



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales



REHABILITATION UND TEILHABE

behinderter Menschen

REHABILITATION AND INTEGRATION

of People with Disabilities

RÉADAPTION ET PARTICIPATION

des personnes handicapées

REHABILITATION UND TEILHABE

behinderter Menschen

REHABILITATION AND PARTICIPATION

of People with Disabilities

RÉADAPTION ET PARTICIPATION

des personnes handicapées

Inhaltsverzeichnis

Überblick	6
Allgemeines	10
<i>Behinderte Menschen</i>	24
<i>Leistungen zur Teilhabe</i>	30
<i>Prävention, Früherkennung und Frühförderung</i>	58
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	70
<i>Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“</i>	80
<i>Rehabilitationssport und Versehrtenleibesübungen</i>	84
Bildung für behinderte Menschen	88
<i>Berufsberatung</i>	102
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	110
<i>Besondere Hilfen für schwerbehinderte Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben</i>	130
<i>Werkstätten für behinderte Menschen</i>	146
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	152
Aufklärung, Auskunft und Beratung	164
Geschichtliche Entwicklung	170
Notizen	290
Bürgertelefon	301
Impressum	303

Überblick

Die sozialrechtlichen Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen wurden mit dem am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX weiterentwickelt und zusammengefasst. Ziel des Gesetzes ist es, behinderungsbedingte Nachteile auszugleichen und die Selbstbestimmung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sowie ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch besondere Sozialleistungen (Leistungen zur Teilhabe) zu fördern.

Von Behinderung im Sinne dieses Gesetzes spricht man, wenn körperliche Funktionen, geistige Fähigkeiten oder die seelische Gesundheit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und dadurch die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt wird. Um als behinderter Mensch die wegen der Behinderung notwendige Hilfe und Unterstützung in Anspruch nehmen zu können, ist es grundsätzlich nicht erforderlich, dass ein bestimmter Grad der Behinderung festgestellt wird. Schwerbehindert sind dagegen nur Menschen, bei denen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt. Die besonderen Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter und diesen gleichgestellten Menschen sind im 2. Teil des Gesetzes beschrieben.

Das SGB IX stellt den behinderten Menschen in den Mittelpunkt. Anstelle von Fürsorge und Versorgung tritt die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in den Vordergrund. Es gibt zahlreiche Regelungen, die Mitwirkung oder Beteiligung von behinderten Menschen und ihrer Organisationen vorsehen. So ist z. B. das Wunsch- und Wahlrecht der Berechtigten bei Leistungen zur Teilhabe ausdrücklich geregelt.

Darum geht es auch beim Persönlichen Budget. Anstelle von Sach- oder Dienstleistungen können Leistungsberechtigte die benötigten Leistungen auch in Form von Geldbeträgen oder Gutscheinen bekommen. Als Experten in eigener Sache kaufen sie sich ihre Leistung damit selbst ein. Dies ist ein weiterer Schritt für behinderte Menschen zu mehr Selbstbestimmung, mehr Selbständigkeit und mehr Selbstbewusstsein.

Das SGB IX umfasst ein weites Spektrum an Leistungen zur Teilhabe, für die im deutschen gegliederten System der Sozialleistungsträger jeweils unterschiedliche Träger zuständig sind. Diese Leistungen lassen sich in folgende Gruppen einteilen:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Leistungen nach den Regelungen des SGB IX werden von den verschiedenen Rehabilitationsträgern erbracht, soweit sich aus deren eigenen Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Viele Regelungen der einzelnen Leistungsgesetze wurden im Rahmen des SGB IX verändert, angepasst und vereinheitlicht. Darüber hinaus wurde eine Reihe von verfahrenskoordinierten und trägerübergreifenden Vorschriften geschaffen, die für alle Rehabilitationsträger verbindlich sind und insbesondere auch ihre Zusammenarbeit untereinander und mit den betroffenen behinderten Menschen regeln. Trotz dieser Regelung gibt es nach wie vor Schnittstellen zwischen den Trägern und den verschiedenen Leistungen. Die Koordination, Kooperation und Konvergenz der Rehabilitationsträger müssen weiter verbessert werden. Der Bundesgesetzgeber hat dabei das Selbstverwaltungsrecht und die verfassungsrechtlichen Schranken aus Art. 87 Abs. 1 Satz 7 GG zu beachten.

Allgemeines

1 Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen können selbstverständlich zunächst die gleichen Sozialleistungen und sonstigen Hilfen wie andere Bürger in Anspruch nehmen; die einschlägigen Vorschriften gelten in gleicher Weise für diesen Personenkreis. Dieser Grundsatz wird durch Art. 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes bekräftigt, wonach niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf. Die Vorschrift bindet als individuelles Grundrecht Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung unmittelbar, nicht nur auf Bundesebene, sondern auch in Ländern und Gemeinden sowie sonstigen Institutionen und Organisationen der „öffentlichen Gewalt“. Auf Rechtsbeziehungen zwischen Privaten wirkt das Benachteiligungsverbot mittelbar, indem es bei der Auslegung und Anwendung bürgerlichen Rechts berücksichtigt werden muss.

Zudem ist am 26. März 2009 das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention) in Deutschland in Kraft getreten. Die UN-Behindertenrechtskonvention steht im Rang eines einfachen Bundesgesetzes und bindet gemäß Art. 4 Abs. 5 UN-BRK Bund und Länder. Für Behörden und Gerichte ist sie zugleich Auslegungshilfe nationaler Normen. Dies gilt nicht nur für das einfache Recht, sondern insbesondere auch auf der Ebene des Verfassungsrechts. Die UN-BRK dient als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite von Grundrechten und rechtsstaatlichen Garantien des Grundgesetzes. Ziel des Übereinkommens ist, die Chancengleichheit behinderter Menschen zu fördern und ihre Diskriminierung in der Gesellschaft zu unterbinden. Damit ist das UN-Übereinkommen auch in Deutschland zum zentralen Maßstab und Impulsgeber einer

menschenrechtskonformen und dem Gedanken der Inklusion verpflichteten Politik geworden. Art. 5 Abs. 2 UN-Behindertenrechtskonvention, der eine Schlechterstellung von Menschen mit Behinderungen allein aufgrund ihrer Behinderung in allen Lebenslagen für unzulässig ansieht, entspricht in seinem Wesensgehalt dem Benachteiligungsverbot nach Art. 3 Abs. 2 Satz 2 GG.

2 Die folgenden Ausführungen befassen sich mit den darüber hinausgehenden, besonderen Regelungen des Sozialrechts, die zugunsten behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gezielt auf deren Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet sind. Wird z. B. die Umschulung in einen anderen Beruf nötig, weil der bisherige auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr gefragt ist, erhalten behinderte Menschen nach dem Dritten oder dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuchs hierzu grundsätzlich die gleichen Leistungen unter den gleichen Voraussetzungen wie nicht behinderte. Ist die Umschulung jedoch wegen der Behinderung erforderlich, gehört diese Umschulung zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit im Bedarfsfalle besonderen Fördermodalitäten.

3 Die besonderen sozialrechtlichen Regelungen zugunsten behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sind mit Wirkung seit dem 1. Juli 2001 durch das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – kodifiziert und fortentwickelt worden. Nach seinem § 1 erhalten behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern sowie Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.

4 Nicht zum Sozialrecht im engeren Sinn gehören die Regelungen des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG), die am 1. Mai 2002 in Kraft getreten sind. Sie sollen das Benachteiligungsverbot auch über das Sozialrecht hinaus umsetzen sowie dazu dienen, die Gleichberechtigung behinderter Menschen in vielen Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens zu sichern und im Alltag Geltung zu verschaffen. Hierzu enthält das Gesetz allgemeine Bestimmungen zu

- Benachteiligungsverbot für Träger öffentlicher Gewalt,
- Berücksichtigung besonderer Belange behinderter Frauen / Gender Mainstreaming,
- Definition von Behinderung und Barrierefreiheit,
- Zielvereinbarungen zur Herstellung von Barrierefreiheit,
- Verpflichtung des Bundes zum barrierefreien Bauen,
- Anerkennung und Verwendung der Gebärdensprache,
- Barrierefreiheit und Zugänglichmachung von Unterlagen für blinde und sehbehinderte Beteiligte eines Verwaltungsverfahrens,
- barrierefreie Informationstechnik,
- Verbandsklagerecht

sowie die gesetzliche Verankerung der/des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. Die Einzelheiten hierzu regeln die Kommunikationshilfeverordnung

und die Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung, jeweils vom 17. Juli 2002, sowie die Barrierefreie Informationstechnik-Verordnung vom 12. September 2011.

Mit dem Artikelgesetz BGG wurden außerdem Regelungen in weiteren Gesetzen zur Umsetzung der Gleichstellung und zur Herstellung von Barrierefreiheit in den Bereichen

- Bundestags- und Europawahlen,
- Personenbeförderung im öffentlichen Nahverkehr, mit der Eisenbahn und im Luftverkehr, auch über Finanzhilfen des Bundes nur für barrierefreie Verkehrsvorhaben,
- Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Gaststätten,
- gleiche Chancen beim Hochschulstudium und
- diskriminierungsfreie Formulierung berufsrechtlicher Vorschriften

getroffen.

5 Neben dem Behindertengleichstellungsgesetz muss auch das „Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz“ (AGG) genannt werden. Es war zunächst lange als „Antidiskriminierungsgesetz“ bekannt und ist am 18. August 2006 in Kraft getreten. Damit hat die Bundesregierung nicht nur insgesamt vier europäische Richtlinien zum Verbot von Benachteiligungen wegen der Rasse, ethnischen Herkunft sowie des Geschlechts durch ein einheitliches Gesetz in deutsches Recht umgesetzt. Auch behinderte Menschen sind seitdem vor Benachteiligungen wegen ihrer Behinderung in wesentlichen Bereichen ihres Alltags sowie im Arbeitsleben geschützt.

Menschen mit Behinderungen schützt dieses Gesetz auch bei so genannten Alltagsgeschäften vor Benachteiligung. Dazu gehören beispielsweise die üblichen Kaufverträge, Hotelbuchungen und Versicherungsabschlüsse. Durch das Gesetz müssen z.B. private Versicherungen im Streitfall nachweisen, dass sie den Prämien und Leistungen nach den anerkannten Prinzipien der Versicherungsmathematik auch eine dem Risiko angemessene Kalkulation zugrunde gelegt haben und behinderte Menschen nicht willkürlich benachteiligt werden.

Der Schutz des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes für behinderte Menschen umfasst zugleich auch sämtliche Bereiche des Arbeitslebens, und zwar von der Berufsausbildung über die Stellenbewerbung bis hin zu den Regelungen für die Beendigung von Beschäftigungsverhältnissen. So dürfen nach den Regelungen des AGG behinderte Menschen weder bei den Auswahlkriterien und Einstellungsvoraussetzungen noch beim Zugang zur beruflichen Bildung und dem beruflichen Aufstieg wegen ihrer Behinderung benachteiligt werden. Das bislang nur für schwerbehinderte Menschen geltende arbeitsrechtliche Benachteiligungsverbot, das im SGB IX geregelt war, ist damit auf alle behinderten Menschen ausgedehnt worden.

Damit gibt es in Deutschland zum ersten Mal ein Gesetz zum umfassenden Schutz vor Diskriminierung, auch dies ist eine wesentliche rechtliche Voraussetzung für den Zugang zu gleichberechtigter Teilhabe.

6 Daneben gilt seit dem 26. März 2009 das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention) “ in Deutschland. Die Konvention greift auf die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte sowie auf die wichtigsten Menschenrechtsverträge der Vereinten Nationen zurück und formuliert zentrale Bestimmungen dieser Dokumente für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen. Ziel der Konvention ist es, den

gleichberechtigten Genuss der Menschenrechte durch Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten. Somit schafft es keine Sonderrechte, sondern konkretisiert und spezifiziert die universellen Menschenrechte aus der Perspektive der Menschen mit Behinderungen und vor dem Hintergrund ihrer Lebenslagen, die im Menschenrechtsschutz Beachtung finden müssen. Es würdigt Behinderung als Teil der Vielfalt menschlichen Lebens. Im Einzelnen konkretisiert die Konvention z. B. das Recht auf Zugang zu Bildung, das Recht auf Zugang zur Arbeitswelt oder das Recht auf Teilhabe am kulturellen Leben. Dabei wird der abstrakte Teilhabebegriff in den jeweiligen Artikeln auf einzelne Lebensbereiche angewandt, für die jeweils konkrete Maßnahmen und Ziele zur Umsetzung von Chancengleichheit beschrieben werden.

Zur Umsetzung der Konvention hat das Bundeskabinett am 15. Juni 2011 einen Nationalen Aktionsplan als langfristige Gesamtstrategie (bis 2021) beschlossen. Darin hat sich die Bundesregierung u. a. verpflichtet, die besonderen Belange behinderter Menschen von Anfang an bei allen politischen Vorhaben und Gesetzesinitiativen zu beachten (disability mainstreaming) und vorhandene Lücken zwischen Gesetzeslage und praktischer Umsetzung zu schließen. Der Nationale Aktionsplan umfasst rund 200 große und kleine Maßnahmen aus allen Lebensbereichen. Leitgedanke und zentrales Handlungsprinzip ist Inklusion. Ziel ist eine inklusive Gesellschaft, in der Menschen mit Behinderungen nicht nur dabei, sondern mittendrin sind. Der Nationale Aktionsplan ist aber kein abgeschlossenes Dokument, sondern er wird regelmäßig auf den Prüfstand gestellt und in jeder Legislaturperiode weiterentwickelt. So wurde der NAP von Herbst 2013 bis Sommer 2014 von der Prognos AG wissenschaftlich evaluiert. Die Evaluation erstreckte sich sowohl auf die inhaltliche Ebene als auch auf den Prozess der Entstehung und Umsetzung des Aktionsplans und hat in beiden Bereichen wichtige Erkenntnisse geliefert.

Am 26. und 27. März 2015 fand die Präsentation des ersten deutschen Staatenberichtes vor dem Vertragsausschuss in Genf statt. Es wurde deutlich, dass die UN-BRK in Deutschland eine sehr wichtige gesellschaftliche Debatte über die Inklusion in Gang gesetzt hat. Ungeachtet dieser Diskussion und der ersten Erfolge gibt es aber noch einiges zu tun. So hat der Vertragsausschuss in seinen abschließenden Empfehlungen über 60 konkrete Handlungserfordernisse aufgezeigt.

Die Ergebnisse der Evaluierung und der ersten deutschen Staatenprüfung vor dem UN-BRK Vertragsausschuss geben zusammen mit den Ergebnissen des 2013 veröffentlichten Teilhabeberichts der Bundesregierung Aufschluss darüber, an welchen Stellen angesetzt werden muss, um die Umsetzung der UN-BRK und damit die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen weiter voranzubringen. Auf dieser Basis soll der Nationale Aktionsplan in 2015/2016 gemeinsam mit den Menschen mit Behinderungen und ihren Organisationen weiterentwickelt werden. Der Aktionsplan der Bundesregierung wird durch weitere Aktionspläne der Länder, Kommunen, Verbände sowie von Dienstleistern und Unternehmen der Privatwirtschaft ergänzt.

Behinderte Menschen

7 „Behindert“ sind nach § 2 Abs. 1 SGB IX Menschen, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Eine wortgleiche Definition enthält § 3 BGG. Diese an Vorschläge der Weltgesundheitsorganisation angelehnte grundlegende Begriffsbestimmung orientiert sich nicht an wirklichen oder vermeintlichen Defiziten; im Vordergrund steht das Ziel der Teilhabe (participation) an den verschiedenen Lebensbereichen. Als Abweichung vom „typischen Zustand“ ist der Verlust oder die Beeinträchtigung von – im jeweiligen Lebensalter – normalerweise vorhandenen körperlichen, geistigen oder seelischen Strukturen zu verstehen. Folgt aus dieser Schädigung eine Teilhabebeeinträchtigung, die sich in einem oder mehreren Lebensbereichen auswirkt, liegt eine Behinderung vor. Das Erfordernis einer voraussichtlichen Dauer der Beeinträchtigung von sechs Monaten schließt zwar vorübergehende Störungen aus, nicht jedoch Interventionen so früh wie im Einzelfall geboten; dies gilt insbesondere, wenn bei Kindern Behinderungen eingetreten oder zu erwarten sind.

8 Die gleiche Abweichung vom alterstypischen Zustand und die gleiche Funktionsbeeinträchtigung können zu sehr unterschiedlichen Teilhabebeeinträchtigungen führen; so behindert der Verlust des linken Mittelfingers einen Verwaltungsbeamten bei seiner Berufsausübung kaum, einen Geiger dagegen sehr. Auch schwere Schädigungen und Einschränkungen wirken sich meist nicht auf alle Lebensbereiche gleichermaßen aus; ein Mensch mit gesundheitlichen Schädigungen ist jeweils nur in bestimmten Funktionen beeinträchtigt und damit nur in Bezug auf bestimmte Tätigkeiten und Teilhabebereiche „behindert“, während seine Leistungs- und Teilhabefähigkeit in anderen Lebensbereichen unvermindert oder sogar ungewöhnlich

hoch sein kann. Dementsprechend ist zunächst immer auf die individuellen Fähigkeiten zu achten, und der Hilfebedarf behinderter Menschen kann selbst bei gleicher Beeinträchtigung individuell sehr verschieden sein.

9 Diese Unterscheidung nach der individuellen Teilhabebeeinträchtigung hat bereits in der Vergangenheit zunehmend an Bedeutung gewonnen und wird dies auch künftig noch tun. Denn 2001 hat die WHO-Vollversammlung unter Beteiligung Deutschlands die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beschlossen und ihren Mitgliedern die Umsetzung empfohlen. Die ICF ist ein neues Instrument der Klassifikation der funktionalen Gesundheit und berücksichtigt zusätzlich zur Erkrankung den persönlichen und allgemeinen Kontext (Förderfaktoren und Barrieren). Sie macht die funktionale Gesundheit als jeweils persönliche Wechselwirkung zwischen den gesundheitlichen Störungen (z. B. starke Fehlsichtigkeit, – 9 Dioptrien) und den „Kontext-faktoren“ (Versorgung mit Brille) fest. Mit der ICF besteht die Möglichkeit, Krankheitsfolgen und Behinderung nicht nur unter dem Aspekt der damit verbundenen Defizite (fast blind) zu beschreiben, sondern auch die (noch) vorhandenen Ressourcen einer Person einzubeziehen (mit Brille: volle Teilhabe möglich). Die Kontextfaktoren können positiv oder negativ wirken und Einfluss auf eine mehr oder weniger erfolgreiche Rehabilitation haben. Die personenzentrierte Planung von Rehabilitationsprozessen, sowie die passgenaue Gestaltung und Entwicklung von Hilfen und Angeboten werden durch die Anwendung der ICF unterstützt.

Aufbauend auf den im Rahmen der Studie „Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF (Machbarkeitsstudie)“ ermittelten Optimierungspotentialen fördert das BMAS ein Projekt zur Erstellung eines

Basiskonzepts für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation. Ziel des Projekts ist die Entwicklung von leistungsträger- und leistungserbringerübergreifenden Grundlagen in Form eines Basiskonzepts für die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), welches den Informationsaustausch aller Beteiligten fördert, den Reha-Prozess effektiver gestaltet und den Menschen mit seinen persönlichen Bedürfnissen in den Mittelpunkt aller Aktivitäten der Bedarfsermittlung stellt.

10 Als schwerbehinderte Menschen anerkannt sind behinderte Menschen, bei denen festgestellt wurde, dass der Grad der Behinderung mindestens 50 beträgt und die in Deutschland rechtmäßig wohnen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben oder hier beschäftigt sind (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Ende 2013 waren in Deutschland 7,548 Mio. Menschen schwerbehindert; dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von rd. 9,4 Prozent, wobei der Anteil schwerbehinderter Menschen an den über 60-Jährigen deutlich über und deren Anteil an den jungen Menschen deutlich unter dem angegebenen Gesamtwert liegen.

11 Die besonderen, nach Art oder Schwere der Behinderung sehr unterschiedlichen Hilfen, die behinderte Menschen zu ihrer Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft insgesamt brauchen, sind in der Regel nicht davon abhängig, dass zuvor eine (Schwer)Behinderung förmlich festgestellt wurde. Das Vorliegen der Behinderung ist vielmehr eine Leistungsvoraussetzung wie andere Voraussetzungen auch und wird vom zuständigen Rehabilitationsträger bei seiner Entscheidung über die Sozialleistung geprüft. Eine Feststellung des Grades der Behinderung in einem förmlichen Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 des SGB IX) ist nur für die dort vorgesehenen besonderen Hilfen und Rechte (Rdnr. 99 ff.) sowie für steuerliche und sonstige Nachteilsausgleiche von Bedeutung.

12 Wichtig ist, dass begriffliche Abgrenzungen in Bezug auf behinderte Menschen einer gedanklichen und sozialen Ausgrenzung dieser Menschen nicht Vorschub leisten dürfen, sondern als Hinweis auf ihre individuellen Probleme und Chancen zu verstehen sind sowie darauf, wie jeder von ihnen Zugang zu den Hilfen erhält, die er zu seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft benötigt. Ziel ist darüber hinaus, die für einzelne Gruppen behinderter Menschen erreichten Fortschritte und Standards auch für andere Gruppen zu verwirklichen und für alle behinderten Menschen und ihre Angehörigen ein Leben „so normal wie möglich“ anzustreben.

Leistungen zur Teilhabe

13 Leistungen zur Teilhabe umfassen nach § 4 Abs. 1 SGB IX die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Eine entsprechende Vorschrift enthält § 10 des SGB I als „generelles Teilhaberecht“, das in allen Sozialleistungsbereichen zu beachten ist.

14 Diese Vorgaben dienen nicht nur der Auslegung und Anwendung des Sozialrechts, sondern sind darüber hinaus als Leitlinie der Politik für behinderte Menschen in der Bundesrepublik Deutschland allgemein anerkannt. Unter den Grundsätzen, die aus ihnen abzuleiten sind, sind hervorzuheben

- das Ziel der selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft,
- der Grundsatz der Finalität, nach dem die notwendigen Hilfen jedem behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen unabhängig von der Ursache der Behinderung geleistet werden müssen, auch wenn für diese Hilfen unterschiedliche Träger und Institutionen mit unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen zuständig sind,
- der Grundsatz einer möglichst frühzeitigen Intervention, nach dem entsprechend den im Einzelfall gegebenen Möglichkeiten und Notwendigkeiten Ausmaß und Auswirkungen der Behinderung möglichst gering zu halten und nicht vermeidbare Auswirkungen so gut wie möglich auszugleichen sind, und
- der Grundsatz der individuellen Hilfe, die auf die konkrete Bedarfssituation jedes einzelnen behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen zugeschnitten und dieser Bedarfssituation mit geeigneten Mitteln gerecht werden muss.

15 Berücksichtigt man den in den Vorgaben des § 4 SGB IX enthaltenen Grundsatz einer möglichst frühzeitigen Intervention, muss der sachgerechte Ansatzpunkt im Einzelfall stets zunächst auf einer möglichst frühen Stufe gesucht werden.

Behinderung und Intervention

(Prävention so weitgehend wie möglich)



körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand weicht von alterstypischem Zustand ab



(Intervention so weitgehend wie möglich)



Aktivitätseinschränkungen nicht nur vorübergehender Art



(Intervention so weitgehend wie möglich)



Einschränkungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft



(Kompensation durch Pflege/Rente/andere Hilfen so weitgehend wie nötig)

Die Übernahme des dreistufig aufgebauten Behindertenbegriffs der Weltgesundheitsorganisation in das deutsche Recht verdeutlicht die unterschiedlichen Ansatzpunkte für Hilfen:

- im Bereich der drohenden oder vorliegenden Schädigungen durch Prävention wie z. B. gesundheitsgerechtes Verhalten, Unfallverhütung und andere Formen der Vermeidung oder Senkung von Risiken, durch Vorsorgemaßnahmen, durch Rettungsdienste oder durch Maßnahmen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation,
- im Bereich der Aktivitätseinschränkungen durch Hilfen zur Kompensation der funktionalen Beeinträchtigungen, z. B. orthopädische Hilfsmittel, Funktionstraining oder technische Hilfen zur Arbeitsplatzausstattung,
- im Bereich der Einschränkungen der Teilhabe etwa dadurch, dass Barrieren vermieden oder abgebaut werden oder dass ein Beruf gewählt wird, der trotz Funktionseinschränkungen die Berufsausübung ermöglicht oder erleichtert.

Ein wichtiger Anwendungsfall des Grundsatzes der möglichst frühen Intervention ist, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben Vorrang vor Rentenleistungen haben, soweit bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe Rente nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen ist (§ 8 Abs. 2 SGB IX, § 9 Abs. 1 SGB VI). Der Grundsatz heißt hier: „Leistungen zur Teilhabe vor Rente“. Gleiches gilt, wenn durch die Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden, gemindert oder eine Verschlimmerung verhütet wird, nach dem Grundsatz „Leistungen zur Teilhabe vor Pflege“ (§ 8 Abs. 3 SGB IX, § 5 SGB XI).

16 Leistungen zur Teilhabe mit den in § 4 SGB IX genannten Zielen werden in folgenden Leistungsgruppen erbracht:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben werden – außer bei Jugend- und Sozialhilfe – durch eine weitere Leistungsgruppe „Unterhalts-sichernde und andere ergänzende Leistungen“ ergänzt.

17 Die Leistungen zur Teilhabe oder auch einzelne ihrer Leistungsgruppen sind nicht einem eigenständigen Sozialleistungsbereich übertragen, sondern eingebettet in die sonstigen Aufgaben einer Reihe von Leistungsträgern, die bei den Leistungen zur Teilhabe zusammenfassend als Rehabilitationsträger bezeichnet werden. Es werden erbracht (§ 6 SGB IX):

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Träger der Kranken-, der Renten- und der Unfallversicherung sowie der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit sowie die Träger der Grundsicherung für Arbeit-suchende, der Renten- und der Unfallversicherung sowie der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,

- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch die Träger der Unfallversicherung und der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden.

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe treten – aufgrund ihrer umfassenden Aufgabenstellung – nachrangig bei allen Leistungen zur Teilhabe ein, wenn benötigte Leistungen von vorrangigen Trägern nicht in Anspruch genommen werden können, weil deren Leistungsvoraussetzungen im Einzelfall nicht gegeben sind. Insgesamt werden Leistungen zur Teilhabe durch acht Gruppen von Trägern erbracht (siehe Grafik).

Leistung zur	Unfallversicherung	Soziale Entschädigung	Krankenversicherung	Rentenversicherung	Bundesagentur für Arbeit	Grundversicherung für Arbeit-suchende	Jugendhilfe	Sozialhilfe
medizinische Rehabilitation	X	X	X	X			X	X
Teilhabe am Arbeitsleben	X	X		X	X	X	X	X
Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	X	X					X	X

18 Welcher Rehabilitationsträger unter welchen Voraussetzungen welche Leistungen zur Teilhabe erbringt, richtet sich nach den für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen (§ 7 Satz 2 SGB IX); dies trägt dem gewachsenen gegliederten System Rechnung. So kann bspw. Leistungen der Rentenversicherung grundsätzlich nur erwarten, wer dort versichert ist, und Leistungen der Sozialhilfe, wer deren Voraussetzungen erfüllt; die einschlägigen Regelungen finden sich in den jeweiligen Büchern des Sozialgesetzbuchs und in anderen

Leistungsgesetzen. Regelungen zu Inhalt und Zielsetzung der Leistungen zur Teilhabe, die für mehrere Sozialleistungsbereiche einheitlich sein können, sind demgegenüber nur an einer Stelle – im SGB IX – getroffen, auch um zu verdeutlichen, dass das gemeinsame Ziel – möglichst weitgehende Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am Leben der Gesellschaft – von allen jeweils zuständigen Rehabilitationsträgern in grundsätzlich gleicher Weise verfolgt wird. Durch die Zusammenfassung der für mehrere Sozialleistungsbereiche einheitlich geltenden Vorschriften ist das SGB IX in ähnlicher Weise bereichsübergreifend wirksam wie bereits zuvor die Regelungen des Ersten, des Vierten und des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs. Wegen der Besonderheiten des gegliederten Systems kann dies nur gelten, soweit in den Leistungsgesetzen für die einzelnen Rehabilitationsträger nichts Abweichendes bestimmt ist; viele früher geltende besondere Regelungen der einzelnen Leistungsgesetze wurden im Zuge des SGB IX jedoch aufgehoben, durch Bezugnahmen auf das SGB IX ersetzt oder inhaltlich angepasst.

19 Die Rehabilitationsträger sind zur Zusammenarbeit verpflichtet. Abgrenzungsfragen zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern sollen nach § 13 SGB IX möglichst in Form von gemeinsamen Empfehlungen (im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) einvernehmlich geklärt werden. Die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenverbände werden an der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen beteiligt. Ihren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen. Die Empfehlungen haben auch die besonderen Bedürfnisse behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder zu berücksichtigen.

Gemeinsame Empfehlungen zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, z. B. bei der Qualitätssicherung und der Durchführung von Begutachtungen oder zu Integrationsfachdiensten, sind in Kraft, weitere in Vorbereitung; der aktuelle Stand findet sich unter www.bar-frankfurt.de → Publikationen → Gemeinsame Empfehlungen.

20 Inwieweit und wie die in § 4 SGB IX, § 10 SGB I genannten Ziele für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen im Einzelfall verwirklicht werden können, also das Teilhabe-potenzial, ist individuell zu ermitteln, und zwar mit einer Prognose der Entwicklung, die bei bestmöglicher Förderung erreichbar wäre. Möglichkeiten und Probleme behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen betreffen nie nur einzelne Bereiche, etwa den medizinischen oder beruflichen; vielmehr müssen die einzelnen Leistungen den konkreten Lebensumständen in ihrer Gesamtheit Rechnung tragen, in deren Rahmen sich Rehabilitation und Teilhabe vollziehen sollen und mit denen sich behinderte Menschen aufgrund ihrer „Funktionsbeeinträchtigung“ in anderer Weise als nicht behinderte auseinandersetzen. Das sich aus § 4 ergebende umfassende Verständnis von Teilhabe und ganzheitlicher Förderung wird durch einige weitere grundsätzliche Regelungen ergänzt, insbesondere

- den Vorrang der Prävention (§ 3 SGB IX),
- das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten (§ 9 SGB IX), den zügigen, wirksamen und wirtschaftlichen Einsatz sowie die Koordinierung der Leistungen zur Teilhabe (§ 10 SGB IX) und
- das Zusammenwirken von Leistungen bzw. die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger (§§ 11 und 12 SGB IX).

21 Die Leistungen zur Teilhabe müssen zur Umsetzung der Zielsetzungen notwendig sein. Notwendig sind Leistungen zur Teilhabe nur, wenn sie zum Erreichen der in § 4 SGB IX genannten Ziele geeignet sind. Hinzu muss kommen, dass kein anderer, sinnvoller Weg, diese Ziele zu erreichen, gegeben ist. Beispiele für alternative Wege, die Leistungen zur Teilhabe entbehrlich machen, sind

- das Erreichen der Ziele über die in Rdnr. 2 angesprochenen anderen Leistungen,
- die behinderungsgerechte, insbesondere barrierefreie Gestaltung von Lebensumständen oder
- die Bereitschaft von Arbeitgebern, z. B. eine notwendige Ausbildung eines behinderten Menschen in eigener Verantwortung und auf eigene Kosten zu übernehmen.

Solche alternativen Wege der Zielerreichung müssen konkret gangbar und tragfähig sein. Hält ein Rehabilitationsträger im Hinblick auf solche Alternativen eigene Leistungen nicht für notwendig, muss er die Leistungsberechtigten bei der Ermittlung und Umsetzung der geeignetsten Alternativen unterstützen und bei Bedarf selbst initiativ werden. Beim Misslingen alternativer Wege bleiben die Leistungen zur Teilhabe im Rechtssinn notwendig. Ergibt die Prognose, dass die genannten Ziele über mehrere unterschiedliche Wege gleich gut und gleich schnell erreicht werden können, ist zunächst das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen nach § 9 SGB IX zu beachten. Innerhalb eines danach verbleibenden Entscheidungsspielraums gelten die allgemeinen Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Die für die Unfallversicherung nach § 26 Abs. 2 SGB VII geltende Vorgabe, die dort genannten Ziele „mit allen geeigneten Mitteln“ zu erreichen, sagt in der Sache nichts Abweichendes.

Im Bereich der Sozialhilfe ist § 13 SGB XII zu beachten, der Wunsch- und Wahlrechte behinderter Menschen unter bestimmten Voraussetzungen einschränkt. Ähnliches gilt in der öffentlichen Jugendhilfe nach § 5 SGB VIII.

22 Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, haben nach § 10 Abs. 1 SGB IX die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Die Feststellung der Leistungen unter Bezug auf ihre Funktion verbietet pauschale Leistungsumschreibungen; sie gebietet Leistungen entsprechend dem individuellen Bedarf und entsprechend den individuellen, mit den Leistungen umzusetzenden Teilhabeziele. Die Leistungen sind entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation anzupassen und darauf auszurichten, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 SGB IX entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen. Dabei haben die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf zu sichern (Teilhabemanagement).

23 Dem bereits beschriebenen Paradigmenwechsel, kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen stärker als bisher dabei zu unterstützen, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, dienen insbesondere auch Persönliche Budgets, auch trägerübergreifend als Gesamtbudget aller in Betracht kommenden Leistungen. Dabei werden behinderten und pflegebedürftigen Menschen auf Antrag anstelle von Sachleistungen regelmäßige oder einmalige Geldzahlungen zur

Verfügung gestellt, mit denen sie benötigte Leistungen selbst organisieren und bezahlen können. Mit dieser Leistungsform wird das klassische Leistungsdreieck zwischen Leistungsträger, Leistungsempfänger und Leistungserbringer aufgelöst; Sachleistungen werden durch Geldleistungen oder Gutscheine ersetzt. Ergänzend zu § 17 SGB IX und den flankierenden Bestimmungen für die einzelnen Leistungsbereiche regelt die Budgetverordnung Einzelheiten des Verfahrens. In Zielvereinbarungen, die gemeinsam mit dem Antragsteller festgelegt werden, werden Einzelheiten der Budgetverwendung genau festgelegt. So wird u. a. die Qualität der Leistung gesichert. Während einer Erprobungsphase entschieden die Leistungsträger über Persönliche Budgets im Rahmen ihres Ermessens. Seit 1. Januar 2008 besteht ein Rechtsanspruch auf diese Form der Leistungserbringung, d. h. alle Rehabilitationsträger müssen auf Antrag die erforderlichen Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets grundsätzlich bewilligen. Die abschließenden Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung eines in den Jahren 2004 bis 2007 durchgeführten Modellversuchs in acht ausgewählten deutschen Regionen und eines zwischen 2008 und 2010 vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Programms zur Strukturverstärkung und Verbreitung von Persönlichen Budgets mit 30 Einzelprojekten in ganz Deutschland sowie das Forschungsvorhaben „Umsetzung und Akzeptanz des Persönlichen Budgets“ machen deutlich, dass das Persönliche Budget der Schritt in die richtige Richtung ist. Das belegt auch die stetig steigende Zahl von Bewilligungen des Persönlichen Budgets. Schätzte man Ende 2007 noch etwas über 4.500 laufende Persönliche Budgets, wurden Ende 2010 schon weit über 14.000 gemeldet und zum Jahreswechsel 2015/2016 kann man annähernd über 50.000 Bewilligungen ausgehen. Es zeigte sich auch, dass Persönliche Budgets bisher überwiegend für Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt wurden (vgl. Kapitel 12, Rdnr. 282 ff). Es ist jedoch zu erwarten, dass das Persönliche Budget künftig für Leistungen

aller Rehabilitationsträger genutzt wird. Vor allem wenn Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden müssen, wird das trägerübergreifende Persönliche Budget das geeignetste Instrument sein, um Schnittstellen und Lücken zu vermeiden.

24 Soweit es im Einzelfall geboten ist, prüft der zuständige Rehabilitationsträger nach § 11 SGB IX gleichzeitig mit der Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, während ihrer Ausführung und nach ihrem Abschluss, ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Wird während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist, muss mit den Betroffenen sowie dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich geklärt werden, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

25 Schwerbehinderte Menschen können – neben den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn deren Voraussetzungen gegeben sind – mit dieser Zielsetzung auch besondere Leistungen und sonstige Hilfen nach Teil 2 des SGB IX erhalten (Einzelheiten hierzu unter Rdnr. 98 ff.). Diese Leistungen werden aus der Ausgleichsabgabe bestritten, die Arbeitgeber abführen, wenn sie ihrer Pflicht zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen nicht oder nur unzureichend nachkommen. Die Leistungen der Pflegeversicherung, deren Träger nicht zu den Rehabilitationsträgern zählen, werden gesondert dargestellt.

26 Insgesamt verfügt die Bundesrepublik Deutschland – auch im internationalen Vergleich und trotz noch bestehender Verbesserungsnotwendigkeiten – über ein umfassendes, in sich differenziertes, aber im Ergebnis durchgängiges Sozialleistungssystem auch und gerade für behinderte Menschen. Die Bedeutung der Sozialleistungen zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft zeigt auch deren finanzielles Gewicht:

**Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe in 2009 bis 2014
(nach Rehabilitationsträgern in Mio. Euro)**

	Kranken- versiche- rung	Rentenver- sicherung	Unfallver- sicherung	Bundes- agentur für Arbeit	Sozialhilfe
2009	2.588	5.435	3.453	2.392	13.287
2010	2.657	5.561	3.677	2.415	13.842
2011	2.701	5.658	3.798	2.341	14.402
2012	2.749	5.862	3.850	2.269	15.129
2013	2.819	5.841	3.997	2.234	15.575
2014	2.961	6.031	4.152	2.266	16.358

27 Neben dem Abbau vorhandener und dem Vermeiden neuer Benachteiligungen bilden nach deutschem Verständnis die Leistungen zur Teilhabe – als Sozialleistungen – den Kern der Bemühungen um Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft insgesamt. Eine möglichst weitgehende, wirkungsvolle Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erfordert jedoch, dass diese Leistungen ergänzt werden durch

- vorrangiges Augenmerk auf die individuellen Fähigkeiten und Entwicklungspotenziale der behinderten Menschen (weg von der Defizitbetrachtung und hin zur Ressourcenorientierung),

- eine behinderungsgerechte Gestaltung der Lebensumstände, denen behinderte Menschen ausgesetzt sind und mit denen sie sich auseinandersetzen müssen (z. B. im Verkehr oder bei der Kommunikation mit anderen),
- eine ausreichende Bereitschaft einerseits der behinderten Menschen, andererseits der Gesellschaft, das ihnen jeweils Mögliche zu voller Teilhabe zu tun, sowie
- ein „teilhabefreundliches Klima“ in der Gesellschaft insgesamt.

28 Zur Ausfüllung der differenzierten Rechtsgrundlagen und zu ihrer praktischen Umsetzung dient ein ebenso differenziertes System an Einrichtungen und Diensten. Dies ermöglicht es, die notwendige Hilfe entsprechend der individuellen Bedarfssituation mit den geeigneten, auf sie zugeschnittenen Mitteln und Maßnahmen zu leisten. Wichtig ist dabei, die zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft notwendige Förderung möglichst mit einer Erhaltung und sachgerechten Fortentwicklung der bisherigen sozialen Bezüge in Einklang zu bringen. Daher ist dort, wo eine wirkungsvolle Förderung durch ambulante Hilfen möglich ist, diesen der Vorzug zu geben, zumal sie dem Betroffenen mehr Möglichkeiten zu eigenverantwortlicher Gestaltung seiner Lebensumstände belassen. Auch haben Fördermaßnahmen Vorrang, die eine Gemeinsamkeit mit nichtbehinderten Menschen ermöglichen; die Hilfen in besonderen, gezielt auf behinderte Menschen ausgerichteten Einrichtungen sind auf das unbedingt Notwendige zu beschränken. Es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Allerdings muss in jedem Einzelfall die konkret benötigte Förderung gewährleistet sein.

29 Die Aufgabe, Menschen mit Behinderungen „so normal wie möglich“ am Leben in der Gesellschaft teilhaben zu lassen, ist nicht allein Verpflichtung des Staates, sondern Aufgabe aller. Sozialleistungen und sonstige Hilfen können die Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am

Leben in der Gesellschaft nicht gewährleisten, sondern nur erleichtern und fördern; wo sie durch persönliches und gesellschaftliches Engagement entbehrlich gemacht werden, wird nicht nur die Teilhabe unmittelbar vollzogen, sondern mindert sich zugleich der Umfang der „erforderlichen Hilfen“.

30 Rechtsvorschriften, Einrichtungen und Dienste können nicht mehr sein als Angebote und Chancen zur Teilhabe; erreichbar sind die in § 4 SGB IX genannten Ziele nur bei einer entsprechenden Motivation der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen. Rat und Hilfe zur Teilhabe müssen deshalb an konkret vorhandene Motivationen der Betroffenen anknüpfen und diese unter Berücksichtigung der im Einzelfall gegebenen Rehabilitationsmöglichkeiten fortentwickeln. Die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe bedarf daher der Zustimmung der behinderten Menschen (§ 9 Abs. 4 SGB IX); an der Durchführung haben sie mitzuwirken, und berechtigten Wünschen bei der Ausgestaltung wird entsprochen (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Weil behinderten Menschen die Entfaltung ihrer Persönlichkeit in vielerlei Hinsicht erschwert ist, kommt es darauf an, dass die Leistungen, Dienste und Einrichtungen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände lassen und ihre Selbstbestimmung fördern.

Prävention, Früherkennung und Frühförderung

31 Entsprechend der in § 3 SGB IX enthaltenen Zielsetzung wird zunächst angestrebt, für alle Altersgruppen und Lebensbereiche durch gezielte Prävention das Entstehen von Behinderungen und chronischen Krankheiten so weit wie möglich zu vermeiden. Wichtige Felder hierbei sind Arbeitsschutz und Unfallverhütung, betriebliches Eingliederungsmanagement, Umweltschutz und Gesundheitsvorsorge, vor allem auch bei chronisch-degenerativen Erkrankungen. Die Bemühungen,

Behinderungen zu vermeiden, können allerdings nach derzeitigem Kenntnis- und Entwicklungsstand nur teilweise Erfolg haben. Einerseits wirkt eine Vielzahl von Gefährdungspotentialen auf die Menschen und ihre Entwicklung ein, deren krankheits- und behinderungsbedingende Faktoren weder für sich allein noch in ihrem Zusammenwirken voll erkennbar sind. Zum anderen erschwert der ständige Wandel der Lebensbedingungen die Erkenntnis und die Beseitigung insbesondere der Einflussfaktoren, die erst längerfristig wirksam werden. So besteht weitgehend Konsens darüber, dass die psychischen Belastungen mit dem Wandel der Arbeitswelt zunehmen. Unter dem Einfluss von Globalisierung, Ökonomisierung, technischen Entwicklungen und strukturellen Veränderungen hin zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft nehmen Komplexität und Dynamik der Arbeitswelt zu. Durch die im Zuge des demografischen Wandels sich ändernde Altersstruktur der Erwerbstätigen, d. h. weniger Nachwuchs und mehr Ältere, die auch länger arbeiten werden, wird auch die Zahl chronisch kranker und behinderter Beschäftigter steigen. Zudem verändern sich Krankheiten und Behinderungen und deren Auswirkungen. Schon jetzt steigt der Anteil der Langzeiterkrankten aufgrund von Stress, Burnout und Depressionen stetig an. Hier müssen neue Präventionsmechanismen entwickelt werden.

32 Prävention von Anfang an ist wichtig. Insbesondere Frauen und Männer, deren Belastung mit vererbaren Risikofaktoren bekannt ist, haben die Möglichkeit zur genetischen Beratung, um die Risiken einer Schwangerschaft abzuwägen und gewichten zu können. Auch ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft einschließlich regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen zum Erkennen und zum Ausschluss von Risikofaktoren gehört zu den Leistungen der Krankenversicherung und der Sozialhilfe; ihre Inanspruchnahme ist mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit geworden.

33 Je früher in der kindlichen Entwicklung eine Auffälligkeit oder Beeinträchtigung erkannt wird, desto besser kann vorgebeugt oder erfolgreich behandelt werden; gerade frühkindliche Entwicklungsphasen können in vielen Fällen wirkungsvoll beeinflusst werden. Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder bis zum 6. Lebensjahr sowie eine weitere nach Vollendung des 10. Lebensjahres sind Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialhilfe. Die insgesamt 10 ärztlichen Untersuchungsreihen dienen der Feststellung von Auffälligkeiten, die den Verdacht auf bestehende oder drohende Behinderungen nahe legen, und geben damit Ansatzpunkte für weitere Maßnahmen mit dem Ziel, eine drohende Behinderung abzuwenden, eine schon erkennbare Behinderung zu beseitigen oder zumindest die Folgen der Behinderung zu mildern. Die Untersuchungen werden vorzugsweise von Kinderärzten und qualifizierten Allgemeinmedizinerinnen durchgeführt. Die Ergebnisse werden in einem Untersuchungsheft festgehalten, das bei den Eltern verbleibt. Jede der Untersuchungen ist wesentlicher Teil eines ganzheitlichen Vorsorgekonzepts zur Früherkennung von Behinderungen, wobei die letzten Untersuchungen auch dann unverzichtbar sind, wenn bis zu diesem Zeitpunkt bei einem Kind keine gesundheitlichen Auffälligkeiten registriert werden konnten. Auch der besondere Wert landesweiter Schutzimpfungen (z. B. gegen Polio) als wirksames Mittel zur Vorsorge vor Behinderungen ist unumstritten, wobei die Impfung von Säuglingen und Kleinkindern in aller Regel anlässlich einer der Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wird. Bei Heranwachsenden übernimmt der schulärztliche Dienst die wichtigen Aufgaben der Früherkennung und Prophylaxe.

34 Zur bestmöglichen Unterstützung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder gibt es ein umfangreiches Hilfsangebot. Die erforderlichen Hilfen leisten niedergelassene Kinderärztinnen- und -ärzte sowie therapeutische Fachkräfte, ambulante interdisziplinäre Frühförderstellen und überregionale sozialpädiatrische Zentren.

Die medizinische Erstberatung und -behandlung leisten in der Regel die niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte, die bei ihrer Arbeit von Fachkräften der Gesundheitsämter und den Landesärztinnen und -ärzten für behinderte Menschen unterstützt werden. Oft erfordern Frühbehandlung und Frühförderung ein wohnort- und familiennahes, interdisziplinäres Angebot medizinischer, heilpädagogischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste. Hier ergänzen sich Netze regionaler Frühförderstellen und überregionaler sozialpädiatrischer Einrichtungen.

Die sozialpädiatrischen Einrichtungen bieten für Kinder, die eine intensive Behandlung und Förderung benötigen, breit gefächerte diagnostische und medizinisch-therapeutische Angebote. In Frühförderstellen sind vor allem heilpädagogische, psychologische, pädagogische und soziale Hilfe für Kinder und Eltern zu finden. Das Angebot der Einrichtungen der Frühförderung als auch ihre Organisation und Arbeitsweise sind in den einzelnen Bundesländern und auch regional unterschiedlich ausgestaltet.

35 Für die Leistungen der Frühförderung bis zum individuellen Schuleintritt schreiben die §§ 30 und 56 SGB IX in Verbindung mit der 2003 in Kraft getretenen Frühförderungsverordnung sowie dem gemeinsamen Rundschreiben von BMG/BMAS vom 24. Juni 2009 vor, dass sie einheitlich und gemeinsam als Komplexleistungen auf Grundlage eines Therapieplanes erbracht werden sollen. Die Komplexleistung Frühförderung umfasst medizinisch-therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische sowie psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten.

Die Kosten der notwendigen medizinischen und heilpädagogischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung

behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder werden von den Krankenkassen und den Trägern Sozialhilfe sowie der Jugendhilfe übernommen. Die Frühförderungsverordnung enthält die erforderlichen Bestimmungen zur Abgrenzung der Leistungen und zur Kostenteilung zwischen den Rehabilitationsträgern.

36 Zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gehört nach § 20 SGB V auch, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit der gesetzlichen Unfallversicherung zusammenzuarbeiten. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben außerdem ab dem 35. Lebensjahr Anspruch auf eine regelmäßige Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit; hinzu kommen jährliche Krebsvorsorgeuntersuchungen für Frauen ab dem 20. Lebensjahr und Männer ab dem 45. Lebensjahr (§ 25 SGB V).

37 Nach § 23 SGB V haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf medizinische Vorsorgeleistungen, wenn diese notwendig sind, um

- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Bei Bedarf werden diese Leistungen in Form einer ambulanten Vorsorgekur erbracht.

38 Bedeutsam für die Prävention sind ferner die Regelungen über die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (§§ 14 ff. SGB VII sowie die Unfallverhütungsvorschriften der Unfallversicherung) und zahlreiche Bestimmungen im Bereich des gesetzlichen und tariflichen Arbeitsschutzes, wobei die steigende Zahl der gesundheitsschädlichen Arbeitsstoffe zu immer neuen Aktivitäten zwingt. Ansätze betrieblicher Prävention enthält auch § 84 SGB IX. Nach Abs. 1 hat der Arbeitgeber bei Schwierigkeiten im Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung, die Mitarbeitervertretungen sowie das Integrationsamt einzuschalten, um mit ihnen alle Möglichkeiten und Hilfen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.

§ 84 Abs. 2 SGB IX verpflichtet alle Arbeitgeber zu betrieblichem Eingliederungsmanagement, d. h. zu gezielter Hilfestellung und Unterstützungsangeboten für erkrankte Beschäftigte. Mit gezielter frühzeitiger Intervention werden die Ziele von Prävention und Rehabilitation zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit statt Entlassung oder Rente verfolgt. Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig krank, klärt der Arbeitgeber unter Einschaltung der Mitarbeiter- und gegebenenfalls auch Schwerbehindertenvertretung mit Zustimmung und Beteiligung betroffener Personen, welche Möglichkeiten zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit und welche zielführenden Leistungen oder Hilfen unter Einschaltung auch externer Stellen in Betracht kommen. Arbeitgeber, die betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, können von Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern durch Prämien und Boni gefördert werden. Zwar ist die Unterlassung eines Angebotes des Arbeitgebers auf betriebliches Eingliederungsmanagement nicht sanktionsbewährt, Arbeitgebern, die sich dieser Verpflichtung entziehen, wird eine krankheitsbedingte Kündigung gegen den Willen der betroffenen Beschäftigten jedoch wesentlich erschwert.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

39 Nach § 26 SGB IX werden die erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht, um eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern. Sie umfassen – neben Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder – insbesondere

- Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
- Arznei- und Verbandmittel,
- Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- Hilfsmittel sowie
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

40 Von diesen Leistungen sind nur wenige rehabilitations-spezifisch; da Prävention, Akutbehandlung und medizinische Rehabilitation sowohl in ihren Zielsetzungen als auch in den konkreten ärztlichen oder ärztlich verordneten Maßnahmen ineinander übergehen, sind die meisten Leistungen weitgehend deckungsgleich mit den Leistungen zur Behandlung einer Krankheit z. B. in der Krankenversicherung. Einerseits zielen sowohl Präventions- wie Teilhabeleistungen darauf ab, spätere Akutbehandlungen entbehrlich zu machen; andererseits muss jede Akutbehandlung so ausgestaltet werden, dass nach ihrem Abschluss keine oder nur eine möglichst geringfügige Behinderung zurückbleibt, und sollte, wo eine Funktionsbeeinträchtigung bleibt, auf das Leben mit dieser Beeinträchtigung und ihren Auswirkungen vorbereiten, bspw. durch Training mit Hilfsmitteln. Daher stellt § 11 SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung klar, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch mit der Zielsetzung zu erbringen sind, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern; auch eine Akutbehandlung hat sich nach § 27 SGB IX stets an den Zielen der Rehabilitation zu orientieren, wie sie in §§ 26 und 10 SGB IX festgelegt sind.

41 Besonderes Gewicht hat im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 31 SGB IX. Danach besteht Anspruch auf die im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel, wenn diese von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können, z. B. ein Rollstuhl mit bestimmter Ausstattung. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. Die spezielle Beratung durch den Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenkassen in Zusammenarbeit mit den Orthopädischen Versorgungsstellen (§ 275 Abs. 3 SGB V) ist ebenfalls darauf

gerichtet, die Hilfsmittelversorgung auf den individuellen Bedarf abzustimmen. Einzelheiten zur Hilfsmittelversorgung sind in Richtlinien der jeweiligen Spitzenverbände der Träger geregelt. Für den Bereich der Unfallversicherung ist auf die Verordnung über die orthopädische Versorgung Unfallverletzter hinzuweisen, für den Bereich der sozialen Entschädigung auf die Orthopädieverordnung.

42 Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation treten gemäß §§ 44 ff. SGB IX und ergänzenden Vorschriften in den einzelnen Leistungsgesetzen unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, insbesondere Geldleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld und Versorgungskrankengeld), Haushaltshilfe (§ 54 SGB IX) sowie Reisekosten (§ 53 SGB IX). Zu den Reisekosten zählen insbesondere die erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten.

43 Die Rehabilitationsträger, die medizinische Leistungen erbringen, sind umfassend von der Akutbehandlung bis zur medizinischen Rehabilitation zuständig. Die Rentenversicherung erbringt (neben Renten) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe nach pflichtgemäßem Ermessen, während auf die Leistungen der anderen Träger durchweg Rechtsansprüche bestehen.

44 In der gesetzlichen Krankenversicherung

- sind behinderte Kinder zeitlich unbegrenzt (mit) versichert, wenn ein Elternteil versichert ist und das Kind außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, und
- haben schwerbehinderte Menschen unter bestimmten Voraussetzungen ein eigenständiges Beitrittsrecht (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

45 Wirkungsvolle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation setzen ein ausreichendes Angebot an (fachlich) geeigneten Einrichtungen voraus. Die Rehabilitationsträger haben über die bereits 2003 verabschiedete Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX“ hinaus eine Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX zur Sicherung und kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der von den Einrichtungen erbrachten Rehabilitationsleistungen beschlossen. Stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen sind hiernach verpflichtet, sich einem einheitlichen unabhängigen Zertifizierungsverfahren zu unterziehen, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des von ihnen durchgeführten Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. Die von den Rehabilitationsträgern dazu abgeschlossene Vereinbarung ist am 1. Oktober 2009 in Kraft getreten. Nach Ablauf einer Übergangsfrist von drei Jahren dürfen die Rehabilitationsträger Verträge nur noch mit zertifizierten stationären Rehabilitationseinrichtungen abschließen.

Die genannte gesetzliche Bestimmung in § 20 Abs. 1 SGB IX samt der auf dieser Grundlage getroffenen Vereinbarung nach § 20 Abs. 2a SGB IX gelten unmittelbar für die Kranken-; die Renten- und Unfallversicherung sowie die Kriegsopferversorgung. Für die Krankenversicherung legt § 107 Abs. 2 SGB V die Anforderungen fest, die für eine stationäre Rehabilitationseinrichtung maßgebend sind. Auch die dort beschriebenen Einrichtungen haben sich ebenfalls einer Zertifizierung zu unterziehen (vgl. § 137d SGB V).

Dies gilt für die Kranken-; die Renten- und die Unfallversicherung. Für die Krankenversicherung legt § 107 Abs. 2 SGB V die Anforderungen fest, die für eine stationäre Rehabilitationseinrichtung maßgebend sind. Auch die dort beschriebenen Einrichtungen haben sich ebenfalls zukünftig einer Zertifizierung zu unterziehen.

46 Ambulante Leistungen sind stationären grundsätzlich vorzuziehen, wenn die erforderliche Hilfe auch auf diese Weise mit der gleichen Wirksamkeit erbracht werden kann. Die Betroffenen sind auch während der ambulanten Rehabilitation finanziell und sozialversicherungsrechtlich abgesichert. Arbeitnehmer haben gegenüber dem Arbeitgeber regelmäßig einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung, wenn sie infolge einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation an ihrer Arbeit verhindert sind, und zwar unabhängig davon, ob die Leistung stationär oder ambulant erbracht wird. Daran anschließen kann sich – je nach zuständigem Leistungsträger – ein Anspruch auf Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld; dies führt dann auch zur Sozialversicherungspflicht mit Beitragszahlung durch die Rehabilitationsträger.

47 Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt dagegen nach § 41 SGB V nicht für Rehabilitationsleistungen, die für Mütter in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erbracht werden. Denn eine stationäre Unterbringung von Müttern mit behinderten Kindern bedeutet für diese eine erhebliche Entlastung.

48 Die stufenweise Wiedereingliederung ins Arbeitsleben nach § 28 SGