

Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung des Neunten Sozialgesetzbuches im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK)

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Die Bundesregierung vertritt in ihrer Denkschrift zu dem Übereinkommen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention – BRK) die Auffassung, dass „mit dem Übereinkommen der in der Bundesrepublik Deutschland mit dem Neunten Sozialgesetzbuch eingeleitete Paradigmenwechsel weiter vollzogen werde“ (BT-Drs. 16/10808 v. 8.11.2008, S. 44). 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 zu den einzelnen Bestimmungen immer wiederholte Annahme zugrunde, dass die vielfältigen Bestimmungen des deutschen Behindertenrechts u. a. in den Büchern I und IX des Sozialgesetzbuches und im Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) weitgehend die sich aus der BRK ergebenden Anforderungen abdecken. Schon während der Beratung des Ratifizierungsgesetzes bestand darüber im deutschen Bundestag kein Konsens (BT-Drs. 16/11234 v. 3.12.2008)

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.

Die bisher zur Umsetzung der BRK geführte politische Diskussion bewegt sich im Kern um die Organisation der Diskussion zur Umsetzung, im Wesentlichen um die Entwicklung eines nationalen Aktionsplans über den Handlungsbedarf sowie die Beteiligung der Betroffenen und ihrer Verbände. Auch zu diesem Vorgehen besteht – insbesondere zu der zeitlichen Entwicklung dieses Prozesses – im Deutschen Bundestag kein Konsens (BT-Drs. 17/2091 v. 14.6.2010, S 5).

Die Erkenntnis, dass derzeit erhebliche Rechtsdivergenzen bestehen, die jetzt schon in der Praxis zu Auseinandersetzungen und Streitverfahren führen, welche das im Einzelnen sind und Überlegungen dazu, wie die Divergenzen ausgeräumt werden könnten, ist bisher nicht wahrzunehmen. Nach der Logik des Handlungsschemas zur Umsetzung 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. Dieses ist nach dem bisherigen Verlauf jedoch eher unwahrscheinlich, sodass zu befürchten ist, dass sich nach Erstellung des Aktionsplanes eine weitere Entwicklungsphase anschließt, in der dann darum gerungen wird, dass und welches konkretes gesetzgeberisches Handeln unabdingbar ist. Dabei wird es auch darum gehen, die mit dem SGB IX vollzogene Zusammenfassung des deutschen Sozialgesetzbuches im SGB IX zu sichern und weiterzuentwickeln.

Die nachfolgende Konkretisierung des Handlungsbedarfs zur Weiterentwicklung des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) im Lichte der BRK soll Bewusstsein für die nicht geringe Zahl von Regelungen herstellen, für die Konvergenz mit der BRK herzustellen ist, und die Diskussion zu diesem Handlungsbedarf konkretisieren. Dabei trifft es zu, dass ein Teil des Regelungsbedarfs nicht nur auf der Notwendigkeit zur Konvergenz, sondern z. T. mindestens gleichgewichtig auf den Vollzugsdefiziten zum vorhandenen Teilhaberecht, insbesondere des SGB IX, beruht.

1. Zielorientierung des Teilhaberechts (§ 1 SGB IX)

Das deutsche Teilhaberecht ist am Zweck und an den Grundsätzen der BRK (Artikel 1 und 3) 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 (Artikel 3) sind als unmittelbar wirksame, zielführende Grundsätze für die Entscheidung 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.

2. Begriff der Behinderung (§ 2 SGB IX)

Der Behinderungsbegriff muss entsprechend Artikel 1 Abs. 2 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 10 Jahren einen auf die Vermeidung von Behinderungen ausgerichteten Präventionsauftrag haben, beschränkt sich die politische Diskussion zu einem Präventionsgesetz und der dazu in einer vergangenen Legislaturperiode von der damaligen Bundesregierung vorgelegte Gesetzentwurf ausschließlich auf die gesundheitliche Prävention.

Dies greift mit Blick auf Artikel 1 Abs. 2 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 Artikel 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 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. Zielorientierung der Teilhabeleistungen (§ 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 des Artikel 3 Buchst. c.

