

//// Ernst-Wilhelm Luthe (Hrsg.)

Rehabilitationsrecht

Leseprobe, mehr zum Buch unter [ESV.info/978 3 503 11230 2](http://ESV.info/9783503112302)

ESV

ERICH SCHMIDT VERLAG

Rehabilitationsrecht

Leseprobe, mehr zum Buch unter [ESV.info/978 3 503 11230 2](http://ESV.info/9783503112302)

Herausgegeben von

Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe

FH Braunschweig/Wolfenbüttel und Universität Oldenburg

Bearbeitet von

Prof. Dr. Renate Bieritz-Harder, Prof. Dr. Johannes Falterbaum,
Dr. Stephan Gutzler, Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe,
Bernd Marschang, Peter Masuch, Prof. Dr. Wolfgang Noftz,
Dr. Dagmar Oppermann, Prof. Dr. Rainer Schlegel,
Prof. Dr. Wolfgang Schütte, Prof. Dr. Peter Trenk-Hinterberger,
Prof. Dr. Peter Udsching, Prof. Dr. Felix Welti,
Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner,

ERICH SCHMIDT VERLAG

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über dnb.ddb.de abrufbar.

Weitere Informationen zu diesem Titel finden Sie im Internet unter
[ESV.info/978 3 503 11230 2](http://ESV.info/9783503112302)

Zitiervorschlag:

Bearbeiter, in: Luthe (Hrsg.), *Rehabilitationsrecht*,
§ ... Rn. ...

ISBN 978 3 503 11230 2

Alle Rechte vorbehalten

© Erich Schmidt Verlag GmbH & Co., Berlin 2009
www.ESV.info

Dieses Papier erfüllt die Frankfurter Forderungen
der Deutschen Bibliothek und der Gesellschaft für das Buch
bezüglich der Alterungsbeständigkeit und entspricht sowohl den
strengen Bestimmungen der US Norm Ansi/Niso Z 39.48-1992
als auch der ISO Norm 9706.

Gesetzt aus 9/11 StempelGaramond

Satz: multitext, Berlin
Druck und buchbinderische Verarbeitung:
Hubert & Co., Göttingen

Vorwort

Das Buch beinhaltet eine Gesamtdarstellung des deutschen Rehabilitationsrechts unter Berücksichtigung seiner europa- und verfassungsrechtlichen Bezüge, seiner Strukturprinzipien sowie seiner allgemeinen Vorgaben im SGB IX, nicht zuletzt unter gesonderter Erörterung auch seiner jeweiligen spezialgesetzlichen Ausformungen innerhalb der einzelnen Bücher des Sozialgesetzbuches. Seit Inkrafttreten des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – im Jahre 2001 sind Begriff und Systematik des Rehabilitationsrechts mehrdeutig geworden. Ist Rehabilitation seitdem nur noch eine Angelegenheit behinderter Menschen oder betrifft der Bereich nach wie vor auch und vor allem kranke Personen? Ist eine solche Unterscheidung im Rehabilitationsrecht gemessen an seinen durch das SGB IX gesetzten Anforderungen überhaupt noch möglich? Wie steht es um das Verhältnis der einzelnen Leistungsgesetze zum behindertenspezifischen „Dachgesetz“ des SGB IX? Welche Eigenarten weisen die unterschiedlichen Leistungsgesetze und Leistungsträger der Rehabilitation gegenüber den auf Vereinheitlichung drängenden Strukturen des SGB IX heute noch auf? Und wo kann das SGB IX seiner Grundintention im Sinne eines bereichsübergreifenden Gesetzes gerecht werden?

Solche und weitere Fragen zur Systematik, zum institutionellen Selbstverständnis und zu den relevanten Rehabilitationsprinzipien sind neben der allgemeinen Darstellung des Rehabilitationsrechts als eines übergreifenden Rechtsgebietes der Rehabilitation und Integration gesundheitlich geschädigter Personen im Folgenden tonangebend. Allein aus der großen Anzahl der mitwirkenden Autorinnen und Autoren und ihrer unterschiedlichen beruflichen Herkunft kann geschlossen werden, dass die Präsentation eines einheitlichen Meinungsbildes mit diesem Buch weder beabsichtigt wurde, noch dass solches in Anbetracht der Komplexität und Umstrittenheit seines Gegenstandes als sonderlich sinnvoll zu erachten wäre. Die Vielfalt der in diesem Buch vertretenen Rechtsmeinungen kann vielmehr als unmittelbarer Ausdruck der Vielfalt des Rehabilitationsrechts selbst betrachtet werden. Eingedenk etwaiger Bewertungsunterschiede im Feinbereich der Darstellung aber ist dieses Buch insgesamt um eine systematische und übersichtliche Strukturierung der Materie bemüht und in dieser Hinsicht nicht nur für den juristischen Experten gedacht. Auch allen sonstigen in der rehabilitativen Praxis wirkenden Professionen soll das Werk einen strukturierten Zugang zu diesem in seinem Aufbau und seinen Anforderungen nicht eben einfachen Rechtsgebiet ermöglichen und zugleich bei einzelnen Fragen als Nachschlagewerk dienlich sein. Das seit 2001 als Teil 2 in das SGB IX eingefügte Schwerbehindertenrecht mit seiner Ausrichtung auf die betrieblichen Strukturen und die Funktion des Nachteilsausgleichs bleibt neben systematischen Gründen auch im Hinblick auf den unterschiedlichen Adressatenkreis in der Leserschaft jedoch einer gesonderten Erörterung vorbehalten.

Vorwort

Besonderen Dank gilt an dieser Stelle Frau Dr. Schweitzer vom Erich Schmidt Verlag, die zum Gelingen dieses koordinierungsintensiven Werks erheblich beigetragen hat.

Braunschweig, Oktober 2008

Ernst-Wilhelm Luthe

Inhaltsverzeichnis¹

Vorwort	Seite V
Verzeichnis der Bearbeiter	IX
Abkürzungsverzeichnis	XI
Literaturverzeichnis	XXIII

Teil 1

Grundlagen des Rehabilitationsrechts	1
Kapitel A: Begriff der Rehabilitation und des Rehabilitationsrechts (<i>Ernst-Wilhelm Luthe</i>)	3
Kapitel B: Grundprinzipien des Rehabilitationsrechts (<i>Ernst-Wilhelm Luthe</i>)	35
Kapitel C: Verfassungsrecht (<i>Ernst-Wilhelm Luthe</i>)	48
Kapitel D: Europäisches und internationales Recht (<i>Rainer Schlegel</i>) ...	64
Kapitel E: Trägerzuständigkeit im gegliederten System (<i>Ernst-Wilhelm Luthe</i>)	96

Teil 2

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen nach dem SGB IX	103
Kapitel A: Begriff der Behinderung und Gesetzesziele (<i>Ernst-Wilhelm Luthe</i>)	105
Kapitel B: Leistungsgrundsätze und Verfahrensregeln (<i>Felix Welti</i>)	131
Kapitel C: Ausführung von Leistungen zur Teilhabe (<i>Felix Welti</i>)	158
Kapitel D: Gemeinsame Servicestellen (<i>Wolfgang Noftz</i>)	175
Kapitel E: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (<i>Dagmar Oppermann</i>)	192
Kapitel F: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (<i>Peter Masuch</i>) ...	224
Kapitel G: Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (<i>Peter Masuch</i>)	249
Kapitel H: Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (<i>Wolfgang Schütte</i>)	264
Kapitel I: Sicherung und Koordinierung der Teilhabe (<i>Felix Welti</i>)	295
Kapitel J: Behindertenwerkstätten (<i>Peter Trenk-Hinterberger</i>)	301

Teil 3

Einzelne Leistungsgesetze	341
Kapitel A: SGB II (<i>Ernst-Wilhelm Luthe</i>)	343
Kapitel B: SGB III (<i>Renate Bieritz-Harder</i>)	354

¹ Detaillierte Inhaltsübersichten sind dem jeweiligen Kapitel vorangestellt.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel C: SGB V (<i>Bernd Marschang</i>)	381
Kapitel D: SGB VI (<i>Johannes Falterbaum</i>)	432
Kapitel E: SGB VII (<i>Peter Trenk-Hinterberger</i>)	483
Kapitel F: SGB VIII (<i>Reinhard Wiesner</i>)	509
Kapitel G: SGB XII (<i>Wolfgang Schütte</i>).....	526
Kapitel H: Soziales Entschädigungsrecht (<i>Stephan Gutzler/Peter Masuch</i>)	618
Teil 4	
Relevante Aspekte des Verwaltungsverfahrens und Rechtsschutzes (<i>Peter Udsching</i>)	637
Stichwortverzeichnis	661

Verzeichnis der Bearbeiter

Prof. Dr. Renate Bieritz-Harder, lehrt Sozialrecht an der FH Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven

Prof. Dr. Johannes Falterbaum, lehrt Sozialrecht an der Berufsakademie Heidenheim, Vorsitzender der SGB XII – Schiedsstelle für Baden-Württemberg

Dr. Stephan Gutzler, Richter am Sozialgericht Mainz, z. Zt. wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bundessozialgericht, Kassel

Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe, lehrt Öffentliches Recht und Sozialrecht an der FH Braunschweig/Wolfenbüttel und an der Universität Oldenburg, Geschäftsführender Direktor des Instituts für angewandte Rechts- und Sozialforschung, Braunschweig

Bernd Marschang, Richter am Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen

Peter Masuch, Präsident des Bundessozialgerichts, Kassel

Prof. Dr. Wolfgang Noftz, Präsident des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts a. D., Honorarprofessor an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Dr. Dagmar Oppermann, Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen

Prof. Dr. Rainer Schlegel, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht und Honorarprofessor an der Justus-Liebig-Universität Gießen

Prof. Dr. Wolfgang Schütte, lehrt Sozialrecht und Sozialpolitik an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales

Prof. Dr. Peter Trenk-Hinterberger, lehrt Sozial- und Arbeitsrecht an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg und an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Prof. Dr. Peter Udsching, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, Honorarprofessor an der Universität Osnabrück, Vorsitzender des Vorstandes des Deutschen Sozialrechtsverbandes

Prof. Dr. Felix Welti, lehrt Sozialrecht und Verwaltungsrecht an der Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhard Wiesner, Referatsleiter im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Honorarprofessor an der Freien Universität Berlin

Kapitel A Begriff der Rehabilitation und des Rehabilitationsrechts

von Ernst-Wilhelm Luthé

Inhaltsübersicht	Rz
I. Warum „Rehabilitationsrecht“?	1
II. Begriff und Gegenstand der Rehabilitation	4
1. Rehabilitationsbegriff	4
2. Medizinische Rehabilitation	7
3. Berufliche Rehabilitation	11
4. Soziale Rehabilitation	16
5. Rehabilitation und Fördererziehung	19
6. Rehabilitation und Prävention	22
III. Geschichte des Rehabilitations- und Behindertenrechts	23

I. Warum „Rehabilitationsrecht“?

Ein Buchtitel wie „Rehabilitationsrecht“ anstatt „Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“¹ versteht sich nicht von selbst, – angesichts der wachsenden Bedeutung gesellschaftlicher Teilhabe beeinträchtigter Personen heutzutage im Übrigen weniger als je zuvor. Einerseits verbindet man „mit einem Großteil des Rehabilitationswesens die Hilfe bei Behinderung. Andererseits werden Rehabilitationsleistungen in wesentlichem Umfang auch Personen gewährt, bei denen der Behindertenbegriff ungebräuchlich ist.“² Oder: „Die meisten der Rehabilitanden sind – auch wenn die Abgrenzung im Einzelnen sehr schwer fällt – eben noch nicht behindert, schon gar nicht schwerbehindert, sondern krank.“³ So sehr als sicher unterstellt werden kann, dass der Gegenstand der Rehabilitation die Hilfe bei Behinderung umfasst, so ungeklärt ist umgekehrt die Frage, ob es Rehabilitation ohne jeden Bezug⁴ auf Behinderungen geben kann und wie dieser Bereich einer solchen „bloßen“ Rehabilitationsbedürftigkeit einzugrenzen wäre. Denn unbestreitbar ebnet ein „expandierender“ Teilhabegedanke⁵ die zumindest analytisch denkbare Unterscheidung zwischen einem behinder-

1 So der Buchtitel von Neumann (Hrsg.).

2 Schulin, Kodifikatorische Anforderungen an ein Buch „Rehabilitationsrecht“ – SGB IX – aus juristischer Sicht, SDSRV 37 (1992), 7, 23; so auch Ruland, SDSRV 37 (1992), 93 sowie Wertebuch, Rehabilitation – Recht und Praxis, SGB 1977, 327, 329 und BSG v. 26. 10. 1982 – 12 RK 35/81 – USK 82126, 449, 451.

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

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

5 In diesem Sinn Eckertz, in: Neumann (Hrsg.), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, § 14 Rz 18, 19, 30.

tenspezifischen und einem behindertenunspezifischen Rehabilitationsrecht⁶ im Kontext eines weiten Verständnisses von Behinderung weitestgehend ein, je mehr

- auf den Nachweis kausaler Zusammenhänge zwischen Gesundheitsstörung, Funktionsbeeinträchtigung und Teilhabestörung als den drei Elementen des Behinderungsbegriffs zugunsten einer Wechselwirkung zwischen diesen Elementen verzichtet wird
- bereits die Gesundheitsstörung selbst an den gesellschaftlichen und personalen Kontextbedingungen gemessen wird
- der gesellschaftliche Kontext sogar als Prädisposition für eine gesundheitliche Schädigung in Erwägung gezogen wird
- die Normabweichung als Maßstab einer Funktionsbeeinträchtigung sich in Abkehr von einer statischen Defizitorientierung an der individuellen gesellschaftlichen Befindlichkeit der Person orientiert
- die Wertungsabhängigkeit von Defiziten und Beeinträchtigungen in ihren biologischen, psychischen und gesellschaftlichen Ursachen und Ausformungen in den Blick gerät

und sich somit in Anlehnung an das partizipatorische Verständnis der Weltgesundheitsorganisation ein moderner „sozialorientierter“ Behinderungsbegriff zur Geltung bringt.⁷ Dann wird gewissermaßen behindertenspezifisches Reha-Recht dort dominieren, wo ansonsten nur von rehabilitativer Krankenbehandlung, Arbeitsmarktintegration oder Bildung die Rede sein könnte.

- 2 Das skizzierte weite Verständnis von Behinderung ist jedoch nicht ohne Kritik geblieben⁸ (Teil 1 C. Rz 5; Teil 2 A. Rz 17, 18, 23, 25). Im Übrigen aber werden die Unterschiede zwischen einer „bloßen“ Gesundheitsstörung und einer Behinderung, zumal bei längerer und vor allem chronischer Erkrankung, auch durch das Merkmal der drohenden Behinderung (§ 2 Abs. 1 SGB IX) fließend.⁹ So ver-

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

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

8 Buch, Das Grundrecht der Behinderten (Art. 3 Abs. 2 Satz 2 GG), Osnabrück 2001, 59; Neumann, NVwZ 2003, 897, 900; Neumann, in: Neumann (Hrsg.), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, § 2 Rz 13; Eckertz, in: Neumann, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, § 14 Rz 18f.; Burger, Ökonomische Analyse der medizinischen Rehabilitation – Rehabilitation zwischen sozialpolitischem Anspruch und arbeitsmarktpolitischen Interessen, 28f. Vgl. dagegen Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 82, 440.

9 Vieles hängt in dieser Hinsicht davon ab, ob die Beeinträchtigung „unmittelbar“ drohen muss (so die Gesetzesbegründung, BT-Drucks. 7/1237 S. 54) oder ob der Wahrscheinlichkeitsmaßstab von der Schwere der drohenden Beeinträchtigung abhängig ge-

wundert es kaum, dass eine allgemeingültige Definition von Rehabilitation im Sozialrecht angesichts unterschiedlicher rechtlicher und fachwissenschaftlicher Grundannahmen und nicht zuletzt angesichts der im „gegliederten System“ (Teil 1 B. Rz 10) allen Vereinheitlichungstendenzen zum Trotz¹⁰ fortbestehenden träger- und leistungsspezifischen Eigenarten bis heute fehlt.¹¹ Im deutschen Sozialrecht wird die Rolle der Rehabilitation denn auch unterschiedlichen Zuständen – Krankheit, Behinderung und/oder Pflegebedürftigkeit – zugeordnet¹². So ist namentlich die Kranken- und Unfallversicherung in ihren Voraussetzungen offen gegenüber einem auch lediglich kranken Menschen zgedachten Konzept von Rehabilitation (Rz 6)¹³, während etwa die Rehabilitation der Arbeitsförderung oder auch der Sozial- und Jugendhilfe von vornherein nur für behinderte Menschen in Betracht gezogen werden kann.¹⁴ Selbst das SGB I lässt hier die gebotene Orientierung vermissen. Auch wenn sämtliche Leistungsgruppen des § 5 SGB IX von „Rehabilitationsträgern“ (§ 6 SGB IX) ausgeführt werden, ist der Sprachgebrauch des SGB I in dieser Hinsicht höchst uneinheitlich¹⁵ und gewinnt erst im

macht wird (so Welti, in: HK-SGB IX, § 2 Rz 36). Nahezu unkalkulierbar wird der Entscheidungsprozess aber spätestens bei kombinierter Gesamtbetrachtung jener Unwägbarkeiten des Behinderungsbegriffs (sozial- oder statusorientierter Begriff) mit denen des Wahrscheinlichkeitsmaßstabes bei drohender Behinderung. Dass aus der Dauerhaftigkeit eines Leidens nicht zwangsläufig auf eine Teilhabebeeinträchtigung und somit eine Behinderung geschlossen werden darf, betont in diesem Zusammenhang Mrozynski, SGB IX, Teil 1, § 2 Rz 12 sowie zur chronischen Erkrankung vor allem § 2 A. Rz 27.

- 10 Hierzu die Kritik von Fuchs/Welti, dass Neuregelungen zur medizinischen Reha etwa in der KV die Gefahr von Sonderwegen des Leistungsträgers begründen, indem die Rehabilitation zum bloßen Anhängsel der Akutversorgung und hierdurch die trägerübergreifende Bedeutung des SGB IX in Mitleidenschaft gezogen wird: Fuchs/Welti, Gesundheitsreform verfehlt aktuelle Herausforderungen, SuP 2006, 479, 485.
- 11 Etwa Kolb, Rehabilitationsrecht, in: v. Maydell/Ruland, Sozialrechtshandbuch, Rz 1 sowie Haack, Rehabilitation und Prävention sichern, vernetzen und entbürokratisieren, 14f., zitiert nach Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 125.
- 12 Plute, Der Begriff der (medizinischen) Rehabilitation im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, VSSR 2003, 97, 98, 104.
- 13 Plute, Der Begriff der (medizinischen) Rehabilitation im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, VSSR 2003, 98, 110.
- 14 Auch begrifflich hat sich das Arbeitsförderungsrecht des SGB III bei der beruflichen Rehabilitation deshalb umorientiert und spricht insofern nur noch von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. §§ 97ff. SGB III). Das Gesetz verdeutlicht so vor allem den Aufgabenschwerpunkt dieser Art von Rehabilitation: dieser liegt nicht in der Bearbeitung von Gesundheitsstörungen, sondern in der gesellschaftlichen Integration Behinderter. Eine besondere Konstellation liegt demgegenüber in der Rentenversicherung vor: auch diese will gesellschaftlich und insbesondere ökonomisch integrieren, gewährt daher ebenso wie das SGB III „Leistungen zur Teilhabe“ (vgl. §§ 9ff. SGB VI), beschränkt diese jedoch nicht auf das Vorliegen von Behinderungen; zu den Eigenarten rentenrechtlicher Rehabilitation vgl. Luthé, in: Schlegel/Voelzke, juris-PK SGB VI, § 9 Rz 12, § 10 Rz 24, 28–30.
- 15 Vgl. §§ 21 Abs. 1 Nr. 2 e), 22 Abs. 1 Nr. 2, 23 Abs. 1 Nr. 1 a), 24 Abs. 1 Nr. 1 und 2, 27 Abs. 1 Nr. 4, 28 Abs. 1 Nr. 3, 29 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB I: „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“, „medizinische Rehabilitation“, „Eingliederungshilfe“, „Leistungen zur Erhaltung, Besserung, Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit/Leistungsfähigkeit“.

Kontext der einzelnen Leistungsgesetze an Schärfe.¹⁶ Immerhin aber erscheint eine „analytische“ Trennung zwischen behindertenspezifischem und -unspezifischem Rehabilitationsrecht möglich und angesichts des heterogenen Meinungs- und Institutionenspektrums auch geboten. **Rehabilitationsrecht kann in einem analytisch-materiellen Sinn deshalb als Leit- oder Oberbegriff** aufgefasst werden, umschließt auch das Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, geht jedoch nicht vollständig in ihm auf. Es gleicht insofern einem mehrdimensionalen Koordinatensystem, in dem die konkrete Lagebestimmung der Entscheidungsgrößen und damit das Gesamtbild dessen, was Rehabilitation ausmacht, von den jeweils unterschiedlichen und historisch wandelbaren Anschauungen über den sachlichen und normativen Anforderungsgehalt seiner „Achsen“ – Gesundheit¹⁷, Teilhabe und Behinderung – bestimmt wird.¹⁸

- 3 Welches Verständnis von Rehabilitation und Rehabilitationsrecht man immer auch vertreten mag, hier ist es vor allem auch für die Abgrenzung zum weitgehend selbstständigen¹⁹ und wesensmäßig in den Prinzipien des Nachteilsausgleichs bzw. der betrieblichen Integration verwurzelten **Schwerbehindertenrecht** (§§ 68ff.

