet sind, als nicht-chronisch kranke Personen. Erst wenn die Folge der schwerwiegenden chronischen Krankheit eingetreten ist, hat hiernach ein chronisch Kranker Anspruch auf die verminderte Belastungsgrenze.

cc) § 60 SGB V

Ebenso wie die Belastungsgrenze des § 62 SGB V ist mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003¹⁷¹ auch die Vorschrift über Fahrkosten, welche gem. § 60 SGB V von der Krankenkasse übernommen werden können, geändert worden. Die zuständige Krankenkasse übernimmt - nach Abzug des Eigenanteils¹⁷² - die Kosten für Fahrten, wenn diese im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingend medizinischen Gründen notwendig sind¹⁷³. Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung werden gem. § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V dabei nur in besonderen Ausnahmefällen übernommen, welche der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V festzulegen hat¹⁷⁴. Nach der hieraufhin erlassenen Krankentransport-Richtlinie¹⁷⁵ ist Voraussetzung für einen solchen Ausnahmefall, dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförde-

¹⁷¹ BGBI I 2003, S. 2190.

¹⁷² Der Eigenanteil richtet sich nach § 61 SGB V.

¹⁷³ § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

¹⁷⁴ § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

¹⁷⁵ Erstmalige Fassung vom 22. Januar 2004, BAnz Nr. 18 vom 28. Januar 2004, S. 1342, zuletzt geändert am 21. Dezember 2004, BAnz Nr. 41, S. 2937.

nung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist¹⁷⁶. In der Anlage 2 der Richtlinie sind die Krankheiten aufgeführt, bei denen diese Ausnahmefälle in der Regel erfüllt sein sollen (Liste soll nicht abschließend sein): So liegt eine Ausnahme vor bei Dialysebehandlung, onkologischer Strahlen- und Chemotherapie. Außerdem kann gem. § 8 Abs. 3 der Richtlinie eine Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet werden, welche einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ „BI“ oder „H“ oder einen Einstufungsbescheid gem. SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegen. Hinsichtlich der Einstufung in die Pflegestufe 2 oder 3 weisen die Voraussetzungen für die Übernahme der Fahrkosten Parallelen zu der oben erwähnten Definition von schwerwiegenden chronischen Krankheiten auf: Soweit sich der Patient in ärztlicher Dauerbehandlung befindet und außerdem entweder eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 bei ihm festgestellt wurde, gilt er als schwerwiegend chronisch krank in Sinne der genannten Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses; es ist außerdem ausnahmsweise möglich, dass die Krankenkasse notwendige Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung übernimmt, wenn diese im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig waren¹⁷⁷. Wie bereits erwähnt, liegt eine solche Ausnahme auch vor, wenn der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, und die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer solchen Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Als Beispiele werden hier die Fahrten zur Dialysebehandlung sowie zur onkologischen Strahlen- und Chemotherapie genannt. Sowohl an dieser Definition, wie auch an den genannten Erkrankungen lässt sich erkennen, dass es sich hierbei in erster Linie um chronische Krankheiten handelt, welche notwendige Fahrtkosten auslösen können. Sowohl die schwerwiegende chronische Krankheit, wie auch andere „einfache“ chronische Krankheiten können damit Auslöser für die ausnahmsweise gebilligte Übernahme von Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung durch die Krankenkasse sein. Die mit der Belastungsgrenze des § 62 SGB V aufgestellte Definition der schwerwiegenden chronischen Krankheit wird mit der Krankentransport-RL somit wieder „auseinander gerissen“, in dem nicht alle Krankheiten, welche als schwerwiegend chronisch gelten, die Übernahme von Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung begründen können; andererseits aber andere „einfache“ chronische Krankheiten diese Kostenübernahme auslösen können. Die Gründe hierfür sind in der Eigenart der ver-

¹⁷⁶ § 8 Abs. 2 Krankentransport-RL.

¹⁷⁷ § 60 Abs. 1 Sätze 1 und 3 SGB V i.V.m. der Krankentransport-RL.

schiedenen Therapien zu suchen¹⁷⁸ und in der Frage, ob die Übernahme der Fahrkosten aufgrund der vorangegangenen Behandlung medizinisch notwendig ist. Für erkrankte Versicherte, insbesondere chronisch Kranke, stellt diese eigens für die Übernahme der Fahrkosten entwickelte Richtlinie jedoch eine neue Hürde in einem unübersichtlichen und uneinheitlichen Dschungel von Definitionen dar.

dd) § 137f und g SGB V

Außer in § 2a SGB V und § 62 SGB V wird der Begriff der chronischen Krankheit auch in § 137f und g SGB V erwähnt: Chronische Krankheiten können hiernach Grundlage für so genannte strukturierte Behandlungsprogramme, auch Disease-Management-Programme (DMP) genannt, sein. Als Disease Management wird nach der gesetzlichen Begründung eine Versorgungsform bezeichnet, welche unter anderem die Prävention und Behandlung einer Krankheit verbessern soll sowie die mit der Krankheit bedingten Beeinträchtigungen reduzieren kann¹⁷⁹. Ziel der DMP ist unter anderem, kontinuierlich und qualitativ hochwertige Versorgung nach dem neuesten Stand der Wissenschaft zu organisieren¹⁸⁰. Fraglich ist, ob sich hieraus ein eigenes Verständnis von chronischer Krankheit ergibt, welches speziell für die DMP gilt.

Die Generierung und Zulassung einzelner DMP läuft folgendermaßen ab: Zunächst empfiehlt der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (...) geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern¹⁸¹. Auf der Sitzung des Koordinierungsausschusses wurden hier zunächst die Krankheiten Diabetes Mellitus Typ 2, Brustkrebs, Asthma und koronare Herzerkrankung als geeignete chronische Krankheiten ausgewählt, welche dann dem Bundesministerium mitgeteilt wurden¹⁸². Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium des Weiteren für die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V¹⁸³ An-

¹⁷⁸ Wie z.B. in den Fällen einer immer wiederkehrenden Dialysebehandlung, bei der die Patienten im Anschluss an die Behandlung häufig sehr geschwächt sind und somit die Übernahme von Fahrkosten medizinisch notwendig ist.

¹⁷⁹ BT-Drucks. 14/6432, S. 11.

¹⁸⁰ Fuchs, SGB 2005, 671 (671).

¹⁸¹ § 137f Abs. 1 Satz 1 SGB V.

¹⁸² Hess, Kasseler Kommentar, § 137f SGB V, Rn. 3.

¹⁸³ Durch diese so genannte Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres für den Ablauf des Risikostrukturausgleiches (RSA) zu regeln. Chronisch kranke Versicherte, welche in Disease-Management-Programme einge-

forderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme. Zu benennen sind dabei insbesondere Anforderungen an die

1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,
2. durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen,
3. Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme,
4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,
5. Dokumentation und
6. Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (Evaluation) und die zeitlichen Abstände zwischen den Evaluationen eines Programms sowie die Dauer seiner Zulassung nach § 137g SGB V¹⁸⁴.

Hier wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zunächst Anforderungen an die Ausgestaltung der Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs genannt¹⁸⁵. Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss danach bekannt, für welche chronischen Krankheiten diese Anforderungen zu empfehlen sind¹⁸⁶.

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung somit zunächst geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. Bei der Auswahl des Gemeinsamen Bundesausschusses sind dabei die folgenden Kriterien zu berücksichtigen¹⁸⁷:

1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
4. Sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
6. Hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

geschrieben sind, werden als eigene Versichertengruppe im Risikostrukturausgleich berücksichtigt: Krankenkassen, welche eingeschriebene chronisch Kranke versichern, können hiernach höhere standardisierte Leistungsausgaben im RSA geltend machen. Vgl. BT-Drucks. 14/6432, S. 11.

¹⁸⁴ § 137f Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB V.

¹⁸⁵ Vgl. hierzu auch *Vollmöller*, NZS 2004, 63 (63).

¹⁸⁶ § 137f Abs. 2 Satz 3 SGB V.

¹⁸⁷ § 137f Abs. 1 Satz 2 SGB V.

Nicht jede chronische Krankheit kann somit Grundlage für ein strukturiertes Behandlungsprogramm sein. Es muss beispielsweise eine hohe Anzahl an erkrankten Personen vorhanden sein, damit ein solches Programm generiert werden kann. Außerdem muss die Möglichkeit bestehen, dass die Versorgungsqualität bei der jeweiligen chronischen Krankheit verbessert werden kann und dass auch die Eigeninitiative des Versicherten zu einer positiven Beeinflussung des Krankheitsverlaufs führen kann. Hieraus lässt sich folgern, dass nicht alle Krankheiten, welche als chronisch gelten, die Voraussetzungen für die Generierung eines strukturierten Behandlungsprogramms erfüllen. Zwar unterscheidet sich der Begriff der chronischen Krankheit im Sinne des § 137f und g SGB V insofern nicht vom Begriff der chronischen Krankheit im Sinne des § 2a SGB V; es müssen allerdings zusätzliche Voraussetzungen vorliegen, damit die jeweilige chronische Krankheit Grundlage für ein strukturiertes Behandlungsprogramm sein kann. Es muss sich mithin um eine *geeignete* chronische Krankheit handeln.

Inwieweit die Geeignetheit einer (chronischen) Krankheit die Generierung eines strukturierten Behandlungsprogramms beeinflusst, erkennt man beispielsweise auch an der Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Brustkrebs: Bei Brustkrebs handelt es sich nicht um eine klassische chronische Krankheit nach den oben erwähnten Kriterien. Denn bei Brustkrebs kann Aussicht auf Heilung bestehen, d.h. die Krankheit begleitet die Patientin nicht immer für den Rest ihres Lebens¹⁸⁸. Bei Brustkrebs handelt es sich aber um die häufigste bösartige Neubildung bei Frauen in Deutschland und weltweit. Brustkrebs verursacht demzufolge erhebliche Kosten im Gesundheitswesen, welche sich in direkte Kosten, wie z.B. ambulante und stationäre Behandlung, Rehabilitation und Arzneimittel, und indirekte Kosten, wie z.B. dem Verlust von Lebensjahren, Frühberentungen oder dem krankheitsbedingten Arbeitsausfall unterteilen lassen¹⁸⁹. Die sektorenübergreifende Behandlung anhand von evidenzbasierten Leitlinien, welche durch die Disease-Management-Programme erreicht werden soll, erscheint für die Behandlung von Brustkrebserkrankungen besonders vorteilhaft, da meistens nach einer ambulanten ärztlichen Behandlung ein Krankenhausaufenthalt folgt mit häufig anschließender Rehabilitationsmaßnahme und weiterer Nachsorge¹⁹⁰. Die Aufnahme von Brustkrebs in die Disease-Management-Programme hat somit eher gesundheitspolitische Hintergründe,

¹⁸⁸ Glied.-Pkt. D.II.1.b)bb).

¹⁸⁹ Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 25, S. 7 und 28.

¹⁹⁰ Wie hier bei der Brustkrebserkrankung wird deutlich, wie wichtig es ist, auch die medizinische Rehabilitation in die vertraglichen Gestaltungen von Disease-Management-Programmen einzubeziehen, denn nur so kann eine wirkliche sektorenübergreifende Behandlung erreicht werden. Vgl. dazu auch Glied.-Pkt. D.II.1.c)cc).

d.h. hier wird deutlich, dass nicht alleine das Vorliegen einer chronischen Krankheit reicht, um ein strukturiertes Behandlungsprogramm zu generieren¹⁹¹. Man kann insoweit nicht nur von dem Erfordernis einer geeigneten chronischen Krankheit sprechen, sondern vielmehr fast schon von dem Erfordernis einer *geeigneten Krankheit*. Das Erfordernis von „chronisch“ scheint insofern eher ein subsidiäres Kriterium zu sein. Maßgebliches Ziel ist vielmehr die Verbesserung des Behandlungsablaufes und der Versorgungsqualität bei der jeweiligen Erkrankung.

ee) Zwischenergebnis

Das Verständnis von chronischer Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts ist an uneinheitliche Kriterien gebunden: In § 2a SGB V kann man beispielsweise davon ausgehen, dass für das Verständnis von chronisch krank und den Gegensätzen zum Begriff der Behinderung auf den Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zurückzugreifen ist, sowie auf die innerhalb des SGB IX bestehende, allerdings gesetzlich nicht definierte Abgrenzung zur chronischen Krankheit. Des Weiteren ist es hier erforderlich, die Begriffe der drohenden Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX und der chronischen Krankheit gleichzusetzen, so dass nach § 2a SGB V auch die besonderen Belange von Menschen zu berücksichtigen sind, welche von einer Behinderung bedroht sind. Beim Begriff der chronischen Krankheit ist innerhalb des SGB V außerdem zu berücksichtigen, dass die chronische Krankheit auch die Voraussetzungen für eine „einfache“ Krankheit erfüllen kann, wodurch unter Umständen spezielle Leistungsansprüche, wie z.B. ein Anspruch auf Krankenbehandlung, ausgelöst werden können. Das Verständnis von chronischer Krankheit im Sinne des § 2a SGB V bietet somit die größten Parallelen zu den Begrifflichkeiten und Abgrenzungen des SGB IX. Anders verhält es sich bei weiteren Vorschriften des SGB V, in denen die chronische Krankheit erwähnt wird: Durch die Änderung der Belastungsgrenze für gesetzliche Zuzahlungen in § 62 SGB V können Versicherte ab dem 01.01.2004 eine verminderte Belastungsgrenze nur dann geltend machen, wenn sie chronisch krank sind und wegen derselben *schwerwiegenden* Krankheit in Dauerbehandlung sind. Mit der Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten gem. § 62 SGB V, welche durch den Gemeinsamen Bundesaus-

¹⁹¹ Vgl. hierzu auch das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 2000/2001, Bd. III, S. 150 ff., in welchem auf Defizite bei der Versorgung von Patientinnen mit Mammakarzinom hingewiesen wird, welche nach Ansicht des Sachverständigenrates die gesamte Versorgungskette betreffen, wie z.B. Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Nachsorge. Eine Verbesserung der Versorgungsqualität erscheint daher mehr als notwendig.

schluss erstellt wurde, ist erstmalig eine Definition in Bezug auf chronische Krankheiten – wenn auch nur für solche Erkrankungen, die schwerwiegend sind - unternommen worden. Mit der Einführung der Begrifflichkeit der schwerwiegenden chronischen Krankheit ist allerdings weitere Rechtsunsicherheit in Bezug auf das Verständnis von chronischer Krankheit entstanden: Weder verhilft dieser neu geschaffene Begriff durch seine Verkoppelung mit dem Vorliegen von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem SGB XI, einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 % nach § 30 BVG oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII dem Verständnis von chronischer Krankheit und der Frage, ob und inwieweit sich eine Abgrenzung zu den genannten Begriffen vornehmen lässt, noch hilft die aktuelle Regelung über die verminderte Zuzahlungsgrenze chronisch kranken Personen, welche insgesamt zu wesentlich höheren Zuzahlungen für notwendige Leistungen verpflichtet sind, als nicht-chronisch kranke Personen.

Eine weitere Verunsicherung hat die neuartige Regelung zur Übernahme von Fahrkosten zur ambulanten ärztlichen Behandlung gem. § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V geschaffen: Die mit der Belastungsgrenze des § 62 SGB V aufgestellte Definition der schwerwiegenden chronischen Krankheit wird mit der Krankentransport-RL wieder „auseinander gerissen“, in dem nicht alle Krankheiten, welche als schwerwiegend chronisch gelten, die Übernahme von Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung begründen können; andererseits aber andere „einfache“ chronische Krankheiten diese Kostenübernahme auslösen können.

Des Weiteren wird der Begriff der chronischen Krankheit noch in § 137f und g SGB V erwähnt: Das Vorliegen einer chronischen Krankheit alleine reicht nicht aus, um hierfür ein strukturiertes Behandlungsprogramm zu schaffen; es muss sich insoweit auch um eine *geeignete* chronische Krankheit handeln. Maßgebliche Kriterien hierfür sind gem. § 137f Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 bis 6 SGB V z.B. die Anzahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten sowie z.B. bestehende Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung. Beim Begriff der chronischen Krankheit im Sinne des § 137f und g SGB V handelt es sich somit zwar nicht um einen eigenständigen chronischen Krankheitsbegriff; es müssen aber zusätzliche Kriterien erfüllt sein, damit die jeweilige chronische Krankheit Grundlage für ein strukturiertes Behandlungsprogramm sein kann.

Chronisch krank im Sinne des SGB V kann damit Vieles bedeuten und ebenso viele verschiedene Ansprüche auslösen. Nicht zu vergessen sind hier auch Ansprüche auf Krankenbehandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen¹⁹², selbst wenn der Begriff der chronischen Krankheit hier keine gesonderte Erwähnung gefunden hat. Den chronisch kranken Personen selbst

¹⁹² §§ 27 ff. und 40 SGB V.

kommt diese Uneinheitlichkeit allerdings nicht zugute: Das Wissen, eine chronische Krankheit zu haben, reicht oftmals nicht aus, um notwendige Leistungsansprüche geltend zu machen. Man muss mittlerweile vielmehr schon Fachmann für spezielle (sozial-)rechtliche Fragestellungen sein, um erkennen zu können, ob eine chronische Krankheit bestimmte Leistungsansprüche auslösen kann. Dies ist aber für chronisch Kranke nicht zumutbar. Empfehlenswert wäre es daher, die chronische Krankheit innerhalb des SGB V mit einheitlichen Kriterien zu bewerten, welche z.B. mit denen des SGB IX vergleichbar sind. Das Verständnis von chronischer Krankheit im Sinne des § 2a SGB V bietet daher bereits einen Ansatzpunkt für eine rechtliche Gleichstellung des Begriffes der chronischen Krankheit innerhalb des gesamten Sozialgesetzbuches. Es ist daher zu empfehlen, insbesondere die Anforderungen an die verminderte Zuzahlungsgrenze gem. § 62 SGB V sowie die Übernahme von Fahrkosten zur ambulanten ärztlichen Behandlung gem. § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V an die innerhalb des SGB IX geltenden Begrifflichkeiten anzupassen, um auf diese Weise eine Einheitlichkeit zu erreichen. Denn insbesondere die Einführung des Begriffes der „schwerwiegenden chronischen Krankheit“ kann zu Unklarheiten führen.

4. Die chronische Krankheit im sonstigen Sozialrecht

Ähnlich wie in den Krankenbehandlungs- und Rehabilitationsvorschriften des SGB V wird die chronische Krankheit in den sonstigen Vorschriften des Sozialgesetzbuches nicht weiter erwähnt. Obwohl insbesondere die medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung eine ganz besonders hohe Bedeutung für die Behandlung chronischer Krankheiten hat¹⁹³, gibt es keinen gesetzlichen Vorrang für chronisch Kranke, medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen. Ähnlich verhält es sich innerhalb der Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung, wo es sich z.B. bei Berufskrankheiten, welche gem. §§ 7 und 9 SGB VII einen Anspruch auf Leistungen auslösen können, häufig um chronische Krankheiten handelt¹⁹⁴. Ob man hier insofern von einem rechtlichen Defizit bzgl. der Ansprüche chronisch Kranker sprechen kann, oder ob die nicht-erfolgte Erwähnung der chronischen Krankheit zu keinem weiteren rechtlichen Nachteil geführt hat, wird in den folgenden Kapiteln erörtert.

¹⁹³ Vgl. dazu auch unten, Glied.-Pkt. C.I.1.d)bb).

¹⁹⁴ Glied.-Pkt. C.II.1.b)ee)(1)(b).

5. Rechtssicherheit durch eine Auflistung von chronischen Krankheiten?

Fraglich ist, ob sich ein einheitliches Verständnis von chronischer Krankheit durch eine Auflistung sämtlicher Krankheiten erreichen lässt, welche einen chronischen Verlauf nehmen können. Ähnlich wie in der Berufskrankheiten-Rechtsverordnung (BKV¹⁹⁵) für die so genannten Listenberufskrankheiten¹⁹⁶ würde demnach eine Liste von Krankheiten erstellt werden, welche einen chronischen Verlauf nehmen können und dadurch ggf. besondere Rechte nach dem Sozialgesetzbuch auslösen.

Zu Problemen könnte allerdings eine *rechtsverbindliche* Auflistung von chronischen Krankheiten führen, denn damit besteht auch die Gefahr von Unflexibilität: Sofern nicht eine ständige Aktualisierung der Krankheiten in der entsprechenden Liste erfolgen würde, gäbe es immer einen Kreis von chronisch Kranken, welcher keine Möglichkeit hätte, hierauf beruhende Rechte in Anspruch zu nehmen. Erst eine nachträgliche Aufnahme in die entsprechende Liste könnte für die erkrankte Person Abhilfe schaffen. Doch ist zweifelhaft, ob dies in einem kurzfristigen Prozess überhaupt möglich ist. Mit dem in § 3 SGB IX genannten Präventionsvorrang wäre dies daher nicht vereinbar. Eine Aktualisierung der Liste in einem Abstand von 5 bis 10 Jahren – wie in der Vergangenheit für die BKV üblich¹⁹⁷ – wäre jedenfalls ein viel zu großer Abstand. Im Gegensatz zu einem „normalen“ Leistungsanspruch nach dem SGB, welcher einen möglichst breit gefächerten Kreis von betroffenen Personen erfassen soll, wie z.B. ein Anspruch auf Krankenbehandlung nach den §§ 27 ff. SGB V, wurde die Auflistung in der Anlage zur BKV gerade aus dem Grund erlassen, eine Abgrenzung von den allgemeinen Alters- und Krankheitserscheinungen in der übrigen Bevölkerung zu schaffen. Mit der Auflistung soll also sichergestellt werden, dass wirklich nur Personen einbezogen werden, die tatsächlich eine Berufskrankheit im Sinne des § 9 SGB VII erlitten haben. Eine gewisse Flexibilität ist lediglich durch die Anerkennung einer „Quasi-Berufskrankheit“ gem. § 9 Abs. 2 SGB VII möglich¹⁹⁸. Da diese Anerkennung jedoch nur für den Einzelfall gilt, stellt sie für die Anerkennung von kompletten Krankheitsbildern, wie beispielsweise einer neuartigen chronischen Krankheit, keine echte Alternative dar. Eine rechtsverbindliche Auflistung von Krankheiten, welche einen chronischen Verlauf nehmen können und dadurch besondere Rechte auslösen, wäre somit nur möglich, wenn eine stetige Aktualisierung der Liste erfolgen würde.

¹⁹⁵ BGBl I 1997, S. 2623.

¹⁹⁶ Vgl. Glied.-Pkt. C.II.1.b)ee)(1)(b).

¹⁹⁷ Blome, Die BG 1998, 360 (360).

¹⁹⁸ Vgl. Glied.-Pkt. C.II.1.b)ee)(1)(b)(bb).

Ansonsten grenzt eine derartige Liste Betroffene eher aus, als dass sie Rechtssicherheit schafft.

C. Die chronische Krankheit im Recht der medizinischen Rehabilitation

I. Der Begriff der medizinischen Rehabilitation und ihre Bedeutung für chronisch Kranke in der Praxis

1. Der Begriff der medizinischen Rehabilitation

a) Allgemeines Verständnis

Historisch betrachtet stammt der Begriff der medizinischen Rehabilitation von dem mittellateinischen Begriff *rehabilitatio* ab, was Wiederherstellung bedeutet. Diese Bedeutung spiegelt sich auch im gegenwärtigen Verständnis von Rehabilitation wider: Nach dem heute geltenden Rehabilitationsbegriff im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind hierunter sämtliche Bemühungen zu verstehen, eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen oder zumindest die Auswirkungen auf die gesamten Lebensbereiche auf ein Minimum zu reduzieren¹⁹⁹. Der wichtigste Grundbegriff der auf dieser Grundlage von der WHO entwickelten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)²⁰⁰ ist danach die so genannte funktionale Gesundheit oder auch Funktionsfähigkeit, welche nicht nur die Frage nach der körperlichen Funktionsfähigkeit stellt, sondern sämtliche Kontextfaktoren des Erkrankten einbezieht, wie z.B. materielle, soziale und verhaltensbezogene Umweltfaktoren sowie personenbezogene oder persönliche Faktoren²⁰¹. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist damit auch die Verbesserung der Partizipation, d.h. die Teilnahme am Leben in der Familie, Beruf und Gesellschaft. Ihr wird somit nicht nur eine medizinische, sondern eine soziale Zielsetzung zugeordnet²⁰². Ein ähnlich umfassendes Verständnis von Rehabilitation lässt sich auch aus der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“, welche im Oktober 2005 vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen herausgegeben worden ist²⁰³, erkennen: Danach schließt Rehabilitation alle

¹⁹⁹ Zum Rehabilitationsbegriff der WHO vgl. Koch/Bengel in Bengel/Koch, Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 3 ff. (9).

²⁰⁰ Fassung der ICF zu finden unter www.dimdi.de, Stand der ICF: Oktober 2004.

²⁰¹ Zur ICF vgl. auch Schuntermann, DRV 2003, 52 (53).

²⁰² Gerdes/Weis in Bengel/ Koch, Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 42 (47 f).

²⁰³ Zu finden unter: <http://www.mds-ev.org>, Stand: April 2006.

Leistungen ein, die darauf gerichtet sind, eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten²⁰⁴.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation definierte Rehabilitation im Jahre 1970 noch folgendermaßen: Die Rehabilitation bezweckt, den Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind und die ihre Behinderung oder deren Folgen nicht selbst überwinden können, und den Menschen, denen eine solche Behinderung droht, zu helfen, ihre Fähigkeiten und Kräfte zu entfalten und einen entsprechenden Platz in der Gemeinschaft zu finden. Dazu gehört vor allem auch die Teilnahme am Arbeitsleben²⁰⁵. Die Schwerpunktlegung auf eine Behinderung und nicht auf Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen lässt hier erkennen, dass die Bedeutung von medizinischer Rehabilitation für chronische Krankheiten zu diesem Zeitpunkt noch nicht erkannt worden ist. Das heute existierende Verständnis von medizinischer Rehabilitation im Sinne der WHO verfolgt hingegen einen präventiveren Ansatz, indem die Frage nach der funktionalen Gesundheit zum Ausgangspunkt gemacht worden ist. Dadurch wird der Tatsache Rechnung getragen, dass chronische Krankheiten den Behinderungen oftmals vorgelagert sind.

Nach der (sozial-)medizinischen Auffassung handelt es sich bei medizinischer Rehabilitation in der Form ambulanter bzw. stationärer Erbringung um eine komplexe, zeitlich abgrenzbare und ärztlich koordinierte, multidisziplinäre und multimodale sowie verhaltensmedizinisch orientierte Sachleistung mit dem Ziel der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit bzw. Teilhabe am Arbeitsleben und der Vermeidung von Sozialleistungen und Beitragsausfällen²⁰⁶.

Medizinische Rehabilitation lässt sich auch anhand ihrer Aufgaben definieren: Medizinische Rehabilitation kann der Wiedereingliederung in Beruf und Alltag nach einem akuten Krankheitsereignis oder Unfällen dienen. Im Regelfall bezieht sie sich aber auf die Behandlung und psychosoziale Unterstützung chronisch Kranker²⁰⁷. Insbesondere für die Behandlung chronischer Krankheiten genießt die medizinische Rehabilitation somit einen hohen Stellenwert. Sie wird aus diesem Grund sogar als die Medizin chronischer Krankheiten bezeichnet²⁰⁸. Der Grund hierfür liegt in den unterschiedlichen Schwerpunktlegungen von akuter Krankenbe-

²⁰⁴ S. 17 der Begutachtungs-Richtlinie.

²⁰⁵ Quelle: Robert-Koch-Institut, zu finden unter www.rki.de. Stand: April 2006.

²⁰⁶ Raspe, ZSR 2004, 446 (448); ebenso Raspe, Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 259 (260); Raspe/Sulek/Héon-Klin/Matthis/Igl, Das Gesundheitswesen 2001, 49 (49).

²⁰⁷ Petermann, Rehabilitation, S. 12.

²⁰⁸ Igl/Welti/Raspe, ZSR 2004, 553 (554).

handlung und medizinischer Rehabilitation: Nach der Rechtsprechung des BSG²⁰⁹ ist für eine Abgrenzung zwischen beiden entscheidend, ob bei der Maßnahme die ärztliche Behandlung im Vordergrund steht oder ob die pflegerische Betreuung gleiches Gewicht wie die ärztliche Behandlung hat. Auch hinsichtlich ihrer Zielsetzungen unterscheiden sich medizinische Rehabilitation und akute Krankenbehandlung: Medizinische Rehabilitation zielt darauf ab, den Zustand des Patienten durch die Anwendung von Heilmitteln sowie durch seelische und geistige Einwirkung zu verbessern, während der akutmedizinische Ansatz primär auf die Behandlung der Erkrankung selbst und die Behebung der gesundheitlichen Schädigung gerichtet ist²¹⁰. Genau hier liegt ein Grund für die elementare Bedeutung medizinischer Rehabilitation für chronische Krankheiten: Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation liegt nicht auf der Behebung bzw. Heilung einer Krankheit, sondern eher auf der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes des Patienten. Chronische Krankheiten haben das gemeinsame Merkmal, dass sie „ex definitione“ nicht heilbar seien²¹¹. Wichtige Aufgaben bei ihrer Behandlung sind deshalb die Verbesserung des Allgemeinzustands des Patienten sowie zu verhindern, dass chronische Folgekrankheiten hinzutreten²¹². Die Heilung einer chronischen Krankheit spielt – soweit dieses überhaupt möglich ist – eine eher untergeordnete Rolle. Medizinische Rehabilitation verfolgt genau dieses Ziel und ist daher von enormer Bedeutung für chronische Krankheiten.

Trotzdem kann auch das Vorliegen von chronischer Krankheit zu einer akuten Behandlungsbedürftigkeit führen. Eine klare Abgrenzung zwischen Rehabilitationsbedürftigkeit und Behandlungsbedürftigkeit ist z.B. bei chronischen psychischen Erkrankungen von besonderer Problematik. Die Gründe hierfür liegen zum einen in der Art der Erkrankungen selbst, welche oft in Schüben verlaufen, d.h. sich Intervalle von Wohlbefinden und krisenhaften Zuständen abwechseln können²¹³, sowie in den teilweise langwierigen stationären Aufenthalten, bei welchen die Grenzen zwischen ärztlicher und pflegerischer Behandlung verschwimmen können.

²⁰⁹ BSG SozR 1300 § 105 Nr. 1.

²¹⁰ VDR, DRV 1996, 633 (641).

²¹¹ Heine, ZSR 2004, 462 (466).

²¹² Nach der Ansicht von Leistner/Beyer, Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 31, zielt hingegen in erster Linie die Krankenbehandlung darauf ab, bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenz die Vermeidung einer Verschlimmerung sowie die Linderung der Leiden und Vermeidung weiterer Krankheitsfolgen vorzunehmen.

²¹³ Tölle/Windgassen, Psychiatrie, S. 104 in Bezug auf den Verlauf von Neurotischen Depressionen/Dysthymia und S. 107 in Bezug auf Anorexia nervosa und Bulimie. Hiernach verläuft gerade die Anorexie oft chronisch-rezidivierend.

Nach einem Urteil des BSG vom 20. Januar 2005²¹⁴ kann in diesen Fällen eine Unterscheidung zwischen medizinischer Rehabilitationsleistung und Krankenhausbehandlung nur anhand der Art der Einrichtung, den Behandlungsmethoden und dem Hauptziel der Behandlung getroffen werden, welche sich auch in der Organisation der Einrichtung widerspiegeln. So könne es beispielsweise notwendig sein, bei schweren chronisch verlaufenden psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen einen komplexen Behandlungsansatz des Zusammenwirkens eines multiprofessionellen Teams von Ärzten, Diplom-Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten und Bewegungstherapeuten mit fachlich geschultem und erfahrenem psychiatrischen Krankenpflegepersonal im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans in einem Krankenhaus zu wählen. Hierbei handele es sich dann aufgrund der Zielsetzung der Behandlung, bei der die Bekämpfung der Krankheit und nicht die Milderung ihrer Folgen im Vordergrund steht, und nicht zuletzt aufgrund der Art der Einrichtung um eine Krankenhausbehandlung. Wie hoch die Bedeutung der medizinischen Rehabilitationsleistungen tatsächlich für die Behandlung und Vermeidung chronischer (Folge-)Krankheiten ist, sowie die Frage, in welcher Form medizinische Rehabilitation überhaupt erbracht werden kann, soll im Folgenden untersucht werden. Zu klären ist außerdem, ob sich diese zentrale Bedeutung auch im rechtlichen Verständnis von medizinischer Rehabilitation widerspiegelt und ob es möglicherweise sogar einen rechtlichen Vorrang für chronisch Kranke gibt, medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen²¹⁵.

b) Arten der medizinischen Rehabilitation

aa) Ambulante, teil- und vollstationäre Leistungen

Im Sozialgesetzbuch und auch in der Rehabilitationspraxis wird zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Erbringung von Rehabilitation unterschieden. In § 19 Abs. 2 SGB IX heißt es beispielsweise: Soweit die Ziele nach Prüfung des Einzelfalls mit vergleichbarer Wirksamkeit erreicht sind, werden Leistungen unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände

²¹⁴ BSG SozR 4-2500 § 112 Nr. 4.

²¹⁵ So wirft Koch, Die BKK 2003, 241 (241) beispielsweise die Frage auf, ob Behinderte und chronisch Kranke mit einem besonderen Bedarf an rehabilitativen Hilfen diese auch vorrangig erhalten sollen; Schliehe/Haaf, DRV 1996, 666 (668) sehen den Anspruch chronisch Kranker auf Rehabilitationsmaßnahmen sogar dahingehend erleichtert, chronischen Krankheiten und ihren Folgen bereits dann (im Sinne eines präventiven Ansatzes) mit rehabilitativen Methoden zu begegnen, wenn ihr weiterer Verlauf noch mit vergleichsweise wenig Aufwand günstig zu beeinflussen ist.

in ambulanter, teilstationärer oder betrieblicher Form und ggf. unter Berücksichtigung familienentlastender und –unterstützender Dienste erbracht²¹⁶.

Fraglich ist, was sich hinter den verschiedenen Leistungsarten verbirgt und welche Rolle sie im Einzelnen für chronisch Kranke spielen. Versucht man, eine begriffliche Abgrenzung zwischen ambulanter und teilstationärer Rehabilitation vorzunehmen, so ist es nicht möglich, dies von der Organisationsform her zu bestimmen, welche die Leistung anbietet, da sich der Zugang zu teilstationären und ambulanten Angeboten weitgehend gleich²¹⁷. In der Praxis besteht daher eine Abgrenzung dahingehend, dass man von teilstationär im Gegensatz zu ambulant dann spricht, wenn sich die Betreuung nicht nur auf einen unbedeutenden Teil des Tages erstreckt²¹⁸. Hierbei handelt es sich jedoch um eine unklare Abgrenzung, da nicht eindeutig ist, was man unter einem unbedeutenden Teil des Tages verstehen kann. Richtigerweise ist eine genaue Unterscheidung zwischen teilstationär und ambulant daher anhand des Kriteriums „Aufnahme in eine Einrichtung“ vorzunehmen. Sowohl bei der vollstationären, wie auch bei der teilstationären Rehabilitation erfolgt die Aufnahme in eine Einrichtung unter Verantwortung eines bestimmten Trägers; dieses fehlt jedoch bei der ambulanten Versorgung. Dort ist der Betroffene nicht wohnmäßig untergebracht, sondern wird lediglich stundenweise am Tag oder an bestimmten Tagen behandelt und betreut²¹⁹.

Nimmt man auf die generelle Bedeutung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch Kranke Bezug, so wird dies im Einzelnen sowohl für die ambulante, wie auch für die teil- und vollstationäre Leistungserbringung gelten. Nach der Rahmenempfehlung zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen, erstellt von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)²²⁰, hat besonders die ambulante Erbringung von Rehabilitationsmaßnahmen den Vorteil, dass sie z.B. anstelle einer stationären Rehabilitationsmaßnahme als eigenständiges interdisziplinäres Konzept oder zur Verkürzung einer stationären

²¹⁶ Eine Unterscheidung zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Leistungserbringung findet sich auch in anderen Vorschriften des SGB, wie z.B. in § 40 Abs. 1 und 2 SGB V (hier wird nur zwischen ambulant und stationär unterschieden) und in § 33 Abs. 1 SGB VII (hier wird nur zwischen teil- und vollstationär unterschieden).

²¹⁷ Aufgrund dieser Gleichartigkeit wird in der gesetzlichen Krankenversicherung die teilstationäre Rehabilitation sogar der ambulanten gleichgesetzt, vgl. BSGE 87, 14 (18 ff.).

²¹⁸ Mrozynski, SGB IX Teil 1 zu § 19, Rn. 4.

²¹⁹ Löschau, GK-SGB IX zu § 19, Rn. 29; Zur Unterscheidung von voll-, teilstationärer und ambulanter Leistungserbringung vgl. auch BVerwGE 48, 228 (231); 95, 149 (152 ff.).

²²⁰ Rahmenempfehlung vom 08. September 2005, S. 9 und 20, zu finden unter: www.bar-frankfurt.de. Stand: August 2006.

Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden kann, wodurch sie insbesondere Personen-
gruppen in die Rehabilitation einbeziehen kann, welche aus verschiedenen persönlichen
Gründen (wie z.B. Kinderbetreuung, etc.) bei entsprechender medizinischer Indikation eine
stationäre Rehabilitation nicht in Anspruch nehmen können. Stationäre Rehabilitation kommt
hingegen wegen der Art oder des Ausmaßes der Schädigungen oder Beeinträchtigungen der
Aktivitäten in Frage, soweit sie durch ambulante Rehabilitation nicht ausreichend behandelt
werden können. Stationäre Rehabilitation kommt außerdem in Betracht bei stark ausgeprägter
Multimorbidität, die unterschiedliche Indikationen betrifft, mangelnder psychischer Belast-
barkeit, der Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger ärztlicher Überwachung,
sowie der Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Um-
feld²²¹.

bb) Anschlussheilbehandlung

Eine besondere Art der medizinischen Rehabilitation ist die so genannte Anschlussheilbe-
handlung (AHB). Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, welche in einem zeitnahen Über-
gang nach der Behandlung im Akutkrankenhaus durchgeführt werden; d.h. innerhalb von 14
Tagen nach der Krankenhausesentlassung soll die Rehabilitationsbehandlung möglichst begin-
nen²²². Wurden AHB-Maßnahmen zunächst für die zeitnahe rehabilitative Behandlung von
Patienten mit einem akuten Herzinfarkt vorgesehen, erweiterte sich schon im Jahr 1977 das
Indikationsspektrum auf 11 Indikationsgruppen mit insgesamt ca. 75 Einzeldiagnosen²²³. Der
Grund für die Einführung von speziellen AHB-Verfahren war die medizinische Erkenntnis,
dass insbesondere bei bestimmten Indikationen das frühzeitige Einsetzen bestimmter Maß-
nahmen die Chancen für eine erfolgreiche Rehabilitation wesentlich verbessern oder diese
sogar erst möglich machen²²⁴. Heute werden AHB-Maßnahmen für die unterschiedlichsten
Bereiche in der medizinischen Rehabilitation vorgesehen: Beispielsweise werden sie nicht nur
für die rehabilitative Behandlung eines Zustands nach einem akuten Herzinfarkt eingesetzt,
sondern auch für die Koronare Herzkrankheit ohne akuten Infarkt (bei einem komplikations-
reichen Verlauf). Des Weiteren sind AHB-Maßnahmen möglich z.B. bei Krankheiten der Ge-
fäße (arteriell und venös) und entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (wie z.B. chronische

²²¹ S. 21 f der Rahmenempfehlung.

²²² *Ordon/Verbarg/Winnefeld*, DAngVers 2005, 30 (32); *Winnefeld/ Klosterhuis*, DAngVers 2002, 385 (385).

²²³ *Winnefeld/ Klosterhuis*, DAngVers 2002, 385 (386).

²²⁴ VDR, DRV 1997, 355 (355).

Polyarthritiden und Verlaufsvarianten)²²⁵. Auffallend ist zum einen, dass es in erster Linie der Zustand nach einer erfolgten Operation ist, welcher mit einer AHB-Maßnahme rehabilitiert werden soll. Aber auch chronische Krankheiten, bzw. Krankheiten, welche einen chronischen Verlauf nehmen können (ohne dass vorher eine spezielle Operation aufgrund dieser Krankheit erfolgen musste), finden sich in dem Indikationskatalog des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). Beispielsweise kann auch Diabetes mellitus eine AHB-Maßnahme auslösen; dies allerdings nur, wenn Einstellungsschwierigkeiten bei insulinbedürftigem Diabetes mellitus bestehen. Aufgrund des Zusammenwirkens von Akutkrankenhaus, Leistungsträgern und Rehabilitationseinrichtung, in welcher die AHB-Maßnahme durchgeführt werden soll, gilt die AHB-Maßnahme als positives Beispiel für die Kooperation innerhalb der Leistungsträger und -erbringer und zeigt damit, inwieweit eine Verzahnung zwischen akuter und rehabilitativer Versorgung möglich ist²²⁶. Die Zusammenarbeit bei der Anschlussheilbehandlung sollte damit als wegweisendes Beispiel für die Überwindung von Schnittstellen – nicht nur für die Versorgung chronisch Kranker – zwischen akuter und rehabilitativer Versorgung verwendet werden. Momentan bestehen allerdings Bedenken dahingehend, dass insbesondere die Qualität von AHB-Maßnahmen unter der Einführung eines neuen Vergütungssystems in den Akutkrankenhäusern zum 01.01.2004 leiden könnte: Es wurden Fallpauschalen als maßgebliche Vergütung eingeführt, so genannte Diagnosis-Related Groups (DRG), welche zu einer Verkürzung der Verweildauern in Akutkrankenhäusern führen können²²⁷. Befürchtungen bestehen nun dahingehend, dass die Patienten zu früh aus den Akutkrankenhäusern in die Rehabilitationseinrichtungen, hierbei vornehmlich AHB-Einrichtungen, verlegt werden könnten, wodurch Rehabilitationseinrichtungen mehr und mehr zu „Intensiveinrichtungen“ verkommen könnten. Dies könnte insbesondere zu Lasten einer angemessenen Chronikerversorgung gehen²²⁸. Erste Untersuchungsergebnisse hierzu, z.B. im Rahmen einer Studienförderung durch die LVA Westfalen und den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)²²⁹, konnten diese Befürchtungen allerdings (noch) nicht bestätigen; d.h. eine klare Tendenz dahingehend, dass nicht-rehabilitationsfähige Patienten verlegt wurden, war nicht

²²⁵ Aktualisierter Indikationskatalog für Anschlussheilbehandlungen des VDR, DRV 1997, 355 ff.; lt. *Ordon/Verberg/Winnefeld*, DAngVers 2005, 30 (32) wurde der Katalog im Jahr 2003 an die Bedingungen der Diagnosis-Related Groups (DRG) angepasst.

²²⁶ Zur Verknüpfung von AHB und Akutversorgung vgl. auch *Ordon/Verberg/Winnefeld*, DAngVers 2005, 30 (33).

²²⁷ Vgl. *Keck/Egner*, DAngVers 2004, 312 (318); *Gerwinn/Wegener*, Die Rehabilitation 2004, 297 (299).

²²⁸ *Schwartz/Sperling*, Die Ersatzkasse 2002, 258 (260).

²²⁹ *Eiff/Klemann/Middendorf/Ordon*, DAngVers 2005, S. 291 ff.

erkennbar. Es bleibt allerdings über einen längeren Zeitraum abzuwarten, ob sich ein solches Ergebnis doch noch abzeichnet. Wichtig ist, dass die Zuständigkeiten für akute Behandlung und rehabilitative Versorgung durch die Einführung der DRG nicht verwischt werden und dass die Kooperation innerhalb der Leistungsträger und –erbringer hierunter nicht zu leiden hat. Das beim AHB-Verfahren lobenswerte Zusammenwirken wäre insofern bedeutungslos, wenn es lediglich zur Folge hätte, dass Patienten zu früh in Rehabilitationseinrichtungen entlassen werden.

cc) Nachsorgeleistungen

Im Anschluss an die Gewährung von Rehabilitationsleistungen besteht häufig die Notwendigkeit, Nachsorgeleistungen zu erbringen. Die Verantwortung hierfür hat der Rehabilitationsträger bzw. die Rehabilitationseinrichtung, welche auch die medizinische Rehabilitationsleistung erbracht hat. Bei Nachsorgeleistungen besteht die Chance, den Patienten ein Stück über die Rehabilitationsmaßnahme hinaus zu begleiten: Oft bestehen am Ende einer Rehabilitation durch die erlangten Schulungsmaßnahmen beim Patienten gute Vorsätze hinsichtlich einer gesundheitsbewussteren Lebensweise, welche zuhause aber nicht immer umgesetzt werden²³⁰. Nachsorgeleistungen sollen dem entgegenwirken. Bei einer nicht erfolgten Gewährung von Nachsorgeleistungen kann hingegen die Gefahr eines therapeutischen Lochs mit der möglichen Konsequenz eines sich beschleunigenden Chronifizierungsprozesses bestehen²³¹. Dies ist gerade im Hinblick auf bereits bestehende oder auch drohende chronische Erkrankungen bedenklich, denn gerade durch die medizinische Rehabilitationsmaßnahme soll ein Vorschreiten der jeweiligen chronischen Krankheit möglichst verhindert werden. Ähnlich wie die Rehabilitationsmaßnahmen selbst können Nachsorgeleistungen in stationärer, teilstationärer und ambulanter Form erbracht werden. Nach dem Rahmenkonzept des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zur Nachsorge vom 11. Oktober 2001²³² bestehen die Aufgaben darin, mit unterschiedlichen indikationsbezogenen Schwerpunkten den durch die Rehabilitation eingetretenen Erfolg weiter zu verbessern oder nachhaltig zu sichern. Die Nachsorge gliedert sich damit in drei verschiedene Bereiche: Zum einen kann sie geleistet werden, wenn das Rehabilitationsziel innerhalb der Rehabilitationsmaßnahme noch nicht vollständig erreicht worden ist. Die Aufgabe der Nachsorge besteht dann darin, das gesetzte Rehabilitationsziel vollständig zu erreichen. Nachsorge kann außerdem geleistet werden, wenn das Rehabilitati-

²³⁰ Vgl. Köpke, SozSich 2004, 233 (233 ff.).

²³¹ von Törne, Die BKK 2000, 102 (107).

²³² Rahmenkonzept S. 1 f, zu finden unter: www.deutsche-rentenversicherung.de. Stand: 28.03.2006.

onsziel zwar erreicht worden ist, aber noch stabilisierende Maßnahmen benötigt werden, damit der jeweilige Erfolg längerfristig erhalten bleiben kann. Auf diese Weise soll dann verhindert werden, dass der Effekt der Rehabilitationsmaßnahme nach einigen Monaten wieder zurückgeht²³³. Zuletzt kann Nachsorge auch dann geleistet werden, wenn das gewünschte Ziel im stationären Rahmen nur begrenzt erreicht werden kann, bzw. für bestimmte Bereiche überhaupt nicht erreichbar ist, weil beispielsweise speziellere Maßnahmen benötigt werden. Nach dem Rahmenkonzept des VDR umfasst die Nachsorge in erster Linie Leistungen nach § 15 SGB VI (Medizinische Rehabilitation), § 31 SGB VI (sonstige Leistungen, wie z.B. Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben) und § 44 SGB IX (Ergänzende Leistungen, wie ärztlich verordneter Rehabilitationssport oder Funktionstraining). Ein Bedarf an Nachsorge wird durch folgende Kriterien definiert²³⁴: Fortbestehende Arbeitsunfähigkeit, Trainingsbedarf bei fortbestehenden Einschränkungen, Rehabilitationsteilziel auf der kognitiven Ebene erreicht, aber z.B. nicht auf der emotionalen Ebene, d.h. bei Entlassung instabil und nur mit professioneller Unterstützung zu sichern, längerfristig motivationsbedürftiger Stil der Krankheitsverarbeitung (Coping) erforderlich, bzw. längerfristiger Bedarf an Beratung bei berufsbezogenen Problemen (Coaching).

Schwerpunkt der Nachsorge stellen ganz besonders die medizinischen Rehabilitationsleistungen dar. Besonders für chronische Krankheiten, bzw. Krankheiten, welche einen chronischen Verlauf nehmen können, ist die Nachsorge dabei von hoher Bedeutung: So wurde im Auftrag der LVA Schleswig-Holstein unter Leitung von *Karl-Heinz Köpke* eine Studie zur Nachsorge in der Rehabilitation durchgeführt, welche im Februar 2004 abgeschlossen wurde²³⁵ und die sich in erster Linie mit dem Nachsorgeangebot für spezielle (chronische) Diagnosegruppen, wie den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes, psychische und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Kreislaufsystems beschäftigte. Weitere chronische Krankheiten, wie z.B. Ca- und Suchtkrankheiten wurden ausgelassen, aber mit den erwähnten Diagnosegruppen konnten so immerhin bereits rund 2/3 aller medizinischen Rehabilitationsleistungen auf Nachsorgeaktivitäten hin überprüft werden. Der Autor kam in dieser Studie

²³³ Zur stationären Nachsorge bei rheumatischen Erkrankungen vgl. auch *Ehlebracht-König/Bönisch*, Die Rehabilitation 2004, 358 (359); vgl. z.B. auch das Programm zur intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund, welche den Rehabilitationsprozess fortsetzen und die bereits während der Rehabilitation erreichten Ziele festigen soll; zu finden unter www.deutsche-rentenversicherung-bund.de. Stand: März 2006.

²³⁴ Rahmenkonzept des VDR, S. 3.

²³⁵ *Köpke*, Nachsorge in der Rehabilitation, S. 9 ff.

zwar zum Ergebnis²³⁶, dass es bereits eine Vielzahl an Nachsorgeangeboten gibt, dass aber immer noch Handlungsbedarf für den Bereich der Nachsorge besteht: Zu Recht fordert er, dass die Sinnhaftigkeit nachgehender Maßnahmen den am Rehabilitationsgeschehen beteiligten Personen „in Fleisch und Blut“ übergehe, d.h. die Nachsorge müsse ein fester Bestandteil im rehabilitativen Geschehen sein. Des Weiteren solle die Rehabilitation einschließlich der Nachsorge nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch berufs- und arbeitsweltbezogene sowie soziale Aspekte einbeziehen. Die zentrale Bedeutung von Nachsorge im Anschluss an medizinische Rehabilitationsleistungen, welche aufgrund von chronischer Krankheit erbracht worden sind, muss somit unbedingt beachtet werden. Nur so kann eine ausreichende rehabilitative Versorgung chronisch Kranker gewährleistet werden.

c) Die Bedeutung von medizinischer Rehabilitation für chronisch Kranke in der täglichen Praxis

Wie bereits erwähnt, werden Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in ambulanter, teil- und vollstationärer Form erbracht. Auch werden so genannte Nachsorgeleistungen im Anschluss an die eigentlichen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen erbracht, welche formal auch zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehören. Außerdem gibt es verschiedene Bewilligungs- und Dringlichkeitsverfahren für medizinische Rehabilitationsleistungen (dies insbesondere bei den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung). Für spezielle Erkrankungen gibt es außerdem so genannte Anschlussheilbehandlungsmaßnahmen (AHB) im Anschluss an stationäre Krankenhausaufenthalte.

Trotz der Bedeutung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen für die Behandlung chronischer Krankheiten wird in den letzten Jahren ein stetiger Rückgang der Antragszahlen für Rehabilitationsleistungen beobachtet²³⁷. Nach einer statistischen Erhebung der Rehabilitationsleistungen der BfA für das Jahr 2004²³⁸ ergab sich bei einer indikationsbezogenen Betrachtung ein Anstieg der medizinischen Rehabilitationsleistungen bei psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen sowie auch bei onkologischen Erkrankungen und in der Suchtrehabilitation. Häufigste Indikationen sind aber nach wie vor Krankheiten der Bewe-

²³⁶ Resümee und Ansätze zur Optimierung von Nachsorge, S. 83 ff.

²³⁷ So zuletzt *Keck/Egner*, DAngVers 2005, 313 (313); zu den möglichen Gründen vgl. auch *Glaser-Möller* in *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2003, 265 (265 f).

²³⁸ Hierzu *Keck/Egner*, DAngVers 2005, 313 (313 ff); ein Anstieg von Bewilligungen bei bösartigen Neubildungen und in der Suchtrehabilitation konnte bereits für das Jahr 2003 verzeichnet werden, vgl. *Keck/Egner*, DAngVers 2004, 312 (312 f).

gungsorgane, gefolgt von onkologischen Erkrankungen (bösartige Neubildungen), psychosomatische Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Steigerungen konnten insgesamt bei ambulanter medizinischer Rehabilitation und auch bei Nachsorgeleistungen beobachtet werden; wobei bei beiden Leistungsarten orthopädische Erkrankungen an erster Stelle gestanden haben. Ein ähnliches Bild ergibt sich aus der statistischen Datenerhebung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (vdr) aus dem Jahr 2004²³⁹: Eine indikationsbezogene Betrachtung der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aus dem Jahr 2004 ergibt, dass am häufigsten Leistungen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes, gefolgt von Rehabilitationsleistungen aufgrund von (bösartigen) Neubildungen gewährt worden sind. An dritter Stelle sind Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen. Die Bedeutung beispielsweise von orthopädischen und onkologischen Indikationen lässt sich auch bei den erbrachten AHB-Verfahren erkennen, wonach 90 % der gegenwärtigen AHB-Maßnahmen den Indikationen in den Bereichen Orthopädie, Kardiologie, Neurologie und Onkologie zugeordnet werden können²⁴⁰. Eine Gesamtbetrachtung aller medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ergibt dabei immer noch eine deutliche Differenz zwischen stationären und ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wie z.B. bei der LVA Schleswig-Holstein, bei der im Jahr 2004 insgesamt 9972 Leistungen bewilligt wurden, davon waren 8177 stationäre Leistungen und 934 ambulante Leistungen. Die besondere Bedeutung der medizinischen Rehabilitation für chronische Krankheiten wird aus diesen statistischen Daten sichtbar: Sowohl bei den Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (ICD-Code M 00 – M 99) handelt es sich häufig um chronische Krankheiten bzw. Krankheiten, welche einen chronischen Verlauf nehmen können, wie z.B. degenerative Erkrankungen des Gelenks (M 19.99) oder chronische Rückenschmerzen (M 54.99)²⁴¹. Auch die onkologischen und psychischen Erkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind häufig Erkrankungen, welche einen chronischen Verlauf nehmen. Die Bedeutung von chronischen Krankheiten für das gesamte Gesundheitswesen lässt auch eine weitere Statistik für das Jahr 2004 erkennen: Nach einer Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 29. März 2006²⁴² waren im Jahr 2004 bei Männern psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol der häufigste Behandlungsanlass für eine stationäre Behandlung, während der häufigste Behandlungsanlass bei Frauen eine bösartige

²³⁹ Statistiken zu finden unter www.vdr.de. Stand: 11.08.2005.

²⁴⁰ *Winnefeld/ Klosterhuis*, DAngVers 2002, 385 (386).

²⁴¹ ICD-10-Diagnosesynthesaurus; Version 4.0, Deutscher Ärzte-Verlag.

²⁴² Zu finden unter: www.destatis.de. Stand: April 2006.

Neubildung der Brustdrüse sowie Gallensteine waren. Auch anhand dieser Statistik wird aufgezeigt, dass es von elementarer Bedeutung ist, sämtliche Leistungen für chronisch Kranke möglichst frühzeitig und umfassend zu gewähren, um auf diese Weise immer höher werdenden Kosten entgegenwirken zu können. Durch die Einleitung frühzeitiger Maßnahmen ist es dann auch realisierbar, die Kosten für stationäre Behandlungen so gering wie möglich zu halten.

Losgelöst von den verschiedenen Definitionen und Anspruchsgrundlagen für medizinische Rehabilitation wird in der Praxis der Leistungserbringung ganz klar das Bild bestätigt, „*die medizinische Rehabilitation ist die Medizin chronischer Krankheiten*“ (siehe oben)²⁴³.

d) Das rechtliche Verständnis von medizinischer Rehabilitation und ihre Bedeutung für chronisch Kranke

Im Sozialgesetzbuch wird die medizinische Rehabilitation in unterschiedlichen Normen erwähnt. Als zentrale Norm kann hier § 26 SGB IX genannt werden: Danach werden zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen die erforderlichen Leistungen erbracht, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern²⁴⁴. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Psychotherapie, Hilfsmittel, Belastungserprobung und Arbeitstherapie²⁴⁵. Der Begriff der medizinischen Rehabilitation wird hier anhand ihres jeweiligen Zieles definiert. Die zusätzliche Erwähnung der chronischen Krankheit zeigt dabei auf, dass ein besonderer Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation gerade

²⁴³ Aufgrund des anwachsenden Bedarfs an Rehabilitationsleistungen für chronische Krankheiten schlägt von Törne, Die BKK 2000, 102 (104) deshalb vor, ggf. Mittel aus der Akutversorgung einer sinnvollen rehabilitativen Versorgung chronisch Kranker zufließen zu lassen. Hier stellt sich allerdings die Frage, ob es nicht sinnvoller wäre, einen weiteren Leistungsschwerpunkt für chronisch Kranke in die Akutversorgung, wie beispielsweise durch die Einführung spezieller Chronikerprogramme, wie den Disease-Management-Programmen (DMP), zu verlagern.

²⁴⁴ § 26 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB IX.

²⁴⁵ § 26 Abs. 2 SGB IX.

auch auf der Behandlung und Vermeidung chronischer Krankheiten liegt²⁴⁶. Ein Vorrang chronisch Kranker, medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen, erschließt sich allerdings nicht aus der gesetzlichen Formulierung. Medizinische Rehabilitation im Sinne des § 26 SGB IX lässt sich somit als ein Bündel von Leistungen kategorisieren, welche die Aufgabe haben, Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten, sowie Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die chronische Krankheit wird auf diese Weise in die Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation und damit auch in den Begriff der medizinischen Rehabilitation einbezogen.

aa) Der Begriff der medizinischen Rehabilitation nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

Fraglich ist, welches Verständnis von medizinischer Rehabilitation innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gilt, und welchen Bezug sie zu chronischer Krankheit aufweist. Nach § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (...), die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Medizinische Rehabilitation wird hier – ähnlich wie in § 26 SGB IX – auch anhand ihrer Ziele definiert²⁴⁷.

Ein Anspruch auf medizinische Rehabilitationsleistungen kann des Weiteren zur Behandlung einer Krankheit bestehen. Anspruch auf Krankenbehandlung haben Versicherte, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern²⁴⁸. Zur Krankenbehandlung gehören auch medizinische Rehabilitationsleistungen sowie ergänzende Leistungen²⁴⁹. Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht ein Anspruch auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

²⁴⁶ Vgl. auch *Welti*, Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 244 (246).

²⁴⁷ Vgl. dazu auch § 40 SGB V, wonach die Krankenkasse medizinische Rehabilitationsleistungen erbringen kann, wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um die in § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen. Maßgeblich für das Verständnis von medizinischer Rehabilitation sind somit die Zielsetzungen des § 11 Abs. 2 SGB V.

²⁴⁸ § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V; fraglich ist, ob hierunter auch chronische Krankheiten fallen oder nur akute Krankheitsverläufe gemeint sind; hierzu auch *Plute*, VSSR 2003, 97 (107), nach dessen Ansicht der Tatbestand der Krankheit typischerweise von mehr oder weniger kurzer Dauer ist; zum fehlenden einheitlichen Krankheitsbegriff und der Unterscheidung von akut und chronisch vgl. auch Glied.-Pkt. B.II.3.a).

²⁴⁹ §§ 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V.

somit nicht nur zur Behandlung bzw. Vermeidung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, sondern auch zur Behandlung von Krankheiten. Im Laufe der verschiedenen Reformen zur Veränderung des Sozialgesetzbuches fand mehrfach eine Veränderung des Wortlautes in § 11 SGB V statt: Wurde in der bis zum 31.12.1999 geltenden Fassung des § 11 Abs. 2 SGB V noch klargestellt, dass „zu den Leistungen nach Abs. 1“ auch medizinische und ergänzende Leistungen gehören, was bedeutete, dass Rehabilitationsleistungen keine eigenständige Leistungsart darstellten, sondern als Unterfall der Leistungen des § 11 Abs. 1 SGB V angesehen wurden²⁵⁰, sollte mit der Wortlautänderung von § 11 Abs. 2 SGB V erreicht werden, dass medizinische Rehabilitationsleistungen als eigenständiger Leistungssektor angesehen werden²⁵¹. Anhand der Veränderungen in § 11 SGB V wird deutlich, wie sich die Rolle von medizinischer Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung verändert hat: Zunächst galt die medizinische Rehabilitation noch als ein Unterfall der Leistungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung, zu denen in erster Linie Leistungen zur Krankheitsbekämpfung gehörten. Sie stellte somit keinen eigenständigen Leistungssektor dar, war also in ihrer Bedeutung eher untergeordnet. Die Wortlautänderung des § 11 Abs. 2 SGB V hat dazu geführt, dass medizinische Rehabilitation ein eigener Leistungssektor geworden ist, bei dem spezielle Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sein müssen, damit Leistungen gewährt werden können. Medizinische Rehabilitation kann damit nicht nur im Rahmen von Krankenbehandlung gewährt werden, sondern – davon unabhängig – auch, um Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. zu behandeln²⁵².

Die heutige Fassung des § 11 SGB V wird damit der demographischen Entwicklung und der Zunahme von chronischen Erkrankungen – welche einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit oftmals vorgelagert sind – gerecht: Standen im Jahr 1995 noch 100 Menschen im Erwerbsalter 44 Rentnern gegenüber, werden es nach Einschätzungen des Statistischen Bundesamtes im Jahre 2030 bereits 71 Rentner sein²⁵³. Nicht nur die Anzahl älterer Menschen steigt, sondern damit auch die Anzahl von Personen, welche an einer oder mehreren chronischen

²⁵⁰ Vgl. Höfler, Kasseler Kommentar, § 11, Rn. 9. Das BSG ordnete in seinem Urteil vom 22. Juli 1981, BSG SozR 2200 § 182 Nr. 73, die medizinische Rehabilitation gemäß dem Wortlaut des § 182 Abs. 2 RVO dem Bereich der Krankenpflege zu.

²⁵¹ Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999, BGBl I 1999, S. 2626.

²⁵² Plute, VSSR 2003, 97 (98) wirft aufgrund dieser Aufteilung die Frage auf, ob die Rehabilitation bei Behinderung etwas anderes bedeutet als bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit, der Begriff der Rehabilitation in § 27 SGB V danach enger zu verstehen ist als in § 11 SGB V.

²⁵³ Vgl. dazu Gewinn/Wegener, Die Rehabilitation 2004, 297 (298).

Krankheiten leiden. Wie oben dargelegt wurde, ist die medizinische Rehabilitation aufgrund ihrer besonderen Zielsetzung von hoher Bedeutung für die Behandlung chronischer Krankheiten und ggf. Vermeidung chronischer Folgekrankheiten. Dadurch, dass die medizinische Rehabilitation inzwischen als eigenständiger Leistungssektor in der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt wurde, ist es möglich, ihr eigene Zielsetzungen zuzuordnen, welche von der akuten Krankenbehandlung differieren. Nicht die Heilung einer akuten Krankheit steht danach im Mittelpunkt der Behandlung, sondern ihr Ausgleich, d.h. die Verbesserung des Allgemeinzustands des Erkrankten. Zumindest die Zielsetzung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne des SGB V kann damit den besonderen Bedürfnissen chronischer Krankheitsverläufe gerecht werden²⁵⁴.

Trotzdem besteht Klärungsbedarf hinsichtlich der Frage, in welchem Umfang chronische Krankheiten innerhalb des SGB V einen Anspruch auf medizinische Rehabilitationsleistungen auslösen können: Findet die chronische Krankheit beispielsweise in den Rehabilitationsvorschriften des SGB IX noch gesonderte Erwähnung, wird sie bei den Leistungszielen des SGB V wörtlich nicht berücksichtigt. Man mag hier zwar von einem „mittelbaren Vorrang“ medizinischer Rehabilitationsleistungen für chronisch Kranke sprechen (dies aufgrund der besonderen Zielsetzung der Rehabilitation); dies hat jedoch leider keinen Niederschlag im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung gefunden. Zwar stellt der Programmsatz des § 2a SGB V klar, dass die besonderen Belange chronisch Kranker zu berücksichtigen sind. Ein zusätzlicher Leistungsanspruch für chronisch Kranke wird dadurch allerdings nicht eingeräumt. Die mit dem SGB IX geschaffenen Grundsätze sind dadurch nur in einem „abgemilderten Zustand“ in das SGB V übernommen worden. Hier besteht Verbesserungsbedarf innerhalb des SGB V. Selbst wenn fraglich ist, ob sich daraus auch ein rechtlicher Nachteil für chronisch Kranke ergibt, denn gem. § 7 Satz 1 SGB IX gelten die Vorschriften des SGB IX für alle Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Trotzdem besteht innerhalb des SGB V kein originärer Anspruch für chronisch Kranke auf medizinische Rehabilitationsleistungen. Unklar bleibt auch, wann chronisch Kranke medizinische Vorsorgemaßnahmen und wann Rehabilita-

²⁵⁴ Die Einführung spezieller Chronikerprogramme für die akute Krankenbehandlung, wie die Disease Management Programme (DMP), könnte aber möglicherweise dazu führen, dass nicht nur die medizinische Rehabilitation, sondern auch die akute Krankenbehandlung ihren künftigen Schwerpunkt auf die Behandlung chronischer Krankheiten legt, wodurch zukünftig nicht mehr nur die medizinische Rehabilitation der Behandlung chronischer Krankheiten dient; vgl. dazu auch *Gerwinn/Wegener*, Die Rehabilitation, 297 (307), welche hieraus eine gewisse Konkurrenz der DMP zur Rehabilitation herleiten:

tionsmaßnahmen in Anspruch nehmen können: Chronische Krankheiten sind innerhalb der geltenden Rehabilitationsvorschriften des SGB V nicht nur unberücksichtigt geblieben, sondern die Behandlung chronischer Krankheiten wurde sogar komplett dem Bereich der sekundären Prävention und damit der Vorsorge zugeordnet²⁵⁵.

Die Vorschriften des SGB IX sind außerdem nur anwendbar, solange sich aus den Vorschriften der anderen Leistungsgesetze nichts Abweichendes ergibt. Sofern also abweichende Vorschriften innerhalb des SGB V bestünden, wäre der Rückgriff auf die entsprechenden Vorschriften des SGB IX ausgeschlossen²⁵⁶. Um chronisch Kranken auch einen rechtlichen Vorteil bei der Leistungsgewährung zu verschaffen, kann Rechtssicherheit somit erst durch die zusätzliche Erwähnung der chronischen Krankheit im Kontext von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen erreicht werden. Zu klären ist außerdem, wann für chronisch Kranke tatsächlich ein Anspruch auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, und wann auf medizinische Vorsorgemaßnahmen zusteht.

bb) Der Begriff der medizinischen Rehabilitation nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung

Auch in der gesetzlichen Rentenversicherung wird der Begriff der medizinischen Rehabilitation anhand ihrer jeweiligen Ziele definiert: Danach erbringen die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, (...), um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern²⁵⁷. Medizinische Rehabilitationsleistungen haben dabei Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen wären²⁵⁸. Auffällig an der Zielsetzung der Teilhabeleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung ist, dass nicht nur die Behandlung und Vermeidung einer Krankheit oder Behinderung im Vordergrund stehen, sondern in erster Linie

²⁵⁵ Vgl. hierzu auch Glied.-Pkt. C.II.1.b)cc)(3)(a).

²⁵⁶ Hiergegen wendet *Heine*, ZSR 2004, 462 (463) ein, dass sämtliche Vorschriften für die Akutversorgung im Lichte des SGB IX ausgelegt werden müssen, soweit es um die Belange behinderter und chronisch kranker Personen geht. Eine Regelung sei erst abweichend i.S.d. § 7 SGB IX, wenn sie nicht SGB IX-konform ausgelegt werden kann.

²⁵⁷ § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VI.

²⁵⁸ § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI.

negativen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegengewirkt werden soll²⁵⁹. Teilhabeleistungen sind danach final ausgerichtete Leistungen der sozialen Sicherung, deren erfolgreicher Abschluss vom Ziel der Eingliederung und nicht allein von der Beseitigung der Behinderung oder deren Ursachen her zu beurteilen ist²⁶⁰. Stellt man sich an dieser Stelle die Frage, wie das Verhältnis von chronischer Krankheit und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung aussieht und ob es ggf. sogar einen rechtlich begründeten Vorrang für chronisch Kranke gibt, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, muss diese Frage folgendermaßen beantwortet werden: Soweit das Bestehen von chronischer Krankheit Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten hat, kann sie einen Anspruch auf Teilhabeleistungen und damit auch auf medizinische Rehabilitationsleistungen auslösen. Die Behandlung von chronischer Krankheit bildet somit nicht den gesetzlichen Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitationsleistungen. Rechtlich betrachtet sind an die Gewährung von Rehabilitationsleistungen für chronisch Kranke innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung damit höhere Anforderungen gesetzt als innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung: In den Fällen, in denen die chronische Krankheit noch zu keiner drohenden Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit geführt hat, sind die Voraussetzungen für Teilhabeleistungen nicht erfüllt. Wie die Statistiken zeigen, werden die medizinischen Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung trotzdem hauptsächlich an chronisch Kranke geleistet²⁶¹, d.h. die chronische Krankheit hat in diesen Fällen bereits Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten genommen. Mit dem Präventionsvorrang des § 3 SGB IX, wonach die Rehabilitationsträger darauf hinzuwirken haben, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird, steht dies allerdings in keinem Einklang. Zwar ist es aufgrund des Vorbehalts abweichender Regelungen²⁶² möglich, dass ein Rehabilitationsträger an abweichende Voraussetzungen für Teilhabeleistungen gebunden ist; d.h. sich nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz zu richten hat. Nimmt man jedoch die Kritik des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheits-

²⁵⁹ Aus diesem Grund ist es ganz besonders bei den medizinischen Rehabilitationsleistungen durch die gesetzlichen Rentenversicherungsträger wichtig, dass sie eine starke berufliche Orientierung beinhalten, d.h. die Fokussierung der Diagnostik und Therapie auf dem Erhalt bzw. der Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit liegen. Vgl. hierzu auch *Müller-Fahrnow/Greitemann/Radoschewski/Gerwinn/Hansmeier*, Die Rehabilitation 2005, 287 (288).

²⁶⁰ *Niesel*, Kasseler Kommentar, § 9 SGB VI, Rn. 4.

²⁶¹ Siehe hierzu auch Glied.-Pkt. C.I.I.c).

²⁶² § 7 SGB IX.

wesen²⁶³ ernst, wonach eine Unterversorgung insbesondere in der rehabilitativen Versorgung chronisch Kranker besteht, stellt man sich die Frage, ob die Rehabilitationsleistungen für chronisch Kranke in der gesetzlichen Rentenversicherung zu spät geleistet werden, wenn man die drohende Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit als Kriterium für die Beurteilung von Rehabilitationsbedarf heranzieht. Zwar hätte die chronisch kranke Person ggf. die Möglichkeit, in den Fällen, in denen noch keine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliegt, eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen (da hier keine Koppelung an die Frage der Erwerbsfähigkeit besteht); da allerdings mit einem stetigen Anstieg chronischer Krankheiten und chronisch kranker Personen gerechnet wird, könnte dies zu einem immanenten Ungleichgewicht der Leistungszuständigkeit führen. Sinnvoller wäre es, neben der Schwerpunktlegung auch auf die akute Krankenbehandlung, wie z.B. durch die Einführung spezieller Chronikerprogramme, wie den Disease-Management-Programmen (DMP), eine Vereinheitlichung der Zielsetzung von Teilhabeleistungen dahingehend vorzunehmen, einen möglichst präventiven Ansatz zu verfolgen, so wie es bereits vom SGB IX vorgegeben wird. Hält man im SGB VI an der maßgeblichen Frage fest, ob und inwieweit aufgrund der Krankheit oder Behinderung ein Einfluss auf das Erwerbsleben besteht, wäre ein präventiver Ansatz dann erfüllt, wenn bereits Anspruch auf Teilhabeleistungen, bzw. medizinische Rehabilitationsleistungen besteht, wenn man beispielsweise möglichst frühzeitig von einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ausgeht, die Anforderungen hieran also nicht zu hoch gesetzt werden. Rechtlich betrachtet gelten die persönlichen Voraussetzungen für Teilhabeleistungen derzeit nur dann als erfüllt, wenn die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung *erheblich* gefährdet oder gemindert ist, und dieser Zustand durch Teilhabeleistungen abgewendet oder verbessert werden kann²⁶⁴. Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit in diesem Sinne liegt vor, wenn nach ärztlicher Untersuchung feststeht, dass durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen in absehbarer Zeit mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu rechnen ist. Unter einer absehbaren Zeit ist entsprechend § 102 Abs. 2 Satz 2 SGB VI ein Zeitraum von drei Jahren an-

²⁶³ Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 2000/2001, Bd. III, S. 60 ff., in welchem auf eine bedrohliche Unterversorgung chronisch Kranker in der Rehabilitation und Prävention aufmerksam gemacht wird; hierzu auch das Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch Kranker und behinderter Menschen vom August 2002, S. 3271. Zu finden unter: www.bag-selbsthilfe.de, Stand: April 2006.

²⁶⁴ § 10 Abs. 1 SGB VI.

zusehen²⁶⁵. Der Schweregrad einer Erkrankung indiziert dabei allerdings nicht schon die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit²⁶⁶. Soweit eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme aufgrund einer bereits bestehenden geminderten Erwerbsfähigkeit geleistet wird, ist Voraussetzung hierfür, dass die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben nicht unwesentlich eingeschränkt ist und der Versicherte daher nicht mehr in der Lage ist, seinen Beruf normal auszuüben. Eine Erwerbsminderung im Sinne des § 43 SGB VI muss hingegen nicht vorliegen²⁶⁷.

Die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit muss somit bereits eingetreten sein (dies beurteilt in einem Drei-Jahres-Zeitraum), damit ein Anspruch auf Teilhabeleistungen besteht. Um einem präventiveren Ansatz in der Rehabilitation für chronisch Kranke gerecht zu werden, wäre es unter diesem Aspekt allerdings sinnvoller, wenn man statt der erheblichen Gefährdung lediglich von einer drohenden Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ausgeht, bzw. eine erhebliche Gefährdung bereits dann annimmt, wenn ein chronisches Krankheitsgeschehen vorliegt, welches nach ärztlicher Einschätzung generell zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit führen kann, man also eher von einer abstrakten Gefährdung ausgeht, als von einer konkreten Gefährdung. Maßgeblich für diese Beurteilung können einerseits die medizinischen Erfahrungen sein, welche mit dem chronischen Krankheitsverlauf und dessen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit gemacht wurden, sowie andererseits die Schwere der körperlichen Beeinträchtigung oder Behinderung, welche bei einem negativen Krankheitsverlauf einzutreten drohen.

Festzuhalten bleibt, dass hier kein rechtlich begründeter Vorrang chronisch Kranker in Bezug auf die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen besteht. Da das Verständnis von Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung außerdem an die Zielsetzung gebunden ist, den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden, besteht die Gefahr, dass ein rechtlich begründeter Anspruch auf Rehabilitation für chronisch Kranke zu spät entsteht. Das Verständnis von Rehabilitation in Bezug auf chronisch Kranke ist danach als noch enger anzusehen, als innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (siehe oben). Der Begriff der medizinischen Rehabilitation und ihr Verhältnis zu chronischen Krankheiten minimiert sich damit vom SGB IX bis hin zum SGB VI: Im SGB IX findet die Behandlung und Vermeidung chronischer Krankheiten noch gesonderte Erwähnung und im SGB V wird zumindest die Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation den Bedürfnissen chronisch Kranker gerecht. Innerhalb des

²⁶⁵ Niesel in Kassler Kommentar zu § 10 SGB VI, Rn. 7.

²⁶⁶ Kreikebohm in ders., SGB VI, § 10, Rn. 7.

²⁶⁷ BSGE 45, 183 (186).

SGB VI bereitet die Koppelung an die Frage nach der Bedrohung der Erwerbsfähigkeit allerdings Schwierigkeiten. Ein Ausgleich könnte gegebenenfalls über die erwähnten Chronikerprogramme der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen werden, durch die eine frühzeitige und krankheitsgerechte Betreuung einer bestehenden chronischen Krankheit erreicht werden soll. Hierdurch kann unter Umständen auch eine Bedrohung der Erwerbsfähigkeit verhindert oder hinausgezögert werden. Um hierbei Schnittstellen zwischen den Programmen der gesetzlichen Krankenversicherung und den Rehabilitationsmaßnahmen zu vermeiden, ist es dabei erforderlich, dass die Chronikerprogramme Elemente der Rehabilitation einbeziehen²⁶⁸. Des Weiteren ist es erforderlich, dass rehabilitative Maßnahmen – besonders bei chronisch Kranken - möglichst frühzeitig ansetzen, um eine voranschreitende Chronifizierung möglichst zu verhindern sowie das Hinzutreten chronischer Folgekrankheiten zu vermeiden. Auch berufliche Elemente, wie z.B. eine arbeitsplatzbezogene Ausrichtung, sind dabei sowohl in die Chronikerprogramme, als auch in die medizinischen Rehabilitationsleistungen einzubeziehen, um so eine weitere Schnittstelle mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu vermeiden²⁶⁹.

cc) Zwischenergebnis

Innerhalb des SGB IX, V und VI gibt es ein uneinheitliches Verständnis von medizinischer Rehabilitation. Auch wird der tatsächlichen Bedeutung von medizinischer Rehabilitation für chronische Krankheiten nicht gleichermaßen Rechnung getragen: Lediglich in § 26 SGB IX wird die chronische Krankheit überhaupt wörtlich im Zusammenhang mit medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen erwähnt. Die zusätzliche Erwähnung der chronischen Krankheit zeigt dabei auf, dass ein besonderer Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation gerade auch auf der Behandlung und Vermeidung chronischer Krankheiten liegt.

Als Gemeinsamkeit haben die Vorschriften, welche die medizinische Rehabilitation betreffen, lediglich, dass eine begriffliche Eingrenzung anhand der unterschiedlichen Zielsetzungen der Rehabilitationsmaßnahmen möglich ist. Zumindest die Zielsetzung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne des § 11 Abs. 2 SGB V kann dabei den besonderen Bedürfnissen chronischer Krankheitsverläufe gerecht werden. Innerhalb des SGB VI bereitet die Koppelung der medizinischen Rehabilitation an die Frage nach einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit

²⁶⁸ Das Fehlen von rehabilitativen Ansätzen wird bei den DMP kritisiert, vgl. dazu auch Glied.-Pkt. D.II.1.c)cc).

²⁶⁹ So auch *Irle/Winnefeld*, DAngVers 2004, 188 (196), welche begrüßen, dass z.B. die Arbeitsplatzproblematik, wie beispielsweise psychosoziale Konflikte am Arbeitsplatz, bereits Eingang in das therapeutische Angebot der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen gefunden hat.

besondere Schwierigkeiten: Hier besteht die Gefahr, dass ein rechtlich begründeter Anspruch auf Rehabilitation für chronisch Kranke zu spät entsteht, d.h. erst dann, wenn bereits eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI vorliegt. Ein Ausgleich wäre in diesen Fällen ggf. über Chronikerprogramme für den Bereich der akuten Krankenbehandlung, beispielsweise den Disease-Management-Programmen, möglich. Bei einer rein rechtlichen Betrachtung ergibt sich aber, dass sich - ausgehend von § 26 SGB IX - eine Minimierung des Begriffes der medizinischen Rehabilitation und ihrer Bedeutung für chronisch Kranke ergibt: Innerhalb des SGB IX ist ein besonderer Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation auf die Behandlung und Vermeidung chronischer Krankheiten gelegt, und auch im SGB V wird zumindest die Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation den Bedürfnissen chronisch Kranken gerecht. Innerhalb des SGB VI ist es aufgrund der Kopplung an die Frage nach der Gefährdung der Erwerbsfähigkeit allerdings schwierig, einen Rechtsanspruch für chronisch Kranke möglichst frühzeitig einzuräumen. Hier kann man von dem engsten Begriffsverständnis von medizinischer Rehabilitation in Bezug auf chronische Krankheiten sprechen.

2. Zwischenergebnis

Bei dem heute existierenden Verständnis von medizinischer Rehabilitation im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) handelt es sich um eine Gesamtbetrachtung sämtlicher Krankheits- und Lebensumstände des Betroffenen: Unter medizinischer Rehabilitation sind danach sämtliche Bemühungen zu verstehen, eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen oder zumindest die Auswirkungen auf die gesamten Lebensbereiche auf ein Minimum zu reduzieren. Nicht nur die Behandlung bzw. Vermeidung von körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen steht danach im Mittelpunkt der Zielsetzungen, sondern es werden auch soziale Umweltfaktoren einbezogen, sowie personenbezogene und persönliche Faktoren. Die Frage nach der funktionalen Gesundheit bzw. Funktionsfähigkeit macht es außerdem möglich, einen möglichst präventiven Ansatz bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen zu verfolgen. Dieses Verständnis von medizinischer Rehabilitation spiegelt sich auch in § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX wider, wonach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen die erforderlichen Leistungen erbracht werden, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die zusätzliche Erwähnung der chronischen Krankheit zeigt dabei auf, dass ein besonderer

Schwerpunkt gerade auch auf der Behandlung und Vermeidung von chronischen Krankheiten liegt. Die elementare Bedeutung von medizinischer Rehabilitation für chronische Krankheiten wird auch aus statistischen Erhebungen aus der Praxis der Leistungserbringung ersichtlich: Eine statistische Erhebung der BfA für die Jahre 2003 und 2004 ergab beispielsweise, dass die häufigsten Indikationen für medizinische Rehabilitation Krankheiten der Bewegungsorgane, gefolgt von onkologischen Erkrankungen (bösartige Neubildungen), psychosomatischen Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind. Steigerungen konnten außerdem bei ambulanter medizinischer Rehabilitation und auch bei Nachsorgeleistungen beobachtet werden, wobei bei beiden Leistungsarten orthopädische Erkrankungen an erster Stelle gestanden haben. Hieraus wird erkennbar, dass in erster Linie chronische Krankheiten die Ursache für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sind. Leider ist diese Bedeutung und der präventive Ansatz im Sinne der WHO noch nicht in das gesamte Sozialgesetzbuch transferiert worden: Sowohl im SGB V, als auch im SGB VI findet die chronische Krankheit keine gesonderte Erwähnung im Zusammenhang mit medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Zumindest die Zielsetzung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne des § 11 SGB V kann dabei aber den besonderen Bedürfnissen chronischer Krankheitsverläufe gerecht werden. Innerhalb des SGB VI bereitet die Koppelung der medizinischen Rehabilitation an die Frage nach einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit besondere Schwierigkeiten: Hier besteht die Gefahr, dass ein rechtlich begründeter Anspruch auf Rehabilitation für chronisch Kranke zu spät entsteht, d.h. erst dann, wenn bereits eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI vorliegt. Ein Ausgleich wäre in diesen Fällen ggf. nur über Chronikerprogramme für den Bereich der akuten Krankenbehandlung, beispielsweise den Disease-Management-Programmen, möglich.

II. Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen bei chronisch Kranken

Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation hat in den letzten Jahren für die Behandlung chronisch Kranker stetig an Gewicht gewonnen²⁷⁰. Damit die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen vorliegen, muss zunächst die Frage beantwortet werden, ob überhaupt ein Rehabilitationsbedarf besteht bzw. in welchem Umfang dieser gegeben ist²⁷¹. Die Feststellung hierüber sowie die Frage danach, ob überhaupt ausreichende soziale Einrichtun-

²⁷⁰ So bereits VDR, DRV 1996, 633 (640).

²⁷¹ Vgl. beispielsweise § 40 I SGB V i.V.m. §§ 7, 8 Rehabilitations-Richtlinien, wonach gem. § 7 I der Richtlinien die Rehabilitationsbedürftigkeit unbedingte Voraussetzung für die Gewährung von Rehabilitationsleistungen ist.

gen verfügbar sind, stehen somit am Anfang jeglicher Leistungsgewährung. Aus diesem Grund ist zunächst auf den Bedarfsbegriff selbst, sowie im Anschluss daran auf die Kriterien einzugehen, welche einen Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen auslösen.

1. Unterscheidung zwischen kollektivem und individuellem Rehabilitationsbedarf

In der Diskussion um den Rehabilitationsbedarf wird regelmäßig zwischen dem kollektiven und dem individuellen Rehabilitationsbedarf unterschieden. Ersterer meint vor allem unter versorgungspolitischen Aspekten die ausreichende Bereitstellung von Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation. Diese wiederum sind Voraussetzung für die Deckung des individuellen Rehabilitationsbedarfs.

a) Kollektiver Bedarf

Der Begriff des kollektiven Bedarfs ist in den Vorschriften des SGB nicht explizit enthalten. In der Sache befasst sich aber § 19 SGB IX mit dem kollektiven Bedarf an Rehabilitationseinrichtungen und –diensten und verhilft somit der Sicherstellung des Leistungsangebots zur Teilhabe durch geeignete Leistungserbringer²⁷². Der kollektive Bedarf stellt demzufolge einen wichtigen Faktor zur Konkretisierung der Bereitstellungsverantwortung der Rehabilitationsträger dar²⁷³. Die Bereitstellungsverantwortung unterscheidet sich dabei von dem Sicherstellungsauftrag der Rehabilitationsträger, welcher sich darin erschöpft, dass jeder individuelle Patient die gesetzlich zugesagten Leistungen bekommt²⁷⁴. Die Bereitstellungsverantwortung ist einem Sicherstellungsauftrag vorgelagert; d.h. zunächst besteht eine allgemeine Verpflichtung der Rehabilitationsträger, die erforderlichen Rehabilitationsdienste und –einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung zu stellen. Dabei ist zu prüfen, in welchem Umfang eine solche Verantwortung besteht: Eine allgemeine Verpflichtung der Leistungsträger zur Bereitstellung von sozialen Einrichtungen wird bereits durch § 17 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB I begründet. Hiernach sind sie verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise erhält und dass die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen ausreichend zur Verfügung stehen. Die Vorschrift begründet insofern einen Sicherstellungsauftrag der Leistungsträger zu einer

²⁷² *Waldeyer-Jeebe* in *Bihl/Fuchs/Krauskopf/Lewering* zu § 19 SGB IX, Rn. 2.

²⁷³ *Welti/Raspe*, DRV 2004, 76 (77).

²⁷⁴ *Igl*, ZaeFQ 2005, 25 (30).

ausreichenden Leistungsgewährung²⁷⁵. Der 4. Senat des BSG geht in seinem Urteil vom 25.01.2001²⁷⁶ sogar davon aus, dass sich aus § 2 SGB I in Verbindung mit § 17 SGB I eine Obhutspflicht des jeweiligen Leistungsträgers folgern lässt, welche dazu führt, dass der Leistungsträger die Verantwortung dafür trägt, dass dem Berechtigten die Leistung in der gesetzlich vorgesehenen Weise zugeht. Eine derart umfangreiche Obhutspflicht lässt sich aus dem Gesetzeswortlaut allerdings nicht entnehmen. Da die Umsetzung einer solchen Verpflichtung in Einzelfällen Probleme bereiten kann, und sich auch die Grenzen hierfür schwer festlegen lassen dürften, entstehen Zweifel an der Richtigkeit einer solchen Rechtsprechung. Man kann daher bei der Bereitstellungsverantwortung des § 19 SGB IX nicht von einer Obhutspflicht der Rehabilitationsträger dahingehend ausgehen, dass sie eine Verantwortung für den Zugang einer Leistung an den Berechtigten tragen. Unter diesem Blickwinkel stellt sich aber ganz besonders die Frage, nach welchen Maßstäben sich die Verantwortung im Sinne des § 19 SGB IX tatsächlich festlegen lässt.

aa) Bereitstellungsverantwortung des § 19 SGB IX

Nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wirken die Rehabilitationsträger gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind dabei in erster Linie die Rehabilitationskliniken und -zentren²⁷⁷, welche nach § 19 Abs. 2 SGB IX die Leistungen nicht nur (voll-)stationär, sondern auch ambulant oder teilstationär erbringen können, soweit die angestrebten Ziele mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind. Der § 19 SGB IX spiegelt insoweit eine „Gesamtverantwortung“²⁷⁸ der Rehabilitationsträger zur umfangreichen Bedarfsdeckung wider. Diese Verantwortung bezieht sich nach dem Wortlaut des Gesetzes dabei sowohl auf die Anzahl, als auch auf die Qualität der Einrichtungen. Zuständige Rehabilitationsträger sind dabei die in § 6 Abs. 1 SGB IX genannten Institutionen.

²⁷⁵ Zur Gewährleistungspflicht des § 17 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB I vgl. *Mrozynski*, SGB IX Teil 1 zu § 17, Rn. 1.

²⁷⁶ BSG 87, 239 (245) für den Fall einer Rentenzahlung durch die BfA; a.A. 5. Senat des BSG 86, 107 (111 f), worin die §§ 2, 17 SGB I lediglich als „Programmsätze“ bezeichnet werden und eine Obhutspflicht als zu weitgehend abgelehnt wird.

²⁷⁷ *Löschau*, GK-SGB IX zu § 19, Rn. 16.

²⁷⁸ *Mrozynski*, SGB IX Teil 1 zu § 19, Rn. 8.

Bedarf ist nach der Rechtsprechung des BSG allgemein gegeben, wenn ein Überhang an aktueller und künftig absehbarer Nachfrage nach bestimmten Produkten des Marktes besteht²⁷⁹. Der Begriff des Bedarfs wird an dieser Stelle mit dem der Nachfrage verknüpft: Bedarf im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts besteht in den Fällen, in denen eine Nachfrage – aktuell oder zukünftig – besteht. Die Bestimmung des Bedarfs bemisst sich dabei nach rein objektiven Kriterien, während bei der Nachfrage darüber hinaus aber auch sachliche, persönliche, zeitliche und räumliche Präferenzen zu berücksichtigen sind²⁸⁰. Eine Unterscheidung von Bedarf und Nachfrage lässt sich also zum einen hinsichtlich der Objektivität und Subjektivität der Kriterien vornehmen, die diese auszeichnen. Eine Abgrenzung von Bedarf und Nachfrage lässt sich zum anderen aber auch auf zeitlicher Ebene vornehmen: Sollte eine aktuelle oder künftige Nachfrage nach Rehabilitationseinrichtungen bestehen, so ergibt sich als Konsequenz hieraus ein (kollektiver) Bedarf an Rehabilitationseinrichtungen. Die Orientierung an der Nachfrage ist damit der Frage nach einem bestehenden Bedarf vorge-schaltet.

Ein kollektiver Rehabilitationsbedarf im Sinne des § 19 SGB IX ist demnach gegeben, wenn eine Nachfrage nach Rehabilitationsdiensten bzw. –einrichtungen besteht. Während sich die Frage nach dem kollektiven Bedarf an rein objektiven Kriterien bemisst, fließen bei der Bestimmung von Nachfrage auch subjektive Aspekte mit ein. Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation umfasst der kollektive Bedarf somit eine Nachfrage an Rehabilitationskliniken und –zentren. Da sich die Bereitstellungsverantwortung der Rehabilitationsträger außerdem auch auf die Qualität der Einrichtungen bezieht, ist davon auszugehen, dass ein Bedarf in diesem Sinne auch gegeben ist, wenn zwar eine ausreichende Zahl von Rehabilitationszentren besteht, diese aber nicht die erforderliche Qualität aufweisen, eine Nachfrage also hinsichtlich der Qualität der Einrichtungen besteht.

Die Bereitstellungsverantwortung der Rehabilitationsträger wird durch den Begriff des kollektiven Bedarfs nicht nur näher konkretisiert; sie umfasst des Weiteren auch einen Auftrag zur Bedarfsdeckung im Falle eines aufgetretenen Bedarfs²⁸¹.

(1) Anzahl der erforderlichen Einrichtungen

²⁷⁹ BSGE 89, 294 (298), hier in erster Linie zum Bedarf in Bezug auf den Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern.

²⁸⁰ Hanusch/Kuhn, Einführung in die Volkswirtschaftslehre, S. 66 f.; Eichner, SF 1999, 132 (132).

²⁸¹ Zum Verhältnis von Bedarf und Bedarfsdeckung im Kontext von Bedarfsplanung: Igl, MedR 2000, 157 (158).

Fraglich ist, wann von einer ausreichenden Anzahl von Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX auszugehen ist; eine Bedarfsdeckung hinsichtlich der Quantität also gegeben ist. Die Rehabilitationsträger haben hierauf gemeinsam unter Beteiligung von Bundes- und Landesregierungen hinzuwirken²⁸²; aber auch Wohlfahrtsverbände, Verbände der Selbsthilfegruppen, der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die Spitzenverbände, die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene zuständig sind, werden beteiligt. So ist zunächst eine gemeinsame Bedarfsplanung aufzustellen; es können dabei auch Rehabilitationsdienste und Einrichtungen durch die Rehabilitationsträger gefördert werden, wenn es zweckmäßig ist und die Arbeit dieser Dienste oder Einrichtungen in anderer Weise nicht sichergestellt werden kann²⁸³.

In Bezug auf den Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern nach § 109 SGB Abs. 5 SGB V wurde eine ausreichende Bedarfsdeckung angenommen, wenn das Bettenangebot zugelassener Krankenhäuser dem Bettenbedarf gerecht wird; der Abschluss von Versorgungsverträgen wurde dementsprechend in solchen Fällen abgelehnt, in denen das Bettenangebot den Bettenbedarf übersteigt²⁸⁴. Für die Bereitstellungsverantwortung des § 19 SGB IX bedeutet dies, dass der Bedarf an medizinischen Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich der Quantität zumindest dann gedeckt ist, wenn ausreichend Einrichtungen zur Verfügung stehen. Dies bedeutet, dass jedes Bundesland über eine flächendeckende Mindestausstattung verfügen muss²⁸⁵. Hierzu gehören sowohl die vollstationären, wie auch die teilstationären und ambulanten Einrichtungen.

(2) Qualität der Einrichtungen

Es gilt zu klären, wann eine ausreichende Qualität im Sinne des § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX erreicht worden ist. Im Zusammenhang mit den Leistungen zur Teilhabe sieht das SGB IX hohe Qualitätsmaßstäbe vor²⁸⁶. Unter der Qualität gesetzlicher Teilhabeleistungen ist der Grad zu verstehen, in welchem die Leistungen die Ziele und Vorgaben des SGB IX erreichen²⁸⁷. Die Einrichtungen, in denen Teilhabeleistungen erbracht werden, müssen sich somit

²⁸² § 19 Abs. 1 Satz 3 SGB IX.

²⁸³ § 19 Abs. 5 SGB IX.; vgl. hierzu auch *Löschau*, GK-SGB IX zu § 19, Rn. 20.

²⁸⁴ BSGE 89, 294 (298 f); 88, 111 (114 ff.); 78, 233 (241).

²⁸⁵ Vgl. Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 27. Juni 2003, Az: L 4 KR 324/03.

²⁸⁶ *Löschau*, GK-SGB IX zu § 19, Rn. 21.

²⁸⁷ *Welti*, HK-SGB IX zu § 20, Rn. 2.

an den qualitativen Zielvorgaben des SGB IX orientieren. Nach § 19 Abs. 2 SGB IX werden die Rehabilitationsleistungen nach Prüfung des Einzelfalls dabei auch in ambulanter und teilstationärer Form erbracht; hierbei ist umstritten, ob sich daraus ein eindeutiger gesetzlicher Vorrang von ambulanten vor stationären Leistungen ergibt²⁸⁸. Aus dem Wortlaut des § 19 Abs. 2 SGB IX lässt sich ein derartiger Vorrang jedenfalls nicht eindeutig entnehmen; die Form einer ambulanten bzw. teilstationären Leistungserbringung soll hiernach nur gewählt werden, wenn sich nach Prüfung des Einzelfalls ergeben hat, dass die Ziele mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind. Die hohen Qualitätsmaßstäbe des SGB IX gelten indes sowohl für die ambulante, wie auch für die teil- und vollstationäre Leistungserbringung.

(a) Qualitätssicherung

Um eine effektive Qualitätssicherung zu erreichen, gilt es zunächst, allgemein gültige Qualitätsmaßstäbe für rehabilitative Leistungen festzulegen. Nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB IX haben die Rehabilitationsträger gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung²⁸⁹, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zu vereinbaren. Träger der öffentlichen Jugendhilfe und Sozialhilfeträger haben die Möglichkeit, den Empfehlungen beizutreten²⁹⁰.

Die Leistungserbringer haben die Pflicht, ein Qualitätsmanagement sicherzustellen, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und verbessert²⁹¹. Die Pflicht zu einer umfangreichen Qualitätssicherung richtet sich somit nicht nur an die Rehabilitationsträger als zuständige Leistungsträger, sondern bezieht in ihren gesetzlichen Auftrag auch die Leistungserbringer mit ein. Da die Verpflichtung auch ausdrücklich die Verbesserung der jeweiligen Versorgungsqualität beinhaltet, besteht die Möglichkeit, diese ggf. anhand von Studien sicherzustellen²⁹². Abweichend hiervon ist die

²⁸⁸ *Welti*, HK-SGB IX zu § 19, Rn. 13, sieht § 19 Abs. 2 als Leitlinie für die Leistungserbringung an; einen in § 19 Abs. 2 SGB IX verankerten Vorrang von ambulanten, teilstationären und betrieblichen Leistungen sieht auch *Moritz*, ZFSH/SGB 2002, 204 (207); anderer Ansicht ist *Mrozynski*, SGB IX Teil 1 zu § 19, Rn. 14.

²⁸⁹ Mit dem Kriterium der Barrierefreiheit soll klargestellt werden, dass dieses zur Leistungserbringung gehört und ein Qualitätsmerkmal ist (vgl. BT-Drucks. 14/5800, S. 31).

²⁹⁰ § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB IX i.V.m. § 6 Abs. 1 Nr. 6 und 7 SGB IX.

²⁹¹ § 20 Abs. 2 SGB IX.

²⁹² *Raspe/Welti*, DRV 2005, 560 (572) regen an, dass einzelne Dienste und Einrichtungen zur Sicherstellung ihrer qualitativen Gewährleistungs- und Verbesserungspflicht Arbeitsgemeinschaften bilden sollen, soweit ihre eigenen Möglichkeiten hierfür begrenzt sind.

Verpflichtung zur Qualitätssicherung innerhalb der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung gestaltet: Mit den §§ 135 a und 137 d SGB V²⁹³ wurden Vorschriften eingeführt, welche eine eigene Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung enthalten. Sieht § 20 Abs. 2 SGB IX lediglich die Pflicht der Leistungserbringer vor, ein eigenständiges Qualitätsmanagement durchzuführen – was zwar die Verantwortung für das Qualitätsmanagement an sich, nicht aber eine direkte Verantwortung für die Qualität oder deren Weiterentwicklung mit sich bringt²⁹⁴ – besteht nach § 135 a Abs. 1 Satz 1 SGB V eine eigenständige Verpflichtung der Leistungserbringer, die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität zu gewährleisten. Nach § 135 a Abs. 2 SGB V sind sowohl Vertragsärzte, als auch medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag gem. § 111 a SGB V besteht, wie z.B. Einrichtungen des Müttergenesungswerks, nach Maßgabe der §§ 136 a, 136 b, 137, 137 d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Diese Maßnahmen sollen gemeinsam von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen vereinbart werden. Auch hier finden sich Unterschiede zu § 20 SGB IX: Nach § 137 d SGB V sollen die Maßnahmen zur Qualitätssicherung in gemeinsamer Verantwortung von Leistungsträgern und –erbringern vereinbart werden, während die Verantwortung für derartige Maßnahmen im Sinne des § 20 SGB IX in erster Linie bei den Leistungsträgern, also den Rehabilitationsträgern liegt. Die Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zur Qualitätssicherung räumen den Leistungserbringern also eine größere Eigenständigkeit und damit auch eine höhere Verantwortung für Maßnahmen ein, welche zur Gewährleistung der Qualität durchgeführt werden sollen. Trotz dieser abweichenden Regelungen gelten die Gemeinsamen Empfehlungen des § 20 SGB IX indes auch für die gesetzlichen Krankenkassen als zuständige Rehabilitationsträger²⁹⁵. Soweit die Empfehlungen den gesetzlichen Vorschriften der §§ 135 a und 137 d SGB V nicht entgegenstehen (denn hierbei ist der Vorbehalt abweichender Regelungen²⁹⁶ zu beachten), gelten sie auch für die gesetzlichen Krankenkassen.

²⁹³ Eingeführt mit dem Gesetz zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung zum 01.01.2000 vom 22.12.1999; BGBl I 1999, S. 2626.

²⁹⁴ Vgl. *Fuchs* in *Bihr/Fuchs/Krauskopf/Lewering* zu § 20 SGB IX, Rn. 3.

²⁹⁵ § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX.

²⁹⁶ § 7 SGB IX.

Zur Vorbereitung der Gemeinsamen Empfehlungen des § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB IX hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, die Selbsthilfegruppen und die Interessenvertretung behinderter Frauen sowie die nach § 19 Abs. 6 SGB IX gebildeten Arbeitsgemeinschaften und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände einzubeziehen²⁹⁷. Die hieraufhin erlassenen Gemeinsamen Empfehlungen des § 20 SGB IX vom 27. März 2003²⁹⁸ traten zum 01. Juli 2003 in Kraft. Inhalt der Empfehlungen sind sowohl die Benennung einheitlicher Qualitätsmaßstäbe und eines einheitlichen Qualitätsbegriffes, sowie die notwendige Regelung des Verfahrens zur Qualitätssicherung.

(b) Maßstäbe zur Qualitätssicherung

In § 2 der Gemeinsamen Empfehlungen der BAR zu § 20 SGB IX befindet sich eine Definition von Qualität im Sinne des § 20 SGB IX: Die Qualität von Leistungen zur Teilhabe bedeutet eine wirksame und bedarfsgerechte, am Krankheitsfolgemodell der WHO (ICF²⁹⁹) orientierte fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche Leistungserbringung. Leistungen zur Teilhabe im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen³⁰⁰ sind die notwendigen Sozialleistungen nach den §§ 26, 33 und 55 SGB IX; d.h. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Da mit § 26 SGB IX sämtliche medizinischen Leistungen zur Rehabilitation in die Gemeinsamen Empfehlungen einbezogen worden sind³⁰¹, lässt sich hieraus schließen, dass die genannten Kriterien zur Qualitätssicherung sowohl für die vollstationären, wie auch für die teilstationären und ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten. Eine Unterscheidung hinsichtlich der Qualitätsmaßstäbe für die einzelnen Rehabilitationsleistungen wird demzufolge nicht vorgenommen. Voraussetzung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ist gem. § 4 der Empfehlungen die Operationalisierung des Qualitätsbegriffes: Der Begriff der Qualität lässt sich demnach einteilen in die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Strukturqualität benennt demnach die Rahmenbedingungen, welche notwendig sind, um die vereinbarte Leistung zur Teilhabe erbringen zu können.

²⁹⁷ § 20 Abs. 3 SGB IX.

²⁹⁸ Gemeinsame Empfehlungen (GE) zu finden unter www.bar-frankfurt.de. Stand: April 2006.

²⁹⁹ Fassung der ICF zu finden unter www.dimdi.de. Stand der ICF: Oktober 2004.

³⁰⁰ § 1 Nr. 2 der GE.

³⁰¹ Vgl. den Leistungskatalog des § 26 Abs. 2 SGB IX.

Hierzu gehören unter anderem das Vorhandensein eines Konzepts, räumliche, sachliche und personelle Ausstattung der jeweiligen Einrichtung, Leistungsangebote, sowie Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter. Die Prozessqualität bezieht sich auf die Planung, Strukturierung und den Ablauf der Leistungserbringung sowie die Beurteilung der sachgerechten Durchführung. Insbesondere werden hierunter erfasst: Interdisziplinäre Feststellung des individuellen Rehabilitations-, Förder- bzw. Hilfebedarfs, Vereinbarung individueller Rehabilitationsziele mit dem Leistungsberechtigten, Erstellung und Fortschreibung eines Rehabilitationsplans, sachgerechte Durchführung der Leistung, Dokumentation und Bewertung des Verlaufs und die Kooperation mit den vor- und nachbehandelnden Einrichtungen, Diensten und der Selbsthilfe. Die Ergebnisqualität bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß die mit der Leistung angestrebten individuellen und generellen Ziele erreicht werden. Durch die Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität lassen sich die Maßstäbe für die erforderliche Qualität im Sinne des § 20 SGB IX genau festlegen, wodurch eine einheitliche Qualitätssicherung – welche durch ein einheitliches Qualitätsmanagement durch die Leistungserbringer präzisiert wird - auf Seiten der Leistungsträger und Leistungserbringer ermöglicht wurde.

(c) Verfahren zur Qualitätssicherung

Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer ist für das Erreichen der qualitativen Anforderungen unerlässlich. Nach den Grundsätzen der Qualitätssicherung in § 3 der Gemeinsamen Empfehlungen zu § 20 SGB IX hat eine Bewertung der Qualität der Leistungen auch durch den jeweiligen Leistungsberechtigten durch eine systematische Befragung zu erfolgen. Das Verfahren zur Qualitätssicherung ist in §§ 5 ff. der Empfehlungen festgelegt: Grundlage für die Qualitätssicherung sollen hiernach standardisierte Dokumentationen über die jeweiligen Leistungen/Leistungsbedingungen durch die Leistungserbringer sein. Die Rehabilitationsträger haben auf diese Weise die Möglichkeit, die einzelnen Leistungsschritte, sowie eine etwaige Vernetzung mit anderen Leistungserbringern durch eine routinemäßige Auswertung zu überprüfen. Zur Gewährleistung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden unterschiedliche Anforderungen an die einzelnen Dokumentationen gestellt: Zur Gewährleistung der Strukturqualität haben die Rehabilitationsträger gegebenenfalls mit Beteiligung der Leistungserbringer Kriterienkataloge zur Ausstattung, Methoden und zum Verfahren der Einrichtungen zu erstellen. Diese Strukturkriterien werden in regelmäßigen Abständen anhand standardisierter Erhebungsbögen bei den Leistungserbringern abgefragt.

Zur Gewährleistung der Prozessqualität haben die Rehabilitationsträger die Indikatoren und Kriterien festzulegen, mit denen die Leistungserbringer die Merkmale der Prozessqualität erfassen, beschreiben und dokumentieren können. Beispielsweise haben die Leistungserbringer hierzu Angaben über die konkrete, operationalisierbare Leistungs- und Maßnahmenplanung bei Leistungsbeginn sowie über die Beendigung einer Leistung zu machen. Das Erreichen von Ergebnisqualität soll ebenfalls durch Kriterien festgelegt werden, welche von den Rehabilitationsträgern erstellt wurden. Hierfür ist es vor allen Dingen wichtig zu erfahren, wie die Beteiligten, wie z.B. Ärzte, Therapeuten, sonstiges Fachpersonal und die Berechtigten selbst den Erfolg einer konkreten Maßnahme (beispielsweise durch einen Soll-Ist-Vergleich) einschätzen. Auf der Grundlage der Dokumentationen, welche von den Leistungserbringern erstellt worden sind, können die Rehabilitationsträger nach §§ 6 und 7 der Empfehlungen der BAR vergleichende Qualitätsanalysen durchführen. Auf diesem Wege wird es ihnen ermöglicht, Qualitätsprofile der jeweiligen Einrichtungen sowie deren Leistungen zu erstellen. Die Ergebnisse der Qualitätsanalysen haben die Rehabilitationsträger gem. § 7 Nr. 1 der Gemeinsamen Empfehlungen an die Leistungserbringer zurückzumelden, wodurch diese die Chance erhalten, für eine stetige Verbesserung der von ihnen geleisteten Qualität zu sorgen. Die Rehabilitationsträger verpflichten sich außerdem gem. § 9 der Empfehlungen, das von ihnen entwickelte Verfahren zur Qualitätssicherung ständig weiterzuentwickeln. Dadurch kann ein stetiger Praxisbezug gewährleistet werden und neue Verfahren, welche beispielsweise in der Medizin- oder Rehabilitationsforschung entwickelt worden sind, einbezogen werden.

Bei einer optimalen Durchführung des Verfahrens zur Qualitätssicherung gem. § 20 SGB IX in Verbindung mit den Gemeinsamen Empfehlungen der BAR ist es somit möglich, die von den Leistungserbringern und -trägern erbrachte Qualität in der medizinischen Rehabilitation auf einem hohen Niveau zu halten. Dadurch kann eine ausreichende Qualität im Sinne des § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX von den Rehabilitationsträgern sichergestellt werden.

bb) Verträge mit Leistungserbringern

Die Bereitstellungsverantwortung der Rehabilitationsträger gem. § 19 SGB IX erfordert hinsichtlich Anzahl und Qualität der Einrichtungen eine flächendeckende Umsetzung. Wie bereits erwähnt, soll die Qualität der Einrichtungen durch Maßnahmen und Verfahren der Qualitätssicherung, welche in § 20 SGB IX in Verbindung mit den Gemeinsamen Empfehlungen der BAR geregelt wurden, gewährleistet werden. Fraglich ist, wie sich diese Anforderungen in der Praxis umsetzen lassen, d.h. inwieweit sie in den Verträgen mit den Leistungserbringern berücksichtigt wurden.

(1) § 21 SGB IX

Zum einen besteht für die Rehabilitationsträger die Möglichkeit, Verträge mit Leistungserbringern gem. § 21 SGB IX abzuschließen, soweit diese nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen. An den Inhalt dieser Verträge sind bestimmte Mindestanforderungen zu stellen, sowie einheitliche Grundsätze zu beachten³⁰².

(a) Mindestanforderungen, § 21 Abs. 1 SGB IX

Um die qualitativen Anforderungen des § 20 SGB IX in Verbindung mit den gemeinsamen Empfehlungen der BAR zu erreichen³⁰³, stellt § 21 Abs. 1 SGB IX Mindestanforderungen an den Inhalt der Verträge zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern auf: Inhaltliche Mindestanforderungen sind danach insbesondere Regelungen über die Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste³⁰⁴, die Übernahme von Grundsätzen der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen³⁰⁵, Rechte und Pflichten der Teilnehmer, soweit sich diese nicht bereits aus dem Rechtsverhältnis ergeben, das zwischen ihnen und dem Rehabilitationsträger besteht³⁰⁶, angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten der Teilnehmer an der Ausführung der Leistungen³⁰⁷, Geheimhaltung personenbezogener Daten³⁰⁸, sowie die Beschäftigung eines angemessenen Anteils behinderter, insbesondere schwerbehinderter Frauen³⁰⁹.

(aa) Wunsch- und Wahlrecht der Teilnehmer

Unter anderem haben die Verträge über die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe auch Regelungen zu enthalten, welche die Rechte und Pflichten der Teilnehmer sowie deren Mitwirkungsmöglichkeiten beinhalten. Dies soll jedoch nur dann geschehen, soweit sich die Rechte und Pflichten nicht bereits aus einem Rechtsverhältnis ergeben, welches unmittelbar zwischen dem Teilnehmer und dem Rehabilitationsträger besteht. Die Pflichten der Teilnehmer richten sich insbesondere nach den Mitwirkungspflichten gem. §§ 60 – 65 SGB I. Diese

³⁰² § 21 Abs. 1 und 2 SGB IX.

³⁰³ Zur Zielsetzung des § 21 SGB IX Vgl. BT-Drucks. 14/5074, S. 104 f.

³⁰⁴ § 21 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX.

³⁰⁵ § 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX.

³⁰⁶ § 21 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX.

³⁰⁷ § 21 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX.

³⁰⁸ § 21 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX.

³⁰⁹ § 21 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX.

Pflichten bestehen bei Beantragung einer Leistung oder anderen Verfahrenshandlungen direkt gegenüber dem Sozialleistungsträger³¹⁰. Des Weiteren gilt beispielsweise das Wunsch- und Wahlrecht aus § 9 Abs. 1 SGB IX, wonach bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen wird, unmittelbar im Verhältnis zwischen Leistungsberechtigten und Rehabilitationsträger³¹¹. Die Rechte und Pflichten der Teilnehmer finden deshalb nach § 21 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX nur Berücksichtigung, soweit ihnen nicht schon durch eine unmittelbare Geltung der §§ 60 – 65 SGB I oder des § 9 SGB IX Rechnung getragen wurde. Des Weiteren haben gem. § 9 Abs. 3 SGB IX Leistungen, Dienste und Einrichtungen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände zu lassen und ihre Selbstbestimmung zu fördern. Fraglich ist hierbei, wann die Grenzen der berechtigten Wünsche der Leistungsberechtigten im Sinne des § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB IX erreicht worden sind. Als Wünsche kann man grundsätzlich alle von den Leistungsberechtigten geäußerten oder anderweitig deutlich gemachten Präferenzen und Vorstellungen in Bezug auf die Leistung zur Teilhabe bezeichnen³¹². Beispielsweise wären hier Wünsche über Umfang und Ort der Leistungserbringung, sowie über Intensität und Qualität der im Rahmen der Leistungserbringung verwendeten Methoden zu nennen³¹³.

Eine Aufzählung von Gründen, welche zu berechtigten Wünschen führen können, findet sich in § 9 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB IX: Danach wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter und das Geschlecht, die Familie, sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse Rücksicht genommen; im Übrigen gelte § 33 SGB I. Die Hinzufügung des Wortes „auch“ lässt darauf schließen, dass es sich dabei nicht um eine abschließende Aufzählung handelt³¹⁴. Eine Einzelfallbetrachtung der Wunsch- und Wahlmöglichkeiten des Leistungsberechtigten erscheint somit unerlässlich. Dies lässt sich auch aus dem Verweis auf § 33 SGB I folgern: Hiernach sind bei der Ausgestaltung von Rechten und Pflichten die persönlichen Verhältnisse des Berechtigten oder Verpflichteten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen; dies jedoch nur, wenn der Inhalt nach Art oder Umfang nicht im einzelnen be-

³¹⁰ Seewald, Kasselner Kommentar, Vor §§ 60-67 SGB I, Rn. 14-17.

³¹¹ Vgl. Welti, HK-SGB IX zu § 21, Rn. 25.

³¹² Welti, HK-SGB IX zu § 9, Rn. 15.

³¹³ Fuchs/Lewering in Bähr/Fuchs/Krauskopf/Lewering zu § 9 SGB IX, Rn. 5.

³¹⁴ So auch Mrozynski, SGB IX Teil 1 zu § 9, Rn. 3.

stimmt ist³¹⁵. Dabei handelt es sich um das so genannte „Gebot der individuellen Leistungskonkretisierung“³¹⁶.

Auf die subjektiven Wünsche des Leistungsberechtigten wird unter dem Blickwinkel einer Angemessenheitsprüfung eingegangen: Den jeweiligen Wünschen soll in den Fällen entsprochen werden, in denen sie angemessen sind³¹⁷. Grundsätzlich ist dabei jeder Wunsch als angemessen anzusehen; es muss nicht einmal eine Begründung des Wunsches erfolgen³¹⁸. Eine Unangemessenheit kann lediglich beim Vorliegen besonderer Gründe angenommen werden³¹⁹. Die Prüfung der Angemessenheit erweist sich hier somit als relativ großzügig und wird nur durch eine negative Prüfung vorgenommen: Nicht das Vorliegen der Angemessenheit muss deutlich gemacht werden, sondern allenfalls das Vorliegen von Unangemessenheit in besonderen Ausnahmefällen. Da § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB IX einen eindeutigen Verweis auf § 33 SGB I enthält, lässt sich die Frage nach berechtigten Wünschen im Kontext dieser Vorschrift auslegen. Als berechtigt im Sinne des SGB IX können somit mindestens die Wünsche anerkannt werden, welche als angemessen im Sinne des § 33 SGB I gelten³²⁰. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Grenzen berechtigter Wünsche indes noch ein wenig weiter zu ziehen sind als die der angemessenen Wünsche: Hierfür spricht beispielsweise die nicht abschließende Aufzählung in § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB IX. Trotz des Verweises auf § 33 SGB I lässt das Wunsch- und Wahlrecht im SGB IX daher möglicherweise eine weitergehende Betrachtung zu. Zwar gilt der Vorbehalt abweichender Regelungen gem. § 37 Satz 2 SGB I nicht für die §§ 1 bis 17 und 31 bis 36; d.h. eine dem § 33 SGB I entgegenstehende Auslegung erscheint unzulässig. In der Literatur wird aber teilweise die Auffassung vertreten, dass speziellere Vorschriften zwar keine Einschränkung des § 33 SGB I, wohl aber weitergehende Rechte begründen können³²¹. Der § 9 SGB IX stellt damit eine Konkretisierung des § 33 Satz 2 SGB I hinsichtlich der Ausgestaltung der Leistungen dar. Wenn man allerdings davon ausgeht, dass die Prüfung der Angemessenheit relativ großzügig ausfällt, dürfte der Umfang der berechtigten Wahlmöglichkeiten und Wünsche, welche nicht unter § 33 Satz 2 SGB I fallen, verhält-

³¹⁵ § 33 Satz 1 SGB I.

³¹⁶ Hierzu *Welti/Sulek*, VSSR 2000, 453 (458 ff.).

³¹⁷ § 33 Satz 2 SGB I.

³¹⁸ BVerwGE 35, 287 (290) zu § 3 Abs. 2 BSHG a.F.

³¹⁹ *Mrozynski*, SGB I, zu § 33, Rn. 9.

³²⁰ BT-Drucks. 14/5074, S. 100, Vgl. auch *Löschau*, GK-SGB IX zu § 9, Rn. 14.

³²¹ *Rüfner* in *Wannagat/Eichenhofer*, SGB I, § 33, Rn. 5; so auch *Welti*, HK-SGB IX zu § 9, Rn. 7. *Mrozynski*, SGB I, § 37, Rn. 6 ist hingegen der Auffassung, dass im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches kein Günstigkeitsprinzip zum Ausdruck komme.

nismäßig gering sein³²². Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass einer Überprüfung von Rechten der Teilnehmer nach § 21 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX die Frage, ob ein berechtigter Wunsch gem. § 9 Abs. 1 SGB IX vorliegt, vorausgeht. Die gegebenenfalls nachfolgende Prüfung der inhaltlichen Anforderungen gem. § 21 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX hat dann unter zusätzlicher Berücksichtigung des § 9 SGB IX zu erfolgen.

(bb) Verpflichtung zum Vertragsschluss?

Wie bereits erwähnt, werden in § 21 Abs. 1 SGB IX die Mindestanforderungen an Verträge zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern genannt. Umstritten ist dabei die Frage, ob aus dem Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten gem. § 9 SGB IX sogar eine Verpflichtung des Rehabilitationsträgers zum Vertragsschluss mit bestimmten Einrichtungen hergeleitet werden kann. Das Wahlrecht würde somit in Verbindung mit § 21 Abs. 1 SGB IX nicht nur den Inhalt der Verträge regeln (die Frage des „wie“ des Vertrages, welche sich an die inhaltliche Ausgestaltung richtet), sondern könnte dann auch Einfluss auf den Vertragsschluss an sich nehmen (die Frage des „ob“ des Vertrages). Diese Frage wird in Literatur und Rechtsprechung unterschiedlich beantwortet: So ist im Gesetzesentwurf des SGB IX zunächst davon ausgegangen worden, dass ein Wunsch nur dann als berechtigt im Sinne des § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB IX gilt, wenn mit der jeweiligen Einrichtung bereits ein Vertrag gem. § 21 SGB IX geschlossen worden ist³²³. Von dieser Sichtweise geht auch die bisherige Rechtsprechung aus. So wird in einem Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 12. Januar 2004³²⁴ unter Bezugnahme auf die Gesetzesbegründung zu § 9 SGB IX ausgeführt, dass ein Wunsch als nicht berechtigt im Sinne des § 9 SGB IX gilt, wenn der behinderte Mensch Leistungen in einer Einrichtung erhalten möchte, die nicht vom Rehabilitationsträger betrieben wird und mit welcher dieser keinen Vertrag geschlossen hat. In der Entscheidung wird zwar auch auf die in Teilen der Literatur vertretene Gegenmeinung eingegangen, wonach unter Umständen eine Verpflichtung des Rehabilitationsträgers zum Vertragsschluss besteht (siehe unten); dieser Auffassung folgte das Gericht jedoch nicht, weil es zu der Überzeugung gelangte, dass es letztlich dazu führen könnte, dass der Rehabilitationsträger ansonsten mit einer

³²² So auch *Mrozynski*, SGB IX Teil 1 zu § 9, Rn. 1, der davon ausgeht, dass die Frage der Abweichung von § 33 SGB I aufgrund seiner allgemeinen Formulierung kaum praktische Bedeutung erlangen dürfte.

³²³ Begründung vom 16.01.2001; BT-Drucks. 14/5074; S. 100; zustimmend *Götz* in *Kossens/ von der Heide/ Maaß* zu § 9 SGB IX, Rn. 10.

³²⁴ NZS 2004, 653 (653); Vgl. auch das Urteil vom Bayerischen LSG vom 26. November 2003, Az: L 16 RJ 263/03, in dem eine mögliche Verpflichtung zum Vertragsschluss nach § 21 SGB IX zwar erwähnt, aber letztlich offen gelassen wurde.

Unzahl von Einrichtungen Verträge abschließen müsste. Eine höchstrichterliche Entscheidung findet sich zu dieser Problematik bislang nicht. Ob sich tatsächlich eine solche Konsequenz, wie im Urteil des LSG Rheinland-Pfalz ausgeführt, ergeben würde, bliebe aber abzuwarten, da es in jedem Fall auf eine genaue Einzelfallbetrachtung ankäme; d.h. es würde genau zu prüfen sein, ob die vom Leistungsberechtigten gewünschte Einrichtung tatsächlich in den Punkten Qualität, Leistungsangebot und auch Wirtschaftlichkeit vergleichbar wäre. Eine tatsächliche Verpflichtung zum Vertragsschluss mit speziellen Einrichtungen käme daher voraussichtlich nur in Ausnahmefällen vor.

Abweichend von der Gesetzesbegründung wird diese Problematik in Teilen der Literatur behandelt: So wird beispielsweise geltend gemacht, dass der Träger der Rentenversicherung als zuständiger Rehabilitationsträger nicht allein deshalb den Wunsch des Leistungsberechtigten als nicht berechtigt ablehnen kann, weil mit der Einrichtung kein schriftlicher Vertrag gem. § 21 SGB IX besteht oder die Einrichtung nicht zu den bisher belegten Einrichtungen gehört. In Einzelfällen sei demnach unter Berücksichtigung der gestärkten Wunschrechte der Berechtigten durch Belegung der gewünschten Einrichtung ein Vertrag zu schließen; dies zumindest dann, wenn der Träger nicht in der Lage ist, eigene oder Vertragseinrichtungen rechtzeitig anzubieten, mit denen er seine Pflicht nach § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB IX erfüllen kann und die Leistung in der gewünschten Einrichtung mit gleicher Wirksamkeit und zumindest ebenso wirtschaftlich erbracht werden kann³²⁵.

Ebenso wird vertreten, dass eine Lösung des Konflikts über die Leistungserbringung als Geldleistung³²⁶ oder über das persönliche Budget³²⁷ herbeigeführt werden könne³²⁸. So besteht nach § 9 Abs. 2 Satz 1 SGB IX die Möglichkeit, Sachleistungen zur Teilhabe, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind, auf Antrag der Leistungsberechtigten als Geldleistungen zu erbringen, wenn die Leistungen hierdurch voraussichtlich bei gleicher Wirksamkeit wirtschaftlich zumindest gleichwertig ausgeführt werden können. Eine Lösung über die Erbringung als Geldleistung sei jedoch nur dann empfehlenswert, wenn sich der Wunsch auf eine Leistung bezieht, die nicht in einer Rehabilitationseinrichtung ausgeführt werden muss³²⁹; d.h. das Sachleistungsprinzip hier Anwendung finden kann. Selbst wenn man diesem Ansatz zustimmt, scheidet die Möglichkeit der Konfliktlösung über § 9 Abs. 2 SGB

³²⁵ Haines, LPK-SGB IX zu § 9, Rn. 6.

³²⁶ § 9 Abs. 2 SGB IX.

³²⁷ § 17 Abs. 2 SGB IX.

³²⁸ So Welti, HK-SGB IX zu § 9, Rn. 23.

³²⁹ Welti, SGB 2003, 379 (386).

IX in Fällen der medizinischen Rehabilitation jedoch aus, da gerade medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen ausgeführt werden müssen. Es ist daher allenfalls die Frage zu stellen, ob zu Recht kein Vertrag im Sinne des § 21 SGB IX besteht, d.h. ob es vergleichbare Einrichtungen des Rehabilitationsträgers gibt, in denen die Leistung mit gleicher Wirksamkeit erbracht werden kann. Ziel der Einführung des Wunsch- und Wahlrechtes nach § 9 SGB IX ist unter anderem, die Gestaltungsmöglichkeiten des Leistungsberechtigten hinsichtlich der Wahl und Ausführung der Leistungen zur Teilhabe zu erhöhen und dessen Recht auf Selbstbestimmung trägerübergreifend zu konkretisieren³³⁰. Da den Wünschen des Berechtigten somit in einem besonderen Maße Beachtung geschenkt werden soll, stellt sich die Frage, ob eine Verpflichtung zum Vertragsschluss – wie im Gesetzesentwurf angenommen – tatsächlich so ohne weiteres abgelehnt werden kann. Zumindest sollte offen gelassen werden, ob eine Verpflichtung zum Vertragsschluss im Interesse des Leistungsberechtigten bejaht werden kann, wenn der Rehabilitationsträger nachweislich nicht in der Lage ist, rechtzeitig eigene oder Vertragseinrichtungen zur Verfügung zu stellen. Auf eine umfassende Einzelfallbetrachtung kann in derartigen Fällen allerdings nicht verzichtet werden, so dass auch die vom LSG Rheinland-Pfalz angenommene Befürchtung, es könnte zu einer Vielzahl neuer Vertragsabschlüsse kommen, unberechtigt ist. Für chronisch Kranke könnte diese Frage von besonderer Relevanz sein, denn da chronisch Kranke aufgrund der Komplexität ihrer Krankheit oftmals besondere Anforderungen an ihre medizinische Behandlung stellen müssen, wäre es denkbar, dass sich bei speziellen Krankheitsbildern keine vergleichbare Einrichtung unter denen findet, mit welchen bereits ein Vertrag abgeschlossen worden ist. Unter Berücksichtigung der gestärkten Wunschrechte der Berechtigten erscheint es daher möglich, dass aufgrund eines speziellen Behandlungserfordernisses wegen einer chronischen Krankheit eine Verpflichtung des Rehabilitationsträgers besteht, einen Vertrag mit einer geeigneten Einrichtung abzuschließen.

(b) Einheitliche Grundsätze, § 21 Abs. 2 SGB IX

Nach § 21 Abs. 2 Satz 1 SGB IX haben die Rehabilitationsträger darauf hinzuwirken, dass die Verträge nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Um dieses Ziel zu erreichen, können sie Gemeinsame Empfehlungen³³¹ sowie Rahmenverträge mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und –einrichtungen vereinbaren. Inhalt der Gemeinsamen

³³⁰ Löschau, GK-SGB IX zu § 9, Rn. 1; zur Zielsetzung des § 9 SGB IX vgl. auch Neumann, ZFSH/SGB 2003, 392 (392 ff.).

³³¹ Gemeinsame Empfehlungen gem. § 13 SGB IX.

Empfehlungen sollen dabei vor allen Dingen die in § 21 Abs. 1 SGB IX genannten Mindestanforderungen sein³³². Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz ist bei der Erstellung der gemeinsamen Grundsätze zu beteiligen³³³.

(2) § 111 SGB V

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es nach den §§ 107 SGB V ff. eigene, spezialgesetzliche Vorschriften, welche die vertraglichen Beziehungen zwischen den Krankenkassen und zugelassenen Einrichtungen, wie Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen regeln³³⁴.

(a) Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Der Umfang medizinischer Vorsorge- bzw. Präventionsleistungen, welche von der Krankenkasse gewährt werden, richtet sich nach §§ 20 ff. SGB V. Präventive Maßnahmen spielen besonders zur Vermeidung chronischer Krankheiten, bzw. zur Verhinderung einer Verschlimmerung eine wichtige Rolle. Zu unterscheiden ist hierbei zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention³³⁵.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in §§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 40 ff. SGB V geregelt. Medizinische Rehabilitationsleistungen sind danach in erster Linie ambulant und – subsidiär dazu – stationär zu erbringen³³⁶. Für chronisch Kranke erwähnenswert ist außerdem § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V³³⁷ als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, wonach die Krankenkasse wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen kann; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind dabei einzubeziehen, wenn dieses aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

(b) Zulassung von Einrichtungen

³³² Haines, LPK-SGB IX zu § 21, Rn. 12.

³³³ § 21 Abs. 2 Satz 2 SGB IX.

³³⁴ Vgl. § 107 SGB V.

³³⁵ Zu den Präventionsleistungen im einzelnen: Siehe unten, Glied.-Pkt. D.I.

³³⁶ § 40 Abs. 1 und 2 SGB V.

³³⁷ Eingeführt zum 01.01.2000, zur Begründung BT-Drucks. 14/1245, S. 66.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung sind solche Einrichtungen, die der stationären Behandlung der Patienten dienen³³⁸, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen³³⁹, und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können³⁴⁰. Eine ausreichende ärztliche Überwachung und Betreuung ist gegeben, wenn der Arzt eine Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durchführt, bei der Aufstellung des Therapieplans mitwirkt und während des stationären Aufenthaltes den Patienten an bestimmten Tagen zur Verfügung steht. Nicht erforderlich ist hingegen, dass die zur Betreuung der Patienten erforderlichen Ärzte beim Träger der Einrichtung angestellt sind³⁴¹. Nach § 111 Abs. 1 SGB V dürfen Krankenkassen medizinische Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung, welche eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V besteht. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in § 111 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen mit den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu schließen³⁴². Die Einrichtungen müssen hierfür zum einen die Anforderungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen³⁴³. Des Weiteren werden Verträge dieser Art nur abgeschlossen, falls es für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig erscheint³⁴⁴. Mit dem Begriff „be-

³³⁸ § 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe a) und b) SGB V; nach dem Urteil des BSG vom 5. Juli 2000, NSZ 2001, 357 (359), gehört zur stationären Behandlung nur die vollstationäre, nicht aber die teilstationäre Behandlung, da diese einen Unterfall der ambulanten Rehabilitation bildet.

³³⁹ § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V.

³⁴⁰ § 107 Abs. 2 Nr. 3 SGB V.

³⁴¹ *Knittel* in Krauskopf, Soziale Kranken- und Pflegeversicherung zu § 107 SGB V, Rn. 6 und 7.

³⁴² § 111 Abs. 2 Satz 1, 1. HS SGB V.

³⁴³ § 111 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

³⁴⁴ § 111 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V.

bedarfsgerecht“ soll dabei sichergestellt werden, dass neben der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit gerade auch Bedarfsnotwendigkeit gegeben sein muss³⁴⁵.

(aa) Bedarfsgerechtigkeit

Das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit ist mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992³⁴⁶ in die Vorschrift des § 111 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V eingeführt worden. Wie oben erwähnt, heißt es in der Gesetzesbegründung, dass damit sichergestellt werden soll, dass Bedarfsnotwendigkeit beim Abschluss eines Versorgungsvertrages gegeben ist. Die *Bedarfsgerechtigkeit* wird hier an das Bestehen von *Bedarfsnotwendigkeit* gebunden: Bedarfsgerechtigkeit kann demzufolge nur erreicht werden, wenn Notwendigkeit zum Abschluss eines Vertrages vorhanden ist³⁴⁷. Besonders unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten erscheint das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit jedoch als schwierig einzuordnen. So muss beachtet werden, dass jede Einschränkung einer Zulassung unter Bedarfsgesichtspunkten einen Eingriff in das durch Art. 12 I GG geschützte Grundrecht der Berufsfreiheit darstellt³⁴⁸.

Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts stellt eine Bedarfszulassung im Krankenhausbereich einen schwerwiegenden Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit, welcher einer Beschränkung der Berufswahl nahe kommt, dar³⁴⁹. Die Bedarfszulassung von Krankenhauseinrichtungen unterscheidet sich allerdings in weiten Teilen von der Zulassung von Rehabilitationseinrichtungen: So wird in einem Urteil des BSG vom 19.11.1997³⁵⁰ klargestellt, dass „bei der Zulassung von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen eine verfassungskonforme Auslegung des Begriffes „bedarfsgerecht“ (...) geboten (ist), die sich von der Krankenhausbehandlung unterscheidet“. Als Gründe hierfür werden angeführt, dass die Krankenkassen – im Unterschied zur Krankenhausbehandlung – weitgehend Einfluss auf die Bewilligung und die Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen haben und damit auch auf die Kostenentwicklung. „Der Gesichtspunkt der Kostendämpfung verlangt deshalb (...) nicht so dringend eine Begrenzung der Leistungsanbieter wie im Krankenhausbereich“. Eine Einschränkung der Zulassung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen unter dem Aspekt der Bedarfsgerechtigkeit erscheint daher unter Beachtung von Art. 12 GG als verfassungs-

³⁴⁵ BT-Drucks. 12/3608, S. 101.

³⁴⁶ BGBl I 1992, S. 2266.

³⁴⁷ Es muss also ein kollektiver Bedarf bestehen, vgl. hierzu Glied.-Pkt. C.II.1.a).

³⁴⁸ *Knittel* in Krauskopf, Soziale Kranken- und Pflegeversicherung zu § 111 SGB V, Rn. 8.

³⁴⁹ So BVerfGE 82, 209 (229 f); nach diesem Urteil kann im Falle der Bedarfszulassung von Krankenhäusern der Eingriff in Art. 12 GG aber gerechtfertigt werden.

³⁵⁰ BSGE 81, 189 (196).

rechtlich problematisch. Das BSG hat diese Frage trotz seiner verfassungsrechtlichen Bedenken offen gelassen. In dem Urteil wird allerdings darauf hingewiesen, dass die Einrichtung, welche sich um den Abschluss eines Versorgungsvertrages bemüht, zumindest die Möglichkeit haben muss, die Zulassungsentscheidung nachprüfen zu können, um ggf. Rechtsschutz in Anspruch nehmen zu können. Die Verbände der Krankenkassen sind somit angehalten, nachvollziehbare Entscheidungskriterien festzulegen, welche eine Beurteilung der gegenwärtigen und zukünftigen Bedarfssituation für die betroffene Einrichtung zulassen³⁵¹. Soweit durch die jeweilige Rehabilitationseinrichtung gewährleistet ist, dass eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gem. § 111 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfolgen kann, kann alleine das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit somit keine Rechtfertigung darstellen, freie Anbieter von Rehabilitationsleistungen von der Versorgung der Versicherten auszuschließen³⁵². Es bedarf zumindest einheitlicher Kriterien, welche die Zulassungsanforderungen genau festlegen.

Anders als für den Bereich der Zulassung von Krankenhäusern, bei dem gem. § 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V ein Versorgungsvertrag gem. § 108 Nr. 3 SGBV nur abgeschlossen werden darf, wenn dies für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten erforderlich ist³⁵³, kann für die Zulassung von kostendeckend und wirtschaftlich arbeitenden Rehabilitationseinrichtungen grundsätzlich auch keine Obergrenze von den Krankenkassen festgelegt werden. Da eine öffentliche Förderung von Rehabilitationseinrichtungen – wie in § 4 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG³⁵⁴) für Krankenhäuser vorgesehen – gem. § 5 Abs. 1 Nr. 7 KHG außerdem nicht erfolgt, können auch keine Kostengründe von der Krankenkasse angeführt werden, weshalb die Zulassung von Rehabilitationseinrichtungen beschränkt werden soll. Soweit eine Krankenkasse den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit einer Einrichtung nur unter Hinweis auf die fehlende Bedarfsgerechtigkeit im Sinne des § 111 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V ablehnt, erscheint dies im Wege einer verfassungskonformen Auslegung somit nicht gerechtfertigt. Die antragstellende Einrichtung muss zudem anhand festgelegter Kriterien die Möglichkeit erhalten, die Entscheidung der Krankenkasse nachvollziehen zu können.

(bb) Verhältnis § 111 SGB V zu § 21 SGB IX

³⁵¹ Hess, Kasseler Kommentar, § 111 SGB V, Rn. 3a.

³⁵² So auch BSGE 89, 294 (300 ff.).

³⁵³ Hänlein, LPK-SGB V zu § 110, Rn. 12.

³⁵⁴ Nr. 5/20 Aichberger-Gesetzestextsammlung.

Soweit sich der Abschluss von Versorgungsverträgen für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 111 Abs. 2 SGB V richtet, wirft dies die Frage auf, inwieweit die Mindestanforderungen des § 21 Abs. 1 SGB IX, sowie die Verpflichtung zu einheitlichen Grundsätzen³⁵⁵ und die Kündigungspflicht³⁵⁶ an den Inhalt solcher Verträge Berücksichtigung finden. Mindestanforderungen werden hierbei unter anderem an die Qualität der Leistungsausführung und das beteiligte Personal gestellt, sowie an Rechte, Pflichten und Mitwirkungsmöglichkeiten der Teilnehmer.

Nach § 69 Satz 1 SGB V regelt das 4. Kapitel des SGB V (§§ 69 – 140 h SGB V) *abschließend* die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden. Hintergrund für die Einführung dieser abschließenden Regelungen ist, dass der Gesetzgeber § 69 SGB V als Grundsatznorm des Leistungserbringungsrechts ausgestalten und damit klarstellen wollte, dass die Rechtsbeziehungen des 4. Kapitels des SGB V allein sozialversicherungsrechtlicher und nicht privatrechtlicher Natur sind³⁵⁷. Fraglich ist, ob und inwieweit die Vorschrift des § 21 SGB IX trotz dieser abschließenden Regelungen noch Anwendung finden kann. Da Zweck der Einführung von §§ 69 ff. SGB V nur die Festlegung der Art der Rechtsbeziehungen als sozialversicherungs- und damit als öffentlich-rechtlich³⁵⁸ sein soll, erscheint es zumindest als möglich, die inhaltlichen Mindestanforderungen des § 21 Abs. 1 SGB IX in einen Versorgungsvertrag zwischen Krankenkasse und Rehabilitationsträger einzubeziehen. Basis für den Abschluss des Versorgungsvertrags wäre dann § 111 SGB V in Verbindung mit § 107 Abs. 2 SGB V; die inhaltlichen Anforderungen des § 21 Abs. 1 SGB IX wären ergänzend heranzuziehen. Hierfür spricht auch der Vorbehalt abweichender Regelungen: Nach § 7 Satz 1 SGB IX gelten die Vorschriften des SGB IX für sämtliche Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den anderen Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Zwar bezieht sich § 7 SGB IX in erster Linie auf die Leistungsgesetze des SGB IX, die Vorschrift enthält also keine eindeutige Regelung über das Leistungserbringungsrecht³⁵⁹. Da das Leistungserbringungsrecht aber untrennbar mit dem Leistungsrecht verbunden ist, lässt sich § 7 Satz 1 SGB

³⁵⁵ § 21 Abs. 2 SGB IX.

³⁵⁶ § 21 Abs. 3 SGB IX.

³⁵⁷ BT-Drucks. 14/1245, S. 68.

³⁵⁸ Hiergegen wendet sich *Mrozynski*, SGB IX Teil 1 zu § 21, Rn. 21, welcher bezweifelt, dass trotz der Einführung von § 69 SGB V das gesamte Leistungserbringungsrecht in der gesetzlichen Krankenversicherung öffentlich-rechtlich organisiert sei.

³⁵⁹ *Welti*, HK-SGB IX zu § 21, Rn. 20.

IX auch auf das Leistungserbringungsrecht anwenden³⁶⁰. Als abweichende Regelung im Sinne des § 7 SGB IX gilt demzufolge der Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 111 Abs. 2 SGB V. Da die §§ 69 ff. SGB V allerdings keine dem Regelungsgehalt von § 21 SGB IX vergleichbaren Bestimmungen enthalten, lassen sich diese Vorgaben insoweit ergänzend hinzuziehen. Diese Problematik wäre sicherlich anders zu handhaben, wenn §§ 69 ff. SGB V nicht nur die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und ihren Leistungserbringern regeln, sondern – ähnlich wie in § 21 SGB IX – inhaltliche Anforderungen an den Abschluss von Versorgungsverträgen stellen würden. In derartigen Fällen wäre § 21 SGB IX aufgrund des Vorbehalts abweichender Regelungen des § 7 SGB IX möglicherweise nicht anwendbar. Die hohen Qualitätsanforderungen, welche durch § 21 SGB IX aufgestellt werden³⁶¹, dienen insbesondere dem Schutz der leistungsberechtigten Personen. Es erscheint daher als notwendig, die Regelungen auch beim Abschluss von Versorgungsverträgen gem. § 111 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 107 Abs. 2 SGB V einzubeziehen. Dies um so mehr, da es insbesondere zu den Zielen des SGB IX gehört, das Rehabilitationsrecht in der Weise zu vereinheitlichen, als dass einheitliche Zugangsmöglichkeiten und auch Qualitätsanforderungen an sämtliche Rehabilitationsleistungen – und damit auch an Rehabilitationseinrichtungen – geschaffen werden. § 21 SGB IX in seiner geltenden Fassung leistet einen wichtigen Beitrag hierzu.

(3) Andere spezialgesetzliche Vorschriften

Folgende Sozialleistungsträger können nach § 6 Abs. 1 SGB IX in Verbindung mit § 5 Nr. 1 SGB IX Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sein: Die gesetzlichen Krankenkassen³⁶², die Träger der Unfallversicherung³⁶³, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Träger der Alterssicherung für Landwirte³⁶⁴, die Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge³⁶⁵, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe³⁶⁶ und die Sozialhilfeträger³⁶⁷. Wie bereits erwähnt, gelten für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die spezialgesetzlichen Vorschriften der §§ 107 ff. SGB V. Fraglich ist, ob es auch für den Bereich der übrigen rehabilitativen Leistungsträger spezielle Normen gibt, welche die

³⁶⁰ Zur Untrennbarkeit von Leistungs- und Leistungserbringungsrecht: BT-Drucks. 14/1245, S. 68.

³⁶¹ Haines, LPK-SGB IX zu § 21, Rn. 2.

³⁶² § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX.

³⁶³ § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX.

³⁶⁴ § 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX.

³⁶⁵ § 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB V.

³⁶⁶ § 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX.

³⁶⁷ § 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX.

Vertragsabschlüsse zwischen Leistungsträger und –erbringer regeln, oder ob es hier zu einer direkten Anwendung des § 21 SGB IX kommt. In der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung findet sich ein direkter Verweis auf § 21 SGB IX³⁶⁸, was bedeutet, dass die Verträge mit den Leistungserbringern grundsätzlich nach diesen gesetzlichen Grundlagen abgeschlossen werden. Nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung ist es außerdem möglich, stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen zu erbringen, welche vom Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden³⁶⁹. Auf diesem Wege können die Rentenversicherungsträger für spezielle Erkrankungen eigene Fachkliniken betreiben³⁷⁰, wodurch die Kosten oftmals geringer gehalten werden können als bei sonstigen Vertragseinrichtungen. Für den Bereich der Kriegsopferversorgung und -fürsorge gilt gem. § 18 c Bundesversorgungsgesetz (BVG³⁷¹) das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die §§ 107 ff. SGB V finden hier somit mittelbare Anwendung. Eigene vertragliche Regelungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation fehlen auch im Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII). Hier findet sich lediglich in § 40 SGB VIII der Hinweis darauf, dass Krankenhilfe zu leisten ist, wenn Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege, Heimerziehung, intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung oder Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche geleistet wird³⁷², und dass dann die §§ 47 bis 52 SGB XII entsprechend gelten, d.h. die Vorschriften der Sozialhilfe, welche die Hilfen zur Gesundheit beinhalten. Nach § 48 Satz 1 SGB XII werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend den §§ 27 ff. SGB V erbracht, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Hierzu gehören gem. § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V auch medizinische Rehabilitationsleistungen. Sowohl im Kinder- und Jugendhilfegesetz, als auch im Sozialhilfegesetz finden sich somit Verweise auf die Vorschriften des SGB V; d.h. die vertraglichen Gestaltungen, aufgrund derer Leistungen nach den §§ 27 ff. SGB V erbracht werden, finden auch hier ihre Anwendung.

cc) Zwischenergebnis

³⁶⁸ §§ 15 Abs. 2 SGB VI und 34 Abs. 8 SGB VII.

³⁶⁹ § 15 Abs. 2 Satz 1 SGB IX.

³⁷⁰ So zum Beispiel die Fachklinik Aukrug betrieben durch die DRV Nord als Rehabilitationseinrichtung für Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie für Erkrankungen der Atemwege und psychosomatische Erkrankungen; zu finden unter: www.fachklinik-aukrug.de. Stand: Mai 2006.

³⁷¹ Nr. 20/10 Aichberger-Gesetzestextsammlung.

³⁷² §§ 33 bis 35 SGB VII, § 35 a Abs. 2 Nr. 3 oder 4 SGB VIII.

Die Feststellung eines kollektiven Bedarfs an medizinischen Rehabilitationseinrichtungen soll eine ausreichende, d.h. flächendeckende Bereitstellung von Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation (=Bedarfsdeckung) gewährleisten. In der Sache befasst sich die Bereitstellungsverantwortung der Rehabilitationsträger gem. § 19 SGB IX mit dem kollektiven Bedarfsbegriff. Zur Sicherstellung einer ausreichenden Qualität im Sinne des § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX sind gem. § 20 SGB IX in Verbindung mit den Gemeinsamen Empfehlungen der BAR Maßnahmen und Verfahren zur Qualitätssicherung entwickelt worden. Innerhalb des SGB V sind dabei allerdings die abweichenden Vorschriften der §§ 135 a und 137 d SGB V zu beachten. Versorgungsverträge zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern sind unter Beachtung des § 21 SGB IX, bzw. innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung unter weiterer Beachtung des § 111 Abs. 2 SGB V zu schließen.

b) Individueller Bedarf chronisch Kranker an medizinischen Rehabilitationsleistungen

Die Frage danach, ob ein Bedarf eines chronisch Kranken an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht, sowie der Umfang dieser Leistungen werden durch die Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs festgelegt. Anspruchsvoraussetzungen und Leistungsumfang sind dabei untrennbar miteinander verbunden: So ist der individuelle Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein wesentlicher Bestandteil der Konkretisierung individueller Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe und damit Teil des Rechts der Leistungsinhalte³⁷³. Der Umfang der jeweils zu gewährenden medizinischen Rehabilitationsleistungen richtet sich somit nach dem Anspruch bzw. Bedarf des Einzelnen. Die Bindung der Leistungsgewährung an das Bestehen von Rehabilitationsbedarf erscheint dabei besonders unter dem Druck der Notwendigkeit einer wirksamen und wirtschaftlichen Ressourcenverwendung notwendig³⁷⁴. Gerade aufgrund des zu erwartenden Anstiegs von chronischen Krankheiten und dem damit verbundenen steigenden Rehabilitationsbedarf wird eine solche wirtschaftliche Ressourcenverwendung immer bedeutsamer³⁷⁵. Dabei ist es erforderlich, ein optimales

³⁷³ Welti/Raspe, DRV 2004, 76 (77).

³⁷⁴ Fuchs, Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 231 (231); Cibis, DRV 1997, 345 (349) schlagen dabei eine Priorisierung des Rehabilitationsbedarfs nach folgenden Schritten vor: 1. Ethische Prinzipien, Rechte und Pflichten, 2. Qualitative und quantitative Merkmale der Krankheitslast, 3. Zweckmäßigkeit der auf sie bezogenen Interventionen, 4. Risiken und unerwünschte Wirkungen, 5. Direkte und indirekte Kosten, Effizienz, 6. Interessen, Erwartungen und Präferenzen aller Beteiligten.

³⁷⁵ Zur Abschätzung von Rehabilitationsbedarf insbesondere bei chronisch Kranken schlägt Raspe in Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 259 (261) beispielsweise eine Sequenz von 10 Fragen

Verfahren zur Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs zu entwickeln; dieses könnte unter anderem dazu führen eine – oftmals kritisierte – Über- und Unterversorgung in der medizinischen Rehabilitation zu vermeiden³⁷⁶.

aa) Begriffliche Eingrenzung

Bevor man sich mit den für die jeweiligen Leistungsgesetze maßgeblichen Voraussetzungen für das Bestehen eines individuellen Rehabilitationsbedarfs befasst, gilt es zunächst, eine begriffliche Eingrenzung vorzunehmen. So lässt sich beispielsweise aus sozialmedizinischer Sicht der Bedarf gegen die Kategorien Bedürfnis, Nachfrage, Angebot und faktische Versorgung abgrenzen³⁷⁷. Während es sich bei der Nachfrage um eine subjektive Kategorie handelt, mit welcher Wünsche von Versicherten in Bezug auf bestimmte Leistungen beleuchtet werden, lässt sich das Verständnis von Bedarf auch aus einer objektiven Sichtweise angehen; der Bedarf wird dann als objektiver Bedarf bezeichnet.

