

Antrag

der Abgeordneten Markus Kurth, Fritz Kuhn, Katrin Göring-Eckardt, Beate Müller-Gemmeke, Brigitte Pothmer, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Volker Beck (Köln), Birgitt Bender, Priska Hinz (Herborn), Ingrid Hönlinger, Sven-Christian Kindler, Maria Klein-Schmeink, Monika Lazar, Dr. Konstantin von Notz, Tabea Rößner, Elisabeth Scharfenberg, Josef Philip Winkler und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Neuntes Buch Sozialgesetzbuch im Sinne des Selbstbestimmungsrechts der Menschen mit Behinderung weiterentwickeln

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Um der Zersplitterung im Leistungsrecht für Menschen mit Behinderung zu begegnen und das Handeln der Rehabilitationsträger stärker aufeinander abzustimmen, wurde vor zehn Jahren das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) geschaffen. Leistungen zur Teilhabe sollten personenzentriert und aus einer Hand gewährt werden. Das Gesetz etabliert einen einheitlichen Rahmen für das Recht der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Mit dem Ziel, das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderung zu stärken, wurde unter anderem ein weitgehendes Wunsch- und Wahlrecht sowie das neue Instrument des Persönlichen Budgets verankert. Die Vorgabe von Fristen, innerhalb derer Entscheidungen über Anträge getroffen werden müssen, und die Pflicht zur Koordinierung und Kooperation bei der Gewährung von Leistungen stehen sowohl für mehr Bürgernähe als auch für effizientes Verwaltungshandeln. Gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger sollten diesen Prozess unterstützen und den Betroffenen qualifizierte Beratung bieten. Mit dem SGB IX wurden die Rehabilitationsträger erstmals zur besonderen Berücksichtigung der Belange behinderter Frauen und Kinder verpflichtet.

Nach zehn Jahren kann festgestellt werden, dass das SGB IX für viele Menschen mit Behinderung erkennbare Fortschritte und Vereinfachungen gebracht hat. Positiv lässt sich vermerken, dass Leistungen in vielen Fällen deutlich schneller gewährt werden und die Wünsche der Betroffenen bei der Leistungsgewährung eine erheblich bedeutendere Rolle spielen als vor Inkrafttreten des Gesetzes. Gleichzeitig ist deutlich geworden, dass sich viele Hoffnungen nicht erfüllt haben. Der Wille des Gesetzgebers wird teilweise offensichtlich ignoriert. Zu viele Menschen mit Behinderung machen die Erfahrung, dass Rehabilitationsträger die Vorschriften des SGB IX nicht oder nur unvollständig anwenden. Die Zahl der hiervon Betroffenen ist so groß, dass nicht von Einzelfällen gesprochen werden kann. Gesetzgeberischer Nachbesserungsbedarf ist vorrangig in folgenden Bereichen erkennbar: Die Regelungsgegenstände des SGB IX werden von vielen Rehabilitationsträgern noch immer als nachrangig behandelt. Das Persönliche Budget wird nur in kleiner Zahl als trägerübergreifende Leistung gewährt, als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben jenseits der

Institution Werkstatt für behinderte Menschen ist sie lediglich in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen flächendeckend verfügbar. Die Beratungsstrukturen sind weder im erforderlichen Maße noch in zufriedenstellender Qualität ausgebaut. Das Ziel, die Situation von Frauen und Mädchen mit Behinderung zu verbessern, wurde nicht im erhofften Umfang erreicht. Die Bedarfe von Menschen mit Behinderung und geringen Deutschkenntnissen werden nicht ausreichend berücksichtigt. Auch die spezifischen Bedarfe von Familien, in denen Menschen mit Behinderungen leben, müssen stärker im Gesetz aufgegriffen werden.

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention wird eine konsequent an den Menschenrechten ausgerichtete Politik für Menschen mit Behinderung gestärkt. Deutschland hat sich mit ihrer Ratifikation zur Sicherstellung der in der Konvention ausdifferenzierten Rechte behinderter Menschen verpflichtet. Das Selbstbestimmungsrecht nimmt dabei einen zentralen Stellenwert ein. Seine Stärkung im SGB IX ist insbesondere vor dem Hintergrund der UN-Konvention geboten.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, ein Gesetz zur Weiterentwicklung des SGB IX vorzulegen, das folgende Anforderungen erfüllt:

1. Im Sinne der Rechtsgrundsätze des SGB IX und der UN-Behindertenrechtskonvention ist klarzustellen, dass die Vorschriften des SGB IX für die zuständigen Rehabilitationsträger gelten, soweit nicht in den für sie geltenden Leistungsgesetzen darüber hinausgehende Leistungen vorgesehen sind. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. Das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX sieht vor, dass den berechtigten Wünschen von Leistungsberechtigten entsprochen wird. Damit sind die berechtigten Gestaltungswünsche für erforderliche Bedarfe von den Rehabilitationsträgern unabhängig von den Kosten zu berücksichtigen. Es ist klarzustellen, dass die Regelungen der anderen Sozialgesetzbücher sowie untergesetzliche Vorschriften den Zielsetzungen des SGB IX – insbesondere dem Ziel der Teilhabe und dem Wunsch- und Wahlrecht – folgen müssen und diese weder ganz noch teilweise aufheben.
2. Im SGB IX geregelte Ausnahmen für die Träger der Sozial- und Jugendhilfe werden aufgehoben.
3. Es werden Regelungen zur wirkungsvollen Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege“ getroffen.
4. Der Beratungsanspruch der Betroffenen gegenüber den Leistungsträgern muss gestärkt werden. Vorhandene Beratungsstrukturen müssen analog zum Verbund der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) nach § 65b SGB V zu einer neutralen, trägerunabhängigen Beratungsinstanz weiterentwickelt werden.
5. Die Kompetenzen der gemeinsamen Servicestellen müssen erweitert werden. Sie werden dazu befugt, im Auftrag der beteiligten Rehabilitationsträger eigenständig Bedarfe festzustellen, Bescheide zu erstellen und Widersprüche zu bearbeiten. Sie erstellen gemeinsam mit den Betroffenen individuelle Teilhabepläne, in denen sowohl für die Rehabilitationsträger als auch für die Leistungserbringer und -empfänger verbindliche Regelungen festgehalten werden.
6. Zur Bedarfserhebung muss ein für alle Träger verbindliches Verfahren entwickelt werden, dass sich an der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert. Dieses muss sicherstellen, dass Menschen mit gleichen Bedarfen die gleichen Leistungen erhalten. Soweit im Einzelfall erforderlich müssen Bedarfsermittlung und Hilfeplanung leistungsträgerübergreifend erfolgen.

7. Es werden Vorgaben für regelmäßig von den Rehabilitationsträgern durchzuführende Schulungsprogramme für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gemacht.
8. Die gesetzlichen Hindernisse zur Inanspruchnahme des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets sind zu beseitigen. Dies betrifft zum einen die Begrenzung der Budgethöhe auf den Gegenwert der vorher in Anspruch genommenen Sachleistung. Darüber hinaus muss die Budgetassistenz als zusätzliche Leistung gewährleistet und finanziert werden, um den Grundsatz des § 17 SGB IX zum Persönlichen Budget nach einer individuellen Bedarfsdeckung und der „erforderlichen Beratung und Unterstützung“ auch in der Leistungsgewährung zu realisieren. Die Verordnung zur Durchführung des § 17 Absatz 2 bis 4 SGB IX, die so genannte Budgetverordnung, muss dementsprechend erweitert werden.
9. Das Budget für Arbeit wird als Instrument zur Eingliederung von Menschen mit Behinderung in den ersten Arbeitsmarkt verankert und zwar auch ohne notwendige Anbindung an Werkstätten für behinderte Menschen. Im Rahmen der Eingliederungshilfereform muss darauf hingewirkt werden, dass das Budget für Arbeit als trägerübergreifende Leistung aus Mitteln der Eingliederungshilfe und der Agentur für Arbeit bezogen werden kann.
10. Das Recht auf Elternassistenz, unterstützte Elternschaft und andere Hilfen zur Wahrnehmung der elterlichen Rechte und Pflichten wird durch spezielle Vorschriften geregelt.
11. Es werden Regelungen getroffen, um die spezifischen Bedarfe behinderter Frauen und Mädchen tatsächlich zu decken. Dazu gehören insbesondere die Förderung der Teilhabe am Arbeitsmarkt und verbesserte Leistungen der Rehabilitation.

