

P. Mrozynski,

Recht und Gerechtigkeit – Zusatzmaterialien

Irren ist menschlich

Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie

*Klaus Dörner, Ursula Plog, Thomas Bock,
Peter Brieger, Andreas Heinz, Frank Wendt (Hg.)*

Psychiatrie
Verlag 

Recht und Gerechtigkeit: Zusatzmaterialien

Peter Mrozynski

- **Persönliches Budget 3**
- || Begriff 3
- || Sozialpolitische Aspekte 3
- || Wirtschaftliche Aspekte 4
- || Allgemeine sozialrechtliche Fragen 4
- || Die Rechtslage 6
- ≡ Voraussetzungen 6
- ≡ Budgetfähige Leistungen 7
- ≡ Verantwortung und Autonomie 8
- ≡ Kosten 9
- ≡ Vorläufiger Schluss 9
- **Die Rehabilitation behinderter Menschen 10**
- || Allgemeines 11
- || Die sozialrechtlichen Regelungen der Rehabilitation 13
- ≡ Zum Begriff der Akutbehandlung 13
- ≡ Versicherungsrechtliche Voraussetzungen 14
- ≡ Veränderungen im Akutbereich 15
- ≡ Heilmittel 15
- ≡ Häusliche Krankenpflege 16
- ≡ Soziotherapeutische Maßnahmen 19
- ≡ Medizinische Rehabilitation in der Krankenversicherung 20
- ≡ Medizinische Rehabilitation in der Rentenversicherung 21
- ≡ Berufliche Rehabilitation 22
- || Behinderungsgerechte Arbeit 24
- || Soziale Rehabilitation 28
- || Sozialrechtliche Gesichtspunkte der Gerontopsychiatrie 30
- || Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie 33

■ Persönliches Budget

II Begriff

Das persönliche Budget dient in erster Linie der Beschaffung von Dienstleistungen. Dabei besteht sein wesentlicher Grundgedanke darin, dass ein Auftreten des behinderten Menschen am Markt als Abnehmer von Dienstleistungen dessen Autonomie vergrößert und außerdem mehr Rationalität und mehr Wettbewerb in das überkommene Versorgungssystem bringt. Das persönliche Budget ist demnach in der Regel ein Geldbetrag, dessen Höhe sich an den Kosten des jeweils zu deckenden Bedarfs orientiert und der an einen behinderten Menschen ausgezahlt wird, damit er die Kosten der Deckung dieses Bedarfs eigenverantwortlich aus dem Budget bestreiten kann. Zumeist nicht ausreichend gewürdigt wird folgender Gesichtspunkt: Zwischen dem Erbringer der Dienstleistung und dem Rehabilitationsträger besteht keine Rechtsbeziehung mehr. Daraus ergeben sich völlig neue Gesichtspunkte bei der Qualitätssicherung.

II Sozialpolitische Aspekte

Als weitgehend einheitlich und bestimmend für die Ausführung von Leistungen durch ein persönliches Budget werden folgende Gesichtspunkte genannt:

1. Für den behinderten Menschen muss eine Freiheit der Wahl bestehen, die sich auch darin ausdrücken muss, dass die Entscheidung für eine Sachleistung nicht mit einer Benachteiligung verbunden ist.
2. Es muss eine Begutachtung der Notwendigkeit und der Höhe des budgetfinanzierten Bedarfs erfolgen.
3. Innerhalb eines allgemeinen Rahmens, der durch den Bedarf und den Zweck der Leistung bestimmt wird, gibt es eine Verwendungsfreiheit der Mittel.
4. Die Inanspruchnahme eines persönlichen Budgets muss im Allgemeinen durch eine sachkundige Beratung und Betreuung unterstützt werden. Auch die Qualität der Leistung ist zu gewährleisten.

II Wirtschaftliche Aspekte

Noch keineswegs geklärt sind die wirtschaftlichen Fragen, die mit der Einführung des persönlichen Budgets verbunden sind. Schon allgemein im Bereich der öffentlichen Verwaltung muss man dem Vertrauen in die Gesetze des Marktes eher mit Skepsis begegnen. So ist bereits die Annahme, auf den normalen Märkten wären Angebot und Nachfrage ein hinreichendes Regulativ für Preis und Qualität der Leistung, kaum gerechtfertigt. Ihre Übernahme in die Verwaltungspraxis, etwa unter dem Begriff »Neue Steuerung«, ist zumeist reichlich naiv, weil sie oft nicht einmal Lehren aus der alltäglichen Erfahrung mit dem Thema Markt und Verwaltung zieht. Mit allzu leichter Hand spielt sie Bürokratie und Ökonomie gegeneinander aus. Das bedeutet nicht, dass ein betriebswirtschaftliches Denken in der Verwaltung fehl am Platze wäre. Es ist lediglich bisher nicht gelungen, dieses Denken auf eine Praxis auszurichten, die von dem Grundsatz der Gesetzmäßigkeit des Entscheidens und Handelns geprägt ist und geprägt sein muss (Art. 20 GG).

II Allgemeine sozialrechtliche Fragen

Speziell für das Sozialrecht treten folgende Gesichtspunkte hinzu: Im Vergleich mit dem Markt, wie er sich beim Erwerb von Konsumgütern darstellt, sind zumindest zwei abweichende Grundmerkmale zu beachten, die die Beziehung zum Vertragspartner als asymmetrisch erscheinen lassen. Anders als bei vielen Konsumgütern kann der Leistungsberechtigte im Allgemeinen die Bedarfsdeckung nicht nach seinen finanziellen Möglichkeiten aufschieben oder einschränken. Bei besonders dringlichem Bedarf wird der Leistungsberechtigte sogar ohne jede Rücksicht auf die Wirtschaftlichkeit der Bedarfsdeckung handeln. Insbesondere kann er in diesen Fällen zumeist nicht durch Eigenbeteiligungen zu einem wirtschaftlich vernünftigen Verhalten veranlasst werden. Zumindest um der Sicherung der physischen Existenz und der Wahrung der Menschenwürde willen werden die meisten kranken oder behinderten Mensch selbst bereit sein, jeden Preis zu zahlen. Bei genauer Betrachtung ist dies bereits bei wesentlich geringer zu veranschlagenden Bedarfspositionen der Fall. Zumindest dies müsste Skepsis gegenüber dem Markt aufkommen lassen. Als zweiter Gesichtspunkt tritt derjenige hinzu, dass der Leistungsberechtigte Leistungen bei einem Anbieter nachfragt, die ein Dritter, der Rehabilitationsträger, bezahlt. Daraus ergeben sich Steuerungsfehler und sogar Missbrauchsmöglichkeiten. Vor

allem wegen dieser Besonderheiten wird die Theorie des Marktverhaltens zumindest in der Krankenversicherung sogar für gänzlich unanwendbar gehalten. In allen anderen Bereichen wird man die Übernahme betriebswirtschaftlicher Grundsätze als wenig durchdacht bezeichnen müssen. Wenn im Zusammenhang mit dem persönlichen Budget vom »kritischen Verbraucher« die Rede ist, dann ist dies an eine Reihe von Voraussetzungen zu knüpfen, die schon allgemein im Sozialrecht, zumindest aber im Gesundheitssektor, schwer zu erfüllen sind. Das beginnt bereits mit der Tatsache, dass die erforderlichen Dienstleistungen zu einem bestimmten Zeitpunkt und an einem bestimmten Ort, sowie häufig mit unterschiedlicher Intensität benötigt werden. Diese Faktoren lassen sich zumeist nicht im Voraus kalkulieren. Der Leistungsberechtigte ist zudem nur bedingt in der Lage, seinen Bedarf genau zu bestimmen und vor allem die Leistungen, die er zur Bedarfsdeckung benötigt, so zu definieren, dass er als informierter oder gar kritischer Verbraucher am Markt auftreten und Leistung und Gegenleistung bewerten kann. Wesentliche Aufgaben müssen andere für ihn übernehmen. Insoweit wird es für erforderlich gehalten, ein »Netzwerk der Unterstützung« schaffen. Damit verlangt aber die Sicherstellung aller sozialpolitischen Ziele des persönlichen Budgets in einem Wettbewerbssystem einen enormen Regulierungsapparat zu Standardisierung der Produkte, Qualitätstransparenz und -sicherung, Informationsbeschaffung und -verteilung, Preiskontrolle, Marktaufsicht usw. der aufgrund der Komplexität und Lebenswichtigkeit umfassender und kostspieliger wäre als auf anderen Märkten.

In der alltäglichen Praxis wird sich der behinderte Mensch häufig nur darauf verlassen können, dass sich ein Vertrauen zu einem Anbieter von Dienstleistungen entwickelt hat. Dieses Vertrauen kann auf Erfahrung beruhen, sich aber auch scheinbar rational aus einer Zertifizierung ergeben. Ein Ausweg aus diesem Dilemma wird in dem Arbeitgebermodell gesehen, in dem die Prinzipal-Agent-Beziehung dazu führt, dass der Auftragnehmer auf die Interessen des Auftraggebers verpflichtet wird. Das bedeutet aber, dass der behinderte Mensch fachlich kompetent Bedarf und Leistungen in Beziehung setzen können muss. Seine Interessen können nicht an die Stelle einer Qualitätskontrolle treten. Deswegen ist eine Begutachtung des Bedarfs und der erforderlichen Leistungen unerlässlich. Desgleichen muss eine Beratung und Assistenz des behinderten Menschen bei der Inanspruchnahme des persönlichen Budgets erfolgen. Schließlich kann auch auf eine Kontrolle der Qualität nicht verzichtet werden. Damit entstehen aber Zusatzkosten, die als sogenannte Transaktionskosten in die Wirtschaftlichkeitsberechnung

eingehen müssen. Über ihre Höhe bestehen keine genauen Vorstellungen. Auf der anderen Seite kann nicht übersehen werden, dass solche Kosten zumindest teilweise auch in der herkömmlichen Versorgung zu Buche schlagen. Dann muss man aber auch zugestehen, dass das persönliche Budget in diesem Punkt keine Neuerungen bringt. Auffallend ist, dass sich der Gesetzgeber des SGB IX mit diesen Fragen nicht auseinandergesetzt hat. In der Krankenversicherung hat er das Problem immerhin unter einem Blickwinkel aufgegriffen. Gemäß § 65b SGB V bringen die Spitzenverbände der Krankenkassen erhebliche Finanzmittel für die Verbraucher- und Patientenberatung auf.

II Die Rechtslage

Bei der ursprünglichen Einführung des persönlichen Budgets im Jahre 2001 durch § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX in genau drei Worten war eigentlich klar, dass ohne konkretisierende Regelungen in den Leistungsgesetzen die Realisierung dieses Teils der Reform, der ja tatsächlich eine große Neuerung darstellt, nicht möglich war. Nunmehr hat der Gesetzgeber § 17 SGB IX völlig neu gefasst. Dabei werden jetzt die gesetzlichen Grundlagen für das persönliche Budget in den Abs. 2–6 geschaffen. Außerdem wird eine Reihe von Anschlussregelungen getroffen. Bis Ende 2007 erfolgte eine Erprobung des persönlichen Budgets. Die Ergebnisse wurden durchweg positiv bewertet. Als Folge davon wurde mit dem 1. 1. 2008 ein Rechtsanspruch auf das persönliche Budget eingeführt.

