Prof. Dr. habil. Felix Welti, Neubrandenburg
RAin Judith Brockmann, Maître en droit, Hamburg
unter Mitarbeit von stud. iur. Tim Golke, Hamburg

Die besonderen Belange behinderter und chronisch kranker Menschen, das Recht der Rehabilitation und Teilhabe und die Kompetenzen des G-BA

Inhaltsverzeichnis

I. Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Kompetenzen 1
1. Rechtsgrundlagen und Aufgaben 1
2. Die Beteiligung von Organisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen 2
3. Kritik an Normsetzungskompetenzen 4
4. Umfang und Grenzen der Regelungsbefugnis des G-BA 4
a) Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots 5
b) Grenzen der Regelungsbefugnis bzw. der Verbindlichkeit von Entscheidungen des G-BA 7
II. Pflicht zur Berücksichtigung der Belange chronisch kranker und behinderter Menschen durch den G-BA 8
1. Verfassungsrecht 8
2. Völkerrecht 10
3. SGB I 11
4. SGB V 12
a) Allgemeine Berücksichtigungspflichten nach § 2a SGB V 12
b) Besondere Berücksichtigungspflichten nach § 92 Abs. 1 S. 1 SGB V 16
c) Rückschlüsse aus der Beteiligung im Verfahren (§ 140f SGB V) 17
5. Geltung des SGB IX für Leistungen der Krankenkassen (§ 7 Satz 1 SGB IX und § 11 Abs. 2 SGB V) 18
a) Krankenkassen als Rehabilitationsträger 18
b) Welche Leistungen nach dem SGB V sind Leistungen zur Teilhabe? 26
c) Kompetenzen des G-BA 35
d) Bedeutung des SGB IX für die Akutbehandlung (§§ 27, 10 SGB IX) 37
e) Geltung des SGB IX für die Leistungserbringung und Qualitätssicherung (§§ 17-21 SGB IX) 38

6. Pflichten zur Sicherstellung der Barrierefreiheit 39
a) § 17 SGB I 39
b) Behindertengleichstellungsgesetz 40
III. Das Verhältnis der Kompetenzen des G-BA zu den Pflichten der Rehabilitationsträger nach §§ 12, 13 SGB IX 42
IV. Umsetzungsbezogene Einzelfragen 44
1. Verordnung von Teilhabeleistungen 44
2. Wunsch und Wahlrecht (§ 9 SGB IX) 48
3. Trägerübergreifende Teilhabeplanung (§ 10 Abs. 1 SGB IX) 49
4. Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen nach § 137f SGB V 51
5. Barrierefreiheit 51
6. Qualitätssicherung 55
7. Mobilität 56
8. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 57
V. Zusammenfassung in Thesen 59
Literaturverzeichnis 62

I. Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Kompetenzen

1. Rechtsgrundlagen und Aufgaben

Im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung sind die verschiedenen Akteure der Gesundheitsversorgung der Versicherten nach dem SGB V berufen, zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung durch Abschluss von Verträgen und in Gremien zusammenzuwirken. In diesem Zusammenhang ist durch § 91 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) errichtet. Er wird nach § 91 Abs. 1 S. 1 SGB V von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildet.[1] Er ist nach § 91 Abs. 1 S. 2 SGB V rechtsfähig.

Die seit 2007 vom Gesetz vorgesehene Zusammensetzung des G-BA spiegelt seine sektorenübergreifenden Kompetenzen in der ambulanten und stationären ärztlichen Krankenbehandlung gesetzlich Versicherter wider: Das Beschlussgremium des G-BA besteht nach § 91 Abs. 2 S. 1 SGB V aus drei unparteiischen Mitgliedern, von denen eines den Vorsitz innehat. Daneben benennen die beteiligten Organisationen weisungsunabhängige Mitglieder, und zwar die KBV und die DKG jeweils zwei, die KZBV eines und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fünf Mitglieder.[2] Die unparteiischen Mitglieder werden gem. § 91 Abs. 2 S. 2 und 3 SGB V von den Beteiligten einvernehmlich bestimmt; gelingt dies nicht, werden sie vom Bundesministerium für Gesundheit berufen. Abgesehen von den hauptamtlich tätigen Unparteiischen, die auch den einzelnen Ausschüssen des G-BA vorsitzen, sind

[1] Vormals bestanden insgesamt sechs Beschlussgremien für die unterschiedlichen Versorgungssektoren, d.h. für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung gab es einen Bundesausschuss, der ausschließlich zuständig und entsprechend nur aus Vertretern der Vertragsärzte und der Krankenkassen zusammengesetzt war, vgl. auch *Sodan*, NJW 2007, S. 1313,1316.

[2] Die sektorenübergreifende Zusammenfassung aller Leistungserbringer hat zu einer wesentlichen Verdichtung der Strukturen und einem erheblichen Kompetenzzuwachs des G-BA geführt, vgl. FS E. Wille – *Hess*, S. 985, 986.

die Mitglieder des Beschlussgremiums ehrenamtlich tätig, vgl. § 91 Abs. 2 S. 4-10 SGB V.[3]

Weitere Rechtsgrundlagen der Arbeit, sind die Verfahrensordnung nach § 91 Abs. 4 S. 1 Nr. 1 SGB V[4] und die Geschäftsordnung nach § 91 Abs. 4 S. 1 Nr. 2 SGB V[5], die der G-BA jeweils selbst erlässt. Das Bundesministerium für Gesundheit führt gem. § 91 Abs. 8 SGB V nach Maßgabe der allgemeinen Regeln der §§ 67, 88 und 89 SGB IV die Aufsicht über die Geschäftsführung des G-BA.[6] Daher bedürfen die Verfahrens- und Geschäftsordnung des G-BA gem. § 91 Abs. 4 S. 2 SGB V der Genehmigung des Ministeriums.

Eine Hauptaufgabe des G-BA ist der Erlass von Richtlinien nach § 92 SGB V. Sie dienen der Sicherstellung der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten (§ 92 Abs. 1 S. 1, 1. Hs SGB V).[7] Die Richtlinien sind gem. § 92 Abs. 8 SGB V Bestandteile der Bundesmantelverträge. Dazu kommen Beschlüsse zum Beispiel über ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b Abs. 4 SGB V) und strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137f SGB V). Richtlinien und Beschlüsse des G-BA sind nach § 91 Abs. 6 SGB V unmittelbar für alle Krankenkassen, Versicherten und Leistungserbringer (Vertragsärzte,[8] Krankenhäuser und andere) verbindlich.

2. Die Beteiligung von Organisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen

   Nach Maßgabe von § 140f SGB V haben Patientenvertreterinnen und -vertreter Mitberatungs- und Antragsrechte im Beschlussgremium des G-BA. Die so durch Organisationen vermittelte Patientenbeteiligung dient

[3] Zum veränderten Status und den Rechten der unparteiischen Mitglieder siehe *Pawlita*, JbSozR (29) 2008, S. 149, 161 f.

[4] Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Neufassung vom 18. Dezember 2008, zuletzt geändert durch Beschluss vom 19.03.2009, BAnz Nr. 84a (Beilage) 10.6.2009, im Folgenden VerfO G-BA.

[5] Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 17. Juli 2008, BAnz S. 3256, zuletzt geändert am 18. September 2008, BAnz S. 3664, im Folgenden GO G-BA.

[6] Nach Inhalt und Umfang sind die Befugnisse auf die Rechtsaufsicht beschränkt, vgl. *BSG* 6.5.2009, Az.: B 6 A 1/08 R.

[7] Dazu eingehend unter 4. Umfang und Grenzen der Regelungsbefugnis des G-BA.

[8] Dies ist zudem durch entsprechende satzungsrechtliche Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 81 Abs. 3 SGB V sichergestellt.

der Wahrnehmung der Interessen der von den Regelungen des G-BA besonders betroffenen Personen, also der Patientinnen und Patienten, insbesondere chronisch kranker und behinderter Menschen.[9]

Die Regelung in § 140f SGB V wird durch die Patientenbeteiligungsverordnung[10] ergänzt. In der Verordnung sind insbesondere die anerkannten Organisationen festgelegt, die nach § 140f SGB V zu beteiligen sind. Zur organisatorischen und inhaltlichen Unterstützung hat der G-BA von seinem Recht aus § 140f Abs. 6 S. 2 SGB V Gebrauch gemacht und eine Stabstelle Patientenbeteiligung eingerichtet (§ 21 Abs. 1 S. 2 GO G-BA). Die Gewährleistung des Mitberatungsrechts der von den Organisationen entsandten sachkundigen Personen wird durch entsprechende Vorschriften in der Geschäftsordnung[11] und der Verfahrensordnung[12] des G-BA sichergestellt. Von besonderer Bedeutung ist § 7 GO G-BA, der detaillierte Regelungen zur Bestellung der Patientenvertreterinnen und -vertreter enthält.

[9] Eingehend *Pitschas*, MedR 2006, S. 451 ff.

[10] Verordnung zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (PatBeteiligungsV) vom 19.12.2003, BGBl. I S. 2753, zuletzt geändert am 31.10.2006, BGBl. I S. 2407.

[11] § 3 Abs. 4 GO G-BA konkretisiert die Teilnahme von Patientenvertreter/innen an Sitzungen des Beschlussgremiums. § 4 Abs. 2 GO sieht vor, dass die Fertigung von Beschlussbegründungen mit ihnen abzustimmen ist. § 9 Abs. 3 GO G-BA stellt sicher, dass die Stellungnahme den stimmberechtigten Mitglieder des G-BA vor der Beschlussfassung zur Verfügung steht. Nach § 10 Abs. 1 S. 4 GO G-BA können die Patientenvertreter/innen Ausnahmen von der Öffentlichkeit der Sitzungen beantragen. § 12 Abs. 3 GO G-BA regelt die Information der Patientenorganisationen über die Einberufung der Sitzungen, Abs. 4 der Vorschrift enthält Regelungen im Hinblick auf die Teilnahme der Patientenvertreter/innen. § 13 Abs. 1 S. 2 GO G-BA ordnet an, dass und wann den Patientenvertreter/innen in Vorbereitung auf die Sitzungen Unterlagen zur Verfügung zu stellen sind und dass sie vor der Beschlussfassung zwingend zu hören sind. § 15 Abs. 4 GO G-BA räumt den Patientenvertreter/innen wie allen anderen Mitgliedern das Recht ein, die Unterbrechung der Sitzung zu Beratungszwecken zu verlangen. § 18 Abs. 5 GO G-BA regelt die Teilnahme der Patientenvertreterinnen an Unterausschüssen. Nach § 19 Abs. 6 S. 2 G-BA haben sie in den Unterausschüssen ein Vorschlagsrecht. Sie benennen nach § 20 Abs. 2 GO G-BA eine/n Sprecher/in als Ansprechpartner/in für Vorsitzenden und Geschäftsstelle. Ähnliche Regelungen enthält § 21 Abs. 3 und 4 GO G-BA für Arbeitsausschüsse.

[12] So gewährleistet Kap. I § 5 Abs. 4 S. 1 und 3, § 10 Abs. 1 S. 2 VerfO G-BA die Beteiligung der Patientenvertreter/innen und Patientenorganisationen im Beratungsverfahren. Kap. II § 4 Abs. 2 lit. d) VerfO räumt den Patientenvertreter/innen ein Initiativrecht zur Auslösung von Bewertungsverfahren und Kap. II § 6 Abs. 2 S. 1 VerfO G-BA gewährleistet die angemessen Beteiligung der Patientenvertretungen im Bewertungsverfahren. Kap III § 2 S. 1 lit. b) enthält eine entsprechendes Initiativrecht für Richtlinienbeschlüsse nach § 116b Abs. 4 SGB V und Kap. IV § 42 Abs. 1 VerfO G-BA für die Beauftragung der Expertengruppen Off-Label-Use.

3. Kritik an Normsetzungskompetenzen

In der rechtswissenschaftlichen Diskussion sind vielfach Zweifel an der Normsetzungskompetenz des G-BA geäußert worden. Diese werden vor allem mit verfassungsrechtlichen Bedenken hinsichtlich der demokratischen und rechtsstaatlichen Legitimation des Ausschusses in seiner derzeitigen personellen Zusammensetzung[13] und den weit reichenden Entscheidungsbefugnissen bei der Konkretisierung von Leistungsansprüchen der Versicherten begründet.[14]

Diese Fragen zu diskutieren, würden den Rahmen des vorliegenden Gutachtens sprengen,[15] ist aber auch nicht in vollem Umfang erforderlich. Das Bundessozialgericht jedenfalls geht in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass die Beschlüsse und Richtlinien rechtswirksam und nach Maßgabe von § 91 Abs. 6 SGB V für alle Beteiligten verbindlich sind.[16] Auch das Bundesverfassungsgericht hat geurteilt, dass es sich bei den Richtlinien lediglich um eine Konkretisierung der gesetzlichen Vorschriften handelt, die der Gesetzgeber zulässigerweise an den G-BA delegieren durfte.[17] Die bestehenden Zweifel an der Legitimation des G-BA konturieren aber auch die Diskussion um die Grenzen seiner Befugnisse und sind insofern nicht unbeachtlich. Aus rechtlicher Sicht ist dabei die Betroffenheit von Grundrechtspositionen der Leistungserbringer und Versicherten durch Entscheidungen des G-BA relevant. Ob und wie Vertreterinnen und Vertreter der chronisch kranken und behinderten Menschen ihre besondere Betroffenheit im Entscheidungsprozess zur Geltung bringen können, ist dabei ein relevantes Argument.

4. Umfang und Grenzen der Regelungsbefugnis des G-BA

Beim Richtlinienerlass hat der G-BA weit reichende Befugnisse. Er hat die allgemeine Aufgabe, die unbestimmten Rechtsbegriffe des diagnostischen und therapeutischen Nutzens und der Notwendigkeit im Rahmen

[13] Übersicht bei *Wolff*, NZS 2006, S. 281, 282 ff.; kritisch etwa *Pitschas*, VSSR 2007, S. 319, 326 ff.
[14] Dazu auch *Wolff*, NZS 2006, S. 281, 284 f.
[15] Siehe vertiefend etwa die Nachweise bei *Marschang*, Gesetzliche Krankenversicherung Rn. 2, Fn. 6.
[16] Grundlegend BSGE 78, 70 ff.
[17] *BVerfG*, Urt. v 17. 12. 2002, NJW 2003, 1232 ff.

des allgemein anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse (vgl. § 2 Abs. 1 SGB V) zu konkretisieren (§ 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

a) Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots

Mit der gesetzlichen Ermächtigung obliegt dem G-BA die inhaltliche Interpretation des Wirtschaftlichkeitsgebots (§§ 2 Abs. 1 Satz 1, 12 SGB V). Dieses besagt, dass Versicherte Anspruch auf Leistungen haben, die – nach Maßgabe des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse – notwendig, ausreichend und zweckmäßig, insgesamt also wirtschaftlich sind.[18] Maßstab für die Beurteilung ist das Behandlungs- bzw. Leistungsziel.[19]

Leistungen der Krankenkasse müssen zunächst *ausreichend* sein. Ausreichend ist eine Leistung, wenn sie im Hinblick auf Leistungsinhalt, -umfang und -qualität, bezogen auf den Leistungszweck, nach den Regeln der ärztlichen Kunst Erfolgschancen für die Erzielung des medizinischen Leistungszwecks bietet.[20] Damit wird ein Mindeststandard garantiert.[21]

Zweckmäßig ist eine Leistung, wenn sie objektiv an einem der gesetzlich definierten Leistungsziele der § 11 Abs. 1, § 11 Abs. 2 oder § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V ausgerichtet und hinreichend wirksam ist.[22] Im Regelfall werden die Zweckmäßigkeit und Wirksamkeit von Behandlungsmethoden in einem allgemeinen Verfahren nach § 135 SGB V vom G-BA überprüft. Nur in Ausnahmefällen ist aus Gründen des effektiven Grundrechtsschutzes eine Beurteilung im Einzelfall geboten.[23] Maßstab für die Beurteilung der Wirksamkeit ist die Regelung in § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V und danach vor allem der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse. Die Rechtsprechung verlangt den wissenschaftlich begründeten Nachweis der Wirksamkeit, der nur dann als geführt gilt, wenn die Wirksamkeit im Zeitpunkt der Behandlung in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfäl-

[18] Grundlegend *BSG* SozR 3-2500 § 92 Nr. 6 m.w.N.
[19] Zu den Zielen ärztlicher Heilbehandlung siehe *BSG* SozR 3-2500 § 92 Nr. 6.
[20] BSGE 55, 188, 194; GK-SGB V – *Igl*, § 12 SGB V Rn. 17; Hauck/Noftz – *Noftz* SGB V § 12 Rn. 18; *Biehl/Orthwein*, SGb 1991, S. 529, 531; BeckOK Sozialrecht – *Joussen*, § 12 Rn. 4.
[21] KassKomm – *Höfler*, § 12 SGB V Rn. 22.
[22] Z.B. BSGE 52, 70 (Reittherapie); BSGE 70, 24, 26; BSGE 70, 24, 26 ff.
[23] KassKomm – *Höfler*, § 12 SGB V Rn. 24.

len aufgrund wissenschaftlich einwandfrei geführter Statistiken belegt ist.[24] Damit werden auch in der Rechtsanwendung und Rechtsprechung Grundsätze der evidenzbasierten Medizin rezipiert[25].

Ob eine Leistung *notwendig* ist, wird abhängig vom Leistungszweck bestimmt. Dabei wird eine Leistung dann als notwendig erachtet, wenn sie nach Art und Umfang unvermeidlich, unentbehrlich, erforderlich und zwangsläufig ist, um das Leistungsziel zu erreichen.[26]

Bei der Frage, ob eine Leistung *wirtschaftlich* i.S.d. § 12 SGB V ist, geht es schließlich um die Beurteilung der Relation von Leistungsaufwand und Wirkung.[27] Teilweise wird vertreten, dass eine Leistung nur dann wirtschaftlich ist, wenn Sie im Verhältnis zu anderen Möglichkeiten am kostengünstigsten ist.[28] Diese Betrachtung greift allerdings zu kurz, lässt sie doch Wirksamkeits- und Qualitätsgesichtspunkte außer Acht. Die Wirtschaftlichkeit einer Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Regelfall nicht mit einer Kosten-Nutzen-Abwägung zu ermitteln, sondern der durch die Leistungsziele vorgegebene Nutzen ist mit möglichst geringen Kosten zu erreichen. Dies wird insbesondere daran deutlich, dass eine Kosten-Nutzen-Abwägung im Gesetz nur für einen besonderen Fall vorgesehen ist, nämlich in § 35b SGB V im Hinblick auf Arzneimittel. Die Frage, ob eine Leistung wirtschaftlich i.e.S. ist, stellt sich daher erst dann, wenn überhaupt mehrere ausreichende und zweckmäßige Leistungen zur Auswahl stehen. In diesem Fall darf eine Methode mit – im Vergleich zu den anderen Methoden – signifikant höheren Gesamtkosten nach Auffassung des BSG nicht beansprucht, bewirkt oder bewilligt werden.[29] Wenn aber im Einzelfall nur eine dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Methode bei notwendigerweise prognostischer Beurteilung der Erfolgsaussichten eine reale Chance zur Erreichung des Behandlungsziels bietet, dann verdichtet sich das Rahmenrecht auf Krankenbehandlung der Versicherten aus § 27 Abs. 1 SGB V zum Anspruch auf diese Behandlungsmaßnahme. Diese Vorgaben sind zwingend und

[24] BSGE 86, 54 unter Bezugnahme auf BSGE 76, 194 (Remedacen).
[25] Vgl. *Welti*, ZaeFQ 2007, S. 447 f.
[26] KassKomm – *Höfler*, § 12 SGB V Rn. 39, *BSG* SozR 2200 § 182 b Nr 26.
[27] BeckOK-*Joussen*, § 12 SGB V Rn. 8.
[28] BeckOK-*Joussen*, § 12 SGB V Rn. 9.
[29] *BSG* SozR 3-2500 § 92 Nr. 6.

beim Richtlinienerlass zu berücksichtigen, denn die Richtlinien als abstrakt-generelle Regelungen dürfen nicht dazu führen, dass eine behandlungsfähige und behandlungsbedürftige Erkrankung unbehandelt bleibt.[30]

b) Grenzen der Regelungsbefugnis bzw. der Verbindlichkeit von Entscheidungen des G-BA

Mit den Richtlinien erlässt der G-BA untergesetzliche Rechtsnormen. Dabei ist er an höherrangiges Recht gebunden. Dies sind sowohl das Verfassungsrecht wie auch das gesamte für die Leistungen der Krankenbehandlung geltende einfache Recht des SGB V und anderer Gesetze, also auch des SGB IX oder des Behindertengleichstellungsrechts. Es ist Aufgabe des G-BA, den Inhalt der Leistungsansprüche von Versicherten zu konkretisieren. Er darf den Inhalt aber, so auch die ständige Rechtsprechung des BSG, nicht einschränken. So darf der G-BA nicht über die Rechtsbegriffe der Anspruchsgrundlagen – z.B. Krankheit – verfügen.[31] Er bestimmt nicht den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, sondern hat ihn festzustellen. Seine Entscheidungen sind diesbezüglich voll gerichtlich überprüfbar.

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang weiter, dass der G-BA durch das Gesetz nur zur „Sicherung der ärztlichen Versorgung“ berufen ist,[32] nicht jedoch zur Sicherung auch derjenigen Leistungen und Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung, die nicht oder nicht nur von Ärzten ausgestaltet werden. Daher erstreckt die Definitionsmacht des G-BA sich nur auf ärztliche Leistungen und die Frage, welche Arten von Leistungen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung in welchem Umfang verordnungsfähig sind. Der G-BA ist dagegen nicht legitimiert, die Inhalte der nichtärztlichen Leistungen im Einzelnen zu definieren, oder, wie es das BSG ausgedrückt hat, den Erbringern nichtärztlicher

[30] *BSG* SozR 3-2500 § 92 Nr. 6.
[30] *BSG* SozR 3-2500 § 27 Nr 11 zur erektilen Dysfunktion als zu Lasten der GKV behandlungsbedürftige Krankheit; BSGE 88, 51 = SozR 3 - 2500 § 27 a Nr 2 zu „JCSI“
[32] So der Wortlaut des § 92 Abs. 1 S. 1 SGB V.

Leistungen Vorgaben über das „Wie“ der einzelnen Leistungen zu machen.[33]

Verfassungsrechtliche Schranken der Regelungsbefugnis ergeben sich insbesondere aus dem in einem Pflichtversicherungssystem geltenden Gebot, die Freiheitseinschränkung durch angemessene Leistungen zu kompensieren und aus dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit als hohem Verfassungswert.[34] Auch das von Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG aufgestellte Benachteiligungsverbot wegen einer Behinderung gehört zu den zu berücksichtigenden Rechten mit Verfassungsrang.

II. Pflicht zur Berücksichtigung der Belange chronisch kranker und behinderter Menschen durch den G-BA

1. Verfassungsrecht

   Die Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen als öffentlich-rechtliche Körperschaften und der G-BA als öffentlich-rechtliche Einrichtung eigener Art üben öffentliche Gewalt aus. Sie sind unmittelbar an das seit 1994 geltende Benachteiligungsverbot wegen einer Behinderung aus Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG gebunden. Sie dürfen Menschen nicht wegen ihrer Behinderung benachteiligen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Einzelakteur ist als privatrechtlicher Verband nicht unmittelbar grundrechtsgebunden. Soweit sie in die öffentlich-rechtliche Einrichtung G-BA integriert ist, entsteht jedoch eine unmittelbare Grundrechtsbindung für diese Tätigkeit.

   Aus dem Benachteiligungsverbot ergibt sich zunächst eine strikte Regel der Rechtsgleichheit. Eine rechtliche Regelung darf behinderte Menschen nur benachteiligen, wenn dafür zwingende Gründe vorliegen[35]. Dazu kommt ein Prinzip der sozialen Gleichheit, das in öffentlich gestalteten Lebensbereichen gebieten kann, behinderte Menschen fördernd ungleich

[33] Vgl. *BSG*, Urt. v. 31.5.2006, SozR 4-2500, § 132a Nr. 3, für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (juris, Rn. 29, 31).
[34] Grundlegend *BVerfG* 6.12.2005; Zur Frage des Off-Label-Use von Arzneimitteln jüngst *BVerfG* NJW 2008, 3556 ff.
[35] *BVerfG*, B. v. 19.01.1999, Az. 1 BvR 2161/94, *BVerfGE* 99, 341.

zu behandeln[36]. Das Benachteiligungsverbot verbietet eine solche Ungleichbehandlung gerade nicht. Das BVerfG hat in seiner so genannten Sonderschul-Entscheidung ausgeführt: „Eine Benachteiligung kann auch bei einem Ausschluss von Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten durch die öffentliche Gewalt gegeben sein, wenn diese nicht durch eine auf die Behinderung bezogene Fördermaßnahme hinlänglich kompensiert wird.“[37]

Die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und der G-BA sind daher verpflichtet, zu prüfen, ob in ihrem Aufgabenbereich behinderte Menschen von Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten, namentlich vom Zugang zu den Diensten und Einrichtungen der Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitation abgehalten werden und ob sie eine solche Benachteiligung durch Fördermaßnahmen kompensieren können. Das für die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und den G-BA geltende einfache Recht ist entsprechend in Übereinstimmung mit dem Grundgesetz verfassungskonform auszulegen.

Zur Bestimmung des von Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG geschützten Personenkreises behinderter Menschen kann das einfache Recht nur mit dem Vorbehalt herangezogen werden, dass Verfassungsrecht nicht durch einfaches Recht eingeschränkt werden kann. Es kann aber konstatiert werden, dass die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die den darauf aufbauenden wortgleichen Definitionen in § 2 Abs. 1 SGB IX und in § 3 BGG zu Grunde liegt, den wissenschaftliche Diskussionsstand über Behinderung reflektiert. Daher können die bestehenden Definitionen des Behinderungsbegriffs insoweit herangezogen werden. Insbesondere ergibt sich daraus, dass Personen nicht nur dann vor Benachteiligung geschützt sind, wenn sie schwerbehindert im Sinne von § 2 Abs. 2 SGB IX sind. Vielmehr ist für jede Norm und jede Situation der durch Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG geschützte Personenkreis eigenständig zu bestimmen.

[36] Vgl. ausführlich *Welti*, Behinderung und Rehabilitation, S. 401 ff.
[37] *BVerfG*, B. v. 08.10.1997, Az. 1 BvR 9/97, BVerfGE 96, 288, 303.

2. Völkerrecht

Seit dem 26. März 2009 ist in Deutschland die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Kraft[38]. Zweck der Konvention ist, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern (Art. 1 Satz 1).

Die Konvention definiert den Begriff der Menschen mit Behinderungen nicht. Nach Art. 1 Satz 2 zählen zu ihnen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Diesem Verständnis kann im Wesentlichen im Rahmen von § 2 Abs. 1 SGB IX gefolgt werden. Betont in beiden Fällen das auch der ICF zu Grunde liegende bio-psycho-soziale Modell von Behinderung, bei dem gesellschaftliche Barrieren zu berücksichtigen sind.

Die Konvention verpflichtet die Vertragsstaaten unter anderem, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um Zugangshindernisse zu medizinischen Einrichtungen festzustellen und zu beseitigen (Art. 9 Abs. 1 Satz 2 lit. a) und um den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu hochwertigen Mobilitätshilfen, Geräten, unterstützenden Technologien sowie Mittelspersonen zu erleichtern (Art. 20 lit. b.). Spezifisch auf die Aufgabenbereiche der Krankenkassen und des G-BA bezieht sich Art. 25. Danach stellen die Vertragsstaaten Menschen mit Behinderungen eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, bieten behinderten Menschen speziell benötigte Gesundheitsdienstleistungen an und bieten die Gesundheitsdienstleistungen so gemeindenah wie möglich an. Auf dem Gebiet der Gesundheit bieten die Vertragstaaten weiter umfassende und an voller gesellschaftlicher Teilhabe orientierte Habilitations- und Rehabilitationsprogramme an (Art. 26).

[38] BGBl. II 2008, 1419 ff.

Die Konvention gilt als völkerrechtlicher Vertrag in vollem Umfang im Rang einfachen Bundesrechts und bindet damit die Krankenkassen, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den G-BA unmittelbar. Völkerrechtliche Normen sind überdies bei der Auslegung des einfachen Bundesrechts als gleichrangig zu berücksichtigen. Die Bindung der staatlichen Organe an Recht und Gesetz erstreckt sich auf sie. Insbesondere Menschenrechtsnormen können Auslegungshilfen für das deutsche Verfassungsrecht sein. Das deutsche Recht, einschließlich seiner Grundrechte, ist, unabhängig vom Zeitpunkt seines eigenen Inkrafttretens, möglichst im Einklang mit dem Völkerrecht auszulegen[39].

3. SGB I

§ 10 SGB I definiert für alle Bereiche des Sozialrechts das soziale Recht für alle Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind, unabhängig von der Ursache ihrer Behinderung zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe Hilfe zu erhalten, die notwendig ist, um ihrer Behinderung, Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, einen Platz im Arbeitsleben zu sichern, ihre Entwicklung und gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen und zu erleichtern sowie Benachteiligungen entgegenzuwirken. Nach § 33c SGB I darf bei der Inanspruchnahme sozialer Rechte niemand wegen einer Behinderung benachteiligt werden.

Die Regelungen des SGB I gelten für die Krankenkassen als Leistungsträger der Krankenbehandlung und medizinischen Rehabilitation nach §§ 12, 21 Abs. 2, 29 Abs. 2 SGB I. § 33c SGB I bindet den G-BA, soweit er die Bedingungen für die Inanspruchnahme sozialer Rechte setzt. Er darf dabei behinderte Menschen nicht benachteiligen. § 33c SGB I ist 2006 im Kontext des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes zur Umsetzung der Europäischen Gleichbehandlungsrichtlinien eingefügt worden. Verboten sind daher auch Bedingungen für die Inanspruchnahme sozialer Rechte, die behinderte Menschen mittelbar benachteiligen. Solche Benachteiligungen können sich etwa ergeben, wenn bei der Nutzen- oder Kosten-Nutzen-Bewertung von Gesundheitsleistungen der Nutzen

[39] *BVerfG*, B. v. 14.10.2004, Az. 2 BvR 1481/04, BVerfGE 111, 307.

oder Schaden für behinderte Menschen nicht adäquat erfasst wird[40]. Es kann daher bei der Bewertung medizinischer Leistungen durch den G-BA erforderlich sein, den Nutzen oder das Kosten-Nutzen-Verhältnis für behinderte Menschen auf der Grundlage ihrer besonderen Situation gesondert zu bestimmen. Dies hat der Britische High Court of Justice in der Entscheidung „Eisai vs. NICE" am 10.8.2007 exemplarisch entschieden[41]. Das National Institute for Clinical Excellence (NICE) hatte bei der Bewertung von Donezepil, einem Medikament zur Linderung der Alzheimer-Krankheit, für den National Health Service, einen sprachbasierten Test herangezogen, durch dessen Anwendung nach Erkenntnis des Gerichts Personen nichtenglischer Muttersprache, lernbehinderte und hochbegabte Menschen benachteiligt wurden, was das Gericht als benachteiligende Form der Sachverhaltsermittlung ansah. Diese Entscheidung auf der Basis des britischen Disability Discrimination Act lässt sich – auch wegen der gemeinsam zu Grunde liegenden europarechtlichen Normen – auf die Entscheidungspraxis des G-BA übertragen. Auch dieser ist verpflichtet, bei Bewertungs- und Entscheidungsverfahren zu berücksichtigen, ob diese für behinderte Menschen zu angemessenen Ergebnissen führen. Dies ergibt sich im Übrigen auch aus Kapitel 2 § 13 Abs. 3 S. 2 der Verfahrensordnung des G-BA. Danach ist den besonderen Anforderungen an die die Versorgung spezifischer Patientengruppen unter Berücksichtigung der Versorgungsaspekte von Alter, Geschlecht und lebenslagenspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Die Lebenslage Behinderung ist hierbei schon aus Rechtsgründen besonders zu beachten. Fehlt es an entsprechend verwertbarer Evidenz, ist sie vom IQWiG nach § 139a Abs. 3 Nr. 1 und 2 SGB V zu ermitteln.

4. SGB V

a) Allgemeine Berücksichtigungspflichten nach § 2a SGB V

Nach § 2a SGB V ist den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Die 2004 in das SGB V

[40] Vgl. *Welti*, VSSR 2008, S. 55, 74 ff.
[41] *High Court of Justice*, Queen's Bench Division, Administrative Court, Case No CO/87/2007; dazu *Welti*, VSSR 2008, S. 55, 77 f.

aufgenommene Norm bekräftigt damit Berücksichtigungspflichten für behinderte Menschen, die sich bereits aus den genannten allgemeineren Normen ergeben und zeigt den Willen des Gesetzgebers, diesen im Krankenversicherungsrecht zur Durchsetzung zu verhelfen. Für die Definition des Begriffs behinderter Menschen kann insoweit im Wege systematischer Auslegung unmittelbar auf § 2 Abs. 1 SGB IX zurückgegriffen werden[42]. Die Berücksichtigungspflichten werden erweitert und auch auf chronisch kranke Menschen bezogen. Diese Pflicht ist spezifisch für das Krankenversicherungsrecht. Sie findet Berührungspunkte im Recht der Rehabilitation und Teilhabe, wo in § 3 SGB IX und § 26 Abs. 1 SGB IX chronisch kranke Menschen zusammen mit behinderten Menschen erwähnt sind. Eine Definition des Begriffs chronisch kranker Menschen findet sich im Sozialrecht nicht.[43] Pragmatisch wird vorgeschlagen, alle Versicherten als chronisch krank anzusehen, deren Krankheit länger als ein Jahr andauert[44]. Für § 2a SGB V wird zu Recht auf die systematische Nähe zum Behinderungsbegriff hingewiesen, die sich auch daraus ergibt, dass im SGB IX chronische Krankheit im Kontext der Prävention von Behinderung, namentlich durch medizinische Rehabilitation in §§ 3, 26 Abs. 1 SGB IX genannt ist[45]. Chronische Krankheit ist daher als Indikator drohender Behinderung durch die spezifische Krankheitslast anzusehen.

§ 2a SGB V benennt keinen spezifischen Regelungsbereich. Die Norm ist daher auf das gesamte Krankenversicherungsrecht anzuwenden und damit auf alle Normen, mit denen die Krankenkassen, die Leistungserbringer und der G-BA im SGB V gebunden werden. Sie gilt sowohl für Verfahrens-, wie für Leistungsvorschriften. § 2a SGB V ist nicht auf Leistungen der Rehabilitation und zur Teilhabe oder auf andere spezifische Leistungen für behinderte oder chronisch kranke Menschen beschränkt, sondern gilt für alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversiche-

[42] Vom *BSG* in Angelegenheiten der Krankenversicherung z.B. im Urt. v. 23.07.2002, Az. B 3 Kr 66/01 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 45 unmittelbar herangezogen; ebenso: Hauck/ Noftz – *Noftz*, K § 2a, Rz. 48; KassKomm – Höfler, § 11 Rz. 14 ff.
[43] Zu den Begrifflichkeiten siehe eingehend *Liebold,* S. 148 ff. m.w.N.
[44] Hauck/ Noftz – Noftz, K § 2a, Rz. 50.
[45] Vgl. ausführlich: *Lüßenhop*, S. 48 ff.

rung. Für diese wird eine entsprechende Handhabung des Leistungsrechts angeordnet[46].

In Bezug auf chronisch kranke Menschen ist eine besondere Berücksichtigung geboten, weil sie besonders auf Leistungen der GKV angewiesen sind und weil sie, insbesondere unter dem Kassenwettbewerb, als „schlechte Risiken" von Benachteiligung bedroht sind[47].

Das Berücksichtigungsgebot schützt chronisch kranke und behinderte Versicherte als Minderheit unter den Versicherten, weil auch die Selbstverwaltung von Versicherten und Arbeitgebern keine Gewähr dafür bietet, dass ihre Interessen hinreichend berücksichtigt werden. Insoweit besteht ein strukturelles Ungleichgewicht, bei dem das Interesse der (überwiegend) gesunden Versicherten und Arbeitgeber an niedrigen Beiträgen sich sowohl in der allgemeinen Politik wie innerhalb der Kassen eher durchsetzen kann als das Interesse der chronisch kranken und behinderten Versicherten an einer auf sie und ihre Teilhabe ausgerichteten, qualitativ hochwertigen Versorgung mit Gesundheitsleistungen[48].

Das Berücksichtigungsgebot soll Benachteiligung behinderter und chronisch kranker Menschen verhindern, indem es fordert, ihre von gesunden Versicherten verschiedene Lebenssituation zu berücksichtigen. Insofern schützt es vor einer Gleichbehandlung von Ungleichem[49].

Das Berücksichtigungsgebot ist – ebenso wie das gleichartig formulierte Gebot aus § 27 Abs. 1 S. 3 SGB V[50], psychisch Kranke zu berücksichtigen - kein bloßer Programmsatz[51], sondern bindendes Recht, das zur Konkretisierung von Ansprüchen herangezogen werden kann[52]. Es ist daher insbesondere bei Verfahren und Inhalt der Konkretisierung der unbestimmten Rechtsbegriffe zu beachten, zu welcher der G-BA berufen ist.

---

[46] Hauck/ Noftz – *Noftz*, K § 2a, Rz. 3.

[47] Vgl. BT-Drucks 14/5681, S. 5 ff; BT-Drucks. 15/4575, 42; BT-Drucks. 15/5980, 25 ff.; *BVerfG*, B. v. 18.07.2005, BVerfGE 113, 167, 233 (Risikostrukturausgleich).

[48] Vgl. *Welti*, VSSR 2006, S. 133, 148 ff.

[49] Hauck/ Noftz – *Noftz*, K SGB V § 2a Rz. 11: „Gegengewicht zur Generalisierung und Pauschalierung."

[50] Vgl. zu dem strukturell gleichartigen Berücksichtigungsgebot für psychisch kranke Menschen in § 27 Abs. 1 S. 3 SGB V: *BSG*, Urt. v. 20.01.2005, Az. B 3 KR 9/03 R, BSGE 94, 139.

[51] So aber: KassKomm – *Peters*, Rz. 3 zu § 2a; wie hier: Juris-PK SGB V – *Plagemann*, Rz. 16 zu § 2a.

[52] So *SG* Braunschweig, Urt. v. 10.12.2007, Az. S 6 Kr 319/05.

Die besonderen Belange behinderter und chronisch kranker Menschen sind in § 2a SGB V nicht näher bezeichnet. Die Norm konstituiert also für den dem Amtsermittlungsgrundsatz unterworfenen G-BA zunächst die Pflicht, bei Entscheidungen und bei der Normsetzung diese besonderen Belange zu ermitteln. Hierzu sind gerade die Vertreterinnen und Vertreter der Patientinnen und Patienten, chronisch kranker und behinderter Menschen im G-BA berufen. Die anderen Mitglieder des G-BA sind verpflichtet, deren besondere Sachkunde zu nutzen.

Es kann zur Ermittlung der besonderen Belange auch auf Normen zurückgegriffen werden, in denen diese bereits rechtlichen Niederschlag gefunden haben. Zu nennen sind hier insbesondere das SGB IX, das Behindertengleichstellungsgesetz des Bundes und die UN-Behindertenrechtskonvention. Soweit sich diesen Normen verallgemeinerungsfähige Prinzipien entnehmen lassen, sind diese also als „besondere Belange“ in der Tätigkeit des G-BA zu berücksichtigen.

Zu diesen verallgemeinerungsfähigen Prinzipien gehören jedenfalls die Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen sowie die Barrierefreiheit (Zugänglichkeit). Die Berücksichtigung der Teilhabe ergibt sich bereits im Schluss aus der Definition der Behinderung in § 2 Abs. 1 SGB IX: Da behinderte Menschen in ihrer Teilhabe beeinträchtigt oder gefährdet sind, ist die gleichwertige Teilhabe ein besonderer Belang behinderter Menschen. Dies ist in § 10 SGB I, §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX festgeschrieben. Die Formulierung der „gleichwertigen Teilhabe“ bedeutet, dass ein Grad der Teilhabe anzustreben ist, der derjenigen nichtbehinderter Menschen gleichwertig ist, nicht jedoch mit den gleichen Mitteln erreicht werden muss. Dies ist insbesondere bedeutsam, soweit es um die Teilhabe an den Möglichkeiten der medizinischen Versorgung geht.

Zusammen mit der gleichberechtigten Teilhabe ist in § 10 SGB I sowie in § 1 SGB IX die Selbstbestimmung behinderter Menschen genannt. Diese ist in § 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX als selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung näher expliziert. Die Selbstbestimmung behinderter Menschen ist durch ihre Behinderung oft beeinträchtigt oder gefährdet. Zu-

gleich ist Selbstbestimmung ein hoher Verfassungswert. Das Grundgesetz gewährleistet in Art. 2 Abs. 1 GG die allgemeine Handlungsfreiheit, die auch für behinderte Menschen vom Staat nicht nur zu respektieren, sondern auch zu schützen ist. Einschränkungen der Selbstbestimmung und Handlungsfreiheit, auch wenn sie im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen, sind daher grundsätzlich rechtfertigungsbedürftig, erst recht bei Personen, die dauerhaft und umfangreich auf solche Leistungen angewiesen sind. Insbesondere gilt dies auch für die Wahlfreiheit zwischen Leistungen und Leistungserbringern, also das Wunsch- und Wahlrecht. Die hohe Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts bei Sozialleistungen allgemein ist in § 33 Satz 2 SGB I, für behinderte Menschen mit besonderem Nachdruck in § 9 SGB IX anerkannt worden[53]. Die Beachtung der Individualität und der Wahlfreiheit behinderter Menschen ist daher ein relevanter besonderer Belang im Sinne von § 2a SGB V[54]. Dies bedeutet, dass das Leistungsrecht vom G-BA insgesamt im Sinne des Individualisierungsgrundsatzes zu konkretisieren ist; er muss die Leistungserbringer dazu anhalten bzw. ihnen entsprechende Möglichkeiten belassen[55].

Als weiterer besonderer Belang behinderter Menschen ist die Zugänglichkeit im Sinne von Art. 9 BRK anzusehen, die als Barrierefreiheit in § 3 BGG Gegenstand des Bundesrechts ist[56]. Barrierefreiheit und Zugänglichkeit, namentlich von Diensten und Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung sind besondere Belange behinderter Menschen.

b) Besondere Berücksichtigungspflichten nach § 92 Abs. 1 S. 1 SGB V

Die besondere Berücksichtigungspflicht behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen ist für den Richtlinienerlass durch den G-BA in § 92 Abs. 1 S. 1 SGB V nochmals ausdrücklich festgeschrieben und gilt bei allen Entscheidungen. Sie entspricht dem Benachteiligungsverbot sowie § 2a SGB V und ist entsprechend für den G-BA unmittelbar bindendes Recht. Sie verändert nicht das gesetzliche Leistungsrecht, macht aber ei-

[53] Vgl. *Welti*, SGb 2003, S. 379; *Neumann*, ZfSH/SGB 2003, S. 392; *Schütte*, NDV 2003, S. 416.
[54] Hauck/ Noftz – *Noftz*, K § 2a, Rz. 9, 11 ff.
[55] Vgl. Hauck/Noftz – *Noftz*, K § 2a, Rz. 21 ff.
[56] Hauck/ Noftz – *Noftz*, K § 2a, Rz. 53.

ne verbindliche Vorgabe für seine untergesetzliche Konkretisierung. Dies stellt klar, dass § 2a SGB V von allen Mitgliedern des G-BA voll und bezüglich sämtlicher Regelungsgegenstände zu beachten ist.

Die besonders erwähnten Leistungen der Belastungserprobung und Arbeitstherapie sind als Regelbeispiele gestaltet und beschränken diese Pflicht nicht, die sich auch auf alle anderen Themen der Gesundheitsversorgung erstreckt. Sie verpflichtet dazu, bei allen Entscheidungen die besonderen Belange zu ermitteln – insbesondere bei der Feststellung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse – und sie dann auch zu beachten, etwa durch Differenzierungen bei der Beurteilung von diagnostischem und therapeutischem Nutzen und medizinischer Notwendigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit.

Die Beachtung der besonderen Belange behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gebietet auch, die zu Gunsten dieser Personen geltenden Rechtsgrundlagen zu beachten, namentlich das SGB IX, die Behindertengleichstellungsgesetze und die UN-Konvention.

c) Rückschlüsse aus der Beteiligung im Verfahren (§ 140f SGB V)

Die Verfahrensbeteiligung von Organisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen kann als verfahrens- und organisationsrechtlicher Reflex der materiellrechtlichen Rücksichtnahmegebote betrachtet werden. Entsprechend hat sie den Sinn, die besondere Sachkunde der Organisationen über die Lebenswirklichkeit und die besonderen Belange chronisch kranker und behinderter Menschen in den Entscheidungsprozessen des G-BA zu repräsentieren. Dies ist nur deswegen sinnvoll, weil entsprechende Möglichkeiten der Berücksichtigung auch im Recht angelegt sind.

5. Geltung des SGB IX für Leistungen der Krankenkassen (§ 7 Satz 1 SGB IX und § 11 Abs. 2 SGB V)

a) Krankenkassen als Rehabilitationsträger

aa) Entwicklung bis zum SGB IX

Medizinische Rehabilitation mit dem Ziel, Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern ist neben der auf Krankheiten bezogenen Behandlung ein Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Zum Teil wurden Leistungen mit rehabilitativen Zwecken bereits seit langer Zeit erbracht, etwa in Form von Hilfsmitteln seit Bestehen der Reichsversicherungsordnung[57].

1974 wurde durch die Einbeziehung der gesetzlichen Krankenkassen in das Gesetz zur Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation[58] (RehaAnglG) klargestellt, dass es sich bei den Krankenkassen ebenso um Rehabilitationsträger handelt wie bei der gesetzlichen Rentenversicherung und Unfallversicherung. Schon das RehaAnglG verfolgte den Zweck, die Koordinierung der Rehabilitationsträger zu verbessern und leistungsrechtliche Unterschiede zwischen den Rehabilitationsträgern zu vermindern[59].

Noch deutlicher wurden die auf Behinderung bezogenen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 als gesonderter Leistungssektor ausgewiesen. § 11 Abs. 2 SGB V wurde neu gefasst, um zu verdeutlichen, dass Behinderung ein eigenständiger Leistungsfall der gesetzlichen Krankenversicherung ist, der gleichrangig neben dem in § 11 Abs. 1 SGB V durch genannten Leistungsfall der Verhütung, Früherkennung und Behandlung einer Krankheit. In der Begründung heißt es: „Mit der Ergänzung wird Rehabilitation, die in Absatz 2 näher geregelt ist, von Krankenbehandlung und Vorsorge abgegrenzt. Rehabilitation hat die Aufgabe, den Folgen von Krankheiten in Form von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen

[57] Vgl. *Welti*, Behinderung und Rehabilitation, S. 204 ff.
[58] Reha-Angleichungsgesetz.
[59] § 1 RehaAnglG verdeutlicht diese Zielsetzung, § 2 Nr. 1 RehaAnglG nennt die GKV; vgl. BT-Drucks. 7/2256, 6; *Liebold*, S. 39 ff.

vorzubeugen, sie zu beseitigen oder zu bessern oder deren wesentliche Verschlechterung abzuwenden. Die Vermeidung der Verschlimmerung von Krankheiten ist dagegen Aufgabe der Behandlung einer Krankheit und Vorsorge.“ [60] Damit war schon vor dem SGB IX durch den Gesetzgeber geklärt, dass die Leistungen der GKV für behinderte Menschen sich nicht auf Krankenbehandlung beschränken.

Ziel des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – war es im Jahre 2001, die Koordination, Kooperation und Konvergenz für die Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation zu verbessern[61]. Diese Ziele waren durch das RehaAnglG nach Auffassung des Gesetzgebers nicht hinreichend erreicht worden. Die Bedeutung des SGB IX für das Leistungsrecht der Rehabilitationsträger wird in der Gesetzesbegründung so beschrieben: „In Kapitel 4 bis 7 werden die Leistungen bestimmt, die einheitlich von den jeweils zuständigen Rehabilitationsträgern (…) erbracht werden. (…) Art, Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Leistungen richten sich damit nach dem Neunten Buch, soweit die Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger nicht darüber hinausgehend Besonderheiten regeln.“[62]

bb) Geltung des SGB IX nach § 7 SGB IX und § 11 Abs. 2 SGB V

Das SGB IX gilt für Leistungen zur Teilhabe der Rehabilitationsträger, zu denen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX auch die gesetzlichen Krankenkassen gehören, soweit in den Leistungsgesetzen – hier im SGB V – nichts Abweichendes bestimmt ist (§ 7 Satz 1 SGB IX). Nur für die Zuständigkeit und die Leistungsvoraussetzungen gelten alleine die Leistungsgesetze, hier das SGB V (§ 7 Satz 2 SGB IX).

Leistungsvoraussetzungen sind allgemein die Versicherteneigenschaft, im Besonderen Regelungen wie z.B. in § 40 Abs. 1 und 2 SGB V das Stufenverhältnis von Krankenbehandlung, ambulanter und stationärer Leistung zur Rehabilitation. Zuständigkeitsregelungen sind insbesondere diejenigen Normen, die das Verhältnis zu anderen Rehabilitationsträgern be-

[60] Vgl. BT-Drucks. 14/1245, 61.
[61] Vgl. *Welti/Sulek*, Ordnungsfunktion des SGB IX, S. 131 ff. Zur Weiteren Entwicklung: *Welti*, Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts, S. 16 ff.; *Igl*, Das SGB IX im System des Sozialrechts, S. 141 ff.
[62] BT-Drucks. 14/5074, S. 94.

stimmen (§ 11 Abs. 5, § 40 Abs. 4 SGB V). Dazu kommen ggf. weitere Leistungsvoraussetzungen einzelner Normen.

Nicht jede Norm des SGB V, die sich mit Rehabilitation befasst, normiert eine Leistungsvoraussetzung[63], sie kann auch Leistungsinhalte oder Verfahrensregelungen beinhalten. Der Vorbehalt in § 7 S. 2 SGB IX hat nur den Sinn, das gegliederte System in seiner Aufteilung von Zuständigkeiten zu sichern und insoweit Rechtsunsicherheit zu vermeiden. Er hat nicht den Zweck, das Maß von Kooperation und Konvergenz der Rehabilitationsträger zu bestimmen. Hierzu ist die Regelung in § 7 Satz 1 SGB IX geschaffen. Besteht für eine Leistung zur Teilhabe eine Anspruchsgrundlage im SGB V, so ist diese für die jeweilige Leistung „Türöffner" für das SGB IX[64]. Ist die Tür zum SGB IX offen, stehen dessen Normen im Rechtsraum des SGB V, soweit sie nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind.

Verfahrensregelungen und die Bestimmung von Leistungsinhalten von Leistungen zur Teilhabe fallen unter § 7 Satz 1 SGB IX. Das SGB IX ist hier also anzuwenden, soweit das SGB V nichts Abweichendes bestimmt. Das Verfahren wird dabei durch die §§ 8-25 SGB IX, die Leistungsinhalte werden daher durch die §§ 26-31 SGB IX vorgegeben, soweit nichts Abweichendes im SGB V bestimmt ist[65].

Dies wird bekräftigt durch § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V, wonach die Leistungen nach § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V unter Beachtung des Neunten Buches erbracht werden, soweit im SGB V nichts anderes bestimmt ist. Die Beachtung des SGB IX kann aber bei einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft nichts anderes sein als seine rechtmäßige Anwendung. Der Abweichungsvorbehalt ist damit auf einzelne Regelungen im SGB V beschränkt[66]. Ob Regelungen des SGB V tatsächlich vom SGB IX abweichen, ist jeweils zu prüfen, dabei ist systematisch und teleologisch zu un-

[63] Vgl. *Liebold*, S. 125; *Müller*, S. 88.
[64] So *Hauck*, Auswirkungen des SGB IX auf die Rehabilitation in der GKV, S. 46, 48 (i.E.).
[65] *Kinggreen*, ZESAR 2006, S. 210, 212; *Oppermann*, Medizinische Rehabilitation, Rz. 6.
[66] Hauck/Noftz – *Noftz*, K § 11, Rz. 55a; KassKomm – *Höfler*, § 11 Rz. 20.

tersuchen, ob der Gesetzgeber von der Grundentscheidung für ein gemeinsames Rehabilitationsrecht im Einzelfall abweicht[67].

Das SGB IX ist also anzuwenden auf alle Leistungen nach dem SGB V, die Leistungen zur Teilhabe sind[68]. § 7 Satz 1 SGB IX und § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V regeln übereinstimmend, dass die Anwendung des SGB IX auf Leistungen zur Teilhabe der Krankenkassen die Regel, die Nichtanwendung die Ausnahme ist, die sich aus einer gesonderten Regelung im SGB V ergeben müsste[69].

Dies ist auch in der Rechtsprechung des BSG anerkannt, das Regelungen des SGB IX auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB V anwendet und zusammenfasst: „Im Unterschied zu den früheren Regelungen des RehaAnglG, die insgesamt hinsichtlich der Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen der Rehabilitationsträger im Einzelnen und deren Sicherstellung auf die jeweils geltenden besonderen Vorschriften in den jeweiligen Leistungsbereichen verwiesen (vgl. § 9 Abs. 1 RehaAnglG), beschränkt sich das SGB IX allerdings nicht auf bloße Verweisungen, sondern regelt eigenständig Gegenstände, Umfang und Ausführung von Leistungen. Hinsichtlich der Zuständigkeit und der Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe wird aber nach wie vor auf die für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze verwiesen, während diese im Übrigen nur maßgebend sind, soweit sie Abweichendes vorsehen.“[70]

cc) Konvergenz des Leistungsrechts der Rehabilitationsträger?

In Rechtsprechung und Literatur ist nicht umstritten, ob das SGB IX auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung anzuwenden ist. Die Geltung der allgemeinen Ziele und Begriffe des Gesetzes in §§ 1-4 SGB IX und der Verfahrensregeln zur Koor-

[67] Feldes/Kohte/Stevens-Bartol – *Stevens-Bartol*, § 7 Rz. 7; HK-SGB IX – *Welti*, § 7 Rz. 8 f.; Bihr/Fuchs/Krauskopf/Ritz – *Fuchs*, § 7 Rz. 7.
[68] *Oppermann*, Medizinische Rehabilitation, Rz. 2.
[69] *Fuchs*, Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen, S. 29; *Liebold*, S. 102.
[70] *BSG*, Urt. v. 26.03.2003, Az. B 3 Kr 23/02 R, BSGE 91, 60.

dination und Kooperation der Rehabilitationsträger in §§ 8-25 SGB IX ist weitgehend unbestritten. Sie werden vom BSG angewandt[71].

Strittig sind hauptsächlich die Tragweite der Vorschriften über den Leistungsinhalt in den §§ 26-31 SGB IX und die Einwirkung von gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger auf den Inhalt der Leistungsansprüche. So hat *Ernst Hauck*, Richter im ersten Senat des BSG, ausgeführt, ein Gebot genereller Leistungskonvergenz habe die Rechtsprechung dem Normengeflecht nach Einführung des SGB IX nicht entnehmen können[72]. Der erste Senat des BSG ist in einer Entscheidung davon ausgegangen, dass der Leistungsanspruch auf stationäre medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V enger sein könne als im Rahmen der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe) und der Rentenversicherung[73]. Der für die Rentenversicherung zuständige dreizehnte Senat hielt es für möglich, dass der Anspruch auf Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation in Trägerschaft der Rentenversicherung umfassender ist als in Trägerschaft der Krankenversicherung[74]. Auch der für Sozialhilfe zuständige achte Senat hat eine Differenz zwischen medizinischer Rehabilitation in der Krankenversicherung und in der Sozialhilfe angedeutet[75]. Entsprechend hat der erste Senat die Auffassung vertreten, dass die gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger den Leistungsanspruch auf Leistungen zur Teilhabe nicht konkretisieren könnten[76]. Zur Begründung werden dabei unterschiedliche Zielsetzungen der jeweiligen Leistungsträger herangezogen.

Die von verschiedenen Senaten des BSG angedeutete mögliche Einschränkung der Tragweite des SGB IX für Leistungen nach dem SGB V ist jedoch nicht konsistent begründet, da die Leistungsinhalte ausdrück-

---

[71] *BSG*, Urt. v. 06.06.2002, Az. B 3 Kr 67/01 R, BSGE 89, 271; *BSG*, Urt. 23.07.2002, Az. B 3 KR 63/01 R, BSGE 89, 294; *BSG*, Urt. v. 23.07.2002, Az. B 3 Kr 66/01 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 45; *BSG*, Urt. v. 21.11.2002, Az. B 3 Kr 4/02 R; *BSG*, Urt. v. 23.01.2003, Az. B 3 Kr 7/02 R, BSGE 90, 220; *BSG*, Urt. v. 28.05.2003, Az. B 3 Kr 30/02 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 4; *BSG*, Urt. v. 22.07.2004, Az. B 3 Kr 5/03 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 5; *BSG*, Urt. v. 24.05.2006, Az. B 3 Kr 12/05 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 11. *BSG*, Urt. v. 26.06.2007, Az. B 1 Kr 36/06 R; Vgl. *Masuch*, Das Rehabilitationsrecht in der Rechtsprechung, S. 183 ff.; *Hauck*, Auswirkungen des SGB IX auf die Rehabilitation in der GKV, S. 46 ff.

[72] *Hauck*, Auswirkungen des SGB IX auf die Rehabilitation in der GKV (i.E.), S. 46, 55.

[73] *BSG*, Urt. v. 26.06.2007, Az. B 1 Kr 36/06 R.

[74] *BSG*, Urt. v. 21.08.2008, Az. B 13 R 33/07 R; dazu *Welti*, IQPR-Diskussionsforum A Nr. 7/2009.

[75] *BSG*, Urt. v. 28.10.2008, Az. B 8 SO 23/07 R, am Ende.

[76] *BSG*, Urt. v. 17.06.2008, Az. B 1 KR 31/07 R, NJOZ 2009, 683 ff.; dazu *Welti*, IQPR-Diskussionsforum A Nr. 11/2009

lich Gegenstand von § 7 Satz 1 SGB IX sind. Der dritte Senat des BSG hat entsprechend die Regelung in § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX verschiedentlich unmittelbar herangezogen, um den Leistungsumfang nach § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V zu begründen[77]. Eine sorgfältige Analyse der Leistungsziele der Krankenversicherung im Vergleich zu anderen Leistungsträgern, namentlich der Rentenversicherung und Sozialhilfe, ergibt zudem, dass die Krankenversicherung wegen ihres umfassenden Bezuges auf die Gesundheit der Versicherten (§ 1 SGB V) auch und gerade bei einem Abstellen auf die Ziele des Leistungsgesetzes keinesfalls einen engeren, sondern allenfalls einen weiteren Leistungsumfang haben kann als diese[78].

Der gesetzgeberische Wille zur Konvergenz des Leistungsrechts wird zunächst deutlich aus § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX, wonach die Leistungsträger der Leistungen zur Teilhabe ihre Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität erbringen sollen, dass Leistungen eines anderer Trägers möglichst nicht erforderlich werden. Die jeweils leistenden Rehabilitationsträger sind zugleich verpflichtet, zu gewährleisten, dass die Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt (§ 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX). Daraus ergibt sich eine Pflicht zur konvergenten Rechtsauslegung nach Gegenstand, Umfang und Ausführung, als deren Instrument in § 12 Abs. 1 SGB IX die gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger benannt sind. Von diesen Regelungen des SGB IX ist im SGB V gerade keine abweichende Regelung nach § 7 Satz 1 SGB IX zu finden. Vielmehr ordnen § 7 Satz 1 SGB IX und § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V die Geltung des SGB IX auch insoweit an.

dd) Verhältnis der medizinischen Rehabilitation zur Krankenbehandlung

An die strittige Frage der Reichweite des SGB IX für die Leistungsinhalte nach dem SGB V knüpft die Frage nach dem Verhältnis der Krankenbehandlung zur medizinischen Rehabilitation im Leistungsbereich der Kran-

[77] *BSG*, Urt. v. 16.09.2004, Az. B 3 Kr 15/04 R; *BSG*, Urt. v. 03.08.2006, Az. B 3 Kr 25/05 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 13; *BSG*, Urt. v. 19.04.2007, Az. B 3 Kr 9/06 R, BSGE 98, 213; ebenso: *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 15.07.2008, Az. L 11 Kr 2825/04.

[78] *Bieritz-Harder*, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Rz. 13 f.

kenkassen an. Der dritte Senat des BSG hat in einigen Entscheidungen in Auseinandersetzung mit der Tragweite von Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG die Krankenbehandlung als im Verhältnis zur Rehabilitation „ursprüngliche und vorrangige Aufgabe der GKV“ bezeichnet, um damit zu begründen, dass ein im Verhältnis zwischen Krankenbehandlung und Rehabilitation unterschiedlicher Leistungsumfang gerechtfertigt sei[79].

Für eine allgemeine Vorrangigkeit von Krankenbehandlung vor Rehabilitation im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es jedoch im Gesetz keinen Hinweis. Gesetzliche Regelungen sind grundsätzlich gleichrangig, unabhängig von ihrem Alter. Allenfalls entspricht es modernem Rechtsverständnis, dem neueren Recht im Konfliktfall Vorrang einzuräumen („lex posterior derogat legi priori“)[80] und das ältere Recht im Lichte des neueren Rechts auszulegen.

Ebenso ist es zumindest irreführend, wenn der achte Senat des BSG bei der Prüfung des Verhältnisses von Krankenversicherung und Sozialhilfe nach § 264 Abs. 2 SGB V meint, dass die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung am Begriff der Krankheit ansetze, während die Eingliederungshilfe der Sozialhilfe, einschließlich der von ihr umfassten medizinischen Rehabilitation am Begriff der Behinderung ansetze[81], um damit zu begründen, dass auch die medizinische Rehabilitation nicht versicherter Sozialhilfeempfänger von der Krankenkasse zu übernehmen sei, obwohl § 264 Abs. 4 S. 1 SGB V nur auf § 11 Abs. 1 und nicht auf § 11 Abs. 2 verweist.

Einer Unterordnung der medizinischen Rehabilitation in der Krankenversicherung unter die Ziele der Krankenbehandlung stehen die nach Wortlaut, Systematik und Entstehungsgeschichte erkennbare Gleichordnung beider Begriffe in § 11 Abs. 2 SGB V und der ausdrückliche Verweis auf die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele in § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V entgegen. Die in §§ 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX und § 11 Abs. 2 SGB V übereinstimmend genannten Ziele sind daher Anspruchsvoraussetzungen

[79] *BSG*, Urt. v. 22.07.2004, Az. B 3 Kr 13/03 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 6; *BSG*, Urt. v. 16.09.2004, Az. B 3 Kr 15/04 R.
[80] HK-SGB IX – *Welti*, § 7 Rz. 8; vgl. *BSG*, Urt. v. 21.06.2000, Az. B 4 RA 52/99 R, SozR 3-2600 § 301 Nr 3.
[81] *BSG*, Urt. v. 28.10.2008, Az. B 8 SO 23/07 R, am Ende.

der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung[82].

Einer gleichwertigen Differenzierung der Leistungsbereiche steht nicht entgegen, dass Krankenbehandlung und auf die Prävention oder den Ausgleich von Behinderung bezogene Rehabilitation einen breiten Überschneidungsbereich haben. Durch § 27 SGB IX und § 2a SGB V ist anerkannt, dass Krankenbehandlung immer auch die auf Behinderung bezogenen Ziele der medizinischen Rehabilitation und die besonderen Belange behinderter Menschen zu beachten hat. Doch bleibt sie im Schwerpunkt auf die Behandlung einer nach ICD-10 kodierbaren Krankheit nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 Abs. Satz 3 SGB V) ausgerichtet. Medizinische Rehabilitation nach § 11 Abs. 2 SGB V und § 26 Abs. 1 SGB IX hat Krankheiten als verstärkende Faktoren einer Behinderung zu beachten, ist aber im Schwerpunkt auf Prävention und Ausgleich von Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX[83] und der ICF ausgerichtet[84]. Damit ist ihr Ziel die Teilhabe. Sie umfasst jenen Ausschnitt der Rehabilitation, dessen Mittel in § 26 Abs. 2 SGB IX beschrieben sind und in denen medizinische und ärztlich beaufsichtigte oder angeordnete Leistungen im Vordergrund stehen. Die Abgrenzung zwischen der auf Krankheit bezogenen Behandlung und der auf Teilhabe gerichteten Rehabilitation ist notwendig und möglich[85]. Nicht erforderlich ist sie nur dort, wo rehabilitative Zielsetzungen in Leistungen der Krankenbehandlung integriert sind, wie bei der Frührehabilitation im Krankenhaus[86]. Sie kann auch bei äußerlich ähnlichen Leistungen nach dem Schwerpunkt der Zielsetzung erfolgen, wie dies auch in anderen Bereichen des Sozialrechts praktikabel ist[87].

---

[82] KassKomm – *Höfler*, § 11 Rz. 18.

[83] Zur Geltung für die Rehabilitation der Krankenversicherung auch: Hauck/Noftz – *Noftz*, K § 11, Rz. 50.

[84] *Oppermann*, Medizinische Rehabilitation, Rz. 13 f.; *Masuch*, Die Beeinträchtigung der Teilhabe in der Gesellschaft, S. 199-219; *Fuchs*, Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen, S. 82.

[85] Hauck/Noftz – *Noftz*, K § 11, Rz. 52; *Reimann*, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Rz. 119.

[86] Hauck/Noftz – *Noftz*, K § 11, Rz. 52.

[87] Vgl. zur Abgrenzung von Pflegehilfsmitteln zu Hilfsmitteln zur Krankenbehandlung: *BSG*, Urt. v. 24.09.2002, Az. B 3 KR 15/02 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 47.

b) Welche Leistungen nach dem SGB V sind Leistungen zur Teilhabe?
Fraglich ist dann, welche Leistungen nach dem SGB V zugleich Leistungen zur Teilhabe sind.

aa) Medizinische Rehabilitation in und durch Einrichtungen gem. § 40 SGB V
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in und durch ambulante und stationäre Einrichtungen nach §§ 40 SGB V sind Leistungen zur Teilhabe im Sinne des SGB IX. Sie sind bereits im Namen als Leistungen der medizinischen Rehabilitation ausgewiesen und werden ihnen unbestritten zugerechnet. In der Rechtsprechung wird entsprechend das SGB IX unmittelbar auf diese Leistungen angewandt[88].
Aus § 107 Abs. 2 SGB V wird deutlich, dass in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zugleich Krankenbehandlung möglich ist. Dies entspricht der Einbeziehung der Behandlung interkurrenter Erkrankungen in die Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung.[89] Damit wird aber die Leistung in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nicht insgesamt zur Krankenbehandlung.
In Rechtsprechung und Literatur strittig ist nicht, ob Rehabilitation in und durch stationäre Einrichtungen nach § 40 SGB V eine Leistung der medizinischen Rehabilitation ist. Fraglich ist nur, ob die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung durch ein ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal eingegrenzt wird. Der erste Senat des BSG meint, dass medizinische Rehabilitation nach Maßgabe des SGB V nur „die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktion einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolgs, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können“[90] sei. Diese angebliche Leistungsvoraussetzung entnimmt der Senat weder § 11 Abs. 2 noch § 40 Abs. 1 SGB V als denjenigen Normen, die den Leistungsanspruch der Versicherten bestimmen. Vielmehr meint der erste Senat diese einschränkende Leistungsvoraussetzung aus der Defi-

[88] So in *BSG*, Urt. v. 26.06.2007, Az. B 1 Kr 36/06 R (§ 14 SGB IX); *BSG*, Urt. 23.07.2002, Az. B 3 KR 63/01 R, BSGE 89, 294 (§ 19 Abs. 1 SGB IX); ebenso: *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 01.08.2007, Az. L 4 Kr 2071/05 (§§ 9 Abs. 1, 15 Abs. 1, 19 Abs. 4 Satz 1 SGB IX)
[89] 13 Abs. 3 SGB VI.
[90] *BSG*, Urt. v. 26.06.2007, Az. B 1 Kr 36/06 R; dazu *Hauck*, Auswirkungen des SGB IX auf die Rehabilitation in der GKV (i.E.), S. 46, 55; kritisch: *Welti*, IQPR-Diskussionsforum A Nr. 10/2008

nition der Rehabilitationseinrichtung in § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V ableiten zu können. Danach sind dies Einrichtungen, die dazu dienen, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern (Rehabilitation) und die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln und andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen.

Dem ersten Senat ist zuzugeben, dass die zunächst auf Krankheit und erst dann auf Behinderung abzielende Textfassung in § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V auf den ersten Blick in einem gewissen Spannungsverhältnis zur allein auf Behinderung ausgerichteten Zielbestimmung nach § 11 Abs. 2 SGB V steht, auf die in § 40 Abs. 1 SGB V allein Bezug genommen wird. Doch begegnet die Rechtsprechung des ersten Senats des BSG durchgreifenden Bedenken nach Wortlaut, Systematik sowie Sinn und Zweck der einschlägigen Normen.

Nach dem Wortlaut von § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V ist zu beachten, dass in der Definition der Rehabilitationseinrichtung ihr Zweck zwar ungewöhnlicherweise zunächst mit krankheitsbezogenen Zielen beschrieben wird, die eigentliche Legaldefinition von Rehabilitation aber erst in der Wendung „auch mit dem Ziel…“ beschreiben wird, die inhaltlich in völliger Übereinstimmung mit § 11 Abs. 2 SGB V steht. Die vorangehenden Hinweise auf Krankenbehandlung und den unmittelbaren Anschluss an Krankenbehandlung dienen dagegen der Klarstellung, dass auch in Rehabilitationseinrichtungen Krankenbehandlung stattfinden können muss, weil rehabilitationsbedürftige Menschen oftmals zugleich behandlungsbedürftig im Sinne der Krankenbehandlung sind und Krankenbe-

handlung und Rehabilitation häufig verzahnt werden, z.B. im Rahmen der Anschlussheilbehandlung. Eine Beschränkung des Rehabilitationszwecks in der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit die Rehabilitation in Einrichtungen stattfindet, kann somit aus § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V nicht entnommen werden.

Ein Fehlschluss wäre es auch, wenn die ständige ärztliche Verantwortung in einer Rehabilitationseinrichtung als Argument für einen im Verhältnis zum SGB IX verengten Zweck der medizinischen Rehabilitation herangezogen würde. Auch in § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX wird die ärztliche Aufsicht und Anordnung als ein Strukturelement der Mittel der medizinischen Rehabilitation angesehen. Das Spektrum der ärztlichen Profession würde verkannt, wenn von der ärztlichen Leitung auf eine nur krankheitsbezogene Rehabilitation geschlossen würde. Die Sozialmedizin und Rehabilitationsmedizin sind vielmehr auf den Umgang mit Behinderung und Teilhabe spezialisiert, wie sich aus der gesetzlichen Kompetenzzuweisung an die Sozialmedizin für die Feststellung des Rehabilitations- und Teilhabebedarfs ergibt[91].

Auch aus systematischen Gründen ist es wenig überzeugend, den in §§ 40 Abs. 1, 11 Abs. 2 SGB V klar nach dem Leistungszweck definierten Leistungsanspruch unter Rückgriff auf die Interpretation einer leistungserbringungsrechtlichen Norm einzuschränken. Der Gesetzesvorbehalt für das Leistungsrecht aus § 31 SGB I spricht vielmehr dafür, die Interpretation des Leistungserbringungsrechts dem Leistungsrecht anzupassen statt umgekehrt zu verfahren.

Schließlich verfehlt die Konstruktion eines eigenständigen engen Rehabilitationszwecks der gesetzlichen Krankenversicherung – die, wie gezeigt, mindestens praeter, wenn nicht contra legem erfolgt – den vom Gesetzgeber mit dem SGB IX verfolgten Zweck, eine möglichst weit gehende Konvergenz im Leistungsrecht der Rehabilitationsträger herzustellen. Sinn und Zweck der Regelung in § 7 Satz 1 SGB IX würde eine konvergenzorientierte Auslegung der Leistungsgesetze erfordern, nicht die Konstruktion einer je eigenständigen Dogmatik der Rehabilitation in jedem

[91] § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX.

einzelnen Leistungsgesetz. Die im SGB IX und in § 11 Abs. 2 SGB V textlich explizite Zwecksetzung der medizinischen Rehabilitation aller Rehabilitationsträger muss Vorrang haben vor heute nurmehr historisch begründeten Reduktionen und Differenzierungen des Rehabilitationszwecks in den Leistungsgesetzen[92].

Festzuhalten bleibt aber, dass dieser Streit nur den Umfang des Leistungsanspruchs auf Rehabilitation in Einrichtungen betrifft, nicht jedoch seine grundsätzliche Einordnung in den Anwendungsbereich des SGB IX mit entsprechenden Konsequenzen für den G-BA.

bb) Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter, § 41 SGB V

Auch die medizinische Rehabilitation in Einrichtungen für Mütter und Väter (§ 41 SGB V) ist bereits im Titel als Leistung der medizinischen Rehabilitation ausgewiesen. Allerdings wird für sie eine Verknüpfung zu den Zielen von § 27 SGB V, also der Bekämpfung von Krankheiten, hergestellt. Es handelt sich hier um eine besondere Leistungsvoraussetzung, die kumulativ zum Behinderungsbezug nach § 11 Abs. 2 SGB V vorliegen muss, insoweit um abweichendes Recht im Sinne von § 7 Satz 1 SGB IX. Die Leistungen selbst unterfallen dem SGB IX.

cc) Ergänzende Leistungen und sozialmedizinische Nachsorge, § 43 SGB V

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 SGB V teilen sich in solche Leistungen auf, die durch einen Verweis auf §§ 44, 53, 54 SGB IX zu leisten sind sowie Leistungen, die auf Behinderung bezogen sind und die die Krankenbehandlung ergänzen. Die ersteren ergänzen Hauptleistungen der Rehabilitation durch rehabilitative Leistungen, die zweiten ergänzen Leistungen der Krankenbehandlung durch rehabilitative Leistungen. Die gleiche Unterteilung besteht bei sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen, die entweder Leistungen der Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation ergänzen können. Während die erste Gruppe unproblematisch den ergänzenden Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX zugerechnet werden kann, ist dies bei der zweiten Gruppe näher zu klären. Im Ergebnis handelt es sich um rehabili-

[92] Z.B. noch bei Hauck/Noftz - *Noftz* (63. Erg.-Lfg. X/02), K § 40 Rz. 13; *Luthe*, Begriff der Rehabilitation und des Rehabilitationsrechts, S. 13 ff.

tative Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung, die in § 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V genannt sind. Sie unterliegen dem SGB IX[93], sind aber in die Strukturen der Krankenbehandlung integriert.

dd) Leistungen der Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V)

Leistungen der Belastungserprobung und Arbeitstherapie i.S.d. § 42 SGB V sind im SGB V im systematischen Zusammenhang mit den Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen genannt. Sie sind in § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX ausdrücklich als mögliche Bestandteile medizinischer Rehabilitation genannt. Ihre auf Erwerbsfähigkeit und Teilhabe gerichtete Zielrichtung einschließlich der Brückenfunktion zwischen medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie die systematische Stellung im SGB V deuten darauf hin, dass es sich um Leistungen zur Teilhabe handelt[94].

ee) Soziotherapie, § 37a SGB V

Nach § 37a Abs. 1 SGB V haben Versicherte, die wegen psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Sie umfasst die im Einzelfall erforderliche Koordinierung sowie Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme. Nach § 37a Abs. 2 SGB V bestimmt der G-BA in Richtlinien Näheres.

Ob die Soziotherapie den Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder der Krankenbehandlung zuzuordnen ist, ergibt sich daraus, welches die Leistung ist, deren Inanspruchnahme ermöglicht werden soll. Da eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistung in Einrichtungen nach § 40 SGB V ärztlich verordnet werden kann – auch wenn dies nicht Leistungsvoraussetzung ist –, kann auch die Soziotherapie zur Ermöglichung dieser Leistung eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation sein. Damit handelt es sich in § 37a SGB V für diesen Fall um die Anspruchsgrundlage zu den in § 26 Abs. 3 Nr. 7 SGB IX vorgesehenen Leistungen zur Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der

[93] So auch Hauck/Noftz – *Noftz*, K § 43 Rz. 77.
[94] Hauck/Noftz – *Noftz*, K § 42, Rz. 3.

medizinischen Rehabilitation. Die in § 37a Abs. 1 S. 1 SGB V vorgesehene Beschränkung auf den Fall, dass Krankenhausbehandlung vermieden wird, ist eine Anspruchsvoraussetzung nach § 7 Satz 2 SGB IX, die in § 37a Abs. 1 S. 3 SGB V vorgesehene Begrenzung des Anspruchs auf eine Höchststundenzahl von 120 Stunden eine abweichende Bestimmung des Leistungsinhalts nach § 7 Satz 1 SGB IX.

ff) Hilfsmittel zum Ausgleich und zur Prävention einer Behinderung (§ 33 Abs. 1 SGB V)

Hilfsmittel zum Ausgleich und zur Prävention einer Behinderung i.S.d. § 33 Abs. 1 SGB V sind ausdrücklich auf Ziele der Rehabilitation und Teilhabe bezogen. Sie sind zugleich Leistungen zur Teilhabe (medizinische Rehabilitation) im Sinne von §§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 SGB IX[95]. Der regelmäßig zuständige dritte Senat des BSG zieht bei Streitigkeiten um Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich in ständiger Rechtsprechung Normen des SGB IX als Entscheidungsmaßstab heran. So hat das BSG das Hilfsmittel der Krankenkasse zum Behinderungsausgleich explizit als Leistung der medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX eingeordnet[96]. Es hat ausgeführt, dass die Beschränkung des Leistungsziels auf den Ausgleich von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens in § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX für die gesetzliche Krankenversicherung verbindlich geregelt ist[97]. Es hat Selbstbestimmung nach § 1 SGB IX als Ziel und seine Erreichbarkeit als indiziell für einen Anspruch auf Hilfsmittel angesehen[98] und den Behinderungsbegriff in § 2 Abs. 1 SGB IX unmittelbar für § 33 SGB V herangezogen[99]. Auch das Wunsch- und Wahlrecht

[95] Ebenso: KassKomm – *Höfler*, § 27 Rz. 65.
[96] *BSG*, Urt. v. 22.07.2004, Az. B 3 Kr 5/03 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 5; vgl. *Fuchs*, Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen, S. 236 ff.
[97] *BSG*, Urt. v. 16.09.2004, Az. B 3 Kr 15/04 R; *BSG*, Urt. v. 03.08.2006, Az. B 3 Kr 25/05 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 13; *BSG*, Urt. v. 19.04.2007, Az. B 3 Kr 9/06 R, BSGE 98, 213; ebenso: *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 15.07.2008, Az. L 11 Kr 2825/04.
[98] *BSG*, Urt. v. 06.06.2002, Az. B 3 Kr 67/01 R, BSGE 89, 271; *BSG*, Urt. v. 21.11.2002, Az. B 3 Kr 4/02 R; *BSG*, Urt. v. 28.05.2003, Az. B 3 Kr 30/02 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 4; *BSG*, Urt. v. 22.07.2004, Az. B 3 Kr 5/03 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 5; ebenso: *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 12.07.2006, Az. L 5 Kr 5148/05*; LSG Saarland*, Urt. v. 28.11.2007, Az. L 2 Kr 22/06.
[99] *BSG*, Urt. v. 23.07.2002, Az. B 3 Kr 66/01 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 45; ebenso: *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 12.07.2006, Az. L 5 Kr 5148/05; *LSG Saarland*, Urt. v. 28.11.2007, Az. L 2 Kr 22/06.

nach § 9 Abs. 1 SGB IX[100], das Zuständigkeitsklärungsverfahren nach § 14 SGB IX und die Erstattungsregelung nach § 15 SGB IX[101] hat der dritte Senat des BSG auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nach § 33 Abs. 1 SGB V angewandt.

Der für Fragen der Rentenversicherung zuständige dreizehnte Senat hat in einer Entscheidung die Frage problematisiert, ob der erste Senat des BSG das Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich als Leistung zur Teilhabe ansehe[102]. Diesen Ausführungen liegt jedoch nur eine Unsicherheit über die Positionen des ersten Senats zur Rehabilitation in Einrichtungen[103] zu Grunde. Der erste Senat hat sich aber gar nicht zu Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich geäußert. Es liegt also keine Divergenz zwischen den Senaten des BSG vor, zumal sich der dreizehnte Senat die vermeintliche Auffassung des ersten Senats ausdrücklich nicht zu Eigen gemacht hat.

Es handelt sich beim Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich um eine Antragsleistung, die nicht unmittelbar vom Vertragsarzt konkretisiert wird und für die die ärztliche Verordnung nicht Voraussetzung ist[104], was in §§ 5, 8 Abs. 2 HilfsMRL erkennbar ist, aber deutlicher herausgestellt werden könnte. Hilfsmittel zum Ausgleich und zur Prävention einer Behinderung sind hinsichtlich der Zielsetzung wie auch der Gestaltung und Ausführung zu unterscheiden von Hilfsmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung (§§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, 33 Abs. 1 SGB V), die nicht dem SGB IX unterfallen.

gg) Weitere Leistungen

Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB V können zudem weitere Leistungen sein, die mit den Zielen von § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V erbracht werden und für die im SGB V eine Anspruchsnorm enthalten ist. Aus § 26 Abs. 2 SGB IX ergibt sich, dass nahezu das gesamte Leistungs-

[100] *BSG*, Urt. v. 23.01.2003, Az. B 3 Kr 7/02 R, BSGE 90, 220; *BSG*, Urt. v. 28.05.2003, Az. B 3 Kr 30/02 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 4; *BSG*, Urt. v. 24.05.2006, Az. B 3 Kr 12/05 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 11.

[101] *BSG*, Urt. v. 06.06.2002, Az. B 3 Kr 67/01 R, BSGE 89, 271.

[102] *BSG*, Urt. v. 21.08.2008, Az. B 13 R 33/07 R; dazu *Welti*, IQPR-Diskussionsforum A Nr. 7/2009.

[103] *BSG*, Urt. v. 26.06.2007, Az. B 1 Kr 36/06 R.

[104] *BSG*, Urt. vom 23.7.2002, Az. B 3 KR 66/01 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 45; Kingreen/Becker – *Butzer*, § 33 Rz. 8 mwN.

spektrum des SGB V auch als Leistung zur Teilhabe in der medizinischen Rehabilitation erbracht werden kann[105]. Dagegen spricht nicht, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V Leistungen zur Krankenbehandlung sein können. Aus dieser Norm wird nur deutlich, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation einen Doppelcharakter haben und zugleich der medizinischen Rehabilitation die der Krankenbehandlung zugehören können. Ob weitere Leistungen nach dem SGB V Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX sind und welchen leistungs- und leistungserbringungsrechtlichen Status diese Leistungen haben, ist im Einzelnen zu untersuchen.

(1) Vertragsärztliche Leistungen

Auch vertragsärztliche Leistungen können eigenständige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sein, wie sich leistungsrechtlich aus §§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V, 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX ergibt. Es kann sich um hausärztliche oder fachärztliche Leistungen handeln. Leistungserbringungsrechtlich sind hier die Leistungen nach § 73 Abs. 2 SGB V von den Leistungen nach § 73 Abs. 3 SGB V zu unterscheiden.

Vertragsärztliche Leistungen können – wie in § 73 Abs. 3 SGB V vorausgesetzt wird – zunächst Leistungen der vertragsärztlichen Regelversorgung nach § 73 Abs. 2 SGB V sein. Dies ergibt sich leistungsrechtlich aus § 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V. Sie sind entweder der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB V zugeordnet oder werden von Fachärzten für physikalische Therapie und Rehabilitationsmedizin erbracht. § 73 Abs. 3 SGB V bestimmt, dass darüber hinaus in den Gesamtverträgen auf der Ebene der Länder zwischen den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen rehabilitative Leistungen als Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung vereinbart werden können.[106] Es handelt sich in beiden Fällen um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Strukturen der Krankenbehandlung. Diese Leistun-

[105] *Liebold*, S. 240.

[106] Hauck/ Noftz – *Klückmann*, K § 73, Rz. 27; dies ist allerdings – soweit ersichtlich – bislang nicht geschehen. Liebold führt dies darauf zurück, dass hierfür neben den Leistungen, die bereits Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 2 i.V.m. Abs. 1 SGB V sind, kein Bedarf besteht, *Liebold*, S. 277 f. m.w.N.

gen sind eigenständige Leistungen zur Teilhabe. Sie unterliegen dem SGB IX.

(2) Heilmittel

Die für ärztliche Leistungen und ergänzende Leistungen aus dem Gesetz erkennbare Aufteilung in eigenständige Leistungen zur Teilhabe und rehabilitative Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung ist auch bei den weiteren Leistungen der Krankenkassen vorhanden.

Heilmittel zu Zwecken der medizinischen Rehabilitation können als eigenständige Leistungen nach §§ 11 Abs. 2 Satz 1, 32 SGB V und als rehabilitative Leistungen in den Strukturen der Krankenbehandlung nach §§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 32 SGB V geleistet werden. Im einen Fall sind sie eigenständige Leistungen, die auch ohne ärztliche Behandlung erbracht werden können[107], im anderen Fall ergänzen sie eine rehabilitative Leistung des Vertragsarztes. Beide Konstellationen unterfallen dem SGB IX. Sie sind abzugrenzen vom krankheitsbezogenen Leistungsfall des Heilmittels nach §§ 11 Abs. 1, 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, 32 SGB V.

(3) Krankenhausbehandlung

Leistungen im Krankenhaus sind nur dann Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn eine Rehabilitationseinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus nach §§ 111 Abs. 5, 107 Abs. 2 als Rehabilitationseinrichtung gilt und Leistungen nach § 40 SGB V erbringt.

Leistungen der Frührehabilitation im Krankenhaus (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V) sind rehabilitative Leistungsbestandteile der akutstationären Behandlung, wie im Gesetz ausdrücklich ausgeführt wird. Sie sind in jedem geeigneten Leistungsfall als Teil der Krankenhausleistung auszuführen. Sie sind keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX[108], wenn auch die rehabilitative Zielorientierung und ihre Verknüpfung mit anderen Leistungen §§ 27, 10 SGB IX unterfallen.

---

[107] Für die Petö-Therapie anerkannt vom *SG* Düsseldorf, Urt. v. 24.06.2004, Az. S 4 Kr 139/03; dazu ausführlich: *Fuchs*, Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen, S. 151 ff.

[108] Weiter gehend *Liebold*, S. 233, der diese Leistungen dem SGB IX unterstellen will; wie hier: *Fuchs*, Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen, S. 140 ff.

c) Kompetenzen des G-BA

Der G-BA kann nur diejenigen Leistungen zur Teilhabe konkretisieren, die von Vertragsärzten, Krankenhäusern oder Eigeneinrichtungen der Krankenkassen ausgeführt oder veranlasst werden, weil er nur insoweit durch Mitgliedschaft legitimiert ist; er kann sie nur in dem Maße vollständig konkretisieren, als sie von Ärzten ausgeführt werden, weil er darüber hinaus sachlich nicht legitimiert ist. Entscheidungen des G-BA haben darüber hinaus auch Wirkungen auf andere Leistungserbringer, die insbesondere über die ärztliche Verordnung, Planung oder Anregung von Leistungen oder über die Planungskompetenzen der Krankenkassen vermittelt werden. Diese mittelbaren Wirkungen sind jedoch soweit zu begrenzen, dass sie nicht die Rechte der Leistungsberechtigten und die fachlichen Kompetenzen von Leistungserbringern der Rehabilitation und Teilhabe unzulässig verkürzen[109].

Die Kompetenzen des G-BA sind weiterhin von den Kompetenzen abzugrenzen, die nur den Krankenkassen oder den Rehabilitationsträgern gemeinsam zukommen. Die Rehabilitationsträger gemeinsam sind berufen, in gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 1, 13 Abs. 1 SGB IX sicherzustellen, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden. Der Gesetzgeber wollte mit dem SGB IX die Konvergenz des Leistungsrechts insoweit sicherstellen, dass die Ansprüche an verschiedene Träger der medizinischen Rehabilitation nur dann voneinander abweichen, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist.

Der G-BA hat die Kompetenz, im Rahmen seiner Richtlinien über die ärztliche Behandlung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V) die rehabilitativen Leistungen der Hausärzte und der Fachärzte nach §§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6, 73 Abs. 1 Nr. 4 SGB V zu konkretisieren. Er hat dabei auf die Kompetenzen der Krankenkassen und Rehabilitationsträger im Rahmen des SGB IX Rücksicht zu nehmen. Das bedeutet insbesondere, dass die Verfahrens- und Koordinationsregelungen des

[109] Für die Berufsfreiheit der Leistungserbringer vgl. *BSG*, Urt. v. 28.06.2000, Az. B 6 KA 26/99 R, BSGE 86, 223 (Diätassistenten).

SGB IX zu beachten sind und dass der in den gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger vereinbarte Leistungsrahmen eingehalten wird. Da rehabilitative Leistungen nicht nur in Trägerschaft der Krankenkassen, sondern auch anderer Rehabilitationsträger – in praxi vor allem der Rentenversicherung und der Träger der Sozialhilfe – erbracht werden, ist die Beachtung des SGB IX geboten, um die nötige Koordination herzustellen und die Gleichbehandlung im Leistungsrecht zu sichern.

Für weitere eigenständig nach § 73 Abs. 3 SGB V vereinbarte Rehabilitationsleistungen hat der G-BA keine Kompetenz, weil diese allein bei den Vertragspartnern auf der Ebene der Länder liegt, den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Solche Leistungen erfolgen außerhalb der Gesamtverträge und der Gesamtvergütung und können z.B. vereinbart werden, um Versorgungslücken zu schließen, wenn spezifische Erbringer von Leistungen zur Teilhabe regional nicht vorhanden sind. Eine Mitwirkung der Vertreterinnen und Vertreter der Organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen kann hier nach § 137a Abs. 3 SGB V erfolgen.

Der G-BA hat die Kompetenz im Rahmen seiner Richtlinien über die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) diejenigen Leistungen zu konkretisieren, die im Rahmen der rehabilitativen Leistungen der Vertragsärzte verordnet werden (§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V). Er hat auch dabei auf die Kompetenzen der Krankenkassen und Rehabilitationsträger im Rahmen des SGB IX Rücksicht zu nehmen.

Der G-BA hat die Kompetenz im Rahmen seiner Richtlinien über die Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur Teilhabe (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V) die Tätigkeit der Vertragsärzte in der Vorbereitung eigenständiger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und in der Beratung zu konkretisieren. Er hat dabei auf die Kompetenzen der Krankenkassen und Rehabilitationsträger im Rahmen des SGB IX Rücksicht zu nehmen und den durch § 61 SGB IX bestimmten Mindeststandard zu beachten. Insbesondere ist zu beachten, dass diese Leistun-

gen nicht von der Verordnung der Vertragsärzte abhängig sind und dass in jedem Fall einer Behinderung oder drohenden Behinderung eine Beratungspflicht besteht. Zusätzlich zur eigenen ärztlichen Beratungspflicht hat der Vertragsarzt den behinderten oder von Behinderung bedrohten Patienten nach § 61 SGB IX an eine Gemeinsame Servicestelle oder an eine andere Beratungsstelle für Rehabilitation zu verweisen. Es ist daher unbedingt sachgerecht, die Beratung als eigenständige vertragsärztliche Pflichtleistung in den Richtlinien des G-BA auszugestalten[110].

d) Bedeutung des SGB IX für die Akutbehandlung (§§ 27, 10 SGB IX)
Das SGB IX kann darüber hinaus auch für weitere Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen gelten. Nach § 27 SGB IX gelten die Ziele der medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 1 SGB IX sowie die Pflicht zur Koordination nach § 10 Abs. 1 SGB IX auch bei Leistungen der Krankenbehandlung[111]. Diese Norm gilt für Krankenkassen, Vertragsärzte und andere Leistungserbringer[112].
Ziele der medizinischen Rehabilitation sind nach § 26 Abs. 1 SGB IX Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern. Damit sind die besonderen Ziele benannt, die auch Leistungen der Krankenbehandlung verfolgen müssen, um die besonderen Belange behinderter, von Behinderung bedrohter und chronisch kranker Menschen zu berücksichtigen.
Nach § 10 Abs. 1 SGB IX sind die Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, die erforderlichen Leistungen nach dem individuellen Bedarf funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Die Leistungen werden entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzel-

[110] *Masuch*, Beratungspflicht der Ärzte nach dem SGB IX, S. 174, 176.
[111] Vgl. umfassend: *Heine*, SGB IX und Akutbehandlung, S. 100 ff.
[112] *Oppermann*, Medizinische Rehabilitation, Rz. 31.

falls die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 SGB IX entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen. Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf und gewährleisten, dass die wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt. Dies ist von den Rehabilitationsträgern unter Einschluss der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in der Gemeinsamen Empfehlung Teilhabeplan vom 16.12.2004[113] konkretisiert worden. In der gemeinsamen Empfehlung ist Näheres über Form und Inhalte des Teilhabeplans sowie das Verfahren seiner Erstellung geregelt. Auch den behandelnden Ärzten ist nach § 5 Abs. 3 GE Teilhabeplan die Möglichkeit der Mitwirkung an der Erstellung und Anpassung des Teilhabeplans auf berechtigten Wunsch des behinderten Menschen einzuräumen. Empfehlungen der behandelnden Ärzte sind nach § 5 Abs. 4 GE Teilhabeplan angemessen zu berücksichtigen. Der Teilhabeplan ist nach § 6 Abs. 3 GE Teilhabeplan ggf. auch dem behandelnden Arzt zur Verfügung zu stellen.

Da diese Pflicht sich auf die akute Krankenbehandlung erstreckt, bedeutet dies, dass die Krankenbehandlung für behinderte und chronisch kranke Menschen mit den Leistungen zur Teilhabe aller Leistungsgruppen zu koordinieren und auf deren umfassende Ziele auszurichten ist, um den besonderen Bedürfnissen gerecht zu werden. Die hierzu bereits getroffenen Vereinbarungen der Rehabilitationsträger im GE Teilhabeplan sind durch den G-BA für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung aufzugreifen, zu konkretisieren und zu ergänzen. Dabei ist auch die Pflicht der Krankenhäuser zur Frührehabilitation nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V und zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V als besonderer Anknüpfungspunkt zu beachten.

e) Geltung des SGB IX für die Leistungserbringung und Qualitätssicherung (§§ 17-21 SGB IX)

Die Normen des SGB IX zur Leistungserbringung und Qualitätssicherung nach §§ 17-21 SGB IX fallen unter § 7 Satz 1 SGB IX, da es sich nicht um

[113] Im Folgenden GE Teilhabeplan.

Regelungen der Leistungsvoraussetzungen oder der Zuständigkeit handelt[114]. Sie gelten also auch für die Erbringung der Leistungen zur Teilhabe durch die gesetzlichen Krankenkassen, soweit das SGB V nicht etwas Abweichendes regelt. Daher ist das Verhältnis der §§ 17-21 SGB IX zu den Regelungen des SGB V einschließlich der Kompetenzen des G-BA im Einzelnen zu bestimmen. Hier sind die bereits genannten Grenzen der Kompetenz des GBA für die Leistungen zur Teilhabe insgesamt zu beachten. So hat der G-BA Kompetenzen für die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 137 SGB V), in der Medizin (§ 137 SGB V) und im Krankenhaus (§ 137c SGB V), nicht jedoch in der Vorsorge oder Rehabilitation (§ 137d SGB V). Die Beteiligung der Verbände behinderter Menschen und der Selbsthilfe chronisch kranker Menschen erfolgt hier im Rahmen der Erstellung der Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 3 SGB IX. Für die Umsetzung im Krankenversicherungsrecht und insbesondere für den Bereich der Vorsorge fehlt eine entsprechende Regelung im SGB V, da sich die Beteiligungsrechte nach § 137a Abs. 3 SGB V nicht auf den in § 137d SGB V geregelten Bereich erstrecken.

6. Pflichten zur Sicherstellung der Barrierefreiheit

Ein besonderer Belang von Menschen mit Behinderungen sind Mobilitäts- und Kommunikationsbarrieren, die die Teilhabe in unterschiedlichsten Lebensbereichen beeinträchtigen. Verschiedene Gesetze normieren die Verpflichtung zur Sicherstellung der Barrierefreiheit, die der Überwindung bestehender Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen dient und sind auch im Zusammenhang mit der Leistungserbringung im SGB V anwendbar.

a) § 17 SGB I

Nach § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB I sind die Sozialleistungsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass ihre Verwaltungs und Dienstgebäude frei von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren sind und Sozialleistungen in

[114] Anerkannt in *BSG*, Urt. 23.07.2002, Az. B 3 KR 63/01 R, BSGE 89, 294 (§ 19 Abs. 1 SGB IX); Vgl. dazu und weiter führend *Welti/Fuchs*, Die Rehabilitation 2007, S. 111-115; *Welti*, SGb 2009, S. 330-337.

barrierefreien Räumen und Anlagen ausgeführt werden. Diese Vorschrift gilt für sämtliche Sozialleistungen, die beansprucht und erbracht werden können. Sie ist also unabhängig von der Geltung des SGB IX bei der Erbringung von Leistungen nach dem SGB V anzuwenden, für ärztliche oder nichtärztliche, ambulante oder stationäre Leistungen. Die Krankenkassen als Sozialleistungsträger nach §§ 12, 21 Abs.2, 29 Abs. 2 SGB I sind an diese Vorschrift unmittelbar gebunden. Ihre Strukturverantwortung ist nicht erfüllt, wenn die Leistungserbringer nicht über Verträge oder über verbindliche Regelungen, z.B. Richtlinien des G-BA, auf eine ausreichende und barrierefreie Infrastruktur verpflichtet sind. Die Barrierefreiheit ist unmittelbar und allgemein herzustellen, nicht auf dem Wege von Kostenerstattung oder auf besonderen Antrag[115].

Der G-BA hat die Aufgabe, Regelungen zur Leistungserbringung in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu treffen. Daher sind auch die übrigen Vertreter im G-BA zur Beachtung von § 17 SGB I verpflichtet, weil die Konkretisierung von Leistungsansprüchen durch Richtlinien und Beschlüsse sich auch insofern im Rahmen der geltenden gesetzlichen Regelungen halten muss.

Die Verpflichtung aus § 17 Abs. 1 SGB I wird von § 17 Abs. 2 SGB I im Hinblick auf die Kommunikationsbarrieren konkretisiert, indem er behinderten Menschen das Recht einräumt, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen Gebärdensprache zu verwenden, wobei die Sozialleistungsträger verpflichtet sind, die hierdurch sowie durch die Nutzung anderer Kommunikationshilfen entstehende Kosten zu übernehmen. Insofern findet § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB X Anwendung.

b) Behindertengleichstellungsgesetz

§ 4 BGG definiert den Begriff der Barrierefreiheit folgendermaßen: „Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrich-

[115] *Frehe,* Behindertenrecht 2006, S. 7 ff.

tungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind."

Die Verpflichtung zur Herbeiführung der Barrierefreiheit besteht nach Maßgabe des § 8 BGG für die Bereiche Bau und Verkehr.[116] Andere Regelungen sind nur auf Träger öffentlicher Gewalt anwendbar. Träger öffentlicher Gewalt sind nach § 7 BGG solche auf Bundesebene sowie auf Landesebene, soweit letztere Bundesrecht ausführen. Für die Sozialversicherungsträger gilt das BGG unmittelbar nach § 7 Abs. 1 Satz 1 BGG, soweit sie bundesunmittelbar sind. Dies sind alle Krankenkassen, die in mehr als drei Bundesländern tätig sind (Art. 87 Abs. 2 GG). Für die anderen Krankenkassen gilt das BGG bei der Ausführung von SGB V und SGB IX als Bundesrecht nach § 7 Abs. 1 Satz 2 BGG.

§ 9 BGG regelt das Recht zur Verwendung von Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen gegenüber Trägern öffentlicher Gewalt im Verwaltungsverfahren, insoweit enthalten § 19 SGB X und § 17 SGB I speziellere Regelungen. § 11 BGG verpflichtet die Träger öffentlicher Gewalt i.S.d. § 7 BGG, also auch die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und den G-BA, zur barrierefreien Gestaltung ihrer informationstechnischen Angebote.[117]

Für den Zugang zu Sozialleistungen ist hier zu betonen, dass die Leistungen, namentlich die ärztliche Behandlung, in der allgemein üblichen Weise erfolgen müssen. Dies bedeutet, dass eine Leistung nicht barrierefrei zugänglich ist, wenn hierzu gesonderte Leistungserbringer oder gesonderte Räume erforderlich sind. Nicht nur der Zugang zu Arztpraxen und Krankenhäusern muss barrierefrei sein, sondern auch die Behandlung selbst ist barrierefrei zu leisten, etwa durch entsprechende Behandlungsstühle und -liegen und durch die Beseitigung von Kommunikationsbarrieren für hörbehinderte, sehbehinderte, lernbehinderte, geistig und seelisch behinderte Menschen[118].

---

[116] Dazu noch unten S. 51.

[117] Siehe dazu die Konkretisierung in der Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (Barrierefreie Informationstechnik-Verordnung, BITV) vom 17.07.2002 (BGBl. I, 2654).

[118] *Frehe,* Behindertenrecht 2006, S. 7, 8.

III. Das Verhältnis der Kompetenzen des G-BA zu den Pflichten der Rehabilitationsträger nach §§ 12, 13 SGB IX

Das Verhältnis der Kompetenzen des G-BA zu den Pflichten der Rehabilitationsträger nach §§ 12, 13 SGB IX ist bislang in Wissenschaft, Rechtsanwendung und Rechtsprechung nur wenig aufgearbeitet worden. Während im Recht der Krankenbehandlung des SGB V die Verantwortung für die Konkretisierung des Leistungsrechts weithin der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern, insbesondere dem G-BA übertragen worden ist, hat das SGB IX eine andere Struktur. Hier sind wichtige Verantwortungsbereiche im Leistungsrecht nach §§ 12, 13 SGB IX und § 19 Abs. 1 SGB IX allein der Verantwortung der Rehabilitationsträger überlassen, die diese mit dem Ziel von Koordination, Kooperation und Konvergenz gemeinsam wahrnehmen sollen.

Eine Schlüsselrolle im Verhältnis beider Regelungskreise haben zunächst die gesetzlichen Krankenkassen bzw. ihr Spitzenverband, die sowohl Teil des G-BA wie auch der Gesamtheit der Rehabilitationsträger sind. Dabei ist klarzustellen, dass die Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch § 217a SGB V auch im Rahmen von § 13 Abs. 4 SGB IX zu rezipieren ist, so dass sich die Krankenkassen bei der Vereinbarung der gemeinsamen Empfehlungen im Rahmen der BAR nicht mehr von den nach § 213 SGB V fortbestehenden ehemaligen Bundesverbänden der Krankenkassen vertreten lassen können.

Dazu kommt, dass die Verbände behinderter Menschen und Selbsthilfegruppen in beiden Regelungskreisen beratend beteiligt sind, im G-BA nach § 140f SGB V, bei der Erarbeitung von gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger nach §§ 13 Abs. 6, 20 Abs. 3, 30 Abs. 3 SGB IX. Diese in beiden Bereichen beteiligten Akteure haben politisch und rechtlich die besondere Verantwortung, widersprüchlichen und nicht abgestimmten Regelungen entgegenzuwirken. Falls dies nicht geschieht, haben das BMG im Bereich des G-BA und das BMAS im Bereich der Rehabilitationsträger die Verantwortung, eine widerspruchsfreie Entwicklung des untergesetzlichen Rechts sicherzustellen.

Beispielhaft ist hier zu nennen die Kompetenz der Rehabilitationsträger, in gemeinsamen Empfehlungen zu vereinbaren, in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere, um eine durch chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern (§ 13 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX). Die auf dieser Basis vereinbarte gemeinsame Empfehlung Frühzeitige Bedarfserkennung vom 16.12.2004 nennt in § 3 als wichtige Beteiligte für diese Aufgabe die niedergelassenen Ärzte, Krankenhausärzte und Psychotherapeuten. Ihnen werden in der gemeinsamen Empfehlung Aufgaben zugeschrieben, insbesondere um frühzeitig Leistungen zur Teilhabe einzuleiten (§ 4 Abs. 3), für die in Anhängen zahlreiche Anhaltspunkte genannt werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind Partner dieser gemeinsamen Empfehlungen. Sie bzw. jetzt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben sich dadurch im Verhältnis zu den anderen Rehabilitationsträgern und objektiv im Verhältnis zur Bundesregierung (vgl. § 16 SGB IX) gebunden, ihre Verwaltungspraxis entsprechend auszurichten. Dies kann der der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nur, indem er die entsprechenden leistungserbringungsrechtlichen Kompetenzen im SGB V entsprechend nutzt, namentlich auch die Richtlinienkompetenz des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V zur Verordnung von und Beratung über Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Die anderen Mitglieder des G-BA sind an die gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger nicht unmittelbar gebunden. Sie haben jedoch im Gremium unter Rücksicht auf die Regelungskompetenzen und Bindungen der Rehabilitationsträger vorzugehen und dürften beispielsweise die Beratungspflicht der Vertragsärzte nicht ignorieren, zumal diese auch gesetzlich durch § 61 SGB IX angeordnet ist.

Ein komplexeres Problem ist die Frage, welche Kompetenzen die Rehabilitationsträger gemeinsam oder der G-BA haben, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu konkretisieren. Hier hat das BSG ausgeführt, die Regelung in § 13 SGB IX habe nicht das Ziel, Leistungsansprüche der GKV-Versicherten zu konkretisieren, sondern verfolge ausschließlich das

Ziel der Koordination und Kooperation[119]. Die Tragweite dieser zu den BAR-Rahmenempfehlungen zu Funktionstraining und Rehabilitationssport ergangenen Entscheidung ist noch ungeklärt. Auffällig ist jedoch, dass das BSG nicht auf den Auftrag der Rehabilitationsträger eingegangen ist, die Ausführung der Leistungen einheitlich zu regeln. Das BSG hat in der gleichen Entscheidung ausdrücklich offen gelassen, ob der G-BA zur Konkretisierung der Leistungsansprüche auf Funktionstraining (das BSG spricht sogar von „Begrenzung") berufen sei. Dies kann jedoch verneint werden, da das Funktionstraining als ergänzende Leistung nach § 43 SGB V mit § 44 SGB IX keine Leistung der vertragsärztlichen Versorgung ist. Entsprechend bemühen sich die beteiligten Ministerien BMG und BMAS mittlerweile um eine andere Regelungsform[120].

IV. Umsetzungsbezogene Einzelfragen

1. Verordnung von Teilhabeleistungen

Für den Zugang zur Versorgung mit Teilhabeleistungen nach dem SGB V ist die Frage von großer Bedeutung, welche Rolle die ärztliche Verordnung von Teilhabeleistungen spielt. Hierzu lässt sich feststellen, dass Teilhabeleistungen nach dem SGB V nicht verordnungsbedürftig, aber verordnungsfähig sind. Leistungen der Krankenkassen sind grundsätzlich Antragsleistungen (§ 19 Satz 1 SGB IV), soweit nicht explizit geregelt ist, dass auf einen Antrag verzichtet werden kann. Dies ist bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht der Fall, sie sind also Antragsleistungen[121]. Insoweit kommt der Verordnung die Bedeutung einer Empfehlung an die Krankenkasse zu. Das Recht und auch die Pflicht zur endgültigen Entscheidung verbleiben bei der Krankenkasse. Daher ist die Einschaltung des Medizinischen Dienstes in § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vorgeschrieben. Schon daraus ergibt sich, dass die vertragsärztliche Ver-

[119] *BSG*, Urt. v. 17.06.2008, Az. B 1 KR 31/07 R, NJOZ 2009, 683 ff.; dazu *Welti*, IQPR-Diskussionsforum A Nr. 11/2009 *Stähler*, Juris-PR SozR 5/2009, Anm. 2; vgl. auch *BSG*, Urt. v. 22.04.2008, Az. B 1 Kr 22/07 R, SozR 4-2500 § 60 Nr 4, dazu *Welti*, IQPR-Diskussionsforum A Nr. 4/2009; *Stähler*, Juris-PR SozR 25/2008 Anm. 3

[120] *Stähler*, Juris-PR SozR 5/2009, Anm. 2.

[121] KassKomm – *Höfler*, § 40 Rz. 38; Hauck/ Noftz – *Noftz*, K § 40, Rz. 51; *Fuchs*, Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen, S. 84; *Bieritz-Harder*, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Rz. 268; *Marschang*, Gesetzliche Krankenversicherung, Rz. 64.

ordnung nicht die Leistungspflicht der Krankenkasse auslöst[122]. Andernfalls könnte auch nicht der zu Grunde liegende Streitgegenstand während des Verfahrens durch Änderungen des Gesundheitszustands verändert werden. Hiervon geht aber das BSG aus[123]. In ständiger Rechtsprechung erkennt das BSG zudem an, dass Leistungen nach dem SGB V, die zum Behinderungsausgleich erbracht werden, keiner ärztlichen Verordnung bedürfen.[124]

Die ärztliche Verordnung stellt daher nur einen möglichen Zugangsweg zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation und zum Behinderungsausgleich dar. Weigert sich ein Arzt, die notwendige Teilhabeleistung zu verordnen, obgleich ein entsprechender Bedarf besteht, darf der zuständige Krankenversicherungsträger als Rehabilitationsträger die Leistung nicht unter Verweis auf die fehlende Verordnung versagen, weil die Verordnung keine Leistungsvoraussetzung ist. In solchen Fällen ist die Rehabilitationsleistung vielmehr direkt vom Krankenversicherungsträger zu gewähren und der Bedarf ggf. vom MDK nach § 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V[125] oder von einem Sachverständigen nach § 14 Abs. 5 SGB IX festzustellen.[126] Anders gesehen wird dies derzeit – soweit ersichtlich – nur vom neunten Senat des LSG Berlin-Brandenburg[127].

Es stellt sich die Frage, inwieweit in Richtlinien des G-BA die Verordnung von Teilhabeleistungen nach dem SGB V geregelt werden kann. § 73 Abs. 2 SGB V bestimmt, dass die vertragsärztliche Versorgung unter anderem die Verordnung von Rehabilitationsleistungen (Nr. 5) und von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Nr. 7) umfasst. Dies wird in der Aufgabenzuweisung an den G-BA in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und 8 SGB V aufgegriffen, wonach

[122] KassKomm – Hess, § 73 Rz. 32.
[123] *BSG*, Urt. v. 25.03.2003, Az. B 1 Kr 33/01 R, SozR 4-1500 § 54 Nr 1.
[124] *BSG*, Urt. v. 29.09.1997, Az. 8 RKn 27/96, SozR 3-2500 § 33 Nr. 25 (st. Rspr.).
[125] In diesem Kontext ist beachtlich, dass die Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des medizinischen Dienstes des Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) in der geltenden Fassung vom 28.10.2005 kaum den Anforderungen des SGB IX genügen dürfte, vgl. dazu die ausführliche Analyse bei *Fuchs*, Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen, S. 87-100.
[126] Dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass das Verhältnis von § 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu § 14 Abs. 5 SGB V dogmatisch bislang ungeklärt ist.
[127] *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 25.09.2008, Az. L 9 Kr 22/08 und Urt. v. 19.12.2007, Az. L 9 Kr 150/03.

der G-BA Richtlinien für diese Versordnungstätigkeit beschließt. Wie dargestellt ist der G-BA nur für die Sicherung der ärztlichen Versorgung zuständig. Das heißt, er kann in Richtlinien nur diejenigen Leistungen zur Teilhabe konkretisieren, die von Vertragsärzten oder Ärzten in Krankenhäusern oder Eigeneinrichtungen der Krankenkassen ausgeführt werden, weil er nur insoweit personell und sachlich legitimiert ist. Der G-BA ist also dafür verantwortlich, dass die Vertragsärzte ihrer Pflicht zur Bedarfserkennung und entsprechenden Verordnung sowie Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und andere Leistungen zur Teilhabe nachkommen und hat dies in den Richtlinien zur Verordnung dieser Leistungen zu regeln.

Nach der derzeitigen Reha-Richtlinie des G-BA ist die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Fachärzten für physikalische und rehabilitative Medizin[128] und solchen Ärzten vorbehalten, die über eine entsprechende Fortbildung verfügen. Diese Einschränkung erscheint problematisch,[129] und zwar in rechtlicher wie tatsächlicher Hinsicht. Ausweislich § 73 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V gehört nämlich die „Einleitung“ rehabilitativer Maßnahmen zur hausärztlichen Versorgung. Es besteht kein sachlicher Grund, den Begriff der Einleitung auf die Überweisung zum Facharzt zu beschränken, vielmehr muss es nach der Vorschrift auch die Möglichkeit für den Hausarzt geben, entsprechende Verordnungen vorzunehmen. Dies gilt umso mehr, als alle Ärztinnen und Ärzte nach § 61 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB IX verpflichtet sind, behinderte Menschen und von Behinderung bedrohte Menschen auf die Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine andere Beratungsstelle für Rehabilitation hinzuweisen.

Überdies ist davon auszugehen, dass die derzeitige Beschränkung den tatsächlichen Bedarfen nicht gerecht wird, da bestimmte Behinderungen Rehabilitationsbedarf in anderen medizinischen Fachrichtungen hervorru-

[128] Zur Facharztweiterbildung Rehabilitationsmedizin siehe Abschnitt I Nr. 33 der Muster-Weiterbildungsordnung (Muster-WBO) in der Fassung der Beschlüsse des 95. Deutschen Ärztetages 1992 in Köln.

[129] Kritisch auch *Liebold*, S. 259 ff. m.w.N.

fen,[130] als im stark orthopädisch orientierten Bereich der Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin. Dabei erscheint es aus Gründen der Qualitätssicherung durchaus nützlich, Anforderungen an die Qualifikation zur Verordnung von Teilhabeleistungen zu stellen. Dann ist allerdings durch eine entsprechende Fortbildungsverpflichtung gleichzeitig sicherzustellen, dass wegen § 73 Abs. 1 S. 1 Nr. jedenfalls die Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, über entsprechende Qualifikationen verfügen. Zudem ist sicherzustellen, dass eine ausreichende Anzahl von Ärzten anderer Fachrichtungen über eine entsprechende (Zusatz-)Qualifikation verfügt.

Problematisch erscheint schließlich, dass die Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach den Reha-Richtlinien des G-BA (EBM-Nr. 01611) sowie andere Leistungen der medizinischen Rehabilitation, z.B. Heilmittel, das praxisbezogene Regelleistungsvolumen nach § 87b SGB V des verordnenden Arztes belasten, auch, weil § 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V die Verordnung von Leistungen zur Rehabilitation ausdrücklich vorsieht und diese vom Sicherstellungsauftrag umfasst sind,[131] obgleich diese wie dargestellt nicht verordnungspflichtig sind.[132] Es ist nicht auszuschließen, dass diese Tatsache zu einer besonderen Zurückhaltung bei der Verordnung solcher Leistungen führt. Um einen möglichst bedarfsgerechten und unkomplizierten Zugang zu allen notwendigen Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu gewährleisten, sollten diese außerhalb des RLV vergütet werden. Des Weiteren müsste durch Fortbildung der Ärzte sichergestellt werden, dass eine entsprechende Kennzeichnung auf der Verordnung erfolgt. Im Übrigen wäre hier eine Klarstellung durch den Gesetzgeber dringend erforderlich.

[130] Etwa Sehbehinderungen und Blindheit im augenärztlichen oder Hörschädigungen und Gehörlosigkeit im Hals-Nasen-Ohrenärztlichen Fachgebiet.
[131] Dazu *Liebold*, S. 255 f.
[132] Eingehend *Liebold*, S. 267 ff. m.w.N.

2. Wunsch und Wahlrecht (§ 9 SGB IX)

§ 9 Abs. 1 SGB IX bestimmt, dass bei Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen ist. Zu berücksichtigen sind insbesondere die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse.[133] Hierbei handelt es sich nicht um einen Programmsatz oder eine Sollvorschrift, sondern um eine Verpflichtung der Leistungsträger. Das heißt, die Regelung ist für alle Leistungen, die dem SGB IX unterfallen, verbindlich.

Die Sicherstellung des Wunsch- und Wahlrechts vor dem Hintergrund der Anforderungen des Wirtschaftlichkeitsgebots könnte in entsprechenden Richtlinien etwa durch folgende an das SGB IX angelehnte Formulierung gewährleistet werden, die ggf. noch weiter zu konkretisieren ist:

„[1]Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen. [2]Dabei ist Rücksicht zu nehmen auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie, die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse sowie die besonderen Bedürfnisse behinderter Mütter und Väter und die besonderen Bedürfnisse behinderter Kinder. [3]Wählen Versicherte [Bezeichnung der Leistung] oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen."

Die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts ist in jeder Phase der Leistungskonkretisierung möglich, also auch im Rahmen ärztlicher Verordnungen zu berücksichtigen. Diese haben allerdings wie dargestellt den Charakter einer Empfehlung und sind für die Krankenkasse als Rehabilitationsträger nicht bindend. Allerdings wird die Krankenkasse ohne sachlichen Grund nicht von dem – durch die Empfehlung des verordnenden Arztes fachlich bestärkten – Wunsch abweichen können.[134]

---

[133] Vgl. *BSG*, Urt. v. 23.01.2003, Az. B 3 Kr 7/02 R, BSGE 90, 220; *BSG*, Urt. v. 28.05.2003, Az. B 3 Kr 30/02 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 4; *BSG*, Urt. v. 24.05.2006, Az. B 3 Kr 12/05 R, SozR 4-2500 § 33 Nr. 11; *LSG Baden-Württemberg*, U. v. 01.08.2007, L 4 KR 2071/05, ZGMR 2008, 328 mit Anm. *Fuhrmann; LSG Hessen*, U. v. 28.08.2008, L 1 KR 2/05; *LSG Nordrhein-Westfalen*, U. v. 24.10.2008, L 8 B 15/08 R ER; Zu Inhalt und Umfang des Wunsch- und Wahlrechts eingehend *Fuchs*, Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen, S. 106 ff., zur Anwendung auf ambulante Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB V insbesondere S. 112 f. je m.w.N.; außerdem: *Welti*, SGb 2003, S. 379; *Neumann*, ZfSH/SGB 2003, S. 392; *Schütte*, NDV 2003, S. 416.

[134] Insoweit besteht kein Ermessen der Behörde; eingehend zur Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts bei der Erbringung von Leistungen nach dem SGB V *Liebold*, S. 180 ff. m.w.N.

Das Wunsch- und Wahlrecht ist Bestandteil des Individualisierungsgrundsatzes, der nach § 33 SGB I für alle Sozialleistungen gilt, nicht nur für Leistungen zur Teilhabe. § 9 Abs. 1 SGB IX bekräftigt durch einen Verweis auf § 33 Satz 1 SGB I die Geltung dieses Grundsatzes, der auch von Amts wegen im Verfahren zu berücksichtigen ist. Danach sind bei der Ausgestaltung von Rechten und Pflichten immer die persönlichen Verhältnisse, Bedarf und Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, soweit Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen[135]. Der G-BA muss diesen Grundsatz auch bei der Ausgestaltung der ärztlichen Verordnung beachten, unabhängig von dem konkreten Rechtscharakter der Verordnung im jeweiligen Fall. Im Bereich der Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich könnte er damit der Verwaltungspraxis und Rechtsprechung entgegenwirken, wonach die konkreten Wohn- und Lebensverhältnisse für die Ausgestaltung des Anspruchs auf Hilfsmittel zum Ausgleich einer Mobilitätsbehinderung nicht entscheidend sein sollen[136]. Dieses bisher praktizierte Verständnis des Rechts entspricht weder § 33 SGB I noch dem kontextorientierten Behinderungsbegriff des SGB IX.

3. Trägerübergreifende Teilhabeplanung (§ 10 Abs. 1 SGB IX)

   Gem. § 10 Abs. 1 SGB IX ist der jeweils leistende Rehabilitationsträger, vorliegend also die Krankenkasse, dafür verantwortlich, dass eine Abstimmung mit anderen Leistungsträgern stattfindet. Diese Vorschrift gilt gem. § 27 SGB IX nicht nur für die medizinische Rehabilitation sondern auch für die Krankenbehandlung von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen.

   Aufgrund der Tatsache, dass Leistungen häufig – wenn auch, wie dargestellt, nicht notwendigerweise – von Ärzten verordnet werden, spielen niedergelassene Ärzte für die Koordination von Leistungen eine zentrale Rolle.[137] So sehen sowohl die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Ak-

[135] Vgl. näher *Welti/Sulek*, VSSR 2000, S. 453-472.
[136] *BSG*, Urt. v. 19.04.2007, Az. B 3 Kr 9/06 R, BSGE 98, 213.
[137] Siehe dazu auch *Muschalla et al.,* Die Rehabilitation 2009, S. 84.

teure[138] als auch die Gemeinsame Empfehlung frühzeitige Bedarfserkennung[139] eine Einbindung der Ärzte vor. Gleiches gilt für die GE Teilhabeplan.[140] Dem entspricht die Regelung des § 73 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 SGB V, nach der die Einleitung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen Aufgabe der an der hausärztliche Versorgung teilnehmenden Ärzte ist.

Diese Regelungen sind bislang nicht hinreichend in die relevanten untergesetzlichen Normen des Arzt- und Vertragsarztrechts umgesetzt. Danach ist die Erbringung und Verordnung medizinischer Reha-Leistungen nämlich Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin und solchen Ärzten vorbehalten, die über eine entsprechende Fortbildung verfügen. Dies ergibt sich vor allem aus der Reha-Richtlinie des G-BA und der entsprechenden Gestaltung der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen des EBM[141]. Dies ist zwar für die Qualität der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Einzelfall wünschenswert, reicht aber nicht aus, um dem Koordinationsbedarf und der Gemeinsamen Empfehlung frühzeitige Bedarfserkennung gerecht zu werden.[142] Anzustreben ist daher eine entsprechende Pflichtfortbildung jedenfalls für alle an der hausärztlichen Versorgung niedergelassenen Ärzte, die die Erstberatung und Orientierung der behinderten Patienten im System der Leistungen zur Teilhabe nach Maßgabe der Gemeinsamen Empfehlung, insbesondere deren § 4 Abs. 3 i.V.m. § 2 Abs. 3 nebst Erläuterungen sicherstellt.

---

[138] vom 22.3.2004 (BARGE 2004/4), http://www.bar-frankfurt.de/Gemeinsame_Empfehlungen.bar (letzter Abruf: 30.07.2009). insbesondere § 2 Abs. 1, der die Erarbeitung entsprechender Instrumente mit Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen vorsieht.

[139] Gemeinsame Empfehlung frühzeitige Bedarfserkennung vom 16.12.2004 (BARGE 2004/5), http://www.bar-frankfurt.de/Gemeinsame_Empfehlungen.bar (letzter Abruf: 30.07.2009).

[140] Dazu schon eingehend oben S. 37 f.

[141] Vgl. die Gebührenordnungspositionen unter Abschn. IIIb Kap. 27 EBM in der seit 1.4.2009 gültigen Fassung, http://www.kbv.de/ebm2009/EBMGesamt.htm (letzter Abruf: 30.07.2009).

[142] Grundlegend zur mangelnden Fachkenntnis für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, Probleme in der Zusammenarbeit mit den zuständigen Leistungsträgern und daher unterbleibende notwendige Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation siehe *Deck/Träder/Raspe*, Die Rehabilitation 2009, S. 73 ff. m.w.N.

4. Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen nach § 137f SGB V

Der G-BA ist gem. § 137f SGB V berufen, dem BMG Vorschläge für die Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme zu unterbreiten. Derzeit hat das BMG solche auch Disease-Management-Programme (DMP) genannten Qualitätssicherungsinstrumente für folgende Krankheitsbilder anerkannt:[143]

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Brustkrebs
- Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale, COPD)

Bei der Formulierung der Anforderungen an die Behandlungsprogramme, zu denen auch Fragen der Qualitätssicherung zählen, sollten die Patientenvertreter/-innen besonders auf die Belange behinderter Patient/-innen Wert legen.[144] Hierzu gehört die systematische Vernetzung der strukturierten Behandlungsprogramme mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie anderen Leistungen zur Teilhabe, auch wenn diese außerhalb der Verantwortung der Krankenkassen erbracht werden, weil stets die Pflicht zur Koordinierung der Leistungen nach § 10 SGB IX besteht, und zwar gem. § 27 SGB IX gerade auch bei der Krankenbehandlung. Ebenso sind die Wunsch- und Wahlrechte behinderter Menschen nach § 9 SGB IX sowie ihre Gestaltungsrechte innerhalb der strukturierten Behandlungsprogramme zu schützen.

5. Barrierefreiheit

Wie oben dargestellt sind die Krankenkassen nach § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB I verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass die Leistungen nach dem SGB V in barrierefreien Räumen erbracht werden. Diese Verpflichtung trifft unmittelbar die Krankenkassen als Rehabilitationsträger. Da diese sich zur

143 Vgl. im Einzelnen „Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV)“ vom 03.01.1994 (BGBl. I S. 55) in der Fassung vom 17.07.2009 (BGBl. I S. 1990) nebst Anlagen.

144 Z.B. Fragen des barrierefreien Zugangs, dazu sogleich unter Gliederung IV. 5.

Ausführung der Leistungen aber Dritter bedienen, haben sie auch dabei eine barrierefreie Leistungserbringung sicherzustellen. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die Anforderungen an die Barrierefreiheit in Arztpraxen je nach Art der Behinderung variieren.[145]

Die tatsächliche Situation erweist sich, sofern statistische Erhebungen überhaupt existieren – insoweit als mangelhaft. Geht man davon aus, dass die Zahlen aus Nordrhein-Westfalen[146] für das Bundesgebiet verallgemeinerbar sind, sind nur 10-20 % der Arztpraxen barrierefrei. Die fehlende Sicherstellung der Barrierefreiheit wirkt sich also praktisch zum Nachteil von Patientinnen und Patienten mit Behinderungen aus.

Dabei ergeben sich unmittelbare Verpflichtungen zur barrierefreien Gestaltung in baulicher Hinsicht in erster Linie nach den landesrechtlichen Regelungen, d.h. Bauordnungen.[147] Auch nach § 8 BGG bzw. den entsprechenden landesrechtlichen Regelungen ist beim Neubau von Gebäuden die Barrierefreiheit entsprechend den allgemein anerkannten Regeln zu gewährleisten. Zu diesen zählt etwa die DIN-Norm 18040-1. All diese Regelungen betreffen die bauliche Gestaltung und damit den räumlich barrierefreien Zugang. Sie kommen allerdings nur bei der Errichtung ziviler Neubauten zur Anwendung und beziehen sich lediglich auf die bauseitige Gestaltung. Praxen in bestehenden Gebäuden werden von den Regelungen dagegen nicht erfasst. Auch statuieren die Regelungen keine Pflicht zur barrierefreien Praxisgestaltung, was etwa die Beschilderung in der Praxis oder die Raumaufteilung, -gestaltung, die Ausstattung und Wege innerhalb der Praxis betrifft.[148] Es bleiben daher noch erhebliche Regelungsbereiche für die gemeinsame Selbstverwaltung.

Soweit ersichtlich erfolgt derzeit überhaupt keine Sicherstellung der Barrierefreiheit durch spezielle Regelungen im Krankenversicherungs-

[145] Siehe auch Westfälisches Ärzteblatt 07/2007, S. 54 f.

[146] So sind z.B. in Nordrhein-Westfalen schätzungsweise nur 10-20 % der Arztpraxen barrierefrei zugänglich, vgl. Die Beauftragte der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Barierrefrei zum Arzt. Anregungen für die Gestaltung barrierefreier Arztpraxen in NRW. (Flyer), Düsseldorf 2007, abrufbar im Internet unter http://www.lbb.nrw.de/2/im-mittelpunkt/barrierefreie-arztpraxen/index.php (letzter Zugriff 15.4.2009); vgl. auch *Trösken/Geraedts*, Das Gesundheitswesen 2005, S. 613

[147] Siehe zum Beispiel § 52 Abs. 2 Nr. 3 HmbBauO; vgl. *OVG Niedersachsen*, B. v. 25.04.2006, Az. 1 LA 264/05, NdsVBl 2006, 223.

[148] Vgl. auch Westfälisches Ärzteblatt 07/2007, S. 45 f.

bzw. Vertragsarztrecht. Nach den Vorschriften der Ärzte-ZV[149] ist die Zulassung als Vertragsarzt nicht an eine bestimmte räumliche Ausstattung der Praxis geknüpft. § 11 Abs. 1 BMV-Ä bestimmt zwar, dass als Anlage zum BMV-Ä Anforderungen an die räumliche Ausstattung von Praxis- bzw. Behandlungsräumen vereinbart werden können, allerdings nur dann, wenn „ärztliche Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" dies erfordern. Da die Frage der Barrierefreiheit sich meistens unabhängig von ärztlichen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden stellt, ist diese Vorschrift insoweit nicht weiterführend.

Vereinzelt gibt es – freiwillige – Initiativen seitens Kassenärztlicher Vereinigungen[150] und der Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen[151]. Diese haben allerdings nur einen unverbindlichen Aufforderungscharakter und führen nicht zu durchsetzbaren Rechten von Patientinnen und Patienten, die auf den barrierefreien Zugang zu Arztpraxen angewiesen sind.

Die Pflicht zur Sicherstellung des barrierefreien Zugangs zu ärztlicher Behandlung ergibt sich auch unter dem Gesichtspunkt der freien Arztwahl. Die Pflicht zur Gewährleistung ergibt sich insoweit aus § 76 i.V.m. § 2a SGB V. Sie ist nämlich Voraussetzung, um die durch § 76 SGB V einfach gesetzlich normierte Arztwahlfreiheit auch für Menschen mit Behinderungen in der Praxis umzusetzen. Danach steht es den gesetzlich Versicherten frei, unter den zugelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten einen Behandler auszuwählen. Ist nicht sichergestellt, dass innerhalb eines Versorgungsgebiets hinreichend viele Praxen barrierefrei für Menschen mit Behinderungen zugänglich sind, läuft das Recht der freien Arztwahl leer. Daraus lässt sich freilich nicht dass Erfordernis ableiten, dass jede Vertragsarztpraxis barrierefrei sein muss, wohl aber eine hinreichende Anzahl innerhalb eines Versorgungsgebiets. Für Praxen von Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin wird man dage-

[149] Zulassungsverordnung für Vertragsärzte i.d.F. der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit vom 25.10.2006, BT-Drs. 16/3157.

[150] Beispielsweise veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) auf Ihrer Homepage ein Merkblatt zur Barrierefreiheit von Arzt- und Therapeutenpraxen, abrufbar im Internett unter http://www.kvn.de/kvn/content/internet/kvs/hildesheim/04/01/209Anlage3.doc

[151] Hier mag die Aktion „Barrierefreie Arztpraxen" in Nordrhein-Westfalen als Beispiel guter Praxis dienen, nähere Informationen im Internet unter http://www.lbb.nrw.de/2/im-mittelpunkt/barrierefreie-arztpraxen/index.php (letzter Zugriff 30.07.2009).

gen flächendeckend die Barrierefreiheit fordern können, weil diese typischerweise von Menschen, die behindert oder von Behinderung bedroht sind, aufgesucht werden und diese überdurchschnittlich häufig auf den barrierefreien Zugang zur ärztlichen Versorgung angewiesen sind.

Hier lässt sich ein Handlungsbedarf für den G-BA ausmachen. Zunächst sind Indikatoren zu entwickeln, anhand derer die Anforderungen an Barrierefreiheit messbar und operationalisierbar sind.[152] Dies dürfte bei einer Orientierung an den verschiedenen Indikatoren, wie sie auch in den DIN-Normen zur Barrierefreiheit verwendet werden, realisierbar sein.[153] Berücksichtigungsfähig und -bedürftig ist das Kriterium der Barrierefreiheit einerseits im Rahmen der Bedarfsplanungsrichtlinie nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 9 SGB V, wo es bislang keine Umsetzung gefunden hat. Hier wäre es beispielsweise möglich, das Kriterium, das mit der dort bereits erwähnten infrastrukturellen Anbindung durchaus vergleichbar ist, in den Katalog des jetzigen § 34a Bedarfsplanungs-RL[154] aufzunehmen, so dass, wenn der barrierefreie Zugang nicht in hinreichendem Umfang sichergestellt ist, ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf nach § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3a SGB V festgestellt werden kann. Ebenso wäre es denkbar, aufgrund der Ermächtigung in § 137 SGB V im Rahmen der Qualitätssicherung Regelungen zum barrierefreien Zugang zu ärztlicher Behandlung zu treffen. Ähnlich wie Anforderungen an die räumliche Ausstattung für die Erlaubnis zur Durchführung besonderer Behandlungsmethoden könnten Richtlinien für eine zugangsfreundliche, barrierefreie Praxisausstattung erarbeitet werden. Auch im Zusammenhang mit Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme[155] sollte der Frage des barrierefreien Zugangs besonders Rechnung getragen werden.

---

[152] Hier ist durchaus eine Differenzierung der Anforderungen nach Art der Behinderung denkbar (z.B. rollstuhlgerecht, blindengerecht, Barrierefrei für Gehörlose etc. denkbar).

[153] Möglicherweise lohnt sich – trotz insoweit grundverschiedenen Zuständigkeiten und Regelungsstrukturen – eine Orientierung an den Bemühungen in Österreich, z.B. das Barrierefreiheitsregister im Internet unter http://www.oeqmed.at/index.php?id=1 (letzter Zugriff am 30.07.2009), siehe auch: *Mühlgassner*, ÖÄZ 2007, Ausgabe 17.

[154] Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung vom 15.02.2007 (BAnz. S. 3491) in der Fassung vom 19.02.2009 (BAnz. S. 1655).

[155] Dazu oben S. 50.

6. Qualitätssicherung

Im Krankenversicherungsrecht ist die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung Gegenstand von Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 1 Nr. 13 SGB V, die der G-BA nach der allgemeinen Regelung des § 137 SGB V beschließt. Dabei besteht die in § 137a Abs. 3 SGB V normierte Verpflichtung zur Beteiligung von Organisationen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblich sind.

Im SGB IX finden sich Regelungen zur Qualitätssicherung in § 20 SGB IX. Diese betreffen primär die Rehabilitation in Einrichtungen, für die Qualitätssicherung im Bereich des Krankenversicherungsrechts in § 137d SGB V ohne Kompetenzen des G-BA und in Abstimmung mit § 20 SGB IX geregelt ist. Eine Überschneidung zwischen dem Regelungsbereich in § 20 SGB IX und demjenigen des G-BA ergibt sich insoweit, wie die Empfehlungen nach § 20 SGB IX auch Leistungen außerhalb von Einrichtungen, etwa durch Hilfsmittelerbringer oder Vertragsärzte erbrachte Leistungen erfassen. Da die gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung[156] nach § 20 SGB IX den Adressatenkreis nicht abschließend regelt, hat der G-BA sie bei allen Qualitätsregelungen, die auch Leistungen zur Teilhabe betreffen und mitbetreffen, zu beachten.

Exemplarisch kann die Relevanz der Frage an einem entscheidenden Teilbereich der Qualitätssicherung dargestellt werden, nämlich hinsichtlich der Barrierefreiheit der Leistungserbringung.[157] Hierzu finden sich Regelungen in der GE Qualitätssicherung in § 8. Diese ist unmittelbar nur auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation i.S.d. SGB IX anwendbar. Es erscheint allerdings kaum ein gangbarer Weg, für Leistungen, die je nach Zielrichtung solche der medizinischen Rehabilitation oder der Krankenbehandlung sein können, je zwei unterschiedliche Richtlinien zur Qualitätssicherung zu erlassen. Dies dürfte in der Rechtsanwendung in der Praxis zu erheblichen Schwierigkeiten führen, wenn der betroffene

[156] Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27.3.2003 der Bundesarbeitsgemeinschaft der Rehabilitationsträger, http://www.bar-frankfurt.de/Gemeinsame_Empfehlungen.bar (letzter Abruf am 30.07.2009).

[157] HK-SGB IX – *Lachwitz/Welti,* Einführung Rn. 67.

Leistungserbringer, also der Vertragsarzt, im Einzelfall jeweils entscheiden müsste, welche Qualitätsmaßstäbe anzuwenden sind. Hier erscheint es wünschenswert und sinnvoll, einheitliche Qualitätsrichtlinien zu erlassen. Die Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen, das Wunsch- und Wahlrecht sowie die Barrierefreiheit sollten jeweils sachbereichsbezogen mitgeregelt werden.

7. Mobilität

   Nach § 92 Abs. 1 S. 1 Nr. 12 SGB V hat der G-BA Richtlinien über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentragsportleistungen und Rettungsfahrten[158] zur Ausgestaltung der Leistungsansprüche der Versicherten aus § 60 SGB V zu erlassen. Es stellt sich die Frage, ob die Belange behinderter Menschen hinreichend berücksichtigt sind.

   Zunächst stellt § 2 Abs. 4 Krankentransport-RL zutreffend klar, dass Fahrten zu und von ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen keiner Verordnung bedürfen. Sie sind vielmehr direkt von der Krankenkasse als Rehabilitations-Träger zu bewilligen.

   Für Fahrten zur stationären Behandlung oder zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus gelten § 60 Abs. 2 Nr. 1, 2 und 4 SGB V. Gem. § 7 Abs. 2 Krankentransport-RL werden in den Verträgen zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus gesonderte Regelungen getroffen.

   Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung werden in der Regel nur unter den engen Voraussetzungen des § 7 Krankentransport-RL geleistet. In § 8 Abs. 3 S. 1 Krankentransport-RL sind allerdings Ausnahmen für behinderte Menschen vorgesehen, die gleichzeitig über einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ verfügen oder laut Bescheid nach dem SGB XI in Pflegestufe 2 oder 3 eingestuft sind. Diese Regelung ist gut geeignet, um den Ausgleich von Mobilitätseinschränkungen zu operationalisieren, wäre allein allerdings nicht ausreichend, weil hier bürokratische Hürden bestehen, indem behördliche Feststellungen hinsichtlich der Schwerbehinderteneigenschaft bzw. Pflegestufe verlangt werden. Dem trägt § 8 Abs. 3 S. 2 Krankentransport-RL allerdings Rech-

[158] Krankentransport-Richtlinien in der Fassung vom 22.1.2004 zuletzt geändert am 21.12.2004, BAnz 2005, Nr. 41 S. 2937.

nung, indem bestimmt wird, dass die Krankenkassen auf ärztliche Verordnung überdies Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die über einen solchen Nachweis nicht verfügen, wenn diese in einer den vorgenannten Kriterien vergleichbaren Weise in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum benötigen. Diese Regelung erscheint im Prinzip ausreichend, um den besonderen Belangen behinderter Menschen Rechnung zu tragen. Die letztgenannte Einschränkung allerdings erscheint nicht sachgerecht und daher nicht rechtmäßig. Es besteht kein sachlicher Grund dafür, die Krankenfahrten nur dann zu übernehmen, wenn die Behandlung über einen längeren Zeitraum erforderlich ist. Diese Einschränkung wäre daher bei einer Neufassung der Richtlinie zu beheben, damit die Belange behinderter Menschen im Hinblick auf den Zugang zur ambulanten Behandlung angemessen berücksichtigt sind.

8. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

   Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gehören im Regelfall nur zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn der G-BA nach § 137 SGB V in einer Richtlinie Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat. Dabei hat der G-BA selbst nicht über den Nutzen einer Methode zu entscheiden, sondern diesen nach dem derzeit anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse festzustellen. Nach der Verfahrensordnung des G-BA werden zur Ermittlung des anerkannten Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin zugrunde gelegt. Dies ist ein zur Wahrung des Gleichheitssatzes und zur Herstellung von Rechtssicherheit von der Rechtsprechung anerkanntes Verfahren.[159] Insgesamt sind dabei stets die besonderen Anforderungen an die Versorgung spezifischer Patientengruppen zu berücksichtigen,[160] zu denen

[159] Umfangreiche Nachweise bei KassKomm-*Hess,* § 135 Rn. 5.
[160] Z.B. Kap. II § 13 Abs. 3 S. 2 VerfO G-BA.

schon wegen § 2a SGB V auch behinderte und chronisch kranke Menschen zählen.[161]

Die Anforderungen an die Evidenz können allerdings zu Benachteiligungen behinderter und chronisch kranker Menschen führen, wenn es sich um selten auftretende Erkrankungen oder Problem im Zusammenhang mit Multimorbidität handelt, die wenig erforscht sind. Dieser Tatsache tragen Regelungen wie Kap. II § 11 Abs. 7 und insbesondere § 13 Abs. 2 S. 3 VerfO G-BA Rechnung. Danach kann bei seltenen Erkrankungen, bei Methoden ohne vorhandene Alternative oder aus anderen Gründen der Unmöglichkeit und Unangemessenheit von den Anforderungen an die Evidenz, hier Evidenzstufe I, abgewichen werden. Damit werden die Anforderungen des § 2a SGB V und entsprechender allgemeiner Vorschriften bzw. solcher des SGB X[162] im Verfahrensrecht des G-BA umgesetzt.

Soweit es um Methoden geht, die als Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbracht werden, kann der G-BA in Richtlinien Empfehlungen zur medizinischen Wirksamkeit dieser Methoden abgeben. Allerdings gilt auch hier, dass Leistungsansprüche dadurch nicht abschließend durch den G-BA konkretisiert und festgelegt werden, sondern dass das Letztentscheidungsrecht auch in soweit bei der Krankenkasse als Rehabilitationsträger liegt.

[161] So ausdrücklich Kap. II § 11 Abs. 7 VerfO G-BA.
[162] Dazu schon oben S. 5.

V. Zusammenfassung in Thesen

1. Die besonderen Belange behinderter Menschen sind bei allen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb wie außerhalb der Verantwortung des G-BA zu berücksichtigen. Dies folgt aus Art. 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz und wird in § 2a SGB V ausdrücklich festlegt.
2. Der G-BA ist durch Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG gebunden, die besonderen Belange behinderter Menschen zu berücksichtigen. Dies folgt mittelbar auch aus § 2a SGB V und unmittelbar aus § 92 Abs. 1 Satz 1 2. Halbsatz SGB V.
3. Besondere Belange behinderter Menschen sind für den gesamten Bereich des Sozialrechts aus § 10 SGB I, § 17 Abs. 2 SGB I und § 33c SGB I sowie aus dem Behindertengleichstellungsgesetz und der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen zu entnehmen. Das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – gibt ebenfalls Hinweise auf besondere Belange behinderter Menschen auch über den Bereich der Rehabilitation hinaus.
4. Besondere Belange behinderter Menschen sind insbesondere der Schutz vor Benachteiligung, die gleichberechtigte Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung, die Zugänglichkeit (Barrierefreiheit) aller Bereiche des Gesundheitswesens und des Verfahrens, die Selbstbestimmung und selbstbestimmte Lebensführung trotz Behinderung und gesundheitlicher Beeinträchtigung. Im G-BA sind die Vertreter der Verbände behinderter Menschen berufen, deren besonderen Belange geltend zu machen.
5. Bei Leistungen der Krankenbehandlung von Menschen mit Behinderungen gelten nach § 27 SGB IX sowohl die in § 26 Abs. 1 SGB IX festgelegten Rehabilitations-Ziele als auch die Pflicht zur Teilhabeplanung § 10 SGB IX. Daher besteht auch bei der Krankenbehandlung die Pflicht zur sektor- und trägerübergreifenden Leistungskoordinierung.

6. Barrierefreiheit (§ 3 BGG) bedeutet, an allen Bereichen der Gesundheitsversorgung in der allgemein üblichen Weise und grundsätzlich ohne fremde Hilfe teilnehmen zu können. Die Krankenkassen sind nach § 17 Abs. 2 SGB I und dem BGG verpflichtet, die Barrierefreiheit der gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen. Sie haben dazu die Regelungskompetenzen des G-BA insbesondere für die vertragsärztliche Versorgung zu nutzen. Die Barrierefreiheit ist dabei auch im Sinne der freien Arztwahl behinderter Menschen und als notwendiges Qualitätsmerkmal zu regeln.
7. Das SGB IX gilt unmittelbar für alle Leistungen der Krankenkassen, die als Leistungen der medizinischen Rehabilitation und als ergänzende Leistungen Leistungen zur Teilhabe sind (§§ 5 Nr. 1 und 3, 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX). Das SGB IX gilt bei ihnen für Leistungsgrundsätze, Verfahren, Leistungserbringung und Leistungsinhalte, soweit im SGB V nichts Abweichendes geregelt ist (§ 7 Satz 1 SGB IX, § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Leistungsvoraussetzungen und Zuständigkeit sind im SGB V geregelt (§ 7 Satz 2 SGB IX). Dies betrifft insbesondere die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen.
8. Leistungsziele der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung sind Prävention und Ausgleich von Behinderung und Prävention und Minderung von Pflegebedürftigkeit (§ 26 Abs. 1 SGB IX; § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die Leistungen für diese Leistungsziele stehen gleichberechtigt neben den auf Krankheit bezogenen Leistungen nach § 11 Abs. 1 SGB V.
9. Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Krankenversicherung sind insbesondere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in und durch Einrichtungen (§§ 40, 41 SGB V), Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V), ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V; §§ 44, 53, 54 SGB IX) und Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich und zur Behinderungsprävention (§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V) sowie die auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation bezogene Soziotherapie (§ 37a SGB V).

10. Auch weitere Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, für die eine Anspruchsgrundlage besteht, können nach § 11 Abs. 2 SGB V mit den Zielen der medizinischen Rehabilitation erbracht werden. Dazu können auch vertragsärztliche Leistungen innerhalb der Strukturen der kassenärztlichen Versorgung (§ 73 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) und außerhalb dieser Strukturen (§ 73 Abs. 3 SGB V) gehören, weiterhin auch Heilmittel.
11. Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind Antragsleistungen. Sie bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, sondern der Bedarf für sie ist durch die Krankenkasse als Rehabilitationsträger festzustellen. Die ärztliche Verordnung hat in diesen Fällen lediglich den Charakter einer Anregung und Empfehlung.
12. In der vertragsärztlichen Versorgung sind die Verordnung als Anregung und Empfehlung von Leistungen zur Teilhabe sowie die Beratung über Leistungen zur Teilhabe zu regeln. Dabei sind auch die Regelungen des SGB IX zu beachten, insbesondere § 10 SGB IX, § 61 SGB IX und die gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger.
13. Soweit der G-BA Richtlinien erlässt, die (auch) Leistungen zur Teilhaben betreffen, sind die Anforderungen des SGB IX in diesen Richtlinien umzusetzen. Dazu gehören insbesondere das Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 Abs. 1 SGB IX), die Teilhabeplanung (§ 10 SGB IX) und die gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger (§§ 12, 13 SGB IX). Der G-BA und die Rehabilitationsträger haben ihre wechselseitigen Kompetenzen zu respektieren und ihre untergesetzlichen Regelungen aufeinander abzustimmen. Dabei haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Verbände behinderter Menschen als Akteure in beiden Systemen eine besondere Verantwortung.

Literaturverzeichnis

Biehl, Stefan / ***Orthwein***, Heinz, Sind Außenseitermethoden Maßnahmen außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?, in: Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 1991, S. 529 ff.
Zitiert: *Biehl/Orthwein*, SGb 1991, S. 529

Bieritz-Harder, Renate, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, in: Volker Neumann (Hrsg.), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - Handbuch SGB IX, § 10, Baden-Baden 2004
Zitiert: *Bieritz-Harder*, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Bihr, Dietrich / ***Fuchs***, Harry / ***Krauskopf***, Dieter / ***Ritz***, Hans-Günter, SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch, Sankt Augustin 2006
Zitiert: Bihr/Fuchs/Krauskopf/Ritz - *Bearbeiter*

Deck, R. / ***Träder***, J.-M. / ***Raspe***, H., Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit, in: Die Rehabilitation 2009, S. 73 ff.
Zitiert: *Deck/Träder/Raspe*, Die Rehabilitation 2009, S. 73

Feldes, Werner / ***Kohte***, Wolfgang / ***Stevens-Bartol***, Eckart, Sozialgesetzbuch IX, Frankfurt 2009
Zitiert: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol – *Bearbeiter*

Frehe, Horst, Barrierefreie Gesundheitsversorgung – Rechtliche Situation, Gestaltungs- und Sanktionsmöglichkeiten, in: Behindertenrecht 2006, S. 7 ff.
Zitiert: *Frehe,* Behindertenrecht 2006, S. 7

Fuchs, Harry, Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation, Sankt Augustin 2008
Zitiert: *Fuchs*, Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen

Hauck, Karl / ***Noftz***, Wolfgang, Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar
Loseblattausgabe, Berlin 2009
Zitiert: Hauck/Noftz - *Bearbeiter*

Hauck, Karl, Auswirkungen des SGB IX auf die Rehabilitation der GKV aus Sicht des Bundessozialgerichts, in: DAK/ HMK (Hrsg.), SGB IX – Trends, Auswirkungen und Herausforderungen für die Gesetzliche Krankenversicherung, Hamburg 2009 (im Erscheinen)
Zitiert: *Hauck*, Auswirkungen des SGB IX auf die Rehabilitation in der GKV

Heine, Wolfgang, SGB IX und Akutbehandlung, in: Igl, Gerhard/ Welti, Felix, Recht der Rehabilitation und Teilhabe, Wiesbaden 2004
Zitiert: *Heine*, SGB IX und Akutbehandlung

Hess, Rainer, Stellenwert der gemeinsamen Selbstverwaltung, in: Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen, Theorie und Politik öffentlichen Handelns insbesondere in der Krankenversicherung, Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille, Baden-Baden 2007
Zitiert: FS E. Wille – *Hess*, S. 985

Igl, Gerhard, Das SGB IX im System des Sozialrechts, in: Blumenthal, Wolfgang / Schliehe, Ferdinand (Hrsg.), Teilhabe als Ziel der Rehabilitation, Heidelberg 2009
Zitiert: *Igl*, Das SGB IX im System des Sozialrechts

Kingreen, Thorsten, Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme und Erbringung von medizinischen Rehabilitationsleistungen, In: Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht (ZESAR) 2006, S. 210 ff.
Zitiert: *Kinggreen*, ZESAR 2006, S. 210

Kingreen, Thorsten/ ***Becker***, Ulrich, Gesetzliche Krankenversicherung SGB V Kommentar, München 2008
Zitiert: Kingreen/Becker – *Bearbeiter*

Lachwitz, Klaus / ***Schellhorn***, Helmut / ***Welti***, Felix, Handkommentar zum SGB IX, 2. Auflage, Neuwied 2006
Zitiert: HK-SGB IX – *Bearbeiter*

Leitherer, Stephan (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Loseblattsammlung, München 2009
Zitiert: KassKomm – *Bearbeiter*

Liebold, Dirk, Auswirkungen des SGB IX auf die gesetzliche Krankenversicherung, Baden-Baden 2007
Zitiert: *Liebold*

Luthe, Ernst-Wilhelm, Begriff der Rehabilitation und des Rehabilitationsrechts, in: Ernst-Wilhelm Luthe (Hrsg.), Rehabilitationsrecht, Berlin 2009
Zitiert: *Luthe*, Begriff der Rehabilitation und des Rehabilitationsrechts

Lüßenhop, Bianca, Chronische Krankheit im Recht der medizinischen Rehabilitation und der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 2008
Zitiert: *Lüßenhop*

Marschang, Bernd, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), in: Ernst-Wilhelm Luthe (Hrsg.), Rehabilitationsrecht, Berlin 2009
Zitiert: *Marschang*, Gesetzliche Krankenversicherung

Masuch, Peter, Beratungspflicht der Ärzte nach dem SGB IX, in: Igl, Gerhard/ Welti, Felix, Recht der Rehabilitation und Teilhabe, Wiesbaden 2004
Zitiert: *Masuch*, Beratungspflicht der Ärzte nach dem SGB IX

Masuch, Peter, Die Beeinträchtigung der Teilhabe in der Gesellschaft, in: Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, Köln 2004
Zitiert: *Masuch*, Die Beeinträchtigung der Teilhabe in der Gesellschaft

Masuch, Peter, Das Rehabilitationsrecht in der Rechtsprechung, in: Wolfgang Blumenthal/ Ferdinand Schliehe (Hrsg.), Teilhabe als Ziel der Rehabilitation, Heidelberg 2009
Zitiert: *Masuch*, Das Rehabilitationsrecht in der Rechtsprechung

von Maydell, Bernd (Hrsg.), Gemeinschaftskommentar zum SGB V, Band 3, §§ 1-49, Loseblattausgabe, Neuwied 2009
Zitiert: GK-SGB V - *Bearbeiter*

Muschalla, B. / ***Vilain***, M. / ***Lawall***, C. / ***Lewerenz***, M. / ***Linden***, M., Berufliche und soziale Partizipationsstörungen bei Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung, in: Die Rehabilitation 2009, S. 84 ff.
Zitiert: *Muschalla et al.,* Die Rehabilitation 2009, S. 84

Mühlgassner, Agnes, Barrierefreiheit in Ordinationen, in: Österreichische Ärztezeitung (ÖAZ) 2007 (abrufbar im Internet unter: http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-17-10092007/barrierefreiheit-in-ordinationen.htmlcnr=106)
Zitiert: *Mühlgassner*, ÖÄZ 2007, Ausgabe 17

Müller, Manuela, Reform und Perspektiven des Leistungsrechts im gegliederten Rehabilitationssystem, Frankfurt 2007
Zitiert: *Müller*

Neumann, Volker, Selbstbestimmte Leistungsgestaltung im SGB IX: Wunsch- und Wahlrecht, Geldleistungsoption und persönliches Budget, in: Sozialrecht in Deutschland und Europa (ZfSH/SGB) 2003, S. 392 ff.
Zitiert: *Neumann*, ZfSH/SGB 2003, S. 392

Oppermann, Dagmar, Medizinische Rehabilitation, in: Ernst-Wilhelm Luthe (Hrsg.), Rehabilitationsrecht, Berlin 2009
Zitiert: *Oppermann*, Medizinische Rehabilitation

Pawlita, Cornelius, Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkasse insbesondere Vertragsärztliche Versorgung, in: Jahrbuch des Sozialrechts (29) 2008, S. 149 ff.
Zitiert: *Pawlita*, JbSozR (29) 2008, S. 149

Pitschas, Rainer, Mediatisierte Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss als Verfassungsproblem, in: Medizinrecht (MedR) 2006, S. 451 ff.
Zitiert: *Pitschas*, MedR 2006, S. 451

Pitschas, Rainer, Zur Rolle der „Patienten“ im Wandel des Gesundheitssystems, stärkt die Gesundheitsreform 2007 die verfassungsverbürgte Patientenkompetenz?, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR) 2007, S. 319 ff.
Zitiert: *Pitschas*, VSSR 2007, S: 319

Reimann, Axel, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, in: von Maydell, Bernd, Sozialrechtshandbuch (SRH), § 28, 4. Auflage, Baden-Baden 2008
Zitiert: *Reimann*, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Rolfs, Christian / ***Giesen***, Reinhard / ***Kreikebohm***, Ralf / ***Udsching***, Peter, Beck´scher Onlinekommentar Sozialrecht, Edition 14, München 2009
Zitiert: BeckOK Sozialrecht – *Bearbeiter*

Schlegel, Rainer, Juris Praxiskommentar SGB V, Saarbrücken 2008
Zitiert: Juris-PK SGB V - *Bearbeiter*

Schütte, Wolfgang, Selbstbestimmung, Sicherstellung und Leistungserbringung im Rehabilitationsrecht des SGB IX, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV) 2003, S. 416 ff.
Zitiert: *Schütte*, NDV 2003, S. 416

Sodan, Helge, Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, in: Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 2007, S. 1313 ff.
Zitiert: *Sodan*, NJW 2007, S. 1313

Stähler, Thomas, Keine Kostenübernahme von Fahrtkosten zum Rehabilitationssport durch Krankenkasse bei behinderten Menschen, in: Juris-Praxisreport 25/2008, Anm. 3.
Zitiert: *Stähler*, Juris-PR SozR 25/2008 Anm. 3

Stähler, Thomas, Zulässigkeit einer Begrenzung der Anspruchshöchstdauer von Funktionstraining im Wege untergesetzlicher Regelungen?, in: Juris-Praxisreport SozR 5/2009, Anm. 2
Zitiert: *Stähler*, Juris-PR SozR 5/2009, Anm. 2

Trösken, T. / ***Geraedts***, Max, Barrierefreiheit von Arztpraxen am Beispiel Essen, in: Das Gesundheitswesen 2005, S. 613 ff.
Zitiert: *Trösken/Geraedts*, Das Gesundheitswesen 2005, S. 613

Welti, Felix / ***Sulek***, Constanze
Die individuelle Konkretisierung des sozialrechtlichen Anspruchs auf Rehabilitation, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR) 2000, S. 453 ff.
Zitiert: *Welti/Sulek*, VSSR 2000, S. 453

Welti, Felix / ***Sulek***, Constanze, Die Ordnungsfunktion des SGB IX für das Recht der Rehabilitation und Teilhabe, in: Igl, Gerhard / Welti, Felix, Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, Wiesbaden 2001
Zitiert: *Welti/Sulek*, Ordnungsfunktion des SGB IX

Welti, Felix, Die individuelle Konkretisierung von Teilhabeleistungen und das Wunsch- und Wahlrecht behinderter Menschen, in: Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 2003, S. 379 ff.
Zitiert: *Welti*, SGb 2003, S. 379

Welti, Felix, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, Tübingen 2005
Zitiert: *Welti*, Behinderung und Rehabilitation

Welti, Felix, Gibt es noch eine Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung? in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR) 2006, S. 133 ff.
Zitiert: *Welti*, VSSR 2006, S. 133

Welti, Felix, Sozialrecht und evidenzbasierte Gesundheitsversorgung in Deutschland, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZaeFQ) 2007, S. 447 ff.
Zitiert: *Welti*, ZaeFQ 2007, S. 447

Welti, Felix / ***Fuchs***, Harry, Leistungserbringungsrecht der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX, In: Die Rehabilitation 2007, S. 111 ff.
Zitiert: *Welti/Fuchs*, Die Rehabilitation 2007, S. 111

Welti, Felix, Schutz vor Benachteiligungen im deutschen Sozialrecht nach den europäischen Gleichbehandlungsrichtlinien und ihrer Umsetzung, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR) 2008, S. 55 ff.
Zitiert: *Welti*, VSSR 2008, S. 55

Welti, Felix, Medizinische Rehabilitation der Krankenversicherung: Unklarheit über Ziele und Mittel, in: IQPR-Diskussionsforum A Nr. 10/2008
Zitiert: *Welti*, IQPR-Diskussionsforum A Nr. 10/2008

Welti, Felix, Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts aus rechtswissenschaftlicher Sicht, in: Welti, Felix (Hrsg.), Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger, Münster 2009
Zitiert: *Welti*, Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts

Welti, Felix, Leistung und Leistungserbringung in der Rehabilitation: Wettbewerbsordnung im Interesse der Selbstbestimmung, in: Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 2009, S. 330 ff.
Zitiert: *Welti*, SGb 2009, S. 330

Welti, Felix, Kein Anspruch auf Fahrkosten zum Rehabilitationssport, in: IQPR-Diskussionsforum A Nr. 4/2009
Zitiert: *Welti*, IQPR-Diskussionsforum A Nr. 4/2009

Welti, Felix, Zum Anspruch auf digitale Hörgeräte – nicht bedarfsdeckende Festbeträge – Verhältnis von Kranken- und Rentenversicherung, in: IQPR-Diskussionsforum A Nr. 7/2009
Zitiert: *Welti*, IQPR-Diskussionsforum A Nr. 7/2009

Welti, Felix, Keine Begrenzung des Anspruchs behinderter Menschen auf Funktionstraining durch die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining – Wer konkretisiert Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe?, in: IQPR-Diskussionsforum A Nr. 11/2009
Zitiert: *Welti*, IQPR-Diskussionsforum A Nr. 11/2009

Wolff, Heinrich Amadeus, Die Legitimationsveränderungen des Richtlinienerlasses durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage des GKV-Modernisierungsgesetzes, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS) 2006, S. 281 ff.
Zitiert: *Wolff*, NZS 2006, S: 281