

# **Inklusion – Der neue Maßstab für die Lebenssituation behinderter Menschen**

**von Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf**

## **1. UN-Konvention Rechte behinderter Menschen**

Mit der Ratifizierung durch die Bundesregierung ist das „Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (CRPD; kurz: UN-Konvention) seit dem 26.3.2009 in Deutschland geltendes Recht geworden. Damit hat sich die Bundesrepublik Deutschland im Rahmen der UN 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. Dazu gehören auch alle geeigneten – auch gesetzgeberische - Maßnahmen zur Änderung oder Aufhebung bestehender Gesetze, Verordnungen, Gepflogenheiten und Praktiken, die eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen darstellen.

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 weiteren 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), aber auch um die gesellschaftliche Dimensionen (Bewusstseinsbildung, gleiche Anerkennung vor dem Recht, Selbstbestimmt 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 (Gesundheit, Habilitation und Rehabilitation, Arbeit und Beschäftigung, Allgemeiner Lebensstandard und sozialer Schutz).

Mit Artikel 25 (Gesundheit) verpflichten sich die Vertragsstaaten dazu, Menschen mit Behinderungen einen unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung zu stellen wie anderen Menschen, einschl. Sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens. Es sind auch die Gesundheitsleistungen anzubieten, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden, einschl. Früherkennung und Frühförderung, sowie Leistungen durch die weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen. Die Gesundheitsleistungen sind so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten anzubieten.

Nach Artikel 26 (Habilitation und Rehabilitation) besteht die Pflicht, wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, 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 sind – auch in ländlichen Gebieten -umfassende, wohnortnahe Habilitations- und Rehabilitationsdienste und –programme zu organisieren, zu stärken und zu erweitern, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste.

Aufbauend auf den allgemeinen Grundsätzen des Artikel 3 durchzieht der Gedanke der Selbstbestimmung und der autonomen Lebensgestaltung alle Regelungen der Konvention. Sie formuliert insgesamt höchste Anforderungen an eine solidarische und barrierefreie Gesellschaft, die Fremdbestimmung und Ausgliederungstendenzen zurückweist. Ziel ist insbesondere ein verstärktes Zugehörigkeitsempfinden („enhanced sense of belonging“). Die Konvention fordert gegen die Unrechtserfahrung gesellschaftlicher Ausgrenzung eine freiheitliche und gleichberechtigte soziale Inklusion ein. Das Prinzip „Inklusion“ drückt umfassende gesellschaftliche Solidarität mit behinderten Menschen aus. Soziale Inklusion dient der Gleichstellung und Gleichbehandlung aller – bei gegebener Verschiedenheit der – Menschen („human diversity“) und ist der neue Maßstab für die Umsetzung der Rechte behinderter Menschen, zu denen im deutschen Sozialrecht, chronisch kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen gehören.

## **2. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen**

Beginnend mit der Aufnahme des Diskriminierungsverbots für behinderte Menschen in Artikel 3 des Grundgesetzes im Jahre 1994, dem Behindertengleichstellungsgesetz (BBG) und dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) gibt es in Deutschland bereits eine breite gesetzliche Basis, um die vollständige Integration behinderter Menschen zu erreichen.

Mit dem am 1.7.2001 in Kraft getretenen SGB IX hat der Gesetzgeber unter Beibehaltung des gegliederten Systems der sozialen Sicherung das bis dahin auf alle Sozialgesetzbücher verteilte Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in einem Buch des Sozialgesetzbuchs zusammen gefasst. Das SGB IX ist ebenso bei allen Sozialleistungsträgern wirksam, wie die Regelungen des Ersten, des Vierten und des Zehnten Sozialgesetzbuches<sup>1</sup>. Der Gesetzgeber erwartet, dass auf dieser Basis durch Koordination, Kooperation der Rehabilitationsträger und Konvergenz der Leistungen ein gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und Behindertenpolitik erreicht werden. Er geht dabei von einer weitgehenden Einheitlichkeit des Leistungsrechts aus<sup>2</sup>. Der behinderte, pflegebedürftige und chronisch kranke Mensch soll – völlig losgelöst von der Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers und der Ursache für den individuellen Rehabilitationsbedarf – aus gegebenem Anlass von jedem zuständigen Rehabilitationsträger die nach Art, Umfang sowie Struktur- und Prozessqualität gleich wirksame und bedarfsgerechte Rehabilitationsleistung erhalten.

Ein weiteres Kernziel des SGB IX ist die Überwindung der Schnittstellenprobleme des gegliederten Sozialleistungssystems im Bereich des Rehabilitations- und Teilhaberechts. Das SGB IX enthält zur Herstellung der Einheitlichkeit der Praxis des Rehabilitationsrechts und der Rehabilitationsleistungen sowie eines einheitlichen Leistungserbringungsrechts verschiedene Verfahrensregelungen, die das den Trägern an sich belassene pflichtgemäße Ermessen bei der Gestaltung ihrer Verwaltungsverfahren und ihres -handelns jeweils an gesetzliche Vorgaben binden und vereinheitlichen.

Darüber hinaus fördert und stärkt das SGB IX die Selbstbestimmung und die Rechte der Betroffenen u.a. durch die Einführung des Rechts auf ein persönliches Budget, das Wunsch- und Wahlrecht sowie die Verpflichtung zur Berücksichtigung der besonderen Belange behinderter Frauen, seelisch behinderter Menschen oder von Eltern und Kindern.

Dem Gesetzgeber war bewusst, dass diese vielfältigen Pflichten der Rehabilitationsträger zur Koordination, Kooperation und Konvergenz – zudem unter Berücksichtigung der individuellen Mitwirkung der Berechtigten auf der Grundlage ihrer gestärkten Rechte - in der Praxis des gegliederten Systems nicht ohne Weiteres Wirklichkeit werden würde. Um

---

<sup>1</sup> BT-Drucks. 15/4575, S. 21; BT-Drucks. 14/5074, S. 94.

<sup>2</sup> BT-Drucks. 14/5074, S. 100.

auszuschließen, dass das Regelwerk nur deklamatorische Wirkung entfaltet, hat der Gesetzgeber den Trägern die Durchführung eines gemeinsamen Teilhabemanagements übertragen.

### 3. Das Teilhabemanagement des SGB IX

Das Teilhabemanagement des SGB IX regelt, wie sich die Leistungsträger im Verhältnis untereinander und zu den Leistungsberechtigten verhalten müssen. Es bekräftigt und konkretisiert das Gebot effektiver Leistungserbringung<sup>3</sup> sowie das Gebot der Kooperation der Sozialleistungsträger<sup>4,5</sup>. Das Teilhabemanagement des SGB IX umfasst u.a. die gemeinsame Verantwortung der Träger für die

- Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs
- zügige, wirksame, wirtschaftliche und nachhaltige Leistungsausführung nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen
- nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitliche Leistungserbringung
- Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen zur Sicherung und inhaltlichen Ausgestaltung der Zusammenarbeit.

Die institutionelle Basis für das Teilhabemanagement und trägerübergreifende Klammer zur Kooperation sollen die nach §§ 22, 23 SGB IX eingerichteten gemeinsamen Servicestellen sein, die als organisatorische Untereinheit des sie tragenden Trägers übergreifend mit Wirkung für und gegen alle Träger tätig sind. Sie sollen mit besonders qualifiziertem Personal so ausgestattet sein, dass sie ihre Aufgaben umfassend, kompetent, ohne Zugangs- und Kommunikationsbarrieren sowie ohne Wartezeiten erfüllen können<sup>6</sup>. Die Aufgabenstellung erfasst nicht nur das Teilhabemanagement für chronisch kranke und behinderte, sondern ausdrücklich auch das für pflegebedürftige Menschen<sup>7</sup>. Eine ihrer bedeutendsten Aufgaben besteht darin, die Entscheidung des zuständigen Trägers so umfassend vorzubereiten, dass dieser unverzüglich – d.h., ohne weitere eigene Ermittlungen – entscheiden kann<sup>8</sup>.

Die gemeinsamen Servicestellen sind auch wichtige Partner und Kontaktstellen für Ärzte. Das SGB IX verpflichtet alle Ärzte zu Beratung über geeignete Leistungen zur Teilhabe, wenn ihnen Menschen mit Behinderung vorgestellt werden oder sie eine drohende Behinderung wahrnehmen<sup>9</sup>. Während ihrer Beratung müssen die Ärzte auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation hinweisen.