III Voraussetzungen

Das persönliche Budget war anfangs nicht Ausdruck des Wunsch- und Wahlrechts. Vielmehr konnte es zunächst nur auf Antrag gewährt werden. Ermessensleitende Funktion hatte dabei das gesetzliche Merkmal »um dem Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen«. Bei der Ausführung wirken außer den beteiligten Rehabilitationsträgern auch die Integrationsämter und die Pflegekassen mit. Ein wichtige Regelung wird dann in § 17 Abs. 2 Satz 3 SGB IX getroffen: Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Damit ist also die bisher nicht bestehende Möglichkeit geschaffen worden, dass verschiedene Leistungsträger Geldleistungen nach einem zuvor bestimmten ideellen Anteil in einen gemeinsamen Topf einzahlen, aus dem der behin-

derte Mensch seinen Bedarf decken kann, ohne dass er über Einzelbeträge Rechenschaft leisten müsste. Eine vergleichbare Regelung wäre eigentlich für das ganze Sozialrecht, zumindest aber in der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen zu schaffen. Dazu konnte sich der Gesetzgeber jedoch nicht entschließen. Außer beim persönlichen Budget gibt es bisher die Komplexleistung nur in der Frühförderung behinderter Kinder nach § 30 Abs. 1 SGB IX. Das persönliche Budget wird in der Regel durch Geldleistungen erbracht, möglich sind aber auch Gutscheine. Die Leistung ist so zu bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf, einschließlich der erforderlichen Beratung, gedeckt werden kann. Das würde konsequenterweise bedeuten, dass das persönliche Budget finanziell aufwendiger ist als die Geld- oder Sachleistung. Jedoch sieht § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX vor, dass die Höhe des persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten soll. Diese Deckelung geht damit entweder zu Lasten der Bedarfsdeckung oder der Beratung.

≡ Budgetfähige Leistungen

Der Autonomie des behinderten Menschen werden durch § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX gewisse Grenzen gesetzt. Budgetfähig sind danach alle Leistungen zur Teilhabe nach Satz 1 und darüber hinaus die erforderlichen Leistungen der Kranken- und Pflegekassen, sowie der Pflegeleistungen der Unfallversicherung und der Sozialhilfe. In den Materialien war dies zu erläutern, was bis auf einen Punkt auch geschehen ist. Die budgetfähigen Leistungen werden wie folgt definiert: Es kann sich hierbei nur um solche Leistungen handeln, die sich über einen längeren Zeitraum regelmäßig wiederholen, sich auf alltägliche und regiefähige Bedarfe beziehen. Gelegentliche sowie kurzfristige Hilfebedarfe und einmalige Leistungen werden damit ausgeschlossen. Diese Leistungen können daneben erbracht werden. Typische budgetfähige Leistungen können insbesondere die Hilfe zur Mobilität, Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Hilfen zur häuslichen Pflege und häuslichen Krankenpflege, regelmäßig wiederkehrend benötigte Hilfs- und Heilmittel sowie Hilfen zum Erreichen des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes (Fahrkosten) sein. Der Begriff der »regiefähigen Bedarfe« fand ursprünglich noch Erwähnung in dem Gesetzestext (Fassung 9. 12. 2004). Da die Regie wenig mit der Autonomie des behinderten Menschen zu tun hat, wurde er später entfernt. Wichtig ist, dass das trägerübergreifende Budget heute auch die Pflegekasse einbezieht,

wenn sie auch ausschließlich Gutscheine zur Inanspruchnahme zugelassener Pflegeeinrichtungen ausgibt (§ 35 a SGB XI). Erwähnenswert ist vor allem, dass sich die Begriffe der regelmäßigen Wiederholung und des alltäglichen Bedarfs durchaus auch auf medizinische Leistungen erstrecken. Damit wird vor allem klargestellt, dass nicht nur die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, wie in der Pflegeversicherung, gemeint sind.

Wenn eine Leistung budgetfähig ist, kann sie entweder als Geldleistung oder als Gutschein erbracht werden. Nahe liegt eine Interpretation, nach der ein Gutschein dann ausgegeben wird, wenn der Leistungsberechtigte im Umgang mit Geld weniger bedachtsam ist. In den Materialien heißt es dazu jedoch: »Lediglich in begründeten Ausnahmefällen ist die Ausgabe von Gutscheinen, eine Ausprägung der Sachleistung, zulässig. Ein begründeter Fall kann insbesondere dann vorliegen, wenn die Ausgabe eines Gutscheines zur Sicherung der Qualität der Leistung oder eine stationäre Leistung geboten ist.« Damit sind die Möglichkeiten eines persönlichen Budgets im stationären Bereich doch eingeschränkt.

≡ Verantwortung und Autonomie

Gegenüber dem früheren Gesetzestext fällt auf, dass der in § 17 SGB IX aufgestellte Grundsatz, der Rehabilitationsträger bleibt bei jeder Erbringungsform »für die Ausführung der Leistung verantwortlich«, nicht mehr auf das persönliche Budget erstreckt wird. Das ist vor dem Hintergrund der gewollten Autonomie des behinderten Menschen verständlich. Es ist auch angesichts der beim persönlichen Budget fehlenden vertraglichen Beziehung zwischen Rehabilitationsträger und Leistungserbringer (vgl. §§ 75 ff. SGB XII) verständlich. Es ist allerdings die Frage, ob der behinderte Mensch in der Lage ist, die Verantwortung allein zu tragen. Dazu braucht er ja nicht nur Informationen über die Leistungserbringung. Er muss auch die Möglichkeit einer Einflussnahme haben. Diese hatten auch bisher schon die Selbstzahler nur in begrenztem Umfang. Im Wesentlichen bleibt auch der Inhaber des persönlichen Budgets darauf beschränkt, zwischen mehreren Anbietern von Leistungen auszuwählen. Diese Möglichkeit bestand aber auch bisher schon auf der Grundlage des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX. Im Kontrast zu der verminderten Verantwortlichkeit des Leistungsträgers bleibt aber der Antragsteller selbst sechs Monate an die Entscheidung gebunden. Wenn man es genau betrachtet, besteht keine Bindung an den Antrag, sondern an die Entscheidung des Leistungsträgers. Sie muss ja nicht vollständig mit dem Antrag deckungs-

gleich sein. Droht allerdings das persönliche Budget in eine Sackgasse zu münden, so kann die Entscheidung durch den Rehabilitationsträger nach § 48 SGB X aufgehoben werden. Er selbst ist ja nur im Rahmen der allgemeinen Verfahrensregeln an die Entscheidung gebunden.

≡ Kosten

Die durch das persönliche Budget entstehenden Zusatzkosten, insbesondere für Beratung und Qualitätssicherung, sind nicht beziffert worden. Sie werden in der Ökonomie aber als außerordentlich hoch angesehen. Diesem Problem trägt die Regelung des § 17 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB IX nicht ausreichend Rechnung. Grundsätzlich dürfen die für Leistung und Beratung entstehenden Kosten die bisherigen Kosten nicht überschreiten. In § 11 Abs. 2 Satz 4 SGB XII ist aber ein selbstständiger Anspruch auf Budgetberatung eingeführt worden. Dabei ist vorrangig auf die freie Wohlfahrtspflege hinzuweisen. Beratungskosten werden allerdings grundsätzlich nur übernommen, wenn eine wirtschaftliche Situation gegeben ist, wie sie bei der Hilfe zum Lebensunterhalt besteht. Völlig unklar ist auch noch, wie bei einer nicht sachgerechten Verwendung der Mittel zu verfahren ist. Endet die Verantwortung des Rehabilitationsträgers mit der Auszahlung des Geldbetrages, so kommen zusätzliche Belastungen auf die Sozialhilfeträger zu. Selbst wenn allein Leistungen der Sozialhilfe durch ein persönliches Budget ausgeführt werden, besteht keine Möglichkeit, eine nochmalige Leistung bei zweckwidriger Verwendung der Mittel zu verweigern. Das ergibt sich bereits aus dem Bedarfsdeckungsprinzip des § 2 Abs. 1 SGB XII (§ 2 Abs. 1 BSHG) und wird durch die auf die Hilfe zum Lebensunterhalt beschränkten Regelungen der § 39 a SGB XII (§ 29 a BSHG) unterstrichen. Auch die Frage einer schuldhaften Herbeiführung des Bedarfs spielt hier keine Rolle. Letztlich muss also der Träger der Sozialhilfe Leistungen zur Bedarfsdeckung auch dann erbringen, wenn die Mittel des persönlichen Budgets zweckwidrig verwendet wurden. Keinen Einfluss auf diese Rechtslage haben die sehr viel strengeren Regelungen des SGB II, der Grundsicherung für Arbeitsuchende, da dessen Vorschriften nur auf die Hilfe zum Lebensunterhalt Anwendung finden.

≡ Vorläufiger Schluss

Wie sich auch immer die Auslegung des § 17 SGB IX noch entwickeln wird, wir haben jetzt eine Vorschrift, die geeignet ist, unser Leistungsrecht zu erweitern. Allein schon deswegen ist das persönliche Budget ein

Fortschritt. Es gibt aber in der Rehabilitation und Teilhabe Personen und Situationen, in denen die Entscheidung über das Leistungsgeschehen nicht dem Berechtigten allein überlassen bleiben kann. Eine völlige Verweigerung des persönlichen Budgets muss deswegen aber auch nicht in Erwägung gezogen werden. Also wird dann doch realistischere ein Dritter Regie führen müssen. Doch das Leistungsrecht ist nur die eine Seite der Autonomie. Zum einen werden im Zusammenhang mit dem persönlichen Budget hinsichtlich des Marktverhaltens der Leistungsberechtigten einige Grundannahmen gemacht, die nicht realitätsgerecht sind und in der Ökonomie als zu lehrbuchhaft bezeichnet werden. Zu nennen sind etwa:

- die Asymmetrie von Nachfrager und Anbieter von Leistungen bei existenzieller Angewiesenheit,
- die Möglichkeit, eine Bedarfsdeckung aufzuschieben, die bei Konsumgütern in viel größerem Umfang besteht,
- der beim Abnehmer bestehende hohe Informationsbedarf über die konkrete Leistung,
- Steuerungsfehler angesichts der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten und Interessen von Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Leistungsträger.

■ Die Rehabilitation behinderter Menschen

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einer Reihe von Entscheidungen den Begriff der medizinischen Rehabilitation präzisiert: Die Rehabilitation wird vom BSG als ganzheitlich bzw. multifunktional bezeichnet (BSG SGB 1993 S. 281). Selbst der pädagogische Charakter einer Maßnahme schließt, insbesondere in der Rentenversicherung, ihre Zuordnung zur medizinischen Rehabilitation nicht aus. Schon in seiner Entscheidung aus dem Jahre 1982 hatte das BSG klargestellt, dass auch pädagogisch ausgerichtete Maßnahmen, die der Behebung einer psychischen Fehlhaltung bzw. der Stabilisierung der Persönlichkeit zur Erreichung der Drogenabstinenz dienen, der medizinischen Rehabilitation zuzurechnen sind. In der erwähnten Entscheidung ging es um die sozialrechtliche Bewertung folgender in eine Wohngemeinschaft für Drogenabhängige integrierte Einzelmaßnahmen: Gewöhnung an einen geregelten Tagesrhythmus, Gruppengespräche, Sport, Freizeitveranstaltungen, Hausdienste, Schulbesuch mit dem Ziel eines Realschulabschlusses (BSG 54 S. 59).

