

„Die Wirkung der Behindertenrechtskonvention auf die Rehabilitation in Deutschland - Impulse und Perspektiven“

Bericht zur Tagung des NETZWERK ARTIKEL 3 e.V., der AG Recht und Politik der Rehabilitation in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) und des Instituts Mensch, Ethik, Wissenschaft (IMEW) am 14. und 15. Januar 2010 in Berlin

Dipl.-Jur. Manuela Willig (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg), Diana Ramm, B. Sc. (Hochschule Neubrandenburg), Dipl.-Jur. Henning Groskreutz (Christian-Albrechts-Universität zu Kiel)

korrekturberechtigt:

Dipl.-Jur. Manuela Willig
Juristische und wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Universitätsplatz 10a
06108 Halle
Tel: 0345/ 5523105
Email: manuela.willig@web.de

Abstract

Am 26.03.2009 ist in Deutschland die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention, kurz BRK) in Kraft getreten. Da Deutschland diese und das dazugehörige Fakultativprotokoll vorbehaltlos ratifiziert hat, ist die BRK in vollem Umfang wirksam geworden und die Bundesregierung verpflichtet, auch in Deutschland eine auf Inklusion ausgerichtete Teilhabepolitik zu betreiben und den Paradigmenwechsel vom medizinischen zum menschenrechtlichen Modell von Behinderung zu vollziehen. Welche Auswirkungen dies auf die bestehende Rechtsordnung und Rechtsanwendung hat und welche weiteren Maßnahmen dies erforderlich macht, ist noch weitgehend ungeklärt. So steht die Diskussion, wie sich das deutsche Rehabilitationssystem unter Geltung der BRK verändern muss, noch am Anfang. Am 14. und 15. Januar 2010 trafen sich Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Praxis und Wissenschaft und Behindertenverbänden im Kleisthaus in Berlin, um gemeinsam diesen Diskussionsprozess zu beginnen.

Die Wirkung der Behindertenrechtskonvention auf die Rehabilitation in Deutschland

Nachdem die Tagung von *Hans-Günter Heiden* (NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.) und *Prof. Dr. Felix Welti* (Hochschule Neubrandenburg, DGRW) worden war, referierten unter der Moderation von *Dr. Katrin Grüber* (IMEW) *Klaus Lachwitz* (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.), *Dr. Valentin Aichele, LL.M.* (Leiter der Monitoringstelle zur UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland) und *Dr. Sigrid Arnade* (NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.).

Die UN-Konvention – Impulse für die Rehabilitation

Lachwitz, der auch an der Entstehung der BRK in der deutschen Delegation beteiligt war, führte aus, dass durch die BRK keine neuen Menschenrechte für Menschen mit

Behinderung geschaffen wurden, sondern die BRK mehr eine Weiterentwicklung bestehender Konventionen und - bezogen auf die Rehabilitation - des Sozialpaktes der Vereinten Nationen von 1966 ist. Art. 26 BRK enthält für die Rehabilitation eine Zielvorgabe, die Unabhängigkeit und Inklusion, losgelöst von der medizinischen Betrachtungsweise, beinhaltet. Dabei zeigte er auch den Paradigmenwechsel mit Art. 26 BRK zum multidisziplinären Ansatz auf. Die Eingliederungshilfe kommt aus *Lachwitz* Sicht den Zielvorgaben des Art. 26 BRK am nächsten und er plädiert dafür, die Eingliederungshilfe im SGB IX als eigenständige Aufgabe zu verankern.

Monitoring der UN-Konvention in der Praxis

Aichele setzte sich mit der Frage auseinander, ob es möglich ist, die schrittweise Verwirklichung der Menschenrechte zu messen“. Er berichtete, dass das Hochkommissariat der Vereinten Nationen für Menschenrechte begonnen hat, anhand von zwölf Menschenrechten, Indikatoren zu entwickeln. Artikel 31 der Behindertenrechtskonvention enthält die Verpflichtung, entsprechende relevante Daten auf nationaler Ebene zu erheben und zu veröffentlichen. Der Internationale Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen fordere in seinen kürzlich erschienenen Berichtsleitlinien von den Staaten ein, vorhandene statistische Daten entsprechend aufzubereiten.¹ Diese Daten seien zur Messung der schrittweisen Umsetzung der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten notwendig.

Hierbei können Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren Anwendung finden. Exemplarisch erläuterte *Aichele* deren Bedeutung für das Recht auf Gesundheit (Artikel 25 BRK). Ein Strukturindikator sei, ob im nationalen Rechtssystem Regelungen über den Zugang zum Gesundheitssystem für alle Menschen getroffen worden seien. Beispiel für einen Prozessindikator sei, wie vielen Menschen der Zugang zum Gesundheitswesen wegen mangelndem Einkommen nicht ermöglicht würde. Ein relevanter Ergebnisindikator sei die durchschnittliche Lebenserwartung. Der Einsatz von menschenrechtsgestützten Indikatoren in der Behindertenpolitik könne zudem die Rehabilitationsforschung, etwa im Bereich der Inklusionsforschung unterstützen. Auch könnten diese Daten für Nichtregierungsorganisationen von Bedeutung sein, um „Parallelberichte“ zu den offiziellen Staatenberichten der Konventionsstaaten an die Vereinten Nationen zu erstellen. Die Monitoringstelle beim Deutschen Institut für Menschenrechte werde zunächst damit beginnen, Indikatoren für das Recht auf Bildung (Artikel 24 BRK) zu entwickeln. Festzustellen bleibe jedoch, dass die Umsetzungsdebatte sich nicht allein auf Zahlen und Indikatoren beschränken könne.

„Alle inklusive“

Arnade stellte die Ergebnisse der Veranstaltungsreihe „Alle inklusive“² vor. Dabei ging sie zunächst auf die Kampagne „Alle inklusive“ der Behindertenbeauftragten Karin Evers-Meyers ein, deren Koordinatorin sie gewesen war. Ziel der Kampagne war es, das Motto „Nichts über uns ohne uns“ erneut mit Leben zu füllen, den Inhalt der BRK bekannt zu machen und den legislativen und sonstigen Handlungsbedarf festzustellen. Sie berichtete sodann von der Fachkonferenz zum Thema „Rehabilitation und berufliche Teilhabe“ (27.02.2009, Köln), auf der als Forderungen und Handlungsaufträge z.B. die Erarbeitung von Aktionsprogrammen zur beruflichen

¹ Guidelines on treaty-specific document to be submitted by states parties under article 35, paragraph 1, of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN Dokument CRPD/C/2/3 vom 18. November 2009.

² Die Ergebnisse können nachgelesen werden in der Broschüre „alle inklusive! Die neue UN- Konvention“, die abgerufen werden kann unter „www.behindertenbeauftragte.de/alle-inklusive“.

Teilhabe und ein einkommens- und vermögensunabhängiges Teilhabesicherungsgesetz formuliert wurden. *Arnade* bedauerte, dass auf dieser Tagung die Gender-Perspektive keine Rolle gespielt hat und dieser vielmehr erst auf der Tagung zur Politik für Frauen mit Behinderungen in Frankfurt am Main am 09.03.2009 durch die Arbeitsgruppe „Erwerbsarbeit für Frauen“ Geltung verschafft wurde. Nachdrücklich forderte *Arnade* daher sowohl die staatlichen Stellen als auch die Behindertenverbände auf, in Zukunft die Berücksichtigung der Frauen-Perspektive stärker als bisher als Teil ihrer Arbeitsaufgabe zu sehen. Von den staatlichen Stellen forderte sie außerdem thematische Aktionspläne zur Umsetzung der BRK und die stärkere Einbeziehung der Behindertenverbände. Die Behindertenverbände rief sie dazu auf, diese Aktionspläne einzufordern, selbst konkrete Forderungen zu formulieren und im Jahr 2011 einen Schattenbericht zum Bericht der Bundesregierung zum Stand der Umsetzung der BRK vorzulegen.

In der anschließenden Diskussion wurde u.a. thematisiert, ob ein einrichtungszentriertes Rehabilitationssystem unter Geltung der auf Inklusion bedachten BRK zukunftsfähig sei. Diskutiert wurde, welche Möglichkeiten Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen haben, ihre Rechte vor Gerichten durchzusetzen, wenn man sie in Deutschland für ganz oder teilweise geschäftsunfähig erklärt hat. Es wurde festgestellt, dass sich sowohl das Selbstverständnis der Rehabilitationseinrichtungen als auch der Zugang zur Justiz für Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen in Deutschland unter Geltung der BRK verändern müssten. *Lachwitz* wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass für Menschen mit geistigen und seel. Behinderungen bereits jetzt die Möglichkeit bestehe, sich an den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte zu wenden, denn dieser habe im letzten Jahr den Fall einer nach österreichischem Recht Geschäftsunfähigen verhandelt, ohne eine Vertretung zu verlangen³.

Fachforen

In Arbeitsgruppen wurden verschiedene Themen vertieft. Diese Fachforen waren in drei Diskussionszusammenhänge eingebettet: Barrierefreiheit und Rehabilitation, Selbstbestimmung und Rehabilitation sowie Habilitation und Rehabilitation.

Barrierefreiheit und Rehabilitation (Art.9)

Das erste Fachforum aus dem Bereich Barrierefreiheit stand unter dem Titel „Konzepte – Behinderung anders denken“. *Dr. Andreas Weber* von der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg stellte zunächst die Sicht der Sozialwissenschaft auf das Konzept der Barrierefreiheit vor. Der Barrierefreiheit liege das Vorverständnis zu Grunde, dass es potentielle Hindernisse gebe, die es aus dem Weg zu räumen gelte. Es sei festzustellen, dass zwar im Hinblick auf das Ziel der Herstellung von Barrierefreiheit ein gesellschaftlicher Konsens bestehe, dieses aber bisher dennoch nicht erreicht werde. Ein wissenschaftlich fundierter Antwortversuch dazu bestehe in der empirischen Rechtswirkungsforschung. *Weber* stellte fest, dass in modernen Gesellschaften individuelle Lebenschancen, Güter und Lasten zu einem großen Teil in und über gesellschaftliche Institutionen verteilt würden. Daher sei die Zugänglichkeit zu diesen Institutionen unerlässlich für die Herstellung von Teilhabegerechtigkeit für Menschen mit Behinderungen. *Grüber* stellte in ihren Ausführungen den Begriff der Behinderung vor, wie er sich aus der Behindertenrechtskonvention ergebe. Die Konvention stelle von Beginn an auf die

³ EGMR, Urt. v. 16.07.2009 – 20082/02, ZEHENTNER v. AUSTRIA.

Überwindung von physischen, psychischen und einstellungsbedingten Barrieren in der Gesellschaft ab.

Jürgen Ritter (DRV Bund) stellte vor, wie im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben der Grundsatz der Barrierefreiheit berücksichtigt werde. Artikel 9 der Konvention spreche sehr verschiedene Lebensbereiche an. Die Rentenversicherung setze die Barrierefreiheit daher in vielen Bereichen um, so etwa durch barrierefreie Informationsmedien. Die UN-Behindertenrechtskonvention müsse auch bei der Weiterentwicklung der Rehabilitationsangebote konsequent im Sinne von „disability mainstreaming“ mitgedacht werden. Auch die Einbeziehung der Verbände der Betroffenen spiele hierbei eine Rolle.

In der sich anschließenden Debatte kam zum Ausdruck, dass aus Sicht der Betroffenen der Aspekt der Barrierefreiheit von Informationen und Formularen eine große Rolle spiele. Auch gelte es, innerhalb des Rehabilitationssystems Barrieren abzubauen, die durch Schnittstellen zwischen verschiedenen Rehabilitationsträgern entstünden.

Die Arbeitsgruppe zum Thema „Barrierefreiheit und Rehabilitation (Art. 9) - Hilfsmittel“ begann mit einem Impulsreferat von *Christof Lawall* (GKV Spitzenverband). Er untersuchte die Dimensionen der Barrierefreiheit in Art 9 BRK und kam zu dem Ergebnis, dass dieser an die Vertragsstaaten Anforderungen stellt, die in viele Bereiche des Rechts ausstrahlen, z.B. in das Baurecht. Um Barrierefreiheit in der medizinischen Rehabilitation zu erreichen, sieht er die Aufgaben der Krankenkassen zum einen darin, für die barrierefreie Gestaltung von Reha- Einrichtungen und -diensten zu sorgen (z.B. durch bauliche Veränderungen wie den Einbau von Fahrstühlen, aber auch durch die Ermöglichung der Mitnahme eines Blindenführhundes) und zum anderen darin, das Antragsverfahren barrierefrei zu gestalten (z.B. durch unbürokratische Verfahrenseinleitung direkt vom Krankenhaus aus und durch leicht bedienbare Antragsformulare). *Jürgen Ritter* untersuchte in seinem Vortrag die Bedeutung des Art. 9 BRK für die berufliche Rehabilitation und kam zu dem Ergebnis, dass der Mensch mit Behinderungen aus Art. 9 Abs.1 BRK das Recht auf barrierefreien Zugang zu Arbeitsplätzen hat und es daher Aufgabe der Rentenversicherungen ist, durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einen barrierefreien Zugang zu diesen zu schaffen. Er führte weiter aus, dass man diese Aufgabe bei den Rentenversicherungsträgern sehr ernst nimmt, man aber in der Praxis auch auf Probleme wie die fehlende Bereitschaft stößt, Menschen mit Behinderung einzustellen und barrierefreie Arbeitsplätze zu schaffen. Als Handlungsaufträge an die Rentenversicherung nannte er daher neben der Verbesserung des eigenen Leistungsangebots (z.B. durch Modularisierung, Flexibilisierung und Individualisierung der Leistungen, durch einfachere Gestaltung der Formulare und Bescheide und durch Stärkung des BEM) den Ausbau einer barrierefreien Infrastruktur und die Förderung des Zugangs behinderter Menschen zum Arbeitsmarkt.

Im Anschluss zeigte *Arnade* auf, dass im Bereich der sozialen Rehabilitation ein breites Feld an verschiedenen Maßnahmen erforderlich ist, um Barrierefreiheit iSd Art. 9 BRK zu erreichen, da der Begriff der sozialen Rehabilitation sowohl im Hinblick auf den erfassten Rehabilitandenkreis (Kinder, Jugendliche, behinderte Eltern, alte Menschen) als auch im Hinblick auf die erfassten Lebensbereiche (Wohnen, Freizeit, Sport, politisches Leben) sehr weit ist. Neben der Versorgung mit den jeweils notwendigen Hilfsmitteln (z.B. behinderungsgerechten Wickelkommoden, Hörgeräten etc.) und der Finanzierung von verschiedenen Assistenzformen (z.B. Elternassistenz) sowie Wohnungsanpassungen beinhaltet dies den barrierefreien Zugang zu öffentlichen Einrichtungen wie Schulen, Universitäten, Museen, Sportstätten und den

barrierefreien Zugang zum politischen und öffentlichen Leben (z.B. barrierefreie Wahlen). Handlungsbedarf sieht *Arnade* dabei vor allem bei der Entwicklung und Finanzierung barrierefreier Hilfsmittel und bei der Schaffung eines inklusiven barrierefreien Schulsystems sowie eines einkommens- und vermögensunabhängigen Teilhabesicherungsgesetzes.

In der anschließenden Diskussion wurden von Betroffeneneseite Beispiele dafür genannt, woran das Konzept der individuellen Rehabilitation in der Praxis nach ihren Erfahrungen scheitert: Der Rehabilitand wird von den Ärzten in der Reha-Einrichtung noch immer nicht als Experte in eigener Sache wahrgenommen, es fehlt z.B. für Menschen mit geistigen Behinderungen an Konzepten für ein Reha-Begleitprogramm und aufgrund einer Lücke im Pflegeassistenzgesetz besteht nicht einmal die Möglichkeit, eine Assistenzperson mit in die Reha-Einrichtung zu nehmen.

Einig waren sich Zuhörer und Referenten dahingehend, dass die Hilfsmittelversorgung in Deutschland zur Zeit in einigen Bereichen - insbesondere bei Mobilitätshilfen für nicht erwerbstätige Menschen mit Behinderungen (Kinder, Eltern mit Behinderungen, Rentner) - defizitär ist und hier auf politischer Ebene großer Handlungsbedarf besteht. Uneinigkeit bestand unter den Arbeitsgruppenteilnehmern hinsichtlich der Frage, ob Qualitätsberichte von Reha-Einrichtungen der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden sollten. Von Seiten der Leistungsträger wurde angeraten, zunächst die Erfahrungen mit den Qualitätsveröffentlichungen bei den Pflegeeinrichtungen abzuwarten.

Selbstbestimmung und Rehabilitation (Art. 19)

Die Arbeitsgruppe „Selbstbestimmung und Rehabilitation“, die im ersten Abschnitt von *Dr. Sigrid Graumann* von der Universität Oldenburg, *Prof. Dr. Peter Trenk-Hinterberger* und *Dr. Wolfgang Heine* von der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation geleitet wurde, beschäftigte sich mit dem Wunsch- und Wahlrecht. Einführend wurden durch das Referat von *Graumann* menschenrechtsethische Grundlagen dargestellt, wobei sie auf Grundsätze (Inklusivität, universelle Achtung der Menschenrechte, erweitertes Verständnis von Diskriminierung), auf Art. 19 BRK „Unabhängige Lebensführung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ und auf die allgemeinen Ansprüche, die daraus folgen, einging. Im Zwischenfazit stellte *Graumann* heraus, dass die UN-Konvention allen behinderten Menschen das Recht auf ein selbstbestimmtes und unabhängiges Leben in der Mitte der Gesellschaft (Inklusion) gewährleisten soll. Die allgemeinen Ansprüche, die daraus für die Leistungen und Dienste der Rehabilitation folgen, besagen, dass diese im Dienste der assistierten Freiheit stehen, die Selbstbestimmung geachtet werden soll, um so ein selbstbestimmtes/ unabhängiges Leben zu ermöglichen. Die Leistungen und Dienste der Rehabilitation sind ferner ohne Diskriminierung zu gewähren und sollen ebenso auf die volle gesellschaftliche Inklusion abzielen. *Trenk-Hinterberger* stellte in seinem anschließenden Referat eine Interpretation des Art. 19 BRK vor, die er in seinem zweiten Referatsteil anhand ausgewählter Vorschriften des SGB XI und SGB XII überprüfte. Als Ergebnis seiner Überprüfung kommt *Trenk-Hinterberger* zu dem Schluss, dass die Einschränkung des Wahlrechts zwischen ambulanten und stationären Leistungsformen in §§ 9 II 2, 13 I 3 SGB XII und § 43 IV SGB XI unvereinbar mit Art. 19 lit., a BRK seien. Es bleibe jedoch offen, welche Bedeutung die Wortfolge „mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen“ in Art. 19 BRK hat. Falls das deutsche Sozialhilferecht auch das Wahlrecht nicht behinderter Menschen einschränke, könnte die genannte Norm doch mit Art. 19 BRK vereinbar sein. *Trenk-Hinterberger* geht

davon aus, dass diese Frage weiterer Prüfung bedarf, wohl aber - auch nach der Entstehungsgeschichte der Norm - zu verneinen ist. Abschließend führte er aus, dass entgegen der Denkschrift der Bundesregierung⁴ Art. 19 lit., a BRK mit dem Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 I SGB IX jedenfalls im Hinblick auf die medizinische Rehabilitation und die Teilhabe am Arbeitsleben nichts zu tun habe, da beide nicht den Aufenthaltsort als Lebensmittelpunkt betreffen. Inwieweit die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff SGB IX) betroffen sei, bedürfe weiterer Prüfung. Im letzten Referat gab *Heine* eine rechtspolitische Zusammenfassung, wobei er auf die Verbindung der Art. 19 BRK und Art. 26 BRK einging und davon abriet, der BRK einen emanzipatorischen Charakter zuzuschreiben. Auch *Heine* wies nochmals daraufhin, dass sich Art. 19 BRK und das Wunsch- und Wahlrecht des SGB IX unterscheiden.

In der anschließenden Diskussion mit Teilnehmern der Arbeitsgruppe standen vor allem der Begriff der Community und dessen Auslegung im Fokus. Die Abgrenzung zwischen Gemeinschaft und Gesellschaft in Verbindung mit dem Leistungsbezug wurde thematisiert. Im Weiteren wurde kontrovers darüber diskutiert, ob die fehlende Definition des Behinderungsbegriffes in der BRK eine Schwäche sei.

Im zweiten Abschnitt der Arbeitsgruppe „Selbstbestimmung und Rehabilitation“, die das Thema „Gemeindenaher Unterstützungsdienste“ fokussierte, referierten einfühend *Carl-Wilhelm Rößler* vom Zentrum für selbstbestimmtes Leben in Köln und *Dr. Harry Fuchs*. *Carl-Wilhelm Rößler* widmete sich dem Thema „Selbstbestimmtes Leben in der Gemeinde“ und zeigte die Faktoren auf, die eine Inklusion behinderter Menschen in die Gesellschaft voraussetzen. Dabei sei Art. 19 BRK als Zielvorgabe von entscheidender Bedeutung. Es müsse eine Selbstverständlichkeit sein, dass Menschen mit Behinderung über ihren Aufenthaltsort bzw. über ihre Wohnform selbstbestimmt entscheiden. *Rößler* sieht vor allem in der Umsetzung Probleme, wenn es um adäquaten Wohnraum, gemeindenaher Einrichtungen und Dienstleistungen sowie öffentliche Verkehrsmittel geht. Problematisch sei ebenso die Schnittstellenverbindung Teilhabe und Eingliederungshilfe. *Rößler* forderte die Schaffung bedarfsdeckender Leistungsgesetze zur Rehabilitation und Teilhabe, die Modifizierung des SGB IX und die Abkehr vom Fürsorgeprinzip, um Menschen mit Behinderung einen umfassenden Zugang zu den Menschenrechten im Sinne der BRK zu gewährleisten. Thema des Referats von *Fuchs* waren Art. 19 BRK und die völkerrechtlichen Verpflichtungen, welche die Bundesrepublik Deutschland damit eingegangen ist. Im Hinblick auf wirksame und geeignete Maßnahmen, die die volle Einbeziehung und Teilhabe in der Gesellschaft ermöglichen, müssen in kommunalen Sozialräumen Netzwerke verschiedenster Hilfen zur Verfügung stehen, um die eigenverantwortliche Gestaltung der Lebensumstände und Selbstbestimmung zu unterstützen. Auch *Fuchs* betonte, dass die Pflichten aus Art. 19 BRK in Verbindung mit Art. 26 BRK gesehen werden müssen. Hier werde ein bestimmtes Handeln von den Vertragsstaaten erwartet.