-
- 16 Vgl. etwa Seewald, in: KassKomm, § 10 SGB I, Rz 11–14: Zwar komme § 10 SGB I eine Querschnittfunktion für sämtliche Leistungen mit dem Ziel der Teilhabe und Rehabilitation behinderter Menschen zu. Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung beziehe sich jedoch im Wesentlichen nur auf die Maßnahmen im Anschluss an eine Akutbehandlung (§§ 40, 41, 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V), in der Rentenversicherung „möglicherweise“ neben der Nachsorge auch auf Leistungen der Akutbehandlung (vgl. § 13 Abs. 2 Nr. 1 HS 2 SGB VI). Im Übrigen könne bei sämtlichen Leistungsgruppen des § 5 SGB IX der Begriff der Rehabilitation zugrunde gelegt werden, auch wenn § 29 SGB I von „Rehabilitation und Teilhabe“ spreche.
- 17 Vgl. Ottawa-Charta, WHO, 1986, 3: Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens in Abhängigkeit von individueller Selbstbestimmung; hierzu Laaser/Hurrelmann/Wolters, in: Hurrelmann/Laaser (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften, 176, 177 f; aus neuerer Zeit ähnlich auch Schnoor, Salutogenese, ein gesundheitsorientiertes Rahmenkonzept, Geistige Behinderung 2007, 3ff., 5.
- 18 Zur Abhängigkeit des Behinderungsbegriffs von den sozialen Anschauungen auch Masuch, in: Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht 2004, 199ff.; den normativen Aspekt betonend Welti, der darauf hinweist, dass das Recht der Rehabilitation und Teilhabe nicht nur als spezifischer Ausdruck gesetzlich geregelter Leistungsbereiche gewertet werden könne, sondern hier auch eine umfassende Zielbeschreibung des Gesundheitswesens mit dem übergeordneten und verfassungsrechtlich gestützten Ziel der Teilhabe angelegt sei: Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 144, 146, 738, 748. Zur Verteilungsfunktion des Behinderungsbegriffs vgl. in diesem Zusammenhang auch Trenk-Hinterberger, Behindertenrecht, in: Antor/Bleidick (Hrsg.), Handlexikon der Behindertenpädagogik: Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis, 297.
- 19 „Nach dem in der Begründung des Entwurfs (zum SGB IX, der Verf.) bekundeten Willen des Gesetzgebers soll das SGB IX das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht nicht nur zusammenfassen, sondern es durch seine Zusammenfassung fortentwickeln. Dennoch lassen sich in dem Gesetz nur schwer Prinzipien finden, in denen der beanspruchte rechtliche Zusammenhang rechtlich greifbar wird“: Eckertz, in: Neumann (Hrsg.), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, § 14 Rz 5, 41. Vom „weiterhin selbstständige(n) Schwerbehindertenrecht“ spricht auch Mrozynski, SGB IX, Teil 1, Vorwort; zur Notwendigkeit einer getrennten gesetzlichen Regelung von Rehabilitation und Schwerbehindertenrecht vgl. auch Ruland, SDSRV 1993, 107f.

SGB IX) von Bedeutung, das in diesem Buch jedoch nicht näher behandelt wird. Überdies wird „Rehabilitationsrecht“ auch seiner Begriffsgeschichte und institutionellen Einbettung im System des Sozialrechts nach in seiner Eigenständigkeit bestätigt.²⁰ Als solches – deutlicher gleichwohl in neuerer Zeit – war es im Übrigen immer schon am Gedanken gesellschaftlicher Eingliederung und selbst bestimmten Teilhabe gesundheitlich geschädigter Personen ausgerichtet, und zwar im Zuge eines „allgemeinen Rehabilitationsbegriffs“ ganz unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung.²¹ Zwar hat der Teilhabegedanke im Behindertenrecht des SGB IX (vgl. §§ 10 SGB I, 4 SGB IX) seine bislang differenzierteste Ausformung erfahren. Hier ist die Einheit von „Rehabilitation und Teilhabe“ mittlerweile zu einer fest stehenden Begrifflichkeit geworden. Aber auch außerhalb des Behindertenrechts ist Rehabilitation schon in sachlicher Hinsicht erst durch das Teilhabeziel von rein kurativer Versorgung bzw. Akutbehandlung hinreichend deutlich zu unterscheiden²² und ist dieses neben den übergreifenden Zielen des SGB IX in den einzelnen Leistungszielen der besonderen Rehabilitationsgesetze mit teils differenzierter Zielperspektive als berufliche und/oder allgemein soziale Teilhabe stets enthalten („Rehabilitation als Weg, Teilhabe als Ziel“).²³ In Anbetracht eines der Behinderung übergeordneten und diese einschließenden Rehabilitationsbegriffs kann grundsätzlich nur im Blick auf das einzelne Leistungsgesetz endgültig entschieden werden, ob und in welcher Reichweite die allgemeinen behinderungsrechtlichen Bestimmungen des SGB IX im Rahmen der Rechtsanwendung zugrunde zu legen sind. Hieraus erklärt sich nicht zuletzt neben dem Titel auch der Aufbau dieses Buches (insbesondere Teil 2 und 3).

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

21 Zum allgemeinen Rehabilitationsbegriff Pitschas, in: Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 3, § 31 Rz 1,3: „Aufgrund des allgemeinen bzw. vorrechtlichen Verständnisses von Rehabilitation verbindet man mit diesem Begriff ein Behandlungsprogramm, welches auf Wiederherstellung des ursprünglichen gesundheitlichen u. a. m. Zustandes oder zumindest auf Verbesserung des jetzigen Befindens einer Person gerichtet ist ... Vielmehr soll die Rehabilitation die individuellen (medizinischen und beruflichen) sowie sozialen Folgen, die durch die jeweilige Krankheit bereits eingetreten sind oder eintreten drohen, heilen bzw. verbessern oder deren Eintritt gänzlich verhindern.“

22 Pitschas, in: Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 3, § 31 Rz 3.

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

II. Begriff und Gegenstand der Rehabilitation

1. Rehabilitationsbegriff

- 4 Der Begriff der Rehabilitation insbesondere in seinen nicht-juristischen Bezügen ist in starkem Maße **kontextbezogen**. Dies ist im Wesentlichen zurückzuführen auf die Beteiligung verschiedener Bezugsdisziplinen (vor allem Medizin, Pädagogik, Sozialarbeit), auf ein in sich differenziertes, gleichwohl sich überschneidendes Begriffs- und Aufgabenverständnis (medizinische, berufliche, soziale Rehabilitation)²⁴, auf die jeweilige Bedeutung des Präventions- sowie Teilhabegedankens im Selbstverständnis des Gesundheitswesens und hiervon abhängig auch auf den jeweils vorherrschenden Bedeutungsgehalt einer Behinderung (Rz 1, 2). All dies aber wird entscheidend auch von den formalen Strukturen des Gesamtsystems geprägt, insbesondere den rechtlichen und organisatorischen Gegebenheiten innerhalb eines „gegliederten Systems“ (Teil 1 B. Rz 10) der Rehabilitation, die insofern auf das jeweilige Fachverständnis zurückwirken und so eine Annäherung zwischen den formalen und materialen Grundlagen bewirken.²⁵ In der Gesamtbetrachtung lässt sich für entwickelte Industriegesellschaften feststellen, dass die **Morbiditätsstruktur** zunehmend von chronischen Krankheiten bestimmt wird, auf die letztlich auch ein insgesamt zu beobachtender Bedeutungszuwachs der Rehabilitation zurückgeführt werden kann. Die früher vorherrschenden Infektionskrankheiten haben abgenommen und stattdessen beherrschen die chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und des Bewegungsapparates sowie die Krebserkrankungen und psychische Krankheiten das Feld. Zudem steigt mit älter werdender Bevölkerung auch die Inzidenz chronisch degenerativer Erkrankungen, häufig in der Form von Mehrfacherkrankungen.²⁶ Chronische Erkrankungen aber wirken sich auf die gesamte Lebenssituation der Betroffenen aus. Die Bewältigung der sozialen Krankheitsfolgen wird in Ansehung solcher mittlerweile als Zivilisationsrisiken anzusehenden Defizitlagen deshalb zu einem allgemeinen strukturellen Erfordernis staatlicher Gesundheitspolitik. In einem übergreifenden Sinn meint **Rehabilitation** den gleichzeitigen und koordinierten Einsatz von medizinischen, sozialen, schulischen und beruflichen Maßnahmen mit dem Ziel, die aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkten Betätigungsmöglichkeiten und damit die funktionelle Leistungsfähigkeit des Betroffenen möglichst weitgehend wieder herzustellen.²⁷ Diese Aufgabe findet jedoch stets in einem sozialen

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

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

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

27 Ruland, in: v. Maydell/Ruland, Sozialrechtshandbuch, C. § 16 Rz 201. Ähnlich offen auch Pitschas, in: Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, § 31 Rz 1, 3 sowie Statistisches Bundesamt, Gesundheitsbericht für Deutschland, 414: Rehabilitation soll dabei helfen, „die Erkrankung und Behinderung sowie deren Folgen zu bewältigen ...“

Umfeld statt, der für den Erfolg der Rehabilitation von wesentlicher Bedeutung ist. Diese Erkenntnis ist prägend für das heutige Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften als einer interdisziplinär ausgerichteten Disziplin. „Ein moderner Rehabilitationsbegriff orientiert sich am biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO und fokussiert primär auf die individuellen und sozialen Auswirkungen von (chronischer) Krankheit, Unfall und angeborenen Leiden oder des Alters.“²⁸ Eben hieran wirken die verschiedenen Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) in unterschiedlichem Ausmaß mit.²⁹ Geht es jedoch schwerpunktmäßig um das Arbeitsfeld „Behinderung“, so erfährt auch der Rehabilitationsbegriff eine Anpassung an die hier dominierenden Sachstrukturen: neben den allgemeinen Merkmalen der Gesundheitsstörung und ihrer Bewältigung durch den Betroffenen verengt sich der Personenkreis auf den Kreis behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und verdichtet sich das allgemeine Rehabilitationsziel gesellschaftlicher Integration zu einem Erfordernis **partizipatorischer Gleichstellung und Normalisierung** gegenüber den ansonsten eher instrumentellen, auf die Bewältigung von Krankheitsfolgen bezogenen medizinisch-pathologischen Sichtweisen.³⁰

Hingegen ist die Fixierung auf Krankheitsfolgen in der behinderungsspezifischen Sichtweise gerade kein prägendes Merkmal von Rehabilitation. Denn nicht jede Behinderung ist zugleich mit einer Krankheit verbunden, so dass hier die Einwirkung auf das soziale und berufliche Umfeld des Betroffenen, die Stärkung seiner Selbsthilfepotentiale³¹ und mithin der Gedanke gesellschaftlicher Teilhabe gegen-

28 Koch/Bengel, in: Koch/Bengel (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 2000, 9.

29 50 % aller Reha-Maßnahmen entfallen auf die Rentenversicherung, 20 % auf die Krankenversicherung, 18 % auf die Arbeitslosenversicherung, 5 % auf die Unfallversicherung, 3 % auf die Kriegsopferversorgung, 4 % auf die Sozial- und Jugendhilfe: Kunze/Kreikebohm, Sozialrecht versus Wettbewerbsrecht – dargestellt am Beispiel der Belegung von Rehabilitationseinrichtungen, NZS 2003, 5f.

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

31 Zu Letzterem („Krankheitsfolgenverarbeitung“) pointiert Pitschas, Rehabilitation, in: Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, 799f.

über den kurativen Maßnahmen im Vordergrund stehen muss.³² Eine in dieser Weise **umfassend zu verstehende Vor- und Nachsorge** zeigt sich insbesondere auch im Bereich medizinischer Rehabilitation. Diese folgt nach neuerem Verständnis keinem Phasenmodell mehr, hat mithin nicht erst nach Abschluss der Akutbehandlungsphase einzusetzen, sondern angesichts jener zunehmend ins Blickfeld geratenden Wechselwirkungen von Genesung und gesellschaftlicher Befindlichkeit der Person unter sämtlichen Aspekten koordinierter kurativer Versorgung und gesellschaftlicher Teilhabe vielmehr von Anfang an zu erfolgen.³³ Das stete Vordringen ambulant erbrachter Reha-Maßnahmen (vgl. etwa § 19 Abs. 2 SGB IX) dürfte der Realisierung dieses Gedankens nicht unerheblich Aufschwung geben und zur allmählichen Auflösung starrer Rehabilitationsphasen (früher: „Heilkuren“) beitragen.³⁴ Im Rahmen einer sich in dieser Weise abzeichnenden ganzheitlichen und gleichsam reflexiv gewordenen Rehabilitation, welche die Eigenarten des jeweiligen Interventionsfeldes und die Interessen der betroffenen Akteure als notwendige Wirkungsbedingungen der eigenen Interventionen reflektiert, verschwimmen die Begriffe der Krankenbehandlung und Rehabilitation ebenso wie diejenigen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation³⁵ (Rz 15), wird deutlich, dass Rehabilitation einen gegenüber bloßer Krankheitsbewältigung übergreifenden Sinngehalt haben muss und neben seiner instrumentellen, an der Gesundheitsstörung orientierten und durch die institutionellen Besonderheiten der Sozialversicherung geprägten Bedeutung auch als allgemeine normative Zielbeschreibung eines auf gesellschaftliche Integration beeinträchtigter Personen ausgerichteten Gesundheitssystems angesehen werden kann.³⁶

Je deutlicher aber die gesellschaftliche Integration und mit ihr das Risiko der Ausgrenzung gegenüber den medizinischen Aspekten der Gesundheitsschädigung an

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

33 „Das traditionelle Modell eines sequentiellen Krankheitsverlaufs, demzufolge Kuration, Rehabilitation und Pflege nacheinander geschaltete Maßnahmen darstellen, steht im Widerspruch zu den Ergebnissen neuerer Untersuchungen aus unterschiedlichen Disziplinen“: Plute, Der Begriff der (medizinischen) Rehabilitation im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, VSSR 2003, 97, 109. Hierzu auch Bürger/Buschmann-Steinhage, in: Bengel/Koch (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 8ff.

34 So Raspe, in: Igl/Welti, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, 243. Gleichwohl ist das Potential ambulant erbrachter Reha derzeit bei weitem noch nicht ausgeschöpft: Hibbeler, Ambulante Rehabilitation, Deutsches Ärzteblatt 50/103 v. 15.12.06, A-3373. Dies erstaunt, da in Teilbereichen deutlich nachgewiesen werden konnte, dass ambulante und stationäre Rehabilitation gleich wirkungsvoll sind, ambulante Maßnahmen aber ungleich kostengünstiger sind: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Perspektiven des Wandels in der Rehabilitation 1999, 18 (Internet).

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

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

Bedeutung gewinnen³⁷ und zwischen diesen Bereichen sich eine gleichsam symbiotische Beziehung auszubilden scheint, umso stärker wächst der Bedarf an normativer Grundlegung des Gegenstandes, weil Wertung an die Stelle treten muss, wo die empirischen Gewissheiten im Rahmen einer auf den weithin unkalkulierbaren gesellschaftlichen und personalen Kontext des Betroffenen bezogenen Schädigungsdiagnose und Wirkungsprognose schwinden. **Rehabilitation** ist daher auch ein **normativ** eingefasster und unter Bedingungen einer ausdifferenzierten Moderne letztlich rechtlich regulierter Begriff: welcher Grad an Erfolgswahrscheinlichkeit im Rahmen welcher Ermittlungs- bzw. Diagnoseanstrengungen mit welcher Zielpriorität und welchen Maßnahmekosten bei der Fallbeurteilung zugrunde zu legen ist, entzieht sich weithin dem empirisch Messbaren und muss deshalb nach der Schwere der Beeinträchtigung und damit nach der Wertigkeit des in Frage stehenden Rechtsguts (Leben, Gesundheit, Diskriminierungsverbot, Berufsfreiheit) beurteilt werden.³⁸ Die herkömmliche Subsumtionslogik des Rechts stößt hier deutlich auf Grenzen. Denn sowohl die Leistungsvoraussetzungen als auch der Leistungsumfang des Gesetzes werden vom gleichen konkreten Einzelfall beherrscht. Hierdurch kommt es zu Überschneidungen der einzelnen Prüfungsstufen.³⁹ Die Folgen sind unübersehbar: Die Kompetenzgrenzen von Gericht und Verwaltung verwischen⁴⁰ und die formal-begriffliche Abgrenzung der Entscheidungsbereiche als einer Grundvoraussetzung für Rechtssicherheit erscheint mit wachsendem Fallaufkommen immer weniger möglich. Prinzipiengestützte und in Fallgruppen aufbereitete Lösungen bestimmen das Bild und die Methode der Abwägung im und für den Einzelfall erstarkt zum maßgeblichen Rechtsanwendungsmodus. Am Ende steht wieder das Ausgangsproblem; Wertabwägung gelingt nur im Rekurs auf das konkrete Gewicht der berührten Werte⁴¹

37 Entsprechendes Zahlenmaterial liefern Rolland, *Vorsorge und Rehabilitation in Deutschland 2003*, *Wirtschaft und Statistik* 2005, 971 sowie Hibbeler, *Medizinische Rehabilitation: die Talsohle* durchschritten, *Dt. Ärzteblatt* 47/103 v. 24.11.06, A-3164.

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

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

40 Mit der Konsequenz, dass das Gericht in den Ermessensbereich der Verwaltung „hineinregiert“: Luthe, in: Schlegel/Voelzke, *juris-PK SGB VI*, § 10 Rz 17.

41 Man stößt hierbei auf das allgemeine wohlfahrtsökonomische Problem, dass der Erfüllungsgrad der Verwirklichung von Werten nicht wirklich gemessen und darüber hinaus
(Fortsetzung siehe Seite 12)

und damit wiederum auf die jeweiligen Wirkungen der Schädigung und die auf sie gerichteten Maßnahmen. Rehabilitationsrecht führt damit alle Widersprüche mit, die generell für wirkungsbezogene und am „Bedarf“ ausgerichtete Entscheidungsstrukturen in dynamischen Aktionsfeldern typisch sind: die Offenheit der Normaussagen, die Abhängigkeit des Normverständnisses und der Normdurchsetzung von rechtsexternen Fachperspektiven und Ressourcen sowie die prinzipielle Zukunftsorientierung rehabilitativer Rechtsanwendung unter Bedingungen unvorhersehbarer Maßnahmewirkungen⁴² machen den Gesamtcharakter sozialgestaltender Staatstätigkeit in diesem Bereich aus und beleuchten gleichzeitig ihr in der Verschränkung von unbestimmter Entscheidungsregel und ungesicherter Maßnahmewirkung, letztlich von Wertung und Wirkung zum Ausdruck gelangendes Rationalitätsdilemma (auch Teil 1 B. Rz 4).⁴³

- 6 In diesem ganzheitlichen Verständnis ist Rehabilitation kategorial jedoch nicht auf den Umgang mit **behinderten Menschen** beschränkt. Auch der Kranke, dessen Beeinträchtigung im Gegensatz zum Behinderten nicht notwendig über einen langen Zeitraum vorliegen muss, der aber ebenso wenig einer unmittelbar drohenden Behinderung ausgesetzt zu sein braucht oder nur wegen altersadäquater Leiden nicht als Behinderter zählt (vgl. § 2 SGB IX), benötigt bei entsprechender Schädigung und Funktionseinschränkung zu seiner Genesung auf das gesellschaftliche Umfeld und seine weitere Lebensführung abzielende Hilfestellungen und ist somit rehabilitationsbedürftig. Dies muss nicht sogleich auf ein behindertenrechtlich aufgeladenes Ziel gleichberechtigter Teilhabe (Teil 2 A. Rz 7f) hinauslaufen, kann aber gleichwohl unterstützende Hilfen zur individuellen Bewältigung der Krankheit und ihrer sozialen Folgen (Unterstützung der alltäglichen und beruflichen Leistungsfähigkeit und Abbau von Risikofaktoren)⁴⁴ beinhalten. Der Schluss von der Funktionseinschränkung auf die (drohende) Behinderung ist in seinen Voraussetzungen jedenfalls anspruchsvoller als gemeinhin angenom-

der Einzelfall bzw. die relevanten Situationsbedingungen als verzerrende Faktoren in der Analyse nicht ausreichend isoliert werden können: Luthe, *Optimierende Sozialgestaltung*, 401–404.

- 42 Damit soll der mögliche Nutzen einer fallgruppenspezifischen Aufbereitung der prognostischen Datenbasis im Unterschied zu einer eher intuitiven Begutachtungspraxis nicht bestritten werden. Gleichwohl bleibt gerade für komplexe Störungen zu konstatieren: „Je stärker man sich an der Methodik der indirekten Veränderungsmessung, d. h. dem Standard der medizinisch-klinischen Forschung, an sozialmedizinisch relevanten Outcomes wie Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung und an mehr als kurzfristigen Nachbeobachtungszeiten ... orientiert, umso geringer werden die messbaren Effekte einer medizinischen Rehabilitation ...“: Raspe, *Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Zur Theorie von Bedarfsermittlungen („needs assessment“)*; *Die Rehabilitation* 2007, 3, 6; ähnlich Welti/Raspe, *Der sozialrechtliche Rahmen der evidenzbasierten Rehabilitation*, *Die Rehabilitation* 2005, 560, 564.
- 43 Luthe, *Optimierende Sozialgestaltung*, 294, 300, 303ff., 500, 504 und Luthe, in: Hauck/Noftz, *SGB II*, § 3 Rz 7 sowie Luthe, in: Hauck/Noftz, *SGB XII*, E 010 Rz 86.
- 44 Hierzu BSGE 46, 41: Förderung der Entwicklung eigener Abwehrkräfte als Kriterium der Abgrenzung von Krankenbehandlung und Rehabilitation.

men⁴⁵ und – wie noch zu zeigen sein wird – nur im konkreten Einzelfall gerechtfertigt (Teil 2 A. Rz 24, 25).

2. Medizinische Rehabilitation

Für das Einsetzen von Rehabilitation ist das Bestehen oder zumindest das Drohen einer gesundheitlichen Schädigung schlechthin unabdingbar. Die medizinische Beurteilung steht deshalb regelmäßig am Anfang einer jeden Rehabilitationsmaßnahme. Sie determiniert alle weiteren Schritte, sei es in medizinischer, beruflicher oder sozialer Hinsicht. In diesem weiten Verständnis hat Rehabilitation immer einen medizinischen Bezug, sind der Arzt und das sonstige medizinische Fachpersonal gleichsam Supervisoren des gesamten Hilfeprozesses. Innerhalb der einschlägigen Leistungsgesetze (§ 6 Abs. 1 SGB IX) ist die medizinische Rehabilitation am häufigsten vertreten, die berufliche dagegen nur zum Teil und die soziale am wenigsten. Zu unterscheiden ist zwischen der medizinischen Rehabilitation im **leistungsrechtlichen und im sozialmedizinischen Sinn**. Leistungsrechtlich geht es um die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustandes des Patienten mit dem übergreifenden Ziel der Integration in das Erwerbsleben und der Unterstützung in der alltäglichen Lebensführung, was nicht-ärztliche Maßnahmen mit medizinischer Ausrichtung einschließt. Insofern ist das Integrations- und Unterstützungsziel leistungsrechtliches Kennzeichen für Rehabilitation schlechthin im Unterschied zur Krankenbehandlung, die Einwirkung auf den Gesundheitszustand dagegen die medizinische im Gegensatz zur beruflichen und sozialen Komponente von Rehabilitation.⁴⁶ Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation lassen sich ferner indikationsspezifisch fassen – so etwa als medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen, bei Herz-/Kreislaufkrankungen, bei neurologischen und psychischen Erkrankungen oder in der Geriatrie.⁴⁷ In der herkömmlichen sozialmedizinischen Sicht lässt sich medizinische Rehabilitation als „Fortsetzung der medizinisch – technisch orientierten Behandlung“ verstehen. „Das Ziel medizinisch-rehabilitativer Maßnahmen ist die weitgehende Beseitigung der Gesundheitsschäden (impairment).“⁴⁸ Rehabilitation erscheint danach als Methode zur Unterstützung der Behandlung (neben der ärztlichen Betreuung u.a. auch durch Krankengymnastik, Logopädie, ergothera-

45 Etwa bei Kolb, Rehabilitation, in: v. Maydell/Ruland (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch, Rz 1, aber generell in der rehabilitativen Praxis, wie ein kurzer Praxistest des Lesers beweisen wird.