(a) Objektiver Bedarf

Wichtiges Kriterium für die Bestimmung des objektiven Bedarfs ist der Nutzen einer Rehabilitationsleistung: So wird ein Bedarf anerkannt, wenn eine nicht-triviale Gesundheitsstörung bzw. ein entsprechendes Gesundheitsrisiko gegeben ist *und* die Leistung nachweislich geeignet ist, die Störung im Vergleich zum natürlichen Verlauf ausreichend günstig zu beeinflussen³⁷⁸. Das Bestehen eines objektiven Bedarfs setzt zunächst die objektivierende Feststellung einer Krankheit bzw. Funktionseinschränkung (Behinderung) oder den drohenden Eintritt voraus³⁷⁹. Des Weiteren wird objektiver Bedarf auf Problemlagen begrenzt, für deren Lösungen Ressourcen vorhanden sind, deren Wirkung bezogen auf die Problemlagen evidenzbasiert ist³⁸⁰. Das Nutzenpotential einer Leistung soll demnach im Sinne einer Evidenzbasis festgelegt werden. Folgende Kriterien sollen hierfür herangezogen werden: Die Frage nach einer

vor, bei denen die Frage nach Krankheit und/oder Behinderung und ihrem – chronischen - multidimensionalen Problemprofil sowie der aktiven Mitwirkung des Patienten im Vordergrund stehen.

³⁷⁶ Vgl. Koch, Die BKK 2003, 241 (244); zur Unterversorgung insbesondere bei chronisch Kranken von Törne, Die BKK 2000, 102 (104).

³⁷⁷ Hierzu das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Band III, S. 26, sowie Raspe, ZSR 2004, 446 (446); ders., DRV 2003, 762 (766).

³⁷⁸ Raspe, ZSR 2004, 446 (447).

³⁷⁹ Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Band III, S. 26.

³⁸⁰ Fuchs, Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 231 (231).

ausreichenden Effektivität der jeweiligen Intervention unter Studien- und Alltagsbedingungen, sowie nach einer ausreichenden Eintrittswahrscheinlichkeit und Nachhaltigkeit, und zuletzt die Frage nach der Sicherheit, d.h. einem angemessenen Risiko für unerwünschte Effekte, einer Kosten-Effektivität und der Akzeptanz bei Patienten, Kliniken und Trägern³⁸¹. Nach der Rechtsprechung des BSG vom 19.02.2002³⁸² hingegen besteht ein therapeutisches Nutzenpotential bei einer verwendeten Behandlungsmethode, wenn man von einer generellen Wirksamkeit dieser Methode ausgehen könne. Dies sei der Fall, wenn die Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der durchgeführten Behandlung nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse – beispielsweise durch ärztliche Leitlinien - gesichert seien³⁸³. Die Frage nach dem Nutzen einer Leistung wird hier mit der Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit verbunden.

In der Sozialmedizin wird diesem Urteil eine differenziertere Betrachtungsweise entgegengehalten: So sei von der Wirksamkeit einer Leistung auszugehen, wenn man von positiven Effekten (dies beispielsweise im Vergleich zu einer Gruppe von Patienten, welche keine medizinischen Rehabilitationsleistungen erhalten hat) der jeweiligen Rehabilitationsleistung sprechen kann³⁸⁴. Positive Effekte kann die Erbringung einer medizinischen Rehabilitationsleistung dabei in verschiedenen Bereichen bewirken: So sind positive Effekte im medizinischen Sinne möglich, wie z.B. die Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit durch beispielsweise das Abwenden, Beseitigen oder Mindern chronischer Krankheiten und/oder Behinderungen³⁸⁵. Aber auch positive soziale Effekte sollen durch medizinische Rehabilitationsleistungen angestrebt werden: Durch ausführliche und verständliche Informationen, welche ein krankheitsgerechtes Verhalten ermöglichen und evt. einer Progredienz vorbeugen können, sowie durch Hilfen zur „funktionalen Adaption“ bei eingeschränktem Leistungsvermögen durch gezieltes Auftrainieren ungenutzter Fähigkeiten und durch Hilfen zur Krankheitsbewältigung, wie z.B. Stärkung von Motivation und Selbstverantwortung, Verarbeitung von Aggression, Depression und Trauer, sollen die Rehabilitanden zu einer krankheitsgerechteren Lebensweise angehalten werden³⁸⁶. Zweckmäßig sei eine Leistung im sozi-

³⁸¹ Raspe, DRV 2003, 762 (766).

³⁸² BSG NZS 2003, 206 (209); zum Nachweis der generellen Wirksamkeit für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vgl. auch BSGE 76, 194 (199 ff.).

³⁸³ So auch BSGE 81, 182 (187 f.) zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

³⁸⁴ Raspe, ZSR 2004, 446 (454); Hüppe/Raspe, Die Rehabilitation 2005, 24 (25).

³⁸⁵ § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX.

³⁸⁶ Gerdes/Weis in Bengel/Koch, Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 41 ff. (45).

almedizinischen Sinne allerdings nur dann, wenn die vom Gesetzgeber vorgesehenen Ziele, wie beispielsweise Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI erreicht würden³⁸⁷. Ein Nutzenpotential habe die Leistung wiederum nur, wenn die Zweckmäßigkeit ausreichend häufig und für eine ausreichend lange Zeit festgestellt werden könne. Hier stellt sich allerdings die Frage, wann man von einer „ausreichenden“ Zweckmäßigkeit sprechen kann. Um die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Kategorien, wie Bedarf, Bedürfnis, Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Nutzen etc. nicht noch unnötig durch die Hinzufügung weiterer Attribute, wie dem Kriterium der ausreichenden Dauer zu erschweren, ist es zur Beurteilung einer ausreichenden Zweckmäßigkeit daher zumindest erforderlich, einheitliche Grundsätze hierfür aufzustellen: Es muss genau festgelegt werden, wann die Zweckmäßigkeit ausreichend häufig und ausreichend lange festgestellt worden ist (beispielsweise durch eine genaue Angabe der Zeitdauer, wie lange die vorgegebenen Ziele des Gesetzgebers mindestens erreicht worden sein müssen), damit man von einem Nutzen in diesem Sinne sprechen kann.

Einer weiteren Ansicht zufolge, welche sich mit der Wirksamkeit von Leistungen befasst, lässt sich die Wirksamkeit einer Leistung zugleich auch mit Bedarfsgerechtigkeit verbinden: Nach der Ansicht von *Jäckel* beispielsweise sei bei einer wirksamen rehabilitativen Maßnahme gleichzeitig auch Bedarfsgerechtigkeit dieser Maßnahme gegeben³⁸⁸. Die Weiterentwicklung der Bedarfsgerechtigkeit impliziere damit auch die Verbesserung der Wirksamkeit von Leistungen.

Fasst man die genannten Ansichten zusammen, kann festgehalten werden, dass man vom Nutzen einer Rehabilitationsleistung sprechen kann, wenn die jeweilige Behandlungsform positive Effekte (zu verstehen im medizinisch-sozialen Sinne) bei dem Leistungsberechtigten hervorruft, und damit auch die vom Rehabilitationsträger verfolgten Ziele erreicht werden. Da sich der individuelle Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen – wie oben erwähnt – jedoch nicht nur aus dem Nutzen der Leistung, sondern aus der Verknüpfung einer nicht-trivialen Gesundheitsstörung mit einer nutzenbringenden Leistung zusammensetzt, stellt sich die Frage, in welchen Fällen eine Gesundheitsstörung einen konkreten Bedarf an Leistungen zur Rehabilitation auslöst. Dies wird durch die unterschiedlichen Leistungsgesetze des SGB geregelt. Bereits im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches findet sich ein erster Hinweis

³⁸⁷ *Raspe*, ZSR 2004, 446 (454).

³⁸⁸ *Jäckel*, Die BKK 2003, 234 (236); die Wirksamkeit lässt sich hiernach durch Leitlinienorientierung, Qualitätssicherung, Vernetzung, Nachhaltigkeit der Effekte und Rehabilitationsforschung steigern.

auf die Berücksichtigung des individuellen Bedarfs³⁸⁹: Danach sind bei der Ausgestaltung von Rechten und Pflichten, deren Inhalt nach Art oder Umfang nicht im Einzelnen bestimmt ist, die persönlichen Verhältnisse des Berechtigten oder Verpflichteten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen. Unter Berücksichtigung der spezialgesetzlichen Leistungsnormen, welche sich mit dem individuellen Bedarf sowie der leistungsrechtlichen Ausgestaltung befassen, handelt es sich hierbei um eine zwingende Regelung. Sie bezieht sich einerseits auf die Rechtsfolgenseite sozialrechtlicher Leistungsnormen³⁹⁰, ist andererseits aber auch bei den persönlichen Verhältnissen auf der Tatbestandsseite zu berücksichtigen³⁹¹. Soweit es hier aber um den individuellen Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen geht, das SGB IX insofern als allgemeiner Teil für das Recht der Rehabilitation und Teilhabe fungiert³⁹², sind zunächst die Vorschriften des SGB IX als speziellere Normen heranzuziehen. Im Anschluss daran ist auf die einzelnen Leistungsgesetze einzugehen.

(b) Subjektiver Bedarf

Dem begrifflichen Verständnis vom objektiven Bedarf wird das Verständnis von der Nachfrage einer Leistung entgegengesetzt, welche auch als subjektiver Bedarf bezeichnet wird. Nach dem Gutachten aus 2000/2001, Band III, des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen³⁹³, kann Nachfrage im Kontext der Gesundheitsversorgung so definiert werden, „dass bei einem Individuum ein subjektiver Wunsch bzw. gewisse Präferenzen für eine Behandlung oder Versorgung vorliegen und von ihm die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen tatsächlich gewünscht und versucht wird“. Das Bestehen von objektivem Bedarf ohne einen entsprechenden subjektiven Bedarf und ohne Inanspruchnahme wird hingegen als „latenter Bedarf“ bezeichnet. Subjektiver Bedarf befasst sich also mit dem individuellen Wunsch jedes Versicherten, eine spezielle medizinische Leistung, hier eine medizinische Rehabilitationsleistung, in Anspruch zu nehmen. Hierbei ist es auch möglich, dass der Wunsch nach einer Leistung besteht, zu denen es derzeit noch kein Angebot gibt³⁹⁴.

³⁸⁹ § 33 Satz 1 SGB I.

³⁹⁰ Heinze in von Maydell/Ruland, Sozialrechtshandbuch, Kapitel 8, Rn. 44.

³⁹¹ Welti/Sulek, VSSR 2000, 453 (458 f.).

³⁹² Dies läßt sich unter anderem aus dem Vorbehalt abweichender Regelungen des § 7 SGB IX herleiten; vgl. Mrozynski, SGB IX Teil 1 zu § 7, Rn. 1 ff.

³⁹³ Gutachten, Band III, S. 26.

³⁹⁴ Schwartz/Bitzer, Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 240 (241).

In den Jahren 1997/98 wurde von der LVA Schleswig-Holstein eine postalische Befragung durchgeführt, anhand derer der subjektive Rehabilitationsbedarf von 4400 berufstätigen Versicherten der LVA Schleswig-Holstein ermittelt werden sollte³⁹⁵: Von den 4400 befragten Personen schickten 64 % den Fragebogen wieder zurück; hiervon gaben 23 % einen subjektiven Rehabilitationsbedarf an. Als Ergebnis dieser Befragung konnte festgehalten werden, dass subjektiv rehabilitationsbedürftige Personen im Durchschnitt etwas älter waren und auch schon häufiger an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen hatten als Versicherte, die sich als nicht rehabilitationsbedürftig empfanden. Bei ihnen bestand zudem eine höhere Anzahl von Arbeitsunfähigkeitszeiten³⁹⁶. 88 % der subjektiv Rehabilitationsbedürftigen litten nach eigenen Angaben außerdem an einer oder mehreren chronischen Krankheiten. Hieraus lässt sich ein Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen und Rehabilitationsbedürfnis³⁹⁷ nachweisen: Das eigene Rehabilitationsempfinden entspricht damit auch der medizinischen Realität, wonach in erster Linie bei chronisch kranken Personen ein objektiver Rehabilitationsbedarf besteht und somit auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gewährt werden. Die Befragung zeigt damit, dass auch die Ermittlung des subjektiven Rehabilitationsbedarfs ein wichtiger Faktor sein kann, mit welchem die Bedeutung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch Kranke aufgezeigt wird.

Ein subjektiver Rehabilitationsbedarf liegt demzufolge besonders in Fällen langer Arbeitsunfähigkeitszeiten und dem Bestehen chronischer Krankheiten vor.

bb) Rehabilitationsbedarf von chronisch Kranken nach dem SGB IX

Das SGB IX befasst sich mit der „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“: Hiernach erwartet man ein Regelwerk, welches hauptsächlich Rehabilitations- und Teilhabevorschriften für behinderte Menschen beinhaltet. Da chronische Krankheiten aber häufig die Ursache für Behinderungen sind, gibt es auch Regelungen innerhalb des SGB IX, welche die chronische Krankheit berücksichtigt haben. Konsequenter wäre es allerdings gewesen, nicht nur die Teilhabe und Rehabilitation behinderter Menschen, sondern auch die Teilhabe von chro-

³⁹⁵ Zimmermann/Glaser-Möller/Deck/Raspe, Die Rehabilitation 1999, 122 (122 ff.).

³⁹⁶ Zur Bedeutung von Arbeitsunfähigkeitszeiten zur Bestimmung von Rehabilitationsbedarf, vgl. unten, Glied.-Pkt. C.II.1.b)dd)(3)(c)(bb)(i).

³⁹⁷ Vgl. auch Buschmann-Steinhage in Praxis Klinische Verhaltensmedizin 2003, 253 (254), wonach an die Voraussetzungen für das Vorliegen von Rehabilitationsbedarf höhere Anforderungen als an das Rehabilitationsbedürfnis zu stellen sind: Der Rehabilitationsbedarf liege nur vor, wenn auch Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose vorliegen. Rehabilitationsbedürfnis sei damit nur ein Teilaspekt von Rehabilitationsbedarf.

nisch kranken Menschen zum Gesetzesziel des SGB IX zu machen. Eine solche Zielsetzung wäre auch eher mit einer frühestmöglichen Erbringung von Teilhabe- bzw. Rehabilitationsleistungen vereinbar gewesen.

Aussagen zum individuellen Rehabilitationsbedarf finden sich zum einen in den allgemeinen Leistungszielsetzungen des SGB IX, wie in den §§ 1, 3 und 4 SGB IX, und zum anderen in den spezielleren Leistungszielen der medizinischen Rehabilitation des § 26 SGB IX³⁹⁸. Die chronische Krankheit hat dabei in den §§ 3 und 26 SGB IX gesonderte Erwähnung gefunden, so dass davon auszugehen ist, dass innerhalb des SGB IX ein besonderer Schwerpunkt auf der Prävention und medizinischen Rehabilitation chronischer Krankheiten liegt. Da sich das folgende Kapitel ausschließlich mit der Frage befasst, wann bei chronisch Kranken nach dem SGB IX ein Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht, wird daher in erster Linie auf die speziellere Norm des § 26 SGB IX eingegangen.

(1) Ambulant vor stationär?

Fraglich ist, ob sich aus den Vorschriften des SGB IX ein allgemeiner Vorrang von ambulanten Leistungserbringung vor der stationären Leistungserbringung ergibt. Eine eindeutige Vorschrift gibt es innerhalb des SGB IX hierzu nicht; es wird lediglich ausgeführt, dass Leistungen unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände in ambulanter, teilstationärer oder betrieblicher Form (...) erbracht werden, soweit die Ziele nach Prüfung des Einzelfalls mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind³⁹⁹. Umstritten ist, ob sich hieraus ein Vorrang der ambulanten und teilstationären Leistungserbringung vor der vollstationären folgern lässt.

Im Gegensatz zum SGB IX besteht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein eindeutiger, gesetzlich normierter Vorrang von einer ambulanten Erbringung von Kranken- und Rehabilitationsleistungen vor der stationären Erbringung⁴⁰⁰. Des Weiteren gilt hier das Prinzip der wohnortnahen Leistungserbringung, welches überhaupt erst durch die Entwicklung ambulanter rehabilitativer Angebote möglich erscheint⁴⁰¹. Für den Geltungsvorrang ambulanter Leistungen für den gesamten Bereich des Rehabilitationsrechts spricht ersichtlich das Wirtschaftlichkeitsgebot. Dieses gilt in weiten Teilen des Sozialversicherungsrechts und auch im Bereich des Rehabilitationsrechts⁴⁰². Da davon auszugehen ist, dass ambulante, wohnortnahe

³⁹⁸ Vgl. *Welti/Raspe*, DRV 2004, 76 (78).

³⁹⁹ § 19 Abs. 2 SGB IX.

⁴⁰⁰ § 40 Abs. 1 und 2 SGB V.

⁴⁰¹ *Koch*, Die BKK 2003, 241 (245).

⁴⁰² §§ 12 Abs. 1 SGB V, 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI, 29 Abs. 1 SGB XI, 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX.

Leistungserbringung zur Kostensenkung auf der Ausgabenseite beitragen kann⁴⁰³, was unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit besonders zu beachten ist, muss man auch den Wortlaut des § 19 Abs. 2 SGB IX dahingehend auslegen, dass ein allgemeiner Vorrang ambulanter und teilstationärer Rehabilitationsmaßnahmen vor vollstationären Maßnahmen besteht. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die mit der Rehabilitation angestrebten Ziele tatsächlich auch mit ambulanter bzw. teilstationärer Rehabilitation zu erreichen sind⁴⁰⁴.

Somit muss man auch innerhalb des SGB IX von einem Vorrang der ambulanten und teilstationären Leistungserbringung vor der vollstationären Leistungserbringung ausgehen.

(2) Ziele der medizinischen Rehabilitation, § 26 SGB IX

Nach § 26 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen erbracht, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten, sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern. Die hierfür erforderlichen Leistungen umfassen insbesondere die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie mit Heilmitteln, Psychotherapie, die Versorgung mit Hilfsmitteln und Belastungserprobung und Arbeitstherapie⁴⁰⁵. Die Behandlung und Vermeidung chronischer Krankheiten stellt ein eigenständiges Leistungsziel innerhalb der medizinischen Rehabilitation dar.

(a) Behinderte Menschen, § 26 Abs. 1, 1. Alt. SGB IX

In § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX findet sich eine Definition von Behinderung: Hiernach gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensal-

⁴⁰³ Zu den Kosteneinsparungen bei der ambulanten Rehabilitation vgl. *Körtke/Steden*, G+G 2005, 16 (17) sowie *Klingelhöfer/Timm*, Die Rehabilitation 2005, S. 1 ff., welche in einer Studie zu wirtschaftlichen Vorteilen von ambulanter Rehabilitation für Mecklenburg-Vorpommern herausfanden, dass bei geeigneten Patienten mit der Erbringung von ambulanter Rehabilitation ein ungefähr vergleichbarer Rehabilitationserfolg mit deutlich weniger Mitteln erzielt werden konnte.

⁴⁰⁴ Vgl. hierzu auch *Waldeyer-Jeebe* in *Bihr/Fuchs/Krauskopf/Lewering* zu § 19 SGB IX, Rn. 9, welche nur von einem bedingten, nicht aber von einem generellen Vorrang ambulanter Leistungserbringung vor stationärer ausgeht. Hierauf sei verzichtet worden, um den Erfolg der Maßnahme im Einzelfall nicht zu verhindern.

⁴⁰⁵ Leistungskatalog des § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX.

ter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Behinderung meint somit nicht mehr den regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand. Vielmehr sind die Auswirkungen gemeint, welche die jeweiligen gesundheitlichen Störungen auf die Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben haben⁴⁰⁶. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation behinderter Personen werden zur Behandlung der Behinderung selbst und zur Vermeidung bzw. Behandlung chronischer Krankheiten erbracht⁴⁰⁷, sowie um Einschränkungen oder drohende Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu behandeln sowie den Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder zu mindern⁴⁰⁸. Wenn man davon ausgeht, dass chronische Krankheiten eine häufige Ursache für spätere Behinderungen sein können⁴⁰⁹, wäre es somit möglich, dass eine bestehende Behinderung einen Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auslöst, welche selbst durch eine oder mehrere chronische Krankheiten ausgelöst worden ist. Die chronische Krankheit ist somit mittelbarer Auslöser für medizinische Rehabilitationsleistungen gewesen. Um zu verhindern, dass eine oder mehrere chronische Erkrankungen überhaupt zu Behinderungen führen können, ist es notwendig, möglichst frühzeitig einen Rehabilitationsbedarf zu erkennen. Nicht nur die Behinderung, sondern auch die voranschreitende Chronifizierung von Erkrankungen, sowie der drohende Eintritt weiterer chronischer Erkrankungen sollen auf diesem Wege verhindert werden.

Hierfür haben die Rehabilitationsträger nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX eine Gemeinsame Empfehlung darüber zu vereinbaren, in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere um eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern. Die Gemeinsame Empfehlung (GE) „Frühzeitige Bedarfserkennung“⁴¹⁰ sieht als gemeinsames Ziel aller Rehabilitationsträger daher vor, frühestmöglich einen Teilhabebedarf zu erkennen. Nach § 1 Abs. 4 dieser Empfehlung gelten Menschen als rehabilitationsbedürftig, sobald aus gesundheitlichen Gründen eine drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe den über die kurative Versorgung hinausgehenden mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation erforderlich macht. Als Anhaltspunkte für einen Rehabi-

⁴⁰⁶ Zum Begriff der Behinderung vgl. auch *Plute*, VSSR 2003, 97 (100 f); *Reichenbach*, SGB 2002, 485 (488 f).

⁴⁰⁷ § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX.

⁴⁰⁸ § 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX.

⁴⁰⁹ *Welti/Raspe*, DRV 2004, 76 (86) bezeichnen chronische Erkrankungen sogar als die häufigste Ursache von Behinderungen.

⁴¹⁰ Gemeinsame Empfehlung vom 16. Dezember 2004; Zu finden unter www.bar-frankfurt.de. Stand: Mai 2006.

litationsbedarf werden in § 2 Abs. 1 neben gesundheitlichen Störungen folgende Beeinträchtigungen bei den Aktivitäten und der Teilhabe in wichtigen Lebensbereichen genannt: Auf der Ebene der Aktivitäten können sich beispielsweise Einschränkungen in der Fortbewegung, im Verhalten, in der Kommunikation, in der Haushaltsführung und Kinderbetreuung, in der Bewältigung von psychischen und sozialen Belastungen, sowie in der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zeigen⁴¹¹, während sich Beeinträchtigungen bei der Teilhabe beispielsweise in Einschränkungen der Möglichkeiten der Bildung und Ausbildung, Selbstversorgung, Mobilität, Beschäftigung, Bewältigung familiärer Aufgaben, der sozialen Integration oder der ökonomischen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhalts) zeigen können⁴¹². Nach § 4 der Empfehlung haben sich sämtliche Beteiligte, wie z.B. die behandelnden Ärzte, Psychotherapeuten und Psychologen, Physiotherapeuten und Angehörige anderer Gesundheitsberufe, aber auch Familienmitglieder, soziale Beratungsdienste und betriebliche Akteure, wie Schwerbehindertenvertretung, Personal- und Betriebsräte sowie Personen aus dem direkten sozialen Umfeld, wie z.B. Sozialarbeiter, Lehrer, Jugendleiter und Erzieher, Selbsthilfegruppen und Interessenverbände, an der Ermittlung eines frühzeitigen Rehabilitationsbedarfs zu beteiligen, sowie Hilfestellung bei der Antragstellung zu leisten. Nach § 4 Abs. 2 der GE werden außerdem auch Rehabilitationsträger und Integrationsämter in diese Verpflichtungen einbezogen, sobald ein beliebiger Antrag auf Sozialleistungen gestellt worden ist. Die Gemeinsame Empfehlung soll auf diesem Wege sicherstellen, dass sämtliche Akteure, welche sich mit dem gesundheitlichen und sozialen Zustand des Erkrankten befassen, angehalten werden, sich an der frühzeitigen Ermittlung eines Rehabilitationsbedarfs zu beteiligen. Ein Bedarf an rehabilitativen bzw. Teilhabeleistungen soll somit frühestmöglich erkannt und angegangen werden. Oberste Zielsetzung ist dabei eine durch die Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu vermeiden.

(b) Von Behinderung bedrohte Menschen, § 26 Abs. 1, 2. Alt. SGB IX

Zu dem Kreis der Personen, welche gem. § 26 Abs. 1 SGB IX ein Anrecht auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen haben können, zählen nicht nur behinderte, sondern auch von Behinderung bedrohte Personen. Hiermit soll dem Vorrang der Prävention, welcher in § 3 SGB IX niedergelegt ist, Rechnung getragen werden⁴¹³. Eine drohende Behinderung kann damit ebenfalls Auslöser für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sein. Menschen sind von ei-

⁴¹¹ § 2 Nr. 1 der GE.

⁴¹² § 2 Nr. 2 der GE.

⁴¹³ *Welti*, HK-SGB IX zu § 2, Rn. 34.

ner Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erwarten ist⁴¹⁴. Hierbei ist allerdings unklar, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Beeinträchtigung der Teilhabe zu erwarten ist, damit eine drohende Behinderung in diesem Sinne gegeben ist. Um dem Präventionsvorrang des § 3 SGB IX gerecht zu werden, erscheint es erforderlich, sowohl die drohende Chronifizierung von Krankheiten, wie auch bestehende chronische Krankheiten in den Begriff der drohenden Behinderung des SGB IX einzubeziehen. Die Wahrscheinlichkeit, nach der eine Beeinträchtigung der Teilhabe einzutreten droht, muss somit nur in einem verhältnismäßig geringen Grad bestehen, damit ein Rehabilitationsbedarf gegeben ist. Als weiteres Kriterium dient dabei das Ausmaß der zu erwartenden Beeinträchtigung: Je schwerer die drohende Beeinträchtigung sein wird, desto geringer sollte danach der Grad der Wahrscheinlichkeit für ihren Eintritt anzusetzen sein⁴¹⁵.

(3) Förderung der Selbsthilfe

Auch die Förderung der Selbsthilfe spielt eine enorme Bedeutung für eine ausreichende Versorgung chronisch Kranker. Bereits im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches ist die Selbsthilfeförderung verankert: Gem. § 1 Abs. 1 Satz 2 SGB I soll das Recht des Sozialgesetzbuchs dazu beitragen, (...) besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.

Selbsthilfegruppen und -organisationen können dem chronisch Kranken beispielsweise bei der Beantragung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation zur Seite stehen. Aus diesem Grund sollen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, nach einheitlichen Grundsätzen gefördert werden⁴¹⁶. Die Förderung der Selbsthilfe gem. § 29 SGB IX kann durchaus als „Baustein“ der ambulanten und medizinischen Rehabilitation angesehen werden⁴¹⁷. Die Vorschrift korrespondiert außerdem mit § 26 Abs. 3 Nr. 2 SGB IX, wonach Bestandteile der Leistungen zur

⁴¹⁴ § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX.

⁴¹⁵ Zum Begriff der drohenden Behinderung und ihrem Verhältnis zur chronischen Krankheit vgl. auch Glied-Pkt. B.II.2.b)aa).

⁴¹⁶ § 29 SGB IX. Vgl. hierzu auch § 9 Abs. 2 der Gemeinsamen Empfehlung Prävention, zu finden unter www.bar-frankfurt.de, Stand: August 2006, wonach Selbsthilfegruppen, -kontaktstellen und -organisationen auch eine wichtige Funktion bei der Planung von Präventionsmaßnahmen i.S.d. § 3 SGB IX ausüben können.

⁴¹⁷ *Stähler*, HK-SGB IX zu § 29, Rn. 11. Hierzu auch *Borgetto*, Selbsthilfe und Gesundheit, S. 56 ff., nach dessen Ansicht eine Effektivierung der Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen wichtig ist und gefördert werden muss.

medizinischen Rehabilitation auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen sind, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in § 26 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere durch die Aktivierung von Selbsthilfepotentialen. Eine Form der Selbsthilfeförderung findet sich auch in den ergänzenden Leistungen des SGB IX: Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben werden durch ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, einschließlich Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen, sowie durch ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung ergänzt⁴¹⁸. Rehabilitationssport wird als Anleitung für ein selbstständiges Bewegungstraining im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“ angesehen⁴¹⁹. Er ist mit der Einführung des SGB IX zu einer Rechtsanspruchsleistung geworden. Nach der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Oktober 2003⁴²⁰ kommen Rehabilitationssport und Funktionstraining für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen – wozu auch chronisch kranke Menschen gehören sollen, bei denen eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erwarten ist - in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträger möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Auch die Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung übernehmen z.B. im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Rehabilitationsleistung die Kosten hierfür.

Die Rehabilitationsträger vereinbaren gemeinsame Empfehlungen, welche beinhalten, in welcher Weise und in welchem Umfang Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, gefördert werden⁴²¹. Nach der hieraufhin erlassenen „Gemeinsamen Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe“ vom 22. März 2004⁴²² ergänzt die Selbsthilfe nicht nur die Maßnahmen zur Rehabilitation und Teilhabe der Leistungsträger, sondern schließt eine Lücke zwischen den Angeboten von Leistungserbringern und Institutionen und den Bedürfnissen der unmittelbar betroffenen chronisch kranken und behinderten

⁴¹⁸ § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX.

⁴¹⁹ Schellhorn/Stähler, HK-SGB IX zu § 44, Rn. 10.

⁴²⁰ Lachwitz/Schellhorn/Welti, SGB IX – Rehabilitation, Textausgabe, S. 275 ff.

⁴²¹ § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX i.V.m. § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 SGB IX.

⁴²² Zu finden unter: www.bar-frankfurt.de, Stand: August 2006.

Menschen. Gem. § 1 Sätze 2 und 3 der Gemeinsamen Empfehlung (GE) begründet § 29 SGB IX jedoch keine allgemeine Leistungspflicht für die Rehabilitationsträger. Die Leistungsvoraussetzungen sind vielmehr in den jeweiligen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger geregelt⁴²³. Die Vereinbarungspartner unterstützen die Aktivitäten der Selbsthilfe vorrangig durch finanzielle Hilfen. Empfänger der Förderung sind gem. § 2 der GE Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen. Für eine finanzielle Förderung kommen unter anderem in Betracht: Information, Aufklärung und Beratung der betroffenen Menschen, ihrer Angehörigen oder weiterer Interessierter; Qualifizierungsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit originärer Selbsthilfearbeit stehen sowie Öffentlichkeitsarbeit und die Durchführung von Veranstaltungen und Aktionen⁴²⁴.

(4) Zwischenergebnis

Durch § 26 SGB IX werden die Voraussetzungen für einen individuellen Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen sowie die notwendigen Leistungsinhalte geregelt. Unter notwendiger Einbeziehung chronisch Kranker und solcher, die von der Chronifizierung einer Krankheit bedroht sind, in den Kreis der berechtigten Personen, erhalten demnach behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die erforderlich sind, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern. Auf diesem Wege ist es rechtlich möglich, die oftmals kritisierte Unterversorgung bei der rehabilitativen und präventiven Behandlung chronischer Krankheiten zu verbessern. Eine weitergehende Konkretisierung der Anspruchsvoraussetzungen und des Leistungsumfangs richten sich aufgrund des Vorbehalts abweichender Regelungen⁴²⁵ nach den einzelnen Leistungsgesetzen des SGB. Auch die Förderung der Selbsthilfe nach § 29 SGB IX ist ein bedeutendes Element für eine

⁴²³ Für die gesetzlichen Krankenkassen gelten hiernach die Leistungsvoraussetzungen des § 20 Abs. 4 SGB V und für die gesetzliche Rentenversicherung § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 3 SGB VI. Vgl. hierzu auch Glied.-Pkt. D.I.1.b).

⁴²⁴ Behindertenverbände und Selbsthilfeorganisationen haben jedoch zum Ausdruck gebracht, dass ihre Erwartungen an das SGB IX hinsichtlich einer Leistungsausweitung gerade im Bereich der Selbsthilfeförderung im Rahmen der gemeinsamen Empfehlung nicht erfüllt werden; was auch für die Transparenz hinsichtlich eines festgelegten Fördervolumens gilt. Hierzu *Vömel*, Die Rehabilitation 2004, 42 (46).

⁴²⁵ § 7 SGB IX.

ausreichende Versorgung chronisch Kranker: Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, sollen nach einheitlichen Grundsätzen gefördert werden. Die einzelnen Leistungsvoraussetzungen für die Förderung der Selbsthilfe sind in den jeweiligen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger geregelt.

cc) Rehabilitationsbedarf von chronisch Kranken nach dem SGB V

Es ist zu prüfen, wann ein individueller Bedarf chronisch Kranker an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Ebenfalls stellt sich die Frage nach dem Umfang an medizinischen Rehabilitationsleistungen, da das Bestehen eines Bedarfs in einem Wechselverhältnis zu den tatsächlich möglichen Leistungen steht. Sowohl bei der Leistungsgewährung als auch bei der Leistungserbringung ist dabei der Programmsatz des § 2a SGB V zu beachten: Danach ist den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen⁴²⁶. Die ausreichende Berücksichtigung chronisch Kranker bei der Leistungserbringung ist insbesondere deshalb von hoher Bedeutung, da damit gerechnet wird, dass die gesetzlichen Krankenkassen unter dem Blickwinkel der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Zunahme von chronischen Erkrankungen langfristig die wichtigsten Rehabilitationsträger werden könnten⁴²⁷. Der Grund für diese Annahme liegt darin, dass besonders ältere Menschen zunehmend an chronischen Krankheiten leiden. Da diese oftmals bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und somit keinen Anspruch mehr auf Rehabilitationsleistungen durch den Rentenversicherungsträger haben, erscheint ein Anstieg von Rehabilitationsleistungen durch die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung als sehr wahrscheinlich⁴²⁸.

⁴²⁶ Hierzu auch *Peters*, Kasseler Kommentar, § 2a SGB V, Rn. 3; *Noftz* in Hauck/ders., SGB V, K § 2a, Rn. 2.

⁴²⁷ Vgl. *von Törne*, Die BKK 2000, 102 (103); hingegen wirft *Hennies*, SGB 2000, 581 (583 f) die Frage auf, ob es besser sei, die Rehabilitation bei chronisch Kranken vollständig und ausschließlich der Rentenversicherung zu übertragen, unanhängig davon, ob sie auf eine Eingliederung in das Erwerbsleben gerichtet ist oder nicht. Denn der Schwerpunkt in der Rentenversicherung habe schon immer bei der Erkrankung chronischer Krankheiten gelegen, während der Schwerpunkt in der Krankenversicherung mehr bei der Behandlung akuter Krankheiten liege.

⁴²⁸ Aufgrund des zu erwartenden Anstiegs älterer Arbeitnehmer, welches ebenfalls eine Folge der demographischen Entwicklung sein wird, ist allerdings auch mit einer Zunahme medizinischer Rehabilitationsleistungen zu rechnen, welche durch die gesetzliche Rentenversicherung zu leisten sind. Man kann hier nicht nur von einer „alternden Bevölkerung“, sondern auch von einer „alternden Belegschaft“ sprechen, deren Bedürfnissen sich die

Krankenkassen und Leistungserbringer haben bei der Erbringung von Rehabilitationsleistungen außerdem für eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten Sorge zu tragen⁴²⁹.

(1) Leistungsziele, § 11 SGB V

Unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes⁴³⁰ haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung gem. § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson⁴³¹. Ein Bedarf an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen kann außerdem auch bei der Behandlung einer Krankheit bestehen⁴³², denn gem. § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V umfasst die Krankenbehandlung auch medizinische Rehabilitationsleistungen sowie ergänzende Leistungen. Ein Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen kann somit nicht nur aufgrund der Behandlung bzw. Verhinderung von Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit bestehen, sondern auch zur Behandlung von Krankheiten. Wie bereits erwähnt⁴³³, werden chronische Krankheiten lediglich in den Fällen dem Krankheitsbegriff des SGB V zugeordnet, in denen Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit gegeben sind. Soweit diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, besteht auch kein Anspruch auf Krankenbehandlung nach den Vorschriften des SGB V. Ein Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen kann in solchen Fällen bei chronisch Kranken somit nur zur

medizinische Rehabilitation in den nächsten Jahren anzupassen hat; vgl. dazu auch *Adolph*, Die Ersatzkasse 2005, 288 (288); *Irlé/Winnefeld*, DAngVers 2004, 188 (196).

⁴²⁹ § 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V; eine bedarfsgerechte Versorgung bedeutet nach Ansicht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, dass die Leistungen indiziert sind, d.h. sie einen medizinischen Netto-Nutzen haben, effektiv sind und außerdem fachgerecht erbracht werden, Vgl. *Schwartz/Blitzer* in *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2003, 240 (242).

⁴³⁰ Nach § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

⁴³¹ § 11 Abs. 3 SGB V; dies gilt für alle Formen der stationären Behandlung, Vgl. *Wagner* in *Krauskopf*, zu § 11 SGB V, Rn. 8.

⁴³² § 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

⁴³³ Siehe Glied.-Pkt. B.II.3.a).

Abwendung, Beseitigung, Minderung, zum Ausgleichen, zur Verhütung einer Verschlimmerung oder zur Milderung der Folgen von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nach § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestehen. Für chronisch Kranke wird hierbei regelmäßig die Alternative des „Abwendens“ gegeben sein, d.h. das Ziel der Vermeidung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, da Behinderungen und Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen die Folge von chronischen Krankheiten sind.

Bei den Leistungen nach dem SGB V ist außerdem die Subsidiaritätsregel des § 11 Abs. 4 SGB V zu beachten, wonach auf Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung kein Anspruch besteht, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind⁴³⁴.

(a) Ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist dem Prinzip von „ambulant vor stationär“ bzw. der Wohnortnähe⁴³⁵ zu folgen, d.h. zunächst ist ambulante Krankenbehandlung zu erbringen. Erst wenn diese nicht ausreichend ist, kann die Krankenkasse die aus medizinischen Gründen notwendige ambulante Rehabilitationsleistung in Einrichtungen erbringen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen⁴³⁶. Nur in den Fällen, in denen eine ambulante Kranken- bzw. Rehabilitationsleistung nicht ausreicht, kann die Krankenkasse stationäre Leistungen zur Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in Rehabi-

⁴³⁴ Hierfür sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Gesetzliche Unfallversicherung maßgeblich, Vgl. Glied.-Pkt. C.II.1.b)ee)(1).

⁴³⁵ Ambulante Rehabilitationsleistungen werden entweder in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag gem. § 111 SGB V besteht oder – alternativ dazu – in wohnortnahen Einrichtungen. Dabei ist aber zu beachten, dass auch die Vertragseinrichtungen für den Versicherten gut erreichbar sein müssen, da die Unterkunft grds. nicht Teil der Leistung ist; Vgl. Höfler, Kasseler Kommentar, § 40 SGB V, Rn. 9 und 10.

⁴³⁶ § 40 Abs. 1 SGB V; das LSG Berlin führt hierzu in seinem Urteil vom 19. Juni 2003, Az: L 9 KR 69/03 ER, entgegen dem Wortlaut von § 40 Abs. 1 SGB V aus, dass auch wohnortnahe Einrichtungen hinsichtlich der Versorgung der Versicherten mit Leistungen der ambulanten Rehabilitation zugelassen sein müssen; vgl. auch *Noftz* in Hauck/ders., SGB V, K § 40, Rn. 25 und 25a, welcher ausführt, dass auch die wohnortnahen Einrichtungen alle in §§ 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe b), Nr. 2; 111 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2, 70 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Voraussetzungen für ambulante Rehabilitation erfüllen müssten, ohne dass ein Versorgungsvertrag für die stationäre Rehabilitation besteht. Die Zulassung derartiger Einrichtungen erfolge mangels ausdrücklicher Regelungen durch Verwaltungsakt jeder einzelnen Krankenkasse; so auch BSGE 87, 14 (23), wo die Zulassung wohnortnaher ambulanter und teilstationärer Einrichtungen durch Verwaltungsakt ausdrücklich zugelassen wurde.

litationseinrichtungen erbringen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht⁴³⁷. Die Formulierung in § 40 Abs. 1 und 2 SGB V, dass die Krankenkasse eine Leistung erbringen *kann*, lässt dabei auf ein Ermessen schließen. Dieses Ermessen bezieht sich jedoch nur auf ein Auswahlermessen, d.h. ein Ermessen in Bezug auf die Leistungserbringung (das „wie“ der Leistungserbringung), nicht auf ein Entschließungsermessen (das „ob“ der Leistungserbringung)⁴³⁸. Konkretisiert wird der genaue Umfang des Ermessens durch § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V: Die Krankenkasse bestimmt danach – unter Berücksichtigung der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls – Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtungen nach pflichtgemäßem Ermessen. Zu beachten ist des Weiteren die Vier-Jahres-Grenze des § 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V: Danach können ambulante und stationäre Leistungen nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Dringend erforderlich sind vorzeitige Rehabilitationsleistungen in Fällen, in denen ein weiteres Aufschieben der Maßnahmen zu erheblichen gesundheitlichen Schäden oder Nachteilen führen würde⁴³⁹. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können im Übrigen auch als sogenannte Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahmen⁴⁴⁰ in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden.

(aa) Subsidiarität

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Krankenversicherung sind subsidiär gegenüber Rehabilitationsleistungen, welche durch andere Träger der Sozialversicherung, insbesondere durch die Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, geleistet werden⁴⁴¹. Ausnahmen zu dieser Subsidiarität gelten lediglich in Fällen „Sonstiger Leistungen“ durch den Rentenversicherungsträger, wie z.B. Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen für Versicherte, Bezieher einer Rente sowie ihren Angehörigen.

⁴³⁷ § 40 Abs. 2 SGB V.

⁴³⁸ BSGE 50, 47 (51); BSG SozR 2200 § 1242 Nr. 3; nach einem Urteil des BSG vom 25. März 2003, SozR 4-1500 § 54 Nr. 1 bezieht sich das Ermessen der Krankenkasse auch nicht auf die Entscheidung über das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen; d.h. soweit die Leistungsvoraussetzungen für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme nicht vorliegen, hat die Krankenkasse hierüber auch kein Ermessen auszuüben.

⁴³⁹ Höfler, Kassler Kommentar zu § 40 SGB V, Rn. 6.

⁴⁴⁰ § 41 SGB V.

⁴⁴¹ § 40 Abs. 4 SGB V.

gen⁴⁴² oder stationäre Heilbehandlung für Kinder von Versicherten, Beziehern einer Rente wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder für Bezieher einer Waisenrente, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert werden kann⁴⁴³. In Fällen akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit (mit Ausnahme von Behandlungsbedürftigkeit, die während der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eintritt) sowie bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung⁴⁴⁴ sind die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls nicht subsidiär zu erbringen. Sämtliche Leistungen zur Akutbehandlung obliegen somit im Verhältnis zur Rentenversicherung vorrangig den Krankenversicherungsträgern⁴⁴⁵.

(bb) Leistungen zur Frührehabilitation

Von den „klassischen“ medizinischen Rehabilitationsleistungen sind Leistungen zur Frührehabilitation⁴⁴⁶ abzugrenzen, welche formal als Leistungen zur Krankenbehandlung einzustufen sind, und welche dafür Sorge zu tragen haben, dass Leistungen zur Rehabilitation zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzen. Die Rehabilitation soll nach dem Willen des Gesetzgebers somit von Anfang an ein integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung sein⁴⁴⁷. Vorrangiges Ziel der Leistungen zur Frührehabilitation ist es, Methoden und Verfahren der medizinischen Rehabilitation bereits während der akutmedizinischen Intervention der Krankenhausversorgung einzusetzen⁴⁴⁸. Die Grundsätze des SGB IX über die Ziele der medizinischen Rehabilitation sowie die Koordinierung der Leistungen innerhalb der Rehabilitations-träger sind auch hier anwendbar: Nach § 27 SGB IX gelten die in § 26 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele der medizinischen Rehabilitation sowie die Grundsätze über die Koordinierung

⁴⁴² § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI.

⁴⁴³ § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI.

⁴⁴⁴ § 13 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB VI.

⁴⁴⁵ Höfler, Kasseler Kommentar, § 40 SGB V, Rn. 30 b; zum Begriff der akuten Behandlungsbedürftigkeit i.S.d. § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI vgl. auch Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 30.04.2003, NZS 2004, 203 (205), wonach eine akute Behandlungsbedürftigkeit ein plötzlich auftretender, schnell und heftig verlaufender Zustand ist, der – im Gegensatz zu einem chronischen Krankheitsgeschehen – durch intensive ärztliche Bemühungen relativ kurzfristig behoben und wesentlich gebessert werden kann (Anschluss an das Urteil des BSG vom 06.05.1998, BSGE 82, 143 (149)).

⁴⁴⁶ § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V, eingefügt durch Gesetz vom 19.06.2001, BGBl I 2001, S. 1046.

⁴⁴⁷ BT-Drucks. 14/5074, S. 117.

⁴⁴⁸ Vgl. Fuchs in SozSich 2005, 168 (168 ff.), welcher darauf hinweist, dass es jedoch fachlich nicht tragfähig sei, die Frührehabilitation ausschließlich als Aufgabe und Bestandteil der Krankenhausversorgung zu handhaben.

der Leistungen im Sinne des § 10 SGB IX auch für Leistungen der Krankenbehandlung. Die Ziele der medizinischen Rehabilitation, wonach Leistungen an behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erbracht werden, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern⁴⁴⁹, gelten somit auch für die Leistungen zur Krankenbehandlung. Die Vorschrift des § 27 SGB IX spielt dabei eine besondere Bedeutung für die Leistungen zur Frührehabilitation nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V: Um die Schnittstelle zwischen akutmedizinischer Krankenhausbehandlung und evt. anschließender Rehabilitationsleistung zu verringern, sollen die Ziele der medizinischen Rehabilitation bereits durch frührehabilitative Leistungen in die Akutbehandlung integriert werden. Profitieren können von den Leistungen zur Frührehabilitation insbesondere Patienten, welche in einer Akutklinik/Krankenhaus aufgenommen worden sind, und bei denen nicht nur akute Schädigungen vorliegen, sondern auch Folgen in Form von bestehenden oder drohenden Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation vorliegen⁴⁵⁰. Vorrangiges Ziel der Frührehabilitation ist die Wiederherstellung der Basisfähigkeiten wie Mobilität, weitgehende Unabhängigkeit in den einfachen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie Kommunikation und Orientierung in der Umwelt. Bereits bei der Aufnahme in das Akutkrankenhaus sollen möglichst der funktionelle Status, das Rehabilitationspotential und der –bedarf in die jeweilige Diagnose einbezogen und dadurch ein Rehabilitationskonzept in die Behandlung integriert werden. Um zu vermeiden, dass Schnittstellen zwischen der Frührehabilitation in Akutkrankenhäusern und der Rehabilitation in speziellen Rehabilitationseinrichtungen verwischt werden, wird empfohlen, exakt definierte Kriterien und Verweildauern für Leistungen zur Frührehabilitation zu erstellen⁴⁵¹. Durch die Frührehabilitation in Krankenhäusern besteht die Möglichkeit, den Patienten soweit zu fördern, dass er die Voraussetzungen für eine weiterführende Rehabilitation erhält; die Leistun-

⁴⁴⁹ § 26 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX.

⁴⁵⁰ *Stähler*, HK-SGB IX zu § 27, Rn. 9 und 10; für Leistungen zur Frührehabilitation kommen beispielsweise Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen, mit erworbener Querschnittlähmung bzw. Komplikationen bei angeborener Querschnittlähmung oder mit Multimorbidität in Frage.

⁴⁵¹ So *Gadomski*, Die BKK 2000, 110 (115), welcher kritisiert, dass es immer noch zu wenig Leistungen zur Frührehabilitation in Akutkrankenhäusern gibt; hingegen befürchten *Gerwinn/Wegener*, Die Rehabilitation 2004, 297 (302), dass bei vielen Patienten keine Bereitschaft mehr z.B. zu einer stationären Anschlussheilbehandlung besteht, wenn vorher bereits eine Frührehabilitation im Krankenhaus durchgeführt wurde.

gen könnten somit nahtlos ineinander übergreifen. Besonders durch die Förderung der funktionalen Gesundheit; d.h. der frühzeitigen rehabilitativen Behandlung von Funktionsstörungen werden Grundlagen für die Anschlussheilbehandlung (AHB) in Rehabilitationseinrichtungen geschaffen. Gerade in den Bereichen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, der neuropädiatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung sowie der geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung hat die Frührehabilitation dabei einen besonderen Stellenwert⁴⁵².

(b) Abgrenzung zu Vorsorgeleistungen

Von den medizinischen Rehabilitationsleistungen im Sinne des § 11 Abs. 2 SGB V und § 11 Abs. 1 Nr. 4 in Verbindung mit § 27 SGB V zu unterscheiden sind Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen, d.h. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung⁴⁵³ sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten⁴⁵⁴. Medizinische Vorsorgeleistungen folgen grundsätzlich anderen Zielsetzungen als medizinische Rehabilitationsleistungen. Wie bereits in § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB V formuliert, handelt es sich bei Vorsorgeleistungen in erster Linie um Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung, während medizinische Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne des SGB V die Behandlung von Krankheiten bzw. die Vermeidung oder Behandlung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit zum Ziel haben. Trotzdem gibt es Überschneidungen zwischen beiden Bereichen: Beispielsweise ist die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowohl das Ziel von medizinischen Vorsorge-, als auch von Rehabilitationsmaßnahmen.

Um Überschneidungen zwischen Vorsorge und Rehabilitation zu vermeiden, wurde in der „Gemeinsamen Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111 a SGB V⁴⁵⁵“ (jetzt § 111 b SGB V) der Versuch einer Abgrenzung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen vorgenommen, sowie die verschiedenen Bereiche der primären und sekundären Prävention der Vorsorge zugeordnet⁴⁵⁶. Nach der nun maßgeblichen Vorschrift des § 111 b Satz 1 SGB V sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen

⁴⁵² So Haaf/Volke/Schliehe, Die Rehabilitation 2004, 312 (315).

⁴⁵³ § 11 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. §§ 20 bis 24 SGB V; zu den Präventionsleistungen der Krankenkassen nach §§ 20 ff. SGB V vgl. Glied.-Pkt. D.I.

⁴⁵⁴ § 11 Abs. 1 Nr. 3 i.V.m. §§ 25 und 26 SGB V.

⁴⁵⁵ Empfehlung vom 12. Mai 1999, zu finden unter www.vdak.de. Stand: Mai 2006.

⁴⁵⁶ Glied.-Pkt. 1. (Grundsätze) und 3. (Indikationen) der Gemeinsamen Empfehlung.

der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V⁴⁵⁷ gemeinsame Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre medizinische Vorsorgeleistungen sowie für ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgeben. Eine Rechtsverbindlichkeit kommt dieser Rahmenempfehlung indes nicht zu⁴⁵⁸. Nach der Rahmenempfehlung sind die Ziele der medizinischen Vorsorge im Sinne der Krankheitsverhütung, eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen entgegenzuwirken und ferner Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Ziel der medizinischen Vorsorge im Sinne der Sekundärprävention ist es, dem rezidivierenden bzw. progredienten Verlauf chronischer Krankheiten entgegenzuwirken. Chronisch Kranke sollen nach der gemeinsamen Rahmenempfehlung also Haupt-Zielgruppe für sekundäre Prävention sein, wodurch das Auftreten von akuten Verschlimmerungen der Krankheit vermieden bzw. deren klinischer Schweregrad vermindert werden soll. Die Vermeidung von chronischen Folgekrankheiten bzw. Verschlimmerung der bereits bestehenden chronischen Krankheit wird damit komplett dem Bereich der medizinischen Vorsorge zugeordnet. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es hingegen, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die Definition von Rehabilitation und ihren Zielen soll damit im Sinne der WHO-Definition zugrunde gelegt werden⁴⁵⁹. Die Definition von Rehabilitation wird dabei wie folgt vorgenommen: Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen, die das Ziel haben, das Einwirken jener Bedingungen, die zu Funktionseinschränkungen und sozialen Beeinträchtigungen führen, abzuschwächen und die eingeschränkten und beeinträchtigten Personen zu befähigen, soziale Integration zu erreichen. Dies schließt das Erkennen, Behandeln und Heilen der zugrunde liegenden Krankheiten und die Linderung von Krankheitsbeschwerden mit ein. Fraglich ist, wo hier die genauen Schnittstellen zwischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen liegen, und ob eine genaue Abgrenzung überhaupt möglich ist. So ist die Vermeidung bzw. Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit weiterhin sowohl in den Zielsetzungen

⁴⁵⁷ Sogenannte Rehabilitations-Richtlinien (RehaRL), vgl. dazu Glied.-Pkt. C.II.1.b)cc)(2).

⁴⁵⁸ *Hänlein* in LPK-SGB V zu §§ 111 – 111 b, Rn. 17; die Rahmenempfehlungen sind insoweit von Rahmenvereinbarungen abzugrenzen, für welche eine Rechtsverbindlichkeit gegenüber den Vertragspartnern gilt; hierzu *Hess* in Kassler Kommentar zu § 111b SGB V, Rn. 3.

⁴⁵⁹ Zum Rehabilitationsbegriff der WHO: Vgl. *Müller-Fahrnow/Spyra* in *Matthesius/Jochheim/Barolin/Heinz*, ICIDH, 25 (34 ff.).

der medizinischen Vorsorge, als auch in der medizinischen Rehabilitation vorhanden. Da Pflegebedürftigkeit oft ein Resultat chronischer Krankheiten ist, die Vermeidung von chronischen Folgekrankheiten oder der Verschlimmerung bereits bestehender chronischer Krankheiten demzufolge auch mittelbar Leistungen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit sein können, stellt sich hier beispielsweise die Frage, wann die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit Aufgabe der medizinischen Vorsorge im Sinne der Sekundärprävention ist, und wann medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu leisten sind. Die medizinischen Rehabilitationsleistungen haben außerdem zum Ziel, einer drohenden Behinderung vorzubeugen. Da die Abgrenzung von drohender Behinderung und dem Bestehen chronischer Krankheiten in Einzelfällen schwierig sein kann⁴⁶⁰, ist auch hier die Frage aufzuwerfen, wann medizinische Vorsorge zur Vermeidung der Verschlimmerung einer chronischen Krankheit zu leisten ist, und wann ein Anspruch auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung einer drohenden Behinderung besteht. So sind die Verhinderung bzw. Bekämpfung von chronischen Krankheiten, Krankheitsfolgen und Behinderungen nach der Präambel zur Gemeinsamen Empfehlung zu § 111 a SGV a.F.⁴⁶¹ wesentliche Ziele sowohl der Vorsorge als auch der medizinischen Rehabilitation. Dabei ist allgemein der Grundsatz von „ambulant vor stationär“ einzuhalten. Wenn man bedenkt, dass ambulante Vorsorgemaßnahmen im Sinne des § 23 Abs. 2 SGB V für den Versicherten aufgrund der einzeln zu leistenden Zuzahlungen zu sämtlichen Maßnahmen eine schwer einschätzbare Kostenbelastung darstellen können und auch eine teilstationäre Leistungserbringung nicht möglich ist, dürfte eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme aus Sicht des Versicherten die zu bevorzugende Variante der Leistungserbringung sein. Da die Zielsetzungen von medizinischen Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen nicht immer eindeutig voneinander abgrenzbar sind, wäre es somit verständlich, wenn der jeweilige Versicherte zumindest bei einer ambulanten Erbringung der Maßnahme versuchen sollte, die Gewährung der Leistung in Form einer Rehabilitationsmaßnahme zu erhalten. Dies würde unter Umständen zu einem weiteren Rückgang von medizinischen Vorsorgemaßnahmen führen. Wenn zudem noch die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die medizinische Rehabilitation begrenzt sind⁴⁶², könnte dies im schlimmsten Fall sogar zu einer weiteren Unterversorgung chronisch Kranker im medizinischen Bereich führen.

⁴⁶⁰ Aus diesem Grund empfiehlt es sich auch, chronische Krankheiten mit dem Begriff der drohenden Behinderung gleichzusetzen, siehe dazu Glied.-Pkt. B.II.2.b)aa).

⁴⁶¹ Glied.-Pkt. 0. (Präambel) der Gemeinsamen Empfehlung.

⁴⁶² Zur Frage der Rationierung bzw. Budgetierung von Leistungen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung vgl. *Schwartz/Bitzer* in *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2003, 240 (241 f).

Denn es könnte in Einzelfällen zur Folge haben, dass überhaupt keine Maßnahme durchgeführt wird. Um derartige Entwicklungen zu vermeiden, stellt sich die Frage, ob beispielsweise die Anpassung der Zuzahlungsleistungen für ambulante Vorsorgemaßnahmen möglich erscheint und auch die Variante der teilstationären Leistungserbringung nicht weiterhin ausgeschlossen wird. Eine weitere Alternative wäre es, Maßnahmen zur sekundären Prävention dem medizinischen Rehabilitationssektor zuzuordnen und nicht – wie in den gemeinsamen Rahmenempfehlungen vorgesehen – dem Bereich der medizinischen Vorsorge. Da auch rehabilitative Maßnahmen mit dem Ziel der Vermeidung einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit einem eher präventiven Ansatz folgen können, erscheint es insofern als konsequent, auch die Vermeidung der Verschlimmerung einer chronischen Krankheit bzw. die Vermeidung der Entstehung von Folgekrankheiten zu den medizinischen Rehabilitationsleistungen im Sinne des SGB V zu zählen.

(c) Zwischenergebnis

Von den medizinischen Rehabilitationsleistungen gem. § 11 Abs. 2 SGB V und § 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 27 SGB V, welche sowohl in ambulanter, als auch in stationärer Form zu erbringen sind, sind die Präventions- und Vorsorgeleistungen gem. § 11 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V abzugrenzen. Trotz der gemeinsamen Rahmenempfehlungen, welche von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen abgeschlossen worden sind, erscheint eine Zuordnung von medizinischen Maßnahmen zum Bereich der Vorsorge bzw. der Rehabilitation nicht immer eindeutig. Des Weiteren ist fraglich, ob eine Zuordnung der sekundären Prävention zum Bereich der Vorsorge in sämtlichen Fällen sinnvoll ist. Es erscheint daher vorzugswürdig, den Bereich der sekundären Prävention komplett dem Rehabilitationssektor zuzuordnen. Dieses insbesondere auch deshalb, da ambulante Vorsorgeleistungen für Versicherte nach dem geltenden Zuzahlungssystem nicht besonders vorteilhaft sind.

(2) Rehabilitationsbedürftigkeit

Die Frage, ob Rehabilitationsbedarf bei chronisch Kranken vorliegt, wird in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss, welcher sich aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Bundesverbänden der Kran-

kenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen zusammensetzt⁴⁶³, hat gem. § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu beschließen, wobei den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist. Insbesondere hat der Bundesausschuss dabei Richtlinien über die Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation zu beschließen⁴⁶⁴. Die hierauf erlassenen Rehabilitations-Richtlinien (RehaRL)⁴⁶⁵ traten zum 01. April 2004 in Kraft. Wie bereits erwähnt, haben derartige Richtlinien nach dem Urteil des BSG vom 20.03.1996⁴⁶⁶ den Charakter untergesetzlicher Rechtsnormen und entfalten daher normative Wirkung gegenüber Ärzten und ihren Körperschaften, sowie den Krankenkassen und den Versicherten. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben nach den Rehabilitations-Richtlinien zum Ziel, eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX einschließlich Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern⁴⁶⁷. Die Richtlinien sollen insbesondere das frühzeitige Erkennen der Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation fördern und dazu führen, dass diese rechtzeitig eingeleitet werden⁴⁶⁸. Zur Sicherstellung einer umfassenden fachärztlichen Beratung bei der Verordnung von medizinischen Rehabilitationsleistungen ist eine spezielle rehabilitationsmedizinische Qualifikation der behandelnden Ärzte erforderlich. Die Genehmigung für diese Qualifikation wird erteilt, wenn der jeweilige Vertragsarzt z.B. die Gebietsbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ besitzt oder über die Zusatzbezeichnungen „Sozialmedizin“ oder Rehabilitationswesen“ oder über die fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ verfügt oder eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung nachweist⁴⁶⁹. Die Genehmigung wird nach einer Prüfung des Einzelfalls durch die Kassenärztliche Vereinigung erteilt.

⁴⁶³ § 91 Abs. 1 SGB V.

⁴⁶⁴ § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V.

⁴⁶⁵ I.d.F. vom 16. März 2004, BAnz. 2004, S. 6769.

⁴⁶⁶ BSGE 78, 70 (75 ff.).

⁴⁶⁷ § 1 Abs. 1 Satz 2 RehaRL.

⁴⁶⁸ § 1 Abs. 2 Satz 1 RehaRL.

⁴⁶⁹ § 11 RehaRL.

Das Vorliegen von Rehabilitationsbedarf wird in den RehaRL auch als Rehabilitationsbedürftigkeit bezeichnet. Diese wird in § 8 RehaRL wie folgt definiert: Rehabilitationsbedürftigkeit besteht demnach, „wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung - voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder - Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und - über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit“. Für den Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist es außerdem erforderlich, dass nicht nur Rehabilitationsbedürftigkeit, sondern auch Rehabilitationsfähigkeit vorliegt und eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann⁴⁷⁰. Rehabilitationsfähig ist ein Versicherter, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation/Motivierbarkeit besitzt⁴⁷¹. Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation⁴⁷². Zieht man einen Vergleich der Rehabilitationsbedürftigkeit zu dem Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen im Sinne des § 26 SGB IX sowie zu den Begriffen der Behinderung und drohenden Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX, stellt sich auch hier die Frage, inwieweit eine chronische Erkrankung Grundlage für die Gewährung von medizinischen Rehabilitationsleistungen sein kann. Nach den Anspruchsvoraussetzungen im Sinne von § 8 RehaRL muss zumindest eine körperliche, geistige oder seelische Schädigung bestehen, aufgrund derer nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder bereits vorliegt (wozu auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit gehört). Die Teilhabe meint hier im Sinne der ICF das Einbezogenensein in eine Lebenssituation⁴⁷³.

(a) Schädigung und chronische Krankheit

Fraglich ist, was unter einer Schädigung im Sinne von § 8 RehaRL zu verstehen ist. Eine Definition der inhaltlichen Grundlagen wird gem. Anlage 3 der RehaRL entsprechend dem Stand

⁴⁷⁰ § 7 Abs. 1 RehaRL.

⁴⁷¹ § 9 RehaRL.

⁴⁷² § 10 RehaRL.

⁴⁷³ Siehe Anlage 3 der RehaRL, Ziffer 2.2.

der medizinischen Erkenntnisse auf der Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO vorgenommen. Als Schädigungen werden danach die Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen bezeichnet. Körperfunktionen im Sinne der ICF sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen einschließlich psychologischer Funktionen; Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile⁴⁷⁴. Beeinträchtigungen von Körperfunktionen - und damit Schädigungen im Sinne von § 8 RehaRL - liegen somit bei Defiziten in der Funktionsfähigkeit von Körpersystemen vor. Nimmt man beim Vorliegen chronischer Erkrankungen eine Beeinträchtigung von Körpersystemen - und damit Schädigungen - an, kann die Erkrankung also auch Auslöser für einen Anspruch auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sein; allerdings nur, wenn eine nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität vorliegt und zusätzlich eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder bereits besteht. Hier ist eine Parallele zu dem anspruchsberechtigten Personenkreis nach dem SGB IX zu ziehen: Nach der gesetzlichen Begründung werden die von einer chronischen Krankheit Betroffenen in die Begriffsbestimmungen des § 2 SGB IX nur dann einbezogen, soweit bei ihnen die jeweiligen Voraussetzungen gegeben sind⁴⁷⁵. Rechte nach dem SGB IX können also nur geltend gemacht werden, wenn zusätzlich die Voraussetzungen der Behinderung oder drohenden Behinderung vorliegen. Ähnlich verhält es sich bei Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne der RehaRL: Zusätzlich zum Bestehen einer Schädigung - wozu auch das Vorliegen von chronischer Krankheit gerechnet wird - muss eine Beeinträchtigung oder drohende Beeinträchtigung der Teilhabe in absehbarer Zeit vorliegen.

Da es aber auch zum erklärten Ziel der RehaRL gehört, ein frühzeitiges Erkennen der Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu fördern und rechtzeitig einzuleiten, lässt sich - ähnlich wie bei der Frage nach der drohenden Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX - die Frage aufwerfen, ob eine solche Beeinträchtigung der Teilhabe bereits dann droht, wenn eine chronische Erkrankung vorliegt und mit einer Verschlimmerung der Krankheit bzw. dem Hinzutreten einer chronischen Folgekrankheit zu rechnen ist. Eine derartige Konstellation wäre beispielsweise auch bei aktueller Beschwerdefreiheit möglich, wie etwa im Falle fortschreitender oder rückfallgefährdeter Erkrankungen⁴⁷⁶. Da chronische Krankheiten auch bei schwächeren Phasen des Krankheitsverlaufs immer zu Beeinträchtigungen der Teilhabe bzw. zu Behinderungen führen können, erscheint das frühzeitige Einleiten

⁴⁷⁴ Anlage 3 der RehaRL, Ziffer 2.2.

⁴⁷⁵ BT-Drucks. 14/5074, S. 98.

⁴⁷⁶ *Welti*, HK-SGB IX zu § 2, Rn. 35.

von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen insofern auch nach den Vorschriften der RehaRL als notwendig⁴⁷⁷. Zu den medizinischen Rehabilitationsleistungen aufgrund einer drohenden Beeinträchtigung der Teilhabe sind somit auch medizinische Rehabilitationsleistungen aufgrund von chronischen Krankheiten zu zählen. Die Forderung gem. § 8 der RehaRL, dass die drohende Beeinträchtigung „in absehbarer Zeit“ einzutreten hat, muss insofern ignoriert werden, wenn es sich hierbei um die Forderung nach verhältnismäßig kurzen Zeiträumen handelt, in welcher die Teilhabebeeinträchtigung einzutreten droht. Im Interesse einer frühzeitigen Leistungsgewährung besteht Handlungsbedarf nämlich bereits dann, wenn die Teilhabebeeinträchtigung (noch) nicht unmittelbar bzw. absehbar bevorsteht.

(b) Pflegebedürftigkeit

Ziel der frühzeitigen Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen ist nicht nur, Behinderungen abzuwenden oder auszugleichen, sondern auch das Eintreten von Pflegebedürftigkeit⁴⁷⁸ zu verhindern, bzw. eine Verschlimmerung zu verhüten⁴⁷⁹. Diese Zielbestimmung folgt dem Prinzip der „Rehabilitation vor Pflege“⁴⁸⁰, wonach die Pflegekassen im Einzelfall zu prüfen haben, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen geeignet oder zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten⁴⁸¹. Werden bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit erbracht, ist die Frage von geeigneten und zumutbaren Leistungen zur Rehabilitation bei erforderlichen Nachuntersuchungen – wie z.B. im Falle von Nachuntersuchungen durch den Medizinischen Dienst oder Anträge auf Höherstufungen – mit zu prüfen⁴⁸². Die Vorschrift des § 31 SGB XI stellt eine Konkretisierung des Allgemeinen Grundsatzes in § 5 Abs. 1 SGB XI dar, wonach die Pflegekassen bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken haben, dass frühzeitig alle geeigneten Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Nicht nur

⁴⁷⁷ Vgl. hierzu auch *Nüchtern/Bublitz*, Die Ersatzkasse 2004, 62 (62), welche im Hinblick auf die Einführung der RehaRL erneut auf die Unterversorgung chronisch Kranker in den Bereichen der Rehabilitation und Prävention hinweisen und damit die Notwendigkeit der Integration chronisch Kranker in Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung aufzeigen.

⁴⁷⁸ §§ 14 ff. SGB XI.

⁴⁷⁹ § 1 Abs. 1 Satz 2 RehaRL.

⁴⁸⁰ Um ein Vielfaches bekannter ist häufig das Prinzip der „Rehabilitation oder Teilhabe vor Rente“, vgl. die Ausführungen zu § 8 SGB IX, Glied.-Pkt. C.II.2.a).

⁴⁸¹ § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB XI.

⁴⁸² § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB IX; hierzu auch *Udsching*, SGB XI, zu § 31, Rn. 3.

medizinische Rehabilitationsmaßnahmen haben danach Vorrang vor den Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit, sondern auch Präventionsleistungen und Leistungen der Krankenbehandlung. Für diesen Vorrang sprechen nicht nur humane Gründe, sondern auch die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen, welche sich aus einer Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ergeben⁴⁸³.

Im SGB IX wird das Prinzip der Rehabilitation vor Pflege durch den Grundsatz „Teilhabe vor Pflege“⁴⁸⁴ sogar noch konkretisiert; d.h. nicht nur Leistungen zur Rehabilitation, sondern sämtliche Leistungen zur Teilhabe, wie beispielsweise auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen⁴⁸⁵ werden erbracht, um Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Pflegebedürftigkeit ist oft ein Resultat chronischer Krankheiten. So kommt der Pflege bereits heute eine tragende Rolle in der Versorgung chronisch Kranker zu⁴⁸⁶. Es ist zwar nicht zwingend, dass das Bestehen chronischer Krankheiten zu Pflegebedürftigkeit und Bedarf an Fremdhilfe führt; jedoch ergibt sich Pflegebedürftigkeit vorrangig aus der Einschränkung der Funktions- und Selbstversorgungsfähigkeit, welche ein Großteil chronisch Kranker im Laufe der Zeit ebenfalls aufweisen⁴⁸⁷. Das Prinzip „Teilhabe bzw. Rehabilitation vor Pflege“ bekommt vor diesem Hintergrund eine bedeutsame Rolle in der Versorgung chronisch Kranker: Die Notwendigkeit der frühzeitigen Einbeziehung chronisch Kranker in die Bedarfsermittlung und Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erscheint somit nicht nur unter dem Blickwinkel der drohenden Behinderung als wichtige Aufgabe, sondern auch zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit⁴⁸⁸. Hier stellt sich allerdings wieder die Frage, wie weit eine oder mehrere chronische Krankheiten vorangeschritten sein müssen, um Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne der RehaRL zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit festzustellen: Ähnlich wie bei der Frage, wann eine drohende Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX vorliegt, sollte man hier den Präventionsvorrang des § 3 SGB IX, welcher als tragendes Prinzip innerhalb des SGB IX anzuerkennen ist, auch im Kon-

⁴⁸³ *Udsching*, SGB XI, zu § 5, Rn. 2.

⁴⁸⁴ Hierzu auch *Götze* in Hauck/Noftz, SGB IX, K § 8, Rn. 5.

⁴⁸⁵ § 5 SGB IX.

⁴⁸⁶ Vgl. *Schaeffer/Moers* in Rennen-Allhoff/Schaeffer, Handbuch Pflegewissenschaft, 447 (447 ff.), welche bemängeln, dass das Thema der chronischen Krankheit noch zu wenig Aufmerksamkeit in den Bereichen Pflegewissenschaft und Public Health erhält.

⁴⁸⁷ *Schaeffer/Moers* in Rennen-Allhoff/Schaeffer, Handbuch Pflegewissenschaft, 447 (450).

⁴⁸⁸ *Blinkert/Klie*, SF 2004, 319 (320) bezweifeln hingegen, dass durch Prävention und Rehabilitation Zeiten der Pflegebedürftigkeit verkürzt werden können.

text der RehaRL besonders berücksichtigen, d.h. Rehabilitationsbedürftigkeit sollte so frühzeitig wie möglich festgestellt werden, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Nur so kann der bemängelten Unterversorgung in der Prävention und Rehabilitation chronisch Kranker entgegen gewirkt werden.

(c) Zwischenergebnis

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben nach den Rehabilitations-Richtlinien zum Ziel, eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX einschließlich Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Die Richtlinien sollen hierfür insbesondere das frühzeitige Erkennen der Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation fördern und dazu führen, dass diese rechtzeitig eingeleitet werden. Rehabilitationsbedürftigkeit besteht demnach, „wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder

- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und

- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit“.

Sowohl bei der medizinischen Rehabilitation aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung, zu welcher auch chronische Krankheiten gehören, wie auch bei medizinischer Rehabilitation aufgrund von drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit ist dabei so frühzeitig wie möglich eine Rehabilitationsbedürftigkeit festzustellen: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nach den RehaRL grundsätzlich nur dann geleistet, wenn in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen (wozu auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit gehört). Hierbei ist allerdings unklar, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe drohen muss, damit Rehabilitationsbedürftigkeit besteht. Da chronische Krankheiten häufig die Vorstufe zu einer Teilhabebeeinträchtigung sind, ist es somit erforderlich, Rehabilitationsbedürftigkeit auch aufgrund des Vorliegens von chronischer Krankheit anzuerkennen (wenn z.B. mit einer Verschlimmerung der Krankheit bzw. dem Hinzutreten einer chronischen Folgekrankheit zu rechnen ist), d.h. selbst wenn die Wahrscheinlichkeit einer Teilhabebeeinträchtigung noch als verhältnismäßig gering anzusehen ist. Dies schützt die Belange

chronisch Kranker, da chronische Krankheiten nicht nur zu Behinderungen, sondern oftmals auch zu späterer Pflegebedürftigkeit führen können. Eine frühzeitige Leistungserbringung aufgrund drohender Teilhabebeeinträchtigung oder drohender Pflegebedürftigkeit sichert somit die Möglichkeiten für chronisch Kranke, medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen zu können.

(3) Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse in Bezug auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beruht gem. § 12 RehaRL auf dem Antrag des Versicherten, der Verordnung des Vertragsarztes sowie auf der Beurteilung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Die Krankenkasse ist nach § 275 SGB V verpflichtet, die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den MDK auf der Grundlage der Begutachtungsrichtlinien „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände prüfen zu lassen⁴⁸⁹. Hierfür hat die Krankenkasse dem MDK die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen⁴⁹⁰. Der MDK soll dabei in Fragen der Rechtmäßigkeit, Notwendigkeit oder Wirtschaftlichkeit von Leistungen nicht nur als bloßes Kontrollorgan der Krankenkassen fungieren, sondern als fachkompetentes Beratungsorgan den Krankenkassen zur Seite stehen⁴⁹¹. Da die Beurteilung durch den MDK aufgrund der fehlenden fachlichen Kompetenz in medizinischen und sozialmedizinischen Fragen durch die Mitarbeiter der Krankenkasse insofern maßgeblich für die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse ist, stellt die Begutachtung durch den MDK eine wichtige „Hürde“ für den Antragsteller dar. Hervorzuheben ist hierbei die Unabhängigkeit des MDK gem. § 275 Abs. 5 Satz 1 SGB V, wonach die Ärzte des MDK bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen sind⁴⁹². Eine objektive Begutachtung soll auf diesem Weg sichergestellt werden, welche weder durch die gesetzlichen Krankenkassen noch durch den Antragsteller beeinflusst werden können.

(a) Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“

⁴⁸⁹ §§ 2 Abs. 7 RehaRL, 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V.

⁴⁹⁰ § 276 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

⁴⁹¹ Gitter/Köhler-Fleischmann, SGB 1999, 157 (158).

⁴⁹² Die Tätigkeit des MDK unterscheidet sich damit von der Tätigkeit der früheren Vertrauensärzten bzw. dem Vertrauensärztlichen Dienst (VäD), welche zunächst frei- oder hauptberuflich für die Krankenkassen arbeiteten und später nach Bildung des VäD sogar in die Organisation der Landesversicherungsanstalten angesiedelt wurden, Vgl. hierzu Gitter/Köhler-Fleischmann, SGB 1999, 157 (158 ff.).

Nach der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ vom Oktober 2005⁴⁹³ erwarten die Krankenkassen vom MDK eine qualifizierte medizinische Stellungnahme bei der Gewährung ambulanter und stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Hierbei kommt es unter anderem darauf an, vor dem Hintergrund eines gestuften Versorgungsangebotes mit dem Prinzip „ambulant vor stationär“ den individuellen Vorsorge- und Rehabilitationsbedarf festzustellen⁴⁹⁴. Das vollständige sozialmedizinische Gutachten soll folgende Gliederungspunkte beinhalten:

1. Fragestellung der Krankenkasse,
2. Medizinische und sonstige Unterlagen,
3. Anamnese,
4. Befund,
5. Klassifikation der Krankheiten und Krankheitsauswirkungen,
6. Sozialmedizinische Beurteilung,
7. Sozialmedizinische Empfehlungen⁴⁹⁵.

Nach der Richtlinie sind sowohl die Primärprävention, wie auch die Sekundärprävention dem Bereich der Vorsorge zugeordnet⁴⁹⁶; was bedeutet, dass auf beide Präventionsarten § 23 SGB V Anwendung findet. Nach der Richtlinie zielt die Primärprävention darauf ab, die Neuerkrankungsrate von Krankheiten zu senken, während die sekundäre Prävention darauf abzielt, die Krankenbestandsrate durch Verkürzung der Krankheitsdauer, d.h. durch Krankenbehandlung, zu verringern. Sekundäre Prävention liegt des Weiteren vor, wenn bei manifester chronischer Krankheit drohende Beeinträchtigungen der Aktivitäten verhindert, das Auftreten von Rezidiven bzw. Exazerbationen vermieden bzw. deren Schweregrad vermindert oder dem Fortschreiten der Krankheit entgegengewirkt werden soll⁴⁹⁷. Die Richtlinie schließt sich damit an die Bestimmungen in der Gemeinsamen Rahmenempfehlung des § 111 a SGB V⁴⁹⁸ an. Rehabilitation im Sinne der Begutachtungsrichtlinie liegt hingegen bei allen Leistungen vor, welche darauf gerichtet sind, eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw.

⁴⁹³ Herausgegeben im Oktober 2005 vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen als Richtlinie gem. § 282 Satz 3 SGB V; zu finden <http://www.mds-ev.org>. Stand: Mai 2006.

⁴⁹⁴ S. 87 der Richtlinie (Anlage).

⁴⁹⁵ S. 82 der Richtlinie.

⁴⁹⁶ S. 13 der Richtlinie.

⁴⁹⁷ S. 14 der Richtlinie.

⁴⁹⁸ Glied.-Pkt. C.II.1.b)cc)(1)(b).

eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten⁴⁹⁹.

Soweit es sich um Maßnahmen handelt, welche einer Verschlimmerung der chronischen Krankheit entgegenwirken sollen, bzw. drohende Beeinträchtigungen der Aktivitäten verhindern sollen, wird die jeweilige Behandlung somit dem Bereich der Sekundärprävention zugeordnet. Diese Regelung der Richtlinie erscheint allerdings äußerst problematisch, denn fraglich ist, ob hier eine solche Grenzziehung zwischen Prävention und Rehabilitation überhaupt sinnvoll ist: Sämtliche medizinischen Maßnahmen zur Behandlung chronischer Krankheiten haben gerade nicht die kurzfristige Heilung des jeweiligen Leidens zum Ziel, sondern sollen in erster Linie einer Verschlimmerung der chronischen Krankheit entgegenwirken. Nahezu alle medizinischen Maßnahmen zur Behandlung chronischer Krankheiten wären nach den Bestimmungen der Richtlinie somit dem Bereich der Prävention zuzuordnen. Dies wirft aber mehr als nur Fragen auf, denn bei den genannten Zielen handelt es sich eigentlich um Schwerpunkte in der rehabilitativen Versorgung: Insbesondere Rehabilitationsmaßnahmen haben das Ziel, eine langfristige Besserung bzw. Linderung der jeweiligen Krankheit zu erwirken und damit einer drohenden Beeinträchtigung der Teilhabe entgegenzuwirken. Die eigentlichen Hauptaufgaben der Rehabilitation werden damit für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung komplett der (sekundären) Prävention zugeordnet: Trotz der tatsächlichen Bedeutung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch Kranke⁵⁰⁰, d.h. der Tatsache, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch in der gesetzlichen Krankenversicherung hauptsächlich zur Behandlung chronischer Krankheiten geleistet werden, kommen nach der Begutachtungs-Richtlinie hierfür eigentlich ausschließlich medizinische Vorsorgeleistungen in Betracht. Rehabilitationsbedürftigkeit besteht nach der Begutachtungs-Richtlinie hingegen nur, wenn voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen, und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist⁵⁰¹. Fraglich ist, wo hier die Grenzziehung zwischen Vorsorge und Rehabilitation erfolgt, denn einerseits besteht Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe einzutreten drohen, während Vorsorgebedürftigkeit besteht, wenn bei manifester chronischer Krankheit drohende Beeinträch-

⁴⁹⁹ S. 16 der Richtlinie.

⁵⁰⁰ Vgl. Glied.-Pkt. C.I.1.c).

⁵⁰¹ S. 16 der Richtlinie.

tigungen der Aktivitäten verhindert werden sollen. Da chronische Krankheiten häufig die Vorstufe zu Teilhabebeeinträchtigungen darstellen, ist unklar, wann aufgrund von chronischer Krankheit eine Vorsorgebedürftigkeit, und wann Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt.

Die Vorgaben in den Begutachtungs-Richtlinien laufen außerdem den Zielen der medizinischen Rehabilitation gem. § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX zuwider: Danach werden zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen die erforderlichen Leistungen erbracht, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die Vermeidung einer Verschlimmerung der chronischen Krankheit stellt damit ein Ziel der medizinischen Rehabilitation und nicht der Prävention dar. Eine Unterscheidung zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, wie es in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen wurde, ist innerhalb des SGB IX ebenfalls nicht vorgenommen worden. Auch wenn es aufgrund des Vorbehalts abweichender Regelungen gem. § 7 Satz 1 SGB IX möglich ist, vom SGB IX abweichende Vorschriften für die Leistungen zur Teilhabe zu erlassen, wäre das Interesse chronisch Kranker in Bezug auf Rechtsklarheit und -einheitlichkeit erst dann gewahrt, wenn das SGB IX tatsächlich Vorgaben geschaffen hat, welche für den gesamten Bereich des Sozialgesetzbuches gelten⁵⁰².

Der MDK hat damit eine qualifizierte medizinische Stellungnahme bezüglich der Gewährung ambulanter oder stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu erstellen; hierbei ist allerdings eine Trennung zwischen Rehabilitation und Prävention vorzunehmen, wie sie anderen Vorschriften des SGB – insbesondere des SGB IX – zuwiderläuft: Maßnahmen, die eine Verschlimmerung (Progredienz) einer manifest gewordenen chronischen Krankheit verhindern sollen, werden danach als medizinische Vorsorgeleistungen angesehen.

(b) Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“

Die Rehabilitationsträger sind gem. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX dafür verantwortlich, dass die Begutachtungen nach möglichst einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden. Begutachtungen in diesem Sinne sind alle förmlichen Gutachten, denen ein Gutachtauftrag des jeweiligen Rehabilitationsträgers zugrunde liegt⁵⁰³. Um die Einheitlichkeit der Begutachtungen

⁵⁰² Vgl. hierzu auch *Fuchs*, welcher in seiner Bewertung der Begutachtungs-Richtlinie, zu finden unter: www.harry-fuchs.de, Stand: August 2006, der Ansicht ist, dass die Richtlinie insbesondere in Bezug auf Regelungen des SGB IX versucht, eine krankenspezifische Interpretation und Begriffsdefinition vorzunehmen, die dem Grundsatz des SGB IX im Sinne von Koordination und Kooperation nachgerade entgegensteht.

⁵⁰³ *Majerski-Pahlen*, Sozialgesetzbuch IX, zu § 12, Rn. 5.

gewährleisten zu können, ist am 22. März 2004 von sämtlichen Rehabilitationsträgern die Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ beschlossen worden⁵⁰⁴. Der MDK hat diese Empfehlung bei seiner Prüfung hinsichtlich der Notwendigkeit von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, die er gem. § 2 Abs. 7 RehaRL vorzunehmen hat, zu berücksichtigen. Nach der Empfehlung sollen die Begutachtungen, welche sich mit den Gesundheitsproblemen behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen befassen, möglichst so gestaltet sein, dass die erhobenen Befunde und Beurteilungen möglichst auch bei der Prüfung der Voraussetzungen für Leistungen anderer Rehabilitationsträger verwendet werden können. Auch trägerübergreifende Ziele sollen somit bei der Prüfung des MDK beachtet werden, was wiederum zu einer frühzeitigen Bedarfserkennung und Gewährung weiterer, notwendiger Teilhabeleistungen führen soll. Bei der Frage, ob Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne von § 8 RehaRL vorliegt, d.h. eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig ist, hat der MDK beispielsweise auch auf die Frage einzugehen, inwieweit Maßnahmen zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit⁵⁰⁵ notwendig sein können. Bei der Leistungserbringung ergibt sich diese Konsequenz auch bereits aus § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX, wonach die jeweiligen Leistungserbringer die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität zu erbringen haben, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden⁵⁰⁶. Ist also die gesetzliche Krankenversicherung für die Erbringung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen zuständig, weil z.B. bei Personen im erwerbsfähigen Alter keine drohende oder bereits vorhandene Einschränkung der Erwerbsfähigkeit vorliegt, so sind bei der Leistungserbringung trotzdem Maßnahmen zu beachten, welche zu einem möglichst dauerhaften Erhalt der Erwerbsfähigkeit führen sollen. Nach der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ sollen Leistungen zur Teilhabe demzufolge einem ganzheitlichen Ansatz folgen, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihren Kontextfaktoren berücksichtigt. Im Rahmen der gutachterlichen Klärung sind dabei sowohl auf die Rehabilitationsbedürftigkeit und –fähigkeit sowie auf die Rehabilitationsprognose

⁵⁰⁴ Empfehlung gem. §§ 13 Abs. 1 i.V.m. 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX; zu finden in *Lachwitz/Schellhorn/Welti*, SGB IX – Rehabilitation, Textausgabe, S. 217.

⁵⁰⁵ Für diese Maßnahmen ist grundsätzlich der Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung zuständig; Vgl. § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VI i.V.m. der Subsidiaritätsregel des § 40 Abs. 4 SGB V.

⁵⁰⁶ Vgl. dazu *Welti* in *Sozialrecht und Praxis* 2004, 615 (625), welcher zu bedenken gibt, dass die Rehabilitationsträger in jedem Fall für alle in § 4 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele verantwortlich sind, es bei der Ausführung von Teilhabeleistungen insofern also gar keine trägerspezifischen Ziele mehr gibt.

se in einem trägerübergreifenden Sinn einzugehen. Für die potentiell rehabilitationsbedürftigen Personen hätte dies zur Folge, dass sie weniger belastende Untersuchungen über sich ergehen lassen müssen, sich ein klares, breit gefächertes Bild ihrer gesundheitlichen Situation ergibt und abgestimmte Vorschläge zu einer umfassenden Rehabilitation erstellt werden können⁵⁰⁷.

Die Verpflichtung zur trägerübergreifenden Begutachtung findet sich auch im Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit wieder: Danach hat der MDK gem. § 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI den Antragsteller nicht nur auf einen Hilfebedarf hin zu untersuchen, sondern auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben die Versicherten einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren. Der MDK hat hiernach also nicht nur eine Untersuchung bezüglich des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit vorzunehmen; er ist außerdem verpflichtet, auf mögliche Maßnahmen einzugehen, welche eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. die Pflegebedürftigkeit beseitigen oder mindern sollen. Soweit der MDK einen Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen festgestellt hat, haben die Versicherten einen Rechtsanspruch gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger⁵⁰⁸. Hiermit soll sichergestellt werden, dass ein „Abschieben“ kranker Menschen in die soziale Pflegeversicherung verhindert wird⁵⁰⁹. Auch wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des §§ 14 ff. SGB XI vorliegt, sollen Leistungen zur Minderung bzw. Beseitigung einer solchen erbracht werden⁵¹⁰. Der Hilfebedürftige soll somit die Chance erhalten, seinen Zustand zu überwinden oder zumindest abzumildern. Aufgrund des oftmals befürchteten fehlenden Leistungsanreizes der Krankenkassen für die Erbringung einer Rehabilitationsleistung in derartigen Fällen erscheint es daher auch notwendig, einen durchsetzbaren Rechtsanspruch für Versicherte zu schaffen.

dd) Rehabilitationsbedarf von chronisch Kranken nach dem SGB VI

⁵⁰⁷ Vömel, Die Rehabilitation 2004, 42 (47).

⁵⁰⁸ Vgl. dazu *Spinnarke* in LPK-SGB XI zu § 18, Rn. 13 a, welcher hierzu ausführt, dass dem Rehabilitationsträger praktisch kein Entscheidungsspielraum mehr zusteht, wenn der MDK das Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit festgestellt hat.

⁵⁰⁹ Kritisch gegenüber dieser Formulierung äußert sich *Schulin*, NZS 1994, 433 (440).

⁵¹⁰ Vgl. hierzu auch Glied.-Pkt. C.II.2.a)aa)(4).

Es ist zu prüfen, unter welchen Voraussetzungen ein Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung für chronisch Kranke besteht. Bei der Ermittlung des Bedarfs ist dabei zwischen den Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe, sowie den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zu unterscheiden⁵¹¹. Während die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs in einem Wechselverhältnis mit den Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe steht, und auch das Erfüllen der persönlichen Voraussetzungen den Rehabilitationsbedarf im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung näher definiert, handelt es sich bei den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen mehr um zusätzliche Anspruchsvoraussetzungen in Form von versicherungsrechtlichen Bestimmungen, von dessen Erfüllen ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung abhängt. So kann unter Umständen ein Bedarf an Leistungen gegeben sein; ein Anspruch hierauf kann aber aufgrund des Nicht-Erfüllens der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen verwehrt sein.

(1) Aufgaben und Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe

Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden⁵¹² und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern⁵¹³. Leistungen zur Teilhabe haben dabei Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind⁵¹⁴. Anders als bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der die Frage nach einer drohenden bzw. bereits bestehenden Beeinträchtigung der Teilhabe im Mittelpunkt steht⁵¹⁵, sind die zentralen Aufgaben der Teilhabeleistungen nach dem SGB VI, eine Einschränkung oder den Verlust der Erwerbsfähigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern⁵¹⁶. Der Begriff der Erwerbsfähigkeit

⁵¹¹ §§ 9, 10 und 11 SGB VI.

⁵¹² § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI.

⁵¹³ § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI.

⁵¹⁴ § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI.

⁵¹⁵ Vgl. oben, Glied.-Pkt. C.II.1.b)cc).

⁵¹⁶ *Kreikebohm* in ders., SGB VI, § 9, Rn. 4.

ist gesetzlich nicht definiert worden. Nach der Rechtsprechung handelt es sich hierbei um die Fähigkeit zum Erwerb von Einkünften durch eine Tätigkeit oder Beschäftigung⁵¹⁷. Dabei kann der drohende Verlust oder die bereits bestehende Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit durch die Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ausgelöst werden. Besonders *chronische* Krankheiten können hier für die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und damit für die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs relevant werden.

Leistungen zur Teilhabe können gem. § 9 Abs. 2 SGB VI erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die Formulierung lässt dabei auf ein Ermessen des Rentenversicherungsträgers schließen. Ähnlich wie im Bereich der medizinischen Rehabilitationsleistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung ist dieses Ermessen jedoch auf das „wie“, nicht auf das „ob“ der Leistungserbringung beschränkt⁵¹⁸. Dieses wird auch durch § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI widergespiegelt, wonach der Träger der Rentenversicherung im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt. Durch diese Vorschrift wurde außerdem das „Finalprinzip“ von Rehabilitationsleistungen festgeschrieben, was bedeutet, dass die einzelne Leistung zur Rehabilitation ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung am Bedarf ausgerichtet erbracht wird⁵¹⁹. Der Rentenversicherungsträger hat demnach die Leistungen so umfassend zu gewähren, dass das Ziel, welches durch den individuellen Bedarf festgelegt wird, erreicht werden kann. Leistungen zur Rehabilitation werden nicht vor einem Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation erbracht; es sei denn, vorzeitige Leistungen sind aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich⁵²⁰. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Anschlussheilbehandlungen erforderlich sind oder die Erwerbsfähigkeit des Versicherten bereits vermindert ist bzw. unmittelbar bevorsteht⁵²¹. Zu beachten sind außerdem die Ausschlussgründe des § 12 Abs. 1 SGB VI, wonach Leistungen zur Teilhabe z.B. nicht für Versicherte erbracht werden, die Leistungen wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erhalten können – insofern also der Trä-

⁵¹⁷ BSG SozR 2200 § 1246 Nr. 27.

⁵¹⁸ Niesel in Kassler Kommentar zu § 9 SGB VI, Rn. 9; vgl. hierzu auch BSGE 57, 157 (161), in der das BSG ausführt, das Ermessen sei aufgrund des Vorrang-Prinzips von Rehabilitation gegenüber Rentenleistungen eingeschränkt.

⁵¹⁹ Vgl. dazu BSGE 44, 231 (234); 46, 286 (291 f), sowie Kreikebohm in ders., SGB VI, § 13, Rn. 3 und 4.

⁵²⁰ § 12 Abs. 2 SGB VI.

⁵²¹ Niesel in Kassler Kommentar zu § 12 SGB VI, Rn. 21.

ger der Unfallversicherung vorrangig zu leisten hat - oder bereits eine Vollrente wegen Alters beziehen.

(a) Persönliche Voraussetzungen

Leistungen zur Teilhabe können nur gewährt werden, wenn die persönlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Dies ist bei Versicherten der Fall, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist⁵²² und bei denen voraussichtlich bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann⁵²³, bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann⁵²⁴ oder bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann⁵²⁵. Das Kriterium des voraussichtlichen Erfolges, welches in den drei genannten Varianten vorliegen muss, setzt dabei eine Erfolgchance von mehr als fünfzig Prozent voraus⁵²⁶. Es handelt sich hierbei um ein individuelles Kriterium, welches immer nur im Verhältnis zu einer vergleichbaren Gruppe beurteilt werden kann.

Die Aussicht auf eine wesentliche Besserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit setzt voraus, dass die Minderung zumindest teilweise und nicht nur vorübergehend behoben werden kann⁵²⁷. Versicherte, die bereits eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung im Sinne von § 43 SGB VI beziehen und bei denen keine Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit besteht, haben die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe⁵²⁸ indes erfüllt, wenn der Arbeitsplatz durch Teilhabeleistungen erhalten werden kann. Hiermit soll nach dem Willen des Gesetzgebers sichergestellt werden, dass Leistungen

⁵²² § 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI.

⁵²³ § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe a) SGB VI.

⁵²⁴ § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b) SGB VI.

⁵²⁵ § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe c) SGB VI, für Versicherte, die im Bergbau beschäftigt sind, sind die Vorschriften des § 10 Abs. 2 SGB VI zu beachten.

⁵²⁶ Vgl. *Igl*, *ZaeFQ* 2005, 25 (28).

⁵²⁷ Zum Begriff der wesentlichen Besserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit BSGE 52, 123 (126); 68, 167 (170 f).

⁵²⁸ Hier geht es allerdings lediglich um die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Vgl. § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe c) SGB VI.

zur Teilhabe auch dann erbracht werden können, wenn bei Versicherten, bei denen davon auszugehen ist, dass sie noch einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen können, zwar eine die Rentenzahlung vermeidende wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit durch Teilhabeleistungen nicht zu erwarten ist, durch die Leistungen jedoch der bisherige, ggf. zu einem Teilzeitarbeitsplatz umgestellte Arbeitsplatz erhalten werden kann⁵²⁹.

(b) Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Eine weitere Bedingung für einen Anspruch auf Teilhabeleistungen nach dem SGB VI ist das Erfüllen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Danach haben Versicherte die Voraussetzungen nur erfüllt, wenn sie die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder bereits eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen⁵³⁰. Bei der sogenannten allgemeinen Wartezeit von 15 Jahren handelt es sich um eine Versicherungszeit, bei der Beitrags- und Ersatzzeiten angerechnet werden⁵³¹. Für medizinische Rehabilitationsleistungen reichen allerdings auch geminderte versicherungsrechtliche Voraussetzungen aus: Danach sind die Voraussetzungen auch bei Versicherten erfüllt, die in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben⁵³², innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind⁵³³ oder vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit erfüllt haben⁵³⁴. Der Begriff der verminderten Erwerbsfähigkeit ist dabei mit einer Erwerbsminderung im Sinne des § 43 SGB VI gleichzusetzen⁵³⁵.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

⁵²⁹ BT-Drucks. 14/4230, S. 24.

⁵³⁰ § 11 Abs. 1 SGB VI.

⁵³¹ § 51 Abs. 1 und 4 SGB VI.

⁵³² § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VI.

⁵³³ § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI.

⁵³⁴ § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB VI.

⁵³⁵ *Kreikebohm* in ders., SGB VI, § 11, Rn. 5.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden von den Rentenversicherungsträgern nach den Vorschriften der §§ 26 bis 31 SGB IX erbracht⁵³⁶. Hierbei handelt es sich lediglich um einen Verweis auf den Leistungskatalog der §§ 26 ff. SGB IX; die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen werden im Einzelnen durch die §§ 9 ff. SGB VI geregelt.

Medizinische Rehabilitation im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung ist eine zeitlich abgrenzbare und ärztlich koordinierte multidisziplinäre und multimodale verhaltensmedizinisch orientierte Intervention mit dem Ziel der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit⁵³⁷. Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder von dem Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag nach § 21 SGB IX besteht. Die Einrichtung braucht allerdings nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert⁵³⁸. Hiermit soll den Besonderheiten der Rehabilitation Rechnung getragen werden: Beispielsweise gibt es in der Rehabilitation Drogenabhängiger sozialtherapeutisch ausgerichtete Einrichtungen, für die das Erfordernis einer ärztlichen Leistung nicht gelten kann, weil bereits vom Konzept her sozialtherapeutische Ansätze überwiegen und Ärzte nur in diesem Rahmen mitwirken⁵³⁹. In derartigen Fällen kann somit vom Grundsatz der ständigen ärztlichen Verantwortung abgewichen werden. Die Leistungen der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation müssen außerdem nach Art oder Schwere der Erkrankung erforderlich sein⁵⁴⁰.

Fraglich ist, ob in der gesetzlichen Rentenversicherung ein gesetzlicher Vorrang von ambulanter Leistungserbringung vor der stationären Leistungserbringung besteht. Aus dem Wortlaut von § 15 SGB VI lässt sich ein solcher Vorrang nicht eindeutig entnehmen. Da bei der Erbringung von Rehabilitationsmaßnahmen allerdings das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 13 Abs. 1 SGB VI zu beachten ist, hat der Rentenversicherungsträger bei der Frage, ob stationäre Leistungen zu bewilligen sind, mit zu prüfen, ob das Rehabilitationsziel nicht auch mit ambulanten oder teilstationären Leistungen erreicht werden kann. Die ambulanten bzw. teilstationären Leistungen müssen sich dabei allerdings an dem Qualitätsstandard der stationären Leis-

⁵³⁶ § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB VI; ausgenommen sind davon aber Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, §§ 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX, 30 SGB IX.

⁵³⁷ Raspe, DRV 2003, 762 (766).

⁵³⁸ § 15 Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB VI.

⁵³⁹ Niesel in Kessler Kommentar zu § 15 SGB VI, Rn. 23.

⁵⁴⁰ § 15 Abs. 2 Satz 3 SGB V.

tung orientieren und die Gewähr dafür bieten, dass der Versicherte nach Beendigung der Rehabilitationsleistung im gleichen Umfang für seinen bisherigen Beruf leistungsfähig ist, wie nach einer stationären medizinischen Rehabilitationsleistung⁵⁴¹. Für den Vorrang einer ambulanten Leistungserbringung von Rehabilitationsmaßnahmen spricht insofern auch die Vorschrift des § 19 Abs. 2 SGB IX, wonach Leistungen unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände auch in ambulanter, teilstationärer oder betrieblicher Form erbracht werden, soweit die Ziele nach Prüfung des Einzelfalls mit vergleichbarer Wirkung erreichbar sind⁵⁴². Auch hier lässt sich ein Vorrang ambulanter bzw. teilstationärer Leistungserbringung nicht unbedingt aus dem Gesetzeswortlaut entnehmen; unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots erscheint eine solche Auslegung allerdings als notwendig. Um eine ausreichende Versorgung Rehabilitationsbedürftiger auch bei der ambulanten Rehabilitation zu erreichen, ist allerdings ein Aufbau umfangreicher ambulanter Versorgungsstrukturen notwendig, da ambulante Rehabilitationskonzepte immer noch nicht in ausreichender Anzahl vorhanden sind⁵⁴³.

Auch innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung besteht demnach ein Vorrang von ambulanter, bzw. teilstationärer Leistungserbringung vor der vollstationären Leistungserbringung. Es muss allerdings dafür Sorge getragen werden, dass der Versicherte nach Beendigung der Rehabilitationsleistung im gleichen Umfang für seinen bisherigen Beruf leistungsfähig ist, wie nach der Beendigung einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme. Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, können aber auch für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen⁵⁴⁴.

(3) Verfahren zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Gerade unter dem Blickwinkel der immer wieder kritisierten Unterversorgung in der medizinischen Rehabilitation insbesondere bei der Versorgung chronisch Kranker, stellt sich die Frage, wie sich ein Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation möglichst frühzeitig feststellen lässt. Auch der demographische Wandel, welcher mit einem immer größer werdenden Anteil älterer Menschen einhergeht, welche an chronischen Erkrankungen leiden und

⁵⁴¹ Kreikebohm in ders., SGB VI, § 15, Rn. 8.

⁵⁴² Vgl. hierzu auch Glied.-Pkt. C.II.1.a)aa).

⁵⁴³ So beispielsweise BAR, Die Rehabilitation 2005, 50 (54).

⁵⁴⁴ § 15 Abs. 3 SGB VI; mit der zeitlichen Begrenzung sollte nach dem Willen des Gesetzgebers der Tatsache Rechnung getragen werden, dass beim heutigen Qualitätsstandard der Leistungen im Regelfall eine Dauer von drei Wochen ausreicht; vgl. BT-Drucks. 13/4610, S. 21.

die damit verbundene höhere Belastung für das Gesundheitswesen⁵⁴⁵, wirft die Frage auf, wie sich Rehabilitationsbedarf frühzeitig ermitteln lässt und dabei die zur Verfügung stehenden Leistungen gerecht verteilt werden können. Rehabilitationsleistungen unterliegen als öffentlich-rechtliche Leistungen dem Gleichheitssatz; was bedeutet, dass sämtliche Leistungen nach gleichen Kriterien gewährt und konkretisiert werden müssen⁵⁴⁶. Die Finanzierung von Rehabilitationsleistungen aus öffentlichen Mitteln, welche begrenzt sind, macht es notwendig, Kriterien zur Begrenzung, Effektivität und Effizienz der Leistungen aufzustellen. Da am Beginn jeder Gewährung von Rehabilitationsleistungen die Ermittlung eines Rehabilitationsbedarfs steht, ist zu prüfen, anhand welcher Kriterien sich ein solcher Rehabilitationsbedarf frühzeitig und ebenso zuverlässig ermitteln lässt. Dies erscheint nicht nur unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten notwendig, sondern auch, um einer evt. bestehenden Fehlversorgung in der Rehabilitation entgegenzuwirken. Rehabilitationsleistungen für Personen im erwerbsfähigen Alter sind in erster Linie durch den Rentenversicherungsträger zu gewähren; dies bedeutet, dass die Kostenbelastung hier höher ist als beispielsweise innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Aus diesem Grund erscheinen effiziente Verfahren zur frühzeitigen Bedarfsermittlung besonders notwendig. Dies auch deshalb, weil die derzeit angespannte Arbeitsmarktlage vermuten lässt, dass es viele Versicherte gibt, welche aus Sorge um ihren Arbeitsplatz nicht bereit sind, eine Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen. Auch die Angst vor finanziellen Belastungen durch die Zuzahlung zur Rehabilitation kann Grund dafür sein, weshalb Versicherte es ablehnen, einen Rehabilitationsantrag zu stellen. Eine nicht rechtzeitig eingeleitete Rehabilitationsmaßnahme kann allerdings schwere finanzielle Folgen für den Rentenversicherungsträger mit sich bringen, da erhebliche Verluste durch spätere geringere Beitragseinnahmen und/oder Rentenzahlungen wegen Erwerbsminderung drohen⁵⁴⁷.

Ein häufiges Verfahren, welches zur Ermittlung eines Rehabilitationsbedarfs angewendet wird, ist das sogenannte Screening-Verfahren. Hierbei wird der Identifizierung einer Zielgruppe (in unserem Fall handelt es sich um die Zielgruppe der rehabilitationsbedürftigen Versicherten) ein möglichst einfaches und ökonomisches Verfahren vorgeschaltet, welches die wahrscheinlichsten Risikofälle, die hinsichtlich ihres tatsächlichen Rehabilitationsbedarfs

⁵⁴⁵ Vgl. hierzu auch *Raspe/Deck/Mittag* in *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2003, 236 (236); lt. *Buschmann-Steinhage*, *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2003, 253 (257) wird dabei besonders mit einer Zunahme chronischer psychischer Erkrankungen gerechnet.

⁵⁴⁶ *Welti/Raspe*, *DRV* 2004, 76 (77).

⁵⁴⁷ Hierzu *Glaser-Möller* in *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2003, 265 (265 f).

dann noch ärztlich abgeklärt werden müssen, vorselektiert⁵⁴⁸. Ein Screening-Verfahren läuft in den meisten Fällen folgendermaßen ab: Mittels eines Fragebogens, der Symptome und Beschwerden erfasst, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auf einen Rehabilitationsbedarf hinweisen, werden unter den befragten Versicherten diejenigen selektiert, welche möglicherweise eine Rehabilitationsmaßnahme benötigen. Der tatsächliche Rehabilitationsbedarf wird im Anschluss daran dann noch durch eine ärztliche Untersuchung festgestellt.

(a) Einzelne Verfahren zur Beurteilung von Rehabilitationsbedarf

Für einzelne chronische Krankheiten sind spezielle Verfahren zur Beurteilung von Rehabilitationsbedarf – so genannte Screening-Verfahren – entwickelt worden, von denen die bedeutendsten im Folgenden kurz erläutert werden. Hierbei handelt es sich in erster Linie um Verfahren zur Beurteilung von Rehabilitationsbedarf in der gesetzlichen Rentenversicherung; d.h. die Frage nach der krankheitsbedingten Arbeitsplatzsituation bzw. der Erwerbsfähigkeit war ein zentraler Punkt bei der Ermittlung der Screening-Verfahren.

(aa) Rehabilitationsbedarf bei Diabetes mellitus Typ 2

Eine frühestmögliche Ermittlung von Rehabilitationsbedarf bei Diabetes mellitus Typ 2 erscheint besonders notwendig, denn gerade der Krankheitsverlauf bei Diabetes Typ 2 geht oftmals mit zahlreichen Risiko- und Begleitfaktoren und chronischen Folgeerkrankungen einher, was eine frühzeitige Therapie unter Einbeziehung sämtlicher Krankheitsumstände besonders notwendig erscheinen lässt⁵⁴⁹. Eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme erscheint für solche Krankheiten wie Diabetes, bei dem ein mehrdimensionales Therapiekonzept mit verhaltensmedizinischen Behandlungsansätzen erforderlich ist, besonders geeignet⁵⁵⁰. Anhand

⁵⁴⁸ Potthoff/Biefang/Gerdes/Meschenmoser in Müller-Fahnow, Medizinische Rehabilitation, 37 (40 f).

⁵⁴⁹ Vgl. Raspe/Zillessen, Die Rehabilitation 2003, 124 (125); Dodt/Peters/Héon-Klin/Matthis/Raspe/Raspe, Die Rehabilitation 2002, 237 (237). Laut Ganten/Raspe, Die Rehabilitation 2003, 94 (94) kann eine multidisziplinär-multimodale Rehabilitation sogar dazu beitragen, die Stoffwechselsituation von Diabetes-Patienten langfristig zu verbessern und damit voraussichtlich auch den aus Folgeerkrankungen entstehenden persönlichen und volkswirtschaftlichen Schaden zu begrenzen.

⁵⁵⁰ Laut der Handlungsleitlinie zum Diabetes mellitus Typ 2, erstellt durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, zu finden unter www.akdae.de, Stand: August 2006, besteht die Anamnese bei Diabetes mellitus unter anderem in Übergewicht, hohem Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen und Depressionen. Folgeerkrankungen können kardiovaskuläre Komplikationen, Nieren- und Augenkomplikationen, Neuropathie, diabetisches Fußsyndrom und Depressionen sein.

mehrerer Studien wurde aus diesem Grund untersucht, wie sich ein möglichst effizientes und zuverlässiges Verfahren zur Ermittlung von Rehabilitationsbedarf gestalten lässt.

Seit Beginn des Jahres 1999 wurde im Rahmen einer Studie des Norddeutschen Verbundes für Rehabilitationsforschung (NVRF)⁵⁵¹ eine postalische Befragung von 12429 Versicherten der LVA Schleswig-Holstein (Alter zwischen 41-60 Jahren) vorgenommen. Aus dieser Kohorte wurden anschließend die Patienten mit Diabetes mellitus Typ-2 ermittelt. Anhand eines speziellen Verfahrens („Reha-Score für Typ-2-Diabetes mellitus“ oder auch „Lübecker Algorithmus“⁵⁵²) sollte dann untersucht werden, ob Rehabilitationsbedarf vorliegt. Hierzu wurden 12 krankheitsrelevante Störungen („Reha-Indikatoren“) ermittelt, wie z.B. Bewegungsmangel, Übergewicht (wurde anhand des Bodymass-Index, kurz BMI, ermittelt), schlechte Blutdruck- und Blutfettwerte, Störung des Glukosestoffwechsels (HbA1c), Hypoglykämie, Stress, Depressionen sowie fehlendes Diabetes-Wissen. Diesen Faktoren wurden dann die daraus resultierenden Interventionsmöglichkeiten, wie Sporttherapie, Diätberatung, ärztliche Stufen-therapie etc. gegenübergestellt. Die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs erfolgte anschließend in drei Schritten:

1. Identifikation der krankheitsspezifischen Störungsbereiche,
2. Indikationsstellung für bestimmte therapeutische Interventionen,
3. Auswertung.

Im ersten Schritt wurde geprüft, wie viele der 12 Störungen beim Patienten vorhanden sind. Diesen Störungen wurden dann im zweiten Schritt je nach Art und Ausprägung bis zu acht Interventionen verschiedener Berufsgruppen, wie z.B. Psychologen, Sporttherapeuten, Diätassistenten etc., zugeordnet. Bei der anschließenden Auswertung wurden die jeweils benötigten Interventionen addiert. Ein sicherer Rehabilitationsbedarf wurde angenommen, wenn mindestens sechs Interventionen benötigt wurden. Aufgrund dieser Auswertung ergab sich, dass bei knapp 1/5 der befragten Patienten ein Bedarf an Rehabilitationsleistungen bestand. Der Vorteil des hier dargestellten Reha-Scores bestand vor allen Dingen darin, dass nicht nur medizinische Faktoren eine Rolle spielten, sondern auch psychosoziale Faktoren, wie z.B. Stress und Arbeitsplatzprobleme Berücksichtigung fanden. Auf diesem Weg konnte sichergestellt werden, dass sämtliche Lebens- und Krankheitsumstände des Patienten einbezogen wurden.

(bb) Rehabilitationsbedarf bei chronischen Rückenleiden

⁵⁵¹ Die Ergebnisse dieser Studie wurden von *Dodt/Peters/Héon-Klin/Matthis/Raspe/Raspe*, *Die Rehabilitation* 2002, 237 ff. veröffentlicht.

⁵⁵² Hierzu auch *Marxsen/Dodt/Raspe/Peters*, *DRV* 2004, 144 (144 f).

Bei chronischen Rückenschmerzen wurde der oben erwähnte Reha-Score ebenfalls verwendet. Ein wirksames Verfahren zur frühzeitigen Ermittlung von Rehabilitationsbedarf ist auch hier besonders wichtig, da Rückenschmerzpatienten zum einen oft erst nach einem sehr langen Chronifizierungsprozess in die Rehabilitation kommen, und Rückenschmerzen zum anderen immer noch eine der Hauptindikationen für medizinischen Rehabilitationsleistungen sind⁵⁵³. Ein Verfahren, welches dafür Sorge trägt, dass ein Rehabilitationsbedarf schon zu früher Zeit ermittelt werden kann, wird dem Patienten somit einen womöglich langen Leidensweg ersparen. Hierzu wurden alle 10.009 erwerbstätigen Versicherten (Stichtag 31.12.1997) der LVA Schleswig-Holstein im Alter von 40 – 54 Jahren postalisch befragt. Chronische Rückenschmerzen wurden angenommen, wenn seit mehr als 90 Tagen ununterbrochene Schmerzen bestanden. Patienten mit schweren und behindernden Rückenschmerzen wurden im Anschluss an die postalische Befragung zu einer ärztlichen Untersuchung eingeladen. Auch hier wurde ein aktueller Bedarf an medizinischer Rehabilitation angenommen, wenn mindestens sechs oder mehr der genannten Interventionen benötigt wurden. Denkbar erscheint es im Falle von chronischen Rückenschmerzen, auch die Arbeitssituation des Betroffenen in die Beurteilung von Rehabilitationsbedarf einzubeziehen: Beispielsweise bei körperlich schwerer Arbeit, wie Heben oder Arbeiten in gebückter oder verdrehter Haltung, sowie bei Arbeiten in ungewöhnlichen, einseitigen Haltungen mit daraus folgenden Nackenschmerzen sollte ein Rehabilitationsbedarf frühestmöglich angenommen werden⁵⁵⁴. Denn gerade diese Belastungen tragen einen Großteil zur Chronifizierung von Rückenleiden bei. Rückenleiden gehören in Deutschland zu den häufigsten Beschwerden innerhalb der Bevölkerung und sind dementsprechend oft Ursache für ambulante und rehabilitative Leistungen⁵⁵⁵. Ein zuverlässiges Screening-Verfahren, anhand dessen sich ein Leistungsbedarf so früh wie möglich ermitteln lässt, kann somit auch zur Kostensenkung beitragen.

(cc) Rehabilitationsbedarf bei chronischen depressiven Erkrankungen

⁵⁵³ Vgl. *Hüppe/Raspe*, Die Rehabilitation 2003, 143 (149); *Raspe/Sulek/Héon-Klein/Matthis/Igl*, Das Gesundheitswesen 2001, 49 (50).

⁵⁵⁴ Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Auswahl bedeutsamer Risikofaktoren für die Entstehung und Chronifizierung unkomplizierter Rückenschmerzen, Gutachten 2000/2001, Band III, S. 118 ff.

⁵⁵⁵ Trotz der Bedeutung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere für chronische Rückenleiden legen beispielsweise *Weber/Weber/Raspe*, Die Rehabilitation 1999, 220 (224) dar, dass die im Rahmen einer dreijährigen Beobachtungskohortenstudie erfassten und ausgewerteten Daten einer Gruppe von langzeitarbeitsunfähigen Dorsopathiepatienten auf die Unterinanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation hinwiesen.

Depressive Erkrankungen gehören mit zu den häufigsten psychischen Störungen. Es handelt sich hierbei um rezidivierende Erkrankungen; d.h. um Langzeiterkrankungen⁵⁵⁶. Die Störungen nehmen meistens einen episodischen Verlauf, somit ist grundsätzlich davon auszugehen, dass eine depressive Erkrankungsphase auch vollkommen abklingen kann. Nicht für jede Form der Depression ist eine stationäre Rehabilitation die optimale Behandlungsvariante. Gründe für eine stationäre Rehabilitation können sein: Das Erlernen von Tagesstrukturierung, das Üben von Kontakten mit Dritten oder auch die Herausnahme aus dem belastenden sozialen Umfeld⁵⁵⁷. Ein Screeningverfahren, mit dem frühestmöglich ein Rehabilitationsbedarf bei depressiven Erkrankungen ermittelt werden kann, ist bisher noch nicht entwickelt worden. Als Indikatoren zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs können jedoch z.B. die Notwendigkeit von speziellen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen herangezogen werden, bzw. eine erforderliche Verhaltensbeobachtung oder intensive Überwachung. Rehabilitationsbedarf kann hiernach auch vorliegen, wenn mehrdimensionale Therapien erforderlich sind oder die Art der Erkrankung keine ambulante Rehabilitation erlaubt⁵⁵⁸. Da in den nächsten Jahren mit einem weiteren Anstieg depressiver Erkrankungen gerechnet wird, kann ein zuverlässiges Verfahren zur frühzeitigen Ermittlung von Rehabilitationsbedarf ähnlich wie beim Diabetes mellitus Typ 2 oder bei chronischen Rückenschmerzen ein hilfreicher Schritt sein. Da depressive Erkrankungen in der notwendigen Therapie allerdings einige Besonderheiten erfordern, ist es besonders wichtig, dass auch die Therapiemöglichkeiten, welche zeitlich vor einer stationären Behandlung liegen, wie z.B. ambulante psychotherapeutische Behandlungen, vollkommen ausgeschöpft werden.

(b) Bedeutung des behandelnden Hausarztes

Fraglich ist, welche Rolle der behandelnde Hausarzt bei der Erkennung von Rehabilitationsbedarf und ggf. anschließender Einleitung eines Rehabilitationsverfahrens hat. Im Rahmen eines Forschungsvorhabens, welches vom Norddeutschen Verbund für Rehabilitationsforschung (NVRF) im Zeitraum von 1998 bis 2001 gefördert wurde, wurde anhand einer postalischen Befragung, fallbezogener Interviews und Focusgruppen untersucht, welche Einstellung Haus- und Allgemeinärzte aus insgesamt vier Bundesländern in Bezug auf den Bedarf an Re-

⁵⁵⁶ Linden in Praxis Klinische Verhaltenmedizin und Rehabilitation 2003, 285 (285 ff.); chronisch seien Depressionen allerdings nur dann, wenn mindestens zwei bis drei fachgerecht durchgeführte Behandlungsversuche erfolglos gewesen sind.

⁵⁵⁷ Linden in Praxis Klinische Verhaltenmedizin und Rehabilitation 2003, 285 (289).

⁵⁵⁸ Linden in Praxis Klinische Verhaltenmedizin und Rehabilitation 2003, 285 (290).

habilitationsmaßnahmen aufweisen⁵⁵⁹. Gründe für diese Untersuchung waren unter anderem, dass Versicherte vor einer Antragstellung oft den hausärztlichen Rat in Bezug auf den potentiellen Nutzen sowie auf Art und Ort einer Rehabilitationsmaßnahme einholen, und Hausärzte im Vergleich zu anderen ärztlichen Berufsgruppen aufgrund der Langfristigkeit ihrer Beziehung zum Patienten am besten in der Lage sind, den mittel- und langfristigen Nutzen einer Rehabilitationsmaßnahme zu beurteilen⁵⁶⁰. Hausärzte kann man damit als eine „Experten-Gruppe“ in Bezug auf das Wissen über die Bedingungen und Wirkungen des Rehabilitationsgeschehens bezeichnen. Die Bedeutung des behandelnden Arztes für die Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen wird damit auch für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung deutlich; in der gesetzlichen Krankenversicherung ist dieser Tatsache inzwischen dadurch Rechnung getragen worden, dass spezielle rehabilitationsmedizinische Qualifikationen des Vertragsarztes gefordert werden⁵⁶¹.

Als Ergebnis der Untersuchungen vom NVRF konnte festgehalten werden, dass sich die Nutzenkriterien der Hausärzte für Leistungen der medizinischen Rehabilitation von denen des Gesetzgebers sowie von wissenschaftsbasierten Nutzenkriterien folgendermaßen unterscheiden: Zum einen sind die Nutzenkriterien des Hausarztes niemals absolut; d.h. die Nutzenerwartung ist immer auf den jeweiligen Patienten bezogen und daher eine subjektive und somit relative Nutzenerwartung⁵⁶². Des Weiteren wurde anhand dieser Untersuchung festgestellt, dass Hausärzte von Rehabilitationsmaßnahmen in erster Linie einen veränderten Umgang des Patienten mit der Krankheit und eine Änderung seiner Lebensgewohnheiten erwarten. So wurden beispielsweise Erwartungen dahingehend genannt, dass Patienten lernen, ungesunde Ernährung oder falsche Bewegungsmuster zu ändern. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit wurde zwar auch als Ziel für eine Rehabilitationsmaßnahme genannt; diesem Ziel wurde allerdings nicht überall so viel Bedeutung beigemessen, wie es im Sozialgesetzbuch vorgesehen ist. Weit häufiger wurden bei Erwerbstätigen beispielsweise Ziele mit einer insgesamt geringeren Reichweite genannt, wie „Symptomlinderung“, „Steigerung der Leistungsfä-

⁵⁵⁹ Zu dieser Studie: *van den Bussche/Dunkelberg* in *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2003, 299 (299 ff).

⁵⁶⁰ Aus diesem Grund empfiehlt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, dass Direktweisungen zu Rehabilitationsmaßnahmen durch die niedergelassenen Ärzte möglich werden. Vgl. hierzu auch *Amberger/Korsukéwitz*, *DAnGVers* 2002, 56 (57). Zur Rolle des Hausarztes bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen vgl. auch *Verbarg/Lawall*, *Sozialrecht und Praxis* 2005, 781 (785).

⁵⁶¹ § 11 RehaRL, vgl. dazu auch Glied.-Pkt. C.II.1.b)cc)(2).

⁵⁶² *van den Bussche/Dunkelberg* in *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2003, 299 (300).

higkeit“ oder „Stabilisierung“⁵⁶³. Auch das Herausholen aus Stresssituationen wurde als Grund für eine Rehabilitationsmaßnahme genannt; d.h. der Wunsch, den Patienten eine Zeit lang dem gewohnten Umfeld zu entziehen. Zusammenfassend ließ sich feststellen, dass Rehabilitationsmaßnahmen von Hausärzten überwiegend positiv beurteilt werden und nur in wenigen Fällen eine Rationierung gefordert wurde⁵⁶⁴. Zur weitergehenden Verbesserung der Übereinstimmung von Nutzenkriterien für Rehabilitationsmaßnahmen wurde eine Klärung der unterschiedlichen Herangehensweisen vorgeschlagen. Dies auch unter dem Blickwinkel, mögliche Zuweisungen zu nichtadäquaten Einrichtungen zu vermeiden. Da Hausärzte nach wie vor eine hohe Bedeutung für die Beantragung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen haben, kann eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Leistungsträgern – wozu auch die übereinstimmende Bewertung der gesetzlich vorgesehenen Nutzenkriterien gehört – nur förderlich sein. Bei der frühzeitigen Erkennung und Einleitung von Rehabilitationsverfahren haben behandelnde Hausärzte jedenfalls eine tragende Rolle; sie sind daher in mögliche Verfahren zur frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf unbedingt einzubeziehen⁵⁶⁵.

(c) Kriterien zur Beurteilung von Rehabilitationsbedarf

Es ist zu klären, welche Kriterien zur frühzeitigen und zuverlässigen Beurteilung eines Rehabilitationsbedarfs in der gesetzlichen Rentenversicherung heranzuziehen sind. Nach den gesetzlichen Anforderungen gelten die persönlichen Voraussetzungen für Teilhabeleistungen als erfüllt bei Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und bei denen voraussichtlich eine Besserung des jeweiligen Zustandes durch eine Rehabilitations- oder Teilhabeleistung in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit zu erwarten ist⁵⁶⁶. Gründe für die Gefährdung

⁵⁶³ van den Bussche/Dunkelberg in Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 299 (304).

⁵⁶⁴ Eine weitere Befragung von Allgemeinärzten in Hamburg, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern in den Jahren 1999 und 2001 ergab allerdings, dass die Ärzte in den neuen Bundesländern positiver gegenüber medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen eingestellt waren, als die Ärzte aus den alten Bundesländern. Vgl. Dunkelberg/Lachmann/van den Bussche/Müller, Das Gesundheitswesen 2002, 369 (371 u. 373).

⁵⁶⁵ Hierzu bemerken Rische/Löffler in DAngVers 1998, 394 (399), dass der behandelnde Hausarzt als Informant über medizinische Rehabilitation umso wichtiger wird, je schlechter der Gesundheitszustand und damit der subjektive Rehabilitationsbedarf der Versicherten ist.

⁵⁶⁶ § 10 Abs. 1 SGB VI.

bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit können demnach Krankheit oder körperliche, geistige oder seelische Behinderung sein.

(aa) Krankheit oder Behinderung als mögliche Ursache

Eine begriffliche Definition von Krankheit und ihre Abgrenzung zur Behinderung ist auch innerhalb des SGB VI nicht vorgenommen worden. Wie das BSG bereits in seinem Urteil vom 25. Mai 1961⁵⁶⁷ ausgeführt hat, liegt eine Krankheit bei einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand vor. Der Begriff der Krankheit im rentenversicherungsrechtlichen Sinne unterscheidet sich dabei allerdings vom Krankheitsbegriff im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung: Zusätzlich zum regelwidrigen Zustand muss hinzutreten, dass durch die Krankheit die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist. Im Gegensatz zum Krankheitsbegriff im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung kommt es dabei auf das Vorliegen von Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit nicht an⁵⁶⁸. Die Bedrohung der Erwerbsfähigkeit ist somit nicht nur ein entscheidender Faktor für die Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung, sondern auch für den Krankheitsbegriff des SGB VI. Es stellt sich die Frage, inwieweit das Vorliegen von chronischer Krankheit ebenfalls unter den Krankheitsbegriff des SGB VI fällt: Soweit eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund der chronischen Krankheit vorliegt, ist davon auszugehen, dass auch der Krankheitsbegriff im Sinne des SGB VI erfüllt ist, und damit die persönlichen Voraussetzungen des § 10 SGB VI vorliegen. Da langfristige Leiden häufig im Laufe der Zeit zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit führen, ist sogar davon auszugehen, dass es gerade die chronischen Krankheiten sind, welche ursächlich für das Bestehen der persönlichen Voraussetzungen und damit für das Vorliegen eines Rehabilitationsbedarfs sind⁵⁶⁹.

Als weitere Ursache für die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit und damit für das Vorliegen eines Rehabilitationsbedarfs gilt das Bestehen von körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung. Innerhalb des SGB VI findet sich keine Definition des Behinderungsbegriffes. Es ist somit der Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX heranzuziehen, wonach eine Abweichung von dem für das Lebensalter typischen Zustand vorhanden sein muss, welche länger als sechs Monate andauert, und daher eine Beeinträchtigung der

⁵⁶⁷ BSG 14, 207 (207 ff.).

⁵⁶⁸ Kreikebohm in ders., SGB VI, § 10, Rn. 5.

⁵⁶⁹ Hier lässt sich allerdings die Frage aufwerfen, ob Rehabilitationsmaßnahmen nicht bereits zu spät gewährt werden, wenn bereits eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliegt, vgl. dazu auch Glied.-Pkt. C.I.1.d)bb).

Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vorliegt. Wenn man bedenkt, dass chronische Krankheiten eine häufige Ursache für spätere Behinderungen sind, stellt sich auch hier die Frage, inwieweit das Bestehen von chronischer Krankheit ursächlich für einen Rehabilitationsbedarf aufgrund von Behinderung sein kann: Ist bereits eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX festgestellt worden, gilt die chronische Krankheit, sofern sie Auslöser für diese Behinderung ist, als mittelbare Ursache für das Vorliegen von Rehabilitationsbedarf. Hier zeigt sich wieder einmal, wie wichtig es ist, dass ein Rehabilitationsbedarf möglichst frühzeitig erkannt wird: Denn das Eintreten von Behinderung kann ggf. verhindert oder zumindest verzögert werden, sofern ein Rehabilitationsbedarf bereits dann ermittelt wird, wenn lediglich die chronische Krankheit besteht.

So bleibt die chronische Krankheit weiterhin zentraler Grund für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen: Einerseits bevor eine Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX vorliegt, und andererseits als mittelbare Ursache, wenn Rehabilitationsbedarf festgestellt worden ist, nachdem eine Behinderung, ausgelöst durch chronische Krankheit, eingetreten ist. Unter dem Gesichtspunkt des Präventionsvorrangs gem. § 3 SGB IX gilt des Weiteren noch zu klären, ob auch eine drohende Behinderung einen Rehabilitationsbedarf im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung auslösen kann. Der Begriff der drohenden Behinderung wird in den rehabilitationsrelevanten Vorschriften des SGB VI nicht genannt. Eine drohende Behinderung liegt vor, wenn die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erwarten ist; sie ist (mindestens) dann gegeben, wenn bereits eine Abweichung der körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand vorhanden ist⁵⁷⁰. Der Krankheitsbegriff des SGB VI umfasst nach der oben genannten Rechtsprechung des BSG regelwidrige körperliche, geistige oder seelische Zustände, welche die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährden oder mindern. Auch die drohende Behinderung kann eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit auslösen. Es ist davon auszugehen, dass die persönlichen Voraussetzungen des § 10 SGB VI in diesen Fällen ebenfalls erfüllt sind, und die drohende Behinderung somit auch einen Rehabilitationsbedarf im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung auslösen kann.

(bb) Weitere Faktoren zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs

In der Wissenschaft gibt es viele Untersuchungen, welche sich damit befassen haben, zuverlässige Kriterien zur Beurteilung von Rehabilitationsbedarf zu ermitteln. Aus diesen Untersuchungen haben sich folgende Kriterien für die Beurteilung von Rehabilitationsbedarf – von

⁵⁷⁰ § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX ; zum Begriff der drohenden Behinderung vgl. auch Glied.-Pkt. B.II.2.b)aa)(1).

denen einzelne Faktoren allerdings stärker zu gewichten sind als andere - ergeben: Funktionseinschränkungen, Fähigkeitsstörungen, Risikokonstellationen, Kombination von Gesundheitsstörungen/Multimorbidität, Arbeitsunfähigkeitszeiten, bisherige Therapie, Erfordernis der Koordination mehrerer Therapieformen, hoher Schulungsbedarf, Probleme bei der Krankheitsbewältigung⁵⁷¹. Lassen sich die meisten der Faktoren, wie Funktionseinschränkungen, Fähigkeitsstörungen, Risikokonstellation etc. durch Untersuchungen und Gespräche beim behandelnden Arzt ermitteln, wodurch erneut die hohe Bedeutung der Rolle des Arztes beim Einleiten von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aufgezeigt wird, lassen sich andere Faktoren, wie z.B. die Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten, nur durch Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger untereinander, in diesem Fall zwischen Krankenkasse und Rentenversicherungsträger, ermitteln. Ein inzwischen erkannter Zusammenhang zwischen häufigen und lange andauernden Arbeitsunfähigkeitszeiten, negativer Arbeitsprognose und daraufhin erfolgter Reha- bzw. Rentenantragstellung wirft beispielsweise die Frage auf, ob ein sogenanntes Screening-Verfahren, welches Patienten mit gesundheitsbedingten Problemen am Arbeitsplatz rechtzeitig entdecken kann, eine sinnvolle Maßnahme zur Verhinderung von lang anhaltender Arbeitsunfähigkeit und daraus resultierenden Folgeprobleme darstellen würde⁵⁷². Dauer und Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitszeiten scheinen somit ein wichtiger Faktor zur Beurteilung von Rehabilitationsbedarf zu sein.

(i) Bedeutung von Arbeitsunfähigkeitszeiten

Bereits im Jahre 1994 wurden Ergebnisse einer Studie der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) veröffentlicht, in welcher in einem 3-Jahreszeitraum vor Antragstellung Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) von Rehabilitations-Antragstellern erhoben und ausgewertet wurden⁵⁷³. Insgesamt handelte es sich dabei um 2202 Antragsteller/innen, von denen die Daten erhoben wurden. Zentrale Aufgabe bei dieser Studie war, zu untersuchen, inwieweit AU-Daten als Indikator für Rehabilitationsbedarf gelten können. Bei den 2202 Personen lagen insgesamt 7619 Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten drei Jahren vor Antragstellung vor. Insgesamt 162 (7 %) Personen hatten in diesem Zeitraum keine Arbeitsunfähigkeitszeiten und bei ca. 220 Personen (10 %) fehlten die AU-Daten. Als Vergleichspopulation wurde die Gesamtstatistik über AU-Ereignisse der Ersatzkassen für Angestellte herangezogen⁵⁷⁴. Dabei

⁵⁷¹ Buschmann-Steinhage, Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 253 (254).

⁵⁷² Vgl. hierzu auch Pollmann in Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 292 (297).

⁵⁷³ Stallmann in Müller-Fahrnow, Medizinische Rehabilitation, 13 (13 ff.).

⁵⁷⁴ Stallmann in Müller-Fahrnow, Medizinische Rehabilitation, 13 (17).

ergab sich deutlich, dass die Dauer und Häufigkeit der AU-Zeiten der Antragsteller bedeutend höher war als die der Vergleichsgruppe. Es konnte außerdem erkannt werden, dass sich Langzeit-AU-Episoden (hier sprach man von AU-Zeiten von 42 Tagen und mehr) in den drei Jahren vor Antragstellung häuften; d.h. die durchschnittliche AU-Dauer verdoppelte sich von 37 auf 76 Tage, woraus geschlossen wurde, dass gerade Langzeit-AU-Episoden einen deutlichen und auch frühzeitigen Hinweis auf schwere gesundheitliche Probleme geben. Zusammenfassend ließ sich anhand dieser Studie feststellen, dass AU-Zeiten einen wichtigen Faktor bei der Beurteilung von Rehabilitationsbedarf darstellen, und auch gerade AU-Zeiten von langer Dauer einen möglichen Bedarf frühzeitig erkennen lassen. Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass man keinesfalls einen Umkehrschluss ziehen könnte, wonach man „keine Arbeitsunfähigkeit, also keine Reha-Bedürftigkeit“⁵⁷⁵ folgern könnte.

Eine ähnliche Schlussfolgerung wurde auch im so genannten Projekt PW5 „Prädiktoren der Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation von Patienten mit chronischen darmassoziierten Beschwerden unter Berücksichtigung von Zugangssteuerung und Effizienz“ des NRW-Forschungsverbundes gezogen⁵⁷⁶. Bei diesem Projekt sollten Prädiktoren für Rehabilitationsbedarf und -erfolg bei chronischen Darmerkrankungen ermittelt werden. Hierzu wurden insgesamt 352 Patienten mit chronischen Darmkrankheiten (Dickdarmkrebs, chronisch-entzündliche Darmkrankheit sowie Reizdarm) über drei Zeitpunkte (Rehabilitationsbeginn und -ende, Ein-Jahres-Katamnese) zu rehabilitationsspezifischen Bereichen befragt. Alle 352 Patienten standen im Erwerbsleben. Aus dieser Befragung ergab sich, dass negative Faktoren für einen Rehabilitationserfolg neben Alter und Funktionseinschränkungen vor allen Dingen die Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten ist. Je negativer außerdem die eigene, d.h. subjektive Erwerbsprognose des Rehabilitanden ist („ich werde voraussichtlich nicht mehr arbeiten können“), desto unwahrscheinlicher ist der Erfolg einer solchen Maßnahme. Eine negative subjektive Erwerbsprognose hängt wiederum mit der Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten zusammen: So steigt der Rentenwunsch mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bis auf einen Anteil von 78 % bei einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 44 Wochen⁵⁷⁷. Lang anhaltende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit können demzufolge nicht nur einen deutlichen Hinweis auf gesundheitliche Probleme geben; es besteht dieser Studie zufolge zudem die Gefahr eines negativen Rehabilitationserfolges; d.h. die erkrankten Personen können möglicherweise nicht mehr in das Erwerbsleben zurückgeholt werden. Geht man davon aus, dass gerade Patienten

⁵⁷⁵ Stallmann in Müller-Fahrnow, Medizinische Rehabilitation, 13 (22).

⁵⁷⁶ Pollmann in Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 292 (292 ff.).

⁵⁷⁷ Pollmann in Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 292 (296).

mit chronischen Leiden, wie hier mit chronischen Darmkrankheiten, lange und häufig arbeitsunfähig sind, wird die Bedeutung einer frühzeitigen Ermittlung von Rehabilitationsbedarf erneut deutlich vor Augen geführt. Mit lang andauernden Arbeitsunfähigkeitszeiten sinkt außerdem nicht nur die subjektive Erwerbsprognose: Mit der voranschreitenden Chronifizierung von Krankheiten steigen zudem die Depressivität, psychische Störungen und körperliche Beschwerden an, was sich wiederum in einem negativen Rehabilitationserfolg widerspiegelt⁵⁷⁸. Ein frühzeitiger Ansatz für notwendige Maßnahmen erscheint daher gerade bei chronisch Kranken als äußerst wichtig.

Ein Projekt der LVA Schleswig-Holstein mit dem Namen „PETRA“ (Projekt Früherkennung trägerübergreifend des Reha-Bedarfs durch Auswertung der AU-Daten)⁵⁷⁹, welches im Jahr 2005 abgeschlossen wurde⁵⁸⁰, befasste sich mit der Frage, inwieweit Arbeitsunfähigkeitszeiten als Indikator für eine möglichst frühzeitige Erkennung von Rehabilitationsbedarf verwendet werden können. Auch die Frage nach der Motivation zur Antragstellung bei rehabilitationsbedürftigen Versicherten, vor allen bei denjenigen, welche vorher nie eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme erhalten haben, sowie die Gewährleistung eines möglichst schnellen Zugangsverfahrens zur Rehabilitation waren Ziele dieses Projekts. Die Auswahl der zu untersuchenden Versicherten wurde wie folgt vorgenommen: Bei vorliegender Arbeitsunfähigkeit wurde durch die zuständige Krankenkasse geprüft, ob bestimmte medizinische Auswahlkriterien zutreffen, die auf Rehabilitationsbedarf hinweisen. Bei Versicherten mit Erkrankungen wie Diabetes, Morbus Bechterew, rezidivierenden Nierensteinen, chronischen obstruktiven Lungenerkrankungen und kardiovaskulären Erkrankungen galten die Auswahlkriterien als erfüllt, wenn diese bereits zum dritten Mal im Jahr arbeitsunfähig waren (unabhängig von der Dauer jeder Arbeitsunfähigkeit) oder in den letzten 12 Monaten insgesamt mehr als 42 Tage wegen derselben Krankheit arbeitsunfähig waren. Bei Versicherten mit orthopädischen Leiden galten die Kriterien nur dann als erfüllt, wenn in den letzten 12 Monaten insgesamt mehr als 42 Tage Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit bestanden hat, und wenn die Versicherten beim Screening bereits 15 bis 21 Tage arbeitsunfähig waren⁵⁸¹. Von dem Projekt ausgeschlossen waren Versicherte, die langzeitarbeitslos waren, sowie Versicherte, deren Renten- oder Rehabilitationsantrag aktuell in Bearbeitung war. Ebenfalls aus-

⁵⁷⁸ So Wurmthaler/Gerbershagen/Dietz/Korb/Nilges/Schillig, Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 1996, Band IV, Heft 2, 113 (113 ff.) in Bezug auf chronische Schmerzpatienten.

⁵⁷⁹ Glaser-Möller in Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 265 (267 ff.).

⁵⁸⁰ vffr, Projekt PETRA, Abschlussbericht April 2005.

⁵⁸¹ vffr, Projekt PETRA, Abschlussbericht, S. 8.

geschlossen waren Versicherte, die in den letzten vier Jahren einen Reha- bzw. Renten-Ablehnungsbescheid erhalten haben oder innerhalb der letzten vier Jahre eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt haben, bzw. aktuell im Krankenhaus behandelt wurden⁵⁸².

Die Arbeitsunfähigkeitsdaten waren somit im PETRA-Projekt Hauptansatzpunkt für die Beurteilung von Rehabilitationsbedarf. Ab dem Jahr 2002 wurde den teilnehmenden Patienten des PETRA-Projekts eine Vergleichsgruppe zur Seite gestellt; hierbei handelte es sich um eine Gruppe von arbeitsunfähigen Versicherten, welche keine Unterstützung durch das Projekt erfahren haben. In den Jahren von 2000 bis 2002 fehlte eine derartige Vergleichsgruppe, stellvertretend hierfür wurden statt dessen die LVA-Versicherten herangezogen, welche in diesen Jahren einen Antrag auf Rehabilitation nach § 51 SGB V eingereicht haben⁵⁸³. Im Jahre 2003 konnte bereits ein Resultat des PETRA-Projekts dargelegt werden⁵⁸⁴, wonach zum einen die Anträge innerhalb des Projekts stetig zugenommen hatten, was als Hinweis dafür gewertet wurde, dass immer mehr Krankenkassen-Geschäftsstellen das PETRA-Verfahren umgesetzt hatten. Insgesamt zeigten die Anträge auf Rehabilitation innerhalb des Projekts außerdem einen Bewilligungsanteil von mehr als 90 %. Die Versicherten, welche einen Rehabilitationsantrag innerhalb des PETRA-Projekts gestellt hatten, waren durchschnittlich vier Jahre jünger als Antragsteller im Rahmen von § 51 SGB V und durchschnittlich zwei Jahre jünger als sonstige arbeitsunfähige Versicherte, welche einen Antrag auf Rehabilitation gestellt hatten (sog. „Eilfälle“). Es waren außerdem hauptsächlich Versicherte mit muskuloskelettalem Beschwerdebild, welche durch das PETRA-Screening ausgewählt worden sind⁵⁸⁵. Bei Antragstellern nach § 51 SGB V zeigte sich des Weiteren, dass hier ein erheblich höherer Anteil an Langzeitarbeitsunfähigen vorhanden war als bei den Antragstellern im Rahmen des PETRA-Projekts. Daraus wurde gefolgert, dass die Einleitung von Anträgen im Rahmen von PETRA zeitlich vor der Antragstellung im Rahmen von § 51 SGB V stattgefunden hat. Das PETRA-Projekt schien somit als ein wirksames Verfahren zur frühzeitigen Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu gelten. Arbeitsunfähigkeitszeiten von langer Dauer könnten

⁵⁸² vffr, Projekt PETRA, Abschlussbericht, S. 8.

⁵⁸³ Nach § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V kann die Krankenkasse den Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. Voraussetzung für die Anwendung der Norm ist, dass ein Krankengeldanspruch besteht. Vay in Krauskopf, Soziale Kranken- und Pflegeversicherung zu § 51 SGB V, Rn. 2.

⁵⁸⁴ Glaser-Möller in Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 265 (269).

⁵⁸⁵ vffr, Projekt PETRA, Abschlussbericht, S. 64.

somit durch die Einleitung von frühzeitigen Rehabilitationsmaßnahmen verhindert werden. Des Weiteren könnte die voranschreitende Chronifizierung von Erkrankungen mit sinkenden Erfolgsaussichten für den Wiedereintritt in das Erwerbsleben evt. verhindert oder zumindest verzögert werden. Denkbar wäre es daher auch, das PETRA-Projekt auf weitere – in erster Linie chronische – Erkrankungen auszudehnen, wie beispielsweise chronische depressive Erkrankungen⁵⁸⁶.

(ii) Zwischenergebnis

Krankheit und Behinderung können nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung einen Anspruch auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen auslösen. Zum Krankheitsbegriff im Sinne des § 10 SGB VI sind auch chronische Krankheiten sowie drohende Behinderungen zu zählen, soweit sie eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit auslösen. Um möglichst frühzeitig einen Bedarf an Rehabilitationsleistungen zu erkennen, und um eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, gilt es, zuverlässige Faktoren zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs zu finden. Als wichtigste Faktoren sind hier zu nennen: Funktionseinschränkungen, Fähigkeitsstörungen, Risikokonstellationen, Kombination von Gesundheitsstörungen/Multimorbidität, Arbeitsunfähigkeitszeiten, bisherige Therapie, Erfordernis der Koordination mehrerer Therapieformen, hoher Schulungsbedarf und Probleme bei der Krankheitsbewältigung. Die Bedeutung von Arbeitsunfähigkeitszeiten ist dabei besonders hervorzuheben. Besonders bei chronischen Kranken erscheint es notwendig, lange und häufige Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden. Gründe für Langzeitarbeitsunfähigkeiten ist häufig eine voranschreitende Chronifizierung der Krankheit, welche häufig einhergeht mit steigender Depressivität, psychischen Störungen und körperlichen Beschwerden. Langzeitarbeitsunfähigkeiten und Depressivität spiegeln sich ihrerseits oftmals in einem negativen Rehabilitationserfolg wieder. Zeiten der Arbeitsunfähigkeit sollten demnach immer eine hohe Bedeutung bei der Beurteilung von Rehabilitationsbedarf haben. Ein Umkehrschluss, wonach Rehabilitationsbedarf nicht vorliegt, wenn keine Zeiten der Arbeitsunfähigkeit vorliegen, lässt sich hieraus allerdings nicht folgern.

ee) Rehabilitationsbedarf von chronisch Kranken nach dem SGB VII

⁵⁸⁶ Es gebe außerdem auch starke methodische Gründe, die Struktur des PETRA-Verfahrens beizubehalten und zu optimieren, denn durch dieses Verfahren werde eine randomisierte Zuweisung von Versicherten zu unterschiedlichen Betreuungs- und Versorgungsangeboten möglich, deren Wirksamkeit dann nach wissenschaftlicher Methodik überprüft werden könne. Hierzu vfr, Projekt PETRA, Abschlussbericht, S. 76.

Auch nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) kann ein Bedarf an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch Kranke bestehen. Die Voraussetzungen sowie der Umfang der Leistungen sind im Folgenden zu klären.

(1) Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe

Zunächst stellt sich die Frage, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit ein Rehabilitationsbedarf nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung besteht. Als so genannte Versicherungsfälle wird hierbei zwischen Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten unterschieden⁵⁸⁷. Diese Versicherungsfälle des SGB VII können unter anderem einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe bzw. auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen auslösen⁵⁸⁸. Der Bedarf an Rehabilitationsleistungen misst sich somit an dem Bestehen eines Versicherungsfalles. Auch mittelbare Folgen eines Versicherungsfalles, d.h. Gesundheitsschäden oder der Tod von Versicherten, beispielsweise infolge der Durchführung einer Heilbehandlung⁵⁸⁹, können weitere Leistungsansprüche auslösen.

(a) Arbeitsunfälle

Arbeitsunfälle können Leistungsansprüche nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung auslösen. Bei diesen handelt es sich um Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit⁵⁹⁰. Unfälle in diesem Sinne sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen⁵⁹¹. Das Tatbestandsmerkmal der äußeren Einwirkung soll dabei klarstellen, dass ein aus innerer Ursache kommendes Geschehen nicht als Unfall in diesem Sinne anzusehen ist; was bedeutet, dass eine Krankheitserscheinung, deren Auftreten allein auf einem vorbestehenden Grundleiden beruht, mangels einer Einwirkung von außen keinen Unfall dar-

⁵⁸⁷ § 7 SGB VII.

⁵⁸⁸ Eine Erweiterung der Versicherungsfälle findet gem. § 10 SGB VII lediglich für die See- und Binnenschifffahrt statt, sowie gem. § 12 SGB VII für den Gesundheitsschaden einer Leibesfrucht. Vgl. hierzu auch *Kater* in *ders./Leube, Gesetzliche Unfallversicherung*, vor §§ 7-13, Rn. 2 ff.

⁵⁸⁹ § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass Ansprüche aus einem tatsächlichen, früheren Versicherungsfall bestanden haben oder jedenfalls dessen Vorliegen bindend festgestellt wurde. *Rapp LPK-SGB VII*, § 11, Rn. 2.

⁵⁹⁰ § 8 Abs. Satz 1 SGB VII; Versicherungsschutz wird dabei gem. §§ 2, 3 und 6 SGB VII kraft Gesetz, Satzung oder freiwillig auf schriftlichen Antrag hin ausgelöst.

⁵⁹¹ § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII.

stellt⁵⁹². Auch so genannte Wegeunfälle, wie z.B. das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit⁵⁹³, gehören dabei zu den versicherten Tätigkeiten. Als Gesundheitsschaden in diesem Sinne wird außerdem auch die Beschädigung eines Hilfsmittels anerkannt⁵⁹⁴. Da chronische Krankheiten im Regelfall nicht durch Arbeitsunfälle ausgelöst werden⁵⁹⁵, sondern bestimmte chronische Krankheiten eher als so genannte Berufskrankheiten anerkannt werden (siehe unten), spielt der Rehabilitationsbedarf aufgrund von Arbeitsunfällen im folgenden Kapitel keine weitere Rolle.

(b) Berufskrankheiten

Auch Berufskrankheiten können nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe bzw. auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen auslösen. Hierbei handelt es sich um Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet, und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit erleiden⁵⁹⁶. Der Unterschied zu einem Arbeitsunfall besteht insbesondere darin, dass ein Arbeitsunfall plötzlich auftreten muss, während sich Berufskrankheiten typischerweise über einen längeren Zeitraum entwickeln⁵⁹⁷.

(aa) Listenberufskrankheiten

Die Bundesregierung wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht worden sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind; sie kann dabei bestimmen, dass die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten

⁵⁹² Ziegler, LPK-SGB VII, § 8, Rn. 25.

⁵⁹³ § 8 Abs. 2 SGB VII, zu dem Begriff des Wegeunfalls vgl. auch Schuln/Igl, Sozialrecht, § 29, Rn. 478 ff.

⁵⁹⁴ § 8 Abs. 3 SGB VII.

⁵⁹⁵ Als Ausnahme wären hier allerdings z.B. chronische Rückenleiden zu nennen, welche durch einen Arbeitsunfall ausgelöst worden sind.

⁵⁹⁶ § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII.

⁵⁹⁷ Schmitt, SGB VII, zu § 9, Rn. 3; es sei allerdings nicht zwingend, dass eine Berufskrankheit sich erst über einen längeren Zeitraum entwickelt: Sie könne auch überraschend auftreten, wie z.B. bei einer plötzlichen Infektion oder Vergiftung. In den übrigen Fällen der schleichenden Entwicklung stellt sich die Frage nach der Chronizität der jeweiligen Leiden, vgl. dazu auch die weiteren Ausführungen.

sind, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht worden sind oder wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können⁵⁹⁸. Mit dem Merkmal, dass nur solche Krankheiten als Berufskrankheiten anerkannt werden können, welche durch Einwirkungen verursacht werden, denen bestimmte Personengruppen in einem erheblich höheren Maße ausgesetzt sind als die restliche Bevölkerung (so genannter gruppentypischer Schaden), soll eine Abgrenzung von Einwirkungen erreicht werden, denen auch die übrige Bevölkerung ausgesetzt ist⁵⁹⁹.

