

Academia Iuris

Gesundheitsrecht

Eine systematische Einführung

von

Prof. Dr. Gerhard Igl, Prof. Dr. Felix Welti, Prof. Dr. Andreas Hoyer, Prof. Dr. Mathias Nebendahl, Prof. Dr. Frank L. Schäfer, Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig

2. Auflage

Verlag Franz Vahlen München 2014

Verlag Franz Vahlen im Internet:

www.vahlen.de

ISBN 978 3 8006 4817 7

Zu [Inhalts-](#) und [Sachverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei beck-shop.de DIE FACHBUCHHANDLUNG

Mit den Pflegesätzen sind alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (allgemeine Pflegeleistungen) abgegolten.¹⁴⁰ Für die **allgemeinen Pflegeleistungen** dürfen, soweit nichts anderes bestimmt ist, ausschließlich die nach den §§ 85 oder 86 SGB XI vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze berechnet werden, ohne Rücksicht darauf, wer zu ihrer Zahlung verpflichtet ist (§ 84 IV SGB XI). 482

2. Bemessungsgrundsätze der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung

Obwohl die **Unterkunfts- und Verpflegungsleistungen des Pflegeheims** nicht von den Pflegekassen getragen werden, sondern vom Pflegebedürftigen selbst (§ 82 I 3 SGB XI) oder ggf. vom Sozialhilfeträger, vereinbaren die Pflegekassen, die sonstigen Sozialleistungsträger und die Sozialhilfeträger mit dem Träger des Pflegeheims die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 S. 1 SGB XI). 483

Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Sie müssen weiter – wie die Pflegesätze – nach **einheitlichen Grundsätzen für alle Heimbewohner und ohne Differenzierung nach den Kostenträgern** bemessen werden. Die Vereinbarung von Zusatzleistungen bleibt möglich (§ 87 S. 3 Hs. 2 SGB XI). 484

3. Zusatzleistungen

Zusatzleistungen (Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung; zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen) dürfen im Pflegeheim nur unter engen Voraussetzungen vereinbart werden (§ 88 SGB XI). So ist unter anderem eine detaillierte Leistungs- und Entgeltbeschreibung sowie eine schriftliche Mitteilung an die Sozialleistungsträger erforderlich (§ 88 II SGB XI). 485

V. Vergütungen der ambulanten Pflegeleistungen

Für die Bemessung der Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung stehen als Instrumente die **Vergütungsregelung** (§ 89 SGB XI) und die **Gebührenordnung** (§ 90 SGB XI) zur Verfügung. 486

1. Vergütungsregelung

Die Vergütungsregelung für ambulante Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung orientiert sich in den wesentlichen Punkten an den Pflegesätzen für die stationären Leistungen. 487

Vertragspartner sind der Träger des Pflegedienstes und die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger sowie der für den Sitz des Pflegedienstes nach Landesrecht zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe, soweit auf den jeweiligen Kostenträger im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als 5 % der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen (§ 89 I 1, II SGB XI). 488

¹⁴⁰ Übersicht über die Pflegesätze im Vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, BT-Drs. 16/7772, Anlage 5, 130; auch → Rn. 477.

- 489 Die Vergütung wird für alle Pflegebedürftigen nach **einheitlichen Grundsätzen** vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Für die Findung der Vergütung gelten die gleichen Grundsätze wie bei den Vergütungen für stationäre Pflegeleistungen.¹⁴¹ Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine **Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig** (§ 89 I SGB XI).
- 490 Für die Vergütungen liefert das Gesetz **Gestaltungsgrundsätze** (§ 89 III 1 und 2 SGB XI), nach denen diese je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden können. Sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. Bisher sind hier Vergütungen nach **Komplexleistungen** vereinbart worden. Weder die Pflegekassen noch die Pflegedienste können einseitig bestimmen, nach welchem Vergütungsmodell ambulante Pflegeleistungen abzurechnen sind. Bei fehlender Einigung hat die Schiedsstelle hierüber zu entscheiden.¹⁴²

2. Gebührenordnung

- 491 Von der Möglichkeit der Aufstellung einer Gebührenordnung für die ambulanten Pflegeleistungen und die hauswirtschaftliche Versorgung ist bisher noch nicht Gebrauch gemacht worden (§ 90 SGB XI).

VI. Festsetzung der Vergütung durch die Schiedsstelle

- 492 Eine der der Schiedsstelle nach § 76 I 2 SGB XI gesetzlich zugewiesenen Aufgaben besteht in der Festsetzung der Pflegesätze bzw. der Vergütung der ambulanten Leistungen (§§ 85 V, 89 III 4 SGB XI). Die Schiedsstelle wird im Falle des Scheiterns der Verhandlungen über eine Vereinbarung auf Antrag einer Vertragspartei tätig. Ihre Festsetzung wird unmittelbar verbindlich (§ 89 VI 1 SGB XI) und kann vor dem Sozialgericht als Verwaltungsakt angefochten werden (§ 89 V 3 SGB XI).¹⁴³

VII. Kostenerstattung statt Vereinbarung einer Vergütung

- 493 Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren (§ 91 I SGB XI). Den Pflegebedürftigen werden die Kosten erstattet bis zu 80 % des Betrages, den die Pflegekasse für den einzelnen Pflegebedürftigen nach dem Leistungsrecht des SGB XI zu leisten hat (§ 91 II 1 SGB XI).
- 494 Die Kostenerstattungsmöglichkeit gilt auch für **private pflegepflichtversicherte Personen** (§ 91 III SGB XI). Bei Wahl der Kostenerstattung ist dem **Träger der Sozialhilfe eine weitere Kostenerstattung untersagt** (§ 91 II 2 SGB XI).

141 BSGE 105, 126. S. oben § 21 IV. 1. (→ Rn. 477 ff.).

142 BSG SozR 4–3300 § 89 Nr 1.

143 S. hierzu auch unten § 39 D. (→ Rn. 851 ff.).

K. Beendigung der Marktteilnahme

Die **ordnungsrechtliche Beendigung** der Marktteilnahme bestand nach den bisherigen Vorschriften des **HeimG** in der Betriebsuntersagung (§ 19 HeimG). Die Untersagung existiert in der Form des gebundenen Verwaltungshandelns bei Nichterfüllung der Anforderungen an den Heimbetrieb (§ 19 I iVm § 11 HeimG) und als Ermessensentscheidung insbesondere bei Nichtbefolgen von Anordnungen (§ 19 II HeimG).¹⁴⁴ In den **Nachfolgesetzen der Länder zum HeimG** finden sich ähnliche Vorschriften. 495

Die Beendigung der Marktteilnahme aufgrund **leistungserbringungsrechtlicher Vorschriften des SGB XI** vollzieht sich durch **Kündigung des Versorgungsvertrages** (§ 74 SGB XI). Ein besonderes Kündigungsrecht besteht bei Qualitätsmängeln (§ 115 II 2 SGB XI). Eine vorläufige Beendigung der Marktteilnahme ist möglich bei schwerwiegenden Mängeln in der **ambulanten Pflege** durch **vorläufige Untersagung der weiteren Betreuung** und die Vermittlung eines anderen geeigneten Pflegedienstes (§ 115 V SGB XI). 496

Die Kündigung des Versorgungsvertrages ist als **fristgebundene und als fristlose Kündigung** ausgestaltet (§ 74 I und II SGB XI). In beiden Fällen ist die Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen in deren Ermessen gestellt. 497

Die an eine **Frist von einem Jahr gebundene Kündigung** ist gesetzlich am **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** orientiert. So sollen, bevor zur Kündigung geschritten wird, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ergriffen werden (§ 74 I 3 Nr. 2 SGB XI). Auch kann die Versorgung weiterer Pflegebedürftiger bis zur Beseitigung der in § 74 I 1 SGB XI aufgeführten Kündigungsgründe vorläufig ausgeschlossen werden (§ 74 I 3 Nr. 2 SGB XI). Damit besteht ein Regel-Ausnahme-Verhältnis von Mangelbeseitigung und Kündigung.¹⁴⁵ 498

Die **fristlose Kündigung** durch den Landesverband der Pflegekassen setzt eine besonders gröbliche Verletzung der gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen voraus (§ 74 II SGB XI). Sie ist auch möglich, wenn dem Einrichtungsträger die heimrechtliche Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb des Heimes untersagt worden ist (§ 74 II 3 SGB XI). 499

Für den **Rechtsschutz** gegen eine Kündigung wird auf den Rechtsweg zu den Sozialgerichten verwiesen (§ 74 III SGB XI). Der Gesetzgeber sieht damit die **Kündigung als belastenden Verwaltungsakt**¹⁴⁶ an, dem mit der Anfechtungsklage begegnet werden kann.¹⁴⁷ Verwaltungsverfahrenlich ist bei einem belastenden Verwaltungsakt eine Anhörung erforderlich (§ 24 I SGB X). 500

L. Nutzerstellung

Das die Pflegeeinrichtungen betreffende Ordnungs- und Sozialleistungserbringungsrecht enthält eine Reihe von Vorschriften, die sich auf die Nutzerstellung von pflege- 501

¹⁴⁴ S. hierzu im Einzelnen die Kommentierung in Dahlem/Giese/Igl/Giese, Heimrecht des Bundes und der Länder, 2014, Bd. I, § 19 HeimG.

¹⁴⁵ Udsching/Schütze § 74 Rn. 3.

¹⁴⁶ Udsching/Schütze § 74 Rn. 12.

¹⁴⁷ BSGE 101, 6.

bedürftigen Menschen und ihren Angehörigen beziehen.¹⁴⁸ Im Folgenden soll nur auf diese speziell auf Pflegeeinrichtungen bezogenen Vorschriften zur Nutzerstellung eingegangen werden.¹⁴⁹

- 502 Die **ordnungsrechtlichen und sonstigen Vorschriften des früheren HeimG** und jetzt der **Nachfolgesetze der Länder** sind insgesamt darauf ausgerichtet, die Stellung des Heimbewohners zu schützen und zu stärken.¹⁵⁰ Heimbewohner genießen **Beratungsrechte** (§ 4 Nr. 2 HeimG). Ihre **Mitwirkung in Heimangelegenheiten** ist gewährleistet (§ 10 HeimG)¹⁵¹. Auch die durch das **Wohn- und Betreuungsvertrags-gesetz (WBVG)**¹⁵² abgelösten Vorschriften zum früher im HeimG geregelten Heimvertrag (§§ 5–9 HeimG) dienen insbesondere in Hinblick auf die Leistungsgestaltung, die Entgelterhöhung und die Kündigungsmöglichkeiten dem besonderen Schutz von Bewohnern. Die **finanziellen Interessen** der Heimbewohner werden jetzt auch im WBVG (§ 14) geschützt.¹⁵³
- 503 Im **SGB XI** sind die besonders auf die Nutzerstellung bezogenen Vorschriften neben den Hinweispflichten in § 91 I und IV SGB XI bei der Kostenerstattung vor allem im Zusammenhang mit der **Qualitätssicherung** zu finden. Zwar hat das gesamte Recht der Qualitätsanforderungen den Nutzerschutz im Auge. Es ragen jedoch einige Vorschriften heraus, die die Position des Nutzers und seine **Funktion als Marktteilnehmer** besonders stärken sollen. Zur validen Marktteilnahme gehört als erstes der Abbau von Informationsasymmetrien. Hierzu dient die **Leistungs- und Preisvergleichsliste**, die dem Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse zur Verfügung zu stellen ist, und die dazu dient, einen Überblick über den Pflegemarkt im Einzugsbereich der Pflegekasse zu erhalten (§ 7 III SGB XI).
- 504 Der Verbesserung der Marktübersicht dient auch die **Veröffentlichung im Internet der von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität** (»**Pflege-noten**«) (§ 115 Ia 1 SGB XI). Die Veröffentlichung basiert auf den Ergebnissen der Qualitätsprüfung des MDK (§ 115a Ia 2 SGB XI). Für die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik existieren Vereinbarungen, die zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zustande gekommen sind (»**Transparenzvereinbarungen**«) (§ 115 Ia 6 SGB XI). Bei Nichteinigung über den Abschluss einer Vereinbarung kann die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI angerufen werden (§ 115 Ia 10 SGB XI). Seit der Veröffentlichung von Pflegenoten im Internet sind zahlreiche Pflegeeinrichtungen vor

148 S. hierzu Igl/Igl, Verbraucherschutz im Sozialrecht, 2011, 93.

149 Insgesamt zur Nutzerstellung s. § 36, B. (→ Rn. 799ff.).

150 S. die in § 2 I Nr. 1–6 HeimG aufgeführten Schutzzwecke; ähnlich die Nachfolgesetze der Länder.

151 Dazu die Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebes (Heimmitwirkungsverordnung – HeimmwV) v. 19.7.1976 idF der Bek. v. 25.7.2002, BGBl. I S. 2896.

152 Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG) v. 29.7.2009, BGBl. I S. 2319.

153 S. die frühere Verordnung über die Pflichten der Träger von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen für Volljährige im Fall der Entgegennahme von Leistungen zum Zweck der Unterbringung eines Bewohners oder Bewerbers (HeimsicherungsV) v. 24.4.1978, BGBl. I S. 553.

allem im Wege vorläufigen Rechtsschutzes gegen die Veröffentlichung vorgegangen.¹⁵⁴ Die entsprechenden Entscheidungen machen deutlich, dass bei hoheitlichen Eingriffen in das Marktgeschehen, auch wenn es sich nur um Informationen über Dienstleistungen von Marktteilnehmern handelt, regelmäßig die Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 I GG) der Einrichtungsträger betroffen sein kann. Deshalb sind hier besondere Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs und an die Rechtsschutzmöglichkeiten zu stellen.¹⁵⁵

Der Wahrung und Sicherung der Rechte von Nutzern von Pflegeeinrichtungen dient auch die 2005 vorgelegte **Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**.¹⁵⁶ Diese stellt zwar keine Rechtsquelle dar, sondern führt gegebene Rechte systematisch geordnet auf. Sie kann aber hilfreich für die Wahrnehmung und Durchsetzung von Rechten pflegebedürftiger Menschen sein. 505

§ 22 Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation und Teilhabe sowie der Prävention

Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation und Teilhabe sowie solche der Prävention unterliegen **keiner kohärenten rechtlichen Regulierung**. Dies gilt für öffentlich-rechtliche Aufsichtsnormen ebenso wie für sozialrechtliches Leistungserbringungsrecht. Der Bund hat nur punktuelle Kompetenzen, vor allem über das Sozialrecht. Hier ist spezifisches Leistungserbringungsrecht der Rehabilitation und Prävention knapp geregelt. Die Länder könnten – so wie für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen – auch für diese Bereiche eigene Gesetze zu Aufsicht, Planung und Förderung erlassen, haben jedoch von dieser Möglichkeit bisher keinen Gebrauch gemacht. Die Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst erfassen nur den kleinen Teil von Leistungen, die Länder und Kommunen selbst erbringen, nicht oder nur punktuell die Dienste und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfe und privater Unternehmen. 506

