

# **Geriatrische Rehabilitation aus dem Blickwinkel des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

von Harry Fuchs, Düsseldorf

## **Einleitung**

Die Bundesregierung hatte schon in ihren Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2006 bekundet, in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als zusätzliche Leistung die geriatrische Rehabilitation<sup>1</sup> aufnehmen zu wollen. Da es sich bei „zusätzlichen Leistungen“ üblicherweise um bisher nicht vorhandene Leistungen handelt, irritierte, das dazu ein „Anspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitation für den Bereich der Geriatrie von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt“ werden sollte<sup>2</sup>.

Mit Blick auf den in der GKV seit 1.1.2000 vorhandenen Rechtsanspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation<sup>3</sup>, der zudem nicht nach Personengruppen (z.B. Erwachsene oder Kindern, Alt oder Jung oder gar nach Indikationen - z.B. Herz-/Kreislauf, Inneres, Orthopädie oder Geriatrie-) unterscheidet, bestand hinsichtlich der Leistungsansprüche keine Regelungslücke, die einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf begründet hätte. Zudem wird ein vorhandener, umfassender und ungeteilter Rechtsanspruch durch Differenzierung in der Regel nicht besser, sondern – mit Blick auf die dadurch geschaffenen zusätzlichen Auslegungsmöglichkeiten im Rahmen der Rechtsumsetzung – eher schlechter.

Tatsächlich bestand während des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-WSG<sup>4</sup> mit Blick auf die künftig unterschiedliche Leistungsfinanzierung der GKV (Pflichtleistungen durch den Gesundheitsfonds, Ermessens- und freiwillige Leistungen durch den individuellen Zusatzbeitrag) bei einer Differenzierung des bisher ungeteilten Rechtsanspruchs auf medizinische Rehabilitation die Gefahr, das spätestens ab 2009 nur noch die Finanzierung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der GKV durch die Mittel des Gesundheitsfonds gesichert gewesen wären, deren Zuordnung zum Pflichtleistungskatalog unstrittig ist (geriatrische Rehabilitation, Vater-Mutter-Kind-Leistungen). Der darüber hinausgehende, weit überwiegende Teil der Reha-Leistungen der GKV wäre dagegen mit Blick auf die Wettbewerbsorientierung des Zusatzbeitrages mangels ausreichender Finanzierungsgrundlage gefährdet gewesen. Während des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-WSG hatten nämlich verschiedene Krankenkassen bereits angekündigt, dass sie dann das ihnen bei der Entscheidung über Rehabilitationsleistungen eingeräumte Ermessen eher gegen Null fahren und medizinische Rehabilitationsleistungen nicht mehr erbringen oder weitgehend reduzieren würden<sup>5</sup>.

Erst gegen Ende des Gesetzgebungsverfahrens konnte für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der GKV die Beibehaltung des seit 1.1.2000 vorhandenen umfassenden Rechtsanspruchs und die Sicherung der Finanzierung durch Einbeziehung der damit verbundenen Kosten in den Gesundheitsfonds erreicht werden<sup>6</sup>. Durch eine Änderung des § 40 SGB V wurde klargestellt, dass das den Krankenkassen bisher und auch in Zukunft eingeräumte Ermessen bei der Entscheidung über Art und Ausführung der Leistungen („Wie“) nicht den in § 11 Abs. 2 SGB V begründeten Rechtscharakter der Leistung

---

<sup>1</sup> Bundesregierung, Eckpunkte zur Gesundheitsreform vom 4.7.2006, S. 14, Abschnitt 13, Leistungskatalog und Zuzahlungen

<sup>2</sup> Bundesregierung, aaO, S. 11, 12, Abschnitt 9, Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege

<sup>3</sup> vergl. nachfolgend Abschnitt 2

<sup>4</sup> Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz –GKV-WSG), BT-Drs. 16/3100 vom 24.10.2006

<sup>5</sup> vergl. Fuchs, Die Gesundheitsreform 2006: Systemwechsel durch die Hintertür, Soziale Sicherheit, 10/2006, S. 342ff

<sup>6</sup> § 11 Abs. 2 SGB V iVm. Art. 26 (§ 40 SGB V), 27 (Wegfall der für die geriatrische Rehabilitation beabsichtigten § 41a SGB V)

(Rechtsanspruch) verändert und deshalb die mit dieser Leistung verbundenen Kosten nach § 266 SGB V auch in den Finanzausgleich<sup>7</sup> einzubeziehen sind.

Der gesetzgeberische Handlungsbedarf zur geriatrischen Rehabilitation wurde in den Eckpunkten der Bundesregierung mit der Beseitigung der seit längerer Zeit diskutierten Schnittstellen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sowie dem Ziel der Optimierung der Versorgung der Versicherten begründet. Dazu sollten Präventions- und Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit an der Nahtstelle von Kranken- und Pflegeversicherung deutlich verbessert werden. Gerade in der ambulanten und stationären Geriatrie seien Versorgungsmängel unbestritten. Die beklagte mangelhafte Umsetzung von Maßnahmen geriatrischer Rehabilitation werde u.a. auch auf die Ausgestaltung der Rehabilitation als Ermessensleistung zurückgeführt<sup>8</sup>.

Ebenso wenig wie die Analyse der Ursachen für die Schnittstellenprobleme mit Blick auf den seit 1.1.2000 vorhandenen Rechtsanspruch zutrifft, lassen sich die in den Eckpunkten von der Bundesregierung beschlossenen Lösungsansätze zur Beseitigung der Versorgungsdefizite mit dem seit dem 1.7.2001 geltenden Rehabilitations- und Teilhaberecht des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) vereinbaren.

Insgesamt vermitteln die Inhalte der Eckpunkte zur geriatrischen Rehabilitation, aber auch die dazu im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-WSG geführten Diskussionen den Eindruck, dass vielen Beteiligten die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Rehabilitation pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen - insbesondere die des SGB IX - nur unzureichend geläufig sind. Der nachfolgende Beitrag soll deshalb diese Rahmenbedingungen für die nach Inkrafttreten des GKV-WSG bevorstehenden Schritte zur Ausgestaltung der geriatrischen Rehabilitation nochmals verdeutlichen.

## **1. Geltung der Bestimmungen des SGB IX im Bereich der Krankenversicherung**

Mit dem SGB IX verfolgt der Gesetzgeber unter Beibehaltung des gegliederten Systems das Ziel der Weiterentwicklung des Rechts der Rehabilitation behinderter Menschen und der Zusammenfassung dieses Rechts in einem Buch des Sozialgesetzbuchs insbesondere durch die Beseitigung der Divergenz und Unübersichtlichkeit des alten Rechts<sup>9,10</sup>. Dazu werden die verschiedenen Rehabilitationsträger auf der Grundlage harmonisierter Rechtsvorschriften verpflichtet, zielgerichtet zusammenarbeiten. Das SGB IX soll in ähnlicher Weise bereichs-übergreifend wirksam werden, wie die Regelungen des Ersten, des Vierten und des Zehnten Sozialgesetzbuches<sup>11,12</sup>.

Kernanliegen des SGB IX ist es, einen gemeinsamen Rahmen für das gesamte Recht der Leistungen zur Teilhabe durch Koordination, Kooperation und Konvergenz herzustellen. Der Gesetzgeber erwartet, dass auf der Basis des SGB IX durch Koordination, Kooperation und Konvergenz ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und Behindertenpolitik errichtet wird<sup>13</sup>. Er geht dabei von einer weit gehenden Einheitlichkeit des Leistungsrechts aus<sup>14</sup>.

---

<sup>7</sup> Risikostrukturausgleich, Gesundheitsfonds. Nach § 266 Abs. 4 Nr. 2 SGB V sind für den Finanzausgleich innerhalb der GKV nur die Aufwendungen für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, nicht in die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben einzubeziehen.

<sup>8</sup> Bundesregierung, Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006, Anlage 11, S. 49, 50

<sup>9</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 92.

<sup>10</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 92.

<sup>11</sup> BT-Drucks. 15/4575, S. 21.

<sup>12</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 94.

<sup>13</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 92.

<sup>14</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 100.

Diesem Zweck dient der gegenüber dem RehaAnglG<sup>15</sup> erweiterte, in § 7 SGB IX beschriebene Anwendungsbereich des SGB IX<sup>16</sup>. Mit seiner Gegenüberstellung des Rechts der Leistungen (Satz 1) einerseits und des Rechts der Zuständigkeit und Leistungsvoraussetzungen andererseits (Satz 2) hat der Gesetzgeber den Anwendungsbereich des Gesetzes abschließend bestimmt. Ein dritter ungeklärter Bereich von nicht in § 7 SGB IX geregelterm Recht der Rehabilitation und Teilhabe ist nicht vorgesehen. Kapitel 2 des SGB IX gilt danach jedenfalls soweit unmittelbar für das Leistungserbringungsrecht der einzelnen Rehabilitationsträger, wie dieses eine notwendige und dienende Funktion für deren Leistungsrecht hat und den Leistungsanspruch mitbestimmt.<sup>17</sup>

Nach Satz 1 gelten für alle Rehabilitationsträger ausschließlich die Vorschriften des SGB IX, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Nach Satz 2 richten sich Zuständigkeit und Voraussetzungen nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.

Danach gelten die Vorschriften des SGB IX weitgehend unmittelbar für das Leistungsrecht der Rehabilitationsträger<sup>18</sup>. Gleichwohl reklamieren und praktizieren die Rehabilitationsträger zT unverändert den Vorrang des für sie jeweils geltenden spezifischen Leistungsrechts. Die Begründungen dafür sind so vielfältig wie unzutreffend. Durch die Bezugnahme auf Abweichungen in dem für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsrecht in § 7 Satz 1 darf nicht etwa geschlossen werden, dass damit das jeweilige Leistungsrecht ohne Einwirkungen durch das SGB IX weiterhin anzuwenden ist. Es ist zunächst immer zu prüfen, ob das spezifische Recht überhaupt zu der anstehenden Fragestellung eine Regelung enthält und ob es sich dabei tatsächlich im Verhältnis zum SGB IX um Abweichungen handelt. Mit Blick auf die durch das SGB IX zugleich vollzogene weitgehende Angleichung der spezifischen Leistungsgesetze sind Abweichungen tatsächlich eher die seltene Ausnahme.

Insbesondere enthielten und enthalten die spezifischen Leistungsgesetze z.B. nur bedingt Leistungserbringungsrecht, das für die Rehabilitations- und Teilhabeleistungen in dieser umfassenden Form erstmals durch das SGB IX für alle Rehabilitationsträger einheitlich und verbindlich eingeführt wurde. Soweit in den spezifischen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger tatsächlich entsprechende Regelungen vorhanden waren (z.B. §§ 107 Abs. 2, 111 SGB V) oder noch – zumeist aus organisationsrechtlichen Gründen - abweichende Regelungen (z.B. § 275 SGB V) verblieben, sind sie mit Blick auf die im SGB IX verankerten Kooperations-, Koordinations- und Konvergenzpflichten der Träger im Lichte des SGB IX auszulegen und anzuwenden.