In seiner Rechtsprechung, die man jetzt als gesichert ansehen kann (BSG 57 S. 157; BSG 66 S. 87), hat das BSG die Aufgabe der medizinischen Re-

habilitation dahingehend konkretisiert, dass sie Maßnahmen beinhaltet, die über die ärztliche Behandlung hinausgehen, und mindestens ebenso notwendig Maßnahmen der psychosozialen Behandlung umfassen, die der Stabilisierung der Persönlichkeit dienen. Das umfasst auch pädagogisch ausgerichtete Leistungen. Ausdrücklich wird hervorgehoben, dass diese sich auch auf Maßnahmen erstrecken, die vom medizinischen Personal als »soziale Rehabilitation« bezeichnet werden. Ohne Beschränkung auf den stationären Bereich hat das BSG ausgeführt, dass Maßnahmen der Rehabilitation häufig multifunktional wirken, d. h. sie bewirken außer dem Sacherfolg, auf den sie ihrer Bezeichnung und inhaltlichen Gestaltung nach zunächst ausgerichtet sind, noch weitere Erfolge. So kann eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation zugleich auch der gesundheitlichen oder gesellschaftlichen Rehabilitation oder eine Maßnahme der gesundheitlichen Rehabilitation zugleich der beruflichen oder gesellschaftlichen Rehabilitation dienlich sein. Der leistungsrechtliche Charakter und damit auch die Zuständigkeit ist nach dem Schwerpunkt der Maßnahme zu bestimmen (BSG SGB 1993 S. 281). Diese Rechtsprechung bezieht sich zwar im Wesentlichen auf Leistungen der Rentenversicherung. In ihrem Kern kann man sie aber auch auf die Krankenversicherung übertragen. Das ergibt sich jetzt auch aus § 26 Abs. 3 SGB IX, der eine allgemeine Regelung zur medizinischen Rehabilitation trifft. In einer weiteren Entscheidung hat das BSG unter Zusammenfassung der juristisch-psychiatrischen Diskussion der vergangenen Jahre seine Auffassung noch einmal bekräftigt und insbesondere darauf hingewiesen, dass ein »komplexer Behandlungsansatz durch das Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams unter fachärztlicher Leitung« kennzeichnend für die Versorgung psychisch Kranker ist. Das hat das Gericht bereits so für die Akutbehandlung angenommen und damit auch die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründet (BSG 94 S. 161).

II Allgemeines

Im Folgenden wird die Rehabilitation vor allem am Beispiel der psychiatrischen Versorgung, einschließlich der Sucht, erläutert. Die Ausführungen gelten sinngemäß auch bei anderen Behinderungen. Bei der geistigen Behinderung ist aber zu beachten, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse in der Regel nicht gegeben ist, weil die geistige Behinderung nicht mit medizinischen, sondern mit (heil)pädagogischen Mitteln angegangen wird.

Die Zuständigkeit für die Rehabilitation behinderter Menschen ist im gegliederten System unseres Sozialrechts i. d. R. auf vier verschiedene Leistungsträger verteilt. Es sind dies die Krankenkasse, die Rentenversicherung, die Arbeitsagentur und die Sozialhilfe. Auch die Leistungen der Unfallversicherung und der sozialen Entschädigung umfassen Rehabilitationsleistungen. Die beiden letzteren Sozialleistungsträger erbringen die Leistungen – sogar einschließlich der Pflege – immer »aus einer Hand«. Darüber hinaus kommen für die vollständige Eingliederung behinderter Menschen in allen Bereichen des Sozialrechts immer auch Leistungen des Schwerbehindertenrechts hinzu, dass von den Integrationsämtern ausgeführt wird.

Kennzeichnet man zunächst die in der Rehabilitation zu erfüllende Aufgabe, so ergibt sich für die Zuständigkeit der Leistungsträger bzw. Behörden Folgendes: In Klammern jeweils die zentralen leistungsrechtlichen Vorschriften, die anzuwenden sind.

1. Krankenkasse: alleinige Zuständigkeit für die Akutbehandlung und nachrangige Zuständigkeit für die medizinische Rehabilitation (§ 11 Abs. 2, 40 SGB V)
2. Rentenversicherung: vorrangige Zuständigkeit für die medizinische und die berufliche Rehabilitation (§§ 9 ff. SGB VI),
3. Agentur für Arbeit: nachrangige Zuständigkeit für die berufliche Rehabilitation (§§ 112 ff. SGB III),
4. Integrationsamt: Förderung der behinderungsgerechten Arbeit (§§ 102 ff. SGB IX),
5. Sozialamt: soziale Rehabilitation im Sinne einer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und nachrangige Zuständigkeit für alle Hilfen an behinderte Menschen, soweit einer der zuvor genannten Leistungsträger nicht zur Leistung verpflichtet ist. Das ist in der Regel bei fehlendem Versicherungsschutz gegeben (§§ 53, 54 SGB XII),
6. Jugendamt: Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, insoweit vorrangig gegenüber der Sozialhilfe (§§ 10 Abs. 4, 35 a SGB VIII).

Dieses noch recht einfache Zuständigkeitsschema ist mit einer Fülle von Abgrenzungsproblemen belastet. So kann zweifelhaft sein, wann die Akutbehandlung endet und die medizinische Rehabilitation beginnt. Es ist vor allem nicht so, dass an behinderte Menschen nur Rehabilitationsleistungen zu erbringen wären. Wird z.B. ein körperbehinderter Mensch mit einem Rollstuhl ausgestattet, so handelt es sich dabei um eine Akutversorgung (§ 33 SGB V). Entsprechendes gilt für die reine Entzugsbehandlung bei einem Alkoholkranken (§ 39 SGB V). Heilmittel (§§ 32, 124 SGB V) können heute

in der psychiatrischen Versorgung als therapeutische Dienstleistungen einen wichtigen Stellenwert haben. Sie gehören aber zur Akutbehandlung. Im Allgemeinen steht die Akutversorgung am Beginn der Maßnahmen. Was methodisch unter medizinischer Rehabilitation zu verstehen ist, lässt sich am besten in § 107 Abs. 2 Ziff. 2 SGB V nachlesen. Die wesentlichen gesetzlichen Merkmale lauten: »... auch durch geistige und seelische Einwirkungen ... bei der Entwicklung eigener Abwehr-, Heilungs- und Widerstandskräfte zu helfen«. Heftige Auseinandersetzungen werden um die Abgrenzung der medizinischen von der sozialen Rehabilitation geführt. Auch die Übergänge von der beruflichen Rehabilitation zur behinderungsgerechten Arbeit sind fließend. Von beruflicher Rehabilitation kann man nur dann sprechen, wenn die individuellen beruflichen Fähigkeiten eines behinderten Menschen, sei es durch einen Lehrgang, oder Einzelmaßnahmen gezielt verbessert werden. Die Schaffung bestimmter Erleichterungen im Arbeitsleben (die behinderungsgerechte Gestaltung eines Arbeitsplatzes) gehört allenfalls im Ansatz dazu. Durch § 33 SGB IX ist hier eine Flexibilisierung eingeleitet worden.

II Die sozialrechtlichen Regelungen der Rehabilitation

Unabhängig von den Abgrenzungsfragen ist vorab festzustellen, dass die medizinische Rehabilitation nichts anderes, sondern eine Erweiterung der Akutversorgung darstellt. Die medizinische Rehabilitation bezieht also alle medizinischen Maßnahmen in ihr Konzept ein.

III Zum Begriff der Akutbehandlung

Größere begriffliche Probleme haben wir mit der Akutbehandlung nicht. Sie entspricht im Wesentlichen dem, was man als Heilbehandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst bezeichnet. Ihren gesetzlichen Rahmen erhält sie durch die §§ 28, 72 Abs. 2 SGB V. Des Öfteren ist sie in der Praxis von der Grundpflege bei Hilflosigkeit abzugrenzen. Von Behandlung sprechen wir, wenn der Zustand eines Kranken prinzipiell durch ärztlich verantwortete oder verordnete Heilmaßnahmen beeinflussbar ist. Es reicht, wenn die Behandlung der Linderung des Leidens oder der Verlängerung des Lebens dient. Die Grundpflege, so heißt es, erfolgt nur um ihrer selbst willen. Sie richtet sich auf die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des menschlichen Lebens (Waschen, Anziehen usw.). Mit dem Wort »gewöhnlich« ist vor allem gemeint, dass es sich um

Verrichtungen handeln muss, die nicht durch eine Krankheit erforderlich geworden sind, sondern dass sie zu den Alltagsverrichtungen gehören, die jeder Mensch vornimmt.

Wenn wir also sagen können, dass sich die Akutbehandlung auf den Gesundheitszustand des Versicherten richtet, so wie er jetzt »akut« ist, so wird damit deutlich, dass die Behandlung in dieser Phase maßgeblich vom Arzt bestimmt wird (§ 28 SGB V). Dass die Behandlung vom Arzt verantwortet wird, schließt aber nicht aus, dass andere Berufsgruppen tätig werden. Zum Teil drängen sie sogar in den Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit. Das gilt in besonderem Maße für die psychologischen Psychotherapeuten (§ 28 Abs. 3 SGB V). Angesichts der Dominanz des Arztes wird auch das begrenzte Blickfeld der Akutbehandlung deutlich. In der anschließenden medizinischen Rehabilitation wird ohne weitere Einschränkung »besonders – nämlich für die jeweils zu erfüllende Aufgabe – geschultes Personal« tätig (§ 107 Abs 2 Nr. 2 SGB V).

≡ Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die Akutbehandlung ist die angestammte Domäne der Krankenversicherung. Dabei ist eindeutig klargestellt, dass die Rentenversicherung auch dann nicht zur Akutbehandlung leisten muss, wenn diese Akutbehandlung den ersten Teil einer umfassenden Rehabilitationsmaßnahme darstellt und der behinderte Mensch nicht in den Schutz der Krankenversicherung einbezogen ist (§ 13 Abs. 2 Ziff. 1 SGB VI). In diesem Falle muss der Träger der Sozialhilfe die Kosten für die Akutbehandlung übernehmen. Die anschließende Rehabilitation erbringt dann der Träger der Rentenversicherung.

Beispiel  In der Praxis kann sich eine solche Konstellation dann ergeben, wenn ein psychisch Kranker in der Vergangenheit einige Zeit versicherungspflichtig sowohl in der Kranken- als auch in der Rentenversicherung (§§ 5 Abs. 1 Ziff. 1 SGB V, 1 Abs. 1 Ziff. 1 SGB VI) beschäftigt war. Er mag seine Beschäftigung aufgegeben haben und für einige Zeit ohne Arbeit gewesen sein. In dieser Phase wird er weder arbeitsunfähig noch arbeitslos gemeldet gewesen sein. Vielleicht hat sich hier der Ausbruch seiner Krankheit angekündigt. Manifestiert sich jetzt die Akuterkrankung, dann fehlte es in der Vergangenheit immer an einem Schutz in der Krankenversicherung. Heute greift allerdings zumeist die Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Dieser Versicherungsschutz ist jedoch mit dem Nachteil verbunden, dass die Beiträge vom Versicherten allein aufgebracht werden müssen (§ 250 Abs. 3 SGB V). Werden in einer solchen Situation

Leistungen zum Lebensunterhalt erbracht, so ist die Übernahme der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu beantragen (§ 32 SGB XII). Zu beachten ist darüber hinaus, dass Beitragsschulden nicht dazu führen können, dass der Leistungsanspruch in vollem Umfang ruht (§ 16 Abs. 3 a Satz 2 SGB V).

Die Rechtslage in der Krankenversicherung ist also äußerst kompliziert geworden, wenn auch im Ergebnis heute praktisch immer ein Versicherungsschutz besteht. Bei den Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung schadet ein unregelmäßiger Versicherungsverlauf dagegen nicht. Hier kann an länger zurückliegende Beitragsleistungen angeknüpft werden (§ 11 SGB VI). Das kann im Ergebnis heute auch nicht mehr dazu führen, dass die Akutphase vom Träger der Sozialhilfe und die anschließende medizinische Rehabilitation vom Träger der Rentenversicherung finanziert wird.

