

**Die Habilitation und Rehabilitation im Sinne der
UN-Behindertenrechtskonvention**
- Auswirkung auf die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen -
Referat von Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf
anl. des 130jährigen Bestehens der Kinderklinik Tannenhof, Graal-Müritz

1. Einordnung der Behindertenfrage in das UN-Menschenrechtssystem

Das „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (CRPD; kurz: UN-Behindertenrechtskonvention oder BRK) ist der erste universelle Völkerrechtsvertrag, der den anerkannten Katalog der Menschenrechte, wie er im Internationale Bill of Human Rights zum Ausdruck kommt, auf die Situation behinderter Menschen zuschneidet¹. Bis auf die interamerikanische Behindertenrechtskonvention² von 1999 gab es zuvor kein verbindliches Menschenrechtsinstrument explizit für behinderte Menschen. Mit der Verabschiedung der BRK haben die Vereinten Nationen nicht nur die erste verbindliche universelle Menschenrechtsquelle für behinderte Menschen geschaffen, sondern die Behindertenfrage zugleich auch in das Gesamtpaket des UN-Menschenrechtssystems eingeordnet.

Die BRK wurde in den Jahren 2002 bis 2006 in acht Sitzungen eines Ad-Hoc-Ausschusses³ erarbeitet und am 13.12.2006 in der 61. Sitzung der UN-Generalversammlung verabschiedet. International trat die BRK nach Hinterlegung der 20. Ratifizierungsurkunde am 3. Mai 2008 in Kraft.

2. Geltung in der Bundesrepublik Deutschland

Mit der Verabschiedung des „Gesetzes zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ durch Bundestag und Bundesrat wurden die Voraussetzungen nach Art. 59 Abs. 2 Satz 1 GG für die Ratifizierung des Übereinkommens sowie des Fakultativprotokolls geschaffen (BT-Drs.16/10808 v. 8.11.2008, BGBl. II 2008 S 14 19). Nach Inkrafttreten des Ratifikationsgesetzes am 1.1.2009 hinterlegte die Bundesregierung die Ratifikationsurkunde am 24.2.2009 bei den Vereinten Nationen.

Rechtlich gesehen ist die Behindertenrechtskonvention danach ein einfaches Bundesgesetz, das nach Art. 59 Abs. 2 GG mit Zustimmung der Länder verabschiedet wurde und mit dem 24.2.2009 in Kraft getreten ist..

Die Länder sind zwar nicht unmittelbar Vertragspartner der Vereinten Nationen. Die Zustimmung nach Art. 59 Abs. 2 GG in Verbindung mit dem Gebot der Bundestreue verpflichtet die Länder jedoch, die nach nationalem Recht (z.B. Gesetzgebungskompetenz im Rahmen des föderalen Systems) in ihrer Verantwortung liegenden Pflichten des Völkerrechtsvertrages zu erfüllen.

3. Reichweite der Konvention

Für die Konvention ist ihre **doppelte Schutzfunktion** charakteristisch. Sie **schützt** Menschen mit Behinderungen **über die universalen Menschenrechte, deren Verpflichtungs-**

¹ Theresia Degener: Welche legislativen Herausforderungen bestehen in Bezug auf die nationale Implementierung der UN-Behindertenrechtskonvention in Bund und Ländern? Behindertenrecht 2009, Heft 2

² Inter American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Persons with Disabilities, OEA/Ser. P AC/docs 3826/99

³ Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities

seite sie aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen **präzisiert**. Gleichzeitig fordert die Konvention die **konsequente Entfaltung des Diskriminierungsverbotes** und erstreckt dieses auf **alle menschliche Lebensbereiche**.

Die Anwendung der Konvention erstreckt sich auf alle denkbaren existentiellen Lebensbereiche, die von Menschenrechten erfasst werden. Der Schutzzumfang der Konvention erfasst konsequent den öffentlichen, wie den privaten Raum. Sie enthält das gesamte Spektrum, d.h., die bürgerlichen, politischen, sozialen und kulturellen Rechte.