## **2. Spezifisches Rehabilitationsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung**

Seit dem Inkrafttreten des Fünftes Sozialgesetzbuches (SGB V)<sup>19</sup> regelt dessen § 11 Abs. 2 den Anspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation<sup>20</sup>, während § 40 SGB V die Gestaltung und Ausführung dieser Leistungen in das pflichtgemäße Ermessen der Krankenkassen<sup>21</sup> stellt.

---

<sup>15</sup> §§ 6, 9 Rehabilitations-Angleichungsgesetz (RehaAnglG), in Kraft ab 1.10.1974, außer Kraft getreten durch das SGB IX am 1.7.2001

<sup>16</sup> BT-Drucks. 15/4575, S. 21.

<sup>17</sup> *Mrozynski*, Rz. 8 zu § 7; Bieritz-Harder, RsdE Nr 59, S. 42 (44); Neumann, Handbuch SGB IX, 2004, § 4 Rn. 7; Fuchs in Bihr/Fuchs/Krauskopf/Ritz, § 17 SGB IX, Rn. 3.

<sup>18</sup> Vgl. statt vieler: Neumann in Handbuch SGB IX, § 4, Rn. 7.

<sup>19</sup> Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz – GRG) vom 20.12.1988, BGBl I S. 2477

<sup>20</sup> Ob und unter welchen Leistungen beansprucht werden können

<sup>21</sup> Wie und auf welche Weise diese Leistungen auszuführen sind

Bis zum Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2000<sup>22</sup> am 1.1.2000 waren medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation keine eigenständigen Leistungen der GKV, sondern Bestandteil der Leistungen der in § 11 Abs. 1 SGB V aufgelisteten Leistungen der Krankenversorgung. Ziele der Rehabilitationsleistungen der GKV waren zwar damals bereits die Vorbeugung, Beseitigung, Besserung, Verhütung einer Verschlimmerung einer Behinderung sowie die Vermeidung und Minderung einer Pflegebedürftigkeit. Durch die Integration der Rehabilitationsleistungen in die Krankenversorgung bewegten sich diese spezifischen Ziele jedoch immer zugleich auch im Rahmen der in § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V für die Krankenbehandlung beschriebenen Ziele. Daraus folgerten nicht nur die Träger der Krankenversicherung, dass ein Anspruch auf Rehabilitationsleistungen der GKV nur gegeben sei, wenn damit neben den in § 11 Abs. 2 SGB V auf die Behinderung bezogenen Ziele zugleich auch Ziele der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V erreicht werden können.

Mit der Gesundheitsreform 2000<sup>23</sup> wurde durch eine Neufassung des § 11 Abs. 2 SGB V klargestellt, dass in der GKV ein eigenständiger Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – neben den Leistungen der Krankenversorgung – besteht. Die geänderte Vorschrift gewährt ab 1.1.2000 nicht nur einen Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie löst die Aufgabenstellung und Zielsetzung der Rehabilitationsleistungen der GKV auch von denen der Krankenversorgung<sup>24</sup> und stellt sie auf die Grundlage des RehaAnglG<sup>25</sup>. Diese grundlegende Änderung des Rehabilitationsrechts der GKV hat die Praxis der GKV bis in die jüngste Zeit hinein nicht vollständig durchdrungen. Immer noch ist in Literatur und Praxis davon die Rede, dass die Rehabilitationsleistungen der GKV primär die Ziele der Krankenbehandlung zu stützen bzw. zu fördern hätten und deshalb bei der Leistungsausführung auch deren Struktur- und Prozessqualität darauf auszurichten sei.

Es gilt festzuhalten, dass der Paradigmenwechsel von der medizinischen Rehabilitation als Bestandteil der Krankenversorgung hin zur eigenständigen Leistung mit eigenständigen, auf dem allgemeinen Rehabilitationsrecht basierenden Aufgaben und Zielen sich in der GKV bereits mit der Gesundheitsreform 2000 und nicht erst durch das SGB IX vollzogen hat. Umso abwegiger ist die Praxis, die Nichtanwendung des SGB IX in der Krankenversicherung unter Berufung auf § 7 Satz 1 SGB IX und abweichendes spezifisches Recht des SGB V zu rechtfertigen.

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX wurde lediglich die schon seit 1.1.2000 auf dem bis dahin geltende allgemeinen Rehabilitationsrecht basierende Fassung des § 11 Abs. 2 SGB V an das durch das SGB IX neu gefasste Rehabilitationsrecht und den damit verbundenen Sprachgebrauch angepasst<sup>26</sup>. Versicherte haben seitdem in der GKV einen Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die notwendig sind, um die im SGB IX für die medizinische Rehabilitation definierten Ziele<sup>27</sup> zu erreichen. Die Leistungen sind im Übrigen auch unter Beachtung des SGB IX zu erbringen, soweit im SGB V nicht etwas anderes bestimmt ist.<sup>28</sup>

---

<sup>22</sup> vergl. § 11 Abs. 2 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz –GRG-) vom 20.12.1988, BGBl I, S 2477

<sup>23</sup> vergl. Art 1 Nr. 7 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 – GKV-GRG 2000) vom 22.12.1999, BGBl I 2626

<sup>24</sup> § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V: Krankheiten erkennen, zuheilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

<sup>25</sup> Wagner in Krauskopf, Kommentar zur Sozialen Krankenversicherung, Rz 4 zu § 11 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 1.1.2000

<sup>26</sup> vergl. Begründung zu Artikel 5 Nr. 6 des Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX) vom 19.6.2001, BGBl I S. 1046

<sup>27</sup> §§ 1, 4 Abs. 1 und 26 Abs. 1 SGB IX, vergl. oben Abschnitt 1

<sup>28</sup> § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V

Bereits mit dem GRG wurde der Anspruch auf Rehabilitation vor Pflege begründet und nach § 11 Abs. 2 SGB ausdrücklich mit der Aufgabe und Zielsetzung versehen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Seit dem Inkrafttreten des SGB IX wird die der Rehabilitation vor oder während Pflege ohnehin innewohnende Aufgabe der Förderung oder Erleichterung einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung gemeinsam mit der Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausdrücklich als eigenständige Zielsetzung der Leistungen zur Rehabilitation im Rehabilitationsrecht hervorgehoben (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Da das SGB V keine näheren – und damit auch keine abweichenden - Vorschriften zur Ausgestaltung der Rehabilitation vor Pflege enthält, sind diese Leistungen nach § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V unter Beachtung des SGB IX zu erbringen und damit u.a. auch der spezifischen Zielsetzung des § 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX zu erbringen. Damit besteht seit Jahren eine umfassende Rechtsgrundlage für die Gewährung der Leistungen durch die GKV, die sich in der politischen Diskussion mit dem Begriff „geriatrische Rehabilitation“ verbinden.

### 3. Der „geriatrische Patient“

Weder in der deutschen Medizin<sup>29</sup> noch insgesamt im Gesundheitssystem<sup>30</sup> besteht bisher eine sektorenübergreifende, verbindliche und konsentiertere Definition, wann ein Mensch als „geriatrischer Patient“ anzusehen ist. Dies gilt auch für die geriatrische Rehabilitation.

Zur Identifizierung der Menschen mit einem spezifischen geriatrischen Rehabilitationsbedarf bezeichnen die Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation<sup>31</sup> die Berechtigten als „geriatrischen Patienten“, die neben einem höheren Lebensalter eine geriatritypische Multimorbidität aufweisen.

In jüngster Zeit mehrten sich die Ansätze, diese Definition weiter zu entwickeln. So sollen sich z.B. geriatrische Patienten durch geriatritypische Multimorbidität und höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter), bei über 80jahren auch auf Grund der alterstypischen Vulnerabilität (z.B. wegen des Auftretens von Komplikationen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus) definieren. Dabei soll die geriatritypische Multimorbidität vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen sein<sup>32</sup>.

Solche Definitionen sind rehabilitationsrechtlich schon mit Blick auf die Verpflichtung zur Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs<sup>33</sup> deswegen problematisch, weil Multimorbidität in Verbindung mit einem hohen Lebensalter, dem Auftreten von Komplikationen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus auch bei klassischen Indikationen der Rehabilitation (Orthopädie, Rheumatologie usw.) gegeben sind und deswegen für sich allein keine geeignete Indikatoren für die Beurteilung der Frage sind, ob die durch die Alterskrankheiten verursachten Teilhabebeeinträchtigungen im Einzelfall wirksamer mit einer spezifischen Rehabilitationsleistung zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit oder mit einer indikationsspezifischen Rehabilitationsleistung<sup>34</sup> zu

---

<sup>29</sup> Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Begutachtungs-Richtlinie  
Vorsorge und Rehabilitation vom 28.10.2005, Abschnitt 4.6

<sup>30</sup> Plate, Meinck, Welti, „Brauchen wir einen besonderen gesetzlichen Anspruch auf geriatrische  
Rehabilitation“ in G + Q 2006: 11 S 344 bis 347

<sup>31</sup> Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 1.1.2004, Ziffer 2.2  
in Gerkens/Schliehe/Steinke, Handbuch Rehabilitation und Vorsorge, 9 – 104 ff, Asgard-Verlag

<sup>32</sup> So ein dem Verfasser vorliegende von den geriatrischen Fachverbänden (deutsche Gesellschaft für  
geriatrie – DGG -, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie – DGGG – und Bundesar-  
beitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V.) konsentiertere Definition „Geriatris-  
cher Patient“.

<sup>33</sup> § 10 SGB IX

<sup>34</sup> Unter „indikationsspezifischen“ Rehabilitationsleistungen werden Leistungen in Rehabilitationsein-  
richtungen verstanden, deren Rehabilitationskonzept ausgehend von der Krankheit oder Behin-

therapieren sind. Deshalb weist auch die Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des MDS zu Recht darauf hin, dass nicht jeder ältere Mensch ein geriatrischer Patient ist und eine in jedem Fall eindeutige und reproduzierbare Differenzierung zwischen den Indikationen für eine geriatrische und indikationsspezifische Rehabilitation allein mit Hilfe der Begutachtungs-Richtlinie und dem ihr zugrunde liegenden Begriff „geriatrischer Patient“ nicht möglich ist<sup>35</sup>.

Unbeachtlich der besonderen Betonung der geriatrischen Rehabilitation im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-WSG ist der Rehabilitationsbedarf lebensälterer Menschen bis zum hohen Lebensalter ungleich häufiger durch die erreichte Ausprägung einer chronischen Erkrankung oder ein bestimmtes Ereignis (Herzinfarkt, häuslichen Unfall, Schlaganfall usw) verursacht, als durch drohende oder bereits eingetretene Pflegebedürftigkeit. Danach besteht auch in Zukunft quantitativ ein weitaus größerer Bedarf an indikationsspezifischen Rehabilitationsleistungen für lebensältere Menschen als an geriatrischen Rehabilitationsleistungen. Dies umso mehr, als durch den rechtzeitigen, gezielten Einsatz der indikations-spezifischen Rehabilitationsleistungen gerade für lebensältere Menschen mit der sekundär und tertiärpräventiven Wirkungen dieser begründeten Rehabilitationsleistungen wirksam Prävention vor Pflege bewirkt wird. In der Praxis lehnen die Krankenkassen mit Blick auf die Beitragssatzstabilität und den Wettbewerb in diesen Fällen indikationsspezifische Rehabilitationsleistungen häufig ab. Dies führt zu einer schnelleren Chronifizierung und im Ergebnis zum früheren Eintreten von Pflegebedürftigkeit, was ökonomisch völlig kontraproduktiv ist.

„Patient“ ist die in den Medizinwissenschaften übliche Bezeichnung für einen Menschen mit einem Bedarf an Krankenbehandlung. Das Rehabilitationsrecht beschreibt den Berechtigten hingegen nicht als Patienten. Dieser Begriff und dazu gefundene – in der Sache zudem noch vorwiegend aus dem Blickwinkel der Krankenversorgung begründete - Definitionen sind deshalb aus rehabilitationsrechtlicher Sicht grundsätzlich für die Beschreibung der Berechtigten sowie der „geriatrische Rehabilitationsleistungen“ ungeeignet.

Die als Folge von Krankheit oder Behinderung eintretende Pflegebedürftigkeit – die ja durch Rehabilitation vor Pflege vermieden oder gemindert werden soll – wird weitgehend immer noch als Lebenssituation verstanden, die überwiegend Hilfen mit großer Nähe zur medizinischen Versorgung erfordert. Pflegebedürftigkeit ist jedoch – wie auch die Behinderung - das Ergebnis einer negativen Wechselwirkung und zwar der zwischen der Person mit ihrem Gesundheits-/Pflegeproblem auf der einen Seite und den Kontextfaktoren (Umfeld, gesellschaftliche Barrieren u.a.) auf der anderen Seite. Beide Aspekte wirken sich auf die „Funktionsfähigkeit“ der Betroffenen im Sinne der ICF, d.h., auf die Integrität der Funktionen oder Strukturen ihres Organismus, ihre danach noch möglichen Aktivitäten und/oder ihre Partizipation an Lebensbereichen aus.

Auf diesem Hintergrund kann die Sicherung der gleichberechtigten und selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf am Leben in der Gesellschaft nicht allein von „der Pflege“ bewältigt werden. Diese übergeordnete und umfassende Aufgabe erfordert die Beteiligung von Akteuren ganz unterschiedlicher Profession und Kompetenz sowie Hilfen zu ganz unterschiedlichen Lebensbereichen und Leistungen mit unterschiedlicher Zielsetzung und Finanzierung aus dem gesamten Sozialrecht. Es handelt sich deshalb um eine multi- und interdisziplinäre Aufgabenstellung, die von den beteiligten Akteuren in gemeinsamer Verantwortung wahrzunehmen ist.

Selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist deshalb als besondere Kategorie und Ziel der Gesetzgebung durch den Behinderungsbegriff des SGB IX für das gesamte Sozialrecht vorgegeben. Danach und nach den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen (d.h., auch nach dem SGB V), erhalten behinderte oder von

---

<sup>35</sup> derung definiert ist, die die Teilhabebeeinträchtigung verursacht hat  
vergl. dort Abschnitt 4.6.2

Behinderung bedrohte Menschen Leistungen zur Teilhabe und medizinischen Rehabilitation, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern<sup>36</sup>

Krankheit und Behinderung sind Ursache sowohl der Pflegebedürftigkeit wie auch der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Ist bei einem Menschen als Folge von Krankheit oder Behinderung bereits Pflegebedürftigkeit eingetreten, so ist er in der Regel auch in seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt. Pflegebedürftigkeit und Teilhabebeeinträchtigung schließen sich nicht aus. Im Gegenteil, sie bedingen sich, weil sie auf gemeinsamen Ursachen basieren. Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit sind danach allesamt Abweichungen der körperlichen Funktion, der geistigen Fähigkeit oder der seelischen Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand.

Seit Inkrafttreten des SGB IX sind die Menschen behindert und mit einem Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation ausgestattet, die wegen einer solchen Abweichung, d.h., als Folge von chronischen Krankheiten, Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt sind<sup>37</sup>. Der Paradigmenwechsel, dass sich der behinderte Mensch im deutschen Rechtsgefüge nicht mehr vorwiegend durch das Vorliegen und die Schwere einer Krankheit oder Behinderung, sondern insbesondere über die dadurch verursachten Folgen, nämlich die Art und das Ausmaß der Beeinträchtigung der Teilhabe des Betroffenen am Leben in der Gesellschaft definiert, ist bisher erkennbar nicht zum Selbstverständnis aller im Sozialleistungssystem Verantwortlichen und Handelnden geworden.

Behinderte Menschen mit Pflegebedarf<sup>38</sup> mit Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX in Verbindung mit den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, einschl. des SGB V, sind danach

- alle behinderten Menschen, bei denen als Folge ihrer Behinderung Pflegebedarf eingetreten ist, aber auch
- alle pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen,

die durch ihren Pflegebedarf (die den Pflegebedarf verursachende Behinderung oder Krankheit) in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt sind oder denen eine solche Beeinträchtigung droht.

Der „geriatrische Patient“ im Sinne der Absicht, damit den pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Patienten mit geriatrischem Rehabilitationsbedarf zu beschreiben, muss danach ein behinderter Mensch im Sinne des § 2 SGB IX mit drohendem oder bereits eingetretenen Pflegebedarf sein, der deswegen einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe einschl. medizinischer Rehabilitation hat, weil er in seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist und dies einen Rehabilitationsbedarf begründet.

#### **4. Zielorientierung – eine gesetzlich zwingende Leistungsvoraussetzung**

Der Gesetzgeber bindet alle Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation ausdrücklich daran, dass mit diesen Leistungen Ziele erreicht werden können, die er entweder im SGB IX oder in

---

<sup>36</sup> § 21 Satz 1 SGB IX

<sup>37</sup> § 2 Abs. 1 SGB IX. Sollte im Einzelfall als Folge der Pflegebedürftigkeit noch keine Teilhabebeeinträchtigung eingetreten sein, droht diese jedenfalls, sodass die Voraussetzungen für die Anwendung des SGB IX nach § 2 Abs. 2 SGB IX gegeben sind.

<sup>38</sup> So die Definition einer von der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderte Menschen eingesetzten Arbeitskreises „Teilhabeorientierte Pflege“. Vergl. „Empfehlungen für eine Teilhabeorientierte Pflege“ [www.behindertenbeauftragte.de](http://www.behindertenbeauftragte.de) „

den für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften vorgegeben hat<sup>39</sup>.

Nach dem SGB IX sind prioritäre Ziele jedweder Rehabilitations- und Teilhabeleistung die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie die Vermeidung von Benachteiligungen<sup>40</sup>. Darüber hinaus gibt das SGB IX konkrete Leistungsziele<sup>41</sup> vor. Im Zusammenhang mit der geriatrischen Rehabilitation sind von besonderer Bedeutung die Ziele,

- Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX)
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX) sowie
- den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX)
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX).

Die Rehabilitationsleistungen zielen damit auf die körperlichen, seelischen und sozialen Beeinträchtigungen ab, die als Folge von Krankheit oder Behinderung die Teilhabe des behinderten, chronisch kranken und/oder pflegebedürftigen Menschen am Leben in der Gesellschaft einschränken. Folge der Bindung der Leistungsgewährung an diese Ziele ist, dass der Rehabilitationsbedarf und damit der dazu in den Sozialgesetzen enthaltene Anspruch auf Rehabilitationsleistungen nicht mehr allein durch Art und Schwere einer Krankheit oder Behinderung, sondern vor allem dadurch ausgelöst wird, dass als Folge von Krankheit oder Behinderung eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft droht oder festzustellen ist, die noch durch Rehabilitationsleistungen beeinflusst werden kann. Die Prognose, ob Rehabilitationsleistungen erfolgreich sein können, bezieht sich demnach seit Inkrafttreten des SGB IX nicht mehr auf die Wirkung, die Rehabilitationsleistungen auf Art und Schwere der Erkrankung haben können, sondern allein darauf, welche Wirkung die Rehabilitationsleistung auf die Teilhabebeeinträchtigung hat. Die Rehabilitationsprognose muss deshalb eine Teilhabeprognose sein.

Über die genannten, für alle Leistungen zur Teilhabe einschl. der zur medizinischen Rehabilitation vorgegebenen generellen Leistungsziele hinaus enthält das SGB IX noch spezifische Zielvorgaben für die verschiedenen Leistungsarten. Für die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation werden dazu in § 26 Abs. 1 SGB IX nochmals die in § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX genannten Ziele als besondere Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation betont. Gleichzeitig wird klargestellt, dass die Behinderungen im Sinne des SGB IX ausdrücklich auch die chronischen Krankheiten und deren Folgen für die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft umfassen.

Auch das spezifische Recht der Krankenversicherung bindet die Erbringung von medizinischen Rehabilitationsleistungen an die Erreichbarkeit von Zielen. Nach § 40 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der Fassung des GKV-WSG erbringt die Krankenkasse ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen nur dann, wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, die in § 11 Abs. 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen.

Die in § 11 Abs. 2 SGB V enthaltene Zielsetzung umfasst die Teilhabeziele bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit und ist insoweit im Wortlaut identisch mit der Zielbeschreibung in

---

<sup>39</sup> § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX

<sup>40</sup> § 1 SGB IX

<sup>41</sup> § 4 Abs. 1 Nr. 1-4 SGB IX

§ 4 Abs. 1 SGB IX. § 11 Abs. 2 SGB V enthält hinsichtlich der Rehabilitationsziele keine weitergehenden krankenversicherungsspezifischen – und damit im Sinne des § 7 Satz 1 SGB V abweichenden – Regelungen. Lediglich für die Rehabilitationsleistungen, die in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung ausgeführt werden, enthält § 41 SGB V einen ausdrücklichen Hinweis auf die in § 27 Abs. 1 SGB V beschriebenen Ziele, sodass diese Leistungen – wie vor dem Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2000 - ausdrücklich auch zur Förderung des Erfolges der Krankenbehandlung erbracht werden können.

Gerade auch mit Blick auf die integrierte Versorgung ist anzumerken, dass danach die Stabilisierung des Erfolges der Krankenbehandlung allein kein Rehabilitationsziel ist, das einen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auslösen kann. Ein Anspruch entsteht erst dann, wenn neben der Stabilisierung des Erfolges der Krankenbehandlung eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben eine Zielsetzung im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX auslöst, die durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wahrscheinlich erreichbar ist<sup>42</sup>. Dem steht auch § 107 Abs. 2 Buchst. b SGB V nicht entgegen, der keine Leistungsansprüche oder Leistungsvoraussetzungen begründet, sondern die Aufgabenverteilung zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen regelt und dazu für die Rehabilitationseinrichtungen ein Aufgabenspektrum beschreibt, das bisher nicht an die mit § 11 Abs. 2 SGB V idF der Gesundheitsreform 2000 und durch das SGB IX bewirkten Änderungen des Rehabilitationsrechts der GKV angepasst wurde.

Die Leistungserbringung ist damit für die geriatrische Rehabilitation an die Erfolgsprognose geknüpft, ob mit den Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation voraussichtlich - d.h., mit einer rehabilitationswissenschaftlich begründeten Wahrscheinlichkeit – eines oder mehrere der in den §§ 1, 4 Abs. 1 und 26 Abs. 1 SGB IX vom Gesetzgeber vorgegeben Ziele erreicht werden kann.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die in § 4 Abs. 1 Nr. 2 und 4 SGB IX enthaltenen Ziele der Vermeidung oder Minderung von Sozialleistungen und der Förderung der persönlichen Entwicklung sowie einer möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung in keiner der für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften wiederholt wird. Dies war auch nicht erforderlich, weil diese Ziele allen Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation bei allen Trägern innewohnen und nachgerade Aufgabe und Gegenstand der Leistungen sind. Die Grundsätze Rehabilitation vor Pflege oder Rente belegen dies in besonderer Weise für das Ziel der Vermeidung von Sozialleistungen oder Minderung laufender Sozialleistungen. Die mit den Rehabilitationsleistungen anzustrebende Förderung der Selbstbestimmung wird nämlich umso mehr erreicht, je weniger der Betroffene auf Sozialleistungen angewiesen ist. Ohne die entsprechende persönliche Entwicklung, Selbstständigkeit oder Selbstbestimmungsfähigkeit ist Teilhabe am Leben in der Gesellschaft schlichtweg nicht denkbar. Danach sind diese Ziele immer zugleich auch Teilhabeziele aller Rehabilitationsleistungen nach den für die Rehabilitationsträger geltenden Vorschriften.

Dies ist gerade für die geriatrische Rehabilitation von besonderer Bedeutung. Ein Ziel der Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) ist es nach § 2 SGB XI nämlich, den Pflegebedürftigen zu helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten. Danach besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen den Zielen des SGB XI und den in § 4 Abs. 1 Nr. 2 und 4 SGB IX beschriebenen Zielen der medizinischen Rehabilitation, die als spezifische Ziele gerade der geriatrischen Rehabilitation angesehen werden müssen.

---

<sup>42</sup> Fuchs H. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und Integrierte Versorgung; Rehabilitation 2004; 43: 1-10

Zusammenfassend sind danach für die Entscheidung über die Erbringung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation nach geltendem Recht folgende Leistungsvoraussetzungen zu prüfen:

- Das Vorhandensein eines oder mehrerer der in § 11 Abs. 2 SGB V iVm. §§ 1, 4 Abs. 1 und 26 Abs. 1 genannten Rehabilitationsziele
  - Beseitigung, Minderung einer Behinderung einschl. chronische Krankheit oder Pflegebedürftigkeit sowie Verhütung einer Verschlimmerung
  - Vermeidung einer Behinderung einschl. chronische Krankheit oder einer Pflegebedürftigkeit
  - Ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung sowie der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Ermöglichung oder Erleichterung einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung sowie die
  - Vermeidung des vorzeitigen Bezugs anderer Sozialleistungen oder Minderung laufender als spezifische Ziele der Rehabilitation vor Pflege
- Feststellung, dass eines oder mehrere dieser Ziele durch Leistungen zur Rehabilitation mit rehabilitationswissenschaftlich begründeter Wahrscheinlichkeit erreichbar erscheinen (Rehabilitationsprognose)
- Für ambulante Rehabilitationsleistungen: Feststellung, dass ambulante Krankenbehandlung zur Erreichung dieser Ziele nicht ausreicht  
Für stationäre Rehabilitationsleistungen: Feststellung, dass ambulante Rehabilitationsleistungen zur Erreichung dieser Ziele nicht ausreichen.

## 5. Geriatrische Rehabilitation

Geriatrie ist das medizinische Fachgebiet für die Alterungsprozesse und die präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Aspekte der Erkrankungen alter Menschen<sup>43</sup>.

Geriatrische Rehabilitation ist keine originäre Leistung der GKV. Entgegen den in den Eckpunkten der Bundesregierung enthaltenen Absichten wurde mit dem GKV-WSG auch kein eigenständiger Anspruch auf Leistungen der geriatrischen Rehabilitation geschaffen. Geriatrische Rehabilitation ist auf der Grundlage des umfassenden Rechtsanspruchs auf medizinische Rehabilitation nach § 11 Abs. 2 SGB V die Bezeichnung der rehabilitativen Leistungsform, die zur Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe für die Menschen mit geriatrischen Krankheiten (Zielgruppe<sup>44</sup>) zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit (Rehabilitationsziel<sup>45</sup>) zur Deckung des individuellen, funktionsbezogenen Leistungsbedarfs (Bedarfsgerechtigkeit<sup>46</sup>) durch geeignet Rehabilitationsdienste und –einrichtungen auszuführen sowie von den für die Rehabilitation vor und während Pflege zuständigen Rehabilitationsträgern fachlich und regional in ausreichender Zahl und Qualität sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag<sup>47</sup>) ist.

Sozialrechtlich wurde der sozialpolitische Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ bereits durch die Gesundheitsreform 2000 als ausdrückliche Aufgabe der Rehabilitation der Krankenversicherung mit der Zielsetzung der Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit umgesetzt<sup>48</sup>. Damit sind die Krankenkassen gesetzlich legitimiert, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages nach § 19 SGB IX die für die Wahrnehmung dieser

---

<sup>43</sup> MDS, Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom 28.10.05, Abschnitt 4.6.1

<sup>44</sup> § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX – für welche Fälle -

<sup>45</sup> § 4 Abs. 1 SGB IX iVm mit § Abs. 2 SGB V

<sup>46</sup> § 10 SGB IX

<sup>47</sup> § 19 Abs. 1 SGB IX

<sup>48</sup> § 11 Abs. 2 SGB V

Aufgabe erforderlichen Rehabilitationsangebote<sup>49</sup> zu gewährleisten. Im Kontext dieser Legitimation liegt es nahe, das spezifische Angebot der Rehabilitation vor Pflege als „geriatrische Rehabilitation“ zu bezeichnen. Damit wird zugleich ein aus der Aufgabenstellung der Vermeidung oder Minderung von Pflege abgeleitetes Kriterium zur Abgrenzung dieser Rehabilitationsleistungen, der damit verbundenen Zielgruppen und der davon erfassten Rehabilitationsbedarfe zu den übrigen Rehabilitationsleistungen, Zielgruppen und Bedarfe geschaffen.

Geriatrische Rehabilitation umfasst die Rehabilitationsleistungen, die bei drohender oder bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit geeignet sind, die als Folge der im Fachgebiet Geriatrie behandelten Krankheiten eingetretenen Beeinträchtigungen der Betroffenen bei ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu behandeln. Geriatrische Rehabilitation ist im Kontext des Rehabilitationsrechts keine besondere Methode der Behandlung von Alterskrankheiten und – schon seit der Gesundheitsreform 2000 – auch nicht mehr Bestandteil der Krankenbehandlung bzw. Krankenversorgung.

Sie ist vielmehr eine spezifische Form der Leistungen zur Teilhabe nach § 5 Nr. 1 SGB IX (Leistungsgruppe: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), deren Strukturen und Prozesse nach Gegenstand, Umfang, Ausführung<sup>50</sup> und Qualität geeignet sein müssen, im Rahmen des Auftrages Rehabilitation vor Pflege die im Abschnitt 4 beschriebenen Ziele zur Beseitigung der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erreichen.

Zur Herstellung der bestmöglichen Gesundheit ist u.a. die Heilung und Linderung der die Pflegebedürftigkeit bewirkenden Krankheit Aufgabe und Ziel der medizinisch-geriatrischen Versorgung im Rahmen der Leistungen zur Krankenbehandlung nach § 27 SGB V.

Die Aufgabenstellung der medizinischen Rehabilitation geht darüber hinaus und erfasst alle durch Krankheit und Behinderung verursachten Beeinträchtigungen der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität sowie der Integrität der Aktivitäten und Leistungen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren seines sozialen Umfeldes.

Geriatrische Rehabilitation umfasst danach alle Leistungen, die funktionsbezogen erforderlich sind, die durch geriatrische Krankheiten verursachten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wirksam zu behandeln. Maßstab für die Funktionsbezogenheit des Leistungsbedarfs ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

In der medizinischen Rehabilitation lassen sich mit Hilfe der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) weder die Anspruchsvoraussetzungen (Art und Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigung), noch der für die Entscheidung erforderliche individuelle funktionsbezogene Leistungsbedarf (§ 10 SGB IX), sondern lediglich die Ursachen für die Teilhabebeeinträchtigungen (Krankheit und Behinderung), darstellen.

### 5.1. Geriatrische Rehabilitation und Kassenärztlichen Versorgung

Die Kassenärztliche Versorgung beinhaltet nach §§ 73 Abs. 3 SGB V auch Maßnahmen zur Rehabilitation. Dabei handelt es sich um die therapeutischen Verfahren und Methoden, die der zur Versorgung zugelassene Arzt mit rehabilitativer Zielsetzung einsetzt und verordnet. Weitergehende Rehabilitationsleistungen könnten Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sein, wenn dies in den Gesamtverträgen vereinbart würde. Dies ist jedoch bisher nicht der Fall.