A. Allgemeines zu Diensten und Einrichtungen der Rehabilitation und Teilhabe

Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation und Teilhabe sind verbunden durch den Zweck, **Leistungen zur Teilhabe** zu erbringen, mit denen Behinderung verhindert, aufgehoben, gemildert oder ausgeglichen wird. Damit unterscheiden sie sich nach dem Ziel und entsprechend auch den Mitteln von Einrichtungen der Krankenbehandlung, deren Ziel die Heilung und Linderung von Krankheiten ist. Je nachdem, wie stark die Leistung auf die Funktionseinschränkung oder mehr auf die individuellen oder gesellschaftlichen Kontextfaktoren ausgerichtet ist, erfordert sie mehr oder weniger starke 507

¹⁵⁴ S. hierzu *Hoffer* PflR 2010, 223.

¹⁵⁵ Hierzu *Bachem* PflR 2009, 214; *Klie* PflR 2010, 351, *Igl* RsDE 2011 (Heft 73), 47. S. jetzt auch das unter dem Gesichtspunkt des Grundrechtsschutzes aus Art. 12 I GG nicht unbedenkliche erste Urteil des BSG Urt. v. 16.5.2013 – B 3 P 5/12 R, PflR 2013, 758. Zu diesem Urteil krit. *Klie/Theda* PflR 2014, 3 (9f.), 71.

¹⁵⁶ *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Bundesministerium für Gesundheit* (Hrsg.), *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*, 10. Aufl., Stand: Oktober 2010.

medizinische, pflegerische, psychologische, pädagogische oder technische Anteile. Oft sind Leistungen zur Teilhabe multimodal und interdisziplinär ausgerichtet (vgl. § 26 II und III SGB IX) und erfordern entsprechend ausgestattete und ausgerichtete Dienste und Einrichtungen. Die Bandbreite geht von ärztlich geleiteten und geprägten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation über pädagogisch geleitete und geprägte Heime oder Werkstätten bis hin zu Assistenzdiensten, die bewusst und im Interesse ihrer Nutzer auf professionelle Fachlichkeit zugunsten Gunsten einer Orientierung am Selbstbestimmungsrecht behinderter Menschen verzichten.

- 508 Sozialrechtlich können verschiedene Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe verantwortlich sein, die traditionell mit den Diensten und Einrichtungen nach eigenen, in den jeweiligen Leistungsgesetzen enthaltenen Regeln Verträge schließen. Das Anliegen des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – die Rehabilitationsträger zu **Kooperation und Koordination** zu verpflichten und eine **leistungsrechtliche Konvergenz** herbeizuführen, ist auch für das Leistungserbringungsrecht angelegt worden.¹⁵⁷ Nach § 17 I SGB IX können die Rehabilitationsträger die Leistungen selbst, durch andere Rehabilitationsträger oder unter Inanspruchnahme von freien und gemeinnützigen oder privaten Diensten und Einrichtungen ausführen. Sie sollen dabei im Einzelfall den am besten geeigneten Leistungserbringer in Anspruch nehmen und Vielfalt, Unabhängigkeit und Selbstständigkeit der Leistungserbringer achten (§ 19 IV SGB IX). Hierdurch wird deutlich, dass das Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe keine exklusiven und selektiven Beziehungen der Rehabilitationsträger zu Leistungserbringern voraussetzt, sondern die Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten schützen soll.¹⁵⁸
- 509 Erbringen die Rehabilitationsträger die Leistungen selbst, so verfügen sie über eigene Dienste und Einrichtungen als Teil der Verwaltung. Dies ist insbesondere bei der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung und Unfallversicherung der Fall. Dagegen sind die gesetzlichen Krankenkassen rechtlich gehindert, neue Eigeneinrichtungen zu schaffen, es sei denn, sie können die Aufgaben der Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation nicht auf andere Weise erfüllen (§ 140 II SGB V). Die Träger der Sozialhilfe sollen eigene Einrichtungen nicht neu schaffen (§ 75 II 1 SGB XII). Die Länder können jedoch von dieser Regelung abweichen (Art. 84 I 2 GG) und die Kreise und kreisfreien Städte ihr die kommunale Selbstverwaltungsgarantie (Art. 28 II GG) entgegenhalten.
- 510 Erbringen die Rehabilitationsträger die Leistungen durch freie und gemeinnützige oder private Dienste und Einrichtungen, so müssen sie mit ihnen Verträge abschließen (§ 21 I SGB IX; §§ 111–111 c SGB V; § 15 II SGB VI; § 34 VIII SGB VII; § 75 SGB XII). Die Verträge sollen nach gemeinsamen Grundsätzen geschlossen werden, die in Rahmenverträgen oder zumindest gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger vereinbart werden sollen (§ 21 II SGB IX). Dies hat den Zweck, dass grundsätzlich alle geeigneten Dienste und Einrichtungen Leistungen für alle Rehabilitationsträger erbringen können sollen und den Leistungen gemeinsame Qualitätsstandards (§ 20 SGB IX) zugrunde gelegt werden können. Eine solche gemeinsame Vertragspraxis der Rehabilitationsträger ist jedoch bislang trägerübergreifend nicht erreicht worden.