46 So sei das Ziel der Reha, auch dann wenn es im Einzelfall nur um die Teilhabe am Arbeitsleben geht, kein taugliches Abgrenzungskriterium zwischen beruflicher und medizinischer Reha. Es komme hierbei vielmehr auf den Gegenstand und die Ausrichtung der Maßnahmen an: BSG v. 12. 8. 1982 – 11 Ra 62/81 = BSGE 54, 54; BSG v. 24. 6. 1980 – 1 RA 51/79 = BSGE 50, 156.

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

48 Waller, Sozialmedizin, 139.

peutische Behandlung und psychosoziale Betreuung) und ist insofern unmittelbarer Bestandteil kurativer Versorgung und weniger ein eigenständiges Segment des Gesundheitswesens⁴⁹ mit dem Ziel der Krankheitsfolgenbewältigung und Prävention. Im Mittelpunkt medizinischer Rehabilitation stehen vor allem chronische Erkrankungen und ihre Folgen in der alltäglichen Lebensführung und im Beruf (Rz 14).⁵⁰ Mit dieser spezifisch pathologischen Orientierung ist die Rehabilitationsmedizin – seit dem Vordringen des Teilhabedankens (Rz 5) – mittlerweile ein ordnungspolitisch unverzichtbarer Garant dafür, dass nicht jedwedes gesellschaftliche Defizit zu einer rehabilitationsbedürftigen Angelegenheit und damit zu einer Frage des Gesundheitssystems gemacht wird, nur weil es an wünschenswerter staatlicher Kompensation ansonsten fehlt.

- 8 Gleichwohl wurde dieses Verständnis nicht unerheblich durch die Besonderheiten der deutschen Sozialversicherung geprägt, wo einzelne, in sich geschlossene Phasen der Behandlung (Kuration, Rehabilitation und Pflege) häufig mit einem Wechsel der Trägerzuständigkeiten einhergehen, entspricht dem gegenwärtigen Stand **rehabilitativer Forschung und Entwicklung**⁵¹ in Ansehung der als notwendig erachteten Einbeziehung von Patientenpotentialen und Umweltfaktoren auf der Basis des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)⁵² jedoch nur bedingt. Vor allem die Hinwendung zu Vernetzungskonzepten wie der Integrierten Versorgung und zu Disease-Management Programmen⁵³, aber auch die avisierte Überführung von Teilstufen ambulanter und stationärer Versorgung, von Akutversor-

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

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

51 Grundlegend Bengel/Koch, Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften; Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (Hrsg.), Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland.

52 Dass sich die ICF zwar generell auf alle funktionalen Aspekte von Gesundheit bezieht, aber gleichwohl den Behinderungsbegriff pauschal für alle Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit eines Menschen verwendet (vgl. den Begriff der Funktionsfähigkeit der ICF unter [www. dimdi. de](http://www.dimdi.de)), deshalb aber zwischen Rehabilitanden und Behinderten im deutschen Kontext mit Rücksicht auf den Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX deutlicher differenziert werden muss, wird nicht immer mit der erforderlichen Klarheit zum Ausdruck gebracht: so bei Raspe, Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Zur Theorie von Bedarfsermittlungen („needs assessment“), Die Rehabilitation 2007, 3, 4 sowie Dt. Rentenversicherung Bund, Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und Bengel/Koch, in: Bengel/Koch (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 12.

53 §§ 140 a ff., 137 f, 137 g SGB V. Mit DMPs soll durch den Aufbau einer sektorübergreifenden Regelversorgung auf der Basis von evidenzbasierten Leitlinien eine Verbesserung der Behandlung von chronisch kranken Menschen erreicht werden: näher Steinke/Philgus, in: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), Rehabilitation und Teilhabe, 6.

gung und Rehabilitation (§ 27 SGB IX) sowie von medizinischer und beruflicher Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 SGB IX) in ein nachhaltig⁵⁴ wirkendes rehabilitatives Gesamtkonzept⁵⁵ (Rz 15) und nicht zuletzt die Erprobung weiterer Zugangswege zur Rehabilitation⁵⁶ unabhängig von behördlichen Antragsverfahren belegen die hohe Eigenkomplexität des Systems der Krankenbehandlung, eine Tendenz zur Ausweitung ihres gesellschaftlichen Relevanzbereichs auf die gesamte individuelle Lebensführung sowie ein hohes technologisches Reflexionspotential⁵⁷ im Hinblick darauf, wie „Leistungen“⁵⁸ für andere Systeme der Gesellschaft erbracht oder von diesen vorausgesetzt werden können. Die Öffnung der Disziplin für den gesellschaftlichen Kontext und die individuellen Ressourcen darf jedoch nicht als Relativierung oder gar Überwindung der **Funktion der Krankenbehandlung** zugunsten eines gesellschaftspolitischen Teilhabeconzepts verstanden werden.⁵⁹

Das Gesundheitssystem kann nur im **Code von gesund/krank** kommunizieren ⁹ und richtet hieran seine einzelnen Programme aus. Selbst der bei Behinderungen anwendbare Code heilbar/unheilbar ist nur eine auf Krankheit bezogene Sekundärunterscheidung⁶⁰, der zu erhöhter Dynamik („Irritabilität“) im System führt und die Fortsetzbarkeit medizinischer Maßnahmen auf beiden Seiten der Unterscheidung sicherstellt. Auch durch die im Kontext von Behinderungen gebräuchliche Figur der zwischen Schädigung und Teilhabebeeinträchtigung angesiedelten Fähigkeitsstörung etwa (Teil 2 B. Rz 18, 20) wird die auf Kuration abzielende Zentralfunktion medizinischer Rehabilitation nicht in Frage gestellt. Diese ist und bleibt auf die Humanumwelt der Gesellschaft, mithin auf die organischen und mentalen Bedingungen der Menschen bezogen. Gleichwohl ermöglicht die Fähigkeitsstörung der Medizin einen Ausblick auf ein schier unerschöpfliches Potential gesundheitlich bedingter Integrationsprobleme und trägt so zur Selbstvergewisse-

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

55 Zur Reha-Systemforschung vgl. in dieser Hinsicht Haaf/Schliehe, in: Bengel/Koch, Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 26f.

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

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

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

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

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

nung der Disziplin in ihrer gesellschaftlichen Bedeutung außerhalb ihres originären Funktionsbereichs bei: sie vermittelt zwischen Medizin und restlicher Gesellschaft.⁶¹ Personen sind gleichwohl nur als nicht, nicht mehr oder noch nicht krank für das System relevant. Das schließt nicht aus, die rehabilitative Interventionschwelle im Zuge eines extensiven Risiko- und Präventionsverständnisses (Rz 22) einer von Unsicherheit geplagten Gesellschaft⁶² so weit vorzuverlagern, dass die Aufgabe der Heilung von Krankheiten nicht mehr deutlich wird. Die Funktion des Systems bleibt aber auch hierbei auf die Umwelt des Sozialen (und gerade nicht auf das Soziale) ausgerichtet, während der sozial präferierte Wert der Gesundheit oder Teilhabe nur die Reflexion der Krankenbehandlung unter wechselnden (individuellen, gesellschaftlichen, professionsethischen) Außenperspektiven anleiten kann. Operational sind die Begriffe der Gesundheit und Teilhabe im System nicht anschlussfähig. Eine medizinische Rehabilitation, deren Programme vom Gedanken gesellschaftlicher Teilhabe geprägt werden⁶³ und diese nicht nur als Verbindungsglied zur Gesellschaft nutzen, ist keine medizinische Rehabilitation mehr, sondern funktional Sozialarbeit.⁶⁴ Begriffe wie Gesundheit und Teilhabe bleiben medizinisch deshalb notwendigerweise leer.⁶⁵ Sie können jedoch als

-
- 61 Oder anders: Die Fähigkeitsstörung ist eine „Zwei-Seiten-Form“, die in ihrem Kanal Möglichkeiten wechselseitiger Irritation steigert, ohne den beteiligten Systemen einen Direktzugang zu ihren jeweiligen Umwelten zu gewähren. Beide Seiten des Zugangs (der „Form“) werden nach je eigenen Kriterien verwaltet. Das Medizinsystem wird mit den Teilhabeproblemen seiner gesellschaftlichen Umwelt, diese mit den organischen und mentalen Problemen ihrer Humanumwelt konfrontiert. Gleichwohl werden die Informationen nach den jeweils vorherrschenden eigenen Relevanzkriterien der Systeme gefiltert. Für sich genommen ist die Fähigkeitsstörung ohne Aussage, d.h. ohne Bezug ihrer einen Seite auf die Gesellschaft (Teilhabebeeinträchtigung) und ihrer anderen Seite auf die Gesundheit (Schädigung) ohne erkennbare Bedeutung. Dies zeigt, dass ihr eigentlicher Sinn als strukturelle Kopplung zwischen Teilsystemen beschrieben werden kann. Zur strukturellen Kopplung vgl. Luhmann, *Die Gesellschaft der Gesellschaft*, 92ff., 100ff., 779ff. In diese Richtung zielt auch Raspe, in: Igl/Welti (Hrsg.), *Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation*, 239: Reha als „Brückenfach zwischen den klinischen Disziplinen und den Gesundheitswissenschaften“.
- 62 Anstatt vieler Hesse, in: Luthé (Hrsg.), *Autonomie des Helfens*, 64, 69ff.
- 63 Wie bei Gruhl, *Die Rehabilitation, eine Begriffsbestimmung im deutschen, englischen und französischen Sprachbereich*, Diss. München 1968, 17f. und Welti, *Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat*, 133.
- 64 Baecker, *Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft*, *Zeitschrift für Soziologie* 1994, 93; Luthé, *Sozialtechnologie*, *ArchsozArb* 2003, 3–49; Luthé, *Warum Sozialtechnologie?*, NDV 2006, 109.
- 65 Ausdruck dieser Verlegenheit ist der Definitionsversuch der WHO, der den Zustand der Gesundheit nicht, wie eigentlich zu erwarten, an den psychophysischen Bedingungen des Menschen, sondern an seiner Fähigkeit zur gesundheitlichen Selbstbestimmung im Alltag bemisst: WHO, *Ottawa-Charta*, 1986, 3. Dies führt im Umkehrschluss zu dem merkwürdigen Ergebnis, dass all diejenigen krank sein müssen, bei denen es mit der Selbstbestimmung nicht klappt. Das ist – so viel kann an medizinischem Eigensinn unterstellt werden – natürlich nicht gemeint. Was aber ist gemeint? Einen aussichtsreichen Erklärungsversuch mit „Gesundheit als Kontingenzformel“ aber liefert Fuchs, *Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft*, 2006 (Internet).

Ausdruck eines professionell gepflegten Idealismus der internen Selbstbeschreibung des Systems dienlich sein und so zu einer Erhöhung von Chancen interner und externer Zuschreibung jener kausalhypothetisch nur schwer fassbaren Rehabilitationserfolge (Rz 14)⁶⁶ auf die Interventionen des Systems beitragen. Wegen der primär zu verortenden gesundheitlichen Schädigung wird man im Übrigen von einer gewissen Dominanz des medizinischen Codes in der gesamten Rehabilitation auszugehen haben. Dies aber lässt es als wenig plausibel erscheinen, daneben ein eigenständiges Funktionssystem der Rehabilitation anzunehmen.⁶⁷ Wahrscheinlicher oder jedenfalls theoretisch stringenter erscheint vielmehr die Annahme, dass die gesellschaftlichen Funktionssysteme etwa des Rechts, der Politik, der Wirtschaft, der Sozialarbeit oder der Erziehung sich zur Problematik krankheitsbedingter Integrationsdefizite einen eigensinnigen Zugang entlang ihrer spezifischen Funktionslogik geschaffen haben. Dies schließt nicht aus, dass die Systeme auf programmatischer Ebene⁶⁸, also im Kontext von Organisation, zur Integration jeweils systemfremder (vor allem medizinischer und inklusionsspezifischer) Kriterien gezwungen sind, sobald es als problematisch empfunden wird⁶⁹, in einer physischen und psychischen Umwelt der Gesellschaft zurecht kommen zu müssen. Eine weitere Frage ist in diesem Zusammenhang, wie **Recht und Verwaltung** die institutionellen Zwänge notwendiger Unterscheidbarkeit von Krankenbehandlung und Rehabilitation bei der Bestimmung von Leistungsansprüchen und -trägern bewältigen. Hierbei ist das Ziel der Rehabilitation⁷⁰ im Sinne einer rechtsnormativ bzw. politisch geprägten Sicht von gesellschaftlicher Integration und nicht seine auf die Gesundheitsschädigung bezogene Ursache tonangebend

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

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

68 Hierzu Luthe, Sozialtechnologie, ArchsozArb 2003, 32f.

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

70 VDR, DRV 1996, 633, 641; BSG v. 12. 8. 1982 – 11 RA 62/81 = BSGE 54, 54; BSG v. 24. 6. 1980 – 1 RA 51/79 = BSGE 50, 156.

(Rz 7). Und die Frage ist dann, wie man diesen aus der Flasche gelassenen Geist in entscheidbare und möglichst Ressourcen schonende Formen bringen kann.⁷¹ Wie in jeder organisierten Praxis⁷² ist dies zweifelsfrei auch ein Problem von medizinischer Rehabilitation, funktional aber von dieser zu unterscheiden. Denn die Medizin wird sich nicht zur Aufgabe ihres grundlegenden Operationsmodus genötigt sehen und plötzlich Gesellschaftspolitik betreiben wollen, nur weil das Recht (oder wer immer) behauptet, dies sei eine Frage der Gerechtigkeit.

- 10 Von der medizinischen Rehabilitation ist die **Kur** im traditionellen Sinn abzugrenzen.⁷³ Letztere nutzt für den Behandlungserfolg den Einsatz ortsgebundener Heilmittel (Luft, Quellen, Salinen usw.) und edukativer, präventionsorientierter Konzepte. Die unmittelbare medizinische Behandlung steht hierbei im Hintergrund. Von der **Pflege** nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) unterscheidet sich medizinische Rehabilitation vor allem durch das pflegespezifische Ziel der Betreuung des Pflegebedürftigen in bestimmten Verrichtungsbereichen der alltäglichen Lebensführung (vgl. § 14 SGB XI) aufgrund körperlicher, seelischer und geistiger Einschränkungen (Rz 18). Pflege ist gewissermaßen die ultima ratio und kommt anstatt, aber auch während der ihr gegenüber grundsätzlich vorrangigen Rehabilitation in Betracht.⁷⁴ Denn ein hoher Grad an Pflegebedürftigkeit und Rehabilitation schließen sich nicht aus. Insofern kann die Pflege auch als unterstützender Bestandteil der Rehabilitation und Teilhabe begriffen werden.⁷⁵ Der Grundsatz aktivierender Pflege⁷⁶ im Übrigen zielt genau in diese Richtung. Der forciert betriebene Ausbau ambulanter Rehabilitation bei älteren Menschen durch wohnortnahe Hilfen oder ambulante Reha-Teams zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und insbesondere einer Heimeinweisung bildet den vorläufigen Endpunkt gegenwärtiger Reformgesetzgebung in der medizinischen Rehabilitation.⁷⁷

3. Berufliche Rehabilitation

- 11 Die berufliche Rehabilitation hat einen Begriffswandel zu verzeichnen. Seit Geltung des SGB IX (2001) heißt es durchgängig in sämtlichen Sozialleistungsbereichen „**Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**“. Dies leuchtet ein, insofern hiermit der besondere Bezug dieser Leistungsgruppe auf die gesellschaftlichen

71 Problematisch ist dies etwa seit jeher bei der Hilfsmittelversorgung als einem der Zentralbereiche der Rehabilitation; aufschlussreich insofern zum SGB V etwa BSG v. 8. 11. 2006 – B 3 KR 17/06 B (Ablehnung eines Sportrollstuhls), zum SGB VII dagegen LSG Rheinl.-Pfalz v. 29. 8. 2006 – L 3 U 73/06 (Hörgeräteversorgung für Engagement in Musikverein).

72 Luthe, Sozialtechnologie, ArchsozArb 2003, 11 ff.

73 Pitschas, Rehabilitation, in: Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 3, 792 f.

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

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

76 Vgl. §§ 28 Abs. 4 Satz 1, 6 Abs. 2, 11 Abs. 1 Satz 2, 14 Abs. 3 SGB XI.

77 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, in Kraft seit 1. 4. 2007 (BT-Drucks. 16/3100).

und insbesondere arbeitsmarktlichen bzw. betrieblichen Kontextfaktoren hervor- gehoben wird. Allerdings dient letztlich auch die medizinische und soziale Reha- bilitation dem Zweck allgemeiner gesellschaftlicher Integration. Die Aussagekraft des neuen Begriffs ist deshalb begrenzt, wenn nicht verwirrend. Deutlich wird dies vor allem im Rentenversicherungsrecht, wo nunmehr als Oberbegriff allge- mein von „Leistungen zur Teilhabe“ die Rede ist (vgl. §§ 9ff. SGB VI), obgleich hier nach wie vor auch „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ (§ 15 SGB VI) gewährt werden. Vermutlich wird Anschluss gesucht an die behinder- tenrechtliche Zielbestimmung des § 4 SGB IX, die ebenfalls mit „Leistungen zur Teilhabe“ überschrieben ist. Allerdings steht die rentenversicherungsrechtliche Rehabilitation nicht nur behinderten, sondern auch kranken Menschen zu⁷⁸, so dass notwendige Differenzierungen zwischen Rehabilitations- und Behinderten- recht sowie zwischen Leistungen und Gesetzeszielen durch einen letztlich diffus verwendeten Teilhabebegriff eingegeben werden. Leistungsrechtlich kann von beruflicher Rehabilitation in einem allgemeinen Sinn gesprochen werden, wenn die Leistung nach Gegenstand und näherer Ausführung nicht die Besserung des Ge- sundheitszustandes, sondern die Verschaffung und Erhaltung von Erwerbsmög- lichkeiten bezweckt (Rz 7).

Wie sonst auch wird die berufliche Rehabilitation nur im Falle einer Gesund- heitsstörung aktiviert, ist deshalb grundlegend von medizinischer Diagnose ab- hängig (Rz 7). Die durchzuführenden **Maßnahmen** aber erfolgen weithin ohne ärztliche Beteiligung, umfassen u.a. Berufsberatung, Berufsausbildung, Arbeits- vermittlung, spezielle Leistungen für Arbeitgeber sowie psychosoziale Begleit- hilfen (vgl. §§ 33, 34 SGB IX). Sie werden durch häufig multiprofessionell zu- sammengesetzte Teams auf der Basis arbeitspädagogischer und psychosozialer Zusatzqualifikation vorzugsweise in oder durch Einrichtungen wie Berufsförde- rungswerke, Berufsbildungswerke, Werkstätten für behinderte Menschen und von sog. Integrationsfachdiensten (§§ 109ff. SGB IX) durchgeführt.⁷⁹ „Im Rah- men des Paradigmas der vernetzten bzw. integrierten Versorgung hat auch der Trend zu einer integrierten Betrachtung von medizinischer und beruflicher Re- habilitation zugenommen.“⁸⁰ (Rz 15) Neuere Konzepte wie die stufenweise Wie- dereingliederung, die Verstärkung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit in der sozialmedizinischen Begutachtung und die Regelungen zur Feststellung eines frühzeitigen Rehabilitationsbedarfs sind hierbei tonangebend.⁸¹ Solchen Reform- tendenzen entgegengerichtet ist jedoch die in letzter Zeit zu beobachtende Fixie-

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

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

80 Vorstand der deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (Hrsg.), Be- standsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland, 20.

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

rung der Trägerpraxis auf kurzfristige Wiedereingliederungserfolge auf Kosten einer nachhaltigen Qualifizierung der Betroffenen, vor allem im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende.⁸²

- 13 Die berufliche Rehabilitation überschneidet sich mit den **arbeits- und schwerbehindertenrechtlichen Fördermaßnahmen im Betrieb**, wie die behinderungsgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen, den Abschluss von Integrationsvereinbarungen bei längerer Arbeitsunfähigkeit und die Durchführung eines sog. Eingliederungsmanagements (§§ 83ff. SGB IX). Der Rehabilitationsgedanke wird insofern durch die allgemeinen Ziele der Behindertengleichstellung und betrieblichen Gesundheitsförderung („disability management“) zum Abbau arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren⁸³ und krankheitsbedingter Fehlzeiten überlagert und gerät hiermit in den Sog der gesellschaftspolitischen Idee einer Humanisierung der Arbeitswelt.⁸⁴
- 14 Berufliche Rehabilitation ist unmittelbar abhängig von den Gegebenheiten des **Arbeitsmarktes**. Denn behinderte und chronisch kranke Menschen sind in besonderer Weise von Langzeitarbeitslosigkeit bedroht. Ihre Eingliederung ist deshalb nicht nur ein Problem des staatlicherseits zu befriedigenden Rehabilitationsbedarfs, sondern berührt generell die arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitischen Bemühungen um vermehrte Beschäftigungsfähigkeit („employability“) von Erwerbspersonen im Zusammenhang mit „lebenslangem Lernen“ in sich verändernden Arbeitswelten bei zukünftig längerer Lebensarbeitszeit.⁸⁵ Vor allem in der **Renten- und Unfallversicherung sowie Arbeitsförderung** ist die Teilhabe behinderter Menschen am Erwerbsleben deshalb eine der zentralen gesetzlichen

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

83 Vgl. § 3 BeKV, wonach die Unfallversicherungsträger dem Entstehen von Berufskrankheiten entgegen wirken müssen; hierzu etwa BSG v. 7. 9. 2004 – 2 U 1/03 R = SGB 2004, 628. Siehe zu entsprechenden finanziellen Anreizen auch § 65 a SGB V, § 162 Abs. 2 SGB VII und § 102 SGB IX.