Viele der therapeutischen Verfahren, die von Mitgliedern der nichtärztlichen Medizinberufe ausgeführt werden und z.B. in den Leistungsarten Heil- und Hilfsmittel zusammengefasst sind, können sowohl als Methoden der Krankenbehandlung wie auch der Prävention oder Rehabilitation eingesetzt werden. Je nachdem, ob sie einer Krankheit vorbeugen, sie heilen

---

<sup>49</sup> § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX

<sup>50</sup> § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX

oder auf die Krankheitsfolgen einwirken (Rehabilitation) sollen, sind sie nach Umfang, Ausführung und Intensität unterschiedlich ausgeprägt und auch mit unterschiedlichen Kosten verbunden. Ob der Methodeneinsatz der Prävention, Rehabilitation oder Krankenbehandlung – und damit zugleich den jeweiligen Budgets der GKV – zuzuordnen ist, wird nicht durch die Methode, sondern durch die Zielsetzung begründet, mit der sie eingesetzt wird. So ist z.B. die „Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)“ keine ambulante Rehabilitationsleistung nach § 40 Abs. 1 SGB V. Sie wird zwar in der Regel mit rehabilitativer Zielsetzung verordnet, ist jedoch Gegenstand der Kassenärztlichen Versorgung und als solche nicht aus dem Budget für die Rehabilitation nach § 23 Abs. 8 SGB V zu finanzieren.

Ambulante Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V ist im Gegensatz zum Einsatz rehabilitativer Methoden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung neben der Zielorientierung auf die Teilhabebeeinträchtigungen insbesondere durch die in § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V für die stationäre Rehabilitation beschriebene Interdisziplinarität des therapeutischen Teams, die komplexe, d.h., in sich im Rahmen eines Teilhabe-/Rehabilitationsplanes<sup>51</sup> abgestimmte und vernetzte Leistungsausführung sowie die ärztliche Gesamtverantwortung für die Wirksamkeit der Rehabilitationsleistung gekennzeichnet. Die in der Krankenbehandlung übliche Differenzierung von Verordnungs- und Durchführungsverantwortung zwischen Arzt und Heilberuf ist im Rahmen der Leistungen zur Rehabilitation weitgehend bedeutungslos.

Die niedergelassenen Ärzte haben im Übrigen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eine besondere Verantwortung für die Einleitung der geriatrischen Rehabilitation. Die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Behandlung in Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen ist nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 und 7 SGB V ausdrücklich Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und damit Aufgabe und Verpflichtung des zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arztes. Das Verfahren dazu und zur Beratung über Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe hat der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V geregelt<sup>52</sup>.

## 5.2 Geriatrische Rehabilitation und aktivierende Pflege

Einer Klarstellung bedarf auch das Verhältnis zwischen „geriatrischer Rehabilitation“ und „aktivierender Pflege“. Die Pflegeversicherung folgt in ihrem Verständnis von Pflege dem Leitbild der aktivierenden Pflege (§ 28 Abs. 4 SGB XI). Der Pflegebedürftige ist verpflichtet, an Maßnahmen der aktivierenden Pflege mitzuwirken (§ 6 Abs. 2 SGB XI). Die Pflegeeinrichtungen haben eine aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten (§ 11 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Dabei wird unter aktivierender Pflege eine Pflegepraxis verstanden, die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit des Pflegebedürftigen fördert, seine Ressourcen feststellt, bei der Pflege berücksichtigt und auf Anleitung und Begleitung konzentriert. Bei der aktivierenden Pflege handelt es sich nicht um besondere Maßnahmen, wie dies § 6 SGB XI in seiner missverständlichen Formulierung nahe legt. Es handelt sich vielmehr um ein Prinzip der Pflege, das bei allen zu pflegenden Menschen und bei allen Pflegehandlungen zu berücksichtigen ist. Ziele einer aktivierenden Pflege liegen darin, die Selbstversorgung zu aktivieren, zu erhalten und ggf. zu reaktivieren, bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern und dadurch die Motivation des Pflegebedürftigen und ggfls. sein Zurechtfinden in seiner Umgebung zu erleichtern<sup>54</sup>.

Dennoch wird die aktivierende Pflege in der Literatur z.T. in einen Zusammenhang mit Rehabilitationsleistungen gebracht oder gar mit diesen gleichgesetzt<sup>55,56</sup>.

<sup>51</sup> Vgl. § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX „...und schriftlich so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinander greifen“

<sup>52</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V vom 16.3.2004

<sup>54</sup> so Klie in Klie/Krahmer, Lehr und Praxiskommentar LPK – SGB XI, § 15, Rz 7

<sup>55</sup> so Schröck et al 1998: „...jegliche Pflege, wo auch immer sie stattfindet, ist per Definition

Dass aktivierende Pflege keine Leistung im Sinne des Rehabilitations- und Teilhaberechts sein kann, stellt bereits § 11 Abs. 2 SGB V klar. Dort wird in Satz 1 im Recht des zuständigen Rehabilitationsträgers zunächst der Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verankert. Nachfolgend wird in Satz 2 ausdrücklich klargestellt, dass es sich bei aktivierender Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit um eine Leistung der Pflegekassen, d.h., um Pflege im Sinne des SGB XI und nicht um Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach Satz 1 handelt. Folgerichtig enthält Satz 3 die Verpflichtung zur Anwendung der Bestimmungen des Rehabilitations- und Teilhaberechts des SGB IX ausdrücklich nur für den Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Satzes 1 und nicht für die in Satz 2 genannten Leistungen der aktivierenden Pflege nach dem SGB XI.

## 6. Feststellung des geriatrischen Rehabilitationsbedarfs

Die Rehabilitationsträger sind dafür verantwortlich, dass in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festgestellt und schriftlich so zusammengestellt werden, dass die Leistungen nahtlos ineinander greifen (§ 10 SGB IX). Der Gesetzgeber regelt damit für alle Rehabilitationsträger und alle Rehabilitationsleistungen verbindlich die Verpflichtung zur Feststellung des Leistungsbedarfs und setzt für das dazu erforderliche Verwaltungsverfahren der Rehabilitationsträger verbindliche Maßstäbe ( u.a. Orientierung der Leistungsfeststellung am individuellen Bedarf, die Bindung der Beurteilung der Erforderlichkeit einer Leistung an die Funktionsbezogenheit, d.h., die Maßstäbe der ICF).

In der Praxis ist zT streitig, ob diese Bindung nur für den Fall gilt, dass Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich werden oder ob diese Anforderungen und Maßstäbe auch dann zu erfüllen sind, wenn nur eine bestimmte Leistung durch einen bestimmten Rehabilitationsträger geboten erscheint. Der Gesetzgeber hat den Rehabilitationsträgern mit der Verpflichtung zur „funktionsbezogenen Feststellung der voraussichtlich erforderlichen Leistungen nach dem individuellen Bedarf“ allgemein-gültige Mindestanforderungen für das Verwaltungsverfahren zur Feststellung des Leistungsbedarfs als Grundlage der Entscheidung über Teilhabeleistungen vorgegeben, die nicht nur für die Koordinationsfälle des § 10 SGB IX zu beachten sind. Mit Blick auf den verfassungs-rechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatz und das Gebot zur Einheitlichkeit der Rechtsanwendung darf auch in den übrigen Fällen die Qualität des Einleitungs-, Feststellungs- und Entscheidungsprozesses diese Maßstäbe nicht außer Acht lassen bzw. unterschreiten. Sie sind deshalb auch für die geriatrische Rehabilitation uneingeschränkt zu beachten.

Die an der ICF orientierte Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Rehabilitationsbedarfs soll nach möglichst einheitlichen Grundsätzen erfolgen<sup>57</sup>. Für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Bereich der GKV hat das Beschlussgremium nach § 213 Abs. 2 SGB V am 28.10.2005 die Begutachtungsrichtlinie Vorsorge<sup>58</sup> und Rehabilitation als Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V beschlossen, die die Gemeinsame Empfehlung „Einheitliche Begutachtung“ als einen ihrer „Vorläufer“ bezeichnet<sup>59</sup>.

Der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des MDS mangelt es an der notwendigen Trennschärfe zwischen Akutversorgung, Vorsorgeleistungen und Teilhabe- bzw. Rehabilitationsleistungen. Obwohl die Orientierung an der ICF nicht zu verkennen ist,

---

rehabilitativ.“

<sup>56</sup> Nach Auffassung des Sachverständigenrates ist die rehabilitative Komponente einer aktivierenden Pflege somit noch zu wenig bekannt; SVR 2003: 469

<sup>57</sup> vergl. dazu Gemeinsame Empfehlung „Einheitliche Begutachtung“ nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 iVm § 13 Abs. 1 SGB IX in Bihr/Fuchs/Krauskopf/Ritz SGBIX – Kommentar und Praxishandbuch, Anhang 5.1.1, St. Augustin

<sup>58</sup> vergl. Anmerkung 25

<sup>59</sup> Begutachtungs-Richtlinie des MDS, Anmerkung 25, Vorwort

sieht die Richtlinie unverändert vorwiegend Feststellungen zu der die Teilhabebeeinträchtigung verursachenden Krankheit oder Behinderung vor (Schädigungen der Körperstrukturen und Körperfunktionen), während Art und Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung und damit die den Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auslösenden Faktoren (Art und Umfang der Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe sowie Umweltfaktoren) eher redundant behandelt werden. Für die geriatrische Rehabilitation sind die Inhalte zu den Feststellungen im Bereich der Schädigungen der Körperstrukturen und Körperfunktionen nur deswegen akzeptabel, weil sie sich weitgehend an den Anforderungen des § 14 SGB XI orientieren und auf die Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens fokussieren.

Als Maßstab für diese Bewertung ist die ICF-Checkliste<sup>60</sup> heranzuziehen, deren Prinzip darin besteht, unter bestimmten Gesichtspunkten so wenig wie möglich relevante Kategorien der ICF auszuwählen und hierbei so vollständig wie nötig zu sein. Sie ist ohne weiteres für den Einsatz in der Praxis der Rehabilitation geeignet<sup>61</sup>. Ein Vergleich der Items der ICF-Checkliste mit den Anforderungen der Begutachtungsrichtlinie insbesondere zu den relevanten Bereichen Beeinträchtigung der Aktivitäten, der Teilhabe sowie der Umweltfaktoren belegt die beschriebenen Defizite bei der Feststellung des Leistungsbedarfs nachdrücklich.

Die Begutachtungs-Richtlinie orientiert sich im Übrigen insgesamt nicht an den Bestimmungen des SGB IX und den damit bindend vorgegebenen Voraussetzungen, Maßstäben und Anforderungen<sup>62</sup>, die auch im Rehabilitationsrecht der GKV unmittelbar geltendes Recht sind. U.a. orientiert sich der Abschnitt Rehabilitationsziele (Ziffern 1.4.3; für die geriatrische Rehabilitation Ziffer 4.6.5) nicht konsequent an den in §§ 1, 4 und 26 SGB IX, vorgegebenen gesetzlichen Zielen, sondern reduziert diese auf „alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Ziffer 1.4.3) oder die sich aus § 14 SGB XI ergebenden Ziele (Ziffer 4.6.5).