¹⁵⁷ Ausführlicher hierzu *Fuchs/Welti*, Die Rehabilitation, 2007, 111.

¹⁵⁸ *Welti* SGB 2009, 330.

Im allgemeinen Rehabilitationsrecht ist die **Verantwortung für die Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation** in § 19 I SGB IX angesprochen. Danach wirken die Rehabilitationsträger gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Dienste und Einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität und barrierefrei zur Verfügung stehen. Sie müssen dabei die Verbände behinderter Menschen beteiligen. Die Verantwortung ist durch diese Norm so vielen Akteuren zugewiesen, dass die Gefahr besteht, dass sie nicht wahrgenommen wird. Als Instrumente der Infrastrukturverantwortung könnten auf der Ebene des Bundes gemeinsame Empfehlungen der Rehabilitationsträger zu Koordination, Qualität und Vertragsinhalten nach §§ 12, 13, 20, 21 SGB IX genutzt werden, die im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vereinbart werden. Die Rehabilitationsträger sollen auch regionale Arbeitsgemeinschaften bilden (§ 12 II SGB IX), was bisher nicht geschehen ist. Die Konkretisierung der regionalen und kommunalen Verantwortung für Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation und Teilhabe könnte und sollte landesgesetzlich erfolgen. Sie ist inhaltlich wichtig, insbesondere um die Voraussetzungen für gemeindenahe Leistungen (Art. 26 I BRK), den Vorrang ambulanter, teilstationärer und betrieblicher vor stationären Leistungen (§ 19 II SGB IX) und für barrierefreie Leistungen zu schaffen.

511

Nicht abschließend geklärt ist die **Abgrenzung zwischen Einrichtungen und Diensten**. In § 19 SGB IX sind Dienste und Einrichtungen vorausgesetzt, aber nicht definiert. Die Leistungsgesetze der Leistungen zur Teilhabe sind uneinheitlich. Während § 107 II Nr. 3 SGB V vermuten lässt, dass Einrichtungen nur diejenigen Leistungserbringer sind, bei denen Unterbringung und Verpflegung zur Leistung gehören, sehen §§ 40 I, 111 c SGB V ambulante Rehabilitation in und durch Einrichtungen vor. Dabei können Leistungserbringer der ambulanten medizinischen Rehabilitation auch solche sein, die keine stationären Leistungen erbringen. Es wäre systematisch schlüssiger, solche Leistungserbringer als Dienste zu bezeichnen. In § 75 I SGB XII werden Einrichtungen und Dienste für den Bereich der Sozialhilfe so abgegrenzt, dass Einrichtungen stationäre und teilstationäre Leistungen erbringen und Dienste andere Leistungserbringer sind. Anders als in der Krankenbehandlung gibt es in der medizinischen Rehabilitation keine strikte Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern, so dass auch die Abgrenzung zwischen Diensten und Einrichtungen schwieriger ist.