84 So die Mitglieder der SPD-Fraktion zu BT-Drucks. 15/1783, abgedruckt bei Hauck/Noftz, SGB IX, M 051, S. 27: Hinter der Politik, Arbeitsmarkt und soziale Sicherungssysteme zu reformieren, „stehe die Überzeugung, dass die Teilhabe am Arbeitsleben nicht nur ein Einkommen, sondern ein grundlegendes humanes und soziales Bedürfnis darstelle, das Menschen mit und ohne Behinderungen gleichsam teilen“. Dies berührt insbesondere die Frage, ob das betriebliche Eingliederungsmanagement auch Nicht-Behinderten zusteht und hier Auswirkungen auf den Kündigungsschutz hat; vgl. hierzu BAG v. 7. 12. 2006 – 2 AZR 182/06. Zu diesem Bereich im Überblick etwa Kohte, Der Schutz der Gesundheit und Teilhabe am Arbeitsleben behinderter, chronisch kranker und älterer Menschen, ZSR 2005, 7.

85 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Perspektiven des Wandels in der Rehabilitation 1999, 10; Weber, Behinderte und chronisch kranke Menschen – „Problemgruppen auf dem Arbeitsmarkt?“, 8 ff; Hibbeler, Medizinische Rehabilitation: Die Talsohle durchschreiten, Deutsches Ärzteblatt 47/103 v. 24.11.06, A-3164 (insbesondere zum Renteneintrittsalter und zur demografischen Entwicklung); Luthe, Kommunale Bildungslandschaften, Berlin 2009 (zum lebenslangen Lernen).

Zielbestimmungen.⁸⁶ Auch für die gesetzliche **Krankenversicherung** ist die berufliche Teilhabe nicht ohne Bedeutung⁸⁷, insbesondere bei Personen, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht erfüllen (etwa Selbstständige). Gleichwohl kann die berufliche Teilhabe hier nicht als eigenständige Leistung, sondern nur indirekt, nämlich als integrierte Maßnahme der medizinischen Rehabilitation erbracht werden (vgl. § 11 Abs. 2 SGB V sowie Rz 15). Im Vordergrund stehen deshalb Hilfen bei der Bewältigung der Belastungen und Beeinträchtigungen im Alltag.⁸⁸ Im Rahmen beruflicher Rehabilitation sind grundsätzlich die besonderen Bedingungen von Teilarbeitsmärkten (berufsfachliche, betriebsinterne und unstrukturierte Arbeitsmarktsegmente) zu berücksichtigen und mit den individuellen Arbeitsmarktchancen abzugleichen. Betriebsnahe Integrationskonzepte (zum Vorrang vgl. § 19 Abs. 2 SGB IX) mit stufenweiser Wiedereingliederung⁸⁹ sind hierbei von besonderer Bedeutung, da die Reintegrationschancen entscheidend von der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bzw. Abwesenheit von der Arbeitsstätte abhängen.⁹⁰ Zudem sind im Zuge präventiver Strategien und nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt des Arbeitsschutzes (vgl. etwa § 6 ArbSchG) auch gesundheitsgefährdende Faktoren der jeweiligen beruflichen Tätigkeit in die Betrachtung einzubeziehen, wobei insbesondere auf den kontinuierlichen Anstieg psychischer Erkrankungen als Folge von Arbeitsüberlastung hinzuweisen ist.⁹¹ Während in der medizinischen Rehabilitation jedoch noch Halt an den biophysischen Strukturen der Disziplin gefunden werden kann, schlägt die letztlich unkalkulierbare Dynamik der Arbeitsmärkte und der individuellen Reaktionen des Rehabilitanden hierauf bei der beruflichen Rehabilitation unter Effektivitätsgesichtspunkten dagegen voll zu Buche. Zumal: die Bereitschaft des Betroffenen zur Mitwirkung am Rehabilitationsprozess ist entscheidend auch von dessen Arbeitsmarkterwartungen abhängig. Wir finden hier ein „Technolo-

86 §§ 1 Abs. 1 Nr. 5 SGB II, 6 Abs. 1 Satz 4 SGB III, 9 Abs. 1 SGB VI, 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII, 10 Abs. 1 BVG, 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX.

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

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

89 Kursawe/Pössl, Stufenweise Wiedereingliederung am Arbeitsplatz, in: Goldenberg/Pössl/Ziegler (Hrsg.), Neuropsychologie im Alltag, 149ff.; Hansmeier/Karoff, in: Bengel/Koch (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, 2000, 177f.

90 Die Chancen wieder in Arbeit zu kommen liegen nach 6 Monaten nur noch bei 50 %, nach einem Jahr bei 20 % und nach 2 Jahren nur noch bei 10 %: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Perspektiven des Wandels in der Rehabilitation, 10, 32 (Internet); Runde/Weber, in: Igl/Welti, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, 77; Kohte, Der Schutz der Gesundheit und Teilhabe am Arbeitsleben behinderter, chronisch kranker und älterer Menschen, ZSR 2005, 7, 9, 22.

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

giedefizit“ (Luhmann) vor, das nicht nur auf hochdynamische Austauschbeziehungen unterschiedlicher gesellschaftlicher Subsysteme (hier Wirtschaft, Erziehung und Krankenbehandlung), sondern auch auf die prinzipielle Nichtsteuerbarkeit der zwischen psychischem und sozialem System ablaufenden Transformationen zurückgeführt werden kann.⁹² Deshalb erfordert der Rehabilitationsprozess ein laufendes Nachsteuern (regelmäßige feed backs, Verlaufsberichte und Dokumentation aller Aktivitäten) der angeschobenen Prozesse unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen und Entwicklungsschritte. Die Aufgabe der Rehabilitation ist deshalb im weitesten Sinn „soziales Risikomanagement“.⁹³

- 15 Bei einer strikten zeitlichen und organisatorischen **Trennung zwischen medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen**, die zumeist im Anschluss an die medizinischen Maßnahmen stattfinden, sind in den letzten Jahren erhebliche Nachteile für das Gesamtergebnis der Rehabilitation deutlich geworden. Frühzeitige Angebote zur beruflichen Eingliederung (berufsbezogene „Vorfeldmaßnahmen“ wie Berufsfindung, Arbeitserprobung, Belastungserprobung, Eignungsuntersuchung, Beratung, betriebliche Erprobung) u.U. bereits während der medizinischen Rehabilitationsphase sind daher ebenso in sachlicher⁹⁴ wie in rechtlicher Hinsicht⁹⁵ geboten. Bereits in jeder Klinik sollte daher ein Basisangebot zur Ermittlung der grundlegenden Möglichkeiten beruflicher Eingliederung vorgehalten werden (etwa Anamnese der Berufsbiografie und des Arbeitsplatzes/ Sozialberatung), während spezielle „Schwerpunktkliniken“⁹⁶ indikationsspezifische Angebote unterbreiten (wie arbeitsdiagnostische Erprobungen/Arbeitstherapie ggf. differenziert nach Krankheitsbildern).⁹⁷ Im Rahmen kooperativer Verbundsysteme mit lokal ansässigen Berufsförderungs- und Berufsbildungswerken

92 Weber, in: Dammann/Grunow/Japp (Hrsg.), Die Verwaltung des politischen Systems, 198; m.w.N. Luthe, Optimierende Sozialgestaltung, 381.

93 Di Fabio, Risikoentscheidungen im Rechtsstaat, 61; m.w.N. Luthe, Optimierende Sozialgestaltung, 477ff.

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

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

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

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

und ähnlichen Einrichtungen unter Einbeziehung regionaler Wirtschaftsbetriebe kann das Angebot der herkömmlich rein somatisch ausgerichteten Reha-Kliniken in dieser Hinsicht sinnvoll ergänzt werden. Nicht für jeden allerdings kommen berufsbezogene Angebote in Betracht. Die in der Praxis gängigen Aussonderungskriterien bedürfen jedoch weiterer rechtlicher Überprüfung.⁹⁸

4. Soziale Rehabilitation

Die soziale Eingliederung und Teilhabe des Betroffenen ist allgemeines Ziel einer jeden Rehabilitationsmaßnahme und in dieser Hinsicht kein taugliches Abgrenzungskriterium zur Bestimmung insbesondere der Leistungsgruppe (Rz 3, 4, 7). Im leistungsrechtlichen Sinn aber kann von **sozialer Rehabilitation** gesprochen werden, wenn die Maßnahmen in der Verbesserung der Lebensqualität und in der Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse ihren Schwerpunkt haben.⁹⁹ Im behinderungsrechtlichen „Dachgesetz“ des SGB IX sind die als „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ (§§ 55–59 SGB IX) bezeichneten Leistungen als eigene Leistungsgruppe ausgewiesen. Sie werden vorwiegend, wenn auch nicht ausschließlich (§§ 26 Abs. 1, 39 SGB VII), bei Behinderung erbracht. Ein weiteres Begriffsverständnis ergibt sich im Blick auf die sozialhilferechtliche Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 ff. SGB XII). Der soziale Charakter der Rehabilitation folgt hier nicht aus den gewährten Leistungen, sondern aus dem breiten **Aufgabenverständnis der Sozialhilfe**, die auch dann noch Hilfen für Behinderte erbringt, wenn die in der Sozialversicherung zumeist üblichen Anforderungen einer Integrierbarkeit in das Erwerbsleben oder einer Besserung des Gesundheitszustandes von der jeweiligen Person nicht erfüllt werden können. Ausreichend ist insofern die Möglichkeit einer Zustandsverbesserung oder der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, wozu bspw. auch die Heimgemeinschaft gezählt werden kann (§ 53 Abs. 3 SGB XII). Gleiches gilt im Übrigen für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35 a Abs. 3 SGB VIII. Die Sozial- und Jugendhilfe wird in dieser Weise ihrer traditionellen Rolle als subsidiäres Auffangnetz unter dem Netz der Sozialversicherung gerecht. Wie sonst auch steht die medizinische Beurteilung auch bei Maßnahmen der sozialen Rehabilitation am Anfang des Hilfeprozesses (Rz 7).

Soziale Rehabilitationsleistungen lassen sich grob danach einteilen, ob sie als konkrete Maßnahmen und in Einrichtungen oder als Hilfen bzw. Hilfsmittel zur Teilnahme am öffentlichen Leben erbracht werden.¹⁰⁰ Dadurch dass sie im SGB IX auch bei den medizinischen und beruflichen Leistungen als psychosoziale Begleit-

⁹⁸ Dies gilt vor allem für die Altersbegrenzung (45–50 Jahre). Im Übrigen: keine progrediente Erkrankung, keine Dauerberentung, keine ausgeprägten psychischen und kognitiven Störungen, ausreichende Patientenmotivation. Hierzu Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Berufsbezogene Maßnahmen in der Rehabilitation, 12f.

⁹⁹ Insofern in Abgrenzung zur beruflichen Rehabilitation: BSG v. 26. 10. 2004 – B 7 AL 16/04 R = BSGE 93, 283; hierzu Luthe, juris PR-SozR 4/2005 Anm. 3.

¹⁰⁰ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Perspektiven des Wandels in der Rehabilitation 1999, 36 (Internet).

hilfen (§§ 26 Abs. 3, 33 Abs. 6 SGB IX) Erwähnung finden, sind sie nicht nur als eigener Leistungskomplex, sondern auch im Rahmen einer Querschnittsfunktion relevant. Die soziale Rehabilitation bezieht sich grundsätzlich auf das **gesamte Lebensumfeld** des behinderten Menschen, insbesondere auf seine Frühförderung und Elementarerziehung, auf die Vorbereitung und Ermöglichung des Schul- und Hochschulbesuchs, auf Freizeit- und Sportangebote, auf die Förderung von Ausbildung, Beruf und die Teilnahme am öffentlichen Leben, auch durch persönliche Assistenzangebote, auf die Beratung und psychosoziale Unterstützung des Behinderten und seiner Familie bis hin zu den Hilfen für das Wohnen im Rahmen offener Hilfen außerhalb stationärer Einrichtungen (§§ 55 ff SGB IX). Bei den ausbildungs- und berufsbezogenen Angeboten kommt es insofern zu Überschneidungen mit den originär schwerbehinderungsrechtlichen Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die ebenfalls stark umfeldbezogen ausgerichtet sind (§§ 102 Abs. 3, 110 Abs. 2 SGB IX). Vor allem die offenen Hilfen mit ihren ambulanten Angeboten zur Unterstützung des Behinderten¹⁰¹, aber auch seiner Familie, tragen konzeptionell dem Perspektivenwechsel in der Behindertenhilfe von einrichtungsbezogenen zu personenzentrierten und gemeindenahen Hilfen im Sinne einer selbst bestimmten Lebensführung des behinderten Menschen Rechnung. Trotz eines mittlerweile deutlichen Trends zur Ambulantisierung der Angebote ist der Ausbau des ambulanten Sektors, seine Vernetzung mit familienentlastenden und niedrigschwelligen Diensten vor allem im ländlichen Bereich zugunsten vorherrschender Versorgung in Großheimen aber nach wie vor als defizitär anzusehen.¹⁰²

- 18 Die **Eingliederungshilfe der Sozialhilfe** (§ 53 SGB XII) ist grundsätzlich nachrangig gegenüber den Leistungen anderer Leistungsträger (§ 2 SGB XII) und erfasst deshalb vorwiegend Personen, bei denen etwa wegen Frühbehinderung kein Sozialversicherungsschutz besteht oder bei denen als Schwerst-, Mehrfach- oder Geistigbehinderte eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt oder eine vollständige Besserung des Gesundheitszustandes nicht (mehr) in Betracht gezogen werden kann. Der Anteil dieses Personenkreises wächst kontinuierlich.¹⁰³ Einerseits ist es dem medizinischen Fortschritt zu verdanken, dass schwerstmehrfach behinderte Personen heute eine ähnliche Lebenserwartung haben wie andere Menschen auch. Andererseits lässt sich feststellen, dass das durchschnitt-

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

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

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

liche Eintrittsalter von Personen in Einrichtungen und ambulant betreuten Wohnformen als Folge veränderter Familienstrukturen tendenziell sinkt. Deshalb mehren sich die Stimmen, die eine angemessene Bundesbeteiligung an der Finanzierung dieses Politikfeldes, etwa in Gestalt eines versorgungsrechtlich fundierten „Bundesteilhabegeldes“, fordern. Der Anteil behinderter Personen mit einem zusätzlichen **Bedarf an Pflege** ist hier relativ hoch.¹⁰⁴ Dies führt in der Praxis häufiger zu dem Problem, dass Eingliederungsfälle zu Pflegefällen umetikettiert werden und so mit Rücksicht auf den sozialhilferechtlichen Nachrang der Umzug in ein Pflegeheim droht, das dann allerdings den fortbestehenden Bedarf an Eingliederung nicht mehr adäquat befriedigen kann.¹⁰⁵ Insofern sind die Eingliederungshilfen umfassender als die Pflegehilfen, konzentrieren sich nicht nur auf funktionale Einschränkungen im Sinne einer spezifischen Gebrechlichkeitspflege, sondern auch und vor allem auf die behinderungsbedingten Beeinträchtigungen im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe. Bei behinderten Menschen sind pflegerische Tätigkeiten von der Eingliederung überdies oftmals kaum zu trennen; das Pflegeziel „Sauberkeit“ etwa überschneidet sich mit dem Ziel sozialer Kompetenzentwicklung. Die **Eingliederungsleistungen** des § 54 SGB XII können grob in entwicklungs- (etwa Ausbildung und Berufsausübung) und teilnahmeorientierte (etwa Beteiligung am kulturellen Geschehen) Leistungen eingeteilt werden.¹⁰⁶ Voraussetzung für diese Leistungen in Abgrenzung zur Pflege ist jedoch, dass Erfolge bei der Eingliederung aller Wahrscheinlichkeit nach nicht völlig aussichtslos sind.¹⁰⁷ Auch bei älteren, zumeist multimorbiden Menschen können durch kontinuierliche Förderung etwaige Verfallsprozesse gestoppt und soziale Kompetenzen so noch lange erhalten werden¹⁰⁸; starre Altersgrenzen für ein Überwechseln in den Pflegebereich sind hier völlig unangemessen.¹⁰⁹ Denn rehabilitative Hilfen und ein hoher Grad an Pflegebedürftigkeit schließen sich nicht aus. Insbesondere bei älteren geistig Behinderten besteht ein erhöhter Bedarf an tagesstrukturierenden Angeboten im Anschluss an ihre aktive Zeit in der Behindertenwerkstatt¹¹⁰, bei seelisch Behinderten dagegen vor allem an leistungsträger-

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

105 OVG Schleswig-Holstein v. 4. 8. 1997 – 5 M 67/97; OVG Nds. v. 26. 1. 1998 – 4 O 530/98; OVG Nds. v. 12. 4. 2000 – 4 L 35/00.

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

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

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

109 VG Lüneburg v. 23. 10. 1998 – 4 B 79/98.

110 Baur, Zur Situation der Eingliederungshilfe, ArchsozArb 2007, 4, 7ff.; DV, Entwicklung der Fallzahlen in der Eingliederungshilfe, NDV 2007, 13.

übergreifender Koordination des Hilfeprozesses innerhalb gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme.¹¹¹ Angesichts komplizierter Trägerstrukturen, weithin unzureichender Qualitätsstandards und einer zumeist vielschichtigen Bedarfsproblematik ist die systematische Erfassung und Koordination des Leistungsspektrums mit dem Ziel größtmöglicher Transparenz und Kalkulierbarkeit des Hilfeprozesses für den Behinderten sowie gegenseitiger Kontrolle der beteiligten Instanzen von größter Bedeutung. Hierfür steht das in der Praxis allerdings nur unzureichend genutzte Instrument der **Hilfeplanung** zur Verfügung (vgl. §§ 10 SGB IX, 58 SGB XII).¹¹²

5. Rehabilitation und Fördererziehung

- 19 **Erziehungs- und Gesundheitswesen** sind staatsorganisatorisch und rechtlich getrennt. Gleichwohl kommt es hier bei behinderten Kindern und Jugendlichen zu vielfältigen Überschneidungen, vor allem an den Schnittstellen von sozialer Reha, teilweise auch medizinischer Rehabilitation, und Schulwesen.¹¹³ Vor allem im Sozialhilfebereich sind die hieraus sich ergebenden Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen schulischer und sozialhilferechtlicher Zuständigkeit, etwa bei Gewährung eines Integrationshelfers, ein deutlicher Indikator für ein sozialpolitisch letztlich nicht befriedigend gelöstes Problem.¹¹⁴ Die Kontroversen bei Anerkennung von Heil- und Hilfsmitteln für Kinder im Spannungsfeld von Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation sowie von Jugendamt und Krankenkasse (etwa bei der Ergotherapie und heilpädagogischen Intervention) sind ähnlich gelagert¹¹⁵: Schulbildung, allgemeine Fördererziehung und medizinische Versorgung liegen bei Kindern und Jugendlichen regelmäßig eng beieinander und die vorliegenden Schädigungen sind nicht selten multifunktional im Zusammenhang körperlicher, seelisch-geistiger und sozialer Faktoren anzusiedeln, so dass die institutionelle, aber auch professionsbedingte Aufspaltung dieses Aufgabenkomplexes grundsätzlich nur im Wege vermehrter Kooperation der beteiligten staatlichen Instanzen (Schule, Krankenkasse, Sozialamt, Jugendamt) und Professionen (Medizin und Pädagogik)

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

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

113 Steinke, in: Deutscher Verein (Hrsg.), Fachlexikon der sozialen Arbeit, 770.

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

115 Zur Förderung und Rehabilitation von Kindern vgl. Mrozynski, in: Igl/Welti, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, 117 ff, 120.

dagogik) angemessen bewältigt werden kann.¹¹⁶ Zwar hat der Gesetzgeber mit der Einrichtung wohnortnaher Frühförderstellen (§§ 30, 56 SGB IX)¹¹⁷ sowie überregional zuständiger Sozialpädiatrischer Zentren (§ 43 a SGB V)¹¹⁸ erste Schritte in die richtige Richtung unternommen. Eine systematische Vernetzung und kontinuierliche Zusammenarbeit mit der Schule ist bislang jedoch nicht gelungen.

Die Vermittlung sozialer, aber auch emotionaler Kompetenzen bei der Ausbildung und Persönlichkeitsentwicklung¹¹⁹ gesundheitlich geschädigter Kinder und Jugendlicher ist Gegenstand einer dem Primat der Pädagogik verpflichteten und insofern auch gegenüber der Rehabilitationsmedizin weitgehend verselbstständigten **Sonder- und Heilpädagogik**. Erstere erfasst vor allem den schulischen, letztere den vor- und außerschulischen Bereich.¹²⁰ Mehr als sonst stehen hierbei nicht die herkömmliche Zweckbestimmung der Rehabilitation im Sinne funktionaler Erträge und beruflich-arbeits-technischer Eingliederung im Vordergrund des disziplinären Selbstverständnisses, sondern die gesellschaftlichen und individuellen Bedingungen des Lernens und Aufwachsens behinderter und verhaltensauffälliger Menschen¹²¹, mithin die Gesellschaft, die gewissermaßen Menschen in ihrem jeweiligen Umfeld zu Behinderten macht.¹²² In dieser Hinsicht sind die Grenzen zur Sozialpädagogik fließend.¹²³ Insbesondere im **schulischen Bereich** hat der Wandel von der traditionellen arbeitsökonomisch ausgerichteten Hilfsschulpädagogik zu einer um Chancengleichheit bemühten Disziplin längst statt-

20

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

117 Frühförderstellen sind wohnortnahe Einrichtungen und Dienste, die das Kind von seiner Geburt an bis zum Schuleintritt ambulant oder mobil-aufsuchend diagnostizieren, fördern und behandeln.

118 Sozialpädiatrische Zentren sind überregional zuständige Einrichtungen für diejenigen Kinder, die wegen besonderer Schwere, Dauer oder Art der Behinderung oder Krankheit von Frühförderstellen und Ärzten nicht ausreichend behandelt werden können und daher besondere Angebote durch interdisziplinär zusammengesetzte Teams erhalten.