In der Anlage der auf dieser Rechtsgrundlage erlassenen Berufskrankheiten-Rechtsverordnung (BKV⁶⁰⁰) sind sämtliche Krankheiten, welche als Berufskrankheiten anerkannt sind, aufgeführt. Zum einen werden dort die Krankheiten hinsichtlich der ursächlichen Einwirkungen auf den menschlichen Organismus unterschieden: So werden in Nr. 1 der Anlage diejenigen Krankheiten genannt, welche durch chemische Einwirkungen, wie Metalle, Metalloide (z.B. Blei, Quecksilber etc.), Erstickungsgase, Lösemittel, Pestizide und sonstige chemische Stoffe verursacht werden; in Nr. 2 werden Krankheiten genannt, welche durch physikalische Einwirkungen verursacht werden, wie mechanische Einwirkungen, Druckluft, Lärm und Strahlen. In Nr. 3 der Anlage finden diejenigen Krankheiten Erwähnung, welche durch Infektionserreger oder Parasiten verursacht werden sowie Tropenkrankheiten. In Nr. 4 und Nr. 6 werden außerdem noch Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells sowie Hautkrankheiten genannt, welche unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls Berufskrankheiten darstellen können. Auffallend ist dabei, dass es sich bei den Berufskrankheiten häufig um Krankheiten mit einem chronischen Verlauf handelt.

Fraglich ist, ob es objektive Kriterien gibt, nach welchen bestimmte Krankheiten in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen werden. Nach dem Gesetzeswortlaut müssen jedenfalls Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft vorliegen, wonach die Erkrankungen durch besondere Einwirkungen verursacht worden sind. Es ist davon auszugehen, dass diese Erkenntnisse vorliegen, wenn die überwiegende Mehrheit der medizinischen Sachverständigen, die auf dem jeweiligen Fachgebiet über besondere Erfahrungen und Kenntnisse verfügen, zur selben wissenschaftlich fundierten Meinung gelangen. Nicht erforderlich ist es hingegen, dass die gewonnenen Erkenntnisse der Auffassung aller Sachverständigen entsprechen. Einzelne

⁵⁹⁸ § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII.

⁵⁹⁹ *Schmitt*, SGB VII, zu § 9, Rn. 12.

⁶⁰⁰ BGBl I 1997, S. 2623.

Meinungen reichen indes ebenfalls nicht aus⁶⁰¹. Die schädigenden Einwirkungen müssen außerdem generell geeignet sein, das betreffende Krankheitsbild zum Entstehen zu bringen oder zu verschlimmern. Des Weiteren muss die betreffende Erkrankung konkret individuell durch die entsprechenden Einwirkungen wesentlich verursacht oder verschlimmert worden sein⁶⁰². Bei der Frage nach der Anerkennung einer Krankheit als so genannte Listenberufskrankheit werden unter anderem berücksichtigt: Die Schwere der Krankheit, ihr regelmäßiger Verlauf, die normale Dauer der Krankheit, ihre Entstehung, die Möglichkeit einer außerberuflichen Verursachung und das Problem der Abgrenzung von den allgemeinen Alters- und Abnutzungserscheinungen in der übrigen Bevölkerung⁶⁰³. Zu beachten ist dabei, dass der Krankheitsbegriff des SGB VII nicht identisch mit dem Krankheitsbegriff des SGB V ist⁶⁰⁴. Zwar stellt auch der allgemeine Krankheitsbegriff der gesetzlichen Unfallversicherung auf einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand ab, die Kriterien der Arbeitsunfähigkeit und der Behandlungsbedürftigkeit spielen bei der Anerkennung einer Krankheit als Versicherungsfall der Berufskrankheit jedoch nicht unbedingt eine Rolle. Es wird vielmehr zwischen dem Leistungsfall und Versicherungsfall unterschieden: Im Leistungsfall wird auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit, der Behandlungsbedürftigkeit oder der rentenberechtigten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) abgestellt, während der Versicherungsfall nur das Versicherungswagnis umschreibt und nichts über weitere Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung von Leistungen aussagt⁶⁰⁵. Der Leistungsfall kann wiederum nicht vor dem Versicherungsfall eintreten: Soweit Vorschriften über Leistungen auf den Zeitpunkt des Versicherungsfalls abstellen, ist bei Berufskrankheiten auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit, der Behandlungsbedürftigkeit oder, wenn dies für den Versicherten günstiger ist, auf den Beginn der rentenberechtigten Minderung der Erwerbsfähigkeit abzustellen⁶⁰⁶. Aufgrund dieser Begünstigungsklausel muss auf das für den Versicherten wirtschaftlich günstigere Gesamtergebnis abgestellt werden, so dass der Zeitpunkt des Versicherungsfalls nicht schematisch feststeht, sondern nach dem jeweiligen Einzelfall ermittelt werden muss⁶⁰⁷. Während durch den Leistungsfall somit die Kriterien wie Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit herangezogen werden können, können sie ohne einen solchen, d.h. bei rein formaler Anerkennung einer Krankheit

⁶⁰¹ BT-Drucks. 13/2204, S. 78.

⁶⁰² BSG vom 27.06.2000, Az: B 2 U 29/99 R.

⁶⁰³ Blome, Die BG 1998, 360 (370).

⁶⁰⁴ Zum Krankheitsbegriff des SGB V vgl. auch Glied.-Pkt. B.II.3.a).

⁶⁰⁵ Kater in ders./Leube, Gesetzliche Unfallversicherung, zu § 9, Rn. 41 ff.

⁶⁰⁶ § 9 Abs. 5 SGB VII.

⁶⁰⁷ Streubel, LPK-SGB VII, § 9, Rn. 53.

als Berufskrankheit, auch außer Acht gelassen werden. Vorteilhaft ist dies für Berufskrankheiten, bei welchen es sich um chronische Erkrankungen handelt: Ein chronisches Leiden löst nicht in dem Fall und nicht zu jeder Zeit ihres Bestehens Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsbedürftigkeit bzw. eine rentenberechtigte Minderung der Erwerbsfähigkeit aus. Eine chronische Bronchitis beispielsweise, Nr. 4111 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV)⁶⁰⁸, liegt nach dem hierzu gültigen Merkblatt⁶⁰⁹ dann vor, wenn an den meisten Tagen von wenigstens 3 Monaten in 2 aufeinander folgenden Jahren Husten besteht und vermehrt Bronchialschleim entleert wird. Bei einer obstruktiven Bronchitis liegen zusätzlich Zeichen der Bronchialeinengung in Form brummender und giemender Begleitgeräusche vor, die durch Auskultation des Brustkorbs oder in schweren Fällen auf Distanz wahrnehmbar sind. Entscheidend für das Bestehen einer chronischen Bronchitis ist nicht nur die kritische Wertung von Anamnese und klinischem Befund, sondern vor allem die objektive Einschränkung der Lungenfunktion. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass - besonders bei schweren Formen der chronischen Bronchitis - Behandlungsbedürftigkeit der Erkrankung und/oder Arbeitsunfähigkeit vorliegen, ist ihr Bestehen hiernach jedenfalls kein objektives Kriterium zur Beurteilung der Frage, ob eine Berufskrankheit in Form einer chronischen Bronchitis vorliegt. Das Problem bei der Anerkennung einer Krankheit als (Listen-)Berufskrankheit besteht somit in erster Linie darin, eine Abgrenzung von den allgemeinen Alters- und Krankheitserscheinungen in der übrigen Bevölkerung zu schaffen, sowie durch Sachverständigengutachten schädigende Einwirkungen zu finden, welche die betreffenden Krankheiten verursachen. Gerade auch aus diesem Grund ist die rechtsverbindliche Liste von anerkannten Berufskrankheiten geschaffen worden, welche auf der Basis gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse entstanden ist und so mehr Rechtssicherheit für die betroffenen Versicherten schaffen soll⁶¹⁰.

(bb) Quasi-Berufskrankheiten

Sollte eine bestimmte Krankheit, welche grds. die Voraussetzungen für eine Berufskrankheit erfüllt, nicht in der BKV aufgeführt sein, haben die Unfallversicherungsträger die Möglichkeit, eine Krankheit wie eine Berufskrankheit als Versicherungsfall anzuerkennen, sofern im Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen für eine Bezeichnung als Berufskrankheit erfüllt sind⁶¹¹. Hierbei handelt es

⁶⁰⁸ BGBI I 1997, S. 2623.

⁶⁰⁹ Bekanntmachung des BMA vom 01.12.1997, BArbBl 12/1997, S. 35.

⁶¹⁰ Streubel, LPK-SGB VII, § 9, Rn. 18.

⁶¹¹ § 9 Abs. 2 SGB VII.

sich keinesfalls um eine so genannte Härteklausele; der Sinn der Vorschrift besteht vielmehr darin, solche durch die versicherte Tätigkeit verursachten Krankheiten wie eine Berufskrankheit zu entschädigen, die nur deshalb nicht in die BKV-Liste aufgenommen worden sind, weil die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft bei der letzten Fassung der Anlage zur BKV noch nicht vorhanden oder dem Verordnungsgeber nicht bekannt waren⁶¹². Die Möglichkeit der Anerkennung einer Krankheit als Quasi-Berufskrankheit stellt damit einen Kompromiss zwischen dem in § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII verankerten Listensystem und einer Generalklausel für den Begriff der Berufskrankheit dar⁶¹³. An das Bestehen einer so genannten Quasi-Berufskrankheit sind allerdings hohe Hürden gesetzt: Zum einen darf die betreffende Krankheit nicht bereits in der Anlage zur BKV genannt worden sein, des Weiteren müssen die Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII vorliegen; d.h. die Krankheit muss ebenfalls durch besondere Einwirkungen verursacht worden sein, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt worden sind. Eine Anerkennung als Quasi-Berufskrankheit setzt zudem voraus, dass die jeweilige Erkrankung *rechtlich wesentlich* durch die versicherte Tätigkeit hervorgerufen worden ist⁶¹⁴.

Im Gegensatz zur Anerkennung einer Krankheit als Listen-Berufskrankheit, welche mit Ablauf des entsprechenden Lebenssachverhalts eintritt, wird der Versicherungsfall der Quasi-Berufskrankheit erst mit dem Anerkennungsbescheid des zuständigen Unfallversicherungsträgers begründet⁶¹⁵. Die Möglichkeit der Anerkennung als Quasi-Berufskrankheit kann – besonders bei neuartigen Krankheiten – zu einer flexibleren Handhabung bei der Beurteilung einer Krankheit als Berufskrankheit führen, als die ansonsten geltende rechtsverbindliche Auflistung der Berufskrankheiten, bei welcher eine Aktualisierung immer erst nach einem längerem Zeitraum stattfindet. Allerdings gilt die Anerkennung einer Quasi-Berufskrankheit immer nur für den Einzelfall und hat nicht zur Folge, dass die betreffende Krankheit generell als Berufskrankheit behandelt wird⁶¹⁶. Insgesamt ist (neben den hohen Anforderungen) die Anerkennung als Quasi-Berufskrankheit somit mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden. Sie stellt trotzdem eine sinnvolle Ergänzung zu den in der Anlage zur BKV genannten Berufskrankheiten dar.

⁶¹² BT-Drucks. 13/2204, S. 78.

⁶¹³ Ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. BSGE 59, 295 (297); 72, 303 (306).

⁶¹⁴ Schmitt, SGB VII, zu § 9, Rn. 24.

⁶¹⁵ BSGE 88, 226 (228).

⁶¹⁶ Schmitt, SGB VII, zu § 9, Rn. 28.

(cc) Zwischenergebnis

Die Berufskrankheiten in der gesetzlichen Unfallversicherung lassen sich in so genannte Listen- und Quasi-Berufskrankheiten unterteilen: Während in der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung eine rechtverbindliche Liste mit den Krankheiten erstellt wurde, welche als Berufskrankheit anerkannt worden sind, besteht für Erkrankungen, die in dieser Liste nicht aufgeführt sind, unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, wie eine Berufskrankheit anerkannt zu werden. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass neue Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft vorliegen, wonach die sonstigen Voraussetzungen für eine Anerkennung als Berufskrankheit erfüllt sind: Sowohl die Listen- als auch die Quasi-Berufskrankheit müssen demnach durch besondere Einwirkungen verursacht worden sein, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade ausgesetzt sind als die übrige Bevölkerung. Bei den Berufskrankheiten handelt es sich häufig um Krankheiten mit einem chronischen Verlauf. In derartigen Fällen stellt sich für die Betroffenen dann die Frage, ob sie neben möglichen Leistungen durch den Unfallversicherungsträger ggf. weitere Rechte geltend machen können, welche ihnen nach dem Sozialgesetzbuch zuerkannt worden sind.

(2) Umfang an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Der Anspruch auf Heilbehandlung für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung wird durch §§ 26 ff. SGB VII geregelt. Versicherte haben danach unter Beachtung des SGB IX Anspruch auf Heilbehandlung und medizinische Rehabilitation, um möglichst frühzeitig den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern⁶¹⁷. Leistungen zur Heilbehandlung und zur Rehabilitation haben dabei Vorrang vor Rentenleistungen⁶¹⁸. Ein ausdrückliches Wirtschaftlichkeitsgebot, wie im SGB V und SGB VI vorhanden, findet sich nicht im SGB VII⁶¹⁹. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben lediglich dem allgemein aner-

⁶¹⁷ § 26 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 1 SGB VII.

⁶¹⁸ § 26 Abs. 3 SGB VII.

⁶¹⁹ Es findet demzufolge kein Kosten-Nutzen-Vergleich statt, so dass einerseits auch außergewöhnlich hohe finanzielle Aufwendungen in Kauf zu nehmen sind, wenn das Ziel der Heilbehandlung und/oder Rehabilitation sonst nicht zu erreichen ist, und andererseits auf der Nutzenseite Dauer und Nachhaltigkeit des Heilerfolges nicht zu berücksichtigen sind. *Schmitt*, SGB VII, zu § 26, Rn. 7.

kannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen⁶²⁰.

Die Heilbehandlung umfasst gem. § 27 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII auch medizinische Rehabilitationsleistungen. Dort findet sich ein Verweis auf den Leistungskatalog des § 26 Abs. 2 Nr. 1 und 3 bis 7 SGB IX sowie auf § 26 Abs. 3 SGB IX; d.h. bis auf die Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder sind die in § 26 SGB IX genannten Leistungen maßgeblich.

ff) Rehabilitationsbedarf nach dem SGB XII

Auch nach dem Recht der Sozialhilfe – SGB XII – kann ein Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen für chronisch Kranke bestehen, denn Sozialhilfe umfasst auch Hilfen zur Gesundheit⁶²¹. Bei den Leistungen, welche als Hilfe zur Krankheit gewährt werden, findet sich allerdings ein Verweis auf die Vorschriften des SGB V: Um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Titel des Fünften Buches erbracht⁶²². Ein Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen für chronisch Kranke richtet sich somit nach den Vorschriften des SGB V. Die dort gemachten Ausführungen gelten somit auch für chronisch Kranke Personen, welche Sozialhilfe nach dem SGB XII erhalten.

2. Zuständigkeiten und Aufgaben bei der Ermittlung von Rehabilitationsbedarf

Zur frühzeitigen Ermittlung eines Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist es nicht nur notwendig, zuverlässige Verfahren hierfür zu kennen. Es erscheint ebenso sinnvoll, sämtliche beteiligte Parteien in diesen Prozess einzubeziehen, wie z.B. die Sozialversicherungsträger, Hausärzte und ggf. auch Arbeitgeber. Zur Sicherung eines solchen Verfahrens sind im SGB – insbesondere im SGB IX – spezielle Vorschriften vorhanden, die eine Beteiligung der verschiedenen Parteien und ihre Kooperation untereinander sicherstellen sollen. Aufgrund der Bedeutung der medizinischen Rehabilitation für die Behandlung und Vermeidung chronischer (Folge-) Krankheiten ist es gerade bei Versicherten mit chronischen Erkrankungen wichtig, dass ein möglicher Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt wird und

⁶²⁰ § 26 Abs. 4 Satz 1 SGB VII.

⁶²¹ § 8 Nr. 3 SGB XII i.V.m. §§ 47 – 52 SGB XII.

⁶²² § 48 Satz 1 SGB XII. Hierbei handelt es sich um einen Verweis auf die §§ 27 – 43 b SGB V.

notwendige Leistungen eingeleitet werden. Nicht nur der Versicherte kann hiervon profitieren, sondern es sind auch Kosteneinsparungen bei den Leistungsausgaben möglich. Mit den Vorschriften des SGB IX soll zudem gewährleistet werden, dass eine ganzheitliche trägerübergreifende Fallbehandlung der teilhabebedürftigen Person erreicht wird⁶²³. Nachfolgende Vorschriften sollen eine solche ganzheitliche Behandlung, bei welchem ein Teilhabebedarf frühzeitig durch Beteiligung sämtlicher Akteure erkannt wurde, sicherstellen.

a) Vorrang von Teilhabeleistungen, § 8 SGB IX

Eine Möglichkeit, Rehabilitationsbedarf frühzeitig zu ermitteln, liegt in der Amtsverpflichtung des § 8 SGB IX⁶²⁴. Sobald bei einem Rehabilitationsträger Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden, hat der Träger unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind⁶²⁵. Leistungen zur Teilhabe – zu denen gem. § 5 SGB IX auch medizinische Rehabilitationsleistungen gehören – haben dabei Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen wären; dies gilt auch während des Bezugs einer Rente entsprechend⁶²⁶.

aa) Beantragte oder erbrachte Sozialleistungen

Fraglich ist, um welche Art von Sozialleistungen es sich handeln muss, damit die Prüfpflicht des angegangenen Rehabilitationsträgers nach § 8 Abs. 1 SGB IX ausgelöst wird. Nach dem Wortlaut der Vorschrift soll die Prüfpflicht nur bei Sozialleistungen ausgelöst werden, die wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden. § 8 Abs. 1 SGB IX soll dabei nach dem Willen des Gesetzgebers klarstellen, dass bei allen Sozialleistungen wegen einer Behinderung alle möglichen positiven Entwicklungsprozesse zu nutzen sind. § 8 Abs. 2 SGB IX soll die generelle Regelung des Abs. 1 dabei für Rentenleistungen konkretisieren⁶²⁷.

(1) Leistungen nach § 8 Abs. 1 SGB IX

⁶²³ Gagel, SGB 2004, 464 (464).

⁶²⁴ Welte, HK-SGB IX zu § 8, Rn. 16.

⁶²⁵ § 8 Abs. 1 SGB IX.

⁶²⁶ § 8 Abs. 2 SGB IX.

⁶²⁷ BT-Drucks. 14/5074, S. 100.

Soweit § 8 Abs. 2 SGB IX die Prüfpflicht bei beantragten oder erbrachten Rentenleistungen begründet, stellt sich die Frage nach dem Anwendungsbereich des § 8 Abs. 1 SGB IX. Teilweise wird argumentiert, dass es sich bei den Leistungen nach § 8 Abs. 1 SGB IX in erster Linie um Geldleistungen handelt, welche wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder drohenden Behinderung erbracht werden⁶²⁸. Als Beispiel für eine solche Leistung wird das Krankengeld nach § 44 SGB V angeführt. Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit fallen hingegen unter die Vorschrift des § 8 Abs. 3 SGB IX.

Es erscheint allerdings nicht einleuchtend, weshalb die Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers sich auf beantragte oder erbrachte Geldleistungen beschränken sollte: Die Prüfpflicht soll in erster Linie dazu dienen, einer Person, bei welcher bereits eine Behinderung besteht oder eine solche einzutreten droht, möglichst frühzeitig Leistungen zur Teilhabe zugänglich zu machen. Eine Beschränkung alleine auf Geldleistungen stellt damit keinen Zweck der Norm dar. Es ist demnach denkbar, dass auch bei ambulanter Krankenbehandlung oder z.B. einer stationären Krankenhausbehandlung die Prüfpflicht des § 8 Abs. 1 SGB IX ausgelöst wird. Hierbei muss allerdings beachtet werden, dass diese Pflicht nur besteht, wenn Leistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden. Während eine umfassende Definition des Behinderungsbegriffes in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zu finden ist, stellt sich auch hier die Frage, wie der Begriff der drohenden Behinderung gemeint ist. Nach § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX liegt eine drohende Behinderung vor, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Hierbei gibt es verschiedene Möglichkeiten, diesen Begriff zu verstehen: Zum einen wäre es denkbar, hieran geringe Anforderungen zu stellen, d.h. wenn mit einer relativ geringen Wahrscheinlichkeit eine Teilhabebeeinträchtigung droht, liegt eine drohende Behinderung vor. Es ist andererseits auch denkbar, hohe Anforderungen an den Begriff der drohenden Behinderung zu stellen; d.h. eine solche liegt beispielsweise nur vor, wenn der Eintritt einer Teilhabebeeinträchtigung nach ärztlicher Ansicht mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Im Interesse einer möglichst frühzeitigen Leistungserbringung ist es hier sinnvoll, beim Bestehen von chronischer Krankheit und auch bei drohender Chronifizierung von Krankheiten eine drohende Behinderung zu vermuten. Der Begriff der drohenden Behinderung hat somit einen weiten Anwendungsbereich; d.h. ein Leistungsanspruch kann auch dann schon begründet sein, wenn mit relativ geringer Wahrscheinlichkeit der Eintritt einer Teilhabebeeinträchtigung droht.

Sollte also ein Anspruch auf Krankenbehandlung wegen des Vorliegens oder der Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung gegeben sein, wird die Prüf-

⁶²⁸ So *Mrozynski*, SGB IX Teil 1, zu § 8, Rn. 4 und 5.

pflicht des Rehabilitationsträgers, wonach dieser zu prüfen hat, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind, ausgelöst. Auch bei Geldleistungen besteht eine solche Prüfpflicht. Damit sich die Verpflichtung des § 8 SGB IX in der Praxis, also bei den Leistungsträgern, praktikabel umsetzen lässt, ist es z.B. möglich, die Prüfpflicht auf stationäre Krankenhausleistungen zu beschränken, damit nicht bei jedem Arztbesuch eines Versicherten mit einer chronischen Krankheit geprüft werden muss, ob Teilhabeleistungen eingeleitet werden müssen. Da Krankenhausbehandlung nur dann geleistet werden darf, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann⁶²⁹, der Subsidiaritätsgedanke also gewahrt werden muss, besteht außerdem die Gefahr, dass die Erkrankung weiter vorangeschritten ist als bei einer ambulanten Krankenbehandlung. Soweit also eine Krankenhausbehandlung aufgrund einer chronischen Krankheit und damit auch aufgrund einer drohenden Behinderung geleistet wird, erscheint die Ermittlung eines bestehenden Rehabilitationsbedarfs um so notwendiger. Die Krankenbehandlung ist somit in die Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers nach § 8 Abs. 1 SGB IX einzubeziehen; eine Beschränkung auf stationäre Krankenhausbehandlung erscheint dabei allerdings als vorzugswürdig.

(2) Rentenzahlungen

Unter Berücksichtigung des Vorrangprinzips von Rehabilitations- bzw. Teilhabeleistungen vor Rentenleistungen wird die Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers nach § 8 SGB IX auch durch Rentenleistungen des SGB ausgelöst⁶³⁰. War in der entsprechenden Vorgängernorm in § 7 Abs. 1 Satz 1 RehaAnglG noch Voraussetzung, dass Renten wegen Erwerbsminderung oder wegen Berufsunfähigkeit erst dann bewilligt werden, wenn zuvor Maßnahmen zur Rehabilitation durchgeführt worden sind oder ein Erfolg solcher Maßnahmen nicht zu erwarten war, bezieht sich das Vorrangprinzip in § 8 Abs. 2 SGB IX ganz allgemein auf Rentenleistungen, welche wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden. Altersrenten oder Hinterbliebenenrenten ohne Bindung an die eigene Erwerbsminderung scheiden damit aus einer Vergleichsbetrachtung im Hinblick auf Teilhabeleistungen aus⁶³¹. Betroffen von diesem Vorrangprinzip sind in der gesetzlichen Rentenversicherung hingegen Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung.

⁶²⁹ § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

⁶³⁰ Diese Prüfpflicht wird sowohl bei künftigen, wie auch bei laufenden Rentenleistungen ausgelöst. Ausführlich hierzu auch *Welti*, HK-SGB IX zu § 8, Rn. 25 ff.

⁶³¹ *Schütte*, ZSR 2004, 473 (481).

rung, Witwen- oder Witwerrenten wegen Erwerbsminderung, Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit, die nach Übergangsrecht geleisteten oder beanspruchten Erwerbsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitsrenten sowie Altersrenten für schwerbehinderte Menschen⁶³².

In der gesetzlichen Unfallversicherung können von dem Vorrangprinzip des Weiteren sämtliche Rentenleistungen nach §§ 56 – 62 SGB VII umfasst werden, also z.B. Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Renten an Schwerverletzte. Nach dem BVG können davon z.B. Ausgleichsrenten für Witwen und Witwer betroffen sein⁶³³. Bei Beantragung oder Erbringung einer solchen Rentenleistung ist somit vom Rehabilitationsträger zu prüfen, ob Teilhabeleistungen voraussichtlich erfolgreich sind. Dieses Vorrang-Prinzip wird sowohl bei der Beantragung als auch bei der Erbringung von Rentenleistungen ausgelöst; es gilt allerdings nur dann, wenn die Rentenleistungen bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen wären. Im Gegensatz zu § 8 Abs. 1 SGB IX, wonach die Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers unabhängig von der Entscheidung über die jeweils beantragte oder erbrachte Leistung besteht, fordert § 8 Abs. 2 SGB IX einen Zusammenhang zwischen einem möglichen Teilhabebedarf und den Auswirkungen auf eine Rentenzahlung: Die Erfolgsprognose einer Rehabilitationsleistung hat dahingehend zu bestehen, dass sie einen Renteneintritt entweder hinausschieben oder gar vermeiden kann⁶³⁴. Die Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers wird demnach in erster Linie ausgelöst, wenn Renten wegen Erwerbsminderung (bzw. nach dem Übergangsrecht wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit) und Altersrenten wegen Schwerbehinderung beantragt oder geleistet werden.

(3) Voraussetzungen für Renten wegen Erwerbsminderung

Die Rente wegen Erwerbsminderung lässt sich in Rente wegen teilweiser und voller Erwerbsminderung unterteilen⁶³⁵. Eine teilweise Erwerbsminderung liegt bei Versicherten vor, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein⁶³⁶. Eine volle Erwerbsminderung liegt hingegen bei Versicherten vor, wel-

⁶³² §§ 43 Abs. 1 und 2, 46 Abs. 2 Nr. 3, 240, 302 b, 37 SGB VI.

⁶³³ §§ 32, 41, 43 BVG.

⁶³⁴ Vgl. hierzu auch *Schütte*, ZSR 2004, 473 (478).

⁶³⁵ § 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB IX.

⁶³⁶ § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI.

che wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein⁶³⁷. Hierzu gehören auch behinderte Menschen, welche wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt⁶³⁸. Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen⁶³⁹. Die Frage nach dem Restleistungsvermögen des Versicherten, welches hier in Stunden berechnet wird, ist somit Hauptansatzpunkt für die Beurteilung einer Erwerbsminderung. Durch ärztliche Gutachten soll geklärt werden, wie hoch das verbliebene Restleistungsvermögen ist, bzw. welche Anforderungen der Versicherte in qualitativer und quantitativer Hinsicht noch erfüllen kann, und welche Tätigkeiten er noch verrichten kann⁶⁴⁰. Sowohl bei der vollen als auch bei der teilweisen Erwerbsminderung wird die Beeinträchtigung des Versicherten dabei durch Krankheit oder Behinderung ausgelöst. Die Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers kann somit begründet werden, wenn Rente wegen Erwerbsminderung gezahlt oder beantragt wird. Soweit die Rente nicht wegen einer Behinderung, sondern wegen einer (chronischen) Krankheit geleistet wird, stellt sich die Frage, ob es sich dabei dann um eine Leistung wegen oder unter Berücksichtigung einer drohenden Behinderung im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB IX handelt.

Dieses würde die Vermutung zulassen, dass eine drohende Behinderung vorliegt, wenn eine beeinträchtigte Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 43 SGB VI, ausgelöst durch Krankheit, gegeben ist. Sollte hingegen bereits eine Behinderung bestehen, welche Auslöser für eine Rentenleistung ist, handelt es sich bei den Leistungen im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB IX um Leistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung. Nimmt man dann des Weiteren an, dass es sich bei den Krankheiten hier in erster Linie um chronische Krankheiten handelt⁶⁴¹, lässt dies möglicherweise einen Rückschluss auf das Verständnis der drohenden Behinderung in diesem Sinne zu: Eine drohende Behinderung bzw. die Berücksichtigung einer

⁶³⁷ § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI.

⁶³⁸ § 43 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 und 2 SGB VI i.V.m. § 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI.

⁶³⁹ § 43 Abs. 3 SGB VI.

⁶⁴⁰ Jörg in Kreikebohm, SGB VI, § 43, Rn. 24.

⁶⁴¹ Diese Auslegung erscheint sinnvoll, da chronische Krankheiten häufig Auslöser für Behinderungen sind, vgl. auch Glied.-Pkt. B.II.2.a)bb). Dieses Verständnis wäre allerdings auch für nicht-chronische Krankheiten denkbar; dann jedoch nur, wenn sie zu dem Eintritt einer Behinderung führen können.

drohenden Behinderung liegt demnach vor, wenn eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit besteht, die durch eine (chronische) Krankheit ausgelöst worden ist und wenn diese Beeinträchtigung dann zu einem Restleistungsvermögen von unter sechs Stunden täglich geführt hat. Fraglich ist, ob es sich hierbei dann um ein weit zu fassendes Verständnis von drohender Behinderung handelt.

Es ist allerdings auch denkbar, dass – wenn das Restleistungsvermögen des Versicherten auf unter sechs Stunden täglich gesunken ist – die chronische Krankheit des Versicherten bereits soweit fortgeschritten ist, dass der Eintritt einer Behinderung unmittelbar einzutreten droht, d.h. eine drohende Behinderung auf jedem Fall gegeben ist. Diese hohe Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Behinderung wäre dann zwar keine formelle Voraussetzung für die drohende Behinderung im Sinne des § 8 SGB IX, würde aber durch ein Großteil der erkrankten Personen trotzdem erfüllt sein. Um eine einheitliche Prüfpflicht in der Praxis zu erreichen, wäre es jedoch von Vorteil, sämtliche Bezieher und Antragsteller von Erwerbsminderungsrenten in die Verpflichtung des § 8 Abs. 2 SGB IX einzubeziehen; unabhängig davon, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Behinderung einzutreten droht. Dies jedoch nur, wenn die Rentenzahlung aufgrund einer chronischen Krankheit (welche im schlimmsten Fall zu einer Behinderung führen kann) geleistet oder beantragt wird; nicht aber z.B. aufgrund einer akuten Krankheit⁶⁴². Die Prüfpflicht des § 8 SGB IX wird dabei sowohl „wegen“ als auch „unter Berücksichtigung einer drohenden Behinderung“ ausgelöst; dies richtet sich danach, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit der Eintritt einer Teilhabebeeinträchtigung einzutreten droht. Soweit also eine Rente wegen Erwerbsminderung beantragt oder erbracht wird, die durch eine chronische Krankheit ausgelöst worden ist, setzt die Prüfpflicht des angegangenen Rehabilitationsträgers gem. § 8 Abs. 2 SGB IX ein. Die in Frage kommenden Teilhabeleistungen haben dann Vorrang vor Rentenleistungen, wenn die Rente bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen wäre.

Diese Voraussetzungen gelten auch für die Witwen- oder Witwerrenten wegen Erwerbsminderung, bei denen gleiche Voraussetzungen für die Erwerbsminderung zu erfüllen sind wie bei der regulären Rente wegen Erwerbsminderung⁶⁴³. Ebenso für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit und für die Renten wegen verminderter Erwerbsfä-

⁶⁴² Eine Ausnahme hiervon kann aber in den Fällen gemacht werden, in denen auch die akute Krankheit direkt zu einer Behinderung führen kann.

⁶⁴³ Löns in Kreikebohm, SGB VI, § 46, Rn. 14.

higkeit⁶⁴⁴ soll das gleiche Verständnis von drohender Behinderung nach § 8 Abs. 1 und 2 SGB IX gelten. Hiernach setzt die Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder drohenden Behinderung immer dann ein, wenn eine der oben genannten Renten beantragt oder geleistet wird.

(4) § 8 Abs. 3 SGB IX

Die Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers, wonach dieser bei der Erbringung oder Beantragung von Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung zu prüfen hat, ob - unabhängig von der Entscheidung über die Leistung - Leistungen zur Teilhabe erfolgreich sind, wird auch ausgelöst, um durch die Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten⁶⁴⁵. Mit der Prüfpflicht des § 8 SGB IX soll damit nicht nur das Prinzip der „Teilhabe vor Rente“ verstärkt werden, sondern – aufgrund des Gebots der frühzeitigen Leistungserkennung und –erbringung – auch das Prinzip der „Teilhabe vor Pflege“. Auch die Vermeidung, Überwindung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit soll somit zum Ziel von Teilhabeleistungen werden⁶⁴⁶. Diese Regelung überträgt damit die bereits in § 5 SGB XI enthaltene Verpflichtung der Präventions-, Krankenversicherungs- und Rehabilitationsträger, ihre Leistungen „in vollem Umfang“ einzusetzen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden oder zu mindern, in das SGB IX⁶⁴⁷. Der Grundsatz der Teilhabe vor Pflege wird besonders den Interessen chronisch Kranker gerecht, denn Pflegebedürftigkeit ist, ähnlich wie die Behinderung⁶⁴⁸, häufig eine Folge chronischer Krankheiten. Wie bereits erwähnt, kommt der Pflege daher bereits heute eine tragende Rolle in der Versorgung chronisch Kranker zu⁶⁴⁹. Unklar ist hierbei allerdings, wann Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 8 Abs. 3 SGB IX geleistet werden müssen. Denn es ist nicht ersichtlich, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit der Eintritt von Pflegebedürftigkeit drohen muss,

⁶⁴⁴ §§ 240, 302 b SGB VI.

⁶⁴⁵ § 8 Abs. 1 und 3 SGB IX; lt. *Welti*, Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 244 (248) muss damit das traditionelle Bild vom Pflegefall als nicht mehr behandelbarem Fall der Vergangenheit angehören.

⁶⁴⁶ Auf diesem Weg kann auch der rehabilitativen Unterversorgung pflegebedürftiger Personen entgegengewirkt werden, vgl. *Fuchs*, SozSich 2002, 154 (154 ff.).

⁶⁴⁷ *Fuchs/Lewering* in *Bihr/Fuchs/Lewering*, SGB IX, zu § 8, Rn. 10.

⁶⁴⁸ Vgl. hierzu auch *Heine*, ZSR 2004, 462 (462), nach dessen Ansicht Pflegebedürftigkeit innerhalb des SGB IX sogar als Behinderung gilt.

⁶⁴⁹ *Schaeffer/Moers* in *Rennen-Allhoff/Schaeffer*, Handbuch Pflegewissenschaft, 447 (447 ff.).

damit der entsprechende Rehabilitationsträger nach der Prüfung gem. § 8 SGB IX Teilhabeleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit einzuleiten hat. Aufgrund des Präventionsvorrangs des § 3 SGB IX sowie der Notwendigkeit, Teilhabeleistungen möglichst frühzeitig einzuleiten, um das Voranschreiten eines Krankheitsprozesses zu verhindern bzw. zu mildern, ist davon auszugehen, dass auch die Teilhabeleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit möglichst umgehend eingeleitet werden müssen, d.h. nicht erst dann, wenn der Eintritt von Pflegebedürftigkeit unmittelbar bevorsteht⁶⁵⁰. Unter Umständen ist dies bereits beim Vorliegen einer chronischen Erkrankung denkbar, soweit eine Verschlimmerung der Krankheit oder das Hinzutreten weiterer chronischer Folgekrankheiten droht. Falls bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit erbracht werden, kann es auch erforderlich sein, Rehabilitations- und Pflegeleistungen nebeneinander zu erbringen. Im rechtstechnischen Sinne besteht somit kein echtes Rangverhältnis zwischen beiden Leistungen⁶⁵¹. Man kann jedoch von einem Vorrang von Teilhabeleistungen sprechen, wenn noch keine Pflegebedürftigkeit besteht, und diese ggf. durch Teilhabeleistungen verhindert oder zumindest verzögert werden kann⁶⁵².

Die Amtspflicht der Rehabilitationsträger nach § 8 SGB IX erstreckt sich somit auch auf die Prüfung, ob Teilhabeleistungen voraussichtlich erfolgreich sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Im Sinne des Präventionsvorrangs des § 3 SGB IX sowie im Interesse einer möglichst frühzeitigen Leistungserbringung ist dabei so früh wie möglich ein Bedarf an Teilhabeleistungen anzuerkennen. Der oftmals kritisierten rehabilitativen Unterversorgung bei chronisch Kranken kann auf diese Weise entgegengewirkt werden⁶⁵³.

Die Pflegekassen selbst sind allerdings nicht für präventive und rehabilitative Maßnahmen zuständig. Sie können lediglich ausnahmsweise ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen vorläufig erbringen, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist, um eine

⁶⁵⁰ Vgl. hierzu auch § 2 Abs. 1 der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“, zu finden unter: www.bar-frankfurt.de, Stand: Juli 2006, wonach Prävention ein Grundprinzip ist, welches im Zusammenhang mit allen Leistungen zur Teilhabe zu beachten ist.

⁶⁵¹ *Mrozynski*, SGB IX Teil 1, zu § 8, Rn. 14.

⁶⁵² *Welti*, HK-SGB IX zu § 8, Rn. 38 erwägt unter anderem aufgrund der in der Praxis bestehenden Defizite von Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sogar, die Pflegekassen in den Kreis der Rehabilitationsträger und damit in die Geltung des SGB IX einzubeziehen.

⁶⁵³ Vgl. hierzu auch das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 2000/2001, Bd. III, S. 60 ff., in welchem auf eine bedrohliche Unterversorgung chronisch Kranker in der Rehabilitation und Prävention aufmerksam gemacht wird.

unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten, und sonst die sofortige Einleitung der Maßnahme gefährdet wäre⁶⁵⁴. Vorher hat die Pflegekasse allerdings den zuständigen Leistungsträger zu unterrichten und auf die Eilbedürftigkeit der Leistungsgewährung hinzuweisen⁶⁵⁵. Die vorläufige Leistungserbringung steht dabei im Ermessen der Pflegekasse („kann erbringen“). Teilweise wird bemängelt, dass gerade in der Unzuständigkeit der Pflegekassen bei der Erbringung von medizinischen Rehabilitationsleistungen ein Grund für die rehabilitative Unterversorgung Pflegebedürftiger liegt: So fehle der Krankenkasse, welche in den meisten Fällen für die Rehabilitation Pflegebedürftiger aufzukommen hat, der finanzielle Anreiz für ihre Investition, da sich der wirtschaftliche Erfolg in der Bilanz der Pflegeversicherung niederschlägt⁶⁵⁶. Aus diesem Grund könnte eher ein Anreiz bestehen, Personen in die Pflegebedürftigkeit zu verschieben als Pflege möglichst lange zu vermeiden. Nachdem die Sozialleistungsträger gem. § 8 SGB IX aber nun auch von Amts wegen verpflichtet sind, zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind, ist es inzwischen eine gesetzliche Verpflichtung der angegangenen Leistungsträger, einen möglichen Bedarf festzustellen und ggf. erforderliche Maßnahmen auch zur Vermeidung oder Behandlung von Pflegebedürftigkeit einzuleiten. Insofern bleibt abzuwarten, ob der Grundsatz der Rehabilitation vor Pflege auch ohne finanziellen Anreiz für die zuständigen Sozialleistungsträger eingehalten wird⁶⁵⁷.

bb) Zwischenergebnis

Bei der Frage, um welche Arten von Sozialleistungen es sich handeln muss, damit die Prüfpflicht des § 8 SGB IX ausgelöst wird, ist zunächst zwischen der generellen Regelung des § 8 Abs. 1 SGB IX und der spezielleren des § 8 Abs. 2 SGB IX zu unterscheiden. Bei den Leistungen nach Abs. 1 handelt es sich um allgemeine Leistungen, d.h. in erster Linie um Leistungen der Krankenbehandlung und Geldleistungen, wie z.B. Krankengeld oder auch Verletzungsgeld, während es sich bei den Leistungen nach Abs. 2 um Rentenleistungen handelt. Während es verhältnismäßig unproblematisch ist, zu beurteilen, wann die Verpflichtung nach § 8

⁶⁵⁴ § 32 Abs. 1 SGB XI.

⁶⁵⁵ § 32 Abs. 2 SGB XI.

⁶⁵⁶ Vgl. *Welti*, PKR 2003, 8 (11 f); hingegen weist *Fuchs*, *SozSich* 2002, 154 (154), darauf hin, dass diese These bis heute nicht erwiesen ist.

⁶⁵⁷ Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen weist in seinem Gutachten aus dem Jahr 2005, S. 54 ff. (Kurzfassung), allerdings darauf hin, dass die Chance, durch Prävention und Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu verhindern, bislang immer noch unzureichend genutzt wird.

SGB IX besteht, sobald Leistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung beantragt oder erbracht werden, ist die Frage nach Leistungen, die wegen oder unter Berücksichtigung einer drohenden Behinderung gewährt werden, schwieriger zu beurteilen: Bei § 8 Abs. 1 SGB IX beginnt die Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers demnach, wenn Leistungen zur Krankenbehandlung erbracht oder Krankengeld aufgrund der Arbeitsunfähigkeit wegen *chronischer* Krankheit geleistet wird. Hiermit kann eine frühestmögliche Leistungserkennung und -erbringung, auch für chronisch Kranke, sichergestellt werden. Die Leistungen der Krankenbehandlung können dabei auf Krankenhausbehandlungen beschränkt werden. Diese Kriterien werden auch bei § 8 Abs. 2 SGB IX berücksichtigt: Renten wegen (teilweiser oder voller) Erwerbsminderung, die aufgrund von Krankheit geleistet werden, sollen demnach eine Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers im Sinne des § 8 SGB IX auslösen, wenn die Rente aufgrund einer *chronischen* Krankheit geleistet oder beantragt wird. Ein uneinheitliches Verständnis von drohender Behinderung sowie die Frage, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit die Teilhabebeeinträchtigung drohen muss, damit die Prüfpflicht des § 8 SGB IX ausgelöst wird, entfällt damit. Ganz im Sinne des Präventionsvorrangs des § 3 SGB IX setzt die Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers damit frühestmöglich an. Das Gebot der frühestmöglichen Leistungserkennung und -erbringung wird auch durch § 8 Abs. 3 SGB IX gefördert, wonach die Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers gem. § 8 SGB IX auch dann einsetzt, wenn durch Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden, gemindert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann. Auch bei dieser Vorschrift ist davon auszugehen, dass die in Frage kommenden Teilhabeleistungen möglichst frühzeitig beginnen sollten, d.h. wenn Pflegebedürftigkeit aufgrund des Vorliegens einer chronischen Erkrankung einzutreten droht, weil z.B. eine Verschlimmerung der Krankheit oder das Hinzutreten weiterer chronischer Folgekrankheiten droht. In diesen Fällen ist ein Teilhabebedarf anzuerkennen, und die notwendigen Leistungen sind zu erbringen. Der oftmals kritisierten Unterversorgung in der Prävention und Rehabilitation bei chronisch Kranken kann auf diese Weise entgegen gewirkt werden.

b) § 10 und 14 SGB IX

Ein weiteres Verfahren, welches die frühestmögliche Feststellung eines Bedarfs an Rehabilitationsleistungen sicherstellen soll, ist die Zuständigkeitserklärung nach § 14 SGB IX i.V.m der Vorschrift über die Koordinierung der Leistungen nach § 10 SGB IX.

aa) Zweiwochenfrist des § 14 SGB IX

Nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX hat der Rehabilitationsträger, bei dem ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe eingegangen ist, innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags festzustellen, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst diese Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 SGB V; d.h. die Krankenkasse hat festzustellen, ob für die Leistung nicht andere Sozialversicherungsträger zuständig sind⁶⁵⁸. Als Antrag kann dabei jede Willenserklärung bezeichnet werden, die ein konkretes Begehren auf eine Sozialleistung zum Ausdruck bringt⁶⁵⁹. Teilweise wird die Ansicht vertreten, dass sich die Zweiwochenfrist verlängert, wenn ein Antragsteller seiner Mitwirkungspflicht zur Ermittlung des Sachverhalts nicht nachgekommen ist und sich dadurch die Prüfung der Zuständigkeit erschwert hat oder gar unmöglich geworden ist. Dies allerdings nur, wenn der Rehabilitationsträger vorher darauf hingewirkt hat, dass die benötigten Unterlagen vervollständigt werden⁶⁶⁰. Dem wird aber mit § 1 Nr. 1 Satz 2 der „Gemeinsamen Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens (Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitserklärung)⁶⁶¹ entgegengetreten, wonach ein die Frist auslösender Antrag nur vorliegt, wenn auch die Unterlagen, die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen, vorliegen. Die Zweiwochenfrist beginnt demnach gar nicht zu laufen, bevor nicht alle zur Klärung der Zuständigkeit erforderlichen Unterlagen vorliegen⁶⁶². Grund für die umgehende Zuständigkeitserklärung innerhalb von zwei Wochen ist, dass im Interesse behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen durch rasche Klärung von Zuständigkeiten den Nachteilen des gegliederten Systems entgegengewirkt werden soll⁶⁶³. Nach der Gesetzesbegründung handelt es sich bei § 14 SGB IX um eine für die Rehabilitationsträger abschließende Regelung, die den allgemeinen Regelungen zur vorläufigen Zuständigkeit oder Leistungserbringung im Ersten Buch (SGB I) und den Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger vorgeht, und welche alle Fälle der Feststellung von Leistungszuständig-

⁶⁵⁸ Hierzu auch *Mrozynski*, SGB IX Teil 1, zu § 14, Rn. 12, welcher ausführt, dass das Verhältnis von der Kranken- zur Rentenversicherung zum Hauptproblem der Zuständigkeitserklärung geworden ist.

⁶⁵⁹ *Benz*, SGB 2001, 611 (613).

⁶⁶⁰ *Welti*, HK-SGB IX zu § 14, Rn. 16 unter Hinweis auf § 16 Abs. 3 SGB I.

⁶⁶¹ Gemeinsame Empfehlung vom 22. März 2004, zu finden in *Lachwitz/Schellhorn/Welti*, SGB IX – Rehabilitation, Textausgabe, S. 217 ff.

⁶⁶² Dieser Auffassung tritt *Welti*, HK-SGB IX zu § 14, Rn. 15 und 16 entgegen mit der Begründung, dass hierdurch die Fristen unangemessen verlängert werden.

⁶⁶³ BT-Drucks. 14/5074, S. 102.

keiten erfasst, also auch bei Sucht- und chronischen Erkrankungen gilt⁶⁶⁴. Die Vorschrift soll eine möglichst schnelle Leistungserbringung durch die Vermeidung unnötig langer Zuständigkeitsfragen sichern⁶⁶⁵. Stellt der angegangene Rehabilitationsträger fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, hat er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zuzuleiten⁶⁶⁶. Nach § 2 Nr. 1 der Gemeinsamen Empfehlung hat die Weiterleitung unter schriftlicher Begründung zu erfolgen, aus welcher hervorgeht, dass eine inhaltliche Prüfung der Zuständigkeit stattgefunden hat. Zweifel an der eigenen Zuständigkeit genügen insofern nicht. Dem Antragsteller wird diese Weiterleitung schriftlich mitgeteilt. Nach Ablauf der zweiwöchigen Frist ist eine Weiterleitung grundsätzlich nicht mehr möglich; d.h. der zuerst angegangene Rehabilitationsträger muss über den Antrag entscheiden. Die Rehabilitationsträger gehen in derartigen Fällen davon aus, dass es sich dann um eine gesetzlich begründete, endgültige Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträger handelt⁶⁶⁷. Eine Weiterleitung in diesem Sinne liegt nach § 2 Nr. 3 der Gemeinsamen Empfehlungen nicht vor, wenn ein Rehabilitationsträger einen Antrag erkennbar für einen anderen Rehabilitationsträger aufnimmt (z.B. Aufnahme auf den Antragsvordrucken des anderen Rehabilitationsträgers); was bedeutet, dass der Rehabilitationsträger, für den der Antrag aufgenommen wurde, als erstangegangener Rehabilitationsträger zu bezeichnen ist. Die Zweiwochenfrist ist im Übrigen auch anwendbar, wenn es sich um Rehabilitationsträger gleicher Art handelt, zwischen denen die Zuständigkeit umstritten ist; z.B. zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger⁶⁶⁸. Da § 14 SGB IX nach dem gesetzgeberischen Willen zu einer Verfahrensbeschleunigung und einer möglichst frühzeitigen Leistungserbringung führen soll, ist nicht ersichtlich, warum derartige Fälle von der Zweiwochenfrist ausgeschlossen sein sollen.

Muss für die Zuständigkeitsfeststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden, und ist diese Klärung in der zweiwöchigen Frist nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt⁶⁶⁹.

⁶⁶⁴ *Welti*, HK-SGB IX zu § 14, Rn. 2 folgert daraus, dass § 14 SGB IX auch in den Fällen angewendet werden muss, in denen die Zuständigkeit deshalb umstritten ist, weil unklar ist, ob Teilhabeleistungen vorliegen oder nicht, also beispielsweise auch bei der Abgrenzung von Akutbehandlung oder Vorsorgemaßnahmen und medizinischer Rehabilitation.

⁶⁶⁵ Vgl. *Löschau*, GK-SGB IX zu § 14, Rn. 1.

⁶⁶⁶ § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX.

⁶⁶⁷ Vgl. § 2 Nr. 2 der Gemeinsamen Empfehlung zu § 14.

⁶⁶⁸ *Welti*, HK-SGB IX zu § 14, Rn. 3.

⁶⁶⁹ § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX.

Hiermit sind in erster Linie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gemeint, welche insbesondere bei Berufskrankheiten oft erst nach längeren Ermittlungen feststellen können, ob eine berufliche Verursachung überhaupt vorliegt⁶⁷⁰. Hingegen fallen hierunter keine Fälle, in denen die Zuständigkeit sich danach bestimmt, ob eine körperliche, geistige oder seelische Funktionsstörung zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe führt, was z.B. bei der Leistungsabgrenzung der Jugendhilfe zu anderen Systemen der Fall ist⁶⁷¹. Nach der Gemeinsamen Empfehlung⁶⁷² ist im Falle von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation grundsätzlich der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte zuständig; dies allerdings nur, soweit die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Ansonsten gilt die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen. Bei Unklarheiten darüber, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, gilt ebenfalls die grundsätzliche Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers.

Die Zweiwochenfrist des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ist im Übrigen auch anzuwenden, wenn der Rehabilitationsträger Leistungen von Amts wegen erbringt⁶⁷³; z.B. bei Leistungserbringung durch die gesetzliche Unfallversicherung oder im Falle einer Leistungserbringung aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung des § 8 SGB IX⁶⁷⁴.

bb) Erstattungspflicht, § 14 Abs. 4 SGB IX

Insbesondere die Vorschriften der §§ 102 ff. SGB X, welche allgemeine Grundsätze für die Erstattungsverpflichtungen der Sozialleistungsträger untereinander darstellen, werfen die Frage auf, inwieweit eine Erstattungspflicht der Rehabilitationsträger untereinander auch nach der raschen Zuständigkeitserklärung des § 14 SGB IX möglich ist. Nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX ist eine Erstattungsverpflichtung möglich, wenn nach der Bewilligung der Leistung gem. § 14 Abs. 1 Sätze 2- 4 SGB IX durch einen Rehabilitationsträger festgestellt wird, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist. In diesen Fällen hat der tatsächlich zuständige Rehabilitationsträger dem Träger, der die Leistung erbracht hat, dessen Aufwendungen nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften zu erstatten. Der Anspruch

⁶⁷⁰ BT-Drucks. 14/5074, S. 102.

⁶⁷¹ *Wetti*, HK-SGB IX zu § 14, Rn. 29; anders *Kunkel*, ZfSH/SGB 2001, 707 (708 f).

⁶⁷² § 4 Nr. 1 und 4 GE.

⁶⁷³ § 14 Abs. 3 Satz 1 SGB IX.

⁶⁷⁴ *Benz*, SGB 2001, 611 (612); *Gagel/Schian*, SGB 2002, 529 (530) zu § 8 SGB IX.

auf Erstattung soll einen Ausgleich dafür schaffen, dass der zweitangegangene Rehabilitationsträger den Antrag grundsätzlich nicht noch mal weiterleiten kann⁶⁷⁵.

(1) Zeitpunkt der Feststellung

Entgegen dem Wortlaut des § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX, wonach ein Erstattungsanspruch besteht, wenn *nach* Bewilligung der Leistung die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers festgestellt wird, besteht nach § 5 Nr. 2 der bereits erwähnten Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitserklärung der Erstattungsanspruch unabhängig davon, ob sich die Nichtzuständigkeit des leistenden Rehabilitationsträgers vor oder nach Bewilligung der Leistung herausstellt. Zweifelhaft ist einerseits, ob eine solche Regelung, welche sich eindeutig über den Wortlaut des § 14 Abs. 4 SGB IX hinwegsetzt, überhaupt zulässig ist. Eine abweichende Vereinbarung von den Vorschriften des § 14 Abs. 4 SGB IX ist gem. § 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX nur in den Fällen zulässig, in denen eine nicht erfolgte Weiterleitung einen Erstattungsanspruch der Rehabilitationsträger untereinander grundsätzlich ausschließt.

Andererseits hat z.B. ein zweitangegangener Rehabilitationsträger nur begrenzte Möglichkeiten, den Antrag überhaupt noch weiterzuleiten und ist daher zu einer umfangreichen Bedarfsprüfung und ggf. Leistungsgewährung auch verpflichtet, wenn nach den für ihn geltenden Leistungsgesetzen eine Zuständigkeit grundsätzlich nicht gegeben ist⁶⁷⁶. Aus diesem Grund ist es eigentlich unerheblich, ob sich die Unzuständigkeit des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers vor oder nach Bewilligung der Leistung herausstellt. Denn eine Leistungsverpflichtung bestünde unabhängig von dem Zeitpunkt der Feststellung in beiden Fällen. Wenn der Erstattungsanspruch tatsächlich einen Ausgleich dafür schaffen soll, dass der zweitangegangene Rehabilitationsträger den Antrag grundsätzlich nicht noch mal weiterleiten kann, muss der Anspruch auf Erstattung dabei unabhängig vom Zeitraum der Feststellung der Unzuständigkeit und der Bewilligung der Leistung bestehen. Eine Wahlmöglichkeit des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers hinsichtlich der Frage, ob er die Leistung gewährt oder nicht, ist nämlich in beiden Fällen grundsätzlich nicht gegeben; auch nicht, wenn ihm seine eigene, nach seinen Leistungsgesetzen maßgebliche Unzuständigkeit bekannt ist.

(2) Fälle der Erstattungspflicht

Die Verpflichtung zur Erstattung gilt grundsätzlich nur für die Fälle des § 14 Abs. 1 Satz 2 bis 4 SGB IX; d.h. z.B. nur im Falle von Weiterleitungen des Leistungsantrags innerhalb der vor-

⁶⁷⁵ Oberscheven in DRV 2005, 140 (156).

⁶⁷⁶ Gagel, SGB 2004, 464 (465 f).

gegebenen zwei Wochen oder wenn die Klärung der Ursache der Behinderung (noch) nicht möglich war und somit ein anderer Leistungsträger vorläufig zu leisten hat. Sollte eine Weiterleitung in den zwei Wochen unterblieben sein, und stellt sich im Nachhinein heraus, dass eigentlich ein anderer Leistungsträger zuständig ist, ist ein Erstattungsanspruch demnach grundsätzlich unzulässig. Dies geht auch aus § 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX hervor, wonach für unzuständige Rehabilitationsträger, die eine Leistung nach § 14 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB IX erbracht haben, § 105 SGB X⁶⁷⁷ nicht anzuwenden ist, soweit die Rehabilitationsträger untereinander nichts Abweichendes vereinbart haben. Sinn dieser Regelung ist, auch hier eine frühzeitige und sorgfältige Klärung der Zuständigkeit sicherzustellen.

(3) Verhältnis zur vorläufigen Leistungspflicht gem. § 102 SGB X

Fraglich ist, wie das Verhältnis der Erstattungsverpflichtung des § 14 Abs. 4 SGB IX zum Erstattungsanspruch des vorläufig leistenden Leistungsträgers nach § 102 SGB X beurteilt werden kann, bzw. ob diese nebeneinander anwendbar sind. Nach § 102 Abs. 1 SGB X hat ein Leistungsträger, der aufgrund gesetzlicher Vorschriften vorläufig Sozialleistungen erbracht hat, einen Erstattungsanspruch gegenüber dem zur Leistung verpflichteten Leistungsträger. Als vorläufig in diesem Sinne konnte eine Leistungserbringung nur dann bezeichnet werden, wenn der angegangene Träger zwar zunächst nach den jeweiligen Vorschriften des materiellen Sozialrechts zur Leistung verpflichtet ist, dabei aber entweder in positiver Kenntnis von der Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers leistet oder sich noch erkennbar im Ungewissen darüber befindet, welcher andere Leistungsträger zuständig ist⁶⁷⁸. Nach der allgemeinen Vorschrift zur vorläufigen Leistungserbringung gem. § 43 SGB I hat lediglich der erstangegangene Leistungsträger die Möglichkeit, vorläufige Leistungen zu erbringen. Soweit also keine spezialgesetzlichen Normen vorhanden sind, besteht die Erstattungsverpflichtung des § 102 SGB X somit nur gegenüber den erstangegangenen Leistungsträgern.

Bis zum Inkrafttreten des SGB IX war § 6 Abs. 2 RehaAnglG die maßgebliche Norm, welche sich mit der vorläufigen Leistungserbringung von Rehabilitationsträgern befasste: Danach hatte, wenn ungeklärt war, welcher Rehabilitationsträger für die Leistungserbringung zuständig war oder wenn die unverzügliche Einleitung der erforderlichen Maßnahmen aus anderen Gründen gefährdet war, in Fällen medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, bei dem der Behinderte versichert war, längstens nach

⁶⁷⁷ § 105 SGB X regelt die Erstattungspflicht bei der (nicht vorläufigen i.S.d. § 102 SGB X) Leistungserbringung durch einen unzuständigen Sozialleistungsträger.

⁶⁷⁸ BSG ZfSH/SGB 1985, 29 (29).

Ablauf einer Frist von sechs Wochen vorläufig Leistungen zu erbringen⁶⁷⁹. Nach dem Wortlaut der Norm handelte es sich dabei tatsächlich um eine vorläufige Leistungserbringung durch den Rentenversicherungsträger. Bei der Erstattungsverpflichtung gem. § 14 Abs. 4 SGB IX wird hingegen in der Vorschrift selbst nicht erwähnt, ob es sich hierbei um eine vorläufige Leistungserbringung handelt. Da § 14 SGB IX die Klärung der Zuständigkeit der Rehabilitationsträger regeln soll, kann sie insofern als Nachfolgeregelung des § 6 RehaAnglG bezeichnet werden. Aufgrund der fehlenden Bezugnahme zur Vorläufigkeit der Leistungserbringung in § 14 SGB IX kann davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei um eine endgültige Leistungserbringung – ähnlich wie in § 105 SGB X – handelt, welche eine Erstattungsverpflichtung des eigentlich zuständigen Rehabilitationsträgers auslösen kann. Dies wird auch aus § 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX deutlich, in dem ausdrücklich auf § 105 SGB X Bezug genommen wird: Danach ist § 105 SGB X grundsätzlich nicht auf unzuständige Rehabilitationsträger anzuwenden, welche als erstangegangene Rehabilitationsträger Leistungen erbracht haben; es sei denn, die Rehabilitationsträger haben Abweichendes vereinbart. Der Verweis auf § 105 SGB X kann insofern als Hinweis dafür gedeutet werden, dass es sich auch bei der Leistungserbringung, welche einen Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 SGB IX auslöst, nicht um eine vorläufige Leistungserbringung im Sinne des § 43 SGB I handelt. Nach § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB X ist der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig, wenn ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass die Voraussetzungen von § 102 Abs. 1 SGB X (=vorläufige Leistungserbringung) vorliegen, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Trägers Kenntnis erlangt hat.

Aus den genannten Gründen lässt sich schlussfolgern, dass § 102 SGB X neben der Vorschrift des § 14 Abs. 4 SGB IX anwendbar ist. Dies kann auch damit begründet werden, dass lediglich eine Kostenerstattung nach § 105 SGB X, nicht aber nach § 102 SGB X ausgeschlossen worden ist. Es ist somit davon auszugehen, dass im Gegensatz zur Vorgängernorm, welche sich im RehaAnglG befand, die Erstattungsverpflichtung des § 14 Abs. 4 SGB IX nicht aufgrund vorläufig erbrachter Leistungen ausgelöst wird; dies auch dann nicht, wenn Zweifel an der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers bestanden haben. Da § 14 SGB IX insofern dann auch nicht als Spezialnorm gegenüber § 43 SGB I bezeichnet werden kann, bedeutet es, dass die allgemeinen Vorschriften über die vorläufige Leistungserbringung neben der Erstattungs-

⁶⁷⁹ Das BSG nahm an, dass es sich hierbei um eine speziellere Vorschrift gegenüber § 43 SGB I handelt, vgl. BSG SozR 1300 § 104 Nr. 7.

verpflichtung des § 14 Abs. 4 SGB IX grundsätzlich anwendbar bleiben⁶⁸⁰. Eine vorläufige Leistungserbringung in diesem Sinne liegt vor, wenn ein Anspruch auf Sozialleistungen besteht und zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist, wer zur Leistung verpflichtet ist: In diesen Fällen kann der zuerst angegangene Leistungsträger vorläufig Leistungen erbringen, deren Umfang er nach pflichtgemäßen Ermessen bestimmt⁶⁸¹. Eine vorläufige Leistungserbringung und damit ein Erstattungsanspruch gem. § 102 Abs. 1 SGB X kann hingegen nicht bestehen, wenn der erstangegangene Sozialleistungsträger – egal, ob unverschuldet oder nicht – es lediglich unterlassen hat, den Antrag an den seiner Meinung nach zuständigen Sozialleistungsträger weiterzuleiten. Gerade in diesen Fällen wird eine endgültige Leistungsverpflichtung des Leistungsträgers gem. § 14 SGB IX begründet, was sich auch aus § 2 Nr. 2 der Gemeinsamen Empfehlungen herleiten lässt, wonach eine gesetzliche Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers besteht, wenn die Zweiwochenfrist des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX abgelaufen ist⁶⁸². Eine vorläufige Leistungszuständigkeit besteht somit gerade nicht; weshalb auch nicht die Erstattungsverpflichtung des § 102 SGB X ausgelöst wird. Eine „echte“ vorläufige Leistungserbringung kann demzufolge nur noch angenommen werden, wenn der erstangegangene Träger – wie in § 43 SGB I vorgesehen – aufgrund von Streitigkeiten bezüglich der Zuständigkeit Leistungen erbringt, obwohl er entweder Kenntnis von der Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers hat oder zumindest Zweifel an seiner eigenen Zuständigkeit hat. Um eine Abgrenzung zu § 14 SGB IX vornehmen zu können, ist außerdem zu fordern, dass eine vorläufige Leistungserbringung lediglich vor dem Ablauf der Zweiwochenfrist des § 14 SGB IX möglich ist. Zwar enthält § 14 SGB IX nach der gesetzlichen Begründung eine für die Rehabilitationsträger abschließende Regelung, welche den allgemeinen Regelungen zur *vorläufigen* Zuständigkeit oder Leistungserbringung im SGB I vorgeht und alle Fälle der Feststellung der Leistungszuständigkeit erfasst⁶⁸³. Es bleiben aber aufgrund des Gesetzesvorbehalts in § 37 SGB I, wonach die Vorschriften des SGB I und SGB X für alle Bereiche des Sozialleistungsrechts gelten⁶⁸⁴, die Regelungen zur vorläufigen Leistungserbrin-

⁶⁸⁰ So auch *Mrozynski*, SGB IX Teil 1, zu § 14, Rn. 32, nach dessen Ansicht die allgemeinen Regelungen über die vorläufigen Leistungen weiterhin gelten.

⁶⁸¹ § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB I.

⁶⁸² Anders sieht dies *Löschau*, GK-SGB IX zu § 14, Rn. 56, welcher einen Erstattungsanspruch aus § 102 SGB X zulassen möchte, wenn der erstangegangene Rehabilitationsträger von Anfang an seine Zuständigkeit verneint, es aber z.B. wegen Krankheit des Sachbearbeiters nicht schafft, den Antrag innerhalb der zwei Wochen weiterzuleiten.

⁶⁸³ BT-Druck. 14/5074, S. 102.

⁶⁸⁴ Mit Ausnahme der §§ 1 – 17 und 31 – 36 SGB I.

gung in § 43 SGB I weiterhin anwendbar. Der Erstattungsanspruch aufgrund einer vorläufigen Leistungserbringung gem. § 102 SGB X kann somit neben den Regelungen des § 14 SGB IX angewandt werden.

(4) Antragstellung bei einer Gemeinsamen Servicestelle

Fraglich ist, ob sich eine andere Berechnung der in § 14 SGB IX vorgegebenen Fristen ergibt, wenn der Leistungsantrag bei einer gemeinsamen Servicestelle der Rehabilitationsträger gestellt wurde. Gemeinsame Servicestellen sollen behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten Beratung und Unterstützung anbieten⁶⁸⁵. Unter Nutzung bestehender Strukturen stellen die Rehabilitationsträger dabei sicher, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen bestehen⁶⁸⁶. Gemeinsame Servicestellen sollen somit eine umfassende Information der Versicherten bzgl. sämtlicher, für sie in Frage kommender Leistungen sicherstellen. Ohne dass für den Antragsteller ein Aufsuchen sämtlicher Leistungsträger notwendig wird, soll auf diese Weise eine Beratung über sämtliche relevante Sozialleistungen stattfinden, wodurch eine frühestmögliche Antragstellung und ggf. Leistungsgewährung erreicht werden soll.

Die Zwei-Wochenfrist des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX beginnt nach der Gemeinsamen Empfehlung zu § 14 SGB IX bei einer Antragstellung bei einer gemeinsamen Servicestelle ab dem Folgetag der Antragsaufnahme bzw. des Antragseingangs mit Wirkung für den Träger, dem die gemeinsame Servicestelle organisatorisch angehört, zu laufen⁶⁸⁷. Sachgerecht ist diese Regelung dahingehend, als dass der Antragsteller auf diese Weise nicht schlechter gestellt wird, als wenn er den Antrag direkt bei dem für die Servicestelle zuständigen Träger stellt⁶⁸⁸. Sofern eine Weiterleitung des Antrags durch die gemeinsame Servicestelle erfolgt, gilt der Rehabilitationsträger, an welchen der Antrag weitergeleitet wird, als zweitangegangener Träger. Entgegen dieser Auffassung wird teilweise die Ansicht vertreten, dass der Antrag, welcher bei einer gemeinsamen Servicestelle eingeht, als bei dem aus Sicht der Servicestelle zuständigen Rehabilitationsträger gestellt gilt. Als erstangegangener Träger gilt somit der Träger, welchem die Servicestelle den Antrag zuordnet⁶⁸⁹. Hiergegen wird – zu Recht – eingewandt, dass diese Sichtweise gerade unter dem Ausschluss des Erstattungsanspruches nach §

⁶⁸⁵ §§ 22 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. 60 SGB IX.

⁶⁸⁶ § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

⁶⁸⁷ § 1 Nr. 3 der GE.

⁶⁸⁸ *Oberscheven*, DRV 2005, 140 (146).

⁶⁸⁹ *Majerski-Pahlen* in Neumann/Pahlen/Majerski-Pahlen, Sozialgesetzbuch IX, zu § 14, Rn. 7.

14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX als nicht gerechtfertigt erscheint, denn der Rehabilitationsträger, an den die Servicestelle den Antrag weiterleitet, hätte so bereits für ein etwaiges Fristversäumnis in der Servicestelle einzustehen, ohne einen organisatorischen Einfluss nehmen zu können⁶⁹⁰. Hinsichtlich der Antragstellung bei einer gemeinsamen Servicestelle ergeben sich somit keine nennenswerten Unterschiede gegenüber der Antragstellung bei einem normalen Sozialleistungsträger. Der einzige Unterschied besteht lediglich darin, dass bei der gemeinsamen Servicestelle eine Beratung über sämtliche – also nicht nur trägerrelevante – Leistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen stattfinden soll. Um einen Teilhabe- bzw. Rehabilitationsbedarf möglichst frühzeitig festzustellen, ist – ähnlich wie in anderen Vorschriften des SGB IX, in denen der Begriff der drohenden Behinderung Erwähnung findet – davon auszugehen, dass auch chronisch kranke Menschen in diesen Beratungsanspruch aufgrund einer drohenden Behinderung gegenüber der gemeinsamen Servicestelle einbezogen werden. Dies unabhängig davon, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit der Eintritt einer Behinderung droht.

(5) Weiterleitung trotz Ablaufs der Zwei-Wochen-Frist

Trotz der gesetzlich vorgegebenen Zwei-Wochen-Frist in § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX erscheint es als möglich, dass ein Rehabilitationsträger auch nach Ablauf der Frist einen Leistungsantrag fahrlässig oder sogar vorsätzlich an einen anderen Träger weiterleitet. Hier ist zu klären, wie sich der Rehabilitationsträger, an den der Antrag dann weitergeleitet wurde, zu verhalten hat: Einerseits wäre es denkbar, dass er den Antrag wieder an den erstangegangenen Träger zurückleitet, weil dieser nach der Vorgabe des § 14 SGB IX für die Leistungsgewährung, auch im Falle seiner ursprünglichen Unzuständigkeit, verantwortlich ist. Um gerade im Interesse des Antragstellers ein weiteres Hin- und Herschieben zwischen den Leistungsträgern zu vermeiden, wäre es allerdings auch denkbar, dass der Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet wurde, die Leistung gewährt, sofern ein Anspruch darauf besteht, und dann Rückgriff gem. § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX auf den erstangegangenen Rehabilitationsträger nimmt. Dies hätte den Vorteil, dass die rasche Zuständigkeitserklärung, welche durch § 14 SGB IX sichergestellt werden soll, trotz des Ablaufs der Zwei-Wochen-Frist noch einzuhalten versucht wird. Fraglich ist allerdings, ob der zweitangegangene Rehabilitationsträger in sämtlichen Fällen einen Kostenerstattungsanspruch gegenüber dem erstangegangenen Träger

⁶⁹⁰ *Oberscheven*, DRV 2005, 140 (146); hingegen beginnt nach *Mrozynski*, SGB IX Teil 1, zu § 14, Rn. 7 die Zwei-Wochen-Frist des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX nicht zu laufen, wenn der Antrag bei einer gemeinsamen Servicestelle eingeht.

hat: Stellt sich heraus, dass der zweitangegangene Träger ursprünglich für die Leistungsgewährung zuständig gewesen wäre (z.B. eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, für die eigentlich der Rentenversicherungsträger zuständig wäre), so ist zu klären, ob er dann auch einen Erstattungsanspruch gegenüber dem erstangegangenen Träger (z.B. der Krankenkasse) hat; d.h. die zu beantwortende Frage ist, ob die gesetzlich durch § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX begründete Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers⁶⁹¹ vorrangig (dann hätte der zweitangegangene Träger trotz seiner ursprünglichen Zuständigkeit einen Erstattungsanspruch gegenüber dem erstangegangenen Träger) ist, oder ob in derartigen Fällen die ursprüngliche, nach den jeweiligen Leistungsgesetzen relevante Zuständigkeit maßgeblich ist. In diesem Fall wäre allerdings die Gefahr gegeben, dass eine Weiterleitung der Rehabilitationsträger untereinander auch nach Ablauf der Zwei-Wochen-Frist erfolgt⁶⁹². Die rasche Zuständigkeitserklärung, welche mit § 14 SGB IX erreicht werden sollte, könnte somit wieder umgangen werden; dies entspricht jedoch nicht der Intention des Gesetzgebers. Es ist daher davon auszugehen, dass der zweitangegangene Rehabilitationsträger unabhängig von der ursprünglichen Leistungszuständigkeit immer einen Erstattungsanspruch gegenüber dem erstangegangenen Träger hat, wenn ihm der Antrag nach Ablauf der zweiwöchigen Frist zugesandt worden ist.

cc) Feststellung des Rehabilitationsbedarfs

Nach Klärung der Frage, ob der Antrag auf Leistungen weitergeleitet werden soll oder nicht, hat entweder der erstangegangene oder der zweitangegangene Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich festzustellen⁶⁹³. Der Bedarf ist dabei unter allen in Frage kommenden Gesichtspunkten zu prüfen; d.h. die Prüfung erstreckt sich nicht nur auf die in den eigenen Leistungsgesetzen maßgeblichen Vorschriften, sondern umfasst sämtliche Zwecke der Teilhabeleistungen nach §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX⁶⁹⁴. Sofern der leistende Rehabilitationsträger weitere Leistungen zur Teilhabe für erforderlich hält und er für diese Leistung nicht

⁶⁹¹ Vgl. § 2 Nr. 2 der GE.

⁶⁹² Lt. *Oberscheven*, DRV 2005, 140 (155) hat der zweitangegangene Träger in beiden Fällen einen Ersatzanspruch gegenüber dem erstangegangenen; dies allerdings nur, wenn die Leistung ihrer Art nach in seinem Leistungskatalog enthalten ist.

⁶⁹³ § 14 Abs. 2 Sätze 1 und 3 SGB IX.

⁶⁹⁴ *Welti*, HK-SGB IX zu § 14, Rn. 36.

Rehabilitationsträger sein kann, hat eine Weiterleitung an einen anderen Rehabilitationsträger zu erfolgen⁶⁹⁵.

(1) Unterbliebene Weiterleitung

Sofern die Weiterleitung des Teilhabeantrags nicht innerhalb der vorgegebenen zwei Wochen erfolgt, hat der erstangegangene Rehabilitationsträger den Bedarf an Leistungen unverzüglich festzustellen. Unverzüglich bedeutet dabei ohne schuldhaftes Zögern⁶⁹⁶. In den Fällen, in denen kein Gutachten für die Feststellung des Leistungsbedarfs hinzugezogen werden muss, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang über die beantragte Leistung⁶⁹⁷. Eine zeitliche Überschreitung der drei Wochen stellt demzufolge keine unverzügliche Bedarfsfeststellung mehr dar. Sollte die Erstellung eines Gutachtens für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sein, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen. Der Rehabilitationsträger hat in solchen Fällen unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen zu beauftragen, für welchen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen⁶⁹⁸. Die Verantwortung für eine rasche Leistungsfeststellung und -gewährung liegt in diesen Fällen nicht alleine in den Händen des Rehabilitationsträgers, sondern auch in denen des Sachverständigen, welcher für die Erstellung des Gutachtens Sorge zu tragen hat. Die Erstellung des Gutachtens soll dabei innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung erfolgen⁶⁹⁹.