≡ Veränderungen im Akutbereich

Seit 1980, spätestens aber seit der Gesundheitsreform im Jahre 1989 hat es im Bereich der Akutbehandlung eine erhebliche Bewegung gegeben. Das betrifft einmal die Entwicklung in der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) und zum anderen die bei den Heilmitteln (§ 32 SGB V). Seit Anfang 1995 wurde ein Modellvorhaben sog. soziotherapeutischer Maßnahmen in Angriff genommen, das jetzt auch zu einer gesetzlichen Regelung geführt hat (§ 37 a SGB V). Im Folgenden wird sich zeigen, dass der Begriff der Akutbehandlung ganz erheblich ausgeweitet worden ist. In diesem recht weiten Sinn findet die Akutbehandlung Eingang in die medizinische Rehabilitation.

≡ Heilmittel

Heilmittel werden auf der Grundlage des § 32 SGB verbracht. Lange Zeit haben sie im Bereich von Massagen, Krankengymnastik usw. eine gewisse, aber keine herausragende Bedeutung gehabt. Das hat sich in den letzten Jahren geändert. Seit der Neufassung der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien im Jahre 1991 gilt für Heilmittel im Sinne des § 32 SGB V Folgendes: Als Behandlungsziele ergotherapeutischer Maßnahmen kommen insbesondere in Betracht:

... bei psychischen Funktionseinschränkungen

- Verbesserung der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Orientierung, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbstständigkeit in der Tagesstrukturierung (z. B. durch stützende, strukturierende Techniken auch handwerklicher Art),
- Verbesserung von auf psychischem oder medikamentös-toxischem Wege eingeschränkten körperlichen Funktionen wie Grob- und Feinmotorik, Körperhaltung und Körperwahrnehmung (z.B. durch Geschicklichkeits-, Körperwahrnehmungs- und Koordinationsübungen),- Verbesserung von Motivation und Kommunikation beeinflussenden Funktionen wie Antrieb, Selbstvertrauen, Realitätsbezogenheit, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Kontaktfähigkeit, Angstbewältigungsverhalten (z.B. durch gelenkte Gruppenprojekte mit lebenspraktischen, gestalterischen Inhalten einerseits und durch kreatives, freies Gestalten mit Werkmaterial, bildnerischen oder literarischen Medien) usw.
- Für das Heilmittel der Ergotherapie gilt nach den neuen Heilmittelrichtlinien: Sie wird u. a. zur Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation von krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten erbracht. Sie bedient sich komplexer, aktivierender und handlungsorientierter Methoden unter Einsatz von adaptiertem Übungsmaterial, funktionellen, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie lebenspraktischen Übungen. Heilmittel haben den Charakter von therapeutischen Dienstleistungen und dürfen nur von den in § 124 SGB V genannten Berufsgruppen (Ergotherapeuten, Logopäden) und insbesondere nicht von Sozialarbeitern erbracht werden.

≡ Häusliche Krankenpflege

Auch die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) gehört zur Akutversorgung und damit zu den Aufgaben der Krankenkasse. Die häusliche Krankenpflege wird, ohne Festlegung auf eine bestimmte Berufsgruppe, von geeigneten Kräften geleistet. Hierüber werden nach § 132 a SGB V Vereinbarungen geschlossen. In der psychiatrischen Versorgung steht man mit dieser Leistung noch am Anfang. Das ist eine erstaunliche Tatsache, denn mit der häuslichen Krankenpflege kann man in der außerstationären Versorgung einiges bewirken, was ganz in der Zielsetzung der Gemeindepsychiatrie liegt.

Die häusliche Krankenpflege kann einmal krankenhausesvermeidend sein (§ 37 Abs. 1 SGB V). Sie kann aber, als gleichsam schwächere Form, auch nur die ambulante ärztliche Behandlung unterstützen. Die Praxis bezeichnet

sie dann als Sicherungspflege (§ 37 Abs. 2 SGB V). Für die psychiatrische Versorgung ist die erstere Form (krankenhausvermeidend) besonders interessant. Insoweit nämlich als durch sie die Krankenhausbehandlung ersetzt wird, umfasst sie alles, was auch in einem psychiatrischen Krankenhaus an Leistungen zu erbringen wäre. Dazu gehört auch ein gewisses Maß an sozialer Betreuung. Denn gemäß der Regelung des § 112 Abs. 2 Ziff. 4 SGB V muss jedes Krankenhaus die soziale Betreuung der Versicherten sicherstellen. Es ist zudem eine alte Tatsache, dass die Krankenhausbehandlung umfassender sein muss als die ambulante Versorgung. Dieser umfassende Charakter wird nun durch die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V gleichsam in den ambulanten Bereich hineingetragen. Konsequenterweise rechnet § 37 Abs. 1 SGB V zur häuslichen Krankenpflege nicht nur die Behandlungs-, sondern auch die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Hier lässt sich noch einiges entwickeln. Vorbild könnte dabei auch die Psychiatrie-Personalverordnung sein. Bereits im Jahre 1980 hat das Bundessozialgericht folgende Leistungen zur häuslichen Krankenpflege für eine psychisch kranke Frau gerechnet: »Die Versorgung der Patientin mit Medikamenten, ihre Beruhigung und Aufheiterung sowie die Anleitung bei häuslichen Tätigkeiten und der Versuch, mit der Patientin produktiv zu arbeiten, beispielsweise Bastel- und Handarbeiten zu verrichten, auch ihre Begleitung bei Arztbesuchen, Spaziergängen und Einkäufen« (BSG 50 S. 73). Inzwischen hat das BSG entschieden, dass die häusliche Krankenpflege auch außerhalb des Haushalts erbracht werden kann. Erforderlich ist nur, dass der Versicherte seinen Lebensmittelpunkt in einem Haushalt, und z. B. nicht in einem Heim hat (BSG SozR 3-2500 § 37 Nr. 5). Diese Rechtsprechung hat zu einer erweiterten Neufassung des § 37 SGB V geführt. Es ist also an der Zeit, Konzepte für eine moderne psychiatrische Hauspflege zu entwickeln. Die Rechtsgrundlagen dafür bestehen längst. Allmählich schickt man sich an, dies in die Praxis umzusetzen. Inzwischen nennt man im Zusammenhang mit der häuslichen Krankenpflege folgende Verrichtungen:

1. die Verabreichung der Medikamente und Kontrolle der medikamentös bedingten Wirkungen und Nebenwirkungen
2. die Überwachung der Medikamenteneinnahme einschließlich kontinuierlicher Aufklärung und Motivierung
3. Motivierung zum Arztbesuch, Begleitung zum Arzt und Kontaktaufnahme nur in Ausnahmefällen, ggf. im Zusammenhang mit der Krankenhausentlassung bzw. -wiederaufnahme

4. gezielte fachliche Gespräche mit dem Patienten über Lebensprobleme infolge der Erkrankung, ggf. auch mit Angehörigen (im Einzelfall im zeitlichen Zusammenhang mit der Klinikentlassung). In die Gespräche können ggf. auch Überlegungen zur Angstbewältigung einfließen.
5. Feststellung und Beobachtung des jeweiligen Krankheitszustandes und der Krankheitsentwicklung
6. die Krisenintervention, die die Befähigung der Pflegeperson zur Beurteilung erfordert, welche Maßnahmen bei einer krisenhaften Verschlechterung der Krankheit zu treffen sind. Von der Pflegeperson ist auch die Frage der Zuziehung bzw. Information des Arztes zu beantworten.
7. Vorbeugung bei Suizidgefährdung (z. B. Treffen von Abmachungen)
8. Tages- und Wochenstrukturierung (in zeitlich begrenztem Rahmen).

Die Aufzählung von Einzelmaßnahmen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege ist nur beispielhaft. Als allgemeines Kriterium verbleibt der Gesichtspunkt, dass in der häuslichen Krankenpflege all diejenigen Maßnahmen in Betracht kommen, die im psychiatrischen Krankenhaus zu den Aufgaben des Pflegepersonals gehören. Das gilt für die beiden Formen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V. Für die krankhausvermeidende häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V kommen noch die hauswirtschaftliche Versorgung und die Grundpflege hinzu.

Welche Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege verordnet werden dürfen, ergibt sich aus dem Leistungsverzeichnis zu den Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, Abs. 7 SGB V). Im betreuten Wohnen ergeben sich zusätzliche ganz erhebliche rechtliche Schwierigkeiten daraus, dass die häusliche Krankenpflege mit anderen Leistungen in integrierter Form erbracht wird. Die Krankenkassen können aber nur dann Leistungen erbringen, wenn diese eindeutig als medizinische Leistungen identifiziert sind. Die integrierte Versorgung in Form von Mischleistungen ist eines der größten und auch durch das SGB IX nicht gelösten Probleme der Rehabilitation. In einer Tagesstätte für behinderte Menschen etwa lässt sich für diese Leistungsintegration ein praktikabler Weg beschreiten. Hier kann man mehrere Leistungen (z. B. Arbeitstherapie, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen, soziale Betreuung) jeweils noch relativ verselbstständigt und dann durch mehrere Sozialleistungsträger (Krankenkasse, Arbeitsagentur, Sozialhilfe) erbringen. In der privaten Sphäre des betreuten Wohnens ist das aber ungleich schwieriger. Ursprünglich war die Erbringung der häuslichen Krankenpflege eng an den Haushalt des Versicherten oder den seiner Familie gebunden. Das BSG hatte aber entschieden, dass diese Beschränkung nicht dem Zweck des Gesetzes entspricht und dass der ursprüngliche Wortlaut des Gesetzes missverständlich

war. Erforderlich war eigentlich nur, dass der Versicherte seinen Lebensmittelpunkt in einem Haushalt hatte. War dies der Fall, so konnte auch schon in der Vergangenheit die häusliche Krankenpflege auch außerhalb des Haushalts, etwa in der Schule oder einer Tagesstätte geleistet werden. Mit Wirkung ab dem 1. 4. 2007 hat der Gesetzgeber dies im Gesetzestext klargestellt, also den »Ort« der häuslichen Krankenpflege erheblich erweitert und betreute Wohnformen, Schulen, Kindergärten usw. einbezogen. Welche Orte geeignet für die häusliche Krankenpflege sind, wird nach § 37 Abs. 7 SGB V durch Richtlinien festgelegt (§ 92 Abs. 7 Nr. 3 SGB V). Damit bekommt die häusliche Krankenpflege für die psychiatrische Versorgung einen neuen Stellenwert. Sie kann durchaus in die Gemeinde hineinwirken und wird noch schwieriger von der sozialen Betreuung abzugrenzen sein. Dabei ist es von Gesetzes wegen unerlässlich, dass ihr medizinischer Charakter immer festgestellt werden kann.

