

Versorgung. Abstriche müssen allerdings gemacht werden bezüglich der in den vergangenen Jahren ausgegliederten Leistungen. Eine gesundheitliche Versorgung, die die beschriebenen Leistungen nicht in vollem Umfang sicherstellt, bedeutet deswegen eine Unterdeckung des medizinischen Existenzminimums. Dabei ist die rechtssystematische Verortung der jeweiligen Ansprüche nachrangig.

Obwohl die GKV und die Grundsicherungssysteme in Deutschland in den meisten Fällen die Sicherung der medizinisch notwendigen Versorgung gewährleisten, gibt es Ausnahmen. Diese gründen sich zum einen auf strukturelle Probleme in der Gesetzgebung und/oder deren Umsetzung. Davon betroffen sind zumeist wohldefinierte Personengruppen wie privat versicherte ALG-II-Empfänger oder Personen ohne festen Wohnsitz. Zum anderen ist die medizinische Unterversorgung aber auch politisch gewollt, z. B. im Fall des Asylbewerberleistungsgesetzes. So wird

die gesundheitliche Versorgung von Menschen, die häufig sowieso schon am Rande unserer Gesellschaft stehen, eingeschränkt.

Zu den einzelnen Problemen existieren Lösungsvorschläge bzw. politische Forderungen, die aber nicht umgesetzt sind. Aufgrund der verfassungsrechtlichen Pflicht des Staates zur Sicherung des Existenzminimums – und damit auch der gesundheitlichen Versorgung – ist die Bundesregierung aufgefordert, diese Probleme schnell anzugehen und ihre Lösung nicht weiter zu verzögern. ■

Die Autorinnen:

Dr. Verena Liessem und Claire Vogt sind Referentinnen im Bereich Sozialpolitik des Deutschen Caritasverbandes in Freiburg.

UN-Behindertenrechtskonvention erfordert Gesetzesänderungen Vorschläge zur Weiterentwicklung des SGB IX

Von Harry Fuchs

Seit dem 26. März 2009 ist das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention – BRK) vom 13. Dezember 2006 auch in Deutschland geltendes Recht.¹ Die Bundesregierung vertritt in ihrer Denkschrift zu der UN-Konvention die Auffassung, dass »mit dem Übereinkommen der in der Bundesrepublik Deutschland mit dem Neunten Sozialgesetzbuch eingeleitete Paradigmenwechsel weiter vollzogen werde«². An anderer Stelle erklärt sie jedoch, die Implementierung der BRK in die deutsche Rechtsordnung erfordere weder Gesetzesreformen, noch sei sie mit – über die Einrichtung des nationalen Monitoring hinausgehenden – besonderen Kosten verbunden. Dem liegt offensichtlich die an verschiedenen Stellen der Denkschrift immer wiederholte Annahme zugrunde, dass die vielfältigen Bestimmungen des deutschen Behindertenrechts – u. a. im SGB I und SGB IX und im Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) – weitgehend die sich aus der BRK ergebenden Anforderungen abdecken. Schon während der Beratung des Ratifizierungsgesetzes³ bestand darüber aber im deutschen Bundestag kein Konsens.⁴ Im Folgenden wird gezeigt, dass zahlreiche Gesetzesbestimmungen geändert werden müssten bzw. sollten, um die BRK in Deutschland angemessen umzusetzen.

Mit Blick darauf, dass die Bestimmungen der BRK mit der Verabschiedung des Ratifizierungsgesetzes und der Hinterlegung der Ratifizierungsurkunde in der Bundesrepublik Deutschland als einfaches Gesetz in Kraft getreten sind, ist festzustellen, dass damit Regelungen wirksam geworden sind, die mit Bestimmungen der Sozialgesetzbücher konkurrieren, z. T. darüber hinausgehen oder auch im Gegensatz zu diesen stehen.

Allein daraus ergibt sich bereits ein erheblicher gesetzgeberischer Handlungsbedarf zur Herstellung der Konvergenz des deutschen Teilhaberechts.

Bisher geht es bei der politischen Diskussion zur BRK vor allem um die Organisation der Umsetzung und dabei im Wesentlichen um die Entwicklung eines nationalen Aktionsplans über den Handlungsbedarf sowie die Beteili-

gung der Betroffenen und ihrer Verbände. Auch zu diesem Vorgehen – insbesondere zu der zeitlichen Entwicklung dieses Prozesses – besteht im Deutschen Bundestag kein Konsens.⁵

1 vgl. dazu Herbert Bienk/Karl Heinz Köpke: UN-Behindertenrechtskonvention: Neue Chancen für Menschen mit Behinderungen; Harry Fuchs: UN-Behindertenrechtskonvention: Welcher Handlungsbedarf folgt daraus in Deutschland?, beide in: SozSich 10/2009, S. 325 ff.

2 BT-Drs. 16/10808 v. 8.11.2008, S. 44

3 Gesetz vom 21. Dezember 2008 zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, in: Bundesgesetzblatt 2008, Teil II, Nr. 35, ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember 2008

4 vgl. BT-Drs. 16/11234 v. 3.12.2008

5 vgl. BT-Drs. 17/2091 v. 14.6.2010, S. 5

Nicht wahrzunehmen ist derzeit aber bei den Sozialpolitikern die Erkenntnis, dass derzeit erhebliche Rechtsdivergenzen zur BRK bestehen, die jetzt schon in der Praxis zu Auseinandersetzungen und Streitverfahren führen. Es gibt keine Diskussion darüber, welche Rechtsdivergenzen im Einzelnen existieren und Überlegungen dazu, wie diese ausgeräumt werden könnten. Nach der Logik des Handlungsschemas zur Umsetzung der BRK ergibt sich der politische Handlungsbedarf erst am Ende der Erarbeitung des Aktionsplans. Das gilt auch nur dann, wenn dieser sich im Ergebnis nicht auf abstrakte Postulate beschränkt, sondern auch die für unmittelbar folgendes politisches, d.h. gesetzgeberisches Handeln notwendige Konkretisierung des Handlungsbedarfs beinhaltet. Das ist nach dem bisherigen Verlauf jedoch eher unwahrscheinlich. So ist zu befürchten, dass sich nach Erstellung des Aktionsplanes eine weitere Entwicklungsphase anschließt, in der dann darum gerungen wird, ob ein konkretes gesetzgeberisches Handeln unabdingbar ist – und welches dies sein soll. Dabei wird es auch darum gehen, die mit dem SGB IX vollzogene Zusammenfassung des deutschen Teilhabe- und Behinderrechts zu sichern und weiterzuentwickeln.

Im Folgenden wird gezeigt, wo ein konkreter Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung des SGB IX besteht, um eine Konvergenz mit der BRK herzustellen. Dabei beruht ein Teil des Regelungsbedarfs nicht nur auf der Notwendigkeit zur Konvergenz, sondern mindestens gleichgewichtig auch auf den Vollzugsdefiziten im vorhandenen Teilhaberecht.

1. Ziele des Teilhaberechts an BRK orientieren (§ 1 SGB IX)

Das deutsche Teilhaberecht ist am Zweck und an den Grundsätzen der BRK (Art. 1 und 3)⁶ zu orientieren. Gegenstand und Ausführung der Leistungen zur Förderung der Teilhabe dürfen – ebenso wie die damit verbundenen Verfahren und das dazu erforderliche Handeln staatlicher Stellen und privater Rechtsträger – behinderte Menschen nicht diskriminieren.

Ziel der Leistungen zur Teilhabe muss – über die bisherigen Ziele (gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) hinaus – die Förderung und Gewährleistung des vollen Genusses aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde sein.

Die Allgemeinen Grundsätze der BRK (Art. 3) sind als unmittelbar wirksame, zielführende Grundsätze für die Entscheidung über und Ausführung von Teilhabeleistungen in das Teilhaberecht aufzunehmen. Besonderes Gewicht kommt dabei

- der individuellen Autonomie, eigene Entscheidungen zu treffen,
 - der Nichtdiskriminierung,
 - der vollen und wirksamen Teilhabe an der Gesellschaft sowie
 - der »Zugänglichkeit« (zu allen gesellschaftlichen Bereichen)
- zu.

2. Begriff der Behinderung präzisieren (§ 2 SGB IX)

Der Behinderungsbegriff muss entsprechend Art. 1 BRK gefasst werden. Für die Annahme einer Behinderung ist die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Folge der Wechselwirkung zwischen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung und Barrieren bzw. Umweltfaktoren entscheidend. Dabei ist deutlich zu machen, dass sich der Anwendungsbereich auf alle Menschen erstreckt, die diese Merkmale aufweisen – unabhängig davon, ob und welche Leistungen des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems sie gerade benötigen oder beziehen. Damit ist auch zweifelsfrei, dass z. B. alle pflegebedürftigen Menschen durch das deutsche Teilhaberecht erfasst sind.

Die vorhandenen Regelungen sollten zwar die gleiche Wirkung entfalten. In der Praxis sind jedoch für die Gewährung von Teilhabeleistungen und ihre Ausgestaltung immer noch Art und Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung zielführend, während Art und Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung weitgehend bedeutungslos geblieben sind.

Bei einer zweifelsfreien Orientierung des Behinderungsbegriffs an der »vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft« ist für das bisherige Kriterium des Abweichens von dem für das Lebensalter typischen Gesundheitszustand kein Raum mehr.

3. Orientierung der Prävention auf die BRK (§ 3 SGB IX)

Obwohl die Rehabilitationsträger bereits seit fast zehn Jahren einen auf die Vermeidung von Behinderungen ausgerichteten Präventionsauftrag haben, beschränkt sich die politische Diskussion zu einem Präventionsgesetz und der dazu in der vergangenen Legislaturperiode von der damaligen Bundesregierung vorgelegte Gesetzentwurf⁷ ausschließlich auf die gesundheitliche Prävention.

Dies greift mit Blick auf Art. 1 BRK zu kurz, nach dem sich Behinderung als Wechselwirkung von gesundheitlicher Beeinträchtigung und Teilhabebarrrieren darstellt.

Danach kann sich die Prävention nicht allein auf die gesundheitlichen Aspekte beschränken, sondern muss auch auf die Beseitigung von Teilhabebarrrieren ausgerichtet sein. Zudem fordert Art. 25 Buchst. b BRK Präventionsleistungen, die auf die Vermeidung von Behinderungen ausgerichtet sind.

Im Lichte der BRK ist deshalb eine entsprechende Klarstellung des Präventionsauftrages der Leistungsträger notwendig. Da die Träger ihren gesetzlichen Pflichten, die

6 Eine amtliche deutsche Übersetzung der BRK sowie die englische und französische Fassung der BRK finden sich im Gesetz zu dem Übereinkommen vom 21. Dezember 2008 (s. Fn. 3). Rechtlich verbindlich sind aber allein die sechs UN-Sprachen (Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch, Chinesisch und Arabisch).

7 vgl. dazu Knut Lambertin: Nach einem Gesetzgebungsprozess von über vier Jahren: Das Präventionsgesetz soll jetzt kommen, in *SozSich* 2/2008, S. 45 ff.

Prävention auf die Vermeidung von Behinderungen auszurichten und entsprechend zu leisten, ebenso wenig nachgekommen sind wie der Verpflichtung, in gemeinsamen Empfehlungen zu regeln, welche Präventionsmaßnahmen geeignet sind, den Eintritt von Behinderungen zu vermeiden, sollte der Gesetzgeber einen Termin setzen, bis zu dem die Träger ihren Pflichten nachzukommen haben.

4. Ziel der Teilhabeleistungen an BRK orientieren (§ 4 SGB IX)

Das deutsche Teilhaberecht bindet die Gewährung und Ausführung von Teilhabeleistungen daran, dass mit diesen Leistungen Teilhabeziele erreicht werden können (§ 4 Abs. 2, Satz 1 SGB IX). Dies entspricht dem Grundsatz der »vollen und wirksamen Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft« (Art. 3 Buchst. c BRK).

Die bisherige Ausgestaltung der Teilhabeziele im SGB IX enthält jedoch auch Elemente, die – bei entsprechender Interpretation – eine starke Bindung an medizinische Faktoren oder gar an spezifische Aufgabenstellungen der Leistungsträger im gegliederten System indizieren. Dies ist mit ausschlaggebend dafür, dass sich die im SGB IX angelegte Orientierung des Leistungsbedarfs und der Leistungsinhalte auf die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bisher weder im Selbstverständnis noch in der Praxis der Rechtsanwendung durchgesetzt hat. Dies trifft auf die Träger der Teilhabeleistungen ebenso zu, wie auf Teile der Aufsichtsbehörden und der Rechtsprechung.