3.1 Behinderungsbegriff

Die Konvention selbst enthält keine abschließende Definition dessen, was „Behinderung“ sei. Vielmehr zeichnet sie „Behinderung als dynamisches Konzept, das hinreichend offen ist, um Erfahrungen und Erkenntnisse zukünftiger gesellschaftlicher Lern- und Sensibilisierungsprozesse einzubeziehen. Deshalb konkretisiert die Konvention ihren „Anwendungsbereich“ in Form einer Zielbestimmung⁴.

3.2 Verständnis von Behinderung

Der Konvention liegt ein Verständnis von Behinderung zugrunde, in dem diese keineswegs von vornherein negativ gesehen, sondern als normaler Bestandteil menschlichen Leben und menschlicher Gesellschaft ausdrücklich bejaht und darüber hinaus als Quelle möglicher kultureller Bereicherung wertgeschätzt wird („*diversity-Ansatz*“). Die Akzeptanz von Behinderung als Bestandteil menschlicher Normalität ist nicht zuletzt deshalb von eminenter aktueller Bedeutung, weil angesichts der wachsenden biotechnischen Möglichkeiten zur „Optimierung“ des menschlichen Erbguts die Gefahr besteht, dass Behinderte in neuer Weise – als Produkte angeblicher elterlicher Fehlplanung – stigmatisiert und womöglich sogar in ihrem Daseinsrecht in Frage gestellt werden⁵.

Dieser Wechsel in der Einstellung zu Behinderung kommt nicht nur den Betroffenen zugute, sondern zugleich der Gesamtgesellschaft. Die BRK betont schon in der Präambel „die Bedeutung einer Anerkennung der wertvollen – bestehenden und potenziellen – Beiträge, die Personen mit Behinderungen für eine insgesamt positive Entwicklung und die innere Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten“. Eine Gesellschaft, die den Beiträgen behinderter Menschen Raum gibt und Aufmerksamkeit widmet, erfährt somit einen Zugewinn an Humanität und kultureller Vielfalt⁶.

3.3 Soziale Inklusion

Das Verständnis von Behinderung, wie es der Konvention zugrunde liegt, geht allerdings nicht vollständig im „*diversity-Ansatz*“ auf. Komplementär dazu wird Behinderung auch durch die *sozialen Problemlagen* definiert, unter denen Behinderte leiden⁷.

Der Begriff der Würde wird in der Konvention wiederholt in Verbindung zu den Begriffen Autonomie und Unabhängigkeit gebracht. Ungewöhnlich ist es hingegen, wenn in der Konvention auch die Zielsetzung eines verstärkten *Zugehörigkeitsgefühls* („*enhanced sense of belonging*“) aufgeführt wird. Der Begriff des Zugehörigkeitsgefühls kommt sonst in keiner internationalen Menschenrechtskonvention vor und gehört bislang nicht zum etablierten Vokabular des Menschenrechtsdiskurses. Er steht symbolisch für eine spezifische Stoßrich-

⁴ so auch Aichele, Deutsches Institut für Menschenrechte, in „Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihr Fakultativprotokoll, Ein Beitrag zur Ratifikationsdebatte, S. 5

⁵ Heiner Bielefeldt, Deutsches Institut für Menschenrechte: Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 6/7.

⁶ a.a.O., S. 8

⁷ a.a.O., S. 10/11

tung der BRK, die gegen die Unrechtserfahrung gesellschaftlicher Ausgrenzung eine *freiheitliche und gleichberechtigte soziale Inklusion einfordert*⁷.

Diese Orientierung zeigt sich bereits in den allgemeinen Prinzipien, wenn dort die „vollständige und wirksame Partizipation und Inklusion in der Gesellschaft“ als Zielsetzung angesprochen wird. Konkrete Gestalt gewinnt dieses Prinzip u.a. in den Forderungen nach gleichberechtigtem Zugang zum Arbeitsmarkt, nach Möglichkeiten der Teilhabe am kulturellen Leben, nach inklusiver Bildung und nach gleichberechtigter Mitwirkung in der Politik.

Nach der Konvention gehören *individuelle Autonomie und soziale Inklusion unauflöslich zusammen*; sie müssen für ein angemessenes Verständnis zusammen gelesen und auch in der praktischen Umsetzung der Konventionsverpflichtung stets zusammen bedacht werden. Autonomie und Inklusion stehen keineswegs in Widerspruch zueinander. Vielmehr bedingen sie einander wechselseitig: Ohne soziale Inklusion kann Autonomie praktisch nicht gelebt werden, und ohne Autonomie nimmt soziale Inklusion fast zwangsläufig Züge von Bevormundung an⁷.

Die Verpflichtung zur Inklusion ist sowohl in den Allgemeinen Grundsätzen (Art. 3), in der Verpflichtung zur Einbeziehung in die Gemeinschaft (Art. 19), wie auch den Regelungen zu bestimmten Lebenssituationen (Bildung – Art. 24 -, Arbeit und Beschäftigung – Art. 27 -) enthalten.

Inklusion im Sinne der BRK entspricht danach dem im SGB IX verankerten, auf dem Grundgesetz basierenden Recht chronisch kranker, behinderter und pflegebedürftiger Menschen auf gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Förderung der Selbstbestimmung und der Pflicht zur Vermeidung von Benachteiligungen.⁸

4. Rechte behinderter Menschen

Grundlage der Rechte behinderter Menschen sind nach Artikel 3 die Achtung der Menschenwürde, der individuellen Autonomie, der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie die Selbstbestimmung. Aber auch Nichtdiskriminierung, volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft, Achtung der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen, ihre Akzeptanz als Teil der menschlichen Vielfalt sowie ihre Chancengleichheit und Barrierefreiheit (u.a.).

In über 40 Artikeln beschreibt die Konvention auf dieser Basis die Pflichten und das Handeln, zu deren nationaler Verwirklichung sich die Vertragsstaaten mit der Ratifizierung der Konvention bekennen. Dabei geht es u.a. um

- Grund- und Menschenrechte (Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung, Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person, Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch, Schutz der Unversehrtheit der Person, Achtung der Wohnung und der Privatsphäre, Zugang zur Justiz),
- aber auch um die gesellschaftliche Dimensionen (Bewusstseinsbildung, gleiche Anerkennung vor dem Recht, Selbstbestimmtes Leben und Einbeziehung in die Gemeinschaft, Zugang zu Informationen, Bildung, Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben, Teilhabe am kulturellen Leben)
- sowie um Anforderungen an das gesundheits- und Sozialwesen (unabhängige Lebensführung, Gesundheit, selbstbestimmte Entscheidung über den Aufenthaltsort und Wahl der Wohnform, Bildung, Habilitation und Rehabilitation, Arbeit und Beschäftigung, Allgemeiner Lebensstandard und sozialer Schutz).

⁸ Vergl. dazu Fuchs, H. (2008), Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation – Anspruch und Wirklichkeit -, asgard verlag, S 20ff und Fuchs (2009), Die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte behinderter Menschen – Bedeutung und Handlungsbedarfe (www.dvfr.de).

Ist die in diesen Artikeln jeweils zu einer Lebenssituation behinderter Menschen beschriebene Zielbestimmung nicht erreicht, könnte dies eine unmittelbare oder mittelbare Diskriminierung behinderter Menschen bedeuten. Ist ein behinderter Mensch davon betroffen, kann er diese Diskriminierung auf dem Rechtsweg feststellen lassen und die Beseitigung der Diskriminierung einfordern.

5. Zugänglichkeit

Um Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, besteht nach Artikel 9 die Verpflichtung, geeignete Maßnahmen zu treffen, ihnen den gleichberechtigten Zugang zu Einrichtungen und Diensten zu gewährleisten. Diese Pflicht schließt die Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen und –barrieren ein.

Die Zugänglichkeit erfasst nicht nur die in Art 9 genannten Aspekte der Barrierefreiheit, sondern u.a. auch den Zugang zur Justiz (Art 13), den Zugang zu Gesundheitsleistungen (Art. 25) oder den Zugang zu Habilitations- und Rehabilitationsdiensten bzw –programmen (Art 26).

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 der Sozialgesetzbücher (z.B. §§ 8 – 14 SGB IX, §§ 7a, 18, 31 SGB XI).

Obwohl der Teil 1 des SGB IX in vielen Bereichen bereits den Anforderungen der BRK entspricht (z.B. § 4 Abs. 3 SGB IX ./ Art. 7 Abs. 2 und 3; § 19 Abs. 1 SGB IX ./ Art 26 Abs. 1) erfordert die Implementierung der BRK wegen der erheblichen Vollzugsdefizite bei der Umsetzung des SGB IX eine Novellierung im Lichte der Konvention, um eine BRK-konforme Anwendung des SGB IX in der Praxis durchsetzen. Darüber hinaus ist das gesamte Verwaltungs- und Verfahrensrecht – auch das des SGB X – daraufhin zu überprüfen, welche Zugangsbarrieren es bewirkt und ggfls. durch barrierefreie Verfahrensregelungen zu ersetzen.

6. Auswirkungen auf die Rehabilitation

Die in Artikel 3 des Übereinkommens enthaltenen Grundsätze

- Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit
- Nichtdiskriminierung
- volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft
- Achtung der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit
- Chancengleichheit
- Zugänglichkeit
- Gleichberechtigung von Mann und Frau
- Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung des Rechts auf Wahrung der Identität

sind zugleich zielführende Grundsätze für das deutsche Rehabilitations- und Teilhaberecht und die Praxis der Rehabilitation.

Diese Grundsätze unterstreichen die auf die Förderung der Selbstbestimmung, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und Vermeidung von Benachteiligungen ausgerichteten gesetzlichen Regelungen zur Rehabilitation in Deutschland. Das Neunte Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe - (SGB IX), das in der Praxis auch neun Jahre nach seinem Inkrafttreten in bestimmten Bereichen des gegliederten Sozialleistungssystem eher partiell, in anderen fast gar nicht umgesetzt ist, wird damit künftig unausweichlich von allen Sozialleistungsträgern, aber auch von den Sozialgerichten und Aufsichtsbehörden angewendet werden müssen. Jede Nichtanwendung einer Regelung des SGB IX, mit der eine Zielbestimmung der BRK in Deutschland konkretisiert und sozialrechtlich umgesetzt wird, kann eine durch die BRK untersagte Diskriminierung des behinderten Menschen darstellen.

Die Bundesrepublik Deutschland hat sich mit dem Übereinkommen verpflichtet, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung auf Grund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern (Artikel 4 Abs. 1). Dazu gehört auch die Verpflichtung, alle Handlungen und Praktiken, die mit dem Übereinkommen unvereinbar sind, zu unterlassen und dafür zu sorgen, dass die staatlichen Behörden und öffentlichen Einrichtungen im Einklang mit diesem Übereinkommen handeln (Buchst. d). Ebenso die Verpflichtung, alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung aufgrund von Behinderungen durch Personen, Organisationen oder private Unternehmen zu ergreifen (Buchst. e).

Danach sind nicht nur die Rehabilitationsträger, sondern auch alle **Rehabilitationsdienste und –einrichtungen** verpflichtet, ihr Handeln in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der Konvention zu gestalten und Diskriminierungen behinderter Menschen zu unterlassen.

7. Auswirkungen auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Nach Artikel 7 treffen die Vertragsstaaten alle erforderlichen Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können. Bei allen Maßnahmen, d.h., auch Maßnahmen der Rehabilitation und Teilhabe, die Kinder mit Behinderungen betreffen, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.

7.1 Rechte bei der Entscheidung, Planung und Ausführung von Leistungen

Es ist zu gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen das Recht haben, ihre Meinung in allen sie berührenden Angelegenheiten - gleichberechtigt mit anderen Kindern - frei zu äußern, wobei ihre Meinung angemessen und entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife berücksichtigt wird. Sie haben das Recht behinderungsgerechte sowie altersgemäße Hilfe zu erhalten, damit dieses Recht verwirklicht werden kann.

Diese Pflichten entsprechen – beinahe wortgleich - § 7 Abs. 3 Satz 2 SGB IX, wonach behinderte Kinder alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung der einzelnen Hilfen und Rehabilitationsleistungen zu beteiligen und ihre Sorgeberechtigten intensiv in Planung und Gestaltung einzubeziehen sind.

Dieses – neben den Rechten der sorgeberechtigten Eltern – bestehende Recht der Kinder und Jugendlichen umfasst nicht nur die alters- und entwicklungsentsprechende Einbeziehung in das Antrags- und Entscheidungsverfahren. Die Regelung korrespondiert insoweit mit § 9 SGB IX, der den Berechtigten ausdrücklich ein Wunschrecht einräumt und zur Berücksichtigung der besonderen Lebenssituation verpflichtet.

Das Recht besteht darüber hinaus auch während der Ausführung der Leistungen z.B. auch bei der Gestaltung des Therapieplanes und des Tagesablaufes. Kinder und Jugendliche sind während der Rehabilitation nicht einfach nur Objekt, mit dem etwas geschieht. Sie sind als behinderte Menschen mit eigenen Rechten ausgestattet, denen bei der Ausführung der Leistungen zwingend Rechnung zu tragen ist.

In diesem Zusammenhang sind auch bei Kindern und Jugendlichen das Zustimmungserfordernis und die Pflicht der Dienste und Einrichtungen, den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Lebensumstände zu belassen und die Selbstbestimmung zu fördern, zu beachten (§ 9 Abs. 3 und 4 SGB IX). Die durch den Gesetzgeber ausdrücklich verpflichtend vorgesehene alters- und entwicklungsgerechte Beteiligung der Kinder an der Planung und Ausgestaltung ihrer Leistungen muss ebenso in geeigneter Weise dokumentiert und nachvollziehbar sein, wie die Beteiligung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten.

7.2 Auswirkungen auf die Ausführung der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Bereits mit dem Inkrafttreten des SGB IX wurde der Paradigmenwechsel vollzogen, dass Ziel und Auftrag der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nicht mehr nur die Ziele der Krankenbehandlung – Herstellung der bestmöglichen Gesundheit –, sondern vor allem die Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und die Vermeidung von Benachteiligungen sind. Damit wurde bei der Rehabilitation der Fokus von der Behandlung der Krankheit auf die Behandlung der Krankheitsfolgen, d.h., der Beeinträchtigungen Teilhabe, insbesondere auch im Bereich der Aktivitäten und Leistungen sowie der Partizipation, verlagert.

Mit der Unterzeichnung des Übereinkommens durch die Bundesregierung wird diese Aufgabenstellung und Zielsetzung der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nochmals verstärkt und verfestigt.

Rehabilitationsleistungen dürfen schon nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX nur dann ausgeführt werden, wenn mit ihnen voraussichtlich Teilhabeziele erreicht werden können. Wenn jedoch schon die Erreichbarkeit von Teilhabezielen Leistungsvoraussetzung ist und den Anspruch auf Rehabilitationsleistungen begründet, umso mehr müssen die Struktur- und Prozeßqualitäten der Leistungserbringer darauf ausgerichtet sein, die Teilhabeziele mit den Mitteln der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen im Einzelfall auch tatsächlich zu erreichen. Dabei geht es nicht darum, neue Behandlungsmethoden in das Leistungsgeschehen einzubeziehen, sondern vielmehr darum, die vorhandenen Methoden weniger auf die Ziele der Krankenbehandlung, sondern dezidiert auf das Ziel der Behandlung von Krankheitsfolgen, d.h., die Teilhabebeeinträchtigungen, auszurichten.

Die Rehabilitationsträger, wie auch die Leistungserbringer haben mit Blick auf die auf Inklusion ausgerichtete Zielsetzung der Rehabilitation im Rahmen von Rehabilitationsleitlinien und Rehabilitationskonzepten zu klären und festzulegen, inwieweit die in der medizinischen Rehabilitation eingesetzten Verfahren und Methoden diese Zielsetzung erreichen oder fördern bzw. im Einzelfall zu prüfen, welche Methoden für den Betroffenen mit Blick auf Art und Ausprägung seiner Teilhabebeeinträchtigung erfolgversprechend und wirksam sind.

