

Veränderungen in der Sozialgesetzgebung

50 Jahre Reha-bezogene Sozialgesetzgebung¹

von Dr. Thomas Stähler und Wofa Abdelkader, Fachreferenten
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)

Einleitung

Nach wie vor aktuell ist das historisch gewachsene gegliederte Sozialleistungssystem. Unterschiedliche Sozialleistungen und verschiedene Leistungsträger bedingen vor allem eine verbesserte Koordination der Leistungen und verbesserte Kooperation der Rehabilitationsträger. Handlungsleitend muss dabei sein, dass die nach dem individuellen Bedarf des Menschen mit (drohender) Behinderung erforderlichen Leistungen nahtlos ineinandergreifen.

Bedeutsame Gesetzgebungsschritte auf Bundesebene sind vor diesem Hintergrund im Rückblick insbesondere das Bundesteilhabegesetz (BTHG), die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und das Reha-Angleichungsgesetz (RehaAnglG). Vorgenannte Rechtsentwicklung macht deutlich, dass Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger untereinander, aber auch mit den weiteren Akteuren im Leistungsgeschehen zu einer immer konkreter formulierten Anforderung geworden ist. Das zeigen namentlich die Vorschriften des neuen SGB IX.

Zentral im Fokus steht somit das BTHG mit wesentlichen Änderungen im SGB IX, im Vordergrund hierbei die Stärkung von gesellschaftlicher Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit (drohender) Behinderung. An der Verwirklichung dieser Zielsetzung im Geist der UN-BRK zu arbeiten, ist zugleich Herausforderung und Aufgabe aller Akteure im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe.

Rückblick

1969: Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)

Die Gründung der BAR als „gemeinsame Plattform“ der Rehabilitationsträger auf Bundesebene erfolgt auf Initiative der Sozialpartner zur Sicherstellung und Gestaltung der Rehabilitation im Gesamtsystem der sozialen Sicherung, organisatorisch verankert zunächst bei der gesetzlichen Rentenversicherung (RV), namentlich beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR).

1 Rechtsstand bis Ende 2018.

1974: Reha-Angleichungsgesetz (RehaAnglG)

Mit diesem Gesetz wird eine verbesserte Zusammenarbeit der Reha-Träger sowie ein zügiges und nahtlos ablaufendes Reha-Verfahren angestrebt. Das RehaAnglG soll eine bessere Orientierung des behinderten Menschen im gegliederten System der Rehabilitation ermöglichen. Zentrales Element hierbei ist zum Beispiel der mit dem Gesetz eingeführte „Gesamtplan zur Rehabilitation“ gewissermaßen als Vorläufer des – später gesetzlich verankerten – Teilhabepplans. Auch wird die Gesamtvereinbarung als Vorläufer der – später mit dem SGB IX eingeführten – Gemeinsamen Empfehlungen als Übereinkunft zwischen den Rehabilitationsträgern zur Verbesserung der Kooperation und Koordinierung der Leistungen eingeführt.

1974: Schwerbehindertengesetz

Das Schwerbeschädigtengesetz aus dem Jahr 1953 wird durch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Schwerbeschädigtenrechts vom 24. April 1974 in Schwerbehindertengesetz umbenannt und mit Änderungen übertragen. Eine Novellierung erfolgt 1986. Mit der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV) 1988 macht der Ordnungsgeber späterhin von der Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung in § 11 Abs. 3 (vorm. § 8 Abs. 4) Gebrauch. Zum 1. Juli 2001 wird das Schwerbehindertengesetz Bestandteil des SGB IX beziehungsweise geht in dieses über.

1976: SGB I (Allgemeiner Teil)

Mit der Einführung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch ist das vorrangige Ziel verbunden, ein einheitliches Gesetzgebungswerk für alle wesentlichen Bereiche der sozialen Sicherung zu erhalten. Das SGB I leitet als erstes von ursprünglich zehn vorgesehenen Büchern des Sozialgesetzbuches den Einstieg in eine sukzessive Ablösung der Reichsversicherungsordnung (RVO) ein.

1977: SGB IV (Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung)

Das SGB IV enthält Bestimmungen insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte sowie die soziale Pflegeversicherung. Teilweise gelten die Vorschriften auch für die Arbeitsförderung, die Sozialhilfe und – mit Inkrafttreten des SGB II im Jahr 2005 ebenso – für die Grundsicherung für Arbeitsuchende. Das SGB IV regelt keinen eigenen Leistungsbereich, sondern zieht gemeinsame, für die gesamte Sozialversicherung geltende Bestimmungen „vor die Klammer“, zum Beispiel allgemeine Definitionen für Arbeitsentgelt, Beschäftigung oder Regelungen für die Organisation der Selbstverwaltung.

1981: SGB X (Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz)

Das SGB X regelt das sozialrechtliche Verwaltungsverfahren, den Schutz der Sozialdaten sowie die Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger untereinander und ihre Rechtsbeziehungen zu Dritten.

Ab 1989: Trägerspezifische einzelne Bücher des Sozialgesetzbuches („Leistungsgesetze“)

Erstmals im Sozialgesetzbuch wird 1989 im SGB V das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenkassen, auch als Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, geregelt. Neuregelungen für die anderen Rehabilitationsträger folgen in den Jahren danach, im Einzelnen: SGB VIII (betreffend Kinder- und Jugendhilfe, 1990/1991), SGB VI (betreffend Gesetzliche Rentenversicherung, 1992), SGB VII (betreffend Gesetzliche Unfallversicherung, 1997), SGB III (betreffend Arbeitsförderung, 1998), SGB II (betreffend Grundsicherung für Arbeitssuchende, 2005), SGB XII (betreffend Sozialhilfe, 2005).

1990: Wiedervereinigung und Einigungsvertrag

In den Jahren nach der Wiedervereinigung sind die deutsche Sozial- und Gesundheitspolitik und mithin auch das Reha-Geschehen in einen langwierigen Prozess des Zusammenführens zweier vollkommen verschiedener Systeme eingebunden. Der Staatsvertrag vom 18. Mai 1990 überträgt im Wesentlichen das westdeutsche Sozialrechts- und Institutionsmodell auf die neuen Bundesländer. Die von den Rehabilitationsträgern, insbesondere der gesetzlichen Rentenversicherung, erbrachte Aufbauarbeit im Beitrittsgebiet wird auch durch Koordinierungs- und Schulungsmaßnahmen der BAR begleitet.

1994: Erweiterung des Benachteiligungsverbotes im Grundgesetz

Mit Satz 2 wird in Art. 3 Abs. 3 GG das Benachteiligungsverbot wegen einer Behinderung in die Verfassung aufgenommen und damit nachfolgende Änderungen zum Beispiel in Bezug auf die Verpflichtung zur Herstellung von Barrierefreiheit in gesetzlichen Bestimmungen angestoßen.

1995: SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

Mit dem SGB XI wird die Pflegeversicherung als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung (außerhalb des Systems der Rehabilitation) eingeführt. Mit den Pflegestärkungsgesetzen (PSG I-III) 2015 bis 2017 soll fortschreitend die Situation von Pflegebedürftigen, Angehörigen sowie Menschen, die in der Pflege arbeiten, verbessert werden. Kontinuierlich weiter gestärkt werden soll zugleich der Grundsatz „Reha vor Pflege“, zum Beispiel durch stärkere Berücksichtigung der Rehabilitation bei der Begutachtung.

1996/1997: Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG)

Das WFG tritt im Wesentlichen am 1. Januar 1997 in Kraft. Die Vorschriften enthalten für die gesetzliche Rentenversicherung unter anderem eine Begrenzung der Reha-Ausgaben. Dieser sogenannte Reha-Deckel orientiert sich an den Entwicklungen der Bruttolöhne und -gehälter. (Hinweis: Infolge Einführung des RV-Leistungsverbesserungsgesetzes im Jahr 2014 wird bei der jährlichen Anpassung des Reha-Budgets neben der voraussichtlichen Lohnentwicklung nunmehr zusätzlich die demografische Entwicklung berücksichtigt.)

2000: GKV-Gesundheitsreformgesetz

Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz werden Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gestärkt. Hervorzuheben sind hierbei die Förderung von Selbsthilfegruppen und Patientenberatungsstellen sowie Leistungsverbesserungen in der Rehabilitation der GKV. Im Zusammenwirken mit dem GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 werden zudem Grundlagen für die Integrierte Versorgung geschaffen.

2001: SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen)

Mit dem SGB IX, durch das vor allem das vormalige Schwerbehindertengesetz und RehaAnglG abgelöst werden, wird erstmals trägerübergreifend ein Gesetz geschaffen, das für alle Rehabilitationsträger einheitlich geltende Rechtsvorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen enthält. Die Sozial- und Jugendhilfeträger werden hierbei in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen. Zu den Neuerungen des SGB IX zählt auch die Fortführung des Grundanliegens der Gesamtvereinbarung in „verstärkter“ Form der mit besonderem Rechtscharakter versehenen Gemeinsamen Empfehlungen, ferner die mit dem SGB IX eingeführte Leistungsform des persönlichen Budgets (seit 2008 als bundesweite Rechtsanspruchsleistung) sowie die trägerübergreifende Verankerung der stufenweisen Wiedereingliederung (leistungsrechtlich für die GKV zuvor schon und weiterhin verankert in § 74 SGB V), ebenso die Aufnahme von Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistung.

2002: Behindertengleichstellungsgesetz (BGG)

Das BGG regelt die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen im Bereich des öffentlichen Rechts (soweit der Bund zuständig ist) und ist ein wichtiger Teil der Umsetzung des Benachteiligungsverbot aus Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG. Wesentlich ist die aus dem BGG resultierende Verpflichtung zur Herstellung von Barrierefreiheit (§ 4) – eine Thematik, der sich auch die BAR verstärkt und weiter annimmt.

2004: Novellierung des SGB IX

Durch Art. 1 des Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen wird unter anderem mit dem geänderten § 84 (jetzt: § 167) Abs. 2 SGB IX die Verpflichtung von Arbeitgebern zur Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) bei länger erkrankten Beschäftigten eingeführt.

**2006: Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG),
umgangssprachlich auch „Antidiskriminierungsgesetz“**

Das AGG ist das einheitliche zentrale Regelungswerk in Deutschland zur Umsetzung von vier europäischen Antidiskriminierungsrichtlinien, die seit dem Jahr 2000 erlassen worden sind. Benachteiligungen im Sinne dieses Gesetzes entgegenzuwirken, ist letztlich auch eine der Zielsetzungen von Rehabilitationsleistungen für Menschen mit Behinderungen.

**2006: Verabschiedung UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)// 2009:
Ratifizierung und Inkrafttreten UN-BRK**

Zur vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen („Inklusion als Menschenrecht“) sieht die UN-BRK insbesondere angemessene Vorkehrungen als spezifische auf den Einzelfall bezogene Maßnahmen, so die Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen und -barrieren, vor. Als Völkerrecht im Rang einfachen Bundesrechts hat die UN-BRK unmittelbare Rechtswirkungen auch in Deutschland, Umsetzungen erfolgen im Rahmen des Nationalen Aktionsplans (NAP) der Bundesregierung und der Aktionspläne von Landesregierungen sowie auch der Rehabilitationsträger (zum Beispiel Deutsche Rentenversicherung, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung).

