

Behindertenrechtskonvention jetzt umsetzen!

Strategien der DVfR

I. Begriff „Inklusion“ leben

Mit dem SGB IX und dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) wurde der Paradigmenwechsel für **Selbstbestimmung** und **Teilhabe** von Menschen mit Behinderungen eingeleitet. Selbstbestimmung (deutsche Fassung von „Autonomie“) ist die verantwortungsbewusste Bestimmung über das eigene Schicksal von Menschen. § 1 SGB IX spricht von „gleichberechtigter Teilhabe“. Teilhabe ist die deutsche Fassung von „Participation“, dem Zentralbegriff der ICF und meint sowohl die vollständige rechtliche Einbeziehung als auch das tatsächliche Dabeisein.

In den Zusammenhang dieser Begrifflichkeiten gehören auch die Zielsetzungen von Antidiskriminierung, Gleichstellung und Barrierefreiheit.

Mit dem SGB IX wurden bereits während der Entstehungsphase der Behindertenrechtskonvention (BRK) wesentliche Elemente der BRK im deutschen Recht verankert, die sogar wegweisend für die BRK waren. Jedoch fallen unstrittig im deutschen Behindertenrecht **Anspruch und Wirklichkeit** noch weit auseinander. Dies gilt umso mehr als die BRK mit den Begriffen der „**Inklusion**“ und der „**uneingeschränkten Teilhabe**“ (Präambel Buchstabe m) über die Termini im deutschen Recht hinaus geht. Beide Begriffe und deren Inhalte erzeugen aus Sicht der DVfR wesentlichen Handlungsbedarf vor allem hinsichtlich der Überwindung von Schnittstellen im deutschen gegliederten System der Sozialleistungen. Für die Leistungsberechtigten ist immer der konkrete soziale Kontext in Verbindung mit dem zu erreichenden Teilhabeziel zugrunde zu legen.

Die BRK als geltendes Recht verpflichtet zur Einhaltung dieser Zielsetzungen. Zwar ist in erster Linie der Staat gefordert, aber die DVfR als Dachorganisation aller Beteiligter in der Rehabilitation unterstützt die Ziele der BRK und bietet konkrete Strategien an, die der Orientierung der Mitglieder und der DVfR-Fachausschüsse dienen.

Die DVfR hält zunächst eine **Begriffsklärung** für erforderlich. Der Teilhabebegriff des deutschen Behindertenrechts stützt sich auf die Grundrechte der Verfassung. Deshalb ist zu prüfen, wie sich der Begriff der Inklusion im Verhältnis dazu definieren und abgrenzen lässt. Auch semantisch muss der Inhalt dieses zentralen Begriffes noch erschlossen bzw. beleuchtet werden.

Erforderlich ist desweiteren die Klärung der folgenden Fragen: Ob und inwieweit werden die Ziele der Konvention und des Teilhaberechts bei der Umsetzung aller Reha-Leistungen beachtet? Welche Zusammenhänge bestehen zwischen gesundheitlicher und rehabilitativer Versorgung und sozialer Benachteiligung (Armut)? Wie wird die Menschenwürde und die gesellschaftliche Teilhabe in Pflegeeinrichtungen sichergestellt? Welchen Umsetzungsgrad hat der von allen politischen Gruppierungen akzeptierte Paradigmenwechsel tatsächlich erreicht?

Die DVfR setzt sich im Folgenden mit zentralen Handlungsfeldern der BRK auseinander – mit dem Ziel, konkrete Handlungsoptionen im Zusammenhang der Rehabilitation für ihre Mitglieder und andere Akteure zu erschließen und damit zur Umsetzung der BRK beizutragen. Die DVfR konzentriert sich hierbei auf Handlungsfelder, die im weiteren Sinne mit Rehabilitation zu tun haben, ohne dabei Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

II. Inklusion als Einheit betrachten

1. Gesundheit (Artikel 25 BRK)

Die BRK fordert einen umfassenden Gesundheitsschutz auch für Menschen mit Behinderungen. Wichtig sind hier besonders folgende Anforderungen der Konvention, auch im Hinblick auf das Ziel der Teilhabe und die Rehabilitation:

- Zugang für behinderte Menschen zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten
- Unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung auch für behinderte Menschen
- Angebot von Gesundheitsdiensten, die von behinderten Menschen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden
- Angebote, die weitere Behinderungen gering halten oder vermeiden, insbesondere für Kinder und ältere Menschen
- Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten.
- Besondere Verpflichtung der Angehörigen der Gesundheitsberufe auf barrierefreie Zugänge und gleiche Behandlungsqualität für Menschen mit Behinderungen.

Die BRK wird für die Gesundheitspolitik für behinderte Menschen in Deutschland von herausragender Bedeutung sein. Diese steht infolge vielfacher finanzieller und struktureller Probleme vor einer schwierigen Entwicklung. Deswegen steht zu befürchten, dass es zu einer **grundlegenden Diskussion über den Umfang der Leistungen** der gesetzlichen Krankenversicherung kommt. Weitere Belastungen der Patienten und Versicherten sind ebenso wenig auszuschließen wie die Überprüfung des einheitlichen Leistungskatalogs. Wird die Solidarität in der Krankenversicherung weiter

ausgehöhlt und die Beitragsparität infolge von verstärkten Eigenbeteiligungen zunehmend zu Lasten der Patienten und Versicherten verschoben, so sind hiervon in erster Linie auch behinderte Menschen betroffen. Wie bereits jetzt zu erkennen ist, wird der Verteilungskampf in der Krankenversicherung an Schärfe gewinnen.

