

Materialien

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011

Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Zusammenstellung der schriftlichen Stellungnahmen

A. Mitteilung	2
B. Liste der eingeladenen Sachverständigen	2
C. Stellungnahmen eingeladenen Verbände und Einzelsachverständiger	
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände	3
Deutscher Caritasverband	8
Deutscher Behindertenrat	21
Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.	43
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.	53
Prof. Dr. Theresia Degener	129
Prof. Dr. Reinhard Burtscher	153
Dr. Thomas Kalisch	156
Prof. Franz-Josef Düwell	157
Karl Finke	161
Dr. Sigrid Arnade	166
Jürgen Dürrschmidt	169
Prof. Dr. Felix Welti	171
Petra Hilbert	182
Claudia Tietz	184
D. Stellungnahmen nicht eingeladenen Verbände	
Dr. Sabine Schickendantz, Offizielle Beauftragte der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie für die Angelegenheiten von Behinderungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie und angeborenen Herzfehlern	186
Christoffel Blindenmission	188
Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderung und Studium e.V.	189

Deutscher Bundestag
17. Wahlperiode
Ausschuss für Arbeit und Soziales
(11. Ausschuss)

6. Oktober 2011
Sekretariat des Ausschusses: ☎32487
Fax: 36030
Sitzungssaal: ☎31487
Fax: 30487

Mitteilung

Tagesordnung

**76. Sitzung des
Ausschusses für Arbeit und Soziales
am Montag, dem 17. Oktober 2011, 14:00 bis 16:00 Uhr
10557 Berlin, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Sitzungssaal 3.101**

Vorsitz: Abg. Katja Kipping (MdB)

Einzigster Punkt der Tagesordnung

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen

Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

hierzu: Ausschussdrucksachen 17(11)553 sowie 17(11)602

Katja Kipping
Vorsitzende

Sachverständigenliste

Verbände/Institutionen:
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
Deutscher Caritasverband
Deutsches Institut für Menschenrechte e. V.
Deutscher Behindertenrat c/o Weibernetz e. V.
Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.

Einzelverständige:
Prof. Dr. Theresia Degener, Bochum
Prof. Dr. Reinhard Burtscher, Berlin
Prof. Franz Josef Düwell, Weimar
Karl Finke, Hannover
Jürgen Dürrschmidt, Zwickau
Prof. Dr. Felix Welti, Kassel
Dr. Thomas Kahlisch, Leipzig
Dr. Sigrid Arnade, Berlin
Petra Hilbert, Remscheid
Claudia Tietz, Berlin

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)663

7. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011

Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände**Zusammenfassung**

Mit dem Nationalen Aktionsplan sollen die Zielsetzungen des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen weiter befördert werden. Die Zielsetzung des Übereinkommens und des Nationalen Aktionsplans, Menschen mit Behinderungen darin zu fördern und zu unterstützen, ihre Fähigkeiten umfassend entfalten und in der Gesellschaft nutzen zu können, findet die volle Unterstützung der Arbeitgeber. Der BDA ist die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben seit Langem ein wichtiges Anliegen.

Die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention in den nationalen Aktionsplan war eine ganz besondere Herausforderung. Den Ansatz, möglichst viele Akteure wie Sozialpartner, Verbände von behinderten Menschen aber auch die Zivilgesellschaft insgesamt und die Betroffenen selbst in die Fortschreibung des Aktionsplans einzubinden ist, hält die BDA auch weiterhin für sinnvoll. Das wichtige Anliegen von mehr Teilhabe und Integration behinderter Menschen beschäftigt damit nicht nur die Fachöffentlichkeit, sondern erfährt weitestgehende Aufmerksamkeit und Unterstützung. Grundsätzlich sieht die BDA im stetigen Bemühen um die Verbesserung der Situation behinderter Menschen insgesamt und deren Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt unabhängig von der Behindertenrechtskonvention eine selbstverständliche sozial- und arbeitsmarktpolitische Daueraufgabe, die auch vor dem Übereinkommen der Vereinten Nationen von allen beteiligten Akteuren in Deutschland äußerst ernst genommen wurde und wird. Zu Recht hat daher die Bundesregierung bereits in der Begründung zum Ratifizierungsgesetz ausgeführt, dass auch nach ihrer Auffassung aus dem Übereinkommen kein weiterer gesetzlicher Anpassungsbedarf folgt. Die Behindertenrechtskonvention und der dazugehörige Aktionsplan können aber als zusätzlicher Impuls für noch mehr Anstrengungen verstanden werden. Die im Aktionsplan genannten Strategien, Initiativen und Programme sind im Wesentlichen geeignet, zu

einer marktkonformen Verwirklichung des Ziels für mehr Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in Gesellschaft und Arbeitsleben beizutragen. Vor allem die Ansätze der Bewusstseinsbildung, des Abbaus von "Barrieren in den Köpfen" sowie der Information, Aufklärung und zielgerichteten professionellen Unterstützung – in der Gesellschaft insgesamt aber auch bei Arbeitgebern und Arbeitnehmern – sind sinnvoll und richtig. Gelebte Akzeptanz, tägliches Miteinander und gegenseitige Unterstützung entstehen nicht durch gesetzliche Regelungen, hierfür bedarf es vielmehr nachahmenswerter eigener greifbarer Erfahrung.

Es wird in Zukunft vor allem entscheidend darauf ankommen, in der Gesellschaft und auch bei den relevanten Akteuren, die sich für mehr Teilhabe von Menschen mit Behinderungen engagieren, einen Bewusstseinswandel herbeizuführen, dass „behindert“ eben nicht automatisch „leistungsgemindert“ bedeutet. Behinderte Menschen brauchen die Chance, ihre Fähigkeiten und ihr Können unter Beweis zu stellen und Talente zu entwickeln. Dabei müssen sie, soweit erforderlich gezielt, individuell und professionell unterstützt werden.

Dies gilt auch für Arbeitgeber, die im ureigenen unternehmerischen Interesse handeln, wenn sie Menschen mit Behinderungen als Kandidat(inn)en für Ausbildung und Beschäftigung ernsthaft in Betracht ziehen. Mit der im Einzelfall erforderlichen professionellen und ggf. finanziellen Unterstützung und Hilfe kann es noch mehr Arbeitgebern gelingen, betriebswirtschaftlich Sinnvolles, volkswirtschaftlich Notwendiges und gesellschaftspolitisch Erwünschtes miteinander zu verbinden und mehr Menschen mit Behinderungen eine Chance zu geben.

Die behinderten Menschen selbst haben allen Grund sich mehr zuzutrauen. Auch wenn sie in der Vergangenheit vielleicht aufgrund von Vorurteilen und falscher Einschätzung entmutigt wurden, sollten sie sich bewusst machen, wie sehr sie selbst eine Bereicherung für ein Unternehmen darstellen können. Die

heutigen neuen Chancen, die sich allein schon aufgrund des wachsenden Fachkräftemangels ergeben, sollten sie selbstbewusst nutzen, sich und ihre Fähigkeiten in Erinnerung zu bringen. Dazu muss die im Einzelfall erforderliche Hilfe und Flankierung gezielt zur Verfügung gestellt werden.

Im Einzelnen

I. Aktionsplan

Handlungsfeld 3.1 Arbeit und Beschäftigung

Bewusstseinswandel bei allen Beteiligten voranbringen

Für den Abbau von Vorbehalten gegenüber der Beschäftigung von Menschen sowohl auf Seiten der potentiellen Arbeitgeber wie auch auf Seiten der Kolleginnen und Kollegen im Betrieb (Ausschuss-Drs. 17 (11)553, S. 18 f.) setzt sich auch die BDA seit langem ein. Richtigerweise nimmt der Aktionsplan hier auch die Sozialpartner und damit die Gewerkschaften in den Blick. Wenn im Aktionsplan angekündigt wird, dass die Bundesregierung zusammen mit Partnern aus Wirtschaft, Gewerkschaft, Rehabilitationsträgern sowie mit Verbänden von behinderten Menschen verstärkt Arbeitgeber für die Beschäftigung behinderter Menschen sensibilisieren und gewinnen will, so sollte auch die Sensibilisierung von Arbeitnehmern in den Blick genommen werden, da diese genauso bedeutsam ist. So beispielsweise in Fällen, in denen ein Arbeitgeber keine Menschen mit Behinderung einstellt, weil er um die Berührungssängste seiner Mitarbeiter und deren Sorgen, mit Mehrarbeit belastet zu werden, weiß.

Die Formulierung „zu viele Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber fürchten Belastungen, Schwierigkeiten oder Nachteile bei der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen“ (Ausschuss-Drs. 17 (11)553, S. 19) ist insgesamt zu einseitig und negativ. Zum einen gibt es tausende von Beispielen von Arbeitgebern, die sich sogar über die gesetzlichen Verpflichtungen hinaus für Menschen mit Behinderung engagieren, zum anderen wird gerade durch die negative Formulierung „zu viele Arbeitgeber fürchten Belastungen, Schwierigkeiten oder Nachteile...“ unausgesprochen das Bild „behindert gleich leistungsgemindert“ transportiert und Arbeitgebern suggeriert, dass es sich bei Menschen mit Behinderung um eine Personengruppe handelt, die aufgrund ihrer „Schwächen“ eines besonderen Schutzes bedarf. Mit Blick auf das verfolgte Ziel, das Bewusstsein von Arbeitgebern und Arbeitnehmern für die Belange von Menschen mit Behinderung zu sensibilisieren und für mehr Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu werben, halten wir es für zielorientierter, zukünftig gerade auf die Leistungsfähigkeit und Motivation von Menschen mit Behinderungen abzustellen, die positiven Effekte auch für Betriebsergebnis und Betriebskultur zu betonen, um damit zu verdeutlichen, dass Vorurteile und Berührungssängste unbegründet sind. Dies bedeutet nicht, die in der Realität ohne Frage in vielen Fällen auftretenden Schwierigkeiten zu negieren. Jedoch sollte insgesamt auch bei der Umsetzung und Fortschreibung des Aktionsplans deutlicher der angestrebte Bewusstseinswandel zum Ausdruck kommen.

Wichtig ist in diesem Kontext auch, die Verbindung zur inklusiven Beschulung herzustellen. Heute passiert aber zu oft genau das Gegenteil: Zunächst wird zu viel separiert und abgegrenzt. Inklusion dann plötzlich in Ausbildung und Arbeit leisten zu sollen, wird erschwert, gesamtgesellschaftlich notwendige Anpassungsarbeit und –lasten einseitig auf die Betriebe abgeschoben.

Ausbildungsbausteinen mehr Bedeutung beimessen

Entscheidende Voraussetzung dafür, eigene Fähigkeiten in vollem Umfang entfalten und nutzen zu können, ist nach der schulischen Bildung vor allem auch eine gute und praxisnahe Ausbildung. Dabei könnten für die erfolgreiche Ausbildung vieler behinderter Menschen sinnvolle Ausbildungsbausteine eine große Hilfe sein. Leider werden im Handlungsfeld Berufsorientierung und Ausbildung unter Punkt 3.1.2. (Ausschuss-Drs. 17 (11)553, S. 17) nirgendwo Ausbildungsbausteine erwähnt, sondern lediglich im Maßnahmenkatalog zu Recht auf das erfolgreiche Projekt Trial-Net (Ausschuss-Drs. 17 (11)553, S. 48) verwiesen. Es wäre zielführend gewesen, die Notwendigkeit flexibler Ausbildungsmöglichkeiten, die individuelle, aber doch vergleichbare und transparente Lösungen zulassen, bereits in diesem Teil des Aktionsplans besonders zu betonen. Dabei sollte das Ziel immer eine Vollausbildung sein. In den Fällen, in denen aber eine Vollausbildung nicht oder nicht sofort erreicht werden kann, können aus Sicht der BDA Ausbildungsbausteine Chancen gerade auch für Jugendliche mit Behinderungen bieten. Insoweit sollten Ausbildungsbausteine stärker bei der Qualifizierung behinderter junger Menschen zum Einsatz kommen. Sie müssen einheitlich – wegen der Vergleichbarkeit – und kompetenzorientiert – in Hinblick auf die Anforderungen der Praxis – ausgestaltet werden. Durch die Bausteine kann Qualifizierung entsprechend dem individuellen Leistungsvermögen dosiert werden. Der Weg zum Berufsabschluss kann – dort wo er möglich ist – in motivierender und Selbstbewusstsein stärkender Weise Schritt für Schritt, bzw. Baustein für Baustein, gegangen werden. Dies erleichtert den Einstieg ins Berufsleben. Bleibt es zunächst bei einzelnen Bausteinen kann später ggf. an Vorhandenes angeknüpft und der Weg fortgesetzt werden.

Barrierefreiheit realistisch gestalten

Eine generelle Barrierefreiheit von Arbeitsplätzen (vgl. Vision S.16) ist nicht möglich, da die Behinderungen von Menschen derart unterschiedlich sind, dass die Betriebe alle möglichen Behinderungen gar nicht von vornherein berücksichtigen können. Die individuellen Bedarfe des einzelnen Menschen mit Behinderungen unterscheiden sich nach der Art und Schwere der Behinderung deutlich, und es macht erhebliche Unterschiede bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen, ob jemand z. B. geh-, seh- oder hörbehindert ist. Im Ergebnis kann das sogar bedeuten, dass Einrichtungen, die für den einen ein barrierefreies Arbeiten erst ermöglichen, für den anderen gerade eine Hürde darstellen.

Insgesamt sehen wir die Gefahr, dass die im Aktionsplan genannten abstrakten und umfassenden „Visionen der Zivilgesellschaft“ nicht als solche verstanden, sondern als konkreter Maßstab bei der Bewertung der Umsetzung des Aktionsplans herangezogen werden. Dies könnte aber sehr schnell zu Missverständnissen führen wie das Beispiel zur Barrierefreiheit exemplarisch deutlich macht.

Mittel des Ausgleichsfonds zielgerichtet einsetzen

Bei den Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 78 SGB IX handelt es sich um zweckgebundene Mittel. Sinn und Zweck dieser Mittel ist die Förderung von Menschen mit Behinderung zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Für alle Förderungsmaßnahmen muss konkret dargelegt werden, inwieweit sie dazu einen zielgerichteten Beitrag leisten. Dies muss im Rahmen der Umsetzung des Aktionsplans und den dazu künftig anstehenden Entscheidungen bei der Vergabe von Mitteln stärker berücksichtigt werden.

Grundsätzlich sollte auch deutlich gemacht werden, dass die 100 Mio. € für die „Initiative Inklusion“ Mittel aus dem – alleine von den Arbeitgebern finanzierten – Ausgleichsfonds sind. Dies wird zwar in der Langfassung des Aktionsplans richtig dargestellt (Ausschuss-Drs. 17(11)553, S. 16, 46), jedoch in der Kurzfassung nicht ausdrücklich erwähnt, sondern eher der Eindruck erweckt, dass es sich hierbei um zusätzliche Haushaltsmittel des Bundes handelt (Ausschuss-Drs. 17(11)553, S. 7).

Fördermaßnahmen auf Wirkung und Wirtschaftlichkeit untersuchen und danach ausrichten

Nicht zuletzt mit Blick auf die demografische Entwicklung und Überalterung unserer Gesellschaft ist es wichtig, dass bei der Evaluation der behinderungspolitischen Maßnahmen, Programme und Initiativen nicht nur die Wirksamkeit, sondern auch die Wirtschaftlichkeit untersucht wird (Ausschuss-Drs. 17(11)553, S. 14, rechte Spalte, vorletzter Absatz). Dies gilt gerade auch für das Evaluationsprojekt zu den Wirkungen der Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben des SGB III und SGB II (S. 47). Das wird von der BDA sehr begrüßt und nachdrücklich unterstützt. Bedauerlich ist, dass in der endgültigen Version des Aktionsplans offenbar die Steigerung der Effizienz aller Maßnahmen nicht mehr als wesentliches Ziel der RehaFutur-Initiative (S. 49) genannt wird, wie es noch im Referentenentwurf des Aktionsplans zu Recht ausdrücklich betont wurde. Für eine Steigerung der Effizienz der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist die Überprüfung der Wirkung und Wirtschaftlichkeit von entscheidender Bedeutung. Ziel muss es sein, Wirkung und Kosten der Maßnahmen durch mehr Transparenz einem objektivierten kontinuierlichen Verbesserungsprozess im Sinne eines „lernenden Systems“ zu unterziehen.

Keine weitere Überregulierung und Bürokratisierung

Die angekündigte Überprüfung und Evaluierung des SGB IX (S. 55) darf keinesfalls eine weitere Bürokratisierung und Überregulierung zur Folge haben.

Schon jetzt bewirken viele der aktuellen – oft gut gemeinten – Regelungen in der Praxis genau das Gegenteil von mehr Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben, indem sie die Schaffung von Arbeitsplätzen bzw. deren Besetzung mit behinderten Menschen eher erschweren oder gar verhindern.

Handlungsfeld 3.2 Bildung

Mehr gemeinsames Lernen erreichen

Das im Aktionsplan angestrebte Ziel von mehr inklusivem Lernen (Ausschuss-Drs. 17 (11)553, S. 19 f.) ist zu sehr begrüßen. Bereits in der Schule muss dem Grundsatz „So normal wie möglich, so speziell wie nötig“ Geltung verschafft werden, damit Vorbehalte und Vorurteile frühzeitig abgebaut werden und ein normales Miteinander von Kindheit an entsteht. Es gilt aber auch: Da dem speziellen Förderbedarf behinderter Kinder im normalen Schulsystem nicht immer hinreichend Rechnung getragen werden kann, wäre eine pauschal verordnete, zwangsweise Integration von behinderten Kindern in das Regelschulsystem nicht sinnvoll. Wo behinderte Menschen den geschützten Raum besonderer Förderung brauchen, weil sie z.B. die sie umgebende „Normalität“ subjektiv als permanentes Misserfolgserlebnis wahrnehmen und dadurch psychisch übermäßig belastet sind, darf gemeinsames Lernen nicht als Selbstzweck erzwungen werden. Die Formulierung „Eine Schule für alle“ (Ausschuss-Drs. 17 (11)553, Vision S. 19) könnte deshalb in die Irre führen. Zweifelsohne gilt aber: Wenn der Grundstein von gegenseitiger Akzeptanz und Miteinander bereits in Kindergarten und Schule angelegt worden ist, entstehen im späteren Leben auch keine Berührungspunkte und Vorurteile.

Bologna-Prozess als Chance verstehen

Die auf S. 20 f. eher negative Bewertung des Bologna-Prozesses kann die BDA nicht teilen.

Bachelor- und Masterstudiengänge müssen sich an verbindlichen Qualitätsstandards orientieren, die Voraussetzung für die Akkreditierung sind (Regeln für die Akkreditierung von Studiengängen und für die Systemakkreditierung). Die Berücksichtigung der Belange behinderter Studierender ist dort ausdrücklich als Qualitätskriterium verankert und in großer Ausführlichkeit beschrieben: "(Im Studiengangskonzept) werden Regelungen zum Nachteilsausgleich für Studierende mit Behinderung getroffen." (Kap. 2.3) (Studierbarkeit) "Die Belange von Studierenden mit Behinderung werden berücksichtigt." (Kap. 2.4) "Der Nachteilsausgleich für behinderte Studierende hinsichtlich zeitlicher und formaler Vorgaben im Studium sowie bei allen abschließenden oder studienbegleitenden Leistungsnachweisen ist sichergestellt." (Kap. 2.5) "Studiengang, Studienverlauf, Prüfungsanforderungen und Zugangsvoraussetzungen einschließlich der Nachteilsausgleichsregelungen für Studierende mit Behinderung sind dokumentiert und veröffentlicht." (Kap. 2.8)

Gerade die Modularisierung des Studiums ermöglicht flexible Studienverläufe und kommt den Be-

langen von Studierenden, die aufgrund einer Behinderung mehr Zeit für ihr Studium benötigen, entgegen.

Bedauerlich ist, dass im Aktionsplan nicht klar Position im Hinblick auf die Finanzierung des behinderungsbedingten Studienmehrbedarfs im Rahmen von Bachelor/Master-Abschlüssen bezogen wird, sondern lediglich darauf hingewiesen wird, dass dies „eine Hürde“ sei (Ausschuss-Drs. 17 (11)553, S. 20). Richtig ist, dass das Problem, dass der behinderungsbedingte Mehrbedarf im Rahmen von Masterstudiengängen nicht immer ausgeglichen wird, unbedingt angegangen werden muss. Hier lässt der Aktionsplan Lösungsansätze vermissen.

Dies gilt auch für die Finanzierung des behinderungsbedingten Mehrbedarfs bei Auslandsaufenthalten. Auch im Interesse der gewünschten internationalen Mobilität von Studierenden sollte es grundsätzlich auch für Studierende mit Behinderung möglich sein, einen Auslandsaufenthalt im Rahmen ihres Studiums absolvieren zu können. Eine Begrenzung der Unterstützung auf nur diejenigen Auslandsaufenthalte, die per Prüfungsordnung verpflichtend sind, ist kurzsichtig und wirkt sich für die behinderten Studierenden nachteilig aus. Dabei sind gerade auch Auslandsaufenthalte wichtige Elemente für eine qualitativ hochwertige Ausbildung und damit gute spätere berufliche Chancen.

Handlungsfeld 3.3 Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege

Gemeinsame Servicestellen stärken - Schnittstellenprobleme angehen

Die angestrebte Stärkung der gemeinsamen Servicestellen nach § 24 SGB IX und die Suche nach Lösungsmöglichkeiten für Umsetzungsdefizite (Ausschuss-Drs. 17 (11)553, S. 23, 56) ist grundsätzlich zu begrüßen. Ein schneller und bürgernahe Zugang zu den erforderlichen Leistungen und gezielte Unterstützungsleistungen sind nicht zuletzt auch für die Unternehmen von elementarer Bedeutung. Notwendig sind dafür kompetente, regionale Anlaufstellen bei den Sozialversicherungsträgern, die Betroffene und Arbeitgeber durch das gegliederte System führen und die optimale Beratung und Unterstützung leisten bzw. organisieren. Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation können der geeignete Ort sein, um diese Anlauf- und Lotsenfunktion zu entwickeln. Alle Reha-Träger sollten daher im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) weitere Maßnahmen zur Verbesserung der trägerübergreifenden, qualifizierten und unabhängigen Beratung erarbeiten.

Nicht nur für eine erfolgreiche Durchführung der gemeinsamen Servicestellen, sondern generell bedarf es aufgrund des gegliederten Systems der Rehabilitation einer viel engeren Zusammenarbeit und des Austausches zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern, um die trägerübergreifende Koordination und Kooperation zu verbessern. Dazu ist es notwendig, dass alle Reha-Träger der Bedeutung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit hinreichend Rechnung tragen und tatkräftig und engagiert die Plattform BAR für die Verbesserung von Koordinati-

on und Kooperation, aber nicht zuletzt auch für ein Rechtsträger übergreifendes Lernen nutzen.

Demografische Entwicklung bei der Höhe des Reha-Budgets berücksichtigen

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung müssen auch in Zukunft finanziell in der Lage sein, ihren Versicherten die notwendigen Maßnahmen der Rehabilitation zu gewähren. Mit ihrem breit gefächerten Rehabilitationsangebot leistet die gesetzliche Rentenversicherung bereits heute einen unverzichtbaren Beitrag zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten. Erfolgreiche Rehabilitationsleistungen tragen dazu bei, die Lebensarbeitszeit zu verlängern und das Arbeits- und Fachkräfteangebot in Deutschland zu sichern. Sie sind zugleich ein wichtiger Baustein zur Eindämmung der Gefahr künftiger Altersarmut. Denn je länger Versicherte erwerbstätig bleiben können, desto höhere Rentenanwartschaften können sie aufbauen.

Im Aktionsplan wird angekündigt, dass die Bundesregierung die Notwendigkeit einer Anhebung des Reha-Deckels zu prüfen habe (Ausschuss-Drs. 17 (11)553, S. 8, 23, 55). Grundsätzlich bleibt es weiterhin sinnvoll, die Ausgaben der Rentenversicherung für medizinische und berufliche Rehabilitation gesetzlich zu begrenzen. Die Vorgabe eines festen Reha-Budgets gewährleistet, dass die Kosten im Rehabilitationbereich nicht aus dem Ruder laufen. Gleichzeitig trägt eine Budgetvorgabe dazu bei, dass die Rentenversicherungsträger weiter an der wirtschaftlichen Erbringung von Rehabilitationsleistungen arbeiten und die insofern bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven auch tatsächlich genutzt werden.

Die derzeitigen Regeln zur jährlichen Anpassung des Reha-Budgets sollten jedoch neu justiert und der Anpassungsmechanismus um eine Demografiekomponente ergänzt werden. So ist schon heute abzusehen, dass der Reha-Bedarf in den nächsten Jahren wegen der geburtenstarken Jahrgänge der 1960er-Jahre, die dann ein Lebensalter mit erhöhtem Rehabilitationsbedarf erreichen, zunächst steigen wird. Anschließend wird der Reha-Bedarf – wegen der Schrumpfung des Erwerbspersonenpotenzials – aber wieder abnehmen. Diesem Auf und Ab vermag die heutige Fortschreibungsregel zum Reha-Budget nicht angemessen Rechnung zu tragen. Deshalb sollte künftig die Veränderung der Zahl der Personen im reha-intensiven Alter bei der jährlichen Anpassung des Reha-Budgets berücksichtigt werden.

Familienpflegezeitgesetz überflüssig

Der am 23. März 2011 vom Bundeskabinett beschlossene Gesetzentwurf zur Einführung einer Familienpflegezeit, auf das im Aktionsplan verwiesen wird (S. 8, 57), ist hinsichtlich der Aufgabe des ursprünglichen Konzepts des Bundesfamilienministeriums zur Einführung eines starren Rechtsanspruchs zwar zu begrüßen. Er birgt aber weiterhin finanzielle Risiken und einen erheblichen administrativen Aufwand für den Arbeitgeber bei Durchführung der Familienpflegezeit. Nach wie vor enthält der Ent-

wurf kritische Regelungen, die zu neuen Beschäftigungshemmnissen führen können. So wird ein Kündigungsverbot nicht nur für die Pflege-, sondern auch für die Nachpflegephase geschaffen. Zudem werden faktisch die betriebsbedingte wie auch die personenbedingte Kündigung ausgeschlossen, weil der Rückzahlungsanspruch des Arbeitgebers in diesen Fällen entfällt. Darüber hinaus muss der Arbeitgeber die gesamte Verwaltung der Aufstockung auf das Arbeitsentgelt übernehmen. Dies gilt für die Auszahlung der Aufstockungsbeträge ebenso wie für die Abwicklung der Leistungen des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, die im Ergebnis für den Arbeitnehmer bestimmt sind. Den Arbeitgeber treffen weitreichende Mitteilungspflichten gegenüber dem zuständigen Bundesamt und die Überwachung der Versicherungspflicht des Arbeitnehmers.

Die BDA hat wiederholt deutlich gemacht, dass Unternehmen Fachkräfte mit Pflegeverantwortung durch passgenaue und individuell ausgehandelte Regelungen unterstützen und ihnen damit bei der Pflege helfen. Betriebliche Verhältnisse und die jeweilige Pflegesituation können so angemessen berücksichtigt werden. Ein Gesetz zur Einführung einer Familienpflegezeit ist in diesem Zusammenhang überflüssig. Vor dem Hintergrund einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung, eines zunehmenden Fachkräftemangels und der damit einhergehenden Belastung der Sozialversicherungssysteme ist die Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht einseitig auf Betriebe und Arbeitsplätze verlagert werden darf.

II. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zur Behindertenrechtskonvention – zusätzliche Anmerkungen

Entwicklung der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen erläutern – Effekte aus der veränderten statistischen Erfassung berücksichtigen

Bei der Darstellung der Situation am Arbeitsmarkt, dass „sich die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen in den vergangenen drei Jahren doch nicht so günstig entwickelt (hat) wie die Arbeitslosigkeit insgesamt“ (Ausschuss-Drs, 17(11)602, S. 31) fehlt es an einer Erläuterung und Begründung für diese Entwicklung.

Mitursächlich hier ist vor allem auch eine veränderte statistische Erfassung. Seit 1. Januar 2008 zählen bestimmte über 58-Jährige als Arbeitslose, die bisher aufgrund von vorruhestandsähnlichen Sondervorschriften nicht statistisch als Arbeitslose erfasst wurden. Zudem ist eine weniger günstige Entwicklung der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen im Vergleich zur Arbeitslosigkeit insgesamt im wirtschaftlichen Aufschwung nicht unüblich, da zunächst den marktnäheren und leichter Vermittelbaren die Integration in den Arbeitsmarkt gelingt. Schwerbehinderte Menschen mit überproportional oft vorhandenen „komplexen Problemlagen“ profitieren erst zeitverzögert und schwächer vom Aufschwung.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)652

5. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011
Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Deutscher Caritasverband

1. Zusammenfassung

Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (NAP) greift weitgehend Themen und Programme auf, die bereits behandelt oder auf den Weg gebracht sind.

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes e.V. (DCV) und des Fachverbands Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) sind im NAP die erforderlichen konkreten Aussagen und Indikatoren noch nicht ausreichend beschrieben. Die **sozialräumliche Umsetzung einer verbesserten Teilhabe** von Menschen mit Behinderung bedarf noch einiger praktischer Überlegungen und Anstrengungen. So erhalten z.B. noch viele Menschen mit Behinderung nicht die passgenauen, an ihrem individuellen Bedarf und ihren Wünschen ausgerichteten Hilfen und besonders fehlt der angepasste Wohnraum. Maßnahmen für ein kooperatives Vorgehen von Bund, Ländern und Gemeinden sollten darum geplant werden.

Die Absicht, die **Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung** weiterzuentwickeln, wird unterstützt. Dabei sind die personenzentrierten Assistenz- und Betreuungsleistungen nach dem Prinzip des Nachteilsausgleichs und nicht nach dem Fürsorgeprinzip zu gewähren. Darüber hinaus muss der Anspruch auf Geldleistung sicherstellen, dass die sozialrechtlichen Leistungsansprüche und die erforderlichen Koordinierungsaufgaben bei der Bemessung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets berücksichtigt werden.

Besonders die **gesundheitliche Versorgung** der Menschen mit Behinderung ist noch weit von einer inklusiven Unterstützung entfernt. Barrierefreiheit in Praxen und Krankenhäusern bedeutet nicht nur die Verbesserung der räumlichen Voraussetzungen für einen ungehinderten Zugang, sondern auch die sachliche Ausstattung und die Anforderungen für die Kommunikation mit Menschen mit Behinderung

muss angepasst werden. Von elementarer Bedeutung ist die Sensibilisierung und Qualifizierung von Ärzten, anderem medizinischen Personal und Leistungsanbietern für die Belange behinderter Menschen. Begleitung und Assistenz von Menschen mit Behinderung bei Arztbesuchen oder Krankenhausaufenthalten müssen als Rechtsanspruch im Gesetz verankert werden. Diese Leistung kann entweder im SGB V oder im SGB XII im Rahmen der Eingliederungshilfe verortet werden.

Der DCV und der CBP sprechen sich dafür aus, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zu den Leistungen der **Pflegeversicherung** auch bei einem neu definierten Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht nachrangig sein dürfen.

In Zukunft sollte § 10 SGB IX sicherstellen, dass im Rahmen der Bedarfsfeststellung ein **einheitliches Bewertungssystem** angewandt wird, das zumindest auf bundesweit gültigen und trägerübergreifenden Kriterien beruht. Dabei sind nicht Art und Schwere der Erkrankung oder Funktionsstörung sowie Beeinträchtigung in erster Linie von Bedeutung, sondern die dadurch entstehenden Einschränkungen an der Teilhabe am Leben und der Gesellschaft, wie es die "Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF) vorsieht.

Wenn die Leistungsberechtigung und -gewährung auch bei der **Teilhabe am Arbeitsleben** dem Prinzip der Personenzentrierung entsprechen soll, ist die Ausgangsfrage, welcher Bedarf besteht, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu gewährleisten oder zu fördern, und welche Form der Leistung dafür angemessen ist. Bedarf und Eignung sind die Kriterien, nach denen diese Entscheidung zu treffen ist. Der Übergang von der Schule in den Beruf und die Aufgaben und Funktionen des Fachausschusses müssen mehr beachtet werden.

Für junge Menschen mit Behinderung ist das gemeinsame Aufwachsen und die Begegnung mit Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung ein wich-

tiger Erfahrungsraum, der Teilhabemöglichkeiten schafft. Darum findet **Bildung** auch außerhalb etablierter Institutionen statt. Im NAP wird der Bereich der außerschulischen und informellen Bildung von Kindern und Jugendlichen kaum beachtet. Inklusive Angebote für Eltern-Kind-Gruppen oder Spiel-, Sport- und Förderangebote für Kinder und Jugendliche bestehen noch zu selten.

Für einen umfassenden inklusiven Ausbau des Schulsystems muss ein gesetzlicher Anspruch auf **wohnortnahe inklusive Bildung** geschaffen werden. Der Gesetzesanspruch muss als bundeseinheitliche Regelung, die die Teilhabe während der Schulzeit sichert, ausgestaltet werden.

Bei der Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien und der Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für inklusive Förderung kommt der Lösung der Schnittstellenproblematik der Sozialgesetzbücher – insbesondere **zwischen SGB VIII und SGB XII** – eine wichtige Rolle zu. Beide Hilfesysteme sind so aufeinander abzustimmen, dass sowohl die Teilhabe der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung gefördert, als auch die Familien in der Bewältigung ihrer Erziehungsaufgabe entlastet und unterstützt werden.

Der DCV macht darauf aufmerksam, dass nicht nur bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung einen zuverlässigen Schutz vor **sexualisierter Gewalt** gewährleistet sein muss. Vielmehr zeigt sich in der Praxis, dass Menschen mit Behinderungen unabhängig von ihrem Alter aufgrund ihrer Lebenssituation besonders gefährdet sind.

Eine **barrierefreie Mobilität** kann nur im Zusammenwirken aller für das Verkehrswesen zuständigen Akteure erreicht werden. Neben dem Bund sind das vor allem auch die Länder. Der Bund soll jedoch alle Möglichkeiten ergreifen, die ihm im Rahmen seiner Gesetzgebungskompetenz zur Verfügung stehen, um einen Abbau von Mobilitätsschwellen zu erreichen.

Besonders der „Seitenwechsel“ von der Seite, auf der man vornehmlich als Empfänger von Unterstützungsleistungen wahrgenommen wird, zu der Seite, auf der man für andere durch sein **ehrenamtliches Engagement** Bedeutung erlangt, wird ein zuverlässiger Indikator für die positive Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft sein.

Weil in der Praxis mit einer **Rechtlichen Betreuung** bestimmte Rechtsgeschäfte einfacher und schneller durchzuführen sind, werden noch immer zu häufig und mit einem gewissen Automatismus Betreuungen z.B. bei so genannter geistiger Behinderung eingerichtet. Eine stärkere Einbeziehung ehrenamtlicher rechtlicher Betreuer wird als eine mögliche Lösung vorgeschlagen.

Im NAP wird angekündigt, dass Vorhaben innerhalb der **Entwicklungszusammenarbeit** in Partnerländer inklusiv gestaltet werden. Ein wichtiger Zweig der internationalen Zusammenarbeit fehlt jedoch sowohl im NAP als auch im Ersten Staatenbericht, nämlich die Möglichkeit von anderen Ländern zu lernen. Darin sind uns manche Gesellschaften voraus, mit denen wir in der Entwicklungszusammenarbeit stehen.

2. Einführung

Der Deutsche Caritasverband (DCV) und sein Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) setzen sich nachdrücklich für die Ziele und Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention) ein. Eine verbesserte selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung ist aktuell das Thema der Caritas-Kampagne „Kein Mensch ist perfekt“ (www.kein-mensch-ist-perfekt.de).

Die Behindertenrechtskonvention ist für die Caritas in allen ihren Gliederungen die entscheidende Grundlage, auf der sich die aktuell laufenden Diskussionen um eine Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe orientieren müssen. Auf der Grundlage müssen besonders das Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX), aber auch alle anderen Sozialgesetzbücher und gesetzlichen Grundlagen für eine inklusive Gesellschaft überarbeitet werden. Daran muss sich auch der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention messen lassen.

3. Gesamtbewertung

Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (NAP) greift weitgehend Themen und Programme auf, die bereits behandelt oder auf den Weg gebracht sind. Aus Sicht des DCV und des CBP sind im NAP die erforderlichen konkreten Aussagen und Indikatoren noch nicht ausreichend beschrieben. Die sozialräumliche Umsetzung einer verbesserten Teilhabe von Menschen mit Behinderung bedarf noch einiger praktischer Überlegungen und Anstrengungen. Die Fragen nach dem Sozialraum und der Zivilgesellschaft sind nämlich Faktoren, die für eine inklusive Gesellschaft von größter Bedeutung sind. Die Weichenstellungen der Bundesregierung im Bereich Bildung, Berufsvorbereitung und Arbeit, um verbesserte Zugangswege auch für Menschen mit schweren Behinderungen zu schaffen, begrüßen der DCV und der CBP.

Die von der Bundesregierung ins Auge gefasste Verankerung einer einheitlichen Hilfebedarfsfeststellung im SGB IX beim Wohnen, bei der Alltagsgestaltung und der Teilhabe am Arbeitsleben wird vom DCV und CBP nachdrücklich unterstützt. Auch die Ankündigung einer erweiterten gesetzlichen Regelung zur Komplexleistung Frühförderung ist zu befürworten.

Die Abgrenzungsfrage von Pflege und Eingliederungshilfe – auch auf dem Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – wird nicht grundlegend thematisiert. Der DCV und der CBP sehen hier Anzeichen für eine Verlagerung von Leistungen der lebensweltlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung in die Pflegeversicherung.

Die Aussagen der Bundesregierung zum Ersten Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zur Behindertenrechtskonvention decken sich naturgemäß in vielen Teilen mit den Maßnahmen der Bun-

desregierung im Rahmen des Nationalen Aktionsplans. Daher gehen wir in unserer Stellungnahme nur insoweit gesondert auf den Ersten Staatenbericht ein, als dieser Aussagen trifft, die nicht im Nationalen Aktionsplan enthalten sind.

4. Handlungsfeld Wohnen und Bauen

Nationaler Aktionsplan

Dem Handlungsfeld Wohnen und Bauen sind richtigerweise die Maßnahmen zugeordnet, die auch den Rechtsanspruch auf unabhängige Lebensführung, Einbeziehung in die Gemeinschaft und volle Teilhabe in allen Lebensbereichen nach Art. 9 und 19b Behindertenrechtskonvention betreffen. Der Anspruch auf eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe von Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben bezieht sich auf alle Lebensbereiche. Es ist das Recht aller Menschen mit Behinderung, in gleicher Weise wie andere Menschen zu wählen, wie, wo und mit wem sie leben und wohnen möchten (Art. 19 Behindertenrechtskonvention). Die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung wird ebenfalls als ein neuer Ansatzpunkt zu einer inklusiven Sozialraumgestaltung genannt.

Erster Staatenbericht

Zu Artikel 9 (Zugänglichkeit) schlägt die Bundesregierung vor, dass das Thema Barrierefreiheit stärker in der Aus- und Weiterbildung von Architekten verankert werden solle. Die Bundesregierung will hierzu ein Konzept erarbeiten.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Schwerpunkte des NAP zur Verbesserung der Zugänglichkeit der räumlichen Umwelt einschließlich aller Einrichtungen und Dienste eines Gemeinwesens. Die beschriebenen investiven Maßnahmen zum barrierefreien Bauen und Wohnen konzentrieren sich zu einseitig auf den Aspekt des barrierefreien Wohnens. DCV und CBP erwarten, dass die gesamten Rahmenbedingungen im Sinn einer Sozialraumorientierung verändert und angepasst werden.

Träger der Behindertenhilfe haben in zahlreichen Gemeinden und Städten kleine Wohnangebote neu errichtet und immer mehr Menschen mit geistiger Behinderung sind in ambulant betreute Wohnformen gezogen. Nach wie vor erhalten aber viele Menschen mit Behinderung nicht die passgenauen, an ihrem individuellen Bedarf und ihren Wünschen ausgerichteten Hilfen und finden keinen an ihren Bedarf angepassten Wohnraum. Im Extremfall leben sogar jüngere Menschen in Altenpflegeheimen. Insbesondere Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf haben bisher wenige Wahlmöglichkeiten. Vor diesem Hintergrund muss festgestellt werden, dass es zu wenig geeigneten, barrierefreien und kostengünstigen Wohnraum gibt. Der Nationale Aktionsplan hebt die Förderpotenziale des KfW-Programms „Altersgerecht umbauen“ zu Recht hervor. Altersgerechte Wohnungen sind in der Regel auch Wohnungen, die den Bedarfen von Menschen mit Behinderung gerecht werden. Der Deutsche Caritasverband fordert

die Bundesregierung daher auf, das KfW-Programm „Altersgerecht umbauen“ fortzuführen.

DCV und CBP weisen darauf hin, dass bei der geplanten Reform der Musterbauverordnung komplexe und kostspielige Sonderbauverordnungen auf ein Mindestmaß reduziert bleiben müssen. Selbstbestimmtes Wohnen und Teilhaben ist nicht möglich, wenn die umfassenden Standards eines Heimes auf das Leben in der eigenen Wohnung übertragen werden.

In Deutschland wird das Thema des barrierefreien Zugangs zu und der barrierefreien Ausgestaltung von Gebäuden auch bei Neubauten immer noch zu wenig systematische Beachtung geschenkt. Ausdrücklich begrüßt wird daher die Ankündigung der Bundesregierung, ein Konzept für die Verankerung dieses Themas in der Aus- und Weiterbildung von Architekten vorlegen zu wollen.

Die Forschungen zur selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit Behinderung belegen, dass neben geeignetem Wohnraum auch ein geeigneter Sozialraum notwendig ist. Der Sozialraum ist der Ort, in dem Inklusion stattfindet und Teilhabe in Beziehungen zwischen den Menschen gleichberechtigt gelebt wird.

Die im NAP zum inklusiven Sozialraum ausgeführten Maßnahmen sind diesbezüglich ungenügend. Nötig sind öffentliche Maßnahmen, die über eine Modellförderung hinaus gute Rahmenbedingungen und Finanzierungen für neue Wohnformen von Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen bieten. Dazu zählt eine öffentliche Wohnraumförderung, die Barrierefreiheit auch im Sinne gemeinschaftlicher Wohnbedürfnisse von Menschen mit Behinderung interpretiert. Dabei sind die Bedarfe junger und älterer Menschen zu berücksichtigen. Projektförderung allein genügt nicht. Eine nachhaltige Förderung muss auch durch eine Änderung des Baurechts besonders hinsichtlich der Barrierefreiheit abgesichert werden.

Zur Vermeidung von segregierenden Entwicklungen muss in Abstimmung mit den Ländern und Kommunen in den Kreisen, Städten und Gemeinden eine Kommunale Teilhabeplanung gesetzlich verankert werden. Ziel muss eine integrierte Sozial- und Finanzplanung für eine soziale Infrastruktur sein, damit alle Menschen Zugang zu staatlichen Teilhabeleistungen erhalten können. Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans müssen daher Maßnahmen für ein kooperatives Vorgehen von Bund, Ländern und Gemeinden vorgesehen werden.

Die Zugänglichkeit der Dienste und Angebote sowie die Teilhabe an den Prozessen im Sozialraum sind durch eine für alle offene und barrierefreie Beratungsstruktur und ein unabhängiges und anwaltschaftliches Case Management zu sichern.

Wenn der NAP an dieser Stelle die Reform der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nennt, muss darauf hingewiesen werden, dass die Behindertenrechtskonvention dafür Maßstäbe vorgibt: Leistungen zur Teilhabe sind personenzentriert und unabhängig vom Leistungsort, der gewünschten Wohnform und der Assistenzart bzw. Assistenzdauer.

er zu erbringen. Ein Vergleich der Kosten von sogenannten ambulanten bzw. stationären Leistungen entfällt. Der sogenannte Mehrkostenvorbehalt (§13 Abs. 1 Satz 3 SGB XII) muss gestrichen werden.

Die personenzentrierten Assistenz- und Betreuungsleistungen sind nach dem Prinzip des Nachteilsausgleichs und nicht nach dem Fürsorgeprinzip zu gewähren. Die Leistungen müssen es den Leistungsberechtigten ermöglichen, die Budgetassistenz und das Case Management für ihr Unterstützungsarrangement zu finanzieren. Neben personenbezogenen Diensten muss die erforderliche Infrastruktur ausgebaut werden.

Wenn man die Wahlfreiheit und die Selbstbestimmung bei der Wahl der Wohnformen ernst nimmt, müssen vor allem die Formen der Leistungsgewährung gestärkt werden, die eine Verfügung über die Geldmittel ermöglichen.

So muss die Leistungsform „Persönliches Budget“ weiter gefördert werden. Bei der Bedarfsfeststellung und der Zielvereinbarung nach § 4 BudgetVO sind besonders die Förderung der individuellen Ressourcen, die Erweiterung persönlicher Netzwerke und individuelle Unterstützungsarrangements für Menschen mit hohem Assistenz-, Betreuungs- und Pflegebedarf zu berücksichtigen. Die Geldleistung muss sicherstellen, dass die sozialrechtlichen Leistungsansprüche und die erforderlichen Koordinierungsaufgaben bei der Bemessung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets berücksichtigt werden. Das kann im Einzelfall dazu führen, dass die Kosten, der bisher gewährten Sachleistungen überschritten werden. Hierfür muss § 17 Abs. 3 SGB IX entsprechend geändert werden.

Um die Folgen von Behinderungen auszugleichen, die bestehen bleiben, wenn individuelle Teilhabeleistungen und barrierefreie Umwelt optimal verwirklicht sind, ist ein einkommens- und vermögensunabhängiges Teilhabegeld als Nachteilsausgleich zu gewähren.

Damit schließlich die Kommunen Bedingungen schaffen können, dass Menschen mit Behinderung selbstbestimmt Wohnformen wählen können, ist eine entsprechende Neuordnung der Gemeindefinanzierung dringend erforderlich.

5. Handlungsfeld Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege

Nationaler Aktionsplan zum Bereich Prävention, Rehabilitation, Gesundheit

Generelles Ziel der Bundesregierung ist es, eine wohnortnahe, barrierefreie und flächendeckende Versorgung mit Präventions-, Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegeleistungen für alle Bürger sicherzustellen. Im Sinne eines Disability Mainstreaming sollen dabei die Auswirkungen und Folgen aller gesetzgeberischen Initiativen im Hinblick auf die besonderen Belange von Menschen mit Behinderung in den Blick genommen werden.

Der NAP formuliert folgende konkrete Zielsetzungen:

- Ärzte, medizinisches Personal und Leistungsanbieter sind für die Belange von Menschen mit Behinderung sensibilisiert und fachlich qualifiziert.
- Es gibt eine trägerübergreifende, qualifizierte und unabhängige Beratung und Begleitung durch Menschen mit und ohne Behinderung.
- Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist barrierefrei. Dazu soll mit den Ländern und der Ärzteschaft bis 2012 ein Konzept für einen barrierefreien Zugang zu Praxen und Krankenhäusern sowie flankierende Handlungshilfen entwickelt werden.
- Die Bundesregierung prüft, welche Inhalte ein Patientenrechtegesetz mit Blick auf die Belange von Menschen mit Behinderung haben muss.
- Kompetenzzentren übernehmen eine Vermittlungsfunktion zwischen älteren Gehörlosen und Einrichtungen der Gesundheits- und Altenhilfe.
- Der inklusive Ansatz des SGB IX wird weiterentwickelt. Dabei sollen Umsetzungsdefizite beseitigt werden, insbesondere beim trägerübergreifenden Persönlichen Budget, bei den gemeinsamen Servicestellen und bei der Frühförderung.
- Darüber hinaus erwähnt der Referentenentwurf die Diskussionen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“ über ein einheitliches und umfassendes Bedarfsermittlungsverfahren sowie über den generellen Ansatz des Übergangs von einer einrichtungs- zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung.

Erster Staatenbericht

Der Erste Staatenbericht erwähnt zu Artikel 25 (Gesundheit) zusätzlich zu den oben genannten Themen geplante Maßnahmen der Bundesregierung, die ärztliche und zahnärztliche Versorgung im Rahmen des gegenwärtig zur Beratung anstehenden Versorgungsstrukturgesetzes in der Fläche erhalten und verbessern zu wollen.

Bewertung

Die Zielsetzungen des NAP sind in dem für die Belange von Menschen mit Behinderung sehr bedeutsamen Feld Prävention, Gesundheit und Rehabilitation allgemein formuliert. Zudem wird vor allem die gesundheitliche Versorgungssituation von Menschen mit schwersten und mehrfachen Behinderungen nur unzureichend berücksichtigt. Dazu gehören auch spezialisierte Dienste und Kompetenzzentren, die auf die spezifischen Bedarfe dieser Menschen ausgerichtet sind. Neben der wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung in der Fläche muss der Zugang zu diesen spezialisierten Versorgungszentren gewährleistet sein.

Positiv zu bewerten ist der Ansatz, alle Gesetzgebungsvorhaben auf die Folgen und Auswirkungen für die Belange von Menschen mit Behinderung zu untersuchen. Der NAP sollte diese Forderung eines Disability Mainstreaming auch in Bezug auf das hier

erwähnte künftige Patientenrechtegesetz konkretisieren und präzisieren.

Von elementarer Bedeutung für die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention ist die Sensibilisierung und Qualifizierung von Ärzten, anderem medizinischen Personal und Leistungsanbietern für die Belange von behinderten Menschen. Um die Qualifizierung zu verbessern, bedarf es folgender Schritte: Die Anforderungen für einen angemessenen Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Behinderung sind in den Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen, Curricula und Didaktik der Ärzte, des medizinischen Personals und der Pflegekräfte systematisch zu verankern. Daneben sind auch Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit Behinderung im praxisbezogenen Teil der Ausbildung verpflichtend einzuführen.

Barrierefreiheit in Praxen und Krankenhäusern bedeutet nicht nur den ungehinderten Zugang zu diesen Gesundheitseinrichtungen mit Blick auf die räumlichen Voraussetzungen, sondern auch in Bezug auf die sächliche Ausstattung und die Anforderungen für die Kommunikation mit Menschen mit Behinderung. So muss die Information und Aufklärung in leichter Sprache erfolgen. Es muss genügend Zeit für den Dialog mit dem Patienten mit einer Behinderung zur Verfügung stehen. Für die Behandlung sind ggf. angemessene Vorkehrungen für die sächliche Ausstattung der Praxis bereit zu stellen. Dieser behinderungsbedingte Mehraufwand für einen barrierefreien Zugang und zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung und eine diskriminierungsfreie Behandlung und Therapie ist in der Honorierung der niedergelassenen Ärzte bzw. in den Fallpauschalen der Krankenhäuser bei Behinderung (und bei dem dadurch entstehenden besonders hohen behinderungsbedingtem Bedarf) aufzunehmen. In Bezug auf die Pauschalen zur Abdeckung der Unterschiede im Behandlungsaufwand, die in § 87 Abs. 2b S. 3 geregelt sind, ist daher das Differenzierungskriterium „Behinderung“ zu ergänzen. Es ist zu begrüßen, dass die Länder und die Ärzte bis 2012 ein Konzept für den barrierefreien Zugang von Menschen mit Behinderung zu Praxen und Krankenhäusern sowie entsprechende Handlungsanleitungen entwickeln wollen. Barrierefreiheit muss dabei aber in dem beschriebenen ganzheitlichen Sinn gesehen werden. Besondere Berücksichtigung müssen dabei auch die Belange von Frauen mit Behinderung finden, die bei der Gesundheitsversorgung oft mit zusätzlichen Barrieren konfrontiert sind, wie z.B. bei gynäkologischen Untersuchungen. Wir begrüßen daher den Ansatz der Bundesregierung zu einem Gender Mainstreaming im Maßnahmenkatalog. Auch bei der geplanten Stärkung der Patientenrechte sind Menschen mit Behinderung systematisch zu berücksichtigen und mitzudenken.

Viele Defizite zeigen sich gegenwärtig noch bei der zahnärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung. Gerade Menschen mit Behinderung oder pflegebedürftige Menschen mit kognitiven oder motorischen Einschränkungen haben häufig Schwierigkeiten, Zahn- und Mundhygiene in ausreichendem Maße und selbständig durchzuführen. Wissenschaftliche Studien belegen, dass diese Personengruppen aufgrund einer stärkeren Verbreitung von

Karies und eines häufigeren Befalls durch Karies einen schlechteren Zahngesundheitsstatus aufweisen als die Allgemeinbevölkerung. Sie sind zudem auch stärker von Folgeerkrankungen aufgrund unzureichender Mundhygiene betroffen. Der DCV und der CBP setzen sich dafür ein, einen Rechtsanspruch auf Durchführung von Individualprophylaxe nach § 22 SGB V für die genannte Personengruppen zu statuieren. Außerdem sollen sie im Rahmen eines niedrigschwelligen, zugehenden Ansatzes auf freiwilliger Basis Leistungen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe erhalten können.

Die Forderung des NAP nach einer trägerübergreifenden, unabhängigen Beratung und Begleitung von Menschen mit Behinderung ist zu begrüßen. Begleitung und Assistenz von Menschen mit Behinderung bei Arztbesuchen oder Krankenhausaufenthalten müssen jedoch als Rechtsanspruch im Gesetz verankert werden. Diese Leistung kann entweder im SGB V oder im SGB XII im Rahmen der Eingliederungshilfe verortet werden. Der NAP ist entsprechend zu ergänzen und zu konkretisieren.

Im NAP fehlt der Hinweis auf ein Defizit, das besonders Menschen mit psychischen Erkrankungen betrifft: Verbände besonders der Selbsthilfe weisen seit Jahren nachdrücklich darauf hin, dass die psychotherapeutischen Hilfen noch immer unzureichend gewährt und angeboten werden. Die Soziotherapie, eine Unterstützungsleistung zur Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für Menschen mit psychischen Erkrankungen, das bei seiner Entwicklung vor mehreren Jahren als wesentliche und hilfreiche Leistung dargestellt wurde, wird eher als Ausnahme gewährt und steht auch vor dem Problem der Abgrenzung zu Unterstützungsleistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII. Gelöst wird dieses Abgrenzungsproblem häufig, indem eine der beiden Leistungen nicht gewährt wird und eine unzureichende Unterstützung übrig bleibt.

Die Frühförderung nach § 30 SGB IX ist ein gutes Beispiel für Umsetzungsdefizite im Bereich des Rehabilitationsrechts. Die Komplexleistung aus medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Leistungselementen wird bis heute nur unzureichend erbracht, weil die Kooperation zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern nicht funktioniert. Aufgrund der unzureichenden Kooperation muss im SGB IX gesetzlich klargestellt werden, dass die medizinischen Teilhabeleistungen nach § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX von allen Leistungsträgern als ambulante Einzelleistung der Teilhabe oder als stationäre Teilhabeleistung erbracht werden müssen. Zudem sollte sich § 27 SGB IX nicht nur auf Leistungen der GKV stützen, sondern auf alle Rehabilitationsträger ausgedehnt werden, da der Bedarf von Teilhabeleistungen nicht einheitlich nach § 10 SGB IX bestimmt wird. Der Deutsche Caritasverband erwartet, dass der NAP konkrete Schritte für dieses in fast zehn Jahren nicht gelöste Problem benennt.

Nationaler Aktionsplan zum Bereich Pflege

Ziel der Bundesregierung ist eine bezahlbare, ergebnisorientierte und an den Bedürfnissen der Menschen orientierte, selbstbestimmte Pflege. Dazu soll

die Transparenz von Preis und Leistung verbessert werden. Als weiteres großes Reformvorhaben wird die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs genannt. Gegenwärtig werden die Auswirkungen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Pflegeversicherung sowie auf die angrenzenden Leistungssysteme geprüft, um eine reibungslose Umsetzung zu gewährleisten.

Bei der Aus- und Fortbildung des Pflegepersonals müsse den Belangen von Menschen mit Behinderung stärker Rechnung getragen werden.

Schließlich wird der Gesetzesentwurf zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erwähnt. Durch die Einführung einer Familienpflegezeit sollen die pflegenden Angehörigen unterstützt werden.

Bewertung

Der DCV und der CBP begrüßen das Ziel der Bundesregierung, die Pflegeversicherung am Grundsatz der Ergebnisorientierung und Selbstbestimmung auszurichten. So sollen die Pflegekosten-Verbindlichkeiten und damit die Informationen für die Verbraucher und Verbraucherinnen über die Qualität von Pflegeeinrichtungen künftig überwiegend auf Kriterien der Ergebnisqualität beruhen.

Seit Einführung der Pflegeversicherung haben sich der DCV und der CBP für eine Weiterentwicklung des gegenwärtig an den somatischen Bedürfnissen orientierten, verengten Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt und erwarten, dass die neue, vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erarbeitete Definition der Pflegebedürftigkeit im SGB XI umgesetzt wird. Das Neue Begutachtungsverfahren (NBA) soll zügig eingeführt werden.

Bei einem an den Bedarfen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen orientierten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff weitet sich auch die Anzahl von Menschen mit Behinderung aus, die gegenüber der Pflegeversicherung Leistungsansprüche haben werden. Dadurch können neue Schnittstellen zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung entstehen. Der DCV und der CBP sprechen sich klar dafür aus, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zu den Leistungen der Pflegeversicherung auch bei einem neu definierten Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht nachrangig sein dürfen. An der entsprechenden Regelung in § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI soll daher festgehalten werden.

Veränderungsbedarf sehen der DCV und der CBP in dem für Menschen mit Behinderung zentralen § 43a SGB XI. Die Pflegeversicherung gewährt dieser Regelung nach für Menschen mit Behinderung, die in einer vollstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe leben, nur Leistungen im Umfang von 256 Euro je Kalendermonat. Die Leistungshöhe ist auf das Niveau der ambulanten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI anzuheben.

Die Weiterentwicklung des Persönlichen Budgets in der Pflegeversicherung sowie des trägerübergreifenden Budgets werden als weitere Maßnahmen im NAP erwähnt. Der DCV und der CBP unterstützen diese beiden Instrumente. Gerade für Menschen mit Behinderung, die sowohl Leistungen der Einglie-

derungshilfe als auch der Pflegeversicherung benötigen, erweist sich ein trägerübergreifendes Persönliches Budget als sinnvolles Instrument. Die Verbreitung von Informationen über das Persönliche Budget im Rahmen des Projektes „E-Strategie Persönliches Budget“ ist daher eine sinnvolle Strategie, um für das Persönliche Budget zu werben. In diesem Rahmen sollte auch klargestellt werden, dass nach § 28 Abs. 1 Nr. 14 SGB XI auch Pflegebedürftige einen Anspruch auf ein Persönliches Budget haben. Jedoch gibt es im SGB XI – zum Beispiel durch die Gut-scheinregelung nach § 35a SGB XI – Erschwernisse bei der Nutzung des Persönlichen Budgets. Diese Erschwernisse sollen durch entsprechende Gesetzesänderungen beseitigt werden. Die Definition der Behinderung in § 2 SGB XI muss mit den Grundsätzen des Art. 3 Behindertenrechtskonvention in Einklang gebracht werden. In diesem Zusammenhang soll auch deutlich werden, dass pflegebedürftige Menschen von den Leistungen des SGB IX erfasst werden, obwohl sie Leistungen aus dem SGB XI beziehen. Der Deutsche Caritasverband begrüßt in diesem Zusammenhang auch den im NAP erwähnten Prüfauftrag im Rahmen des Entschließungsantrags des Deutschen Bundestags, ob und wie das trägerübergreifende Budget nach § 17 SGB IX verstärkt als zukunftsorientierte und selbstbestimmte Komplexleistung in der Pflege befördert werden kann.

Nationaler Aktionsplan zum Bereich Rehabilitation und Teilhabe

Die Eingliederungshilfe soll weiterentwickelt werden mit dem Ziel eines Paradigmenwechsels von einer einrichtungs- zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung. In diesem Zusammenhang soll auch ein einheitliches und umfassendes Bedarfsfeststellungsverfahren gemeinsam mit der BAR, der DVfR und den Verbänden von Menschen mit Behinderung erarbeitet werden. Bis 2015 soll auch das SGB IX evaluiert werden, wobei der Schwerpunkt auf der Umsetzung der Rechtsnormen liegen soll. Der individuelle Bedarf des Menschen mit Behinderung soll stärker berücksichtigt werden und das Selbstbestimmungsrecht der Menschen mit Behinderung soll beachtet werden. Das BMAS will Maßnahmen ergreifen, damit die Gemeinsamen Servicestellen ihre Funktion einer neutralen und trägerübergreifenden Beratung erfüllen können. Im Projekt „Analyse der Prozessketten beim Persönlichen Budget und den Gemeinsamen Servicestellen“ sollen Verwaltungsabläufe und Möglichkeiten der IT-Unterstützung überprüft und optimiert werden. Auch die Deckelung des Reha-Budgets nach § 220 SGB VI soll einer Überprüfung unterzogen werden. Weiterhin soll es einen so genannten „Leistungsfinder“ geben, der Menschen mit Behinderung bei der Suche nach geeigneten ortsnahen Rehabilitationsträgern unterstützt.

Bewertung

Der DCV begrüßt die Weiterentwicklung und Neuausrichtung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung, die den individuellen Bedarf berücksichtigt.

Kritisch ist, dass der NAP nicht auf die Gesetzesänderungen im SGB XI eingeht, die durch die Behindertenrechtskonvention notwendig werden.

Bei der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe muss insbesondere sichergestellt werden, dass die Behindertenrechtskonvention im deutschen Sozialrecht umgesetzt wird. Hierzu sind insbesondere Änderungen und Anpassungen des SGB IX erforderlich. Es ist zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderung ihren individuellen Anspruch auf Förderung im Sinne der Behindertenrechtskonvention geltend machen können. Aus der Behindertenrechtskonvention ergibt sich beispielsweise ein Weiterentwicklungs- und Anpassungsbedarf im Bereich der Prävention. Nach § 3 Abs. 1 SGB IX erfasst das Sozialgesetzbuch zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen nur die so genannte Sekundärprävention.

Nach Art. 25b Behindertenrechtskonvention muss die Prävention auch auf die Vermeidung von Behinderung ausgerichtet sein. Es müssen Maßnahmen getroffen werden, die darauf gerichtet sind, Beeinträchtigungen der Gesundheit vor dem Auftreten feststellbarer Funktionsstörungen zu erfassen, die so genannte Primärprävention.

Ebenso ist die Weiterentwicklung des Leistungsrechts im SGB IX für die erfolgreiche Umsetzung der Behindertenrechtskonvention erforderlich. Dies soll durch das folgende Beispiel verdeutlicht werden: Die Rehabilitationsdienste sollen nach Art. 26 Behindertenrechtskonvention Menschen mit Behinderung in die Lage versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, an umfassender körperlicher, geistiger, sozialer und beruflicher Fähigkeit sowie die volle Einbeziehung und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Dies erfordert Änderungen in den §§ 26 Abs. 1, 33 Abs. 1 und 55 Abs. 1 SGB IX. Es müssen die leistungsspezifischen Zielsetzungen an die Anforderungen der Behindertenrechtskonvention angeglichen werden.

Der NAP trifft keine Aussage, wie der individuelle Bedarf entsprechend den Vorgaben der Behindertenrechtskonvention ausgestaltet werden muss. Nach Artikel 26 Abs. 1 a Behindertenrechtskonvention müssen Habilitations- und Rehabilitationsdienste so organisiert sein, dass sie auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken des Behinderten beruhen. § 10 SGB IX wird diesen Anforderungen nur teilweise gerecht, denn es werden trügerspezifische Bedarfsfeststellungsverfahren zur Ermittlung des Hilfebedarfs durchgeführt. In Zukunft sollte § 10 SGB IX sicherstellen, dass im Rahmen der Bedarfsfeststellung ein einheitliches Bewertungssystem angewandt wird, das zumindest auf bundesweit gültigen und trägerübergreifenden Kriterien beruht. Dabei sind nicht Art und Schwere der Erkrankung oder Funktionsstörung sowie Beeinträchtigung in erster Linie von Bedeutung, sondern die dadurch entstehenden Einschränkungen an der Teilhabe am Leben und der Gesellschaft, wie es die "Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF) vorsieht. Ein erster Wegweiser dafür hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) mit dem Praxisleitfaden ICF schon 2006 vorgelegt.

Die Stärkung der Selbstbestimmungsrechte behinderter Menschen ist ein wichtiger Schritt für die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention. Nach Art. 3a ist allgemeiner Grundsatz der Behindertenrechtskonvention, dass die individuelle Autonomie - einschließlich der Freiheit eigene Entscheidungen zu treffen - geachtet wird. Die Regelung des Wunsch- und Wahlrechts in § 9 SGB IX räumt behinderten Menschen eine stärkere Mitbestimmung bei Entscheidungen von Habilitations- und Rehabilitations-trägern ein. Es muss jedoch weiterentwickelt und gestärkt werden. Alle Sozialgesetzbücher sind auf bestehende Divergenzen zu prüfen und entsprechend anzupassen.

Positiv zu bewerten ist, dass die Bundesregierung die Wirkung der gedeckelten Leistungen des Reha-Budgets nach § 220 SGB VI überprüfen will. In einer Gesellschaft des längeren Lebens wird der Bedarf der Versicherten an Reha-Maßnahmen weiter steigen, um einen längeren Verbleib im Erwerbsleben zu sichern. Bereits in den letzten Jahren zeichnet sich ein deutlicher Anstieg der Nachfrage nach Rehabilitationsmaßnahmen ab. Die Anzahl von Menschen, die wegen psychischer Erkrankungen der Rehabilitation bedürfen, ist in Deutschland, aber auch europaweit, stark angestiegen. Auch der Bedarf an Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen hat zugenommen. Erstmals im Jahr 2009 deutete sich an, dass die Regionalträger der DRV ihr Budget vollständig ausschöpfen oder überziehen würden. Im März 2010 berichtete die DRV vom größten Antragseingang an Rehabilitationsmaßnahmen ihrer Geschichte. Die meisten Maßnahmen wurden im Bereich der psychosomatischen Erkrankungen und der Orthopädie beantragt. Angesichts des auf die Entwicklung der Grundlohnsumme gedeckelten Niveaus des Reha-Budgets reagierten die Kostenträger mit Kürzung der Maßnahmendauer, Senkung der Bewilligungsquote, vermehrter Durchführung von ambulanter Reha oder mit Standardabsenkungen. Es zeigt sich, dass die Deckelung des Budgets der Reha-Maßnahmen nicht mehr sachgerecht ist. DCV und CBP sprechen sich daher nachdrücklich für die Aufhebung der strikten Bindung des Reha-Budgets an die Grundlohnsummenentwicklung aus. Die Optimierung von Verwaltungsabläufen beim Persönlichen Budget ist positiv zu werten. Kritisch zu sehen ist, dass die Maßnahme zeitlich befristet ist. Um Nachhaltigkeit zu erreichen ist es sinnvoll, Verwaltungsabläufe kontinuierlich zu überprüfen und zu verbessern.

Der Aufbau eines so genannten „Leistungsfinders“, einer Datenbank, die Menschen mit Behinderung ermöglichen soll, geeignete Rehabilitationsdienstleister in ihrer Nähe zu finden, ist zu begrüßen. Problematisch ist jedoch, dass gerade in ländlichen Gebieten ein gemeindenahes Versorgungsnetzwerk für Rehabilitationsdienstleistungen nicht besteht. Wichtiger ist daher, dass entsprechend Art. 26 Behindertenrechtskonvention auch in ländlichen Gebieten ausreichend gemeindenahes Versorgungsangebot für Teilhabeleistungen geschaffen werden und die Aus- und Fortbildung von Fachkräften und Mitarbeitern in Rehabilitationsdiensten gefördert und weiterentwickelt werden.

6. Handlungsfeld Arbeit und Beschäftigung

Nationaler Aktionsplan

Die Bundesregierung kündigt an, zu einer „Initiative für Ausbildung und Beschäftigung“ alle maßgeblichen Akteure an einen Tisch zu bitten. Zu den vorhandenen arbeitsmarktpolitischen Instrumenten wird ein neues Programm „Initiative Inklusion“ gestartet. Für die Werkstatt für behinderte Menschen wird angekündigt, dass der personenzentrierte Ansatz wie in der gesamten Eingliederungshilfe auch hier unterstützt wird. Erkennbar wird, dass Personenzentrierung vorrangig dadurch gefasst wird, dass der Bedarf individuell festgestellt werden soll und dass neben der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) auch andere Anbieter zugelassen werden sollen.

Bewertung

Durch Beratung und Unterstützung beim Zugang und beim Erhalt eines Ausbildungs- und Arbeitsplatzes werden Menschen mit Behinderung unterstützt und befähigt, eine Ausbildung zu absolvieren oder einen Arbeitsplatz am allgemeinen Arbeitsmarkt zu erhalten und zu behalten. Dafür ist in den vergangenen Jahrzehnten sehr viel Geld ausgegeben worden. Dennoch ist abhängig von der Konjunktur und der gesamtwirtschaftlichen Lage aber immer ein großer Teil der Menschen mit Behinderung ohne Teilhabe am Arbeitsleben geblieben, wie in der Einleitung dieses Kapitels im NAP festgestellt wird.

Wenn die Leistungsberechtigung und -gewährung auch bei der Teilhabe am Arbeitsleben dem Prinzip der Personenzentrierung entsprechen soll, ist die Ausgangsfrage, welcher Bedarf besteht, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu gewährleisten oder zu fördern, und welche Form der Leistung dafür angemessen ist. Bedarf und Eignung sind die Kriterien, nach denen diese Entscheidung zu treffen ist.

Es ist zu verhindern, dass Entscheidungen ausschließlich von finanziellen Erwägungen geleitet werden. Ebenso sind die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass der Teilhabeplan ein Plan des Menschen mit Behinderung wird. Die Entscheidung, ob ein Mensch mit Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, oder ob er bei ausreichender und geeigneter Unterstützung einen Arbeitsplatz in einem Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarkts ausfüllen kann, hängt von seinen individuellen Fähigkeiten (Funktionsbeeinträchtigungen und die Einschränkungen) und Ressourcen, aber auch von den Rahmenbedingungen des Arbeitsplatzes ab. Leistungen der Eingliederungshilfe, die für den Werkstattplatz zur Verfügung stehen, müssen auch für andere Beschäftigungsorte als die Werkstatt möglich sein. So soll der Sozialhilfeträger auch einen Minderleistungsausgleich bezahlen können, sofern bei vorangegangenem Assessment und nach Abschluss einer betrieblichen Qualifizierungsphase eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf einem tariflich eingruppierbaren Arbeitsplatz nicht möglich ist. Dazu muss die Leistung „Teilhabe am Arbeitsleben“ über das bisherige System hinaus verändert werden. Einseitige Maßnahmen, wie zum

Beispiel im Bereich der Integrationsfachdienste offen auszuschreiben oder nur andere Anbieter neben der Werkstatt für behinderte Menschen zuzulassen, ohne die Wahlrechte der Anspruchsberechtigten zu stärken, sind kontraproduktiv.

Das hier skizzierte Konzept, das der DCV und der CBP vertreten, orientiert sich am Bedarf der Person und geht über die Forderung nach einer individuellen Bedarfserhebung hinaus. Denn auch bei der Teilhabe am Arbeitsleben heißt personenzentrierte Leistungsgewährung, dass sie unabhängig von institutioneller Form und Ausprägung ist. Konkret muss es den Menschen mit Behinderung möglich sein, mit dem Betrag, der ihnen zur Bedarfsdeckung zusteht, zum Arbeitgeber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, in die Integrationsfirma oder in die WfbM zu gehen oder sich selbständig zu machen.

Nach dem NAP wirkt die Bundesregierung darauf hin, dass die Ausbildung ein Augenmerk des NAP bleibt und fortentwickelt wird. Die Bundesagentur für Arbeit will dazu beitragen, dass der Anteil behinderter Jugendlicher in betrieblichen Ausbildungen deutlich gesteigert wird. Insgesamt soll der Anteil der betrieblichen Ausbildungsanteile um ein Viertel gesteigert werden. Da jedoch im Jahr 2008/2009 nur 1.404 behinderte Jugendliche in eine reguläre betriebliche Berufsausbildung vermittelt wurden, bedeutet die Steigerung um ein Viertel, dass nur eine geringe Zahl von ca. 350 Jugendlichen mit Behinderung zusätzlich in eine betriebliche Ausbildung vermittelt wird. Dies ist für eine nachhaltige Teilhabe am Arbeitsleben behinderten Jugendlichen nicht ausreichend.

7. Handlungsfelder Bildung und Kinder und Jugendliche mit Behinderungen

Nationaler Aktionsplan

Besondere Maßnahmen für junge Menschen mit Behinderungen sind im Aktionsplan in den Bereichen 3.2 „Bildung“ und 3.4.1 „Kinder und Jugendliche“ enthalten, die im Folgenden beurteilt werden. Weitere relevante Aspekte sind in den Handlungsfeldern „Prävention, Rehabilitation, Gesundheit“, „Arbeit und Beschäftigung“ und „Rehabilitation und Teilhabe“ dargestellt und werden in den dementsprechenden Kapiteln der vorliegenden Stellungnahme bearbeitet.

• Thema Bildung

Die Bundesregierung setzt sich mit dem Nationalen Aktionsplan für ein selbstverständliches inklusives Lernen von Anfang an gemäß den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention ein. Um das Recht auf Bildung diskriminierungsfrei und im Sinne der Chancengleichheit zu verwirklichen, gewährleisten die Vertragsstaaten in Art. 24 der UN-Behindertenrechtskonvention ein inklusives¹ Bildungssystem auf allen Ebenen. Menschen mit Behinderungen dürfen demnach nicht aufgrund ihrer Behinderung vom

¹ In der deutschen Übersetzung der UN-Behindertenrechtskonvention wurde das englische „inclusive“ mit „integrativ“ übersetzt. In der Stellungnahme wird gemäß der englischen Originalfassung das Wort inklusiv angewendet.

allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden.

- **Thema Betreuung, Förderung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen**

Der NAP setzt sich die Förderung von jungen Menschen mit Behinderung von Anfang an zum Ziel. In diesem Rahmen soll der bedarfsgerechte und qualitätsorientierte (inklusive) Ausbau der Kindertagesbetreuung, insbesondere für Kinder unter drei Jahren, unterstützt werden. Des Weiteren sollen die bestehenden Abstimmungsprobleme zwischen den Rehabilitationsträgern bei der Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung beseitigt werden.

Die Bundesregierung setzt sich mit dem NAP für eine Unterstützung von jungen Menschen mit Behinderung und ihren Familien im Sinne des Verbleibs im familiären Umfeld ein. Auch die Bearbeitung der Schnittstellenproblematik zwischen SGB VIII und SGB XII wird als Ziel des NAP genannt.

- **Thema sexueller Kindesmissbrauch**

Die Bundesregierung kündigt ein Forschungsvorhaben im Zusammenhang mit sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche an. Zudem soll es einen verbesserten Schutz von allen Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt geben.

Bewertung des Themas Bildung

Der DCV und der CBP begrüßen, dass sich die Bundesregierung mit dem Nationalen Aktionsplan für ein selbstverständliches inklusives Lernen von Anfang an im Sinne des Art. 24 der UN-Behindertenrechtskonvention einsetzt. Im Rahmen des Aktionsplans werden bisher aber lediglich die formalen Bereiche der Kindertagesstätte, Schule, Hochschule und Bildungsforschung (3.2) genannt, während der Bereich der außerschulischen und informellen Bildung von Kindern und Jugendlichen weitgehend unbeachtet bleibt. Für junge Menschen mit Behinderung ist das gemeinsame Aufwachsen und die Begegnung mit Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung ein wichtiger Erfahrungsraum, der Teilhabemöglichkeiten schafft. Inklusive Angebote für Eltern-Kind-Gruppen oder Spiel-, Sport- und Förderangebote für Kinder und Jugendliche bestehen aber noch zu selten. Der inklusive Ausbau dieser Angebote sollte daher im NAP verfolgt werden.

Wie im Referentenentwurf des Aktionsplans beschrieben, werden bisher nur 20 Prozent der Schüler und Schülerinnen mit besonderen Bedarfen an Regelschulen unterrichtet. Der Nationale Aktionsplan setzt sich daher das Ziel, die Quote der integrativ/inklusive beschulten jungen Menschen zu steigern, versäumt dabei jedoch, die konkreten Zielvorgaben festzusetzen. Entscheidend bleibt die Orientierung am individuellen Bedarf des Kindes. Welche institutionelle Ausformung das Betreuungs-, Förder- und Bildungsangebot hat, mit dem dieser Bedarf angemessen gedeckt wird, ist eine nachrangige Fragestellung. Inklusiv heißt aber immer, dass die organisatorische oder institutionelle Form Vorrang hat, die für die meisten Kinder und Jugendliche gilt.

Maßnahmen zum Austausch der vorhandenen Experten und Expertinnen und die Auslobung von

Preisen sind zwar zu begrüßen, begründen aber lediglich die Weiterentwicklung vorhandener Modellprojekte und nicht den verpflichtenden inklusiven Ausbau und die Multiplikation der erfolgreichen Modellprojekte.

Für einen umfassenden inklusiven Ausbau des Schulsystems muss ein gesetzlicher Anspruch auf wohnortnahe inklusive Bildung geschaffen werden. Der Gesetzesanspruch muss als bundeseinheitliche Regelung, die die Teilhabe während der Schulzeit sichert, ausgestaltet werden. Durch die Schaffung einer solchen Regelung wird zwar nicht in die Gesetzskompetenz der Länder eingegriffen. Aber dennoch werden die Länder für solche Gesetzesvorhaben ihre Zustimmung geben müssen. Darum ist zu hoffen, dass in den Aktionsplänen der Länder solche Überlegungen aufgegriffen werden. Erst durch einen gesetzlichen Anspruch auf wohnortnahe inklusive Bildung wird den Eltern und ihren Kindern die Wahlfreiheit zwischen „Förder-/ Sondereinrichtung“ und „Regeleinrichtung“ eröffnet.

Will man eine inklusive Betreuung, Förderung und Bildung für alle Kinder und Jugendliche, sind die gesamten Rahmenbedingungen zu verbessern und anzupassen. Dazu gehören die räumlichen und personellen Ausstattungen. In manchen Bereichen müssen die gleichen finanziellen Mittel anderes eingesetzt oder verteilt werden. In anderen Bereichen wird es ohne Erhöhung der Ausgaben keine Weiterentwicklung geben.

Es sollten auch Wege aufgezeigt werden, wie die berufliche Bildung des Personals zu verändern ist. Inklusion verlangt den Einsatz multiprofessioneller Teams. Dazu sind auch die rechtlichen Voraussetzungen anzupassen. Der Nationale Aktionsplan erwähnt als konkrete Maßnahme bisher nur die Entwicklung eines Fortbildungsmodus zur inklusiven Bildung im Bereich der Kindertagespflege. Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Lehrkräften und Erziehern müssen sich auf das gesamte Bildungswesen einschließlich von Kinderkrippen und Kindertagesstätten erstrecken.

Bewertung des Themas Betreuung, Förderung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen

Der inklusive Ausbau der wohnortnahen Kindertagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren wird vom Deutschen Caritasverband ebenso begrüßt wie der Anspruch, dabei die Qualität der Bildung, Erziehung und Betreuung zu verbessern.

Um dem gerecht zu werden, sollten im Rahmen des Aktionsplans auch spezifische Qualitätskriterien für die inklusive Förderung von Kleinkindern mit besonderem Förderbedarf entwickelt werden. Bei der geplanten Verbesserung der Datenbasis zu inklusiver Kindertagesbetreuung im Rahmen der Phase VI des Projekts „Jugendhilfe und sozialer Wandel“ sollten diese Qualitätskriterien den Erhebungen zu Grunde gelegt werden. Denn Kinder mit Behinderung sollen in einer Regeleinrichtung nicht nur „dabei sein“, sondern auch möglichst umfassend an den Angeboten teilhaben können.

Die geplante Weiterentwicklung der Komplexleistung Frühförderung ist begrüßenswert. Konkrete

Lösungsmöglichkeiten zur Weiterentwicklung werden in einer gemeinsamen Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes mit anderen Verbänden zur Weiterentwicklung der Komplexleistung „Interdisziplinäre Frühförderung“ erläutert². Eine Bewertung der geplanten Maßnahmen im Rahmen des Nationalen Aktionsplans wurde in Kapitel „Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege“ vorgenommen und hier nicht mehr wiederholt.

Die Unterstützung von Familien mit behinderten Kindern im Sinne des SGB VIII begrüßt der Deutsche Caritasverband. Gleichwohl wird hier ein großer Handlungsbedarf gesehen. Es fehlt nicht nur an entsprechenden Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für die Familien, sondern auch an inklusiven Erholungs-, Freizeit, Sport- und Kulturangeboten für die Kinder.

Bei der Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien und der Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für inklusive Förderung kommt der Lösung der Schnittstellenproblematik der Sozialgesetzbücher – insbesondere zwischen SGB VIII und SGB XII – eine wichtige Rolle zu.

Beide Hilfesysteme sind so aufeinander abzustimmen, dass sowohl die Teilhabe der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung gefördert, als auch die Familien in der Bewältigung ihrer Erziehungsaufgabe entlastet und unterstützt werden. Somit müssen die dafür erforderlichen Maßnahmen der Eingliederungshilfe ins SGB VIII integriert werden. Bei Volljährigkeit müssen leistungsrechtliche Übergänge barrierefrei erfolgen.

Bewertung des Themas sexuelle Übergriffe

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Vorhaben der Bundesregierung. Ein verbesserter Schutz für Kinder und Jugendliche in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich ist ein wichtiger Schritt, um Kinder und Jugendliche vor sexuellen Übergriffen zu schützen. Allerdings macht der Deutsche Caritasverband darauf aufmerksam, dass nicht nur bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung einen zuverlässigen Schutz vor sexualisierter Gewalt gewährleistet sein muss. Vielmehr zeigt sich in der Praxis, dass Menschen mit Behinderungen unabhängig von ihrem Alter aufgrund ihrer Lebenssituation besonders gefährdet sind, Opfer von sexualisierter Gewalt zu werden. Statistiken sprechen von einem bis zu vierfach erhöhten Risiko im Verhältnis zu Menschen ohne Behinderungen. Stu-

dien³ belegen eine Betroffenheit von jeder 3. bis 4. jungen Frau mit geistiger Behinderung im Alter von 12-25 Jahren. Die Dunkelziffer wird wesentlich höher sein. Im Rahmen einer anderen Umfrage⁴ unter Frauen mit der Diagnose einer geistigen oder Mehrfachbehinderung aus dem Jahr 1996 gab rund jede zweite der Befragten an, ein- oder mehrmals in ihrem Leben sexuelle Belästigung bzw. sexuelle Gewalt erfahren zu haben. Auch die UNO⁵ geht davon aus, dass Mädchen und Frauen mit Behinderung doppelt so häufig sexuellen Gewalterfahrungen ausgesetzt sind wie Mädchen und Frauen ohne Behinderung.

Die erhöhte Betroffenheit von sexualisierter Gewalt bei Menschen mit Behinderung betrifft nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch junge Erwachsene. Daher sollte das Forschungsvorhaben auch diese Personengruppe in den Blick nehmen. Zudem ist es erforderlich auch für volljährige Menschen mit Behinderung einen umfassenden Schutz vor sexualisierter Gewalt zu gewährleisten. Ein erster denkbarer Schritt wäre es § 30 Bundeszentralregistergesetz (BZRG) auf Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung zu erweitern. § 30a BZRG bestimmt, dass Mitarbeitende im kinder- und jugendnahen Bereich ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen müssen, damit einschlägig vorbestrafte Personen nicht in diesem Bereich tätig werden.

8. Handlungsfeld Mobilität

Nationaler Aktionsplan

Ziel der Bundesregierung ist es, die Mobilität von Menschen mit Behinderung im öffentlichen Nahverkehr zu verbessern. Konkret erwähnt wird die Aufhebung der Beschränkung der unentgeltlichen Beförderung von Menschen mit Behinderung im öffentlichen Nahverkehr auf 50 km im Umkreis um ihre Wohnort. Diese Maßnahme ist inzwischen umgesetzt. Ein weiteres Ziel ist die Beteiligung der Bundesregierung im Rahmen ihrer eGovernment-Strategie bei der Information über barrierefreie Serviceketten. Auch im Bereich des Straßenverkehrs strebt die Bundesregierung einen Abbau bestehender Barrieren an.

Staatenbericht

Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, im Rahmen des Fernstraßengesetzes auf Rastanlagen eigene Parkstände für Menschen mit Behinderung sowie behindertenregerechte Toiletten flächendeckend einzurichten.

Bewertung

Menschen mit Behinderung haben viele Barrieren zu überwinden, wenn sie im Alltag unterwegs sind oder

² Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Deutscher Caritasverband e. V., Der Paritätische Gesamtverband e. V., Deutsches Rotes Kreuz e. V., Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. sowie Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V., Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB), Bundesverband für Körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V., Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V., Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit e. V., Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e. V.: Gemeinsame Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Komplexleistung „Interdisziplinäre Frühförderung“, Berlin 2009 <http://www.caritas.de/2340.asp?detail=true&id=1170>

³ Susanne Klein/ Silke Wawrock, Sexuelle Gewalt in der Lebensentwicklung von Mädchen und jungen Frauen mit geistiger Behinderung- die Sicht der Betroffenen, Analyse bestehender Hilfsangebote und eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung, Laufzeit 1995-1997

⁴ Aiha Zemp/ Erika Pircher, Weil das alles weh tut mit Gewalt – Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung, 1996

⁵ World Disability Report - Disability 1999

verreisen. Im Unterschied zu anderen europäischen Ländern sind Gehsteige nicht abgeflacht. Treppen und Stufen behindern den Zugang zu vielen Gebäuden, Geschäften und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Der Personennahverkehr weist ebenfalls in der Regel viele Hürden und Schwellen auf. Zwar wurden in den letzten Jahren zunehmend Niederflerbusse eingesetzt. S-Bahnen, U-Bahnen und Straßenbahnen sind jedoch oft nicht barrierefrei zu besteigen. Es fehlen Aufzüge, die Menschen mit Behinderung zum Verkehrsmittel bringen können oder der Ein- und Ausstieg in und aus diesen Bahnen ist mit unüberwindbaren Barrieren verbunden. Reisen von einem Ort zum anderen, bei denen mehrere Verkehrsmittel im Sinne einer Reisekette benutzt werden müssen, ist vielen Menschen mit einer Behinderung nicht möglich. Der Nationale Aktionsplan führt zwar einige konkrete Maßnahmen auf, bleibt aber in der Zielsetzung zu wenig ambitioniert. Der Einsatz von Bodenindikatoren in Form von Rillen-, Rippen- oder Noppenplatten, der Menschen mit einer Sehbehinderung die Orientierung erleichtert, ist längst noch nicht flächendeckend.

Eine barrierefreie Mobilität kann nur im Zusammenwirken aller für das Verkehrswesen zuständigen Akteure erreicht werden. Neben dem Bund sind das vor allem auch die Länder. Der Bund soll jedoch alle Möglichkeiten ergreifen, die ihm im Rahmen seiner Gesetzgebungskompetenz zur Verfügung stehen, um einen Abbau von Mobilitätsschwellen zu erreichen. So enthält der Gesetzesentwurf zur Anpassung des Personenförderungsgesetzes an europäisches Recht keine Regelung zur Förderung der Barrierefreiheit. Der DCV und der CBP fordern den Gesetzgeber dringend zur Nachbesserung auf. Das Ziel der Bundesregierung, die Infrastruktur von Raststätten an Fernstraßen flächendeckend behindertengerecht zu gestalten, wird begrüßt.

9. Handlungsfeld Kultur und Freizeit

Nationaler Aktionsplan

In diesem Handlungsfeld spielt das „Design for all“ eine zentrale Rolle. Unternehmen sollen für dieses handlungsleitende Prinzip sensibilisiert werden. Fachtagungen sollen durchgeführt werden. Als konkrete Maßnahme wird die Förderung des Kompetenzzentrums Barrierefreiheit genannt. Im Bereich des Sports wird die Förderung des Breiten- und Rehasports für Menschen mit Behinderung als Förderschwerpunkt genannt. Im Bereich Kultur konzentriert sich der Nationale Aktionsplan stark auf den Bereich Film und Fernsehen. Filme sollen in stärkerem Maße mit Audiodeskription und Untertitelungen versehen werden. Kinos sollen gefördert werden, wenn sie Barrieren für gehbehinderte und hörgeschädigte Menschen abbauen.

Bewertung

Der DCV misst der Förderung des „Design for all“ eine hohe Bedeutung zu; die beschriebenen Maßnahmen werden daher begrüßt. Positiv zu bewerten sind auch die angestrebten Maßnahmen im Bereich von Film und Fernsehen. Nicht in den Blick genommen wird jedoch der Bereich der Museen. Museen sind zwar überwiegend barrierefrei zugänglich, weisen jedoch im Ausstellungsbereich häufig ver-

meidbare Barrieren auf. Der Bund soll hier in Staatlichen Museen, an deren Trägerschaft er beteiligt ist, mit Beispielen der guten Praxis vorangehen.

10. Handlungsfeld Ehrenamt

Nationaler Aktionsplan

Unter dem Handlungsfeld Kultur und Freizeit wird auch das Ehrenamt benannt. Der NAP weist besonders darauf hin, dass Menschen mit Behinderung nicht nur die Adressaten ehrenamtlicher und freiwilliger Tätigkeiten sind, sondern selbstverständlich in gleicher Weise wie andere sich in Selbsthilfeorganisationen engagieren oder in den Freiwilligendiensten aller Generationen einbezogen sind.

Bewertung

Im Hinblick auf die ehrenamtliche/ freiwillige Tätigkeit der Menschen mit Behinderung ist ihre Einbeziehung in die Freiwilligendienste aller Generationen besonders hervorzuheben. Im Maßnahmenkatalog des NAP wird sehr gut die selbstbestimmte Teilhabe auch beim ehrenamtlichen und freiwilligen Engagement der Menschen mit Behinderung beschrieben. Besondere der „Seitenwechsel“ von der Seite, auf der man vornehmlich als Empfänger von Unterstützungsleistungen wahrgenommen wird, zu der Seite, auf der man für andere durch sein Engagement Bedeutung erlangt, wird ein zuverlässiger Indikator für die positive Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft sein. Dass dafür im NAP Absichten und Maßnahmen genannt werden, ist positiv zu bewerten. DCV und CBP sehen sich an dieser Stelle in der Pflicht, selbst kreativ Ideen zu entwickeln und Möglichkeiten zu eröffnen.

11. Handlungsfeld „Anerkennung einer Behinderung“

Nationaler Aktionsplan

Im Mittelpunkt des Nationalen Aktionsplans steht eine Verbesserung und Vereinheitlichung der Verfahren zur Anerkennung einer Behinderung durch Begutachtung. Der Bund will im Rahmen einer Bund-Länder-AG auf eine Beschleunigung der Begutachtungsverfahren sowie auf eine Verbesserung der Begutachtungskriterien durch Anpassung an das Modell der ICF hinwirken.

Bewertung

Der DCV und der CBP unterstützen das Anliegen der Bundesregierung uneingeschränkt. Nach unseren Erfahrungen kommt es bei Antragsstellung auf Anerkennung einer Behinderung oftmals zu Verzögerungen im Verfahren.

12. Handlungsfeld Wahlen und politische Teilhabe

Nationaler Aktionsplan

Die Bundesregierung beschreibt zutreffend, dass es bisher keine konkreten Daten zur Frage gibt, ob Menschen mit Behinderung durch fehlende Zugänglichkeit zur Ausübung ihres Wahlrechts von Wahlen und politischer Beteiligung ausgeschlossen sind und welche Faktoren einem aktiven und passiven Wahlrecht im Wege stehen. Eine andere wesentliche Frage ist, wie Menschen mit Behinderung in der Politik und Zivilgesellschaft repräsentiert sind. Die Bundes-

regierung will eine entsprechende Studie in Auftrag geben.

Bewertung

Der DCV und der CBP unterstützen dieses Vorhaben uneingeschränkt. Viele Wahllokale sind nicht barrierefrei zugänglich. Auch Menschen mit Behinderung müssen die grundsätzliche Wahlfreiheit haben, in einem Wahllokal oder per Briefwahl zu wählen. Untersucht werden soll auch, welche Faktoren Menschen mit Behinderung ermutigen können, sich aktiv für ein Wahlamt zur Verfügung zu stellen.

13. Handlungsfeld Information und Kommunikation

Nationaler Aktionsplan

Im Mittelpunkt des Nationalen Aktionsplans steht die Überarbeitung der BITV (Barrierefreie Informationstechnik). Dabei sollen die Belange von hör- und lernbehinderten Menschen bei der Gestaltung von Internetseiten besser erfasst werden. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Beratung der Bundesbehörden bei der Umsetzung von Möglichkeiten zum eGovernment.

Bewertung

Der DCV und der CBP begrüßen die genannten Maßnahmen. Ein weiterer Schwerpunkt des Nationalen Aktionsplans sollte jedoch die Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung der Behörden für die Belange von Menschen mit Behinderung im Bereich des eGovernment sein. Formulare müssen nicht nur zugänglich, sondern auch verständlich sein. Ein Ziel des Bundes muss es daher sein, Formulare in einfacher oder leicht verständlicher Sprache zum Einsatz zu bringen. Dieses Ziel sollte konkret in den Nationalen Aktionsplan aufgenommen werden.

14. Handlungsfeld Persönlichkeitsrechte und Zugang zur Justiz

Nationaler Aktionsplan

Im Nationalen Aktionsplan wird die Verbesserung des Betreuungsrechts als konkrete Maßnahme genannt. In diesem Zusammenhang ist auch eine Bund-Länder-AG eingerichtet worden. Im Bereich Verbesserung des Zugangs zur Justiz werden drei konkrete Bereiche genannt: die Evaluation des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG), die Überarbeitung der Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren sowie die Förderung des barrierefreien Zugangs zu Rechtsanwälten und Rechtsanwaltspraxen.

Bewertung

Der DCV und der CBP bewerten das in Deutschland vorhandene Betreuungsrecht als eine gute Grundlage für die Teilhabe auch der Menschen mit geistigen oder psychischen Einschränkungen an den Rechtsgeschäften. Die Rechtliche Betreuung ist als Rechtsfürsorge eine Form von Hilfe. Sie ist Soziale Arbeit – auch wenn sie keine Sozialleistung ist. Sie sichert auch den Menschen mit geistigen oder psychischen Einschränkungen Unterstützung, Assistenz und Stellvertretung – wo nötig.

In der konkreten Praxis gibt es drei Problemkreise:

(1) Weil in der Praxis mit einer Rechtlichen Betreuung bestimmte Rechtsgeschäfte einfacher und schneller durchzuführen sind, werden noch immer zu häufig und mit einem gewissen Automatismus Betreuungen z.B. bei so genannter geistiger Behinderung eingerichtet. In Art. 12 der Behindertenrechtskonvention werden Aussagen getroffen zur Rechtsstellung von Menschen mit Behinderung. Danach haben sie - wie alle anderen Menschen - das Recht Rechte zu haben und diese selbstbestimmt auszuüben. Folglich kann eine Behinderung nicht per se die Bestellung eines Betreuers oder die Beschränkung der Handlungsfähigkeit rechtfertigen. Vielmehr muss bei der Bestellung eines Betreuers oder der Beschränkung der Handlungsfähigkeit im Einzelfall und unabhängig von einer Behinderung geprüft werden, ob der Mensch nicht selbstständig und autonom entscheiden kann. Die zuständigen Familiengerichte brauchen mehr Aufklärung bei diesem Thema.

(2) Die von der Behindertenrechtskonvention zugestandenene Rechte und das Recht, diese selbstbestimmt auszuüben, bleiben wirkungslos, wenn der Mensch mit Behinderung sein Recht faktisch nicht wahrnehmen kann. Daher gewährt Artikel 12 der Behindertenrechtskonvention, den Menschen mit Behinderung ein Recht auf Unterstützung, soweit die Person nicht fähig ist, seine Rechte selbstbestimmt auszuüben.

Die Rechtliche Betreuung verpflichtet den Betreuer zu vorrangig unterstützenden und assistierenden Hilfen und nur in letzter Konsequenz zur Stellvertretung. Aus einem alten Verständnis von Fürsorglichkeit gegenüber Menschen mit geistigen und psychischen Einschränkungen neigen insbesondere Familienangehörige als Betreuer die Beratung und Assistenz gegenüber der Stellvertretung zu vernachlässigen. Auch Einrichtungen der Behindertenhilfe brauchen hier mehr Aufklärung. Berufliche Betreuer stehen wegen dem engen Zeitkontingent der pauschalisierten Vergütung unter Druck und in der Gefahr, die zeiteffektivere Stellvertretung zu bevorzugen.

(3) Der Erforderlichkeitsgrundsatz der Rechtlichen Betreuung garantiert und fordert den Vorrang anderer assistierender und unterstützender Hilfen. Die tatsächliche Umsetzung dieses Grundsatzes ist immerwährender Anspruch und fordert insbesondere an den Schnittstellen zwischen Rechtlicher Betreuung und anderen Hilfen gute Absprachen und Verfahrensweisen. Besonders Menschen mit geistigen oder psychischen Einschränkungen sind aber zweitweise oder dauerhaft auf eine Assistenz bei der Ausübung ihrer Rechtsgeschäfte angewiesen, die weit über die Unterstützung hinausgeht, die die Rechtliche Betreuung ermöglicht und zulässt. Hier sind wie in anderen Lebensbereichen zwei Systeme der Unterstützung involviert (Justizsystem mit der rechtlichen Betreuung – Rehabilitations- und Teilhabesystem mit den entsprechenden Assistenzleistungen), die sich auf ihre Leistungsgesetze zurückziehen. Dazwischen entsteht eine Lücke. Eine Lösung dieses Problemkreises könnte eine stärkere Einbeziehung ehrenamtlicher rechtlicher Betreuer

sein, die nicht auf die Vergütung aus dem Justizsystem in der Weise angewiesen sind wie berufliche rechtliche Betreuer. Im NAP werden einige Maßnahmen dazu genannt.

Der Zugang zur Justiz muss für behinderte Menschen weiter verbessert werden. Der DCV und der CBP tragen daher die von der Bundesregierung beabsichtigten Maßnahmen mit. Er macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass die im Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) und in der Strafprozessordnung (StPO) getroffenen Regelungen zum barrierefreien Zugang zur Justiz für Menschen mit Behinderung zu kurz greifen, wenn Art. 13 der Behindertenrechtskonvention entsprochen werden soll. Zwar treffen §§ 187, 191a GVG Regelungen für den Zugang zur Justiz für seh-, sprach- und hörbehinderte Menschen, auf die auch die StPO verweist, es wird aber kein Zugang zur Justiz für Menschen mit geistiger Behinderung gewährleistet. Diesen Personengruppen sollten Dokumente in leichter Sprache zur Verfügung gestellt werden, um den Zugang zur Justiz sicherzustellen.

15. Handlungsfeld Internationale Zusammenarbeit

Nationaler Aktionsplan

Eine Studie zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit wurde in Auftrag gegeben. Vorhaben innerhalb der Entwicklungszusammenarbeit in Partnerländer sollen inklusiv gestaltet werden. Im Ersten Staatenbericht wird eine beeindruckende Anzahl von Maßnahmen und Projekte aufgezählt, in denen schon seit einigen Jahren Menschen mit Behinderung bei der Entwicklungszusammenarbeit im Blick sind.

Bewertung

Die Absicht, bei allen Projekten und Maßnahmen die Beteiligung der Menschen mit Behinderung im Blick zu haben, ist vorbehaltlos zu begrüßen. Da Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen in vielen Ländern besonders von Armut betroffen sind, ist es genauso richtig, bestimmte Unterstützungsmaßnahmen auf sie mittelbar oder unmittelbar auszurichten. Ein wichtiger Zweig der internationalen Zusammenarbeit fehlt jedoch sowohl im NAP als auch im Ersten Staatenbericht: Deutschland kann bei der Zusammenarbeit mit den Ländern, die besonders hart von Armut und Katastrophen bedroht sind, für die Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft lernen. Der Deutsche Caritasverband und seine verbandslichen Gliederungen haben in den vergangenen Jahren bei der Durchführung fast aller Projekte mit internationalen Partnern in beeindruckender Weise erfahren können, wie Betreuung, Förderung und Teilhabe in kleinen Gemeinwesen auch unter schwierigen materiellen Bedingungen möglich wird. Community Based Rehabilitation (CBR), eine Bewegung und Methode, die besonders aus Lateinamerika kommt, kann in jeder Hinsicht ein Vorbild auch für unsere Gesellschaft sein. Eine inklusive Gesellschaft braucht mehr als den rechtlichen Anspruch an den Staat oder an bestimmte Leistungsträger. Menschen brauchen Menschen, die in einem gewissen Maß aufeinander achten. Das ist nur im sozialen Nahraum möglich. Man kann nämlich nur auf Menschen achten, die man als Menschen wahrnimmt. Das ist die Grundlage für eine sozialraumorientierte Entwicklung einer inklusiven Teilhabepolitik. Darin sind uns manche Gesellschaften voraus, mit denen wir in der Entwicklungszusammenarbeit stehen.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)664

13. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011

Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Deutscher Behindertenrat*Hinweis:*

Die im Folgenden beigefügten Stellungnahmen der

- *Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. - BAG SELBSTHILFE*
- *Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. - ISL*
- *Sozialverband Deutschland e.V. - SoVD*

sind Positionen der drei im Deutschen Behindertenrat – DBR – vertretenen Säulen.

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)

I. Präambel

Die UN-Behindertenrechtskonvention ist bereits am 26.03.2009 in Deutschland in Kraft getreten und bindet damit alle Träger öffentlicher Gewalt in ihren Entscheidungen. Somit sind auch alle Träger der öffentlichen Gewalt am Leitbild der **Inklusion** zu orientieren:

Der behinderte Mensch muss sich nicht nach den Bedürfnissen der Gesellschaft richten, sondern die Gesellschaft hat sich mit ihren Strukturen an den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen auszurichten, und zwar von Anfang an, ohne Menschen mit Behinderungen zunächst einmal auszugrenzen.

Um eine derartige Veränderung in der Gesellschaft umzusetzen, bedarf es **weitgehender gesetzgebender Maßnahmen, förderpolitischer Schwerpunktsetzungen, umfassender Aktivitäten zur Bewusstseinsbildung** in der Bevölkerung und nicht zuletzt einer massiven **Stärkung der Selbsthilfe** chronisch kranker und behinderter Menschen in Deutschland.

Vor diesem Hintergrund ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass Bund und Länder mit einem planeri-

schen Vorgehen Umsetzungsziele der UN-Konvention unter Beteiligung der Behindertenverbände für ihre Bereiche festlegen, diese Ziele untereinander abstimmen sowie Maßnahmen zur Zielerreichung und Evaluation beschließen und zur Durchführung der Maßnahmen konkrete Zuständigkeiten festlegen.

Darüber hinaus ist ein Nationaler Aktionsplan erforderlich, um die objektiven Rechte, die die UN-Konvention den Menschen in der Bundesrepublik Deutschland gewährt, auch in subjektive, einklagbare Rechte zu überführen. Wie im Entwurf zum Nationalen Aktionsplan richtig ausgeführt wird, konkretisiert die UN-Konvention nämlich die universellen Menschenrechte für die speziellen Bedürfnisse und Lebenslagen behinderter Menschen.

Vor diesem Hintergrund wird die Bundesregierung im Folgenden beim Wort zu nehmen sein, wenn auf Seite 6 des vorliegenden Entwurfs ausgeführt wird, dass die Bundesregierung die Aufforderung der UN-Behindertenrechtskonvention annehme, den gleichberechtigten Zugang für Menschen mit Behinderungen zu den in der UN-Behindertenrechtskonvention genannten Rechten stetig zu verbessern. **Die allgemeinen Ziele** werden dort zutreffend ausgeführt: „Es geht um gleichberechtigte Teilhabe am politischen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben, um Chancengleichheit in der Bildung, um berufliche Integration und um die Aufgabe, allen Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit für einen selbstbestimmten Platz in einer barrierefreien Gesellschaft zu geben“.

II. Methodische Anforderungen an einen Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

1. Grundsätzliche Anforderungen

- Alle Handlungsfelder, die von der UN-Konvention betroffen sind, müssen auch im Nationalen Aktionsplan aufgegriffen und bearbeitet werden.

- Der Nationale Aktionsplan muss konkrete Fern- und Nahziele benennen, die sämtlich den Zielsetzungen der Konvention verpflichtet und an einzelnen Formulierungen des Konventionstextes auszurichten sind.
- Im Nationalen Aktionsplan ist anzugeben, mit welchen konkreten Maßnahmen und Förderprogrammen die Nah- und Fernziele erreicht werden sollen und wie die Zielerreichung zu belegen ist.
- Im Nationalen Aktionsplan sind klare zeitliche Fristen sowie Verantwortlichkeiten für die Maßnahmen bzw. die Förderprogramme benannt, um die Zuordnung finanzieller Ressourcen sicherzustellen.
- Soweit zur Umsetzung von Vorhaben, Maßnahmen und Programmen im Nationalen Aktionsplan konkrete Fristen genannt werden, ist für den Fall nicht fristgerechter Umsetzung die gesetzliche Möglichkeit der Ersatzvornahme zu verankern.
- Soweit der Nationale Aktionsplan auf einen Zeitraum von 10 Jahren festgelegt ist, sind jährliche Zwischenberichte der Bundesregierung zur Zielerreichung erforderlich, damit Adjustierungen vorgenommen werden können.
- Bei der Erarbeitung und Umsetzung des Nationalen Aktionsplans sind die Verbände behinderter Menschen von Anfang an dauerhaft und kontinuierlich sowie auf Augenhöhe zu beteiligen, wobei auf eine angemessene Vertretung der unterschiedlichen Beeinträchtigungsarten und Altersgruppen sowie der Frauen mit Behinderungen zu achten ist.

2. Sowohl das Verfahren, das der Erstellung des vorliegenden Referentenentwurfs vorangegangen ist, als auch die Inhalte des Entwurfs erfüllen die genannten methodischen Anforderungen nicht einmal ansatzweise:

- Wichtige Handlungsfelder der UN-Konvention wie das der Barrierefreiheit (Art. 9 der Konvention) und das der Habilitation und Rehabilitation (Art. 26 der Konvention) werden gar nicht strukturiert behandelt.
- Auf den Seiten 16 bis 85 des Entwurfs werden „Visionen“ unklarer Genese benannt, jedoch keine klaren Ziele der Bundesregierung definiert.

Die im Forderungspapier des Deutschen Behindertenrats von Mai 2010 benannten Zielsetzungen für die Handlungsfelder der UN-Konvention werden nicht aufgegriffen. Stattdessen werden schon im „Visionenteil“ des Entwurfs situativ Vorhaben der Bundesregierung erwähnt, ohne dass eine klare Analyse des Status Quo und klare Zielparame-ter genannt werden. Völlig unklar ist, in welchem Verhältnis die Ausführungen des „Visionenteils“ des Entwurfs zum „Maßnahmen- teil“ auf den Seiten 86 ff. des Entwurfs stehen.

- Folglich kann dem vorliegenden Entwurf auch nicht entnommen werden, mit welchen konkreten Maßnahmen und Förderprogrammen welche Nah- und Fernziele erreicht werden sollen.

- Ohnehin fehlt es an einer differenzierten Herangehensweise,
 - welche gesetzgeberischen Maßnahmen ergriffen werden sollen,
 - welche förderpolitischen Schwerpunktsetzungen vorgenommen werden sollen,
 - welche Aktivitäten der Bewusstseinsbildung vorgenommen werden sollen und
 - welche Rolle der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen zur Unterstützung der Maßnahmen zugeordnet ist.

Stattdessen verharren die angedachten Maßnahmen größtenteils in kleinteiligen Projekthorizonten oder aber in globalen Aktivitäten („z. B. Erarbeitung eines Patientenrechtegesetzes“), die nicht mit konkreten Umsetzungsnotwendigkeiten der UN-Konvention in eine Beziehung gesetzt werden.

Das wichtigste Instrument zur Konkretisierung von Menschenrechten – nämlich gesetzgeberische Maßnahmen – soll offenbar nach dem Willen der Bundesregierung so gut wie gar nicht genutzt werden. Dies ist nicht nachvollziehbar.

- Da schon das Verhältnis von Zielen und Maßnahmen im vorliegenden Entwurf diffus bleibt, fehlen auch nachvollziehbare Aussagen, wie eine Zielerreichung belegt werden soll bzw. an welchen Maßstäben sich der Erfolg von bestimmten Maßnahmen messen lassen muss.

Selbst dort, wo im Entwurf eine Evaluierung und Überprüfung vorgesehen ist, bleibt die Zielperspektive unklar. So wird zwar auf Seite 101 des Entwurfs eine Überprüfung und Evaluierung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch angekündigt, bei der es um die „Schließung der Lücke zwischen den gesetzlichen Regelungen der tatsächlichen Umsetzung“ gehen soll. Angesichts der jahrelangen Fachdiskussionen zur mangelhaften Umsetzung des SGB IX wäre es hingegen ein Leichtes gewesen, konkret auf die Themen „Gemeinsame Servicestellen“, „Fehlende Umsetzung der BAR-Empfehlungen“ und andere Defizite einzugehen.

- Im vorliegenden Entwurf werden im „Maßnahmen- teil“ auf den Seiten 86 ff. zwar Zuständigkeiten von Ministerien und deren Bearbeitungsfristen genannt. Vorgaben beispielsweise für Rehabilitationsträger werden aber ausgespart, obwohl diese als Körperschaften des öffentlichen Rechts ebenfalls an die UN-Konvention gebunden sind und staatlicher Aufsicht unterliegen. Ferner werden mit dem Nationalen Aktionsplan offenbar nur kurzfristige Ziele verfolgt, da sich die meisten Zeitangaben nur auf die Jahre 2011 bis 2013 beziehen. Da der Nationale Aktionsplan auf 10 Jahre angelegt ist, ist zu fragen, ob in den Jahren 2014 bis 2021 gar keine relevanten Ziele mehr verfolgt werden sollen.
- Es fehlt jegliche Aussage zu der notwendigen Bund-Länder-Abstimmung. Die Aufstellung auf den Seiten 171 und 172 des Entwurfs macht

vielmehr deutlich, dass teilweise sogar noch nicht einmal miteinander kommuniziert wird.

- Es fehlt weitgehend an einer Zuordnung finanzieller Ressourcen zu den Maßnahmen. Sieht man von der Förderung des beruflichen Orientierungsverfahrens ab, dann werden die finanziellen Projektvolumina nicht benannt. Es ist daher gar nicht abschätzbar, ob die Maßnahmen zur Zielerreichung „angemessen“ sind.

Empörend ist, dass der Entwurf die Umsetzung der Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen in Deutschland offenbar unter einem Kostenvorbehalt stellen will.

Dies ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE völlig inakzeptabel und eindeutig rechtswidrig.

- Im vorliegenden Entwurf fehlen auch jegliche Angaben dazu, was passiert, wenn eine Maßnahme ihr Ziel nicht erreicht. Für den Fall nicht fristgerechter Umsetzung muss jeweils die Möglichkeit der gesetzlichen Ersatzvornahme im Aktionsplan verankert werden. So ist es zwar zu begrüßen, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales auf Seite 86 des Entwurfs ankündigt, im Rahmen der „Initiative für Ausbildung und Beschäftigung“ zu „konkreten Verabredungen“ mit den Tarifpartnern kommen zu wollen, wie „mehr“ Inklusion für Menschen mit Behinderungen am Arbeitsmarkt erreicht werden kann.

Es geht nicht aber um „mehr Inklusion“, sondern um einen **inklusiven Arbeitsmarkt**, der nur dann zu erreichen ist, wenn es einen neuen Ordnungsrahmen gibt. Bei Nichtzustandekommen **verbindlicher** Absprachen muss daher im Nationalen Aktionsplan ein gesetzgeberisches Eingreifen vorgesehen werden.

- Im vorliegenden Entwurf fehlt es auch an einem Monitoring des Aktionsplans, das in anderen Arbeitszusammenhängen Standard ist: Es müssen jährliche Zwischenberichte der Bundesregierung zur Zielerreichung vorgelegt werden, damit ggf. Adjustierungen bei den Zielen und den Maßnahmen vorgenommen werden können.

Diese Zwischenberichte müssen auf den Aktionsplan bezogen sein und unterscheiden sich somit vom allgemeinen Behindertenbericht der Bundesregierung.

- **Die Beteiligung der Verbände behinderter Menschen bei der Erstellung des vorliegenden Referentenentwurfs war völlig unzureichend und inakzeptabel. Eine Zwei-Wochen-Frist zur Abgabe einer Stellungnahme zu dem vorliegenden Entwurf überfordert (ehrenamtlich geführte) Verbände massiv und muss als gezielte Provokation verstanden werden.**

Die BAG SELBSTHILFE protestiert gegen diese Verfahrensweise auf das Schärfste.

Die Nichterwähnung des Forderungspapiers des Deutschen Behindertenrats vom Mai 2010 im gesamten Entwurf muss als Provokation verstanden werden. Es kann nur als Missachtung der Behindertenverbände aufgefasst werden, wenn auf den Seiten 78 und 79 des vorliegenden Entwurfs un-

ter der Überschrift „Gelebte Partizipation“ zwar Konferenzen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales benannt werden, nicht aber die Forderungen und Aktivitäten der im Deutschen Behindertenrat zusammenarbeitenden Verbände.

Die BAG SELBSTHILFE protestiert hiergegen auf das Schärfste.

Der Umstand, dass den Vertreterinnen und Vertretern der Behindertenverbände im Ausschuss des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Errichtung des Nationalen Aktionsplans die Vorentwürfe zu vorliegendem Referentenentwurf nicht zur Kenntnis gegeben wurden, stellt nur eine formale, nicht aber eine angemessene Beteiligung dar.

Die BAG SELBSTHILFE protestiert hiergegen auf das Schärfste.

Die BAG SELBSTHILFE fordert die Bundesregierung auf, den Gedanken der Partizipation auch bei der Erstellung und Umsetzung des Nationalen Aktionsplans umfassend umzusetzen und es nicht wie bisher bei der formalen Beteiligung über die bloße Einrichtung von Gremien oder die Veranstaltung von Kongressen ohne klaren Willensbildungsauftrag zu belassen.

III. Inhalte des Nationalen Aktionsplans

1. Einleitung

Auf Seite 7 des Entwurfs wird zutreffend darauf hingewiesen, dass es die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention erforderlich macht, „dass sich alle künftigen behindertenpolitischen Maßnahmen an den Vorgaben und Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention orientieren.“

Es wird ausdrücklich das „Disability Mainstreaming“ eingefordert.

Es fehlen jedoch im weiteren Verlauf dann Angaben dazu, durch welche **Änderungen in den Gesetzgebungs- und Vergabeverfahren** gewährleistet werden soll, dass Gesetzentwürfe, Projekte und Fördermaßnahmen künftig tatsächlich entsprechend orientiert sind.

Es wird zutreffend ausgeführt, dass **bestehende Lücken zwischen Gesetzeslage und Praxis** geschlossen werden.

Es fehlen aber im weiteren Verlauf Angaben dazu, welche Lücken die Bundesregierung bereits identifiziert hat und anhand welcher Verfahren die Bundesregierung solche Lücken künftig identifizieren will. Ein Förderprogramm zur Rechtstatsachenforschung ist jedenfalls nicht vorgesehen.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte die Bundesregierung dringend ihr **Verständnis der Bürgerbeteiligung** überprüfen.

Zutreffend ist, dass die Bundesregierung mehrere Kongresse veranstaltet hat, an denen auch Menschen mit Behinderungen teilgenommen haben. Auch der Internetauftritt www.einfach-teilhabe.de bot die Möglichkeit, Hinweise zur UN-Konvention dort

einzutragen. Diese Möglichkeit wurde jedoch nur von sehr wenigen Personen genutzt.

Aus den wenigen Postings bei www.einfach-teilhabe.de sowie aus einzelnen Wortbeiträgen bei den genannten Kongressen wurden sodann im Bundesministerium für Arbeit und Soziales offenbar Zitate gesammelt (vgl. Ausführungen auf Seite 16 des Entwurfs).

Diese Zitate als „Visionen der Zivilgesellschaft“ in einen Nationalen Aktionsplan aufzunehmen, erscheint aus Sicht der BAG SELBSTHILFE durchaus als merkwürdig.

Die BAG SELBSTHILFE fühlt sich als Dachverband von 120 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und von 13 Landesarbeitsgemeinschaften jedenfalls umfangreichen demokratischen Willensbildungsprozessen verpflichtet und entsendet ihre Vertreterinnen und Vertreter auf dieser breiten Basis in behindertenpolitische Gremien. Auch die Bundesregierung ist gern eingeladen, sich diese Willensbildungsprozesse bei der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zunutze zu machen.

2. Behindertenbericht

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt das Vorhaben der Bundesregierung, den Behindertenbericht künftig in ein fortlaufendes Verfahren der indikationsgestützten Datenerhebung und -auswertung einzubinden.

Allerdings sollte hierzu nicht nur wissenschaftliche Expertisen, sondern auch die Betroffenenkompetenz der Menschen mit Behinderungen genutzt werden.

Dies gilt insbesondere für die Definition der Indikatoren, die Festlegung der Datensätze und die Evaluation der durch Datenerhebung erzielten Ergebnisse. Zwar ist vorgesehen, dass ein Sachverständigenrat unter Beteiligung der Behindertenverbände eingerichtet werden soll, der die notwendigen Prozesse begleitet. Es fehlt bislang aber an Regelungen zur Aufwandsentschädigung der dort tätigen Personen sowie an einer Finanzierungsgrundlage für die zur Indikationsbestimmung, Datensatzfestlegung und Evaluation notwendigen Willensbildungsprozesse in der Behindertenselbsthilfe.

Hier sollten im Nationalen Aktionsplan entsprechende Maßnahmen zur Sicherstellung einer funktionierenden Beteiligung bereits vorgesehen werden.

3. Handlungsfelder

Der Deutsche Behindertenrat hat in seinem Papier von Mai 2010 acht Handlungsfelder benannt, die durch den Nationalen Aktionsplan aufgegriffen und inhaltlich bearbeitet werden müssen.

Dies sind:

- Gleichstellung (Art. 1 bis 5, 8, 31 BRK)
- Politik für Frauen mit Behinderungen (Art. 6 BRK) als themenübergreifende Handlungsfelder sowie
- Bildung (Art. 25 BRK)

- Berufliche Teilhabe (Art. 27 BRK)
- Gesundheit und Rehabilitation einschließlich Pflege (Art. 25, 26 BRK)
- Freiheit, Schutz und Sicherung (Art. 10 bis 12, 14 bis 17 BRK)
- Barrierefreiheit (Art. 9, 13, 21, 29, 30 BRK)
- Selbstbestimmtes Leben (Art. 18 bis 20, 22, 23, 28 BRK)

Der Deutsche Behindertenrat hatte dabei das Erfordernis betont, die spezifischen Bedürfnisse von Kindern sowie älteren Menschen mit Behinderungen, von behinderten Frauen sowie behinderten Menschen mit Migrationshintergrund in den einzelnen Handlungsfeldern besonders zu berücksichtigen.

Die auf Seite 15 des Entwurfs vorgesehene Systematik weist hingegen Defizite auf, wobei sicherlich am Schwerwiegendsten ist, dass das wichtige Thema Barrierefreiheit nicht mit einem umfassenden Ansatz erfasst werden kann.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte die Bundesregierung prüfen, ob es nicht zielführender ist, die von den Verbänden behinderter Menschen entworfene Systematik dem Nationalen Aktionsplan zugrunde zu legen.

3.1 Arbeit und Beschäftigung

a) Konkrete Ziele für den nationalen Aktionsplan müssen aus Sicht der BAG SELBSTHILFE in diesem Handlungsfeld sein:

- Flächendeckende barrierefreie qualifizierte Beratungs- und Vermittlungsangebote für alle Menschen mit Behinderungen
- Eine individuell angepasste berufliche Orientierung sowie die erforderlichen Ausbildungsmöglichkeiten für alle Menschen mit Behinderung
- Beschäftigung für alle behinderten und schwerbehinderten Menschen
- Barrierefreie Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung
- Abbau der bestehenden Defizite im Bereich der beruflichen Rehabilitation.

b) Der bisherige Entwurf macht hierzu folgende Ausführungen:

- Auf den Seiten 17 ff des vorliegenden Entwurfs werden die Defizite im Bereich Beratung und Vermittlung nicht benannt und folglich auch keine Ziele festgelegt.
- Auch die Defizite im Bereich der beruflichen Orientierung werden nicht im Einzelnen analysiert und auch die Lücken im bestehenden Ausbildungsangebot werden ebenso wenig benannt wie die Versäumnisse der Akteure im Bereich Ausbildung. Die BAG SELBSTHILFE verweist hierzu auf das anliegende Forderungspapier des Arbeitskreises „Kinder und Jugendliche in der BAG SELBSTHILFE“ (Anlage 1).

Stattdessen wird sogleich die Maßnahme „Initiative Inklusion“ angesprochen.

- Ziele zum Abbau der Arbeitslosigkeit von Menschen mit Behinderungen werden nicht genannt, sondern lediglich „Verbesserungspotential“ wird gesehen. Das ist unzureichend.
- Noch nicht einmal die Selbstverpflichtung wurde im Entwurf aufgenommen, dass anerkannte Werkstätten für Menschen mit Behinderung von öffentlichen Auftraggebern nach einheitlichen Verwaltungsvorschriften bei der Vergabe von Aufträgen bevorzugt behandelt werden sollen.
- Das Thema „Abbau bestehender Defizite im Bereich der beruflichen Rehabilitation“ fehlt es an einer sorgfältigen Defizitanalyse und daher auch an klaren Zielen. Stattdessen werden sogleich verschiedene punktuelle Maßnahmen angesprochen, die eigentlich in den Maßnahmen Teil des Aktionsplans gehören. Es fehlen Ausführungen zu folgenden Punkten:
 - Welche Gruppen sind – außer Frauen – noch bei der beruflichen Rehabilitation unterrepräsentiert und welche Ziele sind zu setzen, um dieses Defizit zu beheben?
 - Welche Defizite bestehen im Bereich der beruflichen Rehabilitation im Hinblick auf den demographischen Wandel und den Fachkräftemangel und welche Ziele sind zu setzen, um diese Defizite zu beheben?
 - Warum ist das BEM vorwiegend bei einigen wenigen Großbetrieben umgesetzt und welche Ziele werden in welchem Zeithorizont gesetzt, um BEM flächendeckend zu realisieren?
 - Welche Schritte sind erforderlich, um das gegliederte System von Werkstätten und allgemeinem Arbeitsmarkt in eine inklusive Arbeitswelt umzuwandeln und welche Zeithorizonte werden hierfür gesetzt?

