

Das neue Recht der Teilhabe und Rehabilitation (SGB IX)

# Chance und Verpflichtung

Dr. Felix Welti<sup>1)</sup>

Am 1. 7. 2001 wird das Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – in Kraft treten. Trotz Kritik in Einzelfragen hat das SGB IX breite Zustimmung im Bundestag<sup>2)</sup> und Bundesrat<sup>3)</sup>, bei Sozial- und Behindertenverbänden sowie Gewerkschaften<sup>4)</sup> erfahren. Im Folgenden wird das Gesetzeswerk vorgestellt und analysiert.

Das SGB IX schafft in seinem ersten Teil einen allgemeinen Teil für das sozialrechtliche Rehabilitationsrecht, der für gesetzliche Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, Arbeitsförderung, soziale Entschädigung, Sozialhilfe und Jugendhilfe gelten wird. Dieser Teil löst das Reha-Angleichungsgesetz von 1974 ab. Die speziellen Anspruchsnormen bleiben erhalten und werden nur teilweise angepasst. Der zweite Teil regelt die bisher im Schwerbehindertengesetz geregelte arbeits- und sozialrechtliche Materie, die bereits im letzten Herbst reformiert worden war.<sup>5)</sup>

## Grundgesetz und SGB IX

Die Arbeitsgruppe Behindertenpolitik der Fraktionen von SPD und Grünen und der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Behinderten, Karl Hermann Haack, sind an das SGB IX mit dem erklärten Anspruch herangegangen, das 1994 eingefügte Benachteiligungsverbot aus Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“) in das Sozialrecht umzusetzen.<sup>6)</sup> Bedeutung und Tragweite der Verfassungsnorm sind bislang in Rechtsprechung und Literatur allenfalls punktuell ausgelotet worden. Es handelt sich um ein individuelles Recht, das bei den speziellen Gleichheitssätzen angesiedelt ist. Es unterscheidet sich jedoch

von den Diskriminierungsverboten wegen Geschlecht, Rasse oder Herkunft in zweierlei Hinsicht. Zum Ersten sollen besondere Förderungen nicht ausgeschlossen sein. Zum Zweiten ist der Bezugspunkt keine unveränderliche persönliche Eigenschaft, sondern eine soziale Situation, nämlich die Behinde-

rung. Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG enthält eine gewichtige Vorgabe für die Umsetzung des Sozialstaatsprinzips.<sup>7)</sup> Mit seinen Regeln und Institutionen formt der Sozialstaat die Teilhabechancen in wichtigen gesellschaftlichen Bereichen. Hierbei ist das Benachteiligungsverbot ein Optimierungsgebot.<sup>8)</sup> Damit wird dem Sozialstaat aufgegeben, Behinderungen zu vermeiden und durch sie erwachsende Benachteiligungen zu beseitigen. Das kann weithin bedeuten, auf ein Sonderrecht zu verzichten, aber auch, besondere Regelungen zu schaffen, wo das Recht eine Normalität voraussetzt, der nicht alle entsprechen können.

Als Gleichheitsrecht wirkt das Benachteiligungsverbot auch dahin, verschiedene Behinderungen nicht nach Ursache oder sozialer Akzeptanz ungleich zu behandeln. Während die einzelnen Sozialleistungsgesetze an der Ursache der Behinderung oder am sozialen Status der behinderten Menschen ansetzen, ist das Ziel des allgemeinen Sozial- und Rehabilitationsrechts die Gleichbehandlung.<sup>9)</sup> Dem kommt das SGB IX näher durch die Einbeziehung der Sozialhilfe und durch einen einheitlichen Leistungsrahmen, der aber Abweichungen zulässt.<sup>10)</sup> Ein weiterer Schritt wäre das von Verbänden der Behindertenhilfe und der behinderten Menschen geforderte Leistungsgesetz außerhalb der Sozialhilfe,<sup>11)</sup> das auch mit dem SGB IX nicht gekommen ist. Neue Vorschriften über die Anwendung des Nachranggrundsatzes<sup>12)</sup> ändern nichts daran, dass die Sicherung dauerhaft behinderter Menschen im Sozialhilferecht aus Sicht der Betroffenen und der Sozialfinanzverfassung falsch angesiedelt ist.

Das Benachteiligungsverbot wirkt auch darauf, wie der Staat in Gesetzgebung und Rechtsprechung die Rechtsverhältnisse zwischen den Bürgerinnen und Bürgern ordnet. Auf diese Drittwirkung des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG, zum Beispiel im Nachbarrecht, im Mietrecht, im Reise-recht oder im Arbeitsrecht, hatten sich viele Hoffnungen gerichtet, die bislang eher enttäuscht schienen.<sup>13)</sup> Mit § 81 Abs. 2 SGB IX wird nun erstmals ein arbeitsrecht-

1) Für Anregungen und Diskussion dankt der Autor Wiss. Mit. Constanze Sulek, Kiel, und Rechtsreferendar Gregor Wittich, Berlin.

2) Vgl. den Gesetzentwurf der Fraktionen von SPD und Grünen vom 16. 1. 2001, BT-Drucks. 14/5074 und die Beschlussempfehlung des AuS-Ausschusses, BT-Drucks. 14/5786. Das Gesetz wurde in zweiter und dritter Lesung am 6. 4. 2001 vom Bundestag und am 11. 5. 2001 vom Bundesrat beschlossen.

3) Vgl. BR-Drucks. 49/01, Stellungnahme vom 9. 3. 2001.

4) Vgl. die Stellungnahmen in der Anhörung des AuS-Ausschusses vom 18./19. 2. 2001, Ausschuss-Drucks. 14/1298, 14/1299.

5) Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter vom 29. 9. 2000 (BGBl. I, S. 1394).

6) Vgl. interfraktionelle EntschlieÙung vom 19. 5. 2000, BT-Drucks. 14/2913.

7) Vgl. Hans F. Zacher und Felix Welti/Constanze Sulek in Gerhard Igl/Felix Welti (Hrsg.), Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation, erscheint im Sommer 2001.

8) Johannes Caspar, Das Diskriminierungsverbot behinderter Personen in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG und seine Bedeutung in der aktuellen Rechtsprechung, EuGRZ 2000, S. 135, 139.

9) § 10 SGB I: „unabhängig von der Ursache“.

10) § 7 SGB IX.

11) Vgl. Klaus Lachwitz in: Bundesvereinigung Lebenshilfe u.a. (Hrsg.), Soziale Sicherheit für behinderte Menschen (1999), S. 86 ff.

12) § 40a BSHG, eingefügt durch Art. 15 des SGB IX.

13) Vgl. Bettina Theben in Igl/Welti (Fn. 8) und dies. in: Jantzen/Lanwer-Koppelin/Schulz (Hrsg.); Qualitätssicherung und Deinstitutionalisierung (1999), 285 ff. zum Urteil des OLG Köln, NJW 1998, S. 763 ff. über Lärmbelästigung durch behinderte Nachbarn.

### Der Autor

Dr. Felix Welti ist wissenschaftlicher Assistent am Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

liches Benachteiligungsverbot festgeschrieben. Allerdings gilt es nur für schwer behinderte Menschen. Damit wird der umfassendere Verfassungsauftrag ebenso wenig ausgeschöpft wie das europarechtliche Gleichbehandlungsgebot für Menschen mit Behinderungen.<sup>14)</sup> Die Frage der Diskriminierung bei der Einstellung wird vergleichbar mit der Geschlechtsdiskriminierung geregelt. Es wird kein Einstellungsanspruch, sondern eine Geldentschädigung festgeschrieben. Ob es schwer behinderten Bewerberinnen und Bewerbern gelingen wird, Tatsachen vorzutragen, nach denen eine Benachteiligung wegen der Behinderung bei der Einstellung zu vermuten ist und damit die Beweislast wie vorgesehen zum Arbeitgeber zu verlagern, werden Praxis und Rechtsprechung zeigen. Auch innerhalb des Arbeitsverhältnisses bestehen nun Ansprüche,<sup>15)</sup> die eine fähigkeitsentsprechende Beschäftigung und eine behinderungsgerechte Ausstattung des Arbeitsplatzes betreffen. Auch diese Regelungen gelten allerdings nur für schwer behinderte Menschen, während ein Schutzbedarf oft früher einsetzt. Der Arbeitsplatz ist gerade dann gefährdet, wenn etwa die von einer chronischen Erkrankung ausgehende Behinderung allmählich stärker wird. Immerhin enthält § 84 SGB IX eine deutlich über das bisherige Recht<sup>16)</sup> hinausgehende Präventionspflicht des Arbeitgebers, die bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Monaten ausgelöst wird. Diese Regelung kann gerade dann praktisch werden, wenn im Kündigungsschutzverfahren in Zukunft die Einhaltung dieser Pflichten vor einer krankheitsbedingten Kündigung überprüft wird.

Über das Sozial- und Arbeitsrecht hinausgehender Abbau von Diskriminierungen bleibt einem Gleichstellungsgesetz vorbehalten. Die Diskussion hierüber ist mit einem Entwurf des Forums behinderter Juristinnen und Juristen<sup>17)</sup> und einem Kongress des Behindertenbeauftragten der Bundesregierung im letzten Herbst eröffnet worden.

Erste Kommentierungen des Benachteiligungsverbots im Grundgesetz hatten noch auf den Schwerbehindertenbegriff des SchwbG zurückgegriffen oder einen „medizinischen“ gegen einen „sozialen“ Behinderungsbegriff verteidigt.<sup>18)</sup> Mit dem SGB IX hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass er an die internationale Diskussion über den Behinderungsbegriff anknüpft. Im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist in den letzten Jahrzehnten die International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) entstanden. In diesem Jahr wird ihre erneuerte Fassung (ICIDH-2) beschlossen.<sup>19)</sup> Ihr Kern ist ein mehrstufiger Behinderungsbegriff, in dem diese als Partizipationsstörung (Handicap) begriffen wird, die Folge oder Ausdruck medizinisch bedingten (Impairment) Fähigkeitsstörung (Disability) ist. Damit ist Behinderung ein soziales Verhältnis, in dem bestimmte Individuen auf Grund ihres Andersseins in der Teilhabe behindert werden. Ein solcher Begriff schließt aus, Behinderung als festgefügte persönliche Eigenschaft oder als bloße Krankheitsfolge zu begreifen: „Behindert ist man nicht, behindert wird man.“ Das wirkt auch auf die Leistungen und Interventionen zurück. Wenn Behinderung ein Verhältnis zwischen behinderter Person und Umwelt ist, so kann die Intervention nicht nur an der Person, sondern

auch an der Umwelt ansetzen, indem Arbeitsplätze behinderungsgerecht eingerichtet werden<sup>20)</sup>, öffentliche Bauten barrierefrei gestaltet werden<sup>21)</sup> oder – wie nach dem SGB IX vorgesehen – durch Gebärdendolmetscher<sup>22)</sup> zwischen verschiedenen Formen der Kommunikation vermittelt wird: „Es ist normal, verschieden zu sein.“

Der Behinderungsbegriff in § 2 SGB IX weicht aber in zwei Punkten vom ICIDH-Konzept ab und bleibt dem traditionellen Schwerbehindertenrecht verhaftet. Eine Behinderung muss danach mindestens sechs Monate dauern, was für einen allgemeinen Behinderungsbegriff nicht rational zu begründen ist. Dies wird nur dadurch relativiert, dass auch eine drohende Behinderung Leistungen auslösen kann. Weiterhin wird darauf abgestellt, ob körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen. Dies führt zu Problemen. Schon bei Kindern und Jugendlichen ist es schwer, einen für das Lebensalter typischen Entwicklungsstand festzustellen. Gerade bei der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche,<sup>23)</sup> erscheint die Abgrenzung zwischen Teilhabestörungen, die überwiegend Folge einer Gesundheitsstörung und solchen, die Folge sozialer Benachteiligung sind, als schwierig. Auch bei hochaltrigen Personen ist der Rückgriff auf den für das Lebensalter typischen Zustand wenig ertragreich. Selbst wenn eine bestimmte Gesundheitsstörung im hohen Alter typisch zu sein scheint, sollte deswegen mögliche Teilhabe nicht verweigert werden. Die Geriatrie zeigt, dass oft nur die Überwindung von Vorurteilen über das Alterstypische notwendig ist, um Lebensqualität auch im hohen Alter mit einfachen Hilfen zu verbessern. Schließlich löst der Rückgriff auf das Alterstypische auch nicht das Problem der Rehabilitationsfähigkeit älterer Beschäftigter, das mit steigenden Altersgrenzen der Rentenversicherung noch deutlicher hervortreten wird. Ob eine Behinderung angenommen oder befürchtet wird und entsprechende Bemühungen um Rehabilitation unternommen werden, hängt in allen drei Fällen nicht nur vom alterstypischen Gesundheitszustand, sondern von normativen Erwägungen über den geforderten oder zugestanden Grad gesellschaftlicher Teilhabe ab.

14) Art. 5 der RL 2000/78/EG vom 27. 11. 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf.

15) § 81 Abs. 4 SGB IX, vorher § 14 Abs. 3 SchwbG.

16) Bisher § 14c SchwbG, eingefügt durch das G. vom 29. 9. 2000.

17) Dazu *Theben in Igl/Welti* (Fn. 8).

18) § 3 SchwbG; vgl. Christian Starck in: von Mangoldt/Klein/Starck (Hrsg.), Bonner Grundgesetz – Kommentar, 4. Aufl. (1999) Rn. 384 zu Art. 3 GG. Das BVerfG hat dagegen die soziale Eingebundenheit der Behinderung grundsätzlich erkannt, BVerfGE 96, 288, 301 f.

19) Vgl. Michael F. Schuntermann, Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung (ICIDH-2) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in: 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2001, DRV-Schriften Bd. 26, S. 34 ff.; im Internet: www.who.int/icidh.

20) § 102 Abs. 3 Nr. 2 SGB IX.

21) Vgl. § 59 LBauO Schleswig-Holstein, zur unzureichenden Umsetzung: Ulrich Hase in *Igl/Welti* (Fn. 8).

22) Änderung von § 19 Abs. 1 SGB IX durch Art. 9 SGB IX; von § 12 Abs. 5b ArbGG durch Art. 20 SGB IX.

23) § 35a SGB VIII.

## Von der Fürsorge zu individuellen Rechten

Mit dem SGB IX werden individuelle Rechtspositionen zur Rehabilitation und Teilhabe im arbeits- und im sozialrechtlichen Bereich gestärkt. Programmatisch ist die Umbenennung der Hauptfürsorgestellen in Integrationsämter. Individualität der Leistung und das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten sind schon seit 1975 gesetzlich verankert gewesen<sup>24)</sup> und werden nun gestärkt.<sup>25)</sup> Das Sach- und Dienstleistungsprinzip wird sich durch das Individualisierungsprinzip als angemessene Form der Verwirklichung sozialer Rechte umso besser behaupten können,<sup>26)</sup> wenn es durchgehend nicht mehr als Zuteilung vorgefertigter Maßnahmen, sondern als kooperative Gestaltung individueller Leistungen erlebt wird.

Ein Schritt zu mehr Selbstbestimmung gerade für dauerhaft behinderte Menschen kann das persönliche Budget sein, das nach dem SGB IX eine zusätzliche Form der Leistungserbringung sein wird und in Modellversuchen erprobt werden soll.<sup>27)</sup> Dabei verfügen behinderte Menschen selbst über die für Hilfe und Assistenz erforderlichen Mittel. Die Organisationen der Selbsthilfe hoffen so, mehr Autonomie gegen institutionelle und professionelle Fremdbestimmung zu realisieren.<sup>28)</sup> Die Sozialleistungsträger haben auch hier die Chance zu zeigen, dass sie einen Weg zwischen der rein marktförmigen Befriedigung nur kaufkräftiger Bedürfnisse und der planförmigen Befriedigung vorab definierter Bedarfe in der kooperativen Ausgestaltung sozialer Rechte finden. Zu wünschen ist, dass hiervon auch Wirkungen auf das professionelle Selbstverständnis der medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Leistungserbringer ausgehen.

Für mehr Selbstbestimmung ist auch die Herausbildung neuer ambulanter Hilfeformen noch dringend erforderlich. Als Hindernisse für den Vorrang ambulanter und selbstständiger vor stationären Hilfen sind hier nicht nur der Kostenvorbehalt in der Sozialhilfe,<sup>29)</sup> sondern auch die Kostenverteilung zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger in den Flächenländern außer Schleswig-Holstein<sup>30)</sup> zu nennen. Gegenwärtig ist es für den örtlichen Sozialhilfeträger ein Kostenvorteil, wenn er nachweist, dass ambulante Hilfe nicht möglich ist.

Die Arbeitslosigkeit behinderter und gesundheitlich beeinträchtigter Menschen ist eines der größten Teilhabebehindernisse. Ob die Neuordnung der Schwerbehindertenabgabe<sup>31)</sup> zum erhofften Abbau der Arbeitslosigkeit schwer behinderter Menschen führt, bleibt abzuwarten. Auch die Stärkung individueller Rechtspositionen durch das SGB IX ist ein weiterer Schritt. Zusätzlich wird ein Rechtsanspruch auf Arbeitsassistenz eingeführt.<sup>32)</sup> Dieser richtet sich für bis zu drei Jahre gegen die Träger der Teilhabeleistungen und wird von den Integrationsämtern durchgeführt. Die Arbeitsassistenz könnte gerade schwerstbehinderten Menschen neue Chancen bieten.

Dezidiert festgeschrieben wird im SGB IX der Vorrang der Teilhabeleistungen vor Rentenleistungen und allen übrigen Sozialleistungen.<sup>33)</sup> Dies entspricht dem gar nicht so neuen Konzept einer aktivierenden Hilfe zur Selbsthilfe.<sup>34)</sup> Entscheidend ist jedoch gerade bei der Teilhabe

am Arbeitsleben, dass behinderten und chronisch kranken Arbeitslosen tatsächlich Perspektiven aufgezeigt werden. Schon bei der Auswahl der Personen für Ermessensleistungen der Arbeitsförderung stehen die Kriterien der Erfolgsaussicht und der Berücksichtigung schwer behinderter Personen<sup>35)</sup> in einem Spannungsverhältnis. Aktivierung als Pflicht kann nur funktionieren, wo ihr ein Recht auf individuell sinnvolle und angepasste Unterstützung gegenübersteht.<sup>36)</sup> Sinn hat die Maßnahme vor allem, wenn ihr auch eine Beschäftigung folgt: Bleiben die Hürden auf dem Arbeitsmarkt für diesen Personenkreis erhalten, so bleibt die Gefahr, dass „Rehabilitation vor Rente“ oft nur eine zeitliche Folge beschreibt und eine Pflichtübung ist, an deren Erfolg die Beteiligten nicht glauben. In der Kombination von Leistungsangeboten an Betroffene und Arbeitgeber, gestärkten individuellen Rechten und betrieblichen Integrationsvereinbarungen könnten mit dem SGB IX Fortschritte gelingen.

## Teilhabe an Bildung bleibt Ländersache

Welche Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft möglich ist, entscheidet sich schon in Kindheit und Jugend daran, welche Teilhabe Menschen mit Behinderungen am Bildungssystem erhalten. Zwischen Sozialhilfe, Jugendhilfe und Schulverwaltung bestehen allzu oft Zuständigkeits- und Kostenstreitigkeiten, die optimale Integration verhindern.<sup>37)</sup> Das BVerfG hat aus dem Benachteiligungsverbot vorsichtig einen Vorrang der integrativen Beschulung gefolgert, ihn allerdings sogleich mit Kostenvorbehalt versehen.<sup>38)</sup> Mit dem SGB IX wird die Möglichkeit der Frühförderung als Komplexleistung geschaffen.<sup>39)</sup> Ob substanzieller Fortschritt daraus entsteht, wird sich daran entscheiden, ob die Länder in der Schulgesetzgebung den Anschluss an das SGB IX suchen.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat vor kurzem unter der Überschrift „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ mehr Prä-

24) § 33 SGB I; dazu Felix *Welti*/Constance *Sulek*, Die individuelle Konkretisierung des sozialrechtlichen Anspruchs auf Rehabilitation, VSSR 2000, S. 453 ff.

25) § 9 SGB IX.

26) Vgl. Felix *Welti*, Wandel der Arbeit und Reform von Sozialrecht und Sozialstaat, SF 2001, S. 69, 75 f.; Horst *Peter*/René *Röspel*/Rolf *Rosenbrock*, Zukunft der Gesundheitspolitik, spw 117 (2001), S. 38 ff.

27) § 17 SGB IX.

28) Vgl. Horst *Frehe* in *Igl/Welti* (Fn. 8), Leonhard *Hajen*, Persönliche Budgets in der Behindertenpolitik, NDV 2001, S. 66 ff., 113 ff. und die Beiträge in *BV Lebenshilfe* u.a. (Hrsg.), Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe (2001).

29) § 3a BSHG, vgl. Kritik der *MdB Seifert* (PDS) und *Nolte* (CDU), Plenarprotokoll 14/144, S. 14140: „Heimeinweisungsparagraf“.

30) Kostenteilung durch das quotale System im AG-BSHG Schleswig-Holstein.

31) §§ 5–11 SchwBG, jetzt §§ 71–78 SGB IX.

32) §§ 33 Abs. 8 Satz 1 Nr. 3, Sätze 3–5, 102 Abs. 4 SGB IX.

33) § 8 SGB IX.

34) § 1 SGB I.

35) § 7 Abs. 2, 7 Abs. 3 SGB III.

36) Vgl. Bent *Greve*, Aktive Arbeitsmarktpolitik in Dänemark – Realität oder Rhetorik, WSI-Mitteilungen 2000, S. 322 ff.; Thorsten *Braun*, Rechte und Pflichten, Die Mitbestimmung 9/2000.

37) Vgl. die Beiträge von Hans-Peter *Füssel*, Peter *Mrozynski* und Iris *Beck*/Karl Dieter *Schuck* in *Igl/Welti* (Fn. 8) sowie Uwe *Berlit*, Rechtspolitik zur Gleichstellung behinderter Menschen, RdJB 1996, S. 143.

38) BVerfGE 96, 288 ff.

39) § 30 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB IX.

vention in allen Phasen der Gesundheitsversorgung eingefordert.<sup>40)</sup> Chronische Krankheiten und aus ihnen folgende Behinderungen gehören zu den wichtigsten Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens. Rehabilitation ist gerade bei ihnen zugleich Prävention. Anders als im Bereich der akuten Medizin sind hier mit dem Vier-Jahres-Intervall und der Drei-Wochen-Beschränkung für stationäre Maßnahmen in der Kranken- und Rentenversicherung<sup>41)</sup> Leistungsrationierungen etabliert und verschärft<sup>42)</sup> worden, die sozialmedizinisch nicht zu begründen sind und eher dem Vorurteil über die „Kur“ als Sonderurlaub folgen.<sup>43)</sup> Folgerichtig sind es ausgerechnet die Leistungen zur Rehabilitation, die in der Rentenversicherung als versicherungsfremd angesehen werden und in der Krankenversicherung auf den Listen angeblich entbehrlicher Wahlleistungen stehen. Ein Rechtsanspruch auf notwendige medizinische Rehabilitationsleistungen wäre hingegen ein Schritt nach vorne zu einer Orientierung des Gesundheitswesens auf Gesundheitsziele.<sup>44)</sup>

Im SGB IX ist der Vorrang der ambulanten vor der stationären Leistungserbringung festgeschrieben<sup>45)</sup> und eine Verpflichtung auch der akutmedizinischen Behandlung auf die Ziele der Rehabilitation<sup>46)</sup> verankert. Diese Regelungen greifen Defizite der bisherigen Versorgungsstruktur auf. Zu ihrer Wirksamkeit ist es optimal, wenn ein Wechsel des Leistungsträgers zwischen akuter und rehabilitativer, zwischen ambulanter und stationärer Versorgung vermieden wird. Wo dies nicht der Fall ist, ist nahtlose Koordination gefordert.<sup>47)</sup>

Ob die mit dem SGB IX eröffneten Chancen auch für die medizinische Rehabilitation genutzt werden, hängt entscheidend davon ab, ob die Gesundheitspolitik den Weg einer nachhaltigen Schaffung effektiverer Strukturen beschreitet, anstatt nur kurzfristigen Beitragssatzerwägungen zu folgen.

### Ungeklärt: Rehabilitation und Pflege

Durch das SGB IX ungeklärt bleibt das Verhältnis zwischen Rehabilitation und Pflege. Die Pflegeversicherung ist weiterhin nicht in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen. Allerdings schreiben SGB IX und SGB XI den Vorrang der Rehabilitation vor Pflege fest.<sup>48)</sup> Die Verantwortung hierfür liegt jedoch weniger bei den Pflegekassen, die nur eine bislang wenig effektive Vorleistungspflicht<sup>49)</sup> haben, sondern vor allem bei Krankenkassen und Eingliederungshilfe. Menschenwürdige Pflege wird in Zukunft weit stärker an der Stärkung und Erhaltung von Potenzialen der Pflegebedürftigen als alleine am Ausgleich von Defiziten<sup>50)</sup> orientiert sein müssen. Dies erfordert, Pflege und Rehabilitation zusammenzuführen.

### Das neue Recht muss ausgefüllt werden

Ob die Leistungen in Zukunft nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden, Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden und Begutachtungen nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden, hängt davon ab, ob und wie im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gemeinsame Empfehlungen der Re-

habilitationsträger zustande kommen.<sup>51)</sup> Sie sollen sich weiterhin mit der Geeignetheit von Leistungen, mit ihrer Koordination, der Förderung der Selbsthilfe, der Einbeziehung der ärztlichen Versorgung und dem Informationsaustausch zwischen Trägern, Arbeitgebern und Betriebsräten beschäftigen. Hierbei sind die kommunalen Spitzenverbände, die Arbeitsgemeinschaft der Integrationsämter, die Verbände und Selbsthilfegruppen behinderter Menschen und die freie Wohlfahrtspflege zu beteiligen. Die Chance dieser breiten Einbeziehung von Kompetenzen sollte genutzt werden.

Die Rehabilitationsträger werden gemeinsame Servicestellen in allen Kreisen und kreisfreien Städten einrichten,<sup>52)</sup> die über Auskunft und Beratung hinaus für die betroffenen Personen eine Lotsenfunktion auch während der Rehabilitation wahrnehmen sollen. Einbezogen werden auch Verbände und Selbsthilfegruppen behinderter Menschen sowie partiell die Pflegekassen. Die Träger haben so die Chance, trotz ihrer zunächst skeptischen Haltung mit den Servicestellen regionale Kerne einer trägerübergreifenden Rehabilitationskultur zu schaffen.

Schwerbehindertenvertretungen, Betriebsräte und Personalräte können Integrationsvereinbarungen<sup>53)</sup> zu Teilhabe- und Präventionsfragen abschließen. Zusammen mit den Kompetenzen im Bereich des Arbeitsschutzes und der Arbeitsgesundheit<sup>54)</sup> könnte dies ein wichtiger Schritt zur gemeinsamen Verantwortung der Betriebsparteien in Kooperation mit Berufsgenossenschaften, Krankenkassen<sup>55)</sup> und Integrationsämtern für die dauerhafte Gesundheit der Beschäftigten sein. Denkbar ist auch, dass solche betrieblichen Vereinbarungen verstärkt in einen tariflichen Rahmen gestellt werden. Mit dem Auslaufen der Berufsunfähigkeitsrenten, dem Zugangsfaktor<sup>56)</sup> und der durch die Rentenreform vorgenommenen Kürzung des Niveaus auch der Erwerbsminderungsrenten werden die Tarifparteien erwägen, auch den Versicherungsfall der Invalidität in betriebliche und tarifliche Vorsorgesysteme einzubeziehen, weil gerade die Erwerbsminderung besonders schwer individuell abzusichern ist. Damit wächst aber auch das Interesse aller Beteiligten, die Vorsorge gegen dieses Risiko zu verbessern.

40) SVR für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation (2001), S. 125 ff.

41) §§ 23 Abs. 5, 40 Abs. 3 SGB V; 12 Abs. 2 SGB VI.

42) Durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz vom 25. 9. 1996 (BGBl. I, S. 1461): Verlängerung des Intervalls auf vier Jahre, Verkürzung der Regeldauer auf drei Wochen.

43) Vgl. Franz *Ruland*, in Sorge um die Rehabilitation, DRV 1996, S. 625. und den Beitrag von Heiner *Raspe* in *Igl/Welti* (Fn. 8).

44) Vgl. SVR (Fn. 41), S. 27 ff.

45) § 19 Abs. 2 SGB IX.

46) § 27 SGB IX.

47) §§ 10, 11 SGB IX.

48) § 8 Abs. 3 SGB IX; §§ 5, 31 SGB XI.

49) § 32 SGB XI, geändert durch Art. 10 SGB IX.

50) Vgl. § 14 SGB XI.

51) §§ 12, 13 SGB IX.

52) §§ 22–25 SGB IX.

53) §§ 83, 84 SGB IX.

54) §§ 80 Abs. 1 Nr. 1, 87 Abs. 1 Nr. 7, 89 BetrVG zum Betriebsrat; §§ 21 SGB VII, 3 ArbSchG zum Unternehmer.

55) § 20 Abs. 2 SGB V.

56) § 77 SGB VI. vgl. Olaf *Rademacker*, Das neue Recht und seine Auswirkungen. SozSich 2001, S. 74 ff.

## Fazit

Aus sozialrechtlicher Sicht ist die Kodifikation des allgemeinen Rehabilitationsrechts zu begrüßen. Sozialpolitisch ist mit dem SGB IX ein Reformvorhaben gelungen, das zumindest die Richtung für weitere Lösungen aufzeigt. Ob die mit dem SGB IX verbundenen Erwartungen erfüllt werden können, hängt davon ab, ob die Akteure es konstruktiv und zügig umsetzen und ob es gelingt, den neuen Ansatz der Rehabilitation und Teilhabe mit weiteren Reformen in der Beschäftigungs-, Bildungs-, Gesundheits- und Bürgerrechtspolitik zu verknüpfen.

## SGB IX: die Folgen für die medizinische Rehabilitation

# Reform von historischer Bedeutung

Harry Fuchs

Die Schaffung des neuen SGB IX ist – trotz einiger Unzulänglichkeiten – ein Fortschritt von historischer Qualität. Im Folgenden schildert der Autor die Entstehungsgeschichte und die Umsetzung der Reform im parlamentarisch-politischen Prozess sowie die Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation.

Bereits in der Koalitionsvereinbarung hatte die rot-grüne Bundesregierung hervorgehoben, dass Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation einen hohen Rang in ihrer Gesundheitspolitik erhalten. Zu den im Gesundheitswesen erforderlichen

Strukturen gehören der Vorrang der Rehabilitation vor Frühverrentung und Pflege. Die Koalitionsvereinbarung enthält darüber hinaus die Festlegung, dass die Bundesregierung alle Anstrengungen unternehmen werde, um die Selbstbestim-

### Der Autor

Harry Fuchs, Sozial-  
experte, war zuletzt  
als Berater der  
Bundesregierung  
tätig, Düsseldorf

mung und die gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu fördern und dem im Grundgesetz verankerten Benachteiligungsverbot für Behinderte Geltung zu verschaffen.

Die Koalition hat diese Ziele in einem ersten Schritt für den Bereich der Krankenversicherung mit dem Gesetz zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000 und nachfolgend für alle übrigen Bereiche der Rehabilitation mit einer umfassenden Kodifizierung des Rehabilitationsrechts in einem Teil IX des Sozialgesetzbuches umgesetzt.

In den Eckpunkten der Koalitionsfraktionen zur Gesundheitsreform 2000 vom 2. 3. 1999 wurden im Abschnitt 7 „Förderung der Rehabilitation“

- die Abgrenzung des Rehabilitationsbegriffs von Krankenbehandlung und Vorsorge,
- die Absenkung von Zuzahlungen für stationäre Rehabilitationsleistungen auf das Niveau der Zuzahlungen für Krankenhausbehandlung,
- die Flexibilisierung der dreiwöchigen Regeldauer für die stationäre Rehabilitation durch von den Spitzenverbänden zu vereinbarenden Leitlinien, in denen eine indikationsspezifische Regeldauer festgelegt wird,

vorgegeben und nachfolgend auch durch das GKV 2000 mit entsprechenden Änderungen der §§ 11 und 40 SGB V realisiert. Darüber hinaus wirkt die grundlegende Weiterentwicklung des Rechts der Akutversorgung in den Bereichen „Integrierte Versorgung“ und „Qualitätssicherung“ uneingeschränkt auch für die medizinische Rehabilitation der Krankenversicherung. Für den Bereich der Qualitätssicherung beinhaltet dies insbesondere die Sicherstellungspflicht der Träger der Rehabilitationseinrichtungen für die Qualität der von ihnen angebotenen Leistungen sowie die Verpflichtung der Einrichtungen zur Teilnahme an externen Qualitätssicherungsverfahren, die auf die Ergebnisqualität ausgerichtet sein müssen (§ 135a SGB V). Zur Vermeidung von Missverständnissen sei angemerkt, dass es sich dabei nicht etwa um die Qualitätssicherungsverfahren der Rehabilitationsträger, etwa das der Rentenversicherungsträger, handelt.

Für die gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen wurden folgende Umsetzungsschwerpunkte definiert:

- Der grundgesetzliche Gleichstellungsauftrag wird in einem Gesetz umgesetzt. (Die dazu vorgesehene Entwicklung eines Gleichstellungsgesetzes gestaltet sich schwieriger als erwartet, wird jedoch insbesondere vom Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Behinderten weiterbetrieben.)
- Das Recht der Rehabilitation wird in einem Sozialgesetzbuch, Teil IX, zusammengefasst und weiterentwickelt.
- Die Vermittlung von Behinderten in den ersten Arbeitsmarkt hat Vorrang; ihnen müssen auch die Instrumente der Arbeitsmarktpolitik offen stehen. Spezifische Instrumente zur Eingliederung Behinderter, z.B.