Der erstangegangene Träger ist in den Fällen einer nicht erfolgten Weiterleitung unter sämtlichen Gesichtspunkten für die Leistungsgewährung zuständig; d.h. er ist ohne Rücksicht auf seine materielle Zuständigkeit leistungspflichtig⁷⁰⁰. Er trägt außerdem eine unmittelbare Verantwortung für die Entscheidung über die beantragte Leistung. Nach der Rechtsprechung des

⁶⁹⁵ § 14 Abs. 6 Satz 1 SGB IX i.V.m. § 6 Abs. 1 SGB IX. Vgl. hierzu auch *Fuchs/Lewering* in *Bihr/Fuchs/Lewering*, SGB IX, zu § 14, Rn. 27, wonach die Vorschrift nicht die Möglichkeit des zuständigen Rehabilitationsträgers beinhaltet, seine Zuständigkeit für weitere Leistungen in Frage zu stellen.

⁶⁹⁶ *Löschau*, GK-SGB IX zu § 14, Rn. 14.

⁶⁹⁷ § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX.

⁶⁹⁸ § 14 Abs. 2 Satz 4 und Abs. 5 Sätze 1 und 2 SGB IX.

⁶⁹⁹ § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX.

⁷⁰⁰ *Gagel*, SGB 2004, 464 (465); zu dieser Problematik vgl. auch das Urteil vom SG Mannheim vom 28. Juni 2004, Az: S 9 RJ 138/04, wonach der Rentenversicherungsträger bei unterbliebener Weiterleitung innerhalb der zweiwöchigen Frist alle in Betracht kommenden Anspruchsgrundlagen, also beispielsweise auch die Voraussetzungen der §§ 11 Abs. 2 und 40 SGB V, zu berücksichtigen hat.

Bundessozialgerichts vom 26. Oktober 2004⁷⁰¹ besteht diese Verantwortung sogar fort, wenn die Leistung durch den erstangegangenen Träger nicht weitergeleitet, sondern (fälschlicherweise) abgelehnt wurde. Auch in diesen Fällen ergebe „sich eine vorläufige Zuständigkeit, nicht nur eine vorläufige Leistungspflicht, dessen, der die Weiterleitung versäumt hat“⁷⁰². Sollte ein Träger also eine beantragte Leistung abgelehnt haben und ergibt sich im Nachhinein, dass ein Anspruch auf die beantragte Leistung bestand, so ist der erstangegangene Träger (unabhängig von der ursprünglichen Zuständigkeit) für die Leistungsgewährung zuständig. Dies ist insofern als sachgerecht zu beurteilen, als dass hiermit verhindert werden soll, dass ein Antrag auf Leistungen im Zweifelsfalle abgelehnt statt unverzüglich weitergeleitet oder bewilligt wird, um so beispielsweise einer Leistungspflicht nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zu entkommen, d.h. einer Verpflichtung zur Leistung, ohne dass eine ursprüngliche Zuständigkeit des angegangenen Trägers bestanden hat. Da der erstangegangene Träger nach Ablauf der zweiwöchigen Frist auch die beantragten Leistungen zu erbringen hat, welche nicht nach den für ihn geltenden Leistungsgesetzen maßgeblich sind, ist es gerade Aufgabe des § 14 SGB IX zu verhindern, dass Anträge mit dem Hinweis auf die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers abgelehnt werden. Die Verantwortung des erstangegangenen Leistungsträgers sowie seine Verpflichtung zur Leistungserbringung, auf welche sich das BSG im erwähnten Urteil beruft, sollten jedoch nur dann gelten, wenn der Träger die Weiterleitung eines Antrags schuldhaft unterlassen hat; d.h. wenn sich aufgrund der ihm vorliegenden Unterlagen die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers hätte ergeben können. Sollte sich ein Anspruch auf Leistungen aufgrund weiterer Tatsachen im Nachhinein ergeben (z.B. Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Antragstellers), so wäre es unbillig, den erstangegangenen Träger in solchen Fällen in die Verantwortung zu ziehen. Maßgeblich ist, ob der erstangegangene Träger nach einer sorgfältigen Prüfung der Antragsunterlagen seine Verpflichtung zur Weiterleitung hätte erkennen können.

(2) Nach Weiterleitung

Wird der Antrag an einen zweiten Rehabilitationsträger weitergeleitet, hat er den Rehabilitationsbedarf unverzüglich festzustellen. Die Entscheidung hat innerhalb von drei Wochen nach Eingang des (weitergeleiteten) Antrags zu erfolgen, soweit ein Gutachter nicht heranzuziehen ist⁷⁰³. Der Rehabilitationsbedarf ist – wie bereits erwähnt – in einem „umfassenden Sinne“

⁷⁰¹ BSGE 93, S. 283 ff.

⁷⁰² BSG Urteil, S. 286.

⁷⁰³ § 14 Abs. 2 Satz 3 i.V.m. Sätze 1 und 2 SGB IX.

festzustellen, d.h. der zweitangegangene Rehabilitationsträger hat einen Leistungsbedarf unter sämtlichen in Betracht kommenden Gesichtspunkten zu klären. Nicht nur die nach dem eigenen Leistungsgesetz maßgeblichen Vorschriften sind heranzuziehen, sondern auch die Vorschriften anderer Leistungsträger. Dies ergibt sich insbesondere aus dem Umstand, dass der zweitangegangene Rehabilitationsträger den an ihn weitergeleiteten Antrag nur in Ausnahmefällen noch einmal weiterleiten darf. Eine solche nochmalige Weiterleitung kann z.B. innerhalb eines Sozialleistungsbereiches unter Wahrung der Entscheidungsfristen des § 14 Abs. 2 SGB IX möglich sein, wenn es separate Verfahrensabsprachen gibt⁷⁰⁴. Auch Integrationsämter⁷⁰⁵ dürfen einen an sie nach § 16 Abs. 2 SGB I⁷⁰⁶ weitergeleiteten Antrag nochmals weiterleiten, wenn sie nach der Prüfung ihre Nichtzuständigkeit feststellen⁷⁰⁷. Nicht ganz eindeutig ist die Frage der nochmaligen Weiterleitung in den Fällen, in denen ein Antrag an einen Rehabilitationsträger weitergeleitet wird, der für die beantragte Leistung nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sein kann: In solchen Fällen hat er unverzüglich mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu klären, von wem und in welcher Weise über den Antrag innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Fristen entschieden wird⁷⁰⁸. Dies kommt beispielsweise bei Fällen in Betracht, in denen Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an eine gesetzliche Krankenkasse oder eine landwirtschaftliche Alterskasse weitergeleitet werden, oder wenn z.B. Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an die Agentur für Arbeit weitergeleitet werden. Eine nochmalige Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger ist nach dem Gesetzeswortlaut nicht ausgeschlossen; dies gilt allerdings nur, wenn die Fristen des § 14 Abs. 2 Sätze 2 und 4 SGB IX dabei eingehalten werden. In Teilen der Literatur wird diese Weiterleitung zu Recht unterstützt, da es im Interesse des Antragstellers geboten sei, dass die Leistung von einem Träger erbracht wird, der über Erfahrung und Kompetenz über die beantragte Leistungsart verfügt⁷⁰⁹. Selbst in den Fällen einer nicht erfolgten nochmaligen Weiterleitung besteht eine unmittelbare Verantwortung des eigentlich zuständigen Rehabilitationsträgers dahingehend, eine umfassende Klärung über die zu erbringende Leistung vorzunehmen, so dass auch der zweitangegangene Träger in der

⁷⁰⁴ § 3 Nr. 4 der GE.

⁷⁰⁵ Integrationsämter sind keine Rehabilitationsträger, d.h. sie fallen insofern auch nicht unter die Fristenregelungen des § 14 SGB IX.

⁷⁰⁶ Hierbei handelt es sich um Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger, bei einer für die Sozialleistung nicht zuständigen Gemeinde oder bei einer amtlichen Vertretung der BRD im Ausland gestellt wurden.

⁷⁰⁷ § 3 Nr. 2 der GE.

⁷⁰⁸ § 14 Abs. 2 Satz 5 SGB IX, § 3 Nr. 3 der GE.

⁷⁰⁹ Vgl. *Oberscheven*, DRV 2005, 140 (154).

Lage ist, die beantragte Leistung im erforderlichen Umfang vorzunehmen⁷¹⁰. Der Antragsteller ist im Übrigen über die erfolgte Entscheidung zwischen den beiden Leistungsträgern zu unterrichten.

dd) Selbstbeschaffte Leistungen

Soweit es den angegangenen Rehabilitationsträgern nicht gelungen ist, über einen Leistungsantrag in den Fristen des § 14 Abs. 2 SGB IX zu entscheiden, kann für den Antragsteller nach § 15 SGB IX die Möglichkeit bestehen, sich erforderliche Leistungen selbst zu beschaffen und hierfür Erstattung der notwendigen Aufwendungen zu verlangen: Soweit über den Leistungsantrag nicht innerhalb der Fristen des § 14 Abs. 2 SGB IX entschieden werden kann, teilt der Rehabilitationsträger dies dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mit⁷¹¹. Rechtzeitig heißt dabei, dass dem Leistungsberechtigten die Mitteilung des Rehabilitationsträgers über die Nicht-Einhaltung der Frist spätestens zu dem Zeitpunkt zugegangen sein muss, zu dem ihm andernfalls der nach § 14 Abs. 2 SGB IX zu erteilende Verwaltungsakt hätte zugehen müssen⁷¹². Wenn die Mitteilung des Rehabilitationsträgers nicht erfolgt oder wenn ein zureichender Grund nicht vorliegt, können die Leistungsberechtigten dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen⁷¹³.

(1) Erstattungspflicht bei Fristablauf/ unzureichenden Gründen

In den Fällen, in denen sich die Leistungsberechtigten nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen, ist der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet⁷¹⁴. Diese Fälle können zum einen vorliegen, wenn die Mitteilung über den Fristablauf des § 14 Abs. 2 SGB IX nicht erfolgt ist oder wenn ein zureichender Grund, weshalb die Frist nicht eingehalten werden konnte, nicht angegeben wurde und der Leistungsberechtigte hieraufhin dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist gesetzt hat. Zureichende Gründe können beispielsweise vorliegen, wenn sie im Verantwortungsbereich des Leistungsberechtigten liegen, also zum Beispiel fehlende Mitwirkung, wie z.B. die unentschuldigte Nichtwahr-

⁷¹⁰ BSGE 93, 283 (286).

⁷¹¹ § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

⁷¹² *Fuchs/Lewering* in *Bihr/Fuchs/Lewering*, SGB IX, zu § 15, Rn. 3 und 4.

⁷¹³ § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB IX.

⁷¹⁴ § 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX.

nehmung eines Untersuchungstermins⁷¹⁵. Sie liegen hingegen nicht vor, wenn sie dem Verantwortungsbereich des Rehabilitationsträgers zuzurechnen sind.

Die Frage, ob eine angemessene Fristsetzung durch den Leistungsberechtigten vorliegt, muss nach der Lage des Einzelfalls beurteilt werden. Der Rehabilitationsträger muss dabei zwar die Möglichkeit bekommen, die Entscheidung noch nachzuholen; andererseits muss auch die Dringlichkeit der Entscheidung berücksichtigt werden⁷¹⁶. In Fällen, in denen die Erstellung eines Gutachtens für die Leistungsentscheidung erforderlich ist, ist davon auszugehen, dass eine längere Fristsetzung durch den Leistungsberechtigten erfolgen muss.

(2) Erstattungspflicht bei unaufschiebbaren Leistungen/ unrechtmäßig abgelehnten Leistungen

Die Erstattungsverpflichtung besteht auch in Fällen, in denen der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat⁷¹⁷. Als unaufschiebbar kann eine Leistung bezeichnet werden, wenn es sich um medizinische Not- oder Eilfälle handelt. Aber auch das Vorliegen von Systemstörungen und das hieraus resultierende Unvermögen der Leistungserbringung kann zu der Unaufschiebbarkeit einer Leistung führen: Systemstörungen liegen vor, wenn nicht genügend Vertragsdienste oder -einrichtungen für eine unaufschiebbare Leistung erreichbar sind bzw. die Rehabilitationsträger ihren gesetzlichen Verpflichtungen, wie der Bereitstellungsverantwortung des § 19 SGB IX, nicht nachgekommen sind⁷¹⁸.

Die Ablehnung einer Leistung liegt hingegen immer nur dann vor, wenn der Leistungsberechtigte zumindest den Versuch gemacht hat, an die Leistung zu gelangen und er eine (negative) Entscheidung des Rehabilitationsträgers abgewartet hat⁷¹⁹. Die Frage, ob die Leistung zu Unrecht abgelehnt wurde, wird sich möglicherweise erst im Rechtsweg objektivieren lassen, so dass die Erstattungspflicht erst nach Rechtskraft eines entsprechenden Urteils bzw. Anerkenntnisses oder der Annahme eines Vergleichs wirksam wird⁷²⁰. In derartigen Fällen entsteht das Recht zur Selbstbeschaffung des Leistungsberechtigten erst nach Abschluss des Gerichtsverfahrens. Der Leistungsberechtigte hätte vorher lediglich ein Recht zur Selbstbeschaffung

⁷¹⁵ *Majerski-Pahlen* in Neumann/Pahlen/Majerski-Pahlen, Sozialgesetzbuch IX, zu § 15, Rn. 6.

⁷¹⁶ *Mrozynski*, SGB IX Teil 1, zu § 15, Rn. 14; *Welti*, HK-SGB IX zu § 15, Rn. 8.

⁷¹⁷ § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX.

⁷¹⁸ Zum Begriff des Systemversagens: BSGE 73 271 (275 f), 79; 53 (55).

⁷¹⁹ BSG SozR 3-2500 § 13 Nr. 15.

⁷²⁰ *Fuchs/Lewering* in Bühr/Fuchs/Lewering, SGB IX, zu § 15, Rn. 9.

der Leistung, wenn sie unaufschiebbar wird, weil sich beispielsweise im Laufe des Verfahrens ein medizinischer Notfall entwickelt. Die Frage, ob ein medizinischer Notfall tatsächlich vorliegt, muss dabei aus ärztlicher Sicht entschieden werden. Sollte sich der Antragsteller trotzdem vor dem Ende des Gerichtsverfahrens für die Selbstbeschaffung einer Leistung entscheiden, auch wenn kein medizinischer Notfall vorliegt, hat er ein gewisses Risiko bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen: Denn sowohl bei der Frage, ob ein Recht zur Kostenerstattung bei zu Unrecht abgelehnten Leistungen als auch bei der unzureichenden Angabe von Gründen besteht, ist es möglich, dass auch das zuständige Gericht der Auffassung ist, die beantragte Leistung sei zu Recht abgelehnt worden bzw. dass zureichende Gründe seitens des Rehabilitationsträgers vorliegen. In derartigen Fällen besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung der selbstbeschafften Leistung; aus diesem Grund sollte auch vorher eine genaue Abwägung bezüglich der Selbstbeschaffung erfolgen⁷²¹.

Das Recht zur Selbstbeschaffung einer Leistung mit anschließender Verpflichtung zur Erstattung durch den Leistungsträger besteht im Übrigen auch in den Fällen, in denen ein Antrag bei den Trägern der Sozialhilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge gestellt worden ist. Zwar gelten in solchen Fällen gem. § 15 Abs. 1 Satz 5 SGB IX nicht die Sätze 1 – 3 des § 15 Abs. 1 SGB IX; d.h. ein Anspruch auf Selbstbeschaffung einer Leistung aufgrund des Fristablaufs des § 14 Abs. 2 SGB IX ist ausgeschlossen. Ob trotzdem eine Verpflichtung zur Mitteilung über den Fristablauf besteht, ist dabei umstritten⁷²². Zum Schutz des Leistungsberechtigten, welcher ein berechtigtes Interesse daran hat, zu erfahren, aus welchen Gründen die Frist nicht eingehalten wurde, wird man allerdings davon ausgehen müssen, dass auch hier die Verpflichtung zur Mitteilung darüber besteht, dass die Frist des § 14 Abs. 2 SGB IX nicht eingehalten wurde und aus welchen Gründen es nicht möglich war. Wenn aber der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht hat oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, besteht eine Erstattungsverpflichtung gem. § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX auch dann, wenn der Antrag bei einem der oben genannten Träger gestellt wurde.

⁷²¹ Zum Risiko bzgl. der Selbstbeschaffung von Leistungen vgl. auch *Welti*, SGB 2003, 379 (390); *Benz*, NZS 2002, 511 (513 ff.).

⁷²² *Welti*, HK-SGB IX zu § 15, Rn. 18 bejaht eine Verpflichtung zur Mitteilung im Interesse des Antragstellers, da mit § 15 Abs. 1 Satz 5 SGB IX in erster Linie das Selbstbeschaffungsrecht nach Fristüberschreitung ausgeschlossen werde sollte, während *Fuchs/Lewering* in *Bihr/Fuchs/Lewering*, SGB IX, zu § 15, Rn. 10 die Verpflichtung zur Unterrichtung des Berechtigten ablehnen.

(3) Höhe der Erstattung

Bei der Frage danach, bis zu welcher Höhe der zuständige Rehabilitationsträger zur Erstattung der Kosten von selbstbeschafften Leistungen verpflichtet ist, ist zunächst zwischen dem Recht zur Selbstbeschaffung aufgrund des Fristablaufs in § 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX sowie dem Selbstbeschaffungsrecht aufgrund der nicht-rechtzeitigen Erbringung unaufschiebbarer Leistungen und der zu Unrecht abgelehnter Leistungen gem. § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX zu unterscheiden

Liegt ein Recht zur Selbstbeschaffung der Leistung aufgrund des Fristablaufs vor, ist gem. § 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung verpflichtet. Fraglich ist, bis zu welcher tatsächlichen Höhe eine Kostenerstattung nach diesen Grundsätzen möglich ist. Nach der Gesetzesbegründung sollte die Erstattungsverpflichtung zunächst auf den Betrag begrenzt werden, den der zuständige Rehabilitationsträger für erforderliche Leistungen hätte aufwenden müssen, wodurch Rechtsstreitigkeiten in den Fällen vermieden werden sollten, in denen sich der Berechtigte eine aufwendigere, insoweit nicht erforderliche Leistung selbst beschafft⁷²³. Inzwischen wurde diese Auslegung aber dahingehend geändert, dass der Rehabilitationsträger auch entstandene Mehrkosten zu ersetzen hat⁷²⁴. Der Grund hierfür ist, dass es bei der Selbstbeschaffung von Leistungen möglich ist, dass der einzelne Leistungsberechtigte, welcher nicht über solche wirtschaftlichen Beschaffungsmöglichkeiten verfügt wie der Rehabilitationsträger, die Leistungen zu einem höheren Preis erhält als der Rehabilitationsträger⁷²⁵. Als nicht gerecht erscheint es, solche Mehrkosten dem Leistungsberechtigten aufzubürden; ganz besonders nicht, wenn die Nicht-Einhaltung der Frist des § 14 Abs. 2 SGB IX in den Verantwortungsbereich des Rehabilitationsträgers fällt. Die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit müssen hier vielmehr so verstanden werden, dass sie die Möglichkeiten des einzelnen Leistungsberechtigten berücksichtigen.

Das Recht zur Selbstbeschaffung mit anschließendem Erstattungsanspruch aufgrund der nicht-rechtzeitigen Erbringung unaufschiebbarer Leistungen oder der zu Unrecht abgelehnten Leistung nach § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX kann man hingegen – in Anlehnung an § 13 Abs. 3

⁷²³ BT-Drucks. 14/5074, S. 103.

⁷²⁴ BT-Drucks. 14/5786, S. 23 und 14/5800, S. 26.

⁷²⁵ Vgl. Mrozynski, SGB IX Teil 1, zu § 15, Rn. 17.

Satz 1 SGB V⁷²⁶ - als einen verschuldensunabhängigen Schadensersatzanspruch aus Garantiehaftung bezeichnen. Voraussetzung hierfür ist zunächst, dass die leistungsberechtigte Person einen Primäranspruch gegenüber dem Leistungsträger hat⁷²⁷ und dass der die Haftung des Rehabilitationsträgers begründende Umstand ursächlich für die Kostenlast des Leistungsberechtigten geworden ist⁷²⁸.

(4) Dokumentationspflicht durch die Rehabilitationsträger

In Fällen des Fristablaufs bzw. der Selbstbeschaffung von Leistungen mit anschließender Kostenerstattung sind die Rehabilitationsträger zur Dokumentation verpflichtet: Sie sind gesetzlich verpflichtet, zu erfassen, in wie vielen Fällen die Fristen des § 14 SGB IX nicht eingehalten wurden, in welchem Umfang sich die Verfahrensdauer vom Eingang der Anträge bis zur Entscheidung über die Anträge verringert hat und in wie vielen Fällen eine Kostenerstattung wegen des Fristablaufs des § 14 Abs. 2 SGB IX bzw. wegen der nicht-rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung oder einer zu Unrecht abgelehnten Leistung notwendig gewesen ist⁷²⁹. Diese Verpflichtung hat zum einen den Sinn, den Rehabilitationsträgern die Ernsthaftigkeit der mit den §§ 14 und 15 SGB IX verfolgten Ziele zu verdeutlichen⁷³⁰. Die Dokumentation erleichtert es des Weiteren, nachzuvollziehen, in welchem Umfang Betroffene Leistungen verspätet erhalten haben⁷³¹.

ee) Koordinierung der Leistungen, § 10 SGB IX

Nach § 10 SGB IX ist eine Koordinierung innerhalb der Rehabilitationsträger erforderlich, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind. Die Koordination ist damit als ein Bestandteil bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs anzusehen⁷³². Hierzu ist der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und

⁷²⁶ Hiernach hat die Krankenkasse dem Versicherten die Kosten für notwendige selbstbeschaffte Leistungen in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

⁷²⁷ BSGE 73, 271 (276).

⁷²⁸ BSGE 79, 125 (126); einer anderen Ansicht ist Höfler, Kasseler Kommentar, § 33 SGB V, Rn. 21, nach dessen Meinung es sich um eine Aufwendungs- oder Kostenerstattung, nicht aber um Schadensersatz handelt.

⁷²⁹ § 15 Abs. 2 Nr. 1 – 3 SGB IX.

⁷³⁰ Mrozynski, SGB IX Teil 1, zu § 15, Rn. 34.

⁷³¹ BT-Drucks. 14/5800, S. 26.

⁷³² Welti, HK-SGB IX zu § 10, Rn. 4.

in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen⁷³³. Die Anforderung an eine funktionsbezogene Feststellung wurde dabei unmittelbar der ICF entnommen⁷³⁴. Die funktionsbezogene Feststellung eines Rehabilitationsbedarf bedeutet demnach, dass alle Beeinträchtigungen der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität sowie der Integrität von Aktivitäten und Leistungen im Sinne der ICF vollständig erfasst und dokumentiert werden sollen. Der Grund hierfür ist, dass der Rehabilitationsbedarf seit dem Inkrafttreten des SGB IX nicht nur auf den Schädigungen und Beeinträchtigungen der physischen Strukturen und Funktionen basiert, sondern auch die sonstigen Störungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einbezieht, wie z.B. die Störungen der seelischen und sozialen Integrität⁷³⁵.

Die erforderlichen Leistungen sollen außerdem entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet werden, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 SGB IX entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen⁷³⁶. Sämtliche Rehabilitationsträger stellen dabei sicher, dass das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf angepasst wird und gewährleisten des Weiteren, dass die wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt⁷³⁷. Ein weiteres erklärtes Ziel des § 10 SGB IX ist dabei die nahtlose Erbringung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen⁷³⁸. Um eine Koordinierung innerhalb der verschiedenen Leistungsträger vornehmen zu können, sieht das nach § 10 SGB IX erforderliche Verfahren dabei folgendermaßen aus: Bei Antragseingang oder Aufnahme des Verfahrens von Amts wegen muss der zuerst leistende Rehabilitationsträger eine Prognose darüber erstellen, ob voraussichtlich Leistungen verschiedener Leistungsträger erforderlich sind. Die Rehabilitationsträger, welche dieser Prognose gemäß ebenfalls zur Leistung verpflichtet sein werden, müssen im Anschluss daran vom zuerst leistenden Rehabilitationsträger

⁷³³ § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

⁷³⁴ *Fuchs/Lewering* in *Bihl/Fuchs/Lewering*, SGB IX, zu § 10, Rn. 9.

⁷³⁵ Hierzu auch *Fuchs*, *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2003, 231 (233).

⁷³⁶ § 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX.

⁷³⁷ § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX.

⁷³⁸ Zum Begriff der Nahtlosigkeit vgl. auch *Löschau*, *GK-SGB IX* zu § 10, Rn. 26, nach dessen Ansicht Nahtlosigkeit grundsätzlich nur dann vorliegt, wenn keine zeitliche Lücke von einem oder mehreren Tagen zwischen den verschiedenen Leistungen liegt.

umfassend informiert werden⁷³⁹. Eine konkretere Ausgestaltung des § 10 SGB IX findet sich des Weiteren in den §§ 11 ff. SGB IX sowie den Gemeinsamen Empfehlungen aller Rehabilitationsträger nach § 13 SGB IX: Beispielsweise hat der zuständige Rehabilitationsträger mit der Einleitung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, während ihrer Ausführung und nach ihrem Abschluss zu prüfen, ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit des behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann⁷⁴⁰. Diese Prüfpflicht besteht auch dann, wenn für ihn während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme erkennbar wird, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist⁷⁴¹.

(1) Schriftformerfordernis

Ein weiteres Erfordernis des § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ist, dass die erforderlichen Leistungen, welche von den Rehabilitationsträgern gemeinsam festgestellt worden sind, schriftlich so zusammengestellt werden, dass sie nahtlos ineinander übergreifen. Im Gegensatz zur Vorgängernorm des § 5 Abs. 3 RehaAnglG, in welchem das verbindliche Erfordernis der Erstellung eines Gesamtplans galt⁷⁴², handelt es sich bei dieser schriftlichen Zusammenstellung in der Form eines Rehabilitationsplans nicht um eine rechtsverbindliche Äußerung⁷⁴³. Die Gemeinsame Empfehlung der Rehabilitationsträger „über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe“ nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 in Verbindung mit § 13 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 5 SGB IX vom 22. März 2004⁷⁴⁴, welche sich nach § 1 zum Ziel gesetzt hat, die Nahtlosigkeit, Zügigkeit und Einheitlichkeit der Erbringung der Leistungen zur Teilhabe sowie die einvernehmliche Klärung von Abgrenzungsfragen sicherzustellen, sieht hierfür in § 4 Abs. 1 die Erstellung eines Teilhabeplans vor, welcher unter Beachtung des Datenschutzes dem Betroffenen und den beteiligten Rehabilitationsträgern sowie weiteren Beteiligten zur Kenntnis gegeben werden soll. Auf der Grundlage dieses Rehabilitationsplans sollen nach § 4 Abs. 2 der GE sämtliche Leistungen zur Teilhabe erbracht werden. Der Teilhabeplan soll dabei insbesondere Angaben zu den Gründen für die Notwendigkeit der Leis-

⁷³⁹ Welti, HK-SGB IX zu § 10, Rn. 9.

⁷⁴⁰ § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

⁷⁴¹ § 11 Abs. 2 SGB IX.

⁷⁴² Zur Verbindlichkeit BSGE 74, 240 (240 ff.).

⁷⁴³ Mrozynski, SGB IX Teil 1, zu § 10, Rn. 15, welcher die schriftliche Fixierung im Rechtssinne lediglich als Teil der Begründung des die Leistung bewilligten Verwaltungsaktes ansieht, ihr also keine eigene rechtliche Bedeutung zumisst.

⁷⁴⁴ Lachwitz/Schellhorn/Welti, SGB IX – Rehabilitation, Textausgabe, S. 246 ff.

tungen beinhalten, sowie Angaben zum Ziel und zur Art der vorgesehenen Leistungen, zu ihrem voraussichtlichen Beginn und Dauer und dem Ort ihrer Durchführung. Nach § 2 der Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX, „in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist“⁷⁴⁵, soll der Teilhabeplan außerdem unter anderem noch Angaben zu den Schädigungen, den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder der Teilhabe, den vorhandenen Ressourcen, den personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren, sowie den zu berücksichtigenden besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder enthalten.

Während des Rehabilitationsverlaufs hat eine ständige Anpassung an veränderte Umstände, wie z.B. Veränderung des gesundheitlichen Zustands des Leistungsberechtigten, zu erfolgen. Als erforderlich sind dabei die Teilhabeleistungen anzusehen, welche unter Beachtung der Ziele des § 4 SGB IX auf den konkreten Einzelfall bezogen bedarfsgerecht sind⁷⁴⁶.

(2) Besondere Bedürfnisse seelisch behinderter Menschen

Die Leistungen zur Teilhabe, welche in § 4 SGB IX aufgeführt sind, enthalten in Abs. 1 Nr. 2 auch das Ziel, eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Nach der Vorschrift des § 10 Abs. 3 SGB IX soll indes bei der Koordinierung der Leistungen den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohten Menschen Rechnung getragen werden. Fraglich ist, ob diese Zielsetzung damit über die Anforderungen des § 4 SGB IX hinausgeht. Die Vorschrift des § 10 Abs. 3 SGB IX wurde aufgrund des nachdrücklich vorgetragenen Anliegens der Verbände der seelisch Behinderten aufgenommen, da diese sich durch den Behindertenbegriff des § 2 SGB IX nicht ausreichend erfasst sahen⁷⁴⁷. Sie ähnelt damit der Regelung in § 2a SGB V, wonach innerhalb des Krankenversicherungssystems den besonderen Bedürfnissen behinderter und chronisch Kranker Menschen Rechnung getragen werden soll: Vielfach wird argumentiert, dass es sich hierbei lediglich um einen Programmsatz handelt, mit dem die Ziele des SGB IX in die Vorschriften des SGB V transferiert werden sollen⁷⁴⁸.

⁷⁴⁵ Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ vom 16.12.2004, zu finden unter www.bar-frankfurt.de. Stand: August 2006.

⁷⁴⁶ § 5 Abs. 1 der GE.

⁷⁴⁷ Fuchs/Lewering in Bihr/Fuchs/Lewering, SGB IX, zu § 10, Rn. 15.

⁷⁴⁸ Vgl. dazu auch Glied.-Pkt. B.II.3.b)aa).

Es ist somit davon auszugehen, dass die Zielsetzung in § 10 Abs. 3 SGB IX nicht über die des § 4 SGB IX hinausgeht, aber besonders bei der Koordination innerhalb der Rehabilitationsträger darauf hinwirken will, dass die Bedarfsgerechtigkeit bei der Versorgung für seelisch Behinderte und von einer solchen Behinderung bedrohte Menschen besonders unterstrichen wird⁷⁴⁹. Ähnlich wie § 2a SGB V handelt es sich dann um einen Programmsatz, welcher nicht über die bisherigen gesetzlichen Anforderungen hinausgeht, es sich aber zur Aufgabe gemacht hat, auf die besonderen Bedürfnisse einer besonderen Gruppe von erkrankten bzw. behinderten Personen hinzuweisen. Fraglich ist hier lediglich, warum in dem Programmsatz des § 10 Abs. 3 SGB IX nicht auch auf die besonderen Bedürfnisse chronisch-seelisch kranker Personen hingewiesen wird, sondern nur Behinderte und von einer solchen Behinderung bedrohte Personen einbezogen worden sind. Obwohl im Präventionsvorrang des § 3 SGB IX ein besonderer Auftrag an die Rehabilitationsträger dahin ergangen ist, den Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit zu vermeiden, finden sich in der näheren Ausgestaltung des SGB IX nur wenig konkrete Angaben über die Behandlung oder Vermeidung chronischer Krankheiten. Leistungsansprüche bzw. Zielsetzungen, welche aufgrund einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung ausgelöst werden, sind hier vielmehr der Regelfall. Dies kann insbesondere aufgrund der Tatsache, dass chronische Krankheiten als einer der Hauptursachen für Behinderung angesehen werden⁷⁵⁰, als unzureichend angesehen werden. Eine mögliche Lösung für diesen Konflikt könnte beispielsweise darin bestehen, die chronische Krankheit in das Verständnis von einer drohenden Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX einzubeziehen. Für den Erkrankten selbst wäre es hingegen eindeutiger, auch die chronische Krankheit zum Regelfall für die Zielsetzungen und Ansprüche des SGB IX zu machen, ganz so wie es in § 3 SGB IX vorgesehen ist.

Selbst innerhalb des Krankenversicherungsrechts sollen beispielsweise die besonderen Bedürfnisse psychisch (chronisch) Kranker berücksichtigt werden: Nach § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist danach bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen; dies gilt insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Die Vorschrift ist unter anderem deshalb in das Gesetz aufgenommen worden, weil es vorher nicht möglich war, einen erweiterten Krankheitsbegriff der Psychiatrie zu entwickeln: Die besonderen Bedürfnisse bei den psychisch erkrankten und behinderten Menschen bestehen nämlich unter anderem darin, die leistungsrechtlichen Konsequenzen aus der Tatsache zu ziehen, dass die Störung der sozialen Beziehung keine Folge,

⁷⁴⁹ Mrozynski, SGB IX Teil 1, zu § 10, Rn. 26.

⁷⁵⁰ So z.B. Welti/Raspe, DRV 2004, 76 (86).

sondern eine spezifische Äußerungsform der psychischen Krankheit ist⁷⁵¹. Auch hier hat die Vorschrift lediglich eine Hinweisfunktion; sie wurde aufgrund der Argumentation des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung eingefügt, nach wessen Ansicht die Bedürfnisse psychisch Kranker bei der Versorgung mit Heilmitteln nicht ausreichend berücksichtigt werden⁷⁵². Um eine ausreichende Berücksichtigung chronisch kranker Personen – hier seelisch chronisch kranker Personen - zu gewährleisten, ist es demnach notwendig, in das Erfordernis einer besonderen Berücksichtigung seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Personen nach § 10 Abs. 3 SGB IX auch chronisch Kranke einzubeziehen. Nur so kann eine Umsetzung des Präventionsvorrangs in § 3 SGB IX sichergestellt werden.

ff) Zwischenergebnis

Die Regelungen der §§ 10 und 14 SGB IX sollen zum einen eine zügige Zuständigkeitsklärung der Rehabilitationsträger untereinander sicherstellen sowie eine Zusammenarbeit in den Fällen, in denen Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrere Rehabilitationsträger erforderlich sind. Je kurzfristiger offene Fragen bezüglich der Zuständigkeit geklärt werden, desto zügiger ist es auch möglich, einen Rehabilitationsbedarf umfassend festzustellen und die erforderlichen Leistungen zu gewähren. Hiervon können teilhabe- bzw. rehabilitationsbedürftige Personen nur profitieren. Da insbesondere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besonders häufig an chronisch Kranke gewährt werden, können sie ihren Nutzen vor allen Dingen aus der raschen Zuständigkeitserklärung des § 14 SGB IX ziehen. Voraussetzung ist allerdings, dass die kurzen Fristen in der Praxis tatsächlich eingehalten werden und Anträge beispielsweise trotz Fristablauf nicht an einen anderen Träger weitergeleitet werden. Auch die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in einem weiten Sinne, wie oben dargestellt, bedarf in der Praxis der Leistungsträger sicherlich noch einiger Erfahrungen mit den gelten Vorschriften anderer Leistungsgesetze. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass besonders die Regelung zur raschen Zuständigkeitserklärung ein geeignetes Mittel ist, einen Rehabilitationsbedarf frühestmöglich festzustellen, um so ggf. die voranschreitende Chronifizierung bestimmter Erkrankungen zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Bedauernd ist allerdings, dass die Forderung nach einer besonderen Berücksichtigung der Bedürfnisse seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen, wie in § 10 Abs. 3 SGB IX gefordert, nicht auch chronisch-seelisch kranke Personen einbezieht. Hier zeigt sich – wie bereits in anderen Regelungen des SGB IX, dass die Vermeidung und Behandlung von

⁷⁵¹ Mrozynski, SGB IX Teil 1, zu § 10, Rn. 25.

⁷⁵² Höfler, Kasseler Kommentar, § 27 SGB V, Rn. 66.

chronischen Krankheiten zwar zu einem Anliegen des SGB IX gemacht wurde, dies sich allerdings nicht in jeder gesetzlichen Vorschrift hierzu widerspiegelt. Es bedarf daher zum einen einer Klarstellung, ob und inwieweit sich die chronische Krankheit von der drohenden Behinderung unterscheidet und zum anderen auch einer Einbeziehung der chronischen Krankheit in weitere Tatbestände des SGB IX.

c) Sicherung von Beratung und Auskunft bezüglich eines Teilhabebedarfs

Um einen bestehenden Teilhabe- bzw. Rehabilitationsbedarf bei chronisch erkrankten und behinderten Personen frühestmöglich festzustellen, haben nicht nur die zuständigen Sozialleistungsträger, sondern auch weitere Akteure, wie z.B. Familienangehörige, Betreuer, Ärzte sowie sonstige Medizinalpersonen und auch Arbeitgeber eine besondere Verantwortung. Die Verantwortung besteht zum einen darin, die Personen an gemeinsame Servicestellen bzw. Beratungsstellen für Rehabilitation zu vermitteln, sowie umfassende Informationen über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe zu erteilen.

aa) Pflichten Personensorgeberechtigter

Nach § 60 SGB IX gilt, dass Eltern, Vormünder, Pfleger und Betreuer, die bei ihrer Personensorge von anvertrauten Menschen Behinderungen gem. § 2 Abs. 1 SGB IX wahrnehmen oder durch die in § 61 SGB IX genannten Personen, wie z.B. Lehrer, Sozialarbeiter und Erzieher, also „professionell tätige Personen“⁷⁵³, hierauf hingewiesen werden, im Rahmen ihres Erziehungs- oder Betreuungsauftrags die behinderten Menschen einer gemeinsamen Servicestelle oder einer sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation oder einem Arzt zur Beratung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe vorstellen sollen. Die Bezugnahme auf Behinderungen im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX soll dabei sicherstellen, dass diese Verpflichtung auch bei drohenden Behinderungen gilt: Maßgeblich ist in erster Linie, dass Merkmale wahrnehmbar werden, die auf eine eingetretene oder drohende Behinderung hinweisen⁷⁵⁴. Bei der Pflicht des § 60 SGB IX handelt es sich nach dem Wortlaut der Norm lediglich um eine „Sollvorschrift“ („...sollen im Rahmen ihres Erziehungsauftrags“), nicht um eine „Muss-Vorschrift“. Die be-

⁷⁵³ Mrozynski, SGB IX Teil 1, zu § 60, Rn. 1.

⁷⁵⁴ Vgl. Fuchs in Bihr/Fuchs/Lewering, SGB IX, zu § 60, Rn. 4; Lachwitz weist in HK-SGB IX zu § 60, Rn. 5 zu Recht darauf hin, dass es sich bei den Personensorgeberechtigten um Laien handelt, die häufig nicht über die notwendigen Fachkenntnisse verfügen, die erforderlich sind, um eine Behinderung oder drohende Behinderung zu erkennen. Aus diesem Grund können die Anforderungen an eine solche Beurteilung nur niedrig angesetzt werden.

troffenen Personensorgeberechtigten haben nach dem Sozialgesetzbuch mit keinerlei gesetzlichen Sanktionen zu rechnen, wenn die Vorstellung nicht erfolgt. Eine Sanktion könnte aber möglicherweise nach zivil- oder strafrechtlichen Normen erfolgen⁷⁵⁵.

bb) Pflichten berufsmäßig beteiligter Akteure

Nicht nur bei den Personensorgeberechtigten, sondern auch bei berufsmäßig beteiligten Akteuren kann eine Handlungspflicht bestehen, wenn eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX wahrgenommen wird: So haben Hebammen, Entbindungspfleger, Medizinalpersonen außer Ärzten, Lehrer, Sozialarbeiter, Jugendleiter und Erzieher, die bei Ausübung ihres Berufes Behinderungen wahrnehmen, die Personensorgeberechtigten auf die Behinderung und auf die Beratungsangebote nach § 60 SGB IX hinzuweisen⁷⁵⁶. Die Vorschrift benennt damit alle im Gesundheits- und Sozialwesen tätigen Personen, die der Hinweispflicht unterliegen. Zu den Medizinalpersonen gehören beispielsweise Krankenschwestern und -pfleger, Masseur, Bewegungs- und Ergotherapeuten⁷⁵⁷. Eine besondere Verpflichtung kann außerdem bei volljährigen Menschen bestehen, bei denen eine Behinderung wahrgenommen wird: Sobald Medizinalpersonen außer Ärzten und Sozialarbeitern bei Ausübung ihres Berufes Behinderungen bei volljährigen Menschen wahrnehmen, empfehlen sie diesen Menschen oder den für sie bestellten Betreuern, eine Beratungsstelle für Rehabilitation oder einen Arzt zur Beratung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe aufzusuchen⁷⁵⁸. Die Empfehlungsverpflichtung bei volljährigen Personen ist damit auf Medizinalpersonen und Sozialarbeiter begrenzt und umfasst keine weiteren sonstigen Personen, wie z.B. Lehrer oder Sozialarbeiter. Der Hinweis auf den gesamten Absatz 1 in § 2 SGB IX soll dabei - wie in § 60 SGB IX - sicherstellen, dass die Verpflichtung sowohl bei Behinderungen wie auch bei drohenden Behinderungen anzuwenden ist.

cc) Beratungspflicht der Ärzte

Nachdem die Personensorgeberechtigten bzw. die genannten berufsmäßig beteiligten Akteure ihrer Verpflichtung gem. §§ 60, 61 SGB IX nachgekommen sind, soll der behinderte bzw.

⁷⁵⁵ Vgl. *Majerski-Pahlen* in Neumann/Pahlen/Majerski-Pahlen, Sozialgesetzbuch IX, zu § 60, Rn. 2 sowie *Mrozynski*, SGB IX Teil 1, zu § 60, Rn. 1 und 2; hingegen ist *Marschner*, GK-SGB IX zu § 60, Rn. 14 der Auffassung, dass das Wort „soll“ im Sozialverfahrensrecht bei typischen Fällen wie ein „muss“ anzuwenden sei.

⁷⁵⁶ § 61 Abs. 2 SGB IX.

⁷⁵⁷ *Fuchs* in *Bihr/Fuchs/Lewering*, SGB IX, zu § 61, Rn. 5.

⁷⁵⁸ § 61 Abs. 3 SGB IX.

von einer Behinderung bedrohte Mensch entweder einer gemeinsamen Servicestelle, einer sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation oder einem Arzt vorgestellt werden. Die Beratungspflicht der Ärzte erstreckt sich dabei auf sämtliche geeignete Leistungen zur Teilhabe. Dabei weisen sie auf die Möglichkeit der weiteren Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle hin⁷⁵⁹. Dieser Hinweis entbindet den Arzt jedoch nicht von seiner eigenen Beratungspflicht: Die Ärzte haben mit der Verpflichtung nach § 61 SGB IX eine Schlüsselstellung für die Rehabilitationsberatung erlangt, welche am Beratungsstandard von Servicestellen und sonstigen Beratungsstellen für Rehabilitation zu messen ist⁷⁶⁰. Der Arzt kann dem Patienten gegenüber ggf. sogar für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Beratung haften⁷⁶¹. Aus diesem Grund ist eine laufende Weiterbildung des behandelnden Arztes auf dem Gebiet der Leistungen zur Teilhabe von ganz besonderer Relevanz. Diese Fortbildung und Erfahrung in Bezug auf notwendige Teilhabeleistungen erscheint auch deshalb notwendig, da der behandelnde Arzt nicht nur bei der Beratung und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen tätig wird, sondern nach § 2 Abs. 1 der „Gemeinsamen Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure“⁷⁶² auch durch die zuständigen Rehabilitationsträger bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe beteiligt werden soll. Nach Beendigung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wird der behandelnde Arzt mit Einverständnis des betroffenen Menschen außerdem über das Ergebnis der Rehabilitationsmaßnahme informiert⁷⁶³.

Die ärztliche Beratungspflicht gilt nicht nur gegenüber Personen, bei denen eine Behinderung bereits eingetreten ist: Bei Menschen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach allgemeiner ärztlicher Erkenntnis zu erwarten ist, wird entsprechend verfahren⁷⁶⁴. Fraglich ist, warum an dieser Stelle nicht der Begriff der drohenden Behinderung Erwähnung findet, sondern eine ärztliche Prognose bezüglich des zu erwartenden Eintritts einer Behinderung zu stellen ist.

⁷⁵⁹ § 61 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB IX.

⁷⁶⁰ *Masuch*, ZSR 2004, 536 (537).

⁷⁶¹ *Masuch*, ZSR 2004, 536 (538), anders sieht dies *Lachwitz*, HK-SGB IX zu § 61, Rn. 3 und 13, welcher die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation als Alternative für eine Beratung durch den Arzt ansieht und von keinen direkten Sanktionen ausgeht. Disziplinarische, arbeits- oder dienstrechtliche Konsequenzen seien jedoch möglich, wenn die in § 61 genannten Berufsgruppen ihre beruflichen Sorgfaltspflichten verletzen.

⁷⁶² Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. März 2004, zu finden in *Lachwitz/Schellhorn/Welti*, SGB IX – Rehabilitation, Textausgabe, S. 238 ff.

⁷⁶³ § 4 Abs. 1 der GE.

⁷⁶⁴ § 61 Abs. 1 Satz 3 SGB IX.

Klärungsbedarf besteht des Weiteren hinsichtlich der Frage, ob diese Formulierung mit dem Begriff der drohenden Behinderung übereinstimmt: Nach § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX sind Menschen von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung (des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) zu erwarten ist. Unklar ist hierbei, wo man die Grenzen zur Behinderung bzw. zur chronischen Krankheit zieht. Teilweise wird vertreten, dass der Begriff der drohenden Behinderung nicht unbedingt mit der ärztlichen Prognose bzgl. des Behinderungseintritts im Sinne von § 61 Abs. 1 Satz 3 SGB IX übereinstimmt⁷⁶⁵. Erklärt wird diese Annahme unter anderem damit, dass § 2 SGB IX die Voraussetzungen nennt, welche erfüllt sein müssen, damit behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen Rechte nach dem SGB IX geltend machen können, während § 61 SGB IX lediglich die Bedingungen festlegt, welche eine ärztliche Beratungspflicht auslösen⁷⁶⁶. Der Anknüpfungspunkt für den Eintritt der Behinderung im Sinne des § 61 Abs. 1 Satz 3 SGB IX sei die allgemeine ärztliche Erkenntnis, welche einerseits auf der Ausbildung und Qualifikation des Arztes beruht, sowie auf seinen in der beruflichen Praxis gewonnenen Erfahrungen. Nach dieser Ansicht kann man davon ausgehen, dass die ärztliche Prognose über den Eintritt einer Behinderung an andere Voraussetzungen als das Verständnis von drohender Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX geknüpft ist. Maßgeblich ist allein die Sichtweise des behandelnden Arztes. Nur wenn bereits eine ärztliche Prognose dahingehend möglich ist, dass der Eintritt einer Behinderung zu erwarten ist, wird die Beratungspflicht in diesem Sinne ausgelöst. Das Verständnis der prognostizierten Behinderung ist dabei der Definition des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX in Verbindung mit der ICF zu entnehmen: Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist⁷⁶⁷. Gerade das durch die ICF entwickelte Verständnis der Behinderung, wonach es nicht nur auf die jeweiligen Funktionsbeeinträchtigungen, sondern insbesondere auch auf das Verhältnis zwischen dem behinderten Menschen und seiner Umwelt im Sinne von Teilhabe ankommt, spiegelt den aktuellen Behinderungsbegriff wider. Eine ärztliche Beratungspflicht, welche im SGB IX festgelegt wurde – damit also in dem Gesetz, in welchem sich neben dem Behindertengleichstellungsgesetz das Verständnis von Behinderung an den Kontext der ICF anlehnt – darf keine geringeren Merkmale für die Frage einer Behinderung zugrunde

⁷⁶⁵ Vgl. z.B. *Lachwitz*, HK-SGB IX zu § 61, Rn. 4.

⁷⁶⁶ *Lachwitz*, HK-SGB IX zu § 61, Rn. 4, *Marschner*, GK-SGB IX zu § 61, Rn. 6.

⁷⁶⁷ Anders sieht dies *Majerski-Pahlen* in *Neumann/Pahlen/Majerski-Pahlen*, Sozialgesetzbuch IX, zu § 61, Rn. 2, nach deren Meinung hier als Behinderung jedweder körperliche oder geistige regelwidrige Zustand ausreicht.

legen als dies in der ICF entwickelt wurde. Die vom Arzt nach § 61 Abs. 1 Satz 3 SGB IX zu stellende Prognose über den Eintritt einer Behinderung ist dabei vergleichbar mit dem in § 1 RehaAnglG entwickelten Verständnis von drohender Behinderung: Hiernach lag eine drohende Behinderung vor, wenn der Eintritt der Behinderung nach ärztlicher Ansicht mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten war. Auch im RehaAnglG wurde die Prognose über den zu erwartenden Eintritt einer drohenden Behinderung damit in erster Linie auf eine ärztliche Meinung gestützt (was sich im Gegensatz hierzu dem Wortlaut des § 2 SGB IX nicht entnehmen lässt); allerdings wurde hierbei eine hohe Wahrscheinlichkeit für den Eintritt einer Behinderung vorausgesetzt.

Abschließend stellt sich die Frage, welches unterschiedliche Verständnis sich aus den in §§ 2, 61 SGB IX und § 1 RehaAnglG genannten Begriffen der drohenden Behinderung bzw. des drohenden Eintritts einer Behinderung ableiten lässt, und ob der Arzt auch zur Beratung verpflichtet ist, wenn die ihm vorgestellte Person an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leidet. Während bei der drohenden Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX davon auszugehen ist, dass hiervon mindestens auch Personen umfasst sind, welche an einer oder mehreren chronischen Krankheit leiden, lässt sich dies bei § 1 RehaAnglG aufgrund der derart hoch angesetzten Maßstäbe durchaus bezweifeln. Bei der ärztlichen Beratungspflicht nach § 61 Abs. 1 Satz 3 SGB IX wird hingegen zu differenzieren sein, um welche Art der chronischen Krankheit es sich handelt bzw. welche Art von Behinderung droht. Je schwerer die Funktionsbeeinträchtigungen sein können, welche aufgrund der chronischen Krankheit entstehen können, desto geringer muss die Wahrscheinlichkeit sein, mit der die Behinderung eintreten droht. Die Beratungspflicht des Arztes wird dann schon in den Fällen des Bestehens einer oder mehrerer chronischer Krankheiten ausgelöst. Es daher notwendig, auch chronisch Kranke sowohl in den Kreis der nach dem SGB IX berechtigten Personen als auch in die Sicherung von Beratung und Auskunft nach §§ 60 ff. SGB IX einzubeziehen. Nur so lässt sich der in § 3 SGB IX genannte Präventionsvorrang tatsächlich umsetzen. Eindeutiger wäre es für die chronisch kranken Personen jedoch, sie auch in die jeweiligen Tatbestände der Norm einzubeziehen, wodurch sich eine eindeutige Rechtsfolge für sie ableiten ließe. Auf diesem Weg wäre eine höhere Rechtssicherheit für chronisch Kranke geschaffen worden.

dd) Zwischenergebnis

Zur Sicherung von Beratung und Auskunft bei teilhabebedürftigen Personen sind sowohl Personensorgeberechtigte, als auch berufsmäßig tätige Personen, wie z.B. Lehrer, Sozialarbeiter, Jugendleiter und Erzieher angehalten, die von ihnen betreuten Menschen einer gemeinsamen

Servicestelle, einer sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation oder einem Arzt zur Beratung vorzustellen, wenn nach ihrer Beurteilung Anzeichen für Behinderungen oder drohende Behinderung auftreten. Die Beratungspflicht der Ärzte erstreckt sich dabei auf geeignete Teilhabeleistungen sowohl für behinderte Menschen als auch für solche, bei denen der Eintritt einer Behinderung nach ihrer ärztlichen Prognose zu erwarten ist. Hierbei sind nach dem Sinn und Zweck des SGB IX auch chronisch Kranke einzubeziehen. Maßgeblich ist dabei, welche Funktionsbeeinträchtigungen und Teilhabestörungen aufgrund der chronischen Krankheit zu erwarten sind. Durch die frühestmögliche Vorstellung bei einer Beratungsstelle oder einem Arzt kann sichergestellt werden, dass ein bestehender Teilhabe- oder Rehabilitationsbedarf rechtzeitig erkannt wird und umgehend Maßnahmen eingeleitet werden.

d) Pflichten des Arbeitgebers

Zur frühestmöglichen Ermittlung eines Teilhabebedarfs bei chronisch kranken bzw. behinderten und von Behinderung bedrohten Personen sind nicht nur Personensorgeberechtigte, Ärzte und sonstige berufliche Akteure an eine besondere Verantwortung gebunden, sondern auch Arbeitgeber. Da es auch Aufgabe des SGB IX ist, eine Kooperation aller an Krankheitsgeschehen beteiligten Akteure zu erreichen, um auf diese Weise so früh wie möglich einen Teilhabe- bzw. Rehabilitationsbedarf zu erkennen⁷⁶⁸, erscheint eine Einbeziehung des Arbeitgebers im Sinne eines betrieblichen Eingliederungsmanagements als unumgänglich. War das betriebliche Eingliederungsmanagement in der ursprünglichen Fassung des § 84 SGB IX noch darauf beschränkt, dass ein Arbeitgeber nur bei der Erkrankung eines schwerbehinderten Menschen mit dessen Zustimmung die Schwerbehindertenvertretung einzuschalten hatte, wenn die erkrankte Person länger als drei Monate ununterbrochen arbeitsunfähig war oder das Arbeitsverhältnis oder sonstige Beschäftigungsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen gefährdet war⁷⁶⁹, so gilt diese Verpflichtung seit dem 01. Mai 2004 nun für sämtliche Beschäftigte, wenn sie innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. In diesen Fällen hat der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93 SGB IX, bei schwer behinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten zu klären, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit

⁷⁶⁸ So ist beispielsweise in der Einleitung der Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9, vgl. *Lachwitz/Schellhorn/Welti*, SGB IX – Rehabilitation, Textausgabe, S. 238 ff., von dem übergreifenden Ziel einer „Kultur der frühzeitigen Rehabilitation“ die Rede.

⁷⁶⁹ § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX a.F., BGBl I 2001, S. 1046.

welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Soweit erforderlich, wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen⁷⁷⁰. Als fachliches Bindeglied zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation mit dem betrieblichen Alltagsgeschehen kann der Werks- oder Betriebsarzt einen wichtigen Beitrag für das betriebliche Eingliederungsmanagement leisten. In Einzelfällen kann es sogar erforderlich sein, dass der Werks- oder Betriebsarzt mit Einverständnis des Betroffenen Kontakt mit der gemeinsamen Servicestelle, dem behandelnden Arzt oder mit der behandelnden Klinik aufnimmt und so für die Wiedereingliederungsphase des Beschäftigten den betrieblichen Handlungsbedarf klärt⁷⁷¹.

Nach der § 7 Abs. 3 der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“⁷⁷² unterstützen sowohl die Rehabilitationsträger, als auch die Integrationsämter die Arbeitgeber beim betrieblichen Eingliederungsmanagement. Hierdurch soll vor allen Dingen eine bestehende oder drohende Arbeitsplatzgefährdung beseitigt werden. Beispielsweise sind für die erkrankten Personen Präventionsmaßnahmen einzuleiten, welche der Gefährdung des Arbeitsplatzes entgegenwirken sollen und die der Arbeitgeber mit dem Personal- oder Betriebsrat bzw. mit der Schwerbehindertenvertretung abzuklären hat⁷⁷³. Möglich sind außerdem risikogruppenbezogene, individuelle und vernetzte Maßnahmen der betrieblichen Prävention, Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements zur Minimierung arbeitsbezogener Gesundheitsrisiken, welche zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bis hin zur Reintegration von Beschäftigten mit Behinderungen führen sollen⁷⁷⁴. Dabei ist unerheblich, ob die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Behinderung, drohender Behinderung, chronischer oder akuter Krankheit hervorgerufen wurde. Die Verpflichtung des Arbeitgebers zum betrieblichen Eingliederungsmanagement besteht gleichermaßen⁷⁷⁵. Die Klärung, durch welche Maßnahmen die jeweilige

⁷⁷⁰ § 84 Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB IX, eingefügt durch Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23.04.2004, BGBl I 2004, S. 606. Der Absatz 2 des § 84 SGB IX stellt insofern eine Erweiterung des Absatz 1 dar, wonach der Arbeitgeber bereits beim Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten, welche zur Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses führen können, die genannten Interessenvertretungen einzuschalten hat, vgl. hierzu auch *Feldes*, SozSich 2004, 270 (275).

⁷⁷¹ *Feldes*, SozSich 2004, 270 (276).

⁷⁷² Empfehlung vom 16. Dezember 2004, zu finden unter: www.bar-frankfurt.de, Stand: August 2006.

⁷⁷³ Vgl. dazu auch *Schimanski*, GK-SGB IX zu § 84, Rn. 35 b.

⁷⁷⁴ *DVfR*, Die Rehabilitation 2004, 247 (247).

⁷⁷⁵ Aber auch weitere Personen aus dem betrieblichen Umfeld, wie z.B. Vorgesetzte, Betriebs- und Personalräte, Arbeitskollegen/innen, Mitarbeiter/innen, sollten gem. § 4 Abs. 5 der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige

Arbeitsunfähigkeit überwunden werden kann, kann sich nur auf betriebliche oder dienstliche Gegebenheiten beziehen, wie z.B. das Herausholen eines ständig erkälteten Mitarbeiters aus einem Arbeitsumfeld, in welchem er permanenten Durchzug ausgesetzt ist⁷⁷⁶. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, hat der Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzuzuziehen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Fristen des § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX erbracht werden⁷⁷⁷. Im Sinne eines umfassenden Präventionsauftrags sind bei den in Frage kommenden Leistungen nicht nur Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sondern sämtliche der in § 5 SGB IX genannten Leistungsgruppen gemeint. Der Arbeitgeber hat somit auch die örtlichen Servicestellen heranzuziehen, wenn medizinische Rehabilitationsleistungen in Frage kommen. Da man von ihm jedoch kein umfangreiches Wissen über notwendige Teilhabeleistungen erwarten kann, muss man hier von einer laienhaften Einschätzung bzgl. eines möglichen Teilhabebedarfs ausgehen. An dieser Stelle stellt sich die Frage, ob und ggf. mit welchen Sanktionen der Arbeitgeber zu rechnen hat, wenn er das betriebliche Eingliederungsmanagement nicht in dem Umfang gewährleistet, wie es von § 84 SGB IX gefordert wird. Die Interessenvertretungen nach § 93 SGB IX, d.h. beispielsweise der Betriebs- und Personalrat bzw. die Schwerbehindertenvertretung haben hier eine gesetzlich verankerte Überwachungsfunktion. Sie können zum einen die Klärung bzgl. in Frage kommender Teilhabeleistungen für die erkrankten Arbeitnehmer verlangen. Des Weiteren wachen sie darüber, dass der Arbeitgeber die ihm obliegenden Verpflichtungen erfüllt⁷⁷⁸. Keinesfalls bleibt die Nichteinhaltung des betrieblichen Eingliederungsmanagements dabei folgenlos für den Arbeitgeber: Im Falle der dienstlichen Beurteilung einer zu 100 % schwerbehinderten RichterIn auf Probe, bei welcher im Laufe ihres Beschäftigungsverhältnisses das betriebliche Eingliederungsmanagement des § 84 SGB IX nicht beachtet wurde, entschied beispielsweise das OVG Mecklenburg-Vorpommern in seinem Beschluss vom 9. Oktober 2003⁷⁷⁹, dass die Nichteinhaltung des § 84 Abs. 1 SGB IX zur formellen Rechtswidrigkeit der dienstlichen Beurteilung führt. Dies erscheint insofern als folgerichtig, als dass davon auszugehen ist, dass die Ver-

Bedarfserkennung“, zu finden unter www.bar-frankfurt.de, Stand: August 2006, Veränderungen, die sie im Verhalten sowie als Beeinträchtigungen in den Aktivitäten und der Teilhabe bei den betroffenen Menschen wahrnehmen, nicht ignorieren, sondern ggf. diese Menschen auf Hilfsangebote und Beratungsdienste hinweisen.

⁷⁷⁶ Schimanski, GK-SGB IX zu § 84, Rn. 35 c.

⁷⁷⁷ § 84 Abs. 2 Sätze 4 und 5 SGB IX.

⁷⁷⁸ § 84 Abs. 2 Sätze 6 und 7 SGB IX.

⁷⁷⁹ Az: 2 M 105/03.

pflichtung zum Eingliederungsmanagement durch einen Großteil der Arbeitgeber (leider) nur dann eingehalten wird, wenn bei der Nichteinhaltung mit Sanktionen zu rechnen ist. In den Fällen, in denen nach § 85 SGB IX die Zustimmung des Integrationsamtes zur Kündigung schwerbehinderter Arbeitnehmer erforderlich ist, ist des Weiteren in den Fällen des nicht-erfolgten Eingliederungsmanagements der Antrag auf Zustimmung zur Kündigung vom Integrationsamt auszusetzen und der Arbeitgeber aufzufordern, das Eingliederungsmanagement nachzuholen⁷⁸⁰. Bei einer drohenden Kündigung nicht-behinderter Arbeitnehmer, bei denen ebenfalls kein betriebliches Eingliederungsmanagement im Sinne des § 84 Abs. 2 SGB IX vorgenommen wurde, dürfte dies ähnlich zu beurteilen sein und die Kündigung solange rechtswidrig bleiben, bis ein Eingliederungsmanagement nachgeholt wurde. Um ein einheitliches Eingliederungsmanagement für alle Beschäftigten zu gewährleisten, besteht des Weiteren die Möglichkeit, in die Integrationsvereinbarung gem. § 83 Abs. 1 Satz 1 SGB IX, welche zwischen den Arbeitgebern und der Schwerbehindertenvertretung sowie den in § 93 SGB IX genannten Vertretungen in Zusammenarbeit mit dem Beauftragten des Arbeitgebers gem. § 98 SGB IX getroffen wird, auch Regelungen zur Durchführung der betrieblichen Prävention und zur Gesundheitsförderung aufzunehmen⁷⁸¹. Um einen Teilhabebedarf von erkrankten Personen, hierbei insbesondere chronisch kranken Personen frühestmöglich festzustellen, stellt das betriebliche Eingliederungsmanagement damit das letzte wichtige Glied in der Kette von Personen und Institutionen dar, welche aufgrund ihrer Informationen und ihrer Nähe zum Erkrankten in der Lage sind, einen solchen Bedarf zu erkennen und somit notwendige Maßnahmen veranlassen können.

D. Die chronische Krankheit im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation werden – wie bereits erwähnt⁷⁸² – Anspruch und Umfang der medizinischen Rehabilitationsleistungen für chronisch Kranke durch die Prüfung des individuellen Bedarfs festgelegt. Je nachdem, durch welchen Leistungsträger die Rehabilitationsleistungen gewährt werden, gibt es dabei unterschiedliche gesetzliche Vorgaben für das Bestehen eines Bedarfs. Fraglich ist, unter welchen Voraussetzungen chronisch Kranke einen Leistungsanspruch nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung haben (hier-

⁷⁸⁰ Schimanski, GK-SGB IX zu § 84, Rn. 84.

⁷⁸¹ § 83 Abs. 2 a Nr. 5 SGB IX. Durch derartige Integrationsvereinbarungen können die Arbeitgeber ihre Integrationsaufgaben leichter in Abstimmung mit den Betriebszielen bringen, *Trenk-Hinterberger*, HK-SGB IX zu § 83, Rn. 25.

⁷⁸² Siehe oben, Glied.-Pkt. C.II.1.b).

bei insbesondere in den Bereichen der Prävention und Akutbehandlung), und ob es gegebenenfalls gesonderte Möglichkeiten für chronisch Kranke gibt, Leistungen nach dem SGB V zu erhalten.

I. Prävention chronischer Krankheiten

Investitionen in Krankheitsverhütung könnten durch die Verlängerung von Lebensdauer und Verbesserung der Lebensqualität nicht nur einen hohen gesundheitlichen Nutzen bewirken, sondern auch Einsparungen im Gesundheitssystem erreichen⁷⁸³. Es ist daher notwendig, dass das Krankenversorgungssystem in Deutschland eine strukturell abgesicherte präventive Komponente einbezieht⁷⁸⁴. Insbesondere in Bezug auf die Vermeidung von chronischen Krankheiten sind präventive Leistungen besonders wichtig, denn die Entwicklung der Bevölkerungsgesundheit in industrialisierten Ländern ist von drei großen Trends gekennzeichnet: Die zunehmende Alterung der Bevölkerung, die ungebrochene Zunahme von chronisch-degenerativen Krankheiten sowie die große und stabile Ungleichheit von Gesundheitschancen zwischen den sozialen Schichten und Gruppen⁷⁸⁵. Die Verbesserung der Gesundheit einer breiten Schicht der Bevölkerung kann deshalb in erster Linie durch das Vermeiden der Entstehung chronischer Krankheiten erzielt werden⁷⁸⁶.

Ein Problem von präventiven Maßnahmen ist aber auch, dass diese nicht immer ausreichend in Anspruch genommen werden. Teilweise wird daher gefordert, geeignete Anreize zu schaffen oder sogar Sanktionen zu ergreifen, wenn von den präventiven Angeboten kein Gebrauch gemacht wird⁷⁸⁷. Um Prävention als einen festen Bestandteil im Versorgungssystem zu etablieren, gibt es außerdem Bestrebungen, ein so genanntes Präventionsgesetz (PrävG) einzuführen, mit welchem gesundheitliche Prävention zu einer eigenständigen Säule im Gesundheits-

⁷⁸³ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001, Band I und II (Kurzfassung), S. 26.

⁷⁸⁴ Hurrelmann, Gesundheitsversorgung und Disease-Management, 171 (171). Es gibt allerdings auch Bestrebungen, zumindest die Primärprävention aus dem Leistungskatalog des SGB auszugliedern und sie zu einer Aufgabe öffentlicher Träger zu machen. Dies insbesondere auch deshalb, da Ansatzpunkte zur Erhaltung bzw. Verbesserung der „öffentlichen Gesundheit“ bereits seit Ende des 19. Jahrhunderts als Handlungsfeld der Kommunalpolitik etabliert war. Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2005 (Kurzfassung), S. 36.

⁷⁸⁵ Rosenbrock, Die Ersatzkasse 2004, 342 (343).

⁷⁸⁶ Hurrelmann, Gesundheitsversorgung und Disease-Management, 171 (174).

⁷⁸⁷ Hurrelmann, Gesundheitsversorgung und Disease-Management, 171 (175).

wesen ausgebaut werden soll⁷⁸⁸. Zweck des Präventionsgesetzes ist es nach § 1 Satz 1 des Gesetzentwurfs vom 15.02.2005⁷⁸⁹, Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung und Beschäftigungsfähigkeit durch gesundheitliche Aufklärung und Beratung sowie durch Leistungen zur gesundheitlichen Prävention altersgerecht zu erhalten und zu stärken. Gesundheitliche Prävention hat nach § 4 Satz 1 des Gesetzentwurfs Vorrang vor Leistungen zur Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit und zur wirtschaftlichen Sicherung bei Krankheit oder Erwerbsminderung, die bei erfolgreicher Prävention nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt notwendig wären. Fraglich ist aber, ob die Einführung eines Präventionsgesetzes tatsächlich notwendig ist, um Prävention genügend zu etablieren. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob die gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen ausreichend sind, um präventive Maßnahmen zur Verfügung zu stellen, d.h. mögliche Defizite in der präventiven Versorgung nicht auf fehlende Gesetze zurückzuführen sind, sondern vielmehr ein Problem der Gesetzesanwendung sind⁷⁹⁰.

Derzeit gibt es folgende präventive Maßnahmen und Ziele, welche hauptsächlich im SGB V verankert sind: Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch, sowie zur Früherkennung von Krankheiten⁷⁹¹. Im Einzelnen werden die Präventionsleistungen nach den Vorschriften der §§ 20 ff. SGB V gewährt; d.h. den Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und den Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten. Innerhalb des SGB V wird dabei teilweise zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden: Während die Primärprävention die Gesundheit fördern und Krankheiten verhindern soll, indem Risikofaktoren, Lebensführung und soziale Kontextfaktoren verändert werden, soll die Sekundärprävention Krankheiten in einem möglichst frühen Stadium verhindern oder bekämpfen. Die Tertiärprävention dient hingegen der Verhinderung von Folge- oder Begleiterkrankungen,

⁷⁸⁸ *Bellwinkel*, Die BKK 2005, 6 (9); *Bindzius/Knoll/Rentrop*, Die BG 2004, 548 (548). Nach dem aktuellen Stand soll das Präventionsgesetz – ggf. in einer überarbeiteten Fassung – möglichst 2007 verabschiedet werden. Vgl. hierzu *Henkel-Hoving*, G+G 2006, 16 (16); *Hofmeister*, Die BG 2006, 320 (320).

⁷⁸⁹ BT-Drucks. 15/4833, S. 1 ff.

⁷⁹⁰ Vgl. hierzu auch *Rosenbrock* in *Fakhreshafaei/Reimann*, SGB 2003, 58 (58), nach dessen Ansicht es in Deutschland keine präventive Unterversorgung gebe, wohl aber Probleme geeigneter Anreize und Normbefolgung. Anders beurteilt dies *Klein*, Sucht macht krank, 41 (43), welcher der Ansicht ist, dass ein Präventionsgesetz als Teil des Sozialgesetzbuches dringend erforderlich ist. Als Grund führt er unter anderem die ungeklärte finanzielle Fördersituation von speziellen Beratungsangeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien an.

⁷⁹¹ § 11 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V.

sowie der Verhinderung von Verschlimmerungen und Rückfällen bereits manifester Krankheiten⁷⁹². Offiziell wird innerhalb des SGB V allerdings nur zwischen der Primär- und Sekundärprävention unterschieden⁷⁹³: Während sich die §§ 20 bis 22 SGB V mit den Zielen der primären Prävention, Gesundheits- und Selbsthilfeförderung befassen, regeln die §§ 23 und 24 SGB V die Ziele der sekundären Prävention. Hierbei handelt es sich in erster Linie um medizinische Vorsorgeleistungen, welche beim Vorliegen der erforderlichen Voraussetzungen auch stationär erbracht werden können. Die §§ 24 a und 24 b SGB V regeln des Weiteren den Anspruch auf Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation, welche auch zu den primären Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gezählt werden⁷⁹⁴. Zu guter Letzt befassen sich die §§ 25 und 26 SGB V mit den Leistungen zur Früherkennung; hierbei geht es um präventive Gesundheitsuntersuchungen und Kinderuntersuchungen. Es handelt sich hierbei um gezielte Vorsorgemaßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ohne dass bereits Krankheitserscheinungen vorliegen müssen⁷⁹⁵. Damit können auch die Leistungen zur Früherkennung zu den primärpräventiven Leistungen des SGB V gezählt werden.

1. Primäre Prävention, Gesundheits- und Selbsthilfeförderung

Gesetzliche Grundlagen für die Leistungen zur Primärprävention, Gesundheits- und Selbsthilfeförderung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung § 20 SGB V sowie §§ 21, 22 SGB V und §§ 25, 26 SGB V. Da §§ 21 und 22 SGB V die Individual- und Gruppenprophylaxe regeln, es sich hierbei also um die Verhütung von Zahnerkrankungen handelt, wird auf diese im Folgenden nicht weiter eingegangen.

a) Primärprävention und Gesundheitsförderung

aa) § 20 Abs. 1 SGB V

⁷⁹² Zu den Unterscheidungen von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention *Igl/Welti*, GK-SGB V zu § 23, Rn. 7.

⁷⁹³ Beispielsweise wird nach der „Gemeinsamen Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111 a SGB V“ (jetzt § 111 b SGB V) vom 12. Mai 1999, zu finden unter www.vdak.de, Stand: August 2006, lediglich zwischen den Zielen der Primär- und Sekundärprävention, und denen der Rehabilitation unterschieden.

⁷⁹⁴ Hierbei handelt es sich allerdings um eine missglückte Einordnung, da Schwangerschaft zwar keine Krankheit ist, es sich bei den Leistungen aufgrund von Schwangerschaft bzw. Verhütung von Schwangerschaft oder Sterilisation demzufolge auch nicht um eine Leistung aufgrund von Krankheit gem. §§ 27 ff. SGB V handelt; die Leistungen zur Verhütung von Schwangerschaft bzw. Sterilisation stellen aber auch keine klassischen präventiven Leistungen dar, so dass es sich eigentlich angeboten hätte, für diese Leistungen einen eigenen Abschnitt zu schaffen. Vgl. *Kruse* in LPK-SGB V zu § 24 a, Rn. 3.

⁷⁹⁵ *Schulin/Igl*, Sozialrecht, § 12, Rn. 291.

Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen⁷⁹⁶. Nach dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen lässt sich die Zielsetzung der Primärprävention auf einer allgemeinen Ebene wie folgt bestimmen⁷⁹⁷: Vermeidung, Abschwächung oder zeitliche Verschiebung von Mortalität und Morbidität und den sich ergebenden Einbußen an Lebensqualität und Einschränkungen der Teilhabe am sozialen Leben; Vermeidung, Verringerung und/oder zeitliche Verschiebung des Ressourceneinsatzes für Kuration, Rehabilitation und Pflege, bzw. von Ausgaben der Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung; Investition in Gesundheit als einen aufgrund demographischer Trends zunehmend wichtigen Bestandteil des Humankapitals; Vermeidung, Verringerung und/oder zeitliche Verschiebung indirekter Krankheitskosten.

Primäre Prävention besteht zu einem großen Teil auch aus der Eigenverantwortung der Versicherten. Sämtliche Maßnahmen der Krankenkassen können keine Verbesserung des jeweiligen Gesundheitszustands erreichen, wenn die Mithilfe des Versicherten fehlt. Insbesondere in Bezug auf Ernährungsumstellung und sportlicher Betätigung ist das Engagement des Einzelnen gefragt. Die jeweilige Krankenkasse soll in ihrer Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, welche die in § 20 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V genannten Anforderungen erfüllen⁷⁹⁸. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswesen, Inhalten und Methodik⁷⁹⁹. Insbesondere für die Verhütung von chroni-

⁷⁹⁶ § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Die sozial bedingte Ungleichheit soll deshalb vermindert werden, da es nach der Ansicht des Gesetzgebers wissenschaftlich belegt ist, dass Leistungen zur primären Prävention von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nur in geringem Maße in Anspruch genommen werden. BT-Drucks. 14/1977, S. 160. Zur Bildung eines nationalen Kooperationsverbands zu den Gesundheitsförderungen bei sozial Benachteiligten vgl. auch *Lehmann/Meyer-Nürnberg*, Die Ersatzkasse 2006, 24 (24 ff.).

⁷⁹⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2005 (Kurzfassung), S. 23 f.

⁷⁹⁸ § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Da es sich hierbei um eine „Sollvorschrift“ handelt, müssen die Krankenkassen derartige Leistungen im Regelfall in ihre Satzungen aufnehmen und dürfen nur ausnahmsweise davon absehen. *Höfler*, Kasseler Kommentar, § 20, Rn. 5; vgl. hierzu auch *Ballast*, Die Ersatzkasse 2005, 102 (102 f) zum Stand der Umsetzung eines Mammographie-Screenings durch die gesetzlichen Krankenkassen.

⁷⁹⁹ § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V. In Betracht kommen solche Bereiche, in denen ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen Risikofaktoren und möglichen Erkrankungen besteht, aber auch später die zu erbringenden Behandlungsleistungen ebenfalls der GKV zuzuordnen sind, BT-Drucks. 14/1245, S. 62.

schen Krankheiten kann die primäre Prävention eine bedeutende Rolle spielen: Chronische Krankheiten dominieren in der heutigen Zeit das Krankheits- und Sterbegeschehen in industrialisierten Ländern. Die Prävention der vorherrschenden chronisch-degenerativen Erkrankung zielt auf die Senkung und Vermeidung sowie verbesserte Bewältigung von Gesundheitsbelastungen ab⁸⁰⁰. Insbesondere in Bezug auf klassische ernährungs- oder bewegungsabhängige Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Herz-Kreislauferkrankungen, Rücken- und Gelenkerkrankungen, können primärpräventive Leistungen gezielt darauf hinwirken, den Eintritt der Erkrankungen durch eine bewusste Lebensweise zu verhindern, bzw. längstmöglich hinauszuzögern. Hierbei können Versicherte durch gezielte Informations- und Schulungsmaßnahmen z.B. zu regelmäßigen sportlichen Aktivitäten sowie zu einer gesundheitsbewussten Ernährung angehalten werden. Auf diese Weise kann nicht nur der Eintritt von chronischen Krankheiten verhindert werden, sondern es sind auch enorme Kosteneinsparungen durch kürzere oder geringere Krankenbehandlungen oder Aufenthalte in stationären Einrichtungen möglich⁸⁰¹.

bb) § 20 Abs. 2 SGB V

Krankenkassen können auch den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Auch hier gilt, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für präventive Leistungen beschließen⁸⁰². Hierbei ist eine Kooperation mit den zuständigen Unfallversicherungsträgern unerlässlich: Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen. Sowohl für

⁸⁰⁰ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001, Band I und II (Kurzfassung), S. 26.

⁸⁰¹ Vgl. hierzu *Korsukéwitz/Rose/Schliehe*, Die Rehabilitation 2003, 67 (67), wonach außerdem Leitlinien dazu verhelfen könnten, Schnittstellen zwischen Primärprävention, Akutmedizin und Rehabilitation zu operationalisieren. Durch eine solche Integration der Versorgungszweige würde nicht nur die primäre Prävention dazu verhelfen, chronische Krankheiten zu vermeiden, sondern Schnittstellen würden durch die Leitlinien minimiert werden, was einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken leisten würde.

⁸⁰² § 20 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. Abs. 1 Satz 3 SGB V.

die „normalen“ Präventionsleistungen, als auch für die betriebliche Gesundheitsförderung sind die Ausgaben der Krankenkassen begrenzt: Für die Wahrnehmung der (primär-) präventiven Aufgaben sollen die Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten insgesamt einen Betrag in Höhe von 2,56 € umfassen. In den Folgejahren sind die Ausgaben entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße anzupassen⁸⁰³.

Durch die betriebliche Gesundheitsförderung, welche in den letzten 15 Jahren insbesondere von den Krankenkassen entwickelt und gefördert wurde, lässt sich der Krankenstand zeitstabil um ca. 25 Prozent verringern sowie Arbeitszufriedenheit und Kooperation wesentlich verbessern⁸⁰⁴. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung ist zwischen zwei präventiven Perspektiven zu unterscheiden: Die eine setzt ihren Fokus auf einzelne Gesundheitsprobleme, wie Arbeits- und Wegeunfälle, Bewegungsdefizite, Alkohol- oder Tabakkonsum. Die andere Perspektive zielt auf Interventionen ab, welche sich am betrieblichen Kontext, den konkreten Bedarfslagen im einzelnen Betrieb und/oder am Leitbild einer gesunden Organisation orientieren⁸⁰⁵. Konkret umfasst die betriebliche Gesundheitsförderung damit folgende Leistungen: Erste Hilfe und medizinische Behandlung, Einstellungsuntersuchungen, Unfallschutz, Überwachung von Gesundheits- und Infektionsgefahren, Aufklärung und Beratung zu gesünderen Lebensweisen, Verfahren und Regelungen zur Schaffung gesünderer Arbeitsbedingungen, Bereitstellung von Präventionsangeboten, wie z.B. Bewegungsprogramme⁸⁰⁶. Für eine Krankenkasse bestehen insofern Anreize, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen, als ein reduzierter Krankenstand die Ausgaben für Behandlung und Krankengeld senkt und erfolgreiche Interventionen das Image der Krankenkasse im jeweiligen Betrieb verbessern. Das Potential der Krankenkassen in Bezug auf die betriebliche Gesundheitsförderung wird allerdings noch nicht ausgenutzt, so dass eine breitere Nutzung des Präventionsansatzes in den Betrieben zu fordern ist⁸⁰⁷.

cc) Früherkennung von Krankheiten

⁸⁰³ § 20 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 1 SGB IV. Nach Höfler, Kasseler Kommentar, § 20, Rn. 12, handelt es sich hierbei nur um einen Richtwert für die Krankenkassen.

⁸⁰⁴ Rosenbrock, Die Ersatzkasse 2004, 342 (343).

⁸⁰⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2005 (Kurzfassung), S. 34.

⁸⁰⁶ Höldke/Szych, SozSich 2006, 230 (230).

⁸⁰⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2005 (Kurzfassung), S. 35; so auch Bieback in Fakhreshafaei/Reimann, SGB 2003, 58 (61).

Auch die Früherkennung von Krankheiten gehört mit zu den primärpräventiven Leistungen des SGB V. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, welche dem Eintritt einer Erkrankung vorbeugen sollen. Nach der Rechtsprechung des BSG⁸⁰⁸ gehören solche prophylaktischen Maßnahmen allerdings nur ausnahmsweise zum Leistungsauftrag der Krankenversicherung. Hierbei ist zwischen den Gesundheitsuntersuchungen gem. § 25 SGB V und den Kinderuntersuchungen gem. § 26 SGB V zu unterscheiden.

(1) Gesundheitsuntersuchungen, § 25 SGB V

Die Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V richten sich nur an erwachsene Versicherte. Insbesondere chronische Krankheiten sollen hierdurch vermieden werden: Versicherte, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, haben jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit⁸⁰⁹. Außerdem haben Versicherte höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Frauen frühestens vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an, Männer frühestens vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an⁸¹⁰. Es handelt sich bei den in § 25 Abs. 1 SGB V genannten Krankheiten nicht um eine abschließende Aufzählung. Es ist daher auch möglich, dass zur Früherkennung von weiteren Krankheiten Leistungen nach § 25 SGB V gewährt werden. Diese Krankheiten müssen jedoch bestimmte Voraussetzungen erfüllen: Voraussetzung für die Untersuchung nach § 25 Abs. 1 und 2 SGB V ist, dass es sich

1. um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
2. das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar sind,
3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
4. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln⁸¹¹.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien das Nähere über Art und Umfang der Untersuchungen sowie die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 25 Abs. 3 SGB

⁸⁰⁸ Urteil vom 17.03.2005, BSG SozR 4-2500 § 37 Nr. 4.

⁸⁰⁹ § 25 Abs. 1 SGB V.

⁸¹⁰ § 25 Abs. 2 SGB V.

⁸¹¹ § 25 Abs. 3 SGB V. Die jeweilige Krankheit muss also feststellungs- und behandlungsfähig sein, vgl. *Wagner* in Krauskopf, Soziale Kranken- und Pflegeversicherung zu § 25 SGB V, Rn. 4.

V⁸¹². Nach den hierauf erlassenen Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien⁸¹³ umfassen die ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten folgende Leistungen: Anamnese, Klinische Untersuchung, Laboratoriumsuntersuchungen, Beratung sowie Folgerung aus den Ergebnissen der Gesundheitsuntersuchung. Ergeben die durchgeführten Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, soll der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt werden.

Die Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V beschränken sich somit in erster Linie auf die Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie auf Diabetes mellitus. Es handelt sich hierbei jedoch nicht um eine abschließende Aufzählung, d.h. falls es weitere – vorwiegend chronische – Krankheiten gibt, welche das in § 25 Abs. 3 SGB V genannte Schema erfüllen, wäre es möglich, dass zur Früherkennung dieser Krankheiten weitere Gesundheitsuntersuchungen durchgeführt werden.

(2) Kinderuntersuchungen, § 26 SGB V

Auch Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern gehören zum präventiven Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung: Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden⁸¹⁴. Auch hier gelten die Voraussetzungen des § 25 Abs. 3 SGB V, d.h. diejenigen Krankheiten, welche durch die Kinderuntersuchungen erkannt werden sollen, müssen die in § 25 Abs. 3 SGB V genannten Voraussetzungen erfüllen. Das Nähere hierzu regelt ebenfalls der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie⁸¹⁵. Nach den hierauf erlassenen Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung⁸¹⁶ richten sich die ärztlichen Maßnahmen der Jugendgesundheitsuntersuchung im Rahmen der Anamnese beispielsweise auf auffällige seelische oder schulische Entwicklungen, gesundheitsgefährdendes Verhalten oder das Vorliegen von chro-

⁸¹² § 25 Abs. 4 Satz 2 SGB V i.V.m. § 92 SGB V.

⁸¹³ In der Fassung vom 24.08.1989, zuletzt geändert am 21.12.2004, zu finden unter: www.g-ba.de, Stand: August 2006.

⁸¹⁴ § 26 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

⁸¹⁵ § 26 Abs. 2 SGB V i.V.m. §§ 25 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 2 SGB V, 92 SGB V.

⁸¹⁶ Zu finden unter www.g-ba.de, Stand: August 2006.

nischen Erkrankungen. Nach den ebenfalls erlassenen Kinder-Richtlinien⁸¹⁷ haben Neugeborene außerdem einen Anspruch auf ein so genanntes Neugeborenen-Screening, welches der Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen dient.

Maßnahmen gem. § 26 SGB V beinhalten demnach sowohl Früherkennungsleistungen für Neugeborene/Kleinkinder, wie auch für Jugendliche zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr.

dd) Zwischenergebnis

Leistungen zur Primärprävention gem. § 20 SGB V sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Insbesondere in Bezug auf klassische ernährungs- oder bewegungsabhängige Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Herz-Kreislauferkrankungen, Rücken- und Gelenkerkrankungen sind primärpräventive Leistungen, welche den Eintritt dieser Erkrankungen möglichst verhindern oder zumindest verzögern sollen, besonders wichtig. Aber auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen, welche den Arbeitsschutz ergänzen, sind bedeutende Elemente der primären Prävention. Zur Primärprävention gehören des Weiteren die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gem. § 25 und § 26 SGB V.

Innerhalb des SGB V gibt es genügend Möglichkeiten, primärpräventive Leistungen zur Verfügung zu stellen. Trotzdem wird immer wieder bemängelt, dass insbesondere von den gesetzlichen Krankenkassen nicht genügend für die primäre Prävention getan wird⁸¹⁸. Grund für die Defizite in der Präventionsversorgung sind aber anscheinend nicht fehlende gesetzliche Regelungen, sondern es bestehen offensichtlich Probleme bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften⁸¹⁹. Insofern bleibt zweifelhaft, ob die Einführung eines Präventionsgesetzes zu einer Verbesserung der präventiven Versorgung führt.

⁸¹⁷ Zu finden unter www.g-ba.de, Stand: August 2006.

⁸¹⁸ So auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, welcher in seinem Gutachten aus dem Jahr 2005, S. 44 (Kurzfassung), darauf hinweist, dass die Praxis der Prävention noch immer hinter dem verfügbaren Wissen zurückbleibt.

⁸¹⁹ Aus diesem Grund empfiehlt *Rosenbrock*, Die Ersatzkasse 2004, 342 (344), den gesetzlichen Krankenkassen, die Umsetzung des § 20 SGB V anhand von sieben Leitlinien zu betreiben, welche eine Priorisierung von verschiedenen primärpräventiven Aktivitäten vorsehen.

b) Selbsthilfeförderung

Auch die Förderung der Selbsthilfe ist Bestandteil des Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenkassen: Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach § 20 Abs. 4 Satz 2 SGB V aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben⁸²⁰. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen außerdem gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe; eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, organisationen und -kontaktstellen durch Zuschüsse ist möglich. Die in § 20 Abs. 4 Satz 2 SGB V genannten Vertreter sind zu beteiligen⁸²¹.

Nach den „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe“ vom 10. März 2000⁸²² verstehen die gesetzlichen Krankenkassen unter Selbsthilfe eine besondere Form des freiwilligen gesundheitsbezogenen Engagements, welches innerhalb selbst organisierter, eigenverantwortlicher Gruppen, in denen sich Betroffene einschließlich ihrer Angehörigen zusammenschließen, stattfindet. Bei der Selbsthilfe handelt es sich außerdem um Hilfe außerhalb der Sphäre privater Haushalte und Familien sowie professioneller Dienstleistungssysteme, und um gesundheitsbezogene Initiativen, Projekte oder Organisationen im Übergangsbereich zu professionellen Dienstleistern. Zu den Voraussetzungen einer Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zählen beispielsweise die Bereitschaft zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, grundsätzliche Offenheit für neue Mitglieder sowie eine neutrale Ausrichtung⁸²³. Bei folgenden Krankheitsbildern soll eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen stattfinden: Beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des Skeletts, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes, Tumorerkrankungen, allergische und asthmatische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Harntraktes, Lebererkrankungen, Hauterkrankungen

⁸²⁰ § 20 Abs. 4 Satz 1 SGB V.

⁸²¹ § 20 Abs. 4 Sätze 2 bis 4 SGB V.

⁸²² Zu finden unter: www.bag-selbsthilfe.de, Stand: August 2006.

⁸²³ Punkt. 4.1 bis 4.3 der Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze.

kungen⁸²⁴. Auffallend an der Auflistung der Krankheitsbilder ist, dass es sich hierbei fast ausschließlich um chronische Krankheiten handelt. Es ist somit deutlich erkennbar, wie wichtig die Förderung der Selbsthilfe insbesondere für chronisch Kranke ist.

Es gibt allerdings eine Begrenzung der für die Förderung der Selbsthilfe möglichen Ausgaben: Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Rahmen der Selbsthilfeförderung sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,51 € umfassen, sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen⁸²⁵. Im Jahr 2005 umfasste der Betrag für die Selbsthilfeförderung dementsprechend 0,54 € pro Versicherten. Diese Mittel wurden auf vier Förderbereiche, nämlich auf die Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene, örtliche Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen sowie auf drei Förderebenen (Bund, Land, Kommune/vor Ort) verteilt⁸²⁶. Es gibt dabei sowohl eine kassenartübergreifende Pauschalförderung, als auch eine Förderung thematischer Schwerpunktprojekte zur Weiterentwicklung der Selbsthilfe⁸²⁷. Selbsthilfeprojekte gibt es z.B. für psychische Erkrankungen im Arbeitsleben, „Mehr Lebensqualität und Eigenverantwortung für nierenkranke Menschen und deren Angehörige“, Alkohol in Schwangerschaft und Stillzeit, Selbsthilfegruppen für psychische und psychosomatische Erkrankungen sowie eine Workshop-Reihe für Angehörige von Menschen mit Prader-Willi-Syndrom und Selbstbetroffene⁸²⁸. Die geförderten Selbsthilfeorganisationen vertreten bundesweit insgesamt 865.500 Mitglieder⁸²⁹. Dachverbände der Selbsthilfe auf Bundesebene sind: Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen und ihren Angehörigen e.V. in Düsseldorf, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPW) – Gesamtverband e.V. in Berlin, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. in Gießen, sowie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. in Hamm⁸³⁰.

Trotz der Bemühungen der gesetzlichen Krankenkassen, die Förderung der Selbsthilfe auszubauen, kam es in der Vergangenheit immer wieder zu einer unzureichenden Ausschöpfung des Fördervolumens, welche auf Informationsdefizite und eine Reihe von Problemen in der

⁸²⁴ Anlage 1 zu den Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen.

⁸²⁵ § 20 Abs. 4 Satz 5 SGB V.

⁸²⁶ *Niederbühl*, Die Ersatzkasse 2005, 342 (342).

⁸²⁷ *Meyer*, Die BKK 2005, 90 (90).

⁸²⁸ *Meyer*, Die BKK 2005, 90 (91 f); vgl. hierzu auch *Klein*, Sucht macht krank, 41 (50), nach dessen Ansicht Selbsthilfegruppen für erwachsene Kinder suchtkranker Eltern hingegen in zu geringer Anzahl vorhanden sind.

⁸²⁹ *Niederbühl*, Die Ersatzkasse 2005, 342 (342).

⁸³⁰ *Niederbühl*, Die Ersatzkasse 2005, 342 (343).

Förderpraxis, wie z.B. einem hohen bürokratischen Aufwand bei den Antrags- und Bewilligungsverfahren, zurückzuführen war⁸³¹. Aus diesem Grund haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in Kooperation mit den Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen ein gemeinsames Empfehlungspapier entwickelt, die „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Umsetzung von § 20 Abs. 4 SGB V“⁸³². Hiernach regen die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Vertreter der Selbsthilfe die Bildung von Arbeitskreisen – bestehend aus Vertretern der verschiedenen Krankenkassen/-verbände und aus Vertretern der Selbsthilfe – auf den jeweiligen Förderebenen an, um Transparenz herzustellen und um die Abstimmung bei der Förderung zu verbessern. Ziel der Arbeitskreise soll sein, einvernehmliche Lösungen für die Förderpraxis zu entwickeln. Über die weitere Umsetzung der Selbsthilfeförderung führen die Krankenkassen auf den jeweiligen Ebenen mit den Vertretern der Selbsthilfe außerdem einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch. Hiermit soll eine Qualitätssicherung der Selbsthilfeförderung erreicht werden.

2. Sekundärprävention

Wie bereits erwähnt, hat die Sekundärprävention die Aufgabe, (chronische) Krankheiten in einem möglichst frühen Stadium zu verhindern oder zu bekämpfen⁸³³. Der Umfang von sekundärer Prävention wird durch §§ 23 und 24 SGB V konkretisiert: Danach haben Versicherte Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen⁸³⁴, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken⁸³⁵, Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden⁸³⁶ oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden⁸³⁷. Nur wenn die Leistungen nach § 23 Abs. 1 SGB V nicht ausreichend sind, kann die Krankenkasse

⁸³¹ Stähler, HK-SGB IX zu § 29, Rn. 8.

⁸³² Empfehlungen vom 09.05.2003, zu finden unter: www.nakos.de, Stand: August 2006.

⁸³³ Vgl. hierzu auch Forster, DOK 1998, 276 (279), nach deren Ansicht die Erfolgchancen für die Anwendung von Fallmanagementtechniken in der Sekundärprävention besonders hoch sind, wenn es sich um chronische Erkrankungen handelt, bei denen ein großer Teil an potentiellen Komplikationen durch Prävention verhindert werden kann.

⁸³⁴ § 23 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

⁸³⁵ § 23 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

⁸³⁶ § 23 Abs. 1 Nr. 3 SGB V.

⁸³⁷ § 23 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

die aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten erbringen bzw. Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht⁸³⁸. Nach § 24 Abs. 1 SGB V sind außerdem medizinisch erforderliche Vorsorgeleistungen als Mutter-Kind-Maßnahme bzw. Vater-Kind-Maßnahme möglich, soweit die Voraussetzungen des § 23 Abs. 1 SGB V vorliegen. Hierbei wird unterschiedlich beurteilt, ob es sich lediglich um einen Verweis auf die Voraussetzungen des § 23 Abs. 1 SGB V handelt, oder ob ebenfalls erforderlich ist, dass die nach § 23 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Maßnahmen nicht ausreichen⁸³⁹; d.h. der Subsidiaritätsgedanke „ärztliche Behandlung – ambulante/ stationäre Vorsorgeleistung“ – Anwendung finden soll.

a) Ambulante Vorsorgeleistungen

Medizinische ambulante Vorsorgeleistungen können nur in anerkannten Kurorten erbracht werden⁸⁴⁰. Nach der Gesetzesbegründung sprechen vor allen Dingen gesundheitspolitische Gründe dafür, ambulante Vorsorge nur in anerkannten Kurorten zuzulassen, da auf diesem Weg die wertvolle Struktur von Kurorten und deren hochwertige Einrichtungen erhalten und gestärkt werden sollen⁸⁴¹. Die Zuzahlung richtet sich gem. § 23 Abs. 3 SGB V nach den §§ 31 bis 34 SGB V; d.h. obwohl auch die ambulante Vorsorgeleistung als Komplexleistung zu erbringen ist, sie also aus medizinischen Maßnahmen verschiedenster Art besteht, wie z.B. die Erbringung von Heil- aber auch Arznei- und Verbandmitteln, sowie verschiedenen Therapiemöglichkeiten, besteht die Verpflichtung des Versicherten, Zuzahlungen zu sämtlichen Einzelleistungen vorzunehmen⁸⁴².

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung einen Zuschuss zu den übrigen Kosten, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Leistung entstehen, von bis zu 13 Euro täglich vorsehen⁸⁴³. Da Unterkunft und Verpflegung nicht zu den ambulanten Vorsorgeleistungen gehören, entstehen dem Versicherten hierdurch zusätzliche Kosten, welche bis zur angegebenen Höhe

⁸³⁸ § 23 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 SGB V.

⁸³⁹ Adelt in LPK-SGB V zu § 24, Rn. 3 ist der Ansicht, dass ausdrücklich nicht erforderlich ist, dass die nach § 23 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Maßnahmen nicht ausreichen; anderes hierzu Igl/Welti, GK-SGB V zu § 24, Rn. 21, nach deren Ansicht sich die Notwendigkeit alleine daran bemisst, dass ambulante Maßnahmen nach § 23 Abs. 1 SGB V nicht ausreichen.

⁸⁴⁰ § 23 Abs. 2 Satz 1 SGB V.

⁸⁴¹ BT-Drucks. 14/1245, S. 64.

⁸⁴² Zur Einordnung als Komplexleistung vgl. Höfler, Kasseler Kommentar, § 23 SGB V, Rn. 13.

⁸⁴³ § 23 Abs. 2 Satz 2 SGB V.

von der Krankenkasse bezuschusst werden können. Für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann dieser Zuschuss sogar auf einen Betrag von bis zu 21 Euro erhöht werden⁸⁴⁴. Als Begründung für diesen erhöhten Betrag wurde im Gesetzesentwurf angeführt, dass damit bewirkt werden soll, dass eine unnötige Inanspruchnahme stationärer Maßnahmen unterbleibt⁸⁴⁵. Eine Auflistung der chronischen Krankheiten, welche unter die erhöhte Zuschussmöglichkeit fallen, fehlt allerdings. Es ist daher davon auszugehen, dass für das begriffliche Verständnis die gleichen Grundsätze wie bei erwachsenen Personen mit chronischen Krankheiten gelten⁸⁴⁶. An dieser Stelle lässt sich die Frage aufwerfen, warum eine Begrenzung des erhöhten Zuschusses auf chronisch kranke Kleinkinder erfolgt ist: Der Gesetzgeber erhoffte von einer verstärkten Inanspruchnahme ambulanter Vorsorgemaßnahmen einen Rückgang der Ausgaben für die Krankenbehandlung⁸⁴⁷. Besonders unter dem Blickwinkel des demographischen Wandels und dem damit verbundenen Anstieg chronischer Krankheiten wäre es somit ein sinnvoller Ansatz, alle chronisch kranken Personen in die erhöhte Zuschussmöglichkeit einzubeziehen.

Gerade bei den Zuzahlungsleistungen unterscheidet sich die ambulante Vorsorgeleistung von der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme: Bei einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme sind die Zuzahlungen je Kalendertag an die Einrichtung zu leisten⁸⁴⁸. Auch hierbei handelt es sich um eine Komplexleistung; d.h. die gewährten Leistungen werden in Behandlungstagen zusammengefasst⁸⁴⁹. Eine Zuzahlung zu den jeweiligen Einzelleistungen – wie bei der ambulanten Vorsorgemaßnahme vorgesehen – findet aber nicht statt.

Die teilstationäre Leistungserbringung gehört nach der Ansicht des BSG ebenfalls zu den ambulanten Rehabilitationsleistungen gem. § 40 Abs. 1 SGB V⁸⁵⁰. Dies bedeutet, dass nicht nur Leistungen im herkömmlichen Sinne als ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen

⁸⁴⁴ § 23 Abs. 2 Satz 3 SGB V; Kleinkinder i.S.d. Norm sind Kinder zwischen ein und drei Jahren, vgl. BSG SozR 3-2500 § 53 Nr. 7, S. 49.

⁸⁴⁵ BT-Drucks. 14/1245, S. 64.

⁸⁴⁶ Vgl. dazu Glied.-Pkt. B.II.3.b).

⁸⁴⁷ Vgl. hierzu Höfler, Kasseler Kommentar, § 23 SGB V, Rn. 14.

⁸⁴⁸ § 40 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 2 SGB V.

⁸⁴⁹ Die ambulante Rehabilitationsmaßnahme soll dabei gem. § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V für längstens 20 Behandlungstage erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

⁸⁵⁰ BSGE 87, 14 (18 ff.); das BSG begründet diese Ansicht unter anderem auch damit, dass stationäre Leistungen des § 40 Abs. 2 SGB V nur vollstationäre Leistungen sein können; was bedeutet, dass die teilstationären Leistungen insofern dem Bereich des § 40 Abs. 1 SGB V zuzuordnen sind.

erbracht werden, sondern auch Leistungen beispielsweise mit Unterkunft und Verpflegung möglich sind. Dies folgert das BSG insbesondere aus der Erbringung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme als Komplexleistung und ihrer Bemessung nach Behandlungstagen. Die ambulante Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 40 Abs. 1 SGB V kann demnach nicht nur in einem umfangreicheren Rahmen erbracht werden als die ambulante Vorsorgemaßnahme gem. § 23 Abs. 2 SGB V; es ist außerdem auch davon auszugehen, dass die Zuzahlung für den Versicherten „überschaubarer“ bleibt und voraussichtlich auch geringer ausfallen wird als bei einer ambulanten Vorsorgemaßnahme, da grundsätzlich 10 Euro pro Kalendertag an die jeweilige Einrichtung zu zahlen sind und keine Zuzahlungen zu Einzelleistungen vorgenommen werden müssen. Obwohl auch die ambulante Vorsorgemaßnahme als Komplexleistung erbracht wird, ist eine teilstationäre Leistungserbringung von medizinischen Vorsorgemaßnahmen gesetzlich nicht vorgesehen. Der Zuschuss der Krankenkasse zu den „übrigen Kosten“ des Versicherten im Sinne des § 23 Abs. 2 SGB V, also auch zur Verpflegung und Unterkunft, hat hierfür auszureichen. Auch von der Rechtsprechung wurde eine Erweiterung der Vorsorgemaßnahmen auf teilstationäre Leistungserbringung bisher nicht vorgenommen. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung von Prävention und Vorsorge⁸⁵¹ bleibt abzuwarten, ob ein Weiterentwicklungsbedarf der ambulanten medizinischen Vorsorgemaßnahmen besteht. Besonders auch die immer wieder geforderte zunehmende Schwerpunktsetzung auf ambulante medizinische Maßnahmen⁸⁵² wirft die Frage auf, inwieweit sich ambulante medizinische Vorsorgemaßnahmen - beispielsweise durch die Einführung von Zuzahlungen, welche sich nach Kalendertagen bemessen – für Versicherte attraktiver gestalten lassen.

b) Stationäre Vorsorgeleistungen

Sofern die ambulanten medizinischen Vorsorgemaßnahmen nicht ausreichen, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht⁸⁵³. Die stationäre Vorsorgemaßnahme ist

⁸⁵¹ Vgl. dazu den Präventionsvorrang des § 3 SGB IX, sowie den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention vom 15.02.2005, BT-Drucks. 15/4833.

⁸⁵² Vgl. hierzu *Richter-Reichhelm*, Die BKK 2003, 230 (230 ff.), welcher einen Ausbau von qualitätsgesicherten ambulanten Rehabilitationszentren befürwortet, zugleich aber bemängelt, dass das notwendige Know-how für eine ambulante medizinische Versorgung bei den meisten Ärzten fehlt.

⁸⁵³ § 23 Abs. 4 SGB V. Vgl. hierzu auch *Fuchs*, welcher in seiner Bewertung der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“, zu finden unter: www.harry-fuchs.de, Stand: August 2006, der Ansicht ist, dass die Richtlinie das in § 23 Abs. 4 SGB V eingeräumte Ermessen drastisch einschränkt. Siehe hierzu auch die Ausführungen zur Begutachtungsrichtlinie Glied.-Pkt. C.II.b)cc)(3)(a).

damit subsidiär gegenüber den ambulanten Maßnahmen zu erbringen. Die Krankenkasse hat nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Wahl der Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen zu bestimmen⁸⁵⁴. Ähnlich wie im Bereich der medizinischen Rehabilitation bezieht sich das Ermessen nur auf das Auswahl-, nicht auf das Entschließungsermessen⁸⁵⁵. Stationäre Vorsorgemaßnahmen sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich⁸⁵⁶. Dies gilt jedoch nicht, soweit die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorgeeinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet haben⁸⁵⁷. Die stationären Vorsorgeleistungen können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer solchen oder ähnlichen Maßnahme erneut erbracht werden, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich⁸⁵⁸. Hier ist wieder ein Vergleich zu medizinischen Rehabilitationsleistungen zu ziehen, bei denen sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Leistungen grundsätzlich auch die Vier-Jahres-Grenze gilt⁸⁵⁹. Ein Unterschied besteht zu den ambulanten Vorsorgemaßnahmen, bei der grundsätzlich eine Drei-Jahres-Grenze einzuhalten ist. Zuzahlungen zu stationären Vorsorgemaßnahmen sind nicht zu sämtlichen Einzelleistungen vorzunehmen, sondern je Kalendertag an die jeweilige Einrichtung zu leisten⁸⁶⁰. Sie gleichen damit den Zuzahlungen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und unterscheiden sich gleichzeitig wieder von den ambulanten Vorsorgemaßnahmen, bei denen Zuzahlungen zu sämtlichen Einzelleistungen vorzunehmen sind. Man kann davon ausgehen, dass diese Art der pauschalen Zuzahlung sich für Versicherte besser einschätzen lässt als Zuzahlungen zu sämtlichen Einzelleistungen.

⁸⁵⁴ § 23 Abs. 5 Satz 1 SGB V.

⁸⁵⁵ Nach der Gesetzesbegründung entspricht das Ermessen der Krankenkasse dem Ermessen des Rentenversicherungsträgers gem. § 13 SGB VI, BT-Drucks. 14/1245, S. 64; Vgl. hierzu außerdem die Ausführungen zum Ermessen in der medizinischen Rehabilitation gem. § 40 SGB V, Glied.-Pkt. C.II.1.b)cc)(1)(a).

⁸⁵⁶ Dies soll nach der gesetzlichen Begründung z.B. bei Mutter-Kind-Maßnahmen wegen der besonderen Belastung der Mütter möglich sein, BT-Drucks. 14/1245, S. 64.

⁸⁵⁷ § 23 Abs. 5 Sätze 2 und 3 SGB V.

⁸⁵⁸ § 23 Abs. 5 Satz 4 SGB V.

⁸⁵⁹ § 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V.

⁸⁶⁰ § 23 Abs. 6 i.V.m. § 61 Satz 2 SGB V.

Leistungen zur stationären Vorsorge werden in Vertragseinrichtungen gem. § 111 SGB V erbracht. Auffallend ist, dass sich zwar die Zielsetzungen von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gesetzlich unterscheiden⁸⁶¹, in § 111 Abs. 2 SGB V aber ansonsten gleiche Voraussetzungen für die Zulassung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gelten⁸⁶². Fraglich ist daher, ob überhaupt eine begriffliche Unterscheidung zwischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen notwendig ist. Zwar werden mit den jeweiligen medizinischen Behandlungsformen unterschiedliche, individuell ausgestaltete Ziele angestrebt; die Durchführung dieser Maßnahmen erfolgt dann aber in Einrichtungen, welche weitestgehend gleiche Voraussetzungen erfüllen müssen, um als Vertragseinrichtung anerkannt zu werden. Da die zugelassenen Einrichtungen im Regelfall gleichermaßen medizinische Rehabilitations-, als auch Vorsorgeleistungen erbringen, ist eine begriffliche Unterscheidung zwischen beiden Einrichtungen daher grundsätzlich nicht notwendig. Die Begrifflichkeiten dienen insofern lediglich der Klarstellung der jeweiligen Behandlungsarten, welche in den Einrichtungen durchgeführt werden können.

c) Zwischenergebnis

Sekundäre Prävention umfasst in der gesetzlichen Krankenversicherung die medizinischen Vorsorgeleistungen gem. § 23 SGB V sowie die medizinische Vorsorge für Mütter und Väter gem. § 24 SGB V. Soweit Versicherte ein Anrecht auf medizinische Vorsorgeleistungen gem. § 23 SGB V haben, haben sie zunächst einen Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Erst wenn diese Leistungen nicht ausreichend sind, können sie einen Anspruch auf ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten bzw. auf stationäre Leistungen mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht, geltend machen. Bei den medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter gem. § 24 SGB V wird unterschiedlich beurteilt, ob der Subsidiaritätsgedanke: Ambulante ärztliche Behandlung – ambulante Vorsorgeleistung – stationäre Vorsorgeleistung ebenfalls Anwendung finden soll.

Besonders auch die immer wieder geforderte zunehmende Schwerpunktsetzung auf ambulante medizinische Maßnahmen wirft die Frage auf, inwieweit sich ambulante medizinische Vorsorgemaßnahmen - beispielsweise durch die Einführung von Zuzahlungen, welche sich nach Kalendertagen bemessen – für Versicherte attraktiver gestalten lassen.

⁸⁶¹ § 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe a) (Vorsorge) und b) (Rehabilitation) SGB V.

⁸⁶² Zum Abschluss von Versorgungsverträgen gem. § 111 SGB V vgl. auch Glied.-Pkt. C.II.1.a)bb)(2).

3. Tertiärprävention

Wie bereits erwähnt, dient die Tertiärprävention der Verhinderung von Folge- oder Begleiterkrankungen, sowie der Verhinderung von Verschlimmerungen und Rückfällen bereits bestehender Krankheiten. Unter Tertiärprävention kann außerdem sowohl die wirksame Verhütung bzw. Verzögerung der Verschlimmerung einer manifesten Erkrankung (weites Konzept), als auch die Verhinderung bzw. Milderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen verstanden werden (enges Konzept)⁸⁶³. Tertiärprävention umfasst – anders als die Primär- und Sekundärprävention – keine eigenständigen präventiven Leistungen: Hierunter sind vielmehr die präventiven Ansätze im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu sehen. Der Organismus und die Psyche sollen soweit gestärkt werden, dass nach einer Operation oder einer akuten Erkrankung die Krankheit auf Dauer bewältigt werden kann. Dies wird gemeinhin durch Rehabilitation erreicht⁸⁶⁴. Tertiärprävention ist damit ein Bestandteil der Rehabilitation und soll, ähnlich wie der Präventionsvorrang des § 3 SGB IX, das Ziel zum Ausdruck bringen, dass Bestandteile einer medizinischen Rehabilitation nicht nur regenerative Maßnahmen, sondern auch präventive Maßnahmen, welche beispielsweise die Verschlimmerung einer manifesten Krankheit verhindern oder zumindest verzögern sollen, sind⁸⁶⁵.

II. Akutbehandlung von chronischen Krankheiten

Neben der Krankenbehandlung gem. §§ 27 ff. SGB V, bei der es hauptsächlich um die Behandlung einer einfachen Krankheit geht⁸⁶⁶, gibt es für chronisch Kranke im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung noch weitere, d.h. speziellere Behandlungsoptionen.

1. Strukturierte Behandlungsprogramme

Bei speziellen chronischen Krankheiten, wie z.B. Diabetes Typ I und II, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit oder chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen, besteht die Möglichkeit, an strukturierten Behandlungsprogrammen bzw. Disease-Management-Programmen

⁸⁶³ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001, Band I und II (Kurzfassung), S. 25.

⁸⁶⁴ Brunkhorst in Köster/Teichert/Welti, unveröffentlichter Bericht zum Kolloquium am 30.06.2006 in Lübeck.

⁸⁶⁵ Hierzu auch Bieback in Fakhreshafaei/Reimann, SGB 2003, 58 (60), wonach das Leistungsrecht der einzelnen Zweige das präventive Potential der Rehabilitation darauf begrenzt, eingetretene Krankheiten und Behinderungen sowie ihre Folgen zu beseitigen bzw. zu verhindern. Erst auf dieser Basis bestimmt das SGB IX dann die präventive Ausrichtung der einzelnen Maßnahmen.

⁸⁶⁶ Zu den einzelnen Voraussetzungen, wann aufgrund einer chronischen Krankheit ein Anspruch auf Krankenbehandlung nach den §§ 27 ff. SGB V besteht, vgl. auch Glied.-Pkt. B.II.3.a).

(DMP)⁸⁶⁷ teilzunehmen. Im internationalen Kontext werden DMP als eine Gesamtheit der koordinierten Maßnahmen zur optimalen und standardisierten Behandlung eines gesamten Krankheitsbildes beschrieben⁸⁶⁸. Hierbei stellt sich die Frage, unter welchen genauen Voraussetzungen chronisch Kranke an diesen Programmen teilnehmen können und ob es zu einer Verbesserung der Versorgung einzelner chronischer Krankheiten geführt hat.

a) Voraussetzungen für die Teilnahme

Die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen ist für die Versicherten freiwillig. Voraussetzung für die Einschreibung ist die nach umfassender Information durch die jeweilige Krankenkasse erteilte schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an dem Programm, zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V festgelegten Daten durch die Krankenkasse, die Sachverständigen⁸⁶⁹ und die beteiligten Leistungserbringer sowie zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkasse. Die Einwilligung des Versicherten kann jederzeit widerrufen werden⁸⁷⁰. Nach § 28 d Abs. 1 Nr. 1 der Risikostrukturausgleichsverordnung⁸⁷¹ kann sich der Versicherte nur in ein Programm einschreiben, wenn auf Grund einer schriftlichen Bestätigung durch den behandelnden Arzt eine gesicherte Diagnose der jeweiligen Erkrankung vorliegt. Zurzeit sieht die Umsetzung von strukturierten Behandlungsprogrammen wie folgt aus: Bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) z.B. gibt es bundesweit DMP für Diabetes mellitus Typ 2. Programme für Diabetes mellitus Typ 1 werden zu Zeit erst bei einigen AOK'n durchgeführt; an DMP für Brustkrebs nehmen hingegen bereits AOK'n aus 15 Bundesländern teil. DMP für die Koronare Herzkrankheit (KHK) bieten derzeit AOK'n in 13 Bundesländern an⁸⁷². Auch bei den übrigen Krankenkassen sieht die Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme ähnlich aus. Denkbar sind weitere DMP z.B. für Suchterkrankungen⁸⁷³.

⁸⁶⁷ § 137f und g SGB V.

⁸⁶⁸ Schönbach, Gesundheitsversorgung und Disease Management, 213 (217).

⁸⁶⁹ § 137f Abs. 4 SGB V.

⁸⁷⁰ § 137f Abs. 3 SGB V.

⁸⁷¹ BGBl I 1994, S. 55.

⁸⁷² Schmidt-Sanchez, G+G 2005, 22 (22); DMP für Diabetes Typ I und II, KHK oder Brustkrebs gehören mittlerweile fast zum Standard jeder Krankenkasse.

⁸⁷³ DMP im Falle von Suchterkrankungen befürworten beispielsweise Glaeske und Veltrup, Sucht macht krank, 28 (38) sowie 74 (80). DMP bei Hypertonie werden von Derdzinski/Hecke/Ziegenhagen, Gesundheitsversorgung und Disease Management, S. 321 ff., befürwortet.

b) Inhalte und Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen

Um zu beurteilen, ob die Disease-Management-Programme zu einer Verbesserung bei der Versorgung von chronischen Krankheiten führen können, stellt sich zunächst die Frage, in welchem Umfang derartige Programme zur Zeit ausgestaltet sind. Es ist außerdem zu prüfen, ob und wie man ggf. die Ausgestaltung der Programme in Zukunft verbessern kann. Die Anforderungen hinsichtlich der Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen, die der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu empfehlen hat⁸⁷⁴, haben sich insbesondere auf die

1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,
2. durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen,
3. Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme,
4. Schulungen der Leistungserbringer und Versicherten,
5. Dokumentation und
6. Bewertung der Wirksamkeit der Kosten (Evaluation) und die zeitlichen Abstände zwischen den Evaluationen eines Programms sowie die Dauer seiner Zulassung nach § 137g SGB V zu beziehen.

Mit diesen Anforderungen werden die Inhalte von Disease-Management-Programmen konkretisiert: So ist es danach unter anderem erforderlich, dass die Programme evidenzbasierte Leitlinien berücksichtigen, Qualitätssicherungsmaßnahmen durchführen und dass Schulungen von Leistungserbringern und Teilnehmern vorgenommen werden. Die Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien sind beispielsweise erfüllt, wenn diagnosebezogene Therapieziele berücksichtigt werden, und die Behandlung, soweit medizinisch sinnvoll und möglich, auf der Grundlage individueller und aktueller Zielvereinbarungen mit dem eingeschriebenen Versicherten erfolgt⁸⁷⁵.

Die Programme werden von den Krankenkassen generiert, sind dann dem Bundesversicherungsamt vorzulegen, welches die Zulassung zu erteilen hat, wenn die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge die in der Risikostrukturausgleichsverordnung genannten Anforderungen erfüllen. Die Zulassung durch das Bundesversicherungsamt ist zu

⁸⁷⁴ § 137f Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB V.

⁸⁷⁵ § 28 b Abs. 1 Nr. 2 der Risikostrukturausgleichsverordnung.

befristen und kann außerdem mit Auflagen und Bedingungen versehen werden⁸⁷⁶. Dabei ist es möglich, dass die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern⁸⁷⁷.

Mittlerweile sind durch zahlreiche Änderungsverordnungen zur Risikostrukturausgleichsverordnung (RSA-ÄndV) die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für folgende chronische Krankheiten konkretisiert worden: Mit der 4. RSA-Änderungsverordnung (RSA-ÄndV)⁸⁷⁸, welche zum 01.07.2002 in Kraft getreten ist, wurden die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs konkretisiert⁸⁷⁹. In dieser Änderungsverordnung wurden außerdem allgemeine Grundlagen für die Einrichtung von DMP geschaffen⁸⁸⁰. Mit der 7. RSA-ÄndV, welche zum 01.05.2003⁸⁸¹ in Kraft getreten ist, folgten dann in der Anlage 5 die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für die koronare Herzkrankheit (KHK) und mit der 9. RSA-ÄndV, welche zum 01.03.2004⁸⁸² in Kraft getreten ist, folgten die Anforderungen für Diabetes mellitus Typ 1. Mit der 11. RSA-ÄndV, welche zum 01.01.2005⁸⁸³ in Kraft getreten ist, folgten weitere Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen.

aa) Notwendige Inhalte von DMP am Beispiel von Diabetes mellitus Typ 2

Die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 wurden in der Anlage 1 zu §§ 28 b bis 28 g der Risikostrukturausgleichsverordnung konkretisiert⁸⁸⁴. Beim Diabetes mellitus Typ 2 handelt es sich hiernach um die Form des Diabetes, der durch relativen Insulinmangel auf Grund einer Störung der Insulinsekretion entsteht und in der Regel mit einer Insulinresistenz einhergeht. Die hierfür notwendige Therapie erfüllt die Anforderungen an ein strukturiertes Behandlungsprogramm, wenn sie der Erhöhung der Le-

⁸⁷⁶ § 137g Abs. 1 Sätze 1, 3 und 4 SGB V.

⁸⁷⁷ § 116 b Abs. 1 Satz 1 SGB V.

⁸⁷⁸ Verordnung vom 27.06.2002, BGBl I 2002, S. 2286.

⁸⁷⁹ Anlage 1 der 4. RSA-ÄndV zu §§ 28 b bis 28 g.

⁸⁸⁰ Lingen/Lauterbach, Die Rehabilitation 2003, 284 (287).

⁸⁸¹ Vom 28.04.2003, BGBl I, S. 553.

⁸⁸² Verordnung vom 27.02.2004, BGBl I 2004, S. 285.

⁸⁸³ Verordnung vom 22. Dezember 2004, BGBl I 2004, S. 3722.

⁸⁸⁴ BGBl I 2002, S. 2290.

benserwartung sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der von einem Diabetes beeinträchtigenden Lebensqualität dient. In Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Patienten sind folgende individuelle Therapieziele anzustreben⁸⁸⁵:

- a) Vermeidung von Symptomen der Erkrankung, wie z.B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit, einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen,
- b) Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- c) Vermeidung der mikrovaskulären Folgekomplikationen,
- d) Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio-, und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen.

Als Basistherapie sollen außerdem Ernährungsberatung, Tabakverzicht, körperliche Aktivitäten sowie eine von den Patienten durchgeführte Stoffwechsellentkontrolle durchgeführt werden⁸⁸⁶. Die Anforderungen an DMP Diabetes zeigen auf, dass nicht nur Ziele der akuten Krankenbehandlung verfolgt werden sollen, sondern auch präventive Maßnahmen einbezogen werden⁸⁸⁷, wie z.B. die Beeinflussung makroangiopathischer Begleit- und Folgeerkrankungen (d.h. Folgeerkrankungen in der Form von Schädigungen der großen Blutgefäße) durch primär- und sekundärpräventive Maßnahmen, wie z.B. der antihypertensiven Therapie, Statingabe und Thrombozytenaggregationshemmer. Ansonsten handelt es sich bei strukturierten Behandlungsprogrammen um reine Programme der Krankenbehandlung. Es sind weder Maßnahmen zur Vermeidung von chronischen Krankheiten einbezogen, noch ist eine Gesamtversorgung in dem Sinne gewährleistet, dass sämtliche Behandlungs- und Teilhabemaßnahmen einbezogen sind. Leistungen zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation sind nicht in die derzeit bestehenden DMP eingebunden, so dass zwar eine Verbesserung bei der akuten Krankenbehandlung möglich ist, aber Schnittstellen (z.B. zwischen der Krankenbehandlung und Rehabilitation) immer noch nicht überwunden wurden, obwohl dies mit zu den größten Problemen bei der Versorgung chronisch Kranker gehört⁸⁸⁸. Lediglich im Falle von Komplikationen und/oder Begleiterkrankungen ist im Rahmen des strukturierten Behandlungspro-

⁸⁸⁵ Glied.-Pkt. 1.3 der Anlage 1 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV.

⁸⁸⁶ Glied.-Pkt. 1.4 der Anlage 1 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV.

⁸⁸⁷ Glied.-Pkt. 1.7 der Anlage 1 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV.

⁸⁸⁸ So hat bereits der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001, Band III, S. 66 ff. darauf hingewiesen, dass insbesondere die Verzahnung verschiedener Versorgungsbereiche bei chronisch Kranken erheblich verbessert werden muss. Vgl. hierzu auch *Amberger/Korsukéwitz*, DAngVers 2002, 56 (57).

gramms zu prüfen, ob der Patient von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann⁸⁸⁹. Die Rehabilitationsleistungen selbst sind aber keine festen Bestandteile des Programms. Eine solche Prüfpflicht kann sich indes bereits aus § 8 Abs. 1 SGB IX ergeben, wonach der Rehabilitationsträger, bei dem Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden, unabhängig von der Entscheidung über diese Leistung zu prüfen hat, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind. Da davon auszugehen ist, dass diese Prüfpflicht bereits einsetzt, wenn Leistungen zur Krankenbehandlung erbracht oder Krankengeld aufgrund der Arbeitsunfähigkeit wegen *chronischer* Krankheit geleistet werden⁸⁹⁰, und Disease-Management-Programme in erster Linie Programme der Krankenbehandlung sind, wird diese Prüfpflicht des § 8 Abs. 1 SGB IX somit bereits durch die Einschreibung in ein Disease-Management-Programm ausgelöst. Die Prüfpflicht des § 8 SGB IX verhilft damit bereits zu einer Verkoppelung von Krankenbehandlung und Rehabilitation bzw. Teilhabe. Um eine schnittstellenlose Leistungserbringung wie „aus einer Hand“ zu erreichen, wäre es allerdings notwendig, die Rehabilitations- und Teilhabeleistungen selbst zum Bestandteil des Disease-Management-Programms zu machen. Ein Beispiel für ein strukturiertes Behandlungsprogramm in der Praxis sind die Nordrheinischen Diabetes-Vereinbarungen: Ein Schwerpunkt dieses Programms, welches in Form eines Strukturvertrages generiert worden ist, liegt in der Befähigung des Patienten zum eigenständigen Krankheitsmanagement. Des Weiteren wird die Schulung der Patienten als zentraler Punkt angesehen⁸⁹¹. Mit dem wichtigsten Element dieses Behandlungsprogramms ist aber ein so genanntes Benchmarking-System, mit welchem den Ärzten behandlungsrelevante Informationen zeitnah zur Verfügung gestellt werden sollen: Die behandelnden Ärzte haben im Rahmen des DMP eine Dokumentation über die von ihnen vorgenommene Behandlung zu erstellen. Diese Daten sollen dann in weniger als drei Monaten allen teilnehmenden Ärzten zur Verfügung gestellt werden, wodurch ein Vergleich unter den Ärzten bezüglich der Behandlungsstrategien und Behandlungsergebnisse ermöglicht wird⁸⁹². Hier stellt sich allerdings die Frage, ob ein solcher Leistungsvergleich tatsächlich dem Wohle des Patienten dient, oder ob hiermit nicht nur ein „Wettkampf“ der Ärzte bezüglich kurzfristiger Behandlungserfolge erreicht wird.

⁸⁸⁹ Glied.-Pkt. 1.8.4 der Anlage 1 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV.

⁸⁹⁰ Vgl. Glied.-Pkt. C.II.2.a)aa)(1).

⁸⁹¹ Hierzu Hansen/Siering, Die BKK 2002, 341 (342). Zu Patientenschulungen bei DMP für Diabetes Typ 2 vgl. auch Töpfer, G+G 2005, 6 (6 ff.).

⁸⁹² Hansen/Siering, Die BKK 2002, 341 (342 f.).

bb) Notwendige Inhalte von DMP am Beispiel von Brustkrebs

Die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Brustkrebs wurden in der Anlage 3 zu §§ 28 b bis 28 g der Risikostrukturausgleichsverordnung erlassen⁸⁹³. Bei Brustkrebs handelt es sich hiernach um eine bösartige Neubildung, welches auch das ductale in situ Karzinom umfasst, das noch nicht infiltrierend in das umgebende Gewebe wächst⁸⁹⁴. Zur Therapie des Brustkrebses gehört beispielsweise nicht nur die operative Therapie, sondern auch eine Nachsorgebehandlung, welche nach Abschluss der Primärbehandlung, spätestens aber sechs Monate nach histologischer Sicherung der Diagnose beginnen soll⁸⁹⁵. Wichtiger Bestandteil der Nachsorge ist eine psychosoziale Beratung und Betreuung der erkrankten Frauen, wozu auch eine Beratung über die Möglichkeiten der sozialen, familiären und beruflichen Rehabilitation gehört. Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms für Brustkrebs ist außerdem zu prüfen, ob die Patientinnen von einer Rehabilitationsleistung profitieren können⁸⁹⁶. Die Rehabilitation soll Benachteiligungen durch die Brustkrebserkrankung vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken. Genau wie beim strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ-2 Patienten sind die Rehabilitationsleistungen selbst aber kein Bestandteil des DMP.

Die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs endet nach fünf Jahren Rezidivfreiheit nach der Primärtherapie. Nur wenn ein lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm auftritt, ist ein Verbleiben im Programm für weitere fünfeinhalb Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich⁸⁹⁷. Hieraus wird erkennbar, dass es sich bei der Brustkrebserkrankung nicht um eine „klassische“ chronische Krankheit handelt: Während die meisten chronischen Krankheiten dauerhaft vorliegen und die Patienten deshalb einen Großteil ihres Lebens begleiten, handelt es sich bei Brustkrebs um eine Erkrankung, bei welcher Aussicht auf Heilung bestehen kann. Zwar ist auch Brustkrebs eine Krankheit, welche häufig von längerer Dauer ist; sie hebt sich insofern von einer einfachen Krankheit im Sinne des SGB V ab. Aber sie unterscheidet sich von anderen chronischen Krankheiten hinsichtlich ihrer Heilungschancen, welche z.B. bei Diabetes überhaupt nicht bestehen. Aus diesem Grund

⁸⁹³ Aktuelle Fassung BGBl I 2006, S. 230.

⁸⁹⁴ Glied.-Pkt. 1.1 der Anlage 3 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV.

⁸⁹⁵ Glied.-Pkt. 1.4 und 1.5 der Anlage 3 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV.

⁸⁹⁶ Glied.-Pkt. 1.8 der Anlage 3 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV.

⁸⁹⁷ Glied.-Pkt. 3.2 der Anlage 3 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV.

enthalten die Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Brustkrebs auch besondere Regelungen für eine Beendigung des Programms.

Beispielhaft für die sektorenübergreifende Behandlung von Brustkrebs, welche insbesondere im Rahmen von Disease-Management-Programmen erforderlich ist, ist die Bildung von sogenannten Brustzentren, in denen sämtliche „Kernleistungen“, die für die Behandlung von Brustkrebs notwendig sind, durchgeführt werden können. Hierzu gehören die Operation, die bildgebende Diagnostik, die Strahlentherapie, die Pathologie und die Onkologie⁸⁹⁸. Mit der Verbindung von ambulanten und stationären Leistungen sowie Nachsorgeleistungen ist ein wichtiger Schritt für die sektorenübergreifende Behandlung getan worden. Um eine Rundum-Behandlung bei Brustkrebs zu erreichen, welche frei von Schnittstellen zwischen den einzelnen Leistungssektoren ist, ist es allerdings notwendig, auch die Prävention und die medizinische Rehabilitation zum festen Bestandteil strukturierter Behandlungsprogramme zu machen.

c) Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker?

Fraglich ist, ob und inwieweit die derzeit existierenden strukturierten Behandlungsprogramme tatsächlich geeignet sind, eine Verbesserung der Situation chronisch Kranker zu erreichen. Fraglich ist hierbei auch, ob es sich nur um eine Verbesserung im Bereich der Krankenbehandlung handelt, oder ob sogar eine Verbesserung bei der sektorenübergreifenden Gesamtversorgungssituation chronisch Kranker stattgefunden hat. Falls dies nicht der Fall sein sollte, ist außerdem zu klären, wie man eine solche verbesserte Gesamtversorgung in Zukunft erreichen könnte. Wie bereits erwähnt, soll Disease Management nach der gesetzlichen Begründung eine Versorgungsform bezeichnen, welche unter anderem die Prävention und Behandlung einer Krankheit verbessern soll sowie die mit der Krankheit bedingten Beeinträchtigungen reduzieren kann⁸⁹⁹.

aa) Prävention chronischer Krankheiten

Strukturierte Behandlungsprogramme haben die Aufgabe, die Versorgung chronisch Kranker im Bereich der Prävention und Krankenbehandlung zu verbessern. Präventive Ziele sind z.B. bei den Anforderungen an DMP für Diabetes mellitus Typ 2 dahingehend formuliert worden, dass makroangiopathische Begleit- und Folgeerkrankungen durch primär- und sekundärprä-

⁸⁹⁸ Zur Bildung von Brustkrebszentren in Nordrhein-Westfalen vgl. beispielsweise *Schlingensiepen*, Die Ersatzkasse 2005, 100 (100).

⁸⁹⁹ BT-Drucks. 14/6432, S. 11.

ventive Maßnahmen verhindert werden sollen⁹⁰⁰. Auch bei den Anforderungen an DMP für Brustkrebs sind präventive Maßnahmen festgelegt worden: Beispielsweise ist ein Ziel der Nachsorge das frühzeitige Erkennen eines lokoregionären Rezidivs bzw. eines kontralateralen Tumors⁹⁰¹. Die präventiven Ziele bei den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme sind somit nur für die Fälle festgelegt worden, in denen die jeweilige Erkrankung bereits besteht und lediglich Folgerkrankungen bzw. ein erneutes Auftreten der Krankheit verhindert werden sollen. Reine primärpräventive Maßnahmen dahingehend, dass die jeweilige chronische Krankheit in ihrem Gesamtbild verhindert werden soll, sind jedoch nicht einbezogen. Um eine sektorenübergreifende Versorgung chronisch Kranker und auch solcher Personen zu erreichen, die von einer chronischen Krankheit bedroht sind, ist es allerdings erforderlich, auch die Vermeidung von chronischen Krankheiten in die strukturierten Behandlungsprogramme einzubeziehen. Denn mit der Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen sollte erstmalig die Chance genutzt werden, eine Gesamtverbesserung bei der Versorgung chronisch Kranker auch in den Bereichen der (Primär-)Prävention und Rehabilitation zu erreichen. Hier besteht somit Verbesserungsbedarf bei den derzeit existierenden strukturierten Behandlungsprogrammen. Aus der gesetzlichen Begründung ist auch nicht ersichtlich, dass sich die Prävention im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen nur auf Ziele beschränken soll, welche die Entstehung von Begleit- und Folgerkrankungen sowie das erneute Auftreten der Krankheit zum Inhalt haben. Auch wenn man die Formulierung „Disease Management“ wörtlich als ein so genanntes „Krankheitsmanagement“ bezeichnen kann, ist nicht erkennbar, warum man ein solches Krankheitsmanagement nicht auch auf die Fälle ausdehnen sollte, in denen die jeweilige Krankheit noch nicht besteht, aber möglicherweise eintreten droht. Das Management bzw. die Zielführung besteht in solchen Fällen darin, das Eintreten der Krankheit durch geeignete Maßnahmen zu vermeiden. In die gesetzlichen Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme sind somit zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker und solcher, die von einer chronischen Krankheit bedroht sind, auch Maßnahmen einzubeziehen, welche das Entstehen der jeweiligen chronischen Krankheit vermeiden sollen.

bb) Verbesserung bei der Krankenbehandlung?

Neben der Prävention haben strukturierte Behandlungsprogramme das Ziel, die Versorgung chronisch Kranker im Bereich der Krankenbehandlung zu verbessern. Um dieses sicherzustellen

⁹⁰⁰ Glied.-Pkt. 1.7 der Anlage 1 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV.

⁹⁰¹ Glied.-Pkt. 1.5 der Anlage 3 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV.

len, haben die Krankenkassen oder ihre Verbände eine externe Evaluation der jeweiligen Programme durch einen vom Bundesversicherungsamt im Benehmen mit der Krankenkasse oder dem Verband auf deren Kosten bestellten unabhängigen Sachverständigen auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaftlicher Standards zu veranlassen, die zu veröffentlichen ist⁹⁰².

Ein Qualitätsbericht der rheinländischen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ergab beispielsweise, dass bei DMP Brustkrebs bei knapp 72 Prozent der Patientinnen mit einer Tumorgöße von maximal zwei Zentimetern brusterhaltend operiert werden konnte. Beim DMP Diabetes konnte außerdem eine Verbesserung der Indikatoren für Blutdruck und Blutzucker erreicht werden⁹⁰³. Den Daten dieses Qualitätsberichts zufolge konnte somit bereits eine Verbesserung bei der Versorgung chronisch Kranker erreicht werden. Eine solch positive Bewertung der DMP besteht allerdings nicht überall. So wurde in einem IGES-Gutachten⁹⁰⁴, welches von der Techniker Krankenkasse in Auftrag gegeben wurde, die Effektivität von DMP für Diabetes Typ-2 überprüft. Optimierungspotential für Typ-2-Diabetiker besteht nach diesem Gutachten nicht in allen Bereichen der Krankenbehandlung: Die Einstellung des Blutzuckers beispielsweise sei bei den Typ-2-Diabetikern als relativ gut zu bezeichnen. Verbesserungspotential bestünde aber z.B. bei einem Teil der Diabetiker, welche die Risikofaktoren eines hohen Blutdrucks oder hoher Blutfettwerte aufweisen und noch nicht medikamentös hiergegen behandelt werden⁹⁰⁵. Den Angaben dieses Gutachtens zufolge werden außerdem in den kommenden zehn Jahren jeweils knapp 20% der deutschen Typ-2-Diabetiker einen Herzinfarkt bzw. einen Schlaganfall erleiden, etwa 3 % eine Amputation, 6 % einen dialysepflichtigen Nierenschaden und 4 % eine Erblindung. Bei einer maximalen Erreichung von Zielwerten, wie sie bei strukturierten Behandlungsprogrammen vorgesehen sind, könnte man aber nur 5,7 % dieser Diabetiker vor einem Schlaganfall

⁹⁰² § 137f Abs. 4 SGB V. Nach einem Pressebericht des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 26.08.2005, zu finden unter: www.bmgs.bund.de, Stand: September 2005, können erste Qualitätsberichte zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 nachweisen, dass die Versorgungsqualität der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten bereits angestiegen ist. Lt. *Fischer/Lichte/Popert*, in: *Disease-Management-Programme: Behandlung nach Maß?*, S. 8 ff., welche sich mit dem aktuellen Literaturstand bzgl. der Effektivität von DMP befasst haben, würden sich hingegen weniger als die Hälfte der DMP, die Angaben zur Krankheitskontrolle und Kostenentwicklung machten, als effektiv erweisen.

⁹⁰³ *Itter*, G+G 2005, 18 (18).

⁹⁰⁴ Gutachten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung, zu finden in: *Häussler/Berger*, Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme, S. 1 ff.

⁹⁰⁵ *Häussler/Berger*, Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme, S. 10.

und weitere 8 % vor einem Herzinfarkt bewahren. Außerdem sei davon auszugehen, dass lediglich ein Teil der Patienten in der Lage sein wird, ihren Lebensstil den Anforderungen an ein DMP anzupassen. Maximal einem Achtel aller Patienten würde es hiernach gelingen, langfristige Ziele auch tatsächlich zu erreichen. Aufgrund dieser und weiterer Daten kommt das IGES-Gutachten zum Ergebnis, dass die konzipierten DMP ein ungünstiges Kosten-/Nutzenverhältnis aufweisen⁹⁰⁶. Besonders kritisiert wird aber die Verkoppelung der DMP mit dem Risikostrukturausgleich (RSA), denn dadurch sei es für die Krankenkassen von vitaler Bedeutung, ein möglichst regional deckendes DMP-Angebot und die Maximierung der Einschreibequoten zu erreichen; unabhängig davon, ob die jeweilige erkrankte Person überhaupt von dem Programm profitieren kann⁹⁰⁷.

Auch das IGES-Gutachten blieb jedoch nicht unkommentiert: So wurde in einem Aufsatz von *Heiner Raspe, Peter Sawicki und Norbert Schmacke*⁹⁰⁸ kritisiert, dass im IGES-Gutachten für die Berechnung des 10-Jahres-Risikos für Herzinfarkt, Schlaganfall und Amputation die Prävalenzdaten des Bundes-Gesundheitssurvey zu Grunde gelegt wurden und auf diese dann das so genannte „Mellibase“-Modell angewandt wurde. Bei dem Mellibase-Modell handle es sich um das Risiko-Modell der pharmazeutischen Industrie, welches in der Aussagequalität, Vorhersagepräzision und Reproduzierbarkeit bislang weder evaluiert noch publiziert worden sei. Außerdem lägen dem Modell nicht nur Daten von Typ-2-Diabetikern zugrunde, sondern auch von Nicht-Diabetikern und Typ-1-Diabetikern, was eine Verwendung des Modells als fraglich erscheinen lasse. Die Aussagekraft der in dem IGES-Gutachten zugrunde gelegten Daten wird somit von den Kritikern angezweifelt; des Weiteren wird unter anderem kritisiert, dass in dem IGES-Gutachten keine Berücksichtigung der überproportional hohen Sterblichkeit der Diabetes-Typ-2-Patienten stattgefunden habe. Lediglich die in dem IGES-Gutachten geübte Kritik an der Verbindung der DMP mit dem Risikostrukturausgleich wird von den Autoren geteilt: Durch die Eingliederung der DMP in die Reform des Risikostrukturausgleichs sei es nicht möglich, dass andere zentrale Elemente wie die primäre Prävention und systematische Ansätze der Rehabilitation umfassend in die DMP integriert werden⁹⁰⁹.

Die Frage, ob die DMP tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken im Bereich der akuten Krankenbehandlung geführt haben, wird somit unterschied-

⁹⁰⁶ Häussler/Berger, Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme, S. 11.

⁹⁰⁷ Häussler/Berger, Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme, S. 12 ff. und 53 ff.

⁹⁰⁸ G +G Beilage Wissenschaft 2004, S. 23 ff.

⁹⁰⁹ Raspe/Sawicki/Schmacke, G+G Beilage Wissenschaft 2004, 23 (29). Vgl. hierzu auch unten, Glied.-Pkt. D.II.1.c)bb)(1).

lich beurteilt. Als Fortschritt kann man aber jetzt schon die Verbindung von stationärer und ambulanter Krankenbehandlung werten: Die strukturierten Behandlungsprogramme erfordern eine Kooperation der Versorgungssektoren im ambulanten und stationären Bereich⁹¹⁰. Auf diese Weise ist es möglich, ohne problematische Schnittstellen zwischen der ambulanten und stationären Behandlung eine umfangreiche Versorgung spezieller chronischer Krankheiten vorzunehmen. Insgesamt kann man aber davon ausgehen, dass es noch einige Jahre dauern wird, bis ausreichend Qualitätsberichte vorliegen, mit denen objektiv beurteilt werden kann, inwieweit die DMP tatsächlich einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung geleistet haben. Größtenteils besteht jedoch Einigkeit dahingehend, dass die Verkoppelung von DMP und RSA zu diesem Zweck nicht förderlich ist.

(I) Verkoppelung von DMP und RSA: Eine Fortschrittsbremse?

Fraglich ist, ob die Verkoppelung von DMP und RSA als Hindernis für eine Verbesserung der Versorgungsqualität von chronisch Kranken angesehen werden kann. Bevor eine Berücksichtigung der DMP stattgefunden hat, wurde ein finanzieller Ausgleich zwischen den Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleiches wie folgt vorgenommen: Die Versicherten-Gruppen wurden lediglich nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und so genannte weitere Statusmerkmale eingeteilt⁹¹¹. Eine direkte Berücksichtigung von unterschiedlichen Morbiditäten erfolgte jedoch nicht, d.h. eine Krankenkasse, bei welcher viele chronisch Kranke versichert waren und die demzufolge auch eine höhere Kostenbelastung durch deren medizinische Versorgung hatte, bekam keinen Ausgleich hierfür. Diese nicht vorhandene Berücksichtigung von unterschiedlichen Morbiditäten bei den Versicherten wurde häufig auch als Ursache für die Defizite in der Versorgung chronisch Kranker angesehen⁹¹². Denn unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten war es nicht vorteilhaft, eine Versichertenstruktur mit vielen chronisch Kranken zu haben, bzw. sogar noch mehr in die Versorgung chronisch Kranker zu investie-

⁹¹⁰ So z.B. Glied.-Pkt. 1.8 der Anlage 9 (Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen/ Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen) zu §§ 28 b bis 28 g RSAV. Vgl. hierzu auch *Vollmöller*, NZS 2004, 63 (64), welcher ausführt, dass für die Erstzulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Brustkrebs und die Koronare Herzkrankheit die Vorlage von Krankenhausverträgen zwingend erforderlich ist.

⁹¹¹ § 267 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 2 RSAV; vgl. hierzu auch *Orlowski*, Die BKK 2002, 329 (330).

⁹¹² Beispielsweise kommen *IGES/Cassel/Wasem* in ihrem Gutachten, BT-Drucks. 14/5681 vom 28.03.2001, S. 5 ff., zum Ergebnis, dass auch unter der Geltung des derzeitigen Risikostrukturausgleichs gravierende Wettbewerbsverzerrungen fortbestünden, welche gesetzliche Änderungen, vor allen Dingen bei der unzulänglichen Erfassung der Morbiditätsrisiken, erforderlich machten.

ren. Aus diesem Grund war eine Reform des Risikostrukturausgleichs unerlässlich. Jedoch besteht die Frage, ob die einfache Verkoppelung von DMP und RSA die richtige Lösung hierfür gewesen ist. Nach dem heute geltenden Prinzip des Risikostrukturausgleichs werden für Chroniker, welche in DMP eingeschrieben sind, eigenständige Risikostrukturausgleichsgruppen gebildet. Die erhöhten Ausgaben für diese Versichertengruppen sind dann innerhalb des RSA ausgleichsfähig⁹¹³. Für sämtliche Normausgaben, die ein in ein DMP eingeschriebener Versicherter verursacht, kann die zuständige Krankenkasse somit einen finanziellen Ausgleich beanspruchen. Aus diesem Grund besteht ein Interesse für die Krankenkassen, die Einschreibung möglichst vieler Versicherter in die DMP zu veranlassen. Dies ist deshalb auch einer der Hauptkritikpunkte bei den DMP: Kritiker werfen den Krankenkassen vor, in erster Linie viele Versicherte zu einer Einschreibung in ein DMP veranlassen zu wollen; unabhängig davon, ob der jeweilige Versicherte auch tatsächlich von dem Programm profitieren kann⁹¹⁴. Wie bereits erwähnt, wird die Verbindung von DMP und RSA außerdem als Ursache dafür angesehen, dass eine versorgungsübergreifende Weiterentwicklung der DMP nicht möglich ist, d.h. weder ausreichende präventive oder rehabilitative Strukturen in die Programme aufgenommen werden können.

Zu Recht gibt es daher viele Kritikpunkte bezüglich der Verbindung von DMP und RSA. Auch wenn eine Reform des Risikostrukturausgleichs überfällig war, und der Gedanke, die Morbidität von Versicherten berücksichtigen zu wollen, ein Schritt in die richtige Richtung war, scheint die einfache Verbindung von DMP und RSA nicht unbedingt wegweisend gewesen zu sein. Fraglich ist, ob sich die Lage durch die Einführung eines komplett morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, wie er ab dem Jahr 2007 vorgesehen ist⁹¹⁵, entspannt, d.h. ob dann erreicht werden kann, dass wirklich nur diejenigen Versicherten in die DMP eingeschrieben werden, bei denen eine Verbesserung in der medizinischen Versorgung auch tatsächlich erreicht werden kann. Mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sind die Versichertengruppen der gesetzlichen Krankenversicherung und die Gewichtungsfaktoren nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden, welche die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikations-

⁹¹³ § 266 Abs. 4 Satz 2 SGB V; vgl. hierzu auch *Orlowski*, Die BKK 2002, 329 (331) sowie *Schönbach*, Gesundheitsversorgung und Disease Management, 213 (215).

⁹¹⁴ *Demmler/Wenning*, Die BKK 2004, 186 (187 ff.); aufgrund dieser Fehlanreize wird von den Autoren auch eine Entkoppelung der DMP mit dem RSA gefordert.

⁹¹⁵ Hierzu Gutachten von *IGES/Cassel/Wasem*, BT-Drucks. 14/5681, S. 7 ff.; *Weller/Velter*, G+G 2005, 14 (14); *Hernold/König/Malin*, Die BKK 2005, 58 (58 ff.).

gruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen, an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientiert sind, Anreize zur Risikoselektion verringern, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fördern und praktikabel und kontrollierbar sind⁹¹⁶. Die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hat somit zur Folge, dass die Schwere der Erkrankung eines Versicherten berücksichtigt wird; unabhängig davon, ob der Versicherte an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnimmt oder nicht. Die zuständige Krankenkasse würde in jedem Fall einen Ausgleich für die Morbidität eines Versicherten bekommen. Die intensive Behandlung schwer erkrankter Versicherter, insbesondere chronisch Kranker, hätte damit keine derart negativen wirtschaftlichen Folgen mehr, wie es zurzeit der Fall ist.

(2) Zwischenergebnis

Es gibt unterschiedliche Positionen zu der Frage, ob durch die Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme eine Verbesserung in der akuten Krankenbehandlung von chronisch Kranken erreicht werden kann, bzw. bereits erreicht worden ist. Zwar liegen einige Qualitätsberichte vor, welche gemeinschaftlich von Krankenkassen und der dazugehörigen Kassenärztlichen Vereinigung erstellt worden sind; diese qualitativen Auswertungen reichen jedoch noch nicht aus, um die Wirkung von strukturierten Behandlungsprogrammen auf die Versorgung chronisch Kranker objektiv beurteilen zu können. Kritiker und Befürworter der DMP sind sich jedoch weitestgehend einig darüber, dass die Verbindung von DMP mit dem Risikostrukturausgleich die Verbesserung der Versorgung bremst, und insbesondere andere zentrale Elemente wie die primäre Prävention und systematische Ansätze der Rehabilitation aufgrund dieser Verbindung nicht umfassend in die DMP integriert werden können. Abzuwarten bleibt, ob die Einführung eines komplett morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs Abhilfe schaffen kann.

cc) Verbindung mit Rehabilitationsleistungen

Zu klären ist, inwieweit Rehabilitationsleistungen bis jetzt im Rahmen der geltenden DMP-Vorschriften berücksichtigt wurden, und wie notwendig es ist, insbesondere die medizinische Rehabilitation in die strukturierten Behandlungsprogramme einzubeziehen. Wie bereits erwähnt, bestehen rehabilitative Anforderungen z.B. im Rahmen der DMP Brustkrebs lediglich

⁹¹⁶ § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V. Vorhandene Defizite innerhalb des RSA sollen mit diesen Vorgaben bereinigt werden. Vgl. dazu auch *Peters*, Kasseler Kommentar, § 268 SGB V, Rn. 3.

dahingehend, dass im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms zu prüfen ist, ob die Patientinnen von einer Rehabilitationsleistung profitieren können⁹¹⁷. Ein wenig ausführlicher wird indes bei den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen⁹¹⁸ auf die Rehabilitation eingegangen: Hiernach ist die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ein Prozess, bei dem asthmakranke Patientinnen/ Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch Asthma bronchiale und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken⁹¹⁹. Sie ist in erster Linie bei schweren Asthmaformen mit relevanten Krankheitsfolgen trotz adäquater medizinischer Betreuung zu erwägen, insbesondere bei Ausschöpfung der Therapie bei schwierigen und instabilen Verläufen mit schwerer bronchialer Obstruktion, ausgeprägter bronchialer Hyperreagibilität, psychosozialer Belastung und/oder bei schweren medikamentös bedingten Folgekomplikationen⁹²⁰. Die Bedeutung von Rehabilitationsmaßnahmen und die Notwendigkeit, Rehabilitation und Krankenbehandlung im Rahmen der DMP zu verbinden, wurde bei den Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für die chronisch obstruktive Atemwegserkrankung somit schon erkannt. Aber auch hier sind konkrete Angaben zur Rehabilitation lediglich darauf beschränkt, dass ausgeführt wurde, in welchen Fällen Rehabilitationsmaßnahmen als besonders notwendig erscheinen. Die Maßnahmen selbst sind kein Bestandteil der DMP. Wie bereits erwähnt, wird eine solche Verpflichtung, zu überprüfen, ob Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind, bereits durch § 8 Abs. 1 SGB IX ausgelöst. Die Ausführungen in den Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme bringen insofern keine wesentlichen Neuerungen mit sich. Dabei ist eine sektorenübergreifende Behandlung besonders bei chronischen Krankheiten von höchster Relevanz: Aufgrund ihrer Komplexität erfordern chronische Erkrankungen Programme, mit denen die fragmentarische, episodenhafte und sektoral begrenzte Patientenversorgung durch eine systematische, evidenzbasierte und sektorenüber-

⁹¹⁷ Glied.-Pkt. 1.8 der Anlage 3 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV.