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

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

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

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

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

gefunden¹²⁴, haben hier wie sonst auch (Rz 18) das Instrument individueller Förderplanung¹²⁵ und Formen der Kooperation¹²⁶ von Schule und Jugendamt Eingang in den Schulalltag gefunden, werden Möglichkeiten des Umgangs mit neuen Technologien auch für geistig Behinderte neben der Vorbereitung Geringqualifizierter auf Nischenarbeitsplätze¹²⁷ diskutiert und wird nicht zuletzt die nach wie vor als zentrale Herausforderung geltende integrative Beschulung Behinderter in ihren Potentialen ausgelotet.¹²⁸ Organisatorisch wurde die sonderpädagogische Förderung in den einzelnen Bundesländern jedoch in unterschiedlicher Weise umgesetzt. Vorherrschend sind neben dem verfassungsrechtlich gebotenen Integrationsunterricht die klassische Sonderschule mit teils ausdifferenzierten Förderschwerpunkten sowie verschiedene Formen der Kooperation der Regelschule mit Förderschulen und sonderpädagogischen Förderzentren.¹²⁹ Vor allem Sonderkindergärten¹³⁰, heilpädagogische Pflegestellen, behindertenspezifische Tagesbildungsstätten, Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren und Berufsbildungseinrichtungen ergänzen das schulische Angebot.

- 21 Im Fokus der Heilpädagogik stehen jedoch nicht nur behinderte Menschen, sondern auch solche mit partiellen, weniger schweren, nur kurzfristigen oder auch (bei Kindern) nicht eindeutig zu diagnostizierenden **Störungen**, die etwa in Sprachheilheimen, Frühförderstellen, psychotherapeutisch ausgerichteten Einrichtungen oder heilpädagogischen Abteilungen in Kliniken entsprechende (Pflicht-) Angebote vorfinden.¹³¹ Hilfen dieser Art haben einen ausgesprochen präventiven Charakter, indem sie dazu verhelfen, durch möglichst frühzeitige Maßnahmen den Eintritt einer folgenschweren Beeinträchtigung zu verhüten oder ihre Auswirkung

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

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

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

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

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

129 Scheuermann, in: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), Rehabilitation und Teilhabe, 104, 107.

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

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

gen zumindest abzumildern. Regelmäßig werden nicht nur schulische Unterstützungsleistungen erbracht, sondern die individuellen und sozialen Voraussetzungen zur Ermöglichung eines Schulbesuchs überhaupt erst hergestellt. Bei solchen „Teilleistungsstörungen“ (Reifeverzögerungen, Sprachentwicklungs- und Wahrnehmungsstörungen, insbesondere Legasthenie, Dyskalkulie, ADS) kommen Leistungen der Krankenkasse wegen der zumeist pädagogischen Ausrichtung („Lerntherapie“) der Hilfen regelmäßig nicht in Betracht.¹³² Lediglich das Jugendamt kann bei Teilleistungsstörungen gefordert sein und auch nur dann, wenn als Folge hiervon eine seelische Behinderung, insbesondere als neurotische Entwicklungsstörung, droht (Schulphobie, totale Lernverweigerung, Vereinzelung).¹³³

6. Rehabilitation und Prävention

Gesundheitswissenschaftlich, aber auch politisch sind Begriff und Bedeutung der Prävention umstritten. Dies hat nicht zuletzt das gescheiterte Präventionsgesetz gezeigt, mit dem der Präventionsbereich als eigenständige Säule gesundheitlicher Versorgung ausgebaut werden sollte.¹³⁴ Der Prävention dienen Maßnahmen, die vor einer Krankheit ansetzen (Primärprävention)¹³⁵, solchen, die der Früherkennung von symptomlosen Krankheitsvor- und -frühstadien dienen (Sekundärprävention) und solchen, die die Verschlimmerung einer Krankheit verhindern und einen Rückfall verhindern sollen (Tertiärprävention).¹³⁶ In dieser Weise ist der Präventionsbegriff, vor allem in primärpräventiver Hinsicht, eng verbunden mit Konzepten der Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung und -aufklärung sowie Gesundheitsförderung.¹³⁷ Prävention kann ansetzen bei dem Verhalten Ein

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

133 M.w.N. Wiesner, in: Wiesner (u.a.) SGB VIII, 1995, § 35 a Rz 69, 72; Mrozynski, in: Igl/Welti, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, 127f.

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

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

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

137 Laaser/Hurrelmann/Wolters, in: Hurrelmann/Laaser (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften, 176f.

zelter (gesundheitsbewusste Lebensführung) oder den Verhältnissen der Gesellschaft (etwa Risiko- und Randgruppen). Etwa 25–30 % der heutigen Gesundheitsausgaben ließen sich durch langfristige Prävention vermeiden.¹³⁸ Ihrer Zielsetzung nach sind **Rehabilitation und Prävention** nahezu identisch¹³⁹: beides dient der Vorbeugung, Verschlimmerungsverhütung und Rückfallvermeidung bei Gesundheitsstörungen und Behinderungen. In diesem weitgesteckten Rahmen kann selbst die medizinische Akutversorgung, erst recht die Rückfallvermeidung und Vorbeugung gegen Verschlimmerung als Rehabilitation und Prävention zugleich aufgefasst werden. Eigenständig ist in dieser Hinsicht lediglich der bereits vor dem Ausbruch einer Krankheit ansetzende Bereich der Primärprävention im Sinne allgemeiner Gesundheitsvorsorge.¹⁴⁰ Trotz weitgehender Identität in der Sache kann es innerhalb der gesetzlichen Systematik und namentlich bei den Leistungsarten gleichwohl zu Abgrenzungen zwischen Rehabilitation und Prävention kommen.¹⁴¹ Im „Dachgesetz“ des SGB IX ist die Prävention von Behinderungen und chronischen Erkrankungen als übergreifendes Gesetzesziel ausdrücklich benannt (§§ 3, 13 Abs. 2 Nr. 1, 2 SGB IX). Der Präventionsauftrag ist dennoch nur in der Arbeitsförderung, Unfallversicherung und Krankenversicherung umgesetzt worden, nicht aber in der Pflege- und Rentenversicherung.¹⁴² Letztere greifen erst ein, nachdem die Behinderung oder Krankheit bereits eingetreten ist. Erst auf dieser Basis kommen insofern die Präventionsziele des SGB IX zum Tragen.¹⁴³ Vor allem aber die Krankenversicherung zeigt, dass Recht und Rechtswirklichkeit nicht immer im Einklang stehen. Insbesondere der ärztlichen Behandlungspraxis ist eine Fixierung auf die Akutbehandlung unter Vernachlässigung des Rehabilitationsgedankens vorgeworfen worden.¹⁴⁴ Allgemein kann

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

139 So BSG v. 28. 2. 1980 – 8 a RK 5/79 = BSGE 50, 44, 45: Rehabilitation umfasst die Prävention; ebenso Bieback, Prävention als Prinzip und Anspruch im Sozialrecht, ZSR 2003, 403, 406f.

140 Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 140f.

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

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

143 Bieback, Prävention als Prinzip und Anspruch im Sozialrecht, ZSR 2003, 403, 440.

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

dies auch darauf zurückgeführt werden, dass es sich bei den Präventionsleistungen ganz überwiegend um budgetierte Ermessensleistungen handelt. Der Verpflichtungsgehalt des Präventionsauftrages innerhalb der einzelnen Leistungsgesetze ist somit gering.¹⁴⁵ Der seit einiger Zeit „boomende“ Wellnessbereich schließlich kann definitorisch auch als „private Rehabilitation und Prävention“ gefasst werden.¹⁴⁶

III. Geschichte des Rehabilitations- und Behindertenrechts

Die historischen Grundlagen des Rechtsgebiets sind mittlerweile gut dokumentiert.¹⁴⁷ Wir können uns daher auf eine Kurzdarstellung der wichtigsten Entwicklungsschritte beschränken: 23

- Wenngleich als Begriff erst nach dem 2. Weltkrieg in Deutschland gebräuchlich, stehen die Anfänge des Rehabilitationsrechts in engem Zusammenhang mit der Sozialgesetzgebung des **19. Jahrhunderts** und den sich in dieser Zeit entfaltenden Zweigen des Systems sozialer Sicherung in Gestalt der Sozialversicherung (Heilbehandlung Berufsunfallverletzter, Verhinderung der Frühverrentung), Versorgung bzw. Entschädigung (vor allem Kriegsopferversorgung) und Fürsorge (seinerzeit „Krüppelfürsorge“).¹⁴⁸
- Die als Folge des **ersten Weltkrieges** zu verzeichnende Problematik der Versorgung Kriegsgeschädigter brachte für das Rehabilitationsrecht einen deutlichen Entwicklungsschub. Das vorherrschende und nicht zuletzt sich dem Mangel an Arbeitskräften verdankende sozialpolitische Selbstverständnis jener Zeit kommt in dem Bestreben zum Ausdruck, Kriegsversehrte mit allen geeigneten Mitteln wieder in Arbeit zu bringen und ihre Invalidisierung bzw. Frühverrentung größtmöglich abzuwenden. Eingeführt wurden deshalb eine allgemeine Beschäftigungspflicht und ein Kündigungsschutz für Schwerbeschädigte¹⁴⁹ sowie spezielle Leistungen für dienstbeschädigte Angehörige der

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

146 Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 142.

147 Zum Folgenden Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 2: Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871–1929; Stolleis, Historische Grundlagen: Sozialpolitik in Deutschland bis 1945, in: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland bis 1945, 2001, 199, 272 f; Schimanski, in: GK-SGB IX, Einführung Rz 63–130; Neumann, in: Neumann (Hrsg.), Handbuch SGB IX, 1–13; Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, 119 ff; Lachwitz/Welti, in: HK-SGB IX, Einführung Rz 7ff.

148 Neumann, in: Neumann (Hrsg.), Handbuch SGB IX, Rz 1, 2: insbesondere durch das Unfallversicherungsgesetz vom 6.7.1884 (Verpflichtung zur Übernahme der Heilbehandlung ab der 14. Woche nach dem Unfall), das Reichsgesetz über die Invaliditäts- und Alterssicherung vom 22.6.1889 (Heilbehandlung bei drohender Erwerbsunfähigkeit) und die Versorgung geschädigter Soldaten bzw. ihrer Angehörigen.

149 Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 6. 4. 1920, RGBl. S. 458.

Wehrmacht wie Heilbehandlung, Fürsorge und Renten.¹⁵⁰ Versehrte ohne Erwerbschance erhielten bei Bedürftigkeit im Rahmen der Kriegsopferversorgung entsprechende Fürsorgeleistungen.¹⁵¹ Als Folge der Kriegseinwirkungen und angesichts der Tatsache, dass etwa ein Drittel der Bevölkerung an Volkskrankheiten litt oder behindert war, entwickelte sich die Gesundheitsfürsorge und -vorsorge in der Weimarer Republik insgesamt zu einem bedeutenden Politikfeld.¹⁵²

- Der **nationalsozialistische Staat** betrieb eine gespaltene Gesundheitspolitik. Die Frontsoldaten- und Hinterbliebenenversorgung wurde mit Rücksicht auf die Wehrmoral ausgebaut.¹⁵³ Vor allem geistig Behinderte und seelisch Kranke wurden dagegen aus erbbiologischen und rassenhygienischen Gründen dem Massenmord ausgesetzt. Hiervon waren aber auch Körperbehinderte nicht verschont, wenn sich ihre Eingliederung als nicht Erfolg versprechend erwies.¹⁵⁴ Im Übrigen galten die aus der Weimarer Republik stammenden Sozialgesetze im Wesentlichen fort, wurden der nationalsozialistischen Ideologie jedoch im Wege der Gesetzesauslegung angepasst.
- Die **Deutsche Demokratische Republik** entwickelte ihre Versorgungsstrukturen in Anlehnung an das Gesundheitssystem der Sowjetunion mit betrieblicher Gesundheitsversorgung, Polikliniken und Ambulatorien für chronisch Kranke und Behinderte. Bei Schwerbeschädigten bestand eine allgemeine Beschäftigungspflicht.¹⁵⁵ Rehabilitanden erhielten ein Recht auf („geschützte“) Arbeit.¹⁵⁶ Der staatlichen Behinderungspolitik wohnte jedoch insgesamt eine Tendenz zur Absonderung solcher körperlich und mental behinderter Menschen inne, deren Eingliederung sich als nicht Erfolg versprechend erwies.¹⁵⁷
- Nach Gründung der **Bundesrepublik** galten die aus der Weimarer Zeit stammenden Sozialgesetze zunächst fort. Bereits 1950 aber wurde das Bundesversorgungsgesetz¹⁵⁸ geschaffen, 1953 das Schwerbeschädigtengesetz¹⁵⁹ neu gefasst. Mit der Rentenreform im Jahr 1957 wurde die berufliche Rehabilitation zunächst in die Rentenversicherung¹⁶⁰ und wenig später in die Arbeitslosen-

150 Reichsversorgungsgesetz vom 12. 5. 1920, RGBl. S. 989.

151 Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 2: Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871–1929, 90.

152 Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 2: Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871–1929, 136.

153 Gesetz über Änderungen auf dem Gebiet der Reichsversorgung vom 3. 7. 1934, RGBl. I, S. 541.

154 Neumann, in: Neumann (Hrsg.), Handbuch SGB IX, Rz 14.

155 GBl. S. 349.

156 § 1 der AO zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden vom 26. 8. 1969, GBl. II, 1969, S. 470.

157 Neumann, in: Neumann (Hrsg.), Handbuch SGB IX, Rz 20.

158 Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges vom 20. 12. 1950, BGBl. I, S. 791.

159 Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 16. 6. 1953, BGBl. I, S. 389.

160 Gesetz zur Neuregelung des Rechts der Rentenversicherung der Arbeiter/Angestellten vom 23. 2. 1957, BGBl. I, S. 45, 88.

- versicherung¹⁶¹ integriert. Das Körperbehindertengesetz¹⁶² und das Gesetz über die Tuberkulosehilfe¹⁶³ waren Vorläufer der später in das Bundessozialhilfegesetz aufgenommenen Hilfen in besonderen Lebenslagen.¹⁶⁴ 1974 trat das Schwerbehindertengesetz¹⁶⁵ in Kraft, 1980 die Werkstättenverordnung¹⁶⁶ für Behindertenwerkstätten. Auf der Idee nahtloser Leistungserbringung, verstärkter Koordination und Zusammenarbeit der beteiligten Träger sowie systematischer Angleichung von Leistungen und Einrichtungen basierte das im Jahre 1974 verabschiedete Rehabilitationsangleichungsgesetz.¹⁶⁷ Erstmals wurde die Krankenversicherung hier als Rehabilitationsträger anerkannt. Art, Umfang und Voraussetzungen der Leistungen richteten sich jedoch weiterhin nach den Besonderheiten der einschlägigen Leistungsgesetze. Daher blieb das Gesetz praktisch bedeutungslos. Die Rehabilitationsleistungen des SGB VIII für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche stammen aus dem Jahr 1990.¹⁶⁸
- Als Konsequenz des 1994 in das Grundgesetz eingeführten Verbots der Benachteiligung Behinderter (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG) trat im Jahre 2001 das **SGB IX** in Kraft.¹⁶⁹ Dieses hielt am gegliederten System der Rehabilitation fest, erhob gleichwohl den Anspruch einer trägerübergreifend wirkenden Regelung des Rehabilitations- und Behindertenrechts.¹⁷⁰ So steht die Anwendbarkeit des Gesetzes unter dem Vorbehalt abweichender Regelung in den einzelnen Leistungsgesetzen, die ihrerseits jedoch zumindest auf Teile des SGB IX Bezug nehmen. Die Sozial- und Jugendhilfeträger wurden in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen
 - Ebenfalls als Umsetzung des verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbots trat im Jahre 2002 das **Behindertengleichstellungsgesetz**¹⁷¹ in Kraft. Mit dem Ziel der Beseitigung von Benachteiligungen, der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und der Ermöglichung einer selbstbestimmten Lebensführung ist die „Barrierefreiheit“ in Bezug auf bauliche Anlagen, Verkehrsmittel, Systeme der Informationsverarbeitung, Kommunikationseinrichtungen und andere vergleichbare Einrichtungen ein zentrales Anliegen des Gesetzes, das durch Zielvereinbarungen zwischen Behindertenverbänden und

161 Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 3. 4. 1957, BGBl. I, S. 321.

162 Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte und von einer Körperbehinderung bedrohte Personen vom 27. 2. 1957, BGBl. I, S. 147.

163 Gesetz über die Tuberkulosehilfe vom 23. 7. 1959, BGBl. I, S. 513.

164 Bundessozialhilfegesetz vom 30. 6. 1961, BGBl. I, S. 815.

165 Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft vom 29. 4. 1974, BGBl. I, S. 1005.

166 Werkstättenverordnung vom 13. 8. 1980, BGBl. I, S. 1365.

167 Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. 8. 1974, BGBl. I, S. 1881.

168 Art. 1 des Gesetzes zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts vom 26. 6. 1990, BGBl. I, S. 1163.

169 BGBl. I, S. 1045.

170 Lachwitz/Welti, in: HK-SGB IX, Einführung, Rz 34ff.

171 Vom 27. 4. 2002, BGBl. I, S. 1467.

Stichwortverzeichnis

Ziffer in Fettschrift = Teil; Buchstabe = Kapitel; Ziffer = Randziffer

- Abbruch einer Maßnahme 3 D 85
Abgrenzungsfragen 2 B 75; 2 E 11
Abhängigkeitserkrankungen 3 D 15, 32, 71
Abwägung 1 A 5; 1 B 2, 4; 1 C 3, 5; 2 A 5
Adaptation 3 D 24
Ärzte 2 B 43, 2 I 2, 4
– Ärztliche Behandlung 2 E 19; 3 E 26
– Ärztliche Verantwortung 2 G 33 f; 3 D 30
Äquivalenzprinzip 1 C 15, 16; 3 D 2
Akteneinsicht 4 I 7
Aktivierende Sozialpolitik 2 B 42
Aktivität 1 C 5; 2 F 42
Akutbehandlung 1 A 5; 1 C 12; 2 E 17, 18, 28, 29, 31, 48; 3 C 4, 6, 32; 3 D 64, 66; 3 E 18
Akzessorische Leistung 2 F 39, 43; 2 G 15
Alles-oder-nichts-Prinzip 2 E 32
Allgemeine Anhaltspunkte 2 A 17, 29
Allgemeiner Arbeitsmarkt 2 J 5, 42
Allgemeine Handlungsfreiheit 1 C 16; 2 A 7
Allgemeine Leistungen nach SGB III 3 A 8, 11; 3 B 9, 14, 27 ff, 74
Allgemeine Ortskrankenkassen 2 B 22
Allgemeiner Sozialdienst 2 I 7
Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz 1 A 23; 2 D 11
Allgemeines Rehabilitationsrecht 2 H 2, 6
Alltagsbewältigung 2 H 13
Altenpfleger 2 I 9
Alter 2 B 8, 10, 49
– Altersgrenze 3 D 6
– Altersleiden 1 C 2
– Altersrente 3 D 59
– Alterstypischer Zustand 2 A 18, 22; 3 F 19
Altersübergangsgeld 3 D 77
Ambulant vor stationär, s.a. Vorrang 2 A 3; 3 D 29
Ambulante Leistung 1 A 8, 10, 17; 1 B 8, 12; 2 C 14, 20, 42; 2 F 47; 2 G 23; 2 H 41; 3 G 3, 84, 97
Ambulantisierung 2 H 41; 3 G 4, 76
Amtsermittlungspflicht 2 B 58; 3 E 11
– im Verwaltungsverfahren 4 I 4
– im Sozialgerichtsverfahren 4 35
Amtsvormund 2 I 3
Anerkennung einer Einrichtung, s. Belegungsvertrag
Angehörige, Leistungen für 3 D 7, 17
Angemessenheit der Leistung 1 B 3; 3 G 95
Angstgefühle 3 D 65
Anlaufstelle 2 D 24
Annexleistungen 2 E 26, 27; 2 H 7, 15, 21; 3 F 31; 3 G 57, 67
Anpassung, berufliche 2 G 28; 3 D 39, 51; 3 E 31
Anschlussleistung 2 G 29
– Anschlussheilbehandlung 1 E 2; 3 C 29, 64; 3 D 58, 69
– Anschlussrehabilitation 3 D 21, 69
Anspruch auf Hilfe durch Gemeinsame Servicestelle 2 D 19
Antizipiertes Sachverständigengutachten 2 A 17, 29
Antrag 2 B 57, 68; 3 C 45, 64; 3 D 83; 3 H 25
Anwendungsvorrang des EG-Rechts 1 D 6
Anzeigeverfahren 3 E 11
Apotheker 2 I 9

- Arbeitnehmer 2 J 47
- Arbeitnehmerähnliches Rechtsverhältnis 2 J 54
 - Arbeitsprobung 1 A 15; 2 F 38; 3 D 45
- Arbeitgeber
- Arbeitgebermodell 2 F 36
 - Arbeitgeberverbände 2 I 14
 - Leistungen an 2 F 50 ff.
- Arbeitsagentur, Agentur für Arbeit, s.a. Bundesagentur 1 E 5, 10; 2 J 18
- Beteiligung 2 F 41
- Arbeitsassistent 2 A 3, 7; 2 F 34 ff.; 3 A 12; 3 D 39
- Arbeitsaufnahme 3 E 30
- Förderung der 3 D 45
- Arbeitsentgelt 2 G 26; 2 J 62
- Arbeitsprobung 2 F 38
- Arbeitsfähigkeit 2 E 32, 33
- Arbeitsförderung 1 E 5
- Arbeitsförderungsgeld 2 J 68
 - Arbeitsförderungsrecht 2 F 12
- Arbeitsgemeinschaft
- Dienste und Einrichtungen 2 C 8, 21, 31
 - Rehabilitationsträger 2 B 76; 2 C 3
 - SGB II 1 E 10; 2 B 37; 3 A 2
- Arbeitshilfen 3 A 12
- im Betrieb 3 D 39
- Arbeitsleben 3 E 28
- Arbeitslosengeld I 3 D 46, 50, 77
- Arbeitslosengeld II 3 D 50, 77
- Arbeitslosigkeit 2 B 13, 43; 2 F 27
- Arbeitsmarkt 1 A 8; 2 F 37, 41; 3 A 14; 3 B 84
- Arbeitsplatz, Erhaltung des 3 D 39
- Arbeitsschutz 1 A 14
- Arbeitstherapie 2 E 25; 3 C 36; 3 E 26; 2 I 9
- Arbeitsunfall 1 E 6; 3 C 9; 3 D 61; 3 E 7
- Arbeitsunfähigkeit 2 B 13, 43; 2 E 32, 33, 35; 3 C 5, 44; 3 D 46
- Arbeitswissenschaft 2 B 63
- Art und Schwere der Behinderung 3 A 12
- Arzneimittelversorgung 2 E 21; 3 E 24
- Assistenz 2 C 43
- Aufgaben der Gemeinsamen Service-stelle 2 D 13
- Aufhebung von Verwaltungsakten 1 B 6
- Aufhebungsvertrag 3 D 78
- Aufklärung, Verfahren 4 10
- Auftrag 2 C 46, 47
- Auftragsgeber, öffentlicher 1 D 71
 - Auftragsmaßnahmen, s.a. Vergaberecht 3 A 14
- Augenoptiker 2 I 9
- Ausbildung 3 A 12; 3 E 31; 3 G 77
- Ausbildungsberuf 1 C 17
 - Ausbildungsgeld 2 G 23; 2 J 36, 50; 3 B 56, 68 ff.
 - Ausbildungszuschüsse 3 B 78
 - berufliche 3 D 39, 79
- Ausführung der Leistungen 2 H 45
- Ausgleich, Entschädigungsrecht 3 H 42
- Ausgleichsfonds 2 I 14
- Ausgrenzung, s.a. Inklusion 2 A 8, 19, 25
- Auskunft 4 12
- Ausländer 3 G 109
- Ausland, Förderung im 3 B 32, 43, 47
- Auslandsbehandlung, s.a. Leistungen mit Auslandsbezug 1 D 21, 23, 25; 3 C 21
- Ausrüstungsbeihilfe 3 B 35
- Auswahl von Leistungen 3 B 80 ff.
- Auswahlmessen 2 F 23, 25, 29; 3 C 23, 24
- Ausweis, Entschädigungsrecht 3 H 46
- Autismus 2 H 39
- Badekur 3 H 30, 36, 44, 49
- Totes Meer 3 C 22
- Barleistung 2 G 19

- Barrierefreiheit 2 B 60; 2 C 12, 13;
2 I 13
- Basisausgleich, Unfallversicherung
2 E 46, 48
- Basisfähigkeit, medizinische Rehabilitation 2 E 30
- Baumaßnahmen 2 H 40
- Beamtenrecht
- Krankenfürsorge 1 E 12
 - Versorgung 3 D 59, 76
- Beauftragter
- für die Belange behinderter Menschen 2 I 16
 - Rehabilitationsträger 2 C 47
- Bedarf 2 H 26; 3 G 24
- an Leistungserbringern 1 C 18
 - Bedarfsanalyse, Leistungserbringung 1 C 18
 - Bedarfsfeststellung 2 B 38, 56, 64, 68; 2 C 25, 40, 44, 48; 3 G 45, 90, 91
 - Bedarfsgerechtigkeit 2 C 10
 - Leistungserbringung 1 C 18
- Bedarfsgemeinschaft 1 E 10; 3 A 7
- Bedürfnisse behinderter Frauen und Kinder, s.a. Kinder 2 A 3; 2 F 26 ff.
- Begleitender Dienst 2 J 4, 41
- Begleitperson 2 H 42; 3 C 13, 53;
3 D 57, 81
- Begutachtung 2 A 15; 2 F 41
- Behandlung
- Behandlungsfähigkeit 3 D 47
 - Behandlungspflicht 3 C 17
 - Behandlungsplan 2 H 38
 - Behandlungsvertrag 3 C 24
- Behindertenbericht 2 I 15
- Behindertengleichstellungsgesetz
1 A 23; 2 H 39
- Behindertenverbände 1 A 23
- Behindertenwerkstätten, s. Werkstatt für behinderte Menschen
- Behinderung 1 A 1, 2; 1 C 5; 2 A 6, 12–14, 17, 20; 2 B 7, 43; 3 B 19 f.;
2 F 16; 3 G 28, 30, 32, 35, 36
- Arten der Behinderung 2 A 16
 - Begriff 1 A 1, 2; 2 A 6, 12–14, 17, 20; 2 F 15
 - drohende 1 C 4; 2 A 6, 13, 26;
2 H 9–11, 35, 41; 3 F 16; 3 G 45, 48, 49
 - Eltern, behinderte 3 F 14
 - erzieherischer Bedarf 3 F 5
 - europäisches Recht 2 A 13
 - geistige 2 H 39; 3 G 39
 - s.a. Handicap
 - s.a. Impairment
 - Kinder und Jugendliche 1 C 3
 - körperliche 3 G 34, 39
 - medizinisches und soziales Modell
2 A 14
 - s.a. Partizipation
 - s.a. regelwidriger Zustand
 - s.a. Sechs-Monats-Grenze
 - seelische, s.a. seelische Behinderung
1 A 21; 3 F 16; 3 G 39, 41
 - SGB III 3 A 8
- Behinderungsgerechte Arbeit 2 F 12
- Behörde, Zuständigkeit 4 7
- Beihilfeleistungen im öffentlichen Dienst 3 D 81
- Beihilfen, verbotene, EU-Recht
1 D 42, 44
- Beiladung 2 B 70; 2 C 46
- Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen 2 I 13, 14
- Beistände 4 4
- Beitragsbemessungsgrenze 2 G 26; 3 D 49
- Beitragsfortzahlung, während der Rehabilitation 3 C 49
- Beitragszuschüsse, Sozialversicherungen 3 D 53
- Bekleidungsbeihilfe 3 D 51
- Belastungserprobung 1 A 15; 2 E 25, 35; 3 C 30; 3 E 26
- Belegungsvertrag 2 C 24; 3 D 27, 28, 90
- Benachteiligungsverbot, s.a. Diskriminierungsverbot 1 B 1; 1 C 1, 6, 7;
2 H 37; 2 A 2, 9; 3 B 14, 17; 3 G 14

- mittelbare Benachteiligung 1 C 6
- Beratung 2 H 40; 3 A 11; 3 G 86, 87, 89; 4 11
- Anspruch 2 D 19; 3 C 64
- Beratungsstelle 2 I 2, 4
- Beratung durch Gemeinsame Servicestellen 2 D 15
- Dienstleistung, persönliche 2 D 14
- Eigenhaftung der Bediensteten 2 D 20
- gemeinsame, trägerübergreifende 2 D 17
- Herstellungsanspruch, sozialrechtlicher 2 D 20
- Nebenpflicht 2 D 14
- Qualität 2 D 17
- Rechtsanspruch auf 2 D 19
- Staatshaftungsanspruch 2 D 20
- Bereichsübergreifende Regelungen 2 E 2, 4, 6
- Bergbau, Beschäftigte im 3 D 12, 77
- Beruf über die Lage behinderter Menschen 2 I 15
- Berufliche Rehabilitation 2 F; 3 H 38
- Einrichtungen 2 F 46 ff.
- Berufs- und Lebensorientierung 2 F 20
- Berufsausbildung 3 A 9
- Berufsausbildungsbeihilfe 3 A 9; 3 B 7, 14, 42 ff.
- Berufsbildungsgesetz 3 A 13
- Berufsbildungswerk 1 A 12; 2 C 27; 2 F 47; 3 B 58
- Berufsfindung 1 A 15
- Berufsfindungsleistungen 3 D 39, 45
- Berufsförderungswerk 1 A 12; 2 C 27; 2 F 47; 3 B 58
- Berufsfreiheit 1 C 17, 18; 2 A 7; 2 C 25; 2 F 17, 37
- Berufsgenossenschaften 2 B 27; 3 E 11
- Berufsgenossenschaftliche Unfallkliniken 3 E 19
- Berufskrankheit 1 E 6; 3 C 9; 3 D 61; 3 E 10
- Berufsvorbereitung 2 F 20; 3 A 12; 3 B 43 ff.; 3 D 39
- Berufswunsch, s.a. Wunschrecht 1 C 17
- Beschaffungsermessen 1 C 18
- Beschäftigungslandprinzip 1 D 15
- Beschäftigungspflicht von Arbeitgebern 2 A 10
- Beschäftigungsstätten, Werkstätten für behinderte Menschen 2 J 14
- Beschäftigungstherapie 3 C 36
- Beschäftigungstherapeuten 2 I 9
- Beschäftigungszeit 2 J 49, 57
- Beschränkung von Leistungen 3 D 59
- Besondere Leistungen nach SGB III 3 A 8, 12; 3 B 10 ff., 14, 56 ff., 74
- Besuchsfahrt 2 G 37; 3 G 68
- Betreuer 2 C 43, 52; 2 I 2, 3; 4 2
- Vertretung 2 J 67
- Betreute Wohnmöglichkeiten 2 B 17; 2 H 41
- Betreuungskosten
- Kinder 3 B 32, 51f.
- Betriebliche Fördermaßnahmen 2 F 12
- Betriebliches Eingliederungsmanagement 2 B 43
- Betriebsbedingte Kündigung 3 D 78
- Betriebshilfe 2 G 45; 3 C 14, 55
- Betriebskontakte 3 D 42
- Betriebskosten, notwendige 2 E 49
- Betriebskrankenkassen 2 B 22
- Betriebssozialarbeit 2 I 7
- Bevollmächtigte 4 4
- Beweisantrag 4 36
- Beweislast 2 A 5; 1 C 6; 4 16
- Beweismittel 3 D 85
- Beweiswürdigung 4 16
- Bewerbungskosten 3 B 27 ff.
- Bildung 2 H 13; 3 G 78
- Bio-psycho-soziales Modell, s.a. ICF 2 E 13
- Bisherige Tätigkeit 1 C 17; 2 F 16; 3 A 8; 3 B 83
- Blinde 2 H 29, 39

- Blindenhunde 2 H 29
- Budgetassistent 2 C 43; 2 H 41;
3 G 98
- Budgetierung, s.a. Haushalt 1 B 2
- Budgetverordnung (Budget VO)
3 G 98
- Bundesagentur für Arbeit, s.a. Arbeitsagentur 2 B 24, 37, 66, 69;
2 F 41; 2 J 18, 30; 3 D 72; 3 G 68
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2 A 15; 2 B 79, 80;
2 H 46, 47; 3 G 108
- Bundesärztekammer 2 I 14
- Bundesausbildungsförderungsgesetz
2 A 12
- Bundesbeauftragter für den Datenschutz 2 B 79
- Bundesbehandlungsschein 3 H 46
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2 B 24, 29, 79, 81
- Bundesregierung 2 C 5
- Bundessozialhilfegesetz (BSHG)
1 A 23; 2 H 9; 3 G 8, 9
- Bundesversicherungsamt 2 B 22, 27,
29
- Bundesversorgungsgesetz (BVG)
3 D 62; 3 H 27 ff.

- Case-Management 2 D 24
- Chronische Erkrankung 1 A 4; 2 A 6,
24, 27; 2 B 3, 43; 2 E 17
- Clearingfunktion 2 D 24
- Computer 2 H 29

- Darlehen 2 H 40
- D – Arztverfahren 3 E 18
- Daseinsvorsorge 2 C 6
- Datenschutz 2 B 79; 2 C 22, 28
- Deckelung der Ausgaben 3 D 9, 55
- Demografie 3 G 4
- Depression 3 D 65
- Deutsche Demokratische Republik
1 A 23
- Diagnostik 2 F 20
- Diätassistent 2 I 9; 3 D 65

- Dienst, sozialer 2 F 47
- Dienste der Rehabilitation 2 C 2, 6,
24, 27
- Dienstleistung 2 F 18, 23
- Dienstleistungsfreiheit, passive
1 D 30, 33
- Dienstunfähigkeit 3 D 76
- Disability, s.a. Behinderung 2 A 15;
1 C 1
- Diskriminierung, s.a. Benachteiligung
1 A 23; 2 F 26, 29
- mittelbare 1 C 7
- wegen des Geschlechts 2 A 10;
2 F 29
- Verbot der 1 C 6
- Doppelzuständigkeit 3 F 12
- Dreiecksverhältnis, Leistungserbringung 1 C 18; 2 J 51; 3 F 38
- Drittwirkung der Grundrechte
1 C 11
- Drohende Behinderung, s. Behinderung
- Duale Ausbildung 2 F 46 f.
- Dyskalkulie 3 F 13

- Effizienzgebot 1 B 2, 3
- EG-Rechtssetzungskompetenzen
- für Reha-Recht 1 D 1
- für „Soziale Sicherheit“ 1 D 2
- Gesundheitsschutz 1 D 4
- Prävention 1 D 5
- Eigeneinrichtungen 2 C 22
- Eigenverantwortlichkeit der Person
1 C 2, 3; 2 A 5, 22; 3 F 8
- Eignung 1 B 2, 3; 1 C 17; 2 B 17;
3 A 8; 3 B 81
- Eignungsfeststellung 1 A 15;
3 B 32 ff., 51 f.
- Eignungsprüfung 2 F 37 f.
- Eilbedürftigkeit 2 B 73
- Eingangsverfahren, s.a. Werkstätten
für behinderte Menschen 2 J 18,
22, 46; 3 A 12
- Eingangsvoraussetzungen, Rentenversicherung 3 D 84

- Eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaften 3 D 16
- Eingliederungsbegleitende Dienste 3 A 12; 3 B 72
- Eingliederungshilfe 1 A 16; 2 F 25; 2 H 28, 41; 3 G 1–3, 46; 3 F 7, 12, 15
- SGB VIII 2 B 33; 3 F 7
 - SGB XII 1 A 16, 18; 1 E 8, 10; 2 B 34; 3 A 7
- Eingliederungshilfeverordnung 2 A 20; 2 H 46; 3 G 50
- Eingliederungsmanagement 1 A 13
- Eingliederungsvereinbarung nach SGB II 3 A 5
- Eingliederungszuschüsse 3 B 75 ff.; 3 D 39
- Einheitlichkeit 2 B 75, 80
- Einheitsträgerschaft 1 B 8, 10
- Einkommens- und Vermögenanrechnung 3 G 26, 63, 64, 72, 73, 82
- Einleitung
- frühzeitige 2 F 21
- Einrichtungen der Rehabilitation 2 C 2, 6, 24
- Einrichtungsverantwortung für Gemeinsame Servicestellen 2 D 21
- Einstweilige Anordnung 4 49
- Einwilligungsvorbehalt 4 2
- Einzelfall 2 A 24, 25
- Einzugsgebiet 2 J 52
- Eltern 2 B 51; 2 G 39 ff.; 2 I 2, 3
- Elternassistenz 3 F 14
 - Elternbeteiligung 3 F 25
 - Elternvertretung 2 J 67
- Empfangsbevollmächtigter 4 5
- Empfehlung
- „Begutachtung“ 2 A 16, 17
 - der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 3 D 28, 30, 40, 60, 89
 - der Rehabilitationsträger 1 B 8
 - Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit der BAR 3 D 40
- Empowerment 2 F 28
- Entbindungspfleger 2 I 6
- Entfernungspauschale 2 G 37
- Entgeltersatzleistung 2 G 23; 3 C 43 ff.; 3 D 45
- Entgeltfortzahlung 2 G 25
- Entgeltvereinbarungen, Leistungserbringungsrecht 3 A 14; 3 F 38
- Entschädigungsprinzip 1 B 9
- Entsendung 1 D 19
- Entwöhnungsbehandlung 1 E 3; 3 C 29; 3 D 58, 71
- Entzugsbehandlung 3 D 71; 1 E 2
- Erfolgsbezogenheit der Eingliederungshilfe 3 F 18
- Erfolgswahrscheinlichkeit, s.a. Prognoseentscheidung 1 A 5
- Erforderlichkeit 2 F 16
- Ergänzende Leistungen 2 G; 3 C 14, 20, 48 ff.; 3 D 44; 3 E 34
- Ergebnisqualität 2 C 15
- Ergotherapeut 2 I 9; 3 D 65
- Erkrankung, lebensbedrohliche 1 C 16
- Ermessen 1 B 2; 2 A 5; 2 F 22 f., 29, 40; 2 G 44; 3 A 9; 3 C 23; 3 D 86; 3 G 53; 3 H 18 f., 23, 33, 37
- Entschließungsermessen 2 F 23 ff., 33; 3 C 23, 61; 3 E 19
 - Ermessensausübung 3 D 86
 - Ermessensentscheidung 2 E 9, 34
 - Ermessensreduzierung 3 C 25
 - Gestaltungsermessen 3 E 13
 - Kann-Versorgung 3 H 24, 45
- Ermittlungen der Leistungsträger 3 D 84
- Ernährungsmedizinische Berater 2 I 9
- Ersatzkassen 2 B 22
- Ersetzungsbefugnis gem. § 25 SGB IX 2 D 26
- Ersparnisse, häusliche 3 D 57
- Erstattung 3 H 47 ff.
- zu Unrecht erbrachter Leistungen 4 33
- Erstattungsverzichtsabkommen 3 C 21

- Erstversorgung 3 E 18
 Erwerbseinkommen 3 D 46
 Erwerbsfähigkeit 2 F 15; 3 D 13
 Erwerbsleben, Ausscheiden aus
 3 D 63
 Erwerbsminderung 1 B 1; 2 B 8, 13,
 43; 2 J 74; 3 C 9; 3 D 2, 20, 87
 Erwerbsminderungsrente 2 B 9, 44
 Ethnische Herkunft 2 B 53
 Europarecht
 – s.a. EG-Rechtssetzungskompetenzen
 – EU-Ausland 3 C 21
 – EuGH-Rechtsprechung 3 C 21
 – Europäischer Wirtschaftsraum
 (EWR) 3 C 21
 – Europäisches Fürsorgeabkommen
 3 G 109
 – faktische Harmonisierung 1 D 3
 – s.a. Vergaberecht
 Evaluation der §§ 22–25 SGB IX
 2 D 27–30
 Evidenz, Leistungsqualität 1 B 3;
 2 B 19
 Existenzminimum 1 C 9, 14

 Fachausschuss 2 J 21, 26, 37
 Fachdienste 2 C 28
 Fallmanagement 3 G 93, 102
 Fähigkeiten, individuelle 2 F 10
 Fähigkeitsstörung, s. Funktionsbeeinträchtigung
 Fahrtkosten 2 F 38; 2 G 36 ff.; 3 B 32,
 35, 42 ff., 51 f.
 Faktische Freiheit, s.a. Freiheitsrechte/
 Grundrechte 1 C 9; 2 A 8
 Fallkonferenz 3 C 59
 Fallmanager 3 A 5
 Familie, s.a. Eltern 2 B 51; 2 C 14
 – Familienaufgaben 2 F 27
 – Familienentlastende Dienste
 1 A 17; 2 A 11
 – Familienheimfahrten 2 G 37;
 3 C 53
 – Familienleistungsausgleich 2 A 12

 Fehlen, unentschuldigtes 2 G 23
 Fernsehen 2 H 42
 Festigungskuren 3 D 55, 81
 – Geschwulsterkrankungen 3 C 11
 Feststellungsverfahren 3 D 83
 Finalität 1 B 8, 9; 3 G 43
 Finanzvorbehalt, Verfassung 1 C 9,
 17
 Flüchtlinge 3 G 109
 Föderalismusreform 3 F 4
 Fördererziehung 1 A 19
 Förderschulen 1 A 20; 2 F 20
 Förderung von Diensten und Einrich-
 tungen 1 B 11; 2 C 19; 3 A 14
 Forschungsaktivitäten 3 D 55
 Fortbildung, s.a. Weiterbildung 3 E 31
 Frauen 2 B 79; 2 C 22, 28; 2 F 26 ff.
 – Frauen und Kinder, s.a. Kinder
 2 A 10
 – Frauenförderung 2 F 23, 26 ff.
 Freie Einrichtungen 2 C 24
 Freiheitsrechte s.a. Grundrechte
 2 A 8
 Freistellungsanspruch 3 C 19
 Freiwilligkeit 2 B 45
 Fremdunterbringung 2 F 19
 Früherkennung 2 B 43, 80; 2 E 20, 51;
 2 H 7, 10, 36, 47; 3 C 5, 61
 Frühförderung 1 A 19, 20, 21; 2 A 11;
 2 E 20, 51; 2 H 7, 10, 36, 46, 47;
 3 F 7; 3 G 57
 – Fachpädiatrische Zentren 2 E 54
 – Förder- und Behandlungsplan
 2 E 60
 – Frühförderungsverordnung 2 E 58,
 59; 2 H 36
 – Frühmobilisation 2 E 30
 – interdisziplinäre Frühförderstellen
 2 E 57
 – Komplexleistung 2 E 51, 56
 – Leistungen, medizinische 2 E 53
 – Leistungen, nichtärztliche 2 E 51,
 55, 57
 – Leistungen, sozialpädiatrische
 2 E 54, 55

- Leistungsträger 2 E 52
- Frührehabilitation 1 E 2; 2 E 27, 30;
3 C 6, 32
- Führerscheinerwerb 3 D 45
- Führzulage 3 H 35
- Funktion
 - der Krankenbehandlung 1 A 8, 9
 - der Gemeinsamen Servicestelle
2 D 12
- Funktionsbeeinträchtigung, s.a. Behinderung 1 C 1, 3, 5; 2 A 14, 15, 18
- Funktionssystem 1 A 9; 2 A 25
- Funktionstraining 2 G 33 ff.; 3 A 12;
3 C 51, 58
- Fürsorge 1 B 11; 2 H 5; 3 G 17, 65