Diese Entwicklung würde auch den Zielen der BRK zuwiderlaufen. Deshalb wird die DVfR gefordert sein, zusammen mit den Betroffenenverbänden für den **Erhalt und die Stärkung der solidarischen Krankenversicherung** und Erhalt eines umfassenden Anspruches auf bedarfsgerechte und wirksame Leistungen einzutreten.

Unabhängig von dieser Diskussion ergeben sich Handlungsfelder in folgenden Bereichen:

- Nach Aussagen von Gutachten des Sachverständigenrats mangelt es in der Gesundheitspolitik in Deutschland an klaren **Gesundheitszielen**. Für die weitere Gestaltung der Gesundheitspolitik ist es deshalb unbedingt erforderlich, diese Gesundheitsziele zu formulieren und dabei die besonderen Bedarfe chronisch kranker und behinderter Menschen zu berücksichtigen.
- **Beseitigung oder Vermeidung von Zugangsbarrieren für behinderte Menschen** zu allen notwendigen Gesundheitsleistungen in einer zunehmenden Zweiklassenmedizin.
- Sicherstellung erreichbarer **regional differenzierter Gesundheitsangebote** für behinderte Menschen unter Einbeziehung aller dort vorhandener Akteure und Nutzung derer Kompetenzen.
- Beachtung der Anforderungen behinderter Menschen an eine umfassend **integrierte und vernetzte Versorgung**.
- Berücksichtigung der besonderen Bedarfe behinderter und chronisch kranker Menschen durch die **Leistungserbringer im Gesundheitswesen** im Sinne des § 2a SGB V, z.B. Versorgung schwer- und schwerstbehinderter Menschen im Krankenhaus, Sicherstellung der Assistenz in allen Krankheitssituationen unabhängig vom Aufenthaltsort, Kompetenzerwerb der Hausärzte und Fachärzte, Vorhandensein spezialisierter Experten, Dienste und Einrichtungen, u.a.
- Grundlegende Änderungen der **Ausbildung in den Gesundheitsberufen** im Hinblick auf qualitativ hochwertige bedarfsgerechte Gesundheitsangebote für behinderte Menschen.

2. Habilitation und Rehabilitation (Artikel 26 BRK)

Artikel 26 BRK zielt zwar insbesondere auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation ab, formuliert aber auch eine umfassende Verantwortung der Vertragsstaaten für die Organisation und Stärkung vernetzter Habilitations- und Rehabilitationsangebote mit den Zielen: Höchstmaß an Unabhängigkeit, Orientierung an Fähigkeiten Betroffener und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Die medizinische Rehabilitation unterliegt in Deutschland ebenso stark wie die berufliche Teilhabe **zunehmend ökonomischen Zwängen**. Zudem besteht die Gefahr, dass bei der Entwicklung der GKV erneut die Notwendigkeit der medizinischen Rehabilitation als Teilhabeleistung zur Krankheitsfolgenbewältigung in Frage gestellt wird.

Umso mehr muss der Wert und die Notwendigkeit medizinischer Rehabilitation auch von Seiten der DVfR betont werden. Unter Berücksichtigung der Ausführungen in Artikel 26 ergeben sich im Bereich der medizinischen Rehabilitation folgende Handlungsfelder für die Umsetzung der BRK:

- Die BRK unterstreicht die auf die **Teilhabe orientierte Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation**. Sie muss deshalb Maßstab und Praxis der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aller Sozialleistungsträger werden.
- Auch im Hinblick auf die weitere Diskussion in der Krankenversicherung müssen **Ziele und Erfolge der medizinischen Rehabilitation** offensiv dargestellt werden, z.B. auch mit einer Veranstaltung der DVfR.
- Eine **engere Verbindung von Kuration und Rehabilitation** muss dazu dienen, Diagnostik und Therapie von Krankenbehandlung und Krankheitsfolgenbewältigung untereinander und aufeinander abzustimmen.
- Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden die **Qualitätsvorgaben in der stationären und ambulanten Rehabilitation** neu geregelt. Mit Wirkung vom 1. Juli 2008 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen die „Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement“ geschlossen. Über die Auswirkungen dieser Vereinbarung, die Zertifizierungsverfahren der medizinischen Rehabilitation, aber auch die Verpflichtung der Träger zur Konvergenz, Kooperation und Koordination sollte in den Ausschüssen der DVfR auch im Hinblick auf die Zielerreichung Teilhabe und Inklusion beraten werden.
- Unabhängig davon, dass jeder Berechtigte jederzeit Rehabilitationsleistungen beantragen kann (§ 19 Abs. 1 SGB IV) und damit die Verpflichtung zur Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs beim Rehabilitationsträger auslöst (§ 10 SGB IX), kommt auch dem **behandelnden Arzt** bei der Einleitung und Durchführung medizinischer Maßnahmen nach wie vor eine besondere Bedeutung zu (§ 61 SGB IX). Durch die aktuellen Rehabilitationsrichtlinien wurde für die Rehabilitationsleistungen der GKV der Kreis der verordnungsberechtigten Ärzte begrenzt. Ziel muss es aber sein, dass alle niedergelassenen Ärzte befähigt werden, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu verordnen und dies in der Praxis dann auch umsetzen. Darüber hinaus erfordern es die den Ärzten in § 61 SGB IX zugeordneten Pflichten, ihre **Rehabilitationskompetenz** zügig zu verbessern, damit sie Leistungsberechtigte bei der Antragstellung für Rehabilitationsmaßnahmen beraten können (Fortbildung).
- Die Aufklärung über das schon jetzt bestehende Recht von Betroffenen, eigenständig einen **Antrag auf die verschiedenen Leistungen zur Rehabilitation** beim zuständigen Rehabilitationsträger zu stellen, muss verstärkt werden. Dabei fordert die BRK insbesondere die Verfügbarkeit und Verwendung von kompensatorischen Geräten und assistiven Technologien. Insofern sollten z.B. auch Hilfsmittel oder

ergänzende Leistungen verstärkt durch den Versicherten selbst beantragt werden. Die Rehabilitationsträger müssen entsprechende Beratungsdienste bereitstellen, um „frühestmöglich“ im Sinne des Artikels 26 Absatz 1 a) zu agieren. Dabei ist die Kompetenz der Betriebs- und Werksärzte zu nutzen.

- In Artikel 26 BRK wird die **Managementfunktion der Rehabilitation** betont, d.h. gemeinsam mit den betroffenen Menschen ist ein Rehabilitationsprozess über alle Bereiche hinweg (medizinische, berufliche, soziale Rehabilitation) zu organisieren. Das bedeutet u.a.:
 - die trägerübergreifenden Bestimmungen des SGB IX zum Teilhabemanagement endlich entsprechend ihrem Sinn und Zweck in die Praxis umzusetzen,
 - für erwerbsfähige Menschen abzuklären, inwieweit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation mit beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen zu ergänzen sind,
 - medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nicht abzuschließen, ohne dass eine Bedarfsabklärung hinsichtlich des sozialen Teilhabebedarfs und ggf. die Überleitung zu entsprechenden Leistungen erfolgt ist.
- Bei der **Leistungsausführung** von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ist für bestimmte Zielgruppen ein besonderer Hilfebedarf bei der Inanspruchnahme der Leistungen (z.B. zur Überwindung bürokratischer Hemmnisse) festzulegen (siehe auch Barrierefreiheit). Dieser besondere Hilfebedarf ist durch unabhängige Gutachter zu ermitteln und gemeinsam mit dem Betroffenen umzusetzen.
- Grundsätzlich ist es Aufgabe des Staates und seiner damit betrauten Leistungsträger, für jede Person mit Habilitations- oder Rehabilitationsbedarf die notwendigen **Teilhabeangebote nahtlos zugänglich** zu machen.
- Grundsätzlich sollen die Angebote zur **Rehabilitation so gemeindenah wie möglich** zur Verfügung stehen, auch im ländlichen Raum. Dies erfordert u. a. auch mobile zugehende Rehabilitationsangebote.

III. Bildung (Artikel 24 BRK)

Derzeit besuchen nur 15,7 % der Kinder mit Behinderungen die allgemeine Schule. Damit ist Deutschland ein **Schlusslicht in Europa**. Die BRK hat das Ziel, dass behinderte Schüler an allgemeinen Schulen unterrichtet werden, d.h. daran nicht gehindert, sondern dabei unterstützt werden.

Die Bundesländer müssen jetzt ihre Verpflichtung erkennen, ein **verbindliches Aktionsprogramm für inklusive Bildung** vorzulegen, das konkrete Schritte zur Umsetzung und einen Zeitplan enthält. Der Vorrang für den gemeinsamen Unterricht behinderter und nichtbehinderter Kinder muss in den Landesschulgesetzen verankert werden. Auch das Wahlrecht der Eltern, d. h. ihr verbindlicher Rechtsanspruch auf die Aufnahme ihres behinderten oder lernbehinderten Kindes an einer allgemeinen Schule,

muss gesetzlich festgeschrieben werden. Außerdem müssen Schulen barrierefrei zugänglich und so für alle Kinder nutzbar sein.

Eine zentrale Aufgabe in diesem langfristigen Prozess wird sein zu prüfen, wie der **sonderpädagogische Bedarf** und die sonstigen Bedarfe in jedem Einzelfall auch in der allgemeinen Schule sichergestellt werden können, welche Anforderungen an integrative Klassen zu stellen sind und wie **die Zusammenarbeit sowie Aus- und Weiterbildung von Lehrern und Sonderpädagogen** künftig aussehen soll.

Zu klären ist, unter welchen rechtlichen und praktischen Bedingungen die im Einzelfall erforderlichen **medizinisch-therapeutischen und sozialen Hilfen für behinderte Kinder** erbracht werden können, die inklusive Regelkindertagesstätten oder Regelschulen besuchen. In diesem Zusammenhang sollte der zuständige DVfR-Ausschuss eine Konzeption zur Umsetzung des § 4 Abs. 3 SGB IX („verwaister“ Paragraph) erarbeiten.

Dringlich ist die Erleichterung des inklusiven Schulbesuches durch bedarfsgerechte Regelungen zur Assistenz, zur spezifischen methodisch-didaktischen Förderung und zur Leistungserfassung bei den Schülern.

Im Rahmen der **Erwachsenenbildung** müssen **für Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderung** regionale zielgruppenspezifische Angebote entwickelt werden. Bildungskonzepte sollten die Bedarfe für Menschen mit gleichen **Bedarfen** (Bedarfsgruppen) beschreiben.

Besonderes Augenmerk ist auf Hilfen zur Kommunikation zu richten, seien es technische Hilfen, seien es Kommunikationsstrategien, spezielle Sprachen oder Übersetzungsdienste.

IV. Arbeit und Beschäftigung (Artikel 27 BRK)

Die BRK fordert in Artikel 27 für behinderte Menschen die **Verwirklichung eines inklusiven Arbeitsmarktes**. Die DVfR verweist hier auf die Ergebnisse der Arbeitsgruppe IV der Fachkonferenz im Rahmen der Kampagne der Beauftragten der Bundesregierung und die dort diskutierte grundlegende Frage: Welche Bedingungen muss ein Arbeitsmarkt erfüllen, dass er inklusiv ist? Diese Frage richtet sich an alle Beteiligten und insbesondere die Arbeitgeber. Der Bericht ist als Anlage beigelegt.

- Unter Berücksichtigung der Wirtschaftskrise und auch infolge der Absenkung der Beitragssätze zur Arbeitslosenversicherung steht die **Bundesagentur für Arbeit vor großen finanziellen Schwierigkeiten**. Die noch zu Beginn dieses Jahres bestehenden rund 17 Milliarden Euro Rücklagen werden schon Ende dieses Jahres aufgezehrt sein. Dies könnte sich in erheblicher Weise auch auf die berufliche Teilhabe auswirken und eine frühzeitige Intervention erscheint angezeigt.
- Nach einer **IAB-Studie (IAB-Kurzbericht) 25/2008** geht die Zahl der Anerkennungen von beruflichen Rehabilitanden erkennbar zurück. Darüber hinaus

sind behinderte Menschen von der **Erosion des Arbeitsmarktes** in besonderer Weise betroffen. Nach Aussagen des **DGB (in „Arbeitsmarkt aktuell Nr. 02/2009“)** dominieren bei der Förderung von Schwerbehinderten Ein-Euro-Jobs. Auch mit diesen Themen wird sich die DVfR befassen, da diese Entwicklungen mit den Zielen der BRK unvereinbar sind.

- Die Leistungen zur beruflichen Teilhabe sind im Hinblick auf Inklusion zu gestalten, bedarfsgerecht sowie entsprechend des Wunsches und des Betroffenen auszuführen und mit notwendigen medizinischen und sozialen Leistungen zu vernetzen (vergl. Punkt II 2: **Managementfunktion der Rehabilitation und Leistungsausführung**). Eine qualifizierte Beratung durch die Rehabilitationsträger ist dafür Voraussetzung.

V. Weitere Handlungsfelder

1. Barrierefreiheit

In der BRK wird dieses Thema vorrangig in Artikel 9 (Zugänglichkeit) und Artikel 20 (Persönliche Mobilität) behandelt. Für die DVfR gibt es hier u. a. folgende Aktionsfelder:

- Begleitung der Tätigkeit des **Bundeskompetenzentrums Barrierefreiheit**, Unterbreitung eigener Vorschläge durch die DVfR.
- Einflussnahme auch über **Rehabilitation International** zur Einführung eines europäischen bzw. internationalen Schwerbehindertenausweises.
- In Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe c werden **Schulungen** angesprochen. Diese inhaltlich zu konzipieren könnte ebenfalls eine Aufgabe der DVfR sein.
- In Artikel 2 wird ein „**universelles Design**“ gefordert. Eine wichtige Aufgabe wäre zu prüfen, welche Lebensbereiche insoweit einheitlich zu gestalten wären.

Ein weiterer Ansatz in Bezug auf Barrierefreiheit ergibt sich unter dem Grundsatz der **Zugänglichkeit** (Artikel 3 Buchst. f):

Die Zugänglichkeit erfasst nicht nur die in Artikel 9 BRK genannten Aspekte der Barrierefreiheit, sondern u.a. auch den Zugang zur Justiz (Artikel 13 BRK), den Zugang zu Gesundheitsleistungen (Artikel 25 BRK) oder den Zugang zu Habilitations- und Rehabilitationsdiensten bzw. -programmen (Artikel 26 BRK) und zum Bildungswesen (Artikel 24 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).

Da 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 ./ Artikel 26 Abs. 1) erfordert die Implementierung der BRK hier noch Regelungen im deutschen Sozialrecht, die die Anwendung des BRK-konformen Rechts in der Praxis durchsetzen. Darüber hinaus ist das gesamte Verwaltungs- und Verfahrensrecht – auch das des SGB X – zu überprüfen, welche Zugangsbarrieren es bewirkt und ggf. durch barrierefreie Verfahrensregelungen zu ersetzen.

2. Soziale Teilhabe

Hier wird insbesondere auf die **Artikel 19** (Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft) und **Artikel 30** (Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport) verwiesen. Von besonderer Bedeutung ist in Artikel 19 der erneute Hinweis auf gemeindenahen Unterstützungsdienste und die persönliche Assistenz.

Die Forderung nach **gemeindenahen Unterstützungsdiensten** ist für die Gestaltung eines selbstbestimmten Lebens wichtig. So scheitert die Inanspruchnahme des persönlichen Budgets oftmals an mangelnden niedrighwelligen Angeboten vor Ort. Die Ansätze „ambulant vor stationär“ und „Daheim statt Heim“ werden zugunsten der Leistungsberechtigten nur dann umsetzbar sein, wenn im Rahmen einer **regionalen Behindertenpolitik** solche gemeindenahen Unterstützungsdienste in bedarfsgerechtem Umfang aufgebaut werden.

Das Konzept der **Sozialraumorientierung** sollte bei der Ausgestaltung von regionalen Diensten genutzt werden. In allen Fachausschüssen der DVfR sollte geprüft werden, wie gemeindenahen bzw. regional differenzierte Unterstützungsdienste strukturiert sein müssen. Die Frage wird auch im Rahmen der **Neuordnung der Eingliederungshilfe** von Bedeutung sein.

Die Träger der Sozialhilfe haben diese Ansätze im Rahmen ihrer Beteiligung am regionalen Sicherstellungsauftrag des § 19 SGB IX zu berücksichtigen.

Die Bedeutung der Inhalte des Artikels 30 für die tatsächliche soziale und gesellschaftliche Teilhabe darf nicht gering geschätzt werden. Artikel 30 sollte Anlass sein, die Bedingungen für die **soziale Rehabilitation bzw. Teilhabe** auch auf der Grundlage der Ergebnisse der Fachtagung im Rahmen der Kampagne der Bundesbehindertenbeauftragten nochmals zu diskutieren und festzulegen.

Handlungsbedarf bei der Umsetzung der BRK besteht ebenso, um für **behinderte Kinder und Jugendliche** möglichst frühzeitig alle Chancen des **Behindertensports** zu nutzen. Der zuständige Fachausschuss der DVfR sollte sich mit **inkluisiven Ansätzen des Behindertensports** befassen, die über die rehabilitative Komponente des Rehabilitationssports, Funktionstrainings oder der Nachsorge hinausgehen.

3. Hilfsmittelversorgung

Die BRK weist mehrfach (Artikel 4, 20) auf die Notwendigkeit hin, alle erforderlichen **Mobilitätshilfen** zur Verfügung zu stellen sowie **neue Technologien für behinderte Menschen nutzbar zu machen** bzw. für ihren Bedarf zu entwickeln. Hieraus erwächst auch auf nationaler Ebene die Verpflichtung, die **individuelle Versorgung mit qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln sicherzustellen** und die **Forschung** in diesem Bereich weiter zu verstärken, vgl. auch Artikel 26 Abs. 3.

Der Grundsatz der vollen und wirksamen Teilhabe an der Gesellschaft in Artikel 3 erfordert in Verbindung mit der Verpflichtung des Artikel 26 Abs. 1 Buchst b BRK, die Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme so zu organisieren, dass sie die Einbeziehung in die Gemeinschaft und Gesellschaft in allen ihren Aspekten gewährleisten und die Teilhabe daran unterstützen. Dies erfordert eine rechtliche Klarstellung, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Rehabilitation und Teilhabe durch alle Rehabilitationsträger immer auf diese Ziele ausgerichtet sein müssen.

Dem Themenfeld **unterstützende Technik im häuslichen Alltag** kommt im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung (Zunahme von Behinderungen und Pflegebedürftigkeit, fehlende familiäre soziale Netze, Heimvermeidung u.a.) eine wachsende Bedeutung zu. Die DVfR wird ihre **Vorschläge zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung** offensiv verbreiten, z.B. im Rahmen von Fachtagungen sowie über das Internet.

4. Armut und Behinderung

In **Artikel 28** (Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz) weist die BRK auf die Problematik von **Armut und Behinderung** hin. Dieser Bereich ist insgesamt schwer darstellbar und bisher wenig erforscht. Im Hinblick auf die sozialpolitische Entwicklung in Deutschland wird diese Thematik an Bedeutung gewinnen. Gerade im EU-Jahr zur Bekämpfung von Ausgrenzung durch Armut 2010 sind die Zusammenhänge in den Blick zu nehmen.

Für die Rehabilitation ist dieses Thema insofern von Bedeutung, als die individuelle Chance zur Inklusion zurzeit zu stark vom Vorhandensein individueller Ressourcen abhängt. Für Menschen mit Behinderung stellen Armut oder auch Lebensverhältnisse an der Armutsgrenze massive Barrieren dar, die sich insbesondere bei Kombination von Behinderung, verringerten Verdienstmöglichkeiten und Armut manifestieren.

VI. Personengruppen mit spezifischen Bedarfen an Leistungen zur Teilhabe

1. Kinder mit Behinderung

Nach Artikel 7 der BRK sollen behinderte Kinder gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können. Neben diesem besonderen

Artikel für diesen Personenkreis befasst sich Artikel 24 (Bildung) vorrangig mit der inklusiven Bildung (siehe Punkt III).

Die BRK formuliert in Artikel 7 nicht nur Forderungen an die gesundheitliche und schulische Förderung, **sondern bezieht die gesellschaftliche und soziale Situation und Stellung behinderter Kinder ein.**

Der Behindertenbericht der Bundesregierung für die 16. Legislaturperiode befasst sich mit behinderten Kindern hingegen ausschließlich in den Themenbereichen: Frühkindliche Förderung, Frühförderung und sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für Kinder. Gerade für behinderte Kinder ist jedoch die soziale Integration im gesamtgesellschaftlichen Umfeld von besonderer Bedeutung. Es ist ein wichtiger Auftrag, auch für die DVfR, die **Inhalte medizinischer und schulischer Fördermaßnahmen auf ihre Wirksamkeit im sozialen Kontext zu prüfen.** Dies scheint keinesfalls immer gegeben zu sein. Aber nur hierdurch wäre eine frühestmögliche tatsächliche Teilhabe zu erreichen.

Acht Jahre nach In-Kraft-Treten des SGB IX strebt die Bundesregierung weiterhin eine flächendeckende Etablierung der **Frühförderung** als Komplexleistung an. Mit einem gemeinsamen Rundschreiben des BMAS und des BMG vom Juli 2009 an die mit der Frühförderung befassten Fachverbände sollen alle noch bestehenden Rechtsfragen eindeutig geklärt und Unsicherheiten ausgeräumt werden. Die bisher unzureichende Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung läuft den Zielen der BRK zuwider. Die weitere Entwicklung muss kritisch verfolgt werden. Der soziale Teilhabeaspekt schon im frühkindlichen Alter muss stärkere Beachtung finden.

Für behinderte Kinder ist von Bedeutung, wie der **Habilitationsprozess über die unterschiedlichen Verantwortungs- und Rechtsbereiche** (Gesundheitsversorgung, Rehabilitation, Regelschulbereich, Sozialbereich) **hinweg ganzheitlich und störungsfrei** organisiert werden kann (vergl. Punkt II 2: **Managementfunktion der Rehabilitation und Leistungsausführung**).

Unterschiedliche Bestimmungen bestehen bei den Bildungsträgern der Kultusverwaltung, den Kinder- und Jugendhilfe- sowie Sozialhilfeträgern auch hinsichtlich der Behinderungsart (Körperbehinderung, geistige oder psychische Behinderung). Es fehlt insbesondere ein geeignetes **Teilhabemanagement**, das die betroffenen Kinder und ihre Familien bei der Überwindung von rechtlichen und praktischen Problemen unterstützt und die erforderlichen Leistungen „wie aus einer Hand“ organisiert (siehe Punkt II 2). Die **ICF** sollte genutzt werden, um für die vielen unterschiedlich ausgebildeten Fachleuten der kindlichen Rehabilitation eine „gemeinsame Sprache“ herauszubilden.

2. Kinder und Jugendliche in Übergangsphasen (Transitionsproblematik)

Beim Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter treten **gravierende Änderungen der rechtlichen und organisatorischen Zuständigkeiten** für Gesundheitsversorgung, Habilitation / Rehabilitation junger Erwachsener mit Behinderungen auf, die häufig zu **Beeinträchtigungen der Inklusion** aufgrund inadäquater Übergangsprozesse führen.

Erforderlich ist die **geplante und gezielte Überführung (Transition) in andere Versorgungsstrukturen**, z.B. von Pädiatern zu Erwachsenenmedizinerinnen, von der

Schule zur Berufsausbildung, vom Wohnen im Elternhaus in ein selbständiges Wohnen, von der Betreuung durch die Kinder- und Jugendhilfe zur spezialisierten Betreuung bzw. Pflege nach Vollendung des 18. Lebensjahres, zum Teil einhergehend mit hohen Behandlungskosten.

Eine erfolgreiche **Transition gelingt durch einen koordinierten, multidisziplinären Prozess**, der nicht nur die medizinischen Bedürfnisse der Jugendlichen beim Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin umfasst, sondern auch psychosoziale, schulische und berufliche Aspekte einschließt (vgl. Sondergutachten des SVR im Gesundheitswesen „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“, 2009). Dafür sind zielgruppenspezifische Angebote sozialraumorientiert zu entwickeln.

3. Menschen mit Teilhabebeeinträchtigungen und Pflegebedarf

Die Behindertenpolitik in Deutschland grenzt pflegebedürftige Menschen, insbesondere pflegebedürftige ältere Menschen, weitgehend aus. **Behindertenpolitik und Pflegepolitik** sind jedoch nicht trennbar. Pflegebedürftige Menschen sind mit allen Rechtsfolgen immer zugleich auch behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Menschen im Sinne des Teilhaberechts.

Auch die BRK benennt pflegebedürftige oder ältere Menschen nicht in besonderer Weise, betont jedoch stets, dass die Konvention für alle Menschen mit Behinderungen gilt.