⁹¹⁸ Anlage 9 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV; BGBl I 2004, S. 3722.

⁹¹⁹ Glied.-Pkt. 1.5.4 der Anlage 9 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV.

⁹²⁰ Glied.-Pkt. 1.6.4 der Anlage 9 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV.

greifende Therapie ersetzt werden kann⁹²¹. Eine sektorenübergreifende Gesamtversorgung chronisch Kranker im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen kann somit nur dann erreicht werden, wenn mindestens Teilhabemaßnahmen und ggf. auch Präventionsmaßnahmen in die Programme einbezogen werden⁹²².

Die Verträge für die Programme sollten so ausgestaltet sein, dass auch Rehabilitationsträger, bzw. -einrichtungen Vertragspartner werden können. Dies gilt sowohl für die teil- und vollstationäre, als auch für die ambulante Rehabilitation. Da gerade chronisch Kranke häufig zu spät Rehabilitationsmaßnahmen erhalten⁹²³, wäre die Verbindung von Krankenbehandlung und Rehabilitation im Rahmen der DMP möglicherweise ein bedeutender Schritt, mit welchem Über- und Unterversorgung in der Rehabilitation chronisch Kranker vermieden werden könnten⁹²⁴. Denn wenn ein Patient sich in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben hat, ist davon auszugehen, dass seine Erkrankung unter stetiger ärztlicher Überwachung steht, wodurch insbesondere der behandelnde Arzt frühzeitig einen Rehabilitationsbedarf erkennen und im Rahmen des Behandlungsprogramms notwendige Maßnahmen veranlassen kann. Auch zeigt sich hier, wie wichtig es ist, dass die behandelnden Ärzte die DMP unterstützen, denn sie spielen eine wichtige Rolle für das Gelingen der Programme.

In den Fällen, in denen bisher Verträge über strukturierte Behandlungsprogramme abgeschlossen worden sind, wurden beispielsweise in Schleswig-Holstein die Form des Strukturvertrages, wie z.B. beim DMP Vertrag Diabetes Typ 2, bzw. des Gesamtvertrages, wie z.B. beim DMP Vertrag für die Koronäre Herzkrankheit (KHK) und für Asthma bronchiale ge-

⁹²¹ Schönbach, Gesundheitsversorgung und Disease Management, 213 (214 und 218). So auch Koch, Die BKK 2003, 241 (246), nach dessen Ansicht besonders chronisch Kranke von Schnittstellenproblemen betroffen sind.

⁹²² Vgl. dazu auch das Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch Kranker und behinderter Menschen vom August 2002, Rn. 118, zu finden unter: www.bag-selbsthilfe.de, Stand: August 2006, in welchem ausgeführt wird, dass die bisherigen DMP die Einbeziehung rehabilitativer Leistungen nicht ausreichend vorsehen. Auch Heine, ZSR 2004, 462 (468) führt hierzu aus, dass die Rehabilitation im Rahmen der DMP bisher zu kurz gekommen ist.

⁹²³ Vgl. von Törne, Die BKK 2000, 102 (104), welcher darauf hinweist, dass die Auswahlverfahren der Rentenversicherungsträger für Rehabilitationsmaßnahmen dazu führen, dass eine Altersverteilung erreicht wird, bei der die Mittfünfziger bis Anfangsechziger den Hauptteil bilden. Zu dieser Zeit sei die Reintegration in berufliche Tätigkeiten aber mehr als problematisch.

⁹²⁴ Lt. Deck/Heinrichs/Koch/Kohlmann/Mittag/Peschel/Ratschko/Welk/Zimmermann, Das Gesundheitswesen 2000, 431 (431) ist gerade mangelnde Kommunikation zwischen ambulanter vertragsärztlicher Behandlung und medizinischer Rehabilitation eine Ursache für Schnittstellenprobleme zwischen der Akutmedizin und der medizinischen Rehabilitation.

wählt⁹²⁵. Fraglich ist, ob sich in diese Vertragsarten Rehabilitationsleistungen einbinden lassen, und – falls dies nicht der Fall sein sollte – welche vertraglichen Alternativen es für die DMP-Verträge gibt.

(1) Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten der DMP – Einbeziehung von Rehabilitation möglich?

Es besteht weitestgehend Einigkeit darüber, dass eine sektorenübergreifende Behandlung, bei welcher sämtliche Leistungsbereiche einbezogen werden, gerade bei chronisch Kranken von besonderer Notwendigkeit ist. Insbesondere der schnittstellenlose Übergang von der akuten Krankenbehandlung zur medizinischen Rehabilitation würde einen Fortschritt in der Versorgung chronisch Kranker darstellen. Damit die strukturierten Behandlungsprogramme gem. § 137f und g SGB V tatsächlich einen solchen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten können, stellt sich die Frage, wie eine sektorenübergreifende Behandlung vertraglich abgesichert werden kann⁹²⁶. Bisher besteht bei den strukturierten Behandlungsprogrammen keine Verbindungsmöglichkeit zu anderen Leistungsträgern, wie der Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung⁹²⁷.

Die Krankenkassen schließen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen Verträge mit den Leistungserbringern. Hierfür sind die Vorschriften des vierten Kapitels des SGB V maßgeblich, d.h. die §§ 69 bis 140 h SGB V⁹²⁸. Das vierte Kapitel des SGB V sowie die Vorschriften über die Vereinbarung von Modellverträgen⁹²⁹ regeln dabei abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden, einschließlich der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesverbände nach den §§ 90 bis 94 SGB V⁹³⁰. Im Übrigen gelten für diese Rechtsbeziehungen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 SGB V, d.h. den Vorgaben von Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit, sowie den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem vierten Kapitel des SGB V vereinbar

⁹²⁵ §§ 73 a, 83 SGB V. Verträge zu finden unter www.kvsh.de, Stand: August 2006.

⁹²⁶ Hierzu führen *Lüngen/Lauterbach*, Die Rehabilitation 2003, 284 (287) aus, dass zumindest Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäusern oder im Anschluss an einen stationären Aufenthalt relativ leicht in ein DMP zu integrieren seien.

⁹²⁷ *Raspe*, DRV 2003, 762 (763).

⁹²⁸ § 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V. Es handelt sich dabei um öffentlich-rechtliche Verträge i.S.d. §§ 53 ff. SGB X.

⁹²⁹ §§ 63 und 64 SGB V.

⁹³⁰ § 69 Satz 1 SGB V.

sind⁹³¹. Rein privatrechtliche Verträge, d.h. Verträge über die Leistungserbringung, welche sich ausschließlich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches richten, sind aufgrund der abschließenden Regelungen der §§ 69 ff SGB V allerdings nicht möglich⁹³².

Fraglich ist, ob und wie die vorhandenen vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten des SGB V eine Verbindung von akuter Krankenbehandlung und Rehabilitation zulassen.

(a) Gesamtverträge

Vereinbarungen über die Leistungserbringung werden in der gesetzlichen Krankenversicherung am häufigsten im Rahmen von Gesamtverträgen getroffen: Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Bundesmantelverträgen. Der Inhalt der Bundesmantelverträge ist dann wiederum Bestandteil der Gesamtverträge⁹³³. Ein Merkmal der Gesamtverträge ist, dass die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die Kassenärztlichen Vereinigungen eine pauschale Summe zahlen (Gesamtvergütung), welche von den Kassenärztlichen Vereinigungen ihrerseits dann wieder an die Vertragsärzte verteilt wird⁹³⁴. Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart über die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort in ihrem Bezirk einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen⁹³⁵. Gesamtverträge umfassen somit jegliche vertraglichen Vereinbarungen über den Gesamtbereich der vertragsärztlichen Versorgung. Es handelt sich hierbei um öffentlich-rechtliche Verträge mit Rechtsnormcharakter, denn sie begründen nicht nur unter den Vertragspartnern Rechte und Pflichten, sondern auch Rechte und Pflichten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie der am Vertrag beteiligten Krankenkassen⁹³⁶. Der Inhalt von Gesamtverträgen ist nicht auf Vergütungsvereinbarungen begrenzt, sondern sie enthalten beispielsweise auch Vereinbarungen über die Abgrenzung von ambulanter zur stationären Versorgung⁹³⁷. Trotzdem ist der Inhalt der Gesamtverträge auf Vereinbar-

⁹³¹ § 69 Satz 3 SGB V.

⁹³² Vollmöller, NZS 2004, 63 (64).

⁹³³ § 82 Abs. 1 SGB V.

⁹³⁴ Palsherm, ZfS 2006, 38 (42).

⁹³⁵ § 83 Satz 1 SGB V.

⁹³⁶ Hess, Kasseler Kommentar, § 82 SGB V, Rn. 9. Hierzu auch Palsherm, ZfS 2006, 38 (43), welcher ausführt, dass die Gesamtverträge aus diesen Gründen auch als Normverträge bezeichnet werden.

⁹³⁷ Hess, Kasseler Kommentar, § 83 SGB V, Rn. 3.

rungen zur vertragsärztlichen Versorgung begrenzt; was bedeutet, dass die Einbeziehung von z.B. Rehabilitationseinrichtungen in die Gesamtverträge nicht vorgesehen ist⁹³⁸.

Solange also strukturierte Behandlungsprogramme auf der Grundlage der derzeitigen Gesamtverträge vereinbart werden, ist die Umsetzung einer sektorenübergreifenden Behandlung für chronisch Kranke, bei welcher auch rehabilitative Leistungen ausreichend einbezogen werden, nicht möglich.

(b) Strukturverträge

Zu prüfen ist, welche Merkmale die Strukturverträge gem. § 73 a SGB V aufweisen, und ob es hier Möglichkeiten gibt, Rehabilitationsleistungen einzubeziehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen in den Verträgen nach § 83 SGB V Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen; der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt auch hier⁹³⁹. Die Vertragspartner der Verträge nach § 82 Abs. 1 SGB V (Gesamtverträge) können Rahmenvereinbarungen zum Inhalt und zur Durchführung der Vereinbarungen treffen, die von den Vertragspartnern der Strukturverträge unter Berücksichtigung regionaler Bedürfnisse ausgestaltet werden können⁹⁴⁰. Kern der Strukturverträge ist die Kompetenz bzw. die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassenverbänden, neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen für haus- und fachärztliche Versorgung zu vereinbaren⁹⁴¹. Die Strukturverträge bilden damit einen Sonderfall der Gesamtverträge. Die Verantwortung für die Gewährleistung von Qualität und Wirtschaftlichkeit wird dabei insgesamt oder in Teilbereichen auf den Hausarzt oder einen Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte übertragen. Auch die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung kann Bestandteil der ärztlichen Leistungen sein, welche im Rahmen des Strukturvertrages auf die ärztliche

⁹³⁸ Vgl. hierzu auch *Orlowski*, Die BKK 2002, 329 (338), nach dessen Ansicht zumindest die Einbindung von Krankenhausleistungen in die DMP auch im Rahmen des Gesamtvertrags möglich ist, d.h. das Behandlungsprogramm in derartigen Fällen nicht nur auf die ambulante vertragsärztliche Leistungserbringung beschränkt ist.

⁹³⁹ §§ 73 a Abs. 1 Satz 1 SGB V; 71 Abs. 1 SGB V.

⁹⁴⁰ § 73 a Abs. 2 Satz 1 SGB V.

⁹⁴¹ *Orlowski*, Die BKK 1997, 240 (241).

Verantwortung übertragen worden sind⁹⁴². Die Erbringung von Rehabilitationsleistungen selbst kann – mit Ausnahme der Rehabilitationsleistungen, welche für die gesetzliche Krankenversicherung erbracht werden – indes kein Bestandteil des Strukturvertrages sein, da es sich hierbei nicht um vertragsärztliche Versorgung im Sinne des § 83 SGB V handelt. Aus diesem Grund ist es auch nicht möglich, einen Vertrag über ein Disease-Management-Programm im Rahmen eines Strukturvertrages zu erlassen, welcher sämtliche Leistungssektoren einbezieht.

Es gibt somit auch keinen Weg, in die strukturierten Behandlungsprogramme, welche auf der Grundlage von Strukturverträgen vereinbart worden sind, Rehabilitationsleistungen sämtlicher Leistungsträger einzubeziehen. Diese Programme werden daher hauptsächlich akutmedizinische Programme bleiben.

(c) Modellvorhaben

Fraglich ist, ob Rehabilitationsleistungen im Rahmen von Modellvereinbarungen in Disease-Management-Programme eingebunden werden können. Die Möglichkeit, Disease-Management-Verträge als Modellvereinbarungen zu erlassen, ist in den „Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverbände zur Umsetzung der 4. RSAV-Änderung für die Einführung von Disease-Management-Programmen für Brustkrebs“⁹⁴³ besonders hervorgehoben worden. Mit der Ermöglichung von Modellvorhaben soll nach dem Willen des Gesetzgebers die Versorgung mit Gesundheitsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung verbessert werden⁹⁴⁴. Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder vereinbaren⁹⁴⁵. Die Verträge über Modellvorhaben können Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung beinhalten, die nach den Vorschriften des SGB V keine Leistungen der Krankenversicherung sind⁹⁴⁶. Gegenstand von Modellvorhaben können jedoch nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der

⁹⁴² Orłowski, Die BKK 1997, 240 (241).

⁹⁴³ Auch auf die Möglichkeit, integrierte Versorgungsverträge nach § 140 b SGB V zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen zu schließen, wurde hierbei besonders hingewiesen. Vgl. Vollmöller, NZS 2004, 63 (64).

⁹⁴⁴ BT-Drucks. 13/6087, S. 26.

⁹⁴⁵ §§ 63 Abs. 1, 64 SGB V.

⁹⁴⁶ § 63 Abs. 2 SGB V.

Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGBV (Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137 c Abs. 1 SGB V (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus) keine ablehnende Entscheidung getroffen hat⁹⁴⁷. Gegenstand von Modellvorhaben dürfen somit nur Leistungen sein, die noch keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Allerdings muss tragfähiges Erkenntnismaterial vorliegen, nach welchem die Eignung der Leistung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erwartet werden kann⁹⁴⁸.

Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben schließen. Soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, können sie nur mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben schließen⁹⁴⁹. Die Modellverträge sind dabei im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen⁹⁵⁰. Hiernach ist es also möglich, Verträge über Modellvorhaben mit Leistungserbringern zu schließen, welche innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind. Vertragsschlüsse z.B. mit zugelassenen Krankenhäusern können somit im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zustande kommen⁹⁵¹. Zweifelhaft ist aber, ob dies auch für sämtliche Vertragsabschlüsse mit Rehabilitationseinrichtungen gilt: Da Vereinbarungen über Modellvorhaben nur mit Leistungserbringern geschlossen werden können, welche in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, bzw. ihre Leistungen im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, erscheint es zwar als möglich, Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Modellvereinbarungen einzubinden. Die Mehrzahl der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch Kranke werden jedoch durch den gesetzlichen Renten-

⁹⁴⁷ § 63 Abs. 4 Satz 1 SGB V.

⁹⁴⁸ Höfler, Kasseler Kommentar, § 63 SGB V, Rn. 11.

⁹⁴⁹ § 64 Abs. 1 SGB V.

⁹⁵⁰ § 63 Abs. 5 Satz 2 SGB V; vgl. hierzu auch *Koenig/Engelmann/Hentschel*, SGB 2003, 189 (192), welche ausführen, dass Modellvorhaben aufgrund dieser zeitlichen Befristung gegenüber integrierten Versorgungssystemen im Nachteil sind; die integrierte Versorgung aber wiederum komplexer und schwerer umzusetzen ist als ein Modellvorhaben.

⁹⁵¹ Gem. § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB V können mit Krankenhäusern aber nur in den Fällen Verträge über eine *ambulante* ärztliche Behandlung geschlossen werden, in denen die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den Verträgen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen dies erfordern.

versicherungsträger geleistet⁹⁵². So kann man im Rahmen von Modellvereinbarungen zwar sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einbeziehen; Leistungen anderer Sozialversicherungsträger, wie der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, könnten allerdings nicht eingebunden werden.

Möglicherweise ergibt sich etwas Anderes daraus, dass bei den Modellvereinbarungen Abweichungen vom ursprünglichen Vertragsrecht des SGB V zulässig sind: Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann von den Vorschriften des vierten und zehnten Kapitels des SGB V abgewichen werden, soweit es für die Modellvorhaben erforderlich ist; der Grundsatz der Beitragsstabilität gilt entsprechend. Gegen diesen Grundsatz wird insbesondere für den Fall nicht verstoßen, dass durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachzuweisende Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden⁹⁵³.

Fraglich ist, ob sich hieraus schließen lässt, dass auch Abweichungen dahingehend zulässig sind, dass mit Leistungserbringern Modellvereinbarungen geschlossen werden, welche nicht für die Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind; bzw. die Leistungen für andere Leistungsträger, wie z.B. für die gesetzliche Rentenversicherung, erbringen. Zwar ist damit zu rechnen, dass durch die schnittstellenlose Erbringung von Leistungen, welche im Rahmen einer solchen Vereinbarung möglich wären, Einsparungen auf der Leistungsträgerseite vorgenommen werden können. Jedoch ist davon auszugehen, dass eine derart sektorenübergreifende Vereinbarung nicht mehr als zulässige Abweichung gilt: Modellvereinbarungen sollen in erster Linie die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern. Die Abweichungen vom ursprünglichen Vertragsrecht sollen der Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- oder Vergütungsformen innerhalb des SGB V dienen⁹⁵⁴. Als Beispiel für eine zulässige Abweichung wird in der Gesetzesbegründung zu § 63 SGB V die Erprobung einer freiwilligen Patientenchipkarte genannt⁹⁵⁵. Modellvereinbarungen sollen somit in erster Linie dazu dienen, Vereinbarungen über Leistungen zu treffen, welche *noch* nicht in die gesetzliche Krankenversicherung integriert sind; d.h. durchaus aber Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden können. Übergreifende Vereinbarungen zwischen verschiedenen Leistungsträgern fallen jedoch nicht hierunter; auch dann nicht, wenn sie die Qualität der

⁹⁵² Subsidiaritätsgedanke des § 40 Abs. 4 SGB V.

⁹⁵³ Vgl. § 63 Abs. 3 Sätze 1 und 2 SGB V.

⁹⁵⁴ Höfler, Kasseler Kommentar, § 63 SGB V, Rn. 3.

⁹⁵⁵ BT-Drucks. 14/8930, S. 5.

Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung mittelbar – d.h. durch die Überwindung von Schnittstellen - verbessern. Vereinbarungen im Rahmen der Modellvorhaben sind demzufolge nur aufgrund von Leistungen möglich, welche auch für die gesetzliche Krankenversicherung erbracht werden.

Eine wirklich sektorenübergreifende Behandlung chronisch Kranker, an welcher sämtliche Leistungserbringer die Leistungen „wie aus einer Hand erbringen“, ist damit im auch Rahmen von Modellvereinbarungen nicht umsetzbar.

(d) Verträge über die integrierte Versorgung

Möglicherweise erlaubt die Kombination von Verträgen über integrierte Versorgungsformen gem. §§ 140a ff. SGB V mit strukturierten Behandlungsprogrammen eine sektorenübergreifende Behandlung für chronisch Kranke, bei welcher auch Rehabilitationsleistungen einbezogen werden können. Abweichend von den übrigen Regelungen des 4. Kapitels des SGB V können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140 b Abs. 1 SGB V genannten Vertragspartnern abschließen⁹⁵⁶. Durch die Einführung der integrierten Versorgungsform soll die starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung durchbrochen werden, um die Voraussetzungen für eine stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten orientierte Behandlung zu verbessern⁹⁵⁷. Aus diesem Grund sollte eine Versorgungsform geschaffen werden, welche verschiedene Leistungssektoren einbezieht⁹⁵⁸. Die Verträge sind hierfür aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung herausgelöst worden⁹⁵⁹. Trotzdem handelt es sich auch bei den integrierten Versorgungsverträgen um öffentlich-rechtliche Verträge⁹⁶⁰.

Primäres Ziel der integrierten Versorgung ist die Beseitigung der Defizite und Strukturmängel innerhalb der medizinischen Akutversorgung⁹⁶¹. Dies bedeutet, dass die Verkoppelung von Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation nicht zu den ursprünglichen gesetzlichen Bestrebungen gehörte. Dennoch sind Verträge zwischen den Krankenkassen und Trägern von

⁹⁵⁶ § 140a Abs. 1 Satz 1 SGB V.

⁹⁵⁷ BT-Drucks. 14/1245, S. 91.

⁹⁵⁸ Vgl. auch *Knittel* in Krauskopf, Soziale Kranken- und Pflegeversicherung zu § 140a SGB V, Rn. 3.

⁹⁵⁹ §§ 140a Abs. 1 Satz 2; 75 Abs. 1 SGB V; vgl. hierzu auch *Udsching*, NZS 2003, 411 (416 f) sowie *Wigge*, NZS 2001, 17 (19 f), welcher befürchtet, dass durch die Ausklammerung der Kassenärztlichen Vereinigung der Arzt möglicherweise einem Einkaufskartell der Krankenkassen gegenüberstehe.

⁹⁶⁰ *Beule*, Rechtsfragen der integrierten Versorgung, S. 116.

⁹⁶¹ *Fuchs*, Die Rehabilitation 2004, 325 (326).

stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V besteht, sowie mit Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften ausdrücklich gesetzlich zulässig⁹⁶², so dass sich die Frage stellt, ob strukturierte Behandlungsprogramme eine ausreichende sektorenübergreifende Versorgung von chronisch Kranken sicherstellen können, wenn sie im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen abgeschlossen worden sind.

Die Verträge über integrierte Versorgungsformen können Abweichendes von den Vorschriften des vierten Kapitels des SGB V, (...) sowie von den nach den Vorschriften der § 140a ff. SGB V getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist⁹⁶³. Dabei ist sogar eine Leistungserbringung möglich, welche nicht vom Zulassungsstatus in der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt ist: Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist⁹⁶⁴. Die berufsrechtlichen Voraussetzungen für die jeweilige Leistungserbringung müssen jedoch vorliegen⁹⁶⁵. Abweichendes zum Vertragsrecht des SGB V ist somit in den Fällen möglich, in denen es beispielsweise der Verbesserung der Versorgungsqualität oder der Durchführung der integrierten Versorgung dient. Die Abweichungen sind auch dahingehend möglich, dass eine Leistungserbringung vereinbart werden kann, welche außerhalb des Zulassungsstatus für die gesetzliche Krankenversicherung liegt. Fraglich ist, ob eine Abweichung auch dahingehend möglich ist, dass Verträge mit Leistungserbringern geschlossen werden, mit denen überhaupt kein Versorgungsvertrag gem. § 111 Abs. 2 SGB V besteht, bzw. die Leistungserbringung für einen anderen Kostenträger, wie z.B. für die gesetzliche Rentenversicherung, erfolgt. Aufgrund dieser sektorenübergreifenden Verträge würde sich nicht nur die Qualität und Wirksamkeit bei der Versorgung von chronisch Kranken verbessern, sondern es würde auch für die

⁹⁶² § 140 b Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

⁹⁶³ § 140 b Abs. 4 Satz 1 SGB V. Vgl. hierzu auch *Hess*, Kasseler Kommentar, Vor § 140a SGB V, Rn. 3, welcher der Ansicht ist, dass insbesondere der letzte Grund zu allgemein gefasst sei, um eine vertragliche Abdingung gesetzlicher Vorschriften zu rechtfertigen. Vielmehr müssten Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung hinreichend im Gesetz bestimmt sein.

⁹⁶⁴ § 140 b Abs. 4 Satz 3 SGB V.

⁹⁶⁵ *Fuchs*, Die Rehabilitation 2004, 325 (327).

Durchführung der integrierten Versorgung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlich sein, wenn sämtliche Rehabilitations- bzw. Teilhabeleistungen einbezogen werden sollen. Die Versorgungsqualität würde sich auf diesem Weg nicht nur bei der Akutversorgung, sondern innerhalb eines breiten Spektrums der Gesundheitsversorgung verbessern. Auch wenn – wie bereits erwähnt wurde – Verträge über integrierte Versorgungsformen in erster Linie dazu dienen sollen, die Versorgungsqualität bei der Akutversorgung zu verbessern, stellt sich die Frage, ob solche Verträge nicht erst Recht zulässig sind, wenn sie dazu dienen, die Versorgungsqualität sektorenübergreifend zu verbessern.

(aa) Vertragliche Möglichkeiten innerhalb des Sozialgesetzbuches?

Zu prüfen ist, ob man bei strukturierten Behandlungsprogrammen, welche im Rahmen integrierter Versorgungsverträge nach § 140a ff. SGB V geschlossen worden sind, auch Leistungserbringer einbeziehen kann, welche ihre Leistungen für andere Leistungsträger erbringen, oder ob man sogar mit Leistungsträgern, wie z.B. mit der gesetzlichen Rentenversicherung, Kooperationsvereinbarungen im Rahmen der integrierten Versorgungsverträge dahingehend abschließen kann, dass genau festgelegt wird, wann Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, Teilhabeleistungen bzw. medizinische Rehabilitationsleistungen erhalten. Denkbar sind z.B. auch Kooperationen mit Pflegekassen, welche festlegen, wann bei chronisch Kranken Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu veranlassen sind.

Während man mit den Leistungserbringern, die für die Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, die Verträge direkt über die §§ 140a ff. SGB V schließen kann, stellt sich die Frage, ob man z.B. für die Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, welche nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen, die vertraglichen Regelungen des § 21 SGB IX heranziehen kann. Hierzu müsste § 21 SGB IX neben den Regelungen der §§ 140a ff. SGB V überhaupt anwendbar sein: Grundsätzlich enthält das vierte Kapitel des SGB V sowie die §§ 63 und 64 SGB V abschließende Regelungen bezüglich der Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden, einschließlich der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesauschüsse nach den §§ 90 bis 94 SGB V. Die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden werden ebenfalls abschließend im vierten Kapitel des SGB V, in den §§ 63 und 64 SGB V und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen ge-

regelt⁹⁶⁶. Verträge mit Leistungserbringern, welche in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind und ihre Leistungen im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, sind daher nur im Rahmen der genannten Vorschriften zulässig. Verträge über Leistungen, welche für andere Leistungsträger, wie z.B. für die gesetzliche Rentenversicherung erbracht werden, fallen jedoch nicht hierunter. Hier sind also auch Verträge zulässig, welche aufgrund anderer vertraglicher Regelungen zustande gekommen sind⁹⁶⁷.

Während somit für die vertraglichen Beziehungen mit den Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen, welche nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen und ihre Leistungen für einen anderen Leistungsträger als der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, die vertraglichen Regelungen des § 21 SGB IX heranzuziehen sind, können für vertragliche Beziehungen mit weiteren Leistungserbringern beispielsweise die Vorschriften über öffentlich-rechtliche Verträge gem. § 53 ff. SGB X herangezogen werden⁹⁶⁸. Vorteil bei der Anwendung des § 21 SGB IX ist, dass die Rehabilitationseinrichtungen dann auch die Qualitätsmaßstäbe des SGB IX erfüllen müssen, d.h. die Rehabilitationsleistungen auf einem hohen qualitativen Niveau erbracht werden. Bei der Heranziehung der Vorschriften über die öffentlich-rechtlichen Verträge wäre es außerdem möglich, nicht nur Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in die Verträge zu den integrierten Versorgungsformen einzubeziehen, sondern auch weitere Dienste und Einrichtungen, wie z.B. Pflegeeinrichtungen. Auch Kooperationen mit den Leistungsträgern wären im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Verträge möglich. Hierdurch könnten dann auch Rehabilitationseinrichtungen einbezogen werden, welche direkt in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen. Die Möglichkeit, öffentlich-rechtliche Verträge zwischen gleichgestellten Rechtsträgern abzuschließen, soll insbesondere helfen, atypische Fälle besser zu erfassen⁹⁶⁹. Hiermit würden nicht nur Schnittstellen zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation vermieden werden, sondern auch weitere Schnitt-

⁹⁶⁶ § 69 Sätze 1 und 2 SGB V.

⁹⁶⁷ Vgl. hierzu auch *Fuchs*, Die Rehabilitation 2004, 325 (331), welcher ausführt, dass die §§ 17 – 19 und 21 SGB IX auch im Bereich der Krankenversicherung unmittelbar geltendes Recht sind, da das SGB V zu den das Versorgungsstrukturrecht des SGB IX regelnden Vorschriften keine abweichenden Bestimmungen enthält.

⁹⁶⁸ *Boecken*, NZS 2000, 269 (271) ist der Ansicht, dass es sich bei dem Begriff „abschließend“ im Sinne des § 69 SGB V um einen ungenauen Begriff handelt; er geht des Weiteren davon aus, dass die Vorschriften über den öffentlich-rechtlichen Vertrag nicht ausgeschlossen sein sollen. Ebenso ist *Pabst*, SGB 2002, 475 (476 ff.) der Ansicht, dass die §§ 53 ff. SGB X neben § 69 SGB V anwendbar bleiben.

⁹⁶⁹ *Engelmann* in von Wulffen, SGB X, zu § 53, Rn. 2 und 4.

stellen, wie z.B. zwischen der Akutbehandlung und den Leistungen bei Pflegebedürftigkeit⁹⁷⁰. Die Verträge über integrierte Versorgungsformen würden damit um weitere vertragliche Regelungen ergänzt werden, aufgrund derer auch Leistungen eingebunden werden können, welche nicht im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Dies ist auch zulässig, weil Abweichendes von den ursprünglichen Regelungen der §§ 140a ff. SGB V gesetzlich zulässig ist, soweit es beispielsweise der Verbesserung der Versorgungsqualität oder zur Durchführung der integrierten Versorgung dient. Maßgeblicher Vertrag bliebe dann der integrierte Versorgungsvertrag, während die Vorschriften der §§ 21 SGB IX sowie der §§ 53 ff. SGB X hilfsweise für die sektorenübergreifenden Vertragsgestaltungen heranzuziehen sind. Leistungsträger wären dann immer noch die originär zuständigen Träger, wie z.B. die gesetzliche Rentenversicherung bei der Erbringung von medizinischen Rehabilitationsleistungen. Anhand eines vorher für die chronisch Kranken individuell verfassten Teilhabeplans⁹⁷¹ wäre es somit möglich, Leistungen zu erbringen, welche nahtlos ineinander übergehen. Der behandelnde Arzt ist bei der Erstellung des Teilhabeplans zu beteiligen⁹⁷². Da davon auszugehen ist, dass der behandelnde Arzt durch die Teilnahme des Versicherten an einem strukturierten Behandlungsprogramm genau über das Krankheitsbild des Patienten informiert ist, ist es ihm somit auch möglich, einen Leistungsbedarf frühzeitig zu erkennen und einzuleiten. Aus diesem Grund ist seine Mitwirkung an der Erstellung eines Teilhabeplans für den chronisch Kranken unerlässlich.

⁹⁷⁰ Lt. dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2005 (Kurzfassung), S. 50, sprechen viele Gesichtspunkte für eine engere Verzahnung von Gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung: Beispielsweise sei das Nebeneinander von beiden Zweigen nicht effektiv, da strukturell ähnlich gelagerte Risiken abgesichert seien. Auch wird kritisiert, dass Chancen für die Etablierung von Modellen der integrierten Versorgung kaum genutzt würden.

⁹⁷¹ So auch die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ vom 16. Dezember 2004, zu finden unter: www.bar-frankfurt.de, Stand: August 2006, wonach gem. § 1 Abs. 1 der Empfehlung die Erstellung eines individuellen Teilhabeplans ein wesentliches Mittel zu Erreichung einer einheitlichen Praxis zur Feststellung und Durchführung der einzelnen Leistungen ist.

⁹⁷² Nach § 5 Abs. 3 der GE „Teilhabeplan“ ist auf berechtigten Wunsch des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen den behandelnden Ärzten die Möglichkeit der Mitwirkung bei der Erstellung und Anpassung des Teilhabeplans einzuräumen. Vgl. hierzu auch *Kaduszkiewicz/van den Bussche*, Disease-Management-Programme, S. 15, wonach der Hausarzt am besten in der Lage ist, die Behandlung für chronisch Kranke zu koordinieren und zu optimieren; was bedeutet, dass die Umsetzung der DMP ohne maßgebliche Beteiligung der Hausärzte nicht möglich ist.

Denkbar wäre auch, dass der behandelnde Arzt die Leistung selbst veranlasst, d.h. den chronisch Kranken direkt in vorher festgelegte Rehabilitationseinrichtungen überweisen kann⁹⁷³. Hiermit würde nicht nur gewährleistet werden, dass frühzeitig ein möglicher Bedarf an Teilhabeleistungen erkannt wird, sondern die notwendigen Maßnahmen würden auch umgehend veranlasst werden. Auch die Gefahr der Erbringung von Doppelleistungen könnte auf diesem Weg umgangen werden, denn notwendige Leistungen würden zentral durch den „DMP-Arzt“ eingeleitet werden⁹⁷⁴. Im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen wäre es somit möglich, auch Leistungen einzubeziehen, für die andere Leistungsträger, wie z.B. die gesetzliche Rentenversicherung, zuständig sind. Auch Kooperationen mit den Leistungsträgern selbst kommen in Frage. Während die vertraglichen Gestaltungen mit den Leistungserbringern, welche ihre Leistungen im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, über eine direkte Anwendung der §§ 140a ff. SGB V möglich ist, müssen für die vertraglichen Gestaltungen mit weiteren Leistungserbringern oder Leistungsträgern, wie z.B. der gesetzlichen Renten- oder Pflegeversicherung, die vertraglichen Regelungen des § 21 SGB IX bzw. des § 53 SGB X herangezogen werden.

(bb) Zwischenergebnis

Sofern die strukturierten Behandlungsprogramme im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen abgeschlossen werden, ist eine sektorenübergreifende Behandlung von chronischen Krankheiten möglich: Zwar ist primäres Ziel der integrierten Versorgung die Beseitigung der Defizite und Strukturängel innerhalb der medizinischen Akutversorgung; was bedeutet, dass die integrierten Versorgungsverträge hauptsächlich der Strukturverbesserung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung dienen sollen. Da jedoch Abweichendes von den ursprünglichen Regelungen der §§ 140a ff. SGB V gesetzlich zulässig ist, soweit es der Verbesserung der Versorgungsqualität oder zur Durchführung der integrierten Versorgung dient, wäre eine Kooperation mit Leistungserbringern aus anderen Bereichen des Sozialgesetzbuches sowie mit anderen Leistungsträgern unter Heranziehung der § 21 SGB IX bzw. §§ 53 ff. SGB X möglich. Auf diesem Weg könnte man Verträge mit anderen Rehabilitationseinrichtungen

⁹⁷³ Lt. *Keck/Egner*, DAngVers 2004, 312 (319) wäre beispielsweise auch eine regionale Kooperation zwischen einem Akutkrankenhaus und einer BfA-eigenen Reha-Klinik vorstellbar. Der chronisch kranke Patient könnte dann direkt auf Veranlassung des Krankenhauses in die Reha-Einrichtung verlegt werden.

⁹⁷⁴ Hierzu auch *Gerwinn/Wegener*, Die Rehabilitation 2004, 297 (303), wonach gerade mit der integrierten Versorgung die bisherige, mit nicht abgestimmten Behandlungsabläufen und vermeidbaren Doppeluntersuchungen verbundene Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung durchbrochen werden soll.

bzw. sogar mit anderen Rehabilitationsträgern schließen, wodurch eine Verbindung von akuter Krankenbehandlung und Rehabilitation im Rahmen der DMP möglich wäre. Maßgeblicher Vertrag bliebe dann immer noch der integrierte Versorgungsvertrag, während die Vorschriften der §§ 21 SGB IX sowie der §§ 53 ff. SGB X hilfsweise für die sektorenübergreifenden Vertragsgestaltungen heranzuziehen sind. Dies würde zur Verbesserung der Versorgungsqualität von chronisch Kranken nicht nur im Bereich der medizinischen Akutversorgung führen, sondern würde sektorenübergreifend die gesamte Versorgung chronisch Kranker betreffen.

(2) Zwischenergebnis

Die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten des SGB V lassen nur bedingt eine Verbindung von akuter Krankenbehandlung und Rehabilitation im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme zu: Soweit die Programme im Rahmen von Gesamt- oder Strukturverträgen gem. §§ 82 f, 73 a SGB V vereinbart worden sind, ist eine Einbeziehung von sämtlichen Rehabilitationsleistungen bzw. -einrichtungen nicht möglich, da der Inhalt der Verträge auf Vereinbarungen zur vertragsärztlichen Versorgung begrenzt ist. Auch bei Vereinbarungen gem. §§ 63, 64 SGB V ist eine solche Verbindung nicht zulässig, da die Modellvorhaben nur mit Leistungserbringern geschlossen werden können, welche auch in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind. Lediglich die Verträge über integrierte Versorgungsformen lassen eine Verbindung von Leistungen der Krankenbehandlung mit Leistungen anderer Kostenträger zu. Hierzu sind allerdings die Vorschriften des § 21 SGB IX bzw. der §§ 53 ff. SGB X heranzuziehen. Denkbar wären Kooperationen mit Leistungserbringern oder weiteren Leistungsträgern. Auch die Möglichkeit für die behandelnden Ärzte, chronisch Kranke im Rahmen der DMP direkt in eine Rehabilitationseinrichtung einweisen zu können, wäre eine denkbare Konstellation. Insgesamt ist aber anzumerken, dass die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten des SGB V nur wenig Spielraum für sektorenübergreifende Verträge bieten.

2. Verbesserungsmöglichkeiten der DMP

Befürworter und Kritiker sind sich zu großen Teilen einig darin, dass die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen eine Verbesserung bei der Versorgung chronisch Kranker bewirken kann. Trotzdem gibt es Optimierungsbedarf bei den derzeit existierenden DMP. Wie bereits erwähnt, besteht weitestgehend Einigkeit darin, dass die Verbindung von DMP mit dem Risikostrukturausgleich die Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken bremst, und insbesondere andere zentrale Elemente wie die primäre Prävention und systematische Ansätze der Rehabilitation aufgrund dieser Verbindung nicht umfassend in die DMP integriert werden können. Auch hinsichtlich der Dokumentation von Disease-

Management-Programmen ist vielfach Kritik geübt worden: Voraussetzung für die Einschreibung eines Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm ist die nach umfassender Information durch die Krankenkasse erteilte, schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an dem Programm, zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in der Risikostrukturausgleichsverordnung festgelegten Daten durch die Krankenkasse, die Sachverständigen und die beteiligten Leistungserbringer sowie zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkasse⁹⁷⁵. Mit der Teilnahme eines Versicherten an einem strukturierten Behandlungsprogramm werden damit umfassend Daten erhoben, erfasst und verarbeitet, welche unter anderem Grundlage für die externe Evaluation des Programms gem. § 137f Abs. 4 SGB V sind. Ein Problem war, dass die Fehlerquote bei der Papierdokumentation der Programme verhältnismäßig hoch war. Aus diesem Grund ist mit der 9. RSA-Änderungsverordnung begonnen worden, die Dokumentation auf eine elektronische Erfassung umzustellen⁹⁷⁶.

Des Weiteren gibt es Änderungsbedarf bei der Versorgung von mehrfach und besonders schwer chronisch kranken Personen: In Zukunft könnte bei den DMP die intensive Betreuung dieser Personengruppe besonders berücksichtigt werden⁹⁷⁷. Fraglich ist außerdem, ob ein so genanntes Case-Management, welches als „Fall-Management“ übersetzt werden kann⁹⁷⁸, dazu verhelfen kann, strukturierte Behandlungsprogramme zu verbessern; bzw. ob Case-Management sogar als Alternative zum Disease-Management angesehen werden kann.

a) Case-Management statt Disease-Management?

Möglicherweise kann ein Case-Management dazu verhelfen, die Versorgung chronisch Kranker im Rahmen der DMP zu optimieren. Im Gegensatz zum Case-Management orientiert sich

⁹⁷⁵ § 137f Abs. 3 Satz 2 SGB V. Die Datenerhebung und -nutzung dient unter anderem auch der Überprüfbarkeit der strukturierten Behandlungsprogramme durch das BVA. Vgl. *Hess*, Kasseler Kommentar, Vor §§ 137f, g SGB V, Rn. 9.

⁹⁷⁶ Vgl. auch *Forster*, SGB 2005, 610 (612), nach deren Ansicht die Fehlerquote bei der Papierdokumentation sehr groß gewesen ist. *Kaduszkiewicz/van den Bussche*, Disease-Management-Programme, S. 47, sind der Meinung, dass die Akzeptanz und Wirkung eines DMP davon abhängt, dass die Dokumentationsleistungen der Ärzte auf zentrale Indikatoren zu beschränken und Mehrfachdokumentationen zu vermeiden sind.

⁹⁷⁷ Vgl. hierzu auch *van Lente*, G+G 2004, 28 (30), wonach entsprechende Modelle zurzeit unter dem Namen „Chronic-Care“ in den Vereinigten Staaten erprobt werden. Auch *Gensichen/Muth/Butzlaff/Rosemann/Raspe/Müller de Cornejo/Beyer/Härter/Müller/Angermann/Gerlach/Wagner*, ZaeFQ 2006, 365 (368) befürworten die Einführung des sog. „Chronic Care Modells“ im Rahmen der geltenden DMP.

⁹⁷⁸ Lt. *Lüngen/Lauterbach*, Die Rehabilitation 2003, 284 (285) steht dies im Gegensatz zum Disease-Management, also dem „Krankheitsarten-Management“.

das Disease-Management an Erkrankungen bzw. Populationen, nicht an einzelnen Fällen. Das Case-Management hingegen beinhaltet vor allem eine bessere professions- und anbieterübergreifende Zusammenarbeit vor Ort⁹⁷⁹. Ein häufiges Problem nicht nur in der Versorgungspraxis von chronisch Kranken ist, dass sie sich entsprechend der Vielzahl der vorhandenen Gesetze einer fast unüberschaubaren Palette von Rehabilitationsträgern gegenüberstehen sehen⁹⁸⁰. Um dieser Unüberschaubarkeit von Rehabilitations- und weiteren Leistungsträgern entgegenzuwirken, soll eine Vernetzung der verschiedenen Träger durch ein Case-Management, bzw. ein Case-Manager, also einen „Fall-Manager“, erreicht werden: Hierzu muss zunächst die Bedarfssituation des Hilfesuchenden aufgenommen werden, und ein Hilfeplan, der Ziele, Maßnahmen, Verantwortliche, Durchführende sowie einen Zeit- und Kostenplan enthält, muss erstellt werden⁹⁸¹. Auf der Systemebene, also auf der Ebene der Dienstleistungsanbieter muss hingegen im Vorfeld ein funktionierendes Netz aufgebaut worden sein, auf welches ein Case-Manager im Bedarfsfall zurückgreifen kann. Der Case-Manager ist für die Durchführung der genannten Aufgaben, wie z.B. der Erstellung eines Hilfeplans, verantwortlich. Er hat dafür Sorge zu tragen, dass genau ermittelt wird, welchen Hilfebedarf der chronisch Kranke hat, und welche Leistungen für ihn durch welchen Leistungsträger erforderlich sein werden. Hierfür benötigt er interprofessionelle Kenntnisse, d.h. er hat hohe fachliche Anforderungen zu erfüllen⁹⁸².

Ein erfolgreiches Case-Management, bzw. ein Case-Manager hat somit die Aufgabe, zwischen den verschiedenen Leistungsträgern zu vermitteln und hilfesuchenden Personen den richtigen Weg zum zuständigen Leistungsträger zu weisen⁹⁸³. Es ist hierfür erforderlich, dass er ein hohes fachliches Wissen in Bezug auf soziale Leistungen hat und dass er auch nicht die Interessen eines einzelnen Kostenträgers vertritt. Um dem Hilfesuchenden richtige Auskünfte

⁹⁷⁹ Klein/Mennemann, NDV 2005, 243 (243).

⁹⁸⁰ Vgl. hierzu Moritz, ZFSH/SGB 2002, 204 (204) zur Situation Behinderter, welche der Hilfe durch einen Rehabilitationsträger bedürfen.

⁹⁸¹ Klein/Mennemann, NDV 2005, 243 (244). Vorzugswürdig ist allerdings - statt eines solchen Hilfeplans - die Erstellung eines Teilhabeplans gem. §§ 10, 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX. Siehe oben, Glied.-Pkt. D.II.1.c)cc)(1)(d)(aa).

⁹⁸² Hierzu auch Klein/Mennemann, NDV 2005, 243 (244), welche der Ansicht sind, dass z.B. die neuen Fallmanager der Grundsicherung für Arbeitssuchende häufig keine Erfahrung im Umgang mit Menschen in multikomplexen Problemlagen haben, was auch ihrem Ansehen im Hinblick auf ihre fachliche Kompetenz schaden würde.

⁹⁸³ Aus diesem Grund ist Heine in seinem bisher unveröffentlichten Vortrag vom 30.06.2006 zur Frage: „Case Management als Alternative zum Disease Management?“ auch der Ansicht, dass dem Case Manager in erster Linie die Funktion eines Entsümlungsmanagers zukommt, da das Konzept des Case Managements die Entsümlung der Gesundheitssicherung voraussetzt.

über dessen Problemlage zu erteilen, ist es vielmehr notwendig, dass es sich bei einem Case-Manager um einen neutralen Fall-Manager handelt. Case-Management kann sich damit einerseits als sinnvolle Ergänzung, andererseits aber auch als Alternative zum Disease-Management darstellen: Zunächst muss bei einem chronisch Kranken auch das Wissen über die Möglichkeit, z.B. an einem speziellen Disease-Management-Programm teilnehmen zu können, vorhanden sein. Hierfür kommt Hilfe und Information durch einen Case-Manager in Frage, soweit die betroffene Person nicht bereits durch ihre zuständige Krankenkasse auf das Programm aufmerksam gemacht worden ist. Wenn die chronisch kranke Person dann in das Disease-Management-Programm eingeschrieben ist, ist davon auszugehen, dass erstmal kein Case-Management mehr benötigt wird. Denn durch das Disease-Management sollen im Idealfall nicht nur Leistungen der akuten Krankenbehandlung, sondern beispielsweise auch Leistungen der Prävention und Rehabilitation einbezogen werden, bzw. auch Kooperationen bzgl. der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bestehen. Wenn Disease-Management tatsächlich derart sektorenübergreifend funktionieren würde, wäre die Arbeit eines Case-Managers eigentlich nicht notwendig, da sich die erkrankte Person mit der Einschreibung in ein Disease-Management-Programm in eine umfangreiche Versorgungsplanung eingeschrieben hat, die kaum noch Defizite für seine medizinische Versorgung beinhaltet. Da die derzeitigen Disease-Management-Programme aber noch nicht derart umfangreich ausgestaltet sind, gibt es immer noch erhebliche Defizite bei der Frage, welche Leistungen durch welchen Leistungsträger in komplexen Hilfelagen erforderlich sind. Hierfür käme die Arbeit eines Case-Managers in Frage. Möglich ist jedoch auch, dass diese Aufgabe durch die Gemeinsamen örtlichen Servicestellen gem. § 22 SGB IX erfüllt wird: Die Gemeinsamen Servicestellen bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen – wozu auch chronisch Kranke gezählt werden sollen –, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten nach § 60 SGB IX Beratung und Unterstützung an⁹⁸⁴. Die Beratung und Unterstützung soll dabei trägerübergreifend durchgeführt werden, d.h. die Gemeinsamen Servicestellen haben den Hilfesuchenden über sämtliche Leistungen, welche in Frage kommen, zu informieren. Zurzeit wird die Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen jedoch vielfach noch als zu gering angesehen⁹⁸⁵. Dabei könnten sie durchaus die Arbeit eines zusätzlichen Case-Managers ersetzen. Denn ihre Aufgabe ist es, trägerübergreifend zu informieren und zu helfen.

⁹⁸⁴ § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IX; vgl. hierzu auch Glied.-Pkt. C.II.2.b)bb)(4).

⁹⁸⁵ Hierzu auch BT-Drucks. 15/4575, S. 2 f, wonach die Bilanz der bisherigen Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen gemessen an den gesetzgeberischen Erwartungen und Zielen vielfach als enttäuschend angesehen wird.

Case-Management kann somit eine sinnvolle Ergänzung zum Disease-Management darstellen. Jedoch ist zweifelhaft, ob hierfür zusätzliche Case-Manager benötigt werden, um der Aufgabe gerecht zu werden. Denn Gemeinsame Servicestellen gem. § 22 SGB IX haben genau die Aufgabe, die von einem Case-Manager erwartet werden. Voraussetzung ist allerdings, dass die Gemeinsamen Servicestellen durch Hilfesuchende in Anspruch genommen werden, und dass die Mitarbeiter ausreichend qualifiziert sind. Gemeinsame Servicestellen müssen insofern ihrer Aufgabe gerecht werden, bürgernahe Einrichtungen zu sein, welche Hilfesuchende umfassend informieren und ihnen zur Seite stehen können.

b) Zwischenergebnis

Bei den derzeit existierenden strukturierten Behandlungsprogrammen gibt es durchaus noch Verbesserungsbedarf: Beispielsweise besteht weitestgehend Einigkeit darin, dass die Verbindung von DMP mit dem Risikostrukturausgleich die Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken bremst, und insbesondere andere zentrale Elemente wie die primäre Prävention und systematische Ansätze der Rehabilitation aufgrund dieser Verbindung nicht umfassend in die DMP integriert werden können. Auch hinsichtlich des Umfangs der Dokumentation der Programme besteht Verbesserungsbedarf.

Des Weiteren kann man einen Änderungsbedarf bei der Versorgung von mehrfach und besonders schwer chronisch kranken Personen sehen: In Zukunft könnte bei den DMP die intensive Betreuung dieser Personengruppe besonders berücksichtigt werden. Case-Management stellt sich nicht als notwendiges Kriterium dar, um die bestehenden DMP zu verbessern, es könnte aber eine sinnvolle Ergänzung zum Disease-Management sein. Jedoch ist zweifelhaft, ob zusätzliche Case-Manager benötigt werden, um diese Aufgabe auszufüllen. Denn Gemeinsame Servicestellen gem. § 22 SGB IX haben genau die Aufgabe, die von einem Case-Manager erwartet werden.

III. Rehabilitation

Ausführungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung für chronisch Kranke finden sich bereits im Abschnitt „C“ der Arbeit.

E. Zusammenfassung der Arbeit

I. Rechtsbegriff der chronischen Krankheit

Chronische Krankheit wird im SGB V und SGB IX mehrfach erwähnt. Es wird jedoch unterschiedlich beurteilt, was hierunter zu verstehen ist. Auch innerhalb des Grundgesetzes ist der

Begriff der chronischen Krankheit von Bedeutung; selbst wenn er dort nicht erwähnt worden ist.

1. Grundgesetz

Innerhalb des Grundgesetzes wird der Begriff der chronischen Krankheit mit zum Behinderungsbegriff des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG gezählt. Die Konsequenz daraus ist, dass auch chronisch Kranke dem Schutz des verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot unterliegen.

Der Grund hierfür ist, dass das Benachteiligungsverbot auf diese Weise für die betroffenen Personen möglichst breite Wirkung entfalten kann. Ein umfangreicher Schutz durch das Grundgesetz kann nur dann erreicht werden, wenn auch chronische Krankheiten, welche häufig die Vorstufe zu Behinderungen sind, einbezogen werden.

2. SGB IX

Innerhalb des SGB IX wird zwischen den Begriffen der Behinderung und der chronischen Krankheit unterschieden: Der Hauptunterschied besteht in ihren verschiedenen Schwerpunkten auf eine Teilhabe- bzw. Gesundheitsstörung. Während es beim Behinderungsbegriff insbesondere um die Beeinträchtigung der Teilhabe geht, welche durch eine Funktionsstörung hervorgerufen wurde, geht es beim Begriff der chronischen Krankheit in erster Linie um Gesundheitsstörungen, durch welche die jeweiligen Beschwerden des Erkrankten hervorgerufen wurden. Anders wird dies hinsichtlich der Begriffe der drohenden Behinderung, chronischen Krankheit und der drohenden Chronifizierung von Krankheiten beurteilt: Der Begriff der drohenden Behinderung ist um die Begriffe der chronischen Krankheit und der drohenden Chronifizierung einer Krankheit zu erweitern. Nur auf diesem Wege kann der Präventionsvorrang des § 3 SGB IX auch tatsächlich gewährleistet werden.

Der Behinderungsbegriff des SGB IX unterliegt damit einem engeren Verständnis als der allgemeine Behinderungsbegriff der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health =Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit): Nach der ICF umfasst der Behinderungsbegriff jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit. Hiernach liegt eine Behinderung vor, wenn in wenigstens einem der folgenden Bereiche eine Beeinträchtigung vorliegt, d.h. eine Funktionsstörung, ein Strukturschaden, eine Einschränkung einer Aktivität oder eine Beeinträchtigung der Teilhabe an einem Lebensbereich. Beim Behinderungsbegriff des SGB IX wird hingegen als Maßstab der für das Lebensalter typische Zustand verwendet, von welchem eine Abweichung für länger als sechs Monate

vorliegen muss und dadurch eine Teilhabebeeinträchtigung gegeben ist. Das Verständnis von Behinderung im Sinne des SGB IX ist damit auch an engere rechtliche Voraussetzungen geknüpft als der Behinderungsbegriff des Grundgesetzes, welcher auch die chronische Krankheit einbezieht und keine Differenzierungen - wie innerhalb des SGB IX - zwischen Behinderung, drohender Behinderung und chronischer Krankheit vornimmt.

3. Krankenversicherung

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Begriff der chronischen Krankheit hauptsächlich nicht zu den Begriffen der Behinderung und drohenden Behinderung abgegrenzt, sondern hier stellt sich in erster Linie die Frage, wo die Unterschiede zur einfachen Krankheit liegen, welche ggf. einen Anspruch auf Krankenbehandlung gem. §§ 27 ff. SGB V auslöst: Der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, welcher aufgrund der jeweiligen chronischen Krankheit vorliegt, kann in vielen Fällen keiner ärztlichen Behandlung zugänglich gemacht werden, da weder die Aussicht auf Heilung oder Besserung des Leidens noch auf Linderung von akuten Schmerzen besteht. In derartigen Fällen besteht dann auch keine Behandlungsbedürftigkeit und somit auch keine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts. Dieser Zustand kann aber ggf. einen Anspruch auf medizinische Vorsorgeleistungen gem. § 23 SGB V auslösen. Dies wirft wiederum die Frage auf, ob es sich beim Begriff der Krankheit im Sinne des § 23 SGB V um einen speziellen Krankheitsbegriff des SGB V handelt, denn nach dem geltenden Krankheitsbegriff würde ein Anspruch auf Krankenbehandlung, und nicht auf Vorsorgeleistungen bestehen, sofern diese vorliegt.

Insgesamt ist das Verständnis von chronischer Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts an uneinheitliche Kriterien gebunden: Der Begriff der chronischen Krankheit im Sinne des § 2a SGB V bietet die größten Parallelen zu den Begrifflichkeiten und Abgrenzungen des SGB IX. Anders verhält es sich bei weiteren Vorschriften des SGB V, wie z.B. in § 62 SGB V in Verbindung mit der Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten, wo nicht das Bestehen einer chronischen Krankheit maßgeblich für eine verminderte Zuzahlungsgrenze ist, sondern das Bestehen einer *schwerwiegenden* chronischen Krankheit, hier somit eine zusätzliche Begrifflichkeit geschaffen worden ist.

II. Der Begriff der medizinischen Rehabilitation und ihr Verhältnis zur chronischen Krankheit

Das heute existierende Verständnis von medizinischer Rehabilitation im Sinne der WHO verfolgt einen präventiven Ansatz, indem die Frage nach der funktionalen Gesundheit zum Aus-

gangspunkt gemacht worden ist. Dadurch wird der Tatsache Rechnung getragen, dass chronische Krankheiten den Behinderungen oftmals vorgelagert sind. Trotz der Bedeutung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für die Behandlung chronischer Krankheiten wird in den letzten Jahren ein stetiger Rückgang der Antragszahlen für Rehabilitationsleistungen beobachtet. Häufigste Indikationen sind aber nach wie vor Krankheiten der Bewegungsorgane, gefolgt von onkologischen Erkrankungen (bösartige Neubildungen), psychosomatische Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In der Praxis der Leistungserbringung wird somit immer noch ganz klar das Bild bestätigt, dass die medizinische Rehabilitation die Medizin chronischer Krankheiten ist. Eine Gesamtbetrachtung aller medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ergibt allerdings immer noch eine deutliche Differenz zwischen stationären und ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

1. Das rechtliche Verständnis von medizinischer Rehabilitation und ihre Bedeutung für chronisch Kranke

a) SGB IX

Als zentrale Norm für das rechtliche Verständnis von medizinischer Rehabilitation kann § 26 SGB IX genannt werden: Danach werden zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen die erforderlichen Leistungen erbracht, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern. Der Begriff der medizinischen Rehabilitation wird hier anhand ihres jeweiligen Zieles definiert. Die zusätzliche Erwähnung der chronischen Krankheit zeigt dabei auf, dass ein besonderer Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation gerade auch auf der Behandlung und Vermeidung chronischer Krankheiten liegt.

b) SGB V

Innerhalb der Leistungsarten gem. § 11 SGB V wird die chronische Krankheit wörtlich nicht berücksichtigt. Man mag hier zwar von einem „mittelbaren Vorrang“ medizinischer Rehabilitationsleistungen für chronisch Kranke sprechen (dies aufgrund der besonderen Zielsetzung der Rehabilitation); dies hat jedoch leider keinen Niederschlag im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung gefunden. Zwar stellt der Programmsatz des § 2a SGB V klar, dass die

besonderen Belange chronisch Kranker zu berücksichtigen sind. Ein zusätzlicher Leistungsanspruch für chronisch Kranke wird dadurch allerdings nicht eingeräumt. Die mit dem SGB IX geschaffenen Grundsätze sind dadurch nur in einem „abgemilderten Zustand“ in das SGB V übernommen worden.

c) SGB VI

Auch in der gesetzlichen Rentenversicherung wird der Begriff der medizinischen Rehabilitation anhand ihrer jeweiligen Ziele definiert: Danach erbringen die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, (...), um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern. Auffällig an der Zielsetzung der Teilhabeleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung ist, dass nicht nur die Behandlung und Vermeidung einer Krankheit oder Behinderung im Vordergrund stehen, sondern in erster Linie negativen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken werden soll. Soweit das Bestehen von chronischer Krankheit Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten hat, kann sie einen Anspruch auf Teilhabeleistungen und damit auch auf medizinische Rehabilitationsleistungen auslösen. Die Behandlung von chronischer Krankheit bildet somit nicht den gesetzlichen Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitationsleistungen. Rechtlich betrachtet sind an die Gewährung von Rehabilitationsleistungen für chronisch Kranke innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung damit höhere Anforderungen gesetzt als innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung: In den Fällen, in denen die chronische Krankheit noch zu keiner drohenden Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit geführt hat, sind die Voraussetzungen für Teilhabeleistungen nicht erfüllt. Hier besteht die Gefahr, dass ein rechtlich begründeter Anspruch auf Rehabilitation für chronisch Kranke zu spät entsteht.

III. Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen für chronisch Kranke

In der Diskussion um den Rehabilitationsbedarf wird regelmäßig zwischen dem kollektiven und dem individuellen Rehabilitationsbedarf unterschieden. Ersterer meint vor allem unter versorgungspolitischen Aspekten die ausreichende Bereitstellung von Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation. Diese wiederum sind Voraussetzung für die Deckung des individuellen Rehabilitationsbedarfs.

1. Kollektiver Bedarf

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Qualität im Sinne des § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX sind gem. § 20 SGB IX in Verbindung mit den Gemeinsamen Empfehlungen der BAR Maßnahmen und Verfahren zur Qualitätssicherung entwickelt worden. Innerhalb des SGB V sind dabei allerdings die abweichenden Vorschriften der §§ 135 a und 137 d SGB V zu beachten.

2. Individueller Bedarf

Die Frage danach, ob ein Bedarf eines chronisch Kranken an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht, sowie der Umfang dieser Leistungen werden durch die Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs festgelegt.

a) SGB IX

Durch § 26 SGB IX werden die Voraussetzungen für einen individuellen Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen sowie die notwendigen Leistungsinhalte geregelt. Auch nach dem SGB IX ist von einem Vorrang der ambulanten und teilstationären Leistungserbringung vor der vollstationären Leistungserbringung auszugehen. Eine weitergehende Konkretisierung der Anspruchsvoraussetzungen und des Leistungsumfangs richten sich aufgrund des Vorbehalts abweichender Regelungen gem. § 7 SGB IX nach den einzelnen Leistungsgesetzen des SGB. Auch die Förderung der Selbsthilfe nach § 29 SGB IX ist ein bedeutendes Element für eine ausreichende Versorgung chronisch Kranker: Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, sollen nach einheitlichen Grundsätzen gefördert werden. Die einzelnen Leistungsvoraussetzungen für die Förderung der Selbsthilfe sind ebenfalls in den jeweiligen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger geregelt.

b) SGB V

Von den medizinischen Rehabilitationsleistungen gem. § 11 Abs. 2 SGB V und § 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 27 SGB V, welche sowohl in ambulanter, als auch in stationärer Form zu erbringen sind, sind die Präventions- und Vorsorgeleistungen gem. § 11 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V abzugrenzen. Trotz gemeinsamer Rahmenempfehlungen, welche von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der

ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen abgeschlossen worden sind, erscheint eine Zuordnung von medizinischen Maßnahmen zum Bereich der Vorsorge bzw. der Rehabilitation nicht immer eindeutig. Des Weiteren ist zweifelhaft, ob eine Zuordnung der sekundären Prävention zum Bereich der Vorsorge, wie sie in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen wurde, in sämtlichen Fällen sinnvoll ist.

Die Frage, ob Rehabilitationsbedarf bei chronisch Kranken vorliegt, wird in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Rehabilitations-Richtlinien, RehaRL) konkretisiert. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nach den RehaRL grundsätzlich nur dann geleistet, wenn in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen (wozu auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit gehört). Hierbei ist allerdings unklar, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe drohen muss, damit Rehabilitationsbedürftigkeit besteht. Da chronische Krankheiten häufig die Vorstufe zu einer Teilhabebeeinträchtigung sind, ist es somit erforderlich, Rehabilitationsbedarf auch aufgrund des Vorliegens von chronischer Krankheit anzuerkennen (wenn z.B. mit einer Verschlimmerung der Krankheit bzw. dem Hinzutreten einer chronischen Folgekrankheit zu rechnen ist), d.h. selbst wenn die Wahrscheinlichkeit einer Teilhabebeeinträchtigung noch als verhältnismäßig gering anzusehen ist. Dies schützt die Belange chronisch Kranker, da chronische Krankheiten nicht nur zu Behinderungen, sondern oftmals auch zu späterer Pflegebedürftigkeit führen können.

c) SGB VI

Innerhalb des SGB VI ist bei der Ermittlung eines individuellen Bedarfs für chronisch Kranke zwischen den Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe, sowie den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gem. §§ 9, 10 und 11 SGB VI zu unterscheiden. Während die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs in einem Wechselverhältnis mit den Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe steht, und auch das Erfüllen der persönlichen Voraussetzungen den Rehabilitationsbedarf im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung näher definiert, handelt es sich bei den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen mehr um zusätzliche Anspruchsvoraussetzungen in Form von versicherungsrechtlichen Bestimmungen. Krankheit und Behinderung können nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung einen Anspruch auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen auslösen. Zum Krankheitsbegriff im Sinne des § 10 SGB VI sind auch chronische Krankheiten sowie drohende Behinderungen zu zählen, soweit sie eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit auslösen. Um möglichst frühzeitig

einen Bedarf an Rehabilitationsleistungen zu erkennen, und um eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, gilt es, zuverlässige Faktoren zur Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs zu finden. Als wichtigste Faktoren sind hier zu nennen: Funktionseinschränkungen, Fähigkeitsstörungen, Risikokonstellationen, Kombination von Gesundheitsstörungen/Multimorbidität, Arbeitsunfähigkeitszeiten, bisherige Therapie, Erfordernis der Koordination mehrerer Therapieformen, hoher Schulungsbedarf und Probleme bei der Krankheitsbewältigung.

d) SGB VII

Die Berufskrankheiten in der gesetzlichen Unfallversicherung lassen sich in so genannte Listen- und Quasi-Berufskrankheiten unterteilen. Während in der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung eine rechtverbindliche Liste mit den Krankheiten erstellt wurde, welche als Berufskrankheit anerkannt worden sind, besteht für Erkrankungen, die in dieser Liste nicht aufgeführt sind, unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, wie eine Berufskrankheit anerkannt zu werden. Stellt man sich die Frage, ob die Erstellung einer vergleichbaren Liste auch für chronische Krankheiten, d.h. für solche, welche keine Berufskrankheiten sind, möglich ist, kommt man zu dem Ergebnis, dass dies nur bei einer ständigen Aktualisierung der Liste empfehlenswert ist. Denn die besonderen Leistungsangebote für chronisch Kranke, welche im SGB aufgeführt sind, sollen einem breiten Spektrum an Personen zugänglich gemacht werden, welche an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leiden.

3. Zuständigkeiten und Aufgaben bei der Ermittlung von Rehabilitationsbedarf

a) § 8 SGB IX

Bei der Amtsverpflichtung des § 8 SGB IX ist zwischen der generellen Regelung des § 8 Abs. 1 SGB IX und der spezielleren des § 8 Abs. 2 SGB IX zu unterscheiden. Bei den Leistungen nach Abs. 1 handelt es sich um allgemeine Leistungen, d.h. in erster Linie um Leistungen der Krankenbehandlung und Geldleistungen, wie z.B. Krankengeld oder auch Verletztengeld, während es sich bei den Leistungen nach Abs. 2 um Rentenleistungen handelt. Gem. § 8 Abs. 1 SGB IX beginnt die Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers, wenn Leistungen zur Krankenbehandlung erbracht oder Krankengeld aufgrund der Arbeitsunfähigkeit wegen *chronischer* Krankheit geleistet wird. Das Gebot der frühestmöglichen Leistungserkennung und -erbringung wird auch durch § 8 Abs. 3 SGB IX gefördert, wonach die Prüfpflicht des Rehabilitationsträgers gem. § 8 SGB IX auch dann einsetzt, wenn durch Leistungen zur Teilhabe

Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden, gemindert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann. Auch bei dieser Vorschrift ist davon auszugehen, dass die in Frage kommenden Teilhabeleistungen möglichst frühzeitig beginnen sollten, d.h. wenn Pflegebedürftigkeit aufgrund des Vorliegens einer chronischen Erkrankung einzutreten droht, weil z.B. eine Verschlimmerung der Krankheit oder das Hinzutreten weiterer chronischer Folgekrankheiten droht.

b) §§ 10 und 14 SGB IX

Nach Klärung der Frage, ob der Antrag auf Leistungen weitergeleitet werden soll oder nicht, hat entweder der erstangegangene oder der zweitangegangene Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf gem. § 14 Abs. 2 Sätze 1 bis 3 SGB IX unverzüglich festzustellen. Der Bedarf ist dabei unter allen in Frage kommenden Gesichtspunkten zu prüfen; d.h. die Prüfung erstreckt sich nicht nur auf die in den eigenen Leistungsgesetzen maßgeblichen Vorschriften, sondern umfasst sämtliche Zwecke der Teilhabeleistungen nach §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX. Sofern der leistende Rehabilitationsträger weitere Leistungen zur Teilhabe für erforderlich hält und er für diese Leistung nicht Rehabilitationsträger sein kann, hat eine Weiterleitung an einen anderen Rehabilitationsträger zu erfolgen. Nach § 10 SGB IX ist eine Koordinierung innerhalb der Rehabilitationsträger erforderlich, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind.

Da insbesondere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besonders häufig an chronisch Kranke gewährt werden, können sie ihren Nutzen vor allen Dingen aus der raschen Zuständigkeitserklärung des § 14 SGB IX ziehen.

c) Sicherung von Beratung und Auskunft bezüglich eines Teilhabebedarfs

aa) Pflichten Personensorgeberechtigter/ berufsmäßig beteiligter Akteure

Zur Sicherung von Beratung und Auskunft bei teilhabebedürftigen Personen sind sowohl Personensorgeberechtigte, als auch berufsmäßig tätige Personen, wie z.B. Lehrer, Sozialarbeiter, Jugendleiter und Erzieher angehalten, die von ihnen betreuten Menschen einer gemeinsamen Servicestelle, einer sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation oder einem Arzt zur Beratung vorzustellen, wenn nach ihrer Beurteilung Anzeichen für Behinderungen oder drohende Behinderung auftreten. Die Beratungspflicht der Ärzte erstreckt sich dabei auf geeignete Teilhabeleistungen sowohl für behinderte Menschen als auch für solche, bei denen der Eintritt einer

Behinderung nach ihrer ärztlichen Prognose zu erwarten ist. Hierbei sind nach dem Sinn und Zweck des SGB IX auch chronisch Kranke einzubeziehen.

bb) Pflichten des Arbeitgebers

Zur frühestmöglichen Ermittlung eines Teilhabebedarfs bei chronisch kranken bzw. behinderten und von Behinderung bedrohten Personen sind auch Arbeitgeber an eine besondere Verantwortung gebunden. Die Verpflichtung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gilt gem. § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX für sämtliche Beschäftigte, wenn sie innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. In diesen Fällen hat der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93 SGB IX, bei schwer behinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten zu klären, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Dabei ist unerheblich, ob die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Behinderung, drohender Behinderung, chronischer oder akuter Krankheit hervorgerufen wurde.

Nach der § 7 Abs. 3 der Gemeinsamen Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“ unterstützen sowohl die Rehabilitationsträger, als auch die Integrationsämter die Arbeitgeber beim betrieblichen Eingliederungsmanagement.

IV. Prävention chronischer Krankheiten innerhalb des SGB V

1. Primärprävention/ Selbsthilfe

Leistungen zur Primärprävention gem. § 20 SGB V sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Insbesondere in Bezug auf klassische ernährungs- oder bewegungsabhängige (chronische) Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Herz-Kreislaufkrankungen, Rücken- und Gelenkerkrankungen sind primärpräventive Leistungen, welche den Eintritt dieser Erkrankungen möglichst verhindern oder zumindest verzögern sollen, besonders wichtig.

Auch die Förderung der Selbsthilfe ist Bestandteil des Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenkassen. Auffallend an der Auflistung der Krankheitsbilder ist, dass es sich hierbei fast ausschließlich um chronische Krankheiten handelt. Es ist somit deutlich erkennbar, wie wichtig die Förderung der Selbsthilfe insbesondere für chronisch Kranke ist.

2. Sekundärprävention

Sekundäre Prävention umfasst in der gesetzlichen Krankenversicherung die medizinischen Vorsorgeleistungen gem. § 23 SGB V sowie die medizinische Vorsorge für Mütter und Väter gem. § 24 SGB V. Besonders auch die immer wieder geforderte zunehmende Schwerpunktsetzung auf ambulante medizinische Maßnahmen wirft die Frage auf, inwieweit sich ambulante medizinische Vorsorgemaßnahmen - beispielsweise durch die Einführung von Zuzahlungen, welche sich nach Kalendertagen bemessen - für Versicherte attraktiver gestalten lassen.

V. Strukturierte Behandlungsprogramme

1. Verbesserung bei der Krankenbehandlung?

Es gibt unterschiedliche Positionen zu der Frage, ob durch die Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme eine Verbesserung in der akuten Krankenbehandlung von chronisch Kranken erreicht werden kann, bzw. bereits erreicht worden ist. Zwar liegen einige Qualitätsberichte vor, welche gemeinschaftlich von Krankenkassen und der dazugehörigen Kassenärztlichen Vereinigung erstellt worden sind; diese qualitativen Auswertungen reichen jedoch noch nicht aus, um die Wirkung von strukturierten Behandlungsprogrammen auf die Versorgung chronisch Kranker objektiv beurteilen zu können. Kritiker und Befürworter der DMP sind sich jedoch weitestgehend einig darüber, dass die Verbindung von DMP mit dem Risikostrukturausgleich die Verbesserung der Versorgung bremst, und insbesondere andere zentrale Elemente wie die primäre Prävention und systematische Ansätze der Rehabilitation aufgrund dieser Verbindung nicht umfassend in die DMP integriert werden können.

2. Verbindung mit Rehabilitationsleistungen

Rehabilitative Maßnahmen sind kein Bestandteil der derzeit existierenden DMP. Auch die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten des SGB V lassen nur bedingt eine Verbindung von akuter Krankenbehandlung und Rehabilitation im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme zu. Sofern aber die strukturierten Behandlungsprogramme im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen abgeschlossen werden, ist eine sektorenübergreifende Behandlung von chronischen Krankheiten möglich: Zwar ist primäres Ziel der integrierten Versorgung die Beseitigung der Defizite und Strukturängel innerhalb der medizinischen Akutversorgung; was bedeutet, dass die integrierten Versorgungsverträge hauptsächlich der Strukturverbesserung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung dienen sollen. Da jedoch Ab-

weichendes von den ursprünglichen Regelungen der §§ 140a ff. SGB V gesetzlich zulässig ist, soweit es der Verbesserung der Versorgungsqualität oder zur Durchführung der integrierten Versorgung dient, wäre eine Kooperation bzgl. Leistungen anderer Leistungsträger, sowie mit anderen Leistungsträgern selbst unter Heranziehung der § 21 SGB IX bzw. §§ 53 ff. SGB X möglich. Auf diesem Weg könnte man Verträge mit sämtlichen Rehabilitationseinrichtungen bzw. sogar mit anderen Rehabilitationsträgern schließen, wodurch eine Verbindung von akuter Krankenbehandlung und Rehabilitation im Rahmen der DMP möglich wäre. Eine solche Verbindung könnte die Erbringung von Doppelleistungen verhindern, was wiederum zu einem hohen Einsparpotential bei den Kostenträgern führen könnte.