Künftig müssen sich die Ziele der Teilhabeleistungen, aber auch die Leistungsinhalte zweifelsfrei auf die Beeinträchtigungen der Teilhabe im Sinne des Art. 1 BRK ausrichten. Es bedarf einer gesetzlichen Klarstellung, dass diese Ziele mit den Teilhabeleistungen aller Rehabilitationsträger – unabhängig von der jeweiligen Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung – anzustreben sind.

5. Teilhabe-Leistungsgruppen erweitern und Zuständigkeiten der Reha-Träger neu ordnen (§§ 5 und 6 SGB IX)

Schon die Diktion der gesetzlichen Regelungen sollte im Lichte der BRK keinen Zweifel an der Orientierung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft lassen. Dazu sollte die Leistungsgruppe »Leistungen zur medizinischen Rehabilitation« künftig in »Medizinische Teilhabeleistungen« umbenannt werden und die »Rehabilitationsträger« sollten »Träger der Teilhabeleistungen« genannt werden.

Ein Kernproblem für die Gewährleistung inklusiver Lebensverhältnisse ist für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene die Schule bzw. das Bildungssystem, das föderal weitgehend der Gesetzgebungskompetenz der Länder zugeordnet ist. Nach Art. 24 BRK haben Menschen mit Behinderungen das Recht, »gleichberechtigt mit anderen in der Gemeinschaft, in der sie leben, Zugang zu einem integrativen, hochwertigen und unentgeltlichen Unterricht an Grundschulen und weiterführenden Schulen« zu haben. Völlig gleichgewichtig muss aber auch die Gewährleistung der begleitenden Hilfen und Leistungen sowie die Koope-

ration und Koordination mit anderen erforderlichen Hilfen und Leistungen sein. Dies ist aber derzeit in Deutschland wegen der unterschiedlichen Zuständigkeiten häufig nicht gesichert. Um diese Schnittstellenprobleme zu lösen, sollte eine neue fünfte Leistungsgruppe »Hilfen zur Teilhabe am integrativen Unterricht« (in § 5 SGB IX) und die Verpflichtung zur Zusammenarbeit, Koordination und Kooperation zwischen Schulen und anderen Trägern (entsprechend den vergleichbaren Regelungen zur Zusammenarbeit mit den Integrationsämtern) in das Teilhaberecht aufgenommen werden.

Es ist kein rechtlicher bzw. fachlicher Grund zu erkennen, warum das Teilhaberecht zwar zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft spezifische Hilfen zur Gewährleistung der Teilhabe vorsieht, nicht jedoch während der Schulzeit. Auch ist nicht zu erkennen, wieso Hilfen zur Teilhabe während der Schulzeit zum Aufgabenbereich der Kultusbehörden und der Träger der Teilhabe gehören sollen. Die Begründung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Teilhaberecht trifft auch für Teilhabeleistungen in dieser Lebensphase zu.

Behinderte Menschen haben einen verfassungsrechtlich geschützten Anspruch auf Gleichbehandlung und Wahrung der Einheit der Lebensverhältnisse. Um dies im Bereich der inklusiven Bildung zu gewährleisten, sollte in das Teilhaberecht ein eigenes Kapitel aufgenommen werden, das bundeseinheitlich die behindertenrechtlichen Anforderungen an ein inklusives Schulsystem definiert und den Ländern damit einen behinderungspolitisch einheitlichen Maßstab für die föderale Umsetzung gibt. Damit wird nicht in die Gesetzgebungskompetenz der Länder für das Bildungssystem eingegriffen.

Die Teilhabe psychisch kranker und seelisch behinderter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener liegt seit 1993 in der Verantwortung unterschiedlicher Leistungsträger. Das hat nicht nur zu zeit- und kostenintensiven Prüfungen der Unzuständigkeit geführt – mit der Folge von Zuständigkeitsstreitigkeiten und Leistungsverzögerungen zu Lasten der Betroffenen. Es ist auch zu beobachten, dass sich die Träger der Jugendhilfe nach fast 20 Jahren noch nicht als Rehabilitationsträger verstehen und berechnete Zweifel daran bestehen, dass sie über die Hilfen zur Erziehung hinaus auch alle sonstigen Leistungen zur Teilhabe bedarfsgerecht erbringen. Es muss befürchtet werden, dass sich daran nichts ändert, wenn den Trägern der Jugendhilfe – wie bei der so genannten »großen Lösung«⁸ vorgeschlagen – die alleinige Verantwortung für die Teilhabeleistungen von behinderten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zugeordnet würde.

Diese Situation kann nicht als geeignet verstanden werden, um »Menschen mit Behinderungen in die Lage zu

8 Danach sollen alle Kinder und Jugendliche mit Behinderungen über das System des Kinder- und Jugendhilferechts (SGB VIII) statt über das Eingliederungssystem der Sozialhilfe (SGB XII) gefördert werden. Derzeit werden nur Leistungen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche durch Jugendhilfeträger erbracht (»kleine Lösung«). Dies regelt § 35 a SGB VIII. Dabei kommt es u. a. immer wieder zu Abgrenzungsproblemen, wer als »seelisch behindert« anzusehen ist.

versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren« (Art. 26 Abs. 1 Satz 1 BRK). Im Lichte der BRK sind damit die mit § 35 a SGB VIII zusammenhängenden Probleme zu beseitigen.

Nach der bisherigen Diskussion steht fest, dass die die Betroffenen belastenden Schwierigkeiten – neben den beschriebenen Problemen der Zuständigkeitsabgrenzung – vor allem in der unzureichenden Feststellung des individuellen, funktionsbezogenen Bedarfs an Teilhabeleistungen, der dadurch eingeschränkten Leistungserbringung sowie der mangelnden Kooperation und Koordination der Akteure bestehen. Diese Probleme werden – mit Blick auf den Akteur »Schule« – allein durch eine Neudefinition der Zuständigkeiten zwischen Jugend- und Sozialhilfe nicht gelöst und bestehen auch dann fort, wenn man sich für die bisher diskutierte »große« oder »kleine« Lösung entscheiden sollte.