512

B. Medizinische Rehabilitation

In der medizinischen Rehabilitation werden viele Einrichtungen als »Klinik« bezeichnet. Sie unterliegen aber nicht dem Krankenhausplanungsrecht des Bundes und der Länder. Soweit sie gewerblich sind, unterstehen sie der Gewerbeaufsicht für Privatkrankeanstalten (§ 30 GewO).

513

Für das **Leistungserbringungsrecht der medizinischen Rehabilitation** wird für die Rentenversicherung (§ 15 II 1 SGB VI) und die Unfallversicherung (§ 34 VIII 2 SGB VII) auf § 21 SGB IX verwiesen. Im Krankenversicherungsrecht sind in §§ 107, 111–111 c SGB V eigene Regelungen enthalten, die jedoch nicht im Widerspruch zu § 21 SGB IX stehen und darum neben ihnen angewandt werden können. Gleichwohl wäre eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Leistungserbringungsrechts der medizinischen Rehabilitation angezeigt.

514

- 515 In § 107 II SGB V sind **Rehabilitationseinrichtungen als Einrichtungen definiert**, die der stationären Behandlung dienen, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Sie müssen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sein, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen. In ihnen müssen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.
- 516 Diese **Definition ist missverständlich und nicht zeitgemäß**, da sie das eigentliche leistungsrechtliche Ziel der medizinischen Rehabilitation nach §§ 11 II SGB V, 26 I SGB IX nur als ein »auch« zu erreichendes Ziel an die Zwecksetzung der allgemeinen Krankenbehandlung anschließt. Es wäre jedoch unzutreffend, daraus zu schließen, die medizinische Rehabilitation sei im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nur eine Phase der Krankenbehandlung. Der Hinweis auf das Heilungsziel ist vielmehr daraus erklärbar, dass während einer stationären Leistung der medizinischen Rehabilitation oft ein zusätzlicher Bedarf an Krankenbehandlung besteht, der von der Einrichtung und vom Rehabilitationsträger mit gedeckt werden muss (vgl. zur Rentenversicherung § 13 III SGB VI, sogenannte »interkurrente Erkrankung«). Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ist die Medizin Leitprofession, muss dabei aber nach rehabilitativen Grundsätzen und in Kooperation mit anderen Berufsgruppen handeln.
- 517 Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation schließen nach §§ 111–111c **Versorgungsverträge** mit Krankenkassen. Diese haben dabei nur die Geeignetheit der Einrichtung zu prüfen. Eine weiter gehende Bedarfsprüfung ist nicht vorgesehen, ein entsprechender Eingriff in die Berufsfreiheit wäre nicht gerechtfertigt.¹⁵⁹ Die Krankenkassen entscheiden über den Leistungsfall selbst, sodass eine durch Rehabilitationseinrichtungen induzierte Nachfrage nicht zu befürchten ist. Das Risiko einer Überversorgung tragen die Leistungserbringer.

C. Berufliche Rehabilitation

- 518 Einrichtungen, die **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (§ 33 SGB IX) erbringen, werden als Einrichtungen der **beruflichen Rehabilitation** bezeichnet (§ 35 SGB IX). Stationäre Einrichtungen sind insbesondere Berufsbildungswerke, in denen Leistungen der Erstausbildung behinderter Menschen erbracht werden und Berufsförderungswerke, die der Fort- und Weiterbildung dienen. Werkstätten für behinderte Menschen (§ 136 SGB IX) und Integrationsprojekte (§ 132 SGB IX) bieten behinderten Menschen Arbeit und Beschäftigung, sind jedoch keine Einrichtungen des Wohn-

¹⁵⁹ BSGE 89, 294.