- Ganzheitlichkeit der Hilfe 1 B 8;
2 E 13
- Gastroenterologische Erkrankung
3 D 69
- Gebärdendolmetscher 2 C 37; 2 F 35
- Gebärdensprache 1 A 23; 2 A 3;
2 H 39
- Gebrauchsgegenstände des täglichen
Lebens 2 E 47
- Gebrauchsvorteil 2 E 47
- Geeignetheit 2 C 20, 25
- Gefährdungshaftung 3 E 2
- Gegenwärtigkeitsprinzip 3 G 24
- Gegliedertes System 1 B 8, 10; 1 E 1;
2 F 11
- Geistige Fähigkeit, s.a. Behinderung
2 A 20
- Geldleistung 2 F 18, 23, 34; 3 D 91
- Gemeinsame Empfehlungen, s.a. Empfehlung 2 A 3, 10, 15; 2 B 75, 77,
80; 2 C 15, 30; 2 H 46, 47; 3 G 91
- Gemeinsame Servicestellen 2 A 7;
3 G 89, 90
 - Anzahl 2 D 23
 - Aufgaben 2 D 13, 18
 - Bewährung, praktische 2 D 27–30
 - Einrichtungs-elemente 2 D 21
 - Einrichtungsverantwortlichkeit der
Träger 2 D 10, 21
- Evaluation der Rechtsgrundlagen
2 D 27–30
- Funktion 2 D 24
- Normzwecke und Funktion
2 D 11–12
- s.a. Beratung
- Unterstützung 2 D 16
- Sicherstellungsauftrag der Träger,
s. Einrichtungsverantwortlichkeit
der Träger
- Status 2 D 22
- Struktur 2 D 17, 22
- Gemeinsamer Bundesausschuss
2 A 15; 2 C 1; 3 C 2, 27
- gender mainstreaming 2 F 12
- Geriatric 2 B 11
- Geriatrische Rehabilitation 3 C 29
- Gerichtliche Kontrolldichte 3 F 24
- Gesamtplan 2 B 67
- Geschlecht 2 B 50
- Geschwulsterkrankung 3 D 55
- Geselligkeit 2 H 42
- Gesellschaftsbegriff, Behinderung
2 A 25
- Gesetzliche Krankenversicherung, s.a.
Krankenversicherung 2 H 29, 32;
3 G 58, 60
- Gesetzliche Rentenversicherung,
s.a. Rentenversicherung 3 G 60
- Gesetzliche Unfallversicherung,
s.a. Unfallversicherung 2 H 18;
3 G 60, 80
- Gesundheit 1 A 2; 2 A 15, 16
- Gesundheitliche Schädigung, s.a. Be-
hinderung/Krankheit 2 F 12;
3 H 16 ff., 32
- Gesundheitsamt 3 G 90
- Gesundheits- und Krankenpfleger
2 I 9
- Gesundheitsaufseher 2 I 9
- Gesundheitsförderung, betriebliche
3 C 61
- Gesundheitsgefährdende Beschäfti-
gung 3 D 55
- Gesundheitsschaden 1 C 5; 2 A 14, 18

Gesundheitsschutz, s.a. Verfassung
 1 C 11, 14, 15
 Gesundheitssystem 1 A 8, 9
 Gewährleistungspflicht des Staates
 3 G 18, 103, 105
 Gewährleistungsverpflichtung des
 Leistungsträgers 1 B 12
 Gewerkschaften 2 I 14
 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
 (WSG) 3 C 23, 63
 Gleichbehandlung 1 C 6, 8; 3 C 23;
 3 D 87; 3 G 91
 Gleichberechtigung s.a. Diskriminie-
 rung 2 A 10
 Gleichstellung 2 F 12
 Gleichstellungsantrag 2 A 13, 30
 Grad der Behinderung 2 A 13, 28
 Grundbetrag 2 J 62
 Grundkurs 2 J 33
 Grundpflege 2 H 38
 Grundrechte 2 A 8; 3 G 13, 15, 23
 – Eingriff 1 C 6, 17, 18
 – Leben und Gesundheit, s.a. Ge-
 sundheitsschutz 1 C 14
 – Verfahrensdimension 1 C 13
 Grundsicherung 2 J 74
 – bei Erwerbsminderung 2 B 9
 – für Arbeitsuchende 1 E 10; 2 B 37;
 3 A 2; 3 B 3 f.
 – im Alter und dauernder Erwerbs-
 minderung 3 D 77
 Gründungszuschuss 3 B 14, 38 ff.
 Gutachten 2 B 59, 61, 80
 – nach § 109 SGG 4 43
 Gutscheine 2 C 51

 Häftlingshilfegesetz 3 H 15, 22
 Haftungsetzung 3 E 2
 Handicap s.a. Behinderung 1 C 1;
 2 F 10
 Handlungsfähigkeit 4 1
 Handwerksordnung 3 A 13
 Hauptfürsorgestelle 2 B 79; 3 D 62;
 3 H 44
 H – Arzt-Verfahren 3 E 18

Hausarzt 2 I 5
 Haushalt, Verwaltung 1 B 2, 5; 2 F 23,
 36; 3 G 101
 Haushaltshilfe 2 G 40 f.; 3 C 14, 54;
 3 D 39; 3 H 29, 33, 39, 41; 3 E 34, 41
 Haushaltstrukturgesetz 3 D 9
 Häusliche Krankenpflege 2 C 39
 Hauswirtschaftstraining 2 H 37
 Hebammen 2 I 6
 Heilbehandlung 2 E 43; 3 E 16, 18;
 3 H 28 ff.
 Heilmittel 2 B 20, 2 C 39; 2 E 22;
 3 E 24
 Heilpädagogik 2 A 11, 20; 2 B 63; 2
 H 10, 35, 36; 3 F 33; 3 G 82
 Heilpersonal, nichtärztliches 3 D 30,
 64
 Heilpraktiker 2 I 9
 Heimrecht 2 C 5
 Herstellungsanspruch, sozialrecht-
 licher 4 13
 Hilfe für Junge Volljährige 3 F 27
 Hilfe zur Pflege (SGB XII) 2 C 39
 Hilfeplan, s.a. Teilhabeplan 1 A 18,
 20; 3 A 5; 3 G 93, 102
 – Verfahren nach § 36 SGB VIII
 3 F 21, 25, 26
 Hilfsmittel 2 B 20; 2 C 39; 2 E 24, 43,
 44, 45; 2 H 29, 31; 3 D 25; 3 E 25,
 41; 3 G 57, 59; 3 H 28 f., 31, 44
 – Ausführung 2 E 50
 – Hilfsmittelverzeichnis 1 B 3
 Hinterbliebene, Leistungen für
 3 D 7, 17
 Hirnschädigungen 3 D 67
 Hörbehinderte 2 H 39; 3 G 38
 Hörgeräteakustiker 2 I 9

 ICDIH 1 C 5
 ICF 1 A 8; 1 C 1, 5; 2 A 14–18, 20,
 23, 25; 2 B 7, 63; 2 C 15, 40
 Impairment, s.a. Behinderung 1 C 1,
 5
 Impfschäden 2 B 32; 3 D 62; 3 H 21

- Individualisierung 2 H 6; 3 G 24, 27, 93, 94, 111
 – Individualisierungsgebot 2 B 46; 2 C 20
 Information 2 H 40; 3 G 89; 4 I 10
 Infrastrukturverantwortung 2 C 3
 Inhaftierung 3 D 59, 62
 Inklusion/Exklusion, s.a. Ausgrenzung 2 A 8
 Innungskrankenkassen 2 B 22
 Integration
 – schulische 2 F 20
 – berufliche 3 D 4
 Integrationsamt 2 B 31, 66, 79; 2 F 34, 36
 Integrationsfachdienst 1 A 12; 2 A 10; 2 B 80; 2 F 43; 3 B 12
 Integrationsunterricht 1 A 20
 Integrationsvereinbarung 1 A 13; 2 A 10
 Integrierte Versorgung 1 A 9; 1 B 8; 2 C 38
 Integriertes Budget 2 C 39
 Interessenvertretungen behinderter Frauen 2 B 79, 2 C 9
 Interkurrente Erkrankungen 1 E 3; 3 D 64, 67
 Internet 2 H 42
 Investitionskosten 2 J 80

 Jobs ohne Barrieren 2 F 21
 Jugendamt 3 F 23
 Jugendhilfe 1 E 9; 2 H 4; 2 J 45; 3 B 7; 3 G 80
 Jugendleiter 2 I 6, 8
 Jugendlicher 3 F 15
 Jugendsozialarbeit 2 I 7
 Junge Volljährige 3 F 27

 Kardiotechniker 2 I 9
 Kassenärztliche Vereinigung 2 I 14
 Kausalität 3 D 62; 3 H 24; 3 E 7, 8, 9
 Kausalprinzip 1 B 9
 Kartellrecht, europäisches 1 D 39, 62

 Kinder 2 B 18, 51, 2 C 14, 20, 2 I 2; 2 F 26 ff.; 2 G 26, 41; 3 F 15
 – behinderte, von Behinderung bedrohte 2 E 20, 51
 – mit Behinderung 2 A 11, 21
 Kinder- und Jugendhilfe, s.a. Jugendhilfe 1 E 9; 3 F 15
 Kinder- und Jugendhilfeträger, s.a. Jugendamt 2 B 33, 78, 79; 2 C 17; 2 I 3, 7, 8
 Kinderbetreuungskosten 2 G 42 ff.; 3 C 14, 54; 3 D 39; 3 E 34, 41
 Kindergarten 2 I 6
 Kindergeld 2 A 12
 Kinderheilbehandlungen 3 C 11; 3 D 55
 Klagerecht der Verbände 4 52
 Kommunaler Träger (SGB II) 2 B 37
 Kompensation, Rentenversicherung 3 D 24
 Komplexleistung 1 B 8; 2 B 55; 2 C 35; 2 F 20; 3 C 32, 40, 61
 Konsumentensouveränität 1 B 7
 Kontextfaktoren, s.a. Behinderung 1 C 5; 2 A 16
 Kontrahierungszwang 2 C 25
 Kooperation 2 B 56, 66, 75, 80
 – der Leistungsträger 3 G 92
 – Kooperationsmodell, Gemeinsame Servicestellen 2 D 22
 Koordination der Leistungen 1 B 8; 1 C 13; 2 A 3; 2 E 27; 3 G 108
 Körperbehindertengesetz 1 A 23
 Körperersatzstücke 2 E 44
 Körperliche Funktion s.a. Behinderung 2 A 20
 Kosten für Unterkunft und Verpflegung 2 F 19, 38
 Kostenbeteiligung 3 F 40
 Kostenentwicklung 3 G 4
 Kostenerstattung 2 F 53; 3 C 12, 19, 54; 3 D 27, 91
 – Leistungsträger 2 B 72
 Kostenübernahme 2 F 18, 34, 38, 44 ff.; 3 D 55; 3 H 31

- Kraftfahrzeughilfe 2 F 32 f.; 3 A 12;
3 D 39; 3 G 68; 3 H 31, 41; 3 E 28,
39
- Krankenbehandlung 2 B 43; 3 H 33
– akute. s.a. Akutbehandlung
3 D 64, 67
– stationäre 3 D 58
- Krankengeld 2 B 43; 2 G 22 f.; 3 C 15,
43 ff.; 3 D 45
- Krankengeldspitzbetrag 3 C 43
- Krankengymnast 3 D 65
- Krankenhausbehandlung 3 D 58
- Krankenhausplanung 2 C 10
- Krankenhausrecht 2 C 5
- Krankenkassen, s.a. Krankenversiche-
rung 2 B 12, 22, 31, 78; 2 C 16, 21
- Krankenpfleger 2 I 9
– Krankenpflegehelfer 2 I 9
- Krankenversicherung, s.a. Gesetzliche
Krankenversicherung 1 E 2
- Krankenversicherungsschutz 3 C 46 f.
- Krankheit, im Sinne der Rentenver-
sicherung 3 D 14
– Begriff 3 C 5
– s.a. Erkrankung
– krankheitsbedingte Unterbrechung
der Rehabilitation 3 D 47
– Krankheitsbilder, s.a. chronische
Erkrankung 2 A 16
- Kreise und kreisfreie Städte 2 B 31,
33, 35, 37, 2 C 6
- Kriegsopfer 2 B 31, 32; 2 J 30, 45
– Kriegsopferversorgung 2 J 30, 45;
3 D 62; 3 H 14, 17, 26
- Kur 1 A 10
– Festigungskuren/Nachkuren
3 D 55, 81
- Kurzzeitgeld 3 D 46
- Kurzzeitpflege 2 C 39
- Landesärzte 2 I 10
- Landesregierungen 2 C 5
- Lebensalter, s. alterstypischer Zustand
- Lebensunterhalt 2 B 14
- Legasthenie 3 F 13
- Legitimation, demokratische/rechts-
staatliche 3 C 2
- Lehrer 2 I 6
- Lehrgangskosten 3 A 12; 3 B 32,
42 ff., 51 f.
- Leiderfahrung 2 A 24
- Leistungen des Arbeitgebers 3 D 80
- Leistungen für seelisch behinderte jun-
ge Volljährige 3 F 30
- Leistungen für seelisch behinderte
Kinder und Jugendliche 3 F 30
- Leistungen zur Teilhabe 2 A 3;
2 B 20; 3 G 29
– am Arbeitsleben 1 A 11
– am Leben in der Gemeinschaft
1 A 16; 3 F 33
- Leistungen, allgemeine, besondere
2 F 25
– Auswahl 2 F 37
– Dauer 2 F 40, 45
– unterhaltssichernde 2 G 22 ff.;
3 H 40
- Leistungsberechtigter Personenkreis
3 G 29, 31, 32
- Leistungsbezug im Ausland, s.a. Aus-
landsbehandlung 3 G 110, 111
- Leistungserbringungsrecht 1 C 18;
2 C 1; 3 F 38; 3 G 103; 3 H 43 ff.
– s.a. Bedarfsanalyse/Bedarfsgerech-
tigkeit/Bedarfsprüfung
– s.a. Dreiecksverhältnis
– s.a. Evidenz
– externe Anbieter 3 G 105
– Leistungsvereinbarung/Leistungs-
vertrag 1 B 11; 1 C 18; 2 C 24, 28;
3 A 14; 3 G 105, 106
– s.a. pluralistische Leistungserbrin-
gung
– Vergütung 2 C 28 f.; 3 C 17
– Versorgungsvertrag 1 C 18;
3 C 16 ff., 27
- Leistungsexport 1 D 17
- Leistungsfähigkeit 2 F 16 f., 41
- Leistungsgesetz für Rehabilitation
2 F 11; 3 G 103

- Leistungskatalog 2 E 6, 26
 Leistungsrecht, Verfassung, s.a. Verfassung 1 C 9
 Leistungsträger 2 E 7, 8
 Leistungsziele 2 E 14, 15
 Leitlinien 2 B 19
 Lernort Wohnen 2 F 37
 Lerntherapie 1 A 21
 Logopäden 2 I 9
- Marktmodell 1 B 11
 Masseur 2 I 9; 3 D 65
 Maximalprinzip 1 B 3, 5
 Medizinalpersonen 2 I 6
 Medizinische Bademeisters 2 I 9; 3 D 65
 Medizinische Dokumentare 2 I 9
 Medizinische Dokumentationsassistenten 2 I 9
 Medizinische Erkenntnisse, anerkannter Stand der 3 D 68
 Medizinische Rehabilitation 2 E 1; 3 D 23; 3 E 16
 – Begriff 2 E 19
 – Verfassung 1 C 12
 Medizinische Versorgungszentren 2 C 22
 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) 2 B 39, 60; 3 C 24, 67
 Mehrkosten 3 C 16
 Menschenwürde, s.a. Freiheitsrechte/ Grundrechte 3 G 23
 Mietrecht 1 C 11
 Mindeststandards 2 H 27, 45; 3 C 27; 3 G 106
 Minimalprinzip, s.a. Haushalt 1 B 3
 Mitwirkungspflicht 1 B 1, 6, 7; 2 B 13, 45, 61; 3 C 64; 3 D 92; 3 G 90
 – Grenzen 4 21
 – Versagung oder Entziehung der Leistung 4 22
 – Sozialgerichtsverfahren 4 37
 – Verwaltungsverfahren 4 14 f., 18 ff.
 Mobilität 2 H 13, 30
- Mobilitätshilfen 3 A 11, 13; 3 B 35 ff.
 Modellvorhaben 3 D 68
 Morbiditätsstruktur 1 A 4
 Motivation des Versicherten 3 D 15, 85, 87
 Müttergenesungskuren 3 D 81
 Müttergenesungswerk 3 C 18, 23, 26, 40, 63
 Mutterschaftsgeld 3 D 46
 Mutter/Vater-Kind-Maßnahme 3 C 26, 40, 63
 Mehrfachbehinderung 3 F 7, 12
- Nachbarrecht 1 C 11
 Nachrang der Hilfe 1 B 7; 2 H 45
 – SGB II 3 A 6
 – SGB VIII 3 F 9, 10
 – SGB XII 3 G 25, 26, 55, 61, 62, 81
 Nachsorge 3 D 47, 55
 – sozialmedizinische 3 C 13, 59
 Nachweispflichten (Budget) 2 C 53
 Nahtlosigkeit der Hilfe 1 B 8; 2 B 75, 80; 2 H 6; 3 G 93
 Nationalsozialismus 1 A 23
 Naturalrestitution 3 E 2
 Neigung 1 C 17; 2 B 17, 48; 2 F 10, 37; 3 A 8; 3 H 38
 Neubescheidung 3 C 25
 Neue Behandlungsmethoden 3 C 27
 Neurologische Krankheiten 3 D 69
 Nichtversicherte 3 C 13
 Normalisierung 2 H 13
 Notrufsysteme 2 H 29
 Notwendigkeit der Leistung 1 B 3; 2 B 19
- Offene Hilfen 1 A 17
 Opferentschädigungsgesetz 2 B 32; 3 D 62; 3 H 15, 20, 42, 45
 Optimierung 2 A 5, 7
 Orthopädie
 – Orthopädieschuhmacher 2 I 9
 – Orthopädietechniker 2 I 9
 – Orthopädieverordnung 3 H 31

- Pädagogik 2 B 63
 Paradigmenwechsel 2 F 28; 2 H 1
 Partizipation, s.a. Behinderung 1 C 5
 Patientenschulungen 3 C 13, 57f.
 Pauschalbetragsabkommen 3 C 21
 Pauschalisierung von Leistungen
 3 G 24, 27; 3 H 35
 Personenbezogenes Budget,
 s.a. Budget 2 C 39
 Personensorgeberechtigte 2 I 2
 Persönliche Assistenz, s.a. Assistenz
 2 H 43
 Persönliche Entwicklung 2 B 15
 Persönliche Voraussetzungen 1 E 1;
 3 D 12
 Persönliches Budget, s.a. Budgetassis-
 tenz 1 B 7, 8, 11; 2 B 17, 37, 39, 55;
 2 C 20, 34ff.; 2 J 77; 3 A 12; 3 C 19;
 3 D 56; 3 E 15; 3 F 8; 3 G 4, 53, 87,
 93, 97
 Pflege 1 A 10, 18; 1 B 1; 2 H 14, 30,
 38, 43; 3 C 4, 7
 – Pflegebedürftigkeit 2 B 10, 43;
 2 H 8; 3 C 4, 7; 3 D 63; 3 G 45
 – Pflegefamilie 2 F 19
 – Pflegehilfsmittel 2 C 39
 – Pflegekasse 2 B 12, 39; 2 C 39;
 3 C 6
 – Pfleger (BGB) 2 I 2
 – Pflegeversicherung 1 B 1; 1 E 11;
 2 H 40; 3 D 49; 3 G 9
 – Pflegeversicherungsschutz 3 C 46f.
 – Pflegewissenschaft 2 B 63
 Pflichtbeiträge 3 D 19
 Pharmazeutisch-technische Assisten-
 ten 2 I 9
 Physiotherapeuten 2 I 9; 3 D 65
 Pluralistische Leistungserbringung,
 s.a. Trägervielfalt 1 B 11; 3 F 38
 Podologen 2 I 9
 Politische Teilhabe 2 H 13
 Prävention 1 A 22; 1 B 1; 2 A 6;
 2 B 2, 75, 80; 2 H 10; 3 C 4, 61;
 3 D 39, 55; 3 G 43, 45, 49, 69;
 3 H 28
 – Präventionsgesetz 1 A 22
 – Primärprävention 1 A 22; 1 B 1
 – Sekundärprävention 1 A 22; 1 B 1
 – Tertiärprävention 1 A 22
 Praktikum 2 F 39; 3 D 45
 Private Einrichtungen 2 C 24
 Private Krankenversicherung 1 E 12;
 2 A 14
 Private Unfallversicherung 1 E 12;
 2 A 14
 Privatrecht 1 C 11
 Prognoseentscheidung 1 A 5; 1 B 2,
 4; 2 A 21; 2 F 37; 3 D 15, 32
 Prozessfähigkeit 4 1
 Prozesstandschaft 2 I 12
 Prüfungsgebühren 3 B 32
 Psychische Störungen, s.a. seelische
 Behinderung 1 C 3
 Psychosoziale Maßnahmen 1 A 17;
 2 E 27; 3 D 65
 Psychologische Psychotherapeuten
 2 B 63; 2 I 9
 Psychotherapie 2 E 23; 3 D 47
 Qualität 3 G 102, 106
 – Qualitätsentwicklung 2 C 15
 – Qualitätsmanagement 2 A 3;
 2 C 15
 – Qualitätssicherung 2 B 80;
 2 C 15, 21, 28, 30, 53
 Quersubventionierung 1 D 51
 Rahmenempfehlungen 2 D 22; 3 C 2
 Rahmenvereinbarungen 2 C 31;
 2 D 22, 30; 2 H 46
 Rasse 2 B 53
 Rechtsanspruch 2 F 22f., 36; 3 E 13
 Rechtsschutz, vorläufiger 4 45ff.
 Rechtssicherheit 1 A 5
 Regelungsumfang 3 C 33, 41
 Regelwidriger Zustand, s.a. Behinde-
 rung 1 C 1–3
 Rehabilitation 1 A 2; 3 G 5, 10, 47
 – Ausland, s.a. Auslandsbehandlung
 1 D 21, 23, 25