3.2 Bildung

- a) Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es zu begrüßen, dass sich die Bundesregierung nach den Ausführungen auf S. 26 des Entwurfs dafür einsetzt, „das inklusive Lernen in Deutschland eine Selbstverständlichkeit wird. Kindergärten und –tagesstätten, Schulen, Hochschulen und Einrichtungen der Weiterbildung sollen allen Menschen von Anfang an in ihre Einzigartigkeit und mit ihren individuellen Bedürfnissen in den Blick nehmen und fördern“.
- b) Für den Bereich der Schulen braucht man hierzu ein flächendeckendes Angebot inklusiver Schulen. Dieses Ziel muss im Aktionsplan auch deutlich benannt werden. Ferner ist eine inklusive Schule auch klar zu definieren.

Die inklusive Schule

- ist eine Schule für alle – dies bezieht sich auf alle Schulformen und alle Schulstufen - zudem ist sie eine wohnortnahe Schule,
- versteht Inklusion als Anspruch und als Qualitätskriterium,
- befähigt die Menschen zur umfassenden Teilhabe an der Gesellschaft,
- gestaltet den Unterricht so, dass alle Lernenden – besonders auch die mit Behinderung – optimal lernen und ihre Potentiale entwickeln können. Der Unterricht wird auf die Bedürfnisse der Lernenden abgestimmt. Es darf nicht sein, dass sich die Lernenden dem Unterrichtsangebot anpassen müssen,
- gewährleistet, dass Schulverwaltung und Schulträger alle erforderlichen personellen, sachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für den gemeinsamen Unterricht bereitstellen,
- ist barrierefrei, insbesondere im Hinblick auf bauliche und sachliche Ausstattungen, Lernmaterialien und –medien sowie Kommunikationsformen,
- stellt pädagogische Kompetenz sicher, um Bildungsangebote je nach Behinderungsart optimal gestalten zu können. Auch externe Beratungssysteme und -angebote sind in der schulischen Arbeit eng eingebunden,
- ist offen für best practise Vergleiche mit anderen Schulen, um ihr Konzept der Inklusion stetig weiterzuentwickeln,
- wird als Teil im Gesamtkontext inklusiver Bildung betrachtet, der weit über den schulischen Bereich hinausgeht und sich auf alle Lebensphasen eines Menschen, einschließlich des Bereichs der beruflichen Bildung erstreckt.

Angesichts dieser weitreichenden Zielsetzung ist es völlig unzureichend, wenn sich die Bundesregierung auf Seite 27 des Entwurfs darauf bezieht, dass die KMK der Länder sich darauf geeinigt habe, „die Quote der integrativ/inklusive beschulten Schülerinnen und Schüler zu erhöhen“.

Auch der Verweis auf die Zuständigkeiten der Länder ist kein durchgreifendes Argument, das Ziel eines inklusiven Schulsystems nicht zu verfolgen. Auch die Länder sind aufgrund des Grundsatzes der Bundestreue verpflichtet, die völkerrechtlichen Verpflichtungen der Bundesrepublik umzusetzen. Notfalls ist die Bundesregierung verpflichtet, dies mit Rechtsmitteln durchzusetzen.

- c) Für den Bereich der Hochschulen besteht ohnehin eine Regelungskompetenz des Bundes. Es ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE unverständlich, warum im vorliegenden Entwurf das Ziel inklusiver Hochschulen nicht verankert ist und warum noch nicht einmal eine differenzierte Defizitanalyse bzgl. der bestehenden Hochschulen vorgelegt wird.

Völlig unzureichend ist es, dass auf Seite 29 des Entwurfs lediglich formuliert wird, dass die Zahl der Studierenden mit Behinderungen erhöht werden solle, in dem Hochschulen und ihre Angebote „zunehmend barrierefrei“ ausgestaltet werden. Es muss klar benannt werden, wann in Deutschland alle Hochschulen und ihre Angebote barrierefrei sind.

Zutreffend ist, dass die Umstellung der Studiengänge auf die gestuften Bachelor- und Masterstudiengänge zu neuen Problemen geführt haben. Diese Fehlentwicklungen sind dringend abzustellen.

Zutreffend ist auch, dass hinsichtlich des Themas „Studium und Behinderung“ eine flächendeckende Beratungsstruktur erforderlich ist.

3.3 Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege

a) Gesundheit

Auf Seite 31 des Entwurfs wird angeführt, dass sich die Bundesregierung „dafür einsetze“, eine wohnortnahe, barrierefreie und flächendeckende Versorgung mit Präventions-, Gesundheits- und Rehabilitations- und Pflegedienstleistungen für Menschen mit und ohne Behinderungen sicherzustellen.

Art. 25 der UN-Behindertenrechtskonvention macht jedoch die Sicherstellung einer solchen Versorgung zum Rechtsanspruch, so dass ein bloßes „sich einsetzen für“ nicht ausreicht.

Ferner wird auf Seite 31 des Entwurfs aufgeführt: „bei allen gesetzgeberischen Initiativen werden die Auswirkungen im Hinblick auf die besonderen Belange behinderter Frauen und Männer und die spezifischen Folgen für die Versorgung gesondert geprüft und dargestellt“. Es fehlt jedoch die Aussage anhand welcher Verfahren dies sichergestellt wird. Entsprechendes gilt für die Bewilligungspraxis der Krankenkassen, wo § 2 a SGB V durchaus eine Berücksichtigungspflicht etabliert, die verfahrensrechtlich in keine Weise abgesichert ist.

Die BAG SELBSTHILFE betont im Interesse der chronisch kranken, behinderten und pflegebedürftigen Menschen das Erfordernis, Solidarität und Beitragsparität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern und so der Entsolidarisierung mit chronisch kranken, behinderten und pflegebedürftigen Menschen entgegenzuwirken. Vor diesem Hintergrund sind einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge ebenso klar abzulehnen wie Eingriffe in den einheitlichen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und die weitere Privatisierung von gesundheitlichen Risiken. Dies gilt in gleicher Weise auch für den Bereich der Pflege.

Darüber hinaus sind aus Sicht der BAG SELBSTHILFE zur Umsetzung der Zielstellungen des Artikels 25 BRK folgende Ziele im Handlungsfeld Gesundheit festzulegen:

Zugang zu hochwertiger gesundheitlicher Versorgung

Es muss sichergestellt sein, dass für behinderte Menschen, die aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung ein geringes Einkommen haben und auf Sozialleistungen angewiesen sind, der Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten bleibt. Dafür müssen anfallende Zusatzkosten (Fahrten zur ambulanten Versorgung, Praxisgebühren

Zuzahlungen, Eigenanteile, nicht von der GKV finanzierte, notwendige Leistungen etc.) von dem Träger der Sozialleistung übernommen werden bzw. entsprechende Mehrbedarfe anerkannt werden.

Die fachlich unabhängige Institution nach § 137a SGB V ist zu beauftragen, Qualitätsinstrumente zu entwickeln und umzusetzen, die sicherstellen, dass alle Menschen mit Behinderungen mit derselben Qualität und auf demselben Standard versorgt werden wie nicht behinderte Menschen.

Chronisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen sowie ihre Verbände müssen durch eine Erweiterung der Beteiligungsrechte nach § 140 f SGB V bei allen Planungen und Maßnahmen zur Gestaltung eines behindertengerechten Gesundheitssystems einbezogen werden.

Behinderungsspezifische Gesundheitsleistungen

Über gesetzlich verankerte Wunsch- und Wahlrechte ist sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen die speziell wegen ihrer Behinderung benötigten Gesundheitsleistungen in qualitativ hochwertiger Form ohne Aufzahlungen erhalten. Dies betrifft insbesondere die Versorgung mit qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln nach den §§ 33, 126 ff. SGB V sowie die Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Werden Wunsch- und Wahlrechte nicht beachtet, müssen gesetzliche Sanktionen gegen Kostenträger und Leistungserbringer verankert werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen im SGB V ausdrücklich verpflichtet werden, Beratungen behinderungsspezifisch und geschlechtsspezifisch anzubieten.

Die Pflicht, ablehnende Bescheide schriftlich zu begründen, muss endlich in der Praxis auf Grundlage der bestehenden Gesetze umgesetzt werden, wobei in den Begründungen auf die besonderen Belange nach § 2 a SGB V einzugehen ist. Ferner sollten unabhängige Ombudsstellen geschaffen werden, die in Widerspruchsverfahren heranzuziehen sind und die im Bereich der Selbsthilfe angesiedelt sein müssen.

Barrierefreiheit

Gesundheitsdienste und Gesundheitsdienstleistungen im deutschen Gesundheitswesen sind bislang grundsätzlich nicht barrierefrei. Dies muss geändert werden. Unverständlich ist, warum auf Seite 32 des Entwurfs lediglich davon die Rede ist, dass Menschen mit Behinderungen hier einen Zugang haben „sollen“. Handlungsleitfäden und

unverbindliche Konzepte helfen hier nicht weiter.

Der Gesetzgeber muss Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen verpflichten, den barrierefreien Zugang zu Arzt- und Therapiepraxen zu verbessern.

Über eine Änderung der Zulassungsverordnung für Ärzte und Zahnärzte sowie über ein gesetzlich verankertes Verfahren zur Bedarfsplanung barrierefreier Gesundheitseinrichtungen ist sicherzustellen, dass das Gesundheitswesen barrierefrei ausgestaltet wird. Für Neuzulassungen von Arzt- und Therapieeinrichtungen muss die barrierefreie Zugänglichkeit der Praxisräume Zulassungsvoraussetzung werden.

Gesetzlich ist sicherzustellen, dass Informationen zu Gesundheitsleistungen, einschließlich Früherkennungsangeboten, Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sowie Rehabilitationsangeboten, barrierefrei sowie geschlechtersensibel zur Verfügung gestellt werden. Gleiches gilt für Informationen zur Barrierefreiheit von Gesundheitsdienstleistern.

Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals

Die Belange behinderter Patienten sowie insbesondere auch behinderter Patientinnen müssen in der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen im Gesundheitsbereich tätigen medizinischen, therapeutischen u. a. Berufsgruppen verstärkt berücksichtigt werden.

Dabei sind die Perspektiven von Frauen und Männern mit Behinderungen und deren spezifischen Bedarfen - sowohl in Bezug auf Erkrankungen als auch in Bezug auf Umgang und Kommunikation - aufzugreifen.

Um den besonderen Belangen behinderter Frauen zusätzlich Rechnung zu tragen, sind die spezifischen Gegebenheiten von Sexualität, Schwangerschaft und Geburt, einschließlich der Kenntnisse über behinderungsbedingte alternative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der Ausbildung von Gynäkologinnen und Gynäkologen aufzugreifen.

Mit dem gleichen Ziel sollte die Gewaltproblematik (Erkennen, Handeln, Weiterverweisen) im Hinblick auf Frauen mit Behinderungen verstärkt in die Grundausbildung von medizinischen, therapeutischen und anderen relevanten Berufsgruppen aufgenommen werden.

Betreuungsrechtliche Regelungen zur Gesundheitsvorsorge

Es ist zu prüfen, inwieweit die gesetzlichen Regelungen des Betreuungsrechts für den Bereich der Gesundheitsvorsorge mit den Zielsetzungen der Art. 12 und 25 BRK übereinstimmen und wie das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Selbstbestimmung und Autonomie im Bereich der Gesundheitsvorsorge durch assistenzorientierte Modelle gestärkt werden kann.

Gesundheitliche Versorgung in Krankenhäusern

Krankenhäuser müssen die gesundheitliche Versorgung und den gleichberechtigten Zugang zu medizinischen Leistungen für Menschen mit Behinderungen gewährleisten. Gleiches gilt auch für die Angebote in Reha-Einrichtungen. Im Hinblick darauf, dass insbesondere Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen im Krankenhaus einen besonderen Assistenz- und Pflegebedarf haben, und dieser nach dem geltenden Gesetz über den Assistenzpflegebedarf im Krankenhaus nur hinsichtlich einer begrenzten Personengruppe sichergestellt wird, sind die Krankenhäuser hier in besonderer Verantwortung. Sie müssen sicherstellen, dass für die benannten Patientinnen und Patienten Ressourcen für erkennbar zusätzlichen Aufwand bereitgestellt werden. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, im bestehenden Gesetz den Anspruch auf Assistenzpflegebedarf im Krankenhaus bedarfsgerecht auch auf Menschen auszuweiten, deren Pflege und Versorgung nicht im Arbeitgebermodell sichergestellt wird.

Diskriminierungsfreier Zugang zu Versicherungen

Private Kranken- und Lebensversicherungen müssen aufgrund gesetzlicher Regelung verpflichtet werden, einen Basistarif ohne vorherige Statusfeststellung anzubieten.

Forschung

Im Bereich der Forschung darf die Einbeziehung von Frauen und Männern mit Behinderungen in die Erforschung und Bewertung von Therapien selbstverständlich nur nach entsprechender Aufklärung und Einwilligung erfolgen. Ausgeschlossen sein muss die fremdnützige Forschung an Personen, die keine freiwillige Zustimmung zu medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen erteilt haben. Die Geschlechtersensibilität ist zu beachten. Alle forschungsrelevanten Ergebnisse sowie Statistiken müssen nach den Geschlechtern aufgeschlüsselt sowie behinderungsrelevante Ergebnisse dargestellt werden.

Selbsthilfeförderung

Völlig zu Recht wird auf Seite 31 des Entwurfs betont, dass die gesundheitliche Selbsthilfe einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Situation von chronisch Kranken und Menschen mit Behinderungen leistet und dass auf die Selbsthilfeförderung verwiesen wird.

Es fehlt aber der Hinweis, dass § 29 SGB IX bislang leer läuft, weil nicht alle Rehabilitationsträger an eine Fördervorschrift analog zu § 20 c SGB V gebunden sind. In den entsprechenden Gesetzen sollten solche Vorschriften aufgenommen werden.

Hörgeräteversorgung

Die Festbeträge für Hörgeräte sind unzureichend kalkuliert, da insbesondere neue technische Entwicklungen und der Dienstleistungsanteil für die Anpassung der Geräte nicht hinreichend berücksichtigt werden. Hier muss durch gesetzge-

bende Maßnahmen eine angemessene Versorgung der Menschen mit Hörbehinderungen nach Maßgaben von Art. 25 der UN-Behindertenrechtskonvention gewährleistet werden. Unklar ist, welche Bedeutung dem Satz auf Seite 33 des Entwurfs zukommen soll „Kompetenzzentren übernehmen eine Vermittlungsfunktion zwischen älteren Gehörlösen und Einrichtungen der Gesundheits- und Altenhilfe“.

Heilmittelversorgung

Unklar ist, welche Bedeutung der Satz „Ein wichtiger Schritt ist die Neufassung der Heilmittelrichtlinie“ im Nationalen Aktionsplan haben soll.

b) Habilitation und Rehabilitation

Im vorliegenden Entwurf wird die zentrale Bedeutung von Art. 26 der UN-Behindertenrechtskonvention unterschätzt. Insbesondere der Begriff der Habilitation wird ebenso verkannt wie der Umstand, dass die Behindertenrechtskonvention mit ihrem Ansatz von „Rehabilitation“ weit über die zerklüftete Systematik von beruflicher, medizinischer, sozialer Rehabilitation und Pflege hinausreicht.

Art. 26 der UN-Behindertenrechtskonvention fordert nicht mehr und nicht weniger als eine Überwindung des sektoralen Denkens durch gesetzgeberische Maßnahmen.

Zur Sicherstellung der Zielsetzungen des Art. 26 BRK, größtmögliche Selbständigkeit und Autonomie für die Betroffenen zu ermöglichen, bedarf es umfassender Festlegungen insbesondere für den Bereich der Pflege und Assistenz im Nationalen Aktionsplan. Der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ muss umgesetzt werden, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

Für die Habilitation und Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen, einschließlich pflegebedürftiger Menschen, muss ein umfassendes Bedarfsfeststellungsverfahren eingeführt werden, in dem der individuelle Bedarf im Einzelfall umfassend und auf Basis interdisziplinärer Kompetenz ermittelt wird. Auf Grundlage dieser Bedarfsfeststellung ist gemeinsam mit dem Betroffenen ein Teilhabeplan zu erarbeiten, der die erforderlichen habitativen und rehabilitativen Maßnahmen umfassend feststellt. Es ist sicherzustellen, dass das zur Abdeckung der Bedarfe erforderliche Leistungsangebot vorhanden ist. Hinsichtlich der Leistungserbringung ist anhand von qualitätssichernden Maßnahmen zu gewährleisten, dass die im Teilhabeplan festgelegten Ziele auch tatsächlich zum Wohl des Einzelnen erreicht werden.

Dieses im Sinne der BRK umfassende System der Habilitation und Rehabilitation muss sektoren- und trägerübergreifend ausgestaltet werden.

Die bislang bestehenden Schnittstellenprobleme werden auf Seite 34 des Entwurfs zutreffend angesprochen. Ihre Beseitigung muss ein Ziel der Bundesregierung sein.

Teilhabeorientierung, Ambulantisierung in der Pflege, Qualität und Transparenz

Ziel muss eine qualitativ hochwertige, den individuellen Bedürfnissen entsprechende und teilhabeorientierte Pflege/Assistenz sein. Hierzu bedarf es der Umsetzung eines teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Die häusliche Pflege muss gestärkt und ambulante Strukturen müssen ausgebaut und verbessert werden. Insbesondere ambulante Beratungs-, Hilfe- und Betreuungsstrukturen sind hierfür notwendig bereitzustellen. Pflegenden Angehörige und persönliche Assistenz brauchen gesellschaftliche Unterstützung und Entlastung.

In noch bestehenden stationären Einrichtungen müssen größtmögliche Transparenz und Qualität gesichert werden. Die Fortentwicklung der Pflegenoten muss zeitnah mit dem Ziel vorangebracht werden, Pflegequalität transparent zu machen und Verschleierung entgegenzuwirken, indem Mängel in einem Bereich nicht länger mit guten Noten aus einem anderen Bereich „verrechnet“ werden können.

Der Rechtsanspruch auf gleichgeschlechtliche Pflege muss als Wahlrecht in § 33 SGB I, § 2 SGB XI sowie den Landesgleichstellungsgesetzen normiert werden.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege bedarf es qualifizierter Pflegefachkräfte, deren Fortbildung gewährleistet sein muss. Die adäquate Entlohnung von Pflegekräften ist hierbei unverzichtbar.

Die Pflegekassen sind als Rehabilitationsträger in § 6 SGB IX aufzunehmen, um durch die Einbeziehung der Leistungen der Pflegeversicherung in das leistungsträgerübergreifende Persönliche Budget gemäß § 17 SGB IX zu mehr Selbstbestimmung der Betroffenen beizutragen.

Frühförderung

Art. 26 der UN-Behindertenrechtskonvention fordert von der Bundesregierung effiziente frühestmögliche Habilitationsprogramme. Damit ist die gegenwärtige Situation zur Kostentragung der Frühförderung und den daraus resultierenden Versorgungsdefiziten in keiner Weise vereinbar.

Es sind konkrete gesetzgeberische Maßnahmen erforderlich. Allein der auf Seite 35 des Entwurfs benannte „Einsatz“ der Bundesregierung für inklusive Ansätze ist nicht ausreichend.

Nichtanwendung des SGB IX in der Praxis

Die Nichtanwendung des SGB IX in der Praxis hat klare rechtstechnische Gründe. Die Vorschrift des § 7 SGB IX, die Inkompatibilität zwischen dem Prinzip der Antragsstellung im SGB IX und den Budgetvorschriften der Spezialgesetze sowie die Nichteinbeziehung der Pflegeversicherung als Rehabilitationsträger sind nur einige der Gründe, die einschlägig sind. Es wird hierzu auf das anliegende Rechtsgutachten verwiesen, das die Patientenvertretung beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingeholt hat (Anlage 2).

Daher sind konkrete Gesetzesänderungen notwendig. Der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien, der auf Seite 35 des Entwurfs angesprochen wird, kann hier nicht viel weiterhelfen.

c) Pflege

Nach der Konzeption der UN-Behindertenrechtskonvention geht die Pflege eigentlich im umfassenden Ansatz von Habilitation und Rehabilitation aus.

Deshalb ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE Folgendes zu fordern:

Mit dem SGB IX ist die übergeordnete Zielperspektive der Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in das Sozialgesetzbuch eingeführt worden. Diese Zielperspektive muss nun auch für das SGB XI umgesetzt werden.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI bedarf einer neuen Konzeption: Die Fokussierung auf somatische Aspekte und auf verrichtungsbezogene Leistungen muss überwunden werden. So besteht beispielsweise bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (z.B. geistige Behinderung, Demenz) ein Unterstützungsbedarf, der stärker berücksichtigt werden muss. Der bereits erarbeitete Pflegebedürftigkeitsbegriff muss daher nun umgehend gesetzliche Realität werden.

Leistungen nach dem SGB XI decken die Bedarfe pflegebedürftiger Menschen in der Regel nur teilweise ab. Bisher operationalisieren alle Sozialleistungssysteme diesen Pflegebedarf jeweils isoliert ohne hinreichende Vernetzung. Es muss daher künftig neben dem Begriff der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI ein Begriff des allgemeinen Pflegebedarfs definiert werden.

Wie auch beim Begriff der Teilhabe muss dieser Pflegebedarf unabhängig von der Frage gelten, welcher Sozialleistungsträger für die Leistung zuständig ist. Basierend auf diesem Begriff sind die individuellen Bedarfe des pflegebedürftigen Menschen dann anhand umfassender interdisziplinärer Assessments zu bestimmen, die sich an der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) orientieren.

Die Leistungssysteme sind so auszugestalten, dass alle notwendigen Bedarfe unabhängig von dem Ort, an dem pflegebedürftige Menschen sich aufhalten, gedeckt werden. Es sind dabei geeignete Verfahren zu entwickeln, die sicherstellen, dass Bedarfe bei Beteiligung mehrerer Leistungsträger weder ungedeckt bleiben noch doppelt vergütet werden.

Grundsätzlich sind für gleiche Hilfebedarfe auch gleiche Leistungen zu erbringen. Daher sind die ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge schrittweise anzugleichen. Allein diese Angleichung führt jedoch nicht zu einer Stärkung der ambulanten Versorgung; es ist daher parallel dazu der Ausbau der ambulanten Infrastruktur teilhabeorientiert voranzutreiben.

Die bestehenden Leistungsarten der Pflegeversicherung müssen flexibel ausgestaltet werden:

- Das Pflegegeld ist zu erhalten und zu dynamisieren: Es muss durch Unterstützungsleistungen für die Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen ergänzt werden (Beratung, Qualifizierung, soziale Sicherung).
- Bei der Pflegesachleistung ist der Verrichtungsbezug zu überwinden, so dass flexiblere Angebote geschaffen werden können.
- Eine flexiblere Kombination aus Geld- und Sachleistungen ist zu ermöglichen.
- Im Rahmen individuell organisierter Finanzierungsmodelle (Persönliches Budget, Arbeitgebermodell) ist die Gewährung einer Geldleistung bis zur Höhe der Pflegesachleistung zu ermöglichen, da die bisherige „Gutschein-Praxis“ unbefriedigend ist.
- Es muss ein flächendeckendes Angebot an niedrigschwelliger, unabhängiger Beratung für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen geschaffen werden. Die bestehenden Modelle der Pflegestützpunkte sind weiterzuentwickeln, wobei die Rolle der Selbsthilfeorganisationen zu stärken ist.
- Pflegenden Angehörige sind sowohl durch eine Flexibilisierung der gesetzlichen Vorgaben insbesondere für die Tages- und Verhinderungspflege, aber auch durch direkte Unterstützungsleistungen zu entlasten. Die Selbsthilfeorganisationen pflegender Angehöriger sind in ihrer Arbeit durch verstärkte Förderung und bei der Mitgestaltung der Pflege zu stärken.
- Die Patientenbeteiligung im SGB XI ist nach dem Modell des § 140 f SGB V auszubauen.
- Was die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes angeht, so ist es nicht ausreichend, dass im vorliegenden Entwurf lediglich eine „Überprüfung der Auswirkungen“ angesprochen wird.
- Die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist als klares Ziel in den Aktionsplan aufzunehmen.

3.4 Kinder, Jugendliche, Familie, Partnerschaft

a) Frühförderung

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt die Ankündigung der Bundesregierung aus Seite 39 des Entwurfs, die bestehenden Abstimmungsprobleme zwischen den zuständigen Rehabilitationsträgern bei der Umsetzung der Komplex-Leistung Frühförderung zu beseitigen.

Dies muss anhand gesetzgeberischer Maßnahmen kurzfristig erfolgen, da jedes Kind mit Behinderung, das nicht ausreichend gefördert wird, hierunter ein Leben lang zu leiden hat.

b) Trägervielfalt

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt die auf Seite 40 des Entwurfs vorgesehene sogenannte „große Lösung“, hält es aber für erforderlich, zunächst einmal sicherzustellen, dass bei der Kinder- und Jugendhilfe die hierfür erforderliche umfassende Fachkompetenz flächendeckend anhand geeigneter Personalentwicklungsmaßnahmen aufgebaut wird.

c) **Kinder- und Jugendparlament**

Die Einrichtung von Kinder- und Jugendparlamenten sieht die BAG SELBSTHILFE kritisch, da dies vielfach nur symbolische Bedeutung hat. Die Erfahrungen, die mit der Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention gemacht wurden, sollten von der Bundesregierung genutzt werden.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wäre es vorzugswürdig, gezielt Jugendorganisationen der Selbsthilfe von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen zu fördern und in die staatlichen Willensbildungsprozesse, beispielsweise bei Anhörungen, einzubinden.

d) **Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung**

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es unabdingbar, dass die Bundesregierung die Situation von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung anhand datengestützter Indikatoren fortlaufend erhebt und zum eigenständigen Berichtspunkt der Kinder- und Jugendberichte der Bundesregierung macht.

Es ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE unangemessen, dass die Situation von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung in der Vergangenheit teilweise unter der Rubrik wie „Verwahrlosung, Sucht, Behinderung“ abgehandelt wurden.

e) **Eltern von Kindern mit Behinderung**

Es wird von der BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass nach den Ausführungen auf Seite 40 des Entwurfs die Bundesregierung prüfen will, ob die bestehenden Regelungen zur Entlastung von arbeitenden Müttern und Vätern, die Kindern mit Behinderung betreuen, weiterentwickelt werden können.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE kommt der Elternselbsthilfe hier eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu, so dass die Vorschriften zur Selbsthilfeförderung entsprechend ausgeweitet werden sollten.

f) **Eltern mit Behinderung**

Die Vertragsstaaten haben sich gemäß Art. 23 der Behindertenrechtskonvention verpflichtet, Menschen mit Behinderungen bei der Wahrung ihrer elterlichen Verantwortung zu unterstützen. Hierzu gehören auch die Eltern-assistenz zur Ausübung der Kinderpflege und -erziehung sowie die begleitende Elternschaft.

Als Ziel des Nationalen Aktionsplans muss daher eine entsprechende Teilhabeleistung gesetzlich verankert werden.

Ferner muss § 1673 Abs. 1 BGB gestrichen werden, wonach die elterliche Sorge eines geschäfts-

unfähigen Elternteils reicht. Da bereits nach § 1666 BGB der Staat alle erforderlichen Maßnahmen zum Schutz des Kindeswohls zu treffen hat, ist § 1673 Abs. 1 BGB entbehrlich, weil er Eltern mit sogenannter geistiger Behinderung benachteiligt.

g) **Partnerschaft und Sexualität**

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt das Ziel, die Rechte von Menschen mit Behinderung auf Ehe, Partnerschaft und Sexualität zu unterstützen und die Aufklärung von Menschen mit Behinderungen zu verbessern.

3.5 Frauen

Die Stärkung der Rechte von Frauen mit Behinderungen und die Vermeidung von Diskriminierungen ist eine der Hauptzielrichtungen der Konvention, was insbesondere in Artikel 6 der Konvention zum Ausdruck kommt.

Durch Artikel 6 der Behindertenrechtskonvention erkennen die Vertragsstaaten an, dass Frauen und Mädchen mit Behinderung regelmäßig mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind.

1) Artikel 6 Abs. 1 fordert von den Vertragsstaaten **konkrete Antidiskriminierungsmaßnahmen und Förderprogramme für Frauen mit Behinderung**.

Artikel 6 Abs. 1 fordert von den Vertragsstaaten ebenfalls, alle bestehenden und zukünftigen **Gesetze, Politiken und Programme** auf benachteiligende Wirkungen und auf ihre benachteiligende Anwendung hin zu **untersuchen**.

Artikel 6 Abs. 1 verpflichtet die Vertragsstaaten ferner, einen **institutionellen Rahmen, insbesondere barrierefreie Antidiskriminierungsstellen** zu schaffen, der dazu dient, von Diskriminierung betroffene Frauen mit Behinderung zu beraten, zu begleiten und sie beim effektiven Rechtsschutz zu unterstützen, Diskriminierungsfälle zu analysieren und Handlungsempfehlungen auszuarbeiten.

Nach Artikel 6 Abs. 2 der Konvention sind die Vertragsstaaten verpflichtet, **angemessene Vorkehrungen** zur Umsetzung der Verpflichtungen aus der Konvention zu treffen.

Daher sind im Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behinderten-rechtskonvention konkrete Maßnahmen vorzusehen,

- wie eine Analyse der bestehenden Diskriminierungen und Förderbedarfe umfassend und indikatoren gestützt erfolgen wird,
- mit Hilfe welcher Prüfinstanzen in den politischen und Gesetzgebungsverfahren sichergestellt wird, dass Gesetze, Politiken und Programme Frauen mit Behinderung nicht diskriminieren;

Es muss festgelegt werden, wie die Rechtsanwendung beobachtet werden kann, um Diskriminierungen aufzuspüren und abzustellen,

- wie eine angemessene organisatorische, personelle und finanzielle Ausstattung der zu-

ständigen Institutionen anhand einer datengestützten Planung sichergestellt werden kann,

- welche spezifischen Maßnahmen ergriffen werden, um in allen von der Konvention erfassten Bereichen die volle Entfaltung, Förderung und Autonomiestärkung von Frauen mit Behinderung gefördert werden soll, damit ihnen alle in der Konvention genannten Menschenrechte und Grundfreiheiten garantiert werden.

Darüber hinaus ist es erforderlich, ein umfassendes Konzept vorzulegen, wie Gender- und Disability-Mainstreaming in der Sozial- und Bildungspolitik künftig umfassend umgesetzt wird.

- 2) Artikel 6 der UN-Behindertenrechtskonvention regelt die **umfassenden** Verpflichtungen der Vertragsstaaten zur Vermeidung von Diskriminierungen und zur Förderung von Frauen mit Behinderungen. Konkrete weitere Verpflichtungen zur Stärkung der Rechte von Frauen mit Behinderungen sind darüber hinaus in Artikel 3 (Allgemeine Grundsätze), in Artikel 8 (Bewusstseinsbildung), in Artikel 16 (Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch), in Artikel 25 (Gesundheit) und in Artikel 28 (Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz) festgelegt.

- a) Die Umsetzung des Grundsatzes der Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern in Artikel 3 der UN-Konvention ist eine obligatorische und unmittelbare Querschnittsverpflichtung für die Vertragsstaaten.

Diese Verpflichtung ist anhand **konkreter Maßnahmen** umzusetzen durch die Bereitstellung wirksamer Rechtsmittel und eines Überwachungsmechanismus zur Identifizierung von Ungleichbehandlungen. Gleichzeitig sind Programme zur Autonomieförderung (Empowerment) für Frauen mit Behinderungen aufzulegen, und die Unterstützungsstrukturen in der Selbsthilfe sind durch die Bereitstellung ausreichender finanzieller Mittel zu fördern.

- b) Artikel 8 der UN-Konvention beinhaltet die Verpflichtung der Vertragsstaaten, Bewusstseinsförderungs- und Bildungskampagnen zugunsten von Frauen mit Behinderung durchzuführen. Die Ausführungen auf Seite 42 und 43 des Entwurfs sind hierzu viel zu vage.

In Kooperation mit der BAG SELBSTHILFE sind hierzu Kampagnen zu entwickeln und umzusetzen, um Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken in Bezug auf Frauen mit Behinderung in allen Lebensbereichen zu bekämpfen. Bei Frauen mit Behinderung muss mit diesen Aktionen das Bewusstsein gestärkt bzw. geweckt werden, selbstbewusste und gleichberechtigte Mitglieder einer inklusiven Gesellschaft zu sein.

- c) Artikel 16 greift das Thema Gewalt gegen Frauen mit Behinderung auf, das von der

BAG SELBSTHILFE in den Jahren 2009 und 2011 mit dem Projekt „Laut(er) starke Frauen“ intensiv aufgearbeitet wurde. ([Anlage 3](#))

Die Handlungsempfehlungen des Projekts müssen im Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Konvention in Deutschland aufgegriffen werden.

Darüber hinaus müssen wissenschaftliche Studien zur Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen verstärkt gefördert und finanziert werden.

§ 10 SGB I muss dahingehend ergänzt werden, dass der Sozialleistungsträger zum wirkungsvollen Schutz vor sexueller Gewalt verpflichtet ist.

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt zwar das mit dem Hilfetellegesetz geplante Vorhaben, hält es aber für zwingend erforderlich, dass die dort tätigen Beraterinnen und Berater mit den spezifischen Problemstellungen von Frauen mit Behinderung (z.B. Gewalt in der Pflege) vertraut sind und dass eine Vernetzung mit den Beratungsangeboten der Selbsthilfe stattfindet.

Das Recht auf gleichgeschlechtliche Pflege muss in den §§ 33 SGB I und 2 SGB XI als echtes Wahlrecht ausgestaltet werden.

§ 17 SGB I ist dahingehend zu ergänzen, dass die Einsetzung von Frauen-/Gleichstellungsbeauftragten für alle Einrichtungen der Sozialleistungserbringer verpflichtend wird. Bei Angeboten von Wohngruppen muss das Angebot von Frauenwohngruppen gefördert werden.

Der Strafraumen bei sexuellem Missbrauch von widerstandsunfähigen Personen in § 179 StGB muss dem Strafraumen nach § 177 StGB angepasst werden.

Das Gewaltschutzgesetz muss auf eventuelle Lücken hin überprüft werden.

- d) Durch Artikel 25 der UN-Konvention besteht auch eine Verpflichtung, die bestehenden **Defizite bei der gesundheitlichen Versorgung** von Frauen mit Behinderungen abzustellen. Dies muss anhand konkreter Maßnahmen erfolgen:

Es muss eine gesetzliche Verpflichtung zur Genderung der Hilfsmittelversorgung verankert werden.

Die Genderung der Arzneimittelversorgung in Forschung und Anwendung muss verstärkt werden.

Es sind gezielte Forschungsaktivitäten zu entfalten, um Erkenntnisse dazu zu gewinnen, welches frauenspezifische Outcome Rehabilitationsmaßnahmen haben.

Alle Gesundheitsdienste und Früherkennungsprogramme sind Frauen mit Behinderung – das heißt flächendeckend und barrierefrei – anzubieten.

Auch geschlechtersensible Informationen über gesundheitliche Themen sind in barrierefreien Formaten bereitzustellen.

Im Einzelnen sind insbesondere folgende konkreten Ziele im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zu verankern:

- Anpassungsfähigkeit von Behandlungstischen und –stühlen,
- Mammographie-Geräte, die auch Frauen in Rollstühlen benutzen können,
- ausreichend Personal, das während einer Untersuchung Frauen mit Behinderungen derart assistiert, dass ihre Würde und ihr Wohlbefinden gewahrt bleiben,
- Ausbildung des gesamten medizinischen Personals im Hinblick auf die spezifischen Bedürfnisse von Frauen mit Behinderungen.

- e) Die Verwirklichung des Rechts aus Artikel 28 der UN-Konvention auf einen angemessenen Lebensstandard und sozialen Schutz ist für Frauen mit Behinderung von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

Zur Umsetzung dieses Rechts ist sicherzustellen, dass auch notwendige behinderungsbedingte Kosten für spezifische Kleidung, technische Hilfen und eine barrierefreie Wohnung gedeckt sind.

Das Recht auf sozialen Schutz beinhaltet aber auch den diskriminierungsfreien Zugang zu Versicherungen und Bildungs- und Ausbildungsangeboten.

- 3) Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es, dass auf Seite 43 des Entwurfs Kund getan wird, dass die Bundesregierung Frauen mit Behinderungen darin unterstützt, ihre eigenen Interessen auch selbst zu vertreten.

Es fehlt jedoch an einer entsprechenden Vorschrift zur Förderung der Selbsthilfe, da § 20 c SGB V nur die gesundheitsbezogenen Aspekte der Selbsthilfearbeit betrifft.

Zusammenschlüsse von Mädchen und Frauen mit Behinderung bleiben von der Krankenkassenförderung regelmäßig unberücksichtigt.

3.6 Ältere Menschen

Die Ausführungen auf den Seiten 45 ff des Entwurfs befassen sich vor allem mit dem Phänomen, dass Behinderungen bei älteren Menschen häufig vorhanden sind. Mit Blick auf die Gesamtgesellschaft wird dann auf Seite 47 formuliert „Auch wenn der Fokus zunächst nur auf ältere Menschen gelegt wird, kommen die Produkte und Dienstleistungen am Ende allen Menschen und allen Generationen zugute“.

Dies ist zwar zutreffend. Der Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sollte aber stärker auf das Thema „**Behinderung und Alter**“ fokussiert werden. Hier sind aus Sicht der BAG SELBSTHILFE folgende Ziele zu verfolgen:

- (1) Empirische Erkenntnisse zur Situation von Menschen mit Behinderungen im Alter und zur künftigen Entwicklung sind nur lückenhaft vorhanden.

Eine zukunftsweisende Sozialplanung ist nur möglich, wenn entsprechend fundiertes Material zur Verfügung steht. Eine solche Datengrundlage muss geschaffen werden.

- (2) Wegen der natürlichen Bevölkerungsentwicklung ist die gesellschaftliche Alterung unausweichlich. Die altersbegleitenden Erkrankungsrisiken hingegen sind durch Prävention beeinflussbar. Da sich aus chronischen Erkrankungen auch (zusätzliche) Behinderungen entwickeln können, ist eine stärkere Fokussierung auf die Prävention von Behinderungen im Alter erforderlich.

- (3) Der Bedarf und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen verändern sich im Verlauf des Lebens. Die Versorgungsstrukturen in Deutschland müssen im Rahmen ihres Qualitätsmanagements diesem Umstand verstärkt Rechnung tragen, um bedarfsgerechte individuell ausgerichtete Leistungsangebote für Menschen mit Behinderungen im Alter zu entwickeln.

- (4) Der Zugang zur medizinischen und pflegerischen Versorgung zu allen sozialen Teilhabeleistungen muss auch für Menschen mit Behinderung im Alter barrierefrei gestaltet sein.

- (5) Die Teilhabe an Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Behandlung von altersbegleitenden chronischen Erkrankungen muss für jeden Menschen mit Behinderung auch im Alter im stationären und ambulanten Bereich und in der Gemeinde sichergestellt werden.

- (6) Die Assistenz für und die Begleitung von Menschen mit Behinderung im Alter erfordert differenzierte Kenntnisse auf medizinischem, pflegerischem und pädagogischem Gebiet. In der Regelausbildung sowie in Weiterbildungen sollen diese spezifischen Inhalte an die beteiligten Berufsgruppen weitergegeben werden. Auch pflegende Angehörige sind entsprechend zu schulen.

- (7) Auch für ältere Menschen mit Behinderung sind Bildungs- und Förderungskonzepte zu entwickeln, um die Prinzipien der Eingliederungshilfe auch für diese Personengruppe zu sichern.

- (8) Angebote für Menschen mit Behinderungen sollen in allen Altersstufen den individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten angepasst werden.

Für Menschen, die in Ruhestand gehen, sind in stationären Einrichtungen und ambulant begleiteten Wohnformen Angebote zur Tagesgestaltung außerhalb des Wohnbereichs vorzuhalten.

- (9) Nach Erreichen des Ruhestandes von Menschen mit Behinderungen ist die Kontinuität der Wohnbedingungen und die Form der Assistenz fach- und behindertengerecht sicherzustellen.

- (10) Menschen mit Behinderungen im Alter außerhalb von Einrichtungen brauchen soziale Netze, um nicht zu vereinsamen. Daher bedarf es För-

derkonzepte für Projekte der Nachbarschaftshilfe, der Selbsthilfe und der Begegnung der Generationen im Quartier.

Unter dem Gesichtspunkt der Freiheitsrechte fehlt im Entwurf bislang ferner eine Problematisierung der freiheitsentziehenden Maßnahmen gegen ältere Menschen in Heimen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen.

3.7 Bauen und Wohnen und

3.8 Mobilität

Wie bereits ausgeführt wurde, verengt der vorliegende Entwurf den zentralen **Begriff der Barrierefreiheit** zu Unrecht auf die Aspekte „Bauen und Wohnen“ und „Mobilität“.

Es geht jedoch um die Schaffung von Barrierefreiheit im umfassenden Sinn:

Die UN-Konvention beinhaltet zahlreiche Bestimmungen zur Barrierefreiheit.

In Artikel 9 der UN-Konvention verpflichten sich die Vertragsstaaten, geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen den „gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offen stehen oder für sie bereitgestellt werden, zu gewährleisten.“

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung ist die umfassende Umsetzung der Barrierefreiheit zum prioritären Ziel der Behindertenpolitik herausgestellt worden.

Dieses Ziel kann nur auf der Basis einer umfassenden gesetzgeberischen Initiative in den Bereichen „Verkehr“, „Bauen und Wohnen“, „Kommunikation“ und „Wissenschaft“ erfolgen.

1.) Verkehr - Bahn

- a) Die BAG SELBSTHILFE fordert, dass für die Erstellung und Fortschreibung von Eisenbahnprogrammen nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) und der Eisenbahn-Bau- und Betriebsordnung (EBO) verbindliche Fristen gesetzlich festgelegt werden.

Eisenbahnunternehmen und Anbieter von Nahverkehrsleistungen müssen nach den Vorschriften des BGG, der EBO sowie des Personenbeförderungsgesetzes (PBefG) ihre Pläne zur Herstellung eines barrierefreien Eisenbahn- oder Nahverkehrsbetriebes durch Eisenbahnprogramme bzw. Nahverkehrspläne darstellen.

Dieser Verpflichtung ist im Eisenbahnbereich bis heute im Wesentlichen nur die Deutsche Bahn AG mit ihrem 2005 vorgestellten Programm nachgekommen. Obgleich nichtstaatliche Eisenbahnunternehmen in stark zunehmendem Maße in den Markt der regionalen Personenbeförderung einsteigen, haben diese

Unternehmen entweder gar kein Eisenbahnprogramm vorgelegt oder nur solche Programme, die dem Anspruch nach umfassender Barrierefreiheit i. S. des BGG nicht entsprechen. Da die neue Bundesregierung ohnehin eine Reform des Personenbeförderungsgesetzes vorgesehen hat, kann dies unmittelbar umgesetzt werden.

- b) Die BAG SELBSTHILFE fordert, dass die im internationalen Eisenbahnverkehr vereinbarten technischen Spezifikationen TSI PRM (Technische Spezifikationen für die Interoperabilität Personen mit eingeschränkter Mobilität betreffend) zeitnah und unter Beteiligung behinderter Menschen und ihrer Organisationen überarbeitet werden.

Bisher waren behinderte Menschen und ihre Organisationen bei den Anhörungen bezüglich der TSI PRM nicht beteiligt. Da die TSI PRM wesentliches Kriterium für das Design neuer Schienenfahrzeuge sind, ist die Beteiligung notwendig und sinnvoll, um angemessene Standards der Barrierefreiheit im Schienenverkehr der EU zu schaffen.

- c) Die BAG SELBSTHILFE fordert, dass verbindliche Standards für die Nahverkehrsausschreibungen der Bundesländer zum Thema Barrierefreiheit gesetzlich festgelegt werden.

Nach der Föderalismusreform kommt den Bundesländern die Kompetenz für die Bestellung von Nahverkehrsleistungen zu. Es gibt aber bislang keine verbindlichen Standards für die Schaffung von Barrierefreiheit bei diesen Ausschreibungen. Da die Beschaffung von barrierefreier Ausstattung nicht zum Nulltarif zu haben ist, in Ausschreibungen aber regelmäßig dem preisgünstigsten Angebot der Zuschlag erteilt wird, ist klar, dass das Fehlen verbindlicher Standards die Einführung von Barrierefreiheit im Nahverkehr der Bundesländer weitgehend konterkariert. Dieser Zustand, der auch sieben Jahre nach Inkrafttreten des BGG andauert, ist deshalb gravierend, weil Schienenfahrzeuge über eine sehr lange Lebensdauer von i.d.R. 30 Jahren und mehr verfügen. Das bedeutet, dass das Fehlen dieser Standards bei aktuellen Fahrzeugbeschaffungen dazu führt, dass auf Jahrzehnte hin das Ziel der Barrierefreiheit nicht erreicht werden kann.

- d) Die BAG SELBSTHILFE fordert eine akzeptable Lösung für die Umrüstung und Modernisierung kleinerer Haltepunkte mit weniger als 1.000 Reisenden am Tag. Die sogenannte 1.000-Regelung muss entfallen, da jeder Mensch mit Behinderung auf barrierefreie wohnortnahe Haltepunkte angewiesen ist.

Die derzeit geltenden Regelungen sehen vor, dass kleinere Haltepunkte mit weniger als 1.000 Reisenden am Tag bei Umbau und Modernisierung keine vollständig barrierefreie Ausstattung erhalten, sondern nur eine sogenannte Vorrüstung (z. B. einen Aufzugsschacht).

Dies führt zu großen Lücken in der barrierefreien Reisekette und damit zu inakzeptablen Ergebnissen.

- e) Die BAG SELBSTHILFE fordert, soweit noch nicht geschehen, die Aufnahme von Bestimmungen zur Barrierefreiheit in die Nahverkehrsgesetze der Länder. Wesentlich ist zudem die Berücksichtigung der Anforderungen von Barrierefreiheit in den GVFG-Nachfolgeregelungen der Bundesländer.

Das Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz (GVFG) hat einen wesentlichen Beitrag zur Herstellung von barrierefreien Verhältnissen im Bereich der Gemeindeverkehre durch entsprechende finanzielle Förderungen geleistet. Im Zuge der Föderalismusreform sind die Kompetenzen auf die Bundesländer übergegangen, der Bund trägt die finanziellen Förderleistungen für einen Übergangszeitraum. Erforderlich ist, in den hierzu zu schaffenden Regelungen der Länder, die Förderung von barrierefreien Standards zu verankern.

- f) Die BAG SELBSTHILFE fordert, dass die maßgeblichen Kriterien der Barrierefreiheit in den Nahverkehrsplänen zwingend zu berücksichtigen sind.

Anbieter von kommunalen Nahverkehrsleistungen müssen nach den Vorschriften des PBefG ihre Pläne zur Herstellung eines barrierefreien Nahverkehrsbetriebes durch Erstellung von Nahverkehrsplänen darstellen. Diese Pläne beinhalten Ausführungen zur Barrierefreiheit jedoch in unterschiedlicher Weise. Im Rahmen der anstehenden Reform des PBefG müssen verbindliche Standards hierfür festgeschrieben werden.

- g) Die BAG SELBSTHILFE fordert, dass barrierefreie Services von Fluglinien und Flughafenbetreibern aufgebaut werden und dass die Überwachung und Unterstützung seitens der nationalen Monitoring-Stelle (Luftfahrt-Bundesamt) intensiviert wird.

Mit der EU-Fluggastrechte-Verordnung wurden die Rechte auch behinderter Menschen erheblich gestärkt. So ist die pauschale Zurückweisung – z. B. unter Hinweis auf Sicherheitsbedenken – nicht mehr statthaft. Anbieter von Flugreisen und Flughafenbetreiber sind verpflichtet, behinderten Menschen entsprechende Hilfen bei der Vorbereitung und Durchführung von Flugreisen zu gewähren (gesamte Servicekette). Dieser Verpflichtung kommen die Airlines aber oftmals nicht hinreichend nach.

In der Praxis berichten Verbandsmitglieder dennoch von Zurückweisungen und nicht angepassten Services vor allem im Bereich der Airlines mit Billigangeboten.

- h) Die BAG SELBSTHILFE fordert, dass Bestimmungen zur Barrierefreiheit in die Nahverkehrsgesetze und die Straßengesetze der Länder aufgenommen werden, die Regelungen zur Gestaltung oberirdischer und unterir-

discher Haltestellen treffen. Die Regelungen der Länder, die als Nachfolge des GVFG getroffen wurden oder noch zu treffen sind, müssen so ausgestaltet werden, dass die Aspekte der Barrierefreiheit verbindlich gemacht werden.

- i) In der aktuell diskutierten Fernbusreiserichtlinie muss sowohl die Anforderung der Barrierefreiheit als auch der gesamten Servicekette (Assistenz) zwingend aufgenommen werden.

2.) Bauen und Wohnen

- a) Die BAG SELBSTHILFE fordert, dass die Schaffung von barrierefreiem Wohnraum durch stärkere finanzielle Förderungen der Bauherren, verbesserte Architektenausbildung und durch intensivere Aufklärung über den Nutzen, die Kosten und die Möglichkeiten des barrierefreien Bauens von der Bundesregierung vorangetrieben wird. Hierzu ist ein umfassendes Maßnahmenpaket der Bundesregierung erforderlich.

Der Wohnungsbestand in Deutschland weist noch immer sehr viele Wohngebäude auf, die – soweit es um Barrierefreiheit geht – einen denkbar geringen Standard haben. Hier besteht ein immenser förderpolitischer Handlungsbedarf zur Schaffung von neuem barrierefreiem Wohnraum. Die auf Seite 49 und 50 des Entwurfs beschriebenen Fördermöglichkeiten reichen offenkundig nicht aus.

Die BAG SELBSTHILFE fordert ferner, dass die neue DIN 18040-2, die die DIN 18025-1 und die DIN 18025-2 ersetzen wird, in die Bauvorschriften der Länder verbindlich eingeführt wird.

In einer älter werdenden Gesellschaft gehört die Schaffung von barrierefreiem Wohnraum zu den elementaren Zukunftsaufgaben des Staates.

Was die bereits bestehenden Wohnungen anbelangt, so fordert die BAG SELBSTHILFE verpflichtende Regelungen für die barrierefreie Gestaltung des Wohnungsaltbestandes im Falle des Umbaus oder der Modernisierung in den Landesbauordnungen. Zudem sollte neben der Darlehensgewährung (KfW-Programm) die barrierefreie Gestaltung des Wohnungsaltbestandes auch durch die Gewährung von Zuschüssen gefördert werden.

- b) Gerade öffentlich zugängliche Gebäude müssen zwingend den Erfordernissen der Barrierefreiheit genügen. Die BAG SELBSTHILFE fordert daher für den Fall von Neubauten von öffentlich zugänglichen Gebäuden die Standards der neuen DIN 18040-1 unmittelbar als Ersatz für die DIN 18024-2 in den Landesbauordnungen vorzuschreiben. Nicht nachvollziehbar ist, dass auf Seite 49 des Entwurfs nur vom langfristigen Ziel „möglichst barrierefreier“ Bauten die Rede ist.

Für den Fall der Modernisierung oder Erweiterung von öffentlich zugänglichen Gebäuden müssen die Vorgaben der neuen DIN 18040-1 ebenfalls zwingend gelten.

- c) Zu begrüßen ist, dass die Bundesregierung auf Seite 49 des Entwurfs einräumt, dass es zum Thema „barrierefreies Bauen“ Ausbildungsdefizite bei Architekten gibt. Dies muss behoben werden.

3.) Kommunikation

Die BAG SELBSTHILFE fordert, dass die Überarbeitung der „Barrierefreien Informationstechnik-Verordnung“ (BITV 2) nun umgehend in Kraft gesetzt wird. Ferner tritt die BAG SELBSTHILFE für einen gesetzlich definierten Sanktionenkatalog ein, wenn Bundes- und Länderbehörden die BITV nicht bei ihren Internetauftritten berücksichtigen.

Um behinderten Menschen Teilhabechancen zu sichern, ist es erforderlich, ihnen den Zugang zu Information und Kommunikation zu eröffnen. Dies ist sowohl für sinnes- wie auch kognitiv und körperbehinderte Menschen wichtig. Deshalb müssen Informations- und Kommunikationssysteme barrierefrei gestaltet werden. Dies gilt insbesondere für die Informations- und Kommunikationssysteme staatlicher Behörden.

Umsetzungsdefizite in diesem Bereich sind gerade angesichts der Vorgaben von Artikel 9 der UN-Konvention aus Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht mehr tolerierbar.

4.) Wissenschaft

Die BAG SELBSTHILFE fordert, dass die Themen Barrierefreiheit und „Design für alle“ als Pflichtbestandteile in den Studien- und Prüfungsordnungen der einschlägigen Studiengänge verankert werden. Außerdem muss die Grundlagen- und Anwendungsforschung intensiviert werden, beispielsweise in der Standardentwicklung für leichte Sprache und zur Verbesserung von Kommunikationshilfen.

Soll das Ziel der Barrierefreiheit mit einem umfassenden Ansatz verfolgt werden, dann muss dieser Leitgedanke schon in der Ausbildung von Ingenieurinnen und Ingenieuren, von Architektinnen und Architekten, von Designerinnen und Designern etc. frühzeitig als elementarer Schaffensbestandteil vermittelt werden.

Um Innovationen im Bereich der Barrierefreiheit zu generieren, bedarf es ferner einer nachhaltigen staatlichen Förderung der Grundlagen- und Anwendungsforschung.

5.) Inklusiver Sozialraum

Zutreffend wird auf Seite 51 des Entwurfs ausgeführt, dass barrierefreier Wohnraum allein nicht die Teilhabe behinderter Menschen im sozialen Raum sichern kann. Zu Unrecht wird dann jedoch die inklusive Sozialraumgestaltung auf Freizeit- und Kulturangebote verkürzt.

Bei der **inklusiven Sozialraumgestaltung** geht es um einen umfassenden Ansatz, der zwar auch barrierefreie Freizeit- und Kulturangebote umfasse, bei dem es aber auch um die barrierefreie Gestaltung

öffentlicher Flächen und Verkehrswege sowie der städteplanerischen Infrastrukturgestaltung geht.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE bedarf es insoweit einer grundlegenden Neuausrichtung des (kommunalen) Planungsrechts und anderer Vorschriften.

Der Hinweis auf § 9 Abs. 1 SGB IX, der in der Praxis in aller Regel wirkungslos bleibt, ist vor diesem Hintergrund verfehlt.

Unklar ist, was das persönliche Budget, das auf Seite 51 des Entwurfs angesprochen wird, mit der inklusiven Sozialraumgestaltung zu tun hat. Die notwendigen Hilfen müssen den Betroffenen jedenfalls unabhängig von der Leistungsart gewährt werden.

Soweit auf Seite 52 des Entwurfs im Hinblick auf die inklusive Sozialraumgestaltung die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe angesprochen wird, ist darauf hinzuweisen, dass gerade die hier diskutierte Abgrenzung zwischen Leistungen zur Hilfe zum Lebensunterhalt und Leistungen der Eingliederungshilfe als Fachmaßnahme eine wichtige Frage ist, die im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention, d.h. im Sinne des inklusiven Denkens zu entscheiden ist.

3.9 Ehrenamt, Kultur und Tourismus

Ehrenamt

Soweit auf Seite 60 des Entwurfs ausgeführt wird, dass es neben der Selbsthilfe auch das ehrenamtliche Engagement von Menschen mit Behinderungen gebe, ist darauf hinzuweisen, dass Selbsthilfe ehrenamtliches Engagement ist. Daher wirkt die BAG SELBSTHILFE seit Jahren im Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (BBE) mit. Die dort formulierten Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für ehrenamtlich Tätige sollten auch Gegenstand der Zielsetzungen des Nationalen Aktionsplans werden.

Kultur

Es fehlt im Entwurf die Zielsetzung, dass die Fernsehanstalten ihre Sendungen mit Videotextuntertitelung und mit Übersetzung in Deutscher Gebärdensprache ausstrahlen und dass Defizite hinsichtlich des Literaturangebots aufgehoben werden.

Tourismus

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es zu begrüßen, dass auf Seite 61 des Entwurfs die Bedeutung der **Nationalen Koordinationsstelle Tourismus für Alle e.V. (NatKo)** herausgestellt wird.

Es ist jedoch Folgendes richtig zu stellen:

Die NatKo ist nicht nur eine zentrale Anlaufstelle für touristische Anbieter, um sie bei der Gestaltung barrierefreier Angebote zu unterstützen, sondern ebenso für Menschen mit Behinderungen und insofern unverzichtbar zur Erreichung der tourismuspolitischen Ziele der UN-Behindertenrechtskonvention.

Die finanzielle Ausstattung der NatKo ist prekär. Die tatsächliche Entwicklung der Förderung der NatKo durch die Bundesregierung zeigt, dass die Aktivitäten der Bundesregierung immer mehr hinter den

Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention zurückbleiben. So gingen von 2006, dem Jahr der Verabschiedung der Konvention, die vom BMG bewilligten Haushaltsmittel von € 119.790 auf € 87.412 in 2011 zurück. Da von einer gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bei der Nutzung von Kultur-, Freizeit- und Erholungseinrichtungen in 2006 keine Rede sein konnte, ist nicht erkennbar, wie die Ziele der UN-Behindertenrechtskonvention mit einer rückläufigen Förderung erreicht werden sollen. Hier ist erheblich größeres Engagement der Bundesregierung notwendig.

Als Maßnahmen werden lediglich Projekte zur Kennzeichnung barrierefreier Angebote und Förderung ihrer Vermarktung in Aussicht gestellt. Diese Ankündigung ist unzureichend, da hiermit keine Barrieren abgebaut werden und der gleichberechtigte Zugang verbessert wird, sondern einseitig die Vermarktung barrierefreier Angebote in den Vordergrund der Förderung gestellt wird.

Hinzu kommt, dass die Verbesserung der Zugänglichkeit touristischer Angebote von der Bundesregierung als Querschnittsaufgabe verstanden werden muss, bei der die zuständigen Ressorts ggf. zusammenarbeiten müssen. Die Vergangenheit war dadurch gekennzeichnet, dass sich kein Bundesressort für die Förderung des barrierefreien Tourismus als zuständig ansah, sondern das BMG lediglich für Aspekte der Selbsthilfe und Prävention, das BMWi für die Leistungssteigerung der Tourismuswirtschaft. Mit einer derartigen Zersplitterung von Ressortzuständigkeiten auf dem Gebiet der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bei der Nutzung von Kultur- und Freizeiteinrichtungen wird die Bundesregierung den Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention nicht gerecht.

3.10 Gesellschaftliche und politische Teilhabe

Der Grundsatz „Nichts über uns ohne uns!“ prägt die Konvention. Bereits bei den Beratungen zur Behindertenrechtskonvention wurde die umfassende Beteiligung der Zivilgesellschaft sichergestellt, so dass das Fachwissen der Expertinnen und Experten in eigener Sache in den Konventionstext einfließen und dadurch eine hohe inhaltliche Qualität der Behindertenrechtskonvention erreicht werden konnte. Zugleich normiert die Konvention an verschiedenen Stellen die Verpflichtung der Vertragsstaaten, Menschen mit Behinderungen über die sie vertretenden Organisationen in allen Phasen der BRK-Umsetzung und -Überwachung eng zu konsultieren und aktiv einzubeziehen (Art. 4 Abs. 3; Art. 33 Abs. 3; Art. 34 Abs. 3; Art. 35 Abs. 4).

Um die Einbeziehung der Behindertenorganisationen künftig für alle Beteiligten transparent und zufriedenstellend zu gestalten, bedarf es Standards zur Erfüllung des Beteiligungsauftrags aus der Behindertenrechtskonvention. Die bisherigen Formen der Partizipation sind aus Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht akzeptabel. Die künftigen Beteiligungsstandards sind daher zeitnah zu verankern.

Die Bundesregierung ist beim Wort zu nehmen, wenn auf Seite 64 des Entwurfs ausgeführt wird,

dass ihr die Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen bei der Umsetzung der UN-Konvention ein wichtiges Anliegen sei.

Dies gilt auch für die Zielsetzung, „die Handlungskompetenz der Verbände behinderter Menschen zur Inanspruchnahme der ihnen zustehenden Rechte zu stärken“.

Verfehlt ist in diesem Zusammenhang allerdings der Hinweis, unter dem Gesichtspunkt des „Empowerments“ auf die gemeinsame Empfehlung der BAR zur Förderung der Selbsthilfe hinzuweisen.

Diese Empfehlung hat keinerlei Wirkung, da die meisten Rehabilitationsträger bislang die Selbsthilfe mangels Fördervorschrift gar nicht fördern.

Hier besteht, wie bereits an anderer Stelle ausgeführt wurde, gesetzgeberischer Handlungsbedarf.

3.11 Persönlichkeitsrechte

Gemäß Art. 12 der Behindertenrechtskonvention besitzt jeder Mensch mit Behinderung unabhängig von Art und Ausmaß seiner Behinderung gleichberechtigt mit anderen, d.h. in gleicher Weise wie nicht behinderte Menschen, nicht nur die volle Rechtsfähigkeit, sondern auch die volle Handlungsfähigkeit, welche sowohl die Geschäfts-, als auch die Einwilligung- und die Deliktsfähigkeit umfasst.

a) Regelungen zur Geschäfts- und Deliktsfähigkeit

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die Vorschriften der §§ 104 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), welche die Geschäftsfähigkeit regeln, aufzuheben oder abzuändern. Dies gilt in gleicher Weise auch für die Regelungen zur Deliktsfähigkeit in § 827 BGB. Soweit Menschen mit Behinderungen bei der Ausübung ihrer rechtlichen Handlungsfähigkeit Unterstützung benötigen, sind entsprechende Modelle zum Schutz von Menschen mit Behinderungen in Form von Rechtsassistenten zu entwickeln (s.u.).

b) Betreuungsrecht

Das Betreuungsrecht bedarf einer genauen Überprüfung. Zwar schränkt es nicht von vornherein die Geschäftsfähigkeit eines unter rechtlicher Betreuung stehenden Menschen ein (mit Ausnahme des Falles, dass vom Gericht ein Einwilligungsvorbehalt in allen Angelegenheiten angeordnet worden ist). Es überträgt der Betreuungsperson jedoch das Recht der gerichtlichen und außergerichtlichen Vertretung gemäß § 1902 BGB.

Zu überprüfen ist ferner die Regelung in § 1906 BGB, die Heileingriffe und Zwangsmaßnahmen gegen den Willen der unter Betreuung stehenden Person unter gewissen Voraussetzungen auch dann ermöglicht, wenn weder eine Selbst- noch eine Fremdgefährdung vorliegt. Durch diese Regelung könnte die in Art. 12 der Behindertenrechtskonvention geschützte Einwilligungsfähigkeit als Teil der Handlungsfähigkeit betroffen sein.

Die besondere Schutzbedürftigkeit von Menschen mit Behinderungen erkennt Art. 12 der Behindertenrechtskonvention an, indem er in

Abs. 3 die Vertragsstaaten verpflichtet, behinderten Menschen Zugang zu den Unterstützungsmaßnahmen zu verschaffen, die sie zur Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit benötigen. Diese Maßnahmen dürfen allerdings nicht die Handlungsfähigkeit aufgrund der Behinderung eines Menschen einschränken und haben daher im Bereich des Rechts den Charakter einer Rechtsassistenz, welche die Betroffenen bei der Ausübung ihrer Handlungsfähigkeit begleitet.

Vor diesem Hintergrund sollte die Bundesregierung darauf hinwirken, zeitnah Modelle der rechtlichen Unterstützung i.S.d. Art. 12 Abs. 3 der Behindertenrechtskonvention zu entwickeln und zu erproben.

Ausgehend von den dabei gesammelten Erfahrungen ist das Betreuungsrecht zu einem Recht der Rechtsassistenz weiterzuentwickeln. Dabei sollten auch Überlegungen einbezogen werden, inwiefern Beratungs-, Unterstützungs- und Assistenzleistungen zugunsten der Betroffenen als Teilhabeleistungen sozialrechtlich verankert werden können und ihre Vorrangigkeit gegenüber Regelungen zur gesetzlichen Betreuung normiert werden sollte.

c) Landesgesetzliche Regelungen

Darüber hinaus sollte die Bundesregierung gemeinsam mit den Landesregierungen auf eine Prüfung hinwirken, inwieweit Parallelstrukturen von Unterbringungsentscheidungen nach Betreuungsrecht und nach den Landesgesetzen für psychisch kranke Personen (PsychKG) vorhanden und tatsächlich notwendig sind bzw. mit Blick auf die Zielstellungen der Behindertenrechtskonvention geändert werden müssen. Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. fordert insoweit die Änderung von § 1896 Abs. 1a BGB sowie die Abschaffung von § 1906 BGB und von § 63 StGB.

Die BundesElternVereinigung für anthroposophische Heilpädagogik und Sozialtherapie e.V. weist darauf hin, dass Art. 12 der UN-Behindertenrechtskonvention das Modell der gesetzlichen Vertretung durch das Modell der rechtlichen Unterstützung/Assistenz ersetzt, das den Menschen mit Behinderung nicht in der Wahrnehmung seiner Rechte einschränkt. Dabei ist der in Art. 14 der Behindertenrechtskonvention verankerte Grundsatz zu beachten, dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine freiheitsentziehende Maßnahme rechtfertigt.

d) Prozess- und verfahrensrechtliche Regelungen

Zudem sind die einschlägigen Gesetze auch daraufhin zu überprüfen, inwieweit sie mit Blick auf die Ziele, größtmögliche Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen zu ermöglichen, Veränderungen, insbesondere auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht (z. B. Besuchsrechte, niederschwellige Hilfe- und Beschwerdemöglichkeiten, Verbesserung der juristischen Kontrollmöglichkeiten etc.) bedürfen. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang dem

bislang noch wenig beachteten Art. 13 der Behindertenrechtskonvention zu, der die Vertragsstaaten verpflichtet, für Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zur Justiz zu gewährleisten. Das gesamte Gerichtsprozessrecht sollte daraufhin überprüft werden, inwieweit es in technischer und inhaltlicher Hinsicht Barrierefreiheit gewährleistet und insbesondere die Rechte von sinnesbehinderten Menschen und von Menschen mit geistiger Behinderungen auf umfassende Informations-, Beteiligungs- und Befragungsmöglichkeiten ausreichend sicherstellt.

In den gesamten Prozess der Überprüfung und Fortentwicklung gesetzlicher Regelungen sind die Betroffenen und ihre Verbände von Anfang an eng einzubinden.

e) Veränderungen der Angebote und Hilfen

Darüber hinaus bedürfen die Einrichtungen der sozialpsychiatrischen und psychiatrischen Dienste der Fortentwicklung und Veränderung. Insbesondere psychiatrische Großeinrichtungen sind dabei kritisch zu hinterfragen und sollten verstärkt durch dezentrale Einrichtungen ersetzt werden, um damit Angebote im sozialen Nahraum der Betroffenen zu eröffnen. Zum Schutz vor Gewalt gegen Frauen und ggf. auch Männer sollten geschlechterspezifische Schutzmaßnahmen in den Einrichtungen angeboten werden (z. B. Schutzräume, Möglichkeiten gleichgeschlechtlicher Betreuung u. a.).

Zugleich sollte der Aufbau von Netzwerkstrukturen intensiviert werden, um eine Abstufung der Reaktionsmöglichkeiten im Einzelfall zu gewährleisten. Hierfür sollten Modellprojekte entwickelt werden, die Netzwerkstrukturen aller Beteiligten einbinden.

Die Einrichtung unabhängiger psychiatrischer Beschwerdestellen sollte flächendeckend forciert und durch entsprechende Regelungen im Betreuungsrecht bzw. in den Unterbringungsgesetzen der Länder gesetzliche Verankerung finden.

Im Hinblick auf die Qualitätssicherung sind Programme zur Verbesserung der Qualität sozialer, medizinischer und psychiatrischer Hilfen unter Einbeziehung der Akteure auf den Weg zu bringen. Bei der Entwicklung regionalen Qualitätsmanagements sind die berechtigten Interessen der Betroffenen zu berücksichtigen. Zudem sollte auf eine entsprechende Unabhängigkeit des Qualitätsmanagements hingewirkt werden.

Zum Handlungsfeld „Persönlichkeitsrechte“ wird ergänzend verwiesen auf die anliegende Stellungnahme der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Anlage 4).

6. Maßnahmenkatalog nach Handlungsfeldern

Zu den im Entwurf vorgeschlagenen Maßnahmen ist im Einzelnen Folgendes auszuführen:

6.1 Arbeit und Beschäftigung

Es fehlt an grundlegenden gesetzgeberischen Maßnahmen zur Erreichung der notwendigen Ziele. Initiative für Ausbildung und Beschäftigung	Es fehlt an einer Strategie für den Fall des Scheiterns der Verhandlungen.
Initiative Inklusion	Es fehlt an einem geordneten Verfahren und den Kriterien zur Vergabe der Mittel.
Job 4000	Fortsetzung wird begrüßt.
Bewerbungsvideos	Es fehlt an einem umfassenden flächendeckenden Programm für Bewerbungstrainings. Was passiert nach 2011?
Beratungsdefizite SGB II	Es fehlt an einem umfassenden Qualitätsprogramm für die Beratung und Vermittlung und an einer Koordination der Beratungsstrukturen.
Ausbildungspakt	Es fehlt an einem Konzept für ein gesetzgeberisches Vorgehen für den Fall des Scheiterns des Paktes.
Einheitliche Sonderregelungen in der Ausbildung	Das Vorhaben wird begrüßt.
„Integration Inklusive“	Es fehlt an einem Konzept, wie man die Impulse der BBW in die Fläche bringt.
Reha Futur	Es fehlt an einem Konzept für die Zeit nach 2011.
BEM	Es fehlt an einem Konzept, wie auch kleinere Unternehmen das BEM umsetzen, welche gesetzlichen Maßnahmen den Umsetzungsdruck erhöhen und was nach 2013 passiert.
Leistungsfinder	Unverständlich ist, warum die Datenbank mit der Freien Wohlfahrtspflege aufgebaut werden soll.

6.2 Bildung

Es fehlt an einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Änderung der maßgeblichen gesetzlichen

Vorschriften. Es fehlt für den Hochschulbereich insbesondere am Nachteilsausgleichen.

Die Maßnahmen sind nicht schädlich, aber gänzlich unzureichend zur Erreichung der Ziele.

6.3 Prävention, Rehabilitation und Pflege

Es fehlt an grundlegenden gesetzgeberischen Maßnahmen zur Erreichung der notwendigen Ziele.

Patientenrechtengesetz	Es fehlt die Angabe, welche konkreten Vorschriften zugunsten von Menschen mit Behinderungen geplant sind.
Barrierefreie Arzt- und Klinikauskunft	Das Angebot ist mangelhaft, da es auf Selbstauskünften der Leistungserbringer beruht.
Programm barrierefreie Arztpraxen	Es fehlt eine Angabe zum finanziellen Volumen des Programms.
Stärkung der Prävention	Es fehlt die Angabe, welche konkreten Maßnahmen Menschen mit Behinderungen zugutekommen sollen.
Menschen mit Demenz im Krankenhaus	Dieses Projekt wird begrüßt.
Zuständigkeitsklärung Hörgeräteversorgung	Es geht nicht nur um Zuständigkeitsfragen, sondern um die Festlegung der Festbeträge.
Gesundheitsversorgung für Frauen mit Behinderung	Eine nicht genau definierte Werbeaktion ist völlig unzureichend. Es bedarf gesetzlicher Festlegungen.
Umfassendes Bedarfsfestbetragungsverfahren	Es fehlt die Klärung, ob die Pflege mit beteiligt wird.
Evaluation des SGB IX	Die Maßnahme wird grundsätzlich begrüßt, wenn sich gesetzgeberische Maßnahmen anschließen.
Pflegebedürftigkeitsbegriff	Da die Vorbereitungen abgeschlossen sind, sollte unmittelbar ein Gesetzesentwurf erarbeitet werden.
Servicestellen	Es fehlt an einer Änderung der Kompetenzregelungen.

6.4 Kinder, Jugendliche, Familie und Partnerschaft

Es fehlt an konkreten gesetzgeberischen Maßnahmen zur Erreichung der notwendigen Ziele.

Sogenannte große Lösung	Ein qualifizierter Zwischenbericht ist nicht ausreichend. Es muss ein Gesetzentwurf erstellt werden. Es muss ein Schulungsprogramm für die Vertreterinnen und Vertreter der Kinder- und Jugendhilfe erarbeitet werden.
Jugendparlament	Die Maßnahme ist nicht sinnvoll. Stattdessen sollten Jugendorganisationen der Selbsthilfe gefördert werden.

6.5 Frauen

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind nicht ausreichend. Es fehlt an einer langfristigen Förderstrategie und an konkreten gesetzgeberischen Maßnahmen zur Erreichung der notwendigen Ziele.

6.6 Ältere Menschen

Die Maßnahmen sind nicht schädlich. Es fehlt aber an einer Strategie zur Zielerreichung im Bereich „Alter und Behinderung“.

6.7 und 6.8 Wohnen, Bauen und Mobilität

Es fehlt an gesetzgeberischen Maßnahmen zur Durchsetzung von Barrierefreiheit in einer inklusiven Gesellschaft.

6.9 Tourismus

Eine nachhaltige und ausreichende Finanzierung der NatKo ist erforderlich.

6.10 Gesellschaftliche und politische Teilhabe

Die Patientenbeteiligung und die Förderung der Selbsthilfe sollten durch konkrete gesetzgeberische Maßnahmen gestärkt werden.

Überprüfung der BGG	Die Maßnahme ist sinnvoll, wenn sich gesetzgeberische Maßnahmen ausschließen.
VersMedV	Die Beteiligungsmöglichkeiten der Verbände behinderter Menschen müssen erweitert werden.
Begleitung der Umsetzung der UN-Konvention	An die Stelle formaler Beteiligung ohne Einfluss muss eine Zusammenarbeit von Bundesregierung und Verbänden treten.

6.11 Persönlichkeitsrechte

Konkrete Gesetzesänderungen sind erforderlich.

Kommentierte Linkliste

Mit Befremden nimmt die BAG SELBSTHILFE zur Kenntnis, dass die Nakos als Anlaufstelle für die Selbsthilfe aufgeführt wird, nicht aber die BAG SELBSTHILFE mit ihrer Internetseite www.bag-selbsthilfe.de

Düsseldorf, den 16. Mai 2011

Die Anlagen 1 bis 4 sind auf der Homepage in der Stellungnahme zum Download hinterlegt: <http://www.bag-selbsthilfe.de/un-behindertenrechtskonvention.html>

Stellungnahme der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL

1. Generelle Einschätzung

Die ISL e.V. hält sowohl den Nationalen Aktionsplan (NAP) als auch den Staatenbericht für vollkommen unzureichend. Deshalb fordert sie den deutschen Bundestag auf, per Antrag beide Dokumente abzulehnen und einen Beschluss zur Neufassung des Aktionsplans herbeizuführen (der Staatenbericht ist bereits nach Genf gesandt worden, so dass eine Überarbeitung dieses Dokuments zum jetzigen Zeitpunkt wenig sinnvoll ist).

Diese Auffassung begründen wir mit folgenden grundsätzlichen Beobachtungen:

- Weder der Aktionsplan noch der Staatenbericht orientieren sich an internationalen und nationalen Vorgaben:
 - Zur Erstellung von Aktionsplänen gibt es mindestens zwei relevante Dokumente, die bei dem vorliegenden Aktionsplan der Bundesregierung nicht beachtet wurden
 - Handbook on National Human Rights Plans of Action (OHCHR 2002)
 - Aktionspläne zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (Deutsches Institut für Menschenrechte 2010)
 - Zur Erstellung von Staatenberichten hat der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen in seiner zweiten Sitzung im Oktober 2009 die „Leitlinien für das vertragspezifische Dokument, das von den Vertragsstaaten nach Artikel 35 Absatz 1 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vorzulegen ist“ erarbeitet und veröffentlicht.
- Die deutsche Bundesregierung hat sich während der Verhandlungen zur Behindertenrechtskonvention durch ihre inhaltlichen Beiträge und die Einbeziehung behinderter Menschen einen guten Ruf auf dem internationalen Menschenrechtsparkett erworben. Dieser Ruf wird mit den vorgelegten Dokumenten leichtfertig aus Spiel gesetzt.
- Beide Dokumente lassen eine durchgängige Menschenrechtsperspektive vermissen: Die gravierenden Menschenrechtsverletzungen, denen Menschen mit Behinderungen auch in unserem Land tagtäglich ausgesetzt sind, werden weder benannt noch werden Maßnahmen zu ihrer Verhinderung geplant oder ergriffen.

2. Übergeordnete Kritikpunkte

2.1. Partizipation der Betroffenen und ihrer Verbände

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention – BRK) wurde unter dem Motto „Nichts über uns ohne uns!“ verhandelt und formuliert. Sie enthält Verpflichtungen zur Beteiligung der Betroffenen und ihrer Verbände. Von Seiten der Betroffenen und ihrer Verbände wurde immer wieder angeregt, gemeinsame Beteiligungsstandards zu verhandeln und zu verabreden. Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat eine Tagung zum Thema „Partizipation“ veranstaltet und ein Positionspapier zu diesem Thema veröffentlicht.

Von Seiten der Bundesregierung wurden die Betroffenen und ihre Verbände zwar zu zahlreichen Gremien und Konferenzen eingeladen. Ein Austausch über prozessuale Fragen der Partizipation hat aber nie stattgefunden, so dass die Betroffenen und ihre Verbände immer nur reagieren, aber nie auf gleicher Augenhöhe kommunizieren und agieren konnten. Das gilt sowohl für die Erarbeitung des NAP als auch für die Erstellung des Staatenberichts.

Zum NAP haben die Verbände, die im Deutschen Behindertenrat (DBR) zusammenarbeiten, die Forderungen aus der Fachkonferenzreihe der ehemaligen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Karin Evers-Meyer, von 2009 zu einem umfangreichen Forderungskatalog des DBR an einen NAP weiter entwickelt und dem BMAS im Mai 2010 zugeleitet. Bis heute vermissen die Verbände Stellungnahmen zu ihren Anregungen und/oder einen Dialog zu den Forderungen.

2.2. Struktur von Aktionsplan und Staatenbericht

Die vorliegende Struktur des **Aktionsplans** halten wir für wenig zielführend. Es hätte ein Vergleich der Lebensrealität von Menschen mit Behinderungen in Deutschland mit den Vorgaben der Behindertenrechtskonvention stattfinden müssen. Daraus hätte der bestehende Handlungsbedarf abgeleitet werden müssen, woraus sich wiederum die zu ergreifenden Maßnahmen ergeben hätten.

Stattdessen finden sich im NAP eingestreute Visionen, die bestimmten Gruppen der Zivilgesellschaft nicht zugeordnet werden können. Maßnahmen, die auf dem Maßnahmenkongress im November 2010 von den Teilnehmenden als besonders wichtig bewertet wurden, werden nicht einmal erwähnt.

Ein Rating der 196 Maßnahmen hat ergeben, dass sich nur rund 5 Prozent der Maßnahmen auf gesetzliche Prüfaufträge oder Änderungen beziehen. Das ist für einen NAP nach unserer Einschätzung absolut zu wenig.

Bei der Erläuterung zu den Handlungsfeldern auf Seite 15 des Aktionsplans werden auch sieben Querschnittsthemen genannt, deren Beachtung wir in der weiteren Ausformulierung der Handlungsfelder und der Maßnahmen vermissen. Gerade die Konzepte des Selbstbestimmten Lebens und der Assistenz, die Grundpfeiler der BRK darstellen, müssten sich bei der Beschreibung der Handlungsfelder und der Ausformulierung der Maßnahmen durchgängig wiederfinden. Das ist nicht der Fall.

Auch das Querschnittsthema Migration wird im NAP nicht wieder aufgegriffen.

Der **Staatenbericht** enthält eine Beschreibung der rechtlichen Situation in Deutschland. Es fehlt jedoch eine Analyse der tatsächlichen Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen sowie eine Auflistung von Problemen und Mängeln.

2.3. Menschenrechtsverletzungen

Die Vertragsstaaten haben sich mit der Ratifikation der Behindertenrechtskonvention verpflichtet, Menschen mit Behinderungen vor Menschenrechtsverletzungen zu schützen. Gravierende Menschenrechtsverletzungen, denen behinderte Menschen in Deutschland ausgesetzt sind, wurden bereits in den oben erwähnten Fachkonferenzen Anfang 2009 zusammengetragen, ohne dass in der Zwischenzeit Gegenmaßnahmen getroffen worden wären. Dazu gehören unter anderem folgende Menschenrechtsverletzungen:

- Kinder mit Behinderungen werden gegen ihren und den Willen ihrer Eltern immer noch zwangsweise auf Förderschulen verwiesen;
- Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf werden aus Kostengründen gegen ihren Willen in stationären Einrichtungen untergebracht.
- Über einen ersten Berufsabschluss hinaus wird der behinderungsbedingte Mehrbedarf nicht finanziert, so dass beispielsweise Studierende mit Behinderungen kaum über einen Bachelorabschluss hinauskommen können.
- Eltern mit Behinderungen erhalten keine Unterstützung bei der Erziehung ihrer Kinder. Eher werden ihnen ihre Kinder weggenommen.

Diese durchaus bekannten Problemlagen werden weder im Aktionsplan noch im Staatenbericht ausreichend benannt und als handlungsrelevant aufgegriffen. Von entsprechenden Maßnahmen, um diesen Menschenrechtsverletzungen entgegenzuwirken, fehlt dann fast jede Spur.

3. Weitere Kritikpunkte

3.1 Disability Mainstreaming

Die Vertragsstaaten haben sich in der Präambel g) der BRK zu einem durchgängigen Disability Mainstreaming bekannt. Im NAP werden zwar Focal Points in anderen Bundesministerien und in den Bundesländern benannt, es fehlen aber verpflichtende Weiterbildungsmaßnahmen, um das neue Konzept von Behinderung und die Bedeutung des Disability Mainstreaming auf allen Verwaltungsebenen bekannt zu machen.

So erklärte ein führender Ministerialbeamter des BMG auf einer Anhörung zum Versorgungsstrukturgesetz Ende Juni 2011, die BRK habe für sein Haus keinerlei Bedeutung. Der Staatssekretär Andreas Scheuer im BMV antwortete auf parlamentarische Anfragen, es bestehe keinerlei Absicht, Busunternehmen zur Barrierefreiheit zu verpflichten – ein klarer Verstoß gegen die BRK und damit gegen geltendes Recht.

Angesichts solch eklatanter Wissenslücken führender Persönlichkeiten der Exekutive kann die ISL e.V. nicht nachvollziehen, dass sich keinerlei Maßnahmen zur Fortbildung des Verwaltungspersonals im NAP oder Anmerkungen dazu im Staatenbericht finden.

3.2 Bewusstseinsbildung

Mit der prominenten Stellung und der detailreichen Ausformulierung des Artikels 8 (Bewusstseinsbildung) der Konvention wurde diesem Anliegen von der Völkergemeinschaft ein hoher Stellenwert eingeräumt. Dennoch hat die Bundesregierung wesentlich und gegen den Protest sowohl der behindertenpolitischen SprecherInnen aller Bundestagsfraktionen als auch des DBR eine fehlerhafte Übersetzung mit falschen Begrifflichkeiten (beispielsweise Integration statt Inklusion) zur amtlichen Übersetzung erklärt.

Obwohl das zuständige BMAS inzwischen selber nur noch von Inklusion spricht und im NAP und Staatenbericht schreibt, enthält der Aktionsplan keine Maßnahme, diesen Fehler zu revidieren. Im Staatenbericht findet die fehlerhafte Übersetzung und die korrektere Schattenübersetzung des NETZWERK ARTIKEL 3 e.V. auch keine Erwähnung, obwohl beide Übersetzungen nebeneinander in einer Publikation des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen veröffentlicht wurden.

3.3 Förderung von Selbstvertretungsorganisationen

In der Bundesrepublik gibt es ein Netz von Wohlfahrts- und Behindertenverbänden. Viele haben eine lange Tradition und werden institutionell gefördert. Selbstvertretungsorganisationen behinderter Menschen sind vergleichsweise relativ jung und werden, wenn überhaupt, nur über Projektförderungen unterstützt. Das hat zur Folge, dass die in der BRK angemahnte Partizipation von den etablierten Verbänden in der regulären Arbeitszeit geleistet werden kann, während die Selbstvertretungsorganisationen in der bezahlten Arbeitszeit Projekte realisieren und die Interessenvertretung ehrenamtlich leisten müssen.

Gleichwohl wird ihnen (als DPOs – Disabled Peoples' Organizations) in der internationalen Diskussion ein besonderer Stellenwert eingeräumt, und auch in der BRK finden sie besondere Erwähnung. So verpflichten sich die Vertragsstaaten in Artikel 29, „die Bildung von Organisationen von Menschen mit Behinderungen, die sie auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene vertreten“, zu fördern.

Im Staatenbericht wird die Unterstützung von Selbstvertretungsorganisationen im Zusammenhang mit der internationalen Zusammenarbeit positiv erwähnt, für die innerstaatliche Ebene jedoch fehlen entsprechende Maßnahmen des Capacity-building im NAP und im Staatenbericht. Gleichzeitig sind solche Maßnahmen dringend geboten, wenn die Interessenvertretungen behinderter Menschen (wie in der BRK verankert) in die Umsetzung der BRK aktiv eingebunden werden sollen.

Stellungnahme des Sozialverbandes Deutschland e.V. SoVD

Der SoVD möchte sein großes Bedauern darüber zum Ausdruck bringen, dass den Verbänden behinderter Menschen im Verfahren zur Erstellung des Ersten Staatenberichts Deutschlands zur UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) keine angemessene Beteiligung ermöglicht wurde; selbst die Frist zur Stellungnahme hatte das federführende Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) überaus kurz bemessen.

Der SoVD vermag sich daher des Eindrucks nicht zu erwehren, das BMAS habe eine umfassende Beteiligung und Anhörung der Verbände zum Staatenbericht nicht angestrebt und stattdessen für die Verbände behinderter Menschen in einem sog. „Schattenbericht“ die sachgerechtere Form der Positionierung zum Staatenbericht gesehen.

Vor diesem Hintergrund hatte der SoVD darauf verzichtet, eine umfassende Stellungnahme zum Ersten Staatenbericht nach Art. 35 BRK gegenüber dem BMAS abzugeben und stattdessen angekündigt, sich mit Nachdruck in die Erarbeitung des sog. „Schattenberichts“ der Verbände einzubringen. Dies gilt für den SoVD weiterhin.

Der SoVD ist der Ansicht, dass der vorliegende Staatenbericht Deutschlands die für die Bewertung maßgeblichen

„Guidelines on treaty-specific document to be submitted by state parties under Art. 35, p.1 CRPD“

vom 18. November 2009 nicht ausreichend berücksichtigt, insbesondere da es sich vorliegend um den ersten Staatenberichts Deutschlands handelt.

Der erste Staatenbericht muss zum Ziel haben, für den Konventionsausschuss nachvollziehbar darzustellen, inwieweit das innerstaatliche Recht und die Rechtspraxis eines Mitgliedsstaates mit der Konvention im Einklang stehen.

Er soll u.a. verdeutlichen: Wie ist die Lebenswirklichkeit behinderter Menschen im Mitgliedsstaat? In welchem Umfang bestehen Ausgrenzungen und Einschränkungen zulasten behinderter Menschen? Wo sind Defizite und Handlungsbedarf, um die Ziele der BRK im Mitgliedsstaat zu verwirklichen?

Insoweit müsste auch der deutsche Staatenbericht eine umfassende, kritische Analyse liefern, wo Deutschland bei der Umsetzung aller Normen der BRK steht, welche ersten Schritte zur Verbesserung – seit Inkrafttreten der BRK – eingeleitet wurden und welche weiteren Schritte künftig geplant sind.

Dies jedoch leistet der vorliegende Bericht nicht in ausreichendem Maß. Stattdessen erweckt er – ähnlich der von den Verbänden bereits 2008 kritisierten Denkschrift zum Ratifikationsgesetz – den (unrichtigen) Eindruck, das geltende Recht und die Lebenswirklichkeit in Deutschland entsprächen bereits weitgehend den Anforderungen der BRK. Eine umfassende Auseinandersetzung mit den Anforderungen, wie sie die BRK aufstellt und damit Handlungs- und Umsetzungsbedarf begründet, erfolgt kaum.

Der SoVD verweist insoweit exemplarisch auf einige Beispiele im Staatenbericht, welche die benannten Defizite verdeutlichen:

- Die **tatsächliche Lebenswirklichkeit** behinderter Menschen, ihre besondere Betroffenheit von Ausgrenzung, wird im Bericht nicht im erforderlichen Umfang angesprochen. So finden sich z.B. nur sehr unzureichende Ausführungen zur besonders hohen Arbeitslosigkeit unter schwer-/behinderten (insbesondere auch älteren) Menschen bzw. zu ihrer - im europäischen Vergleich besonders hohen – Ausgrenzung aus allgemeinen Schulen.
- Das Rechtsinstitut der „**angemessenen Vorkehrungen**“ ist im deutschen Recht allenfalls sehr partiell verankert. Die Forderung der BRK, die Verweigerung angemessener Vorkehrungen als Diskriminierungstatbestand auszugestalten, findet sich im deutschen Recht bislang nicht – hierauf weist der Staatenbericht nicht hin.
- Eine Abgrenzung von Normen der BRK, die **unmittelbar** anwendbar sind und auf die sich Betroffene daher direkt berufen können, von solchen Normen, die der innerstaatlichen Konkretisierung und Umsetzung bedürfen, findet sich im Staatenbericht nicht. Auch insoweit bleibt unklar, hinsichtlich welcher Normen die Bundesregierung Handlungsbedarf (im Sinne „progressiver Realisierung“ nach Art. 4 Abs. 2 BRK) sieht.
- Eine kritische Auseinandersetzung mit den seit nunmehr 10 Jahren bestehenden **Umsetzungsde-**

fiziten des SGB IX findet sich im Bericht kaum. Stattdessen beschränken sich die Ausführungen zum SGB IX im Einleitungsteil allein auf die – unstrittig richtigen - rechtlichen Verbesserungen, auf die das Gesetz seit 2001 abzielt.

- Unerwähnt bleiben zudem **gesetzliche Verschlechterungen** zulasten behinderter Menschen, z.B. die Absenkung der Beschäftigungspflichtquote von 6 auf 5 Prozent 2004, ohne dass die Voraussetzungen der Absenkung durch die Arbeitgeberschaft dauerhaft verwirklicht worden sind. Auch die Einführung der Regelbedarfsstufe III für erwerbsgeminderte behinderte Menschen über 25 Jahren 2011 findet keinerlei Erwähnung im Bericht.
- Nicht zuletzt lässt der Staatenbericht unklar, inwieweit der **Bund** seiner Verpflichtung nach Art. 4 Abs. 5 BRK nachkommt, allen Bestimmungen des Übereinkommens ohne Einschränkung oder Ausnahme für alle Teile eines Bundesstaates Geltung zu verschaffen. Durch bloßen Verweis auf die Zuständigkeiten der Bundesländer wird dieser Rechtspflicht nicht ausreichend Genüge getan.

In Anbetracht der benannten, grundsätzlichen Inhaltskritik am Staatenbericht sowie auch unter Beachtung des Umstandes, dass die geforderte Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen im Erstellungsprozess nicht ausreichend erfolgte, kann der SoVD dem Ersten Staatenbericht Deutschlands zur BRK bedauerlicherweise seine Unterstützung nicht signalisieren.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)650

4. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011
Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V.

Wir freuen uns, dass wir die Gelegenheit erhalten, vor dem Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages unsere Anmerkungen zum Nationalen Aktionsplan (NAP) darlegen zu können. Unsere Anmerkungen dazu haben wir – wie auch zum Staatenbericht – dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales übermittelt. Leider fanden diese bislang keinen Eingang in die entsprechenden Papiere. Daher sind beide Stellungnahmen nach wie vor gültig und werden Bestandteil dieser Stellungnahme.

Wir legen große Hoffnung in diese Anhörung. Dabei setzen wir darauf, dass eine parteiübergreifende Mehrheit die Bundesregierung zur Einhaltung eines geltenden Rechtes veranlassen kann. Behinderte Menschen in Deutschland haben sehr lange auf die Behindertenrechtskonvention gewartet. Nun werden sie nicht tatenlos zusehen, wie diese zerredet und sinnentleert wird. Ein gutes Beispiel hierfür ist das Persönliche Budget, das ohne ein Leistungsgesetz im SGB IX zum Scheitern verurteilt sein wird. Sozialhilfeträger verwenden einen Großteil ihrer Kreativität darauf zu überlegen, wie sie das Persönliche Budget verhindern können. Das Persönliche Budget und die Sozialhilfe passen einfach nicht zusammen.

Zur Sachverständigenliste selbst:

Wir sind durchaus überrascht, dass die Sachverständigenliste durch die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände angeführt wird wohingegen andere Verbände, die engagiert an der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention mitwirken, fehlen. Es entzieht sich unserer Kenntnis, ob auch die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände eine Stellungnahme zum NAP abgegeben hat und wenn ja, ob diese den Sinn der UN-Behindertenrechtskonvention erfasst oder eher durch Finanzierungseinwände geprägt ist. Ungeachtet dessen gilt es festzustellen, dass Menschenrechte unter keinem Finanzierungsvorbehalt stehen. Die Umsetzung der Konvention wird es nicht zum Nulltarif geben und dies ist nicht erst seit der Unter-

zeichnung des Abkommens und sicherlich allen Sachverständigen bekannt.

Stellungnahme zum Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen Referentenentwurf nach Ressortabstimmung Stand: 27.04.2011

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, unsere Ansicht zu diesem Referentenentwurf mitzuteilen. Wie wir anlässlich dieses Entwurfes feststellen mussten, sind einige zentrale Aussagen zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention unberücksichtigt geblieben. Aus diesem Grund wünschen wir die Herausgabe der Protokolle vieler Veranstaltungen im Vorfeld dieses Entwurfes, damit wir nachvollziehen können, in welchem Stadium unsere Aussagen verloren gegangen sind.

Visionen?

Bei der Aussage: "Behinderte Menschen wohnen und leben selbstbestimmt, barrierefrei und integriert in der Gemeinde" handelt es sich um keine Vision, sondern um ein Grundrecht, das längst umgesetzt sein sollte! Gleiches gilt auch für die übrigen "Visionen". Wir fragen uns, wie ein solches Referentenpapier das BMAS verlassen konnte.

Zeithorizont

Verbunden mit der "stetigen" Verbesserung ist nach unserer Ansicht, dass uns dadurch noch lange Zeit elementare Rechte vorenthalten werden. Rechte, die in Deutschland Gesetz sind. Das ist nicht hinnehmbar. ForseA unterscheidet lediglich zwei Realisierungstermine:

Sofort: Alle Umsetzungen, die lediglich Gesetzesänderungen bedürfen.

Später: Alle Umsetzungen, die bauliche oder technische Maßnahmen nach sich ziehen. Hier kann der vom BMAS vorgegebene Zeitraum

men im wirklichen Einzelfall auch erforderlich sein.

Um das Verfahren zu beschleunigen, hat das Forum behinderter Juristinnen und Juristen im Auftrag der Bundesverbände ISL und ForseA einen Entwurf für ein Gesetz zur Sozialen Teilhabe erstellt und diesen am 4. Mai 2011 in der Bundespressekonferenz vorgestellt. Wir erwarten, dass dieser in den endgültigen Aktionsplan einfließt und so auch rasch umgesetzt wird.

Menschenrechte

Es gibt in der Verwaltung und in der Politik Meinungen, dass die Rechte behinderter Menschen beliebig - je nach Kassenlage - berücksichtigt oder ignoriert werden können. Dabei ist man sich durchaus bewusst, dass viele behinderte Menschen den Gang zu Gerichten scheuen oder ihn sich einfach nicht leisten können. Hinzu kommt, dass behinderte Menschen häufig mit so existenziellen Problemen belastet sind, dass sie einfach aufgeben und in den zahlreich vorhandenen Heimen verschwinden.

Heime

Die finanzielle Förderung von stationären Einrichtungen muss ein Ende haben. Obwohl ein Heim dank der Konvention nur noch mit dem Einverständnis des betroffenen Menschen infrage kommt, bestehen die Kostenträger entgegen geltendem Recht auf einen Kostenvergleich. Bei diesem Vergleich der Kosten bleiben z.B. die öffentlichen Investitionen stets außer Betracht.

Bewusstseinsbildung

Wir begrüßen, dass die Bundesregierung von der unzutreffenden Übersetzung abrückt und nunmehr selbst den Begriff "inklusiv" anwendet und auch richtig versteht. Damit Inklusion jedoch von der Gemeinschaft geleistet und gelebt werden kann, muss die Bundesregierung bei der Umsetzung des Artikels 8 (Bewusstseinsbildung) initiativ werden. Der vorliegende Referentenentwurf lässt dieses noch nicht erkennen. Bislang können sich die Kostenträger in den Sozialverwaltungen auf die Bundesregierung berufen und müssen erst vor Gericht eines Besseren belehrt werden. Besonders deutlich wird dies beispielsweise bei dem Kostenvergleich (s.o.),

bei dem die Bundesregierung die Gerichte entscheiden lässt.

Zumutbarkeit von Heimen

ForseA war stets der Meinung, dass der § 13 SGB XII einen Heimaufenthalt gegen den Willen der Betroffenen ausschließt. Dennoch müssen Menschen oft jahrelang für einen Auszug oder einen Nichteinzug in eine solche Anstalt kämpfen. Erst durch Gerichte wird diesem ungesetzlichen Treiben ein Ende gemacht. Trotz der unmissverständlichen Formulierung des Artikels 19 der Behindertenrechtskonvention wird seitens der Sozialämter der § 13 SGB XII nach wie vor - und dazu sinnetstellt - herangezogen.

Kein Finanzierungsvorbehalt bei Menschenrechten

Jegliche Verknüpfungen mit der Frage der Finanzierbarkeit (s. Seite 7) lehnen wir ab. Menschenrechte dürfen nicht unter einen Kostenvorbehalt gestellt werden.

Ermessensspielräume werden missbraucht

Da der Bund die Ausführung seiner Gesetze den Ländern, Bezirken, Kommunen und dort dann wieder einzelnen Sachbearbeitern überlässt, werden die vorhandenen Ermessensspielräume in der Regel zum Nachteil behinderter Menschen ausgelegt.

Umsetzung der Artikel 12 und 28 wird gefordert

Diese Artikel finden keinerlei Berücksichtigung im NAP. Die Einkommens- und Vermögensunabhängigkeit der erforderlichen Hilfen lässt sich nicht mehr in Frage stellen. Die Umsetzung der Artikel 12 und 28 muss durch ein eigenes Leistungsgesetz sofort erfolgen. Menschen mit Assistenzbedarf benötigen endlich den von der Behindertenrechtskonvention zugesagten bedarfsdeckenden Nachteilsausgleich. Sie dürfen nicht länger finanziell, ihre Familie, Partnerinnen und Partner finanziell und personell für die Folgen der Behinderung in Haftung genommen werden.

Im Folgenden gehen wir auf einzelne Kapitel kurz ein. Eine tieferreichende oder vollständige Beurteilung des NAP ist uns aus zeitlichen Gründen nicht möglich.

zu Kapitel	Anmerkung
3.1.1 Handlungsfelder der Arbeit und Beschäftigung Beschäftigungspolitische Maßnahmen, Vermittlung und Beratung	<p>Die Identifikation dieser beiden Gruppen (die nicht am Erwerbsleben teilhaben wollen oder nicht erwerbsfähig [d.h. voll erwerbsgemindert] sind) begünstigt Vorurteile, dies lehnen wir ab. Richtig wären drei verschiedene Gruppen:</p> <p>a) Menschen mit Behinderung, die lange Zeit aus der Gesellschaft ausgegliedert waren und sich mit dieser Situation trotz mitunter vorhandener Ausbildung arrangieren mussten.</p> <p>b) Menschen mit Behinderung, die aufgrund ihrer Behinderung nicht zu Bewerbungsgesprächen eingeladen werden und</p> <p>c) Menschen mit Behinderung, die stets nur befristete Arbeitsverhältnisse erhalten und vor der Übernahme in ein festes Arbeitsverhältnis - aus der Furcht der Arbeitgeber vor unkalkulierbaren Risiken - wieder dem Arbeitsmarkt überlassen werden.</p> <p>Alle Dokumentationen, Statistiken etc. müssen die Qualifikationen der Menschen mit Behinderung ausweisen.</p>

zu Kapitel	Anmerkung
	<p>Ein weiteres Beschäftigungshindernis stellt die Praxis der Integrationsämter dar, Arbeitsassistenten nicht entsprechend dem tatsächlichen Bedarf und mit unzureichender Vergütung zu "gewähren". Dadurch erfahren die Kolleginnen und Kollegen und somit der Arbeitgeber eine für sie unzumutbare Belastung. In diesem Kapitel werden zudem nur Menschen mit sonderpädagogischem Förderbedarf genannt, sinnes- und körperbehinderte Menschen bleiben unerwähnt.</p>
<p>3.1.5 Sensibilisierung von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern</p>	<p>Die Pflichtquote sollte sich an der Situation auf dem Arbeitsmarkt orientieren. Bei hoher Arbeitslosigkeit von Menschen mit Behinderung muss die Quote gesteigert werden können, um den Druck auf die Arbeitgeber zu erhöhen. Andererseits macht es auch wenig Sinn, wenn es kaum Arbeitssuchende gibt, hier mit einer hohen Quote die Unternehmen zu "strafen".</p>
<p>3.2.1 Bildung Schule</p>	<p>Hierbei handelt es sich nicht um eine belastbare Aussage. Wie hoch soll die Quote zukünftig sein? In wie vielen Stufen und mit welchem Zeitplan soll das geschehen? Die Förderschulen in dieser Anzahl haben keine Daseinsberechtigung mehr, da sie der Inklusion entgegenwirken.</p>
<p>3.2.2 Hochschule</p>	<p>Es muss möglich sein, auch nach dem Bachelor einen Unterstützungsbedarf - sei es personell, technisch wie auch finanziell (Bafög, Kredite) - zu erhalten, um einen höher qualifizierten Abschluss (Master) zu erlangen. Studierende mit Behinderung scheitern häufig, weil die Eingliederungshilfe nicht oder zu spät bewilligt wird. Dies gilt bereits für das Bachelorstudium, aber insbesondere in den Bereichen Master (aufbauend auf BA), Weiterbildungsmaßnahmen und generell bei einer Promotion. Bei letzterer mangelt es den Kostenträgern generell oft an Vorstellungskraft.</p>
	<p>Das vorgestellte ProBas des Paul-Ehrlich-Instituts deckt nicht alle Bereiche der Hochschule ab, sondern ist für Bachelor-Absolvent/innen im wissenschaftlichen und im administrativen Bereich. Der pädagogische, soziale und psychologische Bereich ist hingegen ausgeschlossen. Es gibt zudem sicherlich mehr als das eine Projekt.</p> <p>Die Angebote der Hochschulen müssen zudem möglichst ohne fremde Hilfe in Anspruch genommen werden können und die spezifischen Belange von Studierenden mit Behinderungen in den Prüfungsordnungen bzw. allen Prüfungsleistungen berücksichtigt werden.</p>
<p>3.3.1 Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege Prävention und Gesundheitsversorgung</p>	<p>Ärzte (ambulant und stationär) dürfen nur noch dann eine Zulassung erhalten, wenn sie barrierefrei erreichbar sind. Ansonsten bleibt das Recht der freien Arztwahl für Menschen mit Behinderung unerreichbar.</p> <p>Für Menschen mit Assistenzbedarf, die ihre Assistenten selbst einstellen, gibt es das Assistenzpflegebedarfsgesetz. In die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation hingegen dürfen sie die Assistenzpersonen nicht mitnehmen. Damit wird diese wichtige Reha-Maßnahme oft unmöglich. Kundinnen und Kunden ambulanter Dienste sowie Bewohnerinnen und Bewohner von Behinderteneinrichtungen sind nach wie vor ausgeschlossen, obwohl die gravierenden, mitunter sogar tödlichen Konsequenzen wissenschaftlich der Bundesregierung nachgewiesen sind.</p>
	<p>In diesem Kapitel fehlt auch der Hinweis auf das Recht auf gleichgeschlechtliche Assistenz.</p> <p>Die Regelung: "Eine unterschiedliche Behandlung wegen einer Behinderung ist nur dann zulässig, wenn diese auf anerkannten Prinzipien risikoadäquater Kalkulation beruht." verhindert nach wie vor einen gleichberechtigten Zugang zu privaten Versicherungen, diskriminiert und muss abgeschafft werden.</p>
<p>3.3.2 Rehabilitation und Teilhabe</p>	<p>Bei der Frage, ob die Wünsche berechtigt sind, muss im Zweifelsfall ein Verein der Behindertenselbsthilfe zur Entscheidung mit hinzugezogen werden.</p> <p>Es besteht die grundsätzliche Forderung, dass Einkünfte und Vermögen nicht zur Minderung oder zum Wegfall von Erstattungen für die Assistenzkosten führen dürfen. Gleich mehrere Artikel der Behindertenrechtskonvention bestätigen die Rechtmäßigkeit dieser Forderung.</p> <p>Die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe darf nur konventionskonform erfolgen, da sonst mögliche Gesetzesänderungen unwirksam werden. Als Vorlage kann der Entwurf für das Gesetz zur Sozialen Teilhabe dienen.</p> <p>Leistungen zum Ausgleich von Behinderungen müssen deutlich von Leistungen zum</p>

zu Kapitel	Anmerkung
	<p>Lebensunterhalt getrennt werden. So gibt es für assistenznehmende Menschen im Rollstuhl beispielsweise Mehrbedarfe a) für erweiterte Bewegungsflächen gemäß DIN und b) für Aufenthalts- und Sanitärraum der Assistenz. Zweckmäßigerweise wird für den Lebensunterhalt die dort geltende Größe anzusetzen sein. Der übersteigende Mehraufwand ist somit behinderungsbedingt. Angesichts der ohnehin angespannten Situation auf dem Markt für barrierefreie Wohnungen verbietet sich jede andere Regelung.</p> <p>Die Bedarfsdeckung muss ganzheitlich erfolgen. Jede noch so wissenschaftliche Ermittlung von Bedarfen, die auf der Addition von Einzelbedarfen basiert, ist unzulässig. Dies hat das Bundessozialgericht in mehreren Entscheidungen festgestellt. Die Bedarfsdeckung ist oberstes Gebot. Dazu gehört eine neue Vertrauenskultur. Der Bedarfsumfang darf nicht verhandelbar sein. Der begründete Bedarf ist anzuerkennen.</p>
<p>3.3.3 Pflege</p>	<p>Nach Artikel 16 BRK besteht ein Anspruch auf gleichgeschlechtliche Assistenz. Die Formulierung "stärker berücksichtigen" ist zu schwach.</p> <p>Hier schränkt die Bundesregierung auf "bezahlbare" Pflege ein. Dies beweist, dass man im BMAS die Behindertenrechtskonvention, die geltendes Recht in Deutschland darstellt, fehlinterpretiert.</p>
<p>3.4.2 Kinder, Jugendliche, Familie und Partnerschaft Mütter und Väter</p>	<p>Die Behinderung eines oder beider Elternteile hat nicht zwangsläufig eine Behinderung der Nachkommen zur Folge</p> <p>Die Erstattung der Kosten für die Elternassistenz muss wie jede Assistenz behinderter Menschen einkommens- und vermögensunabhängig erbracht werden.</p>
<p>3.4.3 Ehe, Partnerschaft und Sexualität</p>	<p>Ehe und Partnerschaft behinderter Menschen mit Assistenzbedarf werden durch die Bundesregierung unzulässig erschwert, siehe Gesetzgebung (SGB XII, personelle und finanzielle Mithaftung des Partners). Da die Ehe unter besonderem Schutz steht, darf auch das Einkommen und Vermögen des Partners nicht auf die Assistenzleistungen angerechnet werden.</p>
<p>3.7 Bauen und Wohnen</p>	<p>Im Rahmen der Architekturstudiengänge muss der Grundsatz der Barrierefreiheit verpflichtender Bestandteil der Ausbildung werden. Immer noch entstehen Gebäude, die voller Barrieren sind. Dies ist mit die Ursache, warum es so wenig barrierefreien Wohnraum gibt. Ein weiterer sehr wesentlicher Aspekt besteht darin, dass Menschen mit Behinderung überwiegend von Besuchen bei Verwandten und Freunden ausgeschlossen werden. Dies widerspricht dem Gedanken der Inklusion.</p>
<p>3.7.1 Bauen und Wohnen Barrierefrei bauen</p>	<p>Es ist zu beachten, dass Barrierefreiheit als Menschenrecht absoluten Vorrang im baulichen Bereich hat. Das gilt auch gegenüber dem Denkmalschutz.</p>
<p>3.7.2 Wohnen</p>	<p>Ambient Assistent Living und andere technische Entwicklungen ersetzen keinesfalls die persönliche Assistenz! Roboter ersetzen keine menschlichen Kontakte und arbeiten darüber hinaus nicht zuverlässig.</p>
<p>3.7.3 Inklusiver Sozialraum</p>	<p>Ohne ein Leistungsgesetz das sich am Grundsatz der Bedarfsdeckung orientiert, bleibt das Persönliche Budget in der alten Sozialhilfe verhaftet. Es entsteht der Eindruck, dass das Persönliche Budget seitens der Verwaltung häufig nicht unterstützt wird. Eine Landeshauptstadt rühmt sich gar damit, noch kein Budget abgeschlossen zu haben. Durch das Gesetz zur Sozialen Teilhabe wird das Budget eine Renaissance erleben.</p>
<p>3.8 Mobilität</p>	<p>Ein allgemein zugänglicher öffentlicher Personennah- und -fernverkehr kann - insbesondere in ländlichen Regionen - für behinderte Menschen nicht die Erfordernis eines eigenen Fahrzeuges ersetzen. Diese muss sich ausschließlich an der Behinderung orientieren und keinesfalls an den jeweiligen Ursachen der Fahrten. Der Verweis auf Behindertenfahrdienste wird nicht akzeptiert, solange</p> <ul style="list-style-type: none"> • es in Deutschland zahlreiche verschiedene Modelle hierzu gibt, • die meisten davon nicht bedarfsdeckend sind, • die Fahrten lange vorher angemeldet werden müssen • und häufig kein Fahrzeug zur Verfügung steht.

zu Kapitel	Anmerkung
3.8.2 Eisenbahnverkehr	Der Mobilitätsservice muss zu jeder Zeit und an jedem Bahnhof zur Verfügung stehen. Dies entbindet nicht von der Verpflichtung, fahrzeuggebundene Einstiegshilfen in jedem Zug zur Verfügung zu haben.
3.8.3 Luftverkehr	Die Assistenz muss vom Eintreffen am Startflughafen bis zum Verlassen des Zielflughafens gewährleistet sein. Eine barrierefreie Toilette an Bord muss Standard werden.
3.8.4 Straßenverkehr	Barrierefreie Reisebusse werden aus Deutschland in viele Länder exportiert. Der Einsatz in Deutschland ist also möglich und erforderlich. Hier sollten barrierefrei umgebaute Mietwagen mit aufgenommen werden. Die Befristung der Parkerlaubnisse macht nur dort Sinn, wo positive Änderungen des Behinderungsbildes zu erwarten sind. Von allen anderen Menschen wird diese Befristung als Last empfunden und als arbeitsplatzerhaltende Maßnahme für die Bürokratie bewertet.
3.9.5 Kultur und Freizeit Tourismus	Reiseveranstalter müssen verpflichtet werden, verbindliche Angaben zur Barrierefreiheit im Werbematerial zu machen. Hierzu sind einheitliche Kriterien einzuführen, damit Menschen mit Behinderungen sich rasch einen Überblick verschaffen können. Die Reiseveranstalter müssen eine Quote von barrierefreien Angeboten bereithalten.
4 Information und Repräsentation	Bei gelebter Inklusion gewinnen Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung an Glaubwürdigkeit, denn Menschen mit Behinderung leben dann inmitten der Gesellschaft.
4.1 Presse- und Medienarbeit	Eine wichtige Forderung an die Medien ist, dass bei der Bewerbung einer Veranstaltung - gleich welcher Art - mit erwähnt wird, ob und wie diese für Menschen mit Behinderung zugänglich ist. Es darf nicht sein, dass beispielsweise über ein neues Restaurant berichtet wird ohne zu erwähnen, dass Rollstuhlfahrerinnen und -fahrer ausgeschlossen werden. Wenn dies geschieht, ist das Bewusstsein der Bevölkerung schnell geweckt.
6 Maßnahmenkatalog nach Handlungsfeldern	Wir bedauern, dass der Maßnahmenkatalog sehr oft im Ungefähren bleibt. Zu konkreten und in der Breite wirksamen Maßnahmen - wie zum Beispiel ein Leistungsgesetz für die Assistenzkosten - konnte sich die Regierung noch nicht entschließen. Zu den Maßnahmen bleibt festzuhalten, dass a) 14 Maßnahmen vor der Ratifizierung der UN-BRK begonnen wurden. Ein Zusammenhang ist daher in Frage zu stellen. b) 4 Maßnahmen bereits beendet sind. Diese können aus dem auf die Zukunft orientierten Aktionsplan gestrichen oder in ein dafür vorgesehenes Kapitel verschoben werden. c) 31 bzw. 32 (je nach Interpretation – die Informationsangaben sind durchgängig inkonsistent) noch in diesem Jahr beendet werden. Sie laufen bei günstigsten Voraussetzungen keine 6 Monate mehr im Gültigkeitszeitraum des Aktionsplans. Hierzu sollte ein Hinweis erfolgen. d) 40 Maßnahmen nicht mit einem Anfangsdatum versehen sind. Eine Nachbearbeitung der Daten ist erforderlich. e) 9 Maßnahmen weder ein Anfangsdatum noch ein Enddatum enthalten. Die Nachbearbeitung der Daten ist zwingend erforderlich.
6.3 Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege	Von wenigen Ausnahmen abgesehen, stehen die gemeinsamen Servicestellen unter Dauerkritik. Die an sich gute Idee leidet darunter, dass die Unabhängigkeit sehr oft infrage gestellt wird. Andererseits werden ihnen neben den eigenen auch die Unfähigkeiten und die Boykottbestrebungen der Kostenträger angelastet. Nach Einführung des Gesetzes zur Sozialen Teilhabe müssten die Servicestellen besser arbeiten können. Ansonsten könnten sie in Abhängigkeit der jeweils erfolgreich installierten Budgets aufgegeben werden.
6.7 Wohnen und Bauen	Qualifizierte Wohnraumberater und –beraterinnen haben Anspruch auf bezahlte versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse. Ihre Tätigkeit fällt nicht in den Bereich des Ehrenamtes. Hier ist die Schaffung von Arbeitsplätzen zwingend erforderlich. Zu besetzen sind diese Stellen ausschließlich mit Menschen mit Behinderung, um den

zu Kapitel	Anmerkung
6.10 Gesellschaftliche und politische Teilhabe	<p>geforderten Peer-Counseling-Ansatz zu realisieren.</p> <p>Der Begriff "Zivilgesellschaft" ließ vermuten, dass es sich hierbei um die Vereine der Behindertenselbsthilfe handelt. Folgender Satz lässt daran Zweifel aufkommen: "Bereits bei der Erstellung bzw. der Erarbeitung des Nationalen Aktionsplans war die Beteiligung der Zivilgesellschaft und der behinderten Bürgerinnen und Bürger ein wichtiges Anliegen der Bundesregierung." Hier stellt sich die Frage, wer als Zivilgesellschaft seitens des BMAS definiert wird (Wohlfahrtsverbände?).</p>

Zusammenfassung

Lange Zeit haben behinderte Menschen auf den Aktionsplan gewartet; viele Hoffnungen waren damit verbunden. Die Bundesregierung hat, sollte dieser Referentenentwurf zum offiziellen Nationalen Aktionsplan werden, eine große Chance vertan. Dann werden es – wie bereits aufgeführt – die Gerichte regeln. Viele Menschen werden dabei auf der Strecke bleiben, Menschen, die sich eine gerichtliche Auseinandersetzung nicht mehr leisten können, andere aber werden gewinnen. Jedes Urteil mit Bezug auf die Konvention ist Beweis dafür, dass der Aktionsplan wirkungslos ist.

Wir sind uns sicher, dass wir mit unserer Ablehnung nicht alleine stehen. Daher fordern wir die Bundesregierung auf, die Behindertenrechtskonvention als das anzuerkennen, was sie in der Tat ist:

uneingeschränkt geltendes deutsches Recht.

Was im vorliegenden Referentenentwurf völlig fehlt, ist die Einsicht, dass gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht. Daher sind Zweifel an dem Bemühen, die Behindertenrechtskonvention in Deutschland einzuführen, durchaus angebracht.

Nach juristischen Grundsätzen interpretiert neues Recht älteres Recht. Vor diesem Hintergrund bleibt uns verschlossen, warum die Bundesregierung an diesem Aktionsplan festhalten sollte.

Stellungnahme vom 8. Juli 2011 zum Text **Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland** Entwurf vom 20. Juni 2011 **Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen**

Wir hatten bereits Gelegenheit zum Referentenentwurf des Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention (BRK) Stellung zu beziehen. Nach Durchsicht des dem Bundeskabinett vorgelegten Aktionsplanes kommen wir zu der Ansicht, dass unsere Stellungnahme entweder gar nicht

gelesen wurde oder das Bundesministerium für Arbeit und Soziales nicht gewillt ist, im Sinne der Behindertenrechtskonvention tätig zu werden. Denkbar ist jedoch auch beides.

Denn auch der vorgelegte Entwurf des Staatenberichtes lässt kaum etwas davon erkennen, welche existenzielle Bedeutung die Behindertenrechtskonvention für Menschen mit Schwerbehinderung besitzt. Entweder werden wichtige Teile unserer Lebenswirklichkeit ausgeklammert oder es werden Tatsachen unrichtig dargestellt.

Da die wirklichen Verhältnisse dem Ministerium auch aus vielen anderen Stellungnahmen zum Nationalen Aktionsplan und aus der Verbändeanhörung bekannt sind, bleibt die Frage, warum die Bundesregierung ein von ihr unterschriebenes und vom Bundespräsident in Kraft gesetztes Gesetz ignoriert? Ist es nur eine Vermutung, dass das zentrale Element INKLUSION inkompatibel mit der fürsorglichen Aussonderung ist, die in Deutschland eine jahrzehntelange Tradition hat? Da es sich um Menschenrechte handelt, können es kein finanzielle Gründe sein.

Wir werden diesmal nicht zu allen Punkten Stellung beziehen. Dieser Aufwand wurde bereits beim Nationalen Aktionsplan nicht honoriert. Wir möchten mit dieser Stellungnahme jedoch daran erinnern, dass wir und unsere Mitglieder, dass alle Menschen mit Behinderung auch gleichzeitig Bürgerinnen und Bürger dieses Staates sind. Auch in deren Namen wird der Bericht erstellt! Nicht zuletzt aus diesem Grund können wir den vorliegenden Staatenbericht der Bundesregierung nicht vollkommen unkommentiert hinnehmen.

Nachstehend unsere Anmerkungen zum und festgestellte Unrichtigkeiten im Entwurf des Ersten Staatenberichtes der Bundesrepublik zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen:

Unsere einzelnen Kritikpunkte:	Bezug zur Seite
1. Bereits in der ersten Zeile fehlt das Wort "die". Es handelt sich nicht um irgendwelche Rechte, sondern um <i>die</i> Rechte, auf die Menschen mit Behinderung seit Jahren gewartet haben.	1
2. Positiv ist anzumerken, dass die Regierung die BRK als in Deutschland geltendes Recht und als wichtige Leitlinie unter anderem für Sozialleistungsträger ausweist.	3

Unsere einzelnen Kritikpunkte:	Bezug zur Seite
3. Unverständlicherweise wird die Arbeit der Verbände und Organisationen von Menschen mit Behinderungen als beispielhaft hervorgehoben. Warum wurden die Stellungnahmen dann größtenteils bei der Erstellung des Aktionsplanes ignoriert? Das "wichtige Anliegen" Beteiligung der Zivilgesellschaft hat leider nicht dazu geführt, dass die vorgetragenen Einwände berücksichtigt wurden. Das wurde von den beteiligten Vereinen und Verbänden nicht nur der Behindertenselbsthilfe nachdrücklich kritisiert.	3
4. Zu den 44 Mrd., die 2009 für die Leistungen zur Pflege, Teilhabe und für die berufliche und medizinische Rehabilitation ausgegeben wurden: Hier darf nicht unterschlagen werden, dass Menschen mit Behinderung sehr oft selbst mit "zumutbaren" Eigenanteilen aus Einkommen und Vermögen mit herangezogen werden. In Deutschland müssen Menschen mit Behinderung arm sein, damit ihre Nachteile in Teilen ausgeglichen werden. Es würde sich auch lohnen festzustellen, wie viel von den 44 Mrd. tatsächlich bei den Menschen mit Behinderungen angekommen sind. Denn die vielen Wohlfahrtsorganisationen, die in Deutschland ihre Leistungen anbieten, benötigen sicherlich einen erheblichen Anteil dieser Beträge für ihre eigenen Kosten.	5
5. Ein für viele Menschen mit Behinderung außerordentlich wichtiges Thema, die Assistenz, wurde von der Bundesregierung nahezu ausgeklammert. Damit wurden große Hoffnungen auf eine Verbesserung der Situation (Bedarfsdeckung sowie Einkommens- und Vermögenserhalt) mehr als enttäuscht. Die Mitarbeit an der Umsetzung der Behindertenrechtskonvention erfolgte ehrenamtlich und auf Kosten der Verbände. Insbesondere bei kleineren Verbänden werden hierdurch wichtige Ressourcen gebunden und Mitgliedsbeiträge investiert. Wenn – wie beim Nationalen Aktionsplan geschehen – die Vorschläge und Beiträge vollkommen ignoriert werden, ist es gegenüber den Mitgliedern nicht zu rechtfertigen, diese Zusammenarbeit fortzusetzen! Wie im Nachhinein offenkundig wird, waren die im Staatenbericht dargestellten Kongresse und Workshops bestenfalls Alibiveranstaltungen. Die vielen Stellungnahmen, auch in Anhörungen, die von den Vereinen und Verbänden der Menschen mit Behinderung abgegeben wurden, blieben im Wesentlichen unberücksichtigt. Konkrete Forderungen dieser Menschen wurden als Visionen abgetan.	6
6. Im Staatenbericht wird erwähnt, dass der Inklusionsbeirat und die Fachausschüsse aktiv die Umsetzung der Maßnahmen unterstützen. Unterschlagen wird hierbei die massive Kritik beider Institutionen am Nationalen Aktionsplan und der Nichtberücksichtigung der Anmerkungen aus den Reihen der Behindertenverbände.	6
7. Die Förderung der Chancengleichheit im Artikel 1 wird durch fehlende Bedarfsdeckung und durch Wegnahme von Einkommen und Vermögen unterlaufen.	7
8. An welchen Zielen Städte- und Landkreistage auch arbeiten, an der Umsetzung der Behindertenrechtskonvention sicherlich nicht.	7
9. Im Gegensatz zu dem im Nationalen Aktionsplan und auch im Staatenbericht erwähnten Behinderungsbegriff entspricht der im Entwurf zum Gesetz zur Sozialen Teilhabe des Forums behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ) vorgesehene Behinderungsbegriff den Vorgaben der Behindertenrechtskonvention.	7
10. Die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention darf nicht wegen fehlender Haushaltsmittel verzögert oder verhindert werden. Die Konvention ist ein Gesetz und stellt für uns Menschenrechte dar. Ein Finanzierungsvorbehalt ist in diesem Zusammenhang unzulässig.	8
11. Im Kapitel Diskriminierung bestätigt die Bundesregierung, dass beispielsweise eine unzureichende Bedarfsdeckung, aber auch der Einkommens- und Vermögenseinsatz, eine Diskriminierung darstellt. Dies wird aber im Folgenden nicht umgesetzt.	8
12. Dabei spielt es keine Rolle, von welchen Ministerien Bürgerinnen und Bürger mit Behinderung diskriminiert werden. Der Hinweis auf unterschiedliche Zuständigkeiten unterstreicht lediglich Mängel in der Koordination. Gleiches gilt für Diskriminierungen, die durch den Föderalismus in Deutschland begünstigt werden. Wir fordern ein Gesetz zur Sozialen Teilhabe, das der Bund erlässt und auch selbst ausführt. Damit enden auch regionale behördliche Auswüchse, die Menschen mit Behinderungen das Leben erschweren und die ständigen Versuche, diese um ihre Rechte zu bringen. Inklusion und Barrierefreiheit sind Grundpfeiler der Behindertenrechtskonvention und somit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe an deren Spitze der Bund die Verantwortung zu tragen	9

Unsere einzelnen Kritikpunkte:	Bezug zur Seite
hat.	
13. Unwahr ist die Aussage, dass Menschen mit Behinderung beim Abschluss von privaten Versicherungen geschützt sind. Der Umkehrschluss gilt da schon eher. Versicherungen können sich unter Bezug auf § 20 Absatz 2 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) vor Ansprüchen von Menschen mit Behinderung auf Versicherungen schützen.	12
14. Die Aussage über die Menge der Beratungskontakte bei der Antidiskriminierungsstelle (ADS) ist nur am Rande interessant. Wie viele davon wurden als berechtigt anerkannt und wie viele führten zu strafrechtlichen Konsequenzen?	13
15. Evaluierungen werden von Menschen mit Behinderung als Verzögerungen empfunden. Wer, wenn nicht diese Menschen selbst, sind in der Lage, die tatsächliche Situation in der Praxis zu schildern. Evaluierungen, von Fachleuten durchgeführt, können schon dadurch beeinflusst werden, dass ein ausgewählter Personenkreis befragt wird.	13
16. Auch Leistungen der Eingliederungshilfe an Kinder, soweit diese über Schulassistenz hinausgeht, haben zur Grundvoraussetzung, dass die Familie zunächst arm ist oder gemacht wird. Erst wenn über den Einkommens- und Vermögenseinsatz nichts mehr "zu holen" ist, nimmt der deutsche Staat seine Hilfe auf.	15
17. Die Bewusstseinsbildung (Artikel 8 der BRK) findet nicht statt. Weder in den Medien noch in anderen Bereichen der Gesellschaft. Aufnahmen von der Vorstellung des Gesetzes zur Sozialen Teilhabe wurden kurzfristig aus dem Programm genommen und dafür Bin-Laden-Videos wiederholt. Menschen wie Peter Singer werden dagegen vom Hessischen Rundfunk mehrere Fernsehbeiträge gewidmet. Behördenmitarbeiter teilen Antragstellern mit, dass "Konventionen" in ihrem Handeln keine Rolle spielen würden. Das Bewusstsein der Menschen in Deutschland gegenüber Mitmenschen mit Behinderung ist noch von der aussondernden "Fürsorge" der Nachkriegszeit geprägt.	17
18. Im erwähnten Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003 wurde in Deutschland viel getagt und gefeiert. Zeitgleich wurden das 12. Sozialgesetzbuch (SGB XII) vorbereitet, das Menschen mit Behinderung ab 2004 noch ärmer gemacht hat.	18
19. Das im Staatenbericht erwähnte Persönliche Budget erfährt in Deutschland keine Akzeptanz. Einerseits ist die dahinter stehende Leistung oft nicht bedarfsdeckend und dazu noch einkommens- und vermögensabhängig. Auch beim Persönlichen Budget muss der Mensch mit Behinderung zunächst arm gemacht werden. Andererseits boykottieren große Teile der Kostenträger das Budget, behaupten gar mitunter, davon noch nie etwas gehört zu haben. Andere wiederum bauen große, zum Teil unüberwindbare bürokratische Hindernisse auf und stellen damit den ursprünglichen Gedanken des Budgets auf den Kopf.	19
20. Statt einen Verhältnismäßigkeitsgrundsatz ins Spiel zu bringen, sollte gesetzlich festgelegt werden, dass bei allen Neu- und Umbauten ab sofort die Barrierefreiheit durchzusetzen ist. Darüber hinaus kann festgelegt werden, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt die Barrierefreiheit Standard ist. Dabei darf es keine Rolle spielen, wer Bauträger ist.	22
21. Barrierefreiheit von Wohnungen spielt nicht nur beim Wohnraumbedarf für Menschen mit Behinderung eine große Rolle. Nicht barrierefreie Wohnungen der unbehinderten Menschen führen zu einer Isolation oder zu einem einseitigen Bekanntenkreis. Das ist mit der Inklusion nicht zu vereinbaren. Hierauf ist bei der Architektenausbildung mit Nachdruck hinzuweisen.	25
22. Barrierefreiheit ist nicht verhandelbar. Statt Zielvereinbarungen sind eindeutige gesetzliche Bestimmungen hilfreich. Zielvereinbarungen binden auf Seiten der Verbände personelle Kapazitäten und kosten Zeit. Denn es dauert schon mal eine Weile, bis mit jedem einzelnen Supermarkt eine Zielvereinbarung geschlossen ist, damit die Angebote für alle nutzbar werden. Weitaus sinnvoller wären gesetzliche Regelungen mit der Möglichkeit von Sanktionen. Dann wäre mit Sicherheit der Fortschritt bzgl. Barrierefreiheit wesentlich höher! Es drängt sich hierbei der Gedanke auf, dass durch die Unlust des Gesetzgebers, eindeutige gesetzliche Vorgaben zu erstellen, diese Probleme einfach nach unten durchgereicht werden und sich dort totlaufen sollen.	26
23. Der Schutz des Lebens leidet in Deutschland darunter, dass die Geburt eines Babys mit Behinderung von einem deutschen Gericht als Schaden eingestuft wurde. Seither wird bei den vorgeburtlichen Untersuchungen allzu oft von den Ärzten eine Behinderung "erkannt" und den Eltern eine Abtreibung empfohlen. Dabei wird mitunter massiver Druck ausgeübt.	27

Unsere einzelnen Kritikpunkte:	Bezug zur Seite
<p>24. Gleiche Anerkennung vor dem Recht gewährleisten noch nicht mal staatliche Stellen. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, besteht der deutsche Staat darauf, dass der Mensch mit Behinderung erst arm gemacht wird, wenn er es noch nicht ist, damit er ihm seine Unterstützung "gewährt". Menschen mit Behinderung und Assistenzbedarf haben in Deutschland bei gleichem Einkommen wie der unbehinderte Nachbar keine Chancen, jemals dessen Lebensstandard zu erreichen. Gleiches gilt auch für die Lebenspartner von Menschen mit Assistenzbedarf, die ebenfalls in Mithaftung genommen werden. Dabei wird ignoriert, dass Menschen mit Behinderung nach der BRK das "gleiche Recht wie andere haben, Eigentum zu besitzen oder zu erben, ihre finanziellen Angelegenheiten selbst zu regeln und gleichen Zugang zu Bankdarlehen, Hypotheken und anderen Finanzkrediten zu haben".</p>	28
<p>25. Ein Festhalten von Menschen mit Behinderung gegen deren Willen in einem Altersheim entzieht diesen die Freiheit. Der politische und juristische Kampf gegen diese Zwangsmaßnahme dauerte in einem konkreten Beispiel drei Jahre und endete erst im Jahr 2010. Nach wie vor besteht die Bundesregierung darauf, dass es zumutbare Heimeinweisungen auch gegen den Willen des Menschen mit Behinderung geben muss. Sie weigert sich, den der BRK zuwiderlaufenden § 13 des 12. Sozialgesetzbuches zu entschärfen. Es muss garantiert sein, dass eine Einweisung gegen den Willen des Menschen mit Behinderung nicht möglich ist und auch der Auszug eines Heiminsassen auf dessen Wunsch realisiert wird.</p> <p>Die Freizügigkeit von Menschen mit Behinderung, die auf Assistenz angewiesen sind, ist oft noch nicht mal beim Umzug in den Nachbarort möglich. Sobald eine neue Behörde zuständig wird, geht das zeit- und nervenraubende Verfahren der Kostenübernahme von vorne los. Viele Menschen haben durch einen Umzug wesentliche Verschlechterungen ihrer Assistenzsituation hinnehmen müssen.</p> <p>Der § 13 des 12. Sozialgesetzbuches bleibt beim Bericht zur Umsetzung des Artikels 19 gänzlich unerwähnt. Wir gehen davon aus, dass der Bundesregierung durchaus bekannt ist, dass der § 13 gegen die BRK verstößt. Solange dieser § 13 nicht geändert wird, werden in Deutschland Menschen mit Behinderung in Heime abgeschoben oder dort festgehalten. Klagen dagegen haben – gerade im Hinblick auf den Artikel 19 – in der Regel Erfolg. Diese können sich Menschen mit Behinderung jedoch oft finanziell und nahezu immer zeitlich nicht leisten und müssen aufgeben.</p>	39
<p>26. Es bleibt ein Rätsel, in welchem Zusammenhang die Mobilitätshilfen mit der Rund-um-die-Uhr-Versorgung stehen sollen.</p>	40
<p>27. Die Barrierefreiheit in der Mobilität ist sehr wichtig. Das gilt für den gesamten Bereich von der individuellen Mobilität bis zu den öffentlichen Verkehrsmitteln. Und zwar vom Start bis zum Ziel der Reise. Auch für Menschen mit Behinderung muss es möglich sein, beispielsweise während eines Fluges die Bordtoilette aufzusuchen.</p>	40
<p>28. Im Bereich des öffentlichen Nahverkehrs sind die überwiegenden Verkehrsmittel nicht oder nur sehr eingeschränkt nutzbar. Die erwähnte unentgeltliche Beförderung mit Fahrdiensten findet so nicht statt. In Deutschland gibt es Hunderte von Modellen, da jedes Sozialamt andere Regelungen entwickelt hat. Fahrten unterliegen der Sozialhilfe, auch hier muss also der Mensch mit Behinderung arm gemacht werden oder arm sein. Darüber hinaus gibt es willkürliche Limits, beispielsweise in einem Flächen-Landkreis ein jährliches Kontingent von 700(!) Kilometern, also nicht einmal zwei Kilometer am Tag.</p>	40
<p>29. Reisen mit der Bahn werden dadurch erschwert, dass die Fahrten lange vorher angemeldet werden müssen und nicht jeder Bahnhof Einstieghilfen anbietet, manche auch nur zeitlich eingeschränkt. Die Beachtung dieser Einschränkungen ist jedoch nicht mit der Garantie verbunden, dass die Reise auch wie geplant klappt. Streikende Aufzüge haben schon viele Reisen abrupt beendet oder zwingen zu strapaziösen Umwegen.</p>	41
<p>30. Unterstützung für den Erwerb eines an die Behinderung angepassten KFZ wird in Deutschland sehr oft an eine Erwerbstätigkeit gekoppelt. Der im Bericht stehende Anspruch "Behinderte Menschen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung auf die regelmäßige Nutzung eines Kraftfahrzeugs zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft angewiesen sind, <u>können</u> im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB XII oder Bundesversorgungsgesetz (BVG) Hilfen zur Beschaffung oder zum Unterhalt eines behindertengerecht ausgestatteten Kraftfahrzeugs erhalten." wird durch das unterstrichene "können" relativiert. Manchen Kraftfahrzeughilfen sind jahrelange Auseinandersetzungen vo-</p>	42

Unsere einzelnen Kritikpunkte:	Bezug zur Seite
<p>rausgegangen. Gerade weil der barrierefreie Ausbau des Öffentlichen Personennahverkehrs noch auf lange Sicht andauern wird, ist die individuelle Mobilität umso wichtiger, um am gesellschaftlichen Leben gleichberechtigt mit anderen teilhaben zu können.</p>	
<p>31. Solange Rundfunk und Fernsehen für Menschen mit Sinnesbehinderung nicht durchgängig barrierefrei gestaltet sind, muss dieser Personenkreis von der Bezahlung von Nutzungsgebühren ausgenommen werden. Ansonsten sind Menschen mit Behinderung ohne oder mit geringem Einkommen so finanziell auszustatten, dass sie die Gebühren bezahlen können.</p>	44
<p>32. Der Schutz der Privatsphäre von Menschen mit Behinderung wird permanent verletzt. Anstatt dass der Unterstützungsbedarf einmal festgestellt wird und dann nur noch bei Bedarf von einer Stelle angepasst wird, werden Menschen mit Behinderung von verschiedenen Stellen und Sachverständigen oft mehrmals oder gar regelmäßig begutachtet. Menschen, die ihre Assistenz selbst sicherstellen, müssen sich gar in Pflegestufe III vierteljährlich einem Pflichtpflegeeinsatz unterziehen. Sofern den Sachbearbeitern der Sozialleistungsträger das im eigenen Auftrag erstellte Gutachten nicht zusagt, neigen diese oft dazu, hierzu nochmals vor Ort eigene "Ermittlungen" anzustellen. Dies alles wird von den betroffenen Menschen als außerordentliche Belastung und als Einbruch in ihrer Privatsphäre empfunden.</p>	45
<p>33. In Deutschland ist es Menschen mit Behinderung und Assistenzbedarf selten möglich, Partnerschaften einzugehen. Partner/innen, selbst Kinder werden finanziell und personell in Mithaftung genommen. Behinderung ist in Deutschland immer noch ein Problem, mit dem der davon betroffene Mensch und die Familie zunächst alleine fertig werden müssen. Viele Beziehungen sind an dieser Tatsache gescheitert, oft schon im Vorfeld einer Ehe. Hier von einer Achtung der Familie zu schreiben, wird von diesen Menschen als sehr bitter empfunden. Auch der Achtung der Wohnung von Menschen mit Behinderung wird in Deutschland nicht der gebotene Stellenwert eingeräumt. Wie schon im vorherigen Punkt beschrieben, unterliegen sie vielen wiederkehrenden Begutachtungen und Kontrollen, die bevorzugt in deren Wohnung angesetzt werden.</p>	46
<p>34. Auf das Thema Bildung wollen wir nur so weit eingehen, dass wir feststellen, dass der Trend zur Aussonderung nach wie vor vorhanden ist. Die vielen Sondereinrichtungen müssen schließlich mit Menschen versorgt werden. Uns sind Beispiele bekannt, dass Schulämter bestehende Regelschulen regelrecht durchkämmt haben, um geplante Sondereinrichtungen mit Menschen mit Behinderung ausstatten zu können. Selbst die fehlende Barrierefreiheit der Schulen ist beispielsweise ein beliebtes Argument hierfür.</p>	48

Diese Liste der Fehler und Unterlassungen ist bei weitem nicht vollständig, sie kann es gar nicht sein. Wir hatten auch ins Auge gefasst, uns diese Stellungnahme zu schenken. Selbst auf die Gefahr hin, dass auch diese unberücksichtigt bleibt, haben wir jedoch davon abgesehen. Es soll uns niemand vorwerfen können, wir hätten die Chance unserer Beteiligung verschenkt. Wir werden diese Stellungnahme ebenso wie die zum Nationalen Aktionsplan veröffentlichen und damit das Verhalten der Regierung an den Pranger stellen. Dieses Verhalten, das sich die Bundesregierung gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern mit Behinderung erlaubt, ist bei jeder anderen Bevölkerungsgruppe undenkbar. Selbstverständlich wird diese Stellungnahme auch für den leider erforderlichen Schattenbericht zur Verfügung stehen.

Bezeichnend ist, dass kritische Punkte, wie beispielsweise der § 13 des SGB XII (Kostenvorbehalt bei ambulanter Versorgung) bzw. die Einkommens- und Vermögensabhängigkeit von Leistungen geschickt ausgeklammert werden. Die Bundesregierung ist sich dieser Missachtung der UN-Konvention also durchaus bewusst! Dieser Sachverhalt wird jedoch verschleiert, um vor den Vereinten Nationen

nicht noch schlechter dazustehen. Diese werden sich durch diese Vorgehensweise nicht blenden lassen, wie gerade die aktuelle harsche Kritik der Vereinten Nationen am deutschen Sozialsystem beweist.

Der Staatenbericht gibt wieder, wie die Regierung mit den berechtigten Ansprüchen von Menschen mit Behinderung umgeht. Sichtweisen dieser Menschen werden konsequent ignoriert. Kongresse, Anhörungen etc. waren für jedermann ersichtlich reine Alibiveranstaltungen, um den Vereinten Nationen und der Öffentlichkeit eine verzerrte und falsche Wirklichkeit vorzugaukeln. Wir fordern daher, dass ein neuer, seriöser Bericht erstellt wird, der das permanente Abwehrverhalten der Bundesregierung gegenüber den berechtigten Ansprüchen von Menschen mit Behinderung korrekt darstellt. Ihr Bericht kann den Geist und Inhalt der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen nicht wiedergeben und legt den Finger in viel zu lange ignorierten Wunden. Wir benötigen endlich eine nachhaltige Behindertenpolitik, an deren Ende die Barrierefreiheit, die Inklusion und damit die gesamtgesellschaftliche Akzeptanz vom Bürgerinnen und Bürger mit Behinderung stehen.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)658

5. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011

Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.

Aufgabe der DVfR ist es, zur Weiterentwicklung der Rehabilitation, zur Förderung von Teilhabe und Inklusion sowie ihrer Verankerung als umfassende sozialstaatliche Aufgabe beizutragen. Dafür organisiert sie den Diskurs mit allen gesellschaftlichen Akteuren.

Die DVfR hat im Vorfeld der Entstehung des Nationalen Aktionsplans (NAP) zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) in verschiedenen Stellungnahmen zu mehreren handlungsrelevanten Themenfeldern Stellung genommen, vgl. Anlage, Nrn. 1-3, 6 und 9. Viele dieser Anregungen wurden jedoch im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention „Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“ vom September 2011 nicht berücksichtigt. Bezugnehmend auf die Einladung zur Anhörung im Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestags am 17.10.2011 nimmt die DVfR unter Berücksichtigung der inzwischen fortgeführten Diskussion erneut Stellung. Schwerpunkt ist hier die Fortentwicklung der Rehabilitation.

I. Rehabilitation ist als ein immer wichtiger werdender Bestandteil der gesundheitlichen und sozialen Versorgung anzuerkennen und zu fördern!

Der Vorstand der DVfR teilt die Auffassung vieler unserer Mitgliedsverbände, dass der vorgelegte NAP zwar eine Reihe richtiger Handlungsfelder zur Umsetzung der BRK benennt, dass aber eine umfassende Gesamtstrategie der Bundesregierung zur Umsetzung der BRK – auch auf dem Gebiet der Rehabilitation – nicht erkennbar ist und für zahlreiche Probleme keine konkreten Lösungsvorschläge vorgelegt werden.

Die DVfR weist mit Nachdruck darauf hin, dass die Herausforderungen unserer Gesellschaft, die im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung entstehen, wie Fachkräftemangel, Verlängerung

der Lebensarbeitszeit (Rente mit 67), Zunahme von chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit sowie die auf Inklusion und aktive Teilhabe zielenden behindertenpolitischen Zielsetzungen nur mit Hilfe eines leistungsfähigen Systems der Rehabilitation bewältigt werden können.

Die DVfR erwartet eine Klarstellung und Berücksichtigung folgender Aspekte bei der Umsetzung des NAP, d. h. bei der Maßnahmeplanung:

- **Die medizinische, berufliche, schulische und soziale Rehabilitation sollen individuum- und bedarfsbezogen weiterentwickelt werden und sich nicht nur auf den Erhalt bzw. die Wiederherstellung von Körperstrukturen und Funktionen des Individuums konzentrieren sondern verstärkt auf die Ermöglichung von Aktivitäten und Teilhabe, auch durch eine Beeinflussung und Gestaltung der Lebensverhältnisse (d.h. der Kontextfaktoren wie Umwelt, Wohnung, Arbeitsbedingungen, etc.) zielen.**
- **Die grundlegende Bedeutung des Art. 26 BRK als Querschnittsartikel und seine Relevanz für alle Lebensbereiche sollte klargestellt werden. Die Befähigung und Kompetenzerweiterung für das Individuum einerseits und die Verbesserung seiner Handlungsmöglichkeiten durch Umfeldgestaltung andererseits sollten durchgängig als Leitprinzip artikuliert werden.**
- **Der Finanzierungsrahmen der Rehabilitation bedarf der Anpassung an den steigenden Bedarf:**
 - **Die Ankündigung, eine Anhebung des „Reha-Deckels“ bei der DRV zu prüfen, ist unzureichend: Eine Anhebung ist erforderlich.**
 - **Auch muss sichergestellt werden, dass die Ausgaben im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung für Maßnahmen medizinischer Rehabilitation nicht sinken sondern dem steigenden Bedarf angepasst werden.**

- Die Aufwendungen für die berufliche Rehabilitation sind dem steigenden Bedarf anzupassen. Es besteht kein Spielraum für eine Senkung dieser Ausgaben.
- Im Bereich der sozialen Rehabilitation ist der rehabilitative Charakter der Eingliederungshilfe zu erhalten.
- Einer Aushöhlung des Prinzips des durchgängigen Rechts auf Rehabilitationsmaßnahmen, wenn sie notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, durch Einführung von freiwilligen zusätzlichen Rehabilitationsmaßnahmen als Satzungsleistungen der Krankenkassen – vgl. Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes, hier § 11, wird entschieden widersprochen (siehe dazu die Stellungnahme der DVfR vom 21.9.2011⁶).

II. Rehabilitation soll sozialraumorientiert organisiert werden und die Lebenswelt verstärkt berücksichtigen

Nach Art. 26 BRK sollen die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste bereitstellen, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme im frühestmöglichen Stadium einsetzen, auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen und so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen.

Damit ist nicht nur die räumliche Nähe gemeint, sondern auch die Einbeziehung des Sozialraums als Lebenswelt der Menschen in die Rehabilitation selbst. Je nach Differenzierung und Spezialisierung der Rehabilitation sollen unterschiedliche Angebote für unterschiedliche Sozialräume bzw. Versorgungsregionen bereitgestellt werden.

Die DVfR vermisst entsprechende Umsetzungsvorhaben zu stärker wohnortnahen und die Lebenswelt mit ihren sozialen Netzwerken berücksichtigenden Rehabilitationsangeboten, die für definierte Versorgungsregionen bereitgestellt werden sollen. Die Reha-Maßnahmen sollten auf multidisziplinärer Bewertung beruhen und bei Bedarf verstärkt individualisiert werden können.

Die DVfR erinnert in diesem Zusammenhang an § 19 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB IX: „Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei achten sie darauf, dass für eine ausreichende Zahl solcher Rehabilitationsdienste und -einrichtungen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen.“

Zur regionalen, sozialraumorientierten Angebotsplanung sieht bereits das SGB IX die Bildung von regionalen Arbeitsgemeinschaften vor. In § 12 Abs.

⁶ Stellungnahme der DVfR zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21.9.2011

2 SGB IX heißt es dazu: „Die Rehabilitationsträger und ihre Verbände sollen zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe behinderter Menschen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden“.

Die DVfR vermisst entsprechende Ansätze im Maßnahmenplan. § 12 Abs. 2 SGB IX sollte zu einem verbindlichen Auftrag an die Landesgesetzgebung und an die Rehabilitationsträger erweitert werden.

III. Prioritäre Aufgaben im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe

Für die Umsetzung der BRK und im Hinblick auf die o.g. gesellschaftlichen Herausforderungen weist die DVfR auf wichtige Aufgaben hin, die bisher unzureichend im Maßnahmenplan des Nationalen Aktionsplans abgebildet sind. Sie sollten in der politischen Agenda zur Umsetzung der BRK verankert werden:

Zeitnahe Weiterentwicklung des SGB IX

Die geplante Überprüfung und Evaluierung des SGB IX erst in den Jahren 2013-15 vorzusehen, ist nicht zielführend und führt sogar zu Verzögerungen notwendiger Weiterentwicklungen im Bereich Rehabilitation und Teilhabe. Denn schon jetzt liegen ausreichend Erkenntnisse⁷ vor, in welchen Bereichen Umsetzungshemmnisse und weitere Auseinanderentwicklungen des Teilhaberechts in der Praxis der Rehabilitationsträger bestehen.

Die vorliegenden Erkenntnisse sollten jetzt zusammenzutragen werden, um eine Novellierung des SGB IX ohne weiteren Zeitverzug auf den Weg zu bringen. Der Zeitrahmen 2013 bis 2015 liegt zu spät.

Zur Förderung der Umsetzung des SGB IX sollte die Finanzierung des niedrigschwellig im Internet verfügbaren Diskussionsforums Rehabilitations- und Teilhaberecht (www.reha-recht.de), das bereits jetzt zu einer wichtigen Informationsquelle für die Akteure der Rehabilitation und für die Gerichte geworden ist, von einer Projektfinanzierung auf eine Dauerförderung des Bundes umgestellt werden.

Reform der Eingliederungshilfe

Zu einer Weiterentwicklung des SGB IX sollte u. a. die Reform der Eingliederungshilfe gehören. Wenn die Reform der Eingliederungshilfe als Reform des SGB XII – Sozialhilfe – hingegen zeitlich einer SGB IX-Novellierung vorgezogen wird, ergeben sich daraus Nachteile für die Teilhabe behinderter Menschen. Nach gegenwärtigem Stand des Reformvorhabens entsteht dadurch ein fürsorgerechtlich ausgerichtetes spezifisches Behindertenrecht, das bedürftigen Menschen mit Behinderungen andere Zugangsvoraussetzungen zuordnet als anderen Betroffenen. Die Konvergenz des Teilhaberechts darf aber nicht zu einer Ungleichbehandlung der betroffenen

⁷ Siehe u.a. Entschließung des Deutschen Bundestags vom 11.5.2005 - BT-Drs. 15/5463; Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Soziales vom 3.12.2008 (BT-Drs. 16/11234 vom 3.12.2008, S. 4 Nr. 2); Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Teilhabe des Forums behinderter Juristen, und in vielen weiteren Veröffentlichungen, vgl. dazu auch www.reha-recht.de

Menschen führen (vgl. dazu die Stellungnahme der DVfR vom September 2009⁸).

Sicherstellung umfassender Information und Beratung zu Teilhabeleistungen

Umfassende Information und Beratung sind Voraussetzung für eine stärkere Beteiligung, auch an der Steuerung, der Rehabilitation durch Betroffene und unabdingbar für ziel- und passgenaue Rehabilitationsmaßnahmen. Das Antragsverfahren ist zu optimieren.

Die Ausführungen zur Stärkung der Gemeinsamen Servicestellen im NAP sind unzureichend, da sie nicht einmal präzise Vorschläge für das weitere Verfahren oder gar Ideen zur Weiterentwicklung enthalten.

Nach Auffassung der DVfR sollten die Gemeinsamen Servicestellen als Bestandteil eines Netzwerkes an Beratungsdiensten verstanden und weiterentwickelt werden, insbesondere durch eine Veränderung ihrer Arbeitsweise und durch die Verknüpfung mit anderen regional vorhandenen Beratungsdiensten und -angeboten, z. B. der Integrationsfachdienste, der Pflegestützpunkte, der allgemeinen Sozialberatung, der sozialpsychiatrischen Dienste, der Selbsthilfeeorganisationen sowie den Angeboten der Freien Wohlfahrtspflege.

Dabei kommen dem Clearing und der Nutzung eines trägerübergreifenden Verfahrens zur Bedarfsfeststellung besondere Bedeutungen zu. Die Gemeinsamen Servicestellen sollen Angebote zur Problemerkennung und -lösung machen können und nicht nur im Hinblick auf Leistungen und deren Beantragung beraten. Die Angebote sollen so niedrigschwellig sein, dass die Vorgabe der BRK zur frühestmöglichen Bedarfserkennung sowohl im medizinischen als auch im beruflichen, sozialen und schulischen Kontext erfüllt wird.

Die DVfR wird die bedarfsgerechte Entwicklung der Servicestellen mit einem besonderen Arbeitsschwerpunkt ihrer Tätigkeit unterstützen.

Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Rehabilitation und Förderung von qualitätsgesicherten Strukturen der beruflichen Rehabilitation

Der hohe Bedarf an beruflicher Bildung für Menschen mit Behinderung erfordert Weiterentwicklungen im System der beruflichen Rehabilitation. Auch für Klein- und Mittelunternehmen ist ein besserer Zugang zu Information und Beratung notwendig. Unter Leitung des BMAS wurde mit dem Projekt „RehaFutur“ ein Innovationsprozess in Gang gesetzt, dessen Ergebnisse und Vorschläge jetzt unter Mitwirkung aller Beteiligten umzusetzen sind⁹.

Gleichzeitig ist kritisch auf Entwicklungen hinzuweisen, welche die Einrichtungen und Dienste der

beruflichen Rehabilitation finanziell aushöhlen und in ihrem Bestand gefährden, weil einige Rehabilitationsträger (sowie die kommunalen Träger im SGB II-Bereich) deren Kompetenz nicht nutzen oder sogar Ausschreibungsverfahren für die Leistungsvergabe anwenden, z. B. im Bereich der Integrationsfachdienste.

Das Verfahren der Ausschreibung von Leistungen führt nach den bisherigen Erfahrungen zu Pauschalangeboten, mit denen dem individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf oftmals nicht Rechnung getragen werden kann. Neben der damit verbundenen Vorenthaltung bedarfsgerechter erforderlicher, individuell zugeschnittener Leistungen führt dies auch zu Kostenverschiebungen im System, indem notwendige Angebote aus anderen Budgets, z. B. aus der Ausgleichsabgabe, finanziell abgesichert werden müssen. Letztlich ist die nicht zielgerichtete Ausführung von Leistungen auch ökonomisch nicht vertretbar.

Dadurch verursachte Diskontinuität und Kompetenzverluste gefährden die notwendigen Entwicklungen zur Stärkung der beruflichen Rehabilitation.

Die BRK-Ziele zur beruflichen Teilhabe lassen sich nur verwirklichen, wenn qualitätsgesicherte Strukturen der beruflichen Rehabilitation, vor allem auch mit ambulanten und betrieblichen Angeboten, bundesweit flächendeckend zur Verfügung stehen und die vorhandenen Kompetenzen – insbesondere im Bereich der BBW und BFW – genutzt, ergänzt und weiterentwickelt werden.

Bedarfsgerechte Angebotsstrukturen und Instrumente für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind auch Voraussetzung für die Realisierung des persönlichen Budgets, der Unterstützten Beschäftigung und der Integration von behinderten Werkstattbeschäftigten (WfbM) in den allgemeinen Arbeitsmarkt oder in Integrationsfirmen.

Bei den für erforderliche Angebotsstrukturen Verantwortlichen wird ein gemeinsames zielorientiertes Handeln angemahnt und muss durch den Gesetzgeber auch eingefordert werden.

Der RehaFutur-Prozess ist fortzuführen und über das Jahr 2011 hinaus vom Bund zu fördern.

Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, Betriebliche Prävention (BEM)

Die vielen Erfahrungen, Projektergebnisse und Vorschläge zur Anwendung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM nach § 84 Abs. 2 SGB IX) zeigen sehr deutlich, dass der Unterstützungsbedarf zur Einführung eines BEM insbesondere für Klein- und Mittelunternehmen (KMU) hoch ist. Zudem muss deutlicher werden, dass der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, der Vorrang vor nachträglichen Maßnahmen zur Integration hat, über ein BEM nach § 84 Abs. 2 SGB IX hinausgeht. U. a. werden für betriebliche Maßnahmen zur Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit umfassende Informationen und qualifizierte Beratung vor Ort betriebsnah und sozialraumorientiert benötigt. Diese Aufgabe ist von allen Rehabilitationsträgern sowie den Integrationsämtern und Gebietskörperschaften wahrzunehmen.

⁸ Thesen der DVfR zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen (nach dem SGB XII) vom September 2009

⁹ BMAS-Projekt „RehaFutur“ – Weiterentwicklungen im Bereich der beruflichen Rehabilitation Erwachsener (an dem die DVfR neben vielen weiteren Akteuren beteiligt ist)

Dabei sind vorhandene Beratungsstrukturen zu nutzen und zu vernetzen.

Deshalb ist ein strukturiertes Zusammenwirken der Rehabilitationsträger notwendig, um regionale Ansprechpartner zu koordinieren und kompetente Beratungsstellen vorzuhalten. Auch offensive Informationskampagnen und eine Unterstützung durch die Tarifpartner sind unerlässlich, um Maßnahmen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zum BEM in den Unternehmen zu etablieren.

Dabei sollten im NAP konkrete Vorschläge zur Umsetzung des § 12 Abs. 2 SGB IX in Verbindung mit § 19 SGB IX in den Regionen (vgl. auch Art. 26 BRK, der einen umfassenden Handlungsauftrag an die Vertragsstaaten beinhaltet) vorgesehen werden.

ICF-orientierte Bedarfsfeststellung unabhängig von der Zuständigkeit und Leistungsverpflichtung eines Trägers: zum Verfahren

Ein zentrales Defizit bei Umsetzung des SGB IX und der BRK ist sowohl die nicht ICF-orientierte als auch die nicht rechts- sowie trägerübergreifende Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs zur Teilhabe. Daran scheitern nicht nur die bedarfsgerechte Leistungserbringung (einschl. der Konvergenz der Leistungen), sondern auch die Koordination und Kooperation der Träger, der Sicherstellungsauftrag nach § 19 SGB IX (Art. 26 BRK) und das gesamte Leistungserbringungsrecht einschl. einer angemessenen leistungsbezogenen Vergütung, was wiederum die gebotene Qualität der Leistungen gefährdet (siehe die entsprechende Feststellung des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen).

Wenn es nicht gelingt, dieses Defizit auszuräumen, werden fast alle vorhandenen Probleme behinderter Menschen, die durchweg einen Berührungspunkt zur unzureichenden Bedarfsfeststellung haben, auch in Zukunft fortbestehen.

Die Entwicklung bundesweit einheitlicher Grundlagen für die individuelle Feststellung von Leistungsbedarfen zur Teilhabe auf der Grundlage der ICF und die Teilhabeplanung ist für die bedarfsgerechte Leistungsausführung über systembedingte Trägerzuständigkeiten und Schnittstellen hinweg daher vorrangig.

Während die Erarbeitung von Prinzipien eines gemeinsamen Bedarfsfeststellungsverfahrens begrüßt und für möglich gehalten wird, sofern jeweils träger- und kontextspezifische Elemente berücksichtigt werden können, wird aus fachlicher Sicht ein einheitliches Instrument für die Bedarfsfeststellung, wie dies im NAP vorgesehen ist, für kaum realisierbar gehalten. Denn in einem einzigen Erhebungsinstrument, das ja alle wesentlichen Assessmentaspekte für die verschiedenen Verwendungszwecke erfassen müsste, können individuell relevante und kontextspezifische Aspekte, die für die sozialmedizinische und leistungsrechtliche, ggf. auch trägerspezifische Beurteilung und Begutachtung entscheidend sein können, nicht ausreichend berücksichtigt werden, ohne dessen Handhabbarkeit zu gefährden.

Das Vorhaben der Erarbeitung eines übergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens ist als Maßnahme unter Beteiligung der DVfR im NAP bereits geplant. Dies wird nachdrücklich begrüßt. Allerdings wurden einige der genannten Partner, so auch die DVfR, an der Arbeit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ bisher nicht beteiligt. Auch fehlt dafür derzeit eine erkennbare Strategie zur Umsetzung des Vorhabens, die durch die Politik mitgetragen wird.

Aufnahme eines Abschnittes "Leistungen zur Förderung der inklusiven Bildung" in das SGB IX

Im rechtlichen Kontext zur BRK wird deutlich, dass bislang erhebliche Leistungslücken und Abgrenzungsprobleme in der Teilhabeförderung behinderter Menschen in Kindheit und Jugend bestehen – von der KiTa bis zum Studium. Diese Probleme, insbesondere auch zwischen Sozialhilfe und Kultusbereich, sollten gelöst werden. **Dazu bietet sich die Aufnahme eines Abschnittes "Leistungen zur Förderung der inklusiven Bildung" in das SGB IX an.**

Sozialraumorientierte Kompetenzzentren zur Gesundheitsversorgung für behinderte Menschen

Für Menschen mit schweren geistigen und mehrfachen Behinderungen, z. T. auch mit schwersten Körperbehinderungen und ggf. fehlender aktivsprachlicher Kommunikation, stehen im Kindes- und Jugendalter z. Zt. die Sozialpädiatrischen Zentren als Ergänzung der Regelversorgung zur Verfügung (§ 119 SGB V). Für den Übergang in das Erwachsenenalter und dann für Erwachsene fehlt dagegen eine entsprechende Versorgungsstruktur. Diese konnte aus verschiedenen Gründen auch nicht unter Anwendung des § 119a SGB V geschaffen werden.

Um den Anspruch auf behinderungsspezifische Gesundheitsleistungen aus der BRK zu erfüllen (Art. 25 b) und die bestehende Versorgungslücke zu schließen, haben der Deutsche Ärztetag und die Behindertenfachverbände (Mitglieder der DVfR) die Einrichtung von Medizinischen Zentren für erwachsene behinderte Menschen (MZeB) gefordert. Die hochprofessionelle, teamgestützte Versorgung und Betreuung in regionalen Kompetenzzentren ist eine wichtige sozialräumliche Voraussetzung für mehr Teilhabe und Inklusion.

Dies gilt auch für Menschen mit erworbenen Behinderungen im Erwachsenenalter. Schwerst- und mehrfachbehinderte Menschen mit komplexem medizinisch-rehabilitativem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf sind auf lückenlose bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen angewiesen. Sie benötigen nach oder zwischen stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsleistungen nicht nur Leistungen der vertragsärztlichen Krankenbehandlung und Beratung aus der gesundheitlichen Regelversorgung. Notwendig sind auch Rehabilitationsangebote in der Lebenswelt wie Mobile Rehabilitation (s. Nr. 9) und darüber hinaus strukturierte und koordinierte Leistungen von Case- und Care-Management ggf. kombiniert mit Psychotherapie und anderen Formen psychologischer und pädagogischer Betreuung.

Derzeit fallen gerade diese Menschen (z.B. Menschen mit schweren neurologischen oder psychiatrischen Beeinträchtigungen) häufig in ein „therapeutisches Loch“ und werden in ihrer Situation weitgehend allein gelassen.

Die Organisation einer hochprofessionellen, teamgestützten Versorgung und Betreuung in regionalen Kompetenzzentren ist nicht nur eine wichtige sozialräumliche Voraussetzung für mehr Teilhabe und Inklusion, sondern zugleich auch die entscheidende Voraussetzung zur Vermeidung bzw. Minderung von erhöhten Kosten als Folge unzureichender Versorgung.

Während für die Anschlussrehabilitation die Mobile Rehabilitation als Modell erprobt und gesetzlich verankert ist (§ 40 Abs. 1 SGB V), fehlt diese gesetzliche Grundlage noch für Medizinische Zentren für erwachsene behinderte Menschen. Entsprechendes gilt für eine rehabilitative Nachsorge. Geeignete Modelle dafür sind zu entwickeln.

Flächendeckende Versorgung mit mobilen Rehabilitationsleistungen durch Förderung von Einrichtungen zur mobilen ambulanten Rehabilitation

Seit 2007 ist nach § 40 Abs. 1 SGB V Mobile Rehabilitation regelhaft als eine Form der ambulanten medizinischen Rehabilitation zu erbringen, auch in Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI. Zielgruppe sind multimorbide Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf (u.a. auch für pflegebedürftige Menschen zur Verminderung des Pflegebedarfs). Das aufsuchende Rehabilitationsangebot bezieht damit einen Patientenkreis ein, der bislang keine Rehabilitationschancen hat und wirkt i. S. der BRK innovativ, indem die Lebenswelt des Rehabilitanden in besonderer Weise berücksichtigt wird.

Allerdings wurden in der BRD erst 10 Einrichtungen zugelassen, mehrere davon müssen außerordentlich mühsam um die Anerkennung von Anträgen kämpfen. Obwohl die Mobile Rehabilitation für diese besondere Zielgruppe – in ihrem Leistungsbedarf meist hoch kostenintensiv – nachgewiesenermaßen erfolgreich ist, u.a. im Hinblick auf die Aktivierung und Stützung pflegender Angehöriger und auf die Vermeidung von Heimpflege, wurde eine auch nur annähernd flächendeckende Versorgung noch nicht erreicht. Es ist nicht hinnehmbar, dass die Umsetzung des § 40 SGB V so schleppend verläuft.

Es besteht Handlungsbedarf bei einer wirkungsvollen Förderung der Mobilen Rehabilitation. Auch die Forschung zu Mobiler Rehabilitation sollte gefördert werden.

Teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung

Hilfsmittel haben für die Teilhabe behinderter Menschen besondere Bedeutung. Dementsprechend wird ihnen an verschiedenen Stellen der BRK ein hoher Stellenwert beigemessen. Wie verschiedene, konsentrierte Analysen zeigen, bestehen in der Hilfsmittelversorgung z. T. gravierende Mängel und Probleme vor allem im Bereich des Versorgungs- und Genehmigungsprozesses sowie im Hinblick auf die mangelnde Teilhabeorientierung; damit zusammenhän-

gend ergibt sich eine bei weitem zu restriktive Beurteilung von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Die Fokussierung auf den Behinderungsausgleich bei restriktiv verstandenen Grundbedürfnissen führt dazu, dass gerade schwerer behinderte Menschen Hilfsmittel weder bedarfsgerecht noch zeitnah erhalten können. Denn aus der oft mangelnden Teilhabeorientierung ergeben sich häufig - durchweg langjährige – Streitverfahren, die in der Regel mit der Feststellung enden, dass die GKV nicht leistungs verpflichtet ist und der weiteren Folge, dass die gesamten Verfahren mit den danach in der Regel zuständigen Trägern der Sozialhilfe erneut beginnen. Gerade diese auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragenen Zuständigkeitsabgrenzungsverfahren sollten durch das SGB IX ausgeschlossen werden.

Durch die vielfach unterschiedliche Praxis der einzelnen Krankenkassen, die zudem im Wettbewerb zueinander stehen, ergibt sich daraus zusätzlich ein Mangel an gleichartiger Rechtsanwendung und somit fehlender Gewährleistung einheitlicher Lebensverhältnisse Betroffener.

Auch Ausschreibungsverfahren und allgemeine Vertragspraxis stellen eine bedarfsgerechte und hinreichend sozialraumbezogene Versorgung vielfach in Frage.

Daher ist es ein wesentliches Manko des NAP, dass Aussagen zur wohnortnahen und bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung (abgesehen von Aussagen zur Hörgeräteversorgung) fehlen.

Zur Verhinderung von Unter-, Über- und Fehlversorgungen ist mehr Kompetenz bei komplizierten Hilfsmittelversorgungen sicherzustellen, z.B. durch spezialisierte Hilfsmittelteams, Verstärkung der hilfsmittelbezogenen Aus- und Weiterbildung und ggf. durch regionale Kompetenzzentren. Bei der Schaffung solcher Kompetenzzentren sollen vorhandene Einrichtungen und Dienste einbezogen werden.

BMG und BMAS sollten in Zusammenarbeit mit den Betroffenen- und Fachverbänden eine Strategie für bedarfsgerechte teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung, insbesondere im Hinblick auf Bedarfsdeckung, Wohnortnähe, Kompetenz, zügige Versorgungsprozesse und Ergebnisqualität entwerfen und dazu konkrete Maßnahmen unverzüglich vorsehen (siehe Anlage: „Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln“ vom Oktober 2009).

Heilmittelversorgung für alle Personengruppen bedarfsgerecht sicherstellen – Teilhabeorientierung verbessern

Die rehabilitativ ausgerichtete Heilmittelversorgung für Menschen mit Behinderungen ist bedarfsgerecht für alle Altersgruppen sicherzustellen, auch dann, wenn die behinderten Menschen Leistungen in Einrichtungen wie Kindergärten, Schulen, Betrieben, Werkstätten für behinderte Menschen, Tagesförderangeboten und in stationären Einrichtungen der sozialen Teilhabe oder der Pflege in Anspruch nehmen. Die Heilmittelrichtlinie (HMR) muss diese

Bedarfsgruppen berücksichtigen und entsprechende Regelungen treffen.

Entgegen dem im Versorgungsstrukturgesetz vorgesehenen Genehmigungsverfahren von Heilmitteln bei langfristigem Behandlungsbedarf (zu § 32 SGB V) sollte entsprechend der ursprünglichen Intention der Neuregelung der HMR lediglich die Langfristigkeit der Verordnungsfähigkeit geregelt werden. Die Problematik der Richtgrößen für Einzelpraxen und möglicher Regresse, wenn in einer Praxis zahlreiche Menschen mit Behinderung behandelt werden, sollte durch die im Versorgungsstrukturgesetz vorgesehene ergänzende Regelung zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten nach § 84 SGB V und deren umfassende Regelung durch den GBA gelöst werden. (Siehe Stellungnahme der DVfR zur Neufassung der Heilmittelrichtlinien vom 15.3.2011 und zum Entwurf eines Versorgungsstrukturgesetzes; vgl. Fußnote 1).

Die im NAP angesprochene Neufassung der Heilmittelrichtlinie, die inzwischen z. T. auch Eingang in das Gesetzgebungsverfahren (hier zu § 32 SGB V) gefunden hat, berücksichtigt die beiden bestehenden Probleme (Langfristigerkennung statt umfassendes Genehmigungsverfahren, und Altersbegrenzung bei der Behandlung in Einrichtungen) nicht und ist deshalb unzureichend. Die vorgesehene Änderung des § 32 SGB V sollte präziser formuliert werden.

Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung/Verminderung von Pflegebedürftigkeit

Die Wirksamkeit von Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung bzw. Verminderung von Pflegebedürftigkeit ist hinreichend belegt. Zahlreiche Ideen zur Verminderung der Pflegebedürftigkeit und zur besseren Bewältigung von Pflegebedürftigkeit sowie zur Förderung der Teilhabe pflegebedürftiger Menschen liegen vor. Dennoch bestehen hier gravierende Umsetzungsprobleme (vgl. aktuell z.B. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit vom 21.6.2011)¹⁰. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, hier insbesondere der geriatrischen Versorgung und der Mobilien Rehabilitation, sowie eine ausreichende Heil- und Hilfsmittelversorgung sind unabdingbare Bestandteile. Auch muss es verstärkt gelingen, das primäre soziale Netz der Pflegebedürftigen in der Pflege zu stützen und auch Rehabilitationsangebote für Pflegenden (zum Erhalt ihrer Fähigkeit, zu pflegen) bereitzustellen.

Im Maßnahmenkatalog des NAP sind entsprechende Vorhaben zur Förderung der Teilhabe und zur Rehabilitation pflegebedürftiger Menschen nicht zu finden. Die konsequente Unterstützung der Rehabilitation vor und bei Pflege durch die Politik ist aber dringend geboten, um zügig Fortschritte zur Verminderung der Pflegebedürftigkeit und insbesondere auch des finanziellen Leistungsbedarfes, z. B. durch Inanspruchnahme von Geld- statt Sachleistungen oder gar Heimaufnahme, zu erreichen. Die

ressortübergreifende Zusammenarbeit zwischen BMAS, BMG und BMFSF sollte verbessert werden.

Um ganz konkrete Umsetzungsschritte auszuarbeiten, wurde aktuell von der DVfR ein Ad hoc-Ausschuss eingesetzt, dessen erste Ergebnisse bis Mitte 2012 vorliegen werden.

Kinder- und Jugendrehabilitation

Die Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche nimmt seit 2006 ab, obwohl deren Wirksamkeit wissenschaftlich erwiesen ist und die Fachgesellschaften, insbesondere die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, ihren Erhalt zur Bewältigung chronischer Erkrankungen und zur Vermeidung von Spätfolgen dringend fordern. Als Ursache wird vermutet, dass angesichts gedeckelter Ausgaben und anderen dringenden Bedarfen z. B. im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Anträge durch die Rentenversicherungsträger restriktiver bearbeitet werden. Die Krankenversicherung hat sich zudem weitgehend aus der Finanzierung zurückgezogen, obwohl sie gleichrangig zuständig ist.

Im NAP gibt es im Maßnahmeteil keine Aussage zu dieser Problematik, insbesondere auch keine Ausführungen zur Entwicklung ambulanter Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche.

Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Forschung und Berichterstattung zur Rehabilitation

Der Verbesserung der Datenlage zu Behinderungen in Deutschland wird hohe Bedeutung zugemessen. Dazu liegt eine erste Stellungnahme der DVfR vor, die eine Kommission vorschlägt und Eckpunkte für eine Berichterstattung formuliert¹¹. Die Orientierung an Indikatoren muss im Hinblick auf ihre ICF- und BRK-Kompatibilität geprüft werden und ist mit hoher Wahrscheinlichkeit unzureichend.

Die Forschung zu Teilhabe, Inklusion und Rehabilitation ist zu intensivieren. Dabei muss speziell der Aspekt der Teilhabe näher untersucht werden. Ferner ist die Beteiligung der Betroffenen selbst im Bereich der wissenschaftlichen Forschung dringend zu thematisieren.

Im Maßnahmenkatalog des NAP wird diese Problematik nur unzureichend berücksichtigt.

Frühförderung

Noch immer wird die Komplexleistung Frühförderung unzureichend angeboten, v.a. auf Grund der mangelnden Einigung der Rehabilitationsträger. Die im Maßnahmenkatalog angegebenen Maßnahmen sind unzureichend und vertagen das Problem nur. Eine rasche gesetzgeberische Klarstellung über Aufgabenverteilung und Finanzierung ist erforderlich. Eine Schiedsstelle beschäftigt sich in der Regel mit Fragen der Höhe der Vergütung, jedoch nicht mit Abgrenzungsfragen und konzeptionellen Probleme

¹⁰ http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2010/pdf/DV%2026-11.pdf, 4.10.2011

¹¹ Vorschläge für die Neuausrichtung der Berichterstattung über die Lebenssituation behinderter Menschen vom 28.09.2010

men. Insofern wird diese Überlegung skeptisch beurteilt.

Zu den Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten in diesem Teilgebiet der Rehabilitation hat die DVfR zuletzt im Juni 2010 Stellung genommen¹².

Ausblick und Schluss

Mit der BRK werden fundamentale Fragen des gesellschaftlichen Zusammenlebens aufgeworfen, die nicht nur für Menschen mit Behinderungen in engerem Sinn, sondern auch für chronisch kranke und/oder pflegebedürftige Menschen (bei drohender Behinderung lt. SGB IX) von grundlegender Bedeutung sind. Diese werden aktualisiert durch die in Kürze zur Verfügung stehende vollständige Genom-Analyse des ungeborenen Kindes vor der 12. Schwangerschaftswoche, da hierdurch eine praktisch gefahrlose Früherkennung die Entstehung genetisch bedingten behinderten Lebens ermöglicht wird und ein Abbruch noch innerhalb der 12-Wochen-Frist erfolgen kann. Um die drohende Tendenz werdender Eltern, behinderte junge Menschen sich und der Gesellschaft nicht mehr zuzumuten, abzufangen und andererseits der altersbedingt – auch wenn durch die Fortschritte der Medizin und die Verbesserung der Lebensverhältnisse insgesamt eine Steigerung der Qualität der gewonnenen Jahre zu erwarten ist – weiter zunehmenden Zahl kranker und behinderter Menschen in unserer Mitte Rechnung zu tragen, ist heute eine Bereitschaft zur gesellschaftlichen Orientierung wichtig. Auch der Trend zur Inklusion wird an vielen Stellen in der Gesellschaft dazu führen, dass sich die Bevölkerung neu und in umfassenderer Weise mit Behinderung konfrontiert sieht und den Bürgerinnen und Bürgern bewusster wird, dass erhebliche Finanzmittel bereitgestellt werden müssen, um eine Inklusion chronisch kranker und behinderter Menschen tatsächlich zu ermöglichen und zugleich auch die fachliche Förderung ihrer Teilhabechancen sicherzustellen.

Die DVfR möchte deshalb anregen, aus Anlass der Umsetzung der BRK die Einsetzung einer Enquêtekommission (Arbeitstitel: Gesellschaftliche Inklusion und Förderung der Teilhabe für Menschen mit Behinderung und chronischer Krankheit) zu prüfen. Eine solche Enquêtekommission bietet der Politik die Chance, die im Zusammenhang mit der BRK auftretenden Grundsatzfragen sowie die mittel- und langfristigen sozialen Perspektiven in einem umfassenden gesellschaftlichen Diskurs zu erörtern, ohne dass andere, konkrete Maßnahmen des NAP dadurch aufgeschoben werden müssten.

Viele der genannten Probleme zur Umsetzung von Rehabilitation und Teilhabe sind auf die unzureichende Rechtsanwendung zurückzuführen. Dies liegt daran, dass die Rechtsgrundlagen für Inklusion und Teilhabeförderung oft eine lediglich ermöglichende Gesetzgebung darstellen, die zudem noch von der Selbstverwaltung gedeutet und praktisch umgesetzt werden muss. Diese Umsetzung ist nicht

immer bedarfsgerecht, da die Selbstverwaltung auf Grund der Interessensgegensätze der Partner in manchen Handlungsfeldern nicht immer ausreichend handlungsfähig ist. **Deshalb ist an verschiedenen Stellen eine klare Willensbekundung seitens des Gesetzgebers unerlässlich.**

Die Verbände einschließlich der Betroffenenverbände nehmen bei vielen Aufgaben zur Umsetzung der BRK eine noch unzureichende ressortübergreifende Zusammenarbeit auf der Ebene der politischen Administration wahr. **Die DVfR regt an, zur Lösung von Problemen im Bereich Rehabilitation und Teilhabe, die auf fehlenden fachlichen Grundkonsens der politisch Verantwortlichen zurückzuführen sind, die bewährte Strategie des BMAS-Projekts „RehaFutur“ aufzugreifen.** Dort wurde zunächst für die berufliche Teilhabe erwachsener Menschen mit Behinderungen nach wissenschaftlicher Problemanalyse ein strukturierter und zielorientierter Austausch mit den relevanten Akteuren organisiert, um Umsetzungsvorschläge mit Unterstützung des BMAS auf den Weg bringen zu können. Dieses Vorgehen i. S. einer konzertierten Aktion kann für die Ausgestaltung der Rehabilitation auch in anderen Themenfeldern zielführend sein. Allerdings erfordert ein solcher Strategieprozess nicht nur das Zusammenwirken der Verbände und Akteure, sondern auch die aktive Unterstützung durch die Politik auf Bundes- und Länderebene, z. B. durch Zielbestimmung und die Herstellung von Verbindlichkeit für alle beteiligten Ressorts

Abschließend weist die DVfR darauf hin, dass die Positionen, Stellungnahmen und Empfehlungen der DVfR stets das Ergebnis eines längeren, teilweise schwierigen und aufwändigen Meinungsbildungs- und Abstimmungsprozesses innerhalb des Verbandes sind und diese Positionen gemeinsam von den Sozial- und Selbsthilfeverbänden der Rehabilitation, den Leistungserbringern sowie den Organisationen der Rehabilitationsberufe und den Fachverbänden getragen werden.

¹² Stellungnahme „Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder – Weiterentwicklung durch das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX)“ vom 9.6.2010

Anlage

Zusammenstellung der Hinweise auf Stellungnahmen und Positionspapiere der DVfR (chronologisch):

Nr.	Stellungnahme/Positionspapier	Seite
(1)	BRK – Eine erste Stellungnahme der DVfR, Juni 2009	2 - 4
(2)	DVfR-Thesen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen (nach dem SGB XII), September 2009	5 - 9
(3)	„BRK jetzt umsetzen! Strategien der DVfR“, Oktober 2009	10 - 20
(4)	„Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln“, November 2009	21 - 87
(5)	DVfR-Stellungnahme „Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder – Weiterentwicklung durch das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX)“, Juni 2010	88 - 96
(6)	Vorschläge der DVfR für den NAP zur Umsetzung der BRK in Deutschland, August 2010	97 - 99
(7)	DVfR-Vorschläge für die Neuausrichtung der Berichterstattung über die Lebenssituation behinderter Menschen, September 2010	100 - 101
(8)	DVfR-Stellungnahme zur Neufassung der Heilmittelrichtlinie, März 2011	102 - 111
(9)	DVfR-Stellungnahme / erste Anmerkungen der DVfR zum Referententwurf „Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 27.04.2011“, Mai 2011	112 - 118
(10)	DVfR-Stellungnahme zum Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, September 2011	119 - 122

(1) Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention – BRK

– Eine erste Stellungnahme der DVfR –

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) hat den Prozess der Entstehung der Behindertenrechtskonvention (BRK)¹³ aktiv begleitet und begrüßt ihre Ratifizierung. Die BRK ist seit dem 26. März 2009 geltendes Recht und verpflichtet die Bundesrepublik Deutschland als unterzeichnenden Vertragsstaat auf die weitreichenden Ziele einer inklusiven Politik für chronisch kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen. Die DVfR und ihre Mitglieder fassen die BRK auch als Chance und Herausforderung für ihre eigene Weiterentwicklung auf.

Die DVfR befürwortet zunächst die Ausführungen in der Präambel der BRK. Von besonderer Bedeutung ist hier (Buchstabe m) die Anerkennung des „wertvollen Beitrags“, den „Menschen mit Behinderungen zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten und leisten können ...“. Aus dieser Formulierung und aus der Präambel insgesamt wird die Intention der BRK, behinderten Men-

schen volle Bürgerrechte zuzusichern, deutlich. Erkennbar wird insoweit auch die Abkehr vom Prinzip der Fürsorge und von einem defizitorientierten Menschenbild.

In den für den Gesamtbereich der BRK geltenden allgemeinen Grundsätzen (Artikel 3) werden die Würde des behinderten Menschen, seine volle und wirksame Teilhabe sowie die Gewährleistung von Chancengleichheit betont. Aufbauend auf diesen Grundsätzen durchzieht der Gedanke der Selbstbestimmung und einer autonomen Lebensgestaltung alle Regelungen der BRK. Sie formuliert insgesamt höchste Anforderungen an eine solidarische und barrierefreie Gesellschaft, die Fremdbestimmung und Ausgliederungstendenzen zurückweist. Die hieraus resultierende Forderung an alle Vertragsstaaten, die genannten Ziele möglichst rasch und umfassend umzusetzen, kann in ihrer sozial- und gesellschaftspolitischen Bedeutung nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Die DVfR anerkennt, dass in Deutschland bereits – beginnend mit der Aufnahme des Diskriminierungsverbots für behinderte Menschen in Artikel 3 des Grundgesetzes im Jahre 1994 – wichtige Schritte erfolgt sind, um die vollständige Integration behinderter Menschen zu erreichen. So wurde auf bundesgesetzlicher Ebene mit dem SGB IX und dem Behindertengleichstellungsgesetz der Paradigmenwechsel für die Teilhabe und Selbstbestimmung behinderter Menschen eingeleitet.

Dennoch bedarf es weiterer durchgreifender Anstrengungen, um die Ziele der BRK in Deutschland mit Leben zu erfüllen. Zunächst muss darauf hinge-

¹³ Ratifikationsgesetzentwurf sowie der Text der UN-Behindertenrechtskonvention in den amtlichen Fassungen Englisch und Französisch sowie die – nichtamtliche – deutsche Textfassung nebst der Denkschrift der Bundesregierung finden sich in BT-Drs. 16/10808; ein Entschließungsantrag des Deutschen Bundestages zur UN-Behindertenrechtskonvention ist zu finden in BT-Drs. 16/11234.

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/108/1610808.pdf>

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/112/1611234.pdf>

wiesen werden, dass die genannten Gesetze in wichtigen Bereichen nicht bzw. nicht ausreichend umgesetzt sind. Damit fallen Anspruch und Wirklichkeit in der Teilhabepolitik für behinderte Menschen teilweise weit auseinander. Insoweit kann entgegen vielfachen Ausführungen in der Denkschrift der Bundesregierung auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Forderungen der BRK in Deutschland nahezu erfüllt sind.

Zudem geht die Zielsetzung der BRK für eine inklusive Politik für behinderte Menschen über die bisherigen integrativen Ansätze weit hinaus. Eine auf Inklusion ausgerichtete Teilhabepolitik für behinderte Menschen verlangt die Garantie der gesellschaftlichen Einbeziehung von Beginn an. Nicht eine einseitige Anpassungsleistung des behinderten Menschen steht im Vordergrund der Bemühungen, sondern die grundlegende Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse zum Wohl behinderter wie nichtbehinderter Menschen gleichermaßen. Die Inklusion behinderter Menschen verlangt jedoch mehr Anstrengungen als die Inklusion vieler anderer Bevölkerungsgruppen. Die BRK geht zu Recht davon aus, dass nur ein auf Inklusion ausgerichtetes Gesellschaftsmodell die Voraussetzungen schaffen kann, damit die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit und ohne Behinderungen in allen Phasen des Lebens gewährleistet wird.

Deshalb kann und muss die BRK als wichtige Chance genutzt werden, die Gesellschafts-, Bildungs-, Sozial- und Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland auf Teilhabe zu orientieren und im Lichte des Prinzips der Inklusion fortzuentwickeln sowie bestehende Defizite zu beseitigen. Im Hinblick auf die differenzierten Forderungen der BRK sieht die DVfR vielfachen Handlungsbedarf vor allem auch in den Bereichen der medizinischen Versorgung (Artikel 25) sowie der Habilitation/ Frühförderung und der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation bzw. Teilhabe (Artikel 26) und schließlich im Bildungsbereich (Artikel 24).

Ein inklusives Gesundheitssystem erfordert z. B. neben barrierefreien Arztpraxen und Heilmittelerbringerpraxen vor allem gemeindenahe qualitativ hochwertige Versorgungsangebote für alle behinderten Menschen, die jedoch bisher keineswegs flächendeckend vorliegen. Die BRK enthält zu Recht einen weitreichenden und bereichsübergreifenden Auftrag zur Prävention (Artikel 4, 26). Auch hier besteht weiterhin erheblicher Handlungsbedarf.

Mehrfach (Artikel 4, 20) weist die BRK 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.

Die BRK fordert die Verwirklichung eines offenen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarktes (Artikel 27). Ein inklusives Ausbildungs- und Beschäftigungssystem setzt funktionierende Übergänge von Schule in Ausbildung und in

den Beruf voraus und sichert soweit wie möglich Beschäftigung behinderter Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Hierzu müssen qualifizierte Ausbildungs- und Arbeitsplätze für behinderte Menschen in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen. Dies schließt Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung in Sinne eines lebenslangen Lernens ein.

Ein inklusiver Arbeitsmarkt gewährleistet qualifizierte Berufsberatung und Vermittlung. Er sichert Förderstrukturen mit personenzentriertem Ansatz und macht eine aktive Arbeitsmarktpolitik notwendig, die auf den behinderten Menschen zugeht und seine Wunsch- und Wahlrechte umfassend berücksichtigt. Die Schaffung eines inklusiven Bildungssystems (Artikel 24) ist insoweit zwingende Voraussetzung für das Funktionieren eines inklusiven Arbeitsmarktes. Das deutsche Schul- und Bildungssystem ist von Inklusion noch weit entfernt. Schule muss die Vielfalt und Individualität von Kindern anerkennen und wertschätzen. Gemeinsames Lernen von Kindern mit und ohne Behinderungen in Vorschule und Schule ist eine zentrale Herausforderung für die künftige Bildungspolitik in Deutschland. Nach Einschätzung der DVfR bedarf es insgesamt weiterer durchgreifender Anstrengungen, um die Ziele der BRK im Bereich der beruflichen Teilhabe und für ein inklusives Bildungssystem zu erreichen.

Eine unabhängige Lebensführung und die umfassende soziale Einbeziehung in die Gemeinschaft sind der BRK ebenso zentrale Anliegen wie die Gewährleistung der persönlichen Mobilität und die Achtung der Privatsphäre. Damit unterstützt die BRK die individuelle Lebensgestaltung außerhalb von Einrichtungen und betont insoweit die Bedeutung der persönlichen Assistenz und der Wunsch- und Wahlrechte. Hieraus ergeben sich auch wichtige Impulse für die bevorstehende Neuordnung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, deren Ziel es sein muss, die Leistungen individuell personenzentriert und bedarfsdeckend auszugestalten.

Die BRK fordert geeignete Maßnahmen zur Gestaltung einer barrierefreien Umwelt (Artikel 9) und mahnt damit weitere Schritte zur vollständigen Umsetzung des Behindertengleichstellungsgesetzes an.

Die vorgenannten wenigen Beispiele lassen den umfangreichen Handlungsauftrag erkennen, den die Konvention an Staat und Gesellschaft richten. Die DVfR appelliert an alle Beteiligten und insbesondere an die politisch Verantwortlichen, sich zu den Zielen der BRK zu bekennen und ihre Umsetzung zu fördern bzw. sicherzustellen. Dies gilt umso mehr, als die BRK ein aktives Handeln auf nationaler Ebene in Form von geeigneten Maßnahmen und Programmen einfordert.

Nach Artikel 35 ist auch die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, innerhalb von zwei Jahren nach In-Kraft-Treten der BRK einen umfassenden Bericht über die veranlassten Maßnahmen vorzulegen. Deshalb unterstützt die DVfR den Vorschlag des Deutschen Behindertenrats (DBR), zeitnah von Seiten der Bundesregierung einen Aktionsplan zu verabschieden, der die Ebene der Bundesländer einbezieht und die beabsichtigten Maßnahmen und Initiativen transparent darlegt.

Bei der Erstellung des Aktionsplans sind die Forderungen und Erfahrungen der behinderten Menschen und ihrer Organisationen in besonderer Weise zu berücksichtigen. Ein solcher Aktionsplan muss auch konkrete Vorschläge enthalten, wie die in Artikel 32 vorgesehene internationale Zusammenarbeit für die beteiligten Organisationen und Institutionen organisiert und finanziert werden kann.

Die DVfR sieht in der Umsetzung der Konvention einen Schwerpunkt ihres künftigen Engagements und wird diesen Prozess konstruktiv unterstützen. Sie wird sich an Kampagnen zur Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit (Artikel 8) beteiligen und kurzfristig Vorschläge unterbreiten, die insbesondere den Beitrag der Rehabilitation zur Verwirklichung der Rechte behinderter Menschen konkretisieren. Die DVfR steht insoweit als Ansprechpartner jederzeit zur Verfügung.

Heidelberg, im Juni 2009

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann

(2) Thesen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen (nach dem SGB XII) – Ein Impuls für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention durch den 17. Deutschen Bundestag –

In unserer Gesellschaft sind Chancengleichheit und gleichberechtigte Teilhabe für Menschen mit Behinderungen noch immer nicht voll verwirklicht. Die rechtliche Neuausrichtung der Behindertenpolitik durch das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX, 2001), das Behinderten-Gleichstellungsgesetz (2002) und das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (2006) waren zwar wichtige Schritte des Gesetzgebers; gleichwohl werden behinderte Menschen, z. B. in Kindergärten, Schulen, Berufsausbildung und Arbeitswelt, im Studium, aber auch im Privat-leben – etwa beim Wohnen – allzu häufig, und oft schon von Geburt an, nicht gleichberechtigt in das gesellschaftliche Leben einbezogen.

In der Behindertenrechtskonvention der UN, die im März 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist, wird insbesondere die Zielsetzung eines verstärkten Zugehörigkeitsempfindens¹⁴ angeführt. Begriffe wie dieser gehörten bislang nicht zum etablierten Vokabular des Menschen-rechts-Diskurses. Er steht für eine spezifische Ausrichtung der Behindertenrechtskonvention, die gegen die Unrechtserfahrung gesellschaftlicher Ausgrenzung eine freiheitliche und gleichberechtigte soziale Inklusion einfordert.

Inklusion als sozialpolitisches Konzept macht separierende Einrichtungen tendenziell überflüssig, weil alle Bürger die erforderlichen Hilfen unabhängig von ihrem Wohn- und Lebensort erhalten können, welche sie wegen ihrer chronischen Krankheit oder Behinderung – ggf. auch in hochspezialisierter Form – benötigen. Das Prinzip Inklusion drückt umfassende gesellschaftliche Solidarität mit Menschen aus, die einen Hilfebedarf haben, wobei aber „hilfsbedürftig“ nicht gleichbedeutend ist mit mangelndem

Potential an Eigenständigkeit oder fehlender Rechts- bzw. Handlungsfähigkeit. Inklusion dient der Gleichstellung und Gleichbehandlung aller – bei gegebener Verschiedenheit der Menschen¹⁵.

Um Inklusion zu erreichen, misst vor allem Artikel 26 der UN-Behindertenrechtskonvention der Habilitation und Rehabilitation eine wesentliche Bedeutung bei: Menschen mit Behinderungen sollen dadurch in die Lage versetzt werden, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, d. h. umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten zu entwickeln sowie die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Dazu notwendige Dienste und Programme umfassen auch Sozialdienste. Bei der künftigen Entwicklung der Eingliederungshilfe sind deshalb auch weiterhin die Aufgaben der Habilitation und Rehabilitation (vgl. dazu auch § 4 in Verbindung mit § 53 Abs. 3 SGB IX) zu berücksichtigen und generell ist bei allen Diensten für behinderte Menschen die rehabilitative Orientierung zu fördern. Das bedeutet zugleich: Es sind alle nötigen Leistungen durch entsprechend geeignete Dienste und Einrichtungen zu erbringen.

I. Ziele der weiteren Entwicklung im Bereich Eingliederungshilfe

Auf diesem Hintergrund greift bei der Eingliederungshilfe eine isolierte „Weiterentwicklung des Eingliederungshilferechts“ wesentlich zu kurz. Die Behindertenpolitik in Deutschland muss ein umfassendes sozialpolitisches Konzept vollziehen, das ausgehend von den bisherigen Schritten¹⁶ die gleichberechtigte gesellschaftliche und soziale Inklusion erreicht.

Dieses Konzept sollte nach Auffassung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) Folgendes beinhalten:

- 1. Selbstbestimmung ermöglichen** – so lautet der Handlungsauftrag an alle Akteure der Behindertenpolitik und der Arbeit für und mit behinderten und chronisch kranken Menschen. Die bei den Instrumenten zur Verwirklichung der Selbstbestimmung noch bestehenden Einschränkungen und sozialrechtlichen Unterschiede (z. B. SGB IX, XI und XII) insbesondere des Wunsch- und Wahlrechts und der Ausführung von Persönlichen Budgets, sind daher zu beseitigen.
- 2. SGB IX weiterentwickeln** – das heißt: Die in diesem übergreifend angelegten deutschen Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen schon weitgehend vollzogene Zusammenfassung aller Rechte behinderter Menschen in einem Buch des SGB soll fortgesetzt und abgeschlossen werden. Dann können – bis auf die gesondert bestehenden Zuständigkeiten und Anspruchsgrundlagen – alle dazu bisher noch in den trägerspezifischen Büchern des SGB verbliebenen Regelungen entfallen bzw. abschließend auf das SGB IX übergeleitet werden. Dies ist sinnvoll, um

¹⁴ (...enhanced sense of belonging)

¹⁵ human diversity

¹⁶ insbes. Schaffung des SGB IX (2001) und Überführung des Rechtskreises der Leistungen nach dem BSHG von 1961 in das SGB XII (2005)

- verschiedene Interpretationen zum Vorrang trägerspezifischen Rechts einzugrenzen.
3. **Leistungen zur Teilhabe – ohne Prüfung der Bedürftigkeit**¹⁷, sind stets nach Zielsetzungen zu erbringen, die individuelle Beteiligung am gesellschaftlichen Leben stärken.
4. **Unabhängig von der jeweiligen Zuständigkeit einzelner Leistungsträger** muss insgesamt das Ziel verfolgt werden, dass alle Menschen mit vergleichbaren Behinderungen von all diesen Trägern die aus gegebenem Anlass erforderlichen Leistungen in gleichem Umfang und in gleicher Qualität erhalten können.
5. In diesem Sinne soll das gesamte **Rehabilitations- und Behindertenrecht zu einem Teilhaberecht** mit folgenden Eigenschaften werden:
- 5.1 Es regelt die sozialstaatliche Unterstützung bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, wenn infolge von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit Einschränkungen drohen.
- 5.2 Art und Ausprägung einer Teilhabebeeinträchtigung sind dabei Indikation für Art und Umfang sozialstaatlicher Leistungen zur Vermeidung, Minderung oder Beseitigung dieser Beeinträchtigungen.
- 5.3 Leistungen zur Teilhabe werden insbesondere unabhängig von Leistungen der Krankenbehandlung ausgeführt. Im Fall von Überschneidungen der Zielsetzungen sind praktikable Regelungen zu treffen. Leistungen, die der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dienen, sind dabei soweit möglich wie aus einer Hand zu erbringen und mit Leistungen zur Krankenbehandlung eng zu verzahnen; dazu ist das Leistungserbringungsrecht zu vereinheitlichen und Schnittstellen sind unstreitig zu regeln.
- 5.4 Die Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung richtet sich nach den Kriterien der ICF¹⁸; sie ist bei der erstmaligen Wahrnehmung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung mit Bindungswirkung für alle beteiligten Träger unabhängig von deren Zuständigkeit zu treffen und dem Verlauf der Teilhabeentwicklung entsprechend fortzuschreiben. Dabei ist den Kontextfaktoren, die für die einzelnen Träger unterschiedliche Bedeutung haben können, angemessene Rechnung zu tragen.
- 5.5 Das Teilhaberecht konkretisiert Artikel 26 der Behindertenrechtskonvention, wonach der Staat umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste organisiert, stärkt und erweitert – also solche, die für den Einzelnen die Chancen auf Selbständigkeit und Souveränität in der Teilhabe verbessern.
- 5.6 Notwendig ist die mitgestaltende Beteiligung betroffener Menschen an der Ausgestaltung ihrer Rehabilitation. Dies kann auf verschiedene Weise ermöglicht werden, z. B. mittels der Errichtung eines Teilhaberats zur Eingliederungshilfe beim BMAS, der mit sämtlichen Akteuren und unterstützt durch unabhängige Forschung im Konsensverfahren Leitlinien für Teilhabeleistungen entwickelt. Jedenfalls ist unabhängig von einem gewählten Regelungsweg völlig unverzichtbar, dass chronisch kranke, behinderte oder pflegebedürftige Menschen und deren Verbände an der künftigen Entwicklung der Leistungen, der Kriterien zur Qualitätsanforderung und -sicherung sowie an der Schaffung möglichst einheitlicher Verfahren für die trägerübergreifende, umfassende Feststellung des individuellen Teilhabebedarfs in Augenhöhe mitwirken können. Innovationen und Leistungen zur Bewältigung besonderer Problemlagen dürfen dadurch jedoch nicht beeinträchtigt werden.
- 5.7 Die Träger der Teilhabeleistungen sollen durch entsprechende Auflagen angehalten werden, ihren Pflichten nach § 19 SGB IX nachzukommen und sicherzustellen, dass die nach Anzahl und Qualität erforderlichen Leistungsangebote regional auch tatsächlich vorhanden sind. Dies bedeutet insbesondere, dass sie auf erfahrene gemeinnützige und private Akteure im Sozial-, Berufsbildungs- und Gesundheitswesen einwirken, entsprechende Einrichtungen und Dienste zu entwickeln, und dass sie entsprechende Ressourcen dafür einsetzen.
- 5.8 Die mit der Budget-Verordnung nach § 17 SGB IX für die Ausführung von Leistungen als Persönliches Budget geschaffenen Verfahren für die Überwindung von Schnittstellenproblemen des gegliederten sozialen Leistungssystems, insbesondere die Zielvereinbarung, sollen Vorbild für das Verfahrensrecht bei allen Teilhabeleistungen werden. Mit den auf das Individuum zentrierten und dialogbasierten Verfahren soll auf regionaler Ebene insgesamt die Bedarfsgerechtigkeit, Zweckmäßigkeit und Kontrollierbarkeit der Leistungen unter Berücksichtigung der lebensweltlichen Kontextfaktoren sichergestellt werden.
- 5.9 Es sollte geprüft werden, ob es sinnvoll und weiterführend ist, für alle Leistungen zur Teilhabe und für ihre Erbringung ein Schiedsstellenverfahren zu etablieren.

II. Reformgrundsätze für Menschen mit Eingliederungshilfebedarf

In der Aufgabenerfüllung von Gemeinden und Gemeindeverbänden sind sowohl die öffentliche Fürsorgepflicht als auch das Recht auf individuelle Teilhabeleistungen beim Zielpersonenkreis der Eingliederungshilfe unentbehrlich. Beide Elemente sind – entsprechend den persönlichen Lebensumständen – notwendig. Eine nur eingeleitete Antwort der sozialen Gemeinschaft auf komplexe Hilfebedarfe kann in äußersten Fällen zu extremen Entwicklungen bei schwer behinderten Menschen führen: Entweder zu einer fürsorglichen Bevormundung durch Institutio-

¹⁷ Für die Lebensunterhaltssicherung bleiben der Einzelne bzw. seine unterhaltspflichtigen Personen verantwortlich: Leistungen zum Unterhalt nach dem SGB II, bei Erwerbsunfähigkeit (SGB VI) oder nach dem SGB XII nur bei Bedürftigkeit!

¹⁸ "International Classification of Functioning, Disability and Health" der Weltgesundheitsorganisation

nen bzw. andere persönliche Abhängigkeitsverhältnisse oder zur einer selbst-bestimmten Verwahrlosung inmitten eines auf Inklusion ungenügend eingerichteten Umfelds. Alle Formen der Erbringung von Leistungen, die Leistungsberechtigte dem einen oder anderen Extrem überlassen, sind unzulässig, weil dies entweder den Unterstützungsbedarf oder das Teilhabepotenzial ignorieren würde; von der zu fördernden Persönlichkeitsentwicklung Betroffener, die sich „dazwischen“ abspielen soll, ganz abgesehen.

Die Sozialhilfeträger müssen künftig ihre Leistungen so einsetzen, dass bei der Eingliederungshilfe jede Klientin/jeder Klient in der Wahl der Lebens-, Wohn-, Arbeits- und Hilfestaltung so frei wie möglich wird. Das setzt gezielte Fähigkeitsentwicklung beim Betroffenen voraus. Personenzentrierte Förderung in diesem Sinne heißt aber auch, dass die dazu nötigen Dienstleistungen unabhängig vom gewählten Wohnort in Anspruch genommen werden können.

1. Unter dem **Fürsorgeaspekt** sollen die Bestimmungen des SGB XII künftig nur noch gegenüber Hilfebedürftigen insoweit gelten, als entsprechende Leistungspflichten nicht bereits durch die Regelungen der übrigen Sozialgesetzbücher erfasst sind. Die Verantwortung und die **Pflichten der Sozialhilfe als Leistungsträger zur Teilhabe** wird dagegen im Teilhaberecht des SGB IX geregelt und dort nachdrücklich gestärkt. Nur so lange sich notwendige Leistungen im Teilhaberecht (noch) nicht zuverlässig und vollständig abbilden lassen, soll für Fälle, in denen die Zuständigkeitsregelungen des § 14 SGB IX keine rasche Klärung ermöglichen, die „Auffangfunktion“ der Sozialhilfe bestehen bleiben¹⁹.
2. Auch unabhängig von allen Teilhabeleistungen und anderen Formen personenbezogener Eingliederungshilfe: Menschen mit Behinderungen sind als **selbstverständlicher Teil der sozialen Gemeinschaft** zu achten, d. h. sie dürfen nicht aus der Wahrnehmung der Bevölkerungsmehrheit nahezu verschwinden. Die Behindertenrechtskonvention, welche volle Handlungsfähigkeit behinderter Menschen im rechtlichen Sinne generell unterstellt, trifft dazu u. a. folgende Festlegungen:
 - Die Dienste öffentlicher Daseins(vor)sorge der Gesellschaft – z. B. Erziehungs- und Bildungswesen, Mindestsicherung Erwerbsloser, allgemeines Gesundheitswesen, Arbeitsförderung und -schutz sowie andere Bürgerdienste – müssen den Menschen auch bei Behinderung voll zur Verfügung stehen (**Inklusion**).
 - Auch alle anderen für die Lebensqualität von Bürgern wichtigen Angebotsstrukturen müssen der tatsächlichen menschlichen Verschiedenheit in Gesundheit, Fitness, Kognition und Kommunikation zumindest insoweit Rechnung tragen, als dies mit vertretbarem Aufwand irgend möglich ist. Dies gilt für Behörden, Rechtspflege, Medien und Verkehrs-

netze genauso wie für kulturelle Einrichtungen (**Barrierefreiheit**).

- Erforderliche Schritte hin zu einer Normalisierung des Lebensalltags behinderter Menschen in Konvergenz mit dem Leben der nicht behinderten Bevölkerung gelingen nur, wenn regelmäßig beanspruchte Dienste/Unterstützungsstellen, die speziell behinderte Menschen benötigen, direkt vor Ort – bei Bedarf auch als „zugehende“ Angebote – verfügbar sind. Andere und seltener benötigte Spezialdienstleistungen sollen zumindest regional und gut erreichbar vorhanden zu sein. Zu einer planvollen Versorgung mit sozialräumlichem Bezug gehören somit auch richtig dimensionierte und vernetzte „Vorhalteleistungen“ für die Unterstützung in besonderen Ausnahmefällen, in Krisen oder bei akuten Hilfebedarfen (**Bedarfsgerechtigkeit**).
 - Staatliche Pflicht ist es auch, auf Dauer die Marktordnung, das Finanzwesen, das Verbraucher- und Arbeitsrecht sowie die politischen Beteiligungsmöglichkeiten für die Bürgerschaft schrittweise so zu regulieren, dass Menschen mit Behinderungen nicht an einer gewünschten Teilhabe gehindert sind (**Chancengleichheit**).
 - Soweit die Umsetzung dieser Zielvorgaben (noch) nicht gelingt, löst dies im Sinne eines gesellschaftlichen Entschädigungsrechts einen Anspruch auf **Nachteilsausgleich** aus, der einklagbar ist.
3. Eine inklusiv organisierte, barrierefrei gestaltete, nicht diskriminierende soziale Gemeinschaft, deren strukturelle Ausgestaltung in erster Linie der kommunalen Selbstverwaltung obliegt, optimiert bürgerschaftliche Selbsthilfe- und Selbstorganisationskräfte und fördert so die Teilhabe behinderter Menschen konkludent. Dies hilft, den Aufwand der Kommunen für personenbezogene Einzelleistungen und Sonderstrukturen der Eingliederungshilfe zu verringern.
 4. Sozialhilfeträger haben einen bundesgesetzlichen Sicherstellungsauftrag. Sie müssen den wegen Behinderungen in ihrer Teilhabe beeinträchtigten Menschen ihres Versorgungsgebiets einen Standard an Leistungen und Unterstützung gewährleisten, der ihre Menschenwürde sichert. In Zeiten flexibler kommunaler Gesamtbudgets ist es den Kommunen möglich, mit Hilfe sowohl eigener als auch freier Planung (Subsidiarität!) alle sich bietenden Chancen zu nutzen, um mit vorausschauenden Investitionen in den Wohnungs-, Schul-, Kinder- und Seniorenstättenbau, in die Verkehrsentwicklung und kommunale Sozialberatung sowie durch Förderung geeigneter bürgerschaftlicher Initiativen da-rauf Einfluss zu nehmen, dass sich in der Eingliederungshilfe eine Kostenentlastung ein-stellt. Dem dient auch kluges raumplanerisches und ordnungspolitisches Handeln.
 5. Unabhängig von mehr barrierefrei zugänglichen, für die gesamte Bürgerschaft bereit stehenden Unterstützungsangeboten ist vor allem die Me-

¹⁹ bei Beachtung der Bestimmungen des § 43 SGB I zur Vorleistungspflicht

thode Rehabilitation für schwer behinderte Menschen – mit der langfristigen Perspektive größerer Selbstbestimmung – ein wertvoller Schlüssel zur aktivierenden Wirkung der Eingliederungshilfe. Denn gerade wenn alle Sozialleistungen nachhaltiger eingesetzt, künftig also stärker an einer Verringerung des Fremdhilfebedarfs orientiert sein sollen, dann müssen durch gezielte Rehabilitation die individuelle Befähigung²⁰ in den Alltagskompetenzen und die Modifikation behinderender Kontextfaktoren – beides im Sinne der Stärkung funktionaler Gesundheit gemäß ICF – konsequent angegangen werden, anstatt sich viel zu früh mit einer aufwändigen Rundum-Versorgung dieser Zielgruppe auf Dauer abzufinden. Rechtzeitige und verständliche Beratung, Case-Management und eine spezifische Teilhabeunterstützung²¹ unterstützen dabei nachhaltig, dass alle Teilhabeleistungen sich immer auf die alltägliche Lebenswelt und auf die praktisch relevanten Aspekte im Alltagsleben des Einzelnen ausrichten.

III. Appell

Die DVfR fordert alle verantwortlichen Beteiligten, die zu Inklusion und Rehabilitation beitragen, eindringlich auf, jetzt zu handeln! Es gilt, einen nachhaltigen Paradigmenwechsel in der Förderung, Unterstützung und Achtung für Menschen, die Anspruch auf Teilhabeleistungen haben, gemeinsam voranbringen.

Im September 2009

gez.:

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann

Vorsitzender der DVfR

Klaus Lachwitz

Leiter des DVfR-Ausschusses zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe

2 Anlagen: Erläuterungen und Fallbeispiel „Problemaufriss“

(3) 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.

²⁰ (empowerment)

²¹ Bewährte Konzepte reichen von schulbegleitenden Integrationshilfen über angemessene berufliche Bildungsangebote und Haushalts- bzw. Wohntraining bis hin zur Arbeitsassistentin und unterstützten Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

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 unstreitig 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 Anspruchs 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 „Ver Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement“ geschlossen. Über die Auswirkungen die-

ser 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 Landeschulgesetzen 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 beigefügt.

- Unter Berücksichtigung der Wirtschaftskrise und auch infolge der Absenkung der Beitragsätze 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 **Bundeskompetenzzentrums 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 scheidet die Inanspruchnahme des persönlichen Budgets oftmals an mangelnden niedrigschwelligen 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 gemein-

denahe 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 gemeindenahe 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 inklusiven 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 Rehabilitationssdienste 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 stationä-

ren 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 **Bedarfsgruppen** (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 biopscho-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 Erfüllung 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 prü-

fen, 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 Rehabilitationsbereich 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

(4) Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln

Gliederung

A. Grundlagen

1. Die Versorgung mit Hilfsmitteln als Prozess
2. Problem-, Ziel-, Lösungs- und Personenzentrierung der Hilfsmittelversorgung
3. Personengruppen mit besonderem Bedarf
4. Kooperation und Teamarbeit in der Hilfsmittelversorgung
5. Sozialraumorientierung in der Hilfsmittelversorgung
6. Gesetzliche Rahmenbedingungen und Verantwortlichkeit für die Hilfsmittelversorgung
7. Qualität
8. Aspekte der Wirtschaftlichkeit
9. Nutzerfreundlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Verbraucherschutz beim Prozess der Hilfsmittelversorgung

B. Vorschläge und Optionen aus Sicht der DVfR zur Optimierung der Hilfsmittelversorgung

B 1 Information aller am Versorgungsprozess mit Hilfsmitteln Beteiligten

- 1.1 Der Zugang zu Informationen über die Hilfsmittelversorgung wird neutral und einfach gestaltet!
- 1.2 Die Informationen zu allen Bereichen der Hilfsmittelversorgung werden in REHADAT nutzerorientiert aufbereitet!
- 1.3 Über Chancen der Hilfsmittelversorgung wird in allen Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens und insbesondere der Rehabilitation sowie in allen für die Inklusion wichtigen Institutionen informiert!
- 1.4 Newsletter und eine Kommunikationsplattform zur Hilfsmittelversorgung informieren über Problemlösungsmöglichkeiten durch Hilfsmittel!
- 1.5 Patienten erkennen und formulieren ihren Bedarf eindeutig und rechtzeitig!

1.6 Die rechtzeitige Erkennung eines Bedarfes an Hilfsmitteln ist Aufgabe aller Fachkräfte!

1.7 Die Überprüfung des Bedarfes an Hilfsmitteln erfolgt regelmäßig an biographischen Wendepunkten!

1.8 Individuelle und herstellerunabhängige Beratung zu Hilfsmitteln wird sichergestellt!

1.9 Gesetzliche Betreuer erhalten standardisierte Informationen über Rehabilitationsmöglichkeiten und insbesondere zur Hilfsmittelversorgung!

1.10 Die nutzerspezifische Verfügbarkeit des Hilfsmittelverzeichnisses der GKV wird optimiert!

B 2 Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung, der Forschung und des Wissenstransfers

2.1 Die Hilfsmittelversorgung ist obligatorischer Bestandteil in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Fachkräfte!

2.2 Die Erstellung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaterialien und Lehrtexten zur Hilfsmittelversorgung wird unterstützt!

2.3 Die Fortbildung der Mitarbeiter von Sanitätshäusern wird verbessert!

2.4 Die Aus- und Fortbildung für Sachbearbeiter der Sozialleistungsträger im Fachgebiet Hilfsmittel wird verbessert!

2.5 Forschung und Lehre zur Hilfsmittelversorgung werden ausgebaut!

2.6 Erfahrungen von Patienten/Patientinnen werden verstärkt genutzt und ein Empowerment gefördert!

2.7 Der Erwerb von Kompetenzen für Teamarbeit und Case-Management bei der Hilfsmittelversorgung wird gefördert!

2.8 Die Verfügbarkeit von Experten in der Hilfsmittelversorgung wird verbessert und die Bildung von Kompetenzzentren wird unterstützt!

B 3 Optimierung von Bedarfsermittlung, Indikationsstellung und Verordnungsprozess

3.1 Die Bedarfsermittlung für die individuelle Hilfsmittelversorgung erfolgt Leitlinien- und ICF-orientiert!

3.2 Ein Assessment ist Grundlage der Hilfsmittelversorgung!

3.3 Die ärztliche Verordnung wird im Rahmen eines bedarfsgerechten Versorgungsprozesses optimiert!

3.4 Im Rahmen eines (umfassenden) Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplanes wird bedarfsgerecht eine Versorgungskonzeption erstellt!

3.5 Die Organisation der Hilfsmittelversorgung wird optimiert!

B 4 Optimierung der Entscheidungsprozesse der Leistungsträger einschl. der Begutachtung

B 5 Optimierung der Zuständigkeitsklärung

5.1 Bei Zuständigkeit der Krankenkasse

- 5.2 Zuständigkeitsklärung anderer Leistungsträger und Information des Betroffenen
- 5.3 Fristen
- 5.4 Hilfsmittelkonferenz
- B 6 *Optimierung des Herstellungs- und Anpassungsprozesses von Hilfsmitteln*
- B 7 *Sicherung und Verbesserung der Ergebnisqualität*
- B 8 *Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Hilfsmittelversorgung (statt einer Zusammenfassung)*

Schlussbemerkung

Anhang 1

Ausführungen zum Verhältnis zwischen SGB IX und dem trägerspezifischen Sozialrecht (SGB V, VI, XI, XII) in Bezug auf die Teilhabeorientierung bei der Hilfsmittelversorgung

Anhang 2

Zur Erstellung einer Versorgungskonzeption

Abkürzungen

LEHM	=	Leistungserbringer Hilfsmittel
KK	=	Krankenkasse
LT	=	Leistungsträger allgemein
LT-GKV	=	Leistungsträger GKV
KoVo	=	Kostenvoranschlag
VK	=	Versorgungskonzeption
VA	=	Vertragsarzt

EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab (für ärztliche Leistungen)

Vorbemerkung

Individuell geeignete und funktionstüchtige Hilfsmittel sind für viele Menschen mit Behinderung unverzichtbar, weil sie eine besonders wichtige Voraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben darstellen. Häufig sind elementare Aktivitäten der betroffenen Menschen wie z. B. Mobilität, Alltagsverrichtungen, Lernen und Bildung, Kommunikation und soziale Interaktion bis hin zur Teilhabe an der modernen Medienwelt und am Arbeitsleben erst mit Hilfsmitteln möglich. Hilfsmittel fördern daher Selbständigkeit und Unabhängigkeit und verringern den Bedarf an Assistenz und Pflege. Für Menschen mit Behinderungen stellt oft erst der Einsatz eines Hilfsmittels die Erfüllung menschlicher Grundbedürfnisse sicher, wie Essen, Trinken, Körperpflege u. a. Hilfsmittel dienen also dem Ausgleich einer bestehenden oder der Vorbeugung einer drohenden Behinderung.

Hilfsmittel können für die betroffenen Menschen auch therapeutische oder präventive Funktionen erfüllen, sofern sie als Bestandteil eines ärztlich verantworteten Behandlungskonzeptes erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder einer drohenden Behinderung vorzu-

beugen. Gelegentlich steht diese Aufgabe ganz im Vordergrund.

Neben erwünschten Wirkungen können Hilfsmittel auch unerwünschte oder störende Wirkungen aufweisen, wenn sie Funktionen beeinträchtigen oder verhindern und Aktivitäten und Teilhabe einschränken. Sie wirken in diesem Fall als Barriere. Nicht korrekt angepasste Hilfsmittel oder solche mit unangemessener Zielsetzung können sogar funktionelle oder strukturelle Schädigungen hervorrufen oder verstärken.

Hilfsmittel sind als technische Hilfen oft auch am Arbeitsplatz erforderlich, um arbeitsbedingte Erkrankungen und Berufskrankheiten zu vermeiden, Arbeitsvorgänge zu erleichtern oder gar zu ermöglichen. Sie können somit eine wichtige Voraussetzung für die berufliche Teilhabe darstellen.

Über die Zielstellungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation hinaus werden Hilfsmittel auch angeboten, um allgemein eine verbesserte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, eine bessere Lebensqualität oder mehr persönlichen Komfort zu erreichen.

Nicht immer werden Hilfsmittel als Pflichtleistungen durch die Sozialgesetzbücher definiert, z. B. dann, wenn die für die Leistungsgewährung geltenden Grundsätze wie Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht hinreichend erfüllt sind oder wenn sie vom Gesetzgeber der privaten Lebenshaltung zugeordnet und aus der Leistungspflicht der Sozialleistungsträger ausgegrenzt werden. Die Voraussetzungen für Leistungen der Solidargemeinschaft, der Sozialversicherungen und des Staates werden unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips gesetzlich festgelegt. Die besonderen Bestimmungen der einzelnen Sozialgesetzbücher sind jeweils zu beachten. Teilweise werden Hilfsmittel darin von der Erstattung ausgeschlossen und der Sphäre der privaten Lebensgestaltung zugeordnet, auch wenn sie notwendig und zweckmäßig sind. Dann ist bei Bedarf zu prüfen, ob sie im Rahmen der Sozialhilfe, als Leistung der Eingliederungshilfe oder im Rahmen der Sicherung des Lebensunterhaltes bzw. des Existenzminimums finanziert werden können.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln findet ihre gesetzliche Grundlage im SGB IX § 26 Abs. 2 Nr. 6, § 31, § 33 Abs. 8 Nr. 4 und 5, § 55 Abs. 2 Nr. 1 und 4 sowie § 58. Für die verschiedenen Leistungsträger gelten zudem einzelgesetzliche Regelungen, wie z. B. für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im SGB V die §§ 11, 12, 27, 33, §§ 126–128 und § 139, für die Soziale Pflegeversicherung im SGB XI § 28 Abs. 1 Nr. 5, § 40, § 78, für die Sozialhilfe im SGB XII (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen) §§ 53 ff. i. V. m. der Eingliederungshilfeverordnung sowie analog für die Gesetzliche Unfallversicherung das SGB VII und für die Gesetzliche Rentenversicherung das SGB VI.

Von den Ausgaben der Sozialleistungsträger für Hilfsmittel entfielen ca. 50 % auf die GKV (im Jahre 2004: 4,5 Mrd. €; dies entspricht ca. 89 € je Versicherten). Davon werden ca. 2,3 Mrd. € für orthopädische Hilfsmittel aufgewendet – dies entspricht ca.

46 € je Versicherten – und zusätzlich ca. 340 Mio. € für Hilfsmittel der Pflegeversicherung).

Neben den Sozialleistungsträgern tragen auch die privaten Haushalte in erheblichem Maß Kosten für Hilfsmittel, insbesondere in Form gesetzlicher Zahlungen, Aufzahlungen für festbetragsgebundene Hilfsmittel, wenn diese vom Leistungserbringer nicht zum Festbetrag abgegeben werden, Kosten für verbesserte Ausstattung sowie Kosten für notwendige, aber aus dem Leistungskatalog der Sozialleistungsträger (SLT) ausgegrenzte Hilfsmittel wie z. B. zahlreiche Sehhilfen, oder für sinnvolle oder wünschenswerte Hilfsmittel, die nicht zum Leistungskatalog der Sozialleistungsträger gehören. Mehr als ein Drittel der Hilfsmittelkosten werden von Privathaushalten finanziert.

Die Expertise der DVfR „Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln“ aus dem Jahre 2006 konzentrierte sich auf die Hilfsmittelversorgung im Rahmen des SGB V und zeigte dort eine Reihe gravierender Probleme und Defizite auf, ohne die Probleme bei anderen Sozialleistungsträgern auszublenden. Diese Expertise machte deutlich, dass eine mangelnde Versorgungsqualität mit Hilfsmitteln zu verminderten Teilhabechancen, vermehrter Pflegebedürftigkeit und somit zu Belastungen bei Patienten und deren Familien führt. Zugleich wurde auch Ressourcenvergeudung bei Ärzten, Therapeuten, Heilmittelerbringern und Kostenträgern festgestellt. Diese Qualitätsmängel können im Nebeneffekt die Lebensqualität der betroffenen Menschen beeinträchtigen. Hieraus entstehen bei den Patienten, ihren Familien und Bezugspersonen nicht selten Resignation und Verbitterung.

Der Hauptvorstand der DVfR beauftragte den Ausschuss „Probleme bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln“ mit der Erarbeitung von Vorschlägen für eine Verbesserung der Hilfsmittelversorgung, insbesondere zu den in der Expertise 2006 (Kapitel 3) genannten acht Handlungsfeldern.

In dem vorliegenden Papier hat der Ausschuss eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen für die Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität erarbeitet und soweit wie möglich konkretisiert. Dabei sind in einigen Bereichen auch mehrere, sich ergänzende oder alternative Lösungsvorschläge entstanden. Diese sollten nun von den zuständigen Stellen geprüft und soweit wie möglich adaptiert bzw. umgesetzt werden.

Beratungsergebnisse

Ausgehend davon, dass für die Sozialleistungsträger wirtschaftliche Gesichtspunkte der Versorgung mit Hilfsmitteln bei der Leistungsgewährung einen hohen Stellenwert haben, vertritt der Ausschuss die Auffassung, dass die Verbesserung der Versorgungsqualität die Grundvoraussetzung für eine wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln darstellt. Es gibt Hinweise darauf, dass allein in der Sicherstellung der Versorgungsqualität erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven liegen. Insofern sind geringe Kosten oder niedrige Preise für Hilfsmittel, die in der Versorgungspraxis derzeit häufig im Vordergrund stehen, noch kein ausreichender Beleg für die Wirtschaftlichkeit einer Versorgung. Die im vorhandenen

Versorgungssystem beobachtete Über-, Unter- und Fehlversorgung ist weit mehr als bisher für die Ermittlung von Wirtschaftlichkeitsreserven in Betracht zu ziehen.

Der Ausschuss ließ sich von der Grundüberlegung leiten, dass Hilfsmittel im Sinne der ICF relevante Kontextfaktoren für Aktivitäten und Teilhabe sein können, und zwar im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren. Sind sie Förderfaktoren, sollten Vorurteile gegenüber der Nutzung von Hilfsmitteln abgebaut und eine sachdienliche Betrachtung ihres Nutzens für die Betroffenen im Vordergrund stehen und propagiert werden. Die Versorgung mit Hilfsmitteln als teilhabefördernden Kontextfaktoren für Menschen mit Behinderung muss künftig stärker als eine wesentliche gemeinsame Aufgabe aller am Versorgungsprozess Beteiligten begriffen werden. Insofern muss sich die Einstellung zur Hilfsmittelnutzung ändern und Routine beim Gebrauch von Hilfsmitteln entwickelt werden, um sie als fördernde Kontextfaktoren der sozialen Umwelt und nicht als Barrieren auffassen zu können. Haben Hilfsmittel Eigenschaften, die als Barrieren wirken können, sollte ihr Einsatz jeweils besonders kritisch hinterfragt und die Indikation für eine Versorgung besonders streng gestellt werden. Ggf. ist die gewählte Einsatzstrategie zu modifizieren. Liegen die Barrieren eher in der Akzeptanz und der subjektiven oder sozial üblichen Bewertung, können Aufklärung und Schulung oder eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit sinnvoll sein.

Fachwissen ist aufzubauen und breit zu verankern, um fachliche Fehleinschätzungen oder auch Vorurteile zu vermeiden, z. B. dass ein Rollstuhl grundsätzlich inaktiv mache oder eine technische Kommunikationshilfe die Sprachentwicklung behindere. Zugleich sind die Grenzen der Hilfsmittelversorgung zu reflektieren, denn nicht immer stellen Hilfsmittel das geeignete Instrument für eine Beseitigung der Teilhabeeinträchtigung dar. Dabei ist einer unkritischen Verordnung von Hilfsmitteln und einer daraus resultierenden Fehlnutzung entgegenzutreten. Auch sind unerwünschte Wirkungen einer Nutzung von Hilfsmitteln zu vermeiden.

Die Aufgabe aller am Hilfsmittelversorgungsprozess Beteiligten – dazu gehört immer auch der Nutzer von Hilfsmitteln – ist es, den Versorgungsprozess mit Hilfsmitteln unter Berücksichtigung der ICF stets umfassend, lebensweltbezogen und alltagsnah zu gestalten. Dabei sind grundsätzlich alle zur Problemlösung infrage kommenden Hilfsmittel in die Überlegungen zur Therapie, zum Behinderungsausgleich und zur Teilhabesicherung einzubeziehen. So ist bei der Versorgungsplanung nicht nur ein einzelnes Hilfsmittel isoliert für eine Funktion zu betrachten, z. B. ein Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität. Es ist immer der individuelle Gesamtbedarf an Hilfsmitteln für alle Lebensbereiche des betroffenen Menschen unter dem Gesichtspunkt der Verbesserung der Teilhabe und zugleich der Unterstützung der Behandlung einzubeziehen, z. B. Hilfsmittel für die Sicherheit, Lagerung, Alltags- und Umfeldkontrolle, Pflege, Ausübung der Kulturtechniken, Kommunikation, Freizeitgestaltung und zur Erleichterung des sozialen und politischen Lebens

sowie bei der Arbeit. Bei dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise ist es erforderlich, die Bedarfsabklärung und Gestaltung des Versorgungsprozesses nicht auf den Leistungskatalog eines einzelnen Sozialgesetzbuchs zu begrenzen, sondern das Versorgungskonzept zunächst davon unabhängig am Bedarf auszurichten. Erst bei der Prüfung der Finanzierungsmöglichkeiten müssen dann die Vorschriften der einzelnen Sozialgesetzbücher berücksichtigt werden.

Bei der Erarbeitung von Vorschlägen für die Verbesserung der Hilfsmittelversorgung hat der Ausschuss sich dennoch auf solche Hilfsmittelgruppen konzentriert, für die es vielfach Problemanzeigen aus dem Kreis der DVfR-Mitglieder gab. Dies sind vorwiegend Hilfsmittel, die grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich des SGB V fallen können und z. B. folgenden Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses der GKV nach § 139 SGB V entstammen:

PG 2: Adaptionshilfen	PG 23: Orthesen, Schienen
PG 7: Blindenhilfsmittel	PG 24: Prothesen
PG 10: Gehhilfen	PG 26: Sitzhilfen
PG 11: Hilfsmittel gegen Dekubitus	PG 28: Stehhilfen
PG 16: Kommunikations-hilfen	PG 31: Schuhe
PG 18: Krankenfahrzeuge	PG 32: Therapeutische Bewegungsgeräte
PG 20: Lagerungshilfen	PG 33: Toilettenhilfen
PG 22: Mobilitätshilfen	

Damit hat sich der Ausschuss, auch aus Gründen der Arbeitskapazität, auf diejenigen Hilfsmittel beschränkt, auf die die in der DVfR-Expertise 2006 geschilderten Versorgungsprobleme besonders zutreffen.

Der Auftrag an den Ausschuss, Zuständigkeiten und Verfahren in Bezug auf eine teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung insbesondere im Verhältnis der Rechtsanwendung von SGB V und SGB IX (und anderer Sozialgesetzbücher) zu klären, konnte nicht zufriedenstellend abgeschlossen werden. Die beteiligten Fachleute der Sozialleistungsträger, Sozialrechtler und Vertreter der Selbsthilfe hatten z. T. so unterschiedliche Auffassungen zur Rechtsanwendung, dass eine gemeinsame Positionierung zu einigen Grundsatzfragen innerhalb der Beratungen des Ausschusses nicht möglich war. Zu diesem

Themenbereich finden sich einige Ausführungen im Anhang.

A Grundlagen

A 1. Die Versorgung mit Hilfsmitteln als Prozess

Die Versorgung mit den oben genannten Hilfsmitteln ist als Prozess zu verstehen, der sich nicht auf die Verordnung und die Abgabe eines Fertigprodukts (Kauf einer Handelsware) reduzieren lässt. Eine gute Qualität des mehr oder weniger aufwändigen Hilfsmittelversorgungsprozesses ist nur dann erreicht, wenn insbesondere folgende Ziele im Versorgungsprozess erreicht werden:

- Der Bedarf wurde unter Berücksichtigung der spezifischen Kontextfaktoren exakt erfasst.
- Die Ziele der Versorgung konnten, ggf. unter Abwägung sich widersprechender Zielsetzungen, präzise und umfassend definiert werden.
- Die Ziele im Hinblick auf Aktivitäten und Teilhabe konnten bedarfs- und zeitgerecht sowie nachhaltig erreicht werden. Unerwünschte Wirkungen konnten vermieden oder zumindest gering gehalten werden.
- Versicherte können das Hilfsmittel im Alltag nutzen.
- Auch das Ziel der Sicherung des Erfolges der Behandlung konnte erreicht werden.
- Der Nutzer ist mit der Hilfsmittelversorgung zufrieden, und dies drückt sich in der Bereitschaft aus, das Hilfsmittel im Alltag zu gebrauchen. Diese (nachweisbare) Zufriedenheit ist der entscheidende Beleg für die Zielerreichung des Hilfsmittelversorgungsprozesses im Hinblick auf die Aktivitäten und Teilhabe. Ein nachhaltiger Therapieerfolg ist ggf. an anderen Erfolgskriterien zu messen.

Entsprechend den genannten Zielen lässt sich eine gute Qualität des Hilfsmittelversorgungsprozesses nur erreichen, wenn der Versorgungsprozess selbst barrierefrei gestaltet wird, damit sich der Patient und seine Assistenten aktiv an diesem Prozess beteiligen können. Der Versorgungsprozess ist von der Bedarfserfassung bis hin zu notwendiger Erprobung und Anpassung durch die Experten so zu gestalten, dass die aktive Teilnahme für alle Beteiligten mit vertretbarem Aufwand möglich ist. Dabei ist eine Qualitätssicherung erforderlich. Nicht zuletzt muss die Versorgung auch wirtschaftlich sein.

Idealtypisch sollte ein Versorgungsprozess in folgenden Schritten durchgeführt werden:

Schritt- folge	Inhalt	Je nach Einzelfall können fol- gende Akteure beteiligt werden:
1	Bedarfs-/Problemerkennung	Patient ¹ , Arzt, Therapeut, ggf. LEHM ² , Assistent ³ , Selbsthilfegruppe, MDK, KK
2	Assessment/Befund/Bestandsaufnahme	Arzt, Patient, Therapeut, Assistent, LEHM
3	Problemdefinition, Zieldefinition, Lösungsoptionen (Medikamente, Heilmittel, operative Behandlung, Assistenz, Hilfsmittel etc.)	Arzt und Patient, ggf. in Kooperation mit Therapeut, LEHM bzw. Team
4 a	Auswahl der strategischen Option „Hilfsmittel“, Klärung der Anforderungen an das Hilfsmittel, Festlegung der Eigenschaften, Auswahl, ggf. Alternativen, ggf. Anpassungsbedarf, Kontextfaktorenanalyse	Arzt und Patient mit LEHM in Kooperation mit Team
4 b	ggf. Ausprobieren von möglichen Hilfsmitteln	
5	Erstellung einer Versorgungskonzeption (einschl. Begründung, siehe Seite 44 f.) Kostenvoranschlag, ggf. einschl. Bestandsabfrage	LEHM ggf. mit Therapeut, Arzt, ggf. im Team
6 a	Prüfung, ggf. Erörterung und Überarbeitung der Versorgungskonzeption, Prüfung des Kostenvoranschlags (keine rechnerische Prüfung), Ärztliche Verordnung, ggf. einschl. Begründung (Übersendung an KK oder Leistungserbringer)	Vertragsarzt, ggf. nach Rücksprache mit Team
6 b	Es kann auch ein Antrag auf ein Hilfsmittel zur Teilhabe an die LT (ggf. über die Gemeinsamen Servicestellen) nach § 14 und § 31 SGB IX in Betracht kommen. ⁴	Patient, Sozialdienst
7	Prüfung der Zuständigkeit durch Krankenkasse, ggf. Verfahren nach §§ 10 - 14 SGB IX	KK
8	Fachliche und wirtschaftliche Prüfung der VK und des KoVo durch die KK, ggf. Einholung von Zusatzinformationen vom Vertragsarzt, Bestandsabfrage, ggf. Gegenangebot	KK
9	Wenn für die Prüfung weitere Informationen zusätzlich benötigt werden, können Experten der KK und/oder des MDK oder externe Gutachter oder andere LEHM einbezogen werden (vorhandene Unterlagen sind einzubeziehen, ggf. in direktem Kontakt mit Patient / Vertragsarzt / Team)	KK, MDK, ggf. externer Gutachter/Beratungsstelle ggf. Patient, Team, Arzt
10	Prüfung der zusätzlich angeforderten Stellungnahmen, ggf. Vorschlag zur Änderung der Versorgungskonzeption ⁵ /des Kostenvoranschlags, ggf. Auswahl eines anderen LEHM ⁶ , ggf. zusätzliches Angebot, erneute Prüfung mit Information Patient/Arzt, Stellungnahme des Vertragsarztes bei erheblicher Abweichung	KK, MDK
11	Ist die Ablehnung des Hilfsmittels oder Änderung der Versorgungskonzeption vorgesehen: Einholung einer Stellungnahme des Patienten/des VA	KK, Patient, ggf. Stellungnahme des VA
12 a	Genehmigung der VK und des KoVo, Bescheid, Auftragerteilung	KK
12 b	bei Ablehnung des Antrags widerspruchsfähiger Bescheid, ggf. Widerspruchsverfahren	KK, Patient
13	Beschaffung bzw. Herstellung des Hilfsmittels, Anpassung, Auslieferung in gebrauchsfähigem Zustand, Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels, Prüfung der Passgenauigkeit, Patient quittiert Empfang	LEHM, Patient, Team, ggf. Assistent

Schritt- folge	Inhalt	Je nach Einzelfall können fol- gende Akteure beteiligt werden:
14	Prüfung der Zweckmäßigkeit, ggf. Nachpassung und Änderung, ggf. Nachrüstung	Patient, Arzt, Team, LEHM
15	Abnahme des Hilfsmittels und Mitteilung an KK (Voraussetzung der Bezahlung des Hilfsmittels)	Patient, ggf. mit Team, Arzt
16	Nachkontrolle ⁷	Patient, Vertragsarzt, Team

Erläuterungen:

LEHM (Leistungserbringer Hilfsmittel), KK (Krankenkasse), KoVo (Kostenvoranschlag), VA (Vertragsarzt), Team (Therapeuten, pädagogische Fachkräfte, Arzt, jedoch nicht zwingend der verordnende Arzt, der den Patienten im Rahmen der ärztlichen, therapeutischen oder sozialen Versorgung begleitet)

- ¹ Der Patient kann eine Person seines Vertrauens beteiligen, z. B. Angehörige, Assistenten, Vertreter einer Einrichtung oder der Selbsthilfe.
- ² Bei der Beauftragung des LEHM sind ggf. die Bestimmungen des SGB V zu berücksichtigen.
- ³ Assistenz umfasst alle Leistungserbringer von personenbezogenen Hilfen, einschl. Pädagogen.
- ⁴ Bei Weiterleitung des Hilfsmittelantrags an den Sozialhilfeträger nach §§ 10 - 14 SGB IX sollte das Einverständnis des Betroffenen eingeholt werden.
- ⁵ Wenn die Versorgungskonzeption, die der Verordnung zugrunde liegt, in relevantem Umfang geändert werden soll, sollte Einvernehmen mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Patienten zum geänderten Vorschlag der VK hergestellt werden.
- ⁶ zur Überprüfung der Versorgungskonzeption auf der Grundlage der ärztlichen Verordnungsbegründung); soll ein anderer LEMH mit der Leistungserbringung beauftragt werden, setzt dies die Beachtung des Wunsch-/Wahlrechts des Patienten voraus, soweit dies im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen bzgl. der Auswahl des LEHM möglich ist.
- ⁷ Der MDK kann den Gesamtprozess evaluieren (siehe dazu auch Kap. B 7, S. 57 f.).

Zur Vermeidung der Schwächen des bisher üblichen Versorgungsverfahrens bedarf es einer Prozessgestaltung, die sich an dem oben beschriebenen idealtypischen Versorgungsprozess orientiert, um zuverlässig und effektiv die bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung sicherzustellen. Mit einer solchen Prozessgestaltung liegen zahlreiche Erfahrungen aus Sozialpädiatrischen Zentren, Fachkrankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Facharztpraxen und Spezialambulanzen der Unfallversicherung, Orthopädischen Versorgungsstellen für die Kriegsopferversorgung und Eingliederungshilfeeinrichtungen vor, auf die zurückgegriffen werden kann.

Nicht immer sind alle Schritte des idealtypischen Verfahrens erforderlich, z. B. wenn es sich um einfache Problemstellungen handelt. Die Prozessgestaltung hängt zudem wesentlich von den Bedürfnissen des Patienten, den Anforderungen des Vertragsarztes

und der Krankenkassen ab. Dieser Prozess muss in allen Schritten qualitätsgesichert ablaufen, wenn sichergestellt werden soll, dass die Versorgung bedarfsgerecht unter rehabilitativer Zielsetzung im Rahmen einer auf Teilhabe und erfolgreiche Behandlung ausgerichteten Gesamtstrategie erfolgen soll.

Barrieren einer solchen qualitätsorientierten Gestaltung des Versorgungsprozesses könnten eine Bürokratisierung des Prozesses, Verzögerungen und ein nicht reibungsloses Zusammenwirken aller Beteiligten sein. Eine bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung ist stets erforderlich.

Die Lösungsvorschläge des Ausschusses setzen hier an und wollen helfen, Hindernisse eines optimalen Versorgungsprozesses zu beseitigen. Zugleich werden zentrale Themen wie z. B. Aspekte der Teamentwicklung, die Notwendigkeit von Beratung und anderen begleitenden Leistungen, die Ergebnisverantwortung des Arztes, die Auswahl des Leistungserbringers und die mögliche Rolle von Kompetenzzentren erörtert.

A 2. Problem-, Ziel-, Lösungs- und Personenzentrierung der Hilfsmittelversorgung

Bislang wurde die Verordnungs- und Genehmigungspraxis vorrangig auf das Hilfsmittel und zu wenig auf die Erreichung der Ziele und die Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität ausgerichtet. Damit ist die Gefahr verbunden, dass sich die Versorgung zu stark an den technischen Eigenschaften des Hilfsmittels oder an dessen Preis orientiert statt an den Zielen, die durch den Hilfsmittelleinsatz (und auch andere Maßnahmen) erreicht werden sollen. Dabei soll die Hilfsmittelversorgung nicht isoliert erfolgen; sie ist immer als Bestandteil eines Gesamtprozesses zur Beseitigung von Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe oder zur Behandlung von Krankheiten zu betrachten.

Die Art der Hilfsmittelversorgung richtet sich nach dem formulierten Ziel. Hilfsmittel zur Sicherung der ärztlichen Behandlung und zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung haben primär das Ziel, einen therapeutischen Behandlungsplan umzusetzen oder zu unterstützen (z. B. eine postoperativ stellungssichernde Orthese).

Der Hilfsmittelleinsatz zum Ausgleich einer Behinderung ist zunächst auf die durch die Beeinträchtigung von Strukturen, Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe hervorgerufenen Probleme zu fokussieren. Mit Unterstützung eines Hilfsmittels soll hierbei das Ziel erreicht werden, Beeinträchtigungen zu beseitigen, zu vermindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Die Zielbereiche können sich überschneiden oder im Laufe der Erkrankung inei-

inander übergehen, was bei der Verordnung und Versorgung berücksichtigt werden sollte.

Andererseits kann ein Hilfsmittel auch selbst strukturelle oder funktionelle Beeinträchtigungen als unerwünschte Wirkung hervorrufen. Allgemein gilt für die Hilfsmittelversorgung: Immer dann, wenn Strukturen und Funktionen im positiven oder negativen Sinn durch ein Hilfsmittel beeinflusst werden bzw. werden können, besteht eine besondere ärztliche Verantwortung und damit Zuständigkeit des Arztes für die Hilfsmittelversorgung. Dies gilt insbesondere bei Kindern, deren Wachstum und Entwicklung durch das Hilfsmittel in ihrer weiteren Entwicklung beeinflusst werden kann, bei Patienten mit progredienten Erkrankungen, da hier der Verlauf der Krankheit bei der Hilfsmittelversorgung zu beachten ist (typisch z. B. bei der amyotrophen Lateralsklerose) und bei Patienten mit besonderen, ggf. zusätzli-

chen Beeinträchtigungen – z. B. einer geistigen Behinderung, seelischen Erkrankung, fortschreitender Demenz oder raschem Alterungsprozess.

Grundsätzlich ist zu prüfen, ob die Versorgungsziele auch mit anderen Mitteln zu erreichen sind. Dazu gehören insbesondere therapeutische Maßnahmen wie z. B. Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie), Operationen oder medikamentöse Behandlung. Auch durch Änderungen des Patientenverhaltens, z. B. durch ein eigenes Übungsprogramm, Beratung oder Änderung der Kontextfaktoren können Teilhabeziele oft erreicht werden, ebenso durch sozialpädagogische Maßnahmen, persönliche Assistenz oder Unterstützung durch Bezugspersonen. Der behinderungsgerechten Gestaltung des Umfeldes und der Barrierefreiheit kommt hier besondere Bedeutung zu.

Folgende Zieldimensionen können als Orientierung für die behinderungsbezogene und teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung dienen:

Mögliche Zieldimensionen für die teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung	
1	Ermöglichung des (mehrstündigen) Sitzens zur Teilhabe am Leben im konkreten räumlichen und sozialen Umfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmitteln
2	Ermöglichung sicherer und einfacher Transfers zur Ermöglichung des Sitzens, der Mobilität und zur Erleichterung der Pflege durch an die Häuslichkeit und die Assistenzpersonen angepasste Transfertechniken (Kinästhetik) bzw. Hilfsmittel
3	Ermöglichung von Kommunikation durch Verwendung von im konkreten familiären und sozialen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache bzw. schwerster Körperbehinderung
4	Ermöglichung der Ernährung bei orofazialer Dysfunktion durch Hilfsmittel zur schluckfördernden Positionierung, Zuführung der Nahrung in Kombination mit Lagerungs- und Mobilitätshilfen, ggf. einschl. der Förderung der Kompetenzen der Betreuungspersonen bei Zubereitung und Zuführung der Nahrung (Schlucktraining)
5	Bewältigung (zumindest Verringerung der Folgen) der Inkontinenz durch Hilfsmittel, Hygiene-/Kontinenzmanagement und Toilettentraining im häuslichen Umfeld
6	Optimierte Lokomotion mit Hilfsmitteln und Anleitung zu Eigenübung, Kontrollkompetenz bzgl. Körperposition, Lagerung und Fortbewegung des eigenen Körpers
7	Sicherstellung der Mobilität (selbstständige oder mit Fremdhilfe unterstützte Bewegung in Wohnung, Nachbarschaft, Wohnort/Kommune und Fernverkehr)
8	Bewältigung sonstiger Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) z. B. Essen, Anziehen, Waschen, Kochen, Wäsche
9	Förderung der Selbstständigkeit in der Bewältigung des Alltages mit möglichst wenig Fremdhilfe, mit Hilfsmitteln, auch durch Einüben von Kontrollkompetenz im konkreten Kontext
10	Bewältigung der Einschränkungen der Sinnesfunktionen z. B. zur Orientierung, Kommunikation, Ausübung von Kulturtechniken, sozialen Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln
11	Förderung der Belastbarkeit und Handlungskompetenz im konkreten, individuellen Alltagsleben (insbesondere der Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld)

12	Ermöglichung oder Optimierung der Umfeldkontrolle durch Hilfsmittel zur Umfeldsteuerung, ggf. als Adaptionshilfen
13	Ermöglichung des Lernens und der Wissensanwendung; Förderung der kognitiven Funktionen einschl. Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld
14	Ermöglichung eines selbstgesteuerten Schmerzmanagements unter häuslichen Bedingungen ggf. mit Hilfsmitteln, die über Lagerung, Bewegung, elektrische Ströme u. a. wirken
15	Bewältigung von Atmungsproblemen u. a. bei Schluckstörungen, rez. Infekten, COPD, Unterbeatmung, ggf. mit Hilfsmitteln zur intermittierenden oder dauerhaften Beatmung in häuslicher Umgebung, ggf. unter Erhaltung der Mobilität
16	Vermeidung und Bewältigung von Hautschäden (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe, auch durch Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld
17	Ermöglichung und Förderung der Ausübung von Kulturtechniken und Teilhabe an modernen Kommunikationstechnologien und Kultur im Alltag mit Hilfsmitteln oder anderen Unterstützungsformen
18	Ermöglichung von Alltagsbeschäftigung einschl. solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen wichtig sind, ggf. mit Hilfsmitteln
19	Ermöglichung und Förderung der Pflege unter minimaler Belastung des Klienten und optimaler Entlastung der Pflegenden durch angemessene Pflegestrategien und Hilfsmittel
20	Verringerung der Abhängigkeit bzw. des Bezuges von Sozialleistungen

Im Prozess der Hilfsmittelversorgung sollten solche Zieldimensionen, die ggf. auch erweitert werden können, als mögliche Versorgungsziele umfassend abgeprüft werden. Im Vordergrund steht die Person in ihrer konkreten Lebenswelt mit ihrem individuellen Hilfebedarf. So bestimmen nicht allgemeine Prinzipien der Hilfsmittelversorgung bei einer Erkrankung/Behinderung oder allgemeine Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung vorrangig das Versorgungsziel und den Versorgungsprozess, sondern die konkreten Bedarfe der betroffenen Person in ihrem Lebensalltag.

An den Beispielen der Tabelle ist zu sehen, dass es sich in der Regel um komplexe Aktivitäten handelt, nicht etwa um einzelne Funktionen. Betrachtet man alle Maßnahmen, die zur Zielerreichung beitragen, wird deutlich, dass neben der Hilfsmittelversorgung meist noch andere Maßnahmen notwendig sind, z. B. Training, Motivation u.v.a.; d. h. die Hilfsmittelversorgung ist in eine rehabilitative Gesamtstrategie zu integrieren. Man kann deshalb die erforderlichen Maßnahmen zur Erreichung komplexer Zieldimensionen auch umfassender als Teilhabesicherungskonzepte bezeichnen.

Zu beachten ist, dass immer auch unerwünschte Wirkungen auf Strukturen und Funktionen auftreten können, die zu vermeiden sind.

Beim Einsatz therapeutisch wirksamer Hilfsmittel zur Behandlung einer Krankheit oder auch bei Hilfsmitteln mit Bedeutung für die körperliche und geistige Entwicklung stehen hingegen leitlinienori-

enterte Behandlungskonzepte im Vordergrund, die auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse aufbauen und auf möglichst hohem Level evidenzbasiert sein sollen.

Jede Verordnung von Hilfsmitteln zur Therapie bedarf gegenüber dem Patienten vor allem dann einer überzeugenden Begründung, wenn die Hilfsmittel behindernd wirken oder den Betroffenen stigmatisieren können. Auch hier sind die konkreten Lebensverhältnisse zu berücksichtigen – im Grunde handelt es sich jedoch um therapeutische Entscheidungen. Eingriffe in solche therapeutischen Entscheidungen durch den Kostenträger sind nicht ohne weiteres möglich. Weder das Verfahren der Prüfung der Verordnung noch ihre Veränderung dürfen das Ziel der Verordnung gefährden.

Eine fachkundige Verordnung von Hilfsmitteln mit therapeutischer Funktion sollte vonseiten der Kostenträger als solche anerkannt werden. Wenn dennoch Interventionen, z. B. Rückfragen oder Vorschläge zu Änderungen der Versorgungskonzeption, im Einzelfall notwendig sind, ist es in diesen Fällen ratsam, einen spezialisierten Arzt des MDK, in der Regel einen einschlägigen Facharzt, einzubeziehen. Die Erreichung des Behandlungsziels darf nicht gefährdet werden, und Verzögerungen der Versorgung sind zu vermeiden. Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte und Kosten-Nutzen-Relation des Hilfsmittelversorgungsvorschlags dürfen nur unter Beachtung der Zielerreichung beurteilt werden; dementsprechend muss durch eine Änderung des Versorgungsvorschlags das Versorgungsziel gleich-

wertig erreichbar sein. Grundsätzlich gilt aber, dass im Rahmen einer Hilfsmittelversorgung für jeden Einzelfall die Probleme, Ziele und Lösungen personenbezogen zu ermitteln sind und daraus die Versorgungskonzeption zu entwickeln ist.

A 3. Personengruppen mit besonderem Bedarf

Bei der Hilfsmittelversorgung ist zu berücksichtigen, dass einige Personengruppen besondere Bedarfe haben:

Bei der Hilfsmittelversorgung für Kinder sind besondere Qualitätsanforderungen an den Prozess, die Struktur und die Ergebniskontrolle der Hilfsmittelversorgung zu stellen. Es sollte geprüft werden, ob beteiligte Therapeuten und Ärzte mit entsprechender Qualifikation oder durch ihre Tätigkeit in SPZ, Frühfördereinrichtungen, Eingliederungshilfeeinrichtungen etc. als besonders qualifizierte Leistungserbringer gelten können, und ob die durch sie erarbeiteten Versorgungskonzepte bei der Genehmigung durch den Kostenträger anders behandelt werden können als solche von nicht spezialisierten Verordnern bzw. Leistungserbringern, um Leistungsentscheidungen zu beschleunigen. Dies erscheint notwendig, da bei Kindern auf Grund ihres Wachstums und ihrer Entwicklung oft eine rasche Versorgung erforderlich ist und Verzögerungen zu funktionellen Einbußen führen können. Auch müssen mögliche unerwünschte Wirkungen auf Strukturen und Funktionen immer beachtet werden.

Bei Menschen aller Altersgruppen, die unter progredienten Erkrankungen leiden, sollte die Versorgung mit Hilfsmitteln den zu erwartenden Krankheitsverlauf berücksichtigen. So können nachträgliche Anpassungen oder Umversorgungen vermieden werden und die Situation der Betroffenen kann nachhaltig verbessert werden. Teilhabe steht auch hier im Vordergrund, denn Untersuchungen zeigen, dass bei progredienten Behinderungen durch angemessene Versorgung und auch durch Hilfsmiteleinsetz eine verbesserte Lebensqualität und Teilhabe erreichbar sind und körperliches und seelisches Leiden vermieden werden kann. Die Nutzung noch vorhandener Funktionen und Aktivitäten sollte jedoch durch eine Hilfsmittelversorgung nicht beeinträchtigt werden.

Bei der Versorgung von Personen mit dauerhafter Behinderung ist die Anwendung von Hilfsmitteln ein wesentliches Element zur Erreichung von Teilhabe. Informationen zu Art und Umfang der Behinderung dieser Personen sind vorhanden und allen am Versorgungsprozess Beteiligten zugänglich, so dass auf dieser Grundlage die Versorgungsentscheidungen rasch und fundiert, ggf. unter Rückgriff auf vorhandene Unterlagen, getroffen werden können.

Bei der Hilfsmittelversorgung älterer Menschen sind Erkenntnisse aus der Geriatrie zu berücksichtigen: Neben der unmittelbaren Problembewältigung sind die geriatrischen Syndrome wie verringerte Reaktionsfähigkeit, Beeinträchtigungen der Sinnesorgane und verminderte Belastbarkeit sowie Sturzgefahr zu berücksichtigen. Auch sind die besonderen Bedürfnisse im Alter zu beachten, ohne vorschnell Defizite und Inkompetenz z. B. auf Grund einer Demenz zu unterstellen. Oft gibt es noch erhebliche Ressourcen

für die Bewältigung des Alltages. Eine Einengung der Hilfsmittelversorgung auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Pflege ist zu vermeiden, zumindest im Einzelfall zu prüfen: Teilhabe des älteren Menschen darf nicht darauf reduziert werden, denn auch er hat ein Recht auf umfassende Teilhabe. Hier bedarf es oft eines speziellen geriatrischen Assessments, um die Hilfsmittelversorgung bedarfsgerecht und teilhabeorientiert durchzuführen, auch im Sinne einer Modifikation der Kontextfaktoren. Dies ist sowohl im eigenen Haushalt, in der Familie als auch in Einrichtungen der Altenhilfe besonders wichtig, um die Möglichkeiten im Bereich Aktivitäten und Teilhabe auch bei gegebener Pflegebedürftigkeit auszuschöpfen und so eine möglichst weitgehende Unabhängigkeit von Pflege bzw. Assistenzleistungen zu erreichen oder aber deren Optimierung und / oder eine größtmögliche Teilhabe herzustellen. Im Zuge der demographischen Entwicklung wird diesem Gesichtspunkt eine besondere Bedeutung zukommen.

A 4. Kooperation und Teamarbeit in der Hilfsmittelversorgung

In vielen Fällen können weder Arzt, Patient noch Hilfsmittelleistungserbringer die Beeinträchtigungen und ihre Beeinflussbarkeit sowie die möglichen Problemlösungen allein erkennen. Deshalb ist bei der Hilfsmittelversorgung häufig Teamarbeit notwendig. Bei Behinderungen ist zumeist auch die Kompetenz der therapeutischen bzw. pflegerischen Fachdisziplinen, oft auch von spezialisierten Fachkräften erforderlich (z. B. bei Kommunikationshilfsmitteln). Sowohl die Bedarfsermittlung als auch die bedarfsgerechte Gestaltung des Hilfsmittelversorgungsprozesses sollte deshalb in Kooperation der beteiligten Fachleute erfolgen. Für die optimale Prozessgestaltung der Hilfsmittelversorgung ist eine multi- oder interdisziplinäre Teamarbeit unabdingbar.

Kennzeichen von Teamarbeit sind:

- Als Team wird bezeichnet ein „Zusammenschluss von mehreren Personen zur Lösung einer bestimmten Aufgabe oder zur Erreichung eines bestimmten Zieles“.
- Die Mitglieder tragen zur Erreichung der Teamziele mit ihren jeweiligen Fähigkeiten und den daraus entstehenden gegenseitigen Abhängigkeiten bei.
- Das Team entwickelt eine Team-Identität, die sich von den individuellen Identitäten der Mitglieder unterscheidet.
- Das Team hat Kommunikationspfade sowohl innerhalb des Teams als auch nach außen entwickelt.
- Die Struktur des Teams ist aufgaben- und zielorientiert beschrieben.
- Ein Team überprüft periodisch seine Effektivität.

(vgl. Teamentwicklung in der Rehabilitation, BAR)

In der Hilfsmittelversorgung gibt es solche Teamarbeit nicht nur innerhalb von Einrichtungen, sondern in manchen Fällen auch im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit. Die Teamarbeit kann in Form kurzer Konsultationen oder auch ausführlicher Teambesprechungen organisiert werden, denn in manchen Fällen ist es erforderlich, dass das Hilfsmittelversorgungs-Team den Patienten, seine Lebenssituation und seine Bezugspersonen gut kennt, um die richtige Empfehlung bzw. Entscheidung über einen Hilfsmiteleinsatz treffen zu können. Damit diese Teamarbeit optimal wirksam werden kann, bedarf es einer intensiven Zusammenarbeit zwischen verordnendem Arzt, Therapeuten, Hilfsmittelleistungserbringer und weiteren Fachkräften. Teamarbeit ermöglicht die bedarfsgerecht Zielerreichung der Hilfsmittelversorgung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.

Die Bedeutung der Teamarbeit für die bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln nimmt auch deshalb zu, weil der Versorgungsprozess durch technische Entwicklung, Abwägung der entstehenden Kosten, Analyse der Teilhabemöglichkeiten und Berücksichtigung aktueller neurophysiologischer Aspekte (z. B. Inhibition der Spastik, symmetrische Positionierung bei asymmetrischen Gelenkstellungen etc.) anspruchsvoller wird. Dies macht verschiedene Kompetenzen erforderlich, auch um die Wirkungen eines Hilfsmittels im Alltag beurteilen zu können, so auch die im Zeitverlauf variierenden Wechselwirkungen mit medikamentösen Therapien wie z. B. einer Therapie mit Botulinum-Toxin.

Über erfolgreiche Teamarbeit liegen zahlreiche Erfahrungen aus verschiedenen Einrichtungen vor, insbesondere aus Rehabilitationskliniken, Sozialpädiatrischen Zentren, Schulen, Spezialambulanzen und auch aus Hilfsmittelsprechstunden zwischen Hilfsmittelleistungserbringer und Arzt. Solche Hilfsmittelsprechstunden können als Minimalform einer Teamarbeit angesehen werden.

Erfahrungen aus der Teamarbeit zeigen, dass eine gute Qualität des Versorgungsprozesses eine häufige und länger dauernde Zusammenarbeit der Teammitglieder voraussetzt. Damit ein Team im oben beschriebenen Sinne effektiv zusammenwirken kann, sollte **Teamentwicklung** ermöglicht und unterstützt werden.

Es zeigt sich immer wieder, dass die Qualität der Hilfsmittelversorgung mit der Professionalität des Teams und damit der erreichten Teamentwicklung zunimmt. Zudem könnte auch die Erfahrung der Selbsthilfe hier eingebunden werden. Da jedoch nicht jede Hilfsmittelversorgung eine intensive Teamarbeit erfordert, sollte am Anfang eines Versorgungsprozesses festgelegt werden, welche Fachleute im konkreten Fall zum besten Ergebnis der Hilfsmittelversorgung beitragen können, und in welcher Form die Kooperation der Fachleute organisiert werden soll. Dabei sollte Teamarbeit die Leitidee sein.

Bei einigen komplexen Problemstellungen, die mittels Hilfsmitteln gelöst werden sollen, beim Vorliegen bestimmter Kontextfaktoren sowie bei sehr kostenaufwändigen Versorgungsformen sollte auf die Kompe-

tenzen eines funktionierenden Teams regelhaft zurückgegriffen werden können. Die grundlegenden Erkenntnisse zur Teamentwicklung aus der Organisations- und Arbeitswissenschaft sollten aus Sicht der DVFR auch für das Erreichen einer qualitativ guten Hilfsmittelversorgung nutzbar gemacht werden. Deshalb sollten die strukturellen Vorgaben des Versorgungsprozesses grundsätzlich die Entwicklung von Teamstrukturen begünstigen, damit solche Teams bei Bedarf zur Verfügung stehen.

Dies entspricht auch dem Interesse der Patienten an einer optimierten Hilfsmittelversorgung, da sie selbst bei der Auswahl und der Entscheidung für ein Hilfsmittel auf die fachliche Beratung und Unterstützung durch Fachleute nicht verzichten wollen.

A 5. Sozialraumorientierung in der Hilfsmittelversorgung

Orte einer qualifizierten Hilfsmittelversorgung müssen für Menschen mit Behinderung mit vertretbarem Aufwand zu erreichen sein, d. h. Fahrzeiten von 60 Min. sollten möglichst nicht überschritten werden. So können bei Bedarf auch Hausbesuche durch Leistungserbringer und Leistungsträger effektiv und kostengünstig durchgeführt werden. Deshalb sollte die Hilfsmittelversorgung grundsätzlich lebenswelt- und sozialraumbezogen organisiert werden. Dies kann auch die Bildung von regionalen Netzwerken erforderlich machen.

Unter **Sozialraum** wird in diesem Zusammenhang der Lebensraum der Menschen mit seinen verschiedenen Bestandteilen verstanden. Als Sozialräume können definiert werden: der private Bereich (indoor), die Nachbarschaft (Nahbereich), der kommunale bzw. regionale Raum, der überregionale Raum und der nationale, sowie auch der internationale Raum. Sozialraumorientierung bedeutet nicht, wie oft unterstellt wird, die Definition nur eines Raumes als Bezugsregion, z. B. das Wohnquartier, das Dorf oder den Stadtteil als die unmittelbar „wohnortnahe“ Region, sondern impliziert vielmehr eine Differenzierung verschiedener Regionen nach Kompetenz und Versorgungsauftrag und sinnvoller Versorgungsstruktur. Auch gewachsene Bezüge z. B. zu regionalen Dienstleistungszentren sind zu berücksichtigen. Nicht jede Dienstleistung muss überall angeboten werden – manche Hilfsmittelversorgung kann in Zentren erfolgen, die nur einige Kilometer entfernt liegen, eine andere mit besonderen fachlichen Ansprüchen sollte in Kompetenzzentren erfolgen, die möglicherweise einen weiteren Anfahrtsweg erfordern.

Als Kriterium der Gestaltung von Sozialräumen spielen insbesondere die Ansprüche, Fähigkeit und Möglichkeit der Menschen in Bezug auf ihre Mobilität eine große Rolle, d. h. auch das Vorhandensein von Ressourcen (PKW, ÖPNV, Assistenz) und das Fehlen von Barrieren.

Die regionalen Besonderheiten im Umfeld des Patienten stellen im Sinne der ICF Kontextfaktoren dar und sind oft für die Auswahl und die Nutzung des Hilfsmittels von Bedeutung; sie sollten daher dem Hilfsmittelleistungserbringer bekannt sein. Dazu gehören z. B. die Verkehrsinfrastruktur mit Beförderungsmöglichkeiten und -ressourcen des Landkrei-

ses, die topographischen Gegebenheiten (Hügel und Berge etc.), Anbindung an Einkaufsmöglichkeiten sowie die sozialen Inklusionsmöglichkeiten.

Zur Sozialraumorientierung gehört auch, dass die verschiedenen regional ansässigen Akteure der Hilfsmittelversorgung – z. B. Hausärzte, Therapeuten und Hilfsmittelleistungserbringer (gemeint ist hier nicht das Team im engen Sinne) – regelmäßig zum Austausch von Informationen und Know-how zusammenkommen und sich dabei kennenlernen. Durch den informellen Austausch, z. B. über die regionale Selbsthilfe, können auch Selbststeuermechanismen in Gang kommen, die sowohl für die Betroffenen als auch für die Kostenträger vorteilhaft sein können. Letztendlich werden die Ergebnisse der Hilfsmittelversorgung durch die Community der Menschen mit Behinderung und ihre Organisationen vor Ort kontrollierbar.

Für den Patienten ist wichtig, dass er insbesondere für individuell anzupassende Hilfsmittel die Dienstleistung der Werkstatt des Hilfsmittelbetriebes mit zumutbarem Aufwand in Anspruch nehmen kann, so dass Beratung, Auswahl (mit Erprobung), Anpassungen, Unterweisung und Reparaturen zeitnah und bedarfsgerecht durchgeführt werden können.

Eine regionale Differenzierung hinsichtlich der Versorgungsprozesse mit Hilfsmitteln erscheint notwendig, weil z. B. eine hochspezifische Hilfsmittelversorgung nicht auf jeder kommunalen Ebene wohnortnah vorgehalten werden kann. Andererseits gibt es eine Reihe von Hilfsmitteln, die ohne weiteres überregional vertrieben werden können (die aber nicht Gegenstand dieses Papieres sind).

Eine überregionale Versorgungsstruktur für Hilfsmittel kann neben Vorteilen (Massenumsätze, Spezialisierung, günstige Preise) auch erhebliche Nachteile haben: für die Patienten und ihre Bezugspersonen, weil z. B. der Hilfsmittelleistungserbringer nicht erreicht bzw. aufgesucht werden kann, sowie für die Gestaltung des Versorgungsprozesses, weil Teamarbeit und die Kooperation mit Einrichtungen kaum möglich ist. Aufwändige Anpassungsprozesse sind wohnortfern kaum rentabel durchführbar, Reparaturen durch die Fahrzeiten kostenaufwändig, Verzögerungen sind oft unvermeidlich, u. a. Diese Vor- und Nachteile sind abzuwägen.

Die Strukturen und die Prozesse der Hilfsmittelversorgung sollten unter den Gesichtspunkten der Struktur- und Prozessqualität nicht primär am Hilfsmittel, sondern am Versorgungsbedarf der Menschen und der Prozess- und Ergebnisqualität ausgerichtet werden. Das kann bedeuten, dass sowohl zentrale als auch dezentrale Versorgungsangebote im Hilfsmittelbereich notwendig sind (Dualität der Marktstrukturen). Die Qualität und auch die Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung kann jedoch dann in Gefahr geraten, wenn durch Angebotskonzentrationen (Ausschreibungsverfahren) für Hilfsmittel die Preisstrukturen so beeinflusst werden, dass ausschließlich eine zentralisierte Versorgung möglich wird, und dadurch eine gute Versorgungsqualität insbesondere in strukturschwachen Regionen nicht mehr möglich ist. Daher sind diese Aspekte bei der Vertragsgestaltung – z. B. bei Ausschrei-

bung in Losen und der Vereinbarung von Versorgungspauschalen – zu berücksichtigen.

Die DVfR legt deshalb Wert auf die Feststellung, dass die Hilfsmittelversorgung sich an Sozialräumen orientieren muss, d. h. an Kriterien der Kompetenz / Qualifikation, Erreichbarkeit, Verfügbarkeit und am Gesamtverlauf der Hilfsmittelversorgung. Die DVfR ist der Auffassung, dass für die Hilfsmittel, die in diesem Papier diskutiert werden, eine überregionale und auf nationaler Ebene (bundesweit) organisierte Versorgung in der Regel ungeeignet ist.

Es wird nicht verkannt, dass es dazu Ausnahmen geben kann, z. B. im Bereich der Medizintechnik (Stichwort Flüssigsauerstoffversorgung), bei einigen Angeboten aus dem Bereich der Unterstützten Kommunikation, sofern zumindest auch eine regionale Beratungsstruktur existiert. Begreift man die Hilfsmittelversorgung als Möglichkeit der Problemlösung für Menschen mit Behinderung, dürften überwiegend regionale, wohnortnahe bzw. sozialräumlich gestaltete Strukturen sinnvoll sein, die feste Kooperationsbeziehungen und Vernetzung ermöglichen und eine Qualitätskontrolle erleichtern.

A 6. Gesetzliche Rahmenbedingungen und Verantwortlichkeit für die Hilfsmittelversorgung

Die Versorgung mit Hilfsmitteln hat verschiedene gesetzliche Grundlagen. Im hier bearbeiteten Kontext sind dies vorwiegend die SGB V, IX und XI. Auf das Verhältnis SGB V und SGB IX wird im Anhang eingegangen. Die nachfolgend dargestellten Vorschläge konzentrieren sich auf die Hilfsmittelversorgung im Rahmen des SGB V.

In der ambulanten Gesundheitsversorgung ist die Krankenbehandlung Aufgabe der Vertragsärzte. Diese haben die vertragsärztliche Versorgung insgesamt sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag) und sind für die Krankenbehandlung (§§ 72, 73 SGB V) im Einzelfall verantwortlich (i. S. der Therapieverantwortung). Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch die Verordnung von Hilfsmitteln, vgl. § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V.

Der Vertragsarzt trägt demnach die Verantwortung für die Verordnung von Hilfsmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung seiner gesetzlich krankenversicherten Patienten.

In den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinien) sind die Grundsätze festgelegt worden, die der Arzt bei der Verordnung von Hilfsmitteln zu beachten hat. Unter anderem ist dort geregelt, dass der Arzt sich jeweils vom Zustand des Kranken überzeugen, das Hilfsmittel nach Fertigstellung beurteilen und bei Änderungsbedarf des Hilfsmittels prüfen soll, ob dies notwendig und möglich ist.

Die fachliche Verantwortung des behandelnden Arztes für die Hilfsmittelversorgung schließt jedoch eine Leistungsgewährung für Hilfsmittel durch die Krankenkasse auch ohne ärztliche Verordnung nicht aus, da der Anspruch des gesetzlich Versicherten auch im Rahmen des SGB IX nicht von einer ärztlichen Verordnung abhängig ist.

Die DVfR weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die fachliche Verantwortung des Arztes bei der Hilfsmittelversorgung zur Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung im Zusammenhang mit dem ärztlichen Behandlungsplan zu sehen ist. Aber auch bei Hilfsmitteln, die dem Ausgleich der Behinderung dienen, sind mögliche unerwünschte Wirkungen mit mittel- und langfristige Folgen bei der Nutzung des Hilfsmittels zu beachten und daher ist eine ärztliche Entscheidung über Art und Gestaltung des Hilfsmittels auch hier erforderlich.

In der Praxis kann es für den Sachbearbeiter der Krankenkasse schwierig sein, die Notwendigkeit eines Hilfsmittels und die getroffene Auswahl aus einer Vielzahl zur Verfügung stehender Hilfsmittel nachzuvollziehen. Hat er begründete Zweifel an der Erfordernis oder auch an der Zweckmäßigkeit oder Wirtschaftlichkeit des Versorgungsvorschlages, kann er zusätzliche Informationen einholen und/oder die Verordnung dem MDK (§ 275 SGB V) vorlegen. Dieses Verfahren bedeutet vor allem dann einen erheblichen Aufwand, wenn die Verordnung nicht nur im Hinblick auf die Plausibilität geprüft wird, sondern umfangreiche Sachstandserhebungen notwendig sind. Eine solche Vorgehensweise sollte deshalb nicht regelhaft zur Anwendung kommen.

Die Bereitstellung von Informationen zur Hilfsmittelversorgung, ggf. einschl. zusätzlich erforderlicher Informationen, ist zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Krankenkassen vereinbart und erfolgt durch:

- Ausstellung einer ärztlichen Verordnung (Muster 16) mit Angabe der Diagnose und ggf. des Versorgungszieles
- Krankheitsbericht auf Verlangen der Krankenkasse (EBM Nr. 01621)
- Gutachterliche Stellungnahme auf Verlangen der Krankenkasse (EBM Nr. 01622)

Einen Bericht über den ärztlichen Behandlungsplan darf nur der MDK anfordern, wenn dieser für die Beurteilung tatsächlich erforderlich ist, und nur in dem zur Beurteilung des zur Prüfung anstehenden Sachverhaltes notwendigen Umfang.

Die Rahmenbedingungen für dieses Verfahren des Informationsaustausches sind aus Sicht der DVfR nicht ausreichend geklärt und werden deshalb oft zu Recht kritisiert. Kritikpunkte sind u. a.:

- Es ist nicht klar geregelt, welche Informationen auf dem Verordnungs-Muster 16 benötigt werden und welche zusätzlichen Informationen vom Vertragsarzt und vom Hilfsmittelleistungserbringer angefordert werden dürfen. Leider fehlen andererseits sogar manche Basisinformationen auf der ärztlichen Verordnung.
- Es ist zudem auch oft unklar, in welchen Fällen zusätzliche Informationen tatsächlich benötigt werden. Der Informationsbedarf hängt u. a. auch von der Qualifikation des Sachbearbeiters ab sowie davon, ob bei der Krankenkasse vorhandene Unterlagen beigezogen werden und diese überhaupt aufbereitet zur Verfügung stehen.

- Der Aufwand für die Beantwortung der Anfragen durch den Vertragsarzt ist oft erheblich und wird durch die vereinbarten Vergütungen des EBM aus Sicht der Vertragsärzte nicht ausreichend vergütet.
- Wenn zur Beantwortung der Anfrage eine erneute Untersuchung des Versicherten erforderlich ist, führt dies zu erheblicher Zeitverzögerung und zusätzlichem Aufwand und Kosten sowie zu einer zusätzlichen Belastung für den behinderten Patienten.
- Bei aller Nachvollziehbarkeit des Wunsches der Sozialleistungsträger nach maximaler Transparenz und Kontrolle sollten dennoch vor der Anforderung von weiteren Informationen die Folgen von zeitlicher Verzögerung und nicht zuletzt die damit verbundenen Transaktionskosten verstärkt berücksichtigt werden.

Die DVfR regt deshalb an, die vertraglichen Grundlagen und sonstigen Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten im Hinblick auf die Versorgung mit Hilfsmitteln zu überarbeiten.

Folgen die Krankenkassen der ärztlichen Verordnung bzw. dem ärztlichen Behandlungsplan trotz umfangreicher Information nicht, stellt sich die Frage, wer die Verantwortung für negative Folgen trägt, die dadurch entstehen können, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln nicht oder in veränderter Form oder verspätet erfolgt. Solche negativen Folgen können z. B. Gelenkeinstellungen oder Unfälle oder auch Entwicklungsverzögerungen bei Kindern sein.

Es bietet sich daher an, dass bei Vorliegen entsprechender Kompetenz seitens der Krankenkasse oder des MDK statt einer Ablehnung ein Vorschlag zur Änderung der Versorgungskonzeption vorgelegt wird, zu dem sich sowohl der verordnende Arzt als auch der Patient äußern können. Dies kann vor allem dann angezeigt sein, wenn bei der Krankenkasse oder dem MDK Kenntnisse, Informationen oder Kompetenzen vorliegen, die über den Informationsstand des verordnenden Arztes hinausgehen. Grundsätzlich liegt die Verantwortung für die Versorgung mit Hilfsmitteln aber beim behandelnden Arzt und kann nicht durch die Krankenkasse bzw. einen anderen Sozialleistungsträger übernommen werden (anders bei Entscheidungen im Rahmen des SGB IX).

Kommt es dennoch zur Ablehnung oder zur Durchführung einer Umversorgung, kann der Patient deren Tragweite erfahrungsgemäß nicht allein ermesen und den Vorgang nicht ausreichend beurteilen. In diesem Fall besteht für den Patienten die Notwendigkeit einer erneuten Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, was in der Regel mit erheblichen Verzögerungen verbunden ist (Facharzttermine oft erst nach Wochen).

Bislang gibt es für den Betroffenen selbst lediglich die Möglichkeit, gegen einen ablehnenden Bescheid Widerspruch einzulegen. Aber nicht alle Patienten können diesen Weg gehen, und oft ist unklar, wie der Widerspruch im Vorfeld begründet werden soll, wenn noch keine eigenen Erfahrungen mit dem Hilfsmittel vorliegen. Insofern reicht der vorhandene

Regelungsmechanismus bei Diskrepanzen in der Beurteilung der vorgelegten Versorgungskonzeption zwischen Sozialleistungsträger, Patient und Arzt bzw. Team und dem LEHM nicht aus. In jedem Falle ist die Zielerreichung, die der Versorgungskonzeption zugrunde liegt, bedarfsgerecht und zeitnah sicherzustellen.

Die DVfR weist darauf hin, dass dies insbesondere in den Fällen gilt, in denen das Hilfsmittel zur Sicherung der Krankenbehandlung notwendig ist,

Dient das Hilfsmittel ausschließlich dem Ausgleich der Behinderung, besteht in der Regel mehr zeitlicher und auch fachlicher Ermessensspielraum, sofern die Grundbedürfnisse durch die Vorversorgung gesichert sind. Allerdings wird hierbei oft verkannt, dass eine fehlerhafte Hilfsmittelversorgung von erheblichen unerwünschten Wirkungen begleitet sein kann.

Als Problem stellt sich dar, dass der Vertragsarzt seine Verantwortung und Verpflichtung aus den Hilfsmittel-Richtlinien häufig nicht wahrnimmt. Die Erfüllung dieser Pflichten ist für den Arzt auch nicht immer möglich, z. B. wenn ihm die Fachkenntnis fehlt oder er im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit die notwendige Qualität des Versorgungsprozesses nicht mit vertretbarem Aufwand herstellen kann (z. B. durch Organisieren der Teamarbeit). Festzustellen ist, dass auch andere am Hilfsmittelversorgungsprozess Beteiligte, wie die Krankenkassen bzw. der MDK und die Hilfsmittleistungserbringer, nicht durchgehend die Kompetenz bzw. die Ressourcen besitzen, um diese erforderliche Qualität sicherzustellen. Auch organisatorische Aspekte spielen eine Rolle (ein Facharzt macht z. B. in der Regel keinen Hausbesuch).

Die DVfR empfiehlt, bei Abweichung vom Versorgungsvorschlag durch die Krankenkasse oder den Hilfsmittleistungserbringer – zumindest in schwierigen Versorgungsfällen – frühzeitig das Einvernehmen aller Beteiligten herzustellen, um die beabsichtigten Versorgungsziele nicht zu gefährden. Für eine solche dialogorientierte Zusammenarbeit sind entsprechende Kommunikationswege zu erschließen, z. B. mündliche Absprachen statt Brief oder Verabredung von Konfliktlösungsstrategien. Optimal hierfür wäre es, für manche Fälle in einem bestimmten Sozialraum eine Hilfsmittelkonferenz mit den Beteiligten durchzuführen (vgl. dazu die Hilfeplankonferenzen der Sozialhilfeträger).

Hilfsmittel dürfen grundsätzlich nur von Vertragspartnern der Krankenkasse an Versicherte abgegeben werden. Wählt der Patient ggf. gemeinsam mit dem Arzt einen Hilfsmittleistungserbringer aus, der die Versorgungskonzeption erstellt, die dann zusammen mit einem Kostenvoranschlag der Krankenkasse vorgelegt wird, darf die Krankenkasse diesen Versorgungsvorschlag nicht an einen anderen LEHM weiterleiten, wenn sie letzteren mit der Versorgung beauftragen möchte. Dies sollte nur möglich sein, wenn hierüber eine vertragliche Regelung zwischen dem vom Patienten ausgewählten LEHM und der Krankenkasse besteht (z. B. über eine Abgeltung).

Die DVfR weist darauf hin, dass die Umsetzung des zum 01.04.2009 neu gefassten § 28 SGB V nicht dazu

führen darf, dass sinnvolle Kooperationen und Teamentwicklungen verhindert werden. Vertragsärzte und an der Versorgung beteiligte Einrichtungen wie z. B. Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren oder Rehabilitationseinrichtungen sollen mit Fachleuten der Hilfsmittelversorgung und entsprechenden Leistungserbringern ihrer Wahl zusammenarbeiten können, um optimierte Problemlösungen und Versorgungskonzeptionen zu entwickeln. Die Entscheidungsfreiheit der Kostenträger im Hinblick auf die Kostenübernahme bleibt davon unberührt. Sinnvolle Kooperationen sollten jedoch gefördert werden.

A 7. Qualität

Die DVfR betrachtet die stärkere Beachtung der Qualität bei der Hilfsmittelversorgung als entscheidende Möglichkeit zur Behebung der Defizite in der Hilfsmittelversorgung und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit (s. Kapitel A 8).

Qualität in der Hilfsmittelversorgung meint nicht allein die Qualität des Hilfsmittels selbst i. S. von technischer und funktionaler Qualität, Haltbarkeit oder Sicherheit des einzelnen Hilfsmittels, sondern die Qualität der bedarfsgerechten Problemlösung und der Zielerreichung durch ein Hilfsmittel bei dem jeweiligen Patienten. Zentrale Elemente eines bedarfsgerechten Versorgungsprozesses sind u. a. Assessment, Beteiligung des Patienten, Teamarbeit und Erarbeitung einer zielorientierten Versorgungskonzeption, die die Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt. Ein einheitliches Qualitätsverständnis ist vor allem deshalb erforderlich, da von der Beurteilung der Qualität der eingereichten Versorgungskonzeption die Entscheidungen des Leistungsträgers über die Kostenübernahme und die Erteilung des Versorgungsauftrages unmittelbar abhängen. Es geht um die Frage, ob genau das vorgeschlagene Hilfsmittel notwendig und geeignet ist, den Zweck zu erfüllen (Behandlung einer Krankheit, Lösung der Probleme des Patienten, d. h. Reduktion der Beeinträchtigung).

Die Qualität einer Versorgung lässt sich nicht ohne weiteres allein aus der Beschreibung der Versorgungskonzeption ersehen. Von Bedeutung für die Qualität sind auch Erfahrung und Kompetenz des Hilfsmittleistungserbringers, die Beachtung der verschiedenen (oben beschriebenen) Prozessmerkmale, die Bereitschaft, das Hilfsmittel zum Ausprobieren bereitzustellen, es anzupassen und nachzubessern und auch der Service (Gewährleistung, Reparaturen) sowie die Zeitdauer der Versorgung bzw. die Wartezeiten. Diese Eigenschaften und Arbeitsweisen des Hilfsmittleistungserbringers schlagen sich nicht in einem Kostenvoranschlag nieder. Die Beurteilung der Qualität des Hilfsmittleistungserbringers beruht auf Erfahrungen oder Referenzen.

Die Entscheidung für einen Hilfsmittleistungserbringer traf bisher der Arzt oder der Patient. Jetzt ist diese Möglichkeit dadurch beschränkt, dass es sich grundsätzlich um einen Vertragspartner der Krankenkasse (für diese Versorgung) handeln muss. Die Krankenkasse muss vor Vertragsabschluss die Eignung des LEHM prüfen. Für diese Feststellung ist in Zukunft ein Präqualifikationsverfahren vorgesehen.

Dieses kann allerdings nur allgemeine Merkmale der Strukturqualität erfassen und nur allgemeine Anforderungen an das Qualitätsmanagement formulieren. Insofern gibt dieses Verfahren keine Sicherheit im Hinblick auf die Ergebnisqualität des Leistungserbringers, insbesondere nicht im Hinblick auf die Versorgung bestimmter Personengruppen bzw. Problembereiche. In das Verfahren gehen zudem Kenntnisse der Patienten und ihrer Organisationen sowie der Ärzte auf der regionalen Ebene nicht mit ein. Ein systematisches Verfahren zur Qualitätsüberprüfung der Leistungserbringer gibt es derzeit nicht und ist auch nicht vorgesehen.

Die **Qualitätsanforderungen an die Hilfsmittelversorgung** sind im konkreten Falle nicht definiert. Zurzeit werden in Verträgen einige allgemeine Anforderungen an den Hilfsmittelleistungserbringer formuliert, z. B. Verfügbarkeit des Service innerhalb von 3 Werktagen o.ä., und es gibt Anforderungen an die Hilfsmittelleistungserbringer im Hinblick auf ihre Zulassung.

Die Qualitätsmerkmale eines Hilfsmittels sind nicht immer ausreichend allgemein und zugleich konkret definierbar, daher wird bei der Auswahl des Hilfsmittels wie folgt vorgegangen: In der Versorgungskonzeption wird das Hilfsmittel vorgeschlagen, bei dem sich die Anforderungen im ausgewählten Produkt konkretisieren. Genau dieses Hilfsmittel ist aufgrund der notwendigen Eigenschaften dann geeignet, das Versorgungsziel zu erreichen.

Deshalb muss ein Vergleich verschiedener Versorgungskonzeptionen immer auch einen Vergleich der konkreten Produkteigenschaften der vorgesehenen Hilfsmittel beinhalten. Dies gilt auch dann, wenn es sich um den gleichen Hilfsmitteltyp handelt, denn weisen die einzelnen Hilfsmittel funktionell relevante Unterschiede auf, kann dies die Erreichung der Versorgungsziele tangieren.

Bevor Preis bzw. Wirtschaftlichkeit eines Hilfsmittels bzw. einer Hilfsmittelversorgung im Vergleich verschiedener Angebote beurteilt werden können, muss ein Vergleich der Qualität erfolgen. Dabei kann es sich nach obigen Ausführungen nicht allein um einen Vergleich der Produkte handeln, sondern muss immer auch die unterschiedlichen Versorgungskonzeptionen berücksichtigen, sowie ggf. weitere Aspekte wie die Qualität des Hilfsmittelleistungserbringers (Referenzen), die Haltbarkeit, den Service etc.

Der gegenwärtige Stand der Beschreibung der Qualität von Hilfsmittelversorgungen zeigt, dass der Vergleich mehrerer Versorgungskonzeptionen bzw. mehrerer Hilfsmittel schwierig sein kann, wenn die genannten Kriterien berücksichtigt werden sollen. Insbesondere sind dann Zweifel an der Qualität eines Vergleichsangebotes und der zugrundeliegenden Versorgungskonzeption angebracht, wenn der Hilfsmittelleistungserbringer nicht an dem Versorgungsprozess als Ganzem teilgenommen hat, in dem die Versorgungskonzeption erarbeitet worden ist. Andererseits kann der Versorgungsprozess nicht beliebig oft mit verschiedenen Hilfsmittelleistungserbringern durchgeführt werden, nur um vergleichbare Angebote zu erhalten.

Diese Probleme können bei Verträgen auftreten, die sowohl über Ausschreibungen als auch über Verhandlungen mit Hilfsmittelleistungserbringern zustande kommen. Deshalb sollte bei der Vertragsgestaltung besonderes Augenmerk auf die Definition von Anforderungen und Qualitätskriterien für das Hilfsmittel und den Versorgungsprozess insgesamt gelegt werden. Bei den Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung sollte die Zielerreichung, insbesondere die Verbesserung von Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Betroffenen einschl. der Kontextfaktoren nach der ICF im Mittelpunkt stehen.

Es ist bisher nur ansatzweise gelungen, zum Teil nicht einmal versucht worden, entsprechende **Qualitätsmerkmale** für eine zielorientierte Hilfsmittelversorgung zu definieren. Dazu wären Leitlinien und Standards erforderlich, die nur selten vorliegen (nicht gemeint sind technische Eigenschaften des Hilfsmittels, die im Zusammenhang der Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis abgeprüft werden).

Das Vorliegen von definierten Qualitätsmerkmalen ist jedoch die Voraussetzung für ein Ausschreibungsverfahren. Dies gilt übrigens sogar für standardisierte Hilfsmittel wie Windeln, die in sehr unterschiedlichen Qualitäten hergestellt werden. Auch deren Eigenschaften werden nicht so exakt beschrieben, dass dies zu einer begründeten Entscheidung über den zu verordnenden oder zu genehmigenden Windeltyp ausreichen würde. In diesen Fällen muss deshalb so verfahren werden, dass die Erfahrungen mit diesem Hilfsmittel als Maßstab herangezogen werden.

Diese Situation ist außerordentlich unbefriedigend, da so kaum eine rational begründbare oder wirtschaftlich steuerbare Versorgung möglich ist. Man kann lediglich auf die Erfahrungen der Patienten bzw. der Ärzte zurückgreifen. Deren Beurteilung ist letztlich entscheidend. Ausschließlich auf Erfahrung beruhende Entscheidungen sind jedoch für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung unzureichend.

Die DVfR mahnt deshalb an, Leitlinien und Qualitätsstandards für die Hilfsmittelversorgung zu entwickeln und diese zu evaluieren, um ein ausreichendes Evidenzlevel zu erreichen. Solange diese nicht zur Verfügung stehen, sind die Erfahrungen und Einschätzungen der Patienten und der Ärzte sowie der Hilfsmittelleistungserbringer in besonderem Maße zu berücksichtigen. Von Ausschreibungen oder anderen vergleichenden Vergabeverfahren, die sich nicht auf gesicherte Qualitätsstandards stützen können, wird abgeraten.

A 8. Aspekte der Wirtschaftlichkeit

Im Rahmen des SGB V muss eine Hilfsmittelversorgung wirtschaftlich sein. Jedoch sind Überversorgung und Fehlversorgung anzutreffen (s. SVR-Gutachten „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“, 2005). Nicht notwendige oder unzureichende Versorgungsleistungen können nicht wirtschaftlich sein. Andererseits stellt die nicht ausreichende oder nicht stattfindende Versorgung mit Hilfsmitteln (Unterversorgung) eine unzureichende Befriedigung

des gesetzlichen Anspruchs der Betroffenen auf bedarfsgerechte Versorgung dar und kann ebenfalls nicht als „wirtschaftlich“ angesehen werden.

Wirtschaftlichkeit ist dann gegeben, wenn Nutzen und Kosten in einem angemessenen Verhältnis stehen. Eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit ist dann möglich, wenn der angestrebte Nutzen bei geringeren Kosten erzielt werden kann.

Die Kosten für die Hilfsmittelversorgung sind nicht mit Preisen für Hilfsmittel zu verwechseln. Die DVfR mahnt an, den gesamten Prozess der Hilfsmittelversorgung in die Wirtschaftlichkeitsberechnungen einzubeziehen. Die Hilfsmittelversorgung besteht aus folgenden Komponenten, die Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung haben:

Komponenten einer Hilfsmittelversorgung	
1	Bedarfsermittlung und Erstellung der Versorgungskonzeption
2	Preisermittlung des Hilfsmittels einschl. der Dienstleistungen des LEHM für <ul style="list-style-type: none"> • Anpassung • Einweisung (MPG) • Nachpassung und Ergänzungen • Nachrüstung • Wartung (ggf. Inspektionen) • Reparaturservice (Kriterien: Schnelligkeit, ggf. ohne Berechnung, ohne ärztliche Verordnung, Kulanz, Qualität und Dauer)
3	Ermittlung des Bedarfs für weitere Dienstleistungen anderer Leistungserbringer wie <ul style="list-style-type: none"> • erweiterte Einweisung, Gebrauchsschulung • Training (z. B. Langstocktraining bei sehbehinderten Menschen) • ärztliche Leistungen (Verordnung, Anpassung, Beratung, Abnahme, ggf. Hausbesuch etc.) • therapeutische Leistungen (z. B. Anpassungen, Trainingskosten etc. durch Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Unterstützte Kommunikation)
4	Auswirkung des Hilfsmittels auf den Hilfebedarf bei Pflege und Assistenz, z. B. Toilettengang (Verminderung/Erhöhung)
5	Auswirkung des Hilfsmittels auf den Medikamentenbedarf (Verminderung/Erhöhung)
6	Auswirkung des Hilfsmittels auf den Heilmittelbedarf (Verminderung/Erhöhung)
7	Auswirkung des Hilfsmittels auf das Unfallrisiko, insbesondere Sturz, Verletzungen (Verminderung/Erhöhung)
8	Auswirkung des Hilfsmittels in Bezug auf unerwünschte Wirkungen (Verminderung/Erhöhung), insbesondere <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitus • Schmerzen • Kontrakturen • Fehlhaltungen/Fehlstellungen
9	Auswirkung des Hilfsmittels auf die Prävention von Erkrankungen (Thrombose, Embolie, Inaktivitätsatrophien, Dekubitus etc.) sowie Komplikationen
10	Auswirkung des Hilfsmittels auf den ärztlichen Behandlungsbedarf (Verminderung/Erhöhung)
11	Nutzungsdauer für das Hilfsmittel
12	Haltbarkeit, Reparaturhäufigkeit, Anpassbarkeit des Hilfsmittels
13	Auswirkung auf Aktivitäten und Teilhabe im Sinne des SGB IX

Selbst bei den direkten Hilfsmittelkosten spielt der Preis des einzelnen Hilfsmittels für die Wirtschaftlichkeit oft nur eine untergeordnete Rolle, da billige Preise bei gleichen Hilfsmitteln mit einer geringeren Leistung durch die Leistungserbringer im Versorgungsprozess einhergehen können.

Berichten von Mitgliedern der DVfR zufolge handelt es sich bei Gegenangeboten mit niedrigerem Preis nur selten um echte Preisvorteile, da sich die Versorgungsqualität unterscheidet. Oft sind die Unterschiede auch mit einer Veränderung der Versorgungskonzeption verbunden. Dies ist jedoch schwer zu messen bzw. zu objektivieren. Bei vielen Hilfsmittelversorgungen ist es heute noch nicht möglich oder sehr aufwändig, alle Anforderungen an das Hilfsmittel und den Versorgungsprozess sprachlich so zu formulieren, dass alle Aspekte aus der Versorgungskonzeption sowie hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit tatsächlich benannt werden können. Für eine Beurteilung verschiedener Alternativen bedarf es neben technischer auch medizinischer Fachkenntnisse, und es muss die individuelle Problemlage des Patienten berücksichtigt werden. Um diese Anforderungen handhabbar zu gestalten, muss die Auswahl des Hilfsmittels auf einen Problemlösungsvorschlag bezogen sein. Nicht selten kann man erst am Patienten erkennen und entscheiden, ob die Versorgung gelingen wird oder nicht – und nicht anders ist der Sachverhalt bei jeder anderen handwerklichen Leistungen zu beurteilen.

Wenn diese Zusammenhänge bei Ausschreibungen oder bei der Anwendung von Versorgungspauschalen nicht beachtet werden, können Nachverordnungen, Nachpassungen, Änderungen oder auch Reparaturen (wegen Fehlbeanspruchung durch Fehlversorgung) erforderlich werden. Diese werden nach Erfahrungen der DVfR-Mitglieder häufig verzögert oder gar nicht durchgeführt, vor allem bei Versorgungspauschalen. Auch solche Erfahrungen sind in die Wirtschaftlichkeitsüberlegungen einzubeziehen.

Die entscheidenden Wirtschaftlichkeitsreserven sieht die DVfR deshalb nicht in Strategien, das einzelne Hilfsmittel zu einem möglichst geringen Preis bereitzustellen, sondern in der Optimierung des gesamten Versorgungsprozesses. Durch eine strenge Fokussierung auf die Lösung des anstehenden Problems kann Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden.

Positive Effekte in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit können sich auch durch einen verbesserten Wiedereinsatz gebrauchter Hilfsmittel ergeben. Dadurch können private Hilfsmittelansammlungen vermieden werden. Jedoch müsste die Bereitstellung von Hilfsmitteln z. B. zur vorübergehenden Nutzung deutlich flexibler gestaltet werden.

Zu einer Optimierung des Verordnungs- und Lieferungsprozesses gehört unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten auch die Abnahme der Leistung zum Zwecke der abschließenden Kontrolle der Ergebnisqualität durch eine kompetente Person, als die bislang der verordnende Arzt angesehen wurde. Dabei sollte auch die Meinung der Patienten eingeholt

werden. Nicht zuletzt sollte die Abrechnung der Leistung durch die Krankenversicherung für die an der Versorgung beteiligten Akteure transparent sein, insbesondere für den Patienten und den verordnenden Arzt, damit diese die Leistung nachvollziehbar bewerten können – dies könnte auch die Entwicklung eines Kostenbewusstseins unterstützen.

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung ist schwierig, und geeignete Scores stehen nicht zur Verfügung. Ein geeigneter Weg zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit kann darin bestehen, ein individuelles Ziel der Hilfsmittelversorgung zu bestimmen und nach Abschluss des Versorgungsprozesses die Zielerreichung zu kontrollieren.

A 9. Nutzerfreundlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Verbraucherschutz beim Prozess der Hilfsmittelversorgung

So sehr auch die Endqualität der Hilfsmittelversorgung im Sinne einer notwendigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung im Zentrum der Betrachtung stehen muss, darf bei der Gestaltung des Versorgungsprozesses nicht vergessen werden, in welcher Situation sich der Patient in der Regel befindet, wenn für ihn ein Hilfsmittel verordnet wird: Oft ist er in einer neuen oder schwierigen Lebenslage, die z. B. durch Krankheit, neue Behinderung und Hilfebedarf gekennzeichnet ist. Möglicherweise ist er auf ein Hilfsmittel zwingend angewiesen, um das Bett verlassen, ohne Beschwerden sitzen oder auch zu seiner Beschäftigungsstätte befördert werden zu können, oder seine Familie benötigt das Hilfsmittel zur Unterstützung der Betreuung und Pflege. In dieser Situation kann häufig nicht der Patient selbst die Initiative zur Hilfsmittelversorgung ergreifen, sondern dies müssen andere für ihn tun. Eltern, Verwandte oder Assistenten sind aber oft unerfahren in allen bürokratischen Angelegenheiten und fühlen sich zudem nicht als Antragsteller, sondern als Unterstützer für hilfsbedürftige Menschen und damit als engagierte Bürger. Das bedeutet, dass der Prozess der Hilfsmittelversorgung auch den Menschen gerecht werden muss, die sich als Laien für den Patienten einsetzen. Es muss darauf Rücksicht genommen werden, dass in manchen Fällen das notwendige Verständnis für die Regularien einer Hilfsmittelversorgung, auch die notwendige Kompetenz zur Auswahl eines Hilfsmittels oder die Fähigkeit, einen begründeten Bedarf und nicht nur eine subjektive Meinung zu artikulieren, fehlt.

Der Prozess der Hilfsmittelversorgung ist daher grundsätzlich nutzerfreundlich im Sinne einer Dienstleistung sowohl von Seiten des Leistungserbringers als auch des Kostenträgers zu gestalten. Dazu gehören neben angemessenen Kommunikationsformen auch die zeitnahe Abwicklung des Prozesses, die angemessene Einbeziehung des Hilfsmittel-Nutzers und die Beteiligung von Experten.

Insbesondere ist der Eilbedarf von Versorgungsleistungen zu berücksichtigen. So bedeutet auch für einen Rollstuhlfahrer eine längere Phase der Bettlägerigkeit eine Abnahme von Muskelkraft und Kondition, in vielen Fällen auch von Vigilanz. Noch immer wird für schwerstbehinderte Menschen davon ausgegan-

gen, dass z. B. im Rahmen einer Hilfsmittelreparatur ohne weiteres Bettlägerigkeit oder zumindest Verbleib zu Hause in Kauf zu nehmen sei, statt die Werkstatt oder die Tagesförderstätte oder die Schule zu besuchen, und in dieser Zeit auf Teilhabe wesentlich zu verzichten. Ebenso wird davon ausgegangen, dass Reinigungs- und Trocknungsprozesse von gepolsterten Hilfsmitteln in Zeiten erfolgen können, in denen normalerweise das Hilfsmittel benötigt wird, so dass der Betreffende dann ins Bett gelagert werden muss.

Auch muss dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Patienten bzw. Angehörige oft nicht in der Lage sind, komplizierte Widerspruchsverfahren zu führen, Beschwerden zu artikulieren oder Änderungswünsche durchzusetzen. Die Rund-um-die-Uhr-Versorgung eines behinderten Familienmitgliedes bedeutet ohnehin eine gravierende kräftezehrende Belastung. Eine zentrale Klage von Familien mit behinderten Kindern, die der DVfR durch ihre Mitglieder übermittelt wurde, lautet: „Wir sind das ständige Hick-Hack, die Verzögerungen und den Bürokratismus um die Genehmigung von Hilfsmitteln leid und fühlen uns dadurch überfordert und belastet.“

Die DVfR mahnt deshalb an, dass bei der Gestaltung des Prozesses der HMV die Lebenslage der Patienten verstärkt berücksichtigt werden muss: Insbesondere die Beschleunigung des Genehmigungs- und Herstellungsprozesses und die Berücksichtigung der konkreten Nutzerprobleme sollte Ziel der Veränderungsbemühungen sein. Zugleich sollte die Hilfsmittelversorgung so gestaltet werden, dass diese nicht als von den Versicherten zu erkämpfendes Recht, sondern als selbstverständliche Dienstleistung aufgefasst wird und der Einzelne bei Schwierigkeiten dabei Hilfestellung erfahren kann. Die Hilfsmittelversorgung darf nicht als Hindernislauf, sondern muss als selbstverständliche Routine, ggf. mit hilfreicher Unterstützung, erlebt werden.

Zugleich warnt die DVfR vor einer bürokratischen Übersteuerung des Prozesses der Hilfsmittelversorgung. Viele Probleme bei der Hilfsmittelversorgung sind nicht durch administrative Maßnahmen zu verbessern, sondern nur durch eine verstärkte und intensiviertere Kooperation aller Beteiligten auf Augenhöhe einschließlich persönlicher Kontakte. Nicht selten sind individuelle Lösungen mit Hilfe eines kompetenten Sachbearbeiters eines Kostenträgers, der die Lebensbedingungen (Kontextfaktoren) des Betroffenen kennt, sehr viel leichter, zielgenauer und effektiver umzusetzen als durch die Befolgung allgemeiner Verfahrensregelungen.

Da dies ein allgemeines Problem im Gesundheitswesen ist, kann diese Thematik an dieser Stelle nicht vertieft werden. Dennoch fordert die DVfR nachdrücklich zur Erprobung wohnortnaher Kooperationsmodelle und Bevorzugung von dialogorientierten Lösungen sowie zur Vermeidung einer abstrakten Bürokratisierung des Hilfsmittelversorgungsprozesses auf. Die DVfR sieht, auch aus organisationssoziologischer Perspektive, keine Alternative zu regionalen personalen und dadurch effektiven Netzwerken.

In diesem Zusammenhang scheint es sinnvoll zu sein, auf die Möglichkeiten der Verbraucherberatung und des Verbraucherschutzes zurückzugreifen. Die DVfR fordert alle beteiligten Organisationen dazu auf, diese Möglichkeiten zu nutzen und für die Hilfsmittelversorgung fruchtbar zu machen.

B Vorschläge und Optionen aus Sicht der DVfR zur Optimierung der Hilfsmittelversorgung

Die folgenden Vorschläge sollen Möglichkeiten aufzeigen, die Hilfsmittelversorgung zu verbessern. Sie stellen eine Diskussionsgrundlage dar, die die Weiterentwicklung anregen soll. Es ist Aufgabe aller Entscheidungsträger im Hilfsmittelbereich und aller an der Hilfsmittelversorgung beteiligter Personen, diese Vorschläge aufzugreifen und in die Praxis umzusetzen. Die DVfR unterstützt diesen Prozess und bemüht sich zudem, in einzelnen Praxisfeldern einen eigenen Beitrag zu leisten.

B 1 Verbesserte Information für alle am Versorgungsprozess mit Hilfsmitteln Beteiligten

Die Nutzer von Hilfsmitteln (Menschen mit Behinderung) und alle an der Hilfsmittelversorgung beteiligten Fachleute (Vertragsärzte, Leistungserbringer, Kostenträger) benötigen für die jeweilige Nutzergruppe spezifisch aufbereitete Informationen zur Hilfsmittelanwendung. Sie müssen darüber hinaus mehr als bisher dafür sensibilisiert werden, dass die Hilfsmittelversorgung eine herausragende Bedeutung für die Teilhabesicherung hat. Dafür sind neutrale, d. h. firmenunabhängige Informations- und Beratungsmöglichkeiten zu schaffen. Im Einzelnen regt die DVfR folgende Maßnahmen an:

1.1 Der Zugang zu Informationen über die Hilfsmittelversorgung wird neutral und einfach gestaltet!

Umfassende Informationen über Hilfsmittel, ihre Versorgungsindikationen sowie über häufige Probleme bei der Anwendung und im Versorgungsprozess sollten für alle am Hilfsmittelversorgungsprozess Beteiligte niedrigschwellig zugänglich sein. Solche medizinisch-fachlichen Informationen müssen von Hilfsmittelherstellern, Leistungsträgern, Ärzten und Therapeuten zusammengetragen und in geeigneter Form für Betroffene, Verordner, Leistungserbringer und Kostenträger zur Verfügung gestellt werden. Sie müssen fachlich korrekt, gut verständlich (und entsprechend didaktisch aufbereitet) sein und immer eine klare Quellenangabe haben, um ggf. Interessenkonflikte offenzulegen.

Dabei ist besonderer Wert auf folgende **Informationsinhalte** in Bezug auf die Hilfsmittelanwendung zu legen:

- die Formulierung möglicher Bedarfslagen für Hilfsmittel im Hinblick auf Therapie sowie Aktivitäten und Teilhabe
- Beschreibung der Indikationen
- Beschreibung der Ziele
- in Betracht kommende Hilfsmittel für die Zielerreichung
- Hinweise zum Versorgungsprozess

- Grenzen und mögliche unerwünschte Wirkungen der Hilfsmittelversorgung

1.2 Die Informationen zu allen Bereichen der Hilfsmittelversorgung werden in REHADAT nutzerorientiert aufbereitet!

Das Konzept der Hilfsmitteldatenbank in REHADAT – Informationssystem für die berufliche Rehabilitation (www.rehadat.de) sollte im Hinblick auf die nutzerspezifischen Interessen überdacht werden. Insbesondere sollte der Fokus nicht vorwiegend auf die berufliche Integration gerichtet sein. Die Inhalte der Hilfsmitteldatenbank sollten alle Bereiche der Hilfsmittelversorgung umfassen, und auch die Darstellung/Anordnung und die Zugänglichkeit sollten auf alle Zielgruppen (Fachleute, Menschen mit Behinderung, alte Menschen) nutzerspezifisch ausgerichtet sein. Insbesondere sollten Hilfsmittel hinsichtlich ihrer Indikationen sowie ihrer Wirkungen und Nebenwirkungen beschrieben werden.

Die Datenbank sollte neben der bisherigen Struktur auch mit weiteren anwenderfreundlichen Nutzungsmöglichkeiten (Inhalts- und Stichwortverzeichnis, tabellarische Übersichten, „Blättermöglichkeiten“, Lesezeichen) ausgestattet sein. Die Nutzung sollte zudem jedem Interessierten ohne Schulung leicht möglich sein. Die Hilfsmitteldatenbank sollte das Auffinden von Problemlösungsstrategien erleichtern. Insofern muss eine Hilfsmitteldatenbank nicht nur produktorientiert, sondern auch problemorientiert aufgebaut sein. Dazu wird vorgeschlagen, für typische Problemkonstellationen best practice-Beispiele aufzunehmen. Ferner sollte eine Übersicht über die möglichen Problemlagen vorhanden sein. Das Hilfsmittelverzeichnis der GKV sollte in diese umfassende Hilfsmitteldatenbank integriert sein.

1.3 Über Chancen der Hilfsmittelversorgung wird in allen Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens und insbesondere der Rehabilitation sowie in allen für die Inklusion wichtigen Institutionen informiert!

Die Hilfsmittelnutzung und -versorgung sollte ein eigenständiger Bereich der Patientenaufklärung und -information im Gesundheitswesen sowie in allen Rehabilitationseinrichtungen sein und in deren Qualitätssicherungssystem sowie im Katalog therapeutischer Leistungen (KTL) enthalten sein. Sie sollte auch verstärkt in Einrichtungen und Diensten für ältere Menschen, und zwar sowohl der Altenhilfe als auch der Geriatrie bzw. der geriatrischen Rehabilitation, thematisiert werden. Entsprechende Informationen sollten auch Stadtplanern, Architekten, Sozialdiensten, Betreuungsdiensten und anderen Multiplikatoren zur Verfügung gestellt werden. Grundkenntnisse über die Nutzung von Hilfsmitteln sollten z. B. auch im Bildungssystem, der öffentlichen Verwaltung und bei Personalfachleuten nicht zuletzt im Hinblick auf betriebliches Eingliederungsmanagement vorhanden sein.

1.4 Newsletter und eine Kommunikationsplattform zur Hilfsmittelversorgung informieren über Problemlösungsmöglichkeiten durch Hilfsmittel!

Es wird die Entwicklung eines allgemein zugänglichen, vorwiegend elektronisch verfügbaren Hilfsmittel-Newsletters vorgeschlagen, der aktuelle Informationen zur Nutzung von Hilfsmitteln, zu Versorgungsfragen sowie firmenunabhängige Fachinformationen sowohl für Betroffene als auch für Fachleute sowie weitere Interessierte zur Verfügung stellt. Auch eine Internet-Plattform zur Diskussion von Fragen der Hilfsmittelversorgung wäre sinnvoll. Es sollte geprüft werden, ob die DVfR diese Aufgabe übernehmen kann.

Leistungsrechtliche Themen der Hilfsmittelversorgung sowie Fragen der sozialmedizinischen Beurteilung und Begutachtung sollten verstärkt im internetbasierten Diskussionsforum Rehabilitation und Teilhabe berücksichtigt werden.

1.5 Betroffene erkennen und formulieren ihren Bedarf rechtzeitig!

Ein Bedarf an Hilfsmitteln sollte rechtzeitig durch die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen und Assistenten bzw. gesetzlichen Betreuer formuliert werden. Ein Bedarf besteht dann, wenn ein Hilfsmittel dazu benötigt wird, behinderungsbedingte Beeinträchtigungen von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe zu beseitigen (Behinderungen auszugleichen) oder Ziele in der medizinischen Behandlung zu verfolgen.

Patienten oder ihre Assistenten sollten in die Lage versetzt werden, Möglichkeiten und Chancen der Verbesserung von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe durch Hilfsmittel zu erkennen, zu artikulieren und an die richtigen Adressaten zu richten. Dafür ist ein Informations- und Beratungsangebot erforderlich, das entsprechendes Wissen über Möglichkeiten des Hilfsmiteleinsatzes und rechtliche Informationen vermittelt. Auch Beratungsstellen für behinderte bzw. alte Menschen sowie von Organisationen der Selbsthilfe sollten hierfür qualifiziert werden.

Die Hilfsmittelversorgung sollte in Zukunft weniger vom Arzt initiiert werden müssen. Es sollte vielmehr erreicht werden, dass die Patienten in hohem Maße ihre Bedarfe selbst äußern und Lösungsmöglichkeiten finden können. Die Rolle des Arztes kann sich dann stärker auf die Beratung und Begleitung, die Sicherung der Qualität und auf die Unterstützung solcher Patienten richten, die dies aus eigener Kraft nicht leisten können.

1.6 Die rechtzeitige Erkennung des Bedarfes an Hilfsmitteln ist Aufgabe aller Fachkräfte!

Alle Personen, die den Betroffenen fachlich begleiten oder betreuen, sollten in die rechtzeitige Erkennung des individuellen Bedarfs an Hilfsmitteln eingebunden werden. Dies können z. B. gleichbetroffene Menschen, Ärzte, medizinisch-therapeutische Fachkräfte, Sanitätshäuser/Orthopädietechniker, Gutachter des MDK, Pflegekräfte, Pädagogen, gesetzliche Betreuer oder Sozialdienste sein. Besondere Verantwortung obliegt hierbei den Fachkräften in Einrichtungen, die der Rehabilitation bzw. der Inklusion dienen, wie z. B. SPZ, Kindergärten, Schulen, Einrichtungen zur beruflichen Bildung, Werkstätten für behinderte Menschen und Wohneinrichtungen. Dort sollte die Hilfsmittelbedarfserkennung

Bestandteil einer qualitätsgesicherten Arbeit sein. Je nach Fachgebiet, professioneller Aufgabe und gesetzlicher Verpflichtung kann den Experten auch die initiierende, steuernde und kontrollierende Funktion zukommen.

1.7 Die Überprüfung des Bedarfes an Hilfsmitteln erfolgt regelmäßig an biographischen Wendepunkten!

An biographischen Wendepunkten sollte das Hilfsmittelversorgungskonzept im Hinblick auf (noch) ausreichende Bedarfssicherung systematisch überprüft werden, z. B. bei der Aufnahme in den Kindergarten, in die Schule, anlässlich der Orientierungsstufe, des Sekundarabschlusses bzw. des 9. Schulbesuchsjahres, beim Verlassen der Schule, bei Aufnahme einer Ausbildung, eines Studiums. Die Fachleute dieser Institution sollten im Rahmen ihrer Zuständigkeit prüfen, inwieweit Aktivitäten und Teilhabe durch Hilfsmittel zu fördern und Barrieren abzubauen sind.

1.8 Individuelle und herstellerunabhängige Beratung zu Hilfsmitteln wird sichergestellt!

Die Hilfsmittelberatung ist so zu konzipieren, dass die individuellen Probleme und Ressourcen des Hilfesuchenden erkannt und berücksichtigt werden können. Dies kann vor allem durch eine firmenunabhängige Beratung zu Hilfsmitteln sichergestellt werden. Dazu kommen **Beratungsstellen für Hilfsmittel** in Betracht, die z. B. als Beratungsstellen für Kommunikationshilfen bereits in einigen Regionen existieren.

Auch bereits vorhandene Einrichtungen im Gesundheitswesen können solche Aufgaben erfüllen (s. auch die Ausführungen zu Kompetenzzentren, S.38). Zudem sollte geprüft werden, inwieweit auch Verbraucherberatungsstellen verstärkt einbezogen werden können. Auch wird den Beratungen durch die Selbsthilfeorganisationen und den Pflegestützpunkten hier eine verstärkte Bedeutung zukommen.

Ein durchgängiges Konzept zur herstellerunabhängigen Beratung ist noch nicht entwickelt. Die DVfR weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es wahrscheinlich zweckmäßig ist, vorhandene Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation und der Gesundheitsversorgung einzubinden, einschl. der Eingliederungshilfe, die über das notwendige Know-how ohnehin verfügen sollten. Es ist wahrscheinlich nicht sinnvoll, eine eigene isolierte Beratungsstruktur nur für Hilfsmittel aufzubauen. Ausnahmen können für bestimmte Hilfsmittelgruppen bestehen wie z. B. für Menschen mit Beeinträchtigungen des Sehens, der Kommunikation etc.

1.9 Gesetzliche Betreuer erhalten standardisierte Informationen über Rehabilitationsmöglichkeiten und insbesondere zur Hilfsmittelversorgung!

Gesetzliche Betreuer, denen die staatliche Fürsorge für Menschen obliegt, die ihre Angelegenheiten vorübergehend oder dauerhaft nicht selbst regeln können – dies betrifft ca. 1,2 Mio. Menschen in Deutschland –, sollten strukturierte Information über Standards und praktische Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung und ihre Bedeutung für Aktivitäten

und Teilhabe erhalten. Es erscheint sinnvoll, eine Basisinformation über Rehabilitationsmöglichkeiten bei behinderten Menschen einschl. der Hilfsmittelversorgung in die Pflichtinformation gesetzlicher Betreuer aufzunehmen. Sie können so in die Lage versetzt werden, die Interessen ihrer Mandanten besser zu vertreten und ggf. eine Beratung über den Hilfsmiteleinsatz in Betracht zu ziehen. Die DVfR kann ggf. hierfür im Rahmen eines Projektes eine Konzeption erarbeiten, wenn dafür eigene Mittel zur Verfügung gestellt werden können.

1.10 Die nutzerspezifische Verfügbarkeit des Hilfsmittelverzeichnisses der GKV wird optimiert!

Die Hilfsmitteldatenbank der GKV (Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V) sollte in übersichtlicher Form und als interaktiv nutzbare Informationsquelle im Internet zur Verfügung gestellt werden (einschließlich Sachregister, Suchfunktion, Inhaltsverzeichnis, Komplettfassung). Das Herunterladen z. B. im PDF-Format (nicht allein in komprimierter Form) sollte jederzeit komplett oder in Auszügen möglich sein (s. a. Punkt 1.2 Vorschläge zur Weiterentwicklung von REHADAT).

Jedem Verordner ist das Hilfsmittelverzeichnis in leicht lesbarer Form, z. B. als stets aktualisierter Fließtext mit Register und detaillierter Gliederung, ohne Zusatzkosten zur Verfügung zu stellen.

Das Hilfsmittelverzeichnis sollte den unterschiedlichen Nutzeransprüchen von Betroffenen, Leistungsträgern, Ärzten und Therapeuten gerecht werden. Dafür ist es erforderlich, nach verschiedenen Nutzergruppen zu differenzieren hinsichtlich Bedienbarkeit (Gliederung, Suchfunktion, Beschreibung), Angabe von Indikationen, Anregungen zur Hilfsmittelnutzung, Problembehandlung, Verweis auf Leitlinien und andere Literatur, Webseiten etc.

Den Verordnern sollte deutlich gemacht werden, dass im Hilfsmittelverzeichnis der GKV zwar die qualitätsgeprüften und von der GKV erstattungspflichtigen Hilfsmittel gelistet sind, dass aber darüber hinaus noch viele weitere Hilfsmittel zur Anwendung kommen können (enthalten z. B. in der Hilfsmitteldatenbank REHADAT), deren Kosten möglicherweise ebenfalls durch die Krankenkassen oder andere Rehabilitationsträger erstattet werden können. Das GKV-Hilfsmittelverzeichnis darf nicht als Ausschlussliste für die Versorgung mit Hilfsmitteln betrachtet werden.

Von großem Vorteil für die praktische Arbeit des Arztes wäre es, wenn die Informationen aus dem Hilfsmittelverzeichnis in die Praxis-EDV des Vertragsarztes integriert werden könnten. Die DVfR wird eine entsprechende Anregung an die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Softwarehäuser geben.

Auch alle weiteren relevanten Informationen zur Hilfsmittelversorgung müssen für den Vertragsarzt im Internet in einem geeigneten Portal zur Verfügung stehen, das aus vorhandenen Möglichkeiten zu erschließen oder neu zu schaffen ist. Der Arbeitsausschuss der DVfR könnte hierzu einen Vorschlag erarbeiten.

B 2 Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung und des Wissenstransfers

Die erfolgreiche Gestaltung des Hilfsmittelversorgungsprozesses hängt ganz entscheidend vom Wissen und der Erfahrung der Mitglieder des Versorgungsteams ab. Das Ziel, zumindest mittelfristig mehr Kompetenz bei den beteiligten Berufsgruppen zu erreichen, muss zügig durch eine obligatorische Erweiterung der Lehr- und Ausbildungspläne um das Fachgebiet „Hilfsmittelversorgung“ umgesetzt werden. Nur auf diesem Wege kann den wachsenden Anforderungen an die beteiligten Berufsgruppen im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung in Deutschland Rechnung getragen werden. Angesichts des sich schnell erneuernden medizinischen und technischen Wissens ist dem Wissenstransfer zwischen Fachexperten mehr Aufmerksamkeit zu schenken, z. B. durch die Schaffung von Kompetenzzentren. Die DVfR gibt hierzu folgende Anregungen:

2.1 Die Hilfsmittelversorgung ist obligatorischer Bestandteil in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Fachkräfte!

Das Thema Hilfsmittelversorgung ist in die Ausbildung und insbesondere in die Fort- und Weiterbildung aller Fachkräfte obligatorisch zu integrieren. Ziel ist es, insbesondere Vertragsärzte, therapeutische und pflegerische sowie einschlägige pädagogische Fachleute für Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe zu sensibilisieren und die Kenntnis über Verbesserungsmöglichkeiten durch Hilfsmittel zu fördern. Mindestens muss vermittelt werden, wie ein Bedarf zu erkennen ist, wie eine Hilfsmittelversorgung eingeleitet werden kann und an welche Fachkräfte bzw. Beratungsinstitutionen die Betroffenen vermittelt werden können.

2.2 Die Erstellung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaterialien und Lehrtexten zur Hilfsmittelversorgung wird unterstützt!

Es ist notwendig, Lehrmaterial mit gut verständlichen Informationen zur Hilfsmittelversorgung zu erstellen. Erforderlich sind vor allem Lehrbücher und Texte, die die Hilfsmittelanwendung auch beispielhaft anhand einzelner Krankheits- und Behinderungsbilder erläutern. Beispielgebend hierfür können entsprechende Broschüren einzelner Selbsthilfeverbände sein. Das Hilfsmittelverzeichnis soll darin ebenso erläutert werden wie allgemein anerkannte Standards und Leitlinien der Hilfsmittelversorgung.

Die DVfR wird im Rahmen ihrer Möglichkeiten entsprechendes Material sammeln, die Erstellung neuer Lehrmaterialien fördern und per Internet zur Verfügung stellen.

2.3 Die Fortbildung der Mitarbeiter von Sanitätshäusern wird verbessert!

Für Mitarbeiter von Sanitätshäusern sollten Mindeststandards in der Fortbildung zur Hilfsmittelversorgung gelten; diese können z. B. Bestandteil der Zertifizierung der Betriebe sein. Bei Vorliegen der Zertifizierung, die die hilfsmittelbezogene Fortbildung einschließt, könnte dies bei der Vertrags- und Preisgestaltung vonseiten der Krankenkassen be-

rücksichtigt werden und somit eine Anreizwirkung erzielen.

Innungen, Interessenverbände, Sozialleistungsträger und Fachgesellschaften, ggf. unter Beteiligung der DVfR, sollten sich auf zentrale Inhalte der Fortbildung einigen und diese in Fortbildungsveranstaltungen praktisch umsetzen.

2.4 Die Fortbildung für Sachbearbeiter der Sozialleistungsträger wird verbessert!

Mitarbeiter der Sozialleistungsträger und ihrer Begutachtungs- und Beratungsdienste sollten zum Thema Hilfsmittelversorgung angemessen und praxisnah fort- und weitergebildet werden. Dabei sind vorhandene Kompetenzzentren, Fachgesellschaften und Organisationen der Selbsthilfe angemessen zu beteiligen.

Gutachterlich tätige Ärzte einschließlich des MDK und andere Fachkräfte der Gesundheitsämter und der Versorgungsverwaltung sowie Gutachter in Schwerbehindertenfragen sollten in der Erkennung des Hilfsmittelbedarfs und den Grundzügen der Hilfsmittelversorgung geschult sein und bei ihren täglichen Aufgaben stets auch darauf achten, ob die Hilfsmittelversorgung ausreichend und zweckmäßig ist. Die besonderen Vorschriften für die einzelnen Leistungsträger sind zu berücksichtigen. Regional sollten zusätzlich auf Hilfsmittelversorgung spezialisierte Experten zur Verfügung stehen. Solche Experten sollten dann auch von den Leistungsträgern in Anspruch genommen werden.

2.5 Forschung und Lehre zur Hilfsmittelversorgung werden ausgebaut

Für die Qualifikation aller Fachkräfte sind entsprechende Forschungs- und Lehrinrichtungen zu schaffen bzw. weiterzuentwickeln. Beispielsweise könnten Akademien für Hilfsmittelversorgung geschaffen bzw. Fachhochschulen und Hochschulen gewonnen werden, die Multiplikatoren qualifizieren und sich auch an der Aus- und Fortbildung beteiligen und zugleich für den Transfer von Erkenntnissen aus anderen Ländern verantwortlich sind. Die Qualifizierung sollte auch berufsbegleitend möglich sein.

Insbesondere sollte die Forschung zu Hilfsmitteln und zur Hilfsmittelversorgung verbessert werden. Dazu sind neben technischen Disziplinen auch medizinisch-klinische und sozialwissenschaftliche Forschungsschwerpunkte zu etablieren. Dabei sollen u. a. auch Wirkungen und Nebenwirkungen von Hilfsmitteln erforscht werden.

Es fehlen Forschungseinrichtungen für die Hilfsmittelversorgung. Bestehende Lehrstühle oder Arbeitsbereiche an Universitäten und Fachhochschulen zu Hilfsmittelversorgungsfragen sind zu erhalten und in enger Zusammenarbeit mit der Praxis neu auszurichten. Die Einrichtung weiterer Lehrstühle ist notwendig. Die wissenschaftlichen Ergebnisse sind entsprechend zu publizieren und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Diese Anregungen gelten nicht nur für die Orthopädietechnik, sondern auch für Hilfsmittel, Rehabilitationstechnologien sowie für Medizinprodukte mit Hilfsmittelleigenschaft.

Als erster Schritt sollte eine Bestandsaufnahme von forschenden und fort- und weiterbildenden Einrichtungen und von entsprechenden Programmen erstellt werden.

2.6 Erfahrungen von Betroffenen werden verstärkt genutzt, und ein Empowerment wird gefördert!

Grundsätzlich sind das Wissen und die Erfahrungen von Betroffenen in die Curricula der Aus- und Fortbildung für Fachleute zu integrieren.

Patienten und Betroffene sollten die Möglichkeit haben, ihre eigenen Kompetenzen im Hinblick auf die Nutzung von Hilfsmitteln zu erweitern. Sie sollten auch darin unterstützt werden, ihr Wissen als Multiplikatoren weiterzugeben, z. B. als Peer-counselor im Rahmen der Selbsthilfeorganisationen und der Patientenbeteiligung. Mittelfristig sind Modelle zu entwickeln, die ein Empowerment der Patienten für eine stärkere Beteiligung bei der Hilfsmittelversorgung ermöglichen.

Für die gesetzlichen Krankenkassen besteht die Möglichkeit, entsprechende Projekte insbesondere nach § 20 c SGB V zu fördern.

2.7 Der Erwerb von Kompetenzen für Teamarbeit und Case-Management bei der Hilfsmittelversorgung wird gefördert!

Fachkräfte sollen die Möglichkeit erhalten, sich für eine Optimierung des Hilfsmittelversorgungsprozesses zu qualifizieren. Dazu gehört neben den fachlichen und leistungsrechtlichen Aspekten auch die Kompetenz für Teamarbeit, Teamleitung und individuelles Case-Management. Diese Angebote sollten für Ärzte und therapeutische Fachkräfte sowie andere Fachkräfte in der medizinischen, sozialen, schulischen und beruflichen Rehabilitation verfügbar sein. Studiengänge, die diese allgemeinen Schlüsselkompetenzen vermitteln können, werden bereits angeboten.

2.8 Die Verfügbarkeit von Experten in der Hilfsmittelversorgung wird verbessert, und die Bildung von Kompetenzzentren wird gefördert!

Da die Versorgung mit Hilfsmitteln häufig Spezialkenntnisse und Erfahrungen voraussetzt, kommt der Verbesserung der Verfügbarkeit von Experten in den verschiedenen Sozialräumen eine große Bedeutung zu. Insbesondere sollen Patienten, Ärzte, Therapeuten, Leistungserbringer und Sozialleistungsträger auf hochqualifizierte Experten zurückgreifen können. Deshalb werden folgende Vorschläge vorgelegt:

- a) Über die Qualifizierung aller Beteiligten für eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung hinaus müssen für die Klärung von Spezialfragen Experten regional und wohnortnah verfügbar sein, an die sich die Betroffenen bzw. die sie betreuenden Fachleute wenden können. Dies ist insbesondere bei der rehabilitativen Orientierung der Hilfsmittelversorgung sowie bei der Erstellung von Assessments und umfangreichen Versorgungskonzepten für schwer betroffene Menschen erforderlich.
- b) Spezialkompetenzen für die rehabilitativ ausgerichtete Hilfsmittelversorgung sind bei Ärzten,

therapeutischen und pflegerischen Fachkräften nahezu flächendeckend verfügbar, z. B. in Sozialpädiatrischen Zentren, Rehabilitationskliniken und -einrichtungen, in spezialisierten Kliniken und Krankenhausabteilungen (für Querschnittsgelähmte, Brandverletzte, Infantile Cerebralparese bzw. Kinderorthopädie, Rheumatologie, Geriatrie u. a.), und bei Fachdiensten in Einrichtungen der Behindertenhilfe (Schulen, Kindergärten, Wohneinrichtungen). Für einen niedrigschwelligen Zugang zu vorhandenen Kompetenzen ist es erforderlich, dass diese Einrichtungen in geeigneter Form für externe Ratsuchende offen sind, z. B. über eine vertragsärztliche Ermächtigung bzw. Teilzulassung für die ärztliche Versorgung. Eine entsprechende Bedeutung können auch auf die Hilfsmittelversorgung spezialisierte Krankenhausambulanzen erlangen. Grundsätzlich sollen Hilfsmittelsprechstunden, die die Hilfsmittelversorgung in einem rehabilitativen Gesamtkonzept ermöglichen, allen Menschen mit Bedarf zur Verfügung stehen; dies kann in das Pflichtenheft der jeweiligen Institution aufgenommen und bei der Finanzierung berücksichtigt werden. Auf Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Spezialkompetenz in den jeweiligen Sozialräumen ist zu achten.

- c) Für einige Bereiche der Hilfsmittelversorgung erscheinen spezialisierte Beratungsstellen oder –dienste notwendig, wie sie z. B. für unterstützte Kommunikation eingerichtet sind. In diesen Spezialbereichen sind firmenunabhängige und ausreichend breite Beratungskompetenzen erforderlich, die sich nicht nur auf elektronische Hilfsmittel beschränken dürfen, sondern den teilhabeorientierten Hilfebedarf insgesamt betrachten. Neben der Beratung von Menschen mit Behinderung sollten diese Beratungsstellen auch für ratsuchende Fachleute offenstehen. Mögliche Gebiete sind: Kommunikationshilfen, Prothesenversorgung, Beatmung u. a.
- d) Die Sozialleistungsträger sollten regional über ansprechbare und sachkundige Mitarbeiter verfügen, die den Betroffenen und den Fachleuten kompetente Gesprächspartner sein können. Sie sollten auch die regionalen Gegebenheiten kennen und Kontextfaktoren einschätzen können. Durch personelle Konstanz und regionale Orientierung sowie fachliche Qualifikation soll ihre Einbindung in den Hilfsmittelversorgungsprozess, insbesondere bei Problemversorgungen, gefördert werden.
- e) Kinder- und Hausärzte, Geriater, Neurologen, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Orthopäden, Unfallchirurgen und plastische Chirurgen sollten über ausreichende Grundinformationen zur Hilfsmittelversorgung verfügen und zugleich die Möglichkeit haben, sich an Experten der Hilfsmittelversorgung zu wenden. Dazu sind Informationen über die regional oder überregional vorhandenen Fachleute bzw. Kompetenzzentren mit Angabe ihrer fachlichen Schwerpunkte notwendig, die zudem niedrigschwellig zur Verfügung stehen müssen.

- f) Auch die Selbsthilfverbände und Verbraucherzentralen sollten verstärkt objektive und neutrale, nicht firmengebundene Informationen zu Hilfsmitteln verbreiten. Irreführende Werbung in Zeitschriften sollte vermieden werden, und darin enthaltene einseitige oder falsche Informationen sollten in redaktionellen Beiträgen relativiert bzw. kritisch bewertet werden.

B 3 Optimierung von Bedarfsermittlung, Indikationsstellung und Verordnungsprozess

Der Verbesserung der Bedarfsermittlung, der Indikationsstellung und des Verordnungsprozesses kommt für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln entscheidende Bedeutung zu. Nur wenn ein Hilfsmittel notwendig und zweckmäßig ist, kann es zur Behandlung oder Unterstützung genutzt werden und von den Sozialleistungsträgern zur Verfügung gestellt werden (Prinzipien der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit).

Dazu macht die DVfR folgende Vorschläge:

3.1 Die Bedarfsermittlung für die individuelle Hilfsmittelversorgung erfolgt Leitlinien- und ICF-orientiert!

Für die Ermittlung des Bedarfes sollte die Konzeption der ICF Anwendung finden, insbesondere dann, wenn ein Hilfsmittel der Verbesserung von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe dient. Es ist weniger von Belang, wenn es der Unterstützung eines Behandlungsplanes und somit vorwiegend therapeutischen Zwecken dient; jedoch sollten die (Neben)Wirkungen und Kontextfaktoren des Hilfsmiteleinsatzes immer beachtet werden.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln sollte möglichst auf der Grundlage von Leitlinien erfolgen. Leitlinien sollten sowohl für Krankheits-/ Behinderungsbilder, für die daraus abgeleiteten Indikationen und für die einzelnen Hilfsmittel, als auch für den zielorientierten Versorgungsprozess erarbeitet werden. Solche Empfehlungen sollten vorwiegend auf die hilfsmittelunterstützte Ermöglichung relevanter Aktivitäten und der Teilhabe zielen. Da Empfehlungen zur Hilfsmittelversorgung zurzeit kaum vorhanden sind oder aber nicht als solche kommuniziert werden, kommt der Erarbeitung, Kommunikation und Verbreitung von Empfehlungen eine große Bedeutung zu. Auch die Erläuterungen zu Hilfsmitteln im Hilfsmittelverzeichnis haben den Charakter richtungsweisenden Empfehlungen.

Die DVfR schlägt vor, die rehabilitativen Gesichtspunkte bei Leitlinien für die Hilfsmittelversorgung in den Vordergrund zu stellen. Es sollten solche Teilhabesicherungskonzepte in Hilfsmittel-Leitlinien besonders herausgestellt werden, die auf Verbesserungen für einzelne Teilhabebereiche mittels des Hilfsmiteleinsatzes zielen (vgl. dazu die Übersicht Zieldimensionen für die teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung, Kap. A 2, Seite 12/13).

Die DVfR appelliert an alle Mitgliedsorganisationen, Fachverbände und Fachgesellschaften, sich an der Erarbeitung solcher Leitlinien zur Versorgung mit Hilfsmitteln zu beteiligen.

3.2 Ein Assessment ist Grundlage der Hilfsmittelversorgung!

Ein Assessment ist erforderlich für die Fälle, in denen sich aus der Diagnose oder der Problemdefinition durch den Patienten und den Arzt bei einer einfachen Konsultation nicht eindeutig Art und Umfang der Hilfsmittelversorgung bestimmen lässt.

Bei komplexen Problemstellungen sowie bei arbeits- und kostenaufwändiger Hilfsmittelversorgung sollte ein Assessment regelhaft durchgeführt werden, um den Bedarf im Einzelfall zu ermitteln. Ferner ist ein Assessment dann erforderlich, wenn sich der Nutzen eines Hilfsmittels erst bei Vorliegen bestimmter, ggf. noch zu modifizierender Kontextfaktoren erweisen kann, die sich u. U. nur im Rahmen eines umfassenden Rehabilitationsprozesses realisieren lassen.

Die DVfR empfiehlt aus folgenden Gründen ein Assessment:

- a. Ein Assessment ist eine Erfassung und Bewertung der Beeinträchtigung der Körperstrukturen und -funktionen, der Aktivitäten, der Teilhabe sowie der der personen- und umweltbezogenen Barrieren und Förderfaktoren (nach ICF). Dazu gehört auch eine Einschätzung der Leistung (Performance) und der Leistungsfähigkeit (Capacity) jeweils mit und ohne Hilfsmittel, wie sie die ICF vorsieht, und die Darstellung effektiver Lösungsmöglichkeiten von Problemen. Diese Informationen sind die Grundlage für eine bedarfsgerechte Entscheidung zur Hilfsmittelverordnung. Das Assessment dient zudem der Zusammenstellung und Dokumentation aller notwendigen Informationen im Hinblick auf eine mögliche bzw. notwendige Hilfsmittelversorgung, um das Informationsbedürfnis aller Beteiligten, also auch der Kostenträger, zu befriedigen. Das Beifügen von Fotodokumenten ist sinnvoll.
- b. Es wird empfohlen, das Assessment nach Möglichkeit auch unter Verwendung standardisierter Erhebungs- und Dokumentationsverfahren (Assessmentinstrumente) durchzuführen. Geeignete Assessmentinstrumente sind jedoch oft noch nicht verfügbar, und vorhandene Dokumentationsbögen sind z. T. nicht ausreichend. Solche Assessmentinstrumente sollten eine vorgegebene Struktur haben, die ein Vergleichen ermöglicht, und sie sollten bevorzugt auch freitextliche Informationen zu den Besonderheiten des Einzelfalls zulassen.
- c. Ein Assessment zur Hilfsmittelversorgung sollte folgende Informationen zusammentragen, und zwar immer im Hinblick auf die für die Problemlösung notwendige Leistung im Rahmen der jeweiligen Hilfsmittelversorgung oder im Rahmen einer umfassenden Rehabilitationskonzeption:
 - Diagnose (Krankheitsbezeichnung, nosologische Zuordnung, ggf. ICD 10)
 - die für die Hilfsmittelversorgung relevanten Beeinträchtigungen von Strukturen, Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe

- relevante Kontextfaktoren, insbesondere Ressourcen, Förderfaktoren und Barrieren
 - Vorgeschichte (auch bisherige Hilfsmittelversorgung)
 - Bedarf, Bedürfnisse, Wünsche und Anregungen des Betroffenen
 - Problemlösungsmöglichkeiten zur Verbesserung von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe einschl. Alternativen zur Hilfsmittelversorgung
 - Zielsetzungen im Hinblick auf Behandlung/Therapie, Behinderungsausgleich, Förderung von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe
 - Risiken, Gefährdungen und Gefahr unerwünschter Wirkungen sowie Fehlgebrauchsrisiken
 - Art und Ressourcen des Kostenträgers
- d. Beim Assessment sollten alle geeigneten Personen mitwirken können, so z. B. der Patient selbst, seine Assistenten, der Selbsthilfeverband, Mitarbeiter von Einrichtungen (z. B. Lehrer), der Arzt im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und die therapeutischen Fachkräfte im Rahmen ihrer therapeutischen Aufgaben sowie ggf. der Leistungsträger. Ein LEHM sollte dabei einbezogen werden. Die Steuerung sollte der verordnende Arzt bzw. ein beauftragtes Teammitglied nach Absprache im Einvernehmen mit dem Patienten erfolgen.
- e. Es soll darauf hingewirkt werden, dass das Assessment in Teamarbeit erfolgt.
- f. Die Erstellung eines Assessments kann für bestimmte Hilfsmittel in den Hilfsmittelrichtlinien bzw. im internen Genehmigungsprozess der Sozialleistungsträger als Voraussetzung für die Kostenübernahme empfohlen werden.
- g. Die Erstellung von Assessments sollte im Rahmen der Qualitätssicherung vereinbart werden.
- h. Über Art und Umfang der Dokumentation des Assessments im Rahmen der Beantragung/Verordnung einer Hilfsmittelversorgung sollten die jeweiligen Beteiligten Vereinbarungen treffen. Assessments sollten in die Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen aufgenommen werden. Dabei können dann auch die notwendigen Vergütungen vereinbart werden. Kosten für Assessments sind in der Regel nicht im Preis des Hilfsmittels enthalten.
- i. Assessments sind ergebnisoffen zu gestalten, d. h. sie dürfen nicht nur der Legitimation eines Hilfsmittels dienen, sondern sind auf die Lösung eines Teilhabeproblems auszurichten.

3.3 Die ärztlichen Verordnung wird im Rahmen eines bedarfsgerechten Versorgungsprozesses optimiert!

Für einen störungsfreien, effizienten und bedarfsgerechten Versorgungsprozess ist es wichtig, die Aufgaben und Befugnisse aller beteiligten Akteure ver-

bindlich abzusprechen, damit Handlungssicherheit für alle Beteiligten besteht. Dies kann unnötige Nachfragen, Doppelarbeit (z. B. Wiedervorstellung des Patienten) und damit verbundene Verzögerungen vermeiden. Bedarf und Anforderungen an ein Hilfsmittel sowie die Anforderungen an die Prozessgestaltung sind auf der Grundlage der verschiedenen Informationen abzuleiten, die aus der laufenden ärztlichen Behandlung, der durchgeführten Diagnostik oder dem Assessment vorliegen. Dabei ist die Versorgung mit einem Hilfsmittel in ein Behandlungs- und/oder Teilhabekonzept einzuordnen.

Die DVfR schlägt vor, folgende Stufen der Verordnung zu unterscheiden:

1. einfache Verordnung
2. Verordnung mit kurzer Begründung
3. Verordnung mit Versorgungskonzeption
4. Spezielle Verordnung mit besonderen Vereinbarungen (z. B. Kommunikationshilfsmittel, mikroprozessorgesteuerte Prothesen etc.)

1. Stufe: Einfache Verordnung

Die einfache Verordnung erfolgt auf dem Formblatt Muster 16 und enthält die das Hilfsmittel begründende Diagnose oder Funktionsstörung oder auszugleichende Behinderung, Angaben zum Hilfsmittel, ggf. mit Spezifikationen und die Angabe, ob es sich um eine Erst- oder Ersatzbeschaffung handelt. Diese Verordnungsform sollte regelhaft angewendet werden und betrifft den Großteil der Verordnungen.

2. Stufe: Verordnung mit kurzer Begründung

Die begründete Verordnung erfolgt auf dem Formblatt Muster 16 mit einer Anlage, in der die Begründung für die Versorgung kurz dargelegt wird. Eine kurze Begründung der Verordnung ist dann erforderlich, wenn aus der Diagnose/der Problembeschreibung nicht eindeutig erkennbar ist, warum dieses Hilfsmittel verordnet wird, und um relevante Kontextfaktoren mitzuteilen oder Spezifikationen des Hilfsmittels vorzunehmen. Dies kann bei Standardversorgungen ggf. mit Erhebungs- / Versorgungsbögen geschehen, z. B. bei Antidekubitusmatratzen und orthopädischen Schuhen. Es kann auch vereinbart werden, dass bei Folgeverordnungen zumindest in gewissen Abständen eine kurze Begründung geliefert wird, sofern Änderungen hinsichtlich des Bedarfs an Hilfsmitteln erforderlich sind.

3. Stufe: Verordnung mit Versorgungskonzeption

Diese Verordnungsform ist immer dann zu wählen, wenn die Problemkomplexität und der Aufwand der Hilfsmittelversorgung die Erstellung einer Versorgungskonzeption erfordern. In der Regel wird dies bei Erstversorgungen und zugleich hochpreisigen Hilfsmittelversorgungen der Fall sein. Auch bei Abweichungen von typischen Versorgungen kann ggf. in der Versorgungskonzeption begründet werden, warum eine Individualversorgung notwendig ist.

Die Begründung einer Versorgung mittels Versorgungskonzeption ist auch zu empfehlen, wenn meh-

rere Hilfsmittel notwendig sind, deren Einsatzbereich sich überschneidet.

Neben der Verordnung auf Muster 16 sollte die Versorgungskonzeption auf dem in den Hilfsmittel-Richtlinien vorgesehen Anlageblatt beigelegt werden. Die Beifügung eines Stammdatenblatts ist sinnvoll. Die Verwendung von standardisierten Bögen ist jedoch in der Regel nicht zu empfehlen.

4. Stufe: Spezielle Verordnungen mit besonderen Vereinbarungen

Für bestimmte Problemkonstellationen sind besondere Verfahren bei der Hilfsmittelversorgung festzulegen, die problem- oder hilfsmittelbezogen sein können. Anwendungsbereiche sind z. B. Kommunikationshilfsmittel bei nichtsprechenden schwerbehinderten Menschen oder die Verordnung von elektronisch gesteuerten Prothesen oder von hochkomplexen Steuerungsgeräten. Hier kann z. B. vereinbart werden, dass eine spezielle fachliche Stellungnahme durch autorisierte Experten erfolgen muss, eine Zweitmeinung einzuholen ist oder spezielle Verordnungsvordrucke erforderlich sind. Aber bei vielen dieser Fälle wird die Vorlage einer Versorgungskonzeption ausreichend sein. Bei diesen speziellen Versorgungskonzeptionen sollten regionale Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden können. Es sollte von der Möglichkeit Gebrauch gemacht werden, zwischen Ärzten, Diensten und Einrichtungen, Leistungserbringern für Hilfsmittel und Krankenkassen bzw. Sozialleistungsträgern Vereinbarungen zum Vorgehen und über zu nutzende Materialien zu treffen.

In der Regel entscheidet der Arzt, welche Form der Verordnung er wählt. Auch könnten im Hilfsmittelverzeichnis entsprechende Hinweise dazu gegeben werden. Von Seiten der Leistungsträger ist nach Möglichkeit im Vorhinein für bestimmte Versorgungskonstellationen festzulegen, wann die Vorlage einer Versorgungskonzeption erwartet wird. Ein Procedere hierfür kann im Gesamtvertrag oder in einer Anlage der Hilfsmittelrichtlinien festgelegt werden. Der Aufwand ist zu vergüten.

Es sollte ermöglicht werden, dass Hilfsmittelversorgung grundsätzlich auch von Ärzten außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ausgeführt werden können, sofern diese am Prozess der Behandlung oder der Rehabilitation beteiligt sind. Unter welchen Voraussetzungen ein anderer Arzt die Hilfsmittelversorgung verordnen kann oder ob bestimmte Qualitätsanforderungen an den Verordner bzw. den LEHM notwendig sind, sollte vonseiten der Krankenkassen grundsätzlich geklärt werden. Da eine ärztliche Verordnung nicht mehr als zwingend für die Hilfsmittelversorgung angesehen werden muss, kann ohne weiteres auch die Verordnung eines Nichtvertragsarztes als Antragsbegründung akzeptiert und zur Grundlage der eigenen Leistungsentscheidung gemacht werden.

Hinsichtlich des Informationsaustauschs im Rahmen der Hilfsmittelversorgung ist zu beachten, dass aus Datenschutzgründen ausschließlich der MDK eine umfangreiche Versorgungskonzeption erhält, die anderen Informationen jedoch direkt an die Krankenkasse übermittelt werden können. Über Aus-

nahmen entscheidet der Patient in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt.

Der verordnende Arzt sollte die Krankenkasse auf Vorversorgungen und Vorberichte verweisen können, so dass die Übermittlung im Grunde redundanter Informationen vermieden werden kann.

Für den Informationsaustausch sind Unterstützungselemente in geeigneter Form zu entwickeln und anzuwenden. Geeignete Formulare bzw. Erhebungsbögen liegen für bestimmte Bereiche z. B. beim MDK oder bei Rehakind e.V. bereits vor. Die DVfR regt an, folgende Lösungsoptionen zu prüfen:

1. Hinweis auf entsprechende Erhebungsbögen im Hilfsmittelverzeichnis der GKV (nach § 139 Abs. 2 Satz 3 SGB V, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln)
2. Bereitstellung bereits vorliegender Erhebungsbögen durch den MDK, die bei Bedarf durch die Beteiligten abgerufen werden können
3. Erarbeitung entsprechender Erhebungsbögen. Dabei sollte bei dauerhafter Behinderung ein Stuserhebungsbogen Verwendung finden können, der die Grundinformationen enthält, da so Redundanz vermieden werden kann.

3.4 Bedarfsgerecht wird die Versorgungskonzeption im Rahmen eines (umfassenden) Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplanes erstellt!

Die Indikation einschl. der Beschreibung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, die Eigenschaften eines Hilfsmittels und die Zielsetzung der Hilfsmittelversorgung sowie weitere notwendige begleitende Maßnahmen (z. B. Physiotherapie, erweiterte Einweisung durch den LEHM oder Beratungsstellen, Ergotherapeuten etc.) werden in einer Versorgungskonzeption zusammengefasst.

Eine Versorgungskonzeption ist ein begründeter individueller, konkret ausformulierter, vom Arzt als Verordner unterzeichneter und verantworteter, für den Sozialleistungsträger entscheidungsreifer Vorschlag für die Versorgung mit einem Hilfsmittel im Rahmen eines Behandlungs- bzw. Teilhabekonzeptes.

Die Versorgungskonzeption kann sein:

4. Grundlage oder Ergebnis ärztlicher Verordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung
5. Resultat einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, der Frührehabilitation im Krankenhaus, der Behandlung im SPZ oder in einer Einrichtung der Frühförderung, der Behandlung durch andere ärztliche Dienste im Rahmen der Rehabilitation (z. B. im Rahmen der beruflichen oder sozialen Eingliederung) oder durch einschlägig qualifizierte Krankenhausabteilungen (z. B. Orthopädie, Unfallchirurgie, Geriatrie, Neurologie etc.)
6. Begründung eines Antrags eines Versicherten auf ein Hilfsmittel, sofern dieser den Versorgungsweg im Rahmen der Rehabilitation

wählt, vgl. dazu § 31 SGB IX i. V. m. § 14 SGB IX

7. Resultat eines Abklärungsprozesses nach § 10 SGB IX oder anderer amtlicher Ermittlungen z. B. im Rahmen der Feststellung eines individuellen Hilfeplanes (vgl. auch §§ 55 ff SGB IX)

Der Patient ist über die Versorgungskonzeption zu informieren; insbesondere sind die vereinbarten Ziele der Hilfsmittelversorgung mit ihm abzustimmen.

Im **Anhang 2** wird dargestellt, wie eine Versorgungskonzeption inhaltlich gestaltet werden kann, und welchen Zweck sie erfüllen soll. Damit unterbreitet die DVfR einen Diskussionsvorschlag zur Erstellung und Anwendung von Versorgungskonzeptionen. Alle am Versorgungsprozess beteiligten Akteure (bzw. deren Verbände) werden aufgerufen, sich anhand des Vorschlags über Form und Inhalte einer Versorgungskonzeption auszutauschen und verbindliche Absprachen zu treffen, damit der Hilfsmittelversorgungsprozess für Menschen mit erheblichen Behinderungen individuell, bedarfsgerecht und zielführend gestaltet sowie zügig durchgeführt werden kann.

3.5 Die Organisation der Hilfsmittelversorgung wird optimiert!

Zur praktischen Umsetzung des beschriebenen Ansatzes und zur Verbesserung des Versorgungsprozesses sind eine Reihe organisatorischer Maßnahmen sinnvoll.

Mitwirkung von Heilmittelerbringern

In den Leistungsvereinbarungen/-verträgen für Heilmittelerbringer sollte deren Mitwirkung bei der Bedarfsermittlung, Gestaltung der Hilfsmittel, Gebrauchsschulung (soweit sie nicht Aufgabe des LEHM ist) und auch der Einbezug der Hilfsmittel als Leistungsbestandteil der jeweiligen Therapieform aufgenommen werden. Die Heilmittelerbringer sollten verpflichtet werden können, Vorschläge und Anregungen zur Hilfsmittelversorgung zu machen, wenn die durch ihr Fachgebiet beeinflussbaren Faktoren wie Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe sowie die angewandten Therapieformen dadurch eine Verbesserung erfahren können. Dazu sind Verbesserungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Leistungserbringer erforderlich.

Vergütungsregelungen

Für den Vertragsarzt sollte sich der von ihm zu leistende Aufwand für die Hilfsmittelversorgung auch in einer Abrechnungsziffer des EBM angemessen widerspiegeln. Ggf. ist dies über spezielle Ziffern für die Betreuung behinderter Menschen zu realisieren, wie dies u. a. von Fachverbänden der Behindertenhilfe oder vom Bundesverband der Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin angeregt wurde.

Einbindung von qualifizierten Ärzten in die Hilfsmittelversorgungsprozesse

Es sollte sichergestellt sein, dass besonders qualifizierte Ärzte sowie deren Teams aus medizinischen

Diensten und Einrichtungen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, eine Bedarfsermittlung und ein Assessment für die Hilfsmittelversorgung vornehmen, eine Versorgungskonzeption erstellen und eine Hilfsmittelversorgung einleiten und begründen können. Dies sind insbesondere Ärzte in verschiedenen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, der Eingliederungshilfe, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Orthopädischen Versorgungsstellen, der Krankenhäuser sowie der beruflichen Rehabilitation, die vielfach über entsprechende Kompetenzen verfügen. Sie sollten die entsprechende Versorgung in angemessener Form veranlassen können. Sie sollten zu dieser Aufgabe bei Bedarf vertragsärztlich ermächtigt werden.

Teamarbeit

Soweit es sich um Menschen mit komplexem Hilfsmittelversorgungsbedarf handelt, sollte der Prozess der Hilfsmittelversorgung auf Teamstrukturen zurückgreifen können. Die Entwicklung von Teamarbeit ist deshalb zu fördern. Solche Teams, in die ein LEHM einbezogen ist, sollten insbesondere an Kompetenzzentren gebildet werden. Die Krankenkassen und der LEHM, der in einem solchen Team arbeitet, sollte in diesen Fällen eine vertragliche Regelung finden, z. B. unter Bezugnahme auf die Mitwirkung im Kompetenzzentrum.

Kompetenzzentren für die Hilfsmittelversorgung

Es sollte Ärzten oder Einrichtungen ermöglicht werden, Kompetenzzentren für die Hilfsmittelversorgung zu bilden. Für bestimmte Indikationsbereiche, z. B. Unterstützte Kommunikation, Sitzschalenversorgung, Kinderrehabilitation und Prothesenversorgung ist dies besonders notwendig, um die Versorgungsqualität zu verbessern. Diese Kompetenzzentren sollten sich durch besondere fachliche Qualifikation auszeichnen. Sie sollten weitere Anforderungen erfüllen, wie z. B. Fortbildung der Mitarbeiter, Teamarbeit mehrerer Berufsgruppen und des LEHM, ärztliche Leitung, Übernahme des Case Managements bei der Hilfsmittelversorgung einschl. sachgerechter Beratung und sozialrechtlicher Einordnung im Hinblick auf die Handlungsmöglichkeiten der verschiedenen Sozialleistungsträger bei der Hilfsmittelversorgung.

Diese Kompetenzzentren sollten mit den Krankenkassen eng zusammenarbeiten und von diesen als solche anerkannt werden. Die qualifizierte Arbeit der Kompetenzzentren sollte den weiteren Prüfungsprozess der Hilfsmittelversorgungsvorschläge durch die Krankenkassen entlasten, der entsprechend weniger aufwändig sein könnte.

Kompetenzzentren sollten in der Regel regional ausgerichtet sein, um eine möglichst wohnortnahe Versorgung zu ermöglichen, wobei hier eine regionale Differenzierung je nach Spezialisierung wünschenswert ist.

Die Kompetenzzentren müssen firmenunabhängig arbeiten, auch wenn sie im Zuge einer Teamentwicklung mit bestimmten LEHM vorrangig zusammenarbeiten. Vertragliche Beziehungen oder Entgeltleistungen zwischen Kompetenzzentrum und LEHM sind nicht zulässig, es sei denn, diese sind im Ein-

vernehmen mit den Krankenkassen geschlossen, vgl. dazu § 128 SGB V.

Feste Kooperationsbeziehungen mit einigen wenigen LEHM z. B. im Rahmen der Teambildung können sinnvoll sein und sind den Krankenkassen anzuzeigen, um mögliche Interessenslagen der Beteiligten transparent zu machen.

Sofern Kompetenzzentren nicht zur Verfügung stehen, ist zumindest langfristig zu empfehlen, die Verordnung bestimmter Hilfsmittel an eine entsprechende Qualifikation des verordnenden Arztes zu binden, zumindest für aufwändige Hilfsmittel. Dafür ist ein entsprechendes Fortbildungsprogramm vorauszusetzen; jedoch dürfen die Anforderungen an die ärztliche Kompetenz nicht die Durchführung der Hilfsmittelversorgung gefährden.

Einbeziehung des Leistungsträgers

Es sind Organisationskonzepte zu entwickeln, die die frühzeitige Einbeziehung des Kostenträgers ermöglichen, z. B. eine regelmäßige Konsultation mit Experten des Kostenträgers bei schwierigen Fällen schon während der Erstellung der Versorgungskonzeption. Dazu ist eine regionale Betreuung der Versicherten während der Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen wünschenswert. Es könnten dort Ansprechpartner zur Verfügung stehen, die die Arbeit der regionalen Kompetenzzentren sowie die für die Versorgung relevanten regionalen Besonderheiten (Kontextfaktoren) einschätzen können. Die Kenntnis der Kontextfaktoren kann auch für die Krankenkassen ein wesentlicher Schritt für eine bedarfsgerechte und zugleich wirtschaftliche Versorgung sein. Es könnte regional auch vereinbart werden, dass für entsprechende Konsultationen der MDK zur Verfügung steht.

Es ist zu prüfen, ob wohnortnahe Hilfsmittelkonferenzen ein geeignetes Mittel der Konsensfindung sein können. Dazu kommen in Zukunft auch Videokonferenzen in Betracht.

Die Krankenkasse hat die Möglichkeit, ihrerseits Firmen oder Beratungsdienste zu beauftragen. Es muss jedoch sichergestellt sein, dass die Beratungsdienste firmenunabhängig arbeiten und nicht selbst Leistungsanbieter sind. Ihre Qualifikation ist sicherzustellen. Diese Beratungsdienste müssen verpflichtet werden, mit vom Patienten bzw. vom verordnenden Arzt zu benennenden Kompetenzzentren oder zu beteiligenden Akteuren vor Ort zusammenzuarbeiten. Dies können Bezugspersonen oder Therapeuten für behinderte Menschen sein. Bei der Auswahl solcher Beratungsdienste sind die Anforderungen an die Qualität des Hilfsmittelversorgungsprozesses zu beachten. Nicht ausdiskutiert wurde die Frage, ob in diesen Fällen nicht § 14 Abs. 5 SGB IX greift. Dies würde bedeuten, dass der Sozialleistungsträger – hier die Krankenkasse – dem Patienten 3 Gutachter zur Auswahl vorschlagen muss. Diesen Sachverhalt deckt § 275 Abs. 4 SGB V nicht ab.

Ergänzung des Hilfsmittelverzeichnisses

Die Bedarfsermittlung, das Assessment sowie die Erarbeitung der Versorgungskonzeption sollten als Dienstleistungen in das Hilfsmittelverzeichnis als

Leistungsbestandteile der Hilfsmittelversorgung aufgenommen werden.

Informationsfluss – Informationsbereitstellung

Es sollte sichergestellt sein, dass die Leistungsträger auf Informationen zugreifen können, die ihnen aus früheren Versorgungen vorliegen, und dass diese in den Prüfungs- und Genehmigungsprozess einfließen können. So kann vermieden werden, dass Betroffene und Ärzte stets aufs Neue alle Informationen wieder zusammentragen müssen.

Der Informationsfluss zwischen Hilfsmittelversorgungsteam und Leistungsträger sollte von der Bedarfsermittlung über die Hilfsmittelverordnung bis ggf. zur Versorgungskonzeption so gestaltet sein, dass Rückfragen möglichst nicht erforderlich sind. Das Anfordern umfassender Berichte sollte auf das Notwendigste beschränkt werden.

Die Verantwortung des Arztes für die Hilfsmittelversorgung sollte eindeutig definiert sein. Dies sollte ggf. in den Verträgen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen geregelt werden, wenn die Hilfsmittelrichtlinien dazu nicht ausreichen. Dies ist notwendig, um den direkten Informationsfluss zwischen dem das Hilfsmittel verordnenden Arzt und der Krankenkasse korrekt gestalten zu können. Beispielsweise können im direkten Kontakt therapeutische Fragen oder Unklarheiten im Hinblick auf die Hilfsmittelrichtlinien geklärt werden, ohne dass es zu einem (für den Patienten nachteiligen) Eingriff in die Therapieentscheidung des Arztes kommt. Eine rechtliche Klarstellung wäre auch für den Fall einer Beteiligung des Vertragsarztes an Hilfsmittelkonferenzen sinnvoll.

B 4 Optimierung der Entscheidungsprozesse der Leistungsträger einschl. der Begutachtung

Die derzeitige Praxis der Entscheidungsprozesse bei der Sozialleistungsträgern über verordnete bzw. beantragte Hilfsmittelversorgungen (einschl. der Entscheidung über erforderliche Begutachtungen) war der häufigste Kritikpunkt seitens der Betroffenen, Ärzte und sonstigen am Prozess der Hilfsmittelversorgung Beteiligten.

Als eine Ursache wurden unzureichende Unterlagen identifiziert, z. B. unzureichende oder unkorrekte Angaben in der ärztlichen Verordnung oder dem Kostenvoranschlag, so dass eine ausreichende Beurteilung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit des Hilfsmittels mangels Entscheidungsgrundlagen nicht möglich war. Obwohl die für die Beurteilung notwendigen Informationen vorhanden sind, gelangen sie häufig nicht an den Kostenträger. Zur Verbesserung dieser Komponenten wurden bereits Vorschläge unterbreitet.

In der Regel sollte für eine Hilfsmittelversorgung eine ärztliche Verordnung mit ausreichenden Informationen (Abstufung s. Kapitel B 3.3) vorliegen, die das Ziel der Hilfsmittelverordnung begründet und die dem kompetenten Sachbearbeiter eine weitere fachgerechte Bearbeitung ermöglicht. Als ausreichend sind solche Verordnungen anzusehen, die die Anforderung des Kap. B 3.3 erfüllen.

Hilfsmittelversorgungen sollten, wenn dies notwendig erscheint, zumindest aber bei schwierigen, komplexen Fällen in einer ausführlichen Versorgungskonzeption erfasst werden. Es wird empfohlen, dafür standardisierte Dokumentationsformen (z. B. Profilerhebungsbögen) zu nutzen, die jedoch nicht zu umfangreich sein dürfen und zugleich eine freitextliche Formulierung ermöglichen sollten. Allerdings können diese in vielen Fällen eine Versorgungskonzeption nicht ersetzen. Mit solchen Erhebungsbögen werden in der Regel wesentliche Anforderungen an das Hilfsmittel und auch an den Versorgungsprozess mit den notwendigen Dienstleistungen erfasst. Die Daten können vom LEHM oder dem verordnenden Arzt zusammengetragen werden; jedoch sollte der Arzt in jedem Fall den Erhebungsbogen unterzeichnen und damit sein Einverständnis mit dem Versorgungsvorschlag dokumentieren.

Welche Informationen und Dokumentationsunterlagen nach Art und Umfang bereitgestellt werden müssen, sollte für geeignete Produkte bereits im Hilfsmittelverzeichnis oder den Hilfsmittelrichtlinien geregelt werden.

Die weitere Bearbeitung der Hilfsmittelgenehmigung innerhalb der Krankenkasse erfolgt nach Prüfung der Zuständigkeit in einem qualitätsgesicherten Prozess. Klare Vorgaben für den Prüf- und Entscheidungsprozess bei den Krankenkassen sind besonders dann wichtig, wenn die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse die Qualität der Hilfsmittelversorgung beeinflusst.

Die Krankenkassen sollten sich zu einem entsprechenden Qualitätsmanagement im Bereich der Hilfsmittelversorgung verpflichten. Dazu gehört auch eine Evaluation der eigenen (krankenkasseninternen) Entscheidungen (vgl. dazu Kap. B 7).

Für eine qualitätsorientierte **Antragsbearbeitung durch die Krankenkasse** sollten folgende Kriterien gelten:

- **nicht primär hilfsmittel-, sondern problemlösungsorientiert**

Die Krankenkasse analysiert die Hilfsmittelverordnung im Hinblick auf das zu lösende Problem. Ein solcher problemlösungsorientierter Ansatz bedeutet, dass nicht die Entscheidung für oder gegen ein Hilfsmittel, sondern die Lösung des Problems im Vordergrund steht.

- **zeitnah**

Der Informationsfluss und der Bearbeitungsprozess sollten der Dringlichkeit angepasst sein. Alle Maßnahmen wie Rückfragen, Begutachtungen etc. sollten daraufhin überprüft werden, wie unnötige Verzögerungen vermieden werden können. Probleme sollten schnell und unbürokratisch gelöst werden. Der Bearbeitungsprozess sollte auf eine zügige Entscheidungsfindung ausgerichtet sein. In manchen Fällen muss die Dringlichkeit der Versorgung kommuniziert werden (z. B. kann eine wachstumsbedingte Anpassung einer Sitzschale dringlich sein oder aber durchaus noch etwas hinausgeschoben werden). Die Krankenkasse sollte bei der Beurteilung der Versorgungskonzeption, der weiteren Gestaltung

des Prüfungsprozesses und der Leistungsentscheidung im Sinne einer wirtschaftlichen Verfahrensgestaltung den Kompetenzgrad der verordnenden Stelle berücksichtigen.

Insbesondere muss verhindert werden, dass eine langwierige Prüfung und damit eine Verzögerung der Versorgung negative Wirkungen für den Patienten im Hinblick auf die Grunderkrankung hat. So können Komplikationen auftreten, z. B. bei der Ernährung, Dekubitus, Beeinträchtigung wichtiger Funktionen wie Gehen oder Stehen sowie auch erhebliche Einschränkungen der Teilhabe, wie z. B. Bettlägerigkeit, Fernbleiben vom Schulbesuch oder von der Arbeit.

- **dialogorientiert**

Die Krankenkasse sollte den Meinungs-austausch zwischen den Beteiligten suchen und eine Klärung im Gespräch anstreben. Der bloße Austausch von Informationen und Positionen ohne Ergebnisfindung/Einigung über den Sachverhalt ist oft nicht zielführend.

Der Zielkonflikt zwischen rascher Versorgung und ausführlicher Prüfung der Wirtschaftlichkeit darf nicht zu Lasten des Patienten ausgetragen werden. Entscheidungen müssen rasch, unbürokratisch und ggf. auch als Kompromiss konsensorientiert getroffen werden. Alle Beteiligten haben sich an der zeitnahen Bearbeitung im Dialog zu beteiligen.

- **rationell**

Die Antragsbearbeitung durch die Krankenkasse sollte für alle Beteiligten rationell sein, d. h. es sollten alle Maßnahmen unterlassen werden, die nicht wirklich notwendig sind, z. B. Rückfragen zu Krankheitsbildern, die aus Vorbegutachtungen bekannt sind, Anfordern zusätzlicher Standardfragebögen trotz vorgelegter ausführlicher Information etc. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass viele Rückfragen an den LEHM oder den Arzt von diesem nur nach erneuter Untersuchung/Kontaktaufnahme mit dem Patienten zu beantworten sind. Auf zusätzliche Erhebungen sollte verzichtet werden, wenn Profilerhebungsbögen (oder auch Assessmentinstrumente) beigefügt wurden, die den Bedarf beschreiben und einen Lösungsvorschlag enthalten.

- **fachlich kompetent**

Der Krankenkassenmitarbeiter sollte über eine angemessene fachliche Qualifikation und Erfahrung verfügen. Dies schließt medizinische, rehabilitative, technische sowie leistungsrechtliche Kenntnisse ein. Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses sowie vorhandene Leitlinien der Fachgesellschaften sollten berücksichtigt werden. Fachliche Kompetenz der Mitarbeiter spart Rückfragen und fördert die Wirtschaftlichkeit nicht zuletzt durch eine angemessene Qualitätskontrolle. Der Mitarbeiter muss auch gegenüber dem verordnenden Arzt und dem LEHM ein kompetenter Gesprächspartner sein können.

- **transparent**

Das Entscheidungsverfahren sollte transparent gemacht werden, sowohl für den Patienten als auch für den verordnenden Arzt und die Leistungserbringer. Entscheidungen sollten so begründet sein, dass die Gründe nachvollziehbar und ggf. überprüfbar sind.

- **Hinzuziehen von Experten**

Die Krankenkasse kann bei Bedarf den MDK oder externe Kompetenz hinzuziehen. Um Verzögerungen zu vermeiden, sollte dies aber auf notwendige Fälle beschränkt werden. Den Experten sind seitens der Krankenkasse alle vorhandenen Informationen zur Verfügung zu stellen, ggf. auch durch Rückgriff auf frühere Vorgänge.

Bei Heranziehung **externer Gutachter** muss ein Eigeninteresse dieser Experten als LEHM ausgeschlossen sein, und sie müssen entsprechend qualifiziert sein. Zu klären sind Fragen des Umfangs externer Experten mit Sozialdaten (siehe Seite 53). Nicht ausdiskutiert ist die Frage, ob in dem Fall, dass externe Gutachter bemüht werden, § 14 Abs. 5 SGB IX zur Anwendung kommen muss.

Wird der **MDK** in besonderen Fällen bei der Prüfung von schwierigen Verordnungen oder auch zur Beratung des Versicherten oder zur Ergebniskontrolle herangezogen, sollte er die anderen am Versorgungsprozess Beteiligten und den Betroffenen z. B. durch eine Fallkonferenz (siehe Hilfsmittelkonferenz Seite 56) in die Beratung einbeziehen. Wenn fachärztliche / fachtechnische Verordnungen abgelehnt werden, muss die Ablehnung fach- und sachgerecht begründet werden. Eine Ablehnung ist in der Regel nur bei Vorliegen einer einschlägigen Fachkompetenz möglich.

In komplizierten Fällen können verschiedene fachlich kompetente Experten erforderlich sein, um einen Sachverhalt entscheiden zu können. Um diese organisatorisch in den Prozess der Hilfsmittelversorgung zu integrieren, bietet sich eine Fallkonferenz vor Ort oder die Einschaltung von weiteren kompetenten Experten z. B. aus Kompetenzzentren an, z. B. im Bereich der Unterstützten Kommunikation oder bei der Prothesenversorgung. Auch können die Kompetenzen von Rehabilitationskliniken, SPZs und anderen Spezialeinrichtungen genutzt werden.

Die fachliche Prüfung von Hilfsmittelversorgungen zur Sicherung des Behandlungserfolges, also mit therapeutischer Funktion, sollte in der Regel von einem Gutachter desselben Fachgebietes durchgeführt werden.

- **Expertengutachten**

Das Expertengutachten hat – je nach individuellem Fall – unter Berücksichtigung der Vorgeschichte, des bisherigen Verlaufs, des aktuellen Befundes, der bisher durchgeführten Maßnahmen, der Prognose des Krankheitsbildes, des vom Verordner formulierten Ziels und unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren eine Hilfsmittelverordnung medizinisch und sozialmedizinisch zu beurteilen. Das Gutachten stellt eine Empfeh-

lung an den Auftraggeber dar, der die leistungsrechtliche Entscheidung zu treffen hat. Ablehnende Empfehlungen sind medizinisch oder sozialmedizinisch zu begründen (§ 35 SGB X). Alternative Möglichkeiten zur vorgesehenen Verordnung sollten wenn möglich aufgezeigt und in besonderen Fällen im Rahmen der Sachklärung mit dem verordnenden Arzt kommuniziert werden, sofern dies vom Behandler gewünscht wird.

Die Aufgaben des MDK richten sich nach § 275 SGB V. Der verordnende Arzt, der beteiligte LEHM und der Patient sollten die schriftliche Stellungnahme zusammen mit der leistungsrechtlichen Entscheidung erhalten. Dafür ist die formale Einwilligung des Patienten zur Weitergabe der Stellungnahme einzuholen.

Vor dem Verwaltungsakt soll der Betroffene Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten (§ 24 SGB X).