≡ Soziotherapeutische Maßnahmen

Ähnliche Schwierigkeiten ergeben sich auch in der Soziotherapie nach § 37a SGB V. Schon die Bezeichnung ist missverständlich. Sie umfasst nur im Ansatz eine soziale Betreuung, nämlich nur in Form einer Koordination der Leistungen und einer Anleitung und Motivation zu ihrer Inanspruchnahme. Sie richtet sich zudem nur auf ärztlich verordnete Leistungen. Verordnen kann der Arzt aber nur medizinische Leistungen (§ 72 Abs. 2 SGB V). Psychosoziale Leistungen im eigentlichen Sinne gehören nicht dazu. In Anerkennung der Tatsache, dass die Befähigung zur Aufnahme normaler Beziehungen eines Kranken zu seiner Umwelt zur Akutversorgung gehören kann, haben zwar die Krankenkassen seit 1995 einen Modellversuch zu soziotherapeutischen Maßnahmen durchgeführt. Völlig unklar war dabei, wie die leistungsrechtliche Zuordnung dieser Maßnahmen innerhalb der Krankenversicherung erfolgen soll. Man sprach ohne weitere Präzisierung von einem »Komplexleistungsprogramm«, einem Maßnahmenbündel. Angestrebt wurde damit vor allem, den psychisch Kranken in die Lage zu versetzen, grundlegende kommunikative Fähigkeiten zu entwickeln. Damit ergaben sich Abgrenzungsschwierigkeiten zur sozialen Rehabilitation nach §§ 55 Abs. 2 Nr. 7; SGB IX, 54 Abs. 1 SGB XII. Letztlich hat man sich auf die Regelung des § 37a SGB V beschränkt. Der Grundgedanke der soziotherapeutischen Maßnahme ist damit aber nicht aufgegeben. Die Verbesserung grundlegender sozialer Fähigkeiten des Menschen (z. B. die Fähigkeit zur Kommunikation als solcher, zu elementaren Handlungen der Lebensführung) gehört insoweit zur Akutversorgung, als dort Basiskompe-

tenzen erworben werden. Entscheidend für die Abgrenzung zur Sozialhilfe ist also weniger das Ziel der Maßnahmen, sondern der Einsatz der Mittel. In der Krankenversicherung müssen sie – im weitesten Sinne – medizinischer Natur sein. Die richtige leistungsrechtliche Zuordnung der medizinischen Maßnahmen zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz dürfte in einer Kombination von Heilmitteln und den ergänzenden Leistungen (§§ 32, 43 Ziff. 2 SGB V) zu sehen sein.

≡ Medizinische Rehabilitation in der Krankenversicherung

Durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz wurden im Jahre 1974 die Krankenkassen in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen. Heute sieht § 40 SGB V vor, dass die Krankenkasse auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt. Sie tut es grundsätzlich jedoch nur, wenn kein anderer Sozialleistungsträger dazu verpflichtet ist (vgl. § 40 Abs. 4 SGB V). Im Einzelnen ist die Abgrenzung im Zusammenhang mit den Bestimmungen der Rentenversicherung vorzunehmen. Neben dem Grundsatz, dass die Krankenkasse in der Rehabilitation nur nachrangig leistet, ist aber noch ein zweiter Grundsatz zu beachten: »Die Akutbehandlung verdrängt die medizinische Rehabilitation« (§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Ein besonderer Akzent ergibt sich neuerdings aus der sogenannten Frührehabilitation, die noch während der Phase der akuten Behandlungsbedürftigkeit einsetzt. Im Zusammenhang mit der Schaffung des SGB IX wurde die Frührehabilitation zum Bestandteil der Krankenhausbehandlung erklärt (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V).

In jüngster Zeit ist schließlich wichtig geworden, dass Rehabilitationsleistungen der Krankenkasse auch der Vermeidung bzw. Linderung einer (drohenden) Behinderung oder Pflegebedürftigkeit dienen (§ 11 Abs. 2 SGB V). In diesem Bereich hat also die Krankenversicherung eine eigenständige Rehabilitationsaufgabe, mit der sie neben die Rentenversicherung tritt. Die medizinische Rehabilitation dringt also in viele Bereiche vor. Das führt u. a. aber auch zu einer stärkeren Belastung der Krankenkassen (vgl. §§ 40 Abs. 4 SGB V, 13 Abs. 2 Ziff. 1 SGB VI). Gemäß § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V gilt für die Inhaltsbestimmung der medizinischen Rehabilitation in der Krankenversicherung § 26 SGB IX.

≡ Medizinische Rehabilitation in der Rentenversicherung

Die medizinische Rehabilitation wird als Hilfestellung bei der Entwicklung eigener Abwehr-, Heilungs- und Widerstandskräfte umschrieben (vgl. § 107 Abs. 2 Ziff. 2 SGB V). (Nur) für die Rentenversicherung kommen als weitere Voraussetzungen hinzu, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge von Krankheit oder Behinderung zumindest erheblich gefährdet sein und dass eine Erfolgsaussicht (Sicherung der Erwerbsfähigkeit) gegeben sein muss (§ 10 SGB VI). Diese Erfolgsaussicht muss entgegen verbreiteter Praxis nicht zwingend bereits bei der Einleitung medizinischer Leistungen durch den Rentenversicherungsträger bestehen. Unabhängig davon erweist sie sich in der psychiatrischen Versorgung als ein vielschichtiges Problem, das auch von den Bedingungen abhängt, die auf dem Arbeitsmarkt vorherrschen. Der oder die Versicherte muss außerdem die beitragsrechtlichen Voraussetzungen des § 11 SGB VI erfüllen. Für medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation bedeutet das, dass die Person die 15-jährige Wartezeit des § 11 Abs. 1 Ziff. 1 SGB VI erfüllt haben oder dass sie eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen muss (§ 11 Abs. 1 Ziff. 2 SGB VI). Diese Voraussetzungen erfüllen behinderte Menschen nur selten. Häufig erfüllen sie jedoch die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2 Ziff. 2 SGB VI, die nur für die medizinische, nicht jedoch für die berufliche Rehabilitation gelten. Danach genügt es, wenn der oder die Versicherte innerhalb der letzten zwei Jahre vor dem Antrag für sechs Monate Beiträge entrichtet hat. Damit kann es häufiger dazu kommen, dass ein psychisch kranker Mensch sowohl Leistungen zur Rehabilitation nach § 40 SGB V von der Krankenkasse, als auch solche nach den §§ 9 ff. SGB VI von der Rentenversicherung verlangen kann. Über das Verhältnis beider Versicherungsträger zueinander wird noch immer gestritten. Früher wurde erklärt, die Krankenkasse sei für die Erbringung ambulanter Leistungen zur Rehabilitation zuständig, wohingegen die Rentenversicherung zur stationären Rehabilitation leistet. Diese Ansicht war nie ganz zutreffend. Heute ist sie auf jeden Fall überholt, weil der Gesetzgeber inzwischen in allen Bereichen des Sozialrechts die ambulante Rehabilitation aufgewertet hat (§ 19 Abs. 2 SGB IX). Allgemein ist zur Zuständigkeitsabgrenzung Folgendes richtig: Die Zuständigkeit der Krankenkasse ist quasi-nachrangig. Sie leistet nur, wenn kein anderer leistet. Dieser andere ist oft der Träger der Rentenversicherung. Er leistet, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zumindest gefährdet und wenn sie durch die Maßnahme gebessert werden soll. Da die Rehabilitation noch immer in den meisten Fällen auf die Erwerbsfähigkeit ausgerichtet

ist, muss von Gesetzes wegen auch der Träger der Rentenversicherung leisten (§§ 40 Abs. 4 SGB V, 15 Abs. 2 SGB VI). Die Ausrichtung auch der medizinischen Rehabilitation auf die Erwerbsfähigkeit, jedenfalls in der Rentenversicherung, verhilft zwar einerseits zu einer brauchbaren Abgrenzung. Andererseits aber schafft sie neue Probleme. Nunmehr erhebt sich die Frage, wie weit die Betreuung im sozialen Raum erfolgen kann bzw. darf, mit anderen Worten: Wie verhält sich die Eingliederung in das Erwerbsleben zur Eingliederung in die Gesellschaft und damit die medizinische zur sozialen Rehabilitation?

≡ Berufliche Rehabilitation

Die Regelung des § 33 SGB IX spricht jetzt allgemein von Teilhabe am Arbeitsleben. Für eine genaue sozialrechtliche Arbeit ist aber an dem engeren Begriff der beruflichen Rehabilitation festzuhalten. Auch für die berufliche Rehabilitation ist der Träger der Rentenversicherung vorrangig zur Leistung verpflichtet. Das gilt vor allem im Verhältnis zur Arbeitsagentur (§ 22 SGB III). Die persönlichen Voraussetzungen entsprechen denen bei der medizinischen Rehabilitation. Sie sind gemeinsam in § 10 SGB VI geregelt.

Anders ist die Rechtslage bei den beitragsrechtlichen Voraussetzungen. Die erleichternde Regelung des § 11 Abs. 2 SGB VI gilt nicht für die berufliche Rehabilitation. Demnach muss der Versicherte die allgemeinen Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 SGB VI erfüllen. Er muss also entweder Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sein oder die Wartezeit von 15 Jahren zurückgelegt haben. Diese Voraussetzungen erfüllen nur die wenigsten behinderten Menschen. Das gilt in besonderem Maße für psychisch Kranke mit ihrer von vielen Unterbrechungen gekennzeichneten beruflichen Biografie. Deswegen ist häufig die Vorschrift des § 11 Abs. 2 a SGB VI anwendbar. Danach leistet der Träger der Rentenversicherung zur beruflichen Rehabilitation, wenn anderenfalls eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 43 SGB VI) zu leisten wäre, oder wenn unmittelbar im Anschluss an eine medizinische Maßnahme eine berufliche Rehabilitation erforderlich ist.

Die z. T. hohen beitragsrechtlichen Anforderungen der Rentenversicherung sind der Grund dafür, warum in der Praxis die Bundesagentur für Arbeit eine so große Bedeutung in der Rehabilitation bekommen hat. Das gilt vor allem für geistig behinderte Menschen. An sie sind ja keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu erbringen. Folglich kann auch § 11 Abs. 2 a SGB VI keine Anwendung finden. Die Bundesagentur für Arbeit

erbringt ihre Leistungen zur Rehabilitation nach den §§ 112 ff. SGB III, jedoch aufgrund der Regelung des § 22 Abs. 2 SGB III nur dann, wenn kein anderer Rehabilitationsträger zur Leistung verpflichtet ist. Leistungen zur beruflichen Rehabilitation werden nur erbracht, wenn die Förderung der beruflichen Bildung (§§ 51 ff. SGB III), die grundsätzlich jeder erhält, nicht ausreichend ist. In § 113 SGB III wird dann nochmals eine Rangfolge zwischen den allgemeinen (§ 115 SGB III) und den besonderen Leistungen (§ 117 SGB III) der beruflichen Rehabilitation begründet. Gemäß § 112 Abs. 1 SGB III gehören zur beruflichen Rehabilitation alle Leistungen, die zur Eingliederung des behinderten Menschen in das Erwerbsleben erforderlich sind. Es gibt also keine abschließende Aufzählung. Wichtig ist, dass als berufliche Rehabilitation jede gezielte Verbesserung der Erwerbsfähigkeit eines behinderten Menschen anzusehen ist. Nicht erforderlich ist, dass Lehrgänge durchgeführt werden. Auch Einzelmaßnahmen können den Charakter einer beruflichen Rehabilitation haben.

Von Nachteil ist, dass der Gesetzgeber generell die berufliche Rehabilitation auf grundsätzlich zwei Jahre begrenzt hat (§§ 37 ff. SGB IX). Diese Frist wird in der Praxis zwar zunehmend aufgelockert. Dennoch sind wir weit von der Anerkennung des Grundsatzes entfernt, dass ein behinderter Mensch der dauernden beruflichen Förderung bedarf. Während die wiederholte Durchführung einer Behandlung in der Akutversorgung völlig unstrittig ist und auch die medizinische Rehabilitation die »Wiederholungskur« kennt, geht das Gesetz in der beruflichen Rehabilitation von der unzutreffenden Vorstellung aus, jeder behinderte Mensch sei nach Durchführung einer beruflichen Förderung grundsätzlich eingegliedert. Zwar enthalten die gesetzlichen Regelungen die Formulierung »es sei denn, der behinderte Mensch ist nur durch eine länger dauernde Maßnahme einzugliedern« (vgl. § 37 Abs. 2 SGB IX), doch ihrer Umsetzung in die Praxis stehen erheblich Widerstände entgegen. Insoweit hat § 37 SGB IX also keine Verbesserung gebracht. Besonders auffällig wird diese Begrenzung in der Werkstatt für behinderte Menschen. Hier sieht § 40 Abs. 3 SGB IX eine Befristung der Förderung auf ein bis zwei Jahre vor. Das BSG hat jedoch entschieden, dass eine Maßnahme auch wiederholt werden kann (BSG 73 S. 83).