Berlin, den 29. November 2011

Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion

Begründung

Zu Nummer 1

Das SGB IX zielt auf Kooperation und Koordinierung zwischen den Rehabilitationsträgern und damit auf eine Konvergenz des Leistungsrechts in den Bereichen Rehabilitation und Teilhabe. Der § 7 SGB IX räumt abweichenden Regelungen in den für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen Vorrang ein. Damit trägt der Gesetzgeber den spezifischen Systemzusammenhängen, in die die verschiedenen Sozialleistungsträger eingebunden sind, Rechnung. Institutionelle Vorgaben wie die Qualitäts- und Mengensteuerung, sofern sie nicht das Wunsch- und Wahlrecht bei berechtigten Wünschen für erforderliche Bedarfe einschränken, in der gesetzlichen Krankenversicherung oder die Besonderheiten in der gesetzlichen Unfallversicherung, die auf dem Schadenersatzprinzip gründen, sollen weiterhin vorrangig gegenüber den Regelungen des SGB IX bleiben. Die Vorschriften des SGB IX, insbesondere das Wunsch- und Wahlrecht, sollen mit dem SGB IX nicht nur grundsätzlich geregelt werden, sondern von den Leistungsträgern in ihrer Ermessensausübung unmittelbar angewendet werden.

Die Erfahrung hat nach zehn Jahren SGB IX gezeigt, dass immer wieder Raum für zahlreiche Uneinigkeiten zwischen den Rehabilitationsträgern bleibt. Diese

sind mitunter der Auffassung, die Grundsätze des SGB IX – insbesondere das Ziel der Teilhabe und das Wunsch- und Wahlrecht – seien von ihnen nicht zu berücksichtigen. Nicht selten müssen Gerichtsurteile festlegen, welcher Träger eine bestimmte Leistung finanzieren muss. Beispiele für derartige Streitigkeiten gibt es in vielen Bereichen: Immer wieder weisen Krankenkassen die Geltung des SGB IX für die im SGB V verankerte Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sowie für die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen („Kuren“) gänzlich zurück und sehen deshalb keine Veranlassung, sich an die im SGB IX normierten Vorgaben zum Wunsch- und Wahlrecht, zu Fristen oder zur Weiterleitung von Anträgen zu halten. Die bisher mangelhafte Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung ist ebenfalls vor diesem Hintergrund zu sehen.

Weiterhin führt der im SGB XII normierte Mehrkostenvorbehalt (§ 9 Absatz 2 Satz 3 und § 13 Absatz 1 Satz 4 SGB XII) häufig zu negativen Effekten für die Leistungsberechtigten. So kann unter Verweis auf diesen Vorbehalt beispielsweise eine Person, die aufgrund ihrer Behinderung auf Assistenz angewiesen ist, auch dann von Sozialhilfeträgern zum Umzug in eine stationäre Wohneinrichtung verpflichtet werden, wenn ihr bei stationärer Unterbringung erhebliche gesundheitliche Gefahren drohen. Diese Regelung steht im Widerspruch zu Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention, in dem klar formuliert wird, dass Menschen mit Behinderung gleichberechtigt die Möglichkeit zur Wahl ihres Aufenthaltsortes haben und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben.

Um derartige Konflikte zwischen den Gesetzen zu beseitigen, sind Klarstellungen in den übrigen Sozialgesetzbüchern notwendig, die eine Ausführung der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe im Sinne des SGB IX gewährleisten. Berechtigte Wünsche der Leistungsberechtigten sind ohne Kostenvorbehalt zu berücksichtigen. Das Prinzip der Teilhabe von Menschen mit Behinderung sowie das Wunsch- und Wahlrecht gelten uneingeschränkt. In dieser Hinsicht gehen spezielle Regelungen in den Sozialgesetzbüchern den Grundsätzen des SGB IX nicht vor, sondern sind diesen untergeordnet.

Zu Nummer 2

Verschiedene Vorschriften des SGB IX enthalten explizite Ausnahmeregelungen für die Träger der Sozial- und Jugendhilfe. Das betrifft zum Beispiel den Ausschluss der Möglichkeit zur vorläufigen Beschaffung der Hilfen durch Antragstellerinnen bzw. Antragsteller bei überlanger Bearbeitungsdauer (§ 15 SGB IX). Im SGB IX sind die Fristen, innerhalb derer sich die Rehabilitationsträger über die Gewährung von Leistungen einig werden müssen, klar geregelt. Teilen sie dem Antragsteller nicht rechtzeitig mit, aus welchem Grund eine Entscheidung nicht innerhalb der Frist getroffen werden kann, hat er die Möglichkeit, den Rehabilitationsträgern eine angemessene Frist zu setzen und sich die Leistung nach Ablauf der Frist selbst zu beschaffen. Der Rehabilitationsträger ist zur Kostenerstattung verpflichtet, wenn die antragstellende Person leistungsberechtigt war. Die Sozial- und Jugendhilfe sind von dieser Regelung ausgenommen. Ein Anspruch auf nachträgliche Leistungen besteht bei diesen Trägern nicht.

Eine weitere Ausnahmeregelung findet sich in § 13 SGB IX, der die Rehabilitationsträger zur Erstellung gemeinsamer Empfehlungen verpflichtet. Auch hier sind die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe ausgenommen. Mit der Vereinbarung dieser Empfehlungen verbindet sich eines der wichtigsten Ziele des SGB IX, die Kooperation der Leistungsträger und die Koordination der Leistungen sicherzustellen. Über die Regelung zur Beteiligung anderer öffentlicher Stellen (§ 13 Absatz 5 SGB IX) müssen die Träger der Sozial- und Jugendhilfe zwar über die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfe-

träger, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter und die bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Integrationsämter beteiligt werden. Die Entscheidung über einen Beitritt liegt allerdings im Ermessen der Träger. Bisher treten die Sozial- und Jugendhilfeträger den Empfehlung gar nicht oder nur sehr zögerlich bei, obwohl sie sich an ihrer Erarbeitung häufig beteiligt haben.

Durch derartige Ausnahmeregelungen besteht auch die Gefahr, dass das Wunsch- und Wahlrecht unterminiert wird.

Zu Nummer 3

Träger der pflegevermeidenden Rehabilitation ist gegenwärtig die Krankenversicherung. Diese erfüllt – trotz des in § 11 Absatz 2 SGB V verankerten Rechtsanspruchs auf Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – diesen Anspruch kaum. Ursächlich dafür sind systematische Fehlanreize, da für die medizinische Rehabilitation nicht derjenige Träger zuständig ist, der das Risiko des Scheiterns trägt. Weiterhin erschwert die mangelhafte Umsetzung des § 40 Absatz 3 SGB V, wonach die Krankenversicherung bei unterlassener Rehabilitationsleistung Strafzahlungen an die Pflegeversicherung leisten muss, die pflegevermeidende Rehabilitation. Die Pflegeversicherung selbst kann nur bei den anderen Rehabilitationsträgern darauf hinwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention und Rehabilitation eingeleitet werden.

Die bestehende gesetzliche Regelung führt in der Praxis zu Schwierigkeiten bei der Verwirklichung der selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit Behinderung und bei der Gewährung von rehabilitativen Leistungen für von Pflegebedürftigkeit betroffene Menschen. Weil die Pflegeversicherung keine Rehabilitationsleistungen verantwortet, lehnen beispielsweise ein Teil der Kranken- und Pflegekassen Anträge auf Hilfsmittel mit dem Verweis auf die Zuständigkeit des jeweils anderen Trägers ab. Eine Zusammenarbeit im Sinne einer guten Versorgung des Versicherten wird dadurch verzögert oder gar verhindert.

Zur wirksamen Umsetzung des Prinzips Rehabilitation vor Pflege sind verschiedene Wege denkbar. Dabei ist zu prüfen, wie die Schnittstellenproblematiken verringert oder gelöst werden können. Zum einen könnte die Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen werden. Als Rehabilitationsträger entwickelt sie somit ein eigenes Interesse an medizinischer Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und kann dies besser durchsetzen. Als weitere Option wird auch die Möglichkeit von Ausgleichszahlungen der Sozialen Pflegeversicherung an die Gesetzliche Krankenversicherung diskutiert. So könnten die Anreize für die Krankenkassen, ihrer Aufgabe der pflegerischen Rehabilitation nachzukommen, deutlich erhöht werden.

Schließlich sind auch die Leistungen zur Teilhabe trotz Pflegebedarf im normativen Verhältnis zwischen SGB IX und SGB XI in den Blick zu nehmen. Diese werden von Krankenkassen und Sozialhilfeträgern vielfach nicht erbracht.