Unabhängig von Zuständigkeitsfragen kommt es vor allem darauf an, dass bei den Trägern die für die Ausführung des Teilhaberechts notwendige spezifische Kompetenz vorhanden ist und die in einem gegliederten System unausweichlichen Schnittstellenprobleme durch stringente gesetzliche Pflichten zur Kooperation und Koordination der Akteure beseitigt werden.

Zur Überwindung dieser Schnittstellenprobleme ist – unabhängig von der Zuständigkeit – ein gemeinsames Bedarfsfeststellungsverfahren notwendig, an dem auch die Schulen beteiligt sind. Danach sollte eine für alle Akteure bindende Zielvereinbarung zu den benötigten Leistungen und Hilfen abgeschlossen werden.

Vor diesem Hintergrund sind verschiedene, bisher noch nicht diskutierte Alternativen zur Neuregelung der Zuständigkeiten in diesem Bereich denkbar. Unter dem Gesichtspunkt der »inklusive Bildung« besteht im Schulalter ein besonders enger Zusammenhang von Schule, Erziehungshilfe und Hilfe bei Behinderung. Mit dem Eintritt in das Erwerbsalter dominiert dagegen der Zusammenhang zwischen Hilfe bei Behinderung und Teilhabe am Arbeitsleben, ergänzt um Hilfen zur Erziehung. Will man die Zuständigkeiten neu ordnen, liegt es demnach nahe, wenn bis zum Eintritt in das Erwerbsleben die Jugendhilfe und danach die Sozialhilfe zuständig ist. Dies entspricht auch den Bedarfen der Betroffenen in ihren jeweiligen Lebenssituationen.

Mit Blick auf die Richtungsweisung und Langzeitwirkung der Entscheidungen im Kinder- und Jugendlichenalter muss – unabhängig von der Zuständigkeit bestimmter Träger in beiden Lebensphasen – durch gesetzliche Regelungen sichergestellt werden, dass jeweils die alternierenden Träger der Teilhabeleistungen (Jugend- und Sozialhilfe-

träger) und die Schule am gemeinsamen Bedarfsfeststellungsverfahren, der Definition der Teilhabeziele und der Festlegung der bedarfsgerechten Leistungen beteiligt sind.

6. Behinderte SGB-II-Leistungsbezieher gleichstellen (§ 6 a SGB IX)

Die behindertenrechtliche Diskriminierung der erwerbsfähigen Empfänger von Leistungen nach dem SGB II (Hartz IV) im Verhältnis zu anderen Behinderten muss durch eine völlige behindertenrechtliche Gleichstellung beseitigt werden. Mit Blick auf die behindertenrechtliche Kompetenz, die bei den an der Durchführung des SGB II beteiligten Institutionen vorhanden ist, sollte hier das gesamte Verfahren für die Erbringung von Teilhabeleistungen ausschließlich unmittelbar der Bundesagentur für Arbeit (BA) zugeordnet werden.

Die BA sollte verpflichtet werden, in allen Regionen besonders qualifiziertes Personal mit breiten Fachkenntnissen – insbesondere des Teilhaberechts – vorzuhalten. Dies entspricht den Anforderungen, die der Gesetzgeber nach § 23 Abs. 3 SGB IX schon an die Ausstattung der gemeinsamen Servicestellen stellt. Diese Anforderungen werden aber von den örtlichen Dienststellen der Bundesagentur weitgehend nicht erfüllt.

7. Einheitliches Teilhaberecht schaffen (§ 7 SGB IX)

Die mit dem SGB IX begonnene Zusammenfassung des Behindertenrechts in diesem Sozialgesetzbuch sollte in einem »Sozialgesetzbuch IX – Teilhaberecht« abgeschlossen werden. Dieses sollte den Anforderungen der BRK entsprechen.

Bisher sind die mit dem SGB IX verbundenen Ziele nicht erreicht worden. Das betrifft insbesondere

- die Orientierung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, aber auch
- die Überwindung der Schnittstellen des gegliederten Sozialleistungssystems sowie
- die Entwicklung eines einheitlichen Systems von Teilhabeleistungen, das unabhängig von der Zuständigkeit und Leistungsverpflichtung der jeweiligen Träger gewährleistet, dass der Betroffene wegen einer Teilhabebeeinträchtigung im gesamten Bundesgebiet vom jeweiligen Träger die nach Gegenstand und Qualität gleiche Teilhabeleistung erhält.

Dass diese Ziele nicht erreicht wurden, ist auch darauf zurückzuführen, dass in den für die Träger geltenden unterschiedlichen Leistungsgesetzen noch interpretationsfähige »Reste« des Teilhaberechts verblieben sind, die die Träger zu trägerspezifischen Rechtsauslegungen nutzen können. Die mit dem SGB IX angestrebte Einheit des Rehabilitationsrechts und der Rehabilitationspraxis wurde so nicht erreicht.

§ 7 SGB IX⁹ kann ersatzlos gestrichen werden, wenn in den für die Teilhabeträger geltenden Leistungsgesetzen alle über die Definition des Anspruchs auf Teilhabeleistungen

9 Dort heißt es: »Die Vorschriften dieses Buches gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.«

gen und den Verweis auf das Teilhaberecht zur Durchführung des Leistungsverfahrens hinausgehenden Regelungen ersatzlos gestrichen werden.

8. Wunsch- und Wahlrecht im Sinne der BRK gestalten (§ 9 SGB IX)

Die allgemeinen Grundsätze der BRK umfassen u. a. die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, die Unabhängigkeit und die Nichtdiskriminierung (Art. 3 BRK).

Der die Selbstbestimmung stärkende § 9 SGB IX, der bisher im Wesentlichen als Regelung des Wunsch- und Wahlrechts wahrgenommen wird, sollte künftig im Sinne des Art. 3 Buchst. a BRK gestaltet werden. Das Recht – ohne Gefahr der Disziplinierung – unabhängig eigene Entscheidungen treffen zu können, ist voranzustellen. Dieses Recht soll sowohl während der Feststellung des Leistungsbedarfs wie auch bei der Leistungsausführung wirksam sein und die übrigen Akteure (Leistungsträger, Leistungserbringer) binden.