Ein weiterer Mangel der beruflichen Rehabilitation ist die einschränkende Regelung für die Zahlung von Übergangsgeld in § 119 Abs. 1 SGB III (anders § 20 SGB VI). Übergangsgeld erhält danach grundsätzlich nur, wer in den letzten drei Jahren mindestens zwölf Monate lang beitragspflichtig beschäftigt war (Ausnahmen in § 120 Abs. 1 Ziff. 1 SGB III). Das bedeutet, dass ein psychisch Kranker zwar die Kosten für die Durchführung einer

berufsfördernden Maßnahme von der Arbeitsagentur erhält, zur Bestreitung seines Lebensunterhalts ist er aber des Öfteren auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen.

In der psychiatrischen Versorgung noch nicht Fuß gefasst haben die Qualifizierungsbausteine nach § 69 BBiG. Danach kann eine berufliche Qualifizierung durch inhaltlich und zeitlich abgegrenzte Lerneinheiten erfolgen, die aus den Inhalten anerkannter Ausbildungsberufe entwickelt werden. Ein solcher Beruf kann also z. B. in 12 Teile zerlegt werden. Die Ausbildung kann, muss aber nicht, bis zu einer vollständigen Lehrabschlussprüfung fortgeführt werden. Bei nur wenig belastbaren Personen kann also aus dem Gesamtkomplex eines Berufsbildes ein Teil heraus gelöst und als berufliche Bildungsmaßnahme verselbstständigt werden. Die Qualifizierungsbausteine sind zwar ein rein berufsbildungsrechtliches Institut. Ein zusätzlicher praktischer Effekt besteht nun darin, dass diese Qualifizierungsbausteine auch Gegenstand berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen nach § 57 SGB III sein können, ohne darauf beschränkt zu sein. Berufsvorbereitung kann also wie bisher auch in anderen Formen als einer Ausbildung erfolgen. Andererseits wurde die Berufsbildungsvorbereitung in das Berufsbildungsrecht integriert. Gemäß § 1 Abs. 2 BBiG dient sie dem Ziel, durch Vermittlung von Grundlagen für den Erwerb beruflicher Handlungsfähigkeit an eine Berufsausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf heranzuführen. Im Ergebnis finden sich auch außerhalb der beruflichen Rehabilitation Möglichkeiten einer beruflichen Förderung, die stärker an die individuellen Fähigkeiten und die Belastbarkeit angepasst werden können, als dies noch vor einigen Jahren der Fall war. Es bleibt freilich immer das Problem, ob man sich mit einer beruflichen Bildung dieses Umfangs auf dem Markt behauptet kann. Besser als »ungelernt« ist sie allemal.

II Behinderungsgerechte Arbeit

Ein weiterer Mangel unserer Rehabilitationsrechts ist die Tatsache, dass das Gesetz davon ausgeht, die Schaffung behinderungsgerechter Arbeitsbedingungen sei nicht Aufgabe der Träger der Sozialversicherung und nur ansatzweise Aufgabe der Arbeitsagenturen. Sie leisten nur zur beruflichen Rehabilitation. Das Arbeitsförderungsrecht kennt in der Form der institutionellen Förderung nur die Schaffung von Arbeitsplätzen in Werkstätten für behinderte Menschen. Im praktischen Ergebnis bedeutet das, dass der behinderte Mensch zwar für eine bestimmte Zeit Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation erhält. Dass aber die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt auf seine beruflichen Möglichkeiten hin umgestaltet werden

müssen, das hat man noch nicht als Aufgabe der Sozialversicherung erkannt. Daran hat sich durch das Neunte Buch nichts geändert, auch wenn § 33 SGB IX jetzt von »Teilhabe am Arbeitsleben« spricht. Das Gesetz geht zu sehr von der Vorstellung der beruflichen Rehabilitation als einer gezielten Förderung individueller beruflicher Fähigkeiten aus, mit der irgendwann ein Erfolg erreicht ist. Durch die Einfügung des Schwerbehindertenrechts in das SGB IX ist allerdings ein Wandel vorbereitet worden. So können die Instrumente der Integrationsfachdienste und der Arbeitsassistenten, wenn auch zeitlich begrenzt, jetzt in der beruflichen Rehabilitation eingesetzt werden (§ 33 Abs. 6 Ziff. 8, Abs. 8 Ziff. 3 SGB IX).

Die Bedingungen für die behinderungsgerechte Arbeit müssen heute dennoch weitgehend auf andere Weise geschaffen werden. Deutlich wird das wieder an dem Beispiel der Werkstatt für behinderte Menschen. Es erfolgt eine auf ein bis zwei Jahre begrenzte Rehabilitation nach § 40 Abs. 3 SGB IX. Im Anschluss daran muss der behinderte Mensch in der Lage sein, auf einem produktiven Arbeitsplatz in der Werkstatt zu arbeiten. Die Schaffung dieses Arbeitsplatzes erfolgt mit Mitteln der Sozialhilfe auf der Grundlage der §§ 11 Abs. 3 Satz 2, 54 Abs. 2 SGB XII. Insgesamt wird zu wenig beachtet, dass sie die Werkstatt für behinderte Menschen nur als eine von mehreren Möglichkeiten für die Schaffung behinderungsgerechter Arbeitsplätze anspricht. Der Träger der Sozialhilfe ist auch dafür verantwortlich, dass dem Leistungsberechtigten das »Angebot einer Tätigkeit« gemacht wird (§ 11 Abs. 3 Satz 2 SGB XII). Dieses Angebot muss so konkret sein, dass es der Leistungsberechtigte nur noch annehmen muss. Auf Dauer wird man diese Aufgabe nicht allein dem Träger der Sozialhilfe überlassen dürfen. Insbesondere ist an die Beschäftigungsförderung nach § 16 SGB II zu denken. Insbesondere hindert uns der Gesetzestext nicht an einem intelligenten Einsatz der sogenannten Ein-Euro-Jobs.

Vorläufig ergeben sich nur aus dem reformierten Schwerbehindertenrecht Ansätze für eine weitergehende berufliche Integration schwerbehinderter Menschen, die auch in der psychiatrischen Versorgung nicht übersehen werden dürfen:

Die Neuerungen wurden allesamt aus den »begleitenden Hilfen im Arbeitsleben« heraus entwickelt. In den §§ 102 ff. SGB IX werden die Aufgaben des Integrationsamtes und der Bundesagentur für Arbeit konkretisiert. Als Neuerung ist der Anspruch des schwerbehinderten Menschen nach § 102 Abs. 4 SGB IX auf die Übernahme der Kosten für eine notwendige Arbeitsassistenten zu erwähnen. Interessant ist hier, dass die Kosten als persönliches Budget übernommen werden. Der schwerbehinderte Mensch beschafft sich mit den ihm überlassenen Mitteln die Arbeitsassistenten selbst. Solche

Arbeitsassistenzen sind in den vergangenen Jahren entwickelt worden. Einzelheiten – die Voraussetzungen des Anspruchs sowie Höhe und Dauer der Leistungen – werden in einer Rechtsverordnung der Bundesregierung geregelt. Die Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit bei der Eingliederung schwerbehinderter Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt werden in den § 104 ff. SGB IX konkretisiert. Dabei wird das Augenmerk stärker auf besonders benachteiligte oder langzeitarbeitslose schwerbehinderte Menschen gelegt. Außerdem wird geregelt, dass der Übergang von der Werkstatt für behinderte Menschen oder einem Integrationsprojekt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt besonders zu fördern ist (§ 104 Abs. 1 Ziff. 3 c SGB IX).

In den §§ 109 ff. SGB IX werden die Aufgaben der Integrationsfachdienste geregelt. Diese Dienste werden von der Bundesanstalt für Arbeit bei der Durchführung ihrer Aufgaben unter Verwendung von Mitteln aus der Ausgleichsabgabe und aus dem Ausgleichsfond beteiligt. Auch die Integrationsfachdienste sind nur eine gesetzliche Weiterentwicklung dessen, was bei der Eingliederung schwerbehinderter Menschen auch schon in den vergangenen Jahren praktiziert worden ist.

Die Integrationsfachdienste werden nur für besondere Aufgaben eingesetzt. Das gilt insbesondere für Schwerbehinderte mit einem besonderen Bedarf an arbeits- und berufsbegleitender Betreuung. Ein solcher Bedarf ist vor allem bei Schwerbehinderten mit geistiger oder psychischer Behinderung oder mit einer schweren Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung gegeben, wenn sich diese Behinderung im Arbeitsleben besonders nachteilig auswirkt. Häufig wird sie mit Alter, Langzeitarbeitslosigkeit oder unzureichender Qualifikation zusammentreffen (§ 109 Abs. 2 Ziff. 1 SGB IX). Die zweite Gruppe der schwerbehinderten Menschen, in deren Interesse die Integrationsfachdienste tätig werden können, ist diejenige, die nach zielgerichteter Vorbereitung durch eine Werkstatt für behinderte Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden soll und dabei auf personalintensive, individuelle arbeitsbegleitende Hilfen angewiesen ist (§ 109 Abs. 2 Ziff. 2 SGB IX). Schließlich werden die Integrationsfachdienste auch noch im Interesse einer dritten Gruppe tätig. Es handelt sich um schwerbehinderte Schulabgänger, die für die Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf eine entsprechende Unterstützung angewiesen sind (§ 109 Abs. 2 Ziff. 3 SGB IX). Erwähnenswert ist noch die Regelung des § 109 Abs. 4 SGB IX. Danach kann der Integrationsfachdienst auch im Interesse von behinderten Menschen, die nicht schwerbehindert sind, tätig werden. Es handelt sich dabei um Personen, die trotz einer nicht allzu großen Beeinträchtigung unverhältnismäßige Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt haben.

Zu den Aufgaben der Integrationsfachdienste gehören die Beratung und Unterstützung der schwerbehinderten Menschen und ihre Vermittlung auf geeignete Arbeitsplätze sowie die Information der Arbeitgeber. Genauer regelt dann § 110 Abs. 2 Ziff. 1–7 SGB IX, dass die Integrationsfachdienste die Fähigkeiten des schwerbehinderten Menschen bewerten und ein individuelles Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofil erstellen. Sie begleiten die schwerbehinderten Menschen im Arbeitsleben, stehen als Berater für Mitarbeiter und Arbeitgeber zur Verfügung und leisten Nachbetreuung bis hin zur Krisenintervention. Des Weiteren erschließen sie Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, was natürlich unter Hinweis auf die finanziellen Vorteile einer Beschäftigung schwerbehinderter Menschen geschieht.

In den §§ 132 ff. SGB IX sind die Integrationsprojekte geregelt. Es handelt sich dabei um selbstständige Unternehmen (Integrationsunternehmen), unternehmensinterne Betriebe (Integrationsbetriebe) oder um Abteilungen (Integrationsabteilungen) zur Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Ähnlich wie bei den Integrationsfachdiensten (§ 109 Abs. 2 SGB IX) nennt auch § 132 Abs. 2 SGB IX als Begünstigte besonders benachteiligte schwerbehinderte Menschen, solche, die die Werkstatt für behinderte Menschen verlassen und Schulabgänger. Insbesondere diesen drei Gruppen stehen die Integrationsprojekte zur Verfügung, wenn anders eine Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten und des Einsatzes von Integrationsfachdiensten auf besondere Schwierigkeiten stößt.