Zu Nummer 4

Die Qualität der Beratung in den Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger nach Kapitel 3 SGB IX ist bisher uneinheitlich und häufig nicht zufriedenstellend. Von vielen Betroffenen wird den Servicestellen nicht zugetraut, unparteiisch beziehungsweise in ihrem Sinne zu beraten, da sie immer in Verbindung mit dem jeweiligen Rehabilitationsträger gesehen werden. Die Beratungsqualität ließe sich steigern, würde an Stelle trägerabhängiger Strukturen verstärkt in neutrales und unabhängiges Case Management (Fall- bzw. Assistenzmanagement) investiert. Eine solch unabhängige Beratung wird grundsätzlich vom Verbund der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)

nach § 65b SGB V angeboten, wenngleich es bislang an einer zufriedenstellenden Verstärkung eines leitliniengestützten und qualitätsgesicherten Regelangebotes mangelt. Zudem sollte die Beratung zunehmend nach dem sogenannten Peer-Prinzip, das heißt Beratung durch ausgebildete Betroffene mit einem vergleichbaren Erfahrungshintergrund, stattfinden.

Die Finanzierung des Systems der trägerunabhängigen Beratung wird durch eine Umlageverfahren der Rehabilitationsträger ermöglicht.

Zu Nummer 5

Die gemeinsamen Servicestellen, die als einheitliche Anlauf- und Beratungsstellen die komplexe Landschaft der Leistungsträger und -erbringer überschaubar machen sollten, wurden von den Rehabilitationsträgern nicht mit der notwendigen Systematik aufgebaut. Häufig fehlt im Internetangebot und in den Geschäftsstellen der Rehabilitationsträger, die eine gemeinsame Servicestelle betreiben, jeglicher Hinweis auf deren Existenz. Besonders stark betroffen von der schlecht ausgebauten Beratungsstruktur sind Menschen, die neben ihrer Beeinträchtigung geringe Kenntnisse der deutschen Schriftsprache haben. Zugang zu Information und Beratung als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen wird durch fehlende muttersprachliche Angebote erschwert.

Die regelmäßig aktualisierten Rahmenvereinbarungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) konnten die Situation nicht wesentlich verbessern. In ihrem Dritten Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen vom 16. Februar 2011, in den Beiträge der Rehabilitationsträger und Verbände eingingen, stellt die BAR fest, dass Beratungsbedarf vorhanden, die Zahl der Gemeinsamen Servicestellen jedoch weiterhin gering ist. Die Bunderegierung stellt in ihrem Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (NAP) aus diesem Jahr ebenfalls Umsetzungsdefizite bei den Gemeinsamen Servicestellen fest (Ausschussdrucksache 17(11)553 des Ausschusses für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages).

Vor diesem Hintergrund gilt es, die Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen zu überdenken und anzupassen. Es bietet sich an, die Beratungsaufgaben auf eine unabhängige Struktur zu übertragen (siehe Nummer 4). Dass ein höheres Maß an Verantwortung und Entscheidungsbefugnis zu einem höheren Maß an Qualität der Servicestellen sowie zu ihrer stärkeren Beachtung durch die Rehabilitationsträger führen würde, formulierte bereits die damalige Bundesregierung in ihrem Bericht zur Lage behinderter Menschen und der Entwicklung ihrer Teilhabe in der 15. Wahlperiode (Bundestagsdrucksache 15/4575). Um die Relevanz der Servicestellen zu erhöhen sind ihre Kompetenzen weiterzuentwickeln. Sie müssen unter Beteiligung aller Rehabilitationsträger ausgebaut und mit Entscheidungsbefugnis ausgestattet werden. So sollen sie auch die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII leisten, um Hilfe aus einer Hand (Rehabilitation und Eingliederung) zu ermöglichen. Es muss eine gemeinsame Bedarfsermittlung, Zielformulierung und Hilfeplanung erfolgen. Die Entscheidungen der gemeinsamen Servicestellen erfolgen im Auftrag der zuständigen Rehabilitationsträger, einschließlich der Träger der Sozial- und Jugendhilfe und der Integrationsämter. Als Beauftragte entscheiden sie endgültig über die gestellten Anträge und über die Widersprüche.

Zu Nummer 6

Häufig bestimmen nicht die Ziele und der Unterstützungsbedarf der Menschen mit Behinderung die Planung der Unterstützung, sondern die vorhandenen Strukturen und Formen der existierenden Hilfesysteme. Derzeit ist es keine Seltenheit, dass verschiedene Träger zwei Menschen mit vergleichbarem Bedarf oder demselben Menschen nach einem Umzug verschiedene Leistungen bewil-

ligen, weil unterschiedliche Verfahren zur Bedarfserhebung zur Anwendung kommen. Die BAR arbeitet daher bereits an einer Vereinheitlichung der Verfahren zur Bedarfsfeststellung. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) begleitet diesen Prozess.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation bietet die Möglichkeit, den funktionalen Gesundheitszustand und die Behinderung einer Person unter Berücksichtigung der sozialen Kontextfaktoren länder- und fachübergreifend zu beschreiben. Behinderung wird in der ICF nicht mehr als kausale Folge einer Krankheit oder Schädigung angesehen, sondern als Ergebnis der Interaktion einer Vielzahl von Komponenten. Sie berücksichtigt Körperfunktionen und -strukturen, Aktivität, Teilhabe, Umweltfaktoren und personenbezogene Fakten und verfolgt den Anspruch, ein bio-psycho-soziales Modell von Behinderung zu formulieren. Ein ICF-basiertes Verfahren hat das Potential, Ressourcen offenzulegen und erhöht die Autonomie der Person.

Vorläuferfassungen der ICF haben die Gestaltung des SGB IX wesentlich beeinflusst. Sie wird im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation teilweise bereits genutzt. Um den Gedanken der Selbstbestimmung und Personenzentrierung gerecht zu werden, muss der Behinderungsbegriff in § 2 Absatz 1 SGB IX und im BGG im Sinne der ICF und der Behindertenrechtskonvention weiterentwickelt und mit dem Einstufungsinstrumentarium der ICF unterlegt werden. Die §§ 2 und 14 SGB IX müssen dementsprechend ergänzt werden. Auf diese Weise ist zu garantieren, dass die Anwendungen dieses Verfahrens bundeseinheitlich stattfindet und allen Rehabilitationsentscheidungen einheitlich zugrunde liegt. Im Prozess der Implementierung sind Menschen mit Behinderung und ihre Verbände von Beginn an einzubeziehen und an der Umsetzung der Vorgaben zu beteiligen. Angewendet wird das neue Verfahren von den gemeinsamen Servicestellen auf Grundlage ihrer erweiterten Kompetenzen.

Zu Nummer 7

Die Rehabilitation steht seit einigen Jahren vor neuen Herausforderungen. Es gilt die in der UN-Behindertenrechtskonvention spezifizierten Menschenrechte von Menschen mit Behinderung in der Praxis der Leistungserbringung zu gewährleisten. Zudem ist angesichts des demographischen Wandels eine wachsende Zahl von Leistungsberechtigten zu erwarten. Um dem Stellenwert der Rehabilitation gerecht zu werden und eine effiziente, personenzentrierte und am Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen orientierte Leistungserbringung zu gewährleisten, müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationsträger und -dienste die Möglichkeit zur regelmäßigen Weiterbildung haben. Dies betrifft insbesondere die trägerübergreifende Zusammenarbeit und die Leistungsfeststellung mit Bezug auf die ICF.

Trotz regelmäßiger Schulungen sowohl durch die Rehabilitationsträger selbst als auch durch das Angebot der durch das BMAS geförderten Reha-Akademie, machen viele Leistungsberechtigte gegenwärtig schlechte Erfahrungen im Prozess der Leistungsfeststellung, Bedarfsplanung und Leistungsbewilligung. Die geringe Zahl der bisher bewilligten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets ist nur ein Hinweis darauf, wie stark die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer Perspektive noch an einzelne Träger gebunden sind. Das Problem ist nicht neu. Bereits in der 16. Wahlperiode formulierte die damalige Bundesregierung in ihrem Bericht über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe, es bestehe offensichtlich ein Bedarf an Qualifizierung der Beschäftigten der Servicestellen für die trägerübergreifende Beratung (Bundestagsdrucksache 16/13829). Im Dritten Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen der BAR vom 16. Februar 2011 fordern einzelne Rehabilitationsträger selbst gemeinsame regionale Weiterbildungsveranstaltungen. Auch der bio-psycho-

soziale Ansatz der ICF mit seinem Fokus auf Teilhabe wird neue Herausforderungen in der Leistungsfeststellung und Teilhabeplanung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationsträger darstellen.

Zu Nummer 8

Mit dem Inkrafttreten des Persönlichen Budgets zum 1. Juli 2004 wurde ein bedeutender Schritt zu mehr Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung getan. Diese haben nun ein Wahlrecht auf die gebündelte Auszahlung der ihnen zustehenden Sozialleistungen. Mit dem Budget können sie eigenverantwortlich ihre notwendigen Dienstleistungen einkaufen.

Das trägerübergreifende Persönliche Budget wird bisher nur von wenigen Leistungsberechtigten in Anspruch genommen. Die Rehabilitationsträger verhalten sich in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit bisher eher zurückhaltend. Sie werden damit den Ansprüchen des SGB IX nicht gerecht.

Bis Ende 2008 wurden knapp 7 000 Budgets bewilligt, davon über 3 300 im Jahr 2008. Die Verteilung über die Bundesländer ist sehr unterschiedlich. Die weitaus größte Zahl der Budgets wurde in Rheinland-Pfalz bewilligt (Bundestagsdrucksache 17/406). Die Zahl der trägerübergreifenden Persönlichen Budgets liegt deutlich darunter. Zurzeit liegen dem BMAS keine exakten Erkenntnisse über Bewilligungen oder Ablehnungen Persönlicher Budgets vor. Die Leistungsträger melden die Zahlen zur Inanspruchnahme nur unvollständig oder gar nicht.

Klare gesetzliche Bestimmungen zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger werden systematisch nicht eingehalten. In einem wegweisenden Urteil des Bundessozialgerichts zum Persönlichen Budget im Mai 2011 nannte der vorsitzende Richter, Dr. Josef Berchtold, das Verhalten der Rehabilitationsträger einen „Krieg einer gegen den anderen innerhalb des Staatswesens“. Die BAR stellt in ihrem Dritten Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen fest, dass sich von 493 existierenden Servicestellen 170 aktiv zum Persönlichen Budget bekannt haben. Angesichts ihrer gesetzlichen Verpflichtung ist diese Zahl sehr gering. Viele Menschen mit Behinderung, die an dieser Leistungsform grundsätzlich interessiert sind, werden durch Fehlinformation oder gezielte Beratung durch Leistungsträger von der Beantragung abgehalten. Das trägerübergreifende Persönliche Budget wurde einerseits mit dem Ziel eingeführt, das Selbstbestimmungsrecht der Leistungsberechtigten zu stärken. Zum anderen knüpfte sich an die neue Leistungsform die Erwartung, im Allgemeinen eine wirtschaftlichere Leistungserbringung zu erreichen. In § 17 Absatz 3 Satz 3 SGB IX ist geregelt, dass die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten darf. Diese Vorgabe verhindert, dass Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, die in einer stationären Einrichtung leben, aus dieser ausziehen können. Aufgrund der Mischkalkulationen vieler stationärer Einrichtungen fallen die Kosten der stationären Unterbringung in diesen Fällen teilweise deutlich niedriger aus als die zur Deckung des Unterstützungsbedarfs außerhalb einer Einrichtung.

Unklare Vorgaben zur Übernahme der Kosten einer Budgetassistenz und ein unzureichendes Angebot an unabhängig vom Budget finanzierter Budgetberatung verstärken die geringe Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets. Beantragung und Verwaltung eines trägerübergreifenden Budgets stellen auch die Leistungsberechtigten vor anspruchsvolle Herausforderungen. Es müssen mitunter sozialversicherungsrechtliche, steuerliche und arbeitsrechtliche Vorgaben beachtet werden. Die große Aufgabenvielfalt kann auch eine Überforderung der Budgetnehmer darstellen. Dies trifft insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung bzw. seelischer Erkrankung, die bei der Selbstverwaltung des Persönlichen Budgets häufig überfordert sind. Eine unabhängige Budgetassistenz

stellt für diesen Personenkreis vielfach eine notwendige Voraussetzung zur Inanspruchnahme der Leistungsform Persönliches Budget dar.

Nach Ergebnissen der Begleitforschung zur Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets aus dem Jahr 2007 wird die individuelle, alltagsnahe Beratung und die Unterstützung bei der Verwaltung des Budgets nicht ausreichend durch soziale Dienste und Einrichtungen oder unabhängige Stellen der Budgetberatung abgedeckt. Nur in wenigen Fällen werden die Kosten für eine solche Unterstützung als Bestandteil des Budgets vom Leistungsträger finanziert. Eine detaillierte rechtliche Klärung der Frage, ob und wie dabei ggf. entstehende Kosten in der Budgetbemessung berücksichtigt werden können, wird angemahnt.

Zu Nummer 9

Nach dem Wortlaut und dem Geist des SGB IX sind auch Leistungen für Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) grundsätzlich budgetfähig. Weiterbildungsmodule und Arbeitsassistenten können auch nach bestehender Rechtslage jenseits von Werkstätten finanziert werden. In der Praxis verweigern die Rehabilitationsträger allerdings häufig die Bewilligung von Leistungen ohne Anbindung an die Werkstatt. Die Bundesregierung erklärt im Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (NAP), in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe“ werde diskutiert, ob eine Möglichkeit geschaffen werden kann, bestimmte Leistungen auch bei Anbietern jenseits der Werkstatt in Anspruch zu nehmen. Um dem allseits begrüßten und geforderten Grundsatz der Personenzentrierung gerecht zu werden, ist eine Abkehr von der Bindung des Bezugs von Leistungen an die Institution „Werkstatt für behinderte Menschen“ nötig. Die positiven Erfahrungen, die in Niedersachsen und Rheinland-Pfalz mit dem Budget für Arbeit gemacht werden, müssen zu dessen bundesweiter Einführung führen.

Zu Nummer 10

Mütter und Väter mit Behinderung erhalten die benötigte Elternassistenz, Leistungen zur unterstützten Elternschaft sowie die zu Wahrnehmung der elterlichen Rechte und Pflichten benötigten Hilfsmittel in der Regel nur nach langen Streitverfahren. Gleiches gilt für Familien mit behinderten Kindern, die aufgrund der Beeinträchtigung der Kinder besondere Hilfen benötigen, um gemeinsam am Leben in der Gesellschaft teilhaben zu können. Bei den zuständigen Stellen herrscht offenbar ein Bild von Behinderung vor, das noch immer stark von einer Fürsorge-Perspektive geprägt ist. Menschen mit Behinderung werden als passive Empfänger von Hilfen betrachtet und nicht als selbstbestimmte Bürgerinnen und Bürger, die als Eltern mit Behinderung Unterstützung benötigen. Wenn der Unterstützungsbedarf der Eltern oder des Kindes das Maß des Üblichen weit übersteigt, wird in der Praxis häufig die Herausnahme des Kindes aus der Familie als bessere Lösung verstanden. Ein derart extremer Eingriff in die Elternrechte ist nicht zu rechtfertigen.

Zu Nummer 11

Sowohl das SGB IX als auch die UN-Behindertenrechtskonvention formulieren den expliziten Auftrag, den spezifischen Bedarfen von Frauen und Mädchen mit Behinderungen gerecht zu werden und ihre Diskriminierung abzubauen. Dieses Ziel wird bislang verfehlt. Frauen erhalten im Gegensatz zu Männern beispielsweise deutlich unterproportional Leistungen zur Rehabilitation. In einigen Bereichen der beruflichen Rehabilitation liegt ihr Anteil nur bei einem Drittel. So weist die Verteilung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

der Deutschen Rentenversicherung zwischen den Geschlechtern deutliche Ungleichheiten auf. 2009 waren von den 132 259 Personen, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten haben, knapp 50 000 Frauen und über 82 000 Männer. Bei den Leistungen zur beruflichen Bildung ist die Zahl der Männer fast doppelt so hoch wie die der Frauen. Frauen mit Behinderung sind deutlich seltener erwerbstätig und häufiger arbeitslos. Das gesetzlich geforderte Sonderprogramm zur Förderung der Teilhabe behinderter Frauen am Arbeitsmarkt gemäß § 104 Absatz 3 SGB IX wurde nie in Angriff genommen. Die Bundesagentur für Arbeit weist bis heute in ihren Statistiken Frauen und Mädchen mit Behinderungen nicht gesondert aus.

Ergebnisse einer Studie der Universität Bielefeld weisen aktuell auf das hohe Maß an Gewalt hin, dem Frauen mit Beeinträchtigungen ausgesetzt sind. Artikel 16 der UN-Konvention verpflichtet die Vertragsstaaten alle geeigneten Maßnahmen zu treffen, um jede Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu verhindern. Auch in diesem Bereich besteht Handlungsbedarf. Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins sind eine sinnvolle Maßnahme der Prävention. Der Rechtsanspruch von behinderten und von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen auf Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins im Rahmen des Rehabilitationssports (§ 44 SGB IX) kann nicht verwirklicht werden, weil es auch nach zehn Jahren kaum geeignete Übungsleiterinnen gibt. Lediglich in Nordrhein-Westfalen wurden vor drei Jahren 10 bis 15 Übungsleiterinnen ausgebildet. Für die Anerkennung der Reha-Sportgruppen sowie die Ausbildung der Trainerinnen und Trainer ist grundsätzlich der Deutsche Behindertensportverband zuständig. Von Seiten des Gesetzgebers muss stärker auf den Gemeinsamen Bundesausschuss eingewirkt werden, die Maßnahmen zur Selbstbehauptung in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen.