In den verschiedenen Sozialgesetzbüchern noch vorhandene abweichende Regelungen sind anzupassen (§ 2 Abs. 2 SGB XI) oder zu streichen (§ 13 Abs. 1 Satz 4 SGB XII).

9. Regelungen zur Bedarfsfeststellung überarbeiten (§§ 8, 10, 14 Abs. 5 SGB IX)

Nach Art. 26 Abs. 1 Buchst. a BRK sind die Habilitations¹⁰ und Rehabilitationsdienste und -programme so zu organisieren, dass diese im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen.

Diese Pflichten korrespondieren im deutschen Teilhaberecht mit den Regelungen

- zum frühestmöglichen Erkennen einer Teilhabebeeinträchtigung, dem Einleiten von Teilhabeverfahren (§§ 8, 13 Abs. 2 Nr. 8 bis 10, 60, 61 SGB IX) und dem Teilhabemanagement (§§ 8, 10–12, 14, 22 SGB IX),
- zur Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs (§ 10 SGB IX) und
- zum Leistungserbringungsrecht (§§ 17 ff., insbesondere 19 SGB IX).

Diese Regelungen sind im Lichte der BRK zu überarbeiten.

Nach den Bestimmungen des § 14 SGB IX ist der zweitangegangene Reha-Träger immer zur Leistung verpflichtet, wenn die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind. Dennoch kommen viele Träger unverändert dieser Verpflichtung nicht nach. Die dadurch eintretende Nichtversorgung wird auch nicht dadurch ausgeschlossen, wenn schließlich der erstangegangene Träger der insoweit unverändert wirksamen Verpflichtung zur Vorleistung nach § 43 SGB I nachkommt und die Leistung gewährt. Die Verpflichtung des Art. 25 BRK, dass die Leistungen im frühestmöglichen Stadium einsetzen, erfordert eine Ergänzung des § 14 SGB IX mit der Verpflichtung zur Vorleistung, wenn der zuständige Träger nicht innerhalb der Frist von drei Wochen über die Leistung entscheidet.

Dass die Leistungen nach Art. 26 Abs. 1 Buchst. a BRK auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken basieren müssen, erfordert nicht nur eine Überarbeitung des § 10 SGB IX, der diesen Anforderungen mit der Orientierung auf den funktionsbezogenen Leistungsbedarf nur z. T. gerecht wird. Mit Blick auf die Vollzugsdefizite bei den Trägern, deren Feststellungsverfahren neun Jahre nach Inkrafttreten des SGB IX unisono eine dominante Orientierung an medizinischen Parametern (d. h. an Art und Schwere einer Erkrankung), nicht aber an Art und Ausprägung der dadurch verursachten Teilhabebeeinträchtigung ausweist, muss die notwendige Neufassung des § 10 SGB IX auch gewährleisten, dass künftig bei allen Trägern von Teilhabeleistungen für die auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft orientierte Bedarfsfeststellung ein einheitliches Verfahren eingesetzt wird. Außerdem müssen für die darauf aufsetzende Beurteilung der erforderlichen Leistungen die gleichen Maßstäbe angewandt werden.

Das bedeutet auch, dass nicht mehr über 40 trägerspezifische Verfahren zur Begutachtung und Hilfebedarfsfeststellung etc. angewandt werden. Im Lichte der BRK zur Gewährleistung einheitlicher Lebensverhältnisse und gleichartiger und gleichwertiger Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft ist dies zu beenden. Dazu bedarf es einer stringenten Regelung dahingehend, dass auf dem Hintergrund eines einheitlichen Teilhaberechts und einheitlicher, auf die Beseitigung von Teilhabebeeinträchtigung ausgerichteter Leistungsziele und Leistungsinhalte die Bedarfsfeststellung im gegliederten System einheitlich stattfindet und für die darauf beruhende Leistungsfeststellung einheitliche Bewertungsmaßstäbe angewandt werden (Vereinheitlichung der Rehabilitationspraxis).

Die Träger der Pflegeversicherung sind zwar keine Träger von Teilhabeleistungen, wohl aber zur Vorleistung solcher Leistungen verpflichtet. Deshalb muss auch im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI das Vorliegen einer Teilhabebeeinträchtigung (z. B. Assessment im Sinne der ICF-Checkliste der WHO) mit der Folge einer vertiefenden Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX abgeklärt werden.

Da sich die Träger zur Unterstützung eigener Interessen – z. T. unter Berufung auf datenschutzrechtliche Hemmnisse – abschirmen und es damit an der zwingenden Kooperation und Koordination mit der Folge fehlen lassen, dass das gesamte gesetzliche Teilhabemanagement obsolet wird, sollte § 10 Abs. 4 SGB IX zur Klarstellung einen Hinweis auf die gemeinsame gesetzliche Aufgabenerfüllung im Sinne von §§ 67 a Abs. 1 Satz 1, 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X erhalten.

Um für trägerspezifisches Eigenleben keinen Raum mehr zu lassen, könnte daran gedacht werden, die Aufgabe der Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX einer unabhängigen Institution zuzuordnen (Stichwort: trägerübergreifen-

10 Die Habilitation bezieht sich vor allem auf Kinder mit angeborenen oder früh erworbenen Entwicklungsstörungen oder Erkrankungen. Sie strebt an, dass etwas erstmals erlernt wird. Demgegenüber greift die Rehabilitation auf vor der Schädigung Erlerntes zurück und strebt die Wiederherstellung des Zustandes vor der Schädigung an.

der sozialmedizinischer Dienst). Folgt man dem am Ende dieses Abschnitts aufgeführten Vorschlag, die Bedarfsfeststellung mit konstitutiver Wirkung auszustatten und damit im Sinne der Entbürokratisierung das Verwaltungsverfahren im Sinne des SGB X weitgehend zu reduzieren, ist die Unabhängigkeit der Bedarfsfeststellung zwingend.

Unabhängig davon sollte – soweit mehrere Leistungen erforderlich sind – die Aufgabe der Bedarfsfeststellung mit der Aufgabe der Erstellung einer für die Träger verbindlichen Zielvereinbarung verbunden werden, an der gegebenenfalls die Interessenverbände der Betroffenen und die Reha-Berater der Träger mitwirken (Vorbild: Expertengremien in den Niederlanden).