In den Integrationsprojekten, die dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuzurechnen sind, arbeiten behinderte und nichtbehinderte Arbeitnehmer gemeinsam. Integrationsunternehmen (nicht Betriebe oder Abteilungen) müssen mindestens 25 Prozent schwerbehinderte Menschen beschäftigen. Ihr Anteil soll 50 Prozent nicht übersteigen (§ 132 Abs. 3 SGB IX). Den schwerbehinderten Menschen wird auf diese Weise die Möglichkeit von Beschäftigung, Weiterbildung und arbeitsbegleitender Betreuung geboten. Da die Integrationsprojekte mit den Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes konkurrieren, muss es einen gewissen Ausgleich geben. In § 134 SGB IX ist deswegen vorgesehen, dass aus der Ausgleichsabgabe Mittel für Aufbau, Erweiterung, Modernisierung und Ausstattung aufgebracht werden. Von Nachteil ist, dass die Integrationsprojekte nur schwerbehinderten, aber nicht allen behinderten Menschen zur Verfügung stehen.

Sozialpolitisch hochinteressant, aber bei Weitem noch nicht ausgeschöpft, ist der sogenannte Minderleistungsausgleich nach § 102 Abs. 3 Ziff. 2

Buchst. b) SGB IX. Nach dieser Vorschrift können aus der Ausgleichsabgabe als Leistung an Arbeitgeber dauerhaft Mittel aufgewendet werden, um eben die Minderleistung eines behinderten Menschen auszugleichen. Einen weiteren Schritt, der aber auch die Grenzen erkennen lässt, stellt die Unterstützte Beschäftigung nach § 38 a SGB IX dar. Sie ist bis zu einem gewissen Grade die Integration von beruflicher Rehabilitation und behinderungsgerechter Arbeit. Die Rentenversicherung als der klassische Rehabilitationsträger kennt diese Leistung nicht (§ 16 SGB VI).

II Soziale Rehabilitation

Herkömmlicherweise behandelt man die soziale Rehabilitation als Aufgabe des Trägers der Sozialhilfe. Heute wird sie in den §§ 55 ff. SGB IX als Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bezeichnet. Ihre fast ausschließliche Rechtsgrundlage in den Besonderen Teilen des Sozialgesetzbuches findet sie weiterhin in § 54 Abs. 1 SGB XII, der auf § 55 SGB IX verweist. Dennoch muss die Eingliederung des behinderten Menschen in die Gesellschaft als eine eigenständige Aufgabe der Krankenkassen und vermittelt über die Berufstätigkeit auch der Träger der Rentenversicherung bezeichnet werden. Das ergibt sich bereits aus der Rechtsprechung des BSG zur Multifunktionalität der Rehabilitation. Die Frage ist und bleibt nur, in welchem Umfang und mit welchen Mitteln diese soziale Rehabilitation anzustreben ist. Nach der gesetzlichen Ausgangslage ist jedenfalls eindeutig, dass die Krankenkassen ihre Aufgaben nur mit medizinischen Leistungen und die Träger der Rentenversicherung dasselbe nur mit medizinischen und berufsfördernden Leistungen tun. Man wird Folgendes sagen müssen: Die Einbeziehung der »sozialen Dimension« lässt noch nicht den Schluss auf eine soziale Rehabilitation zu. Der Erwerb grundlegender sozialer Kompetenzen (z. B. die Befähigung eines psychisch Kranken zu normaler Kommunikation) ist vielmehr der Akutversorgung bzw. der medizinischen Rehabilitation zuzurechnen. Die soziale Rehabilitation (§§ 55 Abs. 2 Nr. 7, 54 Abs. 1 SGB XII) ist dagegen eher darauf ausgerichtet, dem behinderten Menschen das Leben mit der Behinderung zu erleichtern. Diese Fragen sind noch immer nicht vollständig geklärt.

Es ist derzeit gängige Praxis, den überwiegenden Bereich der Nachsorge, vor allem Übergangsheime, Wohngemeinschaften, Tagesstätten, als soziale Rehabilitation zu behandeln.

Der häufige Fehlschluss der Praxis besteht wohl darin, dass man allzu leicht solche Maßnahmen, die sich im sozialen Raum vollziehen, der sozialen Rehabilitation und damit der Sozialhilfe zurechnet. Dagegen spricht

schon das einfache Beispiel, dass ein hörbehinderter Mensch, der eines Hilfsmittels nur für die private Gesprächsführung bedarf, oder weil er gern Streichquartette hört, die erforderliche Leistung natürlich von der Krankenkasse erhält. Die Leistung ist als Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V eindeutig medizinischer Natur. Das ist aber nicht anders, wenn, wie im psychiatrischen Bereich, sich die Krankheit als Störung der sozialen Beziehung manifestiert. Wird sie in dieser sozialen Beziehung behandelt, bzw. werden diese Beziehungen durch die Behandlung verbessert, dann sind die Leistungen immer noch medizinischer Natur. Sie richten sich auf den Erwerb elementarer Fähigkeiten. Dies kann als Basisausgleich bezeichnet werden.

Die soziale Rehabilitation beginnt erst jenseits dieses Bereichs. Ihre zentrale Bedeutung hat sie in der Verbesserung der äußeren Lebensumstände des behinderten Menschen, wenn also durch eine Maßnahme nicht gezielt auf die Behinderung Einfluss im Sinne einer Veränderung genommen wird (also Hilfen bei der Haushaltsführung, Begegnung mit Nicht-Behinderten, Freizeit, Sport, Urlaubsfahrten). Das kann auch im Wohnbereich durchaus der Fall sein, wenn es dem behinderten Menschen ermöglicht wird, mit anderen behinderten Menschen unter den ihnen möglichen Bedingungen zu leben. Das wird aber schon anders, wenn das »Wohnen« gezielt eingesetzt wird, um einen bestimmten therapeutischen Zweck zu verfolgen. Im Einzelnen wird man einräumen müssen, dass die Abgrenzung zwischen medizinischer und sozialer Rehabilitation vor allem im psychiatrischen Bereich äußerst kompliziert ist. Gegen die derzeitige Praxis wird man jedoch einwenden müssen, dass sie zu früh eine soziale Rehabilitation annimmt und damit vor allem den Besonderheiten der psychischen Krankheit nicht Rechnung trägt, wozu sie aber gemäß § 10 Abs. 3 SGB IX verpflichtet ist.

Soweit für die soziale Eingliederung des behinderten Menschen Leistungen der Sozialhilfe in Betracht kommen, sind die §§ 53, 54 SGB XII anzuwenden. Hierbei ist aber zu beachten, dass seelisch behinderte jüngere Menschen diese Leistungen nach § 35 a SGB VIII vom Jugendamt erhalten. Das gilt immer bis zur Altersgrenze von 21 Jahren, in Einzelfällen kann die Maßnahme auch bis zum Erreichen des 27. Lebensjahres fortgesetzt werden (§ 41 SGB VIII).

Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen sind in § 54 SGB XII nicht abschließend aufgezählt. Die in § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII jetzt vorgenommene Begrenzung bezieht sich nur auf die medizinische und die berufliche Rehabilitation. Zu erbringen sind alle Leistungen, die in dem spezifischen Sinne der Eingliederung des behinderten Menschen dienen. Da Leistungen der Sozialhilfe nur nachrangig erbracht werden (§ 2 Abs. 1

SGB XII), müssen zunächst alle Versicherungsleistungen ausgeschöpft sein. Der behinderte Mensch muss in den Grenzen der §§ 82–89 SGB XII selbst sein Einkommen und sein Vermögen (§ 90 SGB XII) einsetzen. Auch die Unterhaltspflichtigen werden in Anspruch genommen (§ 94 SGB XII). Der Heranziehung der Eltern eines behinderten Menschen sind in § 92 SGB XII jedoch gewisse Grenzen gesetzt. Das gilt in besonderem Maße, wenn die Hilfe nach Vollendung des 18. Lebensjahres geleistet wird. Die in § 92 Abs. 2 SGB XII vorgenommene Freistellung von Kostenbeiträgen erstreckt sich nur auf die dort genannten Hilfen, also insbesondere nicht auf den Komplex der »sozialen Rehabilitation«.

Die Entlastung der Familie bei Leistungen der Eingliederungshilfe (§§ 53 SGB XII, 35 a SGB VIII) erfolgt aber nur für diese Leistungen selbst. Erhalten behinderte Menschen Leistungen zum Lebensunterhalt, so greift die Entlastung der Familie nicht so weit, (vgl. §§ 27 ff. 35 SGB XII). Sie ist aber in den vergangenen Jahren weiter ausgebaut worden (§§ 82 Abs. 4, 94 Abs. 2 SGB XII).

II Sozialrechtliche Gesichtspunkte der Gerontopsychiatrie

Auch in der Gerontopsychiatrie zeigen sich die grundlegenden Schwächen unseres gegenwärtigen Versorgungssystems besonders deutlich. Es ist dies die noch immer nicht vollständige sozialversicherungsrechtliche Absicherung der Pflegebedürftigkeit. Zudem zwingt uns das gegliederte System des Sozialrechts dazu, den menschlichen Zustand, den wir mit Pflegebedürftigkeit bezeichnen, von anderen Zuständen, insbesondere von der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit abzugrenzen. Die Rechtsprechung zum »Behandlungs- und Pflegefall« ist unübersehbar und nur eine geringe Zahl von Urteilen ist in jeder Hinsicht überzeugend. Diese Unsicherheit mag darauf zurückzuführen sein, dass es in der Sache »den Behandlungsfall« oder »den Pflegefall« nicht gibt. Das gilt in besonderem Maße bei alten Menschen. Andererseits ist es nach der Rechtslage unausweichlich, eine Unterscheidung vorzunehmen. Daran hat sich auch nach Einführung der Pflegeversicherung nichts geändert. Die leistungsrechtlichen Grundsätze der Pflegeversicherung unterscheiden sich noch sehr von denen der Krankenversicherung. Es wird auch weiterhin einen enormen Unterschied machen, ob ein Mensch krank oder hilflos ist.

Nach der herkömmlichen Abgrenzung erfolgt die Behandlungspflege unter ärztlicher Verantwortung mit medizinischen Mitteln. Sie dient mindestens der Linderung eines Leidens oder der Verlängerung des Lebens. Demgegen-

über soll die Pflege nur »um ihrer selbst willen« erbracht werden. Nicht wichtig ist dabei, dass die Versorgung aus Anlass einer Krankheit oder Behinderung erfolgt. Das ist in aller Regel der Fall. Pflege richtet sich immer auf die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Waschen, Anziehen, Essen, Verrichten der Notdurft). Es handelt sich also um Verrichtungen, die nicht durch die Notwendigkeit der Behandlung einer Krankheit ausgelöst wurden, sondern die jeder Mensch normalerweise selbst vornimmt. Allerdings muss man die therapeutisch ausgerichtete Befähigung oder Wiederbefähigung zur Vornahme dieser Verrichtungen der medizinischen Versorgung zurechnen (§ 11 Abs. 2 SGB V). Dazu hat es in der Vergangenheit immer wieder Ansätze in der Rechtsprechung gegeben. Heute berechtigt zu dieser Ansicht die Neufassung der Heilmittelrichtlinien in ihrer besonderen Zielrichtung auf die psychiatrische Versorgung. Heute gehören zur medizinischen Behandlung, die u.a. durch Heilmittel zu leisten ist, auch die »Verbesserung der zur Erhaltung der Selbstständigkeit erforderlichen Funktionen, insbesondere bei psychisch kranken alten Menschen z. B. durch lebenspraktisches Training, Orientierungs- und Wahrnehmungsübungen, Mobilisation der kognitiven, motorischen und sozioemotionalen Fähigkeiten«.