- Bedarf, siehe auch Bedarf 3 C 9, 10, 19, 40, 59, 67
- Begriff 1 A 4; 3 C 3
- berufliche, s.a. berufliche Rehabilitation 1 A 11, 12; 2 F 13; 2 H 3, 21–24, 29, 34; 3 C 4; 3 G 12, 26, 66, 68, 72, 73
- Einrichtung 1 A 15; 3 E 20, 27
- Forschung 1 A 8; 2 B 63
- medizinische, s.a. medizinische Rehabilitation 1 A 7; 2 H 3, 21–24, 36, 38; 3 G 12, 26, 56–62, 65
- schulisch-pädagogische 2 F 20
- soziale, s.a. soziale Rehabilitation 1 A 16; 2 H 1, 3, 8, 12, 21–24, 29, 34, 38, 40, 45; 3 C 4; 3 G 12, 57, 74, 75, 77, 81, 82; 3 H 41
- Rehabilitationsangleichungsgesetz 1 A 23; 2 A 2; 3 D 10
- Rehabilitationsbedürftigkeit 1 A 1 ff.; 3 D 88
- Rehabilitationsberater 2 F 20
- Rehabilitationsfähigkeit 3 D 88
- Rehabilitationsleistungen (in der GKV) 3 C 3, 4, 32
 - ambulante 3 C 32 ff.
 - teilstationäre 3 C 33, 37
 - stationäre 3 C 37 ff.
- Rehabilitations-
 - plan, s.a. Hilfeplan 3 C 6
 - prognose, s.a. Prognoseentscheidung 3 C 32, 37, 65; 3 D 88
 - recht 1 A 2; 3 G 21, 45
 - sport 2 G 33 ff.; 2 H 46; 3 A 12; 3 C 50, 58; 3 G 59; 3 H 34
 - träger 2 E 4; 2 H 25, 27, 30; 2 J 16; 3 A 4; 3 G 21, 45
 - ziele 1 A 7,9 ; 2 E 15 ; 2 F 16 f.; 2 H 26
 - Richtlinien, s.a. Empfehlungen 2 C 1; 3 C 2
- Rehabilitation vor Rente 3 D 5, 82
- Reisekosten 2 G 36 ff.; 3 A 12; 3 B 27 ff, 35; 3 C 14, 53; 3 D 39; 3 E 34; 3 H 39

- Reisevertragsrecht 1 C 11
- Religion 2 B 52
- Rente
 - Rentenanpassungsgesetz 3 D 9
 - Rentenanwartschaften 3 D 2
 - Rentenleistungen 3 D 2, 74
 - Rentenversicherung, s.a. Gesetzliche Rentenversicherung 1 E 1; 2 J 30; 3 C 9
 - Rentenversicherungsschutz 3 C 46 f.
 - Rentenversicherungsträger 2 B 5, 29, 69, 78
 - Rente, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 3 D 78
- Restitutio ad integrum 3 D 24
- Restitutio ad optimum 3 D 24
- Rettungsassistenten 2 I 9
- Richtlinien der Rehabilitation, s.a. Empfehlungen 2 A 15
- Risikostrukturausgleich 2 B 12

- Sachleistungen 2 E 44; 2 F 18, 23
 - Sachleistungsprinzip 3 C 19; 3 D 56, 91; 3 E 15
 - Sachleistung als Geldleistung 2 B 55
- Sachverständiger 2 B 59–61; 2 C 36; 4 38 ff.
 - Auswahl 4 39
 - Ablehnung 4 41
 - Befragung des Sachverständigen im Termin 4 40
 - Gutachten 4 38
 - nach § 109 SGG 4 39
- Säulen der Rehabilitation 2 F 18
- Sanktionen nach SGB II 3 A 7
- Satzungsrecht 3 C 2, 47
- Schädigendes Ereignis 3 H 17
- Schiedsstellen 3 G 107
- Schiedsverfahren (SGB IX) 2 C 33
- Schnittstellenproblematik 2 D 12
- Schreibmaschine 2 H 29
- Schulbildung 1 A 19, 20; 2 H 35; 2 I 6; 3 E 32; 3 F 34; 3 G 16, 79, 82

- Schutzauftrag der Verfassung, s.a. Verfassung/Grundrechte 1 C 5
- Schutzpflicht des Staates 1 C 13, 14; 3 E 2; 3 G 14
- Schwangerschaft und Mutterschaft 3 D 66
- Schwerbehinderte 1 C 1, 4; 2 A 13, 28
- Schwerbehindertengesetz 1 A 23
 - Schwerbehindertenrecht 1 A 3, 13; 2 A 2, 3, 18
 - Schwerbeschädigtengesetz 1 A 23
 - Schwerstbehindertengruppen 2 J 11
 - schwerstmehrfachbehinderte Personen 1 A 18
- Sechs-Monats-Grenze, s.a. Behinderung 1 C 3; 2 A 21
- Seelische Behinderung 2 A 20; 3 F 7, 16, 19
- Kinder und Jugendliche 1 E 9; 3 F 15
- Sehbehinderte 2 H 29, 39; 3 G 38
- Sektions- und Präparationsassistenten 2 I 9
- Sekundärprävention, s. Prävention
- Selbstbeschaffung von Leistungen 1 E 4; 2 B 59, 74; 3 F 39; 3 G 96
- Selbstbestimmung des behinderten Menschen 1 B 7; 2 A 2, 7, 19; 2 B 16, 46; 2 C 35; 3 F 8; 3 G 23
- Selbsthilfe 2 B 17, 79; 2 C 9; 2 E 38, 40; 2 H 7, 28
- Gemeinsame Empfehlung Förderung der Selbsthilfe 2 E 39
 - Fördervoraussetzungen 2 E 41
 - Institutionelle Förderung Selbsthilfe 2 E 40
 - Selbsthilfegruppen 2 E 42; 3 C 61
 - Selbsthilfeorganisation 2 E 42
 - Selbsthilfekontaktstellen 2 E 42
 - Selbsthilfepotenziale 1 A 5
- Selbstschädigung 3 H 17
- Selbstständige Tätigkeit 3 A 9
- Selbstverantwortung, s. Eigenverantwortlichkeit
- Selbstverwaltungsgarantie 3 C 2
- Servicestellen 2 B 12, 39, 76; 2 C 47; 2 D 13, 21 f.; 2 I 2, 4, 11
- Sexualität 2 H 37
- Sexuelle Identität 2 B 54
- Sicherstellungsauftrag für Gemeinsame Servicestellen 2 D 21
- Strukturprinzipien der Jugendhilfe 3 F 8
- Sofortrehabilitation 3 D 69
- Soldatenversorgungsgesetz 3 D 62
- Solidarprinzip 3 D 3
- Sonderpädagogik 1 A 20; 2 B 63
- Sonderkindergarten 1 A 20
 - Sonderpädagogische Förderzentren 1 A 20
 - Sonderpädagogischer Förderungsbedarf 2 A 12
 - Sonderschule 1 A 20; 1 C 6
- Sozialarbeiter/Sozialpädagogen 2 I 6, 7
- Sozialdatenschutz 2 D 25
- Soziale Entschädigung 1 E 7; 2 H 19
- Soziale Kontakte 2 H 13
- Soziale Rechte 1 B 2, 5; 1 C 13; 2 A 5
- Soziales Entschädigungsrecht 3 D 61; 3 H 14 ff.
- Personenkreis 3 H 26
- Sozialgerichtliches Verfahren 3 D 87; 4 34 ff.
- Sozialhilfe 1 E 8; 2 H 4, 17, 37, 41; 3 G 10, 12, 46, 59
- Sozialhilfeträger 2 B 35, 78, 79; 2 C 17; 2 I 11; 2 J 45; 3 G 51
- Sozialmedizin 1 A 7; 2 B 63
- Sozialpädiatrische Leistungen 3 C 61
- Sozialpädiatrische Zentren 1 A 19
- Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch, s.a. Herstellungsanspruch 2 D 20; 4 13
- Sozialstaat 1 C 16; 2 A 8
- Sozialversicherung 2 J 70
- Sozialversicherungsabkommen 3 C 21, 22
- europäisches 1 D 81

- Sozialversicherungsbeiträge 2 G 31f.
 Sozialversicherungsschutz (während der Rehabilitation) 3 C 46f.
 Soziotherapie 2 C 39
 Sparsamkeit, s.a. Haushalt 3 E 4
 Spezialeinrichtungen 3 D 81
 Spitzenverbände
 – Einrichtungen 2 B 79; 2 C 8; 2 I 14
 – kommunale 2 B 79; 2 I 14
 – Rehabilitationsträger 2 B 78; 2 C 18, 31
 – Spitzenverband, Bund der Krankenkassen 3 C 2
 Sprachbehinderte 2 H 39
 Sprach- und Beschäftigungstherapie 2 E 22
 Sprachtherapie 3 D 65
 Stand der Wissenschaft 2 B 19
 Stationäre Versorgung
 – Einrichtungen 2 H 41, 43
 – Leistungen 1 A 8; 1 B 8, 12; 1 C 18; 2 C 14, 20; 3 G 3, 84
 – Dauer 3 D 31
 Statistische Daten 3 D 32
 Steigerungsbetrag 2 J 63
 Stoffwechselkrankheiten 3 D 69
 Strafrechtliches Rehabilitationsgesetz 3 H 15, 22, 42
 Strafvollzug 3 D 59, 62, 79
 Stufenweise Wiedereingliederung 1 A 12, 14; 2 A 3; 2 H 7
 Subsidiarität, s.a. Nachrang 3 C 9, 11, 61
 Subvention, s.a. Förderung 1 D 42
 Suchtbehandlung 1 E 2
 Suchterkrankungen 3 D 15, 32, 71
- Tagesförderstätten 2 J 11
 Tages- und Nachtpflege 2 C 39
 Tagesstrukturierende Angebote 1 A 18
 Taschengeld 3 D 51
 TBC-Erkrankungen 3 D 9
 Technische Assistenten in der Medizin 2 I 9
- Technologiedefizit 1 A 14
 Teilarbeitslosigkeit 2 G 27
 Teilbudget, s.a. Persönliches Budget 2 C 50
 Teilförderung 3 E 33
 Teilhabe 1 A 3, 11; 1 B 1; 1 C 4, 5; 2 A 3, 7, 8, 19, 23; 3 G 15
 – am Arbeitsleben 2 B 14; 2 E 27, 44; 2 F 10 ff., 22 ff.; 3 D 3, 21, 34; 3 E 28 3 G 45, 67, 71
 – am Arbeitsleben, Leistungskatalog 2 F 30
 – am Leben in der Gesellschaft 2 B 15; 2 H 1; 3 E 38; 3 G 45, 47, 82
 Teilhabebeeinträchtigung, s.a. Behinderung 1 C 4; 2 A 14, 18, 23, 26; 3 F 22
 Teilhabegeld 3 G 4
 Teilhabeplan, s.a. Hilfeplan 2 B 65, 67, 80; 3 A 5
 Teilleistungsstörung 1 A 21; 3 F 13; 3 G 32, 33
 Teilnahmekosten 3 A 12; 3 B 56, 71 ff.
 Teilnahmeverhinderung 2 G 30
 Teilstationäre Leistung 1 B 12; 2 C 14; 2 C 20
 Teilzeitmaßnahmen 2 B 50
 Telefon 2 H 42
 Territorialitätsprinzip 1 D 11; 3 G 109
 Tertiärprävention, s. Prävention
 Therapieunfähigkeit 3 D 47
 Träger der öffentlichen Jugendhilfe 3 F 3
 Trägerübergreifende Zusammenarbeit 2 H 44
 Trägervielfalt, s.a. pluralistische Leistungserbringung 1 B 11
 Trainingsmaßnahme 3 A 11; 3 B 32 ff.
 Trennungskostenbeihilfe 3 B 35
 Tuberkulosehilfe 1 A 23
- Übergangsgeld 2 G 23 ff.; 3 B 56, 64 ff.; 3 D 44; 3 E 36
 – Berechnungsgrundlage 3 D 49

- Übergangsh Heim, sozialtherapeutisches 3 D 33
- Übergangshilfen 3 A 12; 3 B 35
- Übernachungskosten 3 C 14
- Umschulung 2 F 16; 3 B 51ff.; 3 E 31
- Umzug 2 H 40
- Umzugskostenbeihilfe 3 B 35 f
- Unbestimmter Rechtsbegriff 1 B 2;
2 A 5; 3 F 24
- Unfall
- Unfallfolgen 3 D 69
 - Unfallkassen 2 B 27; 3 E 11
 - Unfallkliniken 3 E 19
 - Unfallversicherung, s.a. Gesetzliche Unfallversicherung 1 E 6;
2 J 30, 45; 3 C 9; 3 E 2
 - echte 3 E 6
 - unechte 3 E 6
 - Träger 2 B 27, 78; 2 C 39; 3 E 11
- Unterbringungskosten 2 G 42 ff.;
3 A 12; 3 B 51f.
- Unterhaltsbeihilfe 2 G 23
- Unterhaltsichernde Leistungen 2 C
38; 3 A 9; 3 E 36
- Unterhaltung, soziale Reha 2 H 42
- Unternehmensbegriff, europarechtlicher 1 D 40, 56
- Unternehmerhaftung 3 E 2
- Unterstützung
- durch Gemeinsame Servicestelle 2 D 16
 - Sozialhilfe 3 G 89
- Unterrichtung über das Zeitgeschehen, soziale Reha 2 H 42
- Untersuchungsgrundsatz, s.a. Amtsermittlungspflicht
- im Verwaltungsverfahren 4 14 f.
 - im Sozialgerichtsverfahren 4 34
- Ursachenzusammenhang, s.a. Kausalität 3 H 24
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) 3 D 69
- Verbände behinderter Menschen 2 B 79; 2 C 9; 2 I 12
- Verbandmittelversorgung 3 E 24
- Verbandsklage 2 C 13; 2 I 12; 4 52
- Verbrechensopfer 2 B 32
- Verdienstausfall 3 C 14, 53
- Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen 1 E 3
- Verfassung, s.a. Grundrecht/Schutzauftrag/Existenzminimum
- leistungrechtliche Dimension 1 C 14
 - Verfassungsrecht auf Gesundheit 1 C 11
 - Verfassungsrecht auf Rehabilitation 1 C 13
- Vergaberecht, s.a. Auftragsmaßnahme 1 C 18; 1 D 65; 2 C 21, 26; 3 A 14
- Verkehrstraining 2 H 37
- Verlängerung der Maßnahme 3 C 41,
62, 67
- Verletztengeld 3 D 46; 3 E 36, 37
- Verletzungsartenverfahren 3 E 18
- Vermittlung 3 A 11
- Verordnung, ärztliche 3 C 64 ff.
- Verschlimmerung 3 H 16
- Verschrenkleibesübungen 3 H 28, 34
- Versicherung
- Versicherter (Begriff) 3 C 13
 - Versicherungsfälle 3 E 7
 - Versicherungsprinzip 1 C 15
 - Versicherungsrechtliche Voraussetzungen 1 E 1; 3 D 16
 - Versicherungsvertragsgesetz 1 E 12
 - Versicherungszeiten 3 D 16
- Versorgung, beamtenrechtliche 3 D 59, 76
- Versorgungsamt 2 B 31; 3 D 62;
3 H 44
- Versorgungsbezüge wegen Alters 3 D 59
- Versorgungsanwartschaft 3 D 75
- Versorgungskrankengeld 3 D 46;
3 H 36
- Versorgungsleistungen, betriebliche 3 D 77

- Versorgungsvertrag, s.a. Leistungserbringungsrecht 1 C 18; 3 C 16 ff., 27
- Verständigung 2 H 39
- Vertragsärzte 2 B 43; 2 C 38; 2 I 5
- Vertragsfreiheit 2 C 25
- Vertreter, Verfahren 4 1 ff.
- Verursacherprinzip 1 B 9
- Verwaltungsakt 4 23 f.
- Aufhebung 4 26
 - Aufhebung bei Änderung der Verhältnisse 4 30
 - Bestandskraft 4 26
 - Besonderheiten im Schwerbehindertenrecht 4 27
 - Ermessen, s.a. Ermessen 4 29
 - Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen 4 33
- Verwaltungsrechtliches Rehabilitationsgesetz 3 H 15, 22, 42
- Verwaltungsverfahren 4 1 ff.; 3 H 43
- Verzahnung 2 F 19 f.
- Vier-Jahres-Frist (Wiederholungsleistungen) 3 D 80
- Vollstationäre Pflege 2 C 39
- Vorbehalt, berufliche Reha 2 F 22
- Vorbeschäftigungszeit 2 G 24
- Vorerkrankung 3 C 22
- Vorläufige Leistungserbringung nach SGB XI 1 E 11
- Vorläufiger Rechtsschutz 4 45
- Vorleistungspflicht 1 E 5; 2 B 73; 2 C 50
- Vorlesekraft 2 F 35
- Vormund 2 I 2
- Vorrang 2 F 18; 2 G 22; 3 H 27
- „ambulant vor stationär“ 1 B 12; 3 G 93, 99
 - abweichender Regelungen 3 F 8
 - der Jugendhilfe 3 F 9,10
 - der Schule 3 F 13
 - von Leistungen zur Teilhabe 2 A 3; 3 B 16 ff.
 - von Prävention 1 B 1; 3 G 93
- von Rehabilitation 1 B 1; 2 B 13, 42–45
 - von Teilhabeleistungen 2 A 7
- Vorruhestandsleistungen 3 D 76
- Vorsorgebedürftigkeit 3 C 61
- Vorsorgeleistungen 3 C 26, 61
- Vorzeitige Wiederholung 3 C 41, 62
- Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz 3 D 9
- Wahlrecht des Versicherten 3 C 24, 68
- Wahrscheinlichkeitsmaßstab, Behinderung 2 A 26
- Wartelisten 1 D 38
- Wartezeiten 3 D 16, 19
- Wegeunfall 3 E 9
- Wehrdienstbeschädigung 2 B 32; 3 H 18
- Weiterbildung 3 A 11–13; 3 B 51 ff.; 3 D 39, 79
- Weiterleitung 2 B 69; 3 D 60
- Weltanschauung 2 B 52
- Weltgesundheitsorganisation 1 A 4; 1 C 1, 5; 2 A 14, 15
- Werkstatt für behinderte Menschen 1 A 12, 18; 2 B 14; 2 C 27, 37; 2 F 16; 2 J 2; 2 H 37; 3 A 12; 3 B 4 f., 7; 3 D 39; 3 G 3, 70, 71; 3 H 38
- Aufbaukurs 2 J 33
 - Arbeitsbereich 2 J 38
 - Arbeitsleistung 2 J 7, 9
 - Außenarbeitsplätze 2 J 55
 - Berufsbildungsbereich 2 J 29, 46; 3 A 12
 - Eingangsverfahren 2 J 18, 22, 46; 3 A 12
 - Eingliederungsplan 2 J 24
 - Finanzierung 2 J 79
 - Fördergruppen 2 J 11
 - Kündigung 2 J 49, 58
 - Mitwirkungspflicht 2 J 64
 - Werkstätten-Mitwirkungsverordnung 2 J 2, 64
 - Werkstättenverordnung 2 J 2

- Werkstattträge 2 J 64
- Werkstattträger 2 J 6
- Werkstattvertrag 2 J 59
- Wettbewerb 1 B 2; 1 C 18; 2 B 4
- Wettbewerbsrecht 2 C 4, 27
- europäisches 1 D 39, 62
- Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG)
3 G 106
- WHO, s. Weltgesundheitsorganisation

- Widerruf (Budget) 2 C 55
- Wiedereingliederung 2 F 16, 2 G 30
- Wiedereingliederung, stufenweise
2 E 32, 36, 37; 2 G 30
- Wiederholungsleistungen (Vier-Jahres-
Frist) 3 D 80
- Wirksamkeit 2 B 4, 46; 2 C 20
- Wirtschaftlichkeit 1 B 2; 2 B 4, 19, 48;
2 C 20, 29; 2 E 48; 2 F 23, 37, 40;
3 C 27, 28, 37; 3 D 32, 86; 3 E 4
- als Haushaltsdirektive, s.a. Haushalt
1 B 5
- Wohlfahrtsverbände 2 B 79; 2 C 9;
2 I 13
- Wohnhilfen 2 H 13, 37, 40; 3 G 3, 76,
97; 3 E 28, 40
- Wohnlandprinzip 1 D 12
- Wohnortnah 2 F 26
- Wohnortnahe Einrichtung 3 C 16, 34
- Wohnung, behindertengerechte
3 D 39
- Wunschrecht 1 B 3, 4, 7, 11; 1 C 17;
2 A 3, 7, 10; 2 B 17, 47, 48; 2 C 20;
2 F 23, 37; 2 H 45; 3 D 37, 90;
3 F 38; 3 G 27, 93, 94, 111

- Zahnärzte 2 I 9
- Zahnärztliche Behandlung 3 D 26, 64;
3 E 23
- Zahnersatz 3 H 33, 44
- Zahntechniker 2 I 9
- Zertifizierung 2 C 18, 27; 3 C 16, 39
- Ziele des SGB IX 2 A 7
- Zielkatalog 2 E 16, 18
- Zielvereinbarung 2 C 35, 52 ff.
- Zivildienstgesetz 2 B 32; 3 D 62;
3 H 15, 23, 42
- Zügigkeit 2 B 58, 80
- Zumutbarkeit 3 G 100
- Zusammenarbeit der Leistungsträger,
s. Koordination der Leistungen
- Zusammenwirken der Leistungen
2 F 21
- Zuschüsse 2 F 50 ff.; 3 H 31, 47
- Zuständigkeit 2 E 7, 8; 3 E 12;
3 H 44; 4 7
- Zuständigkeitsklärung 1 E 4; 2 A 3;
2 B 38, 68, 70, 73, 80; 2 C 48;
3 C 12, 19; 4 9
- Zuständigkeitswechsel 4 8
- Zuständigkeit, vorrangige 3 D 61
- Zustimmung des Versicherten 3 C 24
- Zuzahlungen 3 C 29, 61; 3 D 57;
3 E 21; 3 H 28 f., 33
- Zwangsmitgliedschaft 1 C 16
- Zweckbindung der Leistungen 3 G 44
- Zweckmäßigkeit, arbeitsmarktliche
1 C 17
- Zweckmäßigkeitsskontrolle 3 C 25, 28

▼ Dieses Werk erklärt die Strukturprinzipien des Rehabilitationsrechts, kommentiert die Vorschriften des SGB IX, erörtert die spezialgesetzlichen Ausformungen des Rehabilitationsrechts innerhalb der anderen Bücher des SGB, beschäftigt sich mit seinen europa- und verfassungsrechtlichen Bezügen und erläutert die Bedeutung des Rehabilitationsrechts im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren. Das namhafte Autorenteam steht für Qualität und höchste Fachkompetenz:

Renate Bieritz-Harder	Dagmar Oppermann
Johannes Falterbaum	Rainer Schlegel
Stephan Gutzler	Wolfgang Schütte
Ernst-Wilhelm Luthe	Peter Trenk-Hinterberger
Bernd Marschang	Peter Udsching
Peter Masuch	Felix Welti
Wolfgang Nofzt	Reinhard Wiesner

Leseprobe, mehr zum Buch unter ESV.info/978-3-503-11230-2



9 783503 112302 € (D) 86,00

www.ESV.info