Dementsprechend bezieht sich die nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX als Leistungsvoraussetzung entscheidungsrelevante Rehabilitationsprognose nicht auf die gesetzlichen Rehabilitationsziele, sondern an der Wirkung der Leistungen auf alltagsrelevante Beeinträchtigungen (Ziffer 1.4.4). Auch für die geriatrische Rehabilitation wird die Prognose auf „alltagsrelevante Ziele“ reduziert, die in engem Zusammenhang mit den Anforderungen der Pflegeversicherung stehen und den „Patienten in der selbständigen Bewältigung und Gestaltung der Lebensbereiche beeinträchtigen, die als Grundbedürfnisse menschlichen Daseins beschrieben werden“ (Ziffer 4.6.5 – Positive Rehabilitationsprognose). Die Beschränkung der Rehabilitationsprognose auf die Wirkung im Bereich der „Grundbedürfnisse menschlichen Daseins“ bildet den krassen Gegensatz zu dem auch in der GKV für die geriatrische Rehabilitation bindenden Recht des SGB IX, nach dem die Berechtigten einen Anspruch auf Leistungen zur Förderung ihrer (uneingeschränkten) Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, d.h., weit über die „Grundbedürfnisse des menschlichen Daseins hinaus, haben.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge- und Rehabilitation insgesamt und insbesondere für die geriatrische Rehabilitation noch an den zwingenden Anforderungen des SGB IX ausgerichtet werden muss, um als geeignetes

---

<sup>60</sup> ICF-Checkliste, Weltgesundheitsorganisation, 2003, deutsche Fassung 2005 – [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) -

<sup>61</sup> auf dem Checklisten Prinzip basieren viele Projekte zur Praktikabilität der ICF, so z.B. das Core Set Projekt von Stucki oder das Core Set Projekt zu long term disability pensions der European Union of Medicine in Assurance und Social Security (EUMASS)

<sup>62</sup> Abgesehen von der Erwähnung der Gemeinsamen Empfehlung „Einheitliche Begutachtung“ findet sich das SGB IX in der gesamten Richtlinie nur in einer Auflistung „der bei der Durchführung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen insbesondere zu beachtenden gesetzlichen Vorschriften“ (Abschnitt 2.1) und ansonsten in der Richtlinie nicht

Instrument zur Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs im Sinne des § 10 SGB IX gelten zu können.<sup>63</sup>

## 7. Verfahren zur Feststellung des Leistungsbedarfs

Die Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs nach § 10 SGB IX kann im Einzelfall ein Gutachten erfordern<sup>64</sup>. Der Rehabilitationsträger hat deshalb nach § 14 Abs. 5 Satz 2 SGB IX unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen zu beauftragen. Er benennt den Leistungsberechtigten drei möglichst wohnortnahe Sachverständige unter Berücksichtigung bestehender sozialmedizinischer Dienste. Haben sich Leistungsberechtigte für einen dieser Sachverständigen entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen (Abs. 5 Satz 3 und 4 aaO).

Vor dem Inkrafttreten des GKV-WSG enthielt § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V zur Begutachtung von Rehabilitationsanträgen im Sinne von § 7 Satz 1 SGB IX abweichendes und damit – im Verhältnis zu § 14 Abs. 5 SGB IX - vorrangiges Recht. Die Krankenkassen waren danach nämlich verpflichtet, vor der Bewilligung oder Verlängerung die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplanes ausschließlich durch den MDK prüfen zu lassen. Dabei konnten sie gemeinsam und einheitlich Ausnahmen von der Prüfpflicht zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erschienen. Deshalb war das in § 14 Abs. 5 SGB IX vorgesehene Verfahren der Beauftragung von Sachverständigen für die Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs bei Anträgen auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation in der GKV vollständig obsolet.

Mit dem GKV-WSG entfällt die bisher in § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V verankerte generelle Begutachtungspflicht durch den MDK vor der Bewilligung. Die Krankenkassen könnten sich künftig auf Begutachtungsstichproben durch den MDK beschränken, deren Umfang und Auswahl sie in Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen regeln können.

Die Verpflichtung der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach § 10 SGB IX, vor der Entscheidung und Ausführung von Rehabilitationsleistungen den individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf feststellen zu müssen, bleibt davon unberührt. Die Kassen könnten sonst ihren Rehabilitationsauftrag unter Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirksamkeit nicht mehr zielgerichtet und wirksam durchführen.

Der Rehabilitationsträger darf nämlich die erforderlichen Rehabilitationsleistungen nach §§ 17 Abs.1 Nr. 3 iVm 19 Abs. 4 Satz 1 SGB IX ausschließlich in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen ausführen lassen. Für die Beurteilung, welche Rehabilitationseinrichtung zur wirksamen Ausführung der Rehabilitationsleistung im Einzelfall geeignet ist, muss der Träger den individuellen Leistungsbedarf des Berechtigten bezogen auf Teilhabeziele kennen, d.h., er muss ihn zuvor festgestellt und auf dieser Grundlage die mit der Leistung anzustrebenden Rehabilitationsziele definiert haben, deren Erreichung von der Rehabilitationseinrichtung im Rahmen der Leistungsausführung anzustreben ist. Aus diesen Gründen ist für die Entscheidung über Leistungen zur Rehabilitation ein Gutachten unverzichtbar, es sei denn, dem Träger lägen andere, gleichwertige, an der ICF-orientierte Beurteilungsgrundlagen vor (z.B. Krankenhausbericht mit Ausführungen zu Art und Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung). Ohne Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf durch ein Sachverständigengutachten ist zu erwarten, dass die Leistungen auf des Basis unzureichender medizinischer Unterlagen ohne ICF-Orientierung nicht in der am besten geeigneten Form (§ 19 Abs. 4 Satz 1 SGB IX) und damit weniger wirksam und im Ergebnis auch weniger wirtschaftlich ausgeführt werden.

---

<sup>63</sup> Vergl. im Einzelnen vergl. Harry Fuchs, „Bewertung der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. vom 28.10.2005 nach den Maßstäben des SGB IX“, - [www.harry-fuchs.de](http://www.harry-fuchs.de) -

<sup>64</sup> § 22 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

Im Übrigen umfasst die Verpflichtung zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nach dem SGB IX nicht nur den Bedarf in der Zuständigkeit des für die aktuelle Leistung zuständigen Rehabilitationsträgers, sondern darüber hinaus auch den Bedarf in der Zuständigkeit anderer Träger, d.h., den gesamten Rehabilitationsbedarf eines Menschen. Die Krankenkassen sind zudem noch nach § 8 SGB IX verpflichtet im Zusammenhang mit jedweder Leistungsgewährung wegen Krankheit zu prüfen, ob ein Bedarf an Teilhabeleistungen besteht. Die Verpflichtung zur umfassenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ist damit nicht nur das wichtigste Instrument im Rahmen des trägerübergreifenden Rehabilitationsmanagements nach §§ 10,11 SGB, sondern mit Blick auf die alsbaldige Integration des Betroffenen auch das entscheidende Instrument für die zügige und nahtlose Leistungsdurchführung im gegliederten System. Kämen die Krankenkassen dieser Verpflichtung nicht mehr in jedem Einzelfall nach, würde eines der tragenden Kooperations-, Koordinations- und Konvergenzelemente des SGB IX - das Teilhabe- und Rehabilitationsmanagement – fast völlig wirkungslos.

Der Wegfall der generellen Begutachtungspflicht des § 275 SGB V durch den MDK berührt danach nur das in § 14 Abs. 5 SGB IX geregelte Verfahren der Begutachtung. Mit der Änderung des § 275 SGB V durch das GKV-WSG ist nämlich das im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX abweichende und vorrangige Verfahrensrecht des SGB V entfallen, das für die GKV die ausschließliche Sachverständigenbegutachtung durch den MDK vorgab. Nunmehr sind auch die Krankenkassen verpflichtet, § 14 Abs. 5 SGB IX anzuwenden und dem Berechtigten mindestens drei wohnortnahe Sachverständige vorzuschlagen. Da dabei bestehende sozialmedizinische Dienste zu berücksichtigen sind, ist zugleich die Basis für die nach der Neufassung des § 275 SGB V vorzunehmende Stichprobenbegutachtung durch den MDK gesichert.

## **8. Verantwortung für die Gegenstand, Umfang und Qualität der geriatrischen Rehabilitation**

Nach den von der Bundesregierung beschlossenen Eckpunkten zur Gesundheitsreform sollte der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien<sup>65</sup> die Abgrenzungskriterien und die Definitionen der geriatrischen Rehabilitation aufnehmen<sup>66</sup>. Abgesehen davon, dass – wie die bisherigen Ausführungen gezeigt haben – viele Rahmenbedingungen für die geriatrische Rehabilitation bereits gesetzlich vorgegeben sind, fehlt dem Gemeinsamen Bundesausschuss jedwede gesetzliche Legitimation für eine derartige Definition.

Er ist nach § 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V ausschließlich zur Beschlussfassung über eine Richtlinie über die Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über diese Leistungen, nicht jedoch über Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen befugt. Nach dem SGB IX ist es ausdrücklich allein Aufgabe der für die Rehabilitation vor Pflege zuständigen Rehabilitationsträger<sup>67</sup>, auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in einem Verfahren nach § 13 Abs. 7 SGB IX festzulegen, in welchen Fällen und in welcher Weise notwendige Rehabilitationsleistungen angeboten<sup>68</sup> und nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht<sup>69</sup> werden.

Das GKV-WSG hat weder die Aufgabenstellung<sup>70</sup> des Gemeinsamen Bundesausschusses, noch seine Richtlinienkompetenz<sup>71</sup> hinsichtlich des rehabilitativen Leistungserbringungs- bzw. Versorgungsrechts verändert oder gar erweitert. Er hat danach unverändert keine gesetzliche Legitimation für die ihm in den Eckpunkten zugeordneten Aufgaben im Bereich

<sup>65</sup> gemeint waren offensichtlich die Richtlinien nach § 92 Abs. 2 Nr. 8 SGB V

<sup>66</sup> aaO, S. 49

<sup>67</sup> Neben den Krankenkassen auch die Unfallversicherungsträger sowie die Versorgungsverwaltung

<sup>68</sup> § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX

<sup>69</sup> § 13 Abs. 1 iVm 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX

<sup>70</sup> § 91 Abs. 1 SGB V

<sup>71</sup> § 92 Abs. 2 Nr. 8 SGB V

der Rehabilitation. Sollte er dennoch solche Regelungen treffen, entfalten diese mangels gesetzlicher Legitimationsbasis keinerlei Rechtswirkung. Die für die Rehabilitation pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen zuständigen Rehabilitationsträger sind gefordert, ihre diesbezüglichen Pflichten nach dem SGB IX auf der Ebene des BAR unverzüglich zu erfüllen.

Des Weiteren sollten die Spitzenverbände der Krankenkassen nach den Eckpunkten gemeinsam und einheitlich Richtlinien für den Abschluss von Versorgungsverträgen mit stationären Einrichtung der geriatrischen Rehabilitation, insbesondere zur Gewährleistung einer qualitätsgesicherten Versorgung<sup>72</sup> aufstellen. Auch diese Regelungsabsicht kollidiert mit dem SGB IX, das – im Gegensatz zum SGB V – im Bereich der Rehabilitation verbindliches Rahmenrecht zu den Inhalten von Versorgungsverträgen setzt, das die Träger nicht ignorieren dürfen und das von ihnen auch nicht einseitig durch Richtlinien ersetzt werden kann. Im Übrigen entfalten solche Richtlinien eine andere Rechtswirkung als Verträge. Im Gegensatz zu Verträgen binden sie nämlich nur einseitig die Rehabilitationsträger, nicht jedoch die Leistungserbringer.

Die Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Rehabilitationsleistungen sind nach § 21 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX ausdrücklich in den Versorgungsverträgen mit den Leistungserbringern zu regeln, wodurch diesen – im Gegensatz zu dem Richtlinienverfahren - ein Mitgestaltungsrecht bei der Definition der Qualitätsanforderungen eingeräumt ist. Letztlich sind die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Rehabilitationsleistungen sowie die Qualitätssicherungsverfahren nach § 20 SGB IX in gemeinsamen Empfehlungen aller für die Rehabilitation vor und während Pflege zuständigen Rehabilitationsträger und nicht allein durch Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen zu gewährleisten.

Da diese in den Eckpunkten der Bundesregierung enthaltene Regelungsabsichten expressis verbis nicht in das GKV-WSG aufgenommen wurden, ist auch insoweit im Bereich der GKV kein vom Leistungserbringungsrecht des SGB IX abweichendes spezifisches Recht im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX zustande gekommen.

Dass die Bundesregierung in ihren Eckpunkten trotz der bekannten Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation einen Handlungsbedarf für Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. Qualitätsrichtlinien der Spitzenverbände sah, bestätigt den Weiterentwicklungsbedarf, der als Folge der mangelnden Orientierung an den Bestimmungen des SGB IX besteht. Die für die Rehabilitation vor oder während Pflege zuständigen Rehabilitationsträger sind deshalb gefordert, ihren gesetzlichen Pflichten nach dem SGB IX nachzukommen und die notwendigen Grundlagen für die geriatrische Rehabilitation auf der Basis der Bestimmungen des SGB IX zu schaffen, das auch für diese Fragen unmittelbar wirkendes und verbindliches Leistungserbringungsrecht im Bereich der GKV ist.

## **9. Leistungsformen der geriatrischen Rehabilitation der GKV**

Die geriatrische Rehabilitation kann – wie alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der GKV - nach § 40 Abs. 1 und 2 SGB V in ambulanter oder stationärer Form erbracht werden.

### **9.1 Ambulante geriatrische Rehabilitation**

Ambulante Rehabilitation soll nach § 40 Abs. 1 SGB V zunächst in Rehabilitationseinrichtungen ausgeführt werden, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, d.h., durch stationäre Rehabilitationseinrichtungen ausgeführt werden. Damit sollte sowohl aus qualitativen wie auch aus ökonomischen Gründen gewährleistet werden,

---

<sup>72</sup> Eckpunkte, aaO, S 50

dass die in den stationären Rehabilitationseinrichtungen vorhandenen, qualitätsgesicherten Prozess- und Strukturqualitäten auch für die ambulante Rehabilitation erschlossen und genutzt werden. Damit würden insbesondere die indikationsspezifischen Rehabilitationskonzepte zugleich für die ambulante rehabilitative Versorgung verfügbar gemacht.

Soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen der ambulanten Rehabilitation erforderlich ist, können sie auch in wohnortnahen Einrichtungen erbracht werden. Dabei handelt es sich um Einrichtungen, die mit gleicher Qualität und Wirksamkeit nach den Maßstäben des SGB XI Rehabilitationsleistungen in ambulanter Form ausführen.

Die Spitzenverbände haben die Anforderungen an die Struktur und Prozessqualität der ambulanten geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation<sup>73</sup> festgelegt. Auch wenn diese noch nicht an den weitergehenden Anforderungen des SGB IX orientiert sind, enthalten sie die Anforderungsprofile die derzeit von den Anbietern ambulanter geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen nicht unterschritten werden dürfen.

## 9.2 Aufsuchende (mobile) Rehabilitation

Die Rechtsdefinition „ambulante Rehabilitation“ besagt zunächst ganz banal, dass es sich um nicht stationäre Ausführungsformen handelt. Obwohl der Gesetzgeber ausdrücklich keine weitere Beschränkung auf bestimmte Formen der ambulanten Rehabilitation vorgenommen hatte und die ambulante Rehabilitation - mit Blick auf die entsprechenden Formulierungen in dem auch für die GKV wirksamen Leistungserbringungsrecht des SGB IX<sup>74</sup> – auch die Ausführung durch Rehabilitationsdienste beinhaltet, wurde in der Praxis wegen der Formulierung „in“ wohnortnahen Einrichtungen bezweifelt, dass damit auch die Ausführung in mobiler, aufsuchender Form z.B. in der häuslichen Umgebung erfasst sei. Diese Zweifel hat das GKV-WSG durch die Klarstellung beseitigt, dass die ambulante Rehabilitation „durch“ wohnortnahe Einrichtungen erbracht wird.

Aus dem gleichen Grund wurde von den Krankenkassen bisher auch die Ausführung ambulanter Rehabilitationsleistungen für pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen abgelehnt. Auch hierzu stellt das GKV-WSG in § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB V klar, dass ambulante Rehabilitationsleistungen auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI zu erbringen sind. Aus der ausdrücklichen Klarstellung der rehabilitativen Leistungsausführung in stationären Pflegeeinrichtungen kann nicht abgeleitet werden, dass die ambulante Rehabilitation, die durch mobile Rehabilitationsdienste für Anspruchsberechtigte in Behinderteneinrichtungen erbracht wird, nicht eine ambulante Rehabilitationsleistung iS des § 40 Abs. 1 SGB V ist. Die Vorschrift ist unter Beachtung des SGB IX anzuwenden, das ausdrücklich die Ausführung der Leistungen durch Rehabilitationsdienste unabhängig von der Art der Wohnung oder Unterbringung vorsieht.

## 9.3 Im Rahmen von Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX

Ambulante Leistungen zur Rehabilitation und damit auch Leistungen der geriatrischen Rehabilitation können grundsätzlich auch im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 3 SGB IX ausgeführt werden<sup>75</sup>. Budgetfähig sind nämlich alle Leistungen der GKV,

<sup>73</sup> Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 1.1.2004, Ziffer 8

<sup>74</sup> §§ 17 Abs. 1 Nr. 3, 19 Abs. 1 und 5 SGB IX

<sup>75</sup> Die insoweit entgegen stehende Empfehlungen der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen vom 28.6.2004 entsprechen nicht mehr dem geltenden Recht. Sie berücksichtigen insbesondere nicht die am 1.7.2004 geänderte Rechtslage, nach der die „Regiefähigkeit der Leistungen“ keine Voraussetzung mehr für die Budgetfähigkeit der Leistungen ist.

soweit sie sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen<sup>76</sup>. Entscheidend ist demnach die Art des Bedarfes. Gerade bei Menschen mit Alterskrankheiten stellen sich als Folge von chronischer Krankheit, Behinderung und/oder Pflege Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ein, die einen nicht nur vorübergehend mit ambulanten/mobilen Rehabilitationsleistungen zu deckenden Rehabilitationsbedarf auslösen.

Danach können im Rahmen von persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX Leistungen der Akutversorgung (z.B. Hauspflege) mit denen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation, Leistungen der Pflegeversicherung oder Leistungen der Eingliederungshilfe kombiniert und aus einer Hand, d.h., durch einen Leistungserbringer erbracht werden.

#### 9.4 Als Frührehabilitation nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V

Nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB IX umfasst die akutstationäre Behandlung im Krankenhaus auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen der Frührehabilitation. Danach sind die Krankenhäuser verpflichtet auch für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen bereits während der Akutbehandlung rehabilitative Behandlungsmethoden (geriatrische Rehabilitation) einzusetzen.

Bei den „Leistungen zur Frührehabilitation“ handelt es sich nicht um eine besondere Leistungsart der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX. Diese, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation regelnde Bestimmung beinhaltet die Leistung „Frührehabilitation“ nämlich nicht. Die Bezeichnung „Leistungen zur Frührehabilitation“ beschreibt im Sinne der Versorgungsinhalte und Versorgungspfade eine bestimmte Zeitphase der Akutversorgung, in der nach § 2a SGB V den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen während der Krankenhausbehandlung dadurch Rechnung zu tragen ist, dass neben akutmedizinischen Interventionen bereits parallel rehabilitative Methoden mit der Zielsetzung der §§ 1, 4 Abs. 1 und 26 Abs. 1 SGB IX zu erbringen sind einzusetzen sind.

Die Leistungen zur geriatrischen Frührehabilitation nach § 39 SGB V sind danach immanenter Bestandteil der Krankenhausversorgung. Die Leistungen enden mit der Krankenhausbehandlung, die nicht fortgesetzt werden darf, wenn kein Bedarf mehr für akutmedizinische Interventionen besteht bzw. die Behandlungsziele keine weitere stationäre Akutversorgung mehr erfordern. Ist die Frührehabilitation zu diesem Zeitpunkt nicht abgeschlossen, ist sie während der anschließenden Rehabilitationsversorgung ggf. zunächst fortzusetzen

Der im Krankenhaus für die Leistungen zur geriatrischen Frührehabilitation anfallenden Kosten sind Gegenstand der Krankenhausvergütung. Die Anforderungen, die das Krankenhaus erfüllen muss, um den Aufwand im Rahmen der Fallpauschalen vergütet zu erhalten, sind im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) zum Fallpauschalenkatalog 2004 beschrieben<sup>77,78</sup>.

#### 9.5 Im Rahmen der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V

Eine weitere Form zur Überwindung von Schnittstellenproblemen und zur Kombination unterschiedlicher Leistungen nach den verschiedenen Sozialgesetzbüchern stellen an der Schnittstelle von Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege die Verträge zur Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V dar, an denen bisher nur die Leistungserbringer der Akutversorgung und Rehabilitation beteiligt sein konnten.

---

<sup>76</sup> § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX

<sup>77</sup> OPS zum Fallpauschalenkatalog 2004, Kapitel 8.8-551

<sup>78</sup> Vergl. im Übrigen Fuchs, „Frührehabilitation im Krankenhaus“, Soziale Sicherheit 5/2005, S 168ff

Dennoch war auch nach dem bisher geltenden Recht schon eine Vernetzung mit den Leistungen der Pflegeversicherung möglich. Die Krankenkassen waren nämlich nicht gehindert, die die Integrationsverträge ergänzende oder anschließende pflegerische Versorgung zielgerichtet durch ergänzende Versorgungsverträgen nach § 72 Abs. 1 SGB XI mit Pflegediensten bzw. –einrichtungen zu gewährleisten.

Da die Krankenkassen diese Möglichkeiten nicht genutzt haben, können künftig nach § 140b Abs. 1 SGB V idFd GKV-WSG auch Pflegekassen und nach dem SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b SGB XI an Verträgen der integrierten Versorgung beteiligt sein. Bei der Einbeziehung pflegerischer Leistungen in die integrierte Versorgung darf – vergleichbar der Regelung in § 140b Abs. 4 SGB V für die Leistungen der Krankenbehandlung - zwar von den Vorschriften des SGB XI über die Leistungsinhalte und deren Ausgestaltung (§ 75), dem Pflegetesetzverfahren (§ 85) und den Grundsätzen der Vergütungsregelungen (§ 89), nicht aber von den Regelungen über die Leistungsvoraussetzungen, deren Feststellung und die Höhe der darauf basierenden Zuschüsse der Pflegekasse abgewichen werden (§ 92b Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB XI). Deshalb ist auch im Rahmen der Integrierten Versorgung zunächst eine Feststellungs- und Einstufungsbegeutachtung durch den MDK (§ 18 SGB XI) erforderlich, bevor feststeht, welche Mittel der Pflegeversicherung im Rahmen der integrierten Versorgung verfügbar sind. Im Ergebnis können damit durch Verträge der Integrierten Versorgung – wie im Rahmen des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX –Leistungen der ambulanten oder stationären Akutversorgung mit Leistungen der geriatrischen Rehabilitation und Leistungen der Pflegeversicherung kombiniert und von den Leistungserbringern gemeinsam ausgeführt werden.

Für den Berechtigten besteht der wesentliche Unterschied zwischen der Leistungsvernetzung durch ein Persönliches Budget oder der Integrierter Versorgung darin, dass es sich bei der Integrierten Versorgung um einen Prozess zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern handelt, an dem er nicht beteiligt ist und auf den er auch keinen Einfluss hat. Demgegenüber fördert das Persönliche Budget seine Selbstbestimmung, weil er damit weitgehend eigenverantwortlich entscheiden kann, wann er welche Leistungen, auf welche Weise und bei welchem Leistungserbringer durchführt und damit zum Manager seiner Versorgung wird.

Es bleibt abzuwarten, wie sich die Einbeziehung der Pflege in die Integrierte Versorgung in der Praxis entwickelt. Die damit auch eröffnete Möglichkeit, dass

- Krankenhäuser im Sinne einer neuen Geschäftsfeldentwicklung künftig auch Pflegeleistungen nach dem SGB XI oder geriatrische Rehabilitationsleistungen nach dem SGB IX erbringen, ohne die spezifischen Qualitäten nach dem SGB IX oder XI zu beherrschen bzw. zu gewährleisten
- die Pflegeleistungserbringer unter das Kuratel der Krankenhäuser geraten (die Krankenkassen streben durchweg die Federführung der Krankenhäuser in IV-Verträgen an).

können nicht nur positiv bewertet werden, zumal in beiden Fällen eine contraindizierte noch stärkere Medizinerorientierung der Pflege und Rehabilitation sowie eine Veränderung bzw. ein Absinken pflegerischer Qualitätsmaßstäbe droht, die der Sachverständigenrat an der Schnittstelle Krankenhaus/Rehabilitation bereits in seinem Jahresgutachten 2002/2003 zu Recht konstatiert und kritisiert hat.

Nicht zutreffend ist die von einigen Krankenkassen aus der Neufassung des § 140d Abs. 1 SGB V gezogene Schlussfolgerung, dass die Rehabilitationseinrichtungen mangels Finanzierung durch die Anschubfinanzierung an Integrationsverträgen, die nach dem 31.3. 2007 geschlossen werden, nicht mehr beteiligt werden könnten. Auch vor Inkrafttreten des GKV-WSG durften der Natur der Sache nach aus der von den Leistungserbringern rekrutierten Anschubfinanzierung des § 140d Abs. 1 SGB V nur Leistungen der Akutversorgung finanziert werden. § 140d Abs. 1 Satz 3 SGB V regelt ausdrücklich nicht, dass die Vergütung der Verträge zur integrierten Versorgung durch die Mittel der

Anschubfinanzierung gedeckt sind, sondern nur, dass diese Mittel ausschließlich für diesen Verwendungszweck eingesetzt werden dürfen. Es handelt sich nur um eine Zweckbindung der Mittel. Schon die in § 140d Abs. 2 enthaltene Verpflichtung zur Bereinigung der Vergütungen der Akutversorgung legen nahe, dass sich die Anschubfinanzierung nur auf die in den Integrationsverträgen enthaltenen Kosten der Akutversorgung erstrecken kann. Unabhängig davon erfordert es die haushaltsrechtliche Bindung der Mittel auch ohne ausdrückliche Erwähnung im Zusammenhang mit den Vorschriften über die Integrierte Versorgung, dass Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – innerhalb oder außerhalb der Integrierten Versorgung – aus dem Budget nach § 23 Abs. 8 SGB zu finanzieren und nach den haushaltsrechtlichen Bestimmungen auch entsprechend zuzuordnen und zu buchen sind.

Das GKV-WSG enthält insoweit keine neuen Regelungen, sondern stellt die Rechtslage mit Blick auf die Einbeziehung der Beteiligten und der Leistungen nach dem SGB XI lediglich klar. Die Rehabilitationseinrichtungen nehmen selbstverständlich auch nach dem 31.3.2007 weiterhin an den Integrationsverträgen teil. Die Krankenkassen müssen die auf die Rehabilitationsleistungen entfallenden Kostenanteile der Vergütung nach § 140c Abs. 1 SGB V nunmehr lediglich endgültig auf die entsprechenden Finanzierungsgrundlagen stützen und haushaltsrechtlich zutreffend buchen

## **10. Ausführung der geriatrischen Rehabilitation in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen**

Im Gegensatz zu den Leistungen der Krankenversorgung nach dem SGB V, haben die zuständigen Rehabilitationsträger die Rehabilitationsleistungen nach § 17 Abs. 1 SGB IX selbst auszuführen und können dazu u.a. geeignete, insbesondere auch freie und gemeinnützige oder private Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch nehmen (§ 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). Die Auswahl erfolgt nach § 19 Abs. 4 Satz 1 SGB IX danach, welche Einrichtung die Leistung in der am besten geeigneten Form ausführt.

Den Rehabilitationsträgern wurde dazu mit § 19 Abs. 1 SGB IX bereits seit dem 1.7.2001 die Verantwortung und damit der Sicherstellungsauftrag dafür übertragen, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und –einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Der von der Bundesregierung in ihren Eckpunkte an der Schnittstelle zwischen Akutversorgung/ Pflege im Verhältnis zur Rehabilitation gesehene Handlungsbedarf beruht entgegen der Ursachenanalyse der Bundesregierung nicht auf fehlenden Anspruchsgrundlagen, sondern darauf, dass die für die Rehabilitation vor Pflege zuständigen Rehabilitationsträger, insbesondere die Krankenkassen ihrer Verantwortung für die Gewährleistung eines flächendeckenden ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitationsangebotes bundesweit nur unzureichend nachgekommen sind. Überwiegend ist selbst bei festgestelltem Rehabilitationsbedarf ein nahtloser Übergang vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung deswegen nicht möglich, weil entsprechende Angebote und Dienste wohnortnah im Einzugsbereich des Krankenhauses nicht in ausreichender Zahl existieren.

Die geriatrische Rehabilitation hat sich in der Vergangenheit in den Bundesländern unterschiedlich entwickelt. Einige Bundesländer haben sich für eine umfassende geriatrische Versorgung im Krankenhaus im Sinne des § 107 Abs. 1 SGB V entschieden. Einige Bundesländer wie Bremen, Hessen und Thüringen weisen u.a. deshalb gar keine geriatrischen Kapazitäten in Rehabilitationseinrichtungen aus. In Hessen wurde noch vor kurzem die Umwidmung der einzigen zwei geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Krankenhausabteilungen vollzogen<sup>79</sup>. Dort wird die geriatrische Versorgung im Krankenhaus als „fallabschließende Rehabilitation“ bezeichnet. Dabei deutet schon die regelmäßige Behandlungsdauer darauf hin, dass in dieser Zeit eine an den Zielen des SGB IX

---

<sup>79</sup> Plate, Meinck, Welti in G + Q 2006, 11, S. 344-347, insbesondere die Tabelle 1, die einen Überblick über die Entwicklung in den Bundesländern gibt

ausgerichtete Rehabilitationsleistung kaum wirksam ausgeführt werden kann. Obwohl in den genannten Ländern keine Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 107 Abs. 2 SGB V existieren und die rehabilitativen Leistungen in den Krankenhäusern rechtlich wie tatsächlich nur den Charakter von Leistungen der Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausversorgung nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V haben, sehen sich diese Länder fachlich und regional in ausreichender Zahl und Qualität mit geriatrischen Rehabilitationsangeboten versehen. Dies ist jedoch im Sinne der Anforderungen des SGB IX, insbesondere des Leistungserbringungsrechts der §§ 17-19, 21 SGB IX mitnichten der Fall.

Demgegenüber haben andere Länder einen Ausbau der Kapazitäten im Bereich der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 107 Abs. 2 SGB V befürwortet und teilweise finanziell unterstützt.

Die bundesweit unterschiedliche Bewertung und Entwicklung der Rehabilitation vor und während Pflege ist im Wesentlichen auf das Fehlen der notwendigen Definitionen und Maßstäbe für diesen Rehabilitationsbedarf zurückzuführen. Eine Beurteilung des wirklichen Standes der geriatrischen Rehabilitation wird erst möglich sein, wenn die für die Rehabilitation vor Pflege zuständigen Rehabilitationsträger in gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 13, 20 SGB IX Gegenstand, Umfang und Ausführung der geriatrischen Rehabilitation sowie die Anforderungen an deren Qualität vorgegeben haben.