Ob ein Mensch noch medizinisch versorgt werden kann, ob also sein Zustand behandlungsbedürftig ist, das hängt sicher auch von seinem Leiden ab – aber ganz gewiss nicht von seinem Alter. Entscheidend ist zudem der Stand des medizinischen Wissens. Hat man nämlich erkannt, dass ein bestimmter menschlicher Zustand noch auf irgendeine Weise heilungszugänglich ist, sei es auch nur im Sinne einer Linderung des Leidens, dann ist Behandlungs- und nicht Grundpflege die richtige Leistung. Gegenwärtig wird man dies besonders sorgfältig bei der sogenannten aktivierenden Pflege (§ 28 Abs. 4 SGB IX) prüfen müssen. In ihr können medizinische Anteile enthalten sein, das gilt insbesondere für das Training bestimmter menschlicher Grundfunktionen. So gehört die Mobilisation zur Behandlungspflege, wenn sie als Folge der Krankheit erforderlich geworden ist (BSG NZS 2006 S. 32).

Betrachtet man das Leistungsspektrum im Umfeld der Gerontopsychiatrie im Einzelnen, so kommt zuerst die Krankenbehandlung i. S. der § 27 ff. SGB V in Betracht. Der Anspruch auf Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V besteht danach nur, sofern der Kranke der besonderen Mittel des Krankenhauses bedarf. Das bedeutet, dass der Anspruch nicht besteht, wenn eine Krankheit an sich ambulant behandelt werden kann, aber wegen der besonderen sozialen Situation des Kranken eine stationäre Versorgung

erforderlich ist. Es muss also allein die Art oder das Ausmaß der Krankheit die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme erforderlich machen. Im Krankenhaus werden dann allerdings Grund- und Behandlungspflege geleistet. Die Erklärung ergibt sich daraus, dass bei besonders schweren Erkrankungen die Fähigkeit zur Grundversorgung gemindert oder ausgeschlossen ist. Man denke an den Zustand unmittelbar nach einer schweren Operation oder nach einem Schlaganfall, solange noch eine medizinische Versorgung erforderlich ist.

Die Krankenhausbehandlung kann durch häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V vermieden werden. Auch in diesem Falle (des Absatzes 1) werden aus den genannten Gründen Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung geleistet. Die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V litt viele Jahre lang an einem grundlegenden Konstruktionsfehler. Der Leistungsanspruch bestand nur im eigenen Haushalt des Versicherten oder in dem seiner Familie. Wer in einem Altenheim erkrankte, hatte also keinen Anspruch auf häusliche Krankenpflege. Das bedeutete, dass er ins Krankenhaus musste, was bei einem alten Menschen noch weniger sinnvoll ist als sonst. Schon in der Vergangenheit zeichnete sich allerdings ab, dass die hier bestehende Lücke durch medizinische Tagesbehandlungsstätten geschlossen werden konnte. Nach der Neufassung des § 37 SGB V kann nunmehr häusliche Krankenpflege an jedem »geeigneten Ort« geleistet werden.

Die genannten Leistungen müssen durch Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V ergänzt werden. Die Rehabilitation durch die Krankenversicherung dient durchaus auch der Befähigung zur Bewältigung des Alltags (Aktivitäten des täglichen Lebensvollzugs). Dieser Leistungskomplex umfasst so viele Einzelmaßnahmen, dass er von der Akutversorgung über die medizinische Rehabilitation bis hin zu den Leistungen nach §§ 53, 54 SGB XII reicht. Ein Teil dieser Leistungen zur Alltagsbewältigung ist aber auf jeden Fall dem System der Krankenversicherung zuzuordnen. Das ist bereits aus § 11 Abs. 2 SGB V abzuleiten. Danach werden alle medizinischen Leistungen der Krankenkasse auch erbracht, um eine (drohende) Behinderung oder Pflegebedürftigkeit wenigstens zu vermindern. Die Pflegebedürftigkeit bzw. ihre Vermeidung richtet sich aber zum großen Teil auf die Bewältigung des Alltags, wie sich aus den Merkmalsgruppen des § 14 Abs. 4 Ziffern 1–4 SGB XI ergibt. Das sind also die Bereiche der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung. Die Befähigung zur Vornahme solcher Verrichtungen, etwa durch Heilmittel als therapeutische Dienstleistungen (§§ 32, 124 SGB V) gehört zu den Aufgaben der Krankenversicherung. Nur der eigentliche Bereich der

Pflege selbst wird versicherungsrechtlich heute durch die §§ 36 ff. SGB XI abgedeckt, jedoch müssen noch immer ergänzend Leistungen der Sozialhilfe (§§ 61 ff. SGB XII) in Anspruch genommen werden.

II Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Versorgung behinderter Kinder und Jugendlicher ist im Wesentlichen auf drei verschiedene Sozialleistungsträger verlagert. Es sind dies die Krankenkassen sowie die Träger der Jugend- und der Sozialhilfe. Es hat zwar immer wieder Ansätze gegeben, die Betreuung vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einheitlich in eine Hand zu legen, doch ist dies nie gelungen. Zu fest gefügt sind die gewachsenen Strukturen unseres Sozialrechts, als dass sie allein durch sachbezogene Argumente aufgebrochen werden könnten.

Die Leistungspflicht der Träger der Krankenversicherung ist nach den §§ 27 ff. SGB V dann gegeben, wenn eine Krankheit behandelt wird. Davon kann man nur sprechen, wenn medizinische Mittel eingesetzt werden, wenn also im engeren Sinne therapiert wird. Das bedeutet, dass körperbehinderte Kinder alle Leistungen der Krankenversicherung, insbesondere die Hilfsmittel nach § 33 SGB V erhalten. Geistig behinderte Kinder, die vor allem auf heilpädagogische Hilfen (§ 56 SGB IX) angewiesen sind, erhalten praktisch keine Leistungen nach den §§ 27 ff. SGB V. Schwierig ist die Lage bei den seelisch behinderten jungen Menschen.

Immerhin schreiben die §§ 10 Abs. 3 SGB IX, 27 Satz 3 SGB V vor, dass bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist. Dies hat in der letzten Zeit dazu geführt, dass nun im jugendpsychiatrischen Bereich eine gewisse Flexibilität festzustellen ist. Als Heilmittel gehört heute auch zur Akutbehandlung die »Verbesserung entwicklungspsychologisch wichtiger Funktionen wie Autonomie und Bindungsfähigkeit, insbesondere bei kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen z. B. durch einzel- oder gruppentherapeutische Verfahren mit gestalterischen und spielerischen Inhalten«. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie muss man noch besser erkennen, dass ein besonderes Gewicht auf die medizinische Rehabilitation zu legen ist. Im Allgemeinen leistet dazu vorrangig der Träger der Rentenversicherung nach den §§ 9 ff. SGB VI. Kinder- und Jugendliche erfüllen aber i. d. R. die beitragsrechtlichen Voraussetzungen dafür nicht, sodass für sie der Träger der Krankenversicherung nach § 40 SGB V zuständig ist.

Die medizinische Rehabilitation ist wesentlich stärker von dem engeren Konzept der Akutbehandlung abgelöst. Sie umfasst eine Vielzahl von Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, dem Patienten Hilfestellung bei der Entwicklung eigener Abwehr-, Heilungs- und Widerstandskräfte zu leisten (§ 107 Abs. 2 Ziff. 2 SGB V). Vervollständigt wird das Leistungsspektrum durch die ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Ziff. 2 SGB V. Sie sollen das Ziel der Rehabilitation erreichen helfen, dürfen aber nicht der »allgemeinen« sozialen Eingliederung dienen. Offensichtlich können sie also sehr wohl derjenigen sozialen Eingliederung dienen, die behinderungsbedingt erforderlich geworden ist. Es bleibt also weiterhin dabei, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht ohne Sozial- bzw. Jugendhilfe auskommt. Herkömmlicherweise fand sich die zentrale leistungsrechtliche Norm in § 53 SGB XII, der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Im Bereich der Betreuung behinderter Kinder und Jugendlicher hatte es in der Vergangenheit vielfältige Auseinandersetzungen über die Frage gegeben, ob ein Minderjähriger seelisch krank oder behindert ist, oder ob er sich nur in einer Entwicklungskrise befindet. Im ersteren Falle musste der Träger der Sozialhilfe leisten, im letzteren war das Jugendamt für ihn zuständig. Im Zusammenhang mit der Reform der Kinder- und Jugendhilferechts hat man dieses Problem etwas entschärft.

Gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB VIII gilt allgemein ein Vorrang der Jugendvor der Sozialhilfe. In § 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII wird dann geregelt, dass für die behinderungsbedingten Leistungen an körperlich oder geistig behinderte junge Menschen (§ 7 SGB VIII) weiterhin der Träger der Sozialhilfe nach den §§ 53, 54 SGB XII zuständig ist. Im Verhältnis des Jugendamtes zum Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende bestimmt § 10 Abs. 3 Satz 2 SGB VIII, dass Letzterer für die Leistungen zur beruflichen Eingliederung vorrangig zuständig ist. Für die seelisch behinderten jungen Menschen leistet das Jugendamt nach der selbstständigen Regelung des § 35 a SGB VIII. Gewisse Unsicherheiten verbleiben in den Fällen, in denen man Zweifel haben kann, ob eine geistige oder seelische Behinderung vorliegt. Bis zur Klärung dieser Frage kommen, sofern eine Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX zu keinem Ergebnis führt, Vorleistungen nach § 43 SGB I in Betracht.

Das Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen ist in § 35 a SGB VIII unter Verweisung auf § 54 SGB XII geregelt. Die Leistungen werden übrigens ohne Einschränkung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres erbracht und werden, wenn sie vorher begonnen wurden, bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres fortgeführt (§ 41 SGB VIII). Eltern werden jetzt in größerem Umfang zu Kostenbeiträgen herangezogen als dies bisher der Fall war (§ 92 SGB VIII).

Zusammenfassend gilt Folgendes: Körperbehinderte Kinder und Jugendliche erhalten Akutversorgung und medizinische Rehabilitation nach den §§ 27 ff. SGB V und die soziale Rehabilitation nach § 54 SGB XII. Geistig behinderte Kinder und Jugendliche erhalten praktisch keine medizinischen Leistungen. Sie sind also auf solche nach § 54 SGB XII angewiesen. Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche erhalten die Akutversorgung und medizinische Rehabilitation nach den §§ 27 ff. SGB V. Leistungen der sozialen Rehabilitation werden an sie nach § 35 a SGB VIII erbracht. Das kann bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres geschehen (§§ 7 Abs. 1 Ziff. 4, 41 SGB VIII). Zur seelischen Behinderung gehört auch die Sucht. Für die Frühförderung aller behinderten Kinder gilt eine Sonderregelung. Aufgrund der Vorschrift des § 10 Abs. 4 Satz 3 SGB VIII ist sie in den meisten Bundesländern einheitlich den Sozialhilfeträgern zugewiesen. Einen ersten Schritt dahin, das gegliederte System zu überwinden, hat der Gesetzgeber mit der Schaffung einer Komplexleistung nach § 30 Abs. 1 SGB IX getan. Nach dieser Vorschrift sollen die Krankenkassen und die Träger der Jugend- bzw. Sozialhilfe Leistungen der Früherkennung und Frühförderung in integrierter Form gemeinsam erbringen und anteilig finanzieren. Hierfür findet erstmals zu Recht der Begriff der Komplexleistung Verwendung. Nach Möglichkeit sollen auch die Schulen ins Boot geholt werden. Das konnte der Bundesgesetzgeber aber nicht abschließend regeln, weil das Schulrecht Sache der Länder ist.