Die bisherige Ausgestaltung der Teilhabeziele im SGB IX enthält jedoch auch Elemente, die – bei entsprechender Interpretation – eine starke Bindung und Gewichtung vorwiegend an medizinischen Faktoren oder gar an den spezifischen Aufgabenstellungen der Leistungsträger im gegliederten System indizieren. Dies ist eine der Ursachen 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 Abs. 2 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. Leistungsgruppen und Rehabilitationsträger (§ 5 und 6 SGB IX)

5.1. 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“ und die „Rehabilitationsträger“ in „Träger der Teilhabeleistungen“ umbenannt werden.

5.2 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 Artikel 24 BRK haben Menschen mit Behinderungen das Recht, gleichberechtigt mit anderen in der Gemeinschaft in der sie leben, auf Zugang zu einem integrativen, hochwertigen und unentgeltlichen Unterricht an Grundschulen und weiterführenden Schulen.

Völlig gleichgewichtig sind aber auch die Gewährleistung der begleitenden Hilfen und Leistungen sowie die Kooperation und Koordination mit anderen erforderlichen Hilfen und Leistungen, die derzeit wegen der unterschiedlichen Zuständigkeiten häufig nicht gesichert sind. Um diese Schnittstellenprobleme zu lösen, soll

- eine eigene Leistungsgruppe „Hilfen zur Teilhabe am integrativen Unterricht“ (§ 5) 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 zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft spezifische Hilfen zur Gewährleistung der Teilhabe vorsieht, nicht jedoch während Schulzeit und dies in dieser Zeit Aufgabe der Kultusbehörden und nicht Aufgabe der Träger der Teilhabe sein soll. Die Begründung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Teilhaberecht trifft auch für Teilhabeleistungen in dieser Lebensphase zu.

5.3 Behinderte Menschen haben einen verfassungsrechtlich geschützten Anspruch auf Gleichbehandlung und Wahrung der Einheit der Lebensverhältnisse. Um dies im Bereich der inklusiven Bildung zu gewährleisten, soll 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.

5.4. 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 mit der Folge von Zuständigkeitsstreitigkeiten und Leistungsverzögerungen zu Lasten der Betroffenen geführt. Es ist auch zu beobachten, dass sich die Träger der Jugendhilfe nach fast 20 Jahren noch nicht als Rehabilitationsträger verstehen und berechtigte Zweifel 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 sogen. „Großen Lösung“ vorgeschlagen – die alleinige Verantwortung für die Teilhabeleistungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zugeordnet würde.

Diese Situation kann nicht als geeignete Regelung verstanden werden, mit der Menschen mit Behinderung in die Lage versetzt werden, 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 § 35a 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 besteht. 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, das mit einer für alle Akteure bindenden Zielvereinbarung zu den benötigten Leistungen und Hilfen abschließt.

Auf diesem Hintergrund sind verschiedene, bisher noch nicht diskutierte Alternativen zur Neuregelung der Zuständigkeit in diesem Bereich denkbar. Unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung des in den jeweiligen Lebensphasen dominanten Kompetenz und unter dem Aspekt der Inklusiven Bildung besteht im Schulalter ein besonders enger Zusammenhang von Schule, Erziehungshilfe und Hilfe bei Behinderung, während mit dem Eintritt in das Erwerbsalter der Zusammenhang Hilfe bei Behinderung und Teilhabe am Arbeitsleben, ergänzt um Hilfen zur Erziehung dominieren. Will man die Zuständigkeit neu ordnen, liegt danach die Zuständigkeit der Jugendhilfe bis zum Eintritt in das Erwerbsleben und danach der Wechsel der Zuständigkeit zur Sozialhilfe nahe. Dies entspricht auch den Bedarfen in der jeweiligen Lebenssituation der Betroffenen.

Mit Blick auf die Richtungsweisung und Langzeitwirkung der Entscheidungen im Kinder- und Jugendlichenalter ist unabhängig von der Leistungszuständigkeit in beiden Lebensphasen durch gesetzliche Regelungen sicherzustellen, dass in den Lebensabschnitten jeweils die

alternierenden Träger der Teilhabeleistungen, d.s., Jugend- und Sozialhilfeträger, und die Schule - am gemeinsamen Bedarfsfeststellungsverfahren, der Definition der Teilhabeziele und der Festlegung der bedarfsgerechten Leistungen beteiligt sind.