2007: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

Mit diesem – als Erweiterung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) – verfolgt der Gesetzgeber eine Stärkung von Wettbewerb, Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Über das GKV-WSG neu errichtet und rechtlich ausgestaltet wird der GKV-Spitzenverband, der ab 1. Juli 2008 die ihm im SGB V zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen hat (§ 217f SGB V) und zugleich als Spitzenverband Bund der Pflegekassen fungiert (§ 53 SGB XI). In das SGB IX wird neu eingefügt, dass die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger im Rahmen der BAR grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren zu vereinbaren haben (§ 20 Abs. 2a SGB IX a. F., jetzt: § 37 Abs. 3 SGB IX). Im spezifischen Recht der GKV (§ 11 Abs. 4 SGB V) wiederum wird überdies das Versorgungs-/

Entlassmanagement zur Unterstützung des Übergangs von – in der Regel – Krankenhausbehandlung in die Anschlussversorgung neu eingeführt.

2008: BAR wird rechtsfähiger eingetragener Verein

2008: Gesetz zur Einführung der Unterstützten Beschäftigung

Mit dieser Neueinführung im SGB IX wird der Grundsatz „Erst platzieren, dann qualifizieren“ hervorgehoben und damit der Grundsatz, dass Qualifikation (möglichst) unmittelbar am Arbeitsplatz erfolgen soll.

2008: Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz (UVMG)

Mit der gesetzlich eingeleiteten Neuorganisation der gesetzlichen Unfallversicherungsträger geht eine deutliche Reduzierung der Trägerzahl einher. Zugleich erfolgt mit der Umbenennung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) und des mit ihm zusammengeschlossenen Bundesverbandes der Unfallkassen in „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung“ (DGUV) auch eine Stärkung dieses Dachverbandes auf Bundesebene.

2011: Novellierung des SGB II

Damit im Wesentlichen aufgegriffen wird das komplexe Wechselspiel zwischen der Bundesagentur für Arbeit und den Jobcentern (vormals ARGE – Arbeitsgemeinschaft SGB II – vor Inkrafttreten des Art. 96e GG): Letztere fungieren als gemeinsame Einrichtungen der Bundesagentur für Arbeit und eines kommunalen Trägers oder als Einrichtungen eines hierfür zugelassenen kommunalen Trägers. Auch den Jobcentern obliegt die Erkennung möglicher Rehabilitationsbedarfe sowie die Hinwirkung auf eine Antragstellung beim voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger (vgl. § 9 Abs. 4 SGB IX n. F.).

2015: Präventionsgesetz (PrävG)

Mit dem PrävG wird unter anderem das Ziel verfolgt, den Präventionsansatz als ein Grundprinzip verstärkt in Rehabilitationsleistungen zu integrieren, indem diese rechtzeitig angeboten und eingeleitet werden. Am 19. Februar 2016 werden von der mit dem PrävG etablierten Nationalen Präventionskonferenz (NPK) bundeseinheitliche trägerübergreifende Rahmenempfehlungen (Bundesrahmenempfehlungen) verabschiedet, die auch entsprechende Bezüge zur Rehabilitation aufweisen. Ein erster nationaler Präventionsbericht wird für 2019 vorgesehen.

2015: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Ziel des Gesetzes ist unter anderem die Förderung innovativer Versorgungsformen, die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 vorbereitet worden sind.

Umfassend reformiert wird das – grundsätzlich auch für Rehabilitationseinrichtungen geltende – Entlassmanagement. Einher geht dies mit einer gesetzlichen Beauftragung des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. zum Abschluss eines entsprechenden Rahmenvertrages (dieser ist ab 1. Oktober 2017 für die Krankenhäuser verbindlich) sowie einer Konkretisierung der Anforderungen an ein Entlassmanagement. Übergeordnetes Ziel des mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ebenfalls eingeführten Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

2016: Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Vor dem Hintergrund der UN-BRK wird im Jahr 2016 das BTHG verabschiedet, dieses tritt zum 1. Januar 2017 in Kraft. Mit dem BTHG wird das SGB IX neugestaltet, einschließlich einer Einfügung des Rechts der Eingliederungshilfe als neuen Teil 2. Die Änderungen sollen stufenweise bis zum 1. Januar 2023 in Kraft treten. Wesentliche Neuerungen durch das BTHG betreffen unter anderem auch eine weitere Stärkung der Kooperation der Leistungsträger und der Koordinierung der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Übergeordnete Zielsetzung ist, eine Einheitlichkeit des Verfahrens der Bedarfsermittlung, der Zuständigkeitsklärung und Teilhabeplanung zugunsten der Menschen mit (drohenden) Behinderungen und Leistungen „wie aus einer Hand“ sicherzustellen. Dem dient auch die Herstellung von mehr Verbindlichkeit und Gleichwertigkeit in der Leistungserbringung. Wesentlich hierfür ist der im neugefassten SGB IX festgeschriebene Vorrang der die Einleitung von Teilhabeleistungen, Bedarfserkennung und -ermittlung sowie Leistungskoordination betreffenden Kapitel (Teil 1 - Kap. 2 bis 4) gegenüber den trägerspezifischen Leistungsgesetzen (vgl. § 7 Abs. 2). Über die bereits bisher im SGB IX benannten Aufgaben hinaus sind mit dem BTHG weitere zentrale von der BAR wahrzunehmende Aufgaben in einem eigenen Kapitel (Kap. 8) des SGB IX festgeschrieben.

2017: Flexirentengesetz

Wesentliche Änderungen ergeben sich infolge dieses Gesetzes im SGB VI in Bezug auf Leistungen zur Prävention, zur Rehabilitation und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen sowie zur Nachsorge. Bisherige Ermessensleistungen werden insoweit nunmehr zu Pflichtleistungen, das heißt, sie sind bei Bestehen

der Anspruchsvoraussetzungen durch den gesetzlichen Rentenversicherungsträger zu erbringen.

2018: Europäische Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)

Mit Wirkung zum 25. Mai 2018 wird die EU-DSGVO unmittelbar geltendes Recht in Deutschland und den weiteren EU-Mitgliedstaaten. Damit einher gehen Änderungen unter anderem im SGB X mit Auswirkungen auch auf die Rahmenbedingungen für die trägerübergreifende Zusammenarbeit in der Rehabilitation; zentral hierbei sind die Stichwörter „Erforderlichkeit zur Aufgabenerfüllung“, „Einwilligung“ und „Informationspflichten“ gegenüber den Betroffenen.

Vom bürokratischen Sozialstaat zum sozialen Bürgerstaat – Versuch einer Bestandsaufnahme

von Karl Hermann Haack, ehemaliger Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Man kann sich darauf verlassen: In geregelten Abständen wird in der Öffentlichkeit medial wirksam eine Debatte um eine Reform des Sozialstaates eingefordert. Sie beginnt meistens zu Zeiten konjunktureller Abschwünge, beziehungsweise dann, wenn es um neue Leistungspakete einzelner Sicherungszweige geht, und kommt gewöhnlich nicht über eine finanzielle Ressourcenbetrachtung oder eine eindimensionalen Umverteilungsdebatte hinaus. Sinnvoller wäre es dagegen, damit zu beginnen, über die sozialstaatlich und gesellschaftspolitisch gebotene Garantie der „Daseinsvorsorge“ als gestaltendes Prinzip unseres Sozialstaates und als Antwort auf gesellschaftliche Verwerfungen unterschiedlicher Ursache zu reden. Es ist das zentrale Thema der heutigen Zeit, aktuell wie künftig. Wissen wir doch inzwischen, dass die Globalisierung, der Marktadikalismus, die Entgrenzung der Welt und die Digitalisierung nationale, solidarisch geprägte soziale Sicherungssysteme in ihrem Kern gefährden. Als Antwort darauf ist Daseinsvorsorge als gestaltendes Prinzip zur Bewältigung des sozialen Wandels zu verankern. Dieser Grundsatz widerspricht nicht der sozialen Marktwirtschaft, sondern gibt dem Markt einen neu bestimmten sozialen Rahmen. Bekennt sich eine Gesellschaft zu den unveräußerlichen Werten von Solidarität, Freiheit und Gleichheit, dann ist soziale Sicherheit eine Grundvoraussetzung, um dieses Versprechen im Alltag einzulösen.

Aktuell spielt diese Diskussion in der Wohnungspolitik, in der Garantie einer menschenwürdigen Pflege und anderem eine große Rolle. Sie findet statt in der Bildungspolitik und ganz neu stellt sich diese Frage der Daseinsvorsorge im ländlichen Raum.

Sozialer Wandel verändert laufend die Gesellschaft. Damit verändern sich auch die Anforderungen an ein „gutes Regieren“. Ein Großteil unserer Gesellschaft, traditionell in Milieus lebend, verliert zunehmend ihre Lebensgewissheiten, ausgelöst durch die Modernisierungsschübe von Wirtschaft und Gesellschaft. Generell gilt: Milieus lösen sich zunehmend auf, individuelle Lebensentwürfe treten als Ansprüche zunehmend an deren Stelle. Wo die einen Werteverfall und Entsolidarisierung sehen, betrachten die anderen diese Entwicklung als Zuwachs an Freiheit mit neuen Entscheidungs- und Lebensgewohnheiten. Davon wird auch

der Sozialstaat in seinem paternalistischen Verständnis und bürokratischen Handlungsmuster herausgefordert. Zwar wird unwidersprochen die Leistungsfähigkeit als auch die Motivation derer, die im Leistungsgeschehen arbeiten, anerkannt, gleichwohl muss sich die Institution Sozialstaat mit den Forderungen nach „gutem Regieren“ auseinandersetzen. Forderungen wie Transparenz, Verhandeln und Mitentscheiden auf gleicher Augenhöhe und Bürgernähe statt ausufernder Bürokratie prägen das Verhältnis der Bürger zu den Institutionen des Sozialstaates. Dieser wird oft in seinen Handlungen als vormundschaftlich und bürokratisch empfunden. Wenig Verständnis für individuelle Ansprüche werden ihm nachgesagt.

Ein Beispiel, über das jahrelang diskutiert wird, sich aber nichts bewegt: Aus den Ergebnissen der Morbiditätsforschung ist zu entnehmen, dass die häufigsten Krankheiten zivilisatorisch erworben sind. Es zeigt sich, dass diese oft einen chronischen Verlauf nehmen und vor dem Hintergrund des demografischen Wandels häufig zu Pflegebedürftigkeit führen. Sinnvoll wäre es daher, Versorgungsketten ambulant/stationär aufzubauen, in denen inhaltlich und personen-zentriert Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation miteinander verknüpft werden können. Bisher werden die jeweiligen Leistungen aus unterschiedlichen Zweigen der Sozialversicherung gewährt. In einem solchen Verteilungsmodus ist der Mensch nicht Subjekt, sondern Objekt. Der anspruchsvolle Grundsatz der Reform ist also: Die Dienstleistung folgt dem Menschen und nicht der Mensch der Dienstleistung!

Was kann, was sollte also passieren? Folgerichtig wäre es etwa auch, die Kranken- und Pflegeversicherung zusammenzulegen. Dies war ursprünglich angedacht, aber bei der damaligen politischen Konstellation nicht durchsetzbar. Es bleibt bei der bürokratischen Abgrenzung beider Systeme. Es darf auch nicht nur fiskalisch darüber nachgedacht werden, wie groß der Anteil der Beitragszahler beziehungsweise der Steuerzahler zu gesamtgesellschaftlichen Projekten der Daseinsvorsorge sein muss.

Gefragt sind positive Beispiele. Zwei stehen in einem Zusammenhang mit den Beratungen um das SGB IX. Die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben und das Forum behinderter Juristinnen und Juristen traten während der Beratungen als „Experten in eigener Sache“ auf. Zusammen mit anderen Verbänden forderten sie für die Menschen mit Behinderungen im damaligen Gemeinsamen Ausschuss Ärzte/Krankenkassen (seit 2004 Gemeinsamer Bundesausschuss / G-BA) eine dritte Bank ein. „Nicht über uns, sondern mit uns“ war die Parole. Heute haben Organisationen, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen in Deutschland vertreten, im G-BA Mitberatungs- und

Antragsrechte und werden durch eine Stabsstelle Patientenbeteiligung unterstützt. Ein Erfolg emanzipativer Gesetzgebung.

Ähnlich, das zweite Beispiel, ist wider Erwarten die Deutsche Bahn AG. Seit mehr als 15 Jahre agiert unter der Überschrift „Barrierefreies Reisen“ eine paritätisch besetzte Arbeitsgruppe aus Vertretern der Deutschen Bahn und des Deutschen Behindertenrates, um gemeinsame Grundsätze zu erarbeiten. Wieder definieren sich die Vertreter der Behinderten als Experten in eigener Sache. Hier aber geht die Entwicklung einen Schritt weiter als beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Problematik des Reisens für Menschen mit Behinderungen wurde aufgelöst in die Beantwortung der Frage: Wie reisen in einer Gesellschaft, die sich demografisch laufend verändert? Der Versuch also, eine inklusive Antwort zu geben. Dabei wurde auch deutlich, dass es unterschiedliche Interessen unter den behinderten Menschen und ihren Organisationen gibt, die es auszugleichen gilt. Überraschend das Ergebnis einer Nutzeranalyse des Angebotes „Leichte Sprache“. Die steigenden Nutzerzahlen sind auch unter anderem darauf zurückzuführen, dass Reisende frei von Behinderungen wegen der Allgemeinverständlichkeit das Angebot nutzen. Expertensprache versus Leichte Sprache.

Der Schluss aus allem legt nahe, danach zu fragen, wie der Transformationsprozess vom bürokratischen Sozialstaat zum sozialen Bürgerstaat beschleunigt werden kann: Der Schlüssel liegt in der Einführung einer lernenden Gesetzgebung, die gesellschaftlichen Wandel akzeptiert, den Bürger aktiv in seiner Betroffenheit beteiligt, Lebensläufe zum Ausgangspunkt der Hilfeleistung nimmt und damit einen ganzheitlichen Ansatz realisiert.

Auf dem Weg zum Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX)¹

von Prof. Dr. Harry Fuchs, Sozial- und Kulturwissenschaften,
Hochschule Düsseldorf

Einleitung

Die Geschichte des SGB IX reicht in die Zeit vor dem am 1.10.1974 in Kraft getretenen Rehabilitations-Angleichungsgesetz (RehaAnglG) zurück. Ziel dieses Gesetzes war unter anderem², die Nachteile des gegliederten Sozialleistungssystems für Menschen mit Behinderungen zu überwinden. Als Vorteil des gegliederten Systems wurde angesehen, „dass jede Gruppe der Rehabilitationsträger sich den bei ihr auftauchenden Fragen und Problemen besonders widmen kann“ und damit die Möglichkeit besteht, „spezifische Erfahrungen zu sammeln und daraus Initiativen zu entwickeln“. Als Nachteil wurden u.a. die unterschiedlichen Zuständigkeiten empfunden, die im Einzelfall voneinander abzugrenzen seien und „die Unterschiedlichkeit der Rechtsvorschriften, die zu einer Unterschiedlichkeit der Begriffe und der Leistungen geführt“ habe³.

Das RehaAnglG enthielt neben der Angleichung der Leistungen unter anderem Grundsätze für die rechtzeitige Einleitung und den nahtlosen Ablauf des Rehabilitationsgeschehens sowie das reibungslose Zusammenwirken der Rehabilitationsträger⁴. Diese sollten bei gleichen Tatbeständen gleiche Leistungen gewähren und zwar nicht nur für die berufsfördernden, sondern auch weitgehend für die medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation⁵.

Der Gesetzgeber diskutierte, ob man der Umstrukturierung des gesamten Systems der Rehabilitation den Vorzug geben sollte, etwa durch Errichtung einer „Bundesanstalt für Rehabilitation“. Dies wurde verworfen, weil man die Selbstverwaltung als einen Vorteil des gegliederten Systems der wichtigsten Rehabilitationsträger ansah. Diese gewährleiste „eine enge Verbindung zur Praxis und

1 Das Material zu diesem Beitrag befindet sich im Archiv der Friedrich-Ebert-Stiftung.

2 Gesetz zur Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation BT-Drs. 7/1237 vom 9.11.1973.

3 BT-Drs. 7/1237, S. 50.

4 a. a. O., S. 54.

5 a. a. O., S. 50.

damit auch zur Fortentwicklung des Rehabilitationsgeschehens⁶. Zumal auch die Aktivitäten der auf Initiative der Sozialpartner gegründeten Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)⁷ und die gute Zusammenarbeit mit den beteiligten Bundesressorts eine Überwindung der Nachteile des gegliederten Systems erwarten ließen⁸.

Initiative der Selbstverwaltung

Alfred Schmidt, damals Leiter der Abteilung Sozialpolitik beim Deutschen Gewerkschaftsbund und alternierender Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes, später des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), erkannte als einer der Ersten, dass der Gesetzgeber damit die Entscheidung über eine Umstrukturierung des gesamten Systems an die Rolle und Aufgabewahrnehmung der Selbstverwaltung der Rehabilitationsträger geknüpft hatte, verbunden mit der Erwartung, dass diese in ihrer Verantwortung auf der Basis des Reha-AnglG die Schnittstellenprobleme für Menschen mit Behinderungen überwindet. Er schrieb bereits im Oktober 1974⁹,

„dass Selbstverwaltung und Verwaltung der Sozialversicherung, eine gehörige Portion Arbeit zu bewältigen hat. Vor allem wenn man sich vergegenwärtigt, dass nach dem Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung... die Abgeordneten dieses Gesetz mehr oder weniger als Beginn ansehen und eine ganze Reihe weiterer Perspektiven ins Auge fassen, dürfte deutlich geworden sein: Es darf im Bereich der medizinischen Reha nicht der gleiche Sachverhalt eintreten, wie bei der beruflichen Rehabilitation¹⁰, wo die öffentliche Hand von der Selbstverwaltung Zug um Zug wichtige Aufgaben, der Planung der Einrichtung usw. wegnimmt.“

Das abgestimmte Ergebnis eines zwischen Schmidt und dem Verfasser Ende 1987 geführten Fachgesprächs machte Schmidt zur Grundlage seiner Veröffentlichung „Rehabilitation in der Rentenversicherung – was kann verbessert werden? – Fragen und Aufgaben für die Selbstverwaltung der sozialen Rentenversicherung“¹¹. Diese Publikation erhielten zahlreiche Akteure im Bereich der Rehabilitation, aber auch der Wissenschaft und Forschung. Auf der Basis dieses Austauschs mit zum Teil sehr kontroversen Meinungsäußerungen entstand die

6 a. a. O., S. 50.

7 6.2.1969.

8 a. a. O., S. 51.

9 Noch in der Verantwortung als alternierender Vorsitzender des AOK Bundesverbandes.

10 1978 wurde ein Teil der Aufgaben der beruflichen Rehabilitation von der gesetzlichen Rentenversicherung auf die Bundesanstalt für Arbeit verlagert.

11 Deutsche Rentenversicherung 8–9/87 Hrsg. Verband Deutscher Rentenversicherung.

Veröffentlichung „Die Rehabilitation in der Rentenversicherung – Gedanken zur Weiterentwicklung“¹², eine weitere zur Rehabilitation der sozialen Krankenversicherung.¹³ Beide enthalten neben einer kritischen Bestandsaufnahme der vorhandenen Defizite bereits eine Fülle von Lösungsvorschlägen, die später zum Teil von der Gesetzgebung aufgegriffen wurden. Weil einige Akteure – wie später der Sachverständigenrat – das gegliederte System als Ursache der Probleme ansahen¹⁴, votierte Schmidt gegen die Ansiedlung der Rehabilitation in einem eigenständigen Träger.

Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung

Auf Initiative ihrer alternierenden Vorstandsvorsitzenden Schmidt und Doetsch¹⁵ setzte der VDR Anfang 1989 die Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung ein, die ihr Ergebnis im Dezember 1991 vorlegte. Die Einsetzung wurde damit begründet, dass sowohl in der Öffentlichkeit als auch in Fachkreisen von Wissenschaft und Praxis vielfach die Auffassung vertreten werde, dass das System der Rehabilitation strukturelle Schwachstellen aufweise. Die Selbstverwaltung wollte damit zugleich einen Beitrag zu den langjährigen Planungen der Bundesregierung leisten, das Rehabilitationsrecht in einem SGB IX zusammenzufassen¹⁶.

Die Kommission, der Vertreter der Selbstverwaltungen und Geschäftsführungen der Rentenversicherung, Mediziner und unabhängige Wissenschaftler angehörten, wurde in sechs Arbeitsbereichen von interdisziplinär zusammengesetzten, wissenschaftlich begleiteten Projektgruppen unterstützt, in denen mehr als 150 Akteure tätig waren. Sie bezog auch die Reformansätze der Enquete-Kommission (s. Ziffer 4) ein. Der 326-seitige Abschlussbericht enthält zu den Themenfeldern Recht und Struktur, Sozialmedizinische Grundlagen, Rehabilitationskonzepte, Epidemiologie/EDV-Verfahren, Verwaltung sowie Forschung und Lehre Vorschläge zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation

12 Deutsche Rentenversicherung 9/88 Hrsg. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

13 Die Betriebskrankenkasse Heft 10/88.

14 Vgl. dazu H. Fuchs (2008), „Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation“, asgard verlag, Sankt Augustin, S. 315ff, wonach nicht das System an sich, sondern die im System handelnden Akteure und deren Interessen die Ursachen der Probleme sind.

15 Dr. Werner Doetsch, Arbeitgebervertreter im Vorstand des VDR.

16 Bericht der Reha-Kommission, Dezember 1991, Vorwort.

und des Rehabilitationsrechts, die im Gesetzgebungsverfahren zum SGB IX aufgegriffen wurden.

Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages und Sachverständigenrat im Gesundheitswesen

Für den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen¹⁷ lagen die Gründe für bestehende Defizite im gegliederten System der Rehabilitation. Insbesondere hätten sich die im Reha-AnglG vorgesehenen Instrumente als im Wesentlichen unwirksam erwiesen. Er zog unter anderem in Erwägung, den Leistungsbereich der Rehabilitation von der Rentenversicherung auf die Krankenversicherung zu verlagern.

Die Enquete-Kommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung beriet in einer Unterarbeitsgruppe die Kritik an der Rehabilitation. Sie formulierte die Prinzipien der Kontinuität, Integration und Finalität, an denen sich Konzepte der Weiterentwicklung messen lassen müssten. Sie forderte, das Rehabilitationsrecht in einem besonderen Teil des Sozialgesetzbuches zusammenzufassen¹⁸, sodass der Bundestag mit der Beschlussfassung über den Abschlussbericht 1990 der Bundesregierung quasi einen entsprechenden Auftrag erteilte. Diese hatte zuvor in ihren Berichten über die Lage behinderter Menschen mehrfach eine entsprechende Absicht bekundet, ohne jedoch ein konkretes Gesetzgebungsverfahren einzuleiten. Die ab 1991 eingeleitete „Kodifizierung“ des Reha-Rechts endete 1994, weil das Elfte Sozialgesetzbuch vorgezogen wurde

Die Initiative von Karl Hermann Haack

Der SPD-Bundestagsabgeordnete Karl Hermann Haack legte 1995 als „bäderpolitischer Sprecher“ seiner Fraktion ein Thesenpapier zur Bäderpolitik vor, das er kurze Zeit später zu zehn behindertenpolitischen Thesen weiterentwickelte, die erhebliche politische Aufmerksamkeit erregten.

Daran anknüpfend beauftragte die SPD-Fraktion Ende 1996 einen Sachverständigen mit der Erarbeitung eines Gutachtens zur Kodifikation des Rehabilitationsrechts in einem SGB IX, wobei Maßnahmen zur Verzahnung der Rehabilitationsträger bei der Entwicklung der Rehabilitationskonzepte und der Planung der Rehabilitation, der Entbürokratisierung der Zugangswege zur

17 Sachverständigenrat 1988, 104ff, 180f.

18 BT-Drs. 11/6380, S. 49, Tz 77.

Rehabilitation sowie zur Unterstützung und Betreuung der Leistungsberechtigten im gegliederten System einbezogen sein sollten. Das Gutachten wurde im Juni 1998 öffentlich vorgestellt. Es enthält weitgehend die Elemente, auf denen der rehabilitationspolitische Teil der Koalitionsvereinbarung vom Mai 1999, das Eckpunktepapier der Koalitionsfraktionen zum SGB IX vom Juli 1999 und letztlich das SGB IX aufsetzen. Da das Gutachten auch viele Elemente der VDR-Reha-Kommission aufnimmt, kann man zu Recht feststellen, dass das SGB IX auch in Teilen wissenschaftlich begründet ist.

Das SGB IX ist – anders als 1993 vorgesehen – mehr als eine Kodifizierung des zuvor geltenden Rehabilitationsrechts. Es gewährt Menschen mit Behinderungen einen Rechtsanspruch auf Förderung ihrer selbstbestimmten Teilhabe durch Teilhabeleistungen. Es setzt menschenrechtliche Pflichten um und ist insgesamt an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) orientiert. Es greift die Prinzipien der Finalität, Kontinuität und Integration auf.

Die BAR und die soziale Selbstverwaltung¹

von Prof. Dr. Felix Welti, Sozial- und Gesundheitsrecht, Recht der Rehabilitation und Behinderung, Universität Kassel

Einführung

Rehabilitation ist Kernaufgabe der Sozialversicherungsträger und beschäftigt deren Selbstverwaltungsorgane stark. Die Nähe zur Arbeitswelt spricht die Kernkompetenz der sozialen Selbstverwaltung an. Gibt es in der Rehabilitation auch mehr Probleme als anderswo? Jedenfalls: Während die einen auf lebensnahes Engagement verweisen, gilt die „Selbstverwaltung“ anderen als Bremse von Reformen.

Die Selbstverwaltung von Rehabilitationsträgern

Für die politische Wahrnehmung von außen ist oft entscheidend, dass die Rehabilitationsträger als Körperschaften mit Selbstverwaltung eigene Entscheidungen darüber treffen, wie sie Sozialrecht ausführen. Das „Selbst“ der Selbstverwaltung sind dann viele einzelne Körperschaften, die als sich selbst steuerndes System erscheinen. Dieses Eigenleben der Verwaltung erscheint nach außen als rechtfertigungsbedürftig gegenüber den demokratisch legitimierten Vorgaben von Gesetzgeber und Aufsicht.

In der Innenwahrnehmung wird dagegen differenziert zwischen „Verwaltung“ und „Selbstverwaltung“, wobei letztere auf ehrenamtliche Mitwirkung in Selbstverwaltungsorganen bezogen wird. Selbstverwaltung ist dann hilfreich, um Gesetze lebensnah zu konkretisieren und um die Verwaltung effektiver zu kontrollieren als es eine externe Aufsicht vermöchte. Das „Selbst“ der Selbstverwaltung sind in dieser Sicht Versicherte und Arbeitgeber. Die immer engeren und komplexeren gesetzlichen Vorgaben sind dann das Problem gegenüber der legitimierten Regelung eigener Angelegenheiten. Dieses Spannungsverhältnis gehört zur Selbstverwaltung.

1 Stark gekürzter Vortrag vom 27.5.2019 in Berlin bei der GVG. Erkenntnisse gehen zurück auf ein von der Hans-Böckler-Stiftung gefördertes Projekt, zusammengefasst in: Karl-Heinz Köpke/ Alexandra Richter/ Felix Welti, Soziale Selbstverwaltung und Rehabilitation. Sichtweisen, Bewertungen und Anregungen von Expertinnen und Experten der Selbstverwaltung, Study 384, Düsseldorf: HBS, 2018.

Erfolge, Probleme und Herausforderungen

1. Nähe zur Lebens- und Arbeitswelt

Die Reha-Kommissionen des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger, Ende der 1980er Jahre aus den Selbstverwaltungsorganen angeregt, haben zu Innovationen beigetragen, etwa stufenweise Wiedereingliederung, Stärkung ambulanter und betriebsnaher Rehabilitation und intensiviertere Rehabilitationsforschung².

Hier zeigt sich die Stärke der sozialen Selbstverwaltung, deren mit der Arbeitswelt vertraute Akteure Erfahrungen aus der tariflichen Gestaltung oder dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement nutzbar machen können. Die immer stärkere Zentralisierung der Rehabilitationsträger ist für Ehrenamtliche mit größeren Fahrtzeiten und Entfernung von Betrieben und Gemeinden verbunden. Der Informationsvorsprung der Hauptamtlichen wächst.

2. Selbstbestimmung und Partizipation

Besonders relevante Grundsätze des Rechts der Rehabilitation sind individuelle Selbstbestimmung, auch bei der Rehabilitation selbst, und die kollektive Partizipation an ihrer Ausgestaltung. Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten auf individuelle Ausgestaltung der Leistungen (§ 8 SGB IX) wird in Selbstverwaltungsorganen thematisiert und, etwa im Widerspruchsausschuss, gegen rigide Standardisierung geschützt.

Die kollektive Partizipation von Menschen mit Behinderungen an sie betreffenden Entscheidungen (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK) wird etwa durch Aktionspläne einiger Rehabilitationsträger realisiert. Jedenfalls die Gewerkschaften haben Erfahrung aus der betrieblichen Schwerbehindertenvertretung. Gleichwohl wäre eine sichtbarere und autonome Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen erforderlich.

3. Trägerübergreifende Kooperation, Koordination und Konvergenz

Mit dem Reha-Angleichungsgesetz, dem SGB IX und dem Bundesteilhabegesetz hat der Gesetzgeber in drei Anläufen versucht, das gegliederte System zu bewahren, Nachteile wie Zuständigkeitskonflikte, Unübersichtlichkeit

2 Vgl. Felix Welti, Zwischen unteilbaren Menschenrechten und gegliedertem Sozialsystem. Behindertenpolitik erster und zweiter Ordnung von 1990 bis 2016, in: Theresia Degener, Marc von Miquel (Hrsg.), Aufbrüche und Barrieren. Behindertenpolitik und Behindertenrecht in Deutschland und Europa seit den 1970er Jahren, Bielefeld 2018, S. 15–42.

und mangelnde Planung auszuräumen und Kooperation, Koordination und Konvergenz herzustellen.

Der Gesetzgeber des SGB IX hat festgehalten, dass dabei Selbstverwaltungslösungen Vorrang haben (BT-Drs. 14/5074, 101). Das Hauptinstrument dafür sollen die im Rahmen der BAR vereinbarten Gemeinsamen Empfehlungen der Sozialversicherungsträger oder ihrer Verbände sein (§§ 25, 26 SGB IX). Damit wurde der Selbstverwaltung zugleich die Hauptverantwortung für das Gelingen zugewiesen.

Die Kritik war erheblich: Gemeinsame Empfehlungen sind nicht zu allen vorgesehenen Materien beschlossen worden. Sie waren wenig konkret und wenig bekannt. Die Rehabilitationsträger sollten regionale Arbeitsgemeinschaften bilden (§ 25 Abs. 2 SGB IX), um sie zu konkretisieren und die auf Bundesebene nicht einbeziehbaren Träger der Eingliederungshilfe und Jugendhilfe einzubinden. Sie sind jedoch – bis heute – nicht eingerichtet worden.

Woran liegt diese Schwäche? Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften wissen ja, dass es nicht wichtig ist, welcher Rehabilitationsträger sich bei Abgrenzungstreit durchsetzt, sondern dass zügig und transparent geprüft und geleistet wird. Sie könnten das Eigeninteresse der Apparate relativieren und rasche Einigungen der Träger durchsetzen, die im Kern alle für die gleiche Solidargemeinschaft da sind. Das versuchen sie auch. Doch scheint die Durchsetzungskraft der Ehrenamtlichen begrenzt. Gerade für Krankenkassen erscheint zudem wegen des Kassenwettbewerbs das Organisationsinteresse als höchster Imperativ.

Gesetzgeber und Versicherungsträger sind zu fragen, ob sie die der Größe der Träger und der Aufgabe entsprechende Professionalisierung des Ehrenamts durch Selbstverwaltungsbüros, Schulungsangebote und erleichterte Freistellung von der Arbeit fördern können.

Neues durch das Bundesteilhabegesetz

Das Bundesteilhabegesetz hat die BAR mit einer neuen gesetzlichen Grundlage versehen (§§ 39–41 SGB IX). Sie ist nun öffentlich-rechtliche Arbeitsgemeinschaft (§ 94 SGB X) unter Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit den Aufgaben Beobachtung, Auswertung und Bewertung der Zusammenarbeit, einschließlich Aufbereitung und Erhebung von Daten in einem Teilhabeverfahrensbericht, Erarbeitung gemeinsamer Empfehlungen, trägerübergreifender Beratungsstandards und Qualitätskriterien, Förderung der Partizipation Betroffener auch innerhalb der BAR, Öffentlichkeitsarbeit und trägerübergreifende Forschung.

Damit hat der Gesetzgeber die BAR als zentralen Ort trägerübergreifender sozialer Selbstverwaltung substanziell gestärkt. Insbesondere der auch die Länder einbeziehende Teilhabeverfahrensbericht kann nicht nur dringend benötigte Erkenntnis über Verwaltungsgeschehen und Kooperation erheben und öffentlich machen. Wenn es stimmt, dass Wissen Macht ist, können seine Erkenntnisse den ehrenamtlichen Organen helfen.

Ausblick

Wie die soziale Selbstverwaltung die mit dem BTHG geschaffenen neuen Chancen nutzt, wird sich in den nächsten Jahren zeigen. Der Gesetzgeber müsste weitere Schritte zur verbindlichen Einbindung der Verbände der Menschen mit Behinderung unternehmen. Auch eine Landesebene wird dringend benötigt.

Die soziale Selbstverwaltung hat Zukunft, wenn sie demokratisch, effizient und modern beweist, dass sie auch harte Bretter erfolgreich bearbeiten kann. Die Rehabilitation ist dazu ein gutes Feld der Bewährung.

Der Teilhabeplan als wichtiges Instrument effektiver Verwaltungskooperation

von Dr. Steffen Luik, Richter am Bundessozialgericht

Der Teilhabeplan ist in aller Munde – und das ist gut so. Im sogenannten gegliederten Reha-System ist neben einer individuellen Bedarfsermittlung auch die Kooperation der Träger und die Koordinierung der Leistungen unabdingbar, um Leistungsberechtigten die ihnen gesetzlich zustehenden Leistungen zu garantieren. Wer einen Plan hat, weiß, was er will und wo die Reise hingehen soll. So ähnlich ist das schon im deutschen Wörterbuch Jacob und Wilhelm Grimms festgehalten, wenn dort der Plan als „Grundriß/Entwurf einer zukünftigen Unternehmung“ umschrieben wird.¹ Wenn alles „nach Plan“ läuft, spart dies üblicherweise Ressourcen, Zeit und Nerven auf allen Seiten, bis das Ziel erreicht ist; und wenn von effektiver Verwaltungskooperation und -koordination die Rede ist, geht es letztlich auch darum.

Planerisches Handeln im Bereich der Leistungsverwaltung hat immer den Zweck, die Steuerungsfähigkeit rechtlicher Regelungen zu steigern und die Ergebnisse zu verbessern, denn im umgekehrten schlechten Fall gilt häufig: „Planlosigkeit hat die Verfehlung der staatlichen Zwecke und Aufgaben zur Folge.“² Die Mitglieder der BAR haben es treffend auf den Punkt gebracht:

„Der individuelle Teilhabeplan ist ein wesentliches Mittel zur Erreichung einer einheitlichen Praxis der Feststellung und Durchführung der einzelnen Leistungen zur Teilhabe innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe. Er dient bei Träger- und Leistungsgruppenmehrheit der Koordination mehrerer erforderlicher Leistungen zur Teilhabe und zur Kooperation der Rehabilitationsträger. Durch den Teilhabeplan werden eine bessere Verzahnung von Leistungen zur Teilhabe und die Sicherung und Nahtlosigkeit der Leistungserbringung ermöglicht.“³

Bereits 1997 hat das Bundesverfassungsgericht aus dem Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“) verfahrensrechtliche Anforderungen abgeleitet, die sich wie eine erste Blaupause zur Teilhabeplanung lesen. Entscheidungen, die im

1 Jacob und Wilhelm Grimm, Deutsches Wörterbuch, Band 7, 1889, Sp. 1885 sub 6.
 2 Forsthoff, Lehrbuch des Verwaltungsrechts Band I, Allgemeiner Teil, 10. Aufl. 1973, S. 303.
 3 § 48 Abs. 1 der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“, 2. Aufl. 2019.

Zusammenhang mit einer Behinderung ergehen und eine Benachteiligung des behinderten Menschen darstellen können, müssen substantiiert begründet werden. Danach sind – je nach Lage des Falles – Art und Schwere der Behinderung anzugeben sowie die Gründe, die die Behörde gegebenenfalls zu der Einschätzung gelangen lassen, dass eine bestimmte Maßnahme zur Nachteilsausgleichung geeignet ist.⁴ Auch mittelbare Diskriminierung berührt den Schutzzweck des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG⁵. Das Verfahrensrecht im sogenannten gegliederten System mit seinem „komplizierten System von unterschiedlichen Trägerschaften und Zuständigkeiten“ sowie das „Kompetenzgerangel unterschiedlicher Zuständigkeiten“⁶ sind insofern typische Fehlerquellen, als ein zu kompliziertes Verfahrensrecht für behinderte Menschen faktisch mittelbar diskriminierende Wirkungen haben kann. Wenn das Verfahrensrecht Hürden aufbaut, die die Realisierung bestehender Leistungsansprüche behinderter Menschen erschweren, sind wir mitten im Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG. Gerade an dieser Stelle hat der Teilhabeplan eine eminent wichtige Funktion, denn durch die Kooperation der Träger und durch eine koordinierte Leistungserbringung wird verhindert, dass Verwaltungs- (und Gerichts)verfahren für Leistungsberechtigte unnötig kompliziert gemacht werden.

Die BAR hat einen nicht geringen Anteil daran, dass der Teilhabeplan, wie er bereits vor 2018 in einer rudimentären Ausprägung in § 10 SGB IX enthalten war, in den letzten Jahren stärker ins Bewusstsein gerückt ist, indem bereits 2004 eine Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ verabschiedet und diese später in einen größeren Zusammenhang, den „Reha-Prozess“, eingebettet wurde.⁷ Ersichtlich hat sich der Gesetzgeber des Bundesteilhabegesetzes 2016 daran reichlich bedient; der Gesetzessystematik ist das zugute gekommen.⁸ Besonders die Verknüpfung der Amtsermittlung als Grundlage des Plans mit der sich daran anschließenden Koordination der Leistungen und Kooperation der Reha-Träger verdient Beachtung. Die vorgegebenen Inhalte des Teilhabeplans umschreiben die behördliche und gerichtliche Amtsermittlung (§ 20 SGB X, § 103 SGG),⁹ die als Vorarbeit vor jeder Prognoseentscheidung und Ermessensausübung zu leisten ist. Wer den Sachverhalt nicht kennt, kann auch keine rechtssicheren (und gerichtsfesten) Folgeentscheidungen treffen. Ebenso wirken

4 BVerfG 08.10.1997 – 1 BvR 9/97 – BVerfGE 96, 288 = NJW 1998, 131.

5 Nußberger in Sachs, Grundgesetz, Kommentar, 8. Aufl. 2018, Art. 3 RdNr. 311.

6 Teilhabebericht der Bundesregierung 2013, BT-Drs. 17/14476, S. 52 f.

7 Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ 2014, 2. Aufl. 2019.

8 Vgl. §§ 19 ff. SGB IX.

9 BT-Drs. 18/10523, 53 unter Hinweis auf die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“.

sich Koordinierungsmängel regelmäßig auch inhaltlich negativ aus.¹⁰ Bei richtiger („pflichtgemäßer“) Anwendung durch die Verwaltung wird hingegen mit dem Teilhabeplan, der selbst noch kein Verwaltungsakt ist, die bestmögliche Verwaltungsentscheidung vorbereitet und in der Folge der gesamte Reha-Prozess bis zum erfolgreichen Ende gesteuert. Die Erbringung von Leistungen wie aus einer Hand wird sicher gestellt. Den leistenden Reha-Träger trifft während der Durchführung der Maßnahme(n) eine Beobachtungspflicht, da der Teilhabeplan während des Verlaufs der Rehabilitation laufend evaluiert und gegebenenfalls angepasst werden muss.

Die Erstellung eines Teilhabeplans liegt im wohlverstandenen Interesse sowohl der Menschen mit Behinderung als auch der Reha-Träger. Die Feststellungen im Plan ergeben die Grundlage der Prognose und der Ermessensausübung, stellen die vom BVerfG geforderte substantiierte Begründung der Bescheide sicher und steuern das Verfahren bis ans Ziel. Der Plan dokumentiert die durchgeführte Amtsermittlung, legt aber gegebenenfalls auch deren Mängel offen und ermöglicht so den behinderten Menschen wirksamen Rechtsschutz (Überprüfung der Prognose und der Ermessensausübung, gegebenenfalls verbesserte Möglichkeiten bei der Selbstbeschaffung von Leistungen). Der „Teilhabeplan als Roadmap zum Reha-Erfolg“¹¹ ist damit für die Leistungsberechtigten und für die Reha-Träger eine „Win-Win-Konstellation“.

Dass alle diese Vorgaben in Zukunft auch aktiv gelebt werden müssen, versteht sich ebenso von selbst, wie sie kein Selbstläufer sein werden. Wie immer bei Neuerungen ist man darauf angewiesen, dass in Verwaltungen und Gerichten die neuen Regelungen angenommen und mit Tatkraft und Zuversicht im Interesse aller umgesetzt werden. Die BAR hat eine wichtige Rolle in der Umsetzungsbegleitung des Bundesteilhabegesetzes eingenommen und ist damit noch lange nicht fertig – auch das ist gut so.

10 Luthé, Die Koordinierungsanforderungen des SGB IX bei der Feststellung des Einzelfallbedarfs, *Behindertenrecht* 2010, 57, 61.

11 Luik, *Sozialrecht aktuell*, Sonderheft 2011, 11.

Von der Sonderwelt zum selbstbestimmten Leben: Herausforderungen der Eingliederungshilfe von 1947 bis 2027

von Matthias Münning, Vorsitzender Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)

Rehabilitation ist ein weites Feld. In der Alltagssprache verbindet man damit vielleicht einen vorübergehenden kurzen Zeitraum, der der Wiederherstellung der Arbeitskraft dient oder das Thema Drogenrehabilitation und die mangelnde Motivation, diese zu absolvieren: „They tried to make me go to rehab, I said, no, no, no“ (Amy Winehouse). Eher entfernt liegt der Gedanke, dass dieser Begriff auch zu tun hat mit Menschen, die für lange Zeit, sehr häufig für die Zeit ihres Lebens geistig oder psychisch so erheblich eingeschränkt sind, dass sie auf dauerhafte Unterstützung angewiesen sind. Der Gesetzgeber formuliert es so: Sie sind wesentlich in ihrer Fähigkeit eingeschränkt, an der Gesellschaft teilzuhaben.

Und doch schreibt die grundlegende Vorschrift der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) in Artikel 26 „Habilitation und Rehabilitation“ im Absatz 1 vor, dass die Vertragsstaaten wirksame und geeignete Maßnahmen treffen, Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Wie auch bei den anderen Vorschriften der UN-BRK gilt dies für alle Menschen mit Behinderungen, eben auch solche, die erheblich in ihrer Teilhabefähigkeit eingeschränkt sind: Menschen mit schweren geistigen Beeinträchtigungen, Menschen mit schweren psychischen Störungen.

Diese Aufgabe wurde im deutschen Recht spätestens seit Inkrafttreten des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) im Jahre 1962 schlicht als Eingliederungshilfe bezeichnet. Damals noch in deutlicher und oft als diskriminierend empfundener Sprache, die an persönliche Eigenschaften anknüpfte: „blind“ oder „geistige Kräfte schwach entwickelt“. Schon damals, 1962, ausgestattet mit einem Rechtsanspruch: „Hilfe ist zu gewähren“. Allerdings, darauf ist hinzuweisen, sie ist nachrangig zu gewähren. Einerseits muss der Hilfebedarf also wesentlich sein, andererseits darf es keinen vorrangigen Leistungsträger geben. Durch diese gesetzliche Regelung entsteht eine merkwürdige, aber dennoch durchdachte

Zuweisung einer Zuständigkeit, Leistungen der Rehabilitation oder doch besser Habilitation zu gewähren. Eingliederungshilfe ist also so etwas wie ein Ausfallbürg, wenn es „besonders dicke kommt“ und „jemand helfen“ muss.

Das gesamte staatliche Handeln ist mithin ausgerichtet, die Ziele der UN-BRK zu erreichen. Gibt es aber keine gesonderte Zuweisung an einen Handlungsträger, so bleibt immer noch eine Auffangzuständigkeit. Diese ist allerdings eng begrenzt auf Personen, die einen wesentlichen Bedarf haben.

Wie in anderen Bereichen der Hilfe in Notfällen auch ist diese Hilfe zunächst von örtlichen Gemeinschaften angenommen worden. Die Armenfürsorge ist Kern der kommunalen Fürsorge. Schon im 19. Jahrhundert allerdings entwickeln sich regionale Organisationsformen, um die Hilfen zu gewähren. Anders als bei den anderen allgemeinen Lebensrisiken wie Alter, Gesundheit und Arbeitslosigkeit entwuchsen daraus aber keine bundesunmittelbaren Körperschaften. Es bleibt bei einer föderalen, von den Ländern wahrgenommenen Verwaltungsaufgabe. Auf Bundesebene bleibt es ein freiwilliger Zusammenschluss: die „Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und Eingliederungshilfe“, kurz BAGüS. Sie ist die Klammer für diesen Reha-Bereich.

Kurz nach dem Krieg im Jahre 1947, dem Jahr, in dem die BAGüS als „Arbeitsgemeinschaft der Landesfürsorgeverbände der vereinigten Westzonen“ gegründet wurde, in einer Zeit, in der die Kriegsgräuere noch in unmittelbarer Erinnerung lagen, in der es eine Vielzahl von Kriegsopfern und körperlich sowie seelisch beeinträchtigten Menschen gab, die mit ihren erheblichen Verletzungen am Leben vielleicht mehr schlecht als recht teilnahmen, war noch keine Rede von Rehabilitation. Nur für sehr wenige Menschen gab es Spezialeinrichtungen, genannt Landeskrankenhäuser, die aber durchaus nicht nur der Krankenhilfe, sondern auch der Verwahrung dienten. Sonderwelten, deren Schrecken heute bekannt sind.

2019 ist dies bittere Vergangenheit. Radikale Psychiatriekritik, die Transformation des Anstaltswesens und die Reform der Jugendwohlfahrt haben zu einer Ausprägung verschiedener Hilfeformen geführt. Krankenhäuser für psychisch erkrankte Menschen. Förderschulen für junge Menschen. Werkstätten für Menschen, die nicht oder noch nicht einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen können. Wohngemeinschaften und Heime. Schließlich eine Vielzahl von ambulanten Diensten, die Menschen dabei unterstützen, etwa selbstständig zu wohnen oder einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen zu können.

In den 1960er Jahren wird mit dem Begriff Eingliederungshilfe nur ein sehr kleiner Personenkreis erfasst. 1963 waren es rund 58.000 Menschen in Westdeutschland. Beginnend in den Siebzigerjahren mit der Einführung der

Schulpflicht für alle Kinder sowie der Psychiatriereform erfährt der Personenkreis eine immer größere Ausweitung. Im Jahr 2018 erhalten über 900.000 Menschen Eingliederungshilfe. Und dennoch ist es immer noch ein kleiner Personenkreis, rund ein Prozent der Bevölkerung.

Eingliederungshilfe ist damit faktisch zu einem eigenen Zweig der Rehabilitation heran gewachsen. Klein im Vergleich mit den anderen Rehabilitationsträgern in Deutschland. Groß, wenn man die Aufwendungen betrachtet: Im Jahr 2017 betragen die Ausgaben 18,7 Milliarden Euro. Das sind 51 Prozent der Gesamtaufwendungen für Rehabilitation und Teilhabe aller Rehabilitationsträger. Der nachrangige Ausfallbürge ist damit Marktführer.

Das Bundesteilhabegesetz zieht daraus die Konsequenz, nimmt die Eingliederungshilfe aus dem Recht der Sozialhilfe heraus und ordnet sie ab Beginn 2020 als eigenständiges Leistungsrecht. In den nächsten acht Jahren wird es gewaltige Herausforderungen geben, um das Ziel des Gesetzgebers anzustreben: „Selbstbestimmtes Leben für alle“.

Vom Wächteramt zur Prävention – die Rolle der Integrationsämter/Hauptfürsorgestellen von 1991 bis heute

von Christoph Beyer, Vorsitzender Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)

Ein Beitrag zu einer Festschrift anlässlich des fünfzigjährigen Bestehens der BAR, da lohnt es sich, auf zwei höchstrichterliche Entscheidungen zurückzublicken, die in diese Zeitspanne fallen und beide eine überraschende Aktualität besitzen.

Zuerst genannt sei das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 1991, welchem der vorliegende Beitrag seine Überschrift verdankt¹. Der 5. Senat urteilte noch auf der Grundlage des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG), welches 2001 mit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches – Neuntes Buch (SGB IX) als sein Teil 2 in dieses eingefügt wurde², das SchwbG sei in erster Linie ein Fürsorgegesetz. Aus dem Fürsorgegedanken leitet der Senat ab, es entspreche dem Grundanliegen des Schwerbehindertengesetzes, dem Schwerbehinderten die Hauptfürsorgestelle³ zur Seite zu stellen, um die unverzügliche Einleitung der erforderlichen Maßnahmen der nachgehenden Hilfe im Arbeitsleben⁴ sicherzustellen. Hieraus ergebe sich ein staatliches Wächteramt der Hauptfürsorgestelle gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger in den Fällen, in denen der an sich zuständige Rehabilitationsträger die begehrte Leistung aus materiell-rechtlichen Gründen abgelehnt hat. Die umfassende Vorleistungsnorm des § 28 Abs. 5 Satz 1 SchwbG sowie das sich daran notwendig anschließende Erstattungsverfahren nach Satz 2⁵ intendiere keine Bevormundung anderer

1 BVerwG, Urteil vom 12.9.1991 - 5 C 52/88.

2 Mit Inkrafttreten des BTHG (BGBl. I vom 23.12.2016, S. 3234) ist das SGB IX um einen Teil erweitert worden, der die Leistungen der Träger der Eingliederungshilfe enthält und in diesem Zusammenhang ist der bisherigen Teil 2 zu Teil 3 geworden.

3 Mit Inkrafttreten des SGB IX wurden die Aufgaben der Hauptfürsorgestellen im Bereich Arbeit auf die neu geschaffenen Integrationsämter übertragen.

4 Hieraus wurde die begleitende Hilfe im Arbeitsleben gemäß § 185 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX.

5 § 185 Abs. 7 Satz 3 und 4 SGB IX.

Sozialleistungsträger, sondern lediglich deren Kontrolle. Die Hauptfürsorgestelle habe die Entscheidung der Rehabilitationsträger nicht primär zu akzeptieren, sondern zu kontrollieren, um die unverzügliche Einleitung erforderlicher Rehabilitationsmaßnahmen sicherzustellen. Nun hat das SGB IX mit seinem Inkrafttreten den Gedanken der Fürsorge durch den der Teilhabe ersetzt⁶ und damit auch begrifflich die Rechtsstellung der Menschen mit Behinderung gestärkt. Damit hat auch der Gedanke des staatlichen Wächteramtes der Hauptfürsorgestellen/Integrationsämter seine Rechtfertigung eingebüßt. Mit der Stärkung der individuellen Rechte des Einzelnen geht konsequenterweise der beschützerische Bedarf durch einen Dritten verloren.

Dass die Vorleistungsmöglichkeit jedoch auch heute ihre Rechtfertigung hat, zeigt die zweite höchstrichterliche Entscheidung, die sogar noch älter ist. Das Bundessozialgericht hat im Jahr 1981 entschieden, zwar seien nach § 11 Abs. 3 Satz 2 SchwbG⁷ Arbeitgeber gegenüber Schwerbehinderten verpflichtet, deren Arbeitsplätze mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen auszustatten. Diese Verpflichtung bestehe jedoch im Verhältnis zu den Trägern der Rehabilitation nur subsidiär⁸. Diese Sichtweise gewinnt der 1. Senat zuerst unter Heranziehung der Normen aus dem Schwerbehindertengesetz, namentlich der §§ 27 Abs. 2 und 28 Abs. 4 Satz 2 SchwbG⁹. Darin komme zum Ausdruck, dass das arbeitsrechtliche Schwerbehindertenrecht dem Behinderten lediglich einen zusätzlichen Schutz gewähren soll. Nicht aber sollten sozialversicherungsrechtliche Leistungsansprüche durch arbeitsrechtliche Ansprüche verdrängt werden. Entsprechend der allgemeinen Aufgabenverteilung zwischen Rehabilitationsträgern und Hauptfürsorgestellen beschränke sich die Zuständigkeit letzterer auf die Gewährung nachgehender Hilfen für Schwerbehinderte.

Weder mit Inkrafttreten des SGB IX noch des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) hat der Gesetzgeber an dieser Rechtslage etwas geändert. Damit besteht

6 Konsequenterweise beinhaltet die Teilhabe auch den Begriff der Teilgabe, denn nicht nur im Arbeitsleben erbringen Menschen mit einer Behinderung einen selbstverständlichen Teil der Leistung eines Betriebes oder einer Dienststelle.

7 § 164 Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 SGB IX.

8 BSG, Urteil vom 22.09.1981 - 1 RA 11/80; der zugrundeliegende Sachverhalt aus dem Jahr 1974 und die Diskussion der Zuständigkeiten zwischen Bundesagentur für Arbeit, Deutscher Rentenversicherung, Integrationsamt und Arbeitgeber könnte genau so auch im Jahr 2019 spielen, nur ginge es heute nicht mehr um eine hydraulische Zeichenmaschine als berufsfördernde Leistung bzw. Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.

9 § 185 Abs. 6 SGB IX.

seine grundsätzliche Entscheidung aus dem Jahr 1974 durch das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG)¹⁰ weiter, wonach sich die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger nach dem Grundsatz der Einheitlichkeit des Trägers und des Rehabilitationsverfahrens auch auf die Gewährung nachgehender Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges und damit in den Bereich der nachgehenden Hilfe im Arbeitsleben hinein erstreckt¹¹. Der 5. Senat hebt hervor, dass im Bereich, in dem sich die Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger mit denen der Hauptfürsorgestellten überschneiden, nach dem Grundsatz der Einheit des Rehabilitationsträgers die Leistungspflicht des Trägers der Verpflichtung der Hauptfürsorgestelle vorgehe¹².

In einem bestimmten Bereich gestärkt hat der Gesetzgeber durch das BTHG jedoch die Rolle der Integrationsämter. Er hat sie zwar nicht zu Rehabilitationsträgern erklärt, was aufgrund der Finanzierung ihrer Leistungen aus Mitteln der Ausgleichsabgabe richtig ist. Er hat sie aber neben den Rehabilitationsträgern in § 3 Abs. 1 SGB IX zur Prävention verpflichtet und damit erstmals mit ihren Leistungen in den Teil 1 aufgenommen. Sind die Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben systematisch im rehabilitationsrechtlichen Dreischritt von Prävention, Rehabilitation und Rente bei den nachgehenden Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges verortet, wird die Zuständigkeit der Integrationsämter nun in den Bereich zwischen Prävention und Rehabilitation ausgeweitet.

Nun ist der Begriff der Prävention alles andere als klar umrissen und zudem rechtsgebietsabhängig. Im Sozialrecht bedeutet er die Vermeidung von Rehabilitationsbedarf, im Arbeitsrecht die Sicherung des Arbeitsverhältnisses¹³ und im Arbeitsschutz die Verhütung von Arbeitsunfällen. Hinzu kommt, dass die sozialrechtliche Prävention nach § 3 Abs. 1 SGB IX ausdrücklich auf die arbeitsrechtliche Arbeitgeberpflicht des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 167 Abs. 2 SGB IX verweist. Aber letztlich ist dies nur folgerichtig: So wie sich die Fürsorge für den schwerbehinderten Menschen zur Teilhabe gewandelt hat, so wird aus dem Wächteramt der Hauptfürsorgestellten/Integrationsämter die Präventionspflicht im Zusammenspiel mit den Rehabilitationsträgern und

10 BGBl. I vom 15.08.1974, S. 1881.

11 Die Rehabilitationsträger, soweit sie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen, und die Integrationsämter haben sich vor diesem Hintergrund auf eine Verwaltungsabsprache verständigt, die derzeit bei der BAR erneut verhandelt wird und unter www.integrationsaemter.de abrufbar ist.

12 Vgl. BVerwG, a. a. O.

13 Vgl. § 167 Abs. 1 SGB IX.

Arbeitgebern. Freilich handelt es sich hierbei nicht um die auf den Einzelnen ausgerichtete Verhaltensprävention, sondern um Verhältnisprävention im Bezug auf den jeweiligen Betrieb beziehungsweise die Dienststelle.

So verstanden ist die Möglichkeit der Vorleistung nach § 185 Abs. 7 Satz 3 SGB IX für die Integrationsämter ein Instrument, um im Konfliktfall mit einem anderen Rehabilitationsträger im Sinne des schwerbehinderten Menschen und seines Arbeitgebers frühzeitig und damit präventiv tätig werden zu können. Dieses Verständnis von Prävention entspricht dem seit dem Schwerbehindertengesetz unveränderten primären Auftrag der Hauptfürsorgestellen/Integrationsämter, darauf hinzuwirken, dass die schwerbehinderten Menschen auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können.¹⁴

14 Vgl. § 185 Abs. 2 Satz 2 SGB IX.

Rehabilitation als Säule des Sozialen Entschädigungsrechts – eine Kurzbetrachtung

von Sven Busse, Vorsitzender Gemeinsame Kommission der
Länderreferenten und der Bundesarbeitsgemeinschaft der
Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)

Einführung

Der Begriff Rehabilitation ist heutzutage in vieler Munde – und das ist auch gut so. Entspricht rehabilitatives Denken und Handeln doch einem zutiefst humanen Menschenbild, das diejenigen, die in ihrer physischen oder psychischen Integrität beeinträchtigt sind, nicht in ihrem bisherigen Zustand belassen, sondern diesen bessern möchte. Es ist professionsübergreifend anerkannt, dass der ganzheitliche rehabilitative Ansatz Menschen hilft, an Körper und Seele frühzeitiger, schneller und auch nachhaltiger zu gesunden.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. mit ihren Mitgliedern und denen, die diese Arbeit gestalten, haben daran, dass dieser Ansatz heute für uns ein selbstverständlicher ist und in der Sache nicht mehr hinterfragt wird, einen großen und wichtigen Anteil. Umso wichtiger ist es, ein Jubiläum wie das des 50-jährigen Bestehens zum Anlass zu nehmen, Rückschau zu halten und die Frage zu betrachten, ob Rehabilitation tatsächlich ein Instrument der neueren Zeit ist.

Hintergrund

Als ein heute bisweilen in Vergessenheit geratenes Beispiel für frühe rehabilitative Ansätze will der nachfolgende Beitrag dies am Beispiel des Sozialen Entschädigungsrecht ein wenig fokussieren. Dieser Text soll nicht streng wissenschaftlich oder noch betont fachjuristisch sein, sondern aufzeigen, dass es bereits in früheren Zeiten Ansätze gab, die der Rehabilitation, wie wir sie heute verstehen, erstaunlich nah waren und weiterhin, wie sich diese Ansätze mit geänderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen fortentwickelt haben.

Historische Entwicklung

Der erste Weltkrieg von 1914 bis 1918, der als der erste „moderne“¹ Weltkrieg der Geschichte mit einem bis dahin unbekanntem Ausmaß an Zerstörung einherging, stellte neben dem bis heute unvorstellbaren persönlichen Leid, das die Einzelnen durchleben mussten, auch für die gesamte Gesellschaft eine große Herausforderung dar. Durch ein Zusammenwirken vieler Faktoren entstand die Situation, dass im November 1918 im damaligen Deutschen Reich wohl mehr als zwei Millionen Menschen² kriegsbeschädigt und damit schwer körperlich und auch oft seelisch beeinträchtigt waren.

Während es bis dahin ein lediglich rudimentäres finanzielles Absicherungssystem für Kriegsfolgen gab, änderte sich dies nach dem Ersten Weltkrieg, indem unter anderem das im April 1920 erlassene Reichsversorgungsgesetz (RVG)³ in Kraft trat und damit die gesetzlichen Grundlagen für eine Versorgung der vom Kriege Betroffenen darstellten. Dies war insofern eine große und wichtige sozialpolitische Zäsur, als Betroffene im Falle einer sogenannten Dienstbeschädigung bis dahin auf mehr oder weniger freiwillige staatliche Leistungen angewiesen waren.

Neben Geldleistungen gab es aber bereits seit 1919 auch die sogenannten Fürsorgeleistungen, die – allerdings in deutlich weiterentwickelter Art und Weise – bis heute Teil des umfassenden Leistungskatalogs des Sozialen Entschädigungsrechts sind und in denen der Reha-Gedanke bereits deutlich wird. Bereits damals bestand die Erkenntnis, dass allein soziale Absicherung nicht ausreicht, um die Folgen einer kriegsbedingten gesundheitlichen Einschränkung zu kompensieren. Vielmehr wurde bereits bei den Beratungen im Zuge der Schaffung des RVG sehr deutlich, dass die seinerzeit sozial-ethisch genannte Bedeutung der Arbeit nicht vergessen werden dürfe.⁴ Deshalb sah das RVG vor, dass Beschädigte Anspruch auf unentgeltliche berufliche Ausbildung zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbstätigkeit haben⁵, was den ausdrücklichen politischen

-
- 1 Der Begriff des „modernen Krieges“ wird vielfach – oft auch populärwissenschaftlich – gebraucht; er muss wohl so verstanden werden, dass die Art und Weise der Kriegsführung der in den Jahren zuvor erfolgten, teils rasanten wissenschaftlichen und technischen Entwicklung entsprach.
 - 2 Es handelt sich um eine geschätzte Anzahl; während der Sanitätsbericht über das Deutsche Heer von 1934 etwa 700.000 angibt, gehen wissenschaftliche Rechenmodelle von bis zu 2,7 Millionen Menschen aus.
 - 3 RGBl. 1920, S. 989.
 - 4 Bericht des Ausschusses für soziale Angelegenheiten, in den Verhandlungen des Reichstages 1919/1920, Bd. 341, Nr. 2422.
 - 5 § 21 Satz 1 RVG.

Auftrag zeigt, Menschen nicht nur finanziell zu unterstützen, sondern auch ihre (Wieder-)Integration in das Berufsleben sicherzustellen. Die Tatsache, dass dies nicht selten gelang, ist sicher unter anderem auch auf die in den 1920er Jahren in vielen Bereichen weiter fortschreitende technische Entwicklung, beispielsweise im Bereich der Prothetik, zurückzuführen⁶. Flächendeckend aber war der Erfolg gemessen an heutigen Maßstäben noch nicht.

Der von Karl Marx stammende Satz, dass sich Geschichte immer zweimal wiederhole, das erste Mal als Tragödie, das zweite Mal als Farce, lässt sich jedenfalls an der Situation, die nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges für die Betroffenen bestand, nicht widerlegen. Dieser Krieg mit seinen bis heute unvorstellbaren menschlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen stellte eine zynische Potenzierung der Situation nach dem Ersten Weltkrieg dar. Auch hier gab es ein Heer von schwerstbeschädigten Betroffenen, für deren Versorgung es neuer und ihrer Situation angemessener rechtlicher Grundlagen bedurfte. Mit dem im Oktober 1950 in Kraft getretenen Bundesversorgungsgesetz (BVG)⁷ wurde im Wesentlichen das Gefüge des RVG beibehalten. Auch das BVG sah – und sieht bis heute – die berufliche Integration als eine der Kernzielstellungen vor.⁸ Das nach dem Krieg langsam einsetzende sogenannte Wirtschaftswunder in der Bundesrepublik Deutschland⁹ und auch das im Mai 1953 in Kraft getretene Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter¹⁰ verbesserte die Situation der Kriegsbeschädigten sukzessive. Durch den Krieg Erblindete arbeiteten zum Beispiel als Masseure oder Telefonisten, nicht selten und bis in die 1990er Jahre im öffentlichen Dienst. Auch diese positiven Beispiele und Ansätze dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es in vielen Fällen eben gerade nicht gelang, Menschen, die schwer von den Folgen des Krieges gezeichnet waren, in den Arbeitsmarkt zu integrieren, was auch der beträchtlichen Anzahl ziviler Opfer geschuldet war.

6 Als Beispiel ist eine von Prof. Dr. Ferdinand Sauerbruch konstruierte Armprothese zu nennen, die die Bewegung der verbliebenen Muskulatur im Armstumpf auf die Prothesenteile, insbesondere die Hand, übertrug. Allerdings fanden solche Spezialentwicklungen keine flächendeckende Verbreitung.

7 BGBl. S. 791.

8 Aktuell in § 26 BVG normiert.

9 Die differenziert zu betrachtende Situation in der ehem. DDR muss hier aus Gründen der Begrenzung des Umfangs dieses Beitrages außen vor bleiben.

10 BGBl. I S. 389.

Aktuelle Situation

Es liegt eigentlich in der Natur der Dinge, dass gesetzliche Regelungen, die für einen Personenkreis geschaffen worden sind, der glücklicherweise nicht nachwächst, zusehends an Bedeutung verlieren können.¹¹ Im Falle der oben kurz dargestellten Leistungen des Sozialen Entschädigungsrecht war dies allerdings nicht der Fall. Seit den 1950er Jahren hat der Bundesgesetzgeber für eine Reihe von Lebenssachverhalten, wie beispielsweise die Versorgung im Dienst beschädigter Soldaten¹², die Entschädigung von Impfgeschädigten¹³ und nicht zuletzt die Entschädigung von Gewaltopfern¹⁴, die leistungsrechtlichen Vorschriften des BVG für entsprechend anwendbar erklärt und hiermit das Soziale Entschädigungsrecht in seiner heutigen Form geschaffen.

Menschen, die in Deutschland Opfer eines rechtswidrigen vorsätzlichen tätlichen Angriffs geworden sind, haben nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)¹⁵ einen Anspruch auf Versorgung durch den Staat. Zu diesen Leistungen zählen auch die oben dargestellten Hilfen zur Wiedereingliederung in den Beruf und ein finanzieller Ausgleich, falls dieses Ziel nicht erreicht werden kann. Hierdurch können beispielsweise junge Gewaltopfer diejenigen beruflichen und finanziellen Hilfen erhalten, die vormals zwar für einen vollkommen anderen Personenkreis gedacht und konzipiert waren, aber auch im heutigen gesellschaftlichen Gefüge von außerordentlicher Bedeutung sein können. Kommt es im Ergebnis doch nicht darauf an, dass – entgegen manchen heutigen politischen Bekundungen – unser Rechtsgefüge modern in zeitlicher Hinsicht, sondern zeitgemäß sein muss. Dann lassen sich auch tradierte inhaltliche Gedanken wie der der Rehabilitation zum Wohle Betroffener einsetzen.

-
- 11 Als Beispiel kann das heute weitgehend an Bedeutung verlorene Lastenausgleichsgesetz vom 14. August 1952 (BGBl. I S. 446), das die Kompensation von kriegsbedingten Vermögensschäden regelt, herangezogen werden.
 - 12 Soldatenversorgungsgesetz vom 26. Juli 1957, BGBl. I S. 785.
 - 13 Bundesseuchengesetz vom 18. Juli 1961, BGBl. I S. 1012, ber. S.1300, heute Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000, BGBl. I S.1045.
 - 14 OEG vom 11. Mai 1976, BGBl. I S. 1181.
 - 15 § 1 Abs. 1 OEG.

Rehabilitation und Teilhabe

Meilensteine 1969–2019

- BAR
- Sozialgesetzgebung
- gesellschaftliche Entwicklung

1969

Gründung der BAR

Am 6. Februar 1969 wird die BAR auf Initiative der Sozialpartner als „**gemeinsame Plattform**“ der Reha-Träger gegründet, um die Rehabilitation im gegliederten Sozialleistungssystem zu gestalten und sicherzustellen.

Hubertus Stroebel wird Geschäftsführer der BAR

1974

Reha-Angleichungsgesetz (RehaAnglG)

Das **RehaAnglG** strebt eine verbesserte Zusammenarbeit der Reha-Träger sowie ein zügiges und nahtlos ablaufendes Reha-Verfahren an. Das Ziel: Eine bessere Orientierung für Menschen mit Behinderungen im gegliederten System.

Schwerbehindertengesetz (SchwbG)

Das Schwerbeschädigtengesetz aus dem Jahr 1953 wird durch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Schwerbeschädigtenrechts vom 24. April 1974 in **Schwerbehindertengesetz** umbenannt und mit Änderungen übertragen.

1975

Psychiatrie-Enquete

Der **Bericht der Psychiatrie-Enquete**, eine vom Bundestag beauftragte Sachverständigenkommission aus allen Bereichen der Psychiatrie, legt schwerwiegende Mängel bei der Versorgung psychisch kranker Menschen offen.

1980

Werkstättenverordnung (WVO)

Die WVO definiert, wer Anspruch auf einen Werkstattplatz hat, bestimmt Aufgaben und Ausstattung der Werkstätten, die personelle Ausstattung und die Verwendung der finanziellen Mittel.

1981

Internationales Jahr der Behinderten

Die Generalversammlung der Vereinten Nationen ruft 1981 zum „Internationalen Jahr der Behinderten“ aus. Das Motto in Deutschland dazu: **„Einander verstehen – miteinander leben!“** Der erste ehrenamtlich tätige Behindertenbeauftragte der Bundesregierung Hermann Buschfort spricht vor der UN-Vollversammlung.

1984

1. BAR Wegweiser für Ärzte

Die BAR ist Herausgeberin des Fachbuches **„Die Rehabilitation Behinderter – Wegweiser für Ärzte“**, das im Deutschen Ärzteverlag Köln erscheint. Fast 50 Autorinnen und Autoren aus unterschiedlichen Fachdisziplinen haben daran mitgewirkt.

1985

Reha-Info

Der **BAR-Informationssdienst Reha-Info** erscheint das erste Mal und informiert über das aktuelle Rehabilitationsgeschehen. Die Reha-Info wird bis heute von etwa 5.000 Leserinnen und Lesern digital und als PrintVersion abonniert.

1987

1. Bundeskongress für Rehabilitation der BAR

Unter dem Motto **„Rehabilitation – Herausforderung an alle“** findet der erste Bundeskongress der BAR vom 28.-30. April im Karlsruher Kongress und Ausstellungszentrum statt. Mehr als 250 Mitwirkende gestalten drei Plenarveranstaltungen und 39 Arbeitsgruppensitzungen.

1989

Internationales Paralympisches Komitee (IPC)

Das IPC wird in Düsseldorf gegründet und übernimmt seitdem alle vier Jahre die Organisation der weltweit wichtigsten Wettkämpfe für Sportlerinnen und Sportler mit Behinderung, die **Paralympics**.

1991

2. Bundeskongress für Rehabilitation der BAR

Zum Thema „**Rehabilitation – Zukunft 2000**“ findet der zweite Bundeskongress vom 23.-25. Oktober im MesseKongressCenter Düsseldorf statt. Mehr als 2.600 Teilnehmende diskutieren in drei Plenarveranstaltungen und 20 Arbeitsgruppen über die zukünftigen Strukturen der Rehabilitation. Über 300 Personen wirken am Kongress mit.

1992

Bernd Steinke wird Geschäftsführer der BAR

1995

Soziale Pflegeversicherung

Mit dem SGB XI wird die Pflegeversicherung als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Zugleich wird der Grundsatz „**Reha vor Pflege**“ etabliert.

1999

3. Bundeskongress für Rehabilitation der BAR

„**Rehabilitation im Wandel**“ ist das Motto des dritten Bundeskongresses, der vom 21.-23. April im Congress Centrum Suhl stattfindet. Insgesamt 1.700 Teilnehmende aus allen Bereichen der Rehabilitation, darunter Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen, aber auch internationale Fachleute beteiligen sich an den Diskussionen. Die Deutsche Bahn AG und die Stadt Suhl gestalten zu diesem Anlass den Suhler Bahnhof barrierefrei.

Deutscher Behindertenrat (DBR)

Der DBR wird als **Aktionsbündnis von Verbänden chronisch kranker und behinderter Menschen** in Deutschland gegründet. Zu seinen Aufgaben zählen: Sicherstellung der finanziellen Rahmenbedingungen für die Lebensgestaltung betroffener Menschen, Verbesserung notwendiger Dienste und Selbsthilfestrukturen, Abbau von Benachteiligungen und Diskriminierungen sowie Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

2000

GKV-Gesundheitsreformgesetz

Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz werden **Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation** gestärkt, insbesondere die Förderung von Selbsthilfegruppen und Patientenberatungsstellen sowie Leistungsverbesserungen in der Rehabilitation der GKV.

2001

Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Mit dem **SGB IX**, das v.a. das vormalige SchwbG und das RehaAnglG ablöst, wird erstmals ein Gesetz geschaffen, das für alle Reha-Träger einheitlich geltende Rechtsvorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen enthält. Die Sozial- und Jugendhilfeträger werden in den Kreis der Reha-Träger aufgenommen.

2002

Behindertengleichstellungsgesetz (BGG)

Das BGG regelt die **Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen** im Bereich des öffentlichen Rechts (soweit der Bund zuständig ist) und ist ein wichtiger Teil der Umsetzung des Benachteiligungsverbot aus Art. 3 Abs. 3 S. 2 Grundgesetz.

2005

Neue Begrifflichkeit

Der Begriff „**Menschen mit Behinderungen**“ ersetzt mehr und mehr den Begriff „Behinderte“. Während der Begriff „Behinderte“ Menschen auf ihre Behinderung reduziert, rückt die Formulierung „Menschen mit Behinderungen“ den Menschen in den Mittelpunkt.

2006

Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

Das AGG wird umgangssprachlich auch „**Antidiskriminierungsgesetz**“ genannt. Das AGG ist das einheitliche zentrale Regelwerk in Deutschland zur Umsetzung von vier europäischen Antidiskriminierungsrichtlinien, die seit dem Jahr 2000 erlassen wurden.

Prof. Bernd Petri wird Geschäftsführer der BAR

Verabschiedung UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

Zur vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen („**Inklusion als Menschenrecht**“) sieht die UN-BRK insbesondere angemessene Vorkehrungen als spezifische, auf den Einzelfall bezogene Maßnahmen vor, z. B. die Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen und -barrieren. Als Völkerrecht im Rang einfachen Bundesrechts hat die UN-BRK unmittelbare Rechtswirkungen auch in Deutschland. Umsetzungen erfolgen im Rahmen des Nationalen Aktionsplanes (NAP) der Bundesregierung und von Aktionsplänen der Landesregierungen sowie der Reha-Träger (z. B. DRV, DGUV).

2007

4. Bundeskongress für Rehabilitation der BAR

Unter dem Motto „**Von der Rehabilitation zur Teilhabe – Zielperspektiven und zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten**“ findet der vierte Bundeskongress vom 7.-8. November im CongressCenter der Messe Nürnberg statt. Mehr als 800 Teilnehmende diskutierten in drei großen Plenarveranstaltungen und 14 Workshops über die aktuellen Weiterentwicklungserfordernisse in der Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen.

2008

BAR-Vereinsgründung

Die BAR wird ein rechtsfähiger **eingetragener Verein** und hat nun Arbeitgeberfunktion.

2012

Prof. Dr. Helga Seel wird Geschäftsführerin der BAR

2013

Kamingespräch BAR-RehaDialog

Seit 2013 treffen sich Spitzenvertreterinnen und -vertreter der BAR-Mitglieder einmal im Jahr zum „Kamingespräch BAR-RehaDialog“. Hier werden **aktuelle Fragen** sowie **fachpolitische Themen auf Spitzenebene** erörtert.

2014

BAR-Fachgespräch (A trifft B)

Die BAR startet mit einer neuen jährlichen Veranstaltungsreihe. Das erste BAR-Fachgespräch unter dem Titel „**Sozialversicherung meets Sozialhilfe – Gemeinsam auf dem Weg zur Teilhabe**“ findet vom 6.-7. Februar in Münster statt.

Bundesbehindertenbeauftragte mit Handicap

Die blinde Sportlerin **Verena Bentele** wird die erste Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen in Deutschland, die ein eigenes Handicap hat.

2016

Verabschiedung Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Mit dem BTHG wird das SGB IX neu gestaltet, u. a. wird im neuen Teil 2 das Recht der Eingliederungshilfe aufgenommen. Weitere Neuerungen sind die **Stärkung der Kooperation** der Leistungsträger und **Koordinierung der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe**. Zudem soll das Verfahren der Bedarfsermittlung, der Zuständigkeitsklärung und der Teilhabeplanung vereinheitlicht werden, so dass Leistungen „wie aus einer Hand“ erfolgen können. Die Änderungen sollen stufenweise bis zum 1. Januar 2023 in Kraft treten.

2018

Neue Aufbauorganisation der BAR-Geschäftsstelle

Die BAR-Geschäftsstelle hat sich weiterentwickelt und passt ihre Aufbauorganisation an. Zum 1. Januar 2018 erfolgt die **Einrichtung von Fachbereichen und Teams**.

Neues Fachbuch für Ärzte und andere Gesundheitsberufe

Die BAR veröffentlicht das Fachbuch „**Rehabilitation – Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe**“ im Springer-Verlag Berlin. Mehr als 100 Autorinnen und Autoren haben mitgewirkt.

2019

BAR Sachverständigenrat Partizipation

In seiner **100. Sitzung** wird der Sachverständigenrat Behindertenverbände um Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfeverbände erweitert und in BAR Sachverständigenrat Partizipation umbenannt.