Unzweifelhaft bestehen in Deutschland erhebliche **Qualitätsprobleme in der ambulanten und stationären Pflege**. Nach wie vor wird in den Medien von Gewalt und Missständen in der Pflege berichtet. Auch der 2. Bericht des MDS konstatiert in einer Vielzahl von Fällen erheblichen Handlungsbedarf. Die BRK ist hier in mehreren Artikeln berührt (Artikel 15, 16, 17, 19, 25, 26 usw.).

Jüngste Erhebungen zur Pflegequalität kommen in den Bereichen Dekubitusversorgung und Zahnversorgung älterer pflegebedürftiger Menschen zu erschreckenden Ergebnissen. Dies ist mit den Zielen der BRK unvereinbar und fordert alle gesellschaftlichen Gruppen heraus.

Für die DVfR ergeben sich Handlungsfelder u.a. im Hinblick auf die **bevorstehende weitere Pflegereform** in der nächsten Legislaturperiode:

- **Verwirklichung der Teilhabe** pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft und uneingeschränkte Förderung ihrer Selbstbestimmung. Dazu ist sicherzustellen, dass neben der Pflegebedürftigkeit auch alle weiteren Beeinträchtigungen der Teilhabe im Sinne von § 10 SGB IX festgestellt und der Sozialleistungsgewährung zu Grunde gelegt werden.
- Orientierung der **Feststellung des Sozialleistungsbedarfs** (Pflegebegutachtung, Feststellung des Bedarfs an Teilhabeleistungen usw.) am individuellen funktionsbezogenen Bedarf.
- **Der individuelle Bedarf an Sozialleistungen ist auf der Basis der ICF** zu ermitteln. Die notwendigen Hilfen sind auf der Grundlage von definierten **Bedarfs-**

gruppen (vergl. auch Punkt II 2: **Managementfunktion der Rehabilitation und Leistungsausführung**) bereitzustellen.

- Über **bedarfsgerechte geriatrische Leistungsangebote** hinaus ist für den Personenkreis alter mehrfach erkrankter Menschen (Stichworte: Multimorbidität, Polypharmazie, Pflegebedürftigkeit) die Gesundheitsversorgung zu verbessern und auf die Verbesserung der Funktionseinschränkungen auszurichten. Die Gesundheitsversorgung ist mit den Leistungen der Pflege, der medizinischen und sozialen Rehabilitation zu vernetzen (vergl. Altenhilfe § 71 SGB XII).
- Auch **jüngere Menschen mit Pflegebedarf** bedürfen spezieller Angebote im Hinblick auf die Teilhabe.
- Begleitung der Umsetzung der **Qualitätssicherungsvorschriften** in der ambulanten und stationären Pflege.
- Umorientierung der praktischen Pflege in Richtung Ermöglichung von Teilhabe im Sinne rehabilitativer Orientierung.
- Ausreichende und qualitativ hochwertige **ärztliche/zahnärztliche Versorgung und Rehabilitation** von pflegebedürftigen Menschen, einschließlich spezieller Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung sowie von mobiler Rehabilitation, ggf. in fachübergreifender Organisationsform.
- Umsetzung des Grundsatzes „**Rehabilitation vor und bei Pflege**“.

Insbesondere sollte sich die DVfR weiter schwerpunktmäßig mit der **Fortentwicklung der Geriatrie** und der **gerontologischen Forschung** befassen. Hierbei müssen vor allem die sozialen und gesellschaftlich integrativen Aspekte der Geriatrie in den Vordergrund gestellt werden. Eine glaubwürdige Pflegepolitik setzt voraus, dass ein durchaus erwünschter teilhabeorientierter Pflegebedürftigkeitsbegriff dann aber auch Teilhabe sichert.

4. Erwachsene im Erwerbsleben

Die **Verlängerung der Lebensarbeitszeit** im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung wird dazu führen, dass zukünftig eine steigende Zahl von **Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen erwerbstätig** ist und bleiben möchte. Daher ist der **Ausbau von präventiven medizinischen Teilhabeangeboten** erforderlich, die dem bio-psycho-sozialen Ansatz der ICF Rechnung tragen und mit den Angeboten zur Gesundheit im Betrieb sowie zur sozialen Teilhabe zu vernetzen sind. Nur so lässt sich „Reha vor Erwerbsminderung/Rente“ tatsächlich erreichen.

Zu den Aufgaben der Rehabilitationsträger gehört, die **betriebliche Prävention flächendeckend gemeinsam mit den Arbeitgebern auszubauen**. Rehabilitation beginnt im Betrieb! Die Fachausschüsse der DVfR werden die BRK zum Anlass nehmen, ihre Aktivitäten stets auf die Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit behinderter Menschen auszurichten, etwa durch Managementstrategien oder die Fortbildung der Ärzte, die mehr über die Arbeitsanforderungen ihrer Patienten wissen müssten (siehe Punkt II 2).

Dem betrieblichen Eingliederungsmanagement kommt in Zukunft eine zentrale Bedeutung zu. Vorschläge zur Überwindung der Hemmnisse bei der Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX insbesondere in Klein- und Mittelunternehmen, in Verwaltungen und auch in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind ebenfalls zu erarbeiten.

Auch in diesem Zusammenhang ist die **Managementfunktion der Rehabilitation** zu betonen (vergl. dazu Punkt II 2).

5. Seelisch oder kognitiv behinderte und psychisch kranke Menschen

Die wachsende Zahl von Menschen mit **seelischen, oder kognitiven Behinderungen** und **psychischen Erkrankungen** stellt besondere Anforderungen an die Habilitation, medizinische Rehabilitation und soziale Teilhabe. Konzepte für die bedarfsgerechte Angebote für diesen Personenkreis sind zu erarbeiten (Stichworte: **personenzentrierte Angebote, Vermeidung von Fremdbestimmung/Bevormundung und Verwahrlosung**).

Die für diese Menschen verfügbaren Rehabilitationsleistungen und -dienste sind z.T. nicht so differenziert, dass die individuell unterschiedlichen Bedarfe im Einzelfall adäquat gedeckt werden können. Oftmals können Leistungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation nicht genutzt werden, weil durch die Defizite des Teilhabemanagements die vorab oder begleitend erforderliche soziale Rehabilitation nicht gewährleistet werden kann.

Die Versorgungsstrukturen sind **gemeindenah und sozialraumorientiert** zu gestalten und sollten zugehende Dienste (auch **mobile Rehabilitation mit Aufgaben des Teilhabemanagements**) einschließen. Die Gestaltung von bedarfsgerechten Arbeitsplätzen für diesen Personenkreis ist eine wichtige Voraussetzung für die gesellschaftliche Teilhabe. Der zuständige Ausschuss der DVfR sollte Eckpunkte für die **Arbeitsplatzgestaltung** erarbeiten.

VII. Weitere strategische Überlegungen

Dieses Strategiepapier, mit dem ein gemeinsamer Weg zum konzeptionellen Denken und Handeln beschrieben wird, enthält bereits zahlreiche Positionen und Aktionsvorschläge zur Umsetzung der BRK aus der Sicht der DVfR. Abschließend soll das wesentliche Vorgehen zusammengefasst werden, um den Konsens darüber bei den Mitgliedern zu fördern:

- Die DVfR unterstützt die Forderung nach einem **nationalen Aktionsplan** zur Umsetzung der BRK in der neuen Legislaturperiode und bietet an, ihre Kompetenzen als Dachorganisation zur Rehabilitation in Deutschland einzubringen.
- Nach Artikel 35 BRK (Berichte der Vertragsstaaten) muss die Bundesrepublik bereits 2011 einen umfassenden Bericht über die Maßnahmen vorlegen, die sie zur Erfül-

lung ihrer Verpflichtungen aus dem Übereinkommen getroffen hat. Zur **inhaltlichen Vorbereitung dieses Berichts** bietet die DVfR an, einen **Kongress** mit allen Akteuren in der Rehabilitation und Behindertenpolitik im Frühjahr 2011 durchzuführen.

- Die DVfR bietet an, das Deutsche Institut für Menschenrechte im **Monitoring** der BRK zu unterstützen und zu begleiten. Dabei bringt die DVfR die Inhalte dieses Strategiepapiers mit ein. Auch gehört dazu, sich an Forschung und Entwicklung gemäß Artikel 4 Abs. 1 f) und g) zu beteiligen.
- In Artikel 8 BRK werden **Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung** gefordert und die DVfR sieht dies als wichtiges Betätigungsfeld an. Alle Fachausschüsse der DVfR sind gefordert, Aktionen vorzuschlagen, die in den o.g. nationalen Aktionsplan einfließen können.
- Die DVfR hält eine **wissenschaftliche Begleitung** insbesondere zur Bedeutung des Begriffs „Inklusion“ in der deutschen Rechtsordnung für erforderlich. Diese Begriffshülse muss mit Leben erfüllt werden. Damit verbunden ist eine dauerhafte realistische Einschätzung des Erreichten und die Festlegung aktueller Handlungsaufträge zu Ausführungs- und Qualitätsvorschriften von Teilhabeleistungen.

Die in diesem Strategiepapier formulierten Aufgaben richten sich an alle DVfR-Fachausschüsse, um vor allem die Umsetzung der BRK als interdisziplinäre Einheit zu gewährleisten. Neben neuen Formen der Zusammenarbeit, die auch zur Kooperation oder Fusion von Ausschüsse führen können, ist zu prüfen, ob neue Ad hoc-Fachausschüsse zu gründen sind, z.B. für die Themen Barrierefreiheit, Sozialraumorientierung, Medizinische Rehabilitation oder Europäische Zusammenarbeit (Art. 32). Zugleich sind Synergien mit bestehenden Fachgremien anderer Verbände zu suchen.

Alle verantwortlichen Personen, Institutionen und Verbände im Rehabilitationbereich sind aufgerufen, die Vorschläge dieses Papiers aufzugreifen, weiterzuentwickeln und sich an der Diskussion zur Umsetzung der BRK zu beteiligen. Die DVfR bietet dafür eine für alle offene Plattform.

Oktober 2009

Kontakt:

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
 Friedrich-Ebert-Anlage 9
 69117 Heidelberg
 Telefon: 06221 / 18 79 01 (0), Fax: 06221 / 16 60 09
 Email: info@dvfr.de, Internet: www.dvfr.de