Letztlich könnte auf der Basis dieser unabhängigen Bedarfsfeststellung auch ein direkter Zugang zu den Leistungen ohne aufwändiges Verwaltungsverfahren möglich werden, wenn parallel dazu die Träger ihren Pflichten zur Definition von Rehabilitationsprogrammen und -Leitlinien und der darauf basierenden Versorgungsorganisation nachkommen (vgl. Abschnitt 10.). Dann könnte der Bedarfsfeststellung im Verbund mit der Zielvereinbarung eine konstitutive Wirkung zugeordnet werden.

10. Organisation der Versorgung anpassen (§§ 12, 13, 19 SGB IX)

Auch wenn die Bundesrepublik Deutschland – d. h. der Staat – in Art. 26 BRK die Verpflichtung zur Organisation umfassender Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme eingegangen ist, nimmt er – nach dem Grundgesetz innewohnenden Subsidiaritätsprinzip – diese Pflichten nicht selbst wahr, sondern delegiert sie auf andere Akteure.

Mit § 19 SGB IX hat er die Pflicht zur Sicherstellung der für die Ausführung von Teilhabeleistungen erforderlichen Versorgungsstrukturen den Rehabilitationsträgern übertragen. Diese Regelung muss entsprechend den Anforderungen des Art. 26 BRK weiterentwickelt werden. Dazu zählt insbesondere die Verpflichtung zur gemeindenahen Organisation der Versorgungsangebote, auch in ländlichen Gebieten. Außerdem gehört dazu auch die Vernetzung mit den sich aus Art. 19 Buchst. b BRK ergebenden Pflichten. Diese sind als sozialraumorientierte Organisation der Versorgung zu verstehen. Sie beziehen neben der Gewährleistung von Assistenz auch die Vernetzung der klassischen Sozialleistungen mit niedrigschwelligen Hilfsangeboten ein.

Im deutschen Teilhaberecht wird die Definition von Rehabilitationsprogrammen bisher als Definition von Gegenstand, Umfang und Ausführung von Reha-Leistungen

(§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) verstanden, die die Reha-Träger gemeinsam und für die jeweiligen Leistungen einheitlich in gemeinsamen Empfehlungen regeln sollen (§ 13 Abs. 1 SGB IX). Dazu enthält § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX eine Art »Leitlinienverpflichtung« dergestalt, dass die Träger in gemeinsamen Empfehlungen definieren sollen, in welchen Fällen (Zielgruppen) und in welcher Weise (Reha-Leitlinie) Teilhabeleistungen angeboten (d. h. welchen Gegenstand/ Inhalt die Leistungen haben) werden sollen. Das Ziel des SGB IX ist eine einheitliche Rehabilitationspraxis!

Da die Träger diese in §§ 12, 13 SGB IX vorgegebenen Pflichten bis heute nicht umgesetzt haben, müssen diese Regelungen nicht nur an Art. 19 und 26 BRK angepasst werden. Der Gesetzgeber sollte die Teilhabeträger nunmehr auch darauf festlegen, ihren Pflichten bis zu einem vorgegebenem Termin nachzukommen¹¹.

Da ein Kernproblem der Versorgungsorganisation in der mangelnden Koordinations- und Kooperationsbereitschaft der Träger der Teilhabeleistungen besteht, sollte die in § 12 Abs. 2 SGB IX vorhandene Plattform für die Zusammenarbeit verpflichtend werden, wodurch auch die bisher schon gesetzlich vorgeschriebene Beteiligung der Interessenverbände der Betroffenen und die der Leistungserbringer an der regionalen Versorgungsstrukturentwicklung (§ 19 Abs. 4 SGB IX) endlich Realität werden könnte.

11. Persönliches Budget an BRK-Vorgaben orientieren

Ein Teilaspekt der Organisation im Sinne des Art. 26 BRK ist die im deutschen Teilhaberecht enthaltene Kombination der Versorgungsorganisation der Träger mit der Freiheit des Berechtigten, eigene Entscheidungen zu treffen (Art. 3 Buchst. a BRK), mittels des Persönlichen Budgets.¹² Dass das Persönliche Budget bisher nicht die Wirkung entfaltet, die es unter dem Aspekt der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, haben müsste, hat vielfältige Ursachen.¹³ Besondere Hemmnisse bilden jedenfalls einerseits die Vielfalt der trägerspezifischen Bedarfsfeststellungsverfahren, die die Beteiligungsrechte des Betroffenen selten vollständig respektieren, und andererseits die darauf basierende Festlegung der budgetfähigen Leistungen in einer Zielvereinbarung, bei der oftmals die Trägereuffassung über die Selbstbestimmung der Betroffenen dominiert und deswegen der festgestellte Bedarf nicht die entscheidende Grundlage für die Budgetbemessung ist. Zudem haben die Träger den zu einer erfolgreichen Durchführung des Persönlichen Budgets unabdingbaren Rollenwechsel vom Leistungsverwalter zum Care-Manager noch nicht vollzogen.

Die Vorgabe des Art. 26 BRK, die Leistungen auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken zu basieren, hat für den Erfolg des Persönlichen Budgets in jeder Hinsicht besondere Bedeutung. Sie ist der Schlüssel für die Anpassung des Budgetrechts an die BRK. Diese muss neben einer einheitlichen, trägerübergreifenden und umfassenden Bedarfsfeststellung¹⁴ auch Klarstellungen zur Budgetfähigkeit der Leistungen (z. B. wiederkehrende Heil- und Hilfsmittel als Teilhabe-

11 Eine vergleichbare Fristsetzung gab es bei der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG, deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen) in den Krankenhäusern in § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

12 vgl. dazu Arnold Knigge: Das Persönliche Budget für Menschen mit Behinderungen. Eine Zukunftsoption mit Entwicklungsbedarf, in: SozSich 10/2009, S. 335–341

13 vgl. dazu auch Arnold Knigge: Persönliches Budget für Menschen mit Behinderungen: Notwendige Verbesserungen bei einer noch zu wenig gefragten Leistungsform, in: SozSich 2/2010, S. 64–68

14 vgl. dazu auch die Ausführungen in Abschnitt 9. zu § 10 SGB IX

leistungen), zur Zielvereinbarung (Form, Verbindlichkeit, Rechte des Betroffenen) sowie zu den Grenzen der Trägerrechte im Lichte der Freiheit der Betroffenen, eigene Entscheidungen zu treffen, enthalten.