Dazu gehört auch, dass der verordnende Arzt von der Krankenkasse über eine bevorstehende Entscheidung informiert wird – sonst kann er die Verantwortung für die Behandlung nicht übernehmen. Mit einem gemeinsamen Abstimmungsverfahren soll vermieden werden, dass die notwendige Behandlung des Patienten unterbleibt, weil die Versorgungskonzeption des behandelnden Arztes nicht umgesetzt wird.

Sind durch eine Ablehnung oder eine verlängerte Prüfung der vom behandelnden Arzt vorgelegten Versorgungskonzeption unerwünschte Wirkungen oder Komplikationen beim Patienten zu erwarten, teilt der behandelnde Arzt dies unverzüglich dem Patienten und der Krankenkasse mit. Sieht die Krankenkasse jedoch die Notwendigkeit einer ausführlichen Prüfung, die eine Verzögerung bewirken kann, teilt sie dies dem verordnenden Arzt und dem Patienten mit.

Im DVfR-Ausschuss wurde die Frage der Haftung für unerwünschte Wirkungen einer verzögerten Versorgung für den Fall aufgeworfen, dass sich Patient, Krankenkasse und Arzt nicht auf ein Vorgehen einigen und dass für den Patienten die Selbstbeschaffung der Leistungen nicht in Betracht kommt. Dem Patienten ist je nach Zustand häufig nicht zuzumuten, eine sofortige Versorgung auf dem Klagewege zu erreichen. Eine einheitliche Auffassung dazu konnte im Ausschuss jedoch nicht entwickelt werden.

- **Zweitmeinung / alternative Versorgungskonzeption**

Wird eine **zweite Meinung** zu einer Verordnung bzw. einer Versorgungskonzeption benötigt, kann die Krankenkasse einen anderen LEHM mit der Erstellung einer alternativen Versorgungskonzeption beauftragen. Dabei sind dann aber die oben beschriebenen Qualitätsanforderungen an den Prozess einzuhalten und ein wettbewerbsrechtlich einwandfreies Verfahren zu gewährleisten. Zugleich darf daraus keine Verzögerung resultieren, die eine bedarfsgerechte Versorgung verhindert. Das bedeutet, dass im Einzelfall zu entscheiden ist, ob eine Verzögerung durch Einho-

lung eines zweiten Angebotes vertretbar ist oder nicht. Ggf. muss dies mit dem behandelnden Arzt bzw. dem Patienten geklärt werden.

- **Umgang mit patientenbezogenen Informationen**

Der Vertragsarzt muss der Krankenkasse nur die Informationen über das Krankheitsbild zur Verfügung stellen, die zur Begründung der Verordnung notwendig sind. Weitere Auskünfte kann lediglich der MDK verlangen, der solche Informationen aus Datenschutzgründen aber nicht weiterleiten darf.

Sofern es sich um eine dauerhafte Behinderung oder chronische Krankheit mit langfristigem Hilfsmittelbedarf handelt, sollte dies bei der Krankenkasse in geeigneter Form dokumentiert sein. Dazu bietet sich eine Basisinformation bzw. eine Stuserhebung über Art und Umfang der Behinderung an, damit wiederholte Rückfragen entbehrlich werden, z. B. mittels eines Profil- oder Stuserhebungsbogens. Dabei kann ggf. auch das Pflegegutachten herangezogen werden. Allerdings ist dabei zu beachten, dass das Rehabilitationspotential und die Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung daraus oft nicht unmittelbar abgeleitet werden können. Die sozialmedizinische Beurteilung des Hilfsmittel- oder auch Rehabilitationsbedarfes kann dort aufgrund einer anderen Fokussierung des Gutachtens unzureichend sein.

Im Zusammenhang mit der Gestaltung der Entscheidungsprozesse bedürfen folgende Probleme einer Lösung:

- Für den MDK gelten gesetzliche Regelungen für den Umgang mit Sozialdaten, nicht aber für andere Gutachter, die durch die Krankenkasse beauftragt werden. Die DVfR empfiehlt hierzu eine Klärung.
- Wenn durch die Krankenkasse im Rahmen des Prüfverfahrens einer Hilfsmittelversorgung ein zweiter Anbieter hinzugezogen wird, kann die Notwendigkeit einer persönlichen Konsultation mit dem Arzt und dem LEHM bestehen, die zusätzliche Kosten verursacht.
- Zu klären ist, über welchen Zeitraum patientenbezogene Daten bei den Krankenkassen gespeichert werden, und ob der Zugriff der Krankenkassen-Sachbearbeiter auf diese Daten sichergestellt ist. Dies könnte insbesondere bei Folgeverordnungen von Hilfsmitteln den Prüfprozess verkürzen.

Bei vorgesehener Nichtzustimmung der Krankenkasse zum Versorgungsvorschlag

Bleiben Zweifel an der Verordnung oder kommt die Krankenkasse zu der Erkenntnis, dass die Verordnung nicht oder nicht wie vorgeschlagen genehmigt werden kann, sollte sie dem Verordner vor einem ablehnenden Bescheid eine Gelegenheit zur Stellungnahme zum vorgesehenen Bescheid einräumen. Darin sollten auch Alternativvorschläge oder zumindest Problemlösungswege enthalten sein, die dann zielorientiert durch den Patienten, den LEHM oder den verordnenden Arzt geprüft werden können.

Wird das verordnete Hilfsmittel nur vom Grundsatz her genehmigt, jedoch eine gegenüber dem Kostenvoranschlag bzw. der Versorgungskonzeption abweichende Ausführung vorgesehen, sollte der verordnende Arzt (oder Casemanager) zur Wahrnehmung seiner Verantwortung informiert werden. Er sollte die Möglichkeit erhalten, seine fachliche Sicht einzubringen und ggf. auch einer vorgesehenen Andersversorgung (Umversorgung) zu widersprechen.

Der Hilfsmittelversorgungsprozess lässt sich verbessern, wenn der Arzt über die Leistungsentscheidung informiert wird, damit er dies im Rahmen seines Behandlungsplanes berücksichtigen kann.

B 5 Optimierung der Zuständigkeitsklärung

Im Rahmen der Zuständigkeitsprüfung wird durch den Sozialleistungsträger zunächst geklärt, ob beim Versicherten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Hilfsmittelversorgung gegeben sind, und ob es sich bei dem verordneten oder beantragten Hilfsmittel um einen rechtlich abgedeckten Leistungsanspruch im Sinne eines SGB handelt.

5.1 Bei Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist die Krankenkasse des Versicherten für die Hilfsmittelversorgung angefragt, erfolgt die Prüfung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit und der rechtlichen Zuständigkeit. Gelangt die Krankenkasse zu der Auffassung, dass unabhängig von der Beurteilung des Bedarfes die Hilfsmittelversorgung nicht in ihre Zuständigkeit fällt, sind zwei Maßnahmen zu treffen:

1. Diese Entscheidung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen. Die Erklärung der Nichtzuständigkeit ist ein Verwaltungsakt, gegen den Widerspruch oder Klage erhoben werden kann; deshalb ist diese Mitteilung mit dem Hinweis auf mögliche Rechtsmittel zu versehen. (Diese Entscheidung beinhaltet nicht die Feststellung, ob und ggf. welcher Bedarf an einem Hilfsmittel im Rahmen des SGB V besteht).
2. Nach § 29 SGB I in Verbindung mit §§ 4, 26 und 31 SGB IX kann jedoch die ärztliche Verordnung eines Hilfsmittels auch als Antrag (an die Krankenkasse) auf Gewährung eines Hilfsmittels im Rahmen der medizinischen Rehabilitation verstanden werden. Uneinigkeit bestand im DVfR-Ausschuss, ob dies immer unterstellt werden muss und damit automatisch das Verfahren nach § 14 SGB IX (Zuständigkeitsklärung) greift, oder ob es dazu eines besonderen Antrags des Patienten bedarf. Ob für die Übernahme der Kosten für ein Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation andere Kriterien für dessen Notwendigkeit gelten können als für ein Hilfsmittel in der kurativen Versorgung, konnte im Ausschuss nicht einvernehmlich geklärt werden.

In jedem Falle aber muss ein Antrag des Patienten auf ein Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ein Verfahren nach § 14 SGB IX auslösen. Dann gilt, dass auch bei eindeutiger Nichtzuständigkeit der Krankenkasse für diese nach § 14 SGB IX die Pflicht besteht zu prüfen, ob ein anderer Leistungsträger zuständig sein kann, wenn es sich um ein Hilfsmittel z. B. im Sinne des § 31 SGB IX oder § 54 SGB XII (i.V. mit § 9 Eingliederungshilfeverordnung) handelt oder handeln kann. In diesem

Fall ist die Krankenkasse gesetzlich verpflichtet, den wahrscheinlich zuständigen Träger zu ermitteln und den Antrag auf das Hilfsmittel an diesen Kostenträger weiterzuleiten.

Dies gilt insbesondere dann, wenn die Krankenkasse nur eine Teilzuständigkeit erkennen kann.

5.2 Zuständigkeitsklärung anderer Leistungsträger und Information des Betroffenen

Ist der zweitangegangene Sozialleistungsträger der Auffassung, dass er nicht zuständig ist, ist er verpflichtet, unverzüglich die Zuständigkeit mit dem seiner Meinung nach zuständigen Leistungsträger abzuklären, um zu gewährleisten, dass dem Betroffenen innerhalb der gesetzlichen Frist von 3 Wochen (ohne Gutachten) oder 2 Wochen nach Gutachteneingang eine Entscheidung zugeht. Darüber muss er den Betroffenen informieren.

Leitet der erstangegangene Leistungsträger den Antrag nicht weiter und lehnt er das Hilfsmittel lediglich ab, ist er zur Kostenerstattung verpflichtet, wenn der Betroffene ein notwendiges Hilfsmittel dann selbst beschafft. Führt der zweitangegangene Leistungsträger keine Abklärung der Zuständigkeit herbei, kann dann dieser bei Selbstbeschaffung erstattungspflichtig sein. Im Zweifelsfalle sollten sich die Sozialleistungsträger nach Auffassung der DVfR zur Abklärung der Servicestelle bedienen.

Es ist zurzeit nicht geklärt, wer die Kosten der Hilfsmittelversorgung übernimmt, wenn sich kein Leistungsträger für zuständig hält und jeder angegangene Leistungsträger das Hilfsmittel ohne Zuständigkeitsklärung allein vom Bedarf her ablehnt.

Die DVfR empfiehlt für die Optimierung der Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger bei der Versorgung mit Hilfsmitteln den Abschluss einer Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX.

Kommen die in der Servicestelle kooperierenden Sozialleistungsträger einschließlich des Trägers der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII bei ihrer Prüfung zu dem Ergebnis, dass sie für ein Hilfsmittel nicht zuständig sind, dass dieses aber notwendig, zweckmäßig und ggf. auch wirtschaftlich ist, können Betroffene bei wirtschaftlicher Überforderung einen Antrag auf Hilfe zur Beschaffung im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt beim zuständigen Sozialamt stellen. Dieses muss entscheiden, ob es ein Darlehen gewähren, ggf. einen Mehrbedarf nach § 30 SGB XII anerkennen oder eine Lösung im Rahmen des § 73 SGB XII finden kann. Grundsätzlich kommt auch die Hilfestellung im Rahmen eines persönlichen Budgets in Betracht. Ist nämlich ein Hilfsmittel notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig und zugleich aus dem Leistungskatalog des SGB ausgegrenzt, fällt die Aufgabe der Beschaffung in den persönlichen Bereich des Patienten. Es hängt dann vom Einkommen und Vermögen ab, ob er dies selbst bezahlen kann und ob er, falls ihm das nicht möglich ist, dafür ggf. Ansprüche im Rahmen der Sicherung des Lebensunterhaltes geltend machen kann.

Bleiben die Sachverhalte im Hinblick auf Eingliederungshilfe unklar, hat das Gesundheitsamt die ge-

setzlich bestimmte Aufgabe, den Betroffenen zu beraten (§ 59 SGB XII).

5.3 Fristen

Die Entscheidungen über die Zuständigkeit sollen innerhalb angemessener Fristen erfolgen. Die Vorgaben nach § 14 SGB IX sind zu beachten. Ggf. kann der behandelnde Arzt Eilbedarf feststellen oder eine Abkürzung des Verfahrens anregen, wenn die Versorgung auf Grund eines akuten Behandlungsbedarfes erforderlich ist.

5.4 Hilfsmittelkonferenz

Ist absehbar, dass eine Entscheidung über die Zuständigkeit oder den Bedarf schwierig ist und dass für die Klärung der Zuständigkeit auch fachliche Aspekte relevant sind, sollte es möglich sein, eine Hilfsmittelkonferenz mit den Beteiligten durchzuführen, die sozialraumbezogen zu organisieren ist. Diese sollte vom verordnenden Arzt, einem Sozialleistungsträger, von der Servicestelle oder auf Anregung des Patienten einberufen werden können. Dafür sind noch Regularien zu entwickeln.

B 6 Optimierung des Herstellungs- und Anpassungsprozesses von Hilfsmitteln

Jedes Hilfsmittel muss bedarfsgerecht sein, und um es nutzen zu können, muss es vor allem passgerecht sein. Dazu ist häufig vor der Herstellung des Hilfsmittels ein Maßnahmen (Aufmaß) durch den LEHM erforderlich. Dies kann erfolgen, wenn der Betroffene den LEHM aufsucht. Ist dies nicht oder nicht mit vertretbarem Aufwand möglich oder müssen für die Nutzbarkeit des Hilfsmittels die Kontextfaktoren in häuslicher Umgebung analysiert oder die Kenntnisse von relevanten Bezugspersonen einbezogen werden, ist der LEHM verpflichtet, den Betroffenen zu Hause (oder in seinem Umfeld) aufzusuchen, um die notwendigen Informationen zu sammeln. Sollte ein Hausbesuch notwendig sein, ist er bereits in der Versorgungskonzeption aufzuführen, da die Kosten in die Hilfsmittelversorgung eingehen. Der LEHM ist verantwortlich, alle Informationen, die für die Passgenauigkeit des Hilfsmittels von Bedeutung sind, zu beschaffen und sie bei der Erarbeitung der Versorgungskonzeption zu verwenden.

Dies gilt für alle LEHM unabhängig davon, ob sie auf Grund eines Vertrages mit der Krankenkasse die Versorgung durchführen können oder ob sie nach § 127 Abs. 3 SGB V eine Vereinbarung im Einzelfall treffen.

Die Fertigstellung des Hilfsmittels hat unverzüglich zu erfolgen. Falls Dringlichkeit der Versorgung vorliegt, ist die Einschätzung des behandelnden Arztes und /oder des Betroffenen einzuholen.

Der LEHM informiert den Betroffenen über den Stand der Versorgung bei längerer Dauer oder Verzögerungen. Für die einzelnen Hilfsmittel sollten Zeitkorridore festgelegt werden, innerhalb derer die Fertigstellung erfolgen muss. Dabei sind Regelungen für Lieferschwierigkeiten sowie für evtl. Überbrückungsmaßnahmen zu treffen.

Nach der endgültigen Fertigstellung ist das Hilfsmittel stets durch den LEHM gemeinsam mit dem Pati-

enten auf Passgenauigkeit zu kontrollieren (dies ist auch bei Standardrollstühlen notwendig), und es ist die Funktionstüchtigkeit gemeinsam mit dem Patienten zu überprüfen.

Je nach Art des Hilfsmittels sind dafür ein oder mehrere Anpassungssitzungen mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen erforderlich. Am Anpassungsprozess sind die Personen zu beteiligen, die in der Versorgungskonzeption dafür benannt sind; dafür ist der LEHM mitverantwortlich. Gemeinsame Termine sind von allen Beteiligten zu ermöglichen.

Eine Hilfsmittelversorgung soll auch bei komplizierten Anpassungsprozessen innerhalb von wenigen Monaten abgeschlossen werden können, sofern der Gesundheitszustand des Patienten dies gestattet. Bei prolongierter Dauer sollten Zwischenrechnungen möglich sein (ggf. mit Begründung), Entsprechendes ist in den Verträgen zwischen Leistungsträger und LEHM zu vereinbaren.

Die bedarfsgerechte und zeitnahe Ausführung sowie die Kooperationsfähigkeit des LEHM sollten ein wesentliches Auswahlkriterium für den LEHM sein. Durch den LEHM verursachte Verzögerungen sollten deshalb auch auf der Seite der Leistungsträger systematisch erfasst und berücksichtigt werden. Auch entsprechende Erfahrungen des Patienten und der Selbsthilfe sind in diesem Sinne zu berücksichtigen.

Die Erreichbarkeit des LEHM, z. B. in seiner Werkstatt, ist im Anpassungsprozess bei bestimmten Hilfsmitteln von großer Bedeutung. Dies ist bei der Vergabe des Versorgungsauftrags zu berücksichtigen, wenn dies lt. Versorgungskonzeption notwendig ist.

Die Auslieferung des Hilfsmittels ist stets mit einer Einweisung nach MPG (Medizinproduktegesetz) und der Übergabe der Garantiekarte, der Gebrauchsanleitung, Bekanntgabe vertraglicher Leistungen (vor allem bei Versorgungspauschalen) sowie Hinweisen zu Reparatur- und Servicemöglichkeiten verbunden. Der Patient ist darüber zu informieren, an wen er sich bei Feststellung unzureichender Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels wenden kann, und dass er zur Beurteilung der Funktionsfähigkeit ggf. den verordnenden Arzt konsultieren kann. Die Auslieferung des Hilfsmittels mit Dokumentation dieser Komponenten sollte vom Patienten quittiert werden (siehe Kap. B 7 Ergebnisqualität).

B 7 Sicherung und Verbesserung der Ergebnisqualität der HMV

Für die Sicherung der Ergebnisqualität im Einzelfall sollte nach Abschluss der Versorgung in der Regel eine Ergebnisüberprüfung durch den verordnenden bzw. behandelnden Arzt erfolgen. Diese erstreckt sich auf die Zielerreichung im Hinblick auf die Behandlung, die Funktionen, die Aktivitäten und die Teilhabe. Der Arzt kann die Prüfung an andere Beteiligte, die in der Versorgungskonzeption benannt sind, delegieren. Bei Unklarheiten, offenen Fragen oder strittigen Einschätzungen ist der Arzt einzuschalten. Die Prüfung der Zielerreichung durch Abgleich mit der Bedarfserhebung gilt als Verpflichtung für den Patienten, den LEHM oder therapeutische Fachkräfte stets dann, wenn das Hilfsmittel nicht

oder nicht wie vorgesehen genutzt werden kann. Der Arzt legt das weitere Vorgehen fest.

Alle am Versorgungsprozess Beteiligten sind verpflichtet, Probleme und mangelnde Bedarfsgerechtigkeit der Hilfsmittelversorgung dem Patienten, dem LEHM und dem Arzt mitzuteilen und sich an der Beseitigung der Mängel zu beteiligen. Dies sollte Bestandteil der Leistungsvereinbarungen sein, insbesondere auch in der Pflege.

Zur Mängelbeseitigung kann aus medizinischen Gründen ein Krankentransport für den Betroffenen zum behandelnden Arzt mit samt dem Hilfsmittel erforderlich sein. Der LEHM hat auf Wunsch des Arztes seine Anwesenheit in der Praxis /am Arbeitsort zu ermöglichen.

Nach angemessener Frist sollen der Patient, seine Bezugspersonen oder seine ihn betreuenden Pflegefachkräfte oder die LEHM dem Arzt von sich aus mitteilen, ob die Ziele der Hilfsmittelversorgung erreicht sind. Dieser hat die Rückäußerung zu dokumentieren.

Zur Überprüfung des Ergebnisses der Hilfsmittelverordnung kann der Leistungsträger Stichprobenprüfungen durchführen. Kann der LEHM innerhalb einer vom Arzt festzusetzenden Frist das Hilfsmittel nicht bedarfsgerecht liefern, hat der Patient den Leistungsträger davon zu informieren. Dieser klärt den Sachverhalt mit dem LEHM, ggf. unter Einbezug des MDK und des verordnenden Arztes.

Leistungsträger und LEHM sollten Vereinbarungen darüber treffen, an welche Voraussetzungen die vollständige Begleichung der Rechnung gebunden werden soll und wann ggf. Teilzahlungen vorzusehen sind. Dies kann bei bestimmten aufwändigen Hilfsmitteln an die Zielerreichung gebunden werden, soweit nicht patienten- oder bezugspersonen-seitige Faktoren, die bei der Erstellung der Versorgungskonzeption nicht absehbar waren, dem entgegenstehen. Im Zweifelsfall kann ein Votum des behandelnden Arztes eingeholt werden.

Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den MDK eine Evaluation der durchgeführten Hilfsmittelversorgung durchführen lassen; diese kann als Prüfung von Einzelfällen oder als eine systematische Evaluation angelegt sein (§ 275 SGB V Abs.3).

Die einzelnen Sozialleistungsträger sollten auch selbst den Verlauf der Hilfsmittelversorgung und die Ergebnisse stichprobenartig prüfen und die Beschwerden der Klienten im Sinne eines systematischen Beschwerdemanagements bearbeiten. Sie haben die Ergebnisse in geeigneter Form mit den LEHM und den verordnenden Ärzten zu kommunizieren und ggf. bei der Beauftragung zu berücksichtigen. Hierbei muss die Patientenzufriedenheit ein wesentlicher Aspekt sein.

Ergebnisprüfungen sollten nicht zu restriktiver Bewilligungspraxis, sondern vielmehr zur Optimierung der Hilfsmittelversorgung für alle Beteiligten genutzt werden. Dazu könnte sich ein regionaler Qualitätsverbund anbieten.

Die Verfahren des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sollten die Zielerreichung der Hilfsmittelversorgung stärker berücksichtigen.

Es ist dringend notwendig, die Hilfsmittelversorgung sowohl prozess- als auch ergebnisbezogen wissenschaftlich und zugleich firmenunabhängig verstärkt zu evaluieren. Dabei sollten nicht nur Hilfsmittel auf ihre Tauglichkeit hin untersucht werden, sondern auch der Prozess der Hilfsmittelversorgung selbst sowie das Versorgungsergebnis im Sinne der sog. Versorgungsforschung.

Die dauerhafte Verwendung der Hilfsmittel und damit die Nachhaltigkeit der Hilfsmittelversorgung ist oft an die Kooperation mit der Pflege und den Heilmittelerbringern gebunden. Deshalb ist in deren Leistungsvereinbarungen die Nutzung von Hilfsmitteln und die Förderung der Anwendung von Hilfsmitteln aufzunehmen. Daher ist es angebracht, die Hilfsmittelversorgung auch in der Pflege und bei den Heilmittelerbringern als Kernprozess in die Verfahren der Qualitätssicherung und Zertifizierung aufzunehmen sowie in die Aus- und Weiterbildung sowie Fortbildung zwingend zu integrieren. Damit Ärzte die Ergebnisse der Hilfsmittelversorgung besser beurteilen können, sollte die Hilfsmittelversorgung als sog. curriculare Fortbildung der BÄK etabliert werden.

Die Ergebnisevaluation sollte neben qualitativen Aspekten auch wirtschaftliche Aspekte umfassen. Dabei ist auf einen umfassenden ökonomischen Ansatz Wert zu legen (siehe Kap. A 8 Wirtschaftlichkeit), in dem nicht nur der Preis des Hilfsmittels, sondern eine umfassende Kosten-Nutzenanalyse im Sinne der Vorgaben des SGB und der Rechtsprechung des BSG im Einzelfall zugrunde gelegt wird. Wirtschaftliche Gesichtspunkte der Hilfsmittelversorgung sollten auch bis hin in eine volkswirtschaftliche Ebene betrachtet werden.

Kommt ein Leistungsträger bei der individuellen Überprüfung einer Hilfsmittelversorgung zu dem Ergebnis, dass diese nicht oder nicht mehr den Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht, ist dieser nicht berechtigt, das Hilfsmittel einzuziehen. Er hat zunächst den Sachverhalt mit dem Patienten und dem verordnenden Arzt zu klären, ggf. im Rahmen einer erneuten Bedarfsabklärung. Nicht selten besteht der Grund für die Nichtnutzung darin, dass sich der Bedarf geändert hat, oft verursacht durch eine Veränderung der Kontextfaktoren. Insofern muss die Überprüfung einer Versorgung denselben Kriterien genügen wie die Erarbeitung einer Versorgungskonzeption, so dass sie ggf. auf der Basis eines erneuten Assessments durchgeführt werden muss.

B 8 Statt einer Zusammenfassung: Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Hilfsmittelversorgung

Eine Optimierung der Hilfsmittelversorgung kann nur gelingen, wenn die gesetzlichen und konzeptionellen Grundlagen sowie die Rahmenbedingungen angemessen gestaltet sind. Hierzu macht die DVfR folgende Vorschläge:

1. Klärung des Verhältnisses zwischen SGB V und IX im Hinblick auf Leistungsinhalte und Verfahrensfragen
2. Klärung der Finanzierung von im SGB V ausgeschlossenen Leistungen im Rahmen von SGB II und SGB XII (z. B. Sehhilfen)
3. Überarbeitung der Hilfsmittelrichtlinien im Sinne der vorstehenden Ausführungen
4. Berücksichtigung der Hilfsmittelversorgung in den Ausbildungs- und Weiterbildungsordnungen aller medizinischen Fachberufe
5. Unterstützung der Hilfsmittelversorgung durch Nutzung elektronischer Medien, u. a. in der EDV von Arztpraxen
6. Einführung eines Qualitätsmanagements im Bereich der Hilfsmittelversorgung bei allen Beteiligten

Die Umsetzung dieser Vorschläge bleibt den verantwortlichen Gremien bei den für die Hilfsmittelversorgung verantwortlichen Institutionen und Verbänden vorbehalten. Die DVfR bietet im Hinblick auf die Optimierung der Hilfsmittelversorgung ihre Mitwirkung an.

Die DVfR macht nachdrücklich darauf aufmerksam, dass die Hilfsmittelversorgung nicht als isoliertes Thema zu bearbeiten ist, sondern immer in Gesamtstrategien der Behandlung, der Prävention, der Rehabilitation und der Förderung der Inklusion und der Teilhabe einzubinden ist. Dies gilt auch für die Organisation der Hilfsmittelversorgung im Gesundheitswesen. Eine Fixierung der Regelwerke, wie z. B. der Hilfsmittelrichtlinien, des Hilfsmittelverzeichnisses und der Verträge zwischen Leistungsträgern und LEHM auf einzelne Hilfsmittel sowie auf ihre technische und preisliche Gestaltung sollte zugunsten einer bedarfs- und problemlösungsorientierten Sichtweise vermieden werden.

Die DVfR weist darauf hin, dass es bereits vielfach Kompetenzen in der Hilfsmittelversorgung gibt, sowohl bei einzelnen bestens informierten Patienten bzw. ihren Organisationen der Selbsthilfe, Fachexperten und Firmen als auch bei Verbänden sowie Einrichtungen und Diensten. Solche Einrichtungen und Dienste sind u. a. Sozialpädiatrische Zentren, Einrichtungen der Behindertenhilfe (Wohnheime, Werkstätten, Tagesstätten), Kindergärten, Schulen und weiterführende Bildungseinrichtungen wie Berufsbildungs- und -förderungswerke oder vergleichbare Einrichtungen, spezialisierte Rehabilitationskliniken, Abteilungen für Frührehabilitation, Geriatrie bzw. geriatrische Rehabilitation, ambulante Rehabilitationseinrichtungen und mobile Rehabilitationsdienste, Spezialambulanzen (z. B. an Unfallkliniken für Querschnittgelähmte sowie für die Versorgung mit Prothesen), Beratungsstellen für Kommunikation u. a. Es muss gelingen, diese Kompetenzen regional für all die Personen verfügbar zu machen, die diese spezialisierten und fachkompetenten Versorgungsleistungen benötigen.

Die DVfR sieht hier einen Reorganisationsbedarf, da Einrichtungen wie z. B. die Orthopädischen Versorgungsstellen, Ambulanzen von Universitätsklini-

ken oder Orthopädischen Fachabteilungen oder auch niedergelassene Fachärzte mit speziellen Erfahrungen, die sich bislang an der Versorgung beteiligen konnten, heute weder quantitativ noch qualitativ in der Lage sind, eine umfassend kompetente Versorgung mit Hilfsmitteln sicherzustellen.

Neu zu bestimmen ist in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Hilfsmittelversorgung im Rahmen stationärer Rehabilitation, wenn sie nicht nur für die Rehabilitationsmaßnahme selbst Relevanz hat, sondern auf die Lebenswelt des Betroffenen am jeweiligen Wohnort und für den Alltag auszurichten ist.

Deshalb plädiert die DVfR dafür, die vorhandenen Kompetenzen so zu organisieren und ggf. auszubauen, dass daraus spezialisierte Kompetenzzentren für Hilfsmittelversorgung für definierte Versorgungsregionen entstehen können. Dabei sollte eine zwangsweise Vereinheitlichung und Uniformierung zugunsten der Nutzung vorhandener Strukturen vermieden werden:

Ein pluralistisches, regional orientiertes und transparentes System der Hilfsmittelversorgung sollte durch Kompetenzzentren getragen werden, die nach den Prinzipien der Sozialraumorientierung differenziert gestaltet sind, wobei es unterschiedliche Spezialisierungsebenen geben sollte. Nicht jede Versorgungsoption muss in jeder Kreisstadt verfügbar sein. Solche Kompetenzzentren sollten grundsätzlich leistungsträgerübergreifend tätig sein können und in der Regel auch in das System der Teilhabe- und Inklusionssicherung sowie der Pflege eingebunden sein. Ferner sollten alle Einrichtungen der Gesundheitsversorgung der jeweiligen Region zu diesen Kompetenzzentren Zugang haben können.

Die DVfR regt deshalb an, eine Konzeption für Kompetenzzentren der Hilfsmittelversorgung unter Nutzung vorhandener Kompetenzen und Strukturen zu erarbeiten. Eine besondere Rolle können dabei Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung oder Ambulanzen nach § 119a SGB V übernehmen, wie sie der 112. Deutsche Ärztetag (Mai 2009) gefordert hat.

Schlussbemerkung

Die DVfR ruft alle Interessierten und Beteiligten dazu auf, sich an der Diskussion über die künftige Gestaltung der Hilfsmittelversorgung zu beteiligen. Sie stellt gern ihre Möglichkeiten in den Dienst der Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung. Dabei insistiert sie darauf, dass die Hilfsmittelversorgung immer an den Bedarfen kranker und behinderter Menschen, an der Ermöglichung von Aktivitäten und Teilhabe und damit an der Inklusion ausgerichtet wird.

Die DVfR appelliert an alle an der Hilfsmittelversorgung Beteiligten, die in diesem Papier zusammengetragenen Fakten und Vorschläge zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung intensiv zu nutzen. Der befasste Ausschuss der DVfR ist gern bereit, die Ergebnisse im Detail und zielgruppenspezifisch zu erläutern und zu diskutieren.

An alle beteiligten und verantwortlichen Institutionen und Verbände ergeht außerdem die Bitte, die in diesem Papier zusammengetragenen Vorschläge zu

kommentieren und ggf. kritische Rückmeldungen an die DVfR zu geben. Informationen über Weiterentwicklungen und Fortschritte, auch in Teilbereichen, oder über Erprobungen zu neuen Hilfsmittelversorgungsmodellen, sind erwünscht. Über diese Entwicklungen soll in geeigneter Form, u. a. über die Homepage der DVfR, berichtet werden.

Anhang 1

Klärung des Verhältnisses zwischen SGB IX und dem trägerspezifischen Sozialrecht (SGB V, VI, XI, XII) in Bezug auf die Teilhabeorientierung bei der Hilfsmittelversorgung

- *Anspruch auf Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 i. V. m. § 11 Abs. 2 SGB V und § 26 Abs. 2 Nr. 6 sowie § 31 SGB IX im Verhältnis zum Hilfsmittelanspruch im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. § 33 SGB V (Gleiche Fragen wie innerhalb des SGB V ergeben sich im Verhältnis der Hilfsmittelansprüche im Rahmen der Rehabilitation der übrigen Träger der medizinischen Rehabilitation im Verhältnis zu den Hilfsmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung).*
- *Auswirkung der unterschiedlichen Aufgabenstellung und Zielsetzung des Hilfsmittelleinsatzes (Teilhabe am Leben in der Gesellschaft / Herstellung der bestmöglichen Gesundheit) auf die Ausgestaltung der Qualität der jeweiligen Hilfsmittel*
- *Frage ggf. notwendiger Veränderungen der Leistungs- und Verwaltungsverfahren für teilhabeorientierte Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (u. a. Zuständigkeit, Antrags- und Feststellungsverfahren – §§ 10, 14 Abs. 5 SGB IX – im Verhältnis zu Verordnungsverfahren im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, Verantwortung der Rehabilitationsträger im Verhältnis zur Geltung des Hilfsmittelverzeichnisses usw.).*

Der Ausschuss hat zu diesem Themenkomplex am 19.04.2007 ein Konsultationsgespräch mit zahlreichen Experten in Bergisch Gladbach durchgeführt. Dabei wurden verschiedene Sichtweisen zum Verhältnis zwischen SGB IX und SGB V deutlich; allerdings ist es auch im weiteren Verlauf der Beratungen nicht gelungen, die rechtssystematischen Konfliktlinien vollständig zu klären und darüber einen Konsens herzustellen.

In den letzten Jahren sind zudem eine Reihe von Publikationen erschienen, die sich mit dem Verhältnis von SGB V und SGB IX befassen. Auch diese führen noch nicht zu einer konsensfähigen Positionierung der DVfR, wenngleich jedoch für einige Aspekte ein Teilkonsens erzielt werden konnte. Insofern hat die Diskussion doch einige Erkenntnisse erbracht, die für die Gestaltung des Prozesses der Hilfsmittelversorgung relevant und hilfreich sein können. Entsprechend ihrem satzungsmäßigen Auftrag stellt sich die DVfR für die weitere Diskussion als Plattform zur Verfügung.

1. Hilfsmittel im Rahmen kurativer Versorgung als Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplanes

Der Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse auf ein Hilfsmittel ist dann eindeutig und einfach zu definieren, wenn das Hilfsmittel notwendig ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung im Rahmen der kurativen Versorgung zu sichern. Gleiches gilt für die Versorgung mit einem Hilfsmittel zur Krankheitsverhütung oder zur Vermeidung der Verschlimmerung einer Krankheit oder einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde. In diesen Fällen ist für das Hilfsmittel eine ärztliche Verordnung erforderlich, da es Bestandteil eines Behandlungsplanes ist.

Eine solche Verordnung ist ohne Zweifel Bestandteil der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 Nr. 3 SGB V und damit auch der vertragsärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich nach § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V. Sie ist keine Maßnahme medizinischer Rehabilitation, sollte aber ggf. rehabilitative Zielsetzungen beachten. Allerdings schließt eine kurative Zielsetzung einer HMV eine Zuordnung zur medizinischen Rehabilitation nach § 31 SGB IX nicht aus.

2. Die Versorgung mit einem Hilfsmittel als Maßnahme zum Ausgleich einer Behinderung

Hilfsmittel können auch zum Ausgleich einer Behinderung erforderlich sein und sind dann ebenfalls Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. § 73 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 33 SGB V). Die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), die sich im Wesentlichen auf Fälle aus der Zeit bezieht, als das SGB IX noch nicht existierte, stellte in Bezug auf den Leistungsanspruch nach dem SGB V bislang klar, dass sich die Hilfsmittelversorgung im Bereich der Krankenversicherung auf den Ausgleich der Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens im Sinne eines Basisausgleichs bezieht, also auf einen allgemeinen und nicht sektoralen Behinderungsausgleich. So können z. B. auch Hilfsmittel in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, die dem besonderen Aktivitätsbedürfnis bei Kindern und Jugendlichen Rechnung tragen, da dies auch als Grundbedürfnis anerkannt worden ist (z. B. Therapiefahrrad, Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Erfüllung der Schulpflicht).

Im Ausschuss ist strittig, ob sich aus der Tatsache, dass ein Hilfsmittel dem Ausgleich einer Behinderung dient, automatisch ergibt, dass die Bestimmungen des SGB IX anzuwenden sind, oder ob es einen eigenen Raum innerhalb des SGB V gibt, der es den Krankenkassen gestattet, die Hilfsmittelversorgung zum Ausgleich der Behinderung ausschließlich nach den Regeln, die für die Krankenkassen im SGB V verbindlich festgelegt und in Richtlinien, z. B. den Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, kodifiziert sind, zu gestalten (vgl. dazu Nr. 4).

3. Hilfsmittel im Rahmen medizinischer Rehabilitation

Nach § 26 SGB IX werden zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen auch Leistungen zur Beseitigung, Abwendung etc. von Behinderungen und chronischen Krankheiten erbracht. Sie können neben der Behand-

lung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe auch ggf. die Versorgung mit Hilfsmitteln umfassen. In § 31 SGB IX wird die Zielsetzung der Hilfsmittelversorgung in Anlehnung an § 33 SGB V definiert.

Ob die Hilfsmittelversorgung im Rahmen des SGB IX lediglich im Rahmen einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation (Komplexleistung), also als deren Bestandteil, oder ob sie als eigenständige isolierte Maßnahme in Betracht kommen kann, ist im Ausschuss kontrovers diskutiert worden. Nach Auffassung einiger Mitglieder gibt es für eine Begrenzung der Hilfsmittelversorgung auf einen Bestandteil einer anderen Maßnahme medizinischer Rehabilitation keine gesetzliche Grundlage.

Die Rentenversicherung ist demgegenüber der Auffassung, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln (einschließlich notwendiger Änderungen, Instandsetzungen und die Erstbeschaffung) durch die gesetzliche Rentenversicherung nur in Betracht kommt, wenn eine (stationäre oder ambulante) Leistung zur medizinischen Rehabilitation gewährt wird und die Ausstattung während der Durchführung dieser Leistung zur Erreichung des Rehabilitationsziels (§ 15 Abs. 1 SGB VI) erforderlich ist. Wird das Hilfsmittel erst nach Beendigung der Rehabilitation erforderlich, angepasst oder gefertigt, ist hierfür die gesetzliche Krankenversicherung zuständig. Eine isolierte Erbringung von Hilfsmitteln durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung als Leistung zur medizinischen Rehabilitation aufgrund eines entsprechenden Antrages ist somit nicht möglich.

Unstrittig ist, dass die Hilfsmittelversorgung im Sinne des § 31 SGB IX i. V. m. § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX Bestandteil von Maßnahmen medizinischer Rehabilitation sein kann und insofern zum Aufgabebereich von Einrichtungen und Diensten gehört, die medizinische Rehabilitation anbieten.

Kurative Maßnahmen im Rahmen vertragsärztlicher Versorgung sind von solchen der medizinischen Rehabilitation allerdings oft schwer abgrenzbar.

4. Leistungsanspruch im Verhältnis SGB V zu SGB IX

Der Gesetzgeber hat in § 7 SGB IX klargestellt, dass die Vorschriften des SGB IX für Leistungen zur Teilhabe gelten, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Sowohl das SGB IX als auch das SGB V als Leistungsgesetz für die gesetzliche Krankenversicherung sehen für die Versorgung mit Hilfsmitteln eigenständige Rechtsvorschriften vor. Im Ausschuss strittig ist allerdings, ob der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung im SGB IX im Rahmen der Teilhabe (vgl. § 4 SGB IX) nicht einen weitergehenden Teilhabebegriff unterlegt, als dies im SGB V der Fall ist. Außerdem wurde diskutiert, ob nicht wegen der umfassenden Aufgabe der Rehabilitation, die über die Teilaufgabe der GKV hinausgeht und ggf. durch mehrere Träger zu erfüllen ist, zumindest die Verfahren des SGB IX auch bei der Prüfung der Zuständigkeit und des Bedarfes durch die Krankenkassen bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich Anwendung finden müssen.

Der Ausschuss vertritt allerdings die Auffassung, dass ein solcher gegenüber § 33 SGB V erweiterter Anspruch auf Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation gegenüber den Krankenkassen nicht aus § 31 SGB IX abgeleitet werden kann.

Im Vergleich zum SGB V ist im SGB IX nämlich in § 31 unmittelbar gesetzlich normiert, dass die Hilfsmittel eine Behinderung (nur) bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens ausgleichen sollen. Es ist deshalb nicht möglich, aus dem SGB IX einen umfassenderen Anspruch auf Hilfsmittel gegenüber der Krankenkasse, als er im SGB V selbst formuliert ist, abzuleiten.

In einem Diskussionsbeitrag zu Fragen der Hilfsmittelversorgung zur Sicherung der Grundbedürfnisse stellt Liebold²² fest, dass die Rechtsprechung des BSG den Zielen der medizinischen Rehabilitation (Verwirklichung von Selbstbestimmung und Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) nicht gerecht wird. Er kritisiert zudem die Argumentation und damit zugleich die Beschränkung des Versorgungsanspruchs auf einen sog. Basisausgleich. Dies beschneide die Rechte behinderter Menschen willkürlich und stelle sich daher als rechtswidrig dar. Um ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens zu befriedigen, sei ein sog. Basisausgleich zu wenig. Entscheidendes Kriterium dürfe in diesem Zusammenhang allein die Wirtschaftlichkeit des Hilfsmittels sein.

Andererseits ist die Beschränkung der Hilfsmittelversorgung auf die sog. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens langjährig gefestigte Rechtsprechung, eine Änderung und damit Ausweitung des Versorgungsanspruchs sehr unwahrscheinlich. Zu prüfen wäre allerdings, ob im Rahmen der Befriedigung der sog. Allgemeinen Grundbedürfnisse bereits ein Basisausgleich ausreichend ist, auch wenn dieser auf den Einzelfall bezogen offensichtlich nicht bedarfsgerecht ist.

Nach den §§ 1 und 4 SGB IX sind die Ziele des SGB IX weiter gefasst als die des SGB V. Das SGB IX ist als unmittelbar geltendes Recht jedoch nur dann anzuwenden, wenn die Einzelleistungsgesetze nichts anderes vorsehen. Im SGB V findet sich zwar bei der Hilfsmittelversorgung keine Festlegung auf Grundbedürfnisse geschweige denn eine Festlegung auf einen Basisausgleich. Allerdings konkretisiert die dazu ergangene Rechtsprechung insofern den Versorgungsanspruch. Strittig blieb innerhalb des Ausschusses, ob diese Rechtsprechung auch nach Inkrafttreten des SGB IX weiterhin Gültigkeit hat. Wenn nämlich die Ziele des SGB IX weiter gefasst sind, als dies im SGB V der Fall ist, ergibt sich daraus nach Auffassung einiger Mitglieder, dass das SGB IX selbst dann auch von dem Rehabilitationsträger GKV anzuwenden ist, wenn das Einzelgesetz eine engere Zieldefinition unterstellt. Der Hinweis auf die bisherige Rechtsprechung des BSG könne hier deshalb nicht überzeugen, da bislang lediglich Streitfragen entschieden worden sind, deren Entstehung vor der Verabschiedung des SGB IX lag. Dabei

ist noch offen, ob sich aus diesen Überlegungen tatsächlich, wie dies Liebold nahelegt, weitergehende Ansprüche auf Hilfsmittel gegenüber den Krankenkassen ableiten lassen als dies der bisherigen Verwaltungspraxis entspricht. Dies wird einer gesetzlichen oder gerichtlichen Klärung überlassen bleiben müssen. Diese Klärung würde sich mit der Frage befassen müssen, wie die Grundbedürfnisse im Hinblick auf die umfassenden Zielsetzungen des SGB IX im Verhältnis zu denen des SGB V zu definieren sind, und ob die Ziele des SGB IX dann auch für die Krankenkassen gelten oder nur für andere Rehabilitationsträger. Dabei wird auch die Behindertenrechtskonvention zu beachten sein, die allerdings in den Ausschussberatungen nicht mehr bearbeitet werden konnte.

Mehrheitlich war der Ausschuss der Auffassung, dass aufgrund der Tatsache, dass bei der Hilfsmittelversorgung im Rahmen des SGB V inhaltlich die erweiterten Zielsetzungen des SGB IX zu beachten sind, zumindest die Verfahrensregelungen des SGB IX zur Anwendung kommen. Dies ergebe sich u. a. aus § 27 SGB IX, der lautet: „Die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele sowie § 10 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.“ Dies ist zumindest immer dann der Fall, wenn nicht von vorn-herein, z. B. durch eine ausschließlich kurative Zielsetzung der Hilfsmittelversorgung, feststeht, dass nur die Krankenkasse als Kostenträger in Betracht kommen kann. Immer dann, wenn die Hilfsmittelversorgung den umfassenden Zielen nach §§ 1 und 4 SGB IX dienen könnte, hat der Patient bzw. Klient das Recht, dass z. B. sein Bedarf umfassend geprüft, die Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers unverzüglich festgestellt, sein Antrag ggf. unverzüglich weitergeleitet wird etc. (vgl. dazu insbesondere § 14 SGB IX), so dass das SGB IX im Hinblick auf das Verfahren unmittelbar zur Anwendung kommt.

5. § 31 SGB IX im Verhältnis zu anderen gesetzlichen Ansprüchen auf Versorgung mit Hilfsmitteln

Neben der Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V und im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 31 SGB IX gibt es eine Reihe weiterer gesetzlich geregelter Ansprüche auf Hilfsmittelversorgung, z. B. im Arbeitsleben (z. B. § 33 SGB IX, weitere Beispiele in SGB VI, VII etc.), in der Pflege (§ 40 SGB XI) und im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX i. V. m. §§ 53 ff SGB XII).

Für Leistungen nach § 55 SGB IX kommt als Träger nur der Betroffene selbst oder bei Bestehen bestimmter Voraussetzungen der Träger der sozialen Eingliederung in Betracht. Die Krankenkasse kommt für Hilfsmittel nach § 55 SGB IX nicht in Frage.

Grundsätzlich kann von dem Betroffenen bei Bedarf an einem Hilfsmittel ein Antrag auf Versorgung bei jedem Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX gestellt werden. Diese Regelung soll dazu führen, dass nicht der Betroffene den zuständigen Träger suchen muss und ggf. von einem an den anderen verwiesen wird, sondern dass die Rehabilitationsträger die Pflicht haben, eine Bedarfs- und Zuständigkeitsklärung von Amts wegen durchzuführen. Dies gilt für alle Hilfs-

²² Dirk Liebold: Auswirkungen des SGB IX auf die gesetzliche Krankenversicherung, 2007, NOMOS Verlag

mittelanträge an die Krankenkasse, die nicht allein oder im Wesentlichen der Krankenbehandlung, also einer kurativen Zielsetzung, dienen.

Der zuständige Träger oder der, an den der Antrag nach § 14 SGB IX weitergeleitet wurde, klärt den Bedarf (§ 10 SGB IX) und sichert durchgehend das Verfahren der Versorgung. Dabei können sich Antragsteller oder Rehabilitationsträger der gemeinsamen Servicestelle bedienen.

Im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem SGB XII ist zu beachten, dass Hilfsmittel durchaus als notwendig anerkannt werden können, dennoch aber der Betroffene selbst diese aus seinem Einkommen bezahlen muss. Einzelheiten zu Einkommensgrenzen und Vermögensheranziehung sind insbesondere in den §§ 85 und 92 SGB XII festgelegt.

Grenzen der Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers ergeben sich auch durch § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII, nach dem die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit entsprechen müssen. Dadurch kann der Fall eintreten, dass der Betroffene für bestimmte Leistungen keinen Leistungsträger findet, und zwar dann, wenn die Leistungen durch Gesetz ausgeschlossen sind – z. B. Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, Sehhilfen u. a. im SGB V –, es sich aber auch nicht um Leistungen der Eingliederungshilfe oder der Teilhabe am Arbeitsleben handelt. In diesen Fällen muss er die notwendigen Hilfsmittel selbst bezahlen.

Problematisch wird dies für diejenigen Betroffenen, die im Bereich der Armutsgrenze leben, weil diese die notwendigen Beträge nicht aufbringen können. Hier kann es notwendig werden, dass diese Beträge dann vom Sozialhilfeträger zur Verfügung gestellt werden müssen, und zwar im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt. Auf die damit verbundenen Möglichkeiten und Problematiken z. B. von Darlehensregelungen, Anerkennung als Hilfsmittel im Rahmen der Eingliederungshilfe etc. kann hier nicht weiter eingegangen werden.

Unproblematisch ist hier hingegen der Leistungsfall nach SGB VII, da die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung alle Leistungen einschließlich der zur Teilhabe aus einer Hand und mit allen geeigneten Mitteln gewähren getreu dem Grundsatz: Reha vor Rente.

6. Praktische Bedeutung

Praktisch bedeutet dies, dass zumindest unter drei Gesichtspunkten eine Umorientierung in der Hilfsmittelversorgung erfolgen sollte:

- a) Die Krankenkasse hat bei jeder eingehenden Verordnung zu prüfen, ob es sich bei der Verordnung eines Hilfsmittels um ein Hilfsmittel im Sinne des § 31 SGB IX handeln kann, und ob die Verordnung insofern als Antrag auf Leistungen zur Teilhabe anzusehen ist. Ist dies der Fall, hat sie bei wahrscheinlicher eigener Zuständigkeit umgehend selbst den Bedarf abzuklären, ggf. durch Gutachten nach § 14 Abs. 2 i. V. m. Abs. 4-6 SGB IX. Ist die Krankenkasse nicht zuständiger Leistungsträger, hat sie den Antrag an

den zuständigen Träger weiterzuleiten. Die Klärung der Zuständigkeit zwischen den betroffenen Rehabilitationsträgern soll nicht zu Lasten des Versicherten erfolgen. Insbesondere sind die Fristen des § 14 SGB IX zu beachten.

- b) Dieses Verfahren kann durch Abschluss einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX zur Hilfsmittelversorgung näher geregelt werden. Dabei kann u. a. auch die Einbindung der behandelnden Ärzte beschrieben werden.
- c) Durch den Leistungsträger ist jeweils im Einzelfall zu entscheiden, ob die kurative oder die rehabilitative Zielsetzung im Vordergrund steht. Unabhängig davon kann der Patient selbst festlegen, ob er einen Antrag auf Hilfsmittelversorgung im Sinne des SGB IX stellen, und ob er dazu ggf. die ärztliche Verordnung als Begründung nutzen möchte. In diesem Falle kann vom Patienten eine ärztliche Verordnung nicht verlangt werden. Die Bedarfsabklärung folgt den Vorschriften des SGB IX.
- d) Wird ein Antrag an einen anderen Rehabilitationsträger weitergeleitet – wenn die Krankenkasse dies versäumt, kann dies auch der Patient übernehmen –, ist der zweitangegangene Rehabilitationsträger an die Vorschriften des SGB IX gebunden.

Anhang 2

Zur Erstellung einer Versorgungskonzeption

Eine umfassende und individuelle Versorgungskonzeption ist Voraussetzung für einen qualifizierten Versorgungsprozess, der alle Akteure mit ausreichenden Informationen für die Entscheidungsfindung ausstattet. Sie dürfte in Deutschland in ca. 10.000 Fällen pro Jahr als Grundlage für eine Leistungsentscheidung über eine Hilfsmittelversorgung notwendig sein. Für die Erstellung und Anwendung einer Versorgungskonzeption unterbreitet die DVfR folgende Vorschläge.

Bestandteile einer Versorgungskonzeption:

- Eine Versorgungskonzeption basiert auf einem ICF-orientierten Assessment, einer darauf aufbauenden **Problemanalyse** und **Bedarfsermittlung**, der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten und einer **Prüfung von Alternativen** unter Beachtung der Vorgaben der in Frage kommenden Sozialleistungsträger.
- Eine Versorgungskonzeption sollte immer einen **Kostenvoranschlag** für das vorgesehene Hilfsmittel enthalten. Dieser wird von einem LEHM erstellt.
- Die **Dokumentation** einer Versorgungskonzeption kann anhand von Erhebungsbögen erfolgen und je nach Einzelfall inhaltlich unterschiedlich differenziert sein. Sie kann auch in Schriftform abgefasst sein. Dabei ist dem Freitext der Vorzug zu geben, da die Problemstellungen von einfachen Fragestellungen bis hin zu sehr komplizierten Problemen reichen können.

- Die Versorgungskonzeption setzt fast immer ein **ausführliches Assessment** voraus. Ein Assessment ist zu empfehlen, wenn mindestens eine der drei folgenden Voraussetzungen gegeben ist:
 - Es liegt eine schwere körperliche oder mehrfache Behinderung vor, und es handelt sich um ein kostenaufwändiges Hilfsmittel.
 - Es handelt sich um einen schwer zu erfassenden Hilfebedarf.
 - Durch ein Assessment und eine Versorgungskonzeption kann die Notwendigkeit, die Zweckmäßigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Versorgung begründet, besser geprüft im Hinblick auf Alternativen untersucht und zielgenauer realisiert werden.
- In Einzelfällen können auch **folgende weitere Maßnahmen** zur Informationsgewinnung erforderlich sein:
 - Umfangreiche Recherchen am Markt
 - Konstruktionspläne
 - aufwändige Kostenkalkulation
 - praktische Erprobung
 - Diskussion des Vorschlags im Team
 - Prüfung von Alternativen
 - Prüfung von Hilfsmittelpools der Kostenträger
- Informationen aus der Versorgungskonzeption dienen auch der Bewertung, ob eine Versorgung nach § 127 Abs. 1, Abs. 2 oder Abs. 3 zweckmäßig ist.
- Sind **Dienstleistungen** für die Erstellung einer VK notwendig, sind diese als Leistungsbestandteil zu beschreiben. Die Voraussetzungen für die Erbringung sowie die Vergütung dieser Dienstleistungen sind von den Vertragspartnern zu vereinbaren.

Inhalte einer Versorgungskonzeption:

1. Angaben aus dem Assessment:
 - Diagnose
 - das zu lösende Problem
 - das Ziel der Hilfsmittelversorgung
2. Versorgungsvorschlag:
 - Art und Ausstattung des Hilfsmittels
 - Erfahrungen aus der Erprobung oder andere Vorerfahrungen
 - Kriterien und Vorgaben für den Versorgungsvorschlag
 - Exakte Beschreibung
 - Ausführungen zu besonderen Ausstattungsmerkmalen

3. Angebot einschl. Hilfsmittelnummer etc. (Kostenvoranschlag)
4. ärztliche Verordnung, ggf. mit Begründung und Zuordnung zu den Zieldimensionen Krankenbehandlung oder Behinderungsausgleich
5. Angaben zum Versorgungsprozess
 - Notwendige Schritte bis zum Versorgungsvorschlag und Mitwirkende
 - Hinweise für den zeitlichen und organisatorischen Ablauf einschließlich begleitender Maßnahmen, u. a. zur Dringlichkeit
 - Zuständigkeit für die Koordination des Versorgungsprozesses
 - Ermittlung des wahrscheinlichen Kostenträgers
6. Benennung des Prozessverantwortlichen, wenn dies nicht der Patient ist.

Hinweis

Stets sollte in der Versorgungskonzeption deutlich gemacht werden, ob es sich um eine Erst- oder Folgeversorgung handelt, und ob die Versorgung nur zeitlich begrenzt oder dauerhaft notwendig ist.

Sofern es sich um eine dauerhafte Behinderung/chronische Krankheit mit langfristigem Hilfsmittelbedarf handelt, sollte dies dokumentiert sein und dem Kostenträger als Basisinformation über Art und Umfang der Behinderung zur Verfügung stehen, damit Rückfragen entbehrlich werden. Hierfür sollten bei den Krankenkassen Möglichkeiten der längerfristigen Datenverfügbarkeit geschaffen werden.

(5) Stellungnahme

Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder – Weiterentwicklung durch das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) –

1. Der Paradigmenwechsel im Recht der Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen betrifft auch Früherkennung und Frühförderung

Der Gesetzgeber hat die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder mit Inkrafttreten des SGB IX ab 1.7.2001 anstelle der bisher hierfür angewandten, trägerspezifischen Rechtsvorschriften (der Sozialhilfe bzw. der Gesetzlichen Krankenversicherung) im trägerübergreifenden Rehabilitations- und Teilhaberecht des SGB IX zusammengefasst sowie neu geregelt. Diese Leistungen wurden dort bindend für die beteiligten Rehabilitationsträger zu einer Komplexleistung zusammengeführt und so ausgestaltet, dass sie nun eindeutig der medizinischen Rehabilitation zugeordnet sind und zugleich auch die heilpädagogischen Leistungen der Frühförderung – als Bestandteil von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – damit verbunden werden (§ 26 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. §§ 30, 56 Abs. 2 SGB IX). Diese Ausgestaltung des Rechtsanspruchs auf interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung als Teilhabe-Komplexleistung entspricht dem allgemeinen Paradigmenwechsel für das Handeln aller Verantwortli-

chen im Leistungsgeschehen für Menschen mit Behinderungen oder Behinderungsrisiken. Dadurch wollte der Gesetzgeber erreichen²³, dass

- die Förderung der ganzheitlichen persönlichen Entwicklung von betroffenen Kindern und ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die über bloße Krankenbehandlung hinaus geht, verbindliches Ziel wird, um die möglichst selbständige und selbst-bestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder die Voraussetzungen dafür zu schaffen (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX)
- Schnittstellenprobleme im gegliederten Sozialleistungssystem gelöst werden, weil die unverändert für heilpädagogische Leistungen verantwortlichen Träger der Sozial- und Jugendhilfe ihre gesamten heilpädagogischen Leistungen nicht mehr als Träger der Fürsorge, sondern als zuständige Träger für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbringen (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 und 7 SGB IX; § 56 SGB IX). Heilpädagogische Förderung gemäß § 56 Abs. 2 SGB IX ist demnach im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung nach § 30 SGB IX (Leistungen „wie aus einer Hand“) zu erbringen und nicht mehr als isolierte Leistung der Eingliederungshilfe (§ 40 Abs. 1 Nr. 2a des Bundessozialhilfegesetzes [BSHG] war daher ersatzlos gestrichen worden)²⁴
- im Rahmen der medizinischen Rehabilitation alle erforderlichen ärztlichen und nichtärztlichen Therapiemethoden der Früherkennung und -förderung einschließlich der Beratung von Erziehungsberechtigten zu einer Leistung verbunden werden – um so die zuvor bestehenden Streitigkeiten, ob nichtärztliche Methoden im Rahmen der Frühförderung, ggf. auch indirekt, überhaupt Gegenstand des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sein können, unwiderruflich zu beenden
- sich Gegenstand, Umfang und Ausführung der Früherkennung und -förderung nicht mehr auf eine ärztliche Verordnung nach dem SGB V, sondern gemäß SGB IX vielmehr auf die Feststellung und schriftliche Niederlegung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs je nach Art und Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigungen i.S.d. Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO stützt (§ 10 SGB IX – als eigene Aufgabe der Rehabilitationsträger²⁵

²³ vgl. Fuchs, H: Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation, Kapitel 4.7; Asgard-Verlag 2008

²⁴ Heilpädagogische Leistungen und andere Leistungen der pädagogischen Rehabilitation können außerhalb der Komplexleistung Frühförderung aber auch weiterhin ergänzend als Einzelleistungen zur Teilhabe, z. B. neben der kassenärztlichen Versorgung, erbracht werden (§ 56 Abs. 1 SGB IX)

²⁵ Förder- und Behandlungspläne sind hier im Licht des SGB IX nicht nur Basis für die Durchführung der Therapie, sondern primär die Feststellung des individuellen, funktionsbezogenen Leistungsbedarfs nach § 10 SGB IX und können damit auch Sachverständigengutachten i.S.d. § 14 Abs. 5 SGB IX sein; ihre Erstellung verursacht also *Verwaltungsaufwand* beim Rehabilitationsträger (und ist nicht Bestandteil der *Behandlungskosten*).

- das Netz interdisziplinärer Frühförderstellen ausgebaut wird
- das Verwaltungsverfahren für Zugangsregeln, Bedarfsfeststellung und Ausführung der Früherkennung und -förderung sich ausschließlich nach den Bestimmungen des SGB IX richtet
- die Verantwortung für Gegenstand, Umfang und Ausführung der Früherkennung und -förderung nicht mehr Bestandteil der Kassenärztlichen Versorgung in der Regie der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ist, sondern auf Grundlage des SGB IX allein bei den Rehabilitationsträgern liegt, die dazu untereinander Gemeinsame Empfehlungen (§§ 12 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. 30 Abs. 3 SGB IX) und entsprechend mit den Leistungserbringern Versorgungsverträge nach § 21 SGB IX zu vereinbaren haben.

2. Das Recht der Früherkennung und Frühförderung vor Inkrafttreten des SGB IX

Vor dem 01.07.2001 enthielt § 40 Abs. 1 Nr. 2a des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) einen Anspruch auf heilpädagogische Maßnahmen zur Frühförderung von Kindern als eine Leistung der Eingliederungshilfe.

Der Leistungskatalog der GKV umfasste (und umfasst) im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) Leistungen der Früherkennung von Krankheit, der Behandlung einer Krankheit und der medizinischen Rehabilitation. Der Gesetzgeber hatte aber die Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Behinderungsrisiken oder Behinderungen keiner dieser Leistungen zweifelsfrei zugeordnet.

Das SGB V in der ab 1.1.1989 gültigen Fassung enthielt keine leistungsrechtliche Regelung zur Früherkennung und -förderung.

Im Abschnitt „Beziehungen zu Krankenhäusern und Kassenärzten“ sieht § 119 Abs. 1 SGB V die Ermächtigung Sozialpädiatrischer Zentren (SPZ) zur ambulanten sozial-pädiatrischen Behandlung von Kindern in Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vor. Diese Ermächtigung der SPZ umfasst bis heute die gesamte sozialpädiatrische Behandlung zur Rehabilitation (§ 43a SGB V) – mit der auf Krankheit bezogenen Zielsetzung des § 11 Abs. 2 SGB V. Die Aufnahme eines leistungsrechtlichen Anspruchs auf Früherkennung und -förderung und eine dementsprechende Zuordnung von beidem zur medizinischen Rehabilitation im SGB IX hat den leistungserbringungsrechtlichen Status der SPZ als Teil der vertragsärztlichen Versorgung der GKV und des Kassenarztrechts nicht verändert. Sie sind und werden weiterhin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, erbringen ihre sozialpädiatrischen Leistungen auf Grundlage der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V und rechnen ihre Leistungen auch weiterhin in diesem Rahmen ab.²⁶

²⁶ Dass aber seit längerem für die Teilhabeleistungen des SGB IX und damit auch für die Früherkennung und -förderung insgesamt das leistungserbringungsrecht des SGB IX maßgebend ist und man diese gesetzlichen Leistungen nach § 30 SGB IX – auch als ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes SPZ – nur dann mit Anspruch auf entsprechende Vergütung ausführen kann, wenn man (ggf. zusätzlich) über einen Versorgungs-

3. Entwicklung der Früherkennung und Frühförderung seit Inkraft-treten des SGB IX

Mit dem 01.07.2001 musste die Komplexleistung interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung nach dem Willen des Gesetzgebers unter einem eigenständigen und bundesweit einheitlichen Frühförderbegriff im Sinne von § 30 SGB IX i.V.m. § 56 Abs. 2 SGB IX angeboten werden, um überall in gleicher Qualität die als Folge gesundheitlicher Störungen und Schäden im kindlichen Lebensalter eingetretenen Beeinträchtigungen der Teilhabe betroffener Kinder in der Gesellschaft aufzuzeigen (Früherkennung) und in dafür zugelassenen Einrichtungen mit geeigneten interdisziplinären Mitteln, Methoden und Organisationsformen zu behandeln (Frühförderung). Hierbei sollte das Versorgungsstrukturrecht des SGB IX gelten.

Bereits unmittelbar nach Inkrafttreten des SGB IX wurde jedoch deutlich, dass die Neuregelung in einigen Bundesländern abweichend interpretiert und nicht im Sinne der Zielsetzung des Gesetzgebers umgesetzt wird. Obwohl in der Begründung zum SGB IX ausdrücklich klar gestellt wurde, dass mit dem Umbau heilpädagogischer Leistungen von Eingliederungshilfe- zu Teilhabeleistungen weder eine Veränderung der Zuständigkeit noch eine Verschiebung von Kosten zwischen Sozialhilfe und Krankenversicherung verbunden ist, wurde in einem Bundesland aus der Einbeziehung heilpädagogischer Leistungen in die Komplexleistung interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung der Schluss gezogen, dass die Sozialhilfeträger dafür nicht mehr zuständig seien. Das zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) stellte die gegenteilige Rechtslage daraufhin mit Rundschreiben vom 21.8.2001 klar.

Nachfolgend ist es den Rehabilitationsträgern jedoch bislang nicht gelungen, ihrer gesetzlichen Pflicht der Vereinbarung einer Gemeinsamen Empfehlung (§§ 12 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. 30 Abs. 3 SGB IX) nachzukommen. Ein nach § 13 Abs. 5 - 7 SGB IX auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeiteter und zuvor von den Beteiligten weitgehend konsentierter Entwurf scheiterte 2002 an folgenden Konfliktpunkten: „Heilpädagogische Annex-Leistung“ (Heilpädagogik im Vorfeld der [und zur Ermöglichung von] medizinisch-therapeutischen Leistungen), pauschale Kostenteilung und personelle Mindeststandards.

Die nach Scheitern einer gemeinsamen Empfehlung ersatzweise auf Grundlage des § 32 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX mit Zustimmung des Bundesrats am 1.7.2003 erlassene Frühförderungsverordnung (FrühV) übernimmt zwar wesentliche Elemente der nicht verabschiedeten gemeinsamen Empfehlung, musste jedoch aufgrund der inhaltlich beschränkten Ermächtigungsgrundlage zahlreiche Fragen weiterhin offen lassen.

Ein im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom Institut für Sozialforschung und

vertrag i.S.d. §§ 111 SGB V oder 21 SGB IX verfügt, wurde bisher nicht nachvollzogen und hat auch noch nicht zu aufsichtlichen Konsequenzen geführt.

Gesellschaftspolitik (ISG)²⁷ im Februar 2008 vorgelegtes Gutachten zur Evaluation der Frühförderung nach dem SGB IX zeigt, dass nicht nur hinsichtlich genannter heilpädagogischer Frühförderleistungen, sondern auch im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung bei bestimmten, darin enthaltenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation im engeren Sinne – gemessen an den Vorgaben und Zielen des SGB IX – erhebliche Vollzugsdefizite bestehen.

Hierzu haben sich auch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege²⁸ gemeinsam mit sechs Fachverbänden aus der deutschen Behindertenhilfe²⁹ in einer Stellungnahme zu Wort gemeldet³⁰, dem so genannten „Verbändepapier Frühförderung“. Es weist auf eine Vielzahl ungeklärter und in der Praxis der Frühförderung strittiger Sachverhalte hin, darunter die verbindliche operationale Definition von Früherkennung und Frühförderung als Komplexleistung, die Frage einer kindbezogenen, einrichtungsspezifisch zu verhandelnden Pauschalvergütung sowie der darin vergütbaren Leistungselemente, die Standards der Diagnostik zu gezielten Förder- und Behandlungsplänen, die finanzielle (und personelle) Absicherung der offenen Elternberatung sowie die mögliche Einbindung von Kindertageseinrichtungen in den Frühförderprozess.

Derzeit gleicht die begriffliche, regionale und strukturelle Vielfalt der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung einem Mosaik, das bundesweit kein geschlossenes Bild ergibt und keine allgemeingültige Beurteilung erlaubt (Schumacher, N³¹, 2008, Klier, R³², 2009).

Die Bundesministerien für Arbeit und Soziales (BMAS) und Gesundheit (BMG) haben zwar in Reaktion darauf einige dieser Problemfelder im Sinne einer Klarstellung durch ein gemeinsames Rundschreiben³³ aufgegriffen. Dabei wurden die Beratungs- und Unterstützungsleistungen für die Erziehungsberechtigten definiert, der Stellenwert mobiler aufsuchender Dienste in der Frühförderung betont

²⁷ Engel, H, Pfeuffer, F: Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Institut für Sozialforschung – ISG, Köln, 2008

²⁸ Diakonisches Werk der EKD, Deutscher Caritasverband (CV), Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AW), Der Paritätische Gesamtverband, Deutsches Rotes Kreuz (DRK) und Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

²⁹ Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CPB), Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Bundesverband körper- und mehrfachbehinderter Menschen (BVKM), Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (BLH), Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit (VaHS) und Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (ViFF)

³⁰ Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Komplexleistung „Interdisziplinäre Frühförderung“ vom 13.01.2009

³¹ Schumacher, N: Die Frühförderung ist ein Flickenteppich. Fachdienst der Lebenshilfe, 3/2008, S. 22 ff.; ähnlich Ders: „Die Komplexleistung ist noch vielerorts ein Wunschbild“, Rechtsdienst der Lebenshilfe 3/2008, S. 104 ff.

³² Klier, R: Komplexleistung Frühförderung – Der mühsame Weg gemeinsamer Förderung. ET u. Rehab, 48. Jg., 2009, Nr. 6, S. 30 ff.

³³ Interministerielles Rundschreiben BMAS/BMG vom 24.06.2009

und Formen der pauschalen Kostenbeteiligung beteiligter Rehabilitationsträger für zulässig erklärt und empfohlen. Auch erfolgte die Klarstellung, dass die Komplexleistung eine eigenständige interdisziplinäre Leistung sei und sich nicht in einer Addition von Leistungspflichten beteiligter Rehabilitationsträger gemäß ihrem jeweiligen trägerspezifischen Leistungsrecht erschöpfe. Weiterhin offen blieb jedoch das genaue rechtliche Verständnis komplexer im Unterschied zu additiven Leistungen, aber auch, auf welche Weise generell die mit § 30 SGB IX angestrebte Gleichbehandlung – bundesweit im Sinne einheitlicher Lebensbedingungen – über die Vertragsgestaltung und durch Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrags beteiligter Rehabilitationsträger gesichert werden soll.

Das schon erwähnte Gutachten des ISG stellt insbesondere dar, dass mit Früherkennungs- und Frühförderleistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation

- in mehreren Bundesländern unverändert als einem Bestandteil des Vertragsarzt-rechts des SGB V umgegangen wird mit der Folge, dass
- ein Streit darüber, ob und vor allem welche nichtärztlichen Leistungen, insbesondere die Beratung der Erziehungsberechtigten, und in welchem Umfang Gegenstand der ärztlichen Versorgung sein können, leider fort dauert und
- auch die heilpädagogischen Frühförderleistungen des § 56 Abs. 2 SGB IX nicht als integraler Bestandteil der Teilhabe-Komplexleistung des § 30 SGB IX, sondern weitgehend noch als ausdrücklich nichtärztliche Sozialhilfeleistungen, deutlich abgegrenzt zur vertragsärztlichen Versorgung, erbracht werden.

4. Anspruch und Wirklichkeit der Früherkennung/Frühförderung klaffen auseinander

a) Rechtssystematische Versäumnisse nach Inkrafttreten des SGB IX

Obwohl sich das Gutachten des ISG nur auf eine Evaluation der FrühV, nicht aber auf die Umsetzung der übrigen im Zusammenhang mit der Frühförderung stehenden Bestimmungen des SGB IX erstreckte, hat das Institut bereits Folgendes klarlegen können: Die Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs wird nicht konsequent an der ICF (künftig: ICF-Version „CY“³⁴) orientiert und auf die zu behandelnden Teilhabedefizite ausgerichtet (§ 10 SGB IX). Mehrheitlich werden stattdessen weiterhin die zur vertragsärztlichen Versorgung üblichen ärztlichen Verordnungen zu Grunde gelegt mit der Konsequenz, dass

- sich die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung immer noch nicht in erheblichem Maß auf die in § 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX benannten Rehabilitationsziele richten, sondern eher krankheitsorientiert sind³⁵.

³⁴ Modifizierung der Klassifikation ICF für Kinder und Jugendliche (Children and Youths), WHO, Genf [erscheint in deutscher Sprache autorisiert voraussichtlich in 2010]

³⁵ womit nicht in Abrede gestellt werden soll, dass sich die rehabilitations- und heilpädagogischen Förderzentren in der Praxis zu

- es unverändert keine bindende Verpflichtung behandelnder Ärzte gibt, Untersuchungen zur Früherkennung durchzuführen und bei entsprechender Wahrnehmung Leistungen nach § 30 SGB IX anzuraten bzw. auf die Möglichkeit der entsprechenden Beratung, z. B. durch eine gemeinsame Servicestelle, hinzuweisen.
- die Sachverständigenfeststellung zum Rehabilitationsbedarf³⁶, soweit denn überhaupt veranlasst, nicht als Bestandteil der Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX gesehen und auch als solcher nicht unabhängig von den nachfolgend darauf basierenden Leistungen vergütet werden (es handelt sich dabei um Verwaltungs- und nicht um Leistungskosten!).
- Auch die leistungserbringungsrechtlichen Folgen der Verlagerung der Früherkennung und -förderung ins Rehabilitations- und Teilhaberecht sind nach dem Ergebnis der ISG-Studie in der Praxis weitgehend unklar³⁷. Höchst unterschiedlich angewandt und teilweise nach wie vor ungesichert sind auch die Finanzierungsmöglichkeiten für notwendige Beratungsarbeit im therapeutischen Vorfeld, für behandlungsbegleitende interdisziplinäre Teambesprechungen und so genannte „Korridor-Leistungen“³⁸, z. B. als Gegenstand pauschaler Vergütungen.
- Die heutige Entwicklung des Netzes von Interdisziplinären Frühförderstellen liegt nach der Studie des ISG weit hinter den Zielen des Gesetzgebers zurück. Ursächlich dafür ist in der Praxis letztlich die medizin- und krankheitsorientierte Betrachtung, die vorwiegend nichtmedizinische Leistungen als „der Aufgabenstellung der GKV fremd“ einordnet und sie daher oft zurück hält. Dies gilt umso mehr, wenn die Versorgungsstrukturentwicklung primär im Kontext mit der vertragsärztlichen Versorgung gesehen und der eigene Sicherstellungsauftrag als Rehabilitationsträger i.S.d. § 19 SGB IX ausgeblendet wird.

Deshalb gilt es klar und deutlich festzuhalten:

- Früherkennung und Frühförderung als Teilhabeleistungen unterliegen dem Leistungserbringungsrecht des SGB IX (§§ 17 – 21 SGB IX); für Konfliktfälle sind Schiedsstellen einzuführen.

einem wichtigen Versorgungsbestandteil, auch mit ihrer Beteiligung/ Mitwirkung an der Komplexleistung interdisziplinäre Frühförderung, entwickelt haben

³⁶ Sachverständigenfeststellungen zum Rehabilitationsbedarf im Rahmen von Förder- und Behandlungsplänen können im rechtlichen Sinn auch „Gutachten“ nach § 14 Abs. 5 Satz 2 SGB IX sein (vgl. Fußnote 3, S. 2).

³⁷ Nur die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung des SGB V zu erbringenden sozialpädiatrischen Leistungen (entweder durch niedergelassene Pädiater oder durch ein SPZ) sind weiterhin eine Angelegenheit des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzteschaft und Krankenkassen (G-BA) und des dortigen Vertragsrechts!

³⁸ Unter Korridorleistungen versteht man erforderliche, aber dem einzelnen Frühförderfall / -kind nicht gesondert zuordenbare „Vorhalteleistungen“ inklusive bereitzustellender technischer Ressourcen.

- Bei den mit den Leistungserbringern der Frühförderung einzugehenden Verträgen i.S.d. § 21 SGB IX muss es darum gehen, die dort genannten inhaltlichen Anforderungen zu erfüllen. Dies gilt auch für die Interdisziplinären Frühförderstellen, die Einrichtungen i.S.d. § 17 Abs. 1 SGB IX sind.
 - Der tatsächliche individuelle funktionsbezogene Leistungsbedarf der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung muss orientiert an der ICF (ICF-CY), also unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren, der Bereiche Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten sowie Partizipation abgebildet sein³⁹. Es sind die Rehabilitationsträger selbst, die dies als eine zentrale Aufgabe und Leistungsvoraussetzung erfüllen müssen.
 - Zu schaffen ist demzufolge eine bundeseinheitliche Rahmenregelung zur Anwendung des § 10 SGB IX auf dem Gebiet der Früherkennung und Frühförderung (entsprechend § 7 FrühV), die z. B. die Förder- und Behandlungspläne endlich vergleichbar machen würde.
 - Leistungserbringer agieren entweder gemäß einer vertragsbasierten Kooperation mit geeigneten niedergelassenen Ärzten bzw. Psychotherapeuten wie ggf. auch mit einem SPZ im kassenärztlichen Versorgungsbereich oder als interdisziplinäre Komplexeinrichtungen, die eine chronisch-medizinische (rehabilitative) Ausrichtung aufweisen und daher die Früherkennung und Frühförderung wie aus einer Hand ausführen können.
 - Gegenstand, Umfang und Ausführung von Früherkennungs- und Frühförderleistungen sind nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX in gemeinsamen Empfehlungen u. a. als Basis der Versorgungsverträge und der Vergütung zu vereinbaren. Ebenso ist zu klären, in welchen Fällen (Ziel-/Fallgruppen!) und auf welche Art und Weise (Leitlinien zum Einsatz von Mitteln, Methoden und Organisationsformen!) die Leistungen erbracht werden sollen (§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX). Das betrifft auch die Aufnahme weiterer oder neuer Leistungs- oder Therapie- bzw. Organisationsformen, z. B. mobile Frühförderung, offene und niedrigschwellige Beratungsangebote, Frühförderung in integrativen Kindertageseinrichtungen oder konduktive Förderung nach Petö. An den Verfahren zur Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen sind die Leistungserbringer und die Verbände der Betroffenen zu beteiligen (§ 13 Abs. 6 SGB IX).
 - Die Vergütung muss leistungsgerecht sein. Korridor-Leistungen sollen pauschaliert werden. Erforderlich sind Rahmenverträge nach § 21 Abs. 2 Satz 2 SGB IX über die Eckpunkte der Vergütungsfindung und das Vergütungsverfahren.
 - Die Anforderungen an die Qualität der Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung sowie das Qualitätssicherungsverfahren sind nach § 20 SGB IX ebenfalls in gemeinsamen Empfehlungen zu regeln. Auch sind die Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen in den Verträgen mit den Leistungserbringern zu vereinbaren (§ 21 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX).
 - Die Anbieter von Leistungen der Früherkennung und Frühförderung müssen i.S.v. § 17 Abs. 1 SGB IX geeignet sein; ihre Eignung ist vor Abschluss eines Versorgungsvertrages festzustellen. Die Eignungsanforderungen sind Gegenstand von Gemeinsamen Empfehlungen. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal ist, dass Leistungserbringer zu ihren grundständigen Berufsausbildungen eine Subspezialisierung im Bereich interdisziplinärer Früherkennung und Frühförderung aufweisen.
 - Eine Vernetzung der Früherkennung entsprechend SGB V / Kinder-Richtlinien⁴⁰ mit den Pflichten nach dem Behindertenrecht (SGB IX), insbesondere mit den §§ 30 und 56, muss geschaffen werden. Falls Untersuchungen nach den Kinder-Richtlinien durchgeführt wurden und entsprechende Hinweise auf Risiken/Behinderungen erbracht haben, sind die beruflichen Verpflichtungen der §§ 61 und 62 SGB IX, diese Kinder über Teilhabeleistungen zu fördern bzw. einer entsprechenden Beratung in einer gemeinsamen Servicestelle oder einer sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation zuzuführen, immer zu beachten.
- Wichtig ist in diesem Zusammenhang: Das Nichtzustandekommen einer Gemeinsamen Empfehlung zur Früherkennung und -förderung auf Ebene der BAR bedeutet nach geltendem Recht nicht, dass diese Möglichkeit endgültig verbaut ist. Zwar gilt sehr wohl die FrühV fort, d. h. der erfolgreiche Neversuch einer Gemeinsamen Empfehlung könnte den FrühV-Inhalt nicht ändern – ihn jedoch ergänzen, was angesichts der vielen Unklarheiten und Schnittstellenprobleme weiterhin, im Interesse gleicher Versorgung betroffener Kinder, geboten ist.

b) Wirkungen im Sinne einer Fehlentwicklung von Angebotsstrukturen

Das „uneinheitliche“, nach der ISG-Studie recht diffuse derzeitige Bild erklärt sich im Wesentlichen daraus, dass in den Bundesländern und bei den Rehabilitationsträgern sehr unterschiedlich gehandelt wird:

- Unabhängig vom Paradigmenwechsel des SGB IX wird teilweise unverändert fortgefahren – wenn nicht nach dem Wortlaut, so doch zumindest nach dem Geist des vor Inkrafttreten des SGB IX geltenden Rechts (SGB V bzw. BSHG/SGB XII) – d. h., dass akutmedizinisch und sozialhilfeorientiert gedacht und gehandelt wird. Dies stört die notwendige Strukturentwicklung.

³⁹ Das bedeutet keineswegs, dass eine nach dem WHO-Diagnoseschlüssel ICD-10 genau beschriebene Gesundheitsstörung/Krankheit nicht der richtige erste Ausgangspunkt für eine Teilhabe-Bedarfsfeststellung ist – im Gegenteil!

⁴⁰ Richtlinien des G-BA zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres vom 05.09.2009.

- Z. T. haben sich ebenso wenig legitimierte Mischformen aus altem Recht und „neuem Verständnis“ entwickelt, die aber durchweg überwiegend krankheits- und wenig teilhabeorientiert sind.
- Zum anderen gibt es auf dem SGB IX basierende Entwicklungen, die sich aber in aller Regel eng an der FrühV, nicht jedoch an den insgesamt für Früherkennung und Frühförderung anzuwendenden Bestimmungen des SGB IX orientieren: Letzteres gilt insbesondere hinsichtlich der Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs und der Anwendung des Leistungserbringungsrechts des SGB IX.

5. Notwendige Weiterentwicklung im Licht der UN-Behindertenrechtskonvention

Nach Artikel 26 der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) sind u. a. wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die Möglichkeiten einer vollen Einbeziehung in das Leben der Gesellschaft zu erlangen. Dies gilt – auch entsprechend Artikel 7 BRK i.V.m. § 4 Abs. 3 SGB IX – insbesondere für die Habilitation⁴¹ behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder.

Die Bundesrepublik ist die völkerrechtliche Verpflichtung nach Artikel 26 BRK eingegangen, zu diesem Zweck umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste zu organisieren, zu stärken und zu erweitern. Diese müssen so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten, zur Verfügung stehen.

Der Staat als Ganzes ist damit eine Organisationsverpflichtung eingegangen, wobei durch § 19 SGB IX diese in Deutschland operationell an die Rehabilitationsträger delegiert ist, die diesen Organisationsauftrag im Benehmen mit dem Land und dem Bund auszuführen haben. Nach § 12 Abs. 2 SGB IX sollen die Träger dazu regionale Arbeitsgemeinschaften bilden, die analog nach § 88 SGB X auch haushaltsfähig⁴² sind. Diese seit neun Jahren bestehende gesetzliche Verpflichtung ist bisher in keinem Bundesland umgesetzt. Damit mangelt es an einer wesentlichen Plattform, auf der die im Teilhabebereich verantwortlichen Akteure regionale Defizite der Umsetzung des Teilhaberechts aufarbeiten und bereinigen können.

Die Organisationsverpflichtung des § 19 SGB IX umfasst hier, im Licht des Artikels 26 BRK, nicht nur den Sicherstellungsauftrag für rehabilitative Versorgung zum Beispiel im Sinne des Aufbaus eines flächendeckenden Netzes von interdisziplinärer Früherkennung und Frühförderung, sondern alle notwendigen Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme gemäß Artikel 26 BRK,

wozu auch die Entwicklung umfassender Netzwerke für behinderte Menschen im kommunalen Sozialraum gehören.

Rehabilitationsprogramme i.S.d. Artikels 26 BRK korrespondieren mit der im deutschen Teilhaberecht verankerten Verpflichtung zur Vereinbarung umfassender Gemeinsamer Empfehlungen zwecks Ausgestaltung der Teilhabeleistungen und des Teilhabeverfahrens.

6. Fazit / Forderungen

Regionale Ungleichheiten überwinden!

Das SGB IX ist Bundesrecht: Aus Sicht der behinderten oder von Behinderung bedrohten Kinder und ihrer Familien darf es nicht hingenommen werden, wenn das Beratungs- und Förderangebot der Komplexleistung interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung regional so stark unterschiedlich entwickelt ist, dass es vom Wohnort abhängt, ob eine eigenständige, bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche Früherkennung und Frühförderung qualitäts-gesichert angeboten wird oder nicht. Dies läuft der Herstellung einheitlicher Lebensverhältnisse entsprechend dem Artikel 3 des Grundgesetzes zuwider – ausgerechnet im sensiblen Bereich der Vorschriften des § 30 SGB IX.

Vollzugsdefizite mit gesetzlichen Klarstellungen beheben!

Die Ursachen für die vorhandenen Probleme sind Mängel an den gesetzlichen Grundlagen²¹ wie auch Vollzugsdefizite: beide sind durch gesetzgeberische Klarstellungen und explizierte Verpflichtungen an die Beteiligten aufzuarbeiten. Die Umsetzung dieses präzisierten Früherkennungs- und Frühförderrechts sollte künftig gesetzlich verpflichtend in regelmäßigen Abständen evaluiert werden.

Die in dieser Stellungnahme aufgezeigten Schwachstellen der Umsetzung des Teilhaberechts in Früherkennung und Frühförderung können nämlich mit Blick auf die bisherige Haltung und Praxis der Rehabilitationsträger wohl nicht mehr allein mit dem Appell an die Zusammenarbeit der Akteure bereinigt werden, sondern bedürfen solcher klarstellenden gesetzlichen Regelungen, die ihrerseits den Weg zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit neu ebnen können.

SGB IX-Novelle und bundesweite Gemeinsame Empfehlung dienen der BRK-Umsetzung!

Mit Blick auf die Komplexleistung interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung regt die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation also dringend an, die vorstehend konkretisierten Probleme legislativ im Rahmen einer „Novelle des SGB IX zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention“ aufzugreifen, und sie empfiehlt zugleich den beteiligten Rehabilitationsträgern einen neuen Anlauf der Einigung auf eine ergänzend zu schaffende Gemeinsame Empfehlung zur Komplexleistung interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung.

Die DVfR möchte beide Bestrebungen fachlich fördern!

⁴¹ In der Sprache der BRK ist Habilitation allgemein die Rehabilitation von Menschen im Kindes- und Jugendalter

⁴² i.V.m. § 91 SGB X

Als interdisziplinärer und die relevanten Institutionen umfassender nationaler Fachverband kann die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. beide Prozesse intensiv und konsensorientiert begleiten.

Heidelberg, den 09.06. 2010

gez.:

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann

Vorsitzender der DVfR

Dipl.-Päd. (Rehab.) Michael Harm

Leiter des DVfR-Ausschusses Interdisziplinäre Entwicklungsförderung und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter

6. Vorschläge der DVfR für den Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) in Deutschland

in Ergänzung zur Stellungnahme der DVfR vom Oktober 2009 „Behindertenrechtskonvention jetzt umsetzen! Strategien der DVfR“

I. Artikel 26 BRK Habilitation und Rehabilitation

Bei Durchsicht der verschiedenen Stellungnahmen zur Umsetzung der BRK in Deutschland und auch des einzigen vorliegenden Landes-Aktionsplans zur BRK in Rheinland-Pfalz fällt auf, dass der Artikel 26 BRK (Habilitation und Rehabilitation) bisher keine systematische Berücksichtigung findet. Aus unserer Sicht beinhaltet Artikel 26 jedoch wesentliche allgemeine programmatische Aussagen, die in jedem Arbeitsfeld der BRK Berücksichtigung finden müssen.

Artikel 26 Abs. 1 benennt als Aufgabe der Vertragsstaaten, „wirksame und geeignete Maßnahmen ... zu treffen, um behinderte Menschen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Teilhabe und Teilnahme an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.“ Er verpflichtet die Vertragsstaaten, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme auf unterschiedlichen Gebieten (Gesundheit, Beschäftigung, Bildung, Sozialdienste) zu organisieren. Diese Dienste und Programme sollen frühestmöglich beginnen, die individuellen Bedürfnisse multidisziplinär feststellen und so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch im ländlichen Raum.

Dieser Auftrag ist analog zum Gestaltungsauftrag des § 19 SGB IX an die Rehabilitationsträger, den Bund und die Länder zu sehen. Die DVfR hat deshalb bereits in ihrer Stellungnahme vom Oktober 2009 auf den Artikel 26 BRK besonders hingewiesen und Beispiele für seine Umsetzung gegeben.

II. Artikel 31 BRK Statistik und Datensammlung

Artikel 31 BRK (Statistik und Datensammlung) verpflichtet die Vertragsstaaten zur Informationssammlung zur Teilhabe behinderter Menschen. Die DVfR hält 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. Die DVfR regt an, die ohnehin neu zu regelnde Berichterstattung des Bundes nach § 66 SGB IX in diesen Kontext zu stellen.

III. Forschung

In mehreren Artikeln wird die Notwendigkeit von Forschung zur Verbesserung der Teilhabe behinderter Menschen artikuliert, einschl. der Fort- und Weiterbildung von Fachkräften. Für die DVfR sind die Beteiligung behinderter Menschen bei der Entwicklung von Forschungsstrategien sowie die Ausrichtung von Forschungsaktivitäten auf Teilhabeprobleme besondere Anliegen. Die DVfR wird sich in ihrem Arbeitsausschuss „Interdisziplinäre Rehabilitationsforschung“ mit den Themen Teilhabe an der Forschung, Forschung zur Teilhabe sowie mit dem Beitrag der Forschung zur Teilhabeberichterstattung befassen und Vorschläge erarbeiten.

IV. Artikel 2 BRK

Nachdrücklich unterstützen wir alle Bemühungen, die der Herstellung bzw. Förderung der Kommunikationskompetenz und Barrierefreiheit dienen (einschl. universelles Design, Vermeidung jeglicher Diskriminierung und angemessene Vorkehrungen).

Die Möglichkeiten von Unterstützter Kommunikation und Mobiler Rehabilitation werden bei weitem noch nicht bedarfsgerecht im Hinblick auf die Ermöglichung von Teilhabe angeboten. Dies zu verbessern ist ein wichtiges Anliegen der DVfR. Sie veranstaltet gemeinsam mit den Fachverbänden jährlich interdisziplinäre Symposien, in denen Weiterentwicklungsbedarfe und -hemmnisse bei der Einführung dieser notwendigen Leistungen bei allen Beteiligten diskutiert werden. Ein breiter Konsens zur Unterstützung dieser Aktivitäten, auch auf der Ebene der Sozial- und Gesundheitspolitik, ist notwendig, aber bisher aus verschiedenen Gründen nicht erreicht worden.

V. Artikel 3 Buchst. f – Allgemeine Grundsätze, Artikel 9 Zugänglichkeit

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 wesent-

lich abhängig von der barrierefreien Gestaltung der Verwaltungsverfahren und des Verwaltungshandelns der Sozialleistungsträger. Das gesamte Verwaltungs- und Verfahrensrecht des Sozialgesetzbuches ist auf Zugangsbarrieren zu überprüfen und ggf. durch barrierefreie Verfahrensregelungen zu ersetzen. Dies könnte zugleich ein maßgeblicher Beitrag zur Entbürokratisierung sein.

VI. Hilfsmittelversorgung

Die BRK weist mehrfach (Artikel 4, 20, vgl. auch Artikel 26 Abs. 3) auf die Notwendigkeit hin, die individuelle Versorgung mit qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln und technischen Hilfen zur Unterstützung der weitgehenden Selbstständigkeit und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen sicherzustellen und die Forschung in diesem Bereich weiter zu verstärken.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich ist in Deutschland in verschiedenen Büchern des Sozialgesetzbuchs geregelt und dabei werden verschiedene Anspruchsvoraussetzungen und Versorgungsziele zugrunde gelegt. Die häufig unzureichende Teilhabeorientierung der Hilfsmittelversorgung führt zu erheblichen Versorgungsproblemen bei den Leistungsberechtigten im Hinblick auf die Erreichung von Teilhabe. Erforderlich ist eine Vereinfachung und Klärung des Rechts um sicherzustellen, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Rehabilitation und Teilhabe durch alle Rehabilitationsträger immer auf diese Ziele ausgerichtet ist.

(Weitere Vorschläge siehe „Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung der Probleme bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, Oktober 2009, unter www.dvfr.de).

VII. Verfassungsrechtliche Aspekte von Inklusion und Teilhabe – Einsetzung einer Enquetekommission zur BRK

Rechtlichen Klärungsbedarf sieht die DVfR für den Begriff Inklusion (BRK) in seiner Beziehung zum Begriff der Teilhabe, der sich auf die Grundrechte der deutschen Verfassung stützt. Mit der BRK werden fundamentale Fragen des gesellschaftlichen Zusammenlebens aufgeworfen, die nicht nur behinderte Menschen in engerem Sinn, sondern auch für chronisch kranke und / oder pflegebedürftige Menschen (bei drohender Behinderung lt. SGB IX) von grundlegender Bedeutung sind.

Wir empfehlen deshalb in den NAP die Einsetzung einer Enquetekommission zur Umsetzung der BRK aufzunehmen. Eine solche Enquetekommission bietet die Chance, die im Zusammenhang mit der BRK auftretenden Grundsatzfragen sowie mittel- und langfristige Perspektiven in einem umfassenden gesellschaftlichen Diskurs zu erörtern, ohne dass die anderen konkreten Maßnahmen eines NAP dadurch aufgeschoben werden müssen.

gez.:

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

(Vorsitzender DVfR)

7. Vorschläge für die Neuausrichtung der Berichterstattung über die Lebenssituation behinderter Menschen

Ausgangssituation, Berichtspflicht

Berichterstattung über die Lebenssituation behinderter Menschen ist in Deutschland eine öffentliche Aufgabe. Sie soll Grundlagen für die Evaluation und Gestaltung von Politik und Recht liefern. Rechtsgrundlagen sind insbesondere § 66 SGB IX und Art. 31 BRK.

Nach § 66 SGB IX unterrichtet die Bundesregierung die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes über die Lage behinderter Frauen und Männer sowie die Entwicklung ihrer Teilhabe, gibt damit eine zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Aufwendungen zu Prävention, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit ab und schlägt unter Berücksichtigung und Bewertung der Regelungen des SGB IX die zu treffenden Maßnahmen vor, stellt dabei die Entwicklung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gesondert dar und unterrichtet auch über die nach dem Behindertengleichstellungsgesetz getroffenen Maßnahmen, über Zielvereinbarungen sowie über die Gleichstellung behinderter Menschen und gibt eine zusammenfassende, nach Geschlecht und Alter differenzierte Darstellung und Bewertung ab.

In die Berichtspflichten nach dem SGB IX sind auch die obersten Landesbehörden und die Rehabilitationsträger im Rahmen der BAR einbezogen.

Die Lebenssituation behinderter Menschen wird punktuell auch im Rahmen weiterer Berichtsaufträge und Statistikpflichten des Rechts erfasst, die sich an die Bundesregierung, die Rehabilitationsträger und andere für behinderte Menschen relevante Sozialleistungsträger wenden. Zu nennen sind hier beispielhaft die Statistik und Forschung, einschließlich Wirkungsforschung der Bundesagentur für Arbeit zur Grundsicherung für Arbeitsuchende (§§ 53-55 SGB II), Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (§§ 280-283 SGB III), die Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (§ 142 SGB V), der Pflegebericht der Bundesregierung (§ 10 SGB XI), die Statistik der Sozialhilfe (§§ 121-129 SGB XII), der Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (§ 27 Abs. 4 AGG), die Altenberichte, Kinder- und Jugendberichte und Familienberichte des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie die Armut- und Reichtumsberichte des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Dazu kommen Berichte auf Ebene der Länder und Kommunen.

BRK-Bezug

In der Behindertenrechtskonvention verpflichten sich die Mitgliedstaaten zur Statistik und Datensammlung, die es ihnen ermöglichen, politische Konzepte zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen (Art. 31 BRK), und zu Berichten an den Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen bei den Vereinten Nationen (Artt. 34, 35).

Die Behindertenberichterstattung des Bundes ist, gemessen an ihrem gesetzlichen Auftrag und den neuen Herausforderungen der BRK, noch verbesserungsfähig. Sie ist bislang auch kaum international abgestimmt und vergleichbar.

Eine Berichterstattung, mit der die gesetzlichen Ziele der Inklusion, Teilhabe, Gleichstellung und Selbstbestimmung evaluiert werden können, muss über eine Statistik der Rehabilitation und Teilhabeleistungen hinausgehen. Bereits erlangte Forschungsergebnisse der Rehabilitationsforschung müssen systematisch einbezogen werden.

Vorschläge

1. Eine **problemorientierte Berichterstattung** muss darauf achten, dass die **sozialwissenschaftliche Methodik** auf die Forschungsfrage abgestimmt wird. Zu vermeiden ist, dass bestimmte Methoden (Haushaltsbefragungen, Telefonbefragungen usw.) bereits vorab zu einer Exklusion von behinderten Menschen führen. Vorzugswürdig könnten **inklusiv gestaltete große Bevölkerungsstichproben** sein.
2. **Kategorien für eine umfassende und international kompatible Teilhabeberichterstattung** müssen mit Hilfe der ICF als des einzigen international konsentierten Klassifikationssystems gebildet werden. Die ICF ist auch als Grundlage zur systematischen Integration bestehender Daten heranzuziehen.
3. **Teilhabeberichterstattung muss hinreichend unabhängig von Regierungen und Rehabilitationsträgern stattfinden.** Sie ist daher bei institutionell möglichst unabhängigen Stellen zu organisieren. Darüber hinaus sind **die Betroffenen** angemessen einzubeziehen und **müssen eine aktive Rolle übernehmen.**
4. Die DVfR setzt sich daher dafür ein, im Rahmen des Nationalen Aktionsplans zur Behindertenrechtskonvention die **Behindertenberichterstattung des Bundes nach den genannten Kriterien neu zu gestalten.** Sie schlägt vor, eine **Kommission zu bilden**, die mit der notwendigen wissenschaftlichen Autonomie unter Einbeziehung des BMAS, der BAR, der Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern, der Verbände behinderter Menschen und der Leistungserbringer der Rehabilitation ihre Arbeit aufnimmt.
5. **Diese Kommission soll** zunächst ein an Lebensbereichen und am Lebenslauf behinderter Menschen orientiertes **System der Berichterstattung entwickeln, das den Anforderungen der BRK und der Systematik der ICF gerecht wird.** Sie soll weiterhin die bestehenden Daten und amtlichen Berichte darauf sichten, welche Informationen bereits vorliegen, und Lücken identifizieren. Diese müssen in darauf folgenden Schritten durch **gezielte Datenerhebung und Forschung** geschlossen werden, um ein besseres Bild über den Stand der Inklusion, Teilhabe, Gleichstellung und Selbstbestimmung behinderter Menschen zu erhalten.

Dr. M. Schmidt-Ohlemann

Vorsitzender der DVfR

8. Stellungnahme der DVfR zur Neufassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie / HeilM-RL), Beschlussentwurf vom 20.1.2011

Der geschäftsführende Vorstand der DVfR hat anknüpfend an die Stellungnahme der DVfR vom 26.1.2010 die Neufassung der Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung des Beschlussentwurfes vom 20.1.2011 beraten und gelangt zu folgendem Ergebnis:

Die Neufassung der Richtlinien wird im Wesentlichen begrüßt.

Nach Auffassung der DVfR gefährdet jedoch die Neufassung des § 11 Abs. 2 der HeilM-RL die Heilmittelversorgung erwachsener behinderter Menschen, die in Tageseinrichtungen betreut werden, durch die Einführung einer Altersgrenze für die Behandlung behinderter Menschen in Tageseinrichtungen. Die DVfR sieht eine Reihe von fachlichen Gründen um den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu beanstanden.

Eine Beanstandung erscheint auch deshalb geboten, weil der Bundesausschuss die in Stellungnahmen anhörungsberechtigter und nicht anhörungsberechtigter Verbände gegen die Einführung einer Altersgrenze vorgebrachten Argumente in den tragenden Gründen nicht eigens gewürdigt hat und der Hinweis, eine Beseitigung der vorgesehenen Altersbegrenzung sei aus leistungsrechtlichen Gründen nicht möglich, nicht begründet oder belegt und auch nicht erkennbar zum Gegenstand der Erörterungen gemacht wurde. Damit wurden die Stellungnahmen nicht angemessen in die Entschlussfassung einbezogen, wie dies § 92 Abs. 6 SGB V verlangt.

Zur Begründung

Die DVfR ist ein Verband, in dem Sozialleistungsträger, Leistungserbringer, Verbände behinderter und kranker Menschen, Fachverbände und Einzelpersonen zusammengeschlossen sind, um zur Teilhabe von Menschen mit Krankheiten und Behinderungen durch medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation beizutragen. Sie stellt dabei den interdisziplinären Dialog sicher und bildet eine breite Diskussionsplattform im Interesse der Teilhabeförderung. Die bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Krankheiten und Behinderungen mit Heilmitteln ist der DVfR ein besonders wichtiges Anliegen, da oft erst durch Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie eine Besserung von Schmerzen und von Funktionseinschränkungen erreicht und ihre Verschlimmerung verhindert werden und so auch Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe vermindert werden können.

Deshalb nimmt die DVfR zur Überarbeitung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie / HeilM-RL) vom 20.1.2011 im folgenden Stellung.

Die DVfR begrüßt die Neufassung der Heilmittelrichtlinie mit Ausnahme des § 11 Abs. 2 Satz 3 und 4. Dieser lautet in der neuen Fassung:

§ 11 Abs. 2 Heilmittelrichtlinie (20.1.2011)

„ 1Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. 2Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs. 3Ohne Verordnung eines Hausbesuchs ist die Behandlung außerhalb der Praxis des Therapeuten oder der Therapeutin ausnahmsweise für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind, soweit § 6 Abs. 2 dem nicht entgegensteht. 4Voraussetzung ist, dass sich aus der ärztlichen Begründung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt und die Tageseinrichtung auf die Förderung dieses Personenkreises ausgerichtet ist und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird.“

I Fachliche Aspekte

1. Anspruch erwachsener Menschen mit Behinderung auf bedarfsgerechte Heilmittelversorgung in Tageseinrichtungen

Die vorgesehene Änderung des § 11 bedeutet zunächst, dass nunmehr Kinder und Jugendliche Heilmittel in Einrichtungen erhalten können. Sie bedeutet aber auch, dass erwachsene Menschen, die tagsüber in einer Einrichtung wie einer Tagesförderstätte oder einer Werkstatt für behinderte Menschen betreut werden, in Zukunft dort keine Heilmittel mehr erhalten können, es sei denn, die Einrichtung ist selbst als Heilmittelerbringer zugelassen oder in ihr befindet sich eine anerkannte Zweigpraxis. Da dies in der Regel nicht der Fall ist, müssten Menschen mit Behinderungen für eine Behandlung eine Praxis eines Therapeuten während der Besuchszeit der Einrichtung oder nach deren Ende aufsuchen oder sie sind auf Hausbesuche des Therapeuten angewiesen. Diese dürfen allerdings nur aus medizinischen Gründen verordnet werden. Ein erheblicher Teil der Menschen in Tagesförderstätten und einige Menschen mit Behinderung aus den Werkstätten können jedoch die Praxis eines Therapeuten während der Einrichtungs-Besuchszeiten nicht allein aufsuchen. Ein Hausbesuch in der Tageseinrichtung ist nicht zulässig und eine Heilmittelversorgung am Abend ist in der Regel weder organisierbar, noch zumutbar, noch effektiv.

Die DVfR hatte bereits am 26.1.2010, wie andere Fachverbände auch, in ihrer Stellungnahme (Anlage 1) ausgeführt, dass „Menschen mit schwerer Behinderung, die den besonderen Hilfen der Eingliederungshilfe bedürfen, in den meisten Fällen keine

Chance haben, außerhalb der Einrichtungen Heilmittel überhaupt zu erhalten:

- a. *Bei Betreuung in einer Ganztageseinrichtung in der Regel von 7.30 bis 16.30 Uhr (oft auch länger) am Tag und u. U. mit zusätzlichen Beförderungszeiten können Menschen mit schwerer Behinderung nach solchen langen Abwesenheitszeiten von zu Hause in der Regel nach 17.00 Uhr keine Therapie mehr verkraften bzw. sinnvoll daran teilnehmen.*
- b. *Ferner kann nicht davon ausgegangen werden, dass an allen Wohnorten in der Zeit ab 17.00 Uhr ausreichende Hausbesuchsbereitschaft und -kapazität der Heilmittelpraxen vorhanden ist.*
- c. *Auch ist es den Familien oder Bezugspersonen häufig nicht möglich, nach 17.00 die Betroffenen regelmäßig in die Therapiepraxen zu bringen. Dies scheidet oft an fehlenden Fahrzeugen, der Betreuung anderer Familienangehöriger, z. B. von Kindern etc. Immerhin handelt es sich dabei um sehr schwer behinderte Menschen, die in den meisten Fällen im Rollstuhl befördert werden müssen, die verhaltensauffällig, schwer geistig behindert und/oder zusätzlich psychisch krank sind. Auch muss es für behinderte Menschen Zeit für normales Familienleben geben.*
- d. *Es ist auch nicht möglich, dass diese Menschen während des Einrichtungsbesuches in eine Praxis gefahren werden, da sie Begleitung zusätzlich zum Fahrer eines Beförderungsfahrzeuges benötigen. Dies ist nicht Aufgabe der Einrichtungen, zudem mit hohen Kosten verbunden.*
- e. *Bei schwerer Spastik oder bei bestimmten Verhaltensstörungen wirkt sich eine zusätzliche Beförderung ungünstig auf den Therapieerfolg aus.*

Diese Argumente gelten nicht nur für Kinder und Jugendliche, sondern auch für erwachsene Menschen mit schweren Behinderungen, so dass nicht hinzunehmen ist, dass dieser Personenkreis faktisch von der Heilmittelerbringung ausgeschlossen wird.“

Der G-BA kommt aus eben diesen Gründen zu dem Ergebnis, dass für Kinder und Jugendliche Heilmittelerbringung in Einrichtungen unter bestimmten Bedingungen möglich sein soll, wie auch den tragenden Gründen zu § 11 zu entnehmen ist.

„Sinn der Regelung ist es, den Zugang zur Möglichkeit der Heilmittelerbringung in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche nachhaltig zu erleichtern. Die Regelung trägt der Lebenswirklichkeit behinderter Kinder bzw. deren Eltern Rechnung, denen es bei ganztägiger Unterbringung in den genannten Einrichtungen nur schwer möglich ist, die Praxis eines Heilmittelerbringers zur Inanspruchnahme verordneter Leistungen aufzusuchen. In diesen Fällen besteht kein Anspruch auf die Verordnung eines Hausbesuchs. Die Behandlung in einer Einrichtung wird in diesen Fällen der Behandlung in einer Praxis eines Heilmittelerbringers gleichgestellt. Mehrkosten im

Vergleich zur Leistungserbringung in der Therapiepraxis können somit nicht begründet werden.“

Diese Argumente gelten ebenso für erwachsene Menschen mit Behinderung. Insofern ist inhaltlich nicht nachvollziehbar, warum erwachsene Menschen mit schwerer Behinderung von der Heilmittelerbringung in Einrichtungen praktisch ausgeschlossen werden sollen.

Unstrittig ist, dass schwer behinderte Menschen relativ häufig einen dringenden Bedarf an Heilmitteln aufweisen, dass also der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Heilmittelversorgung eine große Bedeutung für diese Personengruppe zukommt.

2. Zur Definition der Personengruppe – Erwachsene mit Bedarf an Behandlung in Tages-einrichtungen

Die vom G-BA-Beschluss ausgeschlossene Personengruppe ist gut abgrenzbar und zudem zahlenmäßig überschaubar. Es geht um erwachsene Menschen mit häufig sehr schwerer Behinderung, die eine Tagesförderstätte (ggf. unter dem Dach einer Werkstatt für behinderte Menschen) besuchen oder trotz einer schweren Behinderung eine Werkstatt besuchen können. Nach den Daten der BAG der überörtlichen Sozialhilfeträger dürfte es sich bei den Besuchern von Tageseinrichtungen um eine Größenordnung von ca. 45000 Menschen handeln. Hinzu kommen noch schwer behinderte Menschen in den Werkstätten, die in ihrer Mobilität oder ihrem Verhalten so eingeschränkt sind, dass sie eine therapeutische Praxis nicht ohne weiteres aufsuchen können. Deren Zahl kann z. Zt. nicht exakt angegeben werden.

Die Fassung des § 11 Abs. 2 Satz 4 grenzt diesen Personenkreis auch für Erwachsene sachlich korrekt ein, wenn die Altersbegrenzung entfällt: damit ist sichergestellt, dass nicht automatisch jeder behinderte Mensch in irgendeiner Tageseinrichtung dort Heilmittel erhalten kann sondern nur, wenn „sich aus der ärztlichen Begründung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt und die Tageseinrichtung auf die Förderung dieses Personenkreises ausgerichtet ist und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird“.

Andere Tageseinrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen als Tagesförderstätten oder Werkstätten für behinderte Menschen existieren nicht. Der in Frage kommende Personenkreis ist also gut abgrenzbar und überschaubar. Insofern sind Befürchtungen einer unregelmäßigen und bedeutsamen Ausweitung der Heilmittelerbringung unbegründet (s. dazu auch unten 3. und 5.)

3. Bisherige Regelungen

Bislang wurden Heilmittel regelmäßig in Tageseinrichtungen erbracht, obwohl dies im Heilmittelkatalog nicht vorgesehen war. Auf Grund eines unabweisbaren Bedarfes der schwer behinderten Personengruppe und zahlreicher Vorteile einer solchen Regelung wurde diese Praxis akzeptiert und die Tätigkeiten der Therapeuten wurden als ausgelagerte Praxistätigkeit aufgefasst. Dies geht auch aus dem konsentierten Fragen-/Antwortenkatalog der GKV-Spitzenverbände und der Kassenärztlichen Bundes-

vereinigung hervor. Unter Nr. 19 sind dort folgende Ausführungen zu finden:

Frage:

„Es wird z. T. von Therapeuten darauf hingewiesen, dass bei Patienten (meist Behinderte), die eine Tageseinrichtung besuchen, eine Behandlung am Abend in der Praxis des Therapeuten nicht effizient ist, da die Konzentrationsfähigkeit der Patienten vielfach nicht mehr gegeben ist. Ist in diesen Fällen ein Hausbesuch zu verordnen? Wie ist zu verfahren?“

Antwort:

„Therapeutentätigkeit außerhalb der Praxis in z.B. Betreuenden Einrichtungen, Sonderschulen etc. wird unter anderem auch als ausgelagerte Praxistätigkeit des Therapeuten gesehen und erfüllt nicht die Kriterien eines Hausbesuchs. Die Notwendigkeit eines Hausbesuches richtet sich nicht nach „Wunschvorstellungen“. Die Regelung zur Verordnung eines Hausbesuches richtet sich ausschließlich nach der Regelung in 16.2 der Richtlinien; das heißt, der Hausbesuch ist nur dann ausnahmsweise zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann bzw. wenn der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich ist. Liegen medizinische Gründe vor, kann der Arzt auch einen Hausbesuch in einer Tageseinrichtung verordnen. Dies sollte in jedem Einzelfall sorgfältig geprüft werden. Allerdings sollten solche Gründe im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot sehr gut dokumentiert werden, da ein solches Vorgehen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Bedeutung sein könnte.“

Die Antwort verdeutlicht, dass die Erbringung von Leistungen in Einrichtungen als sog. ausgelagerte Praxistätigkeit möglich war, auch ohne dass ein solcher Fall in den HMR definiert wurde, allerdings unter der Voraussetzung, dass kein Hausbesuch verordnet wurde und damit auch keine Hausbesuchspauschale zusätzlich abgerechnet werden konnte.

Diese Regelung funktioniert in den meisten Bundesländern für Erwachsene störungsfrei. Zu Abgrenzungsproblemen kam es fast ausschließlich im Bereich der Tageseinrichtungen für Kinder und Jugendliche, da hier neben pädagogischen auch therapeutische Leistungen durch die Einrichtung im Rahmen ihres Gesamtauftrages angeboten wurden. Insofern stellte sich hier die Frage, wer für die Verordnung und die Kostenübernahme von Heilmitteln verantwortlich ist. Auf Grund unklarer Leistungsabgrenzungen wurde deshalb z. T. die Verordnung oder die Bezahlung von zusätzlichen Heilmittelleistungen in Einrichtungen verweigert.

Entsprechende Abgrenzungsprobleme bei der Heilmittelerbringung in Werkstätten und Tagesförderstätten traten für erwachsene behinderte Menschen in der Regel deshalb nicht auf, weil diese Einrichtungen keinen therapeutischen Auftrag haben und insofern ohnehin nicht verpflichtet sind, kurative therapeutische Leistungen zur Verfügung zu stellen.

Durch die Neufassung der Heilm-RL entfällt nun der Ermessensspielraum für eine regelhafte Duldung der

Erbringung von Leistungen in Einrichtungen als ausgelagerte Praxistätigkeit, da für Kinder und Jugendliche eine eindeutige Ausnahmeregelung von der Regel formuliert ist.

Die bisherige Regelung hat bislang für erwachsene behinderte Menschen in der Regel gut funktioniert, indem die Versorgung erwachsener Menschen mit Heilmitteln in Einrichtungen stattfindet, sollte diese nicht ohne Not aufgegeben werden. Da diese breit praktiziert wird, ist es äußerst unwahrscheinlich, dass es zu einer relevanten Leistungsausweitung kommt, wenn auf die Altersbegrenzung in § 11 Abs. 2 verzichtet würde, zumal die Leistungsvoraussetzungen viel konkreter erfasst sind, als bisher.

4. Leistungsrechtliche Gründe für die Beschränkung der Heilmittelerbringung in Einrichtungen auf Kinder und Jugendliche

In den tragenden Gründen wird zu § 11 u. a. ausgeführt:

„Die Patientenvertretung unterstützte die vorgesehene Änderung, votierte jedoch weiterhin für eine Aufhebung der vorgesehenen Altersbegrenzung. Nach Einschätzung der Mitglieder des G-BA sei eine Streichung der Altersbegrenzung aus leistungsrechtlichen Gründen nicht möglich.“

Eine Konkretisierung oder Begründung der Aussage, dass eine Streichung der Altersbegrenzung aus leistungsrechtlichen Gründen nicht möglich sei, findet sich in der gesamten Dokumentation nicht, insbesondere nicht in der Übersichtsdokumentation der Eingaben und deren Würdigung zu § 11. Auch aus dem Protokoll der Sitzung des Beschlusskörpers lassen sich keine weiteren Argumente für diese These entnehmen.

Nach Ansicht der DVfR lassen sich keine leistungsrechtlichen Argumente für eine Altersbegrenzung anführen, auch keine gegen einen Wegfall dieser Altersbegrenzung in der vorgesehenen Neufassung.

Leistungsrechtliche Bedenken wären allenfalls dann geltend zu machen, wenn vorrangig verpflichtete Leistungsträger durch diese Regelung ihrer Leistungspflicht nicht nachkommen müssten. Für die Erbringung von Heilmitteln existiert aber kein vorrangiger Leistungsträger, und zwar weder aus dem Bereich des SGB XII (Eingliederungshilfe) noch aus dem SGB XI (Leistungen zur Pflege). Vgl. i. Ü. § 6 der Richtlinie zum Thema Verordnungsausschlüsse.

5. Leistungsausweitung – Leistungsbeschränkung

Für die Einführung einer Altersbegrenzung der Leistungserbringung wurde im Laufe der Diskussion im Vorfeld des Beschlusses immer wieder das Argument vorgebracht, durch generelle Erlaubnis der Erbringung von Heilmitteln in Einrichtungen werde eine Leistungsausweitung induziert. Diese Befürchtung stützt sich auf die Überlegung, dass bislang diese Möglichkeit in der Richtlinie nicht vorgesehen war und es deshalb zu einer vermehrten Nachfrage kommen würde und dass möglicherweise von anderen Kostenträgern Druck auf die Einrichtungen aufgebaut werden könnte, für mehr Heilmittelleistungen bei ihren Kunden/Klienten zu sorgen.

Dass diese Befürchtung eintritt ist sehr unwahrscheinlich: Zum einen wird die Leistungserbringung in Einrichtungen seit Jahren in erheblichem Umfang praktiziert und ist offiziell geduldet (vgl. Punkt 3, Bisherige Regelungen). Zum anderen ist die Personenzahl, um die es geht, sowohl durch die Formulierung der Richtlinie als auch durch die Gesamtzahl der Besucher von Tagesförderstätten und Werkstätten (vgl. Punkt 3) eng begrenzt: es handelt sich ausschließlich um solche Personen, die wegen der Schwere ihrer Behinderung eine Werkstatt oder Tagesförderstätte besuchen müssen. Dabei benötigt bei weitem die Mehrzahl der Besucher von Werkstätten keine regelmäßige Heilmittelversorgung. Viele Beschäftigte sind zudem so mobil, dass sie bei Bedarf die Heilmittelerbringer aufsuchen können.

Würde hingegen die Regelung der Neufassung gelten sollen, würden die Leistungen für behinderte Menschen erheblich reduziert. Die Gründe dafür wurden oben bereits dargelegt. Nach der Klarstellung einer Ausnahmeregelung für Kinder und Jugendliche für die Leistungserbringung in Einrichtungen ist der Regelfall - Behandlung nur in Praxis oder als Hausbesuch - nicht mehr zu umgehen. Welcher verordnende Arzt wird das Risiko eines Regresses, welcher Leistungserbringer das Risiko, die Leistung nicht bezahlt zu bekommen, und welche Krankenkasse das Risiko der Beanstandung durch die Aufsichtsgremien noch eingehen wollen? Stehen aber die Leistungen in Einrichtungen nicht zur Verfügung, können die meisten Menschen mit schwerer Behinderung praktisch ihre notwendigen Heilmittel nicht erhalten.

Mit Durchsetzung der neuen Regelung wird es zu einer drastischen Kürzung der Heilmittelleistungen für behinderte Menschen in Tageseinrichtungen kommen. Bei Aufhebung der Altersgrenze hingegen kommt es mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu einem relevanten Anstieg der Leistungszahlen.

6. Rechtliche Bedenken gegen die Neufassung

Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) formuliert in Art. 25 das Recht auf umfassende Gesundheitsversorgung einschließlich spezieller Leistungen für behinderte Menschen und proklamiert das Recht auf angemessene Vorkehrungen zur Ermöglichung von Teilhabe und Inklusion auch im Gesundheitswesen. Auch die Heilmittelversorgung ist unter diesem Aspekt zu bewerten. Eine Regelung zur Heilmittelerbringung, die nicht bedarfsgerecht ist, ist nicht BRK-konform.

§ 2a SGB V fordert, dass den Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist. Eine ähnliche Bestimmung findet sich in der Heilmittelrichtlinie in § 1 Abs. 2. Durch die Neuregelung werden die Belange erwachsener behinderter Menschen empfindlich berührt: ihnen wird bei einer Neufassung eindeutig nicht Rechnung getragen. Die Notwendigkeit einer Behandlung ist in der Regel aus fachlicher Sicht völlig unstrittig.

Wenn die Behandlung in Einrichtungen aber für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen notwendig ist, ist einer Sonderregelung nur für Kin-

der und Jugendliche von der Sache her nicht zuzustimmen, denn für Erwachsene treffen dieselben Gründe für die Erbringung in Einrichtungen zu wie für Kinder. Für beide Gruppen ist die Erbringung der Leistungen in der Einrichtung in den meisten Fällen unabdingbar.

Der faktische Ausschluss von Leistungen für eine Personengruppe mit erheblichem und unstrittigem Bedarf durch die Festlegung des Leistungsortes ist durch das SGB V nicht gedeckt. Der Gesetzgeber hat dem G-BA in § 92 Abs. 6 SGB V recht genau aufgegeben, was er regeln soll. Dazu gehört der Ort der Leistungserbringung nicht. Die Bestimmungen des G-BA über den Erbringungsort von Heilmitteln dürfen nicht so weit gehen, dass sie dazu führen, dass der Betroffene die Heilmittel nicht oder nur unter unzumutbaren bzw. nicht zweckmäßigen und nicht wirtschaftlichen Bedingungen erhält. Der Ausschluss der Einrichtung als Ort der Leistungserbringung würde die Möglichkeit der Versorgung des Versicherten selbst in Frage stellen. Dies würde das Recht des Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln nach § 32 SGB V untergraben.

Im gesamten Verfahren sind keine Zweifel daran laut geworden, dass möglicherweise in der Einrichtung die Behandlung nicht sachgerecht erfolgen könnte. Wenn also kein Zweifel an der sachgerechten Erbringung von Leistungen in Einrichtungen vorhanden ist, gibt es keine gesetzliche Grundlage über den Ort der Leistungserbringung Begrenzungen der Heilmittelversorgung vorzunehmen.

Wenn das Argument zutreffen würde, dass in Einrichtungen nicht immer geeignete Behandlungsmöglichkeiten vorhanden seien, wäre dies durch die Regelung von Anforderungen an die Leistungserbringung zu lösen, nicht aber durch den Ausschluss von Einrichtungen als Ort der Leistungserbringung.

Es darf nicht vergessen werden, dass die Erbringung von Heilmitteln in Einrichtungen oft zweckmäßiger zu gewährleisten ist als z. B. in häuslicher Umgebung: immerhin stehen ggf. Assistenzpersonen zur Verfügung, die bei schwierigen Transfers behilflich sein können. Zudem ist es in den Einrichtungen möglich, im Alltag der Einrichtung umzusetzende Ziele der Behandlungs- und Teilhabeplanung durch Einbeziehung der Mitarbeiter dieser Einrichtungen abzustimmen. Damit sind Synergieeffekte zu erwarten.

Nach allem findet die Regelung in der vorgelegten Fassung im Gesetz keine Grundlage und verstößt gegen § 2a SGB V im Zusammenhang mit Art 25 BRK. Zudem greift sie in das Recht des Versicherten auf Heilmittelversorgung nach § 32 SGB V ein.

7. Wirtschaftlichkeit

Es ist unwahrscheinlich, dass es bei Aufhebung der Altersgrenze zu einer relevanten Leistungsausweitung käme (vgl. Punkt 2, Zur Definition der Personengruppe und Punkt 5, Leistungsausweitung – Leistungsbeschränkung). Würde auch nur ein Teil der Heilmittelleistungen in Einrichtungen, bei denen ja die Hausbesuchspauschale nicht abgerechnet wird, als Hausbesuch geleistet, wären Mehrkosten allein durch die Abrechnung der Hausbesuchspau-

schale zu erwarten, es sei denn, man erwartet, dass die Therapiefrequenzen sinken, da sich keine Therapeuten und Familien finden, die die Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie nach 17.30 Uhr ausführen wollen und können.

Als weitere Möglichkeit, Heilmittel zu erhalten, kommt die Beförderung dieser Personengruppe in die Praxis des Therapeuten in Betracht. Da diese Personengruppe in der Regel im Rollstuhl befördert werden muss, und nicht selten Begleitpersonen benötigt werden, entstehen erhebliche Beförderungskosten. Damit würden für die Behandlung dringend benötigte Ressourcen in die Beförderung fließen, insbesondere in ländlichen Gebieten.

Das Unterlassen regelmäßiger Behandlungen bei Menschen mit schwerer Behinderung führt selbst wieder zu Folgeschäden, die ökonomisch relevant sind. Valide Zahlen zur Abschätzung solcher Folgen liegen zwar nicht vor – dennoch ist mit Verschlechterung der funktionalen Gesundheit, d.h. verminderter Selbständigkeit, vermehrter Komplikationshäufigkeit und vermehrten stationären Behandlungen bei einer Reihe von Patienten zu rechnen.

Insofern sind durch die vorliegende Neufassung des § 11 Abs. 2 kurzfristig und langfristig wirtschaftlich ungünstige Wirkungen zu erwarten, durch eine Aufhebung der Altersgrenze hingegen keine relevante Steigerung der Kosten und langfristig günstige wirtschaftliche Auswirkungen.

II. Zum Vorliegen von Verfahrensmängeln

Beim Verfahren zur Änderung der Heilmittelrichtlinien, vgl. Zusammenfassende Dokumentation zum Beratungsverfahren gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 zur Neufassung der Heilmittel-Richtlinie Stand: 20. Januar 2011 wurde § 92 Abs. 6 S. 2 SGB V verletzt.

Dort heißt es:

„Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 125 Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

Zu § 11 Abs. 2 S. 3 u. 4 (Ort der Leistungserbringung) wurden folgende Stellungnahmen durch stellungnahmeberechtigte Organisationen eingereicht:

Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs):

„Wir begrüßen die neu geschaffene Möglichkeit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen außerhalb der Praxis, z.B. in Kindergärten und Schulen. Damit wird der geänderten Lebenswirklichkeit der Familien auch in den Heilmittelrichtlinien Rechnung getragen. Die vorgesehene Altersbegrenzung kann jedoch gravierende Auswirkungen auf erwachsene behinderte Menschen in Tageseinrichtungen, wie z.B. Tagesförderstätten oder Werkstätten für behinderte Menschen haben. Hier ist eine entsprechende Klarstellung in dem Sinne erforderlich, dass diese

Versorgung auch zukünftig nicht ausgeschlossen ist.“

Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V. (BHV):

„Formulierungsvorschlag zu Satz 3: Mit (gestrichen: ohne) Verordnung eines Hausbesuchs ist die Behandlung außerhalb der Praxis des Therapeuten oder der Therapeutin (gestrichen: ausnahmsweise für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) für Patienten möglich, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind, soweit § 6 Abs. 2 dem nicht entgegensteht.“

Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba):

„Unabhängig davon sollte die Therapie grundsätzlich auch erwachsenen behinderten Menschen in ihrer Tageseinrichtung ermöglicht werden.“

Die weiteren Stellungnahmen (von Diakonie, Caritas, DVfR, BEB, AWO, Dt. Rheuma-Liga, DPWV) stellen die Problematik durch die Neuregelung des § 11 umfassend dar, sind hier jedoch formalrechtlich nicht erheblich, da diese Verbände nicht stellungnahmeberechtigt sind.

Der G-BA führt zur Würdigung der vorgetragenen Argumente zur Altersgrenze in § 11 ausschließlich folgendes aus:

„Die Eingaben bezüglich der Altersbegrenzung wurden zusammenfassend beraten. In Satz 3 Zusatz „ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung“.

Die Erweiterung der Regelung trägt dem Ansinnen Rechnung, dass eine bereits begonnene Heilmittelbehandlung in einer der o. g. Einrichtungen nicht mit Erreichen des 18. Lebensjahres abgebrochen werden muss, sondern auch darüber hinausgehend für die Dauer der an die Einrichtung gebundenen schulischen Ausbildung fortgesetzt bzw. beendet werden kann.“

In den tragenden Gründen (Kap. A) wurde zu § 11 Abs. 2 S. 3 u. 4 Ort der Leistungserbringung; Heilmittelerbringung in Tageseinrichtungen für Kinder und Jugendliche formuliert:

„Die geltende Regelung, unter welchen Voraussetzungen die Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis möglich ist, wird um eine neue Option ergänzt. Bisher ist die Heilmittelerbringung möglich in den Räumlichkeiten des Therapeuten oder als Hausbesuch außerhalb der Praxis. Hausbesuche sind jedoch nur möglich, wenn hierfür medizinische Gründe vorliegen. Die Behandlung in einer Einrichtung ist keine ausreichende medizinische Begründung für die Verordnung eines Hausbesuches.

Die neue Regelung des § 11 Abs. 2 S. 3 u. 4 ergänzt die bestehenden Möglichkeiten dahingehend, dass die Behandlung außerhalb der Praxis

ohne Verordnung eines Hausbesuches dann möglich ist, wenn es sich bei den Versicherten um Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung handelt, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind. Die Heilmittelerbringung in diesen Einrichtungen hängt von der Feststellung des verordnenden Arztes ab, der den Therapiebedarf, die Therapiefähigkeit sowie Ziel und Prognose der Therapie vor dem Hintergrund der besonderen Schwere und Langfristigkeit einer funktionellen/strukturellen Schädigung sowie möglicher Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) feststellt. Die Tageseinrichtung muss auf die Förderung dieses Personenkreises ausgerichtet sein und die Behandlung in dieser Einrichtung durchgeführt werden. Bei einer auf Förderung des oben genannten Personenkreises ausgerichteten Tageseinrichtung kann es sich auch um eine Regelschule handeln, wenn diese die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2 Satz 4 erfüllt. Diese Regelung eröffnet insbesondere die Möglichkeit, unter Berücksichtigung des Art. 24 UN-BRK (Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen) Heilmittel auch in Inklusionsschulen erbringen zu können. Die Erweiterung der Regelung, dass die Leistung ggf. über das 18. Lebensjahr hinaus in der Einrichtung erbracht werden kann, trägt dem Ansinnen der Patientenvertretung Rechnung, dass eine bereits begonnene Heilmittelbehandlung in einer der o. g. Einrichtungen nicht mit Erreichen des 18. Lebensjahres abgebrochen werden muss, sondern auch darüber hinausgehend für die Dauer der an die Einrichtung gebundenen schulischen Ausbildung fortgesetzt bzw. beendet werden kann.

Sinn der Regelung ist es, den Zugang zur Möglichkeit der Heilmittelerbringung in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche nachhaltig zu erleichtern.

Die Regelung trägt der Lebenswirklichkeit behinderter Kinder bzw. deren Eltern Rechnung, denen es bei ganztägiger Unterbringung in den genannten Einrichtungen nur schwer möglich ist, die Praxis eines Heilmittelerbringers zur Inanspruchnahme verordneter Leistungen aufzusuchen. In diesen Fällen besteht kein Anspruch auf die Verordnung eines Hausbesuchs. Die Behandlung in einer Einrichtung wird in diesen Fällen der Behandlung in einer Praxis eines Heilmittelerbringers gleichgestellt. Mehrkosten im Vergleich zur Leistungserbringung in der Therapiepraxis können somit nicht begründet werden.

Die Patientenvertretung unterstützte die vorgesehene Änderung, votierte jedoch weiterhin für eine Aufhebung der vorgesehenen Altersbegrenzung. **Nach Einschätzung der Mitglieder des G-BA sei eine Streichung der Altersbegrenzung aus leistungsrechtlichen Gründen nicht möglich** (Hervorhebung durch DVfR).“

Die Eingaben stellungnahmeberechtigter Organisationen mit dem Vorschlag, die Altersgrenze fallen zu lassen, wurden bei der in der Dokumentation wiedergegebenen Würdigung der Stellungnahmen nicht berücksichtigt. Weder wurden die Forderungen als solche aufgenommen noch wurde eine evtl. inhaltliche Auseinandersetzung damit dokumentiert.

Lediglich bei den tragenden Gründen wird, freilich nur in indirekter Rede berichtet, dass nach Einschätzung der Mitglieder des G-BA eine Streichung der Altersbegrenzung aus leistungsrechtlichen Gründen nicht möglich sei.

Solche leistungsrechtlichen Gründe sind weder dokumentiert noch plausibel (vgl. Punkt 4, Leistungsrechtliche Gründe).

Insofern ist der gesetzlichen Vorgabe, die Stellungnahmen seien einzubeziehen nicht genüge getan: Es hätte zumindest einer dezidierten Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen bedurft und einer Begründung, warum die vorgebrachten gravierenden Argumente einer Versorgungslücke nicht berücksichtigt werden sollen. Angesichts der dezidierten Stellungnahmen hätten leistungsrechtliche Gründe nachprüfbar dargelegt werden müssen.

Deshalb ist davon auszugehen, dass der G-BA die Stellungnahmen nicht in seine Entscheidungen einbezogen hat. Er hat diese vielmehr nicht ernsthaft und gründlich geprüft und sich mit diesen nicht hinreichend auseinandergesetzt.

Allein deshalb ist festzustellen, dass das Beschlussverfahren des G-BA im Hinblick auf die Neufassung des § 11 Mängel aufweist.

Zudem wurde in den Begründungen nicht dokumentiert, dass die Relevanz der Vorschrift des § 2a SGB V für die Entscheidung zu diesem § 11 überhaupt geprüft wurde. Auch dies stellt einen Verfahrensmangel dar.

Während für die Entscheidung bzgl. der Öffnung des Leistungserbringungsortes für Regelschulen auf Art 24 BRK hingewiesen wurde, unterblieb im Falle der Altersbegrenzung eine Prüfung auf Kompatibilität mit der BRK, insbesondere Art 25 und 26 in Verbindung mit den weiteren einschlägigen Artikeln. Auch dies stellt einen Verfahrensmangel dar.

Zudem wurde im Verfahren nicht geprüft, wie der Anspruch der Versicherten auf Heilmittel nach § 32 SGB V i. V. m. Art 25 BRK und § 2a SGB V praktisch zu realisieren ist, wenn die Behandlung nicht in Einrichtungen erfolgt. Auch dies stellt einen Verfahrensmangel dar.

Nach allem ist der Beschluss des G-BA im Hinblick auf die Beschlussfassung zu § 11 Abs. 2 der Heilmittelrichtlinien zu beanstanden und eine Beseitigung der Verfahrensmängel zu verlangen.

Unter Beachtung eines korrekten Verfahrens wird es auch in der Sache zu einer Aufhebung der Altersgrenze kommen müssen.

III. Zusammenfassung

1. Die nun vorgelegte Neufassung der Heilmittelrichtlinien vom 20.1.2011 wird grundsätzlich begrüßt.

2. Die Neufassung des § 11 Abs. 2 schließt die Versorgung erwachsener Menschen mit Behinderung, die sich tagsüber in einer Einrichtung befinden, mit Heilmitteln praktisch aus und sollte deshalb durch das BMG beanstandet werden.
3. Anzustreben ist eine Regelung, die allen schwer behinderten Menschen die Behandlung in Tageseinrichtungen ermöglicht, wenn sie darauf angewiesen sind. Dazu ist eine neue Fassung des § 11 Abs. 2 S. 3 notwendig. Wir schlagen folgende Formulierung vor:

Ohne Verordnung eines Hausbesuchs ist die Behandlung außerhalb der Praxis des Therapeuten oder der Therapeutin ausnahmsweise für Versicherte möglich, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind, soweit § 6 Abs. 2 dem nicht entgegensteht.

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

(Vorsitzender DVfR)

Anlagen

Anlage 1: Stellungnahme der DVfR vom 26.1.2010 zum Entwurf einer Änderung der Heilmittelrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.12.2009

(9) Stellungnahme / erste Anmerkungen der DVfR zum Referentenentwurf „Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“, vom 27.04.2011

Angesichts der kurzen Stellungnahmefrist bis 16.5.2011 und eines umfassenden Abstimmungsbedarfs legt die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) zum Entwurf eines Nationalen Aktionsplans (NAP) der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) in Deutschland lediglich erste Anmerkungen vor.

Auf die bereits von der DVfR erstellten drei Positionspapiere zur BRK-Umsetzung⁴³ (Anlagen 1-3) sowie weitere Stellungnahmen der DVfR (siehe www.dvfr.de) wird verwiesen.

Der vorgelegte NAP stellt nach Auffassung der DVfR nur einen ersten Schritt zur Verwirklichung der BRK dar. Zahlreiche Anregungen aus den verschiedenen Tagungen und Stellungnahmen sind (noch) nicht aufgenommen, eine Reihe von Handlungsfeldern allenfalls cursorisch bearbeitet. Deshalb sollte der Aktions-Plan eher als ein Akzente setzender Auftakt für den Prozess der Umsetzung der BRK angesehen werden und weniger als umfassender und in sich

1. ⁴³ (1) BRK – Eine erste Stellungnahme der DVfR, Juni 2009, (2) BRK jetzt umsetzen! Strategien der DVfR, Oktober 2009, (3) Vorschläge der DVfR für den NAP zur Umsetzung der BRK in Deutschland, August 2010

geschlossener Gesamtplan, dessen Umsetzung die Aktivitäten der nächsten 10 Jahre ausschließlich bestimmt.

Die DVfR empfiehlt zu klären, wie Verbindlichkeit für alle beteiligten Ressorts der Bundesregierung hergestellt werden kann. Es muss klargestellt werden, dass neue Vorhaben zur kontinuierlichen Fortentwicklung des NAP weiterhin eingebracht werden können (Stichwort: lernendes System) und wie dies geschehen kann. Ganz deutlich sollte zum Ausdruck kommen, dass der NAP Weiterentwicklungen nicht einschränkt, sondern systematisch aufnimmt, um der notwendigen Dynamik und Vielfältigkeit der Problemlagen und der Lösungsansätze gerecht zu werden. Offenheit für weitere Entwicklungen und kontinuierliche Förderung der Aktivitäten aller gesellschaftlichen Akteure für die Umsetzung der BRK sollten Leitlinien für den Umgang mit dem Aktionsplan sein.

Schwerpunkt der DVfR ist die nachhaltige Weiterentwicklung der Rehabilitation zur Förderung von Aktivitäten, Teilhabe und Inklusion. Daher konzentriert sich diese Stellungnahme auf das Themenfeld Rehabilitation. Nachfolgend werden zu einigen Punkten Anregungen oder konkrete Textvorschläge für Ergänzungen zum Referentenentwurf des NAP gegeben.

Allgemeine Hinweise

- Das für Deutschland vom Gesetzgeber vor 10 Jahren geschaffene und noch immer nicht hinreichend umgesetzte Recht der Rehabilitation und Teilhabe im SGB IX steht in einer sehr engen Beziehung zum Werte-Kanon der BRK. Eine **Evaluierung des SGB IX und Novellierung für Bereiche mit festgestellten Umsetzungsmängeln**⁴⁴ ist ein Kernerfordernis für die Verwirklichung von Menschenrechten aus der BRK in den realen Lebensverhältnissen behinderter Menschen. Die DVfR hält eine Verschiebung der damit verbundenen Aufgaben der Bundesregierung in die nächste Legislaturperiode (vgl. NAP, S. 101) für nicht sachgerecht.
- Auch die **Förderung einer Anwendung der ICF** (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) sollte, da die Klassifikation begrifflich die Basis der BRK bildet, auch Bestandteil des NAP sein.
- Rehabilitation stellt in der BRK ein Querschnittsthema dar, das in viele Bereiche hineinwirkt. Dies belegt auch die Entstehungsgeschichte des Artikels 26. Insofern sollte **Rehabilitation im NAP nicht nur als Handlungsfeld** konzipiert sein **sondern als Querschnittsthema** beachtet werden. Im Handlungsfeld Arbeit sowie im Maßnahmenkatalog des NAP wird dem bereits Rechnung getragen und die zentrale Rolle der

beruflichen Rehabilitation herausgestellt (vgl. S. 21/22 und 91). **Das Prinzip der Rehabilitation sollte auch in allen anderen Handlungsfeldern durchgängig berücksichtigt werden. Dabei sollte deutlich werden, dass Rehabilitation im Sinne des Artikels 26 BRK über das deutsche Leistungsrecht der Rehabilitation hinausgeht. Die Begrifflichkeiten in BRK, ICF und deutschem Rehabilitationsrecht sind miteinander abzugleichen.**

- Der neue Behindertenbericht sollte neben einer verlässlicheren Datenlage zur Lebenssituation behinderter Menschen auch Daten zum Rehabilitationsgeschehen enthalten und Forschungsergebnisse systematisch einbeziehen. (s. Stellungnahme der DVfR [Anlage 4](#)).

Vorschlag zur Textergänzung: Auf Seite 14 als dritter Abschnitt von unten einzufügen:

In die Behindertenberichterstattung werden Ergebnisse der Rehabilitations- und Teilhabeforschung systematisch einbezogen.

Zu einzelnen Handlungsfeldern und Maßnahmen

- Disability Mainstreaming im Gesundheitswesen und Barrierefreiheit

Die Vorgaben der BRK für die Zugangsgerechtigkeit zu Gesundheitsdiensten zielen darauf, dass Menschen mit Behinderungen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens, auch im ländlichen Raum, gleiche Chancen haben, behandelt zu werden. Es reicht nicht aus, wenn nur ein Teil der Praxen, Ambulanzen oder Kliniken sich auf behinderte Patienten einstellt; es geht um Gesundheitsversorgung im *Mainstream*. Das Vorhaben, in welchem die Bundesregierung mit den Ländern und der verfassten Ärzteschaft bis 2012 dazu ein Gesamtkonzept entwickelt (NAP, S. 33. oben), sollte nach Meinung der DVfR deutlicher formuliert sein: **Nicht nur „eine ausreichende Zahl an Arztpraxen“ sondern alle Gesundheitsversorgungseinrichtungen, auch Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, sind barrierefrei zugänglich zu machen. Dabei sind Art und Umfang der Barrierefreiheit noch näher zu bestimmen.**

- *Spezielle Leistungen der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen*

In den NAP sollte aufgenommen werden, dass Menschen mit Behinderungen auch die speziellen Leistungen erhalten sollen, die sie auf Grund ihrer Behinderung benötigen (Artikel 25). Recht auf Wahlfreiheit und Recht auf möglichst wohnortnahe Versorgung laufen sonst ins Leere. Dazu liegen z. T. konkrete Vorschläge von Mitgliedern der DVfR vor, die eine Struktur der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Behinderungen in bzw. durch Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung vorsehen.

- *Hilfsmittelversorgung*

Es ist ein wesentliches Manko des NAP, dass Aussagen zur wohnortnahen und bedarfsgerech-

⁴⁴ Dazu würde u. a. gehören, den Vorbehalt des § 7 klarer einzugrenzen, die Grundlage der Feststellung individuellen Leistungsbedarfs nach 10 Abs. 1 schlüssiger darzulegen, den Charakter und Inhalt einiger sog. Vorrang- und Komplexleistungen klarzustellen und die rechtssystematische Beziehung vieler Bestimmungen des SGB IX zum damit korrespondierenden trägerspezifischen Leistungsrecht, Leistungserbringungsrecht und Verfahrensrecht besser nachvollziehbar zu machen.

ten Hilfsmittelversorgung fehlen, denn Hilfsmittel haben für die Teilhabe behinderter Menschen besondere Bedeutung und sind in der BRK entsprechend dargestellt.

Zur Verhinderung von Unter-, Über- und Fehlversorgungen ist mehr Kompetenz bei komplizierten Hilfsmittelversorgungen sicherzustellen, z.B. durch spezialisierte Hilfsmittelteams, Verstärkung der hilfsmittelbezogenen Aus- und Weiterbildung und ggf. durch regionale Kompetenzzentren. Bei der Schaffung von Kompetenzzentren sollen vorhandene Einrichtungen und Dienste einbezogen werden.

BMG und BMAS sollten eine Strategie für eine bedarfsgerechte teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung, insbesondere im Hinblick auf Wohnortnähe, Kompetenz, zügige Versorgungsprozesse und Ergebnisqualität entwerfen und dazu konkrete Maßnahmen im Maßnahmenkatalog vorsehen (s. Anlage 5 „Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln“).

Vorschlag Textergänzung: Auf Seite 33 Mitte nach dem Satz "Dies betrifft insbesondere die Versorgung mit qualitativ hochwertigen Heil- und Hilfsmitteln." Bitte folgenden Satz anfügen:

Wegen der besonderen Bedeutung der Hilfsmittel für die Teilhabe behinderter Menschen sind die Strukturen und Prozesse einer wohnortnahen und bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung von allen Beteiligten weiterzuentwickeln.

- *Versorgung mit Heilmitteln*

Die Neufassung der Heilmittelrichtlinien wird erwähnt (s. Seite 33 NAP). Dabei ist sicherzustellen, dass Heilmittel Menschen mit Behinderungen bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden, auch in Regeleinrichtungen wie Kindergärten, Schulen, Betrieben und insbesondere in solchen Einrichtungen, die auf die Förderung eingerichtet sind – unabhängig vom Alter. Auch die Gruppe der Pflegebedürftigen soll ein rehabilitativ ausgerichtetes Angebot an Heilmitteln erhalten (s. Anlagen 6 und 7: DVfR-Stellnahmen zur Neufassung der Heilmittelrichtlinie).

- *Unterstützte Kommunikation für nichtsprechende Menschen*

Kommunikation ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für Teilhabe (vgl. BRK). Als dringender Bedarf nichtsprechender behinderter Menschen muss gelten, dass die fachlichen Kompetenzen und beachtlichen Chancen von Unterstützter Kommunikation sich für diese Menschen noch kaum spürbar in den deutschen Angebotsstrukturen (Beratung, Technik, Anpassung, Training) bemerkbar machen, weil solche wertvollen Dienstleistungen bisher keine sicheren organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen vorfinden.

Vorschlag der Ergänzung einer Maßnahme:

Im Teil „Maßnahmenkatalog“ wäre an geeigneter Stelle (z.B. S. 133ff.) das Bekenntnis durch den NAP von großer Bedeutung, diesem Mangel abhelfen zu wollen.

Vorschlag zur Textergänzung: Auf S. 33 sollte als vorletzter Absatz sollte eingefügt werden:

Für nichtsprechende Menschen mit Behinderungen sind unabhängige Beratungsstellen für Leistungen der Unterstützten Kommunikation (UK) in jedem Bundesland einzurichten. Die Bedarfe nichtsprechender Menschen sind im Rahmen der Herstellung von Barrierefreiheit zu berücksichtigen.

- *Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe*

Bei der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zur Stärkung personensorientierter Hilfen sollte Rehabilitation als Möglichkeit der Minderung von Behinderungen erwähnt werden. Davon profitieren insbesondere auch behinderte Menschen mit Pflegebedarf. Dafür sollte das Leistungsangebot der Mobilen Rehabilitation (§ 40 SGB V) flächendeckend zur Verfügung stehen.

- *Rehabilitation und Pflege*

Angesichts des wachsenden Pflegebedarfs in Deutschland im kommenden Jahrzehnt empfiehlt die DVfR, die Bedeutung der Rehabilitation für die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen und für die sie pflegenden Personen im NAP klar herauszustellen.

Vorschlag zur Textergänzung: Unter der Überschrift „3.3.3. Pflege“ auf S. 35 ff. folgende Sätze an geeigneter Stelle einfügen:

Der Grundsatz Reha vor Pflege wird systematisch zur Verminderung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit umgesetzt. Zugang zur Teilhabeförderung erhalten aber ebenso die Menschen, die bereits pflegebedürftig sind. Durch Rehabilitation kann die Teilhabe und Selbstbestimmung Pflegebedürftiger unterstützt und die Unterbringung im Pflegeheim vermieden oder verzögert werden. Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation werden auch für Pflegepersonen einschließlich pflegende Angehörige zum Erhalt ihrer Pflegefähigkeit erschlossen.

- *Beschäftigung und Tagesstruktur für schwer- und schwerstbehinderte Menschen*

Auch schwerstbehinderte Menschen sollen berufliche Teilhabe, Beschäftigung oder Förderung in einem zweiten Lebensraum erfahren. Diese Gruppe sollte deshalb im NAP explizit genannt werden.

- *Inklusive Schule*

In Schulen sollten SchülerInnen mit Behinderung begleitende Förderung durch interdisziplinäre Teams erhalten können, d.h. auch therapeutische und heilpädagogische Leistungen

durch Fachdienste mit dem Ziel der Habilitation und Rehabilitation.

- Bedarfsermittlung zur Teilhabe – Hilfeplanung (Seite 100)

Der Prozess der Ermittlung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe ist sorgfältig zu gestalten: Er setzt u. a. auch Information, Beratung, Erprobung, Training und einen Prozess der Selbstvergewisserung bzgl. der Bedürfnisse sowie eine fachliche Einschätzung von Handlungsoptionen und der Prognose voraus. Ein einheitliches Verfahren, das die individuell unterschiedlichen Bedarfe bei der Erstellung des Hilfeplanes berücksichtigt, ist notwendig. Jedoch ist nicht davon auszugehen, dass sich die Hilfeplanung mit einem einheitlichen Instrument bewältigen lässt, denn dazu sind Kontextfaktoren, Rehabilitations-/Teilhabeziele und Lebenssituationen zu unterschiedlich. Die DVfR schlägt deshalb vor, sich auf die Gestaltung eines einheitlichen Verfahrens zu konzentrieren. Entsprechende Instrumente sind dann jeweils problem- und bedarfsgerecht ggf. zur Unterstützung einzusetzen.

- Selbstbestimmt Leben und Rehabilitation

Im Handlungsfeld Selbstbestimmt Leben sollten Hinweise auf die Möglichkeit der Förderung durch Rehabilitation und durch die Wohnumfeldgestaltung im Sinne des AAL (Ambient Assisted Living) gegeben werden.

- Mobilität

Im Bereich Mobilität fehlt der Hinweis, dass für die individuelle Mobilität entsprechende individuelle Mobilitätshilfen notwendig sein können.

- Sport (Seite 58, Kap. 3.9.2)

Anliegen der BRK sind Zugänge behinderter Menschen zum Mainstream, das gilt auch für den Sport. Ausdrückliches Ziel der Bundesregierung sollte daher die selbstverständliche Einbeziehung behinderter Menschen in alle Sportvereine und -strukturen im Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) sein.

Rehabilitationssport als von den Trägern der Rehabilitationsleistungen zu Recht geförderter, nachsorgeartiger Bestandteil von Rehabilitationsmaßnahmen sollte auf S. 58ff. noch ausdrücklich Erwähnung finden.

Im Kasten „Visionen“ (S. 58, Mitte) fehlt die Erwähnung der Deaflympics (die Weltspiele der Hörgeschädigten werden allgemein in diesem Kontext oft vergessen).

Vorschlag Textergänzung: Auf Seite 58 im Kasten „Visionen“ ist zu ergänzen

Deaflympics

- Weiterentwicklung des Sozial- und Rehabilitationsrechts

Auf Seite 36 des NAP ist formuliert: „Die Umsetzungsdefizite im SGB IX sollen weiterhin durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien und im Rahmen

der Initiative „Reha-Futur“ entschärft werden.“ Dementsprechend sollte das vom BMAS geförderte Projekt der DVfR „Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht“ als konkrete Maßnahme erwähnt werden.

Vorschlag zur Ergänzung einer Maßnahme:

Auf Seite 101 nach der Maßnahme „Überprüfung und Evaluierung des SGB IX“ sollte eingefügt werden

Die vielfältigen Rechtsgrundlagen im Bereich Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX u.a.) erfordern neue Informations- und Kommunikationsstrategien, um Rechtsnormen, die aktuelle Rechtsprechung und ihre Auslegung zu verbreiten. Über die Internetplattform www.reha-recht.de werden Informationen für Juristen und Akteure in Betrieben und Institutionen (Rechtsanwender) verbreitet und Rechtsfragen diskutiert. Ziel des Projekts ist es, durch eine breite fachliche Beteiligung aller Akteursgruppen die richtige Anwendung des Rechts zu fördern und Weiterentwicklungsbedarfe zu identifizieren. Deshalb wird das Projekt „Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht“ auch weiterhin gefördert. (verantwortlich: BMAS)

- Wissenschaftliche Begleitforschung zur Mobilen Rehabilitation

Vorschlag zur Ergänzung einer Maßnahme:

Zur Förderung des Leistungsangebots Mobile Rehabilitation (§ 40 SGB V) für multimorbide Menschen, für die andere Rehabilitationsformen nicht geeignet sind, wird eine wissenschaftliche Begleitforschung initiiert. Ziel ist die Schaffung eines flächendeckenden Netzes mobiler Rehabilitationsdienste auf wissenschaftlicher Grundlage, um die Teilhabe betroffener Menschen zu stärken und Pflegebedürftigkeit weitgehend zu vermeiden bzw. zu verringern. (verantwortlich: BMG)

Vorschläge zur kommentierten Linkliste (s. 140 ff)

Folgende weitere Links sollten in die Link-Liste des NAP noch aufgenommen werden:

- ➔ Unter Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege

Diskussionsforum zum Rehabilitations- und Teilhaberecht mit Informationen und kommentierenden Beiträgen über die aktuelle Rechtsprechung und ihre Auslegung für Juristen und Akteure in Betrieben und Institutionen (Rechtsanwender):

www.reha-recht.de

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation – ein Netzwerk für Rehabilitation – bietet Informationen zu aktuellen Themen und Weiterentwicklungsbedarfen in der Rehabilitation:

www.dvfr.de

Informationen über die BMAS-geförderte Initiative RehaFutur – Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation (2010-2011):

www.RehaFutur.de

Schlussbemerkung

Die Umsetzung der BRK und insbesondere der Beitrag, den die Rehabilitation dazu leisten kann, ist eine Schwerpunktaufgabe der DVfR. Wir möchten darauf hinweisen, dass die Positionen, Stellungnahmen und Empfehlungen der DVfR das Ergebnis eines längeren, teilweise schwierigen und aufwändigen Meinungsbildungs- und Abstimmungsprozesses innerhalb unseres Verbandes sind und diese Positionen gemeinsam von den Sozial- und Selbsthilfeverbänden der Rehabilitationsberechtigten, den Rehabilitationsträgern, den Leistungserbringern sowie den Fachverbänden getragen werden.

Die DVfR wird die Umsetzung der BRK in Deutschland weiterhin aktiv unterstützen.

Wir bitten Sie, die Vorschläge bei der Überarbeitung des Referentenentwurfs des NAP zu berücksichtigen und stehen für Rückfragen gern zur Verfügung.

Dr.med. Matthias Schmidt-Ohlemann

(Vorsitzender DVfR)

Anlagen

- (1) BRK – Eine erste Stellungnahme der DVfR, Juni 2009,
- (2) BRK jetzt umsetzen! Strategien der DVfR, Oktober 2009,
- (3) Vorschläge der DVfR für den NAP zur Umsetzung der BRK in Deutschland, August 2010
- (4) DVfR-Vorschläge für die Neuausrichtung der Berichterstattung über die Lebenssituation behinderter Menschen, September 2010
- (5) Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln“, November 2009
- (6) DVfR-Stellungnahme zur Neufassung der Heilmittelrichtlinie, Januar 2010
- (7) DVfR-Stellungnahme zur Neufassung der Heilmittelrichtlinie, März 2011
- (10) Stellungnahme der DVfR zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz, GKV-VStG)**

Hiermit nimmt der Geschäftsführende Vorstand der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation zum Gesetzentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes Stellung. Die DVfR beschränkt sich dabei auf zwei Themenkomplexe, die für die Rehabilitation von besonderer Bedeutung sind.

Zu § 11, Abs. 6 (neu):

Die in § 11 Abs. 6 vorgesehene neue Regelung, dass die Krankenkassen in ihrer Satzung zusätzliche, vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen

Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), bei der Versorgung mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen können, wird von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation nachdrücklich abgelehnt.

§ 12 Abs. 1 SGB V schreibt vor, dass die Leistungen notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Für Leistungen, die diesen Kriterien entsprechen, muss die gesetzliche Krankenversicherung ein vollständiges Leistungsangebot anbieten.

Leistungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, sollte die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich nicht übernehmen. Insofern besteht aus Sicht der DVfR kein Spielraum für Satzungsregelungen, die sich ja nur auf solche Leistungen beziehen können, die nicht notwendig, zweckmäßig oder wirtschaftlich sind. Denn wenn sie notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, werden sie auch jetzt schon erbracht. Sollte dies nicht der Fall sein, wäre die Leistungserbringung entsprechend anzupassen. Satzungsleistungen würden also zwangsläufig über das Notwendige hinaus gehen.

Angesichts der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung und der Tatsache, dass es oft schon Probleme bereitet, die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen in vollem Umfang zu gewährleisten, z.B. in manchen Bereichen der Rehabilitation, der Heil- und Hilfsmittelerbringung, ist es nicht hinzunehmen, dass Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung, gerade auch wenn sie über Zusatzbeiträge finanziert werden sollten, für Satzungsleistungen verwendet werden, die nicht notwendig, nicht zweckmäßig oder nicht wirtschaftlich sind.

Vielmehr ist durch die Einführung von Satzungsleistungen, die zusätzlich zum gesetzlich vorgeschriebenen Angebot gewährt werden können, eine Aushöhung des Prinzips der Gewährung notwendiger Leistungen zu erwarten. Es ist zudem schwierig, zusätzliche fakultative Satzungsleistungen von den gesetzlich notwendigen Leistungen abzugrenzen.

Dass notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen erbracht werden müssen, gilt nicht nur für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sondern auch für die Krankenpflege und die Heil- und Hilfsmittelversorgung. Auch hier ist nicht erkennbar, warum der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung über Satzungsregelungen um solche Leistungen erweitert werden soll, die nicht notwendig, nicht zweckmäßig oder nicht wirtschaftlich sind.

Zudem besteht bei Rehabilitationsleistungen als Satzungsleistungen die Gefahr, dass vor dem Hintergrund des Wettbewerbs der Krankenkassen Billig-Rehabilitationsangebote entstehen, die ggf. dazu benutzt werden, qualitätsgesicherte Rehabilitationsangebote zu ersetzen, und dass solche neuen Rehabilitationsangebote kriert werden, deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht belegt ist. Da im Gesetz keinerlei Kriterien für die Aufnahme solcher zusätzlicher Leistungen genannt sind, dürfte es hier zu einem Wildwuchs kommen, der solche Leistungen

gefährdet, die bisher im Konsens qualitätsgesichert und wirtschaftlich erbracht werden.

Die Einführung von möglichen Kann-Leistungen als Satzungsleistungen widerspricht zudem der gesamten Systematik des bisherigen Teilhaberechts. Der rechtliche Anspruch der Versicherten auf notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen kann so ausgehebelt werden. Eine solche Regelung könnte allenfalls ausschließlich für Vorsorgemaßnahmen toleriert werden, wenn es sich um Leistungen handelt, bei denen ein erheblicher Ermessensspielraum besteht und auch die Bedingungen der Notwendigkeit nicht klar definiert sind.

Als weiteres Argument ist anzuführen, dass die Träger der Sozialhilfe mit Blick auf § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII im Hinblick auf das dann je nach Krankenkasse unterschiedlich gestaltete System von Rehabilitationsleistungen der GKV keinen klaren Entscheidungsmaßstab mehr haben, wenn sie im Rahmen der Eingliederungshilfe medizinische Leistungen zur Rehabilitation zu erbringen haben.

Die DVfR befürchtet, dass hinter dieser Regelungsabsicht nicht nur allgemeine Überlegungen zu einer Verstärkung wettbewerblicher Prinzipien stehen, sondern auch das Ziel, über Satzungsregelungen zu pauschalen Angebotspaketen mit Pauschalvergütungen zu kommen. Es mag sein, dass einzelne Leistungsanbieter sich hiervon Vorteile versprechen und mit wellnessähnlichen Paketen versuchen, werbewirksame Produkte anzubieten, deren Verlockung sich dann auch einzelne Krankenkassen im Hinblick auf eine bestimmte Klientel möglicherweise nicht entziehen können.

Aus Sicht der DVfR sollte unbedingt vermieden werden, dass solche letztendlich nicht an Qualitätskontrollen und wissenschaftliche Kriterien gebundene Werbeangebote das bewährte System der Rehabilitation in Frage stellen. Dies gilt im Übrigen auch für die anderen genannten Leistungsbereiche.

Zu § 32, Abs. 1a: (neu)

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die Krankenkassen bei langfristigem Behandlungsbedarf auf Antrag des Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum genehmigen. Das Nähere soll der Gemeinsame Bundesausschuss regeln. Diese generelle Regelung im Sinne einer Genehmigung langfristig erforderlicher Leistungen ist problematisch, zumindest missverständlich und ist im Hinblick auf die Neugestaltung des § 84 SGB V überflüssig. Die DVfR fordert deshalb, den § 32 Abs. 1a zu streichen, zumindest aber so zu formulieren, dass Missverständnisse ausgeschlossen sind. Dies kann ggf. auch in der Gesetzesbegründung erfolgen.

Die vorgesehene Regelung ist von zahlreichen Mitgliedern der DVfR zunächst begrüßt worden. Sie geht zurück auf die Neufassung der Heilmittelrichtlinien zum 1. Juli 2011. Durch die Änderung des § 8 Abs. 5 der Heilmittelrichtlinien soll ermöglicht werden, dass zum einen Versicherte, die Heilmittel nicht ausreichend langfristig erhalten, die Möglichkeit bekommen, die Langfristigkeit ihres Behandlungsbedarfes feststellen zu lassen, und dass zum anderen

die verordnenden Ärzte von der Regressgefahr für diese verordneten Leistungen befreit werden. Intendiert war dabei eine Antragsregelung für den besonderen Bedarfsfall, die dem Versicherten das Recht einräumt, eine Anerkennung der Langfristigkeit des Behandlungsbedarfes feststellen zu lassen.

Da die Regressproblematik im Rahmen der Heilmittelrichtlinien nicht gelöst werden kann, schien es nun offenbar erforderlich, hierfür eine gesetzliche Regelung zu verabschieden.

Die im Gesetzentwurf jetzt gewählte Formulierung *„Bei langfristigem Behandlungsbedarf genehmigen die Krankenkassen auf Antrag des Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum“* ist jedoch indikativisch und kann so verstanden werden, dass immer dann, wenn ein langfristiger Behandlungsbedarf vorliegt, die Krankenkassen auf Antrag des Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum genehmigen sollen.

Dass diese Interpretation nicht aus der Luft gegriffen ist, zeigen die Erfahrungen der Umsetzung des § 8 Abs. 5 der Heilmittelrichtlinien durch die gesetzlichen Krankenkassen seit Sommer 2011. Diese interpretieren die Änderung der Heilmittelrichtlinien im Sinne eines Genehmigungsverfahrens, nicht eines Feststellungsverfahrens zur Langfristigkeit des Behandlungsbedarfes.

Zudem würden durch die vorgesehene gesetzliche Regelung die jetzt bestehenden Regelungen zur Versorgung außerhalb des Regelfalles außer Kraft gesetzt.

Die Einführung eines umfassenden Genehmigungsverfahrens würde zudem einen außerordentlich hohen bürokratischen Aufwand erfordern und damit die regelmäßige, kontinuierliche Versorgung der chronisch Kranken und behinderten Patienten nicht verbessern sondern gefährden. Deshalb sollte aus Sicht der DVfR auf die Einfügung eines § 32 Abs. 1a verzichtet werden.

Sollte die grundlegende Regelungsabsicht aber beibehalten werden, und die Rechte der Versicherten auf die Beantragung der Anerkennung der Langfristigkeit auch gesetzlich gestärkt werden, müsste eine andere Formulierung gewählt werden. Diese könnte lauten:

„Der Versicherte hat die Möglichkeit, die Langfristigkeit seines Behandlungsbedarfes mit erforderlichen Heilmitteln durch die Krankenkassen für einen geeigneten Zeitraum auf Antrag anerkennen zu lassen.“

Zudem muss klargestellt werden, dass es sich nicht um eine umfassende Genehmigung der Heilmittel handelt, sondern um die Feststellung der Langfristigkeit eines Behandlungsbedarfes. Dies führt dazu, dass der Vertragsarzt in diesen Fällen ohne Befürchtung eines Regresses verordnen kann (vgl. dazu die neue Regelung des § 84) und dass die Möglichkeiten des Versicherten gegenüber seinem Vertragsarzt verbessert werden, seine Meinung bzgl. notwendiger Heilmittel zu artikulieren.

Zu § 84

Die Neuregelung in § 84, Abs. 8 wird ausgesprochen begrüßt. Hierbei regt die DVfR an, explizit Bezug zu nehmen auf die bereits gut funktionierenden Regelungen zu Praxisbesonderheiten im Bereich Rheinland (NRW) und Rheinland-Pfalz.

Überhaupt erscheint der DVfR die Neuregelung in § 84 geeignet, sowohl die Versorgung der Versicherten

mit Heilmitteln sicherzustellen, als auch die Problematik der Regresse gegenüber Ärzten zu beseitigen, die sich in besonderem Maße Menschen mit schweren chronischen Krankheiten und Behinderungen widmen.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)671

13. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011

Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Prof. Dr. Theresia Degener

Zusammenfassung der wesentlichen Aussagen:

1. Da ich als Mitglied des CRPD-Ausschusses von den Untersuchungen der deutschen Staatenberichte ausgeschlossen bin, werde ich mich in meiner Stellungnahme ausschließlich auf den Nationalen Aktionsplan beziehen.
2. Aus der BRK ergeben sich drei Kategorien von Staatenpflichten: allgemeine, besondere und institutionelle Staatenpflichten. Zu den **allgemeinen** Staatenpflichten (Art. 4 BRK) gehört etwa die Abschaffung konventionswidriger Gesetze und Praktiken, aber auch die Berücksichtigung des Schutzes der Rechte von Menschen mit Behinderungen in politischen Programmen. Aus Art. 5–32 BRK ergeben sich die **besonderen** Staatenpflichten. **Institutionelle** Pflichten betreffen die Implementierung und das Monitoring der BRK auf internationaler und nationaler Ebene (Art. 33–40 BRK).
3. Der Nationale Aktionsplan zur BRK ist ein wichtiges strategisches Handlungs- und Kontrollinstrument zur Umsetzung der BRK. Als Teil des Implementierungsprozesses soll er einen Diskussions- und Planungsprozess unter Teilnahme aller wichtigen Beteiligten in Gang setzen.
 - a. Zwar hat im Vorfeld eine Beteiligung der Behindertenverbände und weiterer Akteure stattgefunden, jedoch ist fraglich, ob dieser Prozess hinreichend war.
 - b. Der NAP enthält viele Einzelmaßnahmen zur Erfüllung der allgemeinen Staatenpflichten. Maßnahmen zur Überprüfung der Vereinbarkeit innerstaatlichen Rechts mit der BRK fehlen jedoch. Vorschläge hierzu enthält das Gutachten Degener (2009) im Anhang zu dieser Stellungnahme.
 - c. In Bezug auf die besonderen Staatenpflichten fehlen die Anbindungen an normative Vorgaben der BRK, um eine umfängliche Stärken-Schwächen-Analyse der deutschen Behinder-

tenpolitik vorzunehmen. Der NAP enthält zudem zu wenige langfristige Maßnahmen und keinerlei grundsätzliche Maßnahmen zur Umwandlung segregierender Einrichtungen in inklusive Orte der Teilhabe.

- d. Im Hinblick auf institutionelle Staatenpflichten wurden bei der Entwicklung des NAP wichtige Weichenstellungen zur Einbindung der Zivilgesellschaft getroffen. Das betrifft insbesondere die Einrichtung des Beratungsausschusses zur Umsetzung des NAP beim Focal Point (BMAS) sowie die Einrichtung des Inklusionsbeirats bei der Koordinierungsstelle (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange Behinderter).
- e. Gute nationale Aktionspläne brauchen Monitoring und Evaluation. Präzise Vorgaben wie Kennzahlen zur Zielerreichung oder Indikatoren zur Evaluierung fehlen noch.

Stellungnahme:

1. Vorbemerkung zu meiner Funktion als Mitglied des Ausschusses der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD-Ausschuss)

Seit dem 1. Januar 2011 bin ich Mitglied im CRPD-Ausschuss. In dieser Eigenschaft bin ich von der Untersuchung aller Staatenberichte Deutschlands ausgeschlossen.⁴⁵ Diese Regel dient der Wahrung der Unabhängigkeit des CRPD-Ausschusses und seiner Mitglieder. Aus diesem Grunde werde ich mich in meiner Stellungnahme ausschließlich auf den Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung (Ausschussdrucksache 17(11)533), nicht aber auf den beigefügten Staatenbericht der Bundesregierung (Ausschussdrucksache 17(11)602) beziehen.

2. Zu den Staatenpflichten aus der VN-Behindertenrechtskonvention (BRK)

⁴⁵ Rules of Procedure of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities 13 August 2010, Rule 43.

Die Staatenpflichten, die sich für die Bundesregierung aus der BRK ergeben, lassen sich in drei Kategorien einteilen: (1) allgemeine und (2) besondere Staatenpflichten sowie (3) institutionelle Staatenpflichten.

Die **allgemeinen Staatenpflichten** ergeben sich aus Art. 4 BRK, der als „rechtliches Herzstück“ für die Implementierung anzusehen ist.⁴⁶ Er enthält eine ganze Reihe allgemeiner Staatenpflichten, die die bekannte menschenrechtliche Pflichtentrias der Mitgliedsstaaten, nämlich die Achtung, den Schutz und die Gewährleistung aller Menschenrechte, für die BRK konkretisieren. Dazu gehören nicht nur die Abschaffung aller konventionswidrigen Gesetze, sondern auch derartige Praktiken. Die staatliche Pflicht zur Beseitigung von Diskriminierung erstreckt sich auch auf benachteiligendes Verhalten durch private Personen, Organisationen und Unternehmen.⁴⁷ Für Menschenrechtsverträge neu ist die Pflicht, „den Schutz und die Förderung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen in allen politischen Konzepten und allen Programmen [zu] berücksichtigen“,⁴⁸ was als Konzept des *Disability Mainstreaming* erfreulicherweise in den NAP Eingang gefunden hat.⁴⁹

Die **besonderen Staatenpflichten** ergeben sich aus den Anforderungen der jeweiligen substantiellen Vorschriften der BRK. Diese sind in Art. 5–32 BRK enthalten. Für Aktionspläne ergibt sich daraus, dass sie eng an die normativen Vorgaben auch dieser einzelnen besonderen Staatenpflichten angebunden sein sollten. Jede Maßnahme und jedes Ziel des NAP sollte einen klaren Bezug zu dem jeweiligen Artikel der BRK haben, aus dem sich die besondere Staatenpflicht ergibt. Da es gegenwärtig noch keine Allgemeinen Kommentare des CRPD-Ausschusses gibt, die als Interpretation der Normen herangezogen werden können, empfiehlt es sich, als Indikatoren die Leitlinien des CRPD-Ausschusses für die Staatenberichte nach Art. 35 BRK heranzuziehen.⁵⁰

Die **institutionellen Staatenpflichten** ergeben sich aus den Normen der BRK, die der Implementierung und dem Monitoring gewidmet sind. Das sind auf internationaler Ebene der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung (Art. 34–39 BRK) sowie die Staatenkonferenz (Art. 40 BRK) und auf nationaler Ebene die innerstaatliche Durchführung und Überwachung (Art. 33 BRK). Deutschland gehört seit Bestehen der internationalen Gremien zu den aktiven Staaten auf den Staatenkonferenzen zur BRK. Durch Aufstellung und Unterstützung meiner Person als Kandidatin und nunmehr Mitglied im Ausschuss zur BRK hat die deutsche Bundesregierung ihr nachhaltiges Interesse an der Förderung der Menschenrechte behinderter Personen zum Ausdruck gebracht.

Die innerstaatliche Durchführung und Überwachung besteht aus einer staatlichen Anlaufstelle (Focal Point) und einer Koordinierungsstelle sowie einem unabhängigen Monitoringmechanismus. Mit den Entscheidungen, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zum Focal Point zu erklären, den Behindertenbeauftragten der Bundesregierung Hubert Hüppe mit der Koordinierung zu beauftragen und das Deutsche Institut für Menschenrechte als Monitoringstelle im Sinne des Art. 33 Abs. 2 BRK zu ernennen, hat Deutschland international eine Vorbildrolle übernommen. Das BMAS und der Bundesbehindertenbeauftragte sind die staatlichen Stellen, die für Fragen der BRK qualifiziert sind. Sie waren vor der Behindertenrechtskonvention für die deutsche Behindertenpolitik federführend, haben den Prozess der Entstehung der BRK in den Jahren 2002 bis 2006 – zusammen mit dem Auswärtigen Amt – unterstützend begleitet.⁵¹ Die Betrauung dieser Stellen mit der Leitung und Koordinierung der Umsetzung der BRK in Deutschland ist ein Bekenntnis dazu, dass die BRK der zukünftige politische Kompass für deutsche Behindertenpolitik sein soll. Besondere Bedeutung ist der Ernennung des DIMR als Monitoringstelle beizumessen. Das DIMR entspricht den Pariser Prinzipien der Vereinten Nationen über nationale Menschenrechtsinstitute⁵² und erfüllt damit die Anforderungen des Art. 33 Abs. 2 BRK. Mit der Ansiedelung des innerstaatlichen Monitoring der BRK beim nationalen Menschenrechtsinstitut hat die Bundesregierung eine wichtige Weichenstellung für die Integration der Behindertenpolitik in die nationale Menschenrechtspolitik vorgenommen. Diese Entscheidung ist gerade im Hinblick auf die langjährige Vernachlässigung des Behindertenthemas in der nationalen und internationalen Menschenrechtspolitik⁵³ wichtig.

3. Zur Umsetzung der Staatenpflichten durch den Nationalen Aktionsplan

Seit der Wiener Weltmensenrechtskonferenz von 1993 gehören nationale Aktionspläne (NAP) zu den anerkannten Instrumenten für die Umsetzung von Menschenrechtskonventionen der Vereinten Nationen.⁵⁴ Sie sind strategische Handlungsinstrumente von Regierungen, die Auskunft geben über Problemerkennung, Problembehandlung und Zielerreichung im Hinblick auf Staatenpflichten aus Menschenrechtskonventionen. Sie sind Teil des Umsetzungsprozesses von Menschenrechten auf nationaler Ebene, weil sie einen Diskussions- und Planungsprozess unter Teilnahme aller wichtigen Beteiligten in Gang setzen. Dabei werden so wichtige Fragen gestellt wie: Welche Pflichten ergeben sich für Deutschland aus der BRK? Welche Schwächen

46 Aichele, Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihr Fakultativprotokoll (2008), S. 6.

47 Art. 4 Abs. 1 lit. e) BRK; United Nations/Inter-Parliamentary Union (UN/IUP), From Exclusion to Equality (2007), S. 18; Schmahl, ARV 45 (2007), S. 529.

48 Art. 4 Abs. 1 lit. c) BRK.

49 Deutscher Bundestag, Ausschuss-Drs. 17 (11) 553, S. 10.

50 Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Guidelines (2009).

51 Degener, Vereinte Nationen (2006), 104 ff.; von Bernstorff, ZaöRV (2007), S. 1041 ff.

52 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Principles relating to the Status of National Institutions (1993).

53 Degener/Koster-Dreese, Human rights and disabled persons, 1995; Degener, Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“ B 8/2003 vom 17. 02. 2003, S. 37 ff.

54 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Handbook on National Human Rights Plans of Action (2002).

und Stärken lassen sich in Deutschland in Bezug auf die BRK ausmachen? Welche Maßnahmen müssen und können ergriffen werden, um die Rechte aus der BRK umzusetzen? Wie werden die Maßnahmen koordiniert und evaluiert?⁵⁵

Es ist daher zunächst zu begrüßen, dass sich die Bundesregierung zu der Erstellung eines NAP zur BRK entschlossen hat.

a. Partizipation der Behindertenverbände an der Entwicklung des NAP zur BRK

Die fünf zentralen Phasen der Entwicklung eines NAP für die BRK hat die Monitoringstelle des DIMR in einem Positionspapier erläutert. Sie bestehen aus (1) Vorbereitung, (2) Entwicklung, (3) Umsetzung, (4) Monitoring und (5) Evaluierung und Fortentwicklung des NAP.⁵⁶

Phase (2) – die Entwicklung eines NAP – ist von besonderer Bedeutung im Hinblick auf die Beteiligung der Zivilgesellschaft und anderer Akteure an der Umsetzung der BRK in Deutschland. Die BRK schreibt vor, dass in jeder Phase der Umsetzung Behindertenverbände aktiv konsultiert und beteiligt werden. Eine solche Partizipation fand zwar im Rahmen der dem NAP vorausgehenden Konferenzen und verschiedenen Anhörungen statt.⁵⁷ Jedoch ist fraglich, ob die dezidierten schriftlichen Stellungnahmen von Dachverbänden und Fachorganisationen, die zuvor aufgestellt wurden, hinreichend berücksichtigt wurden. So hatte z. B. der Deutsche Behindertenrat einen 52-seitigen Forderungskatalog für die Erstellung eines NAP zur Umsetzung der BRK eingereicht.⁵⁸ Konkrete Umsetzungsforderungen von Behindertenverbänden wurden auch im Rahmen der von der damaligen Behindertenbeauftragten Karin Evers-Meyer durchgeführten Kampagne „Alle inklusive“ von 22 Behindertenverbänden auf acht Fachkonferenzen im Jahre 2009 entwickelt.⁵⁹ Auch wurden zahlreiche und umfangreiche Stellungnahmen von verschiedenen Verbänden und Organisationen im Rahmen der Entwicklung des NAP abgegeben, deren hinreichende Berücksichtigung fraglich ist. Diese schriftlichen Stellungnahmen sollten bei einer Fortschreibung des NAP einer erneuten Bewertung unterzogen werden.

b. Umsetzung der allgemeinen Staatenpflichten im NAP

Der NAP enthält zahlreiche Einzelmaßnahmen sowie ein Bekenntnis zur Inklusion⁶⁰ und zum Disability Mainstreaming.⁶¹ Darin entspricht er den Anforderungen aus Art. 4 BRK. Diese Maßnahmen betreffen jedoch fast ausschließlich den Bereich der Politik und Praxis. Legislative Maßnahmen oder Überlegun-

gen zur Überprüfung bestehender innerstaatlicher Gesetze im Hinblick auf die BRK fehlen gänzlich. Wenige Ausnahmen stellen die Gesetzesvorhaben zur „Großen Lösung“ in der Kinder- und Jugendhilfe sowie allgemein zur Reform der Eingliederungshilfe dar.⁶² Die BRK enthält jedoch normative Vorgaben, die auch in Deutschland legislativen Handlungsbedarf hervorrufen könnten. Dies wurde bereits verschiedentlich von Sachverständigen vertreten.⁶³ Art. 4 BRK erfordert die Abschaffung konventionswidriger Normen und die Schaffung von nationalen Gesetzen, die die Menschenrechte aus der BRK realisieren helfen. In einem 2009 auszugsweise veröffentlichten Gutachten habe ich erste Überlegungen hierzu ausformuliert, die Gegenstand eines NAP sein könnten. Die Veröffentlichung ist dieser Stellungnahme als Annex beigelegt.

c. Umsetzung der besonderen Staatenpflichten im NAP

Hinsichtlich der besonderen Staatenpflichten lässt sich feststellen, dass die o. g. wichtigen Fragen hinsichtlich Umfang und Reichweite der Staatenpflichten aus der BRK im NAP weder gestellt noch beantwortet werden. Damit fehlt die Rückbindung der einzelnen Maßnahmen an die normativen Vorgaben der BRK. Der NAP benennt zwölf Handlungsfelder und sieben Querschnittsthemen, denen die normativen Vorgaben aus der BRK zugeordnet werden.⁶⁴ Die Konzentration auf Handlungsfelder ist zwar nicht zu beanstanden, denn jede Regierung muss bei der Implementierung von Menschenrechtsübereinkommen Prioritäten setzen. Die Stärken- und Schwächenanalyse, die ein wesentlicher Bestandteil von nationalen Aktionsplänen ist, kann jedoch nicht fundiert durchgeführt werden, wenn die normativen Anforderungen nicht geklärt sind.

Im Rahmen der zwölf Handlungsfelder werden 213 Einzelmaßnahmen zur Umsetzung der BRK aufgelistet. Die große Anzahl von Einzelmaßnahmen ist zu begrüßen. Da der NAP jedoch auf einen Zeithorizont von zehn Jahren angelegt ist, fällt auf, dass langfristige Maßnahmen fehlen. Die meisten Maßnahmen, die aufgeführt werden, haben eine Laufzeit von 2–3 Jahren und ihr Beginn liegt zudem oft vor der Entwicklung des NAP. Einige Maßnahmen enden sogar bereits in diesem Jahr 2011.⁶⁵ Für die Fortschreibung des NAP empfiehlt es sich daher, langfristige Maßnahmen zu entwickeln. Insgesamt fällt auf, dass der NAP keine konkreten Maßnahmen zur Umwandlung segregierender Einrichtungen für behinderte Menschen, wie etwa Förderschulen, Werkstätten für Behinderte oder Heime, in inklusive Orte der Teil-

55 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Handbook on National Human Rights Plans of Action (2002); Palleit, Aktionspläne (2010).

56 Ebd., S. 2.

57 Deutscher Bundestag, Ausschuss-Drs. 17 (11) 553, S. 42 f.

58 Deutscher Behindertenrat, Forderungen des Deutschen Behindertenrates für einen Nationalen Aktionsplan (2011).

59 Arnade, alle inklusive! (2009).

60 Deutscher Bundestag, Ausschuss-Drs. 17 (11) 553, S. 12 ff.

61 Ebd., S. 10.

62 Ebd., S. 8 und 25.

63 Poscher/Rux/Langer, Von der Integration zur Inklusion (2008); Degener, Behindertenrecht (2009), S. 34 ff.; König, BtPrax (2009), S. 105 ff.; Marschner, Recht & Psychiatrie (2009); Bielefeldt/Aichele, Stellungnahme des Deutschen Institut für Menschenrechte (2009); Palleit, Gleiches Wahlrecht für alle? (2011).

64 Deutscher Bundestag, Ausschuss-Drs. 17 (11) 553, S. 15 ff.

65 Z. B. „Schaffung und Förderung von alternativen Wohnformen (außerhalb von klassischen Einrichtungen) BMFSFJ 2009–2011“ oder das Programm „Altersgerecht Umbauen“ der KfW Förderbank, BMVBS und KfW 2009–2011; Deutscher Bundestag, Ausschuss-Drs. 17 (11) 553, S. 64.

habe enthält. Diese Einrichtungen entsprechen nicht dem Geist der BRK und zwei Parallelsysteme von inklusiven und exklusiven Einrichtungen – so viel wissen wir aus dem Bildungssystem – werden sich auf Dauer nicht finanzieren lassen.⁶⁶ Die gegenwärtigen Regeleinrichtungen der Bildung und der gesellschaftlichen Teilhabe werden aber nur mit massiver Unterstützung des Bundes den Sprung in die Umwandlung zu inklusiven Institutionen schaffen. Es erscheint sinnvoll, sich diesem Problem bei einer Fortschreibung des NAP zu widmen.

d. Umsetzung der institutionellen Staatenpflichten im NAP

Zu begrüßen ist, dass im BMAS ein Beratungsausschuss zur Entwicklung des NAP eingerichtet wurde, dem neben dem Behindertenbeauftragten auch Vertreter/-innen der Verbände, des Deutschen Behindertenrates, der Sozialpartner und der Wissenschaft angehören. Als Experteninstitution mit großer Beratungskompetenz wäre allerdings die Monitoringstelle des DIMR ebenfalls in dem Beratungsausschuss gut platziert. Auch bei der Koordinierungsstelle zur BRK, dem Büro des Behindertenbeauftragten, wurde ein Gremium der Zivilgesellschaft und weiterer Akteure installiert. Die Einrichtung des Inklusionsbeirates, dem überwiegend behinderte Expertinnen und Experten aus Behindertenverbänden sowie Vertreter/-innen der Monitoringstelle des DIMR angehören, ist zu begrüßen.

e. Monitoring und Evaluation

Kapitel 5 des NAP beschäftigt sich mit dem Monitoring und der Evaluation der Maßnahmen und Ziele. Hierin wird auf die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Gremien und Umsetzungs- bzw. Monitoringakteuren (Focal Point, Koordinierungsstelle, Monitoringstelle, Inklusionsbeirat, sonstige Zivilgesellschaft) verwiesen.⁶⁷ Evaluierungen sollen zum Ende einer Legislaturperiode erfolgen. Die Überwachung wird in die Hände der Monitoringstelle am DIMR gelegt.⁶⁸ Weitere Vorgaben, wie Kennzahlen zur Zielerreichung oder Indikatoren zur Evaluierung, werden nicht gemacht. Präzise Vorgaben zur Überwachung und Evaluierung gehören allerdings zu Wesensmerkmal von nationalen Aktionsplänen.⁶⁹ Hieran sollte bei einer Fortschreibung des NAP gearbeitet werden.

Prof. Dr. Theresia Degener

Bochum, den 11. Oktober 2011

4. Annex: Degener, Th. (2009): Welche legislativen Herausforderungen bestehen in Bezug auf die na-

66 Preuss-Lausitz, Kosten bei integrierter und separater (2000), S. 43.

67 Deutscher Bundestag, Ausschuss-Drs. 17 (11) 553, S. 43 ff.

68 Ebd., S. 45.

69 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Handbook on National Human Rights Plans of Action (2002), S. 86 ff.

tionale Implementierung der UN-Behindertenrechtskonvention in Bund und Ländern? ⁷⁰

Veröffentlicht in: Behindertenrecht 02/2009, S. 34–52

A. Einführung

Am 13. Dezember 2006 verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention / BRK) in ihrer 61. Sitzung mit der Resolution A/RES/61/106. Sie war zuvor in acht Sitzungen eines Ad-Hoc-Ausschusses⁷¹ der Generalversammlung in den Jahren 2002–2006 erarbeitet worden. Die BRK ist der erste universelle Völkerrechtsvertrag, der den anerkannten Katalog der Menschenrechte, wie er im International Bill of Human Rights⁷² zum Ausdruck kommt, auf die Situation behinderter Menschen zuschneidet. Bis auf die interamerikanische Behindertenrechtskonvention von 1999⁷³ gab es zuvor kein verbindliches Menschenrechtsinstrument explizit für Behinderte. Das wichtigste UN-soft-law-Dokument waren bis dahin die *Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte (Rahmenbestimmungen, 1993)*⁷⁴, die zwar mit der Zuordnung eines Sonderbeauftragten ein eigenständiges Überwachungsverfahren hatten, das jedoch außerhalb des UN-Menschenrechtsregimes bei der Kommission für soziale Entwicklung angesiedelt war und ist.⁷⁵ Mit der Verabschiedung der BRK haben die Vereinten Nationen somit nicht nur die erste verbindliche universelle Menschenrechtsquelle für behinderte Menschen geschaffen, sondern sie haben damit auch die Behindertenfrage in das Mainstream des UN-Menschenrechtssystems eingeordnet.⁷⁶ Diese Entwicklung stellt im internationalen Behindertenrecht einen historischen Wendepunkt dar, der den viel beschriebenen Paradigmenwechsel vom medizinischen zum sozialen – genauer gesagt – menschenrechtlichen Modell von Behinderung reflektiert.⁷⁷ Erst dieser Perspektivenwechsel

70 Der Beitrag beruht auf einem Rechtsgutachten zum gleichen Thema, welches von der Verfasserin unter Mitarbeit von Dr. Sigrid Arnade und Hans-Günter Heiden im Auftrag des Deutschen Instituts für Menschenrechte Ende 2007 erstellt wurde. Ich danke meiner Mitarbeiterin Frau Sonja Hoffmann für wertvolle Unterstützung.

71 Mit dem langen Namen „Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities“.

72 Dieser setzt sich aus der Allgemeinen Menschenrechtsklärung von 1948, dem Internationalen Abkommen über bürgerliche und politische Rechte von 1966 und dem Internationalen Abkommen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1966 zusammen.

73 Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Persons with Disabilities, OEA/Ser. P AG/docs. 3826/99 (1999).

74 Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, UN Doc. A/48/49 (1994).

75 <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rapporteur.htm> (aufgerufen am 15. September 2007).

76 Zu Unrecht wird die BRK bisweilen als Deklaration oder Resolution titulierte, was ihrem rechtlich verbindlichen Charakter als Völkerrechtsvertrag nicht gerecht wird.

77 Vgl. dazu bereits Degener, Theresia (1999): International Disability Law – A New Legal Subject on the Rise. In: Berkeley Journal of International Law 18:1, S. 180 (181); Quinn, Gerard/Degener, Theresia (2002): Human rights and

ermöglicht es, Menschenrechtsverletzungen, die behinderte Menschen erleben, als solche wahrzunehmen, statt sie als unvermeidliches individuelles Schicksal zu verharmlosen.

B. Inhalt und Ratifikation der Behindertenrechtskonvention in Deutschland

Die Bundesrepublik Deutschland hat die BRK und ihr Fakultativprotokoll am 30. März 2007 zusammen mit vielen anderen Mitgliedsstaaten unterzeichnet. International trat die BRK nach Hinterlegung der zwanzigsten Ratifikationsurkunde (Art. 45 BRK) am 3. Mai 2008 in Kraft.

I. Der Inhalt

Die Behindertenrechtskonvention ist der erste universelle Völkerrechtsvertrag, der den anerkannten Katalog der Menschenrechte, wie er in der internationalen Menschenrechtscharta⁷⁸ zum Ausdruck kommt, auf die Situation behinderter Menschen zuschneidet. Sie gliedert sich in zwei Völkerrechtsverträge: das Übereinkommen mit 50 Artikeln und das Fakultativprotokoll mit 18 Artikeln. Das Fakultativprotokoll enthält ähnlich wie andere Menschenrechtsverträge ein Individualbeschwerdeverfahren, mit dem sich Individuen oder Gruppen gegen erlebte Menschenrechtsverletzungen wehren können, und zudem ein besonderes Untersuchungsverfahren für schwerwiegende Menschenrechtsverletzungen. Ein Mitgliedsstaat kann wählen, ob er nur den Vertragstext oder auch das Fakultativprotokoll unterzeichnet.

Artikel 3 der Behindertenrechtskonvention enthält acht Prinzipien, die den Geist des Übereinkommens darstellen und die den Interpretationsrahmen der einzelnen normativen Bestimmungen abstecken. Dabei handelt es sich um: (1) Respekt vor der Würde und individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, (2) Nichtdiskriminierung, (3) volle und effektive Partizipation an der und Inklusion in die Gesellschaft, (4) Achtung vor der Differenz und Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen als Teil der menschlichen Diversität und Humanität, (5) Chancengleichheit, (6) Barrierefreiheit, (7) Gleichheit zwischen Männern und Frauen und (8) Respekt vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

In diesen Prinzipien finden sich die Zielvorgaben, an denen internationale und nationale Behindertenpolitik zukünftig zu messen sein werden.

Der Begriff „Menschen mit Behinderungen“ umfasst nach der Behindertenrechtskonvention „Menschen mit langfristigen körperlichen, geistigen, intellektuellen oder sensorischen Beeinträchtigungen, die sie im Zusammenspiel mit ver-

disability: The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability, OHCHR, United Nations, New York and Geneva (U.N. Sales No: E.02.XIV.6), S. 9–18.

⁷⁸ Diese besteht aus drei Dokumenten, der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948, dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte von 1966 und dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1966.

schiedenen Barrieren an einer gleichberechtigten vollen und wirksamen Teilhabe in der Gesellschaft hindern können.“ Durch die Ansiedlung dieser Bestimmung in Art. 1 BRK (Zweck) statt in Art. 2 BRK (Definitionen) wurde zum Ausdruck gebracht, dass es sich nicht um eine Begriffsdefinition im eigentlichen Sinne handelt. Auf eine solche konnte man sich während der

Verhandlungen nicht einigen. Auch um die Definition von Behindertendiskriminierung (Art. 2 BRK) wurde in den Verhandlungen stark gerungen, da diesbezüglich unterschiedliche nationale, regionale und internationale Vorgaben vorlagen.⁷⁹ Umstritten war insbesondere, ob die „Verweigerung angemessener Vorkehrungen“ als Diskriminierung gewertet werden soll. Dabei geht es um die Beseitigung von Barrieren, wie Treppen oder Kommunikation ohne Gebärdensprache. Diese Barrieren als eine Form der (strukturellen) Diskriminierung zu kennzeichnen und eine Pflicht zur verhältnismäßigen Beseitigung zu statuieren, ist eine der größten Errungenschaften der Konvention. Eine wichtige reformorientierte Weichenstellung nimmt sie auch im Bereich der rechtlichen Handlungsfähigkeit vor, indem sie auf das Prinzip der unterstützenden Entscheidungsfindung statt der weit verbreiteten substituierenden gesetzlichen Vertretung setzt (Art. 12 BRK). Eine besondere Herausforderung für das deutsche Bildungssystem stellt die Umsetzung des Rechts auf Bildung (Art. 24 BRK) dar, das als Recht auf inklusive und qualitativ hochwertige Bildung auf allen Ebenen ausgeformt wurde. Es enthält sowohl den Anspruch auf individualisierte und diskriminierungsfreie Bildung, als auch das Recht auf Anerkennung der Differenz, indem insbesondere Unterricht in Gebärdensprache und Lernen mit Braille und anderen Methoden gefordert wird. Auch im Hinblick auf die Frage der Deinstitutionalisierung behinderter Menschen setzt die Konvention als deutlichen Maßstab in Artikel 19 BRK den Grundsatz des selbstbestimmten Lebens außerhalb von Heimen und Sondereinrichtungen. Der Rehabilitation wurde zwar ein eigenständiger Artikel (Art. 26 BRK) gewidmet, er wurde jedoch nicht als eigenständiges Recht ausgestaltet. Das wäre ein neues Menschenrecht gewesen und diese sollten mit der neuen Menschenrechtskonvention gerade nicht geschaffen werden. Habilitations- und Rehabilitationsdienste werden mit Art. 26 BRK jedoch in den Kontext der Menschenrechte gestellt, und es werden wichtige Vorgaben für ihre Ausgestaltung gemacht. Mit Art. 32 BRK enthält die Behindertenrechtskonvention als erster Menschenrechtsvertrag einen eigenständigen Artikel zur internationalen Entwicklungszusammenarbeit. Die Notwendigkeit einer solchen Bestimmung ist angesichts der Tatsache, dass 2/3 der 650 Millionen Behinderten in Entwicklungsländern leben, evident. Dass Behinderung und Armut einander bedingen, ist ebenfalls keine neue Erkenntnis. Gleichwohl werden behinderte Menschen in der Entwicklungszusammenarbeit der meisten Staaten kaum beachtet. Artikel 32 BRK könnte daher als Katalysator für einen Verände-

⁷⁹ Degener, Theresia: Antidiskriminierungsrechte für Behinderte: Ein globaler Überblick. In: Zeitschrift für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht 65 (2005), S. 887–935.

rungsprozess in der deutschen und internationalen Entwicklungszusammenarbeit dienen. Erste Schritte zeichnen sich bereits auch in Deutschland ab.⁸⁰

Insgesamt setzt der Normenkatalog der BRK einen hohen Standard für den Menschenrechtsschutz von behinderten Menschen. Dieses Ergebnis ist insbesondere der hohen Beteiligung von Menschen mit Behinderungen und ihren Organisationen an den Verhandlungen zum Abkommen zu verdanken. In einer bisher einzigartigen Weise konnten sich behinderte Menschen auf allen Ebenen einbringen. Sie waren nicht nur auf Seiten der Zivilgesellschaft oder als Vertreter von nationalen Menschenrechtsinstitutionen aktiv, sondern auch als Mitglieder von Regierungsdelegationen. Der international bekannte Slogan „*Nothing about us without us*“ konnte im Entstehungsprozess der Konvention erfolgreich umgesetzt werden.

II. Die deutsche Ratifikation

Gem. Art. 59 Abs. 2 GG war für die Ratifizierung der BRK die Zustimmung des Bundestages und des Bundesrates erforderlich. Die Bundesregierung schuf hierfür mit dem Ratifizierungsgesetzentwurf vom 8. November 2008 die rechtlichen Voraussetzungen.⁸¹ Die darin enthaltene deutsche Übersetzung der BRK und die Denkschrift wurden von Politikern, Verbänden und Wissenschaftlern in der Sachverständigenanhörung⁸² erheblich kritisiert. Bezüglich der Übersetzung wird moniert, dass so zentrale Begriffe wie z. B. „*inclusion*“ mit dem deutschen Wort „*Integrati-on*“ übersetzt wurden. Diese Übersetzung reflektiere nicht den Paradigmenwechsel, der mit der BRK bezweckt ist, und führe auch in der internationalen Kommunikation zu Irritationen. Inklusion werde im politischen und wissenschaftlichen Diskurs als Weiterentwicklung des die Bildungsstrukturen nicht tangierenden Integrationskonzepts gesehen. Eine Schattenübersetzung wurde als Alternative zur amtlichen deutschen Übersetzung von Netzwerk Artikel 3 e.V. veröffentlicht.⁸³ Für die juristische Interpretation der BRK gilt jedoch nach Art. 50 BRK, dass die deutsche amtliche Übersetzung nicht maßgeblich ist. Bezüglich der Denkschrift wird beanstandet, dass die Bundesregierung darin erklärt, 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. Aus den Verhandlungen des Ratifizierungsgesetzes geht jedoch hervor, dass hierüber keinesfalls Konsens in der Legislative bestand.⁸⁴ Auch das wird für zukünftige juristische Interpretationen des Ratifizierungsgesetzes relevant sein. Allgemein begrüßt wur-

de, dass sowohl das Übereinkommen als auch das Fakultativprotokoll ratifiziert wurden, und weder ein Vorbehalt noch eine Interpretation erklärt wurde und damit die BRK uneingeschränkt im deutschen Rechtskreis wirksam wird. Die BRK ist zum 01. Januar 2009 in Deutschland in Kraft getreten.

Bezüglich der Umsetzung der Konvention ist zwischen dem internationalen und dem nationalen Implementierungsmechanismus zu unterscheiden. Ersterer (Art. 34 ff. BRK) besteht aus einer Staatenkonferenz, die regelmäßig in New York tagen wird, und einem Ausschuss mit zwölf unabhängigen Sachverständigen, der im Februar 2009 in Genf seine Arbeit aufnehmen wird.⁸⁵ Letzterer (Art. 33 BRK) besteht aus einer (oder mehreren) staatlichen Koordinierungsstelle(n) sowie aus einem unabhängigen Aufsichtssystem (monitoring), das an die nationalen Menschenrechtsinstitutionen anknüpfen soll. Die staatliche Koordinierungsstelle wird beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales angesiedelt werden und das Deutsche Institut für Menschenrechte wird mit dem unabhängigen Überwachungs- und Durchführungsmechanismus betraut werden.⁸⁶

Mit der Behindertenrechtskonvention haben die Vereinten Nationen nicht nur die erste verbindliche universelle Menschenrechtsquelle für behinderte Menschen geschaffen, sie haben damit auch die Behindertenfrage in das allgemeine UN-Menschenrechtssystem eingeordnet (disability mainstreaming). Diese Entwicklung markiert im internationalen Behindertenrecht einen historischen Wendepunkt, der den viel beschriebenen Paradigmenwechsel vom medizinischen zum menschenrechtlichen Modell von Behinderung reflektiert.⁸⁷

C. Themenfelder, die vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention in ihrer aktuellen Fassung von Seiten der Politik überdacht und gegebenenfalls fortentwickelt werden müssen

I. Acht Themenfelder der Behindertenpolitik

1. Allgemeine Behindertenpolitik

Als erstes Themenfeld gilt die allgemeine deutsche Behindertenpolitik, die unter Berücksichtigung der Präambel der BRK – insbesondere im Hinblick auf den in ihr zum Ausdruck gebrachten Ansatz, Behindertenpolitik als Menschenrechtspolitik zu begreifen – zu untersuchen wäre. Weitere Artikel der BRK, die dem Themenfeld der allgemeinen Behindertenpolitik zugeordnet werden können, sind Art. 1 BRK, wonach die volle und gleichberechtigte Ausübung der Menschenrechte durch alle Behinderte der Zweck der Konvention ist. Auch die in Art. 3 BRK aufgeführten Prinzipien sowie die in Art. 4 BRK

80 Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung: Behinderung und Entwicklung, Politikpapier. Eschborn/Bonn, November 2006.

81 BT-Drs 16/10808 vom 8. November 2008.

82 In der 106. Sitzung des Ausschusses für Arbeit und Soziales am 24. November 2008, vgl. dazu Ausschussdrucksache 16(11)1186 vom 21.11.2008.

83 <http://www.netzwerk-artikel-3.de/dokum/schattenubersetzung-un-konvention.pdf> (aufgerufen am 20. November 2008).

84 Vgl. BT-Drs 16/11234 vom 3. Dezember 2008.

85 <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crpd/index.htm> (aufgerufen am 20. Januar 2009).

86 Aichele, Valentin: Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihr Fakultativprotokoll: Ein Beitrag zur Ratifizierungsdebatte, Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin 2008.

87 Degener, Theresia (1999): International Disability Law – A New Legal Subject on the Rise. In: Berkeley Journal of International Law 18:1, S. 180; Quinn, Gerard/Degener, Theresia (2002): Human Rights and Disability. The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability, OHCHR, United Nations, New York and Geneva (U.N. Sales No: E.02.XIV.6).

genannten allgemeinen Staatenpflichten können als Leitlinien für die allgemeine Behindertenpolitik in den Mitgliedstaaten herangezogen werden, wenn gleich ihre eigentliche rechtliche Bedeutung in ihrer horizontalen Wirkung auf den materiellen Teil der BRK und damit auf einzelne inhaltliche Bestimmungen der BRK liegt. Das in Art. 5 BRK enthaltene Gleichheits- und Nichtdiskriminierungsgebot kann ebenfalls dem Themenfeld der allgemeinen Behindertenpolitik zugeordnet werden, da es als Herzstück der Konvention gilt. Schließlich sind die in Art. 8 BRK enthaltenen Aufklärungs- und Informationspflichten zum Abbau von Klischees und Vorurteilen über Behinderte und zur Sensibilisierung des gesellschaftlichen Bewusstseins über ein Leben mit Behinderungen diesem Themenfeld zuzuordnen.

2. Behinderte Frauen

Der Gruppe der behinderten Frauen ist mit Art. 6 BRK ein eigenständiger Artikel der BRK gewidmet. Danach unterliegen die Vertragsstaaten insbesondere zwei Verpflichtungen: Sie müssen erstens der mehrfachen Diskriminierung behinderter Frauen entgegenwirken und zweitens sind sie verpflichtet, Maßnahmen der Förderung und des „Empowerments“ zugunsten behinderter Frauen vorzunehmen, die dazu führen, dass behinderte Frauen die in der BRK genannten Menschenrechte ausüben und genießen können. Art. 6 BRK ist jedoch nicht der einzige Artikel, der explizit auf behinderte Frauen Bezug nimmt. Er wird durch geschlechtsspezifische Zusätze an anderen Stellen der Konvention ergänzt. Neben der Präambel (Abs. q) und s)) sind hier der Grundsatz der Geschlechtergleichheit in Art. 3 g) BRK und die Pflicht zur Bekämpfung geschlechtsspezifischer Vorurteile (Art. 8 Abs. 1 b) BRK) zu nennen. Weitere Bestimmungen finden sich in Bezug auf das Thema Schutz vor Gewalt (Art. 16 Abs. 1, 2, 4 und 5 BRK) und Recht auf Gesundheit (Art. 25 BRK) sowie hinsichtlich des Rechts auf angemessenen Lebensstandard und sozialen Schutz (Art. 28 BRK). Relevant für behinderte Frauen ist darüber hinaus Art. 23, der die Achtung vor Heim und Familie garantiert. Während der Verhandlungen über den Vertragstext herrschte Konsens, dass selbstverständlich alle anderen Bestimmungen der BRK für behinderte Frauen gelten sollen. Ihre besondere Erwähnung an einigen Stellen sollte nicht dazu führen, dass sich die Vertragsstaaten bei der Implementierung der Konvention nur auf die dort genannten Pflichten beschränken. Es sollte jedoch deutlich gemacht werden, dass besondere Anstrengungen erwartet werden, um die Menschenrechte behinderter Frauen zu verwirklichen, insbesondere in den Bereichen, in denen ein geschlechtsspezifischer normativer Bezug ausdrücklich formuliert wurde. Diese Vorgaben rechtfertigen es, behinderten Frauen ein eigenes Themenfeld zu widmen.

3. Behinderte Kinder

Ebenso findet sich ein eigenständiger Artikel für Kinder mit Behinderungen in der BRK (Art. 7 BRK). Dieser wird ergänzt durch altersspezifische Bestimmungen in der Präambel (Abs. d) und r)) und in den Art. 3 Abs. h) BRK) (Respekt vor der Entwicklungsfähigkeit des Kindes) und Art. 4 Abs. 3 BRK (Einbeziehung behinderter Kinder bei der Umsetzung der BRK). Weitere altersspezifische Bezüge in der BRK

sind in Art. 8 Abs. 2 b) BRK (Förderung des Bewusstseins) und in Art. 16 Abs. 5 BRK (Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch), in Art. 18 Abs. 2 BRK (Freizügigkeit und Staatsangehörigkeit), in Art. 23 Abs. 3, 4 und 5 BRK (Achtung vor Heim und Familie), in Art. 24 Abs. 2 a) und Abs. 3 c) BRK (Bildung), in Art. 25 b) BRK (Gesundheit) und in Art. 30 Abs. 5 d) BRK (Teilhabe am kulturellen Leben, Erholung, Freizeit und Sport) enthalten. Selbstverständlich gelten auch die übrigen Bestimmungen der BRK für Kinder mit Behinderungen, soweit sich nicht altersspezifische Ausschlussgründe finden.

4. Schutz und Sicherheit der Person

Zum Themenfeld Schutz und Sicherheit der Person zählen insbesondere die Art. 10 BRK (Recht auf Leben), Art. 11 BRK (Gefahrensituation und humanitäre Notlage), Art. 14 BRK (Persönliche Freiheit und Sicherheit), Art. 15 BRK (Freiheit von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung und Strafe). Ebenfalls dazu gehören Art. 16 BRK (Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch) und Art. 17 BRK (Schutz der Unversehrtheit der Person).

5. Selbstbestimmung

Das Themenfeld Selbstbestimmung ist ein zentraler Punkt im Kontext von Menschenrechten und Behinderung. Selbstbestimmung als Ausdruck von Autonomie wird behinderten Menschen selten zugestanden, oft bereits weil die Existenz einer Beeinträchtigung im medizinischen Sinne als Unfähigkeit zur Ausübung von Autonomie gesehen wird. Dabei ist die Fähigkeit, autonome Entscheidungen zu treffen, nicht so sehr von der psychischen oder physischen Verfassung eines Menschen abhängig, als vielmehr von den Bedingungen, unter denen diese Entscheidungen getroffen werden. Insbesondere in stationären Einrichtungen ist Selbstbestimmung im Alltag häufig unmöglich, weil die Selbstbestimmung der Bewohner/-innen mit der Heimordnung konfligiert. Selbstbestimmung als Themenfeld wird durch verschiedene Normen der BRK bestimmt: Art. 12 BRK (Gleichberechtigte Anerkennung als rechts- und handlungsfähige Person), Art. 19 BRK (Unabhängiges Leben und Teilhabe an der Gemeinschaft), Art. 22 BRK (Schutz der Privatsphäre), Art. 23 BRK (Achtung vor Heim und Familie) und Art. 26 BRK (Habilitatation und Rehabilitation).

6. Freiheits- und Teilhaberechte/Barrierefreiheit

Zum Themenfeld der Freiheits- und Teilhaberechte/Barrierefreiheit sind insbesondere folgende Normen der BRK zu zählen: Art. 9 BRK (Zugänglichkeit), Art. 13 BRK (Zugang zur Justiz), Art. 18 BRK (Freizügigkeit und Staatsangehörigkeit), Art. 20 BRK (Persönliche Mobilität), Art. 29 BRK (Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben) und Art. 30 BRK (Teilhabe am kulturellen Leben, Erholung, Freizeit und Sport).

7. Solidaritätsrechte

Das Themenfeld Solidaritätsrechte umfasst die normativen Bestimmungen, die herkömmlich dem Feld der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rech-

te zugeordnet werden.⁸⁸ Eine eindeutige Trennung dieser Normen von den klassischen bürgerlichen und politischen Menschenrechten war bei den Verhandlungen des Konventionstextes nicht intendiert und ist auch im Kontext von Behinderung schwer möglich. Gerade am Beispiel behinderter Menschen lässt sich die Untrennbarkeit und die Interdependenz der beiden Menschenrechtsgruppen überzeugend darstellen. So lässt sich das politische Freiheitsrecht des Menschenrechts auf Wahlfreiheit nur realisieren, wenn ausreichend barrierefreie Möglichkeiten der Wahlbeteiligung zur Verfügung stehen und das Bildungssystem alle Menschen zur politischen Partizipation befähigt. Das Recht auf Freizügigkeit und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft lässt sich nur realisieren, wenn Behinderte nicht nur die Freiheit, sondern auch die reale Möglichkeit haben, zu wählen, wo und mit wem sie leben wollen. Gleichwohl lässt sich auch in der BRK ein Kernbereich wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Rechte ausmachen, der dem Themenfeld der Solidaritätsrechte zugeordnet werden kann. Dazu gehören Art. 24 BRK (Bildung), Art. 25 BRK (Gesundheit), Art. 27 BRK (Arbeit und Beschäftigung) sowie Art. 28 BRK (Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz).

8. Internationale Zusammenarbeit

Die Bedeutung der internationalen Zusammenarbeit und deren Förderung für die Verwirklichung der Ziele und des Zwecks der BRK unterstreicht Art. 32 BRK. Mit dieser Vorschrift enthält die BRK als erste Menschenrechtskonvention einen eigenständigen Artikel zur internationalen Entwicklungszusammenarbeit. Noch sind die wenigsten Entwicklungshilfeprojekte zur Verbesserung der Lebensumstände behinderter Menschen geeignet, oftmals sind Behindertenprojekte in der Entwicklungszusammenarbeit auf medizinisch-rehabilitative Hilfen beschränkt. Art. 32 BRK könnte hier als Katalysator für einen Veränderungsprozess in der deutschen und internationalen Entwicklungszusammenarbeit dienen. Erste Schritte zeichneten sich bereits während der Verhandlungen der BRK ab. So wurde mit Unterstützung der Weltbank und der deutschen Bundesregierung im Januar 2006 ein Handbuch zur inklusiven globalen Armutsbekämpfung erstellt.⁸⁹ Und ebenfalls noch bevor die BRK feierlich von den Vereinten Nationen verabschiedet wurde, veröffentlichte das deutsche Entwicklungsministerium ein Politikpapier zum Thema Behinderung und Entwicklung.⁹⁰ Damit könnte sich die internationale Entwicklungszusammenarbeit zu einem neuen Feld der deutschen Behindertenpolitik entwickeln. Da dieses jedoch stark dem extraterritorialen Bereich zuzuordnen ist, soll dieses Themenfeld bei der Frage des nationalen legislativen Handlungsbedarfs hier zunächst unberücksichtigt bleiben.

II. Handlungsbedarf

88 Steiner, Henry/Alston, Philip: *International Human Rights in Context*, Oxford: Clarendon, 1996, S. 256 ff.

89 Handicap International / Christoffel Blindenmission: *Making PRSP Inclusive*, January 2006, http://www.handicap-international.de/images/pdfs_multimedia/prsp_manual_eng_1.pdf.

90 Vgl. Fn. 80.

Bei der Umsetzung der Pflichten aus der BRK ist die völkerrechtliche Pflichtentrias zu beachten, die im Hinblick auf die Implementierung der Menschenrechtsübereinkommen gilt. Danach unterliegen die Mitgliedsstaaten drei Arten von Pflichten: *respect*, *protect* and *fulfil*. Die erste Pflicht beinhaltet die negative Pflicht, die in dem Übereinkommen enthaltenen Menschenrechte nicht zu verletzen. Sie entspricht der Abwehrfunktion der deutschen Grundrechte. Die zweite Pflicht enthält eine Schutzpflicht des Staates, die Verletzung der Menschenrechte durch (private) Dritte abzuwenden und diese zu verhindern. Die dritte Pflichtenart ist eine klassische positive Staatenpflicht. Sie beinhaltet die Pflicht zum Erlass von gesetzlichen, administrativen, justiziellen oder anderen Maßnahmen, um sicherzustellen, dass die betreffenden Menschenrechte im größtmöglichen Umfang umgesetzt bzw. realisiert werden. Bei allen drei Pflichten ist jedoch zu beachten, dass den Staaten im Völkerrecht ein großer Ermessensspielraum hinsichtlich der Art und Weise der Umsetzung zukommt.⁹¹

1. Allgemeine Behindertenpolitik

Im ersten Themenfeld stellt sich zunächst die Frage, ob Behindertenpolitik in Deutschland als Menschenrechtspolitik praktiziert wird, wie es die BRK in der Präambel und in Art. 1, 3, 4, 5, und 8 BRK fordert. In der Präambel heißt es, dass allen behinderten Menschen der volle Genuss der Menschenrechte garantiert werden muss.⁹² Art. 1 Abs. 1 BRK erklärt den gleichberechtigten Menschenrechtsschutz zum Zweck der BRK. Art. 3 BRK enthält die acht Grundsätze der BRK, die die fundamentalen Menschenrechte, wie Autonomie, Freiheit, Gleichbehandlung, darstellen. Die wichtigste allgemeine Verpflichtung der Staaten besteht gem. Art. 4 Abs. 1 BRK in der Gewährleistung der vollen „*Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung*“. Art. 8 BRK verpflichtet die Staaten zu entsprechender Bewusstseinsbildung und Aufklärung in Staat und Gesellschaft. Und Art. 5 BRK enthält als Herz der Konvention das Prinzip der Nichtdiskriminierung, das auch die Verweigerung angemessener Vorkehrungen verbietet.

Der in Deutschland zu Anfang des neuen Jahrtausends gesetzlich manifestierte Paradigmenwechsel in der deutschen Behindertenpolitik kann als Wandel in Richtung einer Behindertenpolitik als Menschenrechtspolitik konstatiert werden. Die mit dem SGB IX (2001) eingeleitete Rehabilitationsreform, die sich an Selbstbestimmung, Chancengleichheit und Antidiskriminierung (§1 SGB IX) orientieren soll, greift Leitgedanken einer Menschenrechtspolitik auf. Auch die mit der Verabschiedung der diversen Gleichstellungsgesetze auf Bundes- und Landesebene (z. B. Behindertengleichstellungsgesetz von 2002 (BGG) und Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz von 2006 (AGG)) zum Ausdruck gebrachte Gleichstellungspolitik demonstriert eine Orientierung an einem der fundamentalsten Menschenrechte, dem Recht auf

91 Nowak, Manfred: *CCPR Commentary 2nd ed.*, Kehl 2005, Rn. 3 & Rn. 15.

92 Präambel Abs. (c).

Gleichheit. Schließlich lässt auch die Einbeziehung der Behindertenthematik in die aktuelle Menschenrechtsberichterstattung der deutschen Bundesregierung erkennen, dass die Behindertenfrage in diesem Kontext nicht mehr gänzlich ignoriert wird.⁹³ Gleichwohl sind Defizite erkennbar, die eine gesetzliche Nachbesserung im Lichte der BRK erforderlich erscheinen lassen.

So stellten Behindertenverbänden nach fünf Jahren Gesetzespraxis hinsichtlich des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX fest, dass diese wichtige Ausformung des Selbstbestimmungsprinzips immer noch missachtet wird.⁹⁴ Auch auf der im Juli 2007 von Bündnis90/Die Grünen abgehaltenen öffentlichen Anhörung zu fünf Jahren Erfahrung mit dem BGG wurde kritisiert, dass die in dem Gesetz verankerten Instrumente kaum ausreichen, um struktureller Behindertendiskriminierung wirksam zu begegnen.⁹⁵

Problematisch im Hinblick auf Art. 2 und 5 BRK ist aber insbesondere das Konzept der Behindertendiskriminierung im nationalen Recht. Denn die BRK umfasst alle Formen der Behindertendiskriminierung, auch die Verweigerung angemessener Vorkehrungen. Darunter ist der Abbau von Barrieren in einer individuellen behinderungsbedingten Situation zu verstehen. In Art. 2 BRK werden angemessene Vorkehrungen definiert als „*notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen, die kein unverhältnismäßig oder übermäßiges Hindernis darstellen, wenn sie in einem bestimmten Fall benötigt werden, um Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen den Genuss und die Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten zu gewährleisten.*“⁹⁶

Das deutsche Recht ist diesbezüglich zumindest zweifelhaft. § 81 Abs. 4 Ziff. 4 SGB IX enthält zwar

ein subjektives Recht des schwerbehinderten Arbeitnehmers auf behindertengerechte Ausgestaltung des Arbeitsplatzes, was als klassisches Beispiel für die Vornahme einer angemessenen Vorkehrung gilt.⁹⁷ Ob die Verweigerung der Vornahme dieser angemessenen Vorkehrung allerdings im deutschen Recht den Tatbestand einer Diskriminierung erfüllt, ist höchst fragwürdig. Denn in den Definitionen der direkten oder indirekten Diskriminierung nach § 3 AGG wurden die angemessenen Vorkehrungen nicht aufgenommen.⁹⁸ Der Anspruch auf behindertengerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes war zudem auch im alten Schwerbehindertenrecht enthalten, das noch kein Diskriminierungsverbot kannte.⁹⁹ Es lässt sich daher nur schwer argumentieren, die Verweigerung der behindertengerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes stelle eine Form der Diskriminierung dar. Dies gilt umso mehr, als mit der Einführung des AGG im Jahre 2006 die Diskriminierungsvorschrift des § 81 SGB IX geändert wurde. Enthielt § 81 SGB IX a.F. einen eigenen Diskriminierungstatbestand und Ausführungen zu Beweislast und Schadenersatzansprüchen, normiert § 81 Abs. 2 SGB IX n.F. ein schlichtes Diskriminierungsverbot, für dessen Umsetzung auf das AGG verwiesen wird. In dieses wurde aber der Anspruch auf behindertengerechte Ausgestaltung des Arbeitsplatzes nicht übernommen. Auch der zivilrechtliche Teil des AGG enthält kein Gebot der angemessenen Vorkehrungen für behinderte Menschen.¹⁰⁰ Hier sind andere EU-Mitgliedsstaaten, wie Großbritannien, Frankreich, Schweden, Finnland, Österreich oder Italien, andere Wege gegangen. Sie haben die Verweigerung angemessener Vorkehrungen ausdrücklich als direkte oder indirekte Form der Diskriminierung eingeordnet.¹⁰¹ Der Begriff der angemessenen Vorkehrungen (im Englischen *reasonable accommodations*) gehört weltweit zu den Schlüsselbegriffen des modernen Behindertengleichstellungsrechts.¹⁰²

Weder die Definition in § 7 Abs. 2 BGG 2002 noch die in § 3 AGG 2006 enthalten diese Form der Diskriminierung. Bezüglich § 81 Abs. 2 SGB IX besteht im Hinblick auf § 81 Abs. 4 Ziff. 4 SGB IX zumindest die Möglichkeit einer entsprechenden Auslegung der Gesetzesvorschrift, wobei die o. g. Gründe eher dagegen sprechen. Da auch die Richtlinie 2000/78/EG

93 Z. B. Fünfter Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland nach Art. 40 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte, vom 13. November 2002, S. 44 <http://www.bmj.de/media/archive/269.pdf> (aufgerufen am 15. November 2007); Vierter Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland nach Art. 16 und 17 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 11. Januar 2000, S. 24 f.; <http://institut-fuer-menschenrechte.de/dav/Bibliothek/Dokumente/UN-Dokumente%20deutschsprachig/CESCR2000Dt.Staatenbericht4.pdf> (aufgerufen am 11. November 2007); Sechster Bericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau vom 6. 6. 2007, BT-Drs 16/5807, S. 13.

94 Vgl. www.kobinet-nachrichten vom 28. Mai 2006: „VdK: Wunsch- und Wahlrechte stärken“.

95 Bündnis90/Die Grünen im Deutschen Bundestag (Hg.): *Leben ohne Barrieren!? Fünf Jahre Behindertengleichstellungsgesetz (BGG). Was hat es gebracht? Wo wollen wir hin?* Dokumentation der Anhörung vom 23. April 2007 in Berlin.

96 Diese Maßnahmen sind übrigens abzugrenzen von den auf die Allgemeinheit bezogenen Maßnahmen der Barrierefreiheit (accessibility) nach Art. 9 BRK. Vgl. Degener, Theresia (2008): „Zur Erforderlichkeit der Ausdifferenzierung des Diskriminierungsverbots“. In: Klein, Eckart/Menke, Christoph (Hg.): *Universalität – Schutzmechanismen – Diskriminierungsverbote*, Menschenrechtszentrums der Universität Potsdam Band 30, Berlin: BWW, S. 373–395 (384).

97 Waddington, Lisa (2007): Chapter 6: Reasonable Accommodations. In: Schiek, Dagmar/ Waddington, Lisa / Bell, Marc (eds.): *Cases, Materials and Text on National, Supranational and International Non-Discrimination Law*, Oxford: Hart Publishing.

98 Dieses Umsetzungsdefizit wird auch von Dagmar Schiek bemängelt, dies. AGG § 3 Rn.79.

98BAG vom 3.4.2007 – 9 ARZ 823/06.

99 Mrozynski, Peter: *Rehabilitationsrecht*, München: C.H. Beck, 3. Aufl. 1992, S. 175 Rn. 639.

100 Vgl. dazu Degener, Theresia, et al.: *Antidiskriminierungsrecht*, Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, 2007, S. 94 ff.

101 Eine sehr detaillierte Übersicht liefert Waddington, Lisa (2007): Chapter 6: Reasonable Accommodations. In: Schiek, Dagmar/ Waddington, Lisa / Bell, Marc (eds.): *Cases, Materials and Text on National, Supranational and International Non-Discrimination Law*, Oxford: Hart Publishing.

102 Degener, Theresia: *Antidiskriminierungsrechte für Behinderte: Ein globaler Überblick*. In: *ZaöRV* 65 (2005), S. 887–935.

zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf vom 27. November 2000¹⁰³ (EU-Gleichheits-Richtlinie Beschäftigung und Beruf) diese Form der Behindertendiskriminierung kennt und verbietet, lässt sich resümieren, dass eine Reform des Begriffs der Behindertendiskriminierung im deutschen Recht sowohl nach der BRK als auch nach europäischem Recht erforderlich erscheint.

Fraglich ist auch, ob die gegenwärtigen gesetzlichen Grundlagen der Behindertenstatistik im Hinblick auf Art. 31 BRK überarbeitet werden sollten. Danach sind die Mitgliedsstaaten verpflichtet, geeignete Informationen, einschließlich statistischer Angaben und Forschungsdaten zu sammeln, die ihnen ermöglichen, Maßnahmen zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen, zu sammeln (Art. 31 Abs. 1 BRK). Die Daten müssen, soweit erforderlich, disaggregiert werden (Art. 31 Abs. 2 BRK) und für behinderte Menschen und andere zugänglich sein (Art. 31 Abs. 3 BRK). Angesichts des Befundes, dass statistische Daten bislang überwiegend in Bezug auf Schwerbehinderte und in Bezug auf Schadensbilder vorliegen,¹⁰⁴ sowie angesichts der Kritik an der mangelnden geschlechtsspezifischen Datenlage¹⁰⁵ sollte dieser Bereich bei der Implementierung der BRK ebenfalls gesetzgeberisch überdacht werden.

2. Behinderte Frauen

Hinsichtlich des Themenfeldes behinderte Frauen stellt sich zunächst mit Blick auf Art. 6 BRK die Frage, ob nach der deutschen Rechtslage behinderte Frauen vor Mehrfachdiskriminierung geschützt sind und ob die Bundesregierung Programme des Empowerments speziell für behinderte Frauen aufgelegt hat oder plant aufzulegen. Das AGG schützt gemäß § 4 auch vor Mehrfachdiskriminierung, so dass behinderte Frauen im Schutzbereich des AGG – also in Teilen des zivilrechtlichen Schuldrechts und im Arbeitsrecht – vor mehrfacher Diskriminierung geschützt sind. Im BGG und im SGB IX sind Normen zu finden, die auf die besondere Bedarfslage behinderter Frauen hinweisen und die Berücksichtigung ihrer Interessen vorschreiben,¹⁰⁶ sie gewähren jedoch keinen expliziten Schutz vor Mehrfachdiskriminierung. Die Umsetzung dieser Normen in der Praxis gestaltet sich zudem als extrem schwierig.¹⁰⁷ Die

Mehrfachdiskriminierung behinderter Frauen sollte daher bei der Umsetzung der BRK auch legislativ überdacht werden und aktuelle Forschungsergebnisse mit einbeziehen.¹⁰⁸

Gesetzlicher Handlungsbedarf dürfte außerdem im Hinblick auf das Thema Elternassistenz bestehen. Behinderte Mütter und Schwangere erhalten keine Unterstützung, die ihren behinderungsbedingten Bedürfnissen Rechnung trägt. Während erwerbstätige Menschen mit Behinderung einen Rechtsanspruch auf Arbeitsassistenz haben und ihr Arbeitsplatz mit öffentlichen Geldern ihren Bedürfnissen entsprechend gestaltet wird, erhalten nicht erwerbstätige behinderte Mütter keinerlei Unterstützungen. Sie bekommen keine Elternassistenz, keine Zuschüsse zu einem Autokauf oder -umbau und Hilfsmittel (wie Wickeltische etc.), die ihren Bedürfnissen angepasst sind, müssen sie selber bezahlen. Auch besondere Bedürfnisse während Schwangerschaft und Wochenbett werden durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht abgedeckt. Leistungen der Pflegeversicherung können nur für Pflegeleistungen an der pflegebedürftigen Person selbst verwendet werden. In der sozialwissenschaftlichen Forschung wird kritisiert, dass insbesondere bei Eltern mit seelischen und intellektuellen Beeinträchtigungen das Jugendamt oft als „Wegnehm-Amt“ in Erscheinung tritt, ohne zuvor hinreichend präventive Hilfsangebote gemacht zu haben.¹⁰⁹

Schon lange formulieren behinderte Frauen die Forderung, dass behinderte Menschen in der Familienarbeit dieselben Unterstützungen erhalten müssen wie behinderte Menschen in der Erwerbsarbeit. Diese Forderung wird insbesondere durch die Netzwerke behinderter Frauen, den „Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern – bbe e.V.“ sowie die unabhängigen Behindertenorganisationen unterstützt. Von 2005 bis 2006 führte das Netzwerk behinderter Frauen Berlin e.V., unterstützt von drei Bundesverbänden, die Kampagne „Recht auf Elternassistenz“¹¹⁰ durch. Im Rahmen dieser Kampagne wurde eine Rechtsexpertise zu der Frage der gesetzlichen Verankerung eines Rechtsanspruchs auf Elternassistenz erarbeitet. Danach sind Änderungen im SGB VIII sowie im SGB IX notwendig, um den be-

Menschen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales. Dortmund: Sozialforschungsstelle Dortmund, 2004.

103 Zinsmeister, Julia: Mehrdimensionale Diskriminierung. Das Recht behinderter Frauen auf Gleichberechtigung und seine Gewährleistung durch Art. 3 GG und das einfache Recht, Baden-Baden: Nomos, 2007.

104 Wagenblass, Sabine / Schöne, Reinhold: Unbekannte Welten – Die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Eltern als betroffene Angehörige. In: ISA (Hg): ISA Jahrbuch zur sozialen Arbeit, Münster 2001, S. 128–138. Zur Situation und zum Bedarf behinderter Eltern insgesamt, vgl. Hermes, Gisela: Krücken, Babys und Barrieren. Behinderte Eltern in der Bundesrepublik, Kassel: bifos, 1998; dies.: Behinderung und Elternschaft leben – kein Widerspruch, Neu-Ulm: AG Spak, 2004; Pixa-Kettner, Ursula/ Bargfrede, Melanie/ Blanken, Ingrid: „Dann waren sie sauer auf mich, dass ich das Kind haben wollte...“ Eine Untersuchung zur Lebenssituation geistig behinderter Menschen mit Kindern in der BRD, Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Baden-Baden: Nomos, 1996.

109 Näheres zur Kampagne sowie das Rechtsgutachten sind zu finden unter www.elternassistenz.de (aufgerufen am 4. Oktober 2007).

103 Abl. 2000 L 180/22. Die Richtlinien sind ab 1998 online zu finden unter <http://eur-lex.europa.eu/JOIndex.do?ihmlang=de> (zuletzt besucht 20. Mai 2007).

104 Vgl. dazu Heiden, Hans-Günter (Hg.): „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“, Reinbek:rororo-aktuell, 1996, S. 21.

105 Für viele Arnade, Sigrid: Einmischen mitmischen: Informationsbroschüre für behinderte Mädchen und Frauen (Hg.: BMFSFJ), Berlin 2007.

106 § 2 BGG, § 1 S.2 SGB IX, § 9 Abs. 1 SGB IX, u. a.

107 Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen (Hg.): Leben ohne Barrieren!? Fünf Jahre Behindertengleichstellungsgesetz (BGG). Dokumentation der Anhörung vom 23.4.07, Berlin 2007, S. 25 ff; Schön, Elke/Richter-Witzgall, Gudrun/Klein, Birgit: Berufliche Teilhabe am Arbeitsleben von Frauen mit (unterschiedlichen) Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung von Frauen mit Betreuungspflichten. Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter

troffenen Eltern die Durchsetzung des Anspruchs auf die notwendige Assistenz zu erleichtern. Die Rechtsgutachterin Julia Zinsmeister schlägt insbesondere die Einfügung einer klarstellenden Formulierung in § 55 SGB IX (Eingliederungshilfe) vor. Danach soll als Eingliederungshilfe auch der notwendige Assistenz- und Unterstützungsbedarf behinderter Eltern – notfalls als Komplexleistung mit der Jugendhilfe – gelten.¹¹¹ Außerdem wird vorgeschlagen, in § 10 Abs. 4 SGB VIII einen Satz einzufügen, der klarstellt, dass der behinderungsbedingte Bedarf von behinderten und von Behinderung bedrohten Eltern an Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe als Komplexleistung gemeinsam mit der Eingliederungshilfe der Eltern erbracht werden soll.¹¹² Eine Verbesserung der sozialrechtlichen Ansprüche behinderter Eltern würde auch der jüngeren Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte gerecht werden. Dieser hatte im Februar 2002 entschieden, dass die Sorgerechtsentziehung und die Trennung der Kinder von ihren behinderten Eltern einen Verstoß gegen Art. 8 EMRK darstellen, wenn keine hinreichenden Unterstützungsmaßnahmen für die Eltern angeboten werden.¹¹³ Da die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen in § 55 SGB IX sowie in § 10 Abs. 4 SGB VIII lediglich klarstellenden Charakter hätten und keine neuen Leistungen darstellen würden, würde Art. 85 Abs. 1 S. 2 GG damit nicht verletzt. Der durch die Föderalismusreform eingeführte Haushaltsschutz der Kommunen wäre damit nicht tangiert. Hieraus könnte die o. g. gesetzliche Reform begründet werden.

Fraglich ist, ob das Recht auf geschlechtsspezifische Pflege gestärkt werden sollte.¹¹⁴

Die Pflegestatistik 2005¹¹⁵ zeigt, dass 67,6 % aller 2,13 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland Frauen sind. Bei den pflegebedürftigen Menschen im Heim liegt der Frauenanteil sogar bei 77 %. Das bedeutet zum einen, dass Frauen, die pflegebedürftig werden, mit größerer Wahrscheinlichkeit ins Heim kommen als pflegebedürftige Männer. Zum anderen bedeutet es, dass Frauen von den kürzlich durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. erneut festgestellten Pflegemängeln¹¹⁶ in besonderem Maße betroffen sind.

111 Zinsmeister, Julia: Staatliche Unterstützung behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrags. Rechtsgutachten im Auftrag des Netzwerks behinderter Frauen Berlin e.V. mit Unterstützung der Aktion Mensch, Nürnberg, Köln Februar 2006 (im Folgenden: Staatliche Unterstützung behinderter Mütter und Väter), S. 25.

112 Dies.: Staatliche Unterstützung behinderter Mütter und Väter, S. 25.

113 Kutzner v. Germany, decision of 26 February 2002, (application no 4654499) European Court of Human Rights Portal <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=Kutzner%20%7C%20germany&sessionid=3581564&skin=hudoc-en> (aufgerufen am 15. September 2007).

114 Vgl. C. II. 4.

115 Statistisches Bundesamt: Bericht: Pflegestatistik 2005 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2007.

116 MDS: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzen-

Behinderte Menschen, die Assistenz brauchen, werden in Deutschland schnell auf Heime verwiesen. Diejenigen, denen es gelingt, mit hohem Assistenzbedarf ein selbstbestimmtes Leben zu Hause zu führen, haben oft lange dafür kämpfen müssen. Und immer noch werden gegen die Proteste der Betroffenen neue Heime für behinderte Menschen gebaut. Inspiriert durch die Beispiele Schweden und Norwegen, wo seit einigen Jahrzehnten konsequent Heimplätze abgebaut werden, führte das „Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen – FORSEA e.V.“ die Kampagne „Marsch aus den Institutionen – Reißt die Mauern nieder!“¹¹⁷ durch, die inzwischen als „Bundesinitiative Daheim statt Heim“¹¹⁸ unter der Federführung der behindertenpolitischen Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion Sylvia Schmidt fortgeführt wird. Da Heimbewohner/-innen mehrheitlich weiblich sind, hat dieses Thema eine besondere Relevanz für behinderte Frauen. Schon seit geraumer Zeit fordern behinderte Frauen, ihre Assistenzpersonen selber wählen zu können. Zumindest wollen sie bestimmen können, ob ihnen ein Mann oder eine Frau assistiert. Insbesondere wenn Frauen auf Assistenz bei der Intimpflege angewiesen sind, würde solch ein Wahlrecht ihre Würde schützen und sexualisierter Gewalt vorbeugen, so die Argumentation.

In dem durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz¹¹⁹ reformierten Sozialgesetzbuch XI heißt es zwar seit dem 01. Januar 2009, dass Wünsche der pflegebedürftigen Person nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden haben (§ 1 Abs. 4a und § 2 Abs. 2 SGB XI), doch stellt diese schwache Formulierung einen Rückschritt gegenüber der bis dahin gültigen Regelung (Wunsch- und Wahlrecht, § 9 Abs. 1 SGB IX) dar, weil das Wunschrecht stark relativiert wird.¹²⁰

Die BRK enthält keinen Artikel, der ausdrücklich ein Menschenrecht auf persönliche geschlechtsspezifische Assistenz garantiert. Ein entsprechender legislativer Handlungsauftrag könnte sich jedoch aus Art. 6 Abs. 2 i.V.m. Art. 16 Abs. 2 i.V.m. Art. 17 i.V.m. Art. 19 Abs. b) BRK ergeben. Art. 19 BRK (Unabhängige Lebensführung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) garantiert die Wahlfreiheit behinderter Menschen, außerhalb von Heimen und anderen stationären Einrichtungen zu leben. Er verpflichtet die Mitgliedsstaaten, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um „*behinderten Menschen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Teilhabe und Teilnahme an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie insbesondere dafür sorgen, dass (...) b) behinderte Menschen Zugang zu einer Reihe*

verbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI, Köln:Asmuth Druck + Crossmedia, 2007.

117

www.forsea.de/projekte/2004_marsch/marsch_start.shtml (aufgerufen am 4. Oktober 2007).

118 www.bundesinitiative-daheim-statt-heim.de (aufgerufen am 4. Oktober 2007).

119 Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes – PFWG vom 10. September 2007 BGBl. I, vom 30. Mai 2008, S. 874.

120 So auch die Ansicht des Sozialverbandes Deutschland e.V. (SoVD), Pressemitteilung vom 3. Oktober 2007 unter www.sovd.de/1178.0.html (aufgerufen am 4. Oktober 2007).

von häuslichen (...) Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz (...).“ Gem. Art. 16 Abs. 2 BRK (Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch) sind die Vertragsstaaten verpflichtet, geeignete Maßnahmen zur Prävention von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu treffen, „indem sie unter anderem geeignete Formen geschlechtsspezifischer und altersgemäßer Hilfe und Unterstützung für behinderte Menschen (...) gewährleisten.“ Art. 17 BRK (Schutz der Unversehrtheit der Person) garantiert das Recht auf körperliche und geistige Integrität. Art. 6 Abs. 2 BRK (Behinderte Frauen) verpflichtet die Mitgliedsstaaten, „alle geeigneten Maßnahmen zur Sicherung der vollen Entfaltung, Förderung und Ermächtigung der Frauen“ zu treffen, „damit gewährleistet wird, dass sie die in diesem Übereinkommen genannten Menschenrechte und Grundfreiheiten ausüben und genießen können.“ Aus der Zusammenschau dieser Rechte ließe sich argumentieren, dass eine fehlende Wahlfreiheit in Bezug auf geschlechtsspezifische Assistenzleistungen behinderten Frauen ein Leben innerhalb der Gemeinschaft erschwert. Der faktische Zwang, Assistenzleistung auch im Intimbereich durch Personen des anderen Geschlechts wider Willen ertragen zu müssen, könnte als ein Eingriff in die körperliche und geistige Integrität gesehen werden. Dies gilt selbstverständlich auch für behinderte Männer, Frauen stellen jedoch wegen ihrer höheren Lebenserwartung die größere Gruppe der Pflegebedürftigen, jedenfalls in der Altenpflege, dar. Bei behinderten Frauen ist zudem zu bedenken, dass sie häufiger durch sexualisierte Gewalt bedroht sind, und diese eben auch im Rahmen der Pflege/Assistenz stattfinden kann. Die Wahl ausschließlich weiblicher Assistenzkräfte kann damit auch als mögliche Präventionsmaßnahme gegen Gewalt und Missbrauch betrachtet werden. Ein entsprechender Rechtsanspruch ergibt sich im Bereich der häuslichen und stationären Pflege nach Auffassung von Gerhard Igl und Sybille Dünnes im Übrigen bereits aus der verfassungskonformen Auslegung des nationalen Rechts.¹²¹ In ihrem bereits 2002 erstellten Rechtsgutachten über das Recht auf Pflegekräfte des eigenen Geschlechts empfehlen auch sie eine entsprechende legislative Klarstellung im SGB XI.

Außerdem könnte sich bei der Implementierung der BRK im Themenfeld „behinderte Frauen“ weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf hinsichtlich des Schutzes vor Gewalt in stationären und ambulanten Einrichtungen der Behindertenhilfe ergeben.

Nach UN-Angaben sind behinderte Frauen doppelt so häufig von sexualisierter Gewalt betroffen wie nicht behinderte Frauen.¹²² Mädchen und Frauen mit Behinderungen sind in besonderem Maße von physischer und psychischer und dabei auch von sexualisierter Gewalt und Ausbeutung betroffen. Diese Erkenntnis wurde zunächst durch Untersu-

chungen im englischsprachigen Raum belegt.¹²³ Besonders betroffen von sexualisierter Gewalt sind danach Frauen mit Kommunikationsbeeinträchtigungen durch geistige Behinderungen oder Gehörlosigkeit sowie behinderte Frauen, die aufgrund von Pflege- oder Betreuungsbedürftigkeit in besonderen Abhängigkeitsverhältnissen leben. Weder Familie noch Einrichtungen der Behindertenhilfe sind Schonräume vor sexualisierter Gewalt, da sich die Täter häufig aus dem Verwandten- oder professionellen Helferkreis rekrutieren. Im deutschsprachigen Raum wurde das Thema zwar bereits in den achtziger Jahren durch vereinzelte Veröffentlichungen aufgegriffen¹²⁴, erste empirische Erhebungen und wissenschaftliche Abhandlungen erfolgten jedoch erst Mitte der neunziger Jahre. Eine bundesweite Erhebung über sexualisierte Gewalt in stationären Einrichtungen offenbarte, dass in der Hälfte der beforschten Einrichtungen Fälle sexualisierter Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung bekannt waren.¹²⁵ In einer 1996 veröffentlichten österreichischen Studie gaben rund 64 % der befragten Mädchen und Frauen mit Behinderungen an, einmal oder mehrmals in ihrem Leben sexualisierte Gewalt erfahren zu haben.¹²⁶ Eine 1998 veröffentlichte Studie in Wohneinrichtungen der Berliner Behindertenhilfe bestätigte diese Ergebnisse. Jede vierte bis dritte Bewohnerin in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen war von sexualisierter Gewalt betroffen.¹²⁷ Eine umfassende Statistik und Untersuchung über die Betroffenheitsrate behinderter Frauen steht in Deutschland jedoch noch aus.

Lange protestierten behinderte Frauen und ihre Interessenvertretungen gegen den mangelhaften

123 Vgl. Crossmaker, Maureen (1991): Behind locked doors. In: Sexuality and disability, Vol. 9, S. 201–219; Stimpson, Liz / Best, Margaret (1991): Courage above all. Sexual assault against women with disabilities, Toronto: Dawn Canada; Senn Y. Charlene (1993): Gegen jedes Recht. Sexueller Missbrauch und geistige Behinderung, Berlin: Donna Vita; Sobsey, Dick (1994): Violence and abuse in the lives of people with disabilities. The end of silent acceptance? Baltimore: Brookes.

124 Vgl. Daniels, Susanne von u. a. (Hg.): Krüppel-Tribunal. Menschenrechtsverletzungen im Sozialstaat. Köln: Pahl-Rugenstein Verlag, 1983; Ewinkel, Carola/Hermes, Gisela: Geschlecht: Behindert. Besonderes Merkmal: Frau – Ein Buch von behinderten Frauen, München: AG SPAK, 1985; Degener, Theresia: Opfer – wehrlos in jeder Hinsicht. In: pro familia magazin Heft 1, 1990, S. 3–5; Degener, Theresia: „Das glaubt mir doch sowieso keiner“. Behinderte Frauen berichten. In: Jansen, Doris (Hg.): Sexuelle Gewalt: Die allgegenwärtige Menschenrechtsverletzung, Frankfurt/Main: Zweitausendundeins, 1991, S. 219–222; Degener, Theresia: Benachteiligung behinderter Frauen. In: Frauen und Gesundheit, Heft 26/ 1996, S. 34–38.

125 Vgl. Noack, Cornelia /Schmid, Hanna: Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung. Eine verleugnete Realität. Ergebnisse und Fakten einer bundesweiten Befragung. Esslingen: FSH 1994.

126 Vgl. Pircher Erika/Zemp, Aiha: Weil das alles weh tut mit Gewalt. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Frauenangelegenheiten, Wien 1996.

127 Vgl. Klein, Susanne / Wawrok, Silke: Abschlussbericht des Forschungsprojektes: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Die Sicht der Betroffenen. Analyse bestehender institutioneller Hilfsmöglichkeiten und eine bedarfsorientierte Versorgungsplanung, Berlin: Humboldt-Universität, 1998.

121

www.bmfsfj.de/Politikbereiche/gleichstellung,did=6188.html (aufgerufen am 4. Oktober 2007).

122 International Disability Foundation: The World Disability Report - Disability '99, Genf 1998.

strafrechtlichen Schutz gegen sexualisierte Gewalt, der dazu führte, dass Gewalttäter, die sich an behinderten Opfern vergriffen, öfter frei gesprochen wurden. In den 1990er Jahren und Anfang des neuen Millenniums wurden einige strafrechtliche Lücken geschlossen und die Rechtsstellung der Opfer verbessert.¹²⁸ Auch wurde mit § 44 Abs. 1 Ziff. 3 SGB IX (Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins) eine neue Leistung in den Katalog des Rehabilitationsports aufgenommen, der u. a. auch der Prävention von Gewalt dienen soll. Mit verschiedenen Projekten, die vom BMFSFJ gefördert wurden, wurde das Problem der Gewalt gegen behinderte Frauen in den letzten Jahren verstärkt in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit thematisiert.¹²⁹ Trotz der erzielten Fortschritte wird von Expertenseite noch (legislativer) Handlungsbedarf angemeldet. Dieser betrifft insbesondere den Schutz behinderter Frauen und Mädchen in Einrichtungen der Behindertenhilfe, die Verbesserung der Rechtsstellung der Verletzten im Strafverfahren und die Verbesserung des Angebots der Hilfen zur Heilung und Rehabilitation der Verletzten.¹³⁰

So wurde etwa vorgeschlagen, das Recht auf gleichgeschlechtliche Pflege in § 33 SGB I aufzunehmen und § 10 SGB I sollte um den Schutz vor sexueller Gewalt als Zielaufgabe ergänzt werden. Ein entsprechender Handlungsauftrag kann aus Art. 6 und Art. 16 BRK abgeleitet werden, wonach die Staaten verpflichtet sind, behinderte Frauen vor Mehrfachdiskriminierungen zu schützen¹³¹ (Art. 6 Abs. 1 BRK) und behinderte Menschen insbesondere im Rahmen der Behindertenhilfe durch stationäre und ambulante Einrichtungen zu schützen (Art. 16 BRK).

3. Behinderte Kinder

Im Themenfeld „behinderte Kinder“ könnte sich Handlungsbedarf im Hinblick auf die Kindertagesstätten- und Schulgesetze der Länder ergeben.

In § 4 Abs. 3 und § 19 Abs. 3 SGB IX ist geregelt, dass Leistungen zur Teilhabe so zu planen und gestalten sind, dass behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder nach Möglichkeit *„[...] nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kinder betreut werden können.“* (§

4 Abs. 3 SGB IX). Dies gilt auch für die Vorschulziehung. Dazu stellte die Bundesregierung 2004 fest: *„Die Chancen für eine erfolgreiche integrative Förderung sind im Kinderkrippen- und Kindergartenalter besonders groß, weil hier Vorurteile und Scheu noch wenig entwickelt sind und die Kinder unbefangener aufeinander zugehen.“*¹³² Diese Ansicht scheint breiter gesellschaftlicher Konsens zu sein, denn von rund 48.500 Plätzen für behinderte Kinder in Tageseinrichtungen (Krippe, Kindergarten, Hort) sind 80 % in integrativen Tageseinrichtungen angesiedelt. Insgesamt gibt es in der Bundesrepublik noch 299 Sonder-Tageseinrichtungen nur für behinderte Kinder – diese Anzahl hat sich nach Angaben der Bundesregierung gegenüber 1994 mit 557 Einrichtungen nahezu halbiert.¹³³ Die meisten landesrechtlichen Kindertagesstättengesetze sehen die integrative Betreuung behinderter und nichtbehinderter Kinder als Zielbestimmung oder als Soll-Bestimmung vor, enthalten jedoch keinen subjektiv-rechtlichen Anspruch eines jeden behinderten Kindes auf Aufnahme in den Regelkindergarten.¹³⁴ Ausnahmen stellen die Länder Berlin, Hamburg und Schleswig-Holstein dar. Deren Landesgesetze enthalten explizite oder implizite Verbote, behinderte Kinder wegen ihrer Behinderung abzulehnen.¹³⁵ Das Berliner KitaFöG von 2005 enthält neben dem Diskriminierungsverbot ausführliche Verfahrensbestimmungen hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Trägern der Kindertageseinrichtung und Trägern der Sozial- und Jugendhilfe, soweit Eingliederungshilfemaßnahmen nach SGB XII oder SGB VIII erforderlich sind.¹³⁶ Die Landesgesetze über Kindertageseinrichtungen in Brandenburg, Niedersachsen, Sachsen und Sachsen-Anhalt enthalten zwar auch für behinderte Kinder einen subjektiven Aufnahmeanspruch in Regeleinrichtungen, begrenzen diesen jedoch durch den Vorbehalt der ausreichenden möglichen Förderung in dieser Einrichtung. Ansonsten wird der Anspruch auf die Aufnahme in eine Sondereinrichtung begrenzt.¹³⁷ Das Bundesverfassungsgericht hat diese gesetzlichen Regelungen unter Berufung auf sein

132 Deutscher Bundestag (Hg.): Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. BT-Drs 15/4575, Berlin 2004, S. 60.

133 Deutscher Bundestag (Hg.): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – Zwölfter Kinder- und Jugendbericht, BT-Drs 15/6014, Berlin 2005, S. 192.

134 So Baden Württemberg § 2 KitaG 2006 GBl. 2006, 30, Bayern Art. 11 KiBiG 2005 GVBl. S. 236 i.d.F. 2006 GVBl. S. 942, Hessen § 1 HKJGB 2006 GVBl. I S. 698, Mecklenburg-Vorpommern § 1 KiFöG MV 2004 GVOBl. M-V S. 395 i.d.F. 2004 GVOBl. M-V S. 536, Saarland § 5 Gesetz zur Förderung von Kinderkrippen und Kinderhorten 1989 Amtsbl. 1990 S. 133 i.d.F. 2006 Amtsbl. S. 2046 und Thüringen § 7 ThürKitaG 2005 GVBl. S. 371 in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Februar 2006 GVBl. S. 51.

135 Berlin § 6 KitaFöG 2005 GVBl. S. 322, Hamburg § 6 KibeG 2004 HmbGVBl. S. 211 i.d.F. 2004 HmbGVBl. S. 395, Schleswig – Holstein § 12 KitaG 1991 GVOBl. 1991, S. 651 i.d.F. 2006, GVOBl. S. 346.

136 Vgl. § 6 Berlin KitaFöG 2005.

137 Brandenburg § 12 KitaG 2005 GVBl.I/04, [Nr. 16], S.384, i.d.F. 2007 GVBl.I/07, [Nr. 09], S.110, Niedersachsen § 12 KitaG 2002 Nds. GVBl. S. 57 i.d.F. 2007 Nds. GVBl. S. 300, Sachsen § 19 SächsKitaG 2005 SächsGVBl. S. 309, 312, Sachsen-Anhalt § 8 KiFöG 2003 GVBl. LSA 2003 S. 48.

128 Degener, Theresia: Juristische Entwicklungsschritte – Vom Tabu zur Selbstbestimmung für behinderte Menschen? In: "Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie", Heft 8/02, S. 598–609; Zinsmeister, Julia (Hg.): Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen und das Recht, Opladen: Leske + Budrich, 2003.

129 Einige sind genannt unter: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Politikbereiche/gleichstellung.did=88294.html> (aufgerufen 18. Oktober 2007).

130 Vgl. die Vorschläge vom Potsdamer Rechtssymposium vom 14.–15. September 2001, abgedruckt in: Zinsmeister, Julia (Hg.): Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen und das Recht, Opladen: Leske + Budrich, 2003, S. 255–258.

131 Und dass sexuelle Gewalt eine Form der Diskriminierung der Frau darstellt, hat der CEDAW-Ausschuss klargestellt: General Recommendation No 19 (1992) <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom19> (aufgerufen am 15. September 2007); Vgl. auch Quinn, Gerard / Degener, Theresia, et.al. (2002): Human Rights and Disability. The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability. New York and Geneva: United Nations, S. 103 ff.

Sonderschulurteil aus dem Jahre 1997 für verfassungsgemäß erklärt.¹³⁸ Danach ist § 12 Abs. 2 des Niedersächsischen Kindertagesstättengesetzes, der den Anspruch wesentlich behinderter Kinder auf einen Platz in einer Sondereinrichtung begrenzt, verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Das Gericht führt dazu aus: „Mit Rücksicht auf Art. 6 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG ist der Staat grundsätzlich gehalten, für behinderte Kinder Einrichtungen bereitzuhalten, die auch ihnen eine sachgerechte Erziehung, Bildung und Ausbildung ermöglichen. Danach wäre ein genereller Ausschluss der Möglichkeit einer gemeinsamen Erziehung von behinderten Kindern mit nichtbehinderten Kindern nicht zu rechtfertigen (vgl. – in Bezug auf die schulische Erziehung – BVerfGE 96, 288 <304>). Es ist allerdings von Verfassung wegen nicht zu beanstanden, dass der Staat die zielgleiche wie die zieldifferente integrative Erziehung unter den Vorbehalt des organisatorisch, personell und von den sächlichen Voraussetzungen her Möglichen stellt (vgl. BVerfGE 96, 288 <305>).“¹³⁹ Auch die pauschalierende Annahme, alle wesentlich behinderten Kinder – und damit z. B. alle gehörlosen, blinden oder Rollstuhl nutzenden Kinder¹⁴⁰ – seien sondereinrichtungsbedürftig, wird vom Gericht als unproblematisch gesehen: „Die dabei getroffene, typisierende Annahme des Gesetzgebers, dass Kinder mit wesentlichen Behinderungen insoweit keinen Anspruch auf einen Platz in einem Regelkindergarten haben, sondern eine Hilfe in einer teilstationären Einrichtung benötigen, ist nachvollziehbar. Soweit die Beschwerdeführerinnen in diesem Zusammenhang eine Verletzung ihrer Rechte aus Art. 3 Abs. 3 GG und Art. 1 Abs. 1 GG rügen, weil der Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz im Sinne des § 24 SGB VIII für behinderte Kinder von vorneherein nur auf die Form einer teilstationären Einrichtung reduziert werde, trifft dies nicht zu, weil der Begriff der „wesentlichen“ Beeinträchtigung Wertungsspielräume für eine verfassungsgemäße Auslegung zulässt. Für den Fall, dass die Behinderung der Kinder ihrer Eigenart nach einer Aufnahme in einem Regelkindergarten nicht entgegensteht, kann die Vorschrift dahingehend ausgelegt werden, dass die Behinderung nur unwesentlich im Sinne des § 12 Abs. 2 Kindertagesstättengesetz ist. Hierfür spricht auch der Umstand, dass § 53 Abs. 1 SGB XII, dessen Voraussetzungen für einen Anspruch auf einen Platz in einer teilstationären Einrichtung nach § 12 Abs. 2 Kindertagesstättengesetz vorliegen müssen, Behinderten einen Anspruch auf Eingliederungshilfe zuerkennt, wenn sie in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, wesentlich eingeschränkt sind. Insofern entfällt der Anspruch auf einen Regelkindergartenplatz aus § 24 SGB VIII in Verbindung mit § 12 Abs. 1 Kindertagesstättengesetz durch § 12 Abs. 2 Kindertagesstättengesetz nur, wenn die betroffenen Kinder der Art ihrer Behinderung nach nicht fähig sind, ohne besondere Hilfe in einem Regelkindergarten an den dort vorhandenen Betreuungsmöglichkeiten

teilzuhaben. In diesem Fall ist es auch unter Kindeswohlgesichtspunkten verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn die behinderten Kinder auf einen Platz in einer integrierten Gruppe nach § 3 Abs. 6 Kindertagesstättengesetz, sofern dieser vorhanden ist, oder in eine teilstationäre Einrichtung gemäß § 12 Abs. 2 Kindertagesstättengesetz verwiesen werden.“¹⁴¹

Wenn man die deutschen Kindergärten als Bildungseinrichtungen versteht, dann ist diese Rechtsprechung mit Art. 24 BRK (Bildung) i.V.m. Art. 7 BRK (Kinder) nicht vereinbar. Das Recht auf inklusive Bildung im Sinne der BRK kann nicht als Recht auf Integration unter dem Vorbehalt der Assimilation an die für nichtbehinderte Kinder geschaffenen Strukturen interpretiert werden. Vielmehr geht die BRK davon aus, dass die Staaten verpflichtet sind, ein barrierefreies Bildungssystem zu schaffen, das den individuellen Bedürfnissen eines jeden Kindes gerecht wird. Das Urteil ist zudem ein deutlicher Beleg für die medizinische Sichtweise des Ersten Senats auf Behinderung, wenn aufgrund einer medizinischen Diagnose (Glasknochen) auf die Integrationsfähigkeit der betroffenen Kinder geschlossen wird.

Auch die deutsche Schulbildung ist durch Sondereinrichtungen für behinderte Kinder gekennzeichnet.

Seit den 60er und 70er Jahren wurde in der alten Bundesrepublik ein differenziertes Sonderschulsystem mit Unterscheidungen nach den verschiedenen Behinderungsarten aufgebaut. Man war davon überzeugt, behinderte Kinder auf diese Weise am besten fördern zu können. Damals bedeutete das Sonderschulwesen einen enormen Fortschritt, weil behinderte Kinder nicht mehr weggesperrt, sondern gezielt gefördert wurden. In der DDR galten Kinder mit sogenannten geistigen Behinderungen oder schweren Mehrfachbehinderungen bis zur Wende als „schulbildungsunfähig“, wurden gar nicht vom Bildungssystem betreut und lebten oft in Heimen oder Krankenhäusern. So stellte die Einrichtung von Sonderschulen nach der Vereinigung zunächst einen Fortschritt dar und wurde von vielen Eltern begrüßt.

Etwa seit Mitte der 70er Jahre machten sich Eltern in der ehemaligen Bundesrepublik für die gemeinsame Erziehung von behinderten und nicht behinderten Kindern stark. Sie wollten nicht mehr, dass ihre Kinder in früher Jugend in einem wohnortfernen Internat untergebracht werden oder lange Beförderungszeiten zur nächsten Sonderschule hinnehmen müssen. Viele wissenschaftliche Untersuchungen haben inzwischen belegt, dass alle Kinder, die leicht behinderten, die schwerbehinderten und die nicht behinderten, von schulischer Integration profitieren.¹⁴² Belegt ist außerdem, dass sich der gemeinsame Unterricht zumindest kostenneutral realisieren

138 BVerfG, 1 BvR 91/06 vom 10.2.2006 zitiert nach http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20060210_1bvr009106.html (aufgerufen am 3. November 2007).

139 BVerfG, 1 BvR 91/06 vom 10. Februar 2006, Abs. 10.

140 Vgl. § 1 Eingliederungshilfeverordnung.

141 BVerfG, 1 BvR 91/06 vom 10. Februar 2006, Abs. 12, 13.

142 Vgl. dazu u. a.: Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (Hg.), erstellt von: Heyer, Peter/Press-Lausitz, Ulf/Schöler, Jutta: Behinderte sind doch Kinder wie wir!? Gemeinsame Erziehung in einem neuen Bundesland, Berlin: Wissenschaft und Technik Verlag, 1997.

lässt, wenn man eine Gesamtrechnung aller anfallenden Kosten aufmacht.¹⁴³ Je bekannter die Vorteile des gemeinsamen Unterrichts für alle Beteiligten werden, desto mehr Eltern wünschen sich, dass ihre behinderten Kinder gemeinsam mit den Nachbarkindern die örtliche Regelschule besuchen. 1985 schlossen sich Arbeitsgemeinschaften für gemeinsamen Unterricht zur Bundesarbeitsgemeinschaft „Gemeinsam leben – gemeinsam lernen“ zusammen, die sich im Jahr 2000 als Verein konstituierte.¹⁴⁴

Im Jahr 1994 veröffentlichte die UNESCO die „Salamanca-Erklärung“¹⁴⁵, die ein „neues Denken in der Pädagogik für besondere Bedürfnisse“ forderte. Im gleichen Jahr verabschiedete die Kultusministerkonferenz (KMK) ihre „Empfehlung zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen der Bundesrepublik Deutschland“, in der alle Länder vereinbarten, sonderpädagogische Förderung auch in allgemeinen Schulen durchzuführen.¹⁴⁶ Jedoch ist die Zahl der Schülerinnen und Schüler an Sonderschulen von 1995 bis 2002 „kontinuierlich angestiegen“, wie es in einem Bericht der KMK heißt.¹⁴⁷ Absolut gesehen, so der Bericht der KMK, gab es im Jahr 2003 etwa 492.700 Schülerinnen und Schüler mit sogenanntem „sonderpädagogischen Förderbedarf“, davon über die Hälfte im Förderbereich „Lernen“ (258.600). An allgemeinen Schulen wurden jedoch nur 63.369 Kinder unterrichtet, 429.325 Kinder besuchten eine Sonderschule.

Dazu stellt der 12. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung fest: „Obwohl im Beschluss der KMK ... integrative Modell in Regelschulen vorgesehen sind, bleiben sie zurzeit, insbesondere in den neuen Bundesländern, eher die Ausnahme“.¹⁴⁸ Die Situation in den Bundesländern ist aufgrund der föderalen Struktur sehr unterschiedlich: Am niedrigsten liegt die Quote des gemeinsamen Unterrichts in Sachsen-Anhalt mit unter drei Prozent, gefolgt von Niedersachsen mit weniger als vier Prozent. Die höchste Quote hat das Bundesland Bremen mit knapp 50 %. Fasst man die neuen Bundesländer zusammen, so lag die Quote dort bei etwa zehn Pro-

zent, in den alten Bundesländern bei 13,5 %, in Berlin bei fast 30 %.¹⁴⁹

Angesichts der Tatsache, dass etwa 80 % der Sonderschüler/-innen die Schule ohne qualifizierenden Abschluss verlassen, werden im „Zwölften Kinder- und Jugendbericht“ vom Oktober 2005 Zweifel an der Eignung des Sonderschulsystems geäußert.¹⁵⁰ Im neuen Bildungsbericht der Bundesregierung heißt es außerdem, dass es – wie im allgemein bildenden Schulwesen – sogenannte „soziale Disparitäten“ bei der Verteilung auf die Schularten in Deutschland gebe und dass Kinder aus Familien ungelerner Arbeiter ein „deutlich höheres Risiko“ haben, an eine Sonderschule zu kommen.¹⁵¹

Der UN-Sonderberichterstatte für das Recht auf Bildung, Vernor Muñoz, kritisiert, dass die Bildungsbehörden den Eltern behinderter Kinder wenig Spielraum lassen, die „gewünschte optimale Schulform zu wählen“. Muñoz unterscheidet deutlich den „problematischen Begriff“ der „Integration“ und stellt ihm den Begriff der „Inklusion/Einbeziehung“ gegenüber. Er kritisiert, dass er „keine rechtliche Perspektive im deutschen System entdecken konnte, die es ermöglicht, die Bildungspolitik zur Einbeziehung behinderter Menschen neu auszurichten“.¹⁵² Außerdem spricht er sich dafür aus, soziale Ungleichheiten zu überwinden, um gerechte Bildungsmöglichkeiten für jedes Kind herzustellen.

In seinem Sonderschulurteil von 1997 erklärte das Bundesverfassungsgericht das deutsche Sonderschulsystem für grundsätzlich verfassungsgemäß. Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG enthalte zwar für behinderte Schüler und Schülerinnen grundsätzlich den Anspruch auf integrative Beschulung aus Gründen der Gleichbehandlung. Dieser Anspruch sei jedoch unter den Vorbehalt des organisatorisch, personell und von den sachlichen Voraussetzungen her Möglichen gestellt.¹⁵³ Von Organisationen behinderter Menschen wurde kritisiert, dass das Gericht in seiner Entscheidung das Benachteiligungsverbot von Art. 3 GG damit generell einem „Kostenvorbehalt“ unterworfen habe.¹⁵⁴

Aktuelle Fälle belegen diese Befürchtung: Im Jahr 2007 verweigerten die Schulbehörden der Stadt

143 Preuss-Lausitz, Ulf: Kosten bei integrierter und separater sonderpädagogischer Unterrichtung. Eine vergleichende Analyse in den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Schleswig-Holstein. Forschungen der Max-Traeger-Stiftung, Frankfurt am Main, 2000.

144 Vgl. dazu www.gemeinsamleben-gemeinsamlernen.de (aufgerufen am 14. Oktober 2007).

145 UNESCO (Hg.): Die Salamanca Erklärung über Prinzipien, Politik und Praxis der Pädagogik für besondere Bedürfnisse, www.unesco.at/user/texte/salamanca.htm (aufgerufen am 15. Oktober 2007).

146 Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hg.): Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 6. Mai 1994.

147 Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hg.): Sonderpädagogische Förderung in Schulen 1994 bis 2003. Statistische Veröffentlichungen, Dokumentation Nr. 177. Kultusministerkonferenz, Bonn, 2005, S. XII.

148 Deutscher Bundestag: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder und Jugendhilfe in Deutschland – Zwölfter Kinder und Jugendbericht – BT-Drs 15/6014, Berlin 2005, S. 277.

149 Berechnungen von Sigrd Arnade nach dem Bericht der Kultusministerkonferenz: Sonderpädagogische Förderung in Schulen 1994 bis 2003. Statistische Veröffentlichungen, Dokumentation Nr. 177. Kultusministerkonferenz, Bonn 2005.

150 Deutscher Bundestag: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder und Jugendhilfe in Deutschland – Zwölfter Kinder und Jugendbericht – BT-Drs 15/6014, Berlin 2005, S. 277.

151 Deutscher Bundestag (Hg.): Nationaler Bildungsbericht 2006 – Bildung in Deutschland. Drucksache 16/4100 vom 10. Januar 2007, S. 52.

152 GEW-Arbeitsübersetzung „Umsetzung der UN-Resolution 60/251 ‘Rat für Menschenrechte’ vom 15. März 2006, Bericht vom Deutschlandbesuch 13.–21. Februar 2006, S. 2 + S. 19–21, nachzulesen unter www.gew.de/Deutsche_Schulpolitik_auf_dem_Pruefstand.html (aufgerufen am 14. Oktober 2007).

153 Vgl. BVerfGE 96, 288, 305.

154 Jürgens, Andreas: Sonderschulzuweisung – eine verfassungsrechtlich verbotene Benachteiligung? In: NETZWERK ARTIKEL 3 e.V. (Hg.): Schule ohne Aussonderung. Berlin o. J., S. 10.

Bergheim (NRW) die Kostenübernahme für Gebärdensprachdolmetscherinnen bei einer gehörlosen Schülerin, die auf der Regelschule unterrichtet werden möchte, mit dem Hinweis, dass sie ja auf die Sonderschule gehen könne.¹⁵⁵ Zu Beginn des neuen Schuljahres 2007 berichteten Eltern auf einer Pressekonzferenz in Wiesbaden, dass sie für ihre Kinder einen gemeinsamen Unterricht wünschen, von den staatlichen Schulämtern aber die Verweisung an eine Sonderschule erhalten.¹⁵⁶

Die Landesschulgesetze regeln das Bildungsrecht behinderter Schüler und Schülerinnen unterschiedlich. Während es in allen Bundesländern nach Behinderungsart differenzierte Sonderschulen für behinderte Schüler und Schülerinnen gibt, ist die Pflicht zum Besuch dieser separierenden Bildungseinrichtungen unterschiedlich ausgestaltet.¹⁵⁷ In keinem Bundesland muss ein behindertes Kind, das keinen sonderpädagogischen Förderbedarf hat, eine Sonderschule besuchen. Behinderte Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf haben umgekehrt aber auch in keinem Bundesland ein absolutes Recht auf Besuch der allgemeinen Schule. Das Recht der Eltern und des behinderten Kindes auf inklusive Bildung ist im Übrigen als einfacher oder gebundener Ermessensanspruch ausgestaltet. Die Bundesländer, die einen einfachen Ermessensanspruch auf integrative Bildung gewähren, haben die integrative Erziehung und Bildung als einfache Soll-Zielbestimmung ausgestaltet und stellen diese unter den Vorbehalt der räumlich, sachlich und personell angemessenen Ausstattung der allgemeinen Schulen.¹⁵⁸ Andere Schulgesetze, wie die der Bundesländer Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen und Rheinland-Pfalz gewähren einen qualifizierteren Integrationsanspruch, indem sie entweder ein explizites Benachteiligungsverbot und/oder Integrationsgebot enthalten¹⁵⁹ und/oder den Vorbehalt der angemessenen Ausstattung der allgemeinen Schule als Ausnahme ausgestaltet haben bzw. ihn

155 Vgl. <http://www.kestner.de/n/verschiedenes/presse/2007/xenja.htm> (aufgerufen am 14. Oktober 2007).

156 Vgl. www.kobinet-nachrichten.org Meldung vom 03. August 2007, „Rückschritte im gemeinsamen Unterricht“ (aufgerufen am 14. Oktober 2007).

157 Eine gute Übersicht bietet: Reichenbach, Peter: Der Anspruch behinderter Schülerinnen und Schüler auf Unterricht in der Regelschule, Berlin: Duncker & Humblot, 2001.

158 §15 Abs. 4 Baden-Württemb. SchulG von 1983 GBl. S. 397 ff. i.d.F. 2006 GBl. S. 378 f., § 34 Abs. 3,4 und § 35 Abs. 1, 2 Mecklenburg-Vorpommern SchulG von 2006 GVBl. Mecklenburg-Vorpommern 2006, S. 41 ff., i.d.F. 2006 GVBl. Mecklenburg-Vorpommern 2006, S. 539 ff., § 4 Niedersachsen SchG von 1998 Nds GVBl. S. 137 i.d.F. 2007 Nds GVBl. S. 339, § 1, § 8 Sachsen-Anhalt SchulG 2005 GVBl. LSA 2005, S. 520 i.d.F. 2006 GVBl. LSA 2006, S. 44, 45, §§ 5, 21 Schleswig-Holstein SchulG 2007 GVOBl. S. 39, i.d.F. 2007 GVOBl. 2007 S. 276, § 4 Abs. 8 und § 53 Abs. 2 Thüringen SchulG 2003 GVBl. S. 238 i.d.F. 2007 GVBl. S. 29.

159 § 2, § 4 Abs. 2 Berlin SchulG 2004 GVBl. S. 26 i.d.F. 2006 GVBl. S. 812, § 4 Abs. 4 Brandenburg SchulG 2002 GVBl.I/02, [Nr. 08]), S.78, i.d.F. 2007 GVBl.I/07, [Nr. 01], berichtigt in GVBl. I/07, [Nr. 06], S. 83, § 1 Abs. 2 Hessen SchG 2005 GVBl. I S. 442 i.d.F. 5. Juli 2007 GVBl. I S. 378, § 3 Rheinland-Pfalz SchulG 2004 GVBl. Rheinland-Pfalz 2004, S. 239 ff. i.d.F. 2007 GVBl. Rheinland-Pfalz 2007, S. 59 f.

nur unter der Bedingung akzeptieren, dass auch eine mobile/ambulante sonderpädagogische Förderung an der allgemeinen Schule nicht hinreicht.¹⁶⁰

Die Schulgesetze von Baden-Württemberg und Sachsen enthalten die am schwächsten ausgestalteten Integrationsansprüche. Ein Anspruch ist nur gegeben, wenn die behinderten Schüler in der Lage sind, dem Unterricht an der Regelschule zu folgen, andernfalls sind sie zum Besuch der Sonderschule verpflichtet.¹⁶¹

Somit enthalten die Landesgesetze unterschiedliche Konzepte hinsichtlich der Inklusion behinderter Kinder in das allgemeine Bildungssystem. Während die Integration behinderter Menschen als allgemeines Ziel in allen Gesetzen begrüßt wird, gibt es bisher im deutschen Bildungsrecht kein subjektives Recht auf Inklusion behinderter Personen. Diese Rechtsauffassung wurde durch die zitierte Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts¹⁶², mit dem die Integration Behinderter unter einen allgemeinen Finanzierungsvorbehalt gestellt wurde, bestärkt. Ebenfalls bestärkt wurde durch diese Rechtsprechung das Festhalten am Konzept der Integration, statt dieses durch das Konzept der Inklusion abzulösen.

Im menschenrechtlichen Kontext besteht jedoch die Tendenz, den Begriff der Integration durch den Begriff der Inklusion im Kontext des Rechts auf gleichberechtigte Bildung zu ersetzen. Integration wird assoziiert mit der Anpassung des Kindes an das vorgefundene Bildungssystem, während Inklusion assoziiert wird mit der Anpassung des Bildungssystems an die Fähigkeiten und Bedürfnisse der einzelnen Kinder.

Dieser Wandel in der Begriffswahl lässt sich in den UN-Menschenrechtsdokumenten nachlesen. So beschreibt z. B. die erste UN-Sonderberichterstatterin zum Recht auf Bildung, Katharina Tomasevski, in ihrem Bericht aus dem Jahre 2003 an die Menschenrechtskommission die verschiedenen Entwicklungsstadien des Rechts auf Bildung im internationalen Kontext. Das dritte Stadium beschreibt sie als „Assimilation durch Integration“: Integration, so Tomasevski, anerkenne zwar Differenz, jedoch nur als Abweichung von der Norm. Die Gleichberechtigung im Bildungssektor werde erst durch inklusive Bildung hergestellt.¹⁶³

Speziell bezüglich behinderter Kinder hat der UN-Kinderrechtsausschuss den Wandel von der Integra-

160 Art. 2, Art. 41 Bayern EuG 2000 GVBl. Bayern 2000, S. 414 ff. i.d.F. 2007, S. 533 ff., § 35 Abs. 4 Bremen SchulG 2005 Brem.GBl. S. 260–223-a-5 i.d.F. 2006 GBl. S. 271 ff., § 12 Hamburg SG 1997 GVBl. I Hamburg 1997, S. 97 ff., i.d.F. 2007 GVBl. I Hamburg 2007, S. 6.

161 § 15 Abs. 4 und § 82 Abs. 1 Baden-Württemberg SchulG 1983 GBl. S. 397 ff. i.d.F. 2006 GBl. S. 378, §13 und § 30 Abs. 1 Sachsen SchulG 2004 SächsGVBl. 2004, S. 298 ff. i.d.F. 2006 SächsGVBl. 2006, S. 515 ff.

162 Vgl. BverfGE 96, 288, 305.

163 “Report of the Special Rapporteur, Katarina Tomasevski, submitted pursuant to Commission on Human Rights resolution 2002/23”, E / CN.4/2003/913 December 2002, para. 27 f, <http://www.right-to-education.org/content/unreports/unreport9prt.1.html> (aufgerufen am 22. September 2005).

tions- zur Inklusionspolitik bereits im Jahre 1997 beschrieben. Der Ausschuss fasst diesen Wandel als bedeutenden Unterschied zwischen Integration und Inklusion zusammen. Während Integrationspolitik darauf abziele, das Kind zu verändern, um es fit für die Schule zu machen, setze Inklusion darauf, die Bildungsbedingungen zu verändern und an die Bedürfnisse des einzelnen Kindes anzupassen.¹⁶⁴ Der Begriffswandel lässt sich auch an den bereits zitierten Dokumenten der UNESCO ablesen.

Entsprechend verwendet auch die BRK das Wort Inklusion.¹⁶⁵ Nach Art. 24 BRK sind die Mitgliedsstaaten verpflichtet, behinderten Kindern gleichberechtigten Zugang zu einem inklusiven Bildungssystem zu gewähren (Art. 24 Abs. 1 und 2 a) – c) BRK) und innerhalb des allgemeinen Bildungssystems sowohl angemessene Vorkehrungen für die Bedürfnisse des Einzelnen zu treffen (Art. 24 Abs. 2 c) BRK) als auch allgemein Behinderten die notwendige Unterstützung zu gewähren, um ihre wirksame Bildung zu erleichtern (Art. 24 Abs. 2 d) BRK). Das Recht auf inklusive Bildung für behinderte Kinder gilt für das gesamte Bildungssystem, wieweil die Rechte auf Grundschul- und Sekundarbildung am stärksten ausgeprägt sind (Art. 24 Abs. 2 a) BRK).

Vor diesem Hintergrund lässt sich ein legislativer Reformbedarf jedenfalls in Bezug auf die Landesgesetze feststellen, die behinderten Kindern lediglich unter den Bedingungen der Assimilation einen gleichberechtigten Zugang zu Bildungseinrichtungen (Kindertagesstätten und Schulen!) gewähren. Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommt das von der Max-Träger-Stiftung in Auftrag gegebene Gutachten von Ralf Poscher, Johannes Rux und Thomas Langer zu den Implikationen der BRK für das deutsche Schulrecht.¹⁶⁶

4. Schutz und Sicherheit der Person

Ein gesetzlicher Handlungsbedarf könnte im Themenbereich Schutz und Sicherheit der Person im Unterbringungsrecht der landesgesetzlichen Psychiatriegesetze sowie im Betreuungsrecht nach BGB angezeigt sein. Gemäß Art. 14 Abs. 1 b) BRK sind die Vertragsstaaten verpflichtet, sicherzustellen, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.

Die gesetzlichen Rechtfertigungstatbestände für freiheitsentziehende Maßnahmen im deutschen Recht sind zum einen im Vormundschaftsrecht (§ 1631b BGB) und im Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) sowie in den Psychischkrankengesetzen der Länder und im Strafrecht (§ 61f StGB und § 413 ff. StPO) geregelt. Sowohl für die sogenannte fürsorgliche Unterbringung (§ 1631b BGB und § 1906 Abs. 2 BGB)

als auch für die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach den Landesgesetzen über die Unterbringung psychisch Kranker (§ 70 Abs. 1 S. 2 Nr. 3, S. 3 FGG) wird die richterliche Anordnung verlangt. Für die strafrechtliche Unterbringung gilt dies ebenfalls (§§ 63, 64 StGB). Die Landesgesetze enthalten Regelungen über eine sofortige Unterbringung, die in der Regel innerhalb von 24 Stunden durch einen Richter bestätigt werden muss.¹⁶⁷ Eine strafrechtliche Sicherungsverwahrung darf in der Regel nicht mehr als zehn Jahre dauern (§ 67d StGB). Eine vom Bundesverfassungsgericht jüngst bestätigte¹⁶⁸ Ausnahme gilt, wenn eine besondere Gefährlichkeit des Täters gegeben ist (§ 67d Abs. 3 StGB).

Im 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege¹⁶⁹ wird festgestellt, dass im 1. Halbjahr 2006 bei 6,5 % der überprüften Bewohner/-innen stationärer Einrichtungen der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen nicht den gesetzlichen Anforderungen entsprach. In den Jahren zuvor waren es sogar fast zehn Prozent der Bewohner/-innen, bei denen ein nicht gesetzeskonformer Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen festgestellt wurde.

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat in einer jüngeren Entscheidung die Verantwortung des Staates auch für freiheitsentziehende Maßnahmen in Privatkliniken konstatiert und besondere verfahrensrechtliche Schutzvorschriften für den Menschenrechtsschutz der Untergebrachten verlangt.¹⁷⁰ Ob die existierenden Landesgesetze diesen Anforderungen genügen, sollte im Rahmen der Implementierung der BRK überprüft werden. Außerdem erscheint eine Überprüfung der gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit in die Praxis angezeigt. Daraus könnte sich auch ein legislativer Reformbedarf hinsichtlich des Verfahrensschutzes ergeben. Zwar lassen die existierenden Landespsychiatriegesetze und das Betreuungsrecht eine Freiheitsentziehung allein aufgrund einer (seelischen) Behinderung nicht zu, doch gibt es Indizien, dass in der Praxis die gesetzlichen Vorgaben nicht eingehalten werden und Zwangseinweisungen zu nehmen.¹⁷¹

167 Z.B. § 15 Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (Psychischkrankengesetz - PsychKG M-V). Zum Unterbringungsrecht insgesamt vgl. Deinert, Horst/Jegust, Wolfgang: Das Recht der psychisch Kranken (Gesetzestexte aus Bund und Ländern), 2. Aufl. Bundesanzeiger, Köln 2006.

168 BVerfG Urteil vom 5. Februar 2004 – 2 BvR 2029/01, NJW 2004, S. 739.

169 MDS: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Köln: Asmuth Druck + Crossmedia, 2007.

170 EGMR III. Sektion, Urteil vom 16. Juni 2005 - 61603/00 (Storck/Deutschland), NJW-RR 2006, S. 308.

171 Kaleck, Wolfgang / Hilbrans, Sönke / Scharmer, Sebastian: Gutachterliche Stellungnahme. Ratifikation der UN Disability Convention vom 30. März 2007 und Auswirkung auf die Gesetze für so genannte psychisch Kranke am Beispiel der Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nach dem PsychKG Berlin (2. überarbeitete Fassung) <http://www.die-bpe.de> (aufgerufen am 20. Januar 2009).

164 Recommendation „Children with Disabilities“, para 335, <http://www.unhcr.ch/html/menu2/6/crc/doc/days/disabled.pdf> (aufgerufen am 22. September 2005).

165 Was in der Übersetzung der BRK leider trotzdem mit dem deutschen Begriff „Integration“ übersetzt wird.

166 Poscher, Ralf / Rux, Johannes/ Langer, Thomas: Von der Integration zur Inklusion: Das Recht auf Bildung aus der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen und seine innerstaatliche Umsetzung, Baden-Baden: Nomos, 2008.

Doch auch dort, wo Menschen freiwillig in Heimen leben, kommt es nicht selten zu Menschenrechtsverletzungen. Die Situation in deutschen Pflegeheimen ist seit längerem auch Gegenstand internationaler Kritik. Allein in den letzten Jahren äußerten sich drei internationale Menschenrechtsorgane kritisch über die deutschen Pflegezustände: im Jahr 2001 der UN-Ausschuss über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR), im Jahre 2003 das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) und im Jahr 2004 der UN-Ausschuss über bürgerliche und politische Rechte (CHR).¹⁷² Besonders deutliche Worte fand z. B. der Sozialpakt-Ausschuss, der seine „große Besorgnis über die menschenunwürdigen Zustände in Pflegeheimen (...), die auf strukturelle Mängel im Pflegebereich beruhen“¹⁷³ zum Ausdruck brachte. Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat mit einer Studie zur Menschenrechtslage in der deutschen Altenhilfe bereits 2006 auf die strukturellen menschenrechtlichen Defizite hingewiesen.¹⁷⁴ Es gibt keinen Anlass, diese Befunde nicht auch auf die Zustände in deutschen Behindertenheimen zu übertragen, zumal viele behinderte Menschen in Altenheimen leben. Eine entsprechende Untersuchung in Behindertenheimen wäre daher angezeigt.

Auch außerhalb von Einrichtungen sind behinderte Menschen in besonderem Maße von Gewalt betroffen.¹⁷⁵ Das gilt sowohl für den Bereich der im Zusammenhang mit dem Themenfeld „Behinderte Frauen“ erwähnten sexualisierten Gewalt als auch für andere Formen der Gewalt, wie z. B. Misshandlungen im öffentlichen Raum – auf der Straße – oder im Nahbereich, etwa durch pflegende Angehörige oder Betreuer im ambulanten Pflegeverhältnis. Genaue empirische Daten liegen diesbezüglich jedoch nicht vor.¹⁷⁶ Die in den letzten Dekaden geschaffenen Informations- und Hilfsangebote für Gewaltopfer (Zufluchtsstätten, Beratungsstellen, Frauenbeauftragte etc.) sind für behinderte Menschen oft nicht gleichermaßen nutzbar. Zum Teil sind sie nicht barrierefrei, teilweise fühlen sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen solcher Hilfsangebote selbst nicht in der Lage, ihre Angebote auch auf behinderte Menschen zu erstrecken.¹⁷⁷ Als problematisch erweist sich im Zusammenhang mit der Gewalt im ambulanten Pflegeverhältnis, dass es ein dem HeimG

vergleichbares Schutzgesetz nicht gibt¹⁷⁸ und das Gewaltschutzgesetz 2002 für behinderte Gewaltopfer jedenfalls dann unzureichenden Schutz bietet, wenn die Gewalt von der pflegenden Person, die mit in der Wohnung lebt, ausgeht. Hier ist das Prinzip „Wer Gewalt ausübt oder mit ihr droht, muss gehen“ keine wirkliche Schutzoption, wenn nicht zeitgleich eine Ersatzlösung für die ausfallenden Assistenzleistungen geschaffen wird. Interessenvertretungen behinderter Frauen fordern daher eine entsprechende Reform des Gewaltschutzgesetzes.¹⁷⁹ Auch bei Gewalt innerhalb von Heimen erweist sich das alte, durch die Föderalismusreform nur noch vorübergehend geltende HeimG als unzureichend, wenn die Gewalt von behinderten Mitbewohnern ausgeht, weil diese den gleichen Kündigungsschutz des HeimG genießen wie die verletzte behinderte Person.¹⁸⁰ Problematisch ist auch, dass das Heimgesetz gem. § 1 nur für erwachsene Behinderte und für behinderte Kinder und Jugendliche der Schutzstandard des SGB VIII gilt, der weniger umfassend ist. Bei der Implementierung der BRK sind deshalb insbesondere die Heimgesetze der Länder, aber auch die Sozialgesetzbücher und das Gewaltschutzgesetz zu überprüfen und gegebenenfalls zu reformieren. Nach Art. 15 Abs. 2 BRK trifft die Vertragsstaaten eine erhöhte Schutzpflicht hinsichtlich des Schutzes vor Folter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. Art. 16 BRK enthält eine ganze Reihe von Staatenpflichten hinsichtlich des Schutzes, der Vorbeugung und der Intervention bei Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch. Ausdrücklich wird z. B. die Schutzpflicht auf den häuslichen und institutionellen/stationären Bereich erstreckt (Art. 16 Abs. 1 BRK). Für stationäre wie auch ambulante Hilfen wird eine wirksame Überwachung vorgeschrieben (Art. 16 Abs. 3 BRK). Diese Vorgaben gelten sowohl für die freiwillige als auch für die zwangsweise Unterbringung, so dass der gesetzliche Handlungsbedarf sich sowohl auf die Landespsychiatriegesetze, die strafrechtlichen Sicherungsmaßnahmen und das Betreuungsrecht auf der einen Seite als auch auf das Heimrecht und die Sozialgesetzbücher auf der anderen Seite erstreckt. Da die Gesetzgebungskompetenz hinsichtlich des Heimgesetzes nun auf die Länder übergegangen ist, scheint die Ausarbeitung einer kohärenten Reform nur im Rahmen einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorstellbar.

5. Selbstbestimmung

172 Aichele, Valentin / Schneider, Jakob: Soziale Menschenrechte älterer Personen in der Pflege, Deutsches Institut für Menschenrechte, 2. Aufl. Berlin 2006.

173 CESCR Concluding Observations: Germany, UN Doc. E/C.12/1/Add.68 vom 24. September 2001, Ziff. 24.

174 Aichele, Valentin / Schneider, Jakob: Soziale Menschenrechte älterer Personen in der Pflege, Deutsches Institut für Menschenrechte, 2. Aufl. Berlin 2006.

175 Arnade, Sigrid: Deutschland im Herbst 1997: Gewalt hat viele Gesichter. In: Die Gesellschaft der Behinderter. Das Buch zur Aktion Grundgesetz. Reinbek: rororo aktuell, 1997.

176 Vgl. zur Datenproblematik die Expertendiskussion in Zinsmeister, Julia (Hg.): Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen und das Recht, Opladen: Leske+Budrich, 2003, S. 68.

177 So die Einschätzung der Bundesregierung in der Antwort auf die kleine Anfrage zum Thema sexuelle Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen, BT-Drs. 15/3145, S. 6.

178 Vgl. Degener, Theresia: Das ambulante Pflegerechtsverhältnis als Modell eines Sozialrechtsverhältnisses, Frankfurt a.M. usw.: Peter Lang, 1994, S. 77 ff sowie Igl, Gerhard / Dünnes, Sybille: Das Recht auf Pflegekräfte des eigenen Geschlechts unter besonderer Berücksichtigung der Situation pflegebedürftiger Frauen. Rechtsgutachten im Auftrag des Bildungs- und Forschungsinstituts zum selbstbestimmten Leben Behinderter e.V.- bifos, Kassel, Kiel/Giessen, Juni 2002.

179 Puschke, Martina: Besserer Schutz vor Gewalt!? WeiberZeit Nr. 11, 2006.

180 Dazu Bieritz –Harder, Renate: „Schutzpflichten des Rehabilitationsleistungsträgers gegenüber der Rehabilitationsleistungsempfängerin in Bezug auf Prävention sexualisierter Gewalt“. In: Zinsmeister, Julia (Hg.): Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen und das Recht, Opladen: Leske+Budrich, 2003, S. 199 (226 f).

Ein gesetzlicher Handlungsbedarf könnte in diesem Themenfeld in Bezug auf das soziale Pflegerecht und die darin enthaltene Benachteiligung des Arbeitgebermodells in der ambulanten Pflege bestehen. Bei diesem Modell ist der Mensch mit einer Behinderung selbst Arbeitgeber, andere Ansätze sind „Assistenzgenossenschaften“, die es in Bremen und Hamburg gibt, bei der sich mehrere Assistenznehmer/-innen zusammenschließen.

Diese Form der selbstbestimmten Assistenz wird durch die gegenwärtige Rechtslage benachteiligt, da die Pflegeversicherung sie eigentlich nicht zulässt. Die Pflegeversicherung beinhaltet zwei Grundleistungen, die wahlweise oder auch kombiniert in Anspruch genommen werden können: die Pflegesachleistung und das Pflegegeld. Mit dem Pflegegeld können assistenzbedürftige Personen ihren Assistenzbedarf selbst beschaffen. Die Pflegesachleistungen müssen bei zugelassenen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen abgerufen werden. Die beiden Leistungen unterscheiden sich durch ihren Geldwert, da der Gesetzgeber davon ausging, dass nur die Pflegesachleistung für professionelle Pflegeleistung benötigt wird. Bei Pflegestufe I beträgt die Pflegesachleistung in 2007 z. B. 384 € und das Pflegegeld 205 €. Bei der höchsten Pflegestufe III beträgt das Verhältnis 1.432 € zu 665 €. Das am Selbstbestimmungsprinzip orientierte Arbeitgebermodell sieht vor, dass die Assistenzkraft direkt beim pflegebedürftigen Menschen angestellt ist. Dieses Modell lässt sich allerdings nur mit dem geringeren Pflegegeld realisieren, da § 77 Abs. 1 SGB XI für die Pflegesachleistung ein Dienstverhältnis zwischen Pflegeperson und Pflegeabhängiger/m ausschließt. Reicht das Pflegegeld zur Deckung des Assistenzbedarfs nicht aus, müssen Personen, die das Arbeitgebermodell bevorzugen, auf eigene finanzielle Mittel oder auf die Pflegeleistungen der Sozialhilfe zurückgreifen.¹⁸¹ Nach einer anderen Meinung in der Literatur ist ein Beschäftigungsverhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Assistenzperson trotz § 77 Abs. 1 SGB XI möglich, weil diese Vorschrift nach verfassungsrechtlicher Auslegung nur so verstanden werden könne, dass das Sachleistungsprinzip die Abwicklung der Vergütung der Assistenzperson über die pflegebedürftige Person ausschließt.¹⁸² Nach dieser Auffassung wäre zwar ein Beschäftigungsverhältnis zwischen pflegebedürftiger Person und Assistenzperson möglich, der/dem Behinderten würde aber eine wesentliche Kompetenz – die Finanzkompetenz – entzogen, die zentral für die Verwirklichung von Selbstbestimmung in der Pflege ist.¹⁸³

Die gegenwärtige gesetzliche Regelung könnte als Verletzung des Rechts auf Achtung der Privatsphäre (Art. 22 Abs. 1 BRK) und als unvereinbar mit dem Autonomieprinzip in Art. 3 a) BRK gesehen werden.

181 Eine Übersicht über die Handlungsmöglichkeiten geben Sengler, Rudolf / Zinsmeister, Julia: Mein Recht bei Pflegebedürftigkeit, München: Beck, 3. Aufl. 2005, Rn. 204 ff.

182 Neumann, Volker in HS-PV § 20 Rn. 69, Udsching SGB XI 2. Aufl. 2000 § 77 Rn. 9.

183 Degener, Theresia: Das ambulante Pflegerechtsverhältnis als Modell eines Sozialrechtsverhältnisses, Frankfurt: Peter Lang, 1994, S. 68 ff.

Nach Art. 22 BRK dürfen behinderte Menschen „unabhängig von ihrem Wohnort und der Wohnform in der sie leben, keinen willkürlichen oder rechtswidrigen Eingriffen in ihr Privatleben, in ihre Familie, ihre Wohnung oder ihren Schriftverkehr (...) ausgesetzt werden (...)“. Durch die Benachteiligung des Arbeitgebermodells in der Pflegeversicherung werden assistenzbedürftige behinderte Personen auf die einkommensabhängige Sozialhilfe verwiesen, wenn sie mit dem Pflegegeld die notwendige Assistenz nicht bezahlen können. Andernfalls müssten sie auf einen zugelassenen Pflegedienst zurückgreifen, womit ein Eingriff in ihre Privatsphäre insofern verbunden wäre, als sie nicht mehr bestimmen könnten, wer sie wann pflegt, da dies in der Regel vom Pflegedienst festgelegt wird. Hierin könnte eine Verletzung des Rechts auf Achtung der Privatsphäre zu sehen sein, weil das Recht auf Autonomie, das nach Art. 3 Abs. a) BRK eines der zentralen Prinzipien des Übereinkommens ist, nicht genügend respektiert wird.

Ein weiterer Handlungsbedarf könnte hinsichtlich des Rechts der Geschäftsfähigkeit gem. §§ 104 BGB bestehen. Die gegenwärtige Rechtslage und -praxis könnte mit Art. 12 BRK im Widerspruch stehen.¹⁸⁴ Danach genießen behinderte Menschen gleichberechtigt mit anderen in allen Lebensbereichen Rechts- und geschäftsfähigkeit (Art. 12 Abs. 2 BRK). Das Recht der selbstbestimmten Teilnahme am Rechtsverkehr wird für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen einerseits durch §§ 104 ff. BGB eingeschränkt. Danach sind ihre Willenserklärungen nichtig, wenn sie sich in einem andauernden „die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit“ befinden (§104 Ziff. 2 BGB). Eine Ausnahme besteht nur für Geschäfte des täglichen Lebens, die mit geringwertigen Mitteln bewirkt werden (§ 105a BGB). Die natürliche Geschäftsunfähigkeit wird im Gesetz ausdrücklich nicht an bestimmten medizinischen Diagnosen festgemacht. Entscheidend ist vielmehr, ob die betreffende Person ihre freie Willensbestimmung ausüben kann oder nicht.¹⁸⁵ Problematisch ist aber die Totalität der Entscheidung „Geschäftsunfähigkeit“, die mit Ausnahme der Tatbestände des §105a BGB¹⁸⁶ zu einem völligen Ausschluss vom Rechtsverkehr führt. Damit wird den Betroffenen jedwede Möglichkeit der selbstbestimmten Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse genommen. Selbst das Bundesverfassungsgericht hat deshalb im Jahre 2002 bei zwei geistig behinderten geschäftsunfähigen Personen, die heiraten wollten, eine partielle Geschäftsfähigkeit angenommen und § 104 Ziff. 2 BGB entsprechend korrigiert. Eine solche Auslegung sei im Lichte der von Art. 6 Abs. 1 GG geschützten Eheschließungsfreiheit geboten.¹⁸⁷

184 So die Auffassung von Lachwitz, Klaus: UNO – Generalversammlung verabschiedet Konvention zum Schutz der Rechte behinderter Menschen – Teil II, RdL 2/07, S. 37 – 40 (37).

185 BGH vom 18.6.1970, NJW 1970, S. 1681.

186 Der aufgrund der Kritik der Behindertenverbände an der diskriminierenden Wirkung der §§ 104 ff. BGB im Jahre 2002 in das Gesetz aufgenommen wurde!

187 BVerfG vom 18. Dezember 2002, NJW 2003, S. 1383.

Ob diese korrigierende Auslegung den Anforderungen der BRK genügt, müsste im Rahmen des Implementierungsprozesses weiter überprüft werden. Problematisch erscheint der gänzliche Ausschluss vom Wahlrecht bei einigen gesetzlich Betreuten gem. § 13 Abs. 2 BWahlG, auch wenn sich hier vermutlich Sachzwänge hinsichtlich der Praktikabilität der Führung des Wählerverzeichnisses ergeben.¹⁸⁸ Möglicherweise liegt hierin jedoch eine Verletzung von Art. 29 BRK (Teilnahme am politischen und öffentlichen Leben). Eine Reform des Rechtsgebiets der Geschäftsfähigkeit bietet sich aber auch aus der Problematik der Sachverständigenpraxis an, die sehr durch das Festhalten am medizinischen Modell von Behinderung geprägt ist.¹⁸⁹

6. Freiheits- und Teilhaberechte/Barrierefreiheit

Die Bewegungsfreiheit im Alltag, die persönliche Mobilität und Freizügigkeit und die umfassende Teilhabe von Millionen behinderter Frauen und Männer an Gütern und Dienstleistungen ist vor allem durch fehlende barrierefreie Gestaltung stark eingeschränkt: Wer etwa zur Fortbewegung auf einen Rollstuhl angewiesen ist, scheitert an Stufen, Treppen, fehlenden Aufzügen und fehlenden oder zu engen Toiletten. Blinde Menschen scheitern an nur visuell ausgerichteten Informationen und fehlenden Leitsystemen. Sehbehinderte Personen scheitern an zu kleiner Schrift und fehlenden kontrastreichen Markierungen. Schwerhörige Bürgerinnen und Bürger scheitern an fehlender technischer Hörverstärkung oder am nicht vorhandenen Hörsatz. Wer gehörlos ist, scheitert an nicht vorhandener Gebärdensprachdolmetschung im Alltag, im Fernsehen, im Kino und Theater. Menschen mit so genannter geistiger Behinderung (Menschen mit Lernschwierigkeiten) scheitern an unverständlicher Sprache und Fremdwörtern. Mit Sonderlösungen in der Planung wie „behindertengerecht“, „rollstuhlgerecht“ oder „blindengerecht“ versuchte man in den letzten Jahrzehnten, einige dieser Teilhabehürden zu beseitigen. Doch was zum Beispiel genau unter „behindertengerecht“ zu verstehen war, blieb oft unklar: Was für Menschen im Rollstuhl gut war, musste nicht unbedingt sinnvoll für blinde oder gehörlose Personen sein. Die Mehrdimensionalität, die das heutige Verständnis von Barrierefreiheit prägt, war noch nicht gegeben. Ein Versuch der Abkehr von den Sonderlösungen fand in Deutschland durch den „barrierefrei-Ansatz“ im Bau-Bereich statt, der sich in der Neufassung der DIN-Normen aus den 70er Jahren („Bauen für Behinderte“) widerspiegelt.¹⁹⁰

188 So Castendiek, Jan / Hoffmann, Günther : Das Recht der behinderten Menschen, 2. Aufl. Baden-Baden: Nomos, 2005, Rn. 489.

189 Sponzel, Rudolf:(DAS). Zur Theorie und Praxis des Sachverständigengutachtens der Geschäftsunfähigkeit. Konzepte der Geschäftsunfähigkeit in Psychologie und Psychopathologie. Aus der Abteilung Forensische Psychologie, Psychopathologie und Therapie. Eine Serviceleistung der Allgemeinen und Integrativen PsychologInnen und PsychotherapeutInnen. Erlangen IP-GIPT: <http://www.sgipt.org/forpsy/guf.html> (aufgerufen am 23. November 2007).

190 Philippen, D.: BSK-Soforthilfe-Planungsberater: „Barrierefreier Lebensraum für alle Menschen“, Krautheim 1990; Heiden, Hans-Günter: Von „Barrierefreiheit“ zum „Design

1996 bzw. 1998 folgte die DIN-Norm 18024, die in Teil 1 die barrierefreie Gestaltung von „Straßen, Plätze, Wege, öffentliche Verkehrs- und Grünanlagen sowie Spielplätze“ und in Teil 2 die barrierefreie Gestaltung von „Öffentlich zugängliche[n] Gebäuden und Arbeitsstätten“ beschreibt. In viele Landesbauordnungen (LBOs) sowie in die Musterbauordnung (§ 50 MBO) fand der Begriff „barrierefreies Bauen“ ebenfalls Eingang. Die Vorschriften der DIN-Normen sind aber nur insoweit verbindlich, wenn sie Bestandteil der Landesbauordnungen werden. Durch unterschiedliche Handhabungen der Bauämter oder durch weite Auslegung von Ausnahmebestimmungen kommt es zudem immer noch vor, dass sie nicht barrierefrei ausgeführt werden.

Im Themengebiet „Freiheits- und Teilhaberechte/Barrierefreiheit“ stellt sich somit die Frage des Reformbedarfs der Landesbauordnungen und der entsprechenden DIN-Normen. Zwar ist Barrierefreiheit (Art. 9 BRK) ebenso wenig wie Persönliche Mobilität (Art. 20 BRK) ein eigenständiges Menschenrecht, sie ist aber ein zentrales Prinzip der BRK (Art. 3 Abs. f) BRK).¹⁹¹ In der Zusammenschau mit den Menschenrechten nach Art. 29 BRK (Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben) und nach Art. 30 BRK (Teilhabe am kulturellen Leben) sowie weiterer Rechte aus der BRK ergibt sich aber, dass Barrierefreiheit für behinderte Menschen eine zentrale Voraussetzung zur Realisierung der Menschenrechte ist. Die Zugänglichkeit öffentlicher und privater Gebäude ist eine Bedingung für die Teilhabe an der Gesellschaft (Art. 29, 30 BRK) und für ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinde (Art. 19 BRK).

Die intensivste Diskussion zur Umsetzung von Barrierefreiheit findet derzeit im Bereich des Internet statt.¹⁹² Neben der Zugänglichkeit für blinde und sehbehinderte Personen wird der Einsatz von Gebärdenvideos und/oder Audioangeboten verstärkt. Defizite bestehen jedoch noch im Bereich der leichten Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Einige Behörden haben sich bereits der Forderung nach leichter Sprache gegenüber aufgeschlossen gezeigt und bieten insbesondere Rechtsinformationen auf ihren Internetseiten in leichter Sprache an.¹⁹³ In diesem Zusammenhang sind Verbesserungen des BGG und des Medienrechts zu bedenken. Die Verpflichtung zur Gewährleistung von Barrierefreiheit in der im öffentlichen Raum stattfindenden Kommunikation ergibt sich insbesondere aus Art. 21 BRK (Meinungsfreiheit). Danach ver-

für alle“. Eine neue Philosophie der Planung. In: Hermes, Gisela/Rohrmann, Eckhard (Hg.): Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. AG SPAK, Neu-Ulm 2006.

191 Zu den Prinzipien und Rechten des Übereinkommens vgl. Byrnes, Andrew, et.al.: From Exclusion to Equality: Realizing the rights of Persons with Disabilities: Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol, United Nations (DESA / OHCHR) / Inter-Parliamentary Union (eds.), Geneva: United Nations, 2007, S. 14 f.

192 Vgl. dazu etwa die Initiative der Aktion Mensch e.V.: www.einfach-fuer-alle.de (aufgerufen am 4. Oktober 2007).

193 Z. B. der Internetauftritt des Integrationsamtes des LWL zu finden unter: <http://www.lwl.org/LWL/Soziales/integrationsamt/willkommen/> (aufgerufen 20. Oktober 2007).

pflichten sich die Vertragsstaaten alle geeigneten Maßnahmen zu treffen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf freie Meinungsäußerung und Meinungsfreiheit, einschließlich der Freiheit, Informationen und Gedankengut sich zu beschaffen, zu empfangen und weiterzugeben, gleichberechtigt mit anderen und durch alle von ihnen gewählten Formen der Kommunikation im Sinne des Artikels 2 ausüben können, unter anderem indem sie

- a) Menschen mit Behinderungen für die Allgemeinheit bestimmte Informationen rechtzeitig und ohne zusätzliche Kosten in zugänglichen Formaten und Technologien, die für unterschiedliche Arten der Behinderung geeignet sind, zur Verfügung stellen;
- b) im Umgang mit Behörden die Verwendung von Gebärdensprachen, Brailleschrift, ergänzenden und alternativen Kommunikationsformen und allen sonstigen selbst gewählten zugänglichen Mitteln, Formen und Formaten der Kommunikation durch Menschen mit Behinderungen akzeptieren und erleichtern;
- c) private Rechtsträger, die einschließlich durch das Internet Dienste für die Allgemeinheit anbieten, dringend dazu auffordern, Informationen und Dienstleistungen in Formaten zur Verfügung zu stellen, die für Menschen mit Behinderungen zugänglich und nutzbar sind;
- d) die Massenmedien, einschließlich der Anbieter von Informationen über das Internet, dazu auffordern, ihre Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen zugänglich zu gestalten;
- e) die Verwendung von Gebärdensprachen anerkennen und fördern.

Ein weiterer Reformbedarf könnte im Hinblick auf die „ambulanzabwehrende“¹⁹⁴ Vorschrift des § 13 Abs. 1 S. 3 SGB XII gegeben sein. Danach ist der ansonsten geltende Vorrang der ambulanten Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe aufgehoben, wenn die ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Aufwendungen verbunden ist und eine stationäre Unterbringung zumutbar ist. Wann die Grenze zur Unzumutbarkeit erreicht ist, ist in der Praxis umstritten. Die Unterbringung eines jungen behinderten Menschen in einem Altenheim wurde von der Rechtsprechung für unzumutbar befunden.¹⁹⁵ Die Anwendung dieser Norm führt in der Praxis dazu, dass behinderte Menschen auf ein Leben in Heimen oder einer anderen stationären Einrichtung verwiesen werden. Hierin könnte ein Verstoß gegen Art. 19 Abs. a) BRK gesehen werden. Denn danach sind die Vertragsstaaten verpflichtet, dafür zu sorgen, dass *„behinderte Menschen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Wohnsitz zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben.“* Bei der Implementierung dieser Norm in das deutsche Recht könnte eine Streichung des § 13 Abs. 1 S. 3 SGB XII daher angezeigt sein, um den Vorrang der ambulanten Leistungen auch in den Fällen umzusetzen, in denen Perso-

nen aufgrund der Schwere ihrer Beeinträchtigung einen größeren Hilfebedarf haben. Dieser Reformbedarf sollte im Zusammenhang mit dem insgesamt bereits in Deutschland diskutierten Reformbedarf bezüglich der Eingliederungshilfe gesehen werden.¹⁹⁶

7. Solidaritätsrechte

Im Themenfeld der Solidaritätsrechte wäre zu prüfen, ob die Hochschulgesetze der Länder im Lichte der BRK einer Reform bedürfen. Nach den Hochschulgesetzen der Länder haben die Hochschulen die Pflicht, die Belange behinderter Studierender zu berücksichtigen und eine Benachteiligung zu verhindern.¹⁹⁷ Die mit der Einführung des BGG im Jahre 2002 verschärfte Vorgabe für das Hochschulrahmengesetz (vgl. § 2 Abs. 4) ist mit der beabsichtigten Aufhebung des Hochschulrahmengesetzes zum 1. April 2009¹⁹⁸ wieder obsolet geworden. Da die Länder diese Vorgabe des HochschulRG seit 2002 unterschiedlich umgesetzt haben, steht zu befürchten, dass sich die Föderalismusreform für behinderte Studierende in einigen Bundesländern nachteilig auswirkt. Dabei stellt sich im Bereich des Studiums nicht so sehr das Problem der Separierung Behinderter durch Sondereinrichtungen als vielmehr das Problem der Benachteiligung behinderter Studierender durch fehlende angemessene Vorkehrungen in den allgemeinen Universitäten.¹⁹⁹ Gem. Art. 24 Abs. 5 BRK haben die Vertragsstaaten sicher zu stellen, *„dass behinderte Menschen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen Zugang zu allgemeiner Hochschulbildung (...) haben. Zu diesem Zweck stellen die Vertragsstaaten sicher, dass für behinderte Menschen angemessene Vorkehrungen getroffen werden.“* Die Umsetzung dieser Vorschrift lässt eine Überarbeitung der Hochschulgesetze der Länder angezeigt erscheinen. Dabei sollten die Empfehlungen „Für eine barrierefreie Hochschule“²⁰⁰ des Deutschen Studentenwerks von 2004 berücksichtigt werden.

D. Fazit

Die BRK markiert einen Meilenstein in der internationalen Behindertenpolitik, aber auch für die Menschenrechtspolitik. In der Behindertenpolitik markiert sie den Übergang zum menschenrechtsbasierenden Ansatz, der der Autonomie, Selbstbestimmung und Gleichberechtigung behinderter Men-

196 Die Reform der Eingliederungshilfe durch den Bundesgesetzgeber liegt zunächst auf Eis! In: RdL 1/08, S.3 f.

197 Vgl. z.B. § 4 BerlHG in der Fassung vom 13. Februar 2003 (GVBl. S. 82), zuletzt geändert durch Gesetz vom 12. Juli 2007 (GVBl. S. 278); § 3 HessHG Nichtamtliche Neufassung unter Berücksichtigung des Dritten Gesetzes zur Änderung des Hessischen Hochschulgesetzes und anderer Gesetze vom 20. Dezember 2004 (GVBl. I, S. 466) in der Fassung vom 18. Dezember 2006 (GVBl. I, S. 713).

198 BT-Drs 16/11550 vom 5. Januar 2009 <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/115/1611550.pdf> (aufgerufen am 27. Januar 2009).

199 Bundesministerium für Bildung und Forschung: Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006. BMBF, Bonn/Berlin 2007, S. 40/41.

200 www.studentenwerke.de unter „Studium und Behinderung“ unter „Grundlagentexte“ (aufgerufen am 14. Oktober 2007).

194 Grube / Wahrendorf, SGB XII, § 13 Rn 5, 1. Aufl. 2005.

195 VGH München, RsDE, 20, 74; VGH Kassel, ZfSH/SGB 1992, 82.

schen, insbesondere behinderter Frauen und behinderter Kinder dienen soll. Zu Recht wurde die BRK vom Direktor des Deutschen Instituts für Menschenrechte, Heiner Bielefeldt, als eine Empowermentkonvention bezeichnet.²⁰¹ Für die Menschenrechtspolitik setzt die BRK mindestens zwei wichtige Impulse. Durch ihre außergewöhnlich häufige Bezugnahme auf die Menschenwürde erinnert sie daran, dass die Menschenwürde zentraler Bezugspunkt der Menschenrechtspolitik sein muss. Der andere Impuls betrifft das Überwachungsverfahren von Menschenrechtskonventionen. Die Innovationen, die diesbezüglich eingeführt werden – insbesondere das nationale Monitoringsystem –, können Wegweiser für den Reformbedarf des UN-Menschenrechtssystems insgesamt sein.²⁰²

Rechtlich stellt die BRK hohe Anforderungen an die Bundesregierung nicht nur, aber vor allem auch in legislativer Hinsicht. Anders als in der Denkschrift zum Ratifikationsgesetz zur BRK festgestellt, gibt es auch in der deutschen Rechtsordnung gesetzlichen Reformbedarf. Die hier vorgeschlagenen Veränderungen erheben keineswegs den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern können allenfalls als Beispiele verstanden werden. In den acht vorgestellten Themenfeldern der BRK lässt sich zusammenfassend in folgenden Themenfeldern legislativer Handlungsbedarf ausmachen:

Im Themenfeld der allgemeinen Behindertenpolitik empfiehlt sich die Weiterentwicklung des SGB IX, des AGG und des BGG hinsichtlich des Begriffs der Diskriminierung. Art. 5 Abs. 2 BRK verpflichtet die Staaten, wirksame und umfassende Diskriminierungsschutzvorschriften zu erlassen. Die im deutschen Recht unklare Rechtslage hinsichtlich der Frage, ob die Verweigerung angemessener Vorkehrungen (*denial of reasonable accommodations*) eine Diskriminierung darstellt, sollte durch klare gesetzliche Definitionen geklärt werden.

Gesetzlichen Reformbedarf gibt es weiterhin bezüglich der Behindertenstatistik in Deutschland, da die gegenwärtige Rechts- und Praxislage den Erfordernissen des Art. 31 BRK nicht entspricht. Weder gibt es ausreichend Informationen und Daten zur Ausarbeitung und Umsetzung aller notwendigen Maßnahmen zur Durchführung der BRK noch werden die Daten ausreichend disaggregiert.

Im Themenfeld „Behinderte Frauen“ erscheint eine Weiterentwicklung des SGB IX und des BGG – sowie der Landesgleichstellungsgesetze – erforderlich, um einen wirksamen Schutz vor Mehrfachdiskriminierung gem. Art. 6 Abs. 1 BRK zu gewähren.

Handlungsbedarf gibt es auch in Bezug auf den Bedarf an Elternassistenz. Hier wären z. B. klarstellende Normen im SGB IX und im SGB VIII angezeigt, um den Staatenpflichten aus Art. 23 Abs. 2 S. 2 BRK nachzukommen.

201 Bielefeldt, Heiner: Zum Innovationspotenzial der UN – Behindertenkonvention, Deutsches Institut für Menschenrechte, Essay No 5, Dezember 2006.

202 Degener, Theresia: Menschenrechtsschutz für behinderte Menschen. Vom Entstehen einer neuen Menschenrechtskonvention der Vereinten Nationen. In: Vereinte Nationen, 3/06, S. 104–110.

Aus der Zusammenschau von Art. 6 i.V.m. Art. 16 Abs. 2 i.V.m. Art. 17 und Art. 19 Abs. b) BRK ergibt sich auch die Notwendigkeit, das deutsche Pflegerecht im Hinblick auf das Recht auf eine Assistenzperson des eigenen Geschlechts weiter zu entwickeln.

Im Hinblick auf die sich aus Art. 6 Abs. 1 und Art. 16 BRK ergebende Pflicht, behinderte Frauen vor Gewalt, Ausbeutung und Missbrauch auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe wirksam zu schützen, ergibt sich ein Reformbedarf bezüglich des Heimrechts, des Sozialrechts und des Gewaltschutzgesetzes.

Bei der Umsetzung von Art. 7 Abs. 1 und Art. 24 Abs. 1 und 2 BRK ergibt sich ein dringender legislativer Handlungsbedarf in den meisten Bundesländern bezüglich der Schulgesetze und Kindertagesstättengesetze. Die bisherigen Gesetze reichen nicht aus, um ein Recht auf inklusive Bildung zu sichern. Das zeigt die Praxis des stark aussonderten Sonderschulsystems in Deutschland und die Rechtsprechung zum Schulrecht.

Im Themenfeld Schutz und Sicherheit der Person empfiehlt sich eine Reformierung des Unterbringungsrechts der Länder (Psychiatriegesetze) und des Betreuungsrechts, um die Freiheitsrechte behinderter Menschen aus Art. 14, 15 und 16 BRK zu sichern.

Außerdem empfiehlt sich auch in diesem Themenfeld eine Reform des Heimrechts, des Sozialrechts und des Gewaltschutzgesetzes, um behinderte Menschen innerhalb und außerhalb von Einrichtungen der Behindertenhilfe vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu schützen (Art. 15 und 16 BRK).

Im Themenfeld Selbstbestimmung könnte die Umsetzung des Autonomieprinzips (Art. 3 Abs. a) BRK) und des Rechts auf Privatsphäre gem. Art. 22 Abs. 1 BRK in Deutschland den Impuls geben, die Benachteiligung des Arbeitgebermodells im deutschen Pflegebereich zu beseitigen.

Auch eine Reflektion und Reform des Rechts der Geschäftsfähigkeit gem. § 104 ff. BGB, insbesondere auch hinsichtlich der Auswirkungen im Wahlrecht (§ 13 BWahlG) erscheint aufgrund der normativen Vorgaben aus Art. 12 Abs. 2 und Art. 29 Abs. a) ii) BRK angezeigt.

Im Themenfeld Freiheits- und Teilhaberechte/Barrierefreiheit ergibt sich Handlungsbedarf hinsichtlich der Landesbauordnungen und der DIN-Normen, um die Vorschriften zur Barrierefreiheit als Voraussetzung der Wahrnehmung von Menschenrechten gem. Art. 29 und 30 BRK i.V.m. Art. 3 Abs. f), Art. 9 und Art. 20 BRK umzusetzen.

In diesem Zusammenhang sollten auch das BGG und das Medienrecht weiterentwickelt werden, um die Gleichstellungsinstrumente des BGG effektiver zu gestalten und Barrierefreiheit im Medienbereich herzustellen.

Schließlich ergibt sich im Hinblick auf die Umsetzung der Pflichten aus Art. 19 Abs. a) BRK die Notwendigkeit, die „ambulanz-abwehrende“ Vorschrift des § 13 Abs. 1 S. 3 SGB XII zu überdenken und gegebenenfalls zu streichen. Diese Überlegungen

sollten im Rahmen einer bereits seit langem geforderten Reform der Eingliederungshilfe stattfinden.

Im Themenfeld Solidaritätsrechte ergibt sich ein legislativer Handlungsbedarf in Bezug auf die Hochschulgesetze der Länder aus Art. 24 Abs. 2 BRK, um einen gleichberechtigten Zugang zum Studium und zur Durchführung des Studiums für behinderte Studierende zu ermöglichen.

Der Behindertenrechtskonvention von 2006 wird gesellschaftspolitisch ein hohes Innovationspotenzial zugeschrieben. Heiner Bielefeldt nennt drei wesentliche Aspekte: Erstens ergänze die BRK den internationalen Menschenrechtsschutz, indem sie diesen auf die besondere Gefährdungslage behinderter Menschen hin konkretisiere und den internationalen Menschenrechtsschutz auch in prozeduraler Hinsicht ergänze. Zweitens gebe sie wichtige Impulse für die Weiterentwicklung des internationalen Menschenrechtsdiskurses. Ein Beispiel sei die starke Akzentsetzung auf soziale Inklusion, die ausdrücklich vom Postulat individueller Autonomie her gedacht und daher als freiheitliche Inklusion definiert werde. Dieses Verständnis habe bisher in der Menschenrechtsbewegung zu wenig Berücksichtigung gefunden. Drittens habe das Übereinkommen Bedeutung für die Humanisierung der Gesellschaft im Ganzen: „Indem sie Menschen mit Behinderungen davon befreit, sich selbst als ‚defizitär‘ sehen zu müssen, befreit sie zugleich die Gesellschaft von einer falsch verstandenen Gesundheitsfixierung (...)“²⁰³

Bibliographie:

Aichele, V., Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihr Fakultativprotokoll: Ein Beitrag zur Ratifizierungsdebatte, Berlin 2008, S. 6.

Arnade, S., alle inklusive! Die neue UN-Konvention und ihre Handlungsaufträge. Ergebnisse der Kampagne alle inklusive!, Mai 2009.

Bielefeldt, H./Aichele, V., Stellungnahme des Deutschen Institut für Menschenrechte zum „Entwurf eines Gesetzes zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006“, November 2009, <<http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/de/monitoring-stelle/publikationen.html>> (Letzter Zugriff: 10. Oktober 2011)

Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Guidelines on treaty-specific document to be submitted by states parties under article 35, paragraph 1, of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2009, CRPD/C/2/3.

Degener, T., Welche legislativen Herausforderungen bestehen in Bezug auf die nationale Implementierung der UN-Behindertenrechtskonvention in Bund und Ländern? In: Behindertenrecht 2, 2009, S. 34–52.

Degener, T., Eine UN-Menschenrechtskonvention für Behinderte als Beitrag zur ethischen Globalisierung.

In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“ B 8/2003 vom 17. 02. 2003, S. 37–45.

Degener, T., Menschenrechtsschutz für behinderte Menschen. In: Vereinte Nationen 3, 2006, S. 104–110.

Degener, T./Koster-Dreese, Y., Human rights and disabled persons: Essays and relevant human rights instruments, Dordrecht 1995.

Deutscher Bundestag, Unterrichtung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011, Ausschuss-Drs. 17 (11) 553, S. 10.

Deutscher Behindertenrat, Forderungen des Deutschen Behindertenrates für einen Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, 2011.

König, R., Vereinbarkeit der Zwangsunterbringung nach § 1906 BGB mit der UN-Behindertenrechtskonvention In: BtPrax 3, 2009, S. 105–108.

Marschner, R., UN-Konventionen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – Auswirkungen auf das Betreuungs- und Unterbringungsrecht. In: Recht & Psychiatrie 27, S. 135–137.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, General Assembly resolution 48/134 of 20 December 1993, Principles relating to the Status of National Institutions [1993], <<http://www2.ohchr.org/english/law/parisprinciples.htm>> (Letzter Zugriff: 10. Oktober 2011).

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Handbook on National Human Rights Plans of Action, Geneva 2002, HR/P/Pt/10, <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training10en.pdf>> (Letzter Zugriff: 10. Oktober 2011).

Palleit, A., Aktionspläne zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin 2010.

Palleit, A., Gleiches Wahlrecht für alle? – Menschen mit Behinderungen und das Wahlrecht in Deutschland (Policy Paper Nr. 18), Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin 2011. <<http://ots.de/6hA7R>> (Letzter Zugriff: 10. Oktober 2011).

Poscher, R./Rux, J./Langer, T., Von der Integration zur Inklusion. Das Recht auf Bildung aus der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen und seine innerstaatliche Umsetzung, Baden-Baden 2008.

Preuss-Lausitz, U., Kosten bei integrierter und separater sonderpädagogischer Unterrichtung. Eine vergleichende Analyse in den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Schleswig-Holstein, Frankfurt am Main 2000.

Schmahl, S., Menschen mit Behinderungen im Spiegel des internationalen Menschenrechtsschutzes. In: ARV 45, 2007, S. 517–540.

United Nations/Inter-Parliamentary Union (UN/IUP), From Exclusion to Equality: realizing the rights of persons with disabilities. Handbook for Parliamentarians on the Convention on the rights of Persons with Disabilities, Geneva 2007, S. 18.

203 Bielefeldt (2006), a.a.O., Fn. 201 S. 15.

von *Bernstorff, J.*, Inklusion als Menschenrechtsprinzip. Zur Erweiterung des UN-Antidiskriminierungsschutzes durch eine Konvention über die Rechte behinderter Menschen. In: *ZaöRV* Heft 4, 2007, S.1041–1063.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)655

5. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011

Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Prof. Dr. Reinhard Burtscher, Berlin**Vorbemerkung**

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales verdeutlicht mit dem Nationalen Aktionsplan (NAP) eindrucksvoll, dass es die Probleme und Herausforderungen der Behindertenpolitik und Behindertenhilfe wahrgenommen hat. Die vorliegende Problemdarstellung im NAP ist systematisch und weitreichend. Ich betrachte den Nationalen Aktionsplan als Dokument, das in regelmäßigen Abständen überprüft und weiterentwickelt wird. Die Weiterentwicklung ist notwendig aufgrund des Prozesscharakters des Vorhabens: Die Vision einer inklusiven Gesellschaft kann zu keinem Zeitpunkt abgeschlossen sein, sondern ist ein kontinuierliches Arbeiten an einer menschenrechtsorientierten und solidarischen Gemeinschaft.

Die große Enttäuschung vieler mitwirkender Personen und Verbände resultiert aus meiner Sicht daraus, dass der Nationale Aktionsplan in seinen Projekten zu wagen bleibt. Anstelle von verbindlichen Selbstverpflichtungen in den zwölf Handlungsfeldern werden im Bericht Formulierungen verwendet wie z. B. das BMAS „setzt sich ein“, „diskutiert“, „legt ein besonderes Augenmerk auf“. Viele Aktionen sind zeitlich befristet auf wenige Jahre. Die Frage nach einer nachhaltigen Entwicklung der Behindertenpolitik und –hilfe bleibt offen.

Trotz dieser Kritik sehe ich im vorliegenden NAP eine große Chance für eine inklusive Gesellschaft. Es können politische und praktische Impulse gesetzt werden, die viele Menschen mit und ohne Behinderung unmittelbar in ihrer Lebensgestaltung positiv beeinflussen.

Der Ausschuss hat keinen Themen- und Fragenkatalog ausgearbeitet, daher gliedere ich meine Stellungnahme in drei Teile. Im ersten Teil nenne ich Themen, die im Nationalen Aktionsplan nicht berücksichtigt wurden. Im zweiten Teil gehe ich auf einzelne Maßnahmen und Handlungsfelder ein. Im

Resümee werden die zentralen Anliegen in drei Stichpunkte zusammengefasst.

1. Themen, die fehlen**1.1 Berücksichtigung von Angehörigen und nahestehenden Personen**

In Deutschland leben ca. 9,6 Mio. Menschen mit Behinderung, davon sind rund 7,1 Mio. Menschen schwerbehindert. Die Betrachtung allein dieser Einzelpersonen mit Behinderung greift zu kurz. Behinderung als Phänomen bestimmt unmittelbar auch die Lebenssituation von Familien oder nahestehenden Personen. Angehörige, die betreuen und pflegen, die Verantwortung übernehmen, Freude und Leid mit dem behinderten Menschen teilen, erfahren die Auswirkungen einer gelingenden Behindertenpolitik direkt. Der Bundestag sollte daher - stärker als bisher - Behinderung in seinen beziehungs-dynamischen (systemischen) Auswirkungen berücksichtigen. Möglicherweise beeinflusst die nationale Behindertenpolitik zwei bis drei Mal mehr Menschen als bisher angenommen.

1.2 Allgemeine Erwachsenenbildung fördern. Bildung ein Leben lang ermöglichen

Während die schulische und berufliche Bildung breit diskutiert wird, fehlt eine Strategie zur Förderung von inklusiven Angeboten im Bereich allgemeiner Erwachsenenbildung. Die allgemeine Erwachsenenbildung kann zu mehr Teilhabe in allen Lebensbereichen führen. Im Vergleich zum Lebenslauf ist die schulische und berufliche (Erstaus-)Bildung zeitlich häufig bis zum 25. Lebensjahr abgeschlossen. Erwachsenenbildung als Angebot dehnt sich hingegen über die ganze Lebensspanne aus. Umso bedeutender wird dieses ergänzende Handlungsfeld. Die Unterstützung von Deutschen Volkshochschulen mit ihrem ganzheitlichen Bildungsverständnis und ihren dezentralen, sozialräumlichen Strukturen könnte beispielsweise einen wichtigen Impuls für eine inklusive Gesellschaft geben.

1.3 Die Situation von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V., Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit e.V., Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V., Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.) kritisieren zu Recht, dass die Situation von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung nicht ausdrücklich benannt wird. Den spezifischen Herausforderungen dieser Zielgruppe mit hohem Unterstützungsbedarf sollte durch explizit definierte Maßnahmen begegnet werden.

2. Handlungsfelder und Maßnahmenkatalog

In meiner Stellungnahme folge ich der Ausschussdrucksache 17 (11) 553. Die angeführten Seitenangaben beziehen sich darauf.

Handlungsfeld Arbeit und Beschäftigung (S. 15ff)

Ausdrücklich begrüße ich die beschäftigungspolitischen Maßnahmen im NAP (S. 46ff). Ihre volle Wirkungskraft zeigt sich jedoch erst, wenn rechtlich abgesicherte, dauerhafte Regelstrukturen folgen.

„Die Bundesregierung setzt sich dafür ein, mehr Beschäftigungschancen für Menschen mit Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu schaffen.“ (S. 16)

Die „Initiative für Ausbildung und Beschäftigung“ (S. 15) ist ein wichtiges Vorhaben. Arbeitgeber und Arbeitgeberorganisationen brauchen allerdings gesetzliche Rahmenbedingungen, die eine Ausbildung und/oder Beschäftigung für alle Beteiligten zu einem erfolgreichen Prozess werden lassen können.

Folgende konkreten Maßnahmen könnten die Beschäftigungschancen für Menschen mit Behinderung erhöhen:

+ Arbeitgeber, die die Quote zur Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen erfüllen, werden bei Aufträgen der öffentlichen Hand bevorzugt berücksichtigt. Bisher ist diese Maßnahme nur für Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) geplant. In der Praxis treten zunehmend WfbM als Konkurrenzunternehmer zu Klein- und Mittelbetrieben auf. Es droht ein Verdrängungswettbewerb zu Lasten von Arbeitgebern des allgemeinen Arbeitsmarktes.

+ Finanzielle Unterstützung/Anreize an „Mentoren“ in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes sollen gesetzlich eingeführt werden. Berufliche Integration gelingt, wenn vor Ort, Arbeitnehmer als Mentoren Mitverantwortung für die Ausbildung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderung übernehmen. Diese Mitverantwortung bedeutet einen erhöhten zeitlichen Aufwand. Betriebliche Mentoren brauchen eine Art „Freistellung“ für Aufgaben der Wissensvermittlung und Begleitung von Menschen mit Behinderung. Diese Freistellung kann nicht allein zu Lasten des Arbeitgebers gehen.

+ Professionell agierende und gut vernetzte Integrationsfachdienste (IFD) mit einer gesicherten Finan-

zierung sind ein unverzichtbarer Baustein zur Verbesserung der Beschäftigungschancen am allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Aufgaben der IFD sind im SGB IX, Kapitel 7, § 110 präzise formuliert. Die jahrzehntelange Erfahrung zeigt, dass Arbeitsvermittlung und Berufsbegleitung für Menschen mit Behinderung aus einer Hand ein zentrales Qualitätsmerkmal darstellt. Die finanzielle Sicherung der IFD ist allerdings seit der Übergabe der Strukturverantwortung an die Integrationsämter unzureichend und dringend zu verbessern.

+ Um das im SGB IX, § 9 definierte Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten zu verwirklichen sind auch Verbesserungen im Bereich des Persönlichen Budget erforderlich. Das Persönliche Budget für Werkstatteleistungen sollte auch ohne Werkstätten möglich sein, sozialversicherungsrechtliche Nachteile gilt es zu korrigieren.

+ Bislang führt der Status „volle Erwerbsminderung“ zu einem Ausschluss der Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt. Neue Wege der beruflichen Teilhabe, insbesondere für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung sollten zukünftig realisiert werden. Gerade dieses Vorhaben zeigt, dass der Leitgedanke „Inklusion“ ernst genommen wird. Ein gutes Beispiel gibt der österreichische Integrationsfachdienst Spagat in Vorarlberg. Dort finden „70 % der Schulabgänger mit einem erhöhten sonderpädagogischen Förderbedarf einen Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt. Die durchschnittliche (gutachterlich festgestellte) Leistungsfähigkeit der Vermittelten liegt bei 20, im Einzelfall sind es nur 5 Prozent.“ (Das Magazin: Klarer Kurs 03/10, S. 6.)

Die hier angeführten Beispiele lassen sich u.a. durch eine Weiterentwicklung des SGB IX umsetzen. „Die Bundesregierung setzt sich dafür ein, den bereits bestehenden inklusiven Ansatz des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe im SGB IX weiterzuentwickeln und dort Lösungsmöglichkeiten für Umsetzungsdefizite ... zu finden (S. 23). Die Maßnahme der „Überprüfung und Evaluierung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch“ (S. 55) ist aus meiner Sicht, eine der wichtigsten Vorhaben im vorliegenden Nationalen Aktionsplan.

Handlungsfeld Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege (S. 21ff)

Die vorgestellten Maßnahmen und Programme verdeutlichen ein differenziertes Problembewusstsein des BMAS und sind daher zu befürworten. Eine wichtige Ergänzung ist eine zukünftige Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive zum Thema Inklusion. In Zusammenarbeit mit Berufsverbänden, Ausbildungseinrichtungen und Hochschulen sollten insbesondere Ausbildungen und Studienrichtungen gefördert werden, die in ihrem Curriculum „Inklusion als Leitgedanken“ verankert haben. Im Bereich der Pflege ist eine Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive bereits vorgesehen (S. 57).

Handlungsfeld Bauen und Wohnen (S. 28)

Dieses Handlungsfeld greife ich deshalb heraus, weil der Bereich „Inklusiver Sozialraum“ an dieser Stelle genannt wird. Die soziale Netzwerkarbeit ist maß-

geblicher Bestandteil der Sozialraumorientierung. Eine inklusive Gesellschaft gelingt, wenn eine Kultur sozialer Netzwerke gepflegt wird. Soziale Netzwerke bieten nicht nur niederschwellige, praktische Unterstützung, sondern können durch ihr Merkmal der Emotionalität die Lebenszufriedenheit steigern. Ich bewerte die Sozialraumorientierung in der Behindertenpolitik und Behindertenhilfe als einen zentralen Schlüssel zur Verbesserung der Lebenslagen behinderter und nichtbehinderter Menschen. Maßnahmen in diesem Bereich kommen Menschen jeder Altersstufe, Menschen mit und ohne Behinderung, Menschen mit und ohne Pflegebedarf zu Gute. Maßnahmen, die die Förderung des Sozialraums betreffen, sollten daher verstärkt vorbereitet, unterstützt und begleitet werden. Als Mehrebenenansatz können fallspezifische und fallunspezifische Projekte wirkungsvolle Ergebnisse erzielen.

Beispiele von Maßnahmen sind:

+ Das im Maßnahmenkatalog des BMAS genannte „Modellvorhaben zum sozialen Nahraum“ (S. 64).

+ Die strukturelle Förderung von Ehrenamt und Freiwilligenarbeit (vgl. S. 69ff). Diese Maßnahmen sollten stärker als bisher berücksichtigt werden, denn sie sind ein wichtiger Bestandteil eines inklusiven Sozialraums. Besonders hervorzuheben sind Freiwilligenagenturen, die als Anlaufstelle für interessierte Menschen beratend zur Verfügung stehen. Eine abgesicherte Sockelfinanzierung der Freiwilligenagenturen sollte daher gesetzlich verankert werden.

+ Ich empfehle ein Programm, das die Entwicklung und Anwendung von Methoden (Konzepten, Modellen) der Sozialraumorientierung beinhaltet. Dazu zählt die Förderung von zivilgesellschaftlichem Engagement im Sinne von „Community Organizing“ (CO). CO befähigt Menschen u.a. politisch handlungsfähig zu werden und gesellschaftliches Zusammenleben im öffentlichen Raum zu verbessern.

Mit der Förderung des Sozialraums werden maßgeblich mehrere Handlungsfelder und Querschnittsthemen des NAP positiv beeinflusst. Zwar ist eine gesicherte Wertschöpfungsmessung in diesem Bereich äußerst schwierig, dennoch erscheint jeder Euro in einer volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung als „Mehrwert des Sozialen“ (social return on investment) gewinnbringend angelegt. Eine entsprechende Studie zur Wirkung von „sozialraumorientierten Maßnahmen“ könnte diese Annahme prüfen und erzielte Effekte transparent machen.

3. Resümee

Die vorliegende Stellungnahme nimmt exemplarisch Bezug auf einzelne Darstellungen im NAP. Eine detaillierte Ausarbeitung als Einzelsachverständiger ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt weder machbar noch sinnvoll. Ich habe versucht mit „dem **allgemeinen Arbeitsmarkt**“, „der **Qualifizierungsoffensive Inklusion**“ und „der **Sozialraumorientierung**“ Themen hervorzuheben, die vorrangig behandelt werden sollten.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)654

5. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011
Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Dr. Thomas Kalisch, Leipzig

Herzlichen Dank, dass Sie mir als Einzelexperten die Gelegenheit geben, zum Nationalen Aktionsplan (NAP) der Bundesregierung zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention (BRK) Stellung zu nehmen. In meinen Ausführungen gehe ich auf das wichtige Themenfeld des barrierefreien Zugangs zu Informationen für behinderte Menschen ein.

Barrierefreier Zugang zu Wissen und Kultur:

Teilhabe an unserer Wissensgesellschaft bedeutet heute, Zugang zu Bibliotheken mit Büchern und Zeitschriften, wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Nachschlagewerken und Datenbanken zu haben. Weniger als 5 % des Buchmarktes ist heute in barrierefreien Formaten zugänglich. Besonders groß ist der Mangel an barrierefreier Schul-, Sach- und Fachbuchliteratur. Ohne diesen Zugang ist aber Teilhabe nicht möglich, bleibt die Idee der inklusiven Gesellschaft uneingelöst. Ich halte es deshalb für erforderlich, den NAP in den folgenden Abschnitten wie folgt zu ergänzen:

Der Abschnitt „3.2 Bildung“ sollte einen Unterpunkt „3.2.4 Zugang zu Schulbüchern und Lernmaterialien“ erhalten, für den ich folgenden Inhalt vorschlage:

Um die Teilhabe blinder, sehbehinderter und gehörloser Schülerinnen und Schüler am inklusiv gestalteten Unterricht sicher stellen zu können, ist unbedingt eine zeitnahe und qualitativ hochwertige Aufbereitung von Unterrichtsmaterialien in den geeigneten Formaten wie Brailleschrift, Großdruck oder als Gebärdensprachvideo notwendig. Die Bundesregierung sollte eine Initiative ergreifen um zu prüfen, wie bei der Zulassung von Unterrichtsmaterialien

durch die dafür zuständigen Länder die Verfügbarkeit entsprechender barrierefreier Formate sichergestellt werden kann.

Der Abschnitt 3.9.3 „Kultur“ sollte um folgenden Abschnitt ergänzt werden:

Die Bundesregierung unterstützt Projekte, die im Rahmen der Entwicklung zur Deutschen Digitalen Bibliothek sicherstellen, dass diese Informationszugänge barrierefrei gestaltet werden.

Ergänzend hier Forderungen zur Umsetzung des in der BRK, §24, geforderten Rechtes auf Brailleschrift:

- Im Unterricht müssen blinde Kinder die Brailleschrift (Voll- und Kurzschrift) erlernen und sich in deren Anwendung üben.
- Blinde Schüler haben einen Anspruch darauf, am Computer nicht nur mit einer synthetischen Sprachausgabe zu arbeiten, sondern auch mit einer Braillezeile.
- Für den Brailleschrift-Unterricht von blinden Kindern und Erwachsenen müssen stets qualifizierte Lehrkräfte verfügbar sein.
- Auch Menschen, die im Alter erblinden, haben einen Anspruch darauf, die Brailleschrift zu erlernen.
- Bücher in Blindenschrift müssen zeitgleich mit dem Original erscheinen.
- Im öffentlichen Raum, auf Geräten und Verpackungen muss Brailleschrift selbstverständlich werden.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)665

7. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011

Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Prof. Franz Josef Düwell, Weimar**I. Vorbemerkung**

Ich möchte meine gutachterliche Stellungnahme auf den Bereich **Arbeit und Beschäftigung** beschränken.

Schon weit vor dem Abschluss des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006 (Behindertenrechtskonvention - BRK) sowie dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 hat die Bundesrepublik mit der Schaffung des SGB IX zum 1. Juli 2001 den von dem Übereinkommen geforderten Paradigmenwechsel zu einer Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt und auf subjektive Teilhabeberechte ausgerichteten Behindertenpolitik eingeleitet. Mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 28. April 2004 hat der Gesetzgeber seine Bemühungen zur Integration verstärkt und auch auf Menschen, die nicht schwerbehindert sind, ausgeweitet. Durch die Neufassung des § 84 Abs. 2 SGB IX wird allen länger als sechs Wochen arbeitsunfähigen Beschäftigten im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) das Recht eingeräumt, in einem betrieblichen Klärungsverfahren an der Suche nach Beschäftigungsmöglichkeiten mitzuwirken. Mit dem Gesetz zur Einführung Unterstützter Beschäftigung vom 22. Dezember 2008 hat der Gesetzgeber ebenso die Grenzen des herkömmlichen Schwerbehindertenrechts überschritten. Er hat in § 38a SGB IX für behinderte Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf den Übergang von der Schule in den Arbeitsmarkt erleichtert, in dem er Fördermöglichkeiten für die individuelle betriebliche Qualifizierung und eine erforderliche Berufsbegeleitung geschaffen hat.

Deutschland hat das Übereinkommen und das Zusatzprotokoll am 24. Februar 2009 ratifiziert. Seit Ablauf der im Übereinkommen geregelten 30-Tage-Frist am 26. März 2009 ist die BRK und das Zusatzprotokoll für Deutschland verbindlich. Trotz aller in der Vergangenheit erreichten Fortschritte muss sich

seit dem 26. März 2006 das deutsche Recht der schonungslosen Prüfung stellen, ob es die Vorgaben der BRK und des Zusatzprotokolls voll erfüllt. Weder im Ersten Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland (Ausschussdrucksache 17(11)602 vom 3. August 2011) noch im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (Ausschussdrucksache 17(11)553 vom 20. Juni 2011) werden Umsetzungsdefizite angesprochen oder gesetzgeberische Initiativen zur ergänzenden Umsetzung angekündigt. Das beruht auf einer Fehleinschätzung. Es besteht Umsetzungsbedarf.

II. Problem Geltungsbereich des SGB IX**1. Schwerbehinderung und Einfachbehinderung**

Der im Teil 1 des SGB IX unter § 2 SGB IX verankerte Begriff der Behinderung berücksichtigt die Inhalte der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Der deutsche Begriff der Behinderung stellt nicht nur auf gesundheitliche Funktionsbeeinträchtigungen ab, sondern nimmt auch die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben in den Blick. Damit entspricht er der in Art. 1 Abs. 2 BRK beschriebenen Definition „Menschen mit langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesschädigungen, die sie im Zusammenwirken mit verschiedenen Barrieren daran hindern können, gleichberechtigt mit anderen uneingeschränkt und wirksam an der Gesellschaft teilzunehmen“. Allerdings ist dieser Begriff nur maßgebend für den Kreis der Begünstigten, denen im Teil 1 des SGB IX und anderer Leistungsgesetze zur Habilitation und Rehabilitation (Art. 26 BRK) Ansprüche und Fördermöglichkeiten eingeräumt werden. Das wird mittelbar auch im Staatenbericht in den Erläuterungen zu Art. 3 BRK eingeräumt, wenn als „Angemessenen Vorkehrun-

gen“ im Sinne von Art.3 BRK Leistungen und Maßnahmen angeführt werden, die behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erhalten, um damit ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (§ 1 SGB IX). Ausgeblendet wird hier allerdings, dass § 68 Abs. 1 SGB IX die Anwendung der arbeits- und dienstrechtlichen Bestimmungen des SGB IX Teil 2 („Schwerbehindertenrecht“) auf Rechtsverhältnisse mit Menschen, die nur eine „einfache“ Behinderung haben, ausschließt. Die im Teil 2 des SGB IX enthaltenen arbeits- und dienstrechtlichen Schutznormen setzen mit Ausnahme des für alle Beschäftigten geltenden BEM (§ 84 Abs. 2 SGB IX) sämtlich eine besondere Schwere der Behinderung voraus:

Schwerbehinderung, wie sie § 2 Abs. 2 SGB IX definiert als Behinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50, oder eine Behinderung mit einem festgestellten Grad von weniger als 50, aber wenigstens 30 und eine zusätzliche Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen durch die Agentur für Arbeit nach § 2 Abs. 3 iVm § 68 Abs. 2 SGB IX.

Demgegenüber ist - wie oben dargestellt - der Behindertenbegriff des Übereinkommens weiter gefasst, weil er auch die einfachbehinderten Menschen erfasst. Dieser weite Behindertenbegriff der BRK gilt für das in Artikel 27 BRK geregelte Recht auf Arbeit und Beschäftigung. Weder der Wortlaut „(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit...“ noch dessen Kontext lassen eine Beschränkung der Umsetzung auf Menschen mit besonderer Schwere zu.

2. Angemessene Vorkehrungen am Arbeitsplatz

Art. 27 Abs. 1 i) BRK schreibt ausdrücklich vor: „sicherzustellen, dass am Arbeitsplatz angemessene Vorkehrungen für behinderte Menschen getroffen werden“. Zielgruppe der angemessenen Vorkehrungen sind alle Menschen mit Behinderung. Damit wird den Vertragsstaaten nicht verwehrt, anzuordnen, dass für Menschen, die wegen der Schwere ihrer Behinderung einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, besondere Vorkehrungen am Arbeitsplatz zu treffen sind. Es muss jedoch auch für die Gruppe der (im Verhältnis zu den schwerbehinderten Menschen) größeren Gruppe der einfachbehinderten Menschen gewährleistet sein, dass ihnen ein ausreichender Mindeststandard an angemessenen Schutz- und Fördervorkehrungen zur Verfügung steht.

Nach deutschem Recht sind als angemessene Vorkehrungen am Arbeitsplatz den schwerbehinderten und ihnen gleichgestellten behinderten Beschäftigten folgende Ansprüche gegen ihre Arbeitgeber eingeräumt:

1. Anspruch auf Beschäftigung, bei der sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst voll verwerten und weiterentwickeln können (§ 81 Abs. 4 Satz 1 SGB IX),

2. Anspruch auf bevorzugte Berücksichtigung bei innerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung zur Förderung ihres beruflichen Fortkommens (§ 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB IX),
3. Anspruch auf Erleichterungen im zumutbaren Umfang zur Teilnahme an außerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung (§ 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB IX),
4. Anspruch auf behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten einschließlich der Betriebsanlagen, Maschinen und Geräte sowie der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit, unter besonderer Berücksichtigung der Unfallgefahr (§ 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 SGB IX),
5. Anspruch auf Ausstattung ihres Arbeitsplatzes mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen (§ 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 SGB IX).
6. Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung, wenn die kürzere Arbeitszeit wegen Art oder Schwere der Behinderung notwendig ist (§ 81 Abs. 5 Satz 3 SGB IX),
7. Anspruch, auf Verlangen von jeder Mehrarbeit freigestellt zu werden (§ 124 SGB IX).

Schwerbehinderte Beschäftigte ist zur Sicherung ihrer Gesundheit und Wiederherstellung ihrer Arbeitskraft ferner ein Anspruch auf einwöchigen Zusatzurlaub eingeräumt (§125 SGB IX).

Bei der Durchführung der zur Erfüllung der Ansprüche aus § 81 Abs. 4 Satz 1 Nummern 1, 4 und 5 haben nach § 81 Abs. 4 Satz 2 SGB IX die Bundesagentur für Arbeit und die Integrationsämter die Arbeitgeber durch Beratung und finanzielle Leistungen zu unterstützen. Im Übrigen leisten die Integrationsämter nach § 102 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe begleitende Hilfe im Arbeitsleben. Diese soll nach § 102 Abs. 2 SGB IX dahin wirken, dass die schwerbehinderten Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken, auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können sowie durch Leistungen der Rehabilitationsträger und Maßnahmen der Arbeitgeber befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen zu behaupten.

Die spezifischen Interessen der schwerbehinderten und ihnen gleichgestellten behinderten Menschen werden durch eine gesonderte Gruppenvertretung, die Schwerbehindertenvertretung (SBV), gegenüber dem Arbeitgeber vertreten (§ 95 Abs.1 Satz 1 SGB IX). Dazu sind der SBV weitgehende Beteiligungsrechte eingeräumt:

1. Unterrichtung und Anhörung durch den Arbeitgeber vor allen Angelegenheiten, die einen einzelnen oder die Gruppe berühren (§ 95 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) sowie im Fall der unterlassenen Unterrichtung das Recht die Aussetzung der Durchführung der ohne Beteiligung getroffenen Maßnahme zu verlangen (§ 95 Abs. 2 Satz 1 SGB IX),

2. Beteiligung am Treffen einer Integrationsvereinbarung insbesondere zur Personalplanung, Arbeitsplatzgestaltung, Gestaltung des Arbeitsumfelds, Arbeitsorganisation, Arbeitszeit sowie Regelungen über die Durchführung in den Betrieben und Dienststellen (§ 83 SGB IX),
3. Einschaltung bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können (§ 84 Abs.1 SGB IX),
4. Klärung mit dem Arbeitgeber, wie die Arbeitsunfähigkeit von schwerbehinderten und ihnen gleichgestellten behinderten Menschen möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (§ 84 Abs. 2 SGB IX).

Die SBV hat auch die weitere in § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB IX hervorgehobene gesetzliche Aufgabe, den Gruppenangehörigen beratend und helfend zur Seite zu stehen. Somit ist sie weiter gehend als das Interessenvertretungsorgan Betriebs- oder Personalrat vor allem eine Einrichtung zur Hilfe bei allen Eingliederungsproblemen, die Menschen mit Behinderungen einzeln oder als Gruppe haben.

Die einfachbehinderten Menschen sind von sämtlichen aufgeführten Ansprüchen, Erleichterung, Leistungen und Hilfestellungen ausgeschlossen. Die einige von der Bundesrepublik zu Gunsten der einfachbehinderten Menschen am Arbeitsplatz getroffene Vorkehrung besteht darin, dass in § 106 Satz 2 GewO der Arbeitgeber verpflichtet wird, bei der Erteilung von Weisungen zur Konkretisierung der Arbeitspflicht auf Behinderungen Rücksicht zu nehmen. Das ist weder ausreichend noch angemessen. Hier besteht dringender Nachbesserungsbedarf. Das bedeutet nicht, das abgestufte System mit der Unterscheidung zwischen schwerbehinderten, gleichgestellten behinderten Menschen und einfachbehinderten Menschen aufzugeben. Das Maß der staatlichen Unterstützung und die Angemessenheit der den Arbeitgebern aufzugebenden Vorkehrungen können und müssen nach der Art und Schwere der Behinderung differenziert werden. Die einfachbehinderten Menschen müssen jedoch stärker als bisher in die arbeits- sozial- und dienstrechtlichen Schutz- und Fördervorschriften einbezogen werden. Dazu gehört an erster Stelle die Fortentwicklung der Schwerbehindertenvertretung (SBV) zu einer Behindertenvertretung (BV). Die SBV ist in vielen Betrieben und Verwaltungen ein Integrationsmotor. Sie sollte deshalb für alle behinderten Beschäftigten zuständig werden. Das wird in manchen Betrieben schon abweichend von der geltenden Rechtslage praktiziert, weil Arbeitgeber und Betriebs- bzw. Personalräte die besondere Fachkunde der Vertrauenspersonen und derer Stellvertreter, die die SBV bilden, für die Lösung von Eingliederungsproblemen der behinderten Beschäftigten schätzen. Damit bei Wahlen und bei der Abgrenzung von Interessenvertretungszuständigen langwierige Feststellungen von Behinderungen vermieden werden können, sollte die Repräsentanz der SBV auf alle Menschen mit Behinderung ausgedehnt werden, die wenigstens

einen GdB 20 nachweisen. Dieser GdB Satz bildet nach § 69 Abs. 1 Satz 9 SGB IX den unteren Grenzwert der behördlichen Feststellung. Es liegt im Beurteilungsermessen eines Vertragsstaates, die in der BRK nicht vorgeschriebene Unterstützung durch eine spezifische Interessenvertretung vom Erreichen eines Schwellenwerts abhängig zu machen.

Da ein Beitrag zur Umsetzung der von der BRK geforderten angemessenen Vorkehrungen am Arbeitsplatz auch durch die Einräumung von Zuständigkeiten an die betrieblichen Interessenvertretungen der Arbeitnehmer erfolgen kann, sollte der Aufgabenkatalog des Betriebsrats in § 80 Abs. 1 Nr. 4 BetrVG sprachlich durch Ersetzen des schon seit Inkrafttreten des SGB IX überholten Begriffs „Schwerbehinderte“ angepasst werden. Eine Klarstellung könnte lauten: „Eingliederung von Menschen mit Behinderung und sonstiger schutzbedürftiger Personen zu fördern,...“. Damit würde auch eine vernünftige Abgrenzung der Zuständigkeiten gegenüber der SBV erfolgen.

Im Übrigen sollte das Recht aus § 81 Abs. 5 Satz 3 SGB IX, wegen der Art und Schwere der Behinderung die wöchentliche Arbeitszeit zu verringern und das Recht aus § 124 SGB IX, Mehrarbeit abzulehnen, auf alle Menschen mit Behinderung ausgedehnt werden. Wird ein Beschäftigter durch seine Behinderung in der Weise beeinträchtigt, dass er zeitlich nur eingeschränkt arbeiten kann, dann sollte er unabhängig von dem Status schwerbehindert oder gleichgestellt das Gestaltungsrecht haben, die vertragliche Arbeitszeit zu ändern. Die in § 106 Satz 2 GewO enthaltene Verpflichtung des Arbeitgebers, im Rahmen des Arbeitsvertrags bei der Festlegung der Lage der Arbeitszeit Rücksicht zu nehmen, regelt ein anderes Problem und stellt insoweit keine angemessene Vorkehrung für eine behinderungsbedingte Verkürzung der Dauer der Arbeitszeit dar.

III. Gleicher Zugang zur Arbeit und Beschäftigung

Nach Art. 27. Abs.1 Buchst. a BRK ist die „Diskriminierung aufgrund von Behinderung in allen Angelegenheiten im Zusammenhang mit einer Beschäftigung gleich welcher Art, einschließlich der Auswahl-, Einstellungs- und Beschäftigungsbedingungen, der Weiterbeschäftigung, des beruflichen Aufstiegs sowie sicherer und gesunder Arbeitsbedingungen, zu verbieten“ und nach Art. 27. Abs.1 Buchst. b BRK dafür zu sorgen, „das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen, einschließlich Chancengleichheit und gleichen Entgelts für gleichwertige Arbeit, auf sichere und gesunde Arbeitsbedingungen, einschließlich Schutz vor Belästigungen, und auf Abhilfe bei Missständen zu schützen“.

In der Bundesrepublik ist durch das am 18. August 2006 in Kraft getretene Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) die Benachteiligung „wegen einer Behinderung“ verboten. Das Verbot ist §§ 1, 7 AGG enthalten. Es erstreckt sich sowohl auf Auswahlkriterien für den beruflichen Aufstieg als auch auf Einstellungsbedingungen (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 AGG) und bezieht die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen mit ein (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 AGG). Insoweit hat die Bundesrepublik ihre Umsetzungspflichten aus der

BRK erfüllt. Allerdings besteht ein Unterschied bei der Durchsetzung des Rechts. Nach § 15 AGG ist als Rechtsfolge der Verbotsverletzung dem Opfer Ersatz des materiellen Schadens (§ 15 Abs. 1 AGG) und/oder Entschädigung für den immateriellen Schaden (§ 15 Abs. 2 AGG) zu leisten. Macht ein schwerbehinderter oder ein gleichgestellter behinderter Mensch einen Schadensersatz oder Entschädigungsanspruch geltend, erleichtert ihm die Vermutungsregel des § 22 AGG die Rechtsdurchsetzung; denn das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat beginnend im Urteil vom 15. Februar 2005 (BAG 15.02.2005 – 9 AZR 635/03 – NZA 2005, 870) erkannt, dass die Verletzung der den Arbeitgebern zur Verbesserung der Chancen von schwerbehinderten und ihnen gleichgestellten Bewerbern auferlegten Förderpflichten die Vermutung einer Benachteiligung begründet. Als erste derartige Indiztatsache wurde die Nichtunterrichtung der Schwerbehindertenvertretung (SBV) von einer eingegangenen Bewerbung gewertet; denn wer verhindert oder durch zu späte Mitteilung verzögert, dass die SBV ihrer Aufgabe nachkommen kann, die fairen Chancen des schwerbehinderten Menschen zu wahren, muss sich so behandeln lassen, als ob er diskriminiert. Im weiteren Verlauf der Rechtsprechung sind die Vermutungstatsachen auf alle Pflichtverletzungen ausgeweitet worden, bei den ein Zusammenhang mit der Behinderung besteht, weil der Arbeitgeber Vorschriften nicht befolgt, die zur Förderung der Chancen der schwerbehinderten Menschen geschaffen wurden (BAG 17.08.2010 – 9 AZR 839/08 – RDV 2010, 281).

Damit entfalten für schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte behinderte Menschen alle Vorkehrungen Indizwirkung, die der Gesetzgeber zur Verbesserung der Bewerbungschancen gleichermaßen für schwerbehinderte und gleichgestellten behinderte Menschen (vgl. § 68 Abs. 3 SGB IX) geschaffen hat. Diese sind in § 81 Abs. 1, § 82 und § 95 Abs. 2 Satz. 3 SGB IX geregelt. Dazu gehören:

- § 81 Abs. 1 Satz. 4 SGB IX Verpflichtung des Arbeitgebers, unmittelbar nach Eingang einer Bewerbung eines Gleichgestellten die Schwerbehindertenvertretung (SBV) zu unterrichten, damit diese ihr Recht auf Einsichtnahme in Unterlagen und auf Teilnahme an Vorstellungsgesprächen nach § 95 Abs. 2 Satz. 3 SGB IX wahrnehmen kann,
- § 81 Abs. 1 Satz. 8, 9 SGB IX Verpflichtung des Arbeitgebers, die beabsichtigte Ablehnung der Bewerbung eines gleichgestellten Bewerbers mit den Beschäftigtenvertretungen und dem Bewerber zu erörtern,
- § 82 Satz 2 SGB IX Verpflichtung des Arbeitgebers, jeden nicht offensichtlich ungeeigneten gleichgestellten Bewerber um eine Stelle für den Öffentlichen Dienst einzuladen, damit dieser sich als geeignet präsentieren kann,
- § 95 Abs. 2 Satz 3 SGB IX. Recht der Schwerbehindertenvertretung in Bewerbungsunterlagen einzusehen und an allen Vorstellungsgesprächen teilzunehmen, um die Einhaltung der Chancengerechtigkeit zu Gunsten auch der gleichgestellten Bewerber zu überwachen.

Bis zum Inkrafttreten des AGG hat das BAG in unionsrechtskonformer Ausweitung des in § 81 Abs. 2 SGB IX geregelten schwerbehindertenrechtlichen Benachteiligungsverbots den einfachbehinderten Menschen in analoger Rechtsanwendung zu Gute kommen lassen. Es hat der Verletzung schwerbehindertenrechtlicher Schutzbestimmungen auch eine Vermutungswirkung für eine Benachteiligung wegen einfacher Behinderung zugemessen. Diese Rechtsprechung ist jetzt aufgegeben worden (BAG 27.01.2011 – 8 AZR 580/09 – NJW 2011, 2070), weil mit dem Inkrafttreten des AGG die Rechtfertigung für eine Ausweitung des besonderen schwerbehindertenrechtlichen Benachteiligungsverbots auf alle einfachbehinderten Menschen entfallen ist. Hier besteht Nachbesserungsbedarf. Folgt man meinem Vorschlag (oben unter II 2) und wird entsprechend die Zuständigkeit der SBV ausgeweitet, so kommen automatisch die zur Verbesserung der Bewerbungschancen der schwerbehinderten Menschen der SBV zugewiesenen Aufgaben und Rechte auch den behinderten Menschen ab GdB 20 zu Gute.

IV. Problem Datensammlung und Veröffentlichung

Nach Art. 31 BRK verpflichten sich die Vertragsstaaten zur Sammlung geeigneter Informationen, einschließlich statistischer Angaben und Forschungsdaten, die ihnen ermöglichen, politische Konzepte zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen. Die Art der Durchführung der schon in § 66 SGB IX geregelten Berichtspflicht der Bundesregierung ist nicht geeignet, die Anforderungen von Art. 31 BRK zu erfüllen. Die Berichte müssen in Zukunft qualitativ und quantitativ umfassender erstellt werden. Es ist auch erforderlich, die Vorarbeiten unter Beteiligung des Deutschen Bundestages und der Organisationen behinderter Menschen in Auftrag zu geben. Dazu ist einer Ergänzung des § 66 SGB IX hilfreich, mit der eine Verpflichtung zu einer regelmäßigen aussagekräftige Berichterstattung zur Lebenssituation behinderter Menschen gesetzlich festgeschrieben wird. Ein besonderes Ärgernis ist, dass noch nach der Verabschiedung der BRK durch Art. 5 Nr. 6 des Gesetzes zur Einführung Unterstützter Beschäftigung § 80 Abs. 9 SGB IX, der eine zeitnahe Verpflichtung der Bundesagentur für Arbeit vorsah, über den Stand der Schwerbehindertenbeschäftigung zu berichten, aufgehoben worden ist. Nach der Entwurfsbegründung sollte damit ein Beitrag zum „Bürokratieabbau“ geleistet werden. Mit der Aufhebung ist die letzte Vorschrift über die Veröffentlichungspflicht der Ergebnisse des Anzeigeverfahrens nach § 80 Abs. 2 SGB IX über den Ist – und Soll-Stand der Schwerbehindertenbeschäftigung beseitigt worden. Das hat nicht zur Transparenz der Verhältnisse beigetragen. Auch hier liegt ein Verstoß gegen die Umsetzungspflicht vor. Dieser Verstoß ist umso gravierender, weil er für die Öffentlichkeit die unangenehme Wahrheit verdeckt, dass die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen wieder seit einiger Zeit wieder ansteigt. So zeigt die Statistik der Bundesagentur für Arbeit unter 1. 1. Eckwerte des Arbeitsmarktes für August 2011 in der Spalte Arbeitslosigkeit folgende Veränderung für schwerbehinderte Menschen an: Zunahme seit Juni 2001 um 3,5%.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)657

5. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011
Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Karl Finke, Hannover

1) Einleitung

Als aktiver behinderter Mensch, der in vielen Selbsthilfegruppen und –verbänden behinderter Menschen verankert ist, freue ich mich, hier vor Ihnen eine Bewertung des vorliegenden nationalen Aktionsplans (NAP) aus Sicht behinderter Menschen abgeben zu dürfen. Ich stimme dem Aktionsplan bzw. einschränkend dem dazu gehörigen Grußwort der Ministerin Dr. von der Leyen, dort zu, wo sie sagt: „Wir wollen in einer Gesellschaft leben, in der alle mitmachen können“. Wenn Frau Dr. von der Leyen schreibt: „Wer den Leitgedanken der ‚Inklusion‘ ernst nimmt, der setzt die UN-Behindertenrechtskonvention nicht für Menschen um, sondern mit ihnen“, findet das ebenfalls die Zustimmung der Menschen mit Behinderungen. Auch da, wo Frau Dr. von der Leyen schreibt: „Ein zentraler Punkt ist die Teilhabe am Arbeitsleben“, kann ich ihr nur zustimmen.

Nun wissen wir allerdings alle, dass das Schreiben eines Vorwortes das eine ist und das Umsetzen in die Realität des tatsächlichen Lebens, das auch bei den Menschen mit Behinderungen ankommt, das andere.

Ich weiß, dass es Kritik an dem NAP gibt. Es gibt aber auch Fortschritte: so der Wegfall des Streckenverzeichnisses, die aus Mitteln des Ausgleichsfonds finanzierten Beschäftigungsprojekte für junge und ältere behinderte Menschen sowie den Schwerbehindertenausweis im Scheckkartenformat. Ebenfalls begrüße ich die Einbeziehung der Jugendhilfe für behinderte Menschen in das SGB VIII sowie die Ziele zur inklusiven Erziehung und Bildung im Krippen- und Kita-Bereich.

Ich schließe mich aber trotzdem der zum Teil zu Recht massiven Kritik von Selbsthilfegruppen behinderter Menschen, von Behindertenverbänden und Sozialverbänden am Aktionsplan der Bundesregierung an. So bin ich gemeinsam mit dem SoVD der Ansicht und kritisiere, dass die Bundesländer beim nationalen Aktionsplan vollständig ausgeklammert

sind. Auch wenn wir in einem föderalen Rechtsstaat leben, trägt der Bund, so der SoVD, und diese Meinung teile ich, die völkerrechtliche Verantwortung für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Insbesondere kritisiert der SoVD, und auch da bin ich der gleichen Meinung, dass der Aktionsplan unter einen Finanzvorbehalt gestellt wurde.

Wenn der Bundesverband für Körper- und mehrfach Behinderte in seiner Stellungnahme feststellt, dass der Aktionsplan überwiegend Themen und Projekte aufgreift, die bereits behandelt oder auf den Weg gebracht wurden, so ist dem ebenfalls zuzustimmen. Und wenn der Bundesverband der Diakonie kritisiert, dass der umfangreiche Maßnahmenkatalog der Bundesregierung größtenteils zeitlich befristete Kampagnen, Projekte und Modellvorhaben, Forschungsaufträge und Programme sowie geplante Broschüren beschreibt, so ist das auch mein Eindruck und entspricht nicht den Erwartungen der Menschen mit Behinderungen.

Auch der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben stimme ich zu, wenn diese kritisiert, dass die gravierenden Menschenrechtsverletzungen, denen Menschen mit Behinderungen auch in unserem Land tagtäglich ausgesetzt sind, weder benannt noch Maßnahmen zur Verhinderung geplant oder ergriffen werden.

Ich habe mich hier auf eine kleine nicht repräsentative Auswahl der kritischen Stimmen begrenzt. Ich werde in meiner Stellungnahme diese Kritik nicht erneut wiederholen, sondern ich will versuchen, eigene Schwerpunkte zu setzen. Dies werde ich tun im Bereich Arbeit und Beschäftigung und im Bereich gesellschaftliche und politische Teilhabe. Dabei gehe ich davon aus, dass die kritischen Punkte, von denen es viel zu viele gibt, von den anderen Sachverständigen angesprochen werden.

2) Gesellschaftliche Teilhabe

Früher waren Begriffe wie Integration, Partizipation und Selbstbestimmung behinderter Menschen unse-

re zentralen Botschaften an Politik und gesellschaftliche Verbände. Empowerment endlich ernst zu nehmen und die Zeiten ewiger Kindheit zu beenden, war unser Ziel. Jetzt sind es Inklusion, angemessene Vorkehrungen und direkte Teilhabe, die helfen sollen, unsere Anliegen durchzusetzen. Seit Mitte der siebziger Jahre ist in zahlreichen verschiedenen Fachgutachten die Möglichkeit und Notwendigkeit zur Integration behinderter Menschen nachgewiesen worden. In der wissenschaftlichen Diskussion ist die Frage grundsätzlich geklärt, konsequentes Handeln war aber nur sehr zögerlich bis gar nicht vorhanden.

Auch heutiges Handeln ist mehr von einem „wir reden über“ anstatt von einem „wir entscheiden gemeinsam“ geprägt. Ich vermute, dass die heute geladenen Expertinnen und Experten zum überwiegenden Teil nicht selbst betroffene Personen sind, sondern ihre Kenntnisse aus Literaturarbeit oder Gesprächen mit behinderten Menschen ableiten. Selbst die Verbände behinderter Menschen werden zu einem hohen Anteil durch nicht behinderte Profis vertreten.

So steht im NAP „Die Bundesregierung setzt sich zum Ziel, die Handlungskompetenz der Verbände behinderter Menschen zur Inanspruchnahme der ihnen zustehenden Rechte zu stärken“.

Dieser Satz, der ja auch ein konkretes Versprechen beinhaltet, liest sich zunächst sehr gut. Doch schauen wir genau hin, so geht es nur um die Handlungskompetenz zur Inanspruchnahme bestehender Rechte. Was aber an dieser Stelle fehlt und aus Sicht der Menschen mit Behinderungen unverzichtbar ist, ist die Beteiligung der Menschen mit Behinderungen bei der Erstellung dieser Gesetze. Sich hier darauf zu beschränken, den Menschen mit Behinderungen bzw. deren Verbände, warum stehen hier eigentlich nicht die Selbsthilfegruppen, zur Inanspruchnahme von Gesetzen zu stärken reicht nicht aus.

Das Engagement und der persönliche Einsatz aller nichtbehinderten Menschen in Ehren. Ich wünsche mir, dass das Handeln, nicht nur dieses Ausschusses, sich dadurch auszeichnet, dass er ein direktes dialogisches Verhältnis mit behinderten Menschen pflegt. Die Aussage, die im Rahmen des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen 2003 eine Selbstverständlichkeit war, auch hier gilt: Gefördert wird nur, wenn mindestens 50 % der Referentinnen und Referenten behinderte Menschen selbst sind.

Die BRK mit ihren handlungsleitenden Kernbotschaften Inklusion, angemessene Vorkehrungen und direkte Teilhabe behinderter Menschen, ist Auftrag und Ziel zugleich für Politik und Gesellschaft. Es gilt:

- auch wer nicht reden kann, hat etwas zu sagen,
- auch wer nicht sehen kann, hat politischen Durchblick und
- auch wer sehr langsam redet, bringt seine Botschaft rüber.

Dies erzwingt einen direkten dialogischen Prozess zwischen Politik und behinderten Menschen oder, wie es ein bekannter Philosoph ausführte: Der

Mensch wird vom Du zum Ich. Übertragen heißt das: behinderte und nichtbehinderte Menschen lernen voneinander, Sie und ich, wir alle.

Die BRK deklariert, dass die Würde, die Akzeptanz und die Achtung behinderter Menschen zu unseren Menschenrechten gehören und schreibt sie als Fundament einer humanitären demokratischen Gesellschaft fest. Auftrag der Bundespolitik, der Landespolitik, der Kommunalpolitik und auch aller Verbände und Vereine ist es, dies durch Sofortmaßnahmen, die im nationalen Aktionsplan festgeschrieben werden, zu verwirklichen. Für uns behinderte Menschen ist die BRK ein historischer Meilenstein. Dadurch, dass die Bundesregierung sowohl die BRK wie auch das Fakultativprotokoll ratifiziert hat, zwingt sie Politik und Gesellschaft, sich den konkreten Aussagen der BRK zu widmen und deren konkrete Umsetzung gemeinsam mit den behinderten Menschen zu betreiben. Durch begleitende Institutionen und Einrichtungen wie dem Inklusionsbeirat beim Bundesbeauftragten für die Belange behinderter Menschen, der Monitoringstelle der Bundesregierung beim Deutschen Institut für Menschenrechte, Ihr politisches Engagement, aber insbesondere durch das hohe politische Bewusstsein behinderter Menschen selbst, werden die gemeinsamen Ziele nicht aus dem Fokus der Öffentlichkeit geraten. Dies auch insbesondere deshalb, weil nach zwei Jahren der erste Staatenbericht vorgelegt werden muss, dem alle vier Jahre ein weiterer folgen wird. Ein gesellschaftlicher Prozess also, der auf Wiedervorlage liegt. Ein Prozess, zu deren gestaltendem Element zunehmend behinderte Menschen in Politik und Gesellschaft selbst werden. Dies wird in Deutschland etwas schwieriger und langwieriger sein als in anderen Ländern, da in Deutschland das defizitorientierte Denken zu lange prägend war. Gemeinsames Ziel ist es jetzt, Barrieren abzubauen, Kompetenzen zu stärken und die Fähigkeiten und Fertigkeiten behinderter und nichtbehinderter Menschen für eine inklusive Gesellschaft von morgen zu bereiten.

Voneinander lernen und gemeinsames Handeln unter direkter Mitentscheidung behinderter Menschen in allen gesellschaftlichen Bereichen ist unser gemeinsamer Auftrag und Maßstab, an dem Aktionspläne zu messen sind. Artikel 4, 29, 33 und 35 geben hier die Richtung vor und verhindern ein Verbleiben in traditionellen Strukturen des „wir wissen schon, was gut für Euch ist“! Stattdessen verpflichten sie zur Teilhabe behinderter Menschen.

Lassen Sie mich einen Punkt benennen, wo nach meiner Auffassung die Bundesregierung mit ihrem nationalen Aktionsplan entweder gar nicht erst startet oder zumindest auf halber Strecke stehen bleibt. So wird unter Punkt 3.10.6 zwar der Zugang zur Information und zur Kommunikation angesprochen.

„Ziel der Bundesregierung ist es, alle öffentlich zugänglichen Informations- und Kommunikationsquellen barrierefrei zu gestalten und insbesondere auch den Anforderungen an leichte Sprache gerecht zu werden“.

Dies ist sicherlich lobenswert. Doch schon im nächsten Absatz wird dann nur noch von der BITV, der Notwendigkeit, technische Entwicklungen anzupas-

sen und dabei die besonderen Belange von hör- und lernbehinderten Menschen zu berücksichtigen, gesprochen. Gleichzeitig wird die Bundesregierung darauf hinwirken, dass auch die Informationsangebote der Unternehmen barrierefrei zugänglich gemacht werden. Hier fehlt dann die leichte Sprache. Die Bundesregierung fördert also nicht etwa eine Übersetzung ihrer Gesetze in leichte Sprache. Die Bundesregierung fördert nicht die Veröffentlichung von z. B. Beipackzetteln in Medikamenten in leichte Sprache. Nicht einmal die Themen, die unmittelbar Menschen mit Behinderungen betreffen, werden hier benannt. Auch in den konkreten Maßnahmen, die dann zu diesem Punkt genannt werden, findet sich kein Punkt, der auf leichte Sprache schließen lässt. Und es ist auch nicht anzunehmen, dass die Bundesregierung mit ihrer Maßnahme „barrierefreie Informationstechnikverordnung, BITV 20“, in der sie zumindest die geistig behinderten Menschen erwähnt, die aber nicht alleinige Adressaten leichter Sprache sind, die leichte Sprache meint.

3) Politische Teilhabe

Zum Bereich gesellschaftliche Teilhabe als einem der drei handlungsleitenden Stränge der UN-Behindertenrechtskonvention habe ich gerade bereits grundsätzliches ausgeführt. Die traditionellen Formen der Beteiligung behinderter Menschen, wie sie sich in Beiräten oder durch Beauftragte bisher manifestiert darstellen, haben bisher in der Regel das Stadium einer Anhörung bzw. Beteiligung nicht überschritten, von konkreter Mitentscheidung behinderter Menschen an allen sie betreffenden Belangen sind diese Beteiligungsformen noch weit entfernt. Behinderte Menschen können und wollen an den sie betreffenden gesellschaftlichen Belangen direkt mitentscheiden. Und das sind neben den konkret behindertenspezifischen Themen alle Fragen von allgemein gesellschaftlicher Bedeutung. Politik auf Augenhöhe heißt hier eindeutig nicht nur, wenn man mit einem Rollstuhlfahrer spricht, sich in die Hocke zu begeben, sondern auch und vorrangig, deren Vorschläge und Entscheidungen in den konkreten Entscheidungsprozess einzubeziehen und bei behindertenspezifischen Fragen sogar eine gewisse Vorrangsberücksichtigung zu geben. Konkrete Beteiligung bezieht sich z. B. auf die gemeinsame Erstellung von Nahverkehrsplänen, Fernreise- und Verkehrssystemen, auf Bauen, Planen und auf die Gestaltung von Bildungsprozessen sowie die Realisierung einer barrierefreien Arbeitswelt. Alles Felder, in denen behinderte Menschen direkt teilhaben sollen. Aktuell macht sich politische Fachlichkeit behinderter Menschen an deren Einsatz für die Weiterentwicklung der einkommens- und vermögensabhängigen Eingliederungshilfe zu einem eigenständigen einkommens- und vermögensunabhängigen Leistungsgesetz deutlich. Ein Bereich, zu dem sich im NAP leider nichts findet.

Alle glaubwürdigen politischen Ziele beginnen natürlich zunächst bei einem selbst. Wie ist die Begleitung der BRK künftig so zu gestalten, dass behinderte Menschen selbstverständlich bereits im Vorfeld, also auch bei der Vorbereitung, der Planung und dann auch bei der Umsetzung mitentscheiden kön-

nen? Bei der Erstellung des NAP sowie des Staatenberichts waren die Zeiten derartig kurzfristig, dass qualitativ hoch stehende Auseinandersetzungen und eine qualifizierte Mitentscheidung kaum möglich waren. Aber aller Anfang ist schwer, auch Apparate müssen sich auf neue Arbeits- und Entscheidungskanäle einstellen. Wir wollen ja wechselseitig Stärken stärken. Ebenfalls beginnt die Glaubwürdigkeit bei denjenigen, die die BRK verabschiedet haben, also im politischen Raum. Hier begrüße ich, dass die Bundesregierung im NAP eine Befragung aller gesellschaftlichen Gruppen zur Umsetzung von Art. 29, zum aktiven und passiven Wahlrecht behinderter Menschen angekündigt hat und bereits für 2012 die Ergebnisse vorstellen will, also rechtzeitig zur Bundestagswahl. Sie, die hier anwesenden Vertreterinnen und Vertreter der unterschiedlichen Parteien sind aufgefordert, Ihr eigenes politisches Handeln hierauf einzustellen und eigene Fraktions- bzw. Parteiegoismen zugunsten der Mitentscheidung behinderter Menschen in allen Gremien zurück zu stellen.

Sich einbringen, sich politisch zu Wort melden und gemeinsam mit nichtbehinderten Menschen die Zukunft gestalten, ist nicht nur Auftrag der BRK. So haben sich bei der Kommunalwahl in Niedersachsen Personen mit unterschiedlichen Behinderungsarten und in vielen Parteien erfolgreich um kommunale Mandate beworben. Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer, Sinnesgeschädigte und Personen mit einer so genannten geistigen Behinderung verbindet hier eins: sie wollen politisch mitgestalten und nicht gestaltet werden, die gemeinsamen Belange von morgen werden von ihnen (ca. zehn Millionen Menschen mit Behinderungen) nicht passiv hingenommen, sondern konstruktiv verändert. Im Rahmen angemessener Vorkehrungen auch für politische Funktionen haben sich viele Menschen mit Behinderungen, hierunter auch Werkstattbeschäftigte, in Bildungsseminaren z. B. der Volkshochschule auf politisches Handeln vorbereitet und vertiefte Kenntnisse angeeignet. Die von mir seit Jahren herausgegebenen Materialien zum Thema „Wählen – wir sind dabei“ stoßen seit langem auf sehr große Nachfrage, und haben vermutlich diese Entwicklung mit unterstützt. Der Prozess der politischen Teilhabe, also auch der Übernahme von Mandaten durch Menschen mit Behinderungen, sollte im NAP einen wesentlich breiteren Raum einnehmen, als dies im Entwurf enthalten ist.

Inklusion, angemessene Vorkehrungen und direkte Teilhabe behinderter Menschen sind die Kernbotschaften von heute und hoffentlich der Alltag von morgen. Ich denke, deshalb müssen im NAP die Weichen gestellt werden, dass die wesentlichen Entscheidungen zu diesen gesellschaftlich fundamentalen Bereichen verwirklicht und im nächsten Staatenbericht der Bundesregierung nachgewiesen werden: die Kernbotschaften sind weitgehend erfüllt, Bildung und öffentlicher Personennahverkehr auch, im Bereich barrierefreier Lebenswelten und einer inklusiven Arbeitsgesellschaft haben wir einen gesellschaftlichen Konsens und werden deren Umsetzung im Rahmen des Zehnjahresprogramms vollziehen.

3. Teilhabe am Arbeitsleben

Die Aussage eines leitenden Managers eines Automobilkonzerns „Teilhabe an der gesellschaftlichen Wertschöpfung heißt, Teilhabe an der gesellschaftlichen Wertschätzung ...“ mag so eindimensional nicht ganz zutreffen, allerdings ist unstrittig, dass in einer Arbeitsgesellschaft Teilhabe an Arbeit hohen identitätsstiftenden Wert hat und damit auch wichtiger Bezugspunkt ist für uns behinderte Menschen bei der Umsetzung der BRK. Doch wie sieht es hier aus?

Ich weiß aus meinen Kontakten zu Menschen mit Behinderungen, dass weder die rund 1.000.000 behinderten Menschen, die im Arbeitsleben stehen, noch die Menschen, die aus den unterschiedlichsten Gründen nicht den Weg in den allgemeinen Arbeitsleben gefunden haben, rundum zufrieden sind. Ich will dazu nur drei Bereiche ansprechen.

a)

Wir leisten es uns, rund 280.000 Menschen mit Behinderungen Beschäftigung in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen anzubieten. Wir zahlen Monat für Monat rund 1.000 € pro behindertem Menschen in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, statt dieses Geld dafür einzusetzen, die Inklusion zu verwirklichen. Dabei sind die im Aktionsplan erwogenen Projekte der Bundesregierung ja nicht falsch. Aber wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass wir keine 280.000 Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt schaffen werden, jedenfalls nicht mit den Instrumentarien, welche die Bundesregierung vorschlägt. Seit Bestehen der Werkstätten gibt es ähnliche Maßnahmen, aber die Zahl der Werkstattbeschäftigten ist kontinuierlich gestiegen. Deshalb sollte die Bundesregierung zusätzlich drei Maßnahmen ergreifen.

1.

Sollte sie das „Budget für Arbeit“ als Dauerleistung ins Reha-Recht aufnehmen, wie dies z. B. in meinem Heimatland in Niedersachsen geschieht.

Hier wird ganz einfach der Preis, den wir für die Werkstatt für Behinderte zahlen müssten, dem Menschen mit Behinderung zur Verfügung gestellt, um, sofern er dies wünscht, den Schritt in die Arbeitswelt dadurch zu ermöglichen, dass mit dem Geld entweder seine notwendige Unterstützung am Arbeitsplatz finanziert wird oder sein Lohn, der tarifgebunden oder ortsüblich sein muss, subventioniert wird. Es kann bei Bedarf auch beides mit dem Budget für Arbeit geschehen.

2.

Sie sollten die gesetzlichen Grundlagen dahingehend ändern, dass sich die Werkstatt WfbM zu einer Werkstatt für alle Menschen öffnen muss. Der Vorstellung liegt der einfache Gedanke zu Grunde, dass wir es nicht schaffen, die Menschen in den Arbeitsmarkt zu integrieren, also holen wir den (allgemeinen) Arbeitsmarkt in unsere Werkstätten. Es ist hier nicht die Zeit, auf dieses Modell genauer einzugehen, deshalb darf ich zu dieser Idee, die in meinem Büro entwickelt worden ist, auf die Darstellung, die dieser Stellungnahme beigefügt ist, verweisen.

3.

Die Bundesregierung sollte ernsthafte Schritte einleiten, um für Werkstattbeschäftigte einen Mindestlohn festzulegen. Das gilt für die jetzt bestehende und für die von mir soeben vorgeschlagene geänderte Werkstatt für behinderte Menschen, die dann ja nur noch eine Werkstatt ist. Auch hier gibt es erste ernsthafte Berechnungen aus meinem Büro, wie das zu finanzieren ist. Ich habe diese Berechnung ebenfalls meiner Stellungnahme beigefügt. Allerdings sind dazu völlig neue Wege zu begehen, die am Ende zur Abschaffung der Abhängigkeit von den Transferleistungen und ihren restriktiven Kontrollmechanismen führen werden, was Menschen mit Behinderungen seit langem fordern.

b)

Ein zweiter Bereich, den ich ansprechen will, sind die Menschen mit Behinderungen, die tatsächlich den Weg ins Arbeitsleben gefunden haben, die aber auf hohen Unterstützungsbedarf angewiesen sind. Wird der berufliche Bedarf an Unterstützung noch durch die Kostenträger übernommen, sieht dass bei Assistenzbedarf im privaten pflegerischen Bereich ganz anders aus. Hier ist in der Regel die Sozialhilfe der Leistungsträger. Wie wir alle wissen, sind die Leistungen der Sozialhilfe von der Bedürftigkeit abhängig. Das heißt, diese Menschen müssen ihre Pflege und Alltagsassistenz - mal angesehen von den i. d. R. unzureichenden Leistungen der Pflegeversicherung - selbst finanzieren, da Sie keinen Anspruch auf Sozialhilfe haben. Das kann dazu führen, dass Menschen mit schwereren Behinderungen, die einen attraktiven und gut bezahlten Job haben, sich doch in einem sehr niedrigen Einkommensspektrum wieder finden, weil sie die hohen Assistenzleistungen, die für sie erforderlich sind, selbst finanzieren müssen. Hier wird deutlich, wir brauchen endlich, wie schon angesprochen, ein einkommens- und vermögensunabhängiges Leistungsgesetz für Menschen mit Behinderungen.

c)

Ich habe mich eingangs der Kritik der Verbände am Finanzierungsvorbehalt angeschlossen. Um für den Bereich der beruflichen Teilhabe und Integration behinderter Menschen deutlich mehr Mittel zur Verfügung zu haben schlage ich – wie damals politisch versprochen – die Wiedereinführung der Beschäftigungsquote von derzeit 5 % auf 6 % vor.

Anfang dieses Jahrtausends hat die damalige Bundesregierung eine Kampagne zur Absenkung der Arbeitslosigkeit der behinderten Menschen von 25 % gestartet. Die Beschäftigungsquote von 6 % wurde ausgesetzt und auf 5 % reduziert mit der Ankündigung: sollte die Absenkung von 25 % nicht geschafft werden, tritt automatisch die Erhöhung von 6 % in Kraft. Die 25 % sind nicht erreicht, die 6 % bisher nicht wieder eingeführt worden. Eine Wiedereinführung der ehemaligen Quote würde die verfügbaren Mittel zugunsten behinderter Menschen erheblich steigern.

Ich möchte mich nochmals für Ihre Aufmerksamkeit bedanken und würde mich freuen mit Ihnen, sowohl die inhaltlichen Ziele der BRK umzusetzen und dies

alles auf der zwischenmenschlichen Ebene unter direkter Mitbestimmung behinderter Menschen, wie es in Artikel 4 Absatz 3 (*Bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen in*

Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, führen die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern mit Behinderungen, über die sie vertretenden Organisationen enge Konsultationen und beziehen sie aktiv mit ein.) formuliert ist.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)667

11. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011
Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Dr. Sigrid Arnade, Berlin

1. Generelle Einschätzung

Die ISL e.V. hält sowohl den Nationalen Aktionsplan (NAP) als auch den Staatenbericht für vollkommen unzureichend. Deshalb fordert sie den deutschen Bundestag auf, per Antrag beide Dokumente abzulehnen und einen Beschluss zur Neufassung des Aktionsplans herbeizuführen (der Staatenbericht ist bereits nach Genf gesandt worden, so dass eine Überarbeitung dieses Dokuments zum jetzigen Zeitpunkt wenig sinnvoll ist).

Diese Auffassung begründen wir mit folgenden grundsätzlichen Beobachtungen:

- Weder der Aktionsplan noch der Staatenbericht orientieren sich an internationalen und nationalen Vorgaben:
 - Zur Erstellung von Aktionsplänen gibt es mindestens zwei relevante Dokumente, die bei dem vorliegenden Aktionsplan der Bundesregierung nicht beachtet wurden
 - Handbook on National Human Rights Plans of Action (OHCHR 2002)
 - Aktionspläne zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (Deutsches Institut für Menschenrechte 2010)
 - Zur Erstellung von Staatenberichten hat der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen in seiner zweiten Sitzung im Oktober 2009 die „Leitlinien für das vertragspezifische Dokument, das von den Vertragsstaaten nach Artikel 35 Absatz 1 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vorzulegen ist“ erarbeitet und veröffentlicht.
- Die deutsche Bundesregierung hat sich während der Verhandlungen zur Behindertenrechtskonvention durch ihre inhaltlichen Beiträge und die Einbeziehung behinderter Menschen einen guten Ruf auf dem internationalen Menschenrechtsparkett erworben. Dieser Ruf wird mit den vorgelegten Dokumenten leichtfertig aus Spiel gesetzt.

- Beide Dokumente lassen eine durchgängige Menschenrechtsperspektive vermissen: Die gravierenden Menschenrechtsverletzungen, denen Menschen mit Behinderungen auch in unserem Land tagtäglich ausgesetzt sind, werden weder benannt noch werden Maßnahmen zu ihrer Verhinderung geplant oder ergriffen.

2. Übergeordnete Kritikpunkte**2.1. Partizipation der Betroffenen und ihrer Verbände**

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention – BRK) wurde unter dem Motto „Nichts über uns ohne uns!“ verhandelt und formuliert. Sie enthält Verpflichtungen zur Beteiligung der Betroffenen und ihrer Verbände. Von Seiten der Betroffenen und ihrer Verbände wurde immer wieder angeregt, gemeinsame Beteiligungsstandards zu verhandeln und zu verabreden. Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat eine Tagung zum Thema „Partizipation“ veranstaltet und ein Positionspapier zu diesem Thema veröffentlicht.

Von Seiten der Bundesregierung wurden die Betroffenen und ihre Verbände zwar zu zahlreichen Gremien und Konferenzen eingeladen. Ein Austausch über prozessuale Fragen der Partizipation hat aber nie stattgefunden, so dass die Betroffenen und ihre Verbände immer nur reagieren, aber nie auf gleicher Augenhöhe kommunizieren und agieren konnten. Das gilt sowohl für die Erarbeitung des NAP als auch für die Erstellung des Staatenberichts.

Zum NAP haben die Verbände, die im Deutschen Behindertenrat (DBR) zusammenarbeiten, die Forderungen aus der Fachkonferenzreihe der ehemaligen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Karin Evers-Meyer, von 2009 zu einem umfangreichen Forderungskatalog des DBR an einen NAP weiter entwickelt und dem BMAS im

Mai 2010 zugeleitet. Bis heute vermissen die Verbände Stellungnahmen zu ihren Anregungen und/oder einen Dialog zu den Forderungen.

2.2. Struktur von Aktionsplan und Staatenbericht

Die vorliegende Struktur des **Aktionsplans** halten wir für wenig zielführend. Es hätte ein Vergleich der Lebensrealität von Menschen mit Behinderungen in Deutschland mit den Vorgaben der Behindertenrechtskonvention stattfinden müssen. Daraus hätte der bestehende Handlungsbedarf abgeleitet werden müssen, woraus sich wiederum die zu ergreifenden Maßnahmen ergeben hätten.

Stattdessen finden sich im NAP eingestreute Visionen, die bestimmten Gruppen der Zivilgesellschaft nicht zugeordnet werden können. Maßnahmen, die auf dem Maßnahmenkongress im November 2010 von den Teilnehmenden als besonders wichtig bewertet wurden, werden nicht einmal erwähnt.

Ein Rating der 196 Maßnahmen hat ergeben, dass sich nur rund 5 Prozent der Maßnahmen auf gesetzliche Prüfaufträge oder Änderungen beziehen. Das ist für einen NAP nach unserer Einschätzung absolut zu wenig.

Bei der Erläuterung zu den Handlungsfeldern auf Seite 15 des Aktionsplans werden auch sieben Querschnittsthemen genannt, deren Beachtung wir in der weiteren Ausformulierung der Handlungsfelder und der Maßnahmen vermissen. Gerade die Konzepte des Selbstbestimmten Lebens und der Assistenz, die Grundpfeiler der BRK darstellen, müssten sich bei der Beschreibung der Handlungsfelder und der Ausformulierung der Maßnahmen durchgängig wiederfinden. Das ist nicht der Fall. Auch das Querschnittsthema Migration wird im NAP nicht wieder aufgegriffen.

Der **Staatenbericht** enthält eine Beschreibung der rechtlichen Situation in Deutschland. Es fehlt jedoch eine Analyse der tatsächlichen Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen sowie eine Auflistung von Problemen und Mängeln.

2.3. Menschenrechtsverletzungen

Die Vertragsstaaten haben sich mit der Ratifikation der Behindertenrechtskonvention verpflichtet, Menschen mit Behinderungen vor Menschenrechtsverletzungen zu schützen. Gravierende Menschenrechtsverletzungen, denen behinderte Menschen in Deutschland ausgesetzt sind, wurden bereits in den oben erwähnten Fachkonferenzen Anfang 2009 zusammengetragen, ohne dass in der Zwischenzeit Gegenmaßnahmen getroffen worden wären. Dazu gehören unter anderem folgende Menschenrechtsverletzungen:

- Kinder mit Behinderungen werden gegen ihren und den Willen ihrer Eltern immer noch zwangsweise auf Förderschulen verwiesen;
- Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf werden aus Kostengründen gegen ihren Willen in stationären Einrichtungen untergebracht.

- Über einen ersten Berufsabschluss hinaus wird der behinderungsbedingte Mehrbedarf nicht finanziert, so dass beispielsweise Studierende mit Behinderungen kaum über einen Bachelorabschluss hinauskommen können.
- Eltern mit Behinderungen erhalten keine Unterstützung bei der Erziehung ihrer Kinder. Eher werden ihnen ihre Kinder weggenommen.

Diese durchaus bekannten Problemlagen werden weder im Aktionsplan noch im Staatenbericht ausreichend benannt und als handlungsrelevant aufgegriffen. Von entsprechenden Maßnahmen, um diesen Menschenrechtsverletzungen entgegenzuwirken, fehlt dann fast jede Spur.

3. Weitere Kritikpunkte

3.1 Disability Mainstreaming

Die Vertragsstaaten haben sich in der Präambel g) der BRK zu einem durchgängigen Disability Mainstreaming bekannt. Im NAP werden zwar Focal Points in anderen Bundesministerien und in den Bundesländern benannt, es fehlen aber verpflichtende Weiterbildungsmaßnahmen, um das neue Konzept von Behinderung und die Bedeutung des Disability Mainstreaming auf allen Verwaltungsebenen bekannt zu machen.

So erklärte ein führender Ministerialbeamter des BMG auf einer Anhörung zum Versorgungsstrukturgesetz Ende Juni 2011, die BRK habe für sein Haus keinerlei Bedeutung. Der Staatssekretär Andreas Scheuer im BMV antwortete auf parlamentarische Anfragen, es bestehe keinerlei Absicht, Busunternehmen zur Barrierefreiheit zu verpflichten – ein klarer Verstoß gegen die BRK und damit gegen geltendes Recht.

Angesichts solch eklatanter Wissenslücken führender Persönlichkeiten der Exekutive kann die ISL e.V. nicht nachvollziehen, dass sich keinerlei Maßnahmen zur Fortbildung des Verwaltungspersonals im NAP oder Anmerkungen dazu im Staatenbericht finden.

3.2 Bewusstseinsbildung

Mit der prominenten Stellung und der detailreichen Ausformulierung des Artikels 8 (Bewusstseinsbildung) der Konvention wurde diesem Anliegen von der Völkergemeinschaft ein hoher Stellenwert eingeräumt. Dennoch hat die Bundesregierung wesentlich und gegen den Protest sowohl der behindertenpolitischen SprecherInnen aller Bundestagsfraktionen als auch des DBR eine fehlerhafte Übersetzung mit falschen Begrifflichkeiten (beispielsweise Integration statt Inklusion) zur amtlichen Übersetzung erklärt.

Obwohl das zuständige BMAS inzwischen selber nur noch von Inklusion spricht und im NAP und Staatenbericht schreibt, enthält der Aktionsplan keine Maßnahme, diesen Fehler zu revidieren. Im Staatenbericht findet die fehlerhafte Übersetzung und die korrektere Schattenübersetzung des NETZWERK ARTIKEL 3 e.V. auch keine Erwähnung, obwohl beide Übersetzungen nebeneinander in einer

Publikation des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen veröffentlicht wurden.

3.3 Förderung von Selbstvertretungsorganisationen

In der Bundesrepublik gibt es ein Netz von Wohlfahrts- und Behindertenverbänden. Viele haben eine lange Tradition und werden institutionell gefördert. Selbstvertretungsorganisationen behinderter Menschen sind vergleichsweise relativ jung und werden, wenn überhaupt, nur über Projektförderungen unterstützt. Das hat zur Folge, dass die in der BRK angeordnete Partizipation von den etablierten Verbänden in der regulären Arbeitszeit geleistet werden kann, während die Selbstvertretungsorganisationen in der bezahlten Arbeitszeit Projekte realisieren und die Interessenvertretung ehrenamtlich leisten müssen.

Gleichwohl wird ihnen (als DPOs – Disabled Peoples' Organizations) in der internationalen Dis-

kussion ein besonderer Stellenwert eingeräumt, und auch in der BRK finden sie besondere Erwähnung. So verpflichten sich die Vertragsstaaten in Artikel 29, „die Bildung von Organisationen von Menschen mit Behinderungen, die sie auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene vertreten“, zu fördern.

Im Staatenbericht wird die Unterstützung von Selbstvertretungsorganisationen im Zusammenhang mit der internationalen Zusammenarbeit positiv erwähnt, für die innerstaatliche Ebene jedoch fehlen entsprechende Maßnahmen des Capacity-building im NAP und im Staatenbericht. Gleichzeitig sind solche Maßnahmen dringend geboten, wenn die Interessenvertretungen behinderter Menschen (wie in der BRK verankert) in die Umsetzung der BRK aktiv eingebunden werden sollen.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)662

7. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011

Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Jürgen Dürrschmidt, Zwickau

Zunächst bedanke ich mich für die Möglichkeit unseren Standpunkt zum Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK) darlegen zu können. Es ist zu begrüßen, dass die Parlamentarier sich Sachverstand einholen wollen und es wäre zu wünschen, dass es nicht nur eine Alibiveranstaltung ist. Bei dem angesetzten Zeitvolumen für die große Anzahl der Gutachter kann man schon nachdenklich werden. Offiziell ist die BRK geltendes Recht in Deutschland, offiziell gibt es den Nationalen Aktionsplan und in den Bundesländern wird ganz intensiv an eigenen länderspezifischen „Umsetzungen“ gearbeitet. Glaubt man dem Alles, so könnte man sagen: „Wir sind auf einem guten Weg!“

Natürlich wäre es völlig falsch den Aktionsplan insgesamt als unzureichend und schlecht abzulehnen.

Jeder Schritt nach vorn ist zu begrüßen, muss aufgegriffen und umgesetzt werden. Trotzdem steht aber die Frage, in welchem Maße bringt er zum Ausdruck, dass Menschen mit Behinderung die gleichen Menschenrechte wie alle Menschen haben. Niemand ausgegrenzt und in seiner Menschenwürde benachteiligt wird. Es geht also nicht um das „ob“, sondern um das „wie“. Bei sehr vielen Fragen sind wir im Denken immer noch beim „Hereinholen“ der Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft und nicht beim „nicht Hinauslassen“, was eigentlich Inklusion bedeutet. Unter diesem Aspekt muss der Aktionsplan die Note „unzureichend“ erhalten.

Natürlich ist der Hinweis im Aktionsplan richtig, dass sich auf behindertenpolitischem Gebiet in den letzten 20 Jahren in Deutschland einiges verändert hat. Der gemeinsame Kampf der Behindertenverbände hat bewirkt, dass das Benachteiligungsverbot im Artikel 3 des Grundgesetzes verankert wurde. Wir haben das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) erkämpft.

Es gibt, das SGB IX, das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) und eine Vielzahl von weiteren Gesetzen und Verordnungen für Menschen mit Behinderungen bzw. in denen deren Belange besondere Berücksichtigung finden.

Es ist zu begrüßen, dass endlich eine bessere und zielgenauere Behindertenberichterstattung erfolgen soll. Es steht nur die Frage, warum hat man das bisher nicht getan. Hat man bisher wirklich keine Kenntnis über die wirkliche Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen gehabt oder wollte man sie unter dem „Kostenvorbehalt“ nur nicht zur Kenntnis nehmen.

Es ist bekannt, wo Barrieren bestehen und neue aufgebaut werden, weil nach wie vor Ausnahmeregelungen für „Nichtbarrierefreiheit“ in den Baugesetzen existieren und die Verankerung von Sanktionsmaßnahmen gegen Verstöße abgelehnt werden. Wir kennen doch die Fakten und Zahlen darüber, wie Menschen mit Behinderung arm macht werden. Wir wissen doch welche Wirkungen Sonderschulen, Werkstätten und Heime auf die Würde, auf Selbstbestimmung und Teilhabe von behinderten Menschen haben. Sie alle könnten mir Beispiele dafür nennen, warum die arbeitsmarktpolitischen Programme oder das „Persönliche Budget“ so wirkungslos für Menschen mit Behinderungen sind. Wir wissen doch alle, dass es Zielvorgaben und Budgets für Pflegestufen, medizinischen Leistungen oder die Hilfsmittelversorgung gibt und welche Probleme sich daraus für die Rehabilitation ergeben. Darüber wollen und „dürfen“ wir in der Öffentlichkeit nicht reden. Nicht etwa weil es falsch wäre das zu sagen sondern weil es die tatsächliche Realität und Praxis aufzeigen würde. Diese Überlegung weitergeführt hat natürlich zur Folge, dass im Staatenbericht vieles beschönigt wurde und nicht ganz der Wahrheit entspricht und auch der Aktionsplan vieles beschreibt, was zum Teil schon seit vielen Jahren stattfindet oder „Modellvorhaben“ sind. Abgesehen davon, welche tollen Erfahrungen die Behindertenverbände mit dem Aus-

laufen von Modellvorhaben und dem Ende von Projekten, in der Regel nach drei Jahren (z.B. Integrationsbetriebe, Kontaktstellen) machen konnten, ist der „neue Geist“ nicht zu spüren. Es geht nicht um Sonderrechte für Menschen mit Behinderung, sondern um Menschenrechte, die für alle Menschen ihre Gültigkeit haben.

„Mit dem NAP schafft die Bundesregierung ein Instrument, mit dem sie die Umsetzung UN- BRK in den nächsten 10 Jahren systematisch vorantreiben will“. Ein phantastischer Satz im NAP! Unserem Jubel folgt aber sofort die Ernüchterung. „Es ist Maßnahmenpaket - aber kein Gesetzespaket“ .

Genau das aber ist notwendig. Billiger geht es leider nicht. Bestehende Bundesgesetze und Verordnungen müssen systematisch auf erforderliche Änderungen aus den gesetzlichen Verpflichtungen der BRK überprüft und entsprechend geändert werden. Gleiches trifft auf die einzelnen Bundesländer bezüglich ihrer unterschiedlichen Regelungen in der Bildungspolitik, im Baurecht, im Heimrecht, im Gaststättenrecht usw. zu. Dieser große Mangel im NAP muss beseitigt werden. Dann ist es auch nicht möglich dass neue Gesetzentwürfe wie das Gesetz zum Busfernverkehrsreisen vorgelegt werden, indem keine zwingenden Regelungen zur „Barrierefreiheit“ verankert sind. Dann ist es auch nicht möglich, dass eine neue ICE- Zuggeneration Einzug halten soll, indem immer noch Reisende mit Behinderung benachteiligt werden und sogar ausgegrenzt werden können falls zu viele behinderte Interessenten reisen wollen.

Bei Forderungen für Veränderungen, die ja meist mit finanziellen Kennziffern belastet sind, hören wir immer das Hauptargument: „Die Veränderung beginnt in den Köpfen!“ Jawohl meine Damen und Herren in der Regierung, ich gebe das Argument zurück. Veränderungen beginnen zuerst in den Köpfen. Deshalb sollten sich alle Ministerien, Minister und Staatssekretäre ihre Gesetze ansehen und endlich alle Gesetzesverstöße hinsichtlich der Vorgaben der BRK beseitigen. Das darf aber nicht erst in den nächsten Jahren erfolgen, sondern ist umgehend zu erledigen. Wie möchte ich gleiche Rechte ermögli-

chen, wenn ich bestehendes Unrecht nicht aufheben will. Dieser Schritt ist doch Grundvoraussetzung für alle weiteren Vorhaben.

Das Wort „Inklusion“ ist sehr oft zu finden. In der Schule, im Alltagsleben und im Freizeitbereich. Es bleibt aber eine Worthülse, wenn es nicht mit Taten unteretzt wird. Eine der wichtigsten Voraussetzungen ist die Schaffung von umfassender Barrierefreiheit. Deshalb ist es wichtig, dass im NAP ein neues Konjunkturpaket „Schaffung von Barrierefreiheit“ mit konkreten finanziellen Jahresscheiben verankert wird. Und zwar in einer solchen Höhe, dass auch endlich die Teilhabe in allen Lebensbereichen möglich ist. Eine barrierefreie Schule erreichen wir nicht durch reden, sondern durch Handeln, durch Veränderung.

Das kostet Geld. Es sind also sehr wohl finanzielle Mittel notwendig und diese müssen im Bundeshaushalt verankert werden. Wird hier weiter gespart, so betreiben wir keine Inklusion, sondern lassen die behinderten Menschen im Regen stehen und grenzen weiterhin aus.

Generell meint der ABiD, dass ein Umsetzungsplan für das ganze Land und die gesamte Gesellschaft von Nöten ist. Eine Beschränkung auf die Aktivitätenaufzählung einzelner Bundesministerien und Ressorts bleibt hinter den Erfordernissen weit zurück. Zu Beginn wird zwar eine neue Gesamtsicht angezeigt, aber leider wird dieser Anspruch niemals erreicht. Zu vielen Einzelpunkten können noch eine Menge kritischer Fragen aufgeworfen werden, aber auch das würde am Gesamtbild nichts ändern. Deshalb und auch weil sicher viele Gutachter diese einzelnen Mängel aufzeigen werden, verzichte ich darauf.

Dem NAP fehlt insgesamt:

- Ein gesellschaftskonzeptionelles Leitbild (Wie sieht die Gesellschaft in 10 Jahren aus?)
- ein Aufbruchsstimmung verbreitender Grundgestus
- Mut zu Veränderungen.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)647

4. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011
Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Prof. Dr. Felix Welti, Kassel

Vorbemerkung

Maßstab meiner Stellungnahme ist, ob der Staatenbericht den Umsetzungsstand zur BRK angemessen beschreibt und ob der Aktionsplan geeignete Schritte zur weiteren Umsetzung benennt. Dabei kann der Umsetzungsprozess der BRK als Chance genutzt werden, systematische und praktische Schwächen des geltenden Rechts behinderter Menschen zu vermindern. Besonderes Gewicht sollten die gesetzgebenden Körperschaften dabei auf die in Wissenschaft und Praxis immer wieder konstatierte Kluft zwischen Gesetz und Verwaltungspraxis legen. Die Bundesregierung hat in der Denkschrift zur Ratifizierung der BRK dargelegt, dass die deutsche Rechtslage in Übereinstimmung mit der Behindertenrechtskonvention stehe. Dieser Einschätzung kann ich für die meisten Gebiete der BRK folgen. Es gibt jedoch deutliche Hinweise, dass zwar die deutsche Rechtslage, nicht jedoch die deutsche Rechtswirklichkeit den Zielen der BRK entspricht.

Aktionsplan und Staatenbericht befassen sich mit Fragen aus allen politischen Bereichen. Es wird daher dringend angeregt, dass sich alle Ausschüsse des Deutschen Bundestages mit den Fragen befassen, die sich in ihrem Bereich aus der BRK-Umsetzung ergeben.

Die Stellungnahme folgt im Weiteren der Gliederung der Ausschuss-Drucksachen.

Nationaler Aktionsplan – Drucksache 17(11)553**1. Einleitung - Bedeutung der Behindertenrechtskonvention**

Der Charakter der Behindertenrechtskonvention als verbindliches Bundesrecht muss gestärkt werden. Die internationalen Menschenrechtspakte – neben der BRK auch die EMRK, der Zivilpakt, der Sozialpakt, die Frauenrechtskonvention und die Kinderrechtskonvention – sind in der international eingebundenen Staatlichkeit der Bundesrepublik Deutschland verbindliche Konkretisierungen der deutschen

Grundrechte und sind entsprechend von Verwaltungen und Gerichten zur Anwendung und Auslegung des deutschen Rechts heranzuziehen. Dieses auf Art. 1 Abs. 2 GG zu stützende und vom BVerfG bestätigte (BVerfGE 111, 307) Verständnis der Menschenrechtspakte ist noch nicht bei allen Gerichten und Verwaltungen gleichermaßen angekommen. Der Deutsche Bundestag kann zur Relevanz der Behindertenrechtskonvention in Rechtsanwendung und Rechtsauslegung beitragen, indem er auf die Verknüpfung mit der BRK im Wortlaut und der Begründung von Gesetzen hinweist. Weiterhin könnte die Rolle der Menschenrechte in der Ausbildung insbesondere von Juristinnen und Juristen (Deutsches Richtergesetz) gestärkt werden. Die Bewusstseinsbildung nach Art. 8 BRK könnte auch in den bundesgesetzlich geregelten Anforderungen an die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeuten (Approbationsordnung) und von Kranken- und Altenpflege und anderen Gesundheitsberufen verankert werden.

2. Der neue Behindertenbericht

Es wird angeregt, die sich aus Art. 31 BRK ergebenden Anforderungen an eine regelmäßige aussagekräftige Berichterstattung zur Lebenssituation behinderter Menschen in § 66 SGB IX zu verankern. Es reicht nicht aus, den Auftrag für einen solchen Bericht an Hochschulen oder private Institute zu vergeben. Vielmehr ist es erforderlich, dass Verpflichtungen von Behörden in Bund, Länder und Kommunen zu einer aussagekräftigen Statistik gesetzlich festgeschrieben werden und von Seiten der zuständigen Ministerien und des Deutschen Bundestages mehr Wert auf aussagekräftige Berichte gelegt wird. Das geltende Recht enthält entsprechende Verpflichtungen, die bislang kaum eingehalten werden (z.B. § 15 Abs. 2 SGB IX: Verpflichtung der Rehabilitationsträger über die Einhaltung der gesetzlichen Fristen bei Bedarfsfeststellung und Zuständigkeitsklärung zu berichten).

3. Handlungsfelder

3.1. Arbeit und Beschäftigung

Unter dem Blickwinkel der BRK und der europäischen Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie 2000/78/EG ist es problematisch, dass die Regelungen zur Gleichstellung und Einbeziehung behinderter Menschen z.B. in §§ 80-83 SGB IX nur für schwerbehinderte Menschen gelten (BAG, NJW 2011, 2070). Weder die BRK noch das europäische Recht kennen die Kategorie „schwerbehindert“. Es wird angeregt, das Recht entsprechend anzupassen und für alle Regelungen des Schwerbehindertenrechts zu überprüfen, ob und wie sie auch „einfachbehinderten“ Menschen zu Gute kommen müssen oder können.

3.1.1. Beschäftigungspolitische Maßnahmen, Vermittlung und Beratung

Gesetzliche Aufträge zur Vermittlung und Beratung, zur Unterstützung von behinderten Beschäftigten und ihren Arbeitgebern haben nach dem SGB IX insbesondere die Gemeinsamen Servicestellen, die Rehabilitationsträger der Teilhabe am Arbeitsleben, die Integrationsämter und die Integrationsfachdienste. Bund, Länder und Rehabilitationsträger sollten sich über eine stärkere Bündelung dieser Kompetenzen und eine aufgabengerechte Ausstattung dieser Institutionen verständigen.

Auch wenn im öffentlichen Dienst die Beschäftigungsquote schwerbehinderter Menschen höher ist als in der privaten Wirtschaft, wird die Gesundheitsprüfung bei der Übernahme in ein Beamtenverhältnis vielfach diskriminierend gehandhabt (Vgl. BVerwG, Az. 2 B 79/08). Hier wäre eine Klarstellung im Beamtenrecht und im Verwaltungsverfahren angezeigt.

3.1.3. Berufliche Rehabilitation und Prävention

Insbesondere sollte die Unterstützung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, gerade in Klein- und Mittelbetrieben, neu geregelt werden. Diese ist gegenwärtig Aufgabe der Gemeinsamen Servicestellen und, nur soweit schwerbehinderte Beschäftigte betroffen sind, des Integrationsamtes (§ 84 Abs. 2 Satz 4 SGB IX). Die Gemeinsamen Servicestellen sind für diese Aufgabe nur ausnahmsweise angemessen ausgestattet. Es wird angeregt zu prüfen, ob die Integrationsämter insgesamt für diese Aufgabe zuständig werden sollten. Zur weiteren Verbreitung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements würde weiterhin beitragen, ein erzwingbares Mitbestimmungsrecht des Betriebsrates über die Einführung und Ausgestaltung des BEM festzuschreiben. In der öffentlichen Verwaltung besteht zum Teil die unzutreffende Auffassung, für Beamtinnen und Beamte gelte die Pflicht zum BEM nicht (OVG Sachsen-Anhalt v. 25.8.2010, JMBL LSA 2010, 225). Hier wäre eine gesetzliche Klarstellung in § 128 SGB IX angezeigt.

3.1.4. Werkstätten für behinderte Menschen

Die unter diesem Punkt beschriebene „Stärkung des personenzentrierten Ansatzes“ entspricht der gel-

tenden Rechtslage und kann durch Nutzung des Persönlichen Budgets erreicht werden. Voraussetzung wäre eine entsprechende Verwaltungspraxis der Bundesagentur für Arbeit und der Träger der Sozialhilfe (vgl. LSG Schleswig-Holstein, Az. L 3 AL 11/07). Hilfreich zur Durchsetzung eines Wahlrechts zwischen Fördermöglichkeiten innerhalb und außerhalb von WfbM wäre eine Neuordnung des Zugangs zur Rentenversicherung und der entsprechenden leistungsrechtlichen Regelungen, die allen behinderten Menschen eine angemessene Alterssicherung garantieren würde.

Ob die eingeschränkte Mitbestimmung von Werkstattträgern und die niedrige Bezahlung von Werkstattbeschäftigten mit Art. 27 BRK vereinbar sind, kann bezweifelt werden und ist zu überprüfen.

3.2. Bildung

3.2.1 Schule

Der Bundesgesetzgeber kann unmittelbar zu besseren Bedingungen für eine inklusive Schule beitragen. Die nötigen Unterstützungsmaßnahmen (Assistenz und Hilfsmittel) sind überwiegend in § 54 SGB XII als Teil der Eingliederungshilfe der Sozialhilfe geregelt und hier z.T. unter restriktiven Bedingungen geleistet. Eine rasche Verständigung zwischen Schulträger und Sozialhilfeträger über die Zuständigkeit findet nicht in allen Fällen statt. Der Bundesgesetzgeber könnte insoweit eine Vorleistungspflicht der Sozialhilfeträger festschreiben. Zum Schulbesuch nötige Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich werden nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur bis zum Ende der Schulpflicht von den Krankenkassen übernommen (BSG, SozR 4-2500 § 33 Nr. 6), aber nicht für die Sekundarstufe II. Zu erwägen wäre auch, alle zum Schulbesuch nötigen Leistungen den Trägern der Teilhabe am Arbeitsleben und damit einem vorrangigen Träger zuzuweisen.

3.2.2. Hochschule

Für die nötigen Hilfsmittel und Assistenzleistungen zum Besuch einer Hochschule durch behinderte Studierende gilt das unter 3.2.1. Gesagte. Bisher wird von den Trägern der Sozialhilfe ein Hochschulstudium oft als „nicht angemessen“ bewertet, z.B. weil bereits eine Berufsausbildung absolviert wurde oder weil ein Bachelor-Studium als ausreichend angesehen wird (vgl. SG Düsseldorf v. 28.7.2010, S 17 SO 123/10). Diese Verwaltungspraxis ist mit dem Ziel gleichberechtigten Zugangs zur Bildung unvereinbar. Eine Zuordnung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wäre sinnvoll. Diese Fragen sind bislang bei den Beratungen über die Reform der Eingliederungshilfe nicht aufgegriffen worden.

Im BAföG fehlt eine Regelung über behinderungsbedingten Mehrbedarf. Die Orientierung der Hochschulen an einer möglichst kurzen Studiendauer, die auch vom Bund durch die Regelungen z.B. des Hochschulpaktes gefördert wird, steht angemessenen Studienbedingungen behinderter Studierender oftmals entgegen.

3.3. Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege

Der Zugang behinderter Menschen zur privaten Krankenversicherung ist trotz § 19 AGG noch nicht adäquat gesichert (OLG Karlsruhe v. 27.5.2010, NJW 2010, 2668).

3.3.1. Prävention und Gesundheitsversorgung

Der barrierefreie Zugang zu Arztpraxen und anderen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung ist bereits nach § 17 SGB I und § 2a SGB V im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Qualitätsmaßstäbe des G-BA und die Gesamtverträge auf Landesebene umzusetzen. Bund und Länder nutzen ihre insoweit bestehenden Möglichkeiten des Aufsichtsrechts bislang nicht. Gesetzliche Klarstellungen, auch zur Kostentragung, wären möglich.

Im Bereich der Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich bestehen erhebliche Probleme der Rechtsklarheit, Unterversorgung und des nicht rechtskonformen Verwaltungsvollzugs, z.B. bei der Umsetzung der Rechtsprechung zu den Festbeträgen für Hörgeräte (BSGE 105, 170). Nach wie vor werden die Festbeträge von Krankenkassen missbraucht, um die Versorgung nicht bedarfsgerecht auszugestalten. Aufsichtsrechtliche Maßnahmen und eine Klarstellung des Leistungsrechts und der Zuständigkeiten sind geboten. Das in Rechtsprechung und Verwaltungspraxis entwickelte restriktive Verständnis von Grundbedürfnissen i.S. von § 33 SGB V und § 31 SGB IX führt dazu, dass die Hilfsmittel vielfach das Ziel gleichberechtigter Teilhabe nicht erreichen.

Die Beteiligung der Verbände behinderter Menschen im Sinne von Art. 4 Abs. 3 BRK in den Gremien der Krankenkassen und Pflegekassen sowie ihrer Verbände auf Landesebene und des GKV-Spitzenverbandes ist bislang nicht geregelt. Die Selbstverwaltung sollte entsprechend weiterentwickelt werden.

3.3.2. Rehabilitation und Teilhabe

Bemerkenswert ist, dass die seit zehn Jahren geltende Rechtslage, dass eine trägerübergreifende Unterstützung und Beratung vor Ort für alle geleistet wird (Gemeinsame Servicestellen, § 22 SGB IX) im Nationalen Aktionsplan nur als „Vision aus der Zivilgesellschaft“ angesehen wird. Eine Reflektion der Steuerungsdefizite im Bereich des SGB IX ist erforderlich. Es wird empfohlen, die Verantwortung der Länder zur Steuerung der regionalen trägerübergreifenden Infrastrukturentwicklung und Verwaltungspraxis durch eine Klarstellung im Gesetz zu stärken und verbindlich zu fordern.

Die Bundesgesetzgebung hat durch die Schaffung der Doppelstruktur „Pflegestützpunkte“ allerdings selbst das Ziel der Unterstützung und Beratung vor Ort für alle nicht erleichtert. Hier sind allerdings Implementationsprozesse auf Landesebene in Gang gekommen, die es zu nutzen gilt.

Es besteht nach dem Stand der Beratungen die Gefahr, dass die Einheitlichkeit und Übersichtlichkeit des Rehabilitationsrechts bei der Reform der Ein-

gliederungshilfe durch weitere trägerspezifische Sonderregelungen beeinträchtigt wird. Der Bundesgesetzgeber hat es in der Hand, dies zu verhindern und z.B. durch einen umfassenden Verweis auf das Leistungs- und Verfahrensrecht des SGB IX im SGB XII eine einheitliche Praxis zu stärken. Dies gilt auch für das bereits in § 10 SGB IX geregelte Verfahren der Teilhabeplanung, das in der Praxis von vielen Rehabilitationsträgern nicht angewandt wird.

3.3.3. Pflege

Auch die Pflegeversicherung sollte in das gemeinsame Verfahrens- und Leistungsrecht des SGB IX einbezogen werden. Für die Ausgrenzung des Bedarfs pflegebedürftiger behinderter Menschen aus dem SGB IX gibt es keinen sachlichen Grund. Die bisherigen Regelungen zur Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ haben sich als unzureichend erwiesen. Die Pflegekassen müssen zur Wirksamkeit dieser Regelungen mit eigenen Organen der Selbstverwaltung ausgestattet werden, die das Interesse der Pflegekassen schützen.

3.4. Kinder, Jugendliche, Familie und Partnerschaft

3.4.1. Kinder und Jugendliche

Die Umsetzungsprobleme für die Komplexleistung Frühförderung sind durch verbindliche Vorgaben für koordinierende und konfliktlösende Strukturen auf Landesebene anzugehen. Sollte die „große Lösung“ (Zuständigkeit nach dem SGB VIII für alle Leistungen für behinderte Kinder und Jugendliche) präferiert werden, gilt es, das Verständnis der Kinder- und Jugendhilfeträger als Rehabilitationsträger zu stärken. Die Verfahrens- und Leistungsnormen des SGB IX sind dort zurzeit noch weniger bekannt als bei den Trägern der Sozialhilfe. Für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sollte eine einheitliche Leistungsträgerschaft bei der Rentenversicherung erwogen werden.

3.4.2. Mütter und Väter

Für behinderte Mütter und Väter oder Mütter und Väter mit behinderten Kindern sind die Leistungen der Krankenkassen nach §§ 24, 41 SGB V („Mütterkuren“) besonders wichtig. Es gibt Hinweise, dass viele Krankenkassen in diesem Bereich nicht rechtskonform verfahren und z.B. auf ambulante Leistungen verweisen, die in diesem Bereich weder vorrangig noch vorhanden sind. Hier wie in anderen Bereichen zeigt sich, dass die vom Bundesgesetzgeber präferierten Steuerungsmechanismen (Kassenwettbewerb zur Vermeidung eines Zusatzbeitrags) zu Lasten behinderter und chronisch kranker Versicherter gehen.

3.7. Bauen und Wohnen

3.7.1. Barrierefrei bauen

Im Behindertengleichstellungsrecht und Baurecht von Bund und Ländern sind umfangreiche Pflichten zur Barrierefreiheit bei Neubauten und größeren Umbauten öffentlicher Gebäude verankert. Es fehlt

jedoch – außer im Bereich der Sozialleistungen, § 17 SGB I – an Umbauverpflichtungen für alten Baubestand. Weiterhin fehlt eine Evaluation des erreichten Stands der Zugänglichkeit. Ob die Zugänglichkeit öffentlicher Gebäude bereits eine „generelle Tatsache“ ist, wie es das Bundessozialgericht meint, kann bezweifelt werden.

3.7.2. Wohnen

Das unter 3.7.1. Gesagte gilt auch für Wohngebäude.

3.8. Mobilität

Die Schwerpunktsetzung im NAP auf die Barrierefreiheit öffentlicher Verkehrsmittel ist nachvollziehbar. Darüber darf jedoch nicht vernachlässigt werden, dass Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich für viele behinderte Menschen eine notwendige Voraussetzung der Mobilität sind. Die in der Rechtsprechung vorgenommene Konkretisierung des „Grundbedürfnisses Mobilität“ auf einen „Nahbereich“ von ca. 2-3 km, den sich „der Gesunde zu Fuß“ erschließt, erscheint der modernen Lebensrealität nicht angemessen und hat z.B. zum Ausschluss von Hilfsmitteln geführt, die die Funktion eines Fahrrads ersetzen (BSG, SozR 4-2500 § 33 Nr. 25) oder zum Einsteigen in ein Auto dienen (BSGE 98, 213). Angesichts der verfestigten Rechtsprechung könnte eine gesetzliche Neuregelung angezeigt sein.

3.10 Gesellschaftliche und politische Teilhabe

3.10.1. Antidiskriminierung und Gleichstellung

Die angekündigte Evaluation der Regelungen von AGG und BGG für behinderte Menschen ist zu begrüßen. Sie sollte – in Verbindung mit der Neuausrichtung der Behindertenberichterstattung – die tatsächlichen Rechtswirkungen untersuchen. Dabei ist z.B. zu fragen, ob das Instrument der Zielvereinbarung zur Herstellung von Barrierefreiheit im privatwirtschaftlichen Sektor hinreichende Wirkung entfalten kann und welche Veränderungen in der inneren Struktur von Behörden nötig sind, um diskriminierungsfreies Handeln und Zugänglichkeit durchzusetzen.

3.10.2. Anerkennung einer Behinderung

Das richtige Anliegen erscheint im NAP an systematisch unerwarteter Stelle. Die Frage der Qualität der Begutachtung ist nicht auf das Verfahren nach § 69 SGB IX zu reduzieren, sondern umfasst alle in § 14 Abs. 5 SGB IX und § 18 SGB XI geregelten Begutachtungsverfahren der Rehabilitationsträger und Pflegekassen. Zur Problematik gehört, dass bislang keine trägerübergreifenden Standards bestehen und somit auch unnötige Mehrfachbegutachtungen nicht vermieden werden.

3.11.2. Zugang zur Justiz

In den einschlägigen Regelungen ist der barrierefreie Zugang geistig behinderter Menschen zur Justiz bislang nicht hinreichend berücksichtigt.

Staatenbericht – Ausschussdrucksache 17(11)602

Art. 4 Allgemeine Verpflichtungen

(1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern. Zu diesem Zweck verpflichten sich die Vertragsstaaten,

a) alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen zur Umsetzung der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu treffen; (...)

Die Verpflichtungen aus der BRK können Rechtsänderungen und Änderungen der Rechtsanwendung und Rechtauslegung umfassen. Sie sprechen alle staatlichen Gewalten an. Da in Art. 3 Abs. 2 Satz 2 GG seit 1994 das Benachteiligungsverbot wegen einer Behinderung festgeschrieben ist und der Bundesgesetzgeber durch das SGB IX (2001), BGG (2002) und AGG (2006) umfangreiche Bemühungen unternommen hat, ist die BRK wesentlich eine Auslegungshilfe für die verfassungsrechtliche und die einfachrechtlichen Pflichten, die es bereits im deutschen Recht gibt. Sie kann damit zugleich ein Maßstab sein, an dem die Erfüllung dieser Normen des deutschen Rechts gemessen wird. Diese Ansatzpunkte im deutschen Recht zeigen, dass eine Diskussion über die unmittelbaren Wirkungen von Völkerrecht bei richtigem Verständnis des deutschen Rechts vielfach zweitrangig ist.

d) Handlungen oder Praktiken, die mit diesem Übereinkommen unvereinbar sind, zu unterlassen und dafür zu sorgen, dass die staatlichen Behörden und öffentlichen Einrichtungen im Einklang mit diesem Übereinkommen handeln; (...)

Die BRK bindet den Bund in seinem eigenen Handeln, aber auch im Verhältnis zu den anderen Ebenen staatlichen Handelns, wie Ländern, Gemeinden, Gemeindeverbänden und Sozialversicherungsträgern. Insoweit hat der Bund als durch das Völkerrecht unmittelbar verpflichtete Ebene seine Befugnisse etwa zur Rechtsaufsicht über Sozialversicherungsträger (§§ 87 ff. SGB IV) oder zu verfassungsgerichtlichen Klagen gegen Länder (abstrakte Normenkontrolle) zu nutzen, wenn anders eine konventions- und verfassungskonforme Rechtsetzung und Rechtsanwendung nicht herzustellen ist.

e) alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung aufgrund von Behinderung durch Personen, Organisationen oder private Unternehmen zu ergreifen; (...)

Die Konvention wendet sich auch gegen Diskriminierung im Zivilrecht, z.B. Arbeitsrecht, Mietrecht und Verbraucherschutz. Die insoweit geltenden Regelungen insbesondere des AGG und SGB IX – Teil 2 sind insoweit im Grundsatz als notwendig bestätigt. Ihre Effektivität muss verstärkt überprüft werden, um zu sehen, ob andere geeignete Maßnahmen erforderlich sind. Hier sind insbesondere Barrieren im Zugang zum Recht zu überprüfen und als Abhilfe z.B. weitere Verbandsklagerechte im Zivilrecht zu diskutieren. Kritisch ist zu überprüfen, ob

das Konzept der Zielvereinbarungen der Verbände behinderter Menschen mit Unternehmen in § 5 BGG geeignet ist, seine Ziele zu erreichen. Hierfür sind bislang kaum positive Beispiele bekannt.

(2) Hinsichtlich der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte verpflichtet sich jeder Vertragsstaat unter Ausschöpfung aller verfügbaren Mittel und erforderlichenfalls im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit Maßnahmen zu treffen, um nach und nach die volle Verwirklichung dieser Rechte zu erreichen, unbeschadet derjenigen Verpflichtungen aus diesem Übereinkommen, die nach dem Völkerrecht sofort anwendbar sind.

Die Vorschrift belegt, dass Teile der BRK sofort anwendbar sind. Solche unmittelbar und sofort anwendbaren Rechte sind insbesondere diejenigen, die einen starken Bezug zum Diskriminierungsverbot haben. Dies kann auch im wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Bereich gelten. Zu Recht werden insofern insbesondere Art. 19 BRK (Selbstbestimmte Lebensführung), Art. 24 BRK (kein Ausschluss von der Regelschule) und Art. 25 BRK (gleicher Zugang zur Gesundheitsleistungen) genannt.

Im Übrigen statuiert die BRK auch für weiter gehende wirtschaftliche, soziale und kulturelle ein soziales Rückschrittsverbot. Dies ist angesichts von Diskussionen über Einsparungen im sozialen Bereich wesentlich.

(3) Bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, führen die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern mit Behinderungen, über die sie vertretenden Organisationen enge Konsultationen und beziehen sie aktiv ein.

Für die gesetzgebenden Körperschaften, insbesondere den Deutschen Bundestag, bedeutet diese Regelung, dass die Organisationen der Menschen mit Behinderungen im Gesetzgebungsverfahren frühzeitig und umfassend zu konsultieren sind. Dies ist notwendiger Minderheitenschutz, da die Auswirkungen von Gesetzgebung auf behinderte Menschen oft andere sind als auf andere Menschen.

Zu Recht hat die Bundesregierung darauf hingewiesen, dass eine Fülle von bereits bestehenden Rechtsvorschriften – wie etwa SGB IX, BGG und AGG – der Durchführung der Ziele der BRK dienen oder dienen können. Daher sind im Vollzug dieser Gesetze die Organisationen behinderter Menschen organisiert zu konsultieren. Für das SGB IX ist dies bislang nur für die schmalen Bereiche der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (§ 13 Abs. 6 SGB IX), der Planung der Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation (§ 19 Abs. 1 SGB IX) und im Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 140f SGB V) geregelt. Dabei ist zu beachten, dass die Beteiligungsregelungen im SGB IX praktisch kaum beachtet werden.

Für den Verwaltungsvollzug der Rehabilitationsträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger,

Bundesagentur für Arbeit, Unfallversicherungsträger, Träger der Sozialhilfe, Träger der Kinder- und Jugendhilfe, Versorgungsverwaltung) sowie für die Integrationsämter ist eine obligatorische Konsultation der Organisationen behinderter Menschen – z.B. beratend in den Organen der Selbstverwaltung – nicht vorgeschrieben.

Das BGG betrifft den Verwaltungsvollzug aller Bundesbehörden. Die dort verankerten Vorschriften zur Barrierefreiheit (Zugänglichkeit, Art. 9 BRK) werden vielfach aus Unkenntnis der Vorschriften und ihres Inhalts missachtet, z.B. im Hinblick auf Bauten, barrierefreie Vordrucke, Bescheide, Verwaltungsgebäude und Internetauftritte (§§ 8-11 BGG). Die obligatorische Konsultation der Organisationen behinderter Menschen wäre ein Mittel, um den Vorschriften des BGG zur Durchsetzung zu verhelfen. Der Bund ist insofern im Hinblick auf die innere Struktur und die Abläufe aller seiner Behörden gefordert.

(5) Die Bestimmungen dieses Übereinkommens gelten ohne Einschränkung und Ausnahme für alle Teile eines Bundesstaats.

Dieser völkerrechtlichen Verpflichtung des Bundes entsprechen das Gebot der Bindung der Länder an die Bundestreue und der Länder und Gemeinden an Grundrechte, Recht und Gesetz. Der Bund hat hierauf, notfalls mit den Mitteln der Aufsicht oder Klage, hinzuweisen und den Bestimmungen der BRK zur Durchsetzung zu verhelfen.

Art. 9 Zugänglichkeit

(1) Um Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen mit dem Ziel, für Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien und –systemen, sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, zu gewährleisten.

Diese Maßnahmen, welche die Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen und –barrieren einschließen, gelten unter anderem für

- a) Gebäude, Straßen, Transportmittel sowie andere Einrichtungen in Gebäuden und im Freien, einschließlich Schulen, Wohnhäusern, medizinischer Einrichtungen und Arbeitsstätten;
- b) Informations-, Kommunikations- und anderer Dienste, einschließlich elektronischer Dienste und Notdienste.

(2) Die Vertragsstaaten treffen außerdem geeignete Maßnahmen

- a) um Mindeststandards und Leitlinien für die Zugänglichkeit von Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, auszuarbeiten und zu erlassen und ihre Anwendung zu überwachen;

b) um sicherzustellen, dass private Rechtsträger, die Einrichtungen und Dienste, die der Öffentlichkeit offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, anbieten, alle Aspekte der Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen berücksichtigen; (...)

Die Regelungen der BRK zur Zugänglichkeit folgen einem umfassenderen Konzept als das Behindertengleichstellungsgesetz des Bundes und die entsprechenden Gesetze der Länder. Während die Regelungen des deutschen Rechts bisher umfassend alleine die Träger der öffentlichen Verwaltung umfassend an die Barrierefreiheit binden, stellt die BRK konsequent darauf ab, ob Einrichtungen oder Dienste der Öffentlichkeit offenstehen oder für sie bereitgestellt werden. Entsprechend gelten umfassende Anforderungen auch für private Transportmittel, Wohnhäuser, medizinische Einrichtungen und Arbeitsstätten. Das deutsche Recht – hier insbesondere Arbeitsstättenrecht, Bauordnungsrecht, Personenbeförderungs- und Eisenbahnrecht, Krankenhausrecht, Sozialrecht – ist insofern darauf zu überprüfen, ob der umfassende Zugänglichkeitsmaßstab von Art. 9 BRK auch im Verhältnis zu privaten Rechtsträgern erreicht wird und ob bestehende Regelungen effektiv durchgesetzt werden. Weder Aufsichtsbehörden noch Verbandsklagen oder Zielvereinbarungen scheinen bisher die bereits feststehenden Ziele des deutschen Rechts erreicht zu haben. Insofern fehlt allerdings auch eine aussagekräftige Bestandsaufnahme. Die Bundesregierung hat insoweit ihre Berichtspflicht nach § 66 SGB IX bislang kaum erfüllt.

Artikel 19 Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft

Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass

- a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
- b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten 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;
- c) gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.

Zu Recht wird in zahlreichen Stellungnahmen angenommen, dass die Regelung in § 13 Abs. 1 Satz 3-6 SGB XII, wonach der Vorrang ambulanter Leistungen vor stationären Leistungen von Trägern der Sozialhilfe nicht gilt, wenn ambulante Leistungen „unverhältnismäßige Mehrkosten“ verursachen, mit Art. 19 BRK nur schwerlich vereinbar ist. § 13 SGB XII könnte konventionskonform so angewandt und ausgelegt werden, dass eine stationäre Leistung gegen den Willen eines behinderten Menschen immer unzumutbar ist und daher ein Kostenvergleich nicht stattfindet. Der Anwendungsbereich des Kostenvergleichs wäre dann auf behinderte Menschen beschränkt, die keinen Wunsch artikulieren. Problematisch ist jedoch, dass der Bund ein solches einheitliches Verständnis des SGB XII bei den örtlichen und überörtlichen Trägern kaum herstellen kann. Zudem wird das inklusive Prinzip von Art. 19 BRK auch dann nicht bestmöglich erreicht, wenn behinderte Menschen in besonderen Wohnformen leben, soweit sie nicht ausdrücklich einen abweichenden Wunsch artikulieren.

Im Hinblick auf den Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten und persönlicher Assistenz ist zu beachten, dass eine hinreichende Infrastruktur in vielen Regionen Deutschlands nicht vorhanden ist. Verantwortlich wären die Rehabilitationsträger gemeinsam, die ihrer in § 19 Abs. 1 SGB IX festgeschriebenen Planungs- und Gewährleistungsverantwortung jedoch bislang nicht nachkommen. Erforderlich wäre, durch bundes- und landesgesetzliche Regelungen diese Verantwortung hinreichend zu konkretisieren. So müssten die Träger der Sozialhilfe zu einer entsprechenden Bedarfsplanung – entsprechend der Regelung im Kinder- und Jugendhilferecht in § 80 SGB VIII – verpflichtet werden.

Diese im Kontext von Art. 19 BRK entstehenden Fragen sind bislang nicht vertieft Gegenstand der Diskussionen der Bund-/Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Eingliederungshilfe gewesen.

Artikel 20 Persönliche Mobilität

Die Vertragsstaaten treffen wirksame Maßnahmen, um für Menschen mit Behinderungen persönliche Mobilität mit größtmöglicher Unabhängigkeit sicherzustellen, indem sie unter anderem

- a) die persönliche Mobilität von Menschen mit Behinderungen in der Art und Weise und zum Zeitpunkt ihrer Wahl und zu erschwinglichen Kosten erleichtern;
- b) den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu hochwertigen Mobilitätshilfen, Geräten, unterstützenden Technologien und menschlicher und tierischer Hilfe sowie Mittelspersonen erleichtern, auch durch deren Bereitstellung zu erschwinglichen Kosten; (...)

Die persönliche Mobilität in Deutschland ist durch die fehlende Zugänglichkeit des öffentlichen Verkehrsraums und der öffentlichen Verkehrsmittel vielfach beeinträchtigt (vgl. Art. 9). Die persönliche Mobilität kann auch durch Hilfsmittel wie z.B. Rollstühle erleichtert werden. Häufigster Leistungsträger für solche Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich

ist nach § 33 SGB V, § 31 SGB IX die gesetzliche Krankenkasse.

Nach der gesetzlichen Regelung sollen Hilfsmittel den Behinderungsausgleich bei „Grundbedürfnissen des täglichen Lebens“ erreichen. Nach der herrschenden Anwendung und Auslegung des Rechts, auch durch das Bundessozialgericht, wird darunter eine Mobilität verstanden, deren Radius derjenigen eines „Gesunden zu Fuß“ entspricht. Mit dieser Begründung werden etwa Einsteigegehilfen in das Auto oder Rollstuhl-Fahrrad-Kombinationen, die eine Teilnahme an Fahrradtouren ermöglichen, nicht geleistet. Für entsprechende Mobilitätshilfen werden Leistungsberechtigte daher mit hohen Kosten belastet, sie sind nicht immer erschwinglich.

Eine mit der BRK besser in Einklang zu bringende Rechtsauslegung durch die Gerichte, Krankenkassen und weiteren Rehabilitationsträger wäre möglich. Eine gesetzliche Klarstellung könnte das Ziel schneller und eindeutiger erreichen.

Artikel 24 Bildung

- (1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung. Um dieses Recht ohne Diskriminierung und auf der Grundlage der Chancengleichheit zu verwirklichen, gewährleisten die Vertragsstaaten ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen und lebenslanges Lernen mit dem Ziel,**
 - a) die menschlichen Möglichkeiten sowie das Bewusstsein der Würde und das Selbstwertgefühl des Menschen voll zur Entfaltung zu bringen und die Achtung vor den Menschenrechten, den Grundfreiheiten und der menschlichen Vielfalt zu stärken;
 - b) Menschen mit Behinderungen ihre Persönlichkeit, ihre Begabungen und ihre Kreativität sowie ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll zur Entfaltung bringen zu lassen;
 - c) Menschen mit Behinderungen zur wirklichen Teilhabe an einer freien Gesellschaft zu befähigen.
- (2) Bei der Verwirklichung dieses Rechts stellen die Vertragsstaaten sicher, dass von Behinderung vom unentgeltlichen und obligatorischen Grundschulunterricht oder vom Besuch weiterführender Schulen ausgeschlossen werden;**
 - b) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen in der Gemeinschaft, in der sie leben, Zugang zu einem integrativen, hochwertigen und unentgeltlichen Unterricht an Grundschulen und weiterführenden Schulen haben;
 - c) angemessene Vorkehrungen für die Bedürfnisse des Einzelnen getroffen werden;
 - d) Menschen mit Behinderungen innerhalb des allgemeinen Bildungssystems die notwendige Unterstützung geleistet wird, um ihre erfolgreiche Bildung zu erleichtern;
 - e) in Übereinstimmung mit dem Ziel der vollständigen Integration wirksame individuell angepasste Unterstützungsmaßnahmen in einem Umfeld, das die bestmögliche schulische und

soziale Entwicklung gestattet, angeboten werden. (...)

Die Regelung wird zu Recht so verstanden, dass das Recht auf inklusive Schulbildung an Regelschulen erheblich gestärkt worden ist. Verantwortlich sind insoweit in Gesetzgebung und Verwaltungsvollzug die Länder. Der Bund sollte jedoch innerstaatlich und international klarstellen, dass die Rechtsprechung einiger Oberverwaltungsgerichte zur Nicht-Anwendbarkeit der BRK nicht der Auffassung des Bundes über die völkerrechtlichen Verpflichtungen der Bundesrepublik Deutschland entspricht.

Für angemessene Vorkehrungen und individuell angepasste Unterstützungsmaßnahmen können neben den Schulen auch Sozialleistungsträger verantwortlich sein. Nach der Rechtsprechung und Verwaltungspraxis zum Krankenversicherungsrecht (§ 33 SGB V, § 31 SGB IX) sind Hilfsmittel zum Schulbesuch wie z.B. Lesegeräte für sehbehinderte Schülerinnen und Schüler nur bis zum Ende der Schulpflicht Ausgleich eines Grundbedürfnisses. Als einziger Leistungsträger für Hilfsmittel zum weitergehenden Schulbesuch stehen daher im Regelfall nur die Träger der Sozialhilfe zur Verfügung. Diese Rechtslage bedarf der Überprüfung.

- (5) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit Anderen Zugang zu allgemeiner Hochschulbildung, Berufsausbildung, Erwachsenenbildung und lebenslangem Lernen haben. Zu diesem Zweck stellen die Vertragsstaaten sicher, dass für Menschen mit Behinderungen angemessene Vorkehrungen getroffen werden.**

Der gleichberechtigte Zugang behinderter Menschen zur Hochschulbildung wird beeinträchtigt durch mangelnde bauliche und kommunikative Zugänglichkeit der Hochschulen, durch fehlende angemessene Vorkehrungen im Hinblick auf Prüfungsgestaltung, Studienbedingungen und Studiendauer. Diese Fragen liegen in der Kompetenz der Länder und der Hochschulen selbst.

Für angemessene Vorkehrungen und individuell angepasste Unterstützungsmaßnahmen können neben den Hochschulen auch Sozialleistungsträger verantwortlich sein. Nach der Rechtsprechung und Verwaltungspraxis zum Krankenversicherungsrecht (§ 33 SGB V, § 31 SGB IX) sind Hilfsmittel zum Studium wie z.B. Lesegeräte für sehbehinderte Studierende kein Ausgleich eines Grundbedürfnisses. Als einziger Leistungsträger für Hilfsmittel und Assistenzleistungen zum Studium stehen im Regelfall nur die Träger der Sozialhilfe zur Verfügung, die dieser Aufgabe sehr unterschiedlich und mit unterschiedlich nachkommen. Diese Rechtslage bedarf dringend der Überprüfung. Eine systemgerechtere Zuordnung wäre möglich, wenn Leistungen zur Unterstützung eines Studiums als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeordnet würden. Sie wären dann im Regelfall in der Leistungspflicht der Bundesagentur für Arbeit.

Artikel 25 Gesundheit

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;

Die Regelung in Art. 25 BRK besagt, dass die Gesundheitsleistungen so zugänglich auszugestalten sind, dass sie in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung stehen müssen wie für andere Menschen. Das bedeutet, dass die Freiheit der Arztwahl und der Zugang zur gesamten Versorgung gleichwertig gegeben sein müssen. Die bisher schlecht entwickelte bauliche Barrierefreiheit von Arztpraxen und anderen Orten gesundheitlicher Versorgung sowie die kommunikative Barrierefreiheit sind herzustellen. Verantwortlich sind hierfür die Krankenkassen und Leistungserbringer, die in Verträgen und untergesetzlichen Normen die Regeln für die Qualität und Gewährleistung der Versorgung aufstellen. Sie sind insoweit durch § 2a SGB V verpflichtet, die besonderen Belange behinderter und chronisch kranker Versicherter zu beachten. Auch § 17 Abs. 2 SGB I verpflichtet die Sozialleistungsträger zur Sicherstellung der Barrierefreiheit. Der mangelnde Vollzug dieser Regelungen ist auch durch die Rechtsaufsicht des BMG über den G-BA sowie von Bund und Ländern über die Krankenkassen zu verändern.

Bei der Struktur und Finanzierung des Gesundheitswesens ist darauf zu achten, dass nicht Anreize zur Risikoselektion zu Lasten behinderter und chronisch kranker Menschen gesetzt werden, die den gleichen Zugang faktisch verhindern. Dies ist bislang weder beim Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen noch im Verhältnis der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung noch beim Wettbewerb der Leistungserbringer offensichtlich gelungen. Ob der Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen überhaupt positive Folgen gehabt hat, ist bislang nie evaluiert, sondern nur behauptet worden. Dass er nachteilige Folgen für die Versorgung behinderter Versicherter gehabt hat, kann mit guten Gründen vermutet werden. Diese These bedürfte jedoch ebenfalls einer vertieften Untersuchung. Auch die Finanzierung der Krankenhäuser durch Fallpauschalen kann zu negativen Folgen für behinderte Patienten führen.

b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Frühförderung und Frühintervention, sowie Leistun-

gen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen; (...)

Leistungen des Gesundheitswesens, die speziell wegen der Behinderung benötigt werden, werden in der Gesundheitspolitik von Bund und Ländern oft nachrangig im Verhältnis zu rein kurativer Medizin behandelt. Als „medizinische Rehabilitation“ werden sie medizinischen Kriterien und medizinischer Dominanz unterworfen, während die BRK auch in Art. 25 BRK den offeneren Begriff der „gesundheitlichen Rehabilitation“ benutzt.

Die Frühförderung und Früherkennung für behinderte Kinder (§ 30 SGB IX) soll nach dem Gesetz und der Frühförderungsverordnung als Komplexleistung aus medizinischer Rehabilitation und heilpädagogischen Leistungen erbracht werden. In der Versorgungswirklichkeit wird dies durch Zuständigkeitsstreit zwischen Krankenkassen und Trägern der Sozialhilfe sowie durch fehlende Infrastruktur beeinträchtigt.

Die Rehabilitation älterer Menschen, insbesondere im Hinblick auf drohende oder eingetretene Pflegebedürftigkeit, wird von den Krankenkassen regelmäßig vernachlässigt. Die gesetzlich gesetzten Anreize zur Kostenverschiebung aus dem Bereich der Krankenkasse in denjenigen der Pflegekasse setzen sich insofern gegen den konsequenten Vollzug entsprechender Rechtsnormen (§ 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI, §§ 31, 32 SGB XI, § 8 Abs. 3 SGB IX, § 40 SGB V) durch. Dazu trägt auch bei, dass bislang die Pflegekasse nicht als Rehabilitationsträger in das SGB IX einbezogen worden ist und die Pflegekassen keine eigene Zuständigkeit für Rehabilitation haben.

d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen ange-deihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;

Entsprechende Verpflichtungen sind bislang im Berufsrecht der Ärztinnen und Ärzte, der Pflegeberufe und der sonstigen Gesundheitsfachberufe nicht enthalten. Die bundesgesetzlich geregelten Ausbildungsinhalte nach der Approbationsordnung für Ärzte, dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz und anderen Heilberufegesetzen müssten entsprechend überarbeitet werden.

Im Hinblick auf die Weiterbildung sind die ärztliche Selbstverwaltung und der Gesetzgeber in den Ländern gefragt. Daneben könnten entsprechende Pflichten auch in den Vorschriften zur Qualitätssicherung in der Krankenversicherung und im Leistungserbringungsrecht der Rehabilitation (§§ 20, 21 SGB IX) verankert werden.

e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der

Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten; (...)

Es ist zu überprüfen, ob das entsprechende Verbot in § 19AGG dem Maßstab von Art. 25 BRK entspricht. Nach der deutschen Vorschrift in § 20 Abs. 2 AGG sind Benachteiligungen, die auf versicherungsmathematisch und statistisch begründbarer Risikoerhöhung beruhen, zulässig. Zudem hat die Rechtsprechung die Anforderungen an den Beweis eines solchen Risikos niedrig angesetzt.

Artikel 26 Habilitation und Rehabilitation

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme

a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;

b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.

Art. 26 BRK bestätigt, dass Rehabilitation ein eigenständiger Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens ist, der im Interesse der Rechte behinderter Menschen nicht unter die Regelungen der Krankenversorgung, Pflege oder Arbeitsmarktförderung subsumiert werden kann. Insofern wird der eigenständige Ansatz des SGB IX bestätigt. Dies gilt umso mehr, da die in art. 26 BRK beschriebenen Ziele der Unabhängigkeit (bzw. Selbstbestimmung), Einbeziehung (bzw. Inklusion) und Teilhabe den Zielen des SGB IX entsprechen.

Der Hinweis auf die Unterstützung durch andere behinderte Menschen bekräftigt die Bedeutung der organisierten Selbsthilfe für die Ausgestaltung des Beratungs- und Leistungsangebots. Dies ist im SGB IX in Bezug auf die Servicestellen in § 22 Abs. 1 SGB IX und in Bezug auf die Selbsthilfe als Leistungsbestandteil in § 29 SGB IX angelegt. Diese Vorschriften haben jedoch noch keine zentrale Bedeutung erlangt. In der beruflichen und sozialen Rehabilitation steht die Einbeziehung der organisierten Selbsthilfe in die Leistungen noch ganz am Anfang.

Die Gewährleistungsverantwortung für umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste ist im deutschen Recht durch § 19 Abs. 1 SGB IX den Rehabilitationsträgern gemeinsam übertragen. Diese kommen dieser jedoch nicht systematisch und koordiniert nach. Entsprechende Arbeitsgemeinschaften auf regionaler Ebene (§ 12 Abs. 2 SGB IX) bestehen nicht. Die Gewährleistungsverantwortung bedarf einer klaren gesetzlichen Zuordnung. Hierüber sollten sich aus Kompetenzgründen Bund und Länder verständigen und klare gesetzliche Regelungen schaffen.

Die multidisziplinäre Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken sollte nach den Vorschriften in §§ 10 Abs. 1, 14 Abs. 5 SGB IX Grundlage der Bedarfsfeststellung sein. Allerdings könnten gesetzlich in § 14 Abs. 5 SGB IX die Schwerpunktsetzung auf sozialmedizinische und psychologische Begutachtung relativiert und der Verweis auf die Gesundheitsämter in § 58 SGB XII sowie den MDK in § 275 SGB V gestrichen werden. Stattdessen wären der Bezug auf die teilhabeorientierte ICF konsequenter herauszuarbeiten und die multidisziplinäre Bedarfsfeststellung auch organisatorisch zu stärken, z.B. in einem trägerunabhängigen Dienst.

Die gleichberechtigte Aufzählung der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste sowie der Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran zeigen, dass das internationale Verständnis von Rehabilitation die medizinische und berufliche Rehabilitation nicht gegenüber der sozialen Rehabilitation privilegiert, wie es das deutsche Leistungsrecht tut, das für die Bereiche der Bildung und der Sozialdienste im Wesentlichen auf die Sozialhilfe verweist.

Artikel 27 Arbeit und Beschäftigung

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird. Die Vertragsstaaten sichern und fördern die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit, einschließlich

für Menschen, die während der Beschäftigung eine Behinderung erwerben, durch geeignete Schritte, einschließlich des Erlasses von Rechtsvorschriften, um unter anderem

a) Diskriminierung aufgrund von Behinderung in allen Angelegenheiten im Zusammenhang mit einer Beschäftigung gleich welcher Art, einschließlich der Auswahl-, Einstellungs- und Beschäftigungsbedingungen, der Weiterbeschäftigung, des beruflichen Aufstiegs sowie sicherer und gesunder Arbeitsbedingungen, zu verbieten;

Zu überprüfen ist, ob die Beschränkung der arbeitsrechtlichen Regelungen in §§ 80 ff. SGB IX auf schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Men-

schen zeitgemäß ist oder ob die europarechtlichen und völkerrechtlichen Vorgaben eine Erweiterung auf alle behinderten Menschen erfordern.

- b) das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen, einschließlich Chancengleichheit und gleichen Entgelts für gleichwertige Arbeit, auf sichere und gesunde Arbeitsbedingungen, einschließlich Schutz vor Belästigungen, und auf Abhilfe bei Missständen zu schützen;**
- c) zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen ihre Arbeitnehmer- und Gewerkschaftsrechte gleichberechtigt mit anderen ausüben können;**

Zu überprüfen ist, ob die Definition der Arbeitsverhältnisse in Werkstätten als nur arbeitsvertragsähnliche Verhältnisse der geforderten Gleichstellung von behinderten Menschen in Bezug auf Arbeitsbedingungen und Arbeitnehmerrechte entspricht.

- d) Menschen mit Behinderungen wirksamen Zugang zu allgemeinen fachlichen und beruflichen Beratungsprogrammen, Stellenvermittlung sowie Berufsausbildung und Weiterbildung zu ermöglichen;**
- e) für Menschen mit Behinderungen Beschäftigungsmöglichkeiten und beruflichen Aufstieg auf dem Arbeitsmarkt sowie die Unterstützung bei der Arbeitssuche, beim Erhalt und der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes und beim beruflichen Wiedereinstieg zu fördern;**

Zu überprüfen ist, ob die restriktive Auslegung der Normen zur beruflichen Rehabilitation und die Orientierung an kurzfristigen Eingliederungszielen bei der Bundesagentur für Arbeit und den Jobcentern dem Prinzip eines gleichberechtigten Zugangs behinderter Menschen oder sich als strukturelle und mittelbare Benachteiligung erweisen. Hierauf gibt es deutliche Hinweise. Zugleich ist weitere Forschung erforderlich.

- f) Möglichkeiten für Selbständigkeit, Unternehmertum, die Bildung von Genossenschaften und die Gründung eines eigenen Geschäfts zu fördern;**
- g) Menschen mit Behinderungen im öffentlichen Sektor zu beschäftigen;**

Trotz der Regelungen z.B. in § 82 SGB IX ist zu überprüfen, ob auch im öffentlichen Sektor noch Benachteiligungen bestehen. Dies betrifft insbesondere das vorherrschende Verständnis der gesundheitlichen Eignung im Beamtenrecht.

- h) die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen im privaten Sektor durch geeignete Strategien und Maßnahmen zu fördern, wozu auch Programme für positive Maßnahmen, Anreize und andere Maßnahmen gehören können;**
- i) sicherzustellen, dass am Arbeitsplatz angemessene Vorkehrungen für Menschen mit Behinderungen getroffen werden; (...)**

Die Regelungen über angemessene Vorkehrungen in § 81 SGB IX gelten nur für schwerbehinderte und gleichgestellte Beschäftigte. Insoweit sollte eine Klarstellung erfolgen, dass für alle behinderten Be-

schäftigten angemessene Vorkehrungen erforderlich sind.

Art. 28 Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz

- (1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf einen angemessenen Lebensstandard für sich selbst und ihre Familien, einschließlich angemessener Ernährung, Bekleidung und Wohnung, sowie auf eine stetige Verbesserung der Lebensbedingungen und unternehmen geeignete Schritte zum Schutz und zur Förderung der Verwirklichung dieses Rechts ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.**

Zu diskutieren ist, ob der Verweis auf die Grundsicherung bei dauerhafter Erwerbsminderung als angemessener Lebensstandard für Menschen angesehen wird, die auf Grund ihrer Behinderung keiner Erwerbstätigkeit nachgehen können. Ebenso ist zu klären, ob das Sicherungsniveau der Erwerbsminderungsrente insgesamt noch für angemessen zu halten ist, auch angesichts der Abschläge und der Unmöglichkeit für die meisten behinderten Menschen eine private oder betriebliche Zusatzsicherung zu erlangen.

- (2) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf sozialen Schutz und den Genuss dieses Rechts ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung und unternehmen geeignete Schritte zum Schutz und zur Förderung der Verwirklichung dieses Rechts, einschließlich Maßnahmen, um (...)**

- c) in Armut lebenden Menschen mit Behinderungen und ihren Familien den Zugang zu staatlicher Hilfe bei behinderungsbedingten Aufwendungen, einschließlich ausreichender Schulung, Beratung, finanzieller Unterstützung sowie Kurzzeitbetreuung, zu sichern; (...)**

Zu überprüfen ist, ob die Regelungen des SGB II und des SGB XII die behinderungsbedingten Aufwendungen von Grundsicherungsempfängern hinreichend berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für nicht von den Krankenkassen oder anderen Rehabilitationsträgern übernommene Aufwendungen für Arzneimittel, Hilfsmittel und behinderungsbedingte Mehrkosten bei Ausstattung und Erlangung einer Wohnung.

- e) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zu Leistungen und Programmen der Altersversorgung zu sichern.**

Zu überprüfen ist, ob die auch auf die Altersrente durchschlagenden Abschläge bei der Erwerbsminderungsrente den gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Altersversorgung unangemessen einschränken. Ebenso ist zu prüfen, wie behinderte Menschen trotz unregelmäßiger Erwerbsbiographie besseren Zugang zur öffentlich geförderten privaten Altersvorsorge bekommen.

Artikel 31 Statistik und Datensammlung

- (1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich zur Sammlung geeigneter Informationen, einschließlich statistischer Angaben und For-**

schungsdaten, die ihnen ermöglichen, politische Konzepte zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen. Das Verfahren zur Sammlung und Aufbewahrung dieser Informationen muss

- a) mit den gesetzlichen Schutzvorschriften, einschließlich der Rechtsvorschriften über den Datenschutz, zur Sicherung der Vertraulichkeit und der Achtung der Privatsphäre von Menschen mit Behinderungen im Einklang stehen;
 - b) mit den international anerkannten Normen zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten und den ethischen Grundsätzen für die Sammlung und Nutzung statistischer Daten im Einklang stehen.
- (2) Die im Einklang mit diesem Artikel gesammelten Informationen werden, soweit angebracht, aufgeschlüsselt und dazu verwendet, die Um-

setzung der Verpflichtungen aus diesem Übereinkommen durch die Vertragsstaaten zu beurteilen und die Hindernisse, denen sich Menschen mit Behinderungen bei der Ausübung ihrer Rechte gegenübersehen, zu ermitteln und anzugehen.

- (3) Die Vertragsstaaten übernehmen die Verantwortung für die Verbreitung dieser Statistiken und sorgen dafür, dass sie für Menschen mit Behinderungen und andere zugänglich sind.

Die Praxis zur Berichtspflicht der Bundesregierung nach § 66 SGB IX ist bislang nicht geeignet gewesen, die Anforderungen von Art. 31 BRK zu erfüllen. Es wird darauf zu achten sein, dass die Berichte in Zukunft qualitativ und quantitativ umfassender sowie unter Beteiligung des Deutschen Bundestages und der Organisationen behinderter Menschen in Auftrag gegeben und diskutiert werden.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)672

13. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011
Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Petra Hilbert, Remscheid

Ich bedanke mich für die Möglichkeit eine Stellungnahme als selbstbetroffene Sachverständige zum Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention abgeben zu dürfen.

Die Ratifizierung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, umgangssprachlich auch Behindertenrechtskonvention (BRK) genannt, hat die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Bundesrepublik ins Licht gerückt und dabei eines sehr deutlich gemacht: Zur Umsetzung von Inklusion besteht ein enormer Handlungsbedarf. Dass Deutschland unter den Vertragsstaaten nicht gerade zu den Vorreitern gehört, äußert sich in vielen Lebensbereichen. Im gesamten öffentlichen Leben lässt sich beobachten, dass Menschen mit Behinderungen und/ oder chronischen Krankheiten benachteiligt oder diskriminiert werden: Mal ist ihnen der öffentliche Personenverkehr nicht zugänglich, sie können inklusive Freizeitangebote nicht finanzieren oder der Leistungserbringer fühlt sich für die nötige Unterstützung im Haushalt nicht zuständig. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, sieht der Nationale Aktionsplan (NAP) unter den konkreten Maßnahmen Datenerhebungen vor, Projekte, Förderprogramme und Beratungsangebote. Vor dem Hintergrund des skizzierten Ausmaßes der Benachteiligung und Diskriminierung wirkt das dünn, fantasie- und teilnahmslos. Um die BRK umzusetzen ist es zwingend erforderlich, die Rechtsansprüche von Menschen mit Behinderungen grundlegend neu zu denken, zu prüfen und anzupassen. Fortschrittliche Maßnahmen und einschneidende Gesetzesänderungen sind vonnöten. Menschen mit Behinderungen müssen dabei selbstverständlich mit einbezogen werden.

Ich möchte in meiner Stellungnahme auf zwei mir wichtige Punkte eingehen.

1. Grundsätzliche Einbeziehung Selbstbetroffener an ALLEN Entscheidungen/ Nichts über uns ohne uns !!!

Die Umsetzung der UN Behindertenrechtskonvention darf nicht nur eine rein politische Entscheidung

sein, sondern muss grundsätzlich unter Einbeziehung von Selbstbetroffenen geschehen.

Jeder Mensch mit und ohne Behinderung muss die gleiche Chance bekommen am gesellschaftlichen und politischen Leben teilzunehmen. Gerade in der letzten Woche habe ich mich jedoch sehr über eine Absage des Bundestags erschrocken. Ich hatte mich für die Veranstaltung „Menschen mit Behinderung im Deutschen Bundestag“ am 2. und 3. Dezember angemeldet, bei der ein Dialog zwischen Menschen mit Behinderung und Politikern zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention stattfinden sollte. Gemeinsam mit mir wurden 300 Menschen mit Behinderung vom Bundestag wieder ausgeladen, weil nicht damit gerechnet wurde, dass tatsächlich auch Rollstuhlfahrer politisch aktiv sind und der Einladung in den Bundestag folgen würden. Das ist wirklich beschämend. Nun soll die Veranstaltung auf das nächste Jahr verschoben werden, wobei darauf geachtet werden soll, dass nur wenige Menschen mit starker motorischer Behinderung eingeladen werden. Unter Inklusion verstehen wir, die Betroffenen, etwas anderes.

2. Vermögens- und einkommensunabhängige Teilhabe

Um eine inklusive Teilhabe zu ermöglichen, ist es zwingend erforderlich ein Vermögens- und Einkommensunabhängiges Leistungsgesetz zu schaffen. Es kann nicht sein, dass der Lebensstandard von Eltern, Lebenspartnern und Kindern auf ein Minimum reduziert wird, bevor einem Menschen mit Behinderung die finanzielle Möglichkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe gegeben wird. Familien, in denen ein behinderter Mensch lebt, sind grundsätzlich benachteiligt.

Als Conterganopfer kenne ich diese Problematik sehr genau. Durch das sogenannte Stiftungsgesetz wurden uns alle Rechte genommen den Schädiger zur Verantwortung zu ziehen. Der Staat verpflichtete sich im Gegenzug die volle Verantwortung für die Contergangeschädigten zu übernehmen. Die Realität

sieht anders aus: Erst mussten unsere Eltern ihr Geld aufbrauchen, dann unsere Lebenspartner und zu guter Letzt auch unsere Kinder. D.h. die Bundesregierung kommt ihrer Verpflichtung uns Conterganopfern gegenüber in keinster Weise nach. Sie nimmt in Kauf, dass ganze Familien zerstört werden oder verarmen. Für mich persönlich hat es zur Folge gehabt, dass meine Tochter, welche erst über Jahre meine wichtigste Assistenzperson war, im Alter von nur 19 Jahren auszog, damit sie mit ihrem geringen Einkommen nicht für meinen Bedarf an Teilhabeleistungen eintreten musste. Die Geschichte der Conterganopfer ist nur ein Beispiel für

die Lebenssituation behinderter Menschen und ihrer Familien. Leistungen zur Teilhabe müssen unabhängig davon sein, ob jemand in einem Beschäftigungsverhältnis steht.

Ohne gesetzliche Veränderungen, an denen Menschen mit Behinderungen maßgeblich mitwirken, wird der deutsche NAP seinem Anspruch nicht gerecht. Fortschrittliche gesetzliche Änderungen und Selbstbestimmung wären endlich ein Zeichen dafür, dass die Inklusion in den Köpfen begonnen hat.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)673

13. Oktober 2011

Schriftliche Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011 Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Claudia Tietz, Berlin

Der SoVD möchte sein großes Bedauern darüber zum Ausdruck bringen, dass den Verbänden behinderter Menschen im Verfahren zur Erstellung des Ersten Staatenberichts Deutschlands zur UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) keine angemessene Beteiligung ermöglicht wurde; selbst die Frist zur Stellungnahme hatte das federführende Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) überaus kurz bemessen.

Der SoVD vermag sich daher des Eindrucks nicht zu erwehren, das BMAS habe eine umfassende Beteiligung und Anhörung der Verbände zum Staatenbericht nicht angestrebt und stattdessen für die Verbände behinderter Menschen in einem sog. „Schattenbericht“ die sachgerechtere Form der Positionierung zum Staatenbericht gesehen.

Vor diesem Hintergrund hatte der SoVD darauf verzichtet, eine umfassende Stellungnahme zum Ersten Staatenbericht nach Art. 35 BRK gegenüber dem BMAS abzugeben und stattdessen angekündigt, sich mit Nachdruck in die Erarbeitung des sog. „Schattenberichts“ der Verbände einzubringen. Dies gilt für den SoVD weiterhin.

Der SoVD ist der Ansicht, dass der vorliegende Staatenbericht Deutschlands die für die Bewertung maßgeblichen „Guidelines on treaty-specific document to be submitted by state parties under Art. 35, p.1 CRPD“ vom 18. November 2009 nicht ausreichend berücksichtigt, insbesondere da es sich vorliegend um den ersten Staatenberichts Deutschlands handelt.

Der erste Staatenbericht muss zum Ziel haben, für den Konventionausschuss nachvollziehbar darzustellen, inwieweit das innerstaatliche Recht und die Rechtspraxis eines Mitgliedsstaates mit der Konvention im Einklang stehen.

Er soll u.a. verdeutlichen: Wie ist die Lebenswirklichkeit behinderter Menschen im Mitgliedsstaat? In

welchem Umfang bestehen Ausgrenzungen und Einschränkungen zulasten behinderter Menschen? Wo sind Defizite und Handlungsbedarf, um die Ziele der BRK im Mitgliedsstaat zu verwirklichen?

Insoweit müsste auch der deutsche Staatenbericht eine umfassende, kritische Analyse liefern, wo Deutschland bei der Umsetzung aller Normen der BRK steht, welche ersten Schritte zur Verbesserung – seit Inkrafttreten der BRK – eingeleitet wurden und welche weiteren Schritte künftig geplant sind.

Dies jedoch leistet der vorliegende Bericht nicht in ausreichendem Maß. Stattdessen erweckt er – ähnlich der von den Verbänden bereits 2008 kritisierten Denkschrift zum Ratifikationsgesetz – den (unrichtigen) Eindruck, das geltende Recht und die Rechtswirklichkeit in Deutschland entsprächen bereits weitgehend den Anforderungen der BRK. Eine umfassende Auseinandersetzung mit den Anforderungen, wie sie die BRK aufstellt und damit Handlungs- und Umsetzungsbedarf begründet, erfolgt kaum.

Der SoVD verweist insoweit exemplarisch auf einige Beispiele im Staatenbericht, welche die benannten Defizite verdeutlichen:

- Die **tatsächliche Lebenswirklichkeit** behinderter Menschen, ihre besondere Betroffenheit von Ausgrenzung, wird im Bericht nicht im erforderlichen Umfang angesprochen. So finden sich z.B. nur sehr unzureichende Ausführungen zur besonders hohen Arbeitslosigkeit unter schwer-/behinderten (insbesondere auch älteren) Menschen bzw. zu ihrer - im europäischen Vergleich besonders hohen – Ausgrenzung aus allgemeinen Schulen.
- Das Rechtsinstitut der „**angemessenen Vorkehrungen**“ ist im deutschen Recht allenfalls sehr partiell verankert. Die Forderung der BRK, die Verweigerung angemessener Vorkehrungen als Diskriminierungstatbestand auszugestalten,

findet sich im deutschen Recht bislang nicht – hierauf weist der Staatenbericht nicht hin.

- Eine Abgrenzung von Normen der BRK, die **unmittelbar anwendbar** sind und auf die sich Betroffene daher direkt berufen können, von solchen Normen, die der innerstaatlichen Konkretisierung und Umsetzung bedürfen, findet sich im Staatenbericht nicht. Auch insoweit bleibt unklar, hinsichtlich welcher Normen die Bundesregierung Handlungsbedarf (im Sinne „progressiver Realisierung“ nach Art. 4 Abs. 2 BRK) sieht.
- Eine kritische Auseinandersetzung mit den seit nunmehr 10 Jahren bestehenden **Umsetzungsdefiziten des SGB IX** findet sich im Bericht kaum. Stattdessen beschränken sich die Ausführungen zum SGB IX im Einleitungsteil allein auf die – unstrittig richtigen - rechtlichen Verbesserungen, auf die das Gesetz seit 2001 abzielt.
- Unerwähnt bleiben zudem **gesetzliche Verschlechterungen** zulasten behinderter Menschen, z.B. die Absenkung der Beschäftigungspflichtquote von 6 auf 5 Prozent 2004, ohne dass die Voraussetzungen der Absenkung durch die Ar-

beitgeberschaft dauerhaft verwirklicht worden sind. Auch die Einführung der Regelbedarfsstufe III für erwerbsgeminderte behinderte Menschen über 25 Jahren 2011 findet keinerlei Erwähnung im Bericht.

- Nicht zuletzt lässt der Staatenbericht unklar, inwieweit der **Bund** seiner Verpflichtung nach Art. 4 Abs. 5 BRK nachkommt, allen Bestimmungen des Übereinkommens ohne Einschränkung oder Ausnahme für alle Teile eines Bundesstaates Geltung zu verschaffen. Durch bloßen Verweis auf die Zuständigkeiten der Bundesländer wird dieser Rechtspflicht nicht ausreichend Genüge getan.

In Anbetracht der benannten, grundsätzlichen Inhaltskritik am Staatenbericht sowie auch unter Beachtung des Umstandes, dass die geforderte Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen im Erstellungsprozess nicht ausreichend erfolgte, kann der SoVD dem Ersten Staatenbericht Deutschlands zur BRK bedauerlicherweise seine Unterstützung nicht signalisieren.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)598

15. Juli 2011

Information für den Ausschuss

Dr. Sabine Schickendantz, Offizielle Beauftragte der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie für die Angelegenheiten von Behinderungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie und angeborenen Herzfehlern

Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung

Der vorgelegte nationale Aktionsplan ist aus Sicht chronisch kranker Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsenen und ihrer Familien unvollständig. Er berücksichtigt nicht eine Vielzahl von im Laufe der Entwicklung der Kinder auftretende „Barrieren an der Teilhabe am normalen gesellschaftlichen Leben“, womit eine Inklusion der Betroffenen weitgehend ausgeschlossen bleibt.

1. Wenn die Gesellschaft Behinderte mit angeborenen Fehlbildungen inkludieren will, muss das Bemühen um **Inklusion bereits intrauterin** beginnen und nicht erst mit dem Moment, wenn die Kinder mit der Geburt „rechtsfähig“ werden.

Eine Vielzahl von späten Schwangerschaftsabbrüchen von Kindern mit zu erwartenden Behinderungen unterschiedlicher Genese beruht auf nicht ausreichender Information der Mütter/Eltern über Behandlungsmöglichkeiten und den zu erwartenden Verlauf. Diese Informationen können nur von Fachpädiatern (Kinderkardiologen, pädiatrischen Nephrologen, Neuropädiatern, pädiatrischen Pulmonologen u. a.) vermittelt werden. Die Entscheidung der Mütter für oder gegen einen Abbruch kann sicher auch wesentlich durch Informationen über soziale Hilfestellungen beeinflusst werden. Die positiven Erfahrungen zugunsten der Kinder in Zentren, in denen eine solche Informationskette erfolgt, sprechen eindeutig für eine solche Vorgehensweise, obwohl Zahlen dazu auf Grund der Rechtslage – die Schwangerschaftsabbrüche erfolgen nicht wegen der Behinderung der Kinder, sondern wegen der Notlage der Mütter- bisher nicht erhoben werden können. Die Gesellschaft muss der Mutter signalisieren, dass das Kind willkommen ist und sie bei den zu erwartenden Problemen unterstützen!

Eine solche zusätzliche Informationspflicht durch entsprechende Pädiater und psychosozia-

le Mitarbeiter sollte in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden.

2. Eine angeborene Fehlbildung bedeutet während der gesamten Entwicklung nicht nur für das Kind selbst, sondern für die ganze **Familie** eine oftmals schwere Belastung, insbesondere auch für Geschwister.

Die Neugeborenen- und Säuglingszeit ist vielfach geprägt von der Schwere der Erkrankung. Es stehen oftmals lange Krankenhausaufenthalte an, die die Familien auseinanderbringen, wenn in der Regel die Mutter bei dem kranken Kind im Krankenhaus bleibt.

Nach der Entlassung in die häusliche Pflege bleibt die Versorgung der Kinder in dieser Phase für die gesamten Familien belastend. In dieser Zeit gibt es für die Eltern oftmals keine Auszeit, keine Entlastung z. B. durch einen Babysitter, da Eltern die Verantwortung für die Kinder nicht delegieren können. Für sie bedeutet dies über Monate Verzicht auf Konzerte, Theater, Kino, Essen beim Lieblings-Italiener, Urlaub u. a. Besonders belastend ist diese Zeit auch für die Geschwisterkinder, für die die Eltern nur noch wenig Zeit finden.

Das Kleinkindalter ist die Zeit, in der die Mütter in der Regel ihre Berufstätigkeit wieder aufnehmen.

Der notwendige Verzicht bedeutet nicht nur einen finanziellen Verlust, es geht auch der soziale Kontakt verloren.

Die Bemühungen um Inklusion muss auf die ganze Familie ausgeweitet werden. Ein Weg dahin wäre die Möglichkeit der Familien, eine „persönliche Assistenz“ mit entsprechender Qualifikation in Anspruch nehmen zu können.

3. **Sport** bedeutet für Kinder mit angeborenen Fehlbildungen nicht nur ein Mittel zur medizinischen Rehabilitation und Prävention, sondern in erster Linie die soziale Integration/Inklusion in ihrem Umfeld, z. B. in Sportvereinen.

Diese Kinder bedürfen jedoch oftmals einer besonderen Fürsorge, die ihnen nur von Übungsleitern mit spezieller Ausbildung entgegen gebracht werden kann. Diese besondere Ausbildung für den Behindertensport bei Kindern mit angeborenen Fehlbildungen wird wenig nachgefragt, entsprechend gibt es wenig Möglichkeiten für die Kinder zusammen mit ihren Freunden in Vereinen Sport zu treiben.

Eine Möglichkeit, dies positiv zu beeinflussen bestünde darin, öffentliche Mittelvergabe für die Vereine an die Bereitstellung von entsprechenden Übungsleitern zu koppeln.

4. **Mobilität**, Reisen im Urlaub, zur Aus- und Weiterbildung, im Studium und im Beruf ist ein wesentlicher Bestandteil der Teilhabe.

Voraussetzung ist für viele chronisch Kranke eine sichere Krankenversorgung vor Ort. Dies schließt auch eine sichere **Krankenversicherbarkeit** ein.

Auslandsversicherungen sind nur bei privaten Versicherern möglich, bei einer Vielzahl von chronisch Kranken ist wegen der Erkrankung ein solcher Abschluss einer Versicherung aber nicht oder nur zu erhöhten Beiträgen möglich. Sie behalten zwar den Versicherungsschutz durch die gesetzlichen Krankenkassen, diese ersetzen jedoch nur die in Deutschland üblicherweise anfallenden Kosten. Das kann im Einzelfall für

die Betroffenen erhebliche (Rest-)Kosten verursachen.

Diese Situation ist besonders belastend für Studenten, die für ihr Studium ein Auslandssemester nachweisen müssen.

Die gesetzlichen Krankenkassen sollten eine volle Kostenübernahme gewährleisten.

5. Die **Forschung zu Fragen der psychosozialen Auswirkung (Inklusionsforschung)** angeborenen Fehlbildungen steckt weitgehend in den Kinderschuhen. Dies hat zwei wesentliche Ursachen:

a. Schwerpunkt der Forschung im Bereich angeborener Fehlbildungen war bisher die medizinische Versorgung dieser Kinder. Dies hat zu erfreulichen Fortschritten bei der Behandlung dieser Kinder geführt. Immer mehr Kinder erreichen das Erwachsenenalter und machen aber jetzt die Beantwortung der Fragen nach der psychosozialen Entwicklung notwendig.

b. Der Schwerpunkt der öffentlichen Forschungsförderung liegt sicher nicht im Bereich psychosoziale Entwicklung chronisch Kranker bzw. im Bereich der Inklusionsforschung.

*Ein ganz wesentlicher Teil der durchgeführten Forschungen wurde und wird mit **Spendengeldern** im weitesten Sinne durchgeführt.*

Soll die Inklusionsforschung vorangebracht werden, müssen größere Anteile der öffentlichen Forschungsmittel für diese Vorhaben bereitgestellt werden.

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)660

6. Oktober 2011

Information für den Ausschuss

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011
Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Christoffel Blindenmission

Die CBM begrüßt es sehr, dass - nach anfänglichen Widerständen - der Aktionsplan nicht nur auf den nationalen Kontext fokussiert, sondern auch die internationalen Aspekte der Konvention (Art. 11 und 32) als ein eigenes Handlungsfeld im Aktionsplan berücksichtigt werden. Zu den Maßnahmen im **Handlungsfeld der internationalen Zusammenarbeit** nehmen wir wie folgt Stellung:

- **Viele Maßnahmen** beschränken sich auf den Zeitraum **2012 – 2014**, für den Zeitraum **2015 – 2021** hingegen sind lediglich **wenige Maßnahmen** formuliert. Teilweise sind die **Ziele der Maßnahmen nicht eindeutig erkennbar**, z.B. ist nicht im Maßnahmenplan erkennbar, welches Ziel der **Runde Tisch** „Inklusion von Menschen mit Behinderungen in die Entwicklungszusammenarbeit“ als Forum im Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) verfolgt. Auch die **Ziele und Aktivitäten des Sektorvorhabens „Menschen mit Behinderungen“** der GIZ sind nicht konkret ausgeführt. Hier fordern wir eine Erweiterung der Maßnahmen für die gesamte Dauer des Aktionsplans sowie eine Konkretisierung v.a. der o.g. Maßnahmen.
- Wir begrüßen sehr, dass das **BMZ eine Strategie zur Inklusion** von Menschen mit Behinderungen in der Entwicklungszusammenarbeit **bis 2012** erarbeiten wird. Jedoch fehlt eine Angabe darüber, in welchem **Zeitraum diese Strategie implementiert** wird. Wir schlagen vor, dass die Strategieumsetzung für einen fünfjährigen Zeitraum angelegt wird, um eine adäquate Zeitspanne für die Erzielung von nachhaltigen Wirkungen zu geben.

- Unverzichtbar ist aus unserer Sicht eine zeitnahe Einführung einer **Kennzeichnung im BMZ für inklusive Projekte**, um ein **Monitoring der Projektanzahl und –volumina** gewährleisten zu können. Dies wurde im NAP leider nicht berücksichtigt.
- Aus unserer Sicht ist es wünschenswert, dass die Bundesregierung nicht nur „grundsätzlich“ die **behindertenpolitische Strategie der EU-Kommission** begrüßt.
- Bei der Maßnahme zur **bilateralen Zusammenarbeit** sollte die Aufnahme von behindertenpolitischen Themen nicht nur „befürwortet“, sondern **aktiv von der Bundesregierung „gefördert“** werden.

Über uns

Die CBM (Christoffel-Blindenmission) ist eine internationale christliche Organisation der Entwicklungszusammenarbeit. Ihr Hauptziel ist es, die Lebensqualität derjenigen Menschen zu verbessern, die eine Behinderung haben oder von Behinderung bedroht sind und in den ärmsten Regionen dieser Welt leben. In ihrer Arbeit bekennt sich die CBM zum menschenrechtsbasierten Ansatz, der Menschen mit Behinderungen als Akteure versteht und sie in die Lage versetzt, ihre Rechte wahrzunehmen. Weltweit unterstützt die CBM in Zusammenarbeit mit lokalen Partnern rund 800 Projekte in knapp 90 Ländern (www.cbm.de).

DEUTSCHER BUNDESTAG

Ausschuss für
Arbeit und Soziales
17. Wahlperiode

Ausschussdrucksache 17(11)669

12. Oktober 2011

Information für den Ausschuss

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 17. Oktober 2011 Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderung und Studium e.V.**1. Vorbemerkungen**

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderung und Studium e.V. (BAG e.V.) ist die einzige bundesweite und behinderungsübergreifende Interessenvertretung behinderter und chronisch kranker Studierender und Hochschulabsolventen in Deutschland. Vor diesem Hintergrund beschränken wir uns auf die bildungspolitischen Aspekte des Nationalen Aktionsplans (NAP) und die eng damit zusammenhängenden Aspekte des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe. Zu den übrigen Handlungsfeldern beschränken wir uns darauf festzustellen, dass der NAP viele richtige Feststellungen und Maßnahmen enthält, die sich aber häufig im Detail verlieren. Dagegen fehlen wichtige Maßnahmen wie die Überführung des Rechts der sozialen Teilhabe aus der Sozialhilfe in ein auf das Minimalprinzip und die Anrechnung von Einkommen und Vermögen verzichtendes Leistungsgesetz und der Ausweitung des Diskriminierungsschutzes behinderter Menschen.

2. Bildung (Abschnitte 3.2 und 6.2)**a. Schule**

Die beabsichtigte Förderung der inklusiven Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung ist zu begrüßen. Die heute immer noch vorherrschende Aussonderung von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Förderschulen ist dafür verantwortlich, dass eine nennenswerte Zahl von Kindern und Jugendlichen mit Seh-, Hör- und Sprechbeeinträchtigungen sowie schwereren motorischen Beeinträchtigungen nicht die allgemeinbildende Förderung erhält, die ihren Fähigkeiten und Neigungen entspricht. Der Grund hierfür ist, dass viele Förderschulen, auch wenn sie nicht die Förderschwerpunkte „Lernen“ oder „geistige / ganzheitliche Entwicklung“ haben, entweder nur den Hauptschulabschluss oder gar keinen Schulabschluss ermöglichen. Da es jeweils nur sehr wenige Förderschulen mit gymnasialer Oberstufe gibt, bleibt den Kindern bzw. deren Eltern häufig nur die Wahl

zwischen einem weit entfernten Internat und einer näher gelegenen Förderschule, an der die Schülerin bzw. der Schüler unterfordert ist. Die einzige Möglichkeit, allen Schülerinnen und Schülern mit Behinderung die Chance auf die bestmögliche Bildung zu eröffnen, ist daher ein inklusives Bildungssystem mit barrierefreien Schulen.

Viele Schülerinnen und Schüler, die dennoch ein allgemeinbildendes oder berufliches Gymnasium besuchen, finden keine adäquate Beratung bezüglich der Möglichkeiten, die Ihnen nach dem Abitur offen stehen. Die berufliche Beratung für Schülerinnen und Schüler mit Behinderung ist nicht oder nur ungenügend auf Abiturientinnen und Abiturienten eingestellt, wogegen die Beratungsstellen für Abiturienten nur selten mit der besonderen Situation behinderter Menschen vertraut sind. Die Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung des Deutschen Studentenwerks leistet sehr gute Arbeit, verfügt aber weder über den Auftrag noch über die Mittel, die dazu nötig sind, eine größere Zahl junger Menschen bezüglich ihrer möglichen weiteren Bildungswege intensiv zu beraten und sie auf ihrem Weg zu begleiten. Wir haben in Nordrhein-Westfalen mit Förderung des Landes ein Kompetenzzentrum für die Begleitung behinderter Menschen beim Übergang von der Schule ins Studium aufgebaut, das sehr erfolgreich arbeitet.²⁰⁴ Derartige Angebote sollten auch in anderen Ländern bzw. Regionen aufgebaut werden.

b. Hochschule

Die Feststellung, die Studienbedingungen behinderter Studierender hätten sich in den letzten Jahren deutlich verbessert, trifft insbesondere für jene mit seit langem als „Behinderung“ anerkannten Beeinträchtigungen — also Beeinträchtigungen des Bewegungs-, Hör- und Sehvermögens — zu. Die Notwendigkeit baulicher und technischer Barrierefreiheit

²⁰⁴ Kompetenzzentrum Behinderung – akademische Bildung – Beruf NRW, <http://www.kombabb.de>

und die Berechtigung von Nachteilsausgleichen sind in Hochschulen und Studentenwerken allgemein anerkannt. Dennoch wird es auch bezogen auf diese Teilgruppe noch viele Jahre dauern, bis von vollständiger Chancengleichheit gesprochen werden kann. Dies liegt zum einen an den äußerst knappen Mitteln, die Hochschulen und Studentenwerke für die barrierefreie (Um-)Gestaltung ihrer Einrichtungen und Angebote aufwenden können, zum anderen am Fehlverhalten einzelner Dozentinnen, Dozenten, Verwaltungsmitarbeiterinnen und –mitarbeiter.

Weitaus problematischer ist die Situation von Studierenden mit psychischen Beeinträchtigungen, chronischen Erkrankungen und Teilleistungsstörungen wie Legasthenie. Viele aus dieser Gruppe machten im Zuge der Umsetzung des Bologna-Prozesses erstmals die Erfahrung, dass ihre Beeinträchtigung in der Terminologie der WHO gesprochen zu einer Behinderung im Studium führt. Verantwortlich hierfür sind die in der Gesamtbetrachtung deutlich strafferen Studienpläne und restriktiveren Vorgaben zur Gestaltung des individuellen Studiums. Die genannten Studierenden müssen nun erstmals beantragen, ihren Studiengang an ihre beeinträchtigungsbedingten Bedürfnisse anzupassen, und treffen auf Hochschulmitarbeiterinnen und –mitarbeiter, die keine Erfahrungen mit derart beeinträchtigten Studierenden haben. Diese Gemengelage, verbunden mit Hemmungen seitens der Studierenden, ihre Situation einer fremden Person gegenüber bis ins Detail darzustellen, führt zu teils erheblichen Nachteilen im Studium.

In einem Halbsatz erwähnt der NAP Hindernisse auf dem Weg zur Erlangung höherer Bildungsabschlüsse. Neben den im Abschnitt a) beschriebenen Problemen auf dem Weg zum Abitur liegen weitere Hürden insbesondere an der Schwelle zwischen Bachelor- und Masterstudium. Dies liegt zum einen daran, dass es keine flächendeckenden Regelungen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile gibt. Einige Bundesländer wie Berlin und Hamburg haben dieses Problem durch Landesgesetz geregelt, die meisten anderen überlassen die Regelung der Zulassungsverfahren den Hochschulen oder Fachbereichen, so dass eine sehr unübersichtliche Lage entsteht. Darüber hinaus führen fehlende Nachteilsausgleiche zu Benachteiligungen beim Hochschulzugang allein aufgrund der Behinderung. Daher muss der Bund von seiner Regelungskompetenz beim Hochschulzugang Gebrauch machen und festzuschreiben, dass auch Zulassungssatzungen von Masterstudiengängen Regelungen zum Nachteilsausgleich für behinderte Studierende und Quoten für Härtefälle enthalten müssen.

Zum anderen verhindern die momentan gültigen Regelungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen den Zugang von Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung auf Assistenz oder andere Unterstützung angewiesen sind, ein Weiterstudieren nach dem Bachelorabschluss (Näheres in Abschnitt 3)

Eine weitere Gesetzeslücke, die zu einer Benachteiligung behinderter Studierender führt, befindet sich im BAföG. Einige behinderte Menschen haben aufgrund ihrer Beeinträchtigung erhöhte Kosten des

Lebensunterhalts. Sind sie bedürftig und zum Bezug von Arbeitslosengeld II, Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung oder von Hilfe zum Lebensunterhalt berechtigt, erhalten sie deswegen Zuschläge auf den Regelsatz und / oder die Miete einer geeigneten Wohnung. Das BAföG kennt derartige Leistungen nicht, und der weitgehende Ausschluss von Leistungen zum Lebensunterhalt nach SGB II und XII an Auszubildende gilt für fast alle behinderungsbedingten Mehrbedarfe. Hier besteht gesetzgeberischer Handlungsbedarf.

Vor dem Hintergrund, dass die Studienbedingungen von Studierenden mit Behinderung weiterhin der Verbesserung bedürfen, ist die Arbeit der Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung unerlässlich. Die Zuschüsse, die sie vom Bund erhält, müssen regelmäßig an Kostensteigerungen angepasst werden.

c. *Bildungsforschung*

Die Berücksichtigung der Lage von Nachwuchswissenschaftlerinnen und –wissenschaftlern mit Behinderung im zweiten Bundesbericht über den wissenschaftlichen Nachwuchs ist zu begrüßen. Sollte der zweite, wie der erste Bericht allerdings ausschließlich existierende Studien auswerten, wird der Bericht keine Erkenntnisse liefern, da keine Primärstudien dazu existieren. Derartige Erkenntnisse könnten durch einen Forschungsauftrag der Bundesregierung gewonnen werden.

Die Sozialerhebungen des Deutschen Studentenwerks behandeln in jeder zweiten Welle ausgewählte Aspekte der Situation behinderter Studierender. Um ein vollständiges Bild zu bekommen, muss das Thema in jeder Erhebung als Querschnittsaspekt behandelt werden.

3. **Rehabilitation und Teilhabe (Abschnitt 3.3 und 6.3)**

Menschen mit Behinderung haben einen Anspruch auf Finanzierung ihres behinderungsbedingten Studienmehrbedarfs im Rahmen der „Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule“ (§ 54 Abs. 1 SGB XII).

Nach § 13 Abs. 2 Eingliederungshilfe-Verordnung sind die Studierenden verpflichtet, dem Leistungsträger gegenüber ihre Studienwahl zu begründen und nachzuweisen, dass sie gesundheitlich in der Lage sind, das gewählte Studienfach erfolgreich zu studieren, der beabsichtigte Ausbildungsweg „erforderlich“ ist und der angestrebte Beruf eine „ausreichende Lebensgrundlage“ bieten wird.

Als „angemessen“ wird von den Trägern der Sozialhilfe in Anwendung von § 13 Abs. 2 Eingliederungshilfe-Verordnung derzeit in der Praxis fast lückenlos der erste erworbene berufsqualifizierende Abschluss angesehen und zwar unabhängig davon, ob dieser den tatsächlichen Fähigkeiten der antragstellenden Person entspricht, eine realistische Chance auf dem Arbeitsmarkt bietet oder auch zukünftige Erwerbstätigkeit sichern kann. Daraus folgt:

- Studierenden mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung werden die Leistungen der Ein-

- gliederungshilfe für den Besuch einer Hochschule i. d. R. versagt, auch wenn die Berufsausbildung eine sinnvolle oder notwendige Voraussetzung für das Studium darstellt und die Chancen auf einen Studienplatz in zulassungsbeschränkten Studiengängen in vielen Fällen steigern kann.
- Anträge auf Finanzierung von Unterstützungen von Auslandsstudienaufenthalten und Praktika, die nicht ausdrücklich in den Prüfungsordnungen verankert sind, aber von Arbeitgebern mittlerweile als Zusatzqualifikationen erwartet werden, lehnen die zuständigen Sozialleistungsträger häufig ab oder bewilligen sie nur unter bestimmten Bedingungen aufgrund aufwendiger Begründungen und externer Gutachten.
 - Leistungen der Eingliederungshilfe werden für nicht direkt auf bestimmte Bachelor-Studiengänge aufbauende Masterstudiengänge lediglich als Ermessensleistung gewährt. Das bedeutet, dass neben der Hochschule eine zweite Instanz darüber entscheidet, ob ein Mensch mit behinderungsbedingtem Unterstützungsbedarf den betreffenden Studiengang studieren darf oder nicht. Die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der Sozialhilfeträger sind für die Beurteilung von Studienverläufen und akademischen Karrierewegen in keiner Weise qualifiziert.
 - Für Promotionsstudiengänge und andere postgraduale Weiterqualifizierungen wird in der Regel keine Eingliederungshilfe gewährt, da der Bachelor-Abschluss bereits als berufsqualifizierender Abschluss gilt.
 - Ein Wechsel von Studienphasen, Berufsphasen und Weiterbildungsphasen, wie er in Zukunft die Biografie der meisten Akademiker/innen prägen wird, ist für behinderte Hochschulabsolvent/innen, die auf personelle und technische Unterstützungen angewiesen sind, aufgrund der Regelungen und der Verwaltungspraxis der Sozialhilfe z. Z. faktisch unmöglich, da Personen, die berufstätig sind, keinerlei Leistungen für ein Studium erhalten.
 - Studierende, die keine deutsche Staatsbürgerschaft oder dauerhaften Aufenthaltstitel haben, erhalten keine Leistungen der Eingliederungshilfe. Das diskriminiert insbesondere Studierende mit Behinderung, die für einen begrenzten Zeitraum oder ein Studium nach Deutschland kommen möchten.

Als Konsequenz wird der Zugang zu einer akademischen Laufbahn in Wissenschaft und Verwaltung nachdrücklich behindert oder bleibt u. U. ganz verbaut. Darüber hinaus werden Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs und zur Neuorientierung im akademischen Bereich erschwert, wenn nicht gar unmöglich gemacht.

Die Begründungs- und Nachweispflichten im Zusammenhang mit der Beantragung des studienbedingten Mehrbedarfs, deren Aussagekraft in der jetzigen Form mehr denn je in Frage steht, diskriminieren Menschen mit Behinderung erheblich.

Im Gegensatz zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung erfolgt die Finanzierung des behinderungsbedingten Studienmehrbedarfs als Leistung der Sozialhilfe ausschließlich einkommens- und vermögensabhängig. Diese „Verpflichtung zur Selbsthilfe“ benachteiligt Studieninteressierte und Studierende mit Behinderung und deren Familien erheblich und kann zu einer „Eintrittsbarriere“ für den Hochschulzugang werden.

Häufig werden beantragte studienbezogene Unterstützungsleistungen nicht im ausreichenden Umfang bewilligt. Wenn aber z. B. Assistenzen, Tutor/innen oder Gebärdensprachdolmetscherinnen bzw. -dolmetscher nicht im erforderlichen Maß für Lehrveranstaltungen, Übungen bzw. für vor- oder nachbereitende Tätigkeiten zur Verfügung stehen oder technische Hilfsmittel nicht regelmäßig aktualisiert und an veränderte Bedingungen angepasst werden, ist ein gleichberechtigtes Studium nicht mehr gesichert. Das gilt ganz besonders für die arbeitsintensiven Bachelor-/Master-Studiengänge. So haben z. B. Studierende mit Hörbehinderung oft große Probleme, die Finanzierung qualifizierter Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetscher (in Doppelbesetzung) in ausreichendem Maße zu sichern.

Deckungslücken können sich u. a. auch im Zuge eines Auslandsaufenthalts ergeben, wenn am Zielort erforderliche Studienassistenzen oder andere Hilfen teurer sind als im Inland.

Erforderlich sind personelle und technische Unterstützungen, die bedarfsgerecht, individuell angepasst, flexibel einsetzbar und auf dem aktuellen Stand der Technik sind. Nur dann sind die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Studium gegeben. Der konkrete Bedarf ist von der jeweiligen Behinderung, dem gewählten Studiengang und auch von Standort und Ausstattung der Hochschule abhängig.

Die fehlende einheitliche Verwaltungspraxis schafft zusätzliche Rechtsunsicherheit.

Da die Träger der Sozialhilfe die Fristen nach §14 SGB IX häufig nicht einhalten, verlieren die betroffenen Studierenden häufig ein Semester. In Kombination mit den heute vorherrschenden starr strukturierten Studiengängen vergrößert sich der Verlust häufig auf ein Jahr.

All diese Probleme zeigen, dass das SGB XII nicht der geeignete Ort für die Finanzierung des Mehrbedarfs im Studium und eine Neuregelung schnellstmöglich erforderlich ist.