Die Bundesrepublik Deutschland ist mit der UN-Konvention die Verpflichtung eingegangen, Habilitations- und Rehabilitationsdienste sowie -programme zu organisieren. § 19 SGB IX ordnet diese Organisationspflicht den Leistungsträgern zu. Mit dieser Norm ist die Verantwortung im Sinne von Art. 19 lit. c BRK eindeutig geregelt und zugewiesen. Fakt sei es aber auch, dass die Pflichten aus § 19 SGB IX von den Rehabilitationsträgern nicht wahrgenommen werden und somit Möglichkeiten und Chancen nicht wahrgenommen werden. Zur Umsetzung der BRK

⁴ BT-Drucks. 16/10808.

schlägt *Fuchs* vor, dass das Behindertenrecht in einem Sozialgesetzbuch zusammengeführt wird, Ungleichbehandlungen, die einen diskriminierenden Charakter aufweisen, beseitigt werden und der Leistungskatalog erweitert wird. Im Rahmen der sich anschließenden Diskussion wurde nochmals der Begriff der „Gemeindenähe“ weiter diskutiert und kritisch angemerkt, dass dieser Begriff bereits 1988 im Bereich der Psychiatrie überwunden wurde und hier von Gemeindeintegration oder sozialräumlicher Integration gesprochen wird. Thematisiert und kritisch diskutiert wurden weiterhin die Optionen bzw. Zwänge, die es zur Durchsetzung der Normen gibt bzw. geben könnte. Dabei wurde auch die politische Dynamik erörtert. Abschließend waren sich die Teilnehmer einig, dass die BRK ein herausragendes Instrument ist, um bestehende Defizite beseitigen zu können.

Habilitation und Rehabilitation (Art. 26)

Unter dem Titel „Habilitation und Rehabilitation“ beschäftigte sich eine Arbeitsgruppe unter der Moderation von *Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann*, dem Präsidenten der DVfR und lfd. Arzt im Rehabilitationszentrum Bethesda (Bad Kreuznach), mit dem Thema „Hilfsmittelversorgung und Assistenz im Bereich der Bildung, der Rehabilitation und der Teilhabe am Arbeitsleben“. *Welti* stellte in seinem Referat zunächst den Diskussionsstand zur Bedeutung der BRK für die Rehabilitation dar, bevor er sich speziell den Hilfsmitteln und der persönlichen Assistenz zuwandte. Er zeigte dabei auf, dass sowohl der Bereich „persönliche Assistenz“ als auch der Hilfsmittelbereich reformbedürftig sind und forderte die Aufwertung der Assistenzleistungen als umfassendes Mittel der Rehabilitation sowie die Neustrukturierung des unübersichtlichen Anspruchs- und Zuständigkeitssystems im Hilfsmittelbereich. Sodann referierte *Uwe Frevert* vom Verein zur Förderung der Autonomie Behinderter (Kassel) zum Begriff des „peer support“, der in der deutschen Fassung der Art. 26 und 24 BRK mit „Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen“ übersetzt ist. *Frevert* kritisierte die Übersetzung und erläuterte, warum die hinter diesem Begriff stehende Forderung der BRK über die bloße Beteiligung der Selbsthilfe hinausgehe. Im Anschluss stellte er die Einsatzgebiete des „Peer Support“ (Beratung, Schulung, Training, Mentoring und Supervision) und das Ziel der Unterstützung der behinderten Person auf ihrem Weg zu Emanzipation und Selbstbestimmung vor. Er hob in diesem Zusammenhang die besondere Bedeutung der „persönlichen Assistenz“ hervor, bei der die Person mit Behinderung die Entscheidungskompetenz und die Kontrolle ausübt, eine Machtstellung, die sie bei der Inanspruchnahme klassischer Leistungen der Behindertenhilfe (z.B. Erbringung von Pflegesachleistungen durch einen Pflegedienst oder Versorgung mit Hilfsmitteln als Sachleistung) gerade nicht inne hat.

Im Anschluss sprach *Dr. Christiane Schindler*, Leiterin der Informations- und Beratungsstelle „Studium und Behinderung“ beim Deutschen Studentenwerk, die Probleme von Studierenden mit Behinderungen im Bereich Hilfsmittelversorgung und Assistenz an. Sie führte aus, dass diese im Moment Hilfen wie Gebärdendolmetscher und technischen Hilfsmittel zur Ermöglichung eines Studiums hauptsächlich über § 54 SGB XII erhalten, diese Leistungen jedoch häufig weder ausreichend noch rechtzeitig noch bedarfsdeckend zur Verfügung gestellt werden, was sich unter den Bedingungen von Bachelor und Master besonders gravierend auswirkt. Man hoffe zwar, dass sich durch das BSG-Urteil v. 17.12.2009⁵ die Hörgeräte-Versorgungspraxis der Krankenkassen ändern werde, aber im Moment erschwere

⁵ B 3 KR 20/08 R, bisher nicht veröffentlicht.

die Rechtslage und die restriktive Bewilligungspraxis sowohl den Zugang als auch eine erfolgreiche Bewältigung des Studiums, eine Anpassung der sozialen Sicherungssysteme an die modernen Bildungswelten sei daher dringend erforderlich. In der anschließenden Diskussion wurde das Problem der fehlenden Infrastruktur für die Inanspruchnahme von Leistungen wie der persönlichen Assistenz angesprochen und als Grundproblem das Fehlen einer für diese Infrastruktur verantwortlichen Stelle ausgemacht. Einig war man sich darüber, dass im Bereich „Hochschulbildung“ ein dringender Reformbedarf besteht. Es wurden verschiedene Handlungsoptionen vorgestellt, z.B. die Eingliederungshilfe einkommens- und vermögensunabhängig auszugestalten, die Zuständigkeit der Leistungsträger neu auszurichten oder die Hochschulen stärker in die Pflicht zu nehmen.

Unter dem Titel „Arbeit und Beschäftigung – Vorgaben der Behindertenrechtskonvention“, setzte sich ein Fachforum mit Fragen der beruflichen Rehabilitation auseinander. Die Moderation erfolgte durch *Prof. Dr. Wolfhard Kohte* von der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg. *Anna Robra* von der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) unterstrich zunächst die Bedeutung der beruflichen Rehabilitation aus Sicht der Arbeitgeberverbände. Die Zielsetzung der BRK finde volle Unterstützung, jedoch sei bei der Umsetzung darauf zu achten, dass diese keine zusätzlichen finanziellen Belastungen für Arbeitgeber zur Folge habe. Bereits jetzt mangle es an geeigneten Unterstützungsangeboten zur Integration von behinderten Arbeitnehmern für kleine und mittlere Unternehmen, hier könnten auch die Gemeinsamen Servicestellen stärker als bisher eingebunden werden. Es gelte insgesamt den Einstieg in die Arbeitswelt für Menschen mit Behinderungen zu erleichtern und den Automatismus einer Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen zu durchbrechen. Dazu könne auch eine verkürzte berufliche Ausbildung dienen, die sich zunächst auf Kerninhalte des Berufsbildes beschränke.

Im Anschluss an den Vortrag ergänzte *Karl-Heinz Köpke*, Mitglied für den DGB in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), dass es bereits in vielen Betrieben eine erfolgreiche Zusammenarbeit von betrieblichen Akteuren (Betriebsräten, Schwerbehindertenvertretungen und Arbeitgeber) gebe, um die Integration zu verbessern. Allerdings bestehe bei der geforderten Schmalspurausbildung die Gefahr, dass diese keine ausreichende Grundlage für eine auskömmliche Erwerbsbiographie sei.

Barbara Vieweg von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e.V. stellte in ihrem Vortrag Erfahrungen aus dem Projekt „jobbudget“ vor. Dabei gehe es darum, Menschen mit Behinderungen und Betriebe bei der Integration in Arbeit zu begleiten. Die vorhandene Versorgung mit Angeboten zur beruflichen Rehabilitation sei um den Preis der Aussonderung von Menschen mit Behinderungen aus dem Arbeitsmarkt in Spezialeinrichtungen erkaufte worden. Diese Entwicklung gelte es nun mit Hilfe der Konvention zu korrigieren. Insgesamt seien die vorhandenen Angebote zu unflexibel, es müsse daher stärker im Rahmen von Persönlichen Budgets die Möglichkeit geben, sich individuelle Maßnahmen zusammenzustellen. Die Leistungen müssten dabei stärker auf den ersten Arbeitsmarkt ausgerichtet werden. Das Angebot an Plätzen in der beruflichen Rehabilitation dürfe auch nicht dazu führen, dass der Druck auf die Arbeitgeber schwinde, ihren Beschäftigungsverpflichtungen nachzukommen. Bestehende erfolgreiche und erprobte Modellvorhaben sollten in die Regelleistung überführt werden.

Kohte stellte den rechtlichen Einfluss des Artikels 27 BRK für den Bereich der beruflichen Teilhabe vor. Die Barrierefreiheit des Arbeitsplatzes sei bereits in der

Arbeitsstättenverordnung geregelt, jedoch gelte diese nur dann, wenn tatsächlich Menschen mit Behinderungen im Betrieb beschäftigt würden. Die in § 83 SGB IX geregelte Integrationsvereinbarung müsse als quantifizierbare Zielvereinbarung in den Betrieben genutzt werden, um die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen zu fördern. Die Konvention sehe vor, dass „angemessene Vorkehrungen“ (Artikel 27 Abs. 1 i BRK) am Arbeitsplatz getroffen werden müssten. Im Hinblick auf diese Regelung bestehe bereits europarechtlicher Handlungsbedarf zur Umsetzung ins deutsche Recht (Richtlinie 2000/78/EG). Die deutschen Regelungen im SGB IX bezögen sich lediglich auf schwerbehinderte Menschen, eine Einschränkung auf diese Personengruppe sei jedoch weder in der Konvention noch im Europarecht vorgesehen. Eine angemessene Vorkehrung sei auch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), welches von den Betrieben durchzuführen sei. Der Umsetzungsprozess der Konvention könne die flächendeckende Umsetzung und den Ausbau bereits im SGB IX vorhandener Instrumente unterstützen.

Menschenrechtsschutz für behinderte Menschen

Der 2. Tag begann mit einem Vortrag von *Prof. Dr. Theresia Degener* von der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe. Sie präsentierte einen Überblick über die UN-Konvention und den Menschenrechtsschutz für behinderte Menschen. Der Menschenrechtsschutz für Menschen mit Behinderungen habe sich zunächst langsam im System der Vereinten Nationen entwickelt. Durch die Konvention aus dem Jahr 2006 würden die Menschen mit Behinderungen nun als Subjekte der Menschenrechte angesehen. Die Konvention erweitere das Diskriminierungsverständnis in Deutschland. So sei eine Diskriminierung auch durch das Vorenthalten zumutbarer „angemessener Vorkehrungen“ möglich. Davon sei die Barrierefreiheit abzugrenzen, da diese gruppenbezogen sei und sich auf die Einhaltung bestimmter technischer Standards stütze. „Angemessene Vorkehrungen“ bezögen sich hingegen auf den individuellen Hilfsbedarf. Auch der Inklusionsbegriff der Konvention stelle eine rechtliche Neuerung dar. Dies gelte beispielsweise im Bildungsbereich, wo zukünftig eine gemeinsame Beschulung erfolgen müsse. Für den Bereich der Rehabilitation habe die Konvention große Bedeutung, da das deutsche System auf der Grundlage des medizinischen Verständnisses von Behinderung entwickelt worden sei. Dies gelte es nun zu überwinden. Dafür sei ein sog. „Change Management“ mit Visionen von außen erforderlich, um den Paradigmenwechsel im Systems zu erreichen.

Rechtliche Bindung der Bundesländer an die Behindertenrechtskonvention

Danach stellte *Prof. Dr. Markus Krajewski* vom Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“ der Universität Bremen vor, wie die rechtliche Bindung der BRK für die deutschen Bundesländer entsteht. Diese Frage sei bereits in der Praxis relevant geworden, da die hessische Schulverwaltung die inklusive Beschulung, unter Hinweis auf eine nicht vorhandene Bindung des Landes an die Vorgaben der Konvention, verweigern wollte. Die Konvention selbst sehe in Artikel 4 Absatz 5 vor, dass diese ohne Ausnahmen in allen Teilen eines Bundesstaates gelte. Dies sei jedoch eine völkerrechtliche Bestimmung, die die Bundesrepublik nach außen binde, jedoch keine innerstaatliche Regelung. Eine Bindung der Bundesländer ergebe sich innerstaatlich aus dem „Lindauer Abkommen“ von 1957, nach dem die Bundesländer durch ihre Zustimmung im Bundesrat auch an die völkerrechtlichen Verpflichtungen der Bundesrepublik Deutschland gebunden seien, wenn diese nur durch die Mithilfe

die Bundesländer erfüllt werden könnten. Diese Bindung ergebe sich auch aus der Bundestreue der Länder, danach dürften diese sich nach einer Zustimmung im Bundesrat nicht widersprüchlich verhalten und sich der Umsetzung der Konvention verweigern. *Krajewski* betonte zudem, dass die Konvention eine Präzisierung bereits vorhandener Grundrechte des Grundgesetzes darstellen könne, so dass die Konvention auch bei deren Auslegung von Bedeutung sein könne.

Erster Landesaktionsplan zur Umsetzung der Konvention

Sodann berichtete *Ottmar Miles-Paul*, Landesbeauftragter für die Belange behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz, über das Entstehen eines Aktionsplans in Rheinland-Pfalz zur Umsetzung der Konvention auf Landesebene. Bereits im Januar 2008 habe der Landtag einen entsprechenden Beschluss getroffen und auch die Landesregierung habe sich frühzeitig entsprechend positioniert. Entscheidend für die Entwicklung eines Aktionsplanes sei es, dass es einen breiten Beteiligungsprozess unter Beteiligung der Selbsthilfe gebe. Diese Faktoren hätten den Prozess deutlich begünstigt, zudem habe es einen breiten politischen Konsens im Hinblick auf den Plan gegeben. *Miles-Paul* berichtete, dass der Plan neben einem Leitbild konkrete Maßnahmen mit Zuständigkeiten und guten Beispielen enthalten solle. Zur Unterstützung der Umsetzung werde eine Internetplattform eingerichtet, auf der alle Informationen zusammenfließen sollen. Er sei zuversichtlich, dass der Aktionsplan bereits am 25. März 2010 vorgestellt werden könne.

Frauen mit Behinderung in der Rehabilitation: Fortschritte durch die Behindertenrechtskonvention?

Sabine Häfner vom NETZWERK ARTIKEL 3 e.V. beleuchtete in ihrem Vortrag den Genderansatz der BRK, den sie als in dieser Form einmalig ansah. Einleitend zeigte sie den Hintergrund und die Struktur der genderspezifischen Regelungen auf. Dabei ging sie zunächst auf die besonderen Belastungen und Problemfelder behinderter Frauen in Bezug auf Familie und Erwerbstätigkeit ein und thematisierte dann den „gender-sensible“ Charakter der BRK und das Zustandekommen des „Twin-Track-Approach“. Der „Twin-Track-Approach“ als zweigleisiger Ansatz, garantiert Frauen mit Behinderung die Berücksichtigung ihrer besonderen Belange in Art. 6 BRK als eigenständigem Artikel und ebenso in weiteren Artikeln der BRK. Ausdrücklich anerkannt ist in Art. 6 I BRK, dass Frauen und Mädchen mit Behinderung mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind und dass sicherzustellen ist, dass Frauen und Mädchen mit Behinderung alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll und gleichberechtigt genießen können. Daraus folgt für die Vertragsstaaten die Verpflichtung, geeignete Maßnahmen gegen Diskriminierung und Sondermaßnahmen zur Erfüllung dieser Erfordernisse zu ergreifen. Die Frage, die sich hier stellt, ist, was geeignete Maßnahmen sind, die Frauen ihre volle Entfaltung ermöglichen. *Häfner* schlug eine nationale Institution vor, die sich um die Menschenrechte der Frauen kümmert, daneben Maßnahmen des Gender-Mainstreaming, Gender-Budgeting und zeitweiligen Sondermaßnahmen. In Bezug auf die Rehabilitation müsse Art. 6 I BRK i.V.m. Art. 26 BRK und anderen spezifischen Artikeln Berücksichtigung finden, wenn spezifische Prozess- und Ergebnisindikatoren entwickelt werden. Ebenso sollte eine geschlechterspezifische Statistik bspw. beim Anzeigeverfahren nach § 80 SGB IX und bei anderen Statistiken gestaltet werden. Ein nicht unbekanntes Instrument ist die Schwerbehindertenquote, *Häfner* sieht die Möglichkeit der Frauenquote – als Quote in der Quote – die mit Art. 6 BRK begründet werden kann. Im Fazit fasste sie zusammen, dass die BRK erwartet, dass die spezifische Frauenperspektive bei allen Aktivitäten mitgedacht

wird muss und letztendlich die de facto Gleichstellung von Frauen mit Behinderung das Ziel ist.

Podiumsdiskussion

Unter dem Motto „Impulse und Perspektiven für die Rehabilitation in Deutschland durch die UN- Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ und der Moderation von *Prof. Dr. Wolfhard Kohte* fand im Anschluss eine Podiumsdiskussion mit *Hubert Hüppe*, dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, *Prof. Dr. Theresia Degener*, *Dr. Frank Ulrich Montgomery*, dem Vizepräsidenten der Bundesärztekammer und *Dr. Matthias Schmidt- Ohlemann*, Präsident der DVfR, statt.

Einleitend warf *Schmidt-Ohlemann* Fragen zur Umsetzung der BRK im Bereich „Gesundheit“ auf und stellte Problemlagen dar, die im Anschluss sowohl zwischen den Podiumsteilnehmern als auch mit dem Plenum eingehend diskutiert wurden. So fragte er, inwiefern Zuzahlungen, Festbeträge und das System der privaten Krankenkassen mit risikobezogenen Beiträgen mit der Verpflichtung zu gleichem Zugang zu Rehabilitationsleistungen, wie sie die BRK in Art. 25 fordert, überhaupt vereinbar seien. *Hüppe* wies hier darauf hin, dass nach seiner Ansicht unter Geltung der BRK eine Fokussierung privater Versicherungsmodelle nicht möglich und auch die Beschränkung des Zugangs zur privaten Krankenversicherung für Menschen mit Behinderungen durch hohe Zuzahlungen mit der BRK nicht vereinbar sei.

Ebenfalls thematisiert wurde, wie der Wechsel vom medizinisch (und damit kurativ) geprägten Behinderungsbegriff zum menschenrechtlichen Modell von Behinderung innerhalb der Gesellschaft zu vollziehen ist. *Schmidt-Ohlemann* hatte hierzu bemerkt, dass sich viele Personen, die nach der Definition der BRK als behindert gelten würden, als krank definierten. Es wurde festgestellt, dass hier der Verankerung des „peer support“ als wesentliches Element im Rehabilitationsprozess, aber auch der Information und Fortbildung von Ärzten und Richtern, eine besondere Bedeutung zukommt. Insbesondere die ärztliche Berufsgruppe wurde aufgefordert, sich als Adressat der BRK zu begreifen und längst überfällige Anstrengungen zu unternehmen, um Arztpraxen barrierefrei zu machen (Verpflichtung dazu besteht seit 2002). Hierzu wurde vorgeschlagen, die Neuzulassung von der Barrierefreiheit der Praxis abhängig zu machen und das Abrechnungssystem zu reformieren, damit sich eine barrierefreie Praxis für den Arzt auch lohnt. *Montgomery* führte hierzu an, dass die Bundesärztekammer bereits Anstrengungen unternehme, um die BRK unter den Ärzten bekannt zu machen. In diesem Zusammenhang wurde auch die Problematik der freien Arztwahl für Menschen in Einrichtungen diskutiert. Es wurde gefordert, in den Heimverträgen die Ermöglichung der freien Arztwahl als Pflicht der Heimträger auszugestalten.

Zentraler Diskussionspunkt war jedoch die von *Schmidt-Ohlemann* aufgeworfene Frage, ob der spannungsgeladene Begriff der „Rehabilitation“ überhaupt dazu taugt, im Sinne der BRK (Art. 26) noch umfassender ausgelegt zu werden oder ob hier nicht ein Begriffswechsel (Teilhabe statt Rehabilitation) und damit verbunden ein Systemwechsel erfolgen müsse. *Degener* stimmte dem zu, das System ist nach ihrer Ansicht von Anfang falsch angelegt worden. Sie forderte dazu auf, Visionen zu entwickeln, um die Separierung von Menschen mit Behinderungen, insbesondere im Bildungsbereich aufzuheben, z.B. indem man Einrichtungen wie Schulen und Universitäten ein Einrichtungsbudget zahlt, um ihnen einen finanziellen Anreiz für ihre Barrierefreiheit zu geben. Ob ein zukünftiges System beitragsfinanziert oder auf Nachteilsausgleichen beruhen sollte, konnte nicht abschließend geklärt werden.

Hüppe forderte die Behindertenverbände auf, gemeinsam Vorschläge zu erarbeiten, wie das System geändert werden sollte.

Ausblick

Dr. Katrin Grüber und *Prof. Dr. Felix Welti* beendeten die Fachtagung mit einem Ausblick. Festzuhalten sei, dass Art. 26 BRK nun in der öffentlichen Diskussion in Deutschland angekommen sei. Dieser sei ein Ansatzpunkt, um das bisherige Rehabilitationsverständnis und -system zu überprüfen. Auch sei konkreter Reformbedarf bei der Umsetzung in Deutschland deutlich geworden. So müssten etwa die Ansprüche auf Hilfsmittel und Assistenz überprüft werden. Für die Rehabilitationswissenschaft gelte es nun, auf Grundlage der Daten, die aufgrund der Konvention nun bereitgestellt werden müssten, die Diskussion weiterzuführen. Die Umsetzung der Konvention sei ein langer Weg, den es von allen Beteiligten zu begleiten gelte. Diese Fachtagung habe dazu bereits einen ersten Baustein geliefert.