Obwohl das Persönliche Budget mit § 28 Abs. 1 Nr. 14 SGB XI bereits seit Anfang 2005 Bestandteil des Pflegeversicherungsrechts ist, sollte wegen der vorhandenen Irritationen klargestellt werden, dass auch alle pflegebedürftigen Menschen einen Rechtsanspruch auf Ausführung ihrer Leistungen als Persönliches Budget haben und die dazu in § 35 a SGB XI vorhandenen Hemmnisse (u. a. Gutscheinregelung) beseitigt werden.

12. Versorgungsvertragsrecht anpassen (§ 21 SGB IX)

Die BRK-Vertragsstaaten haben geeignete Maßnahmen zu treffen, um sicherzustellen, dass private Rechtsträger, die Einrichtungen und Dienste anbieten, die der Öffentlichkeit offen stehen oder für sie bereitgestellt werden, alle Aspekte der Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderung berücksichtigen (Art. 9 Abs. 2 Buchst. b BRK). Das erfasst auch alle nach § 19 SGB IX bereitgestellten Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, insbesondere die in privater Trägerschaft. Die Regelung entfaltet Wirkungen im Bereich der Strukturqualität der Einrichtungen. Darüber hinaus sind ohnehin Art. 1 und 3 BRK Maßstab für die Tätigkeit aller Akteure des Teilhaberechts.

Die im Rahmen des Versorgungsvertragsrechts des § 21 SGB IX geregelten Rechte und Pflichten der Erbringer von Teilhabeleistungen sind entsprechend anzupassen. Da es sich dabei um Qualitätsanforderungen handelt, sollte das leistungsbezogene Vergütungsrecht der Teilhabeleistungen (§§ 19 Abs. 4 Satz 2, 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB IX) durch Orientierung auf Qualitäten in trägerübergreifenden Vergütungsmaßstäben (§ 21 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX) konkretisiert werden.

Zugleich können in § 21 Abs. 2 SGB IX vorhandene Uneinigtheiten beseitigt und als bundesweite gemeinsame Gestaltungsplattform von Leistungsträgern und -erbringern ausschließlich noch Bundesrahmenverträge zugelassen werden.

13. Weiterentwicklung des Leistungsrechts

Die BRK enthält Regelungen mit Auswirkungen auf das Leistungsrecht i. S. d. SGB IX in den Artikeln 19, 25 und 26.

Nach Art. 19 Buchst. b BRK ist zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe gemeindenaher Unterstützungsdienste zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist.

Bei den vorhandenen Leistungsarten erscheint vor allem eine Weiterentwicklung des Rechts auf Assistenz im Sinne einer »Alltagsassistenz« notwendig. Bei den Leis-

tungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft könnte eine weitere Konkretisierung der gemeindenahen sonstigen Unterstützungsdienste geboten sein. Zur Teilhabe in der inklusiven Schule wurde oben bereits eine eigene Leistungsgruppe vorgeschlagen, die in einem 2. Titel des Kapitels 7 des SGB IX definiert werden sollte.

Im Übrigen ergeben sich wesentliche Auswirkungen auf die Organisation des Leistungsgeschehens im Sinne einer sozialräumlichen Vernetzung, die zu § 19 SGB IX relevant sind. Dabei erscheint insbesondere die Erschließung der häuslichen Ausführung von Teilhabeleistungen zumindest für die Zielgruppen erforderlich, die ansonsten keinen Zugang zu den Leistungen haben (Ausbau der mobilen Rehabilitation!).

Artikel 25 BRK erwartet die »geschlechtsspezifische« Gestaltung der Gesundheitsdienste. Die Anforderung des Buchst. b, dass die gesundheitliche Versorgung behinderten Menschen in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung stehen muss, wie anderen Menschen, kann – obwohl dies nicht ausdrücklich so formuliert ist – nur so verstanden werden, dass die Versorgung unter ausdrücklicher Berücksichtigung der mit der Behinderung verbundenen spezifischen Anforderungen gleichwertig sein muss. Das bedeutet erheblichen Regelungsbedarf im Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht des SGB V.

Nach Art. 26 BRK dienen die Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme dazu, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Dazu muss nicht nur die allgemeine Zielsetzung der Teilhabeleistungen in den §§ 1 und 4 SGB IX, sondern auch die leistungsspezifische Zielsetzung in den §§ 26 Abs. 1, 33 Abs. 1 und 55 Abs. 1 SGB IX an die Anforderungen der BRK angepasst werden.

Da die Rehabilitationsträger – entgegen dem SGB IX – ihre Leistungen bisher nicht umfassend auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet haben, sondern unverändert medizinorientierte oder trägerspezifische Zieldefinitionen zum Maßstab machen (z. B. Alltagskompetenz bei Rehabilitation vor Pflege oder unklare, von § 26 Abs. 1 SGB IX abweichende Zieldefinitionen in der GKV oder Ausblenden aller Ziele neben der Erwerbsfähigkeit in der GRV), bedarf es einer gesetzlichen Verpflichtung, dass der zuständige Träger die Leistungen nach Gegenstand, Umfang und Ausführung so zu gestalten hat, dass mit den während der Leistungsausführung eingesetzten Methoden alle im Einzelfall festgestellten Teilhabebeeinträchtigungen behandelt werden können.

Mit Blick auf die uneinheitliche Praxis der Reha-Träger bedarf es der Klarstellung, dass die in § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX genannten medizinischen Teilhabeleistungen von allen Trägern solcher Leistungen sowohl als ambulante Einzelleistungen der Teilhabe, wie auch im Rahmen von stationären Teilhabeleistungen auszuführen sind. Damit wäre insbesondere im Bereich der GKV eine Abgrenzung zu den vergleichbaren Leistungen der Kassenärztlichen

Versorgung und die Einbeziehung in das Persönliche Budget gesichert.

Da die Träger den Bedarf an Teilhabeleistungen nicht einheitlich nach § 10 SGB IX erheben und darauf ihre Leistungsentscheidung stützen, sollte § 27 SGB IX, der dies bisher ausdrücklich nur für die GKV klarstellt, auf alle Rehabilitationsträger ausgedehnt werden.