6. Leistungsbezieher nach dem SGB II (§ 6a SGB IX)

6.1. Die behindertenrechtliche Diskriminierung der Empfänger von Leistungen nach dem SGB II im Verhältnis zu anderen Behinderten ist durch völlige behindertenrechtliche Gleichstellung zu beseitigen.

Mit Blick auf die bei den an der Durchführung des SGB II beteiligten Institutionen vorhandene behindertenrechtliche Kompetenz, soll das gesamte Verfahren für die Erbringung von Teilhabeleistungen ausschließlich unmittelbar der Bundesagentur für Arbeit zugeordnet werden.

6.2 Die Bundesagentur für Arbeit ist zu verpflichten, 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, die aber in den örtlichen Dienststellen der Bundesagentur weitgehend nicht anzutreffen ist.

7. Abweichendes Recht (§ 7 SGB IX)/Einheitliches Teilhaberecht

7.1 Die mit dem SGB IX begonnene Zusammenfassung des Behindertenrechts im SGB IX ist in einem „Sozialgesetzbuch IX – Teilhaberecht“ abzuschließen, das den Anforderungen der BRK entspricht.

7.2 Dass die mit dem SGB IX verbundenen Ziele, 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 von Teilhabeleistungen gewährleistet, dass der Betroffene wegen einer Teilhabebeeinträchtigung im gesamten Bundesgebiet vom jeweiligen Träger die nach Gegenstand und Qualität gleiche Teilhabeleistung erhält,

bisher 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 nicht erreicht.

7.3 § 7 SGB kann ersatzlos gestrichen werden, wenn in den für die Teilhabeträger geltenden Leistungsgesetzen alle über die Definition des Anspruchs auf Teilhabeleistungen und den Verweis auf das Teilhaberecht zur Durchführung des Leistungsverfahrens hinausgehenden Regelungen ersatzlos gestrichen werden.

8. Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX)

8.1 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, soll künftig im Sinne des Art 3 Buchst. a BRK gestaltet werden. Das Recht – ohne Gefahr der Disziplinierung – unabhängig eigene Entscheidungen treffen zu können, ist voran zu stellen. Dieses Recht soll sowohl während der Feststellung des Leistungsbedarfs, wie auch bei der Leistungsausführung wirksam sein und die übrigen Akteure (Leistungssträger, Leistungserbringer) binden.

8.2 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. Bedarfsfeststellung (§ 8, 10, 14 Abs. 5 SGB IX)

9.1 Nach Artikel 26 Abs. 1 Buchst. a BRK sind die Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme so zu organisieren, dass diese Leistungen und Programme 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 Nrn. 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)
- zum Leistungserbringungsrecht (§§ 17ff, insbesondere 19 SGB IX).

Diese Regelungen sind im Lichte der BRK zu überarbeiten.

9.2 Nach den Bestimmungen des § 14 SGB IX ist der zweitangegangene 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, dass der erstangegangene Träger der insoweit unverändert wirksamen Verpflichtung zur Vorleistung nach § 43 SGB I nachkommt und die Leistung gewährt. Die Verpflichtung des Artikel 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 3-Wochenfrist über die Leistung entscheidet.

9.3 Dass die Leistungen nach Artikel 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 9 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 ausweisen, 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 und für die darauf aufsetzende Beurteilung der erforderlichen Leistungen die gleichen Maßstäbe angewandt werden.

9.3.1 Die Zeit der über 40 trägerspezifischen Verfahren zur Begutachtung, Hilfebedarfsfeststellung usw. ist im Lichte der BRK zur Gewährleistung einheitlicher Lebensverhältnisse und gleichartiger und gleichwertiger Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu beenden.

Dazu bedarf es einer stringenter Regelung dahingehend, dass auf dem Hintergrund eines einheitlichen Teilhaberechts, 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 angewendet werden (Vereinheitlichung der Rehabilitationspraxis).

9.3.2 Auch wenn die Träger der Pflegeversicherung keine Träger von Teilhabeleistungen, wohl aber zur Vorleistung solcher Leistungen verpflichtet sind, muss auch im Rahmen der Feststellungen 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 geklärt werden.

9.3.3 Da sich die Träger zur Unterstützung eigener Trägerinteressen 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, muss § 10 Abs. 4 SGB IX zur Klarstellung einen Hinweis auf gemeinsame gesetzliche Aufgabenerfüllung i. S. v § 67a Abs. 1 Satz 1, 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X erhalten.

9.3.4 Um für trägerspezifisches Eigenleben keinen Raum mehr zu lassen, könnte daran gedacht werden, die Aufgabe der Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX unabhängigen Institution zuzuordnen (Stichwort: trägerübergreifender SMD). Folgt man dem Vorschlag unter 9.3.6, 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.

9.3.5 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 ggfls. die Interessenverbände der Betroffenen und die Reha-Berater der Träger mitwirken (Vorbild: Expertengremien in den Niederlanden).

9.3.6 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/ Leitlinien und der darauf basierenden Versorgungsorganisation nachkommen (vergl. folgenden Abschnitt). Dann könnte der Bedarfsfeststellung im Verbund mit der Zielvereinbarung konstitutive Wirkung zugeordnet werden.

10. Organisation der Versorgung

10.1 Auch wenn die Bundesrepublik Deutschland, d. h., der Staat, in Artikel 26 die Verpflichtung zur Organisation umfassender Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme eingegangen ist, nimmt er nach dem, 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 weiterentwickelt werden. Dazu zählt insbesondere die Verpflichtung zur gemeindenahen Organisation der Versorgungsangebote, auch in ländlichen Gebieten sowie die Vernetzung mit den sich aus Artikel 19 Buchst. b BRK ergebenden Pflichten, die als sozialraumorientierte Organisation der Versorgung zu verstehen sind, die neben der Gewährleistung von Assistenz auch die Vernetzung der klassischen Sozialleistungen mit niedrigschwelligen Hilfsangeboten einbezieht.

10.2 Im deutschen Teilhaberecht wird die Definition von Rehabilitationsprogrammen bisher als Definition von Gegenstand, Umfang und Ausführung von Rehabilitationsleistungen (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) verstanden, die die Rehabilitationsträger 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) werden sollen (Ziel des SGB IX: einheitliche Rehabilitationspraxis!).

Da die Träger diese in §§ 12, 13 SGB IX vorgegeben Pflichten bis heute nicht umsetzt haben, müssen diese Regelungen nicht nur an Art 19, 26 BRK angepasst werden. Der Gesetzgeber sollte die Teilhabeträger nunmehr auch verpflichten, ihren Pflichten bis zu

einem vorgegebenem Termin nachzukommen (Vergleichbar der Fristsetzung zur DRG-Einführung in § 17b KHG).

10.3 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

11.1 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 (Artikel 3 Buchst. a BRK), mittels des Persönlichen Budgets. 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. 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 Trägerauffassung über die Selbstbestimmung der Betroffenen dominiert und deswegen der festgestellte Bedarf nicht die entscheidende Grundlage der Budgetbemessung ist. Zudem haben die Träger den zu einer erfolgreichen Durchführung des Persönlichen Budgets unabdingbaren Rollenwechsel vom Leistungsverwalter zum Care-Manager noch nicht vollzogen.

11.2 Die Vorgabe des Artikels 26, 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, die neben einer einheitlichen, trägerübergreifenden und umfassenden Bedarfsfeststellung (vergl. auch oben zu § 10 SGB IX) auch Klarstellungen zur Budgetfähigkeit der Leistungen (z. B. wiederkehrende Heil- und Hilfsmittel als Teilhabeleistungen), zur Zielvereinbarung (Form, Verbindlichkeit, Rechte des Betroffenen) sowie zu den Grenzen der Trägerrechte im Lichte der Freiheit der Betroffenen, eigene Entscheidungen zu treffen, enthalten muss.

11.3 Obwohl das Persönliche Budget mit § 28 Abs. 1 Buchst. 14 SGB XI bereits seit dem 1.1.2005 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 § 35a SGB XI vorhandenen Hemmnisse (u. a. Gutscheinregelung) beseitigt werden.

12. Versorgungsvertragsrecht (§ 21 SGB IX)

12.1 Die Vertragsstaaten haben geeignete Maßnahmen zu treffen, um sicherzustellen, dass private Rechtsträger, die Einrichtungen und Dienste anbieten, die der Öffentlichkeit offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, alle Aspekte der Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderung berücksichtigen (Artikel 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.

12.2 Zugleich können in § 21 Abs. 2 SGB IX vorhandene Ungereimtheiten 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.

13.1 Nach Artikel 19 Buchst b 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.

13.2 Bei den vorhandenen Leistungsarten erscheint vor allem eine Weiterentwicklung des Rechts auf Assistenz im Sinne einer „Alltagsassistenz“ notwendig. Bei den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft könnte eine weitere Konkretisierung der gemeindenahen sonstigen Unterstützungsdienste geboten sein. Zur Teilhabe in der inklusiven Schule wurde eingangs bereits eine eigene Leistungsgruppe vorgeschlagen, die in einem 2. Titel des Kapitels 7 des SGB IX definiert werden sollte.

13.3 Im Übrigen ergeben sich wesentliche Auswirkungen auf die Organisation des Leistungsgeschehens im Sinne sozialräumlicher 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).

13.4. Artikel 25 erwartet die geschlechtsspezifische Gestaltung der Gesundheitsdienste. Die Anforderung des Buchst. b, dass die gesundheitliche Versorgung behinderter 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.

13.5 Nach Artikel 26 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.

13.5.1 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.

13.5.2 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, unklare, von § 26 Abs. 1 SGB IX abweichende Zieldefinitionen in der GKV, 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.

13.5.3 Mit Blick auf die uneinheitliche Praxis der Rehabilitationsträger 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 ist insbesondere im Bereich der GKV eine Abgrenzung zu den vergleichbaren Leistungen der Kassenärztlichen Versorgung und die Einbeziehung in das Persönliche Budget gesichert.

13.5.4 Da die Teilhabeträger 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.

13.5.5 Sollten in den für die Träger geltenden Leistungsgesetzen auch in Zukunft noch über die Anspruchsgrundlage und den Verweis auf das SGB IX hinausgehende spezifische Regelungen zum Teilhaberecht verbleiben, 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).

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

13.6 Aus Artikel 27 – Arbeit und Beschäftigung – der BRK ergeben sich erkennbar keine Anforderungen für neue Leistungsarten, sehr wohl aber Anforderungen an das Leistungsverfahren und das Handeln der Leistungsträger, die mit den Vorschlägen im Kapitel Zugänglichkeit und zur Bedarfsorientierung der Teilhabeleistungen erfasst sind. 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 Artikel 24, 27 BRK eingegangenen Pflichten zu vereinbaren.

13.7. Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist neben den zu den Auswirkungen des Artikel 19 dargestellten Anforderungen die Diskussion zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe relevant.

Mit Inkrafttreten des SGB IX wurden die Regelungen der Eingliederungshilfe für Erwachsene als §§ 55ff in das SGB IX übernommen und in der Eingliederungshilfe-VO zum SGB XII ersatzlos gestrichen. Das SGB IX ist insoweit seit Jahren zugleich auch 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 ASMK nach der Weiterentwicklung der im Bereich des SGB XII gestrichenen Vorschriften der Eingliederungshilfe bedeutet danach im Ergebnis eine Rückkehr zu den Verhältnissen vor dem 1.7.2001 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 1.7.2001 – u. a. durch die Verlagerung von Teilen des damaligen Rechts der Eingliederungshilfe – begonnene Zusammenfassung des Teilhaberechts in einem Sozialgesetzbuch sollte fortgesetzt und durch die Verlagerung der noch im SGB XII verblie-

benen Regelungen der Hilfen zur Behinderung in das künftige SGB IX – Teilhaberecht – abgeschlossen werden.

14. Zugänglichkeit – Artikel 3 Buchst. f, Artikel 9 BRK –

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 SGB (z. B. §§ 8 – 14 SGB IX, §§ 7a, 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 ggfls. durch barrierefreie Verfahrensregelungen zu ersetzen. Dies könnte zugleich ein maßgeblicher Beitrag zur Entbürokratisierung sein.

Statistik und Datensammlung – Artikel 31 BRK –

Artikel 31 BRK (Statistik und Datensammlung) verpflichtet die Vertragsstaaten zur Informationssammlung 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 für zwingend notwendig, auch unter dem Gesichtspunkt der Evaluation der Wirkung von getroffenen Maßnahmen. Die bisher 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 solcher Datengrundlagen zur Teilhabe ist auch als Forschungsaufgabe anzusehen.