Zielsetzung der Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche ist dabei nicht nur die Beeinflussung der Ausprägung der Behinderung oder die spätere Teilhabe am Erwerbsleben, sondern unabhängig davon in jedem Einzelfall die ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung, die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (insbesondere auch der Gemeinschaft) sowie die Ermöglichung oder Erleichterung einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX).

7.3 Unabhängige Lebensführung, Einbeziehung in die Gemeinschaft

Damit behinderte Menschen mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft leben können, ist nach Artikel 19 u.a. zu gewährleisten, dass

- Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben. Danach verstößt die an § 13 Abs. 1 Satz 4 SGB XII anknüpfende gegenteilige Praxis im Bereich der Sozialhilfeträger gegen die Men-

schenwürde und kann unter Bezugnahme auf die BRK jederzeit auf dem Rechtsweg angegriffen werden.

- Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen, einschl. der persönlichen Assistenz haben. Das bedeutet, dass die heutigen Beratungs- und (Unterstützung-)Versorgungsstrukturen im kommunalen Sozialraum zu einem Netzwerk von familiären, nachbarschaftlichen, ehrenamtlichen und professionellen Hilfen so weiterzuentwickeln sind, das behinderten Menschen
 - den Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände lassen und
 - ihre Selbstbestimmung gefördert wird.
 - Soweit professionelle Hilfen notwendig sind, müssen sich diese ohne Brüche in dieses Netzwerk einfügen.

Dabei ist der Vorrang ambulanter Leistungen vor stationären Leistungen selbstverständlich und Ausdruck von Normalität, Inklusion und Subsidiarität.

Diese Pflichten wirken sich insbesondere auf die Organisation der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen für behinderte Kinder und Jugendliche aus, die die erforderlichen Hilfen und Leistungen wohnortnah benötigen. Dabei handelt es sich nicht nur um schwerstbehinderte oder mehrfachgeschädigte Kinder und Jugendliche, sondern z.B. auch um psychisch kranke Kinder oder solche körperbehinderte Kinder, für die eine wohnortferne Rehabilitation nach Art und Schwere ihrer Behinderung nicht in Betracht kommt.

Mit Blick darauf, dass für schwerstbehinderte, mehrfach geschädigte und psychisch kranke Kinder und Jugendliche bisher weder wohnortnah, noch wohnortfern die fachlich und bedarfsgerecht erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen, enthält die BRK für diesen Bereich einen besonderen Gestaltungsauftrag für die Organisationsverpflichtung des Artikel 26 BRK.

7.4 Organisationsverpflichtung zur Habilitation und Rehabilitation

Nach Artikel 26 sind u.a. wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in die Teilhabe am Leben in die Gesellschaft zu gewährleisten.

Zu diesem Zweck sind umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und –programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste zu **organisieren**, zu stärken und zu erweitern. Diese müssen so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten, zur Verfügung stehen. Die Bundesrepublik Deutschland ist damit eine unmittelbare Organisationsverpflichtung zur Sicherstellung der notwendigen Versorgungsinfrastruktur eingegangen.

In Deutschland führt nicht der Staat selbst derartige Sicherstellungsverpflichtungen durch. Er delegiert solche Pflichten nach dem Subsidiaritätsprinzip auf nachgeordnete Behörden oder die Sozialversicherungsträger.

Die Rehabilitationsträger haben nach § 19 SGB IX bereits seit dem 1.7.2001 im Benehmen mit dem Land und dem Bund darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und –einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dieser Sicherstellungsauftrag umfasst im Lichte der BRK nicht mehr nur – wie es die Rehabilitationsträger bisher sehen – die Gewährleistung des Vorhandenseins der rehabilitativen Versorgung im engeren leistungsrechtlichen Sinne durch das Eingehen von Versorgungs- und Belegungsverträgen. Als Erfüllungsgehilfe für die in Artikel 26 BRK eingegangene Organisationsverpflichtung haben die Rehabilitationsträger künftig ausdrücklich auch die Verantwortung für die Organisation aller notwendigen Habilitations- und Rehabilita-

tionsdienste und –programme iSd des Art. 25, d.h, die Organisation der bedarfsgerecht erforderlichen Versorgungsstrukturen. Schon nach geltendem Recht sind die Leistungserbringer an der Ausführung dieser Organisationsverpflichtung zu beteiligen. Zu diesen Versorgungsstrukturen zählen auch die schon zu Artikel 19 erwähnten umfassenden Netzwerke im kommunalen Sozialraum.

Administrativ sollen die Träger zur Ausführung des Organisationsauftrages bereits nach geltendem Recht regionale Arbeitsgemeinschaften bilden (§ 12 Abs. 2 SGB IX) , die nach § 88 Abs. 1 SGB X haushaltsfähig sind.

Soweit in Artikel 26 BRK von der Organisation von „Programmen“ gesprochen wird, ist auf die ebenfalls seit neun Jahren vorhandene Verpflichtung der Rehabilitationsträger hinzuweisen, in gemeinsamen Empfehlungen zu vereinbaren, in welchen Fällen (Zielgruppen) und in welcher Weise (Leitlinien/Konzepte) notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden. Dieser Auftrag, „Rehabilitationsleitlinien“ orientiert auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu entwickeln, entspricht weitgehend der Verpflichtung zur „Organisation von Programmen“ nach Artikel 26 BRK. Leider wurde diese gesetzliche Verpflichtung von den Rehabilitationsträgern bis heute entweder gar nicht oder – bezogen auf den Teilhabeansatz – nicht adäquat umgesetzt.

Eine der vordringlichsten Aufgaben wird es in diesem Zusammenhang sein, endlich Leitlinien für Rehabilitations- und Teilhabeleistungen für schwerstbehinderte, mehrfach behinderte und psychisch kranke Kinder und Jugendliche zu entwickeln und dazu ein nach Anzahl und Qualität bedarfsgerechtes Leistungsangebot zu organisieren.

7.5 Inklusive Bildung während der Ausführung von Teilhabeleistungen

Ein wesentliches Hemmnis für die Durchführung von stationären Rehabilitationsleistungen außerhalb der Schulferien ist die Befürchtung der Eltern, dass bei längerem Fehlen in der Schule (oftmals zusätzlich zu schon vorhandenen Beeinträchtigungen) Nachteile für die schulische Entwicklung eintreten und durch die Krankheit bedingt ohnehin schon schwache Schüler möglicherweise das Ziel der Klasse nun erst recht nicht erreichen.

Die langjährigen Erfahrungen und die Ergebnisse der Arbeit der Schulen an Rehabilitationseinrichtungen belegen jedoch, dass die Schüler bei einer Beschulung während der Ausführung der Rehabilitationsleistungen nicht nur den Lehrstoff kontinuierlich weiter aufnehmen, sondern häufig sogar frühere Versäumnisse aufarbeiten und ihr Lernverhalten positiv verändern können.

Dennoch ist die Finanzierung der Schulen an oder im Verbund mit Rehabilitationseinrichtungen und damit die Durchführung des staatlichen Bildungsauftrages auch während des Aufenthaltes in einer Rehabilitationseinrichtung nicht in allen Bundesländern gewährleistet.

Seitdem die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder es 1998 abgelehnt hat, dieses Thema aufzunehmen, weil „das Anliegen nicht in die koordinierenden Aufgabenstellung der Kultusministerkonferenz fällt“, wurde in dieser Frage kein Fortschritt erzielt.

Nach Artikel 24 haben die Vertragsstaaten ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen und lebenslanges Lernen zu gewährleisten und dazu u.a. sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden. Diese Gewährleistungspflicht umfasst auch die Zeit des Aufenthaltes in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, sodass die Umsetzung der BRK Anlass bietet, dieses Thema erneut an die Kultusminister heranzutragen.