Sollten in den für die einzelnen Träger geltenden Leistungsgesetzen auch in Zukunft noch spezifische Regelungen zum Teilhaberecht verbleiben, die über die Anspruchsgrundlage und den Verweis auf das SGB IX hinausgehen, muss in den spezifischen Leistungsgesetzen über die vorhandenen Verweise auf das SGB IX hinaus klargestellt werden, dass für die Entscheidung über und die Ausführung von Teilhabeleistungen bei allen Trägern ausschließlich nach den Bestimmungen des SGB IX zu verfahren ist (einschl. des spezifischen Leistungserbringungsrechts für Teilhabeleistungen im SGB IX).

Letztlich sind durch eine Überarbeitung der §§ 26 Abs. 2 und 30 SGB IX die im Bereich der Frühförderung vorhandenen Probleme zu beseitigen.

Aus Art. 27 BRK (»Arbeit und Beschäftigung«) ergeben sich erkennbar keine Anforderungen für neue Leistungsarten, sehr wohl aber Anforderungen an das Leistungsverfahren und das Handeln der Leistungsträger. Sie sind hier in den Vorschlägen zur Bedarfsorientierung (vgl. Abschnitt 9.) und Zugänglichkeit (vgl. Abschnitt 14.) der Teilhabeleistungen erfasst. Ergänzend dazu bedarf es allerdings einer weiteren Konkretisierung der arbeitgeberbezogenen Leistungen. Eine Herabstufung des Rechtsanspruchs auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Ermessensleistungen gefährdet mit Blick auf die regionale Unterschiedlichkeit der Ermessensausübung einerseits die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse behinderter Menschen und ist andererseits nicht mit den in Artikeln 24 und 27 BRK eingegangenen Pflichten zu vereinbaren.

Bei den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist neben den zu den Auswirkungen des Art. 19 BRK dargestellten Anforderungen die Diskussion zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe relevant. Mit Inkrafttreten des SGB IX im Juli 2001 wurden die Regelungen der Eingliederungshilfe für Erwachsene als §§ 55 ff. in das SGB IX übernommen und in der Eingliederungshilfe-Verordnung zum Bundessozialhilfegesetz ersatzlos gestrichen. Das SGB IX ist insoweit seit Jahren zugleich auch ein Leistungsgesetz, zumal nach § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII die dort nachfolgend noch aufgelisteten Leistungen der Eingliederungshilfe ausdrücklich neben den Leistungen nach den §§ 26, 33, 41 und 55 SGB IX zu erbringen sind. Die Forderung der Arbeits- und Sozialministerkonferenz nach einer Weiterentwicklung der im Bereich des SGB XII gestrichenen Vorschriften der Eingliederungshilfe bedeutet demnach im Ergebnis eine Rückkehr zu den Verhältnissen vor dem 1. Juli 2001 und die Reintegration eines großen Teils des Teilhaberechts in das Fürsorgerecht. Eine solche Entwicklung lässt sich mit Blick auf die fürsorgerechtlichen Einschränkungen des SGB XII weder mit dem Sinn noch dem Wortlaut der BRK vereinbaren.

Die mit dem SGB IX ab Juli 2001 – u. a. durch die Verlagerung von Teilen des damaligen Rechts der Einglie-

derungshilfe – begonnene Zusammenfassung des Teilhaberechts in einem Sozialgesetzbuch sollte fortgesetzt und durch die Verlagerung der noch im SGB XII verbliebenen Regelungen der Hilfen zur Behinderung in das künftige SGB IX – Teilhaberecht – abgeschlossen werden.

14. Zugänglichkeit der Teilhabeleistungen ermöglichen

Um Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, soll der gleichberechtigte Zugang zu Einrichtungen und Diensten gewährleistet werden. Der Grundsatz der »Zugänglichkeit« erfasst nicht nur die in Art. 9 BRK genannten Aspekte der Barrierefreiheit, sondern u. a. auch den Zugang zu Gesundheitsleistungen (Art. 25 BRK) oder den Zugang zu Habilitations- und Rehabilitationsdiensten bzw. -programmen (Art. 26 BRK). Insbesondere der barrierefreie Zugang zu den Gesundheitsleistungen, Habilitations- und Rehabilitationsdiensten und -programmen ist ganz wesentlich abhängig von der barrierefreien Gestaltung der Verwaltungsverfahren und des Verwaltungshandelns der Sozialleistungsträger. Das den Trägern dabei dem Grunde nach belassene pflichtgemäße Ermessen ist gebunden durch Vorschriften des SGB X über das Verwaltungsverfahren und den Verwaltungsakt, aber auch durch vielfältige Verfahrensregelungen des SGB IX bzw. anderer Sozialgesetzbücher (z. B. §§ 8–14 SGB IX, §§ 7 a, 18, 31 SGB XI), die z. T. die Zugänglichkeit zu den Leistungen, Diensten und Programmen erheblich erschweren.

Es ist geboten, das gesamte Verwaltungs- und Verfahrensrecht der Sozialgesetzbücher auf Zugangsbarrieren zu überprüfen und gegebenenfalls durch barrierefreie Verfahrensregelungen zu ersetzen. Dies könnte zugleich ein maßgeblicher Beitrag zur Entbürokratisierung sein.

15. Statistik und Datensammlung verbessern

Art. 31 BRK (»Statistik und Datensammlung«) verpflichtet die Vertragsstaaten zur Sammlung von Informationen zur Teilhabe behinderter Menschen. Danach ist die Schaffung angemessener Datengrundlagen für Entscheidungen über die künftige Organisation und Bereitstellung von sozialen Leistungen zur Durchführung der BRK zwingend notwendig, auch unter dem Gesichtspunkt der Evaluation der Wirkung von getroffenen Maßnahmen. Die bisher in Deutschland erhobenen Daten (Mikrozensus, Schwerbehindertenstatistik) und der Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe sind dafür nicht ausreichend. Die Schaffung geeigneter Datengrundlagen zur Teilhabe ist auch als Forschungsaufgabe anzusehen. ■

Der Autor:

Dr. Harry Fuchs ist Rehabilitations-, Organisations- und Verwaltungswissenschaftler und arbeitet als Sachverständiger und Politikberater in Düsseldorf.