### 4. Anspruch und Wirklichkeit

Abgeordnete des Landtags von Schleswig-Holstein berichteten schon 2006 wie folgt über ihren Besuch gemeinsamer Servicestellen:

„Die häufig diskutierte Frage zur Arbeit der Servicestellen lautet: „Haben sich gemeinsame Servicestellen bisher bewährt?“ Nach unserer Auffassung lässt sich diese Frage nur schwer beantworten. Denn die Vorgabe des Gesetzgebers, dass sich alle im Sozialgesetzbuch IX genannten Rehabilitationsträger an der Servicestelle beteiligen (§ 23 Abs. 3 erster Halbsatz), wird kaum umgesetzt.“

Zutreffender lässt sich Anspruch und Wirklichkeit des SGB IX nicht beschreiben.

---

<sup>3</sup> §§ 17 Abs. 1 SGB I iVm 4 Abs.2 Satz 2 SGB IX

<sup>4</sup> § 86 SGB X

<sup>5</sup> *Welti* in HK-SGB IX, § 10 Rn 1

<sup>6</sup> § 23 Abs. 3 SGB IX

<sup>7</sup> § 22 Abs. 1 Satz 4 SGB IX

<sup>8</sup> § 22 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX

<sup>9</sup> § 61 Abs. 1 SGB IX

Der Deutsche Bundestag hat in seiner Entschließung<sup>10</sup> zum Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen 2004 erkannt, dass die Rehabilitationsträger das SGB IX in wesentlichen Bereichen nicht entsprechend seinem Sinn und Zweck umgesetzt haben. Er sieht deswegen weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf zur Umsetzung des SGB IX und hält in diesem Zusammenhang „insbesondere eine weitere Stärkung der Kooperation, der Koordination und der Konvergenz“ für erforderlich.“

Aus dem gesamten Teil 1 des SGB IX können – nicht zuletzt mit Unterstützung durch Urteile des Bundessozialgerichts - nur die Regelung zur Zuständigkeitsklärung (§ 14), nach der die Träger innerhalb von zwei Wochen ihre Zuständigkeit geklärt und binnen weiterer drei Wochen über den Leistungsantrag entschieden haben müssen<sup>11</sup>, als wirksam umgesetzt angesehen werden. In den meisten anderen Bereichen (Feststellung des Teilhabebedarfs von Amts wegen, Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs, gemeinsame Servicestellen, gemeinsame Empfehlungen zur Konvergenz der Leistungen, gemeinsames Leistungserbringungsrecht, gemeinsamer Sicherstellungsauftrag u.a.) wurde das Gesetz dagegen nicht oder nicht entsprechend den Maßgaben des Gesetzgebers umgesetzt. Dies gilt – mit wenigen Ausnahmen – für alle Träger des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems.

## **5. Kommende Legislaturperiode**

In der kommenden Legislaturperiode des Deutschen Bundestages wird im Bereich des Rehabilitations- und Teilhaberechts die Konkretisierung des Inklusionsanspruchs der UN-Konvention im gegliederten deutschen Sozialrecht einen Schwerpunkt der Gesetzgebung bilden. Dabei wird der Gesetzgeber seine im Zusammenhang mit dem Behindertenbericht 2004 veröffentlichte Überzeugung aufgreifen, und die Defizite der Umsetzung des SGB IX beseitigen müssen. Ein wesentliches Hindernis gegen Soziale Inklusion ist auch die mangelnde Gleichstellung und Gleichbehandlung chronisch kranker, behinderter und pflegebedürftiger Menschen als Folge der unverändert fortbestehenden vielfältigen Schnittstellen des gegliederten Systems und des korporatistischen Eigenlebens der Sozialleistungsträger. Der Maßstab der Inklusion gilt nicht nur für die Leistungen, sondern auch für die Entwicklung der Verfahren und die Kooperation bzw. Koordination der Träger.

---

<sup>10</sup> Entschließungsantrag der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN; BT-Drucks. 15/5463 vom 11.5.2005.

<sup>11</sup> Ist für die Feststellung der Behinderung ein Gutachten erforderlich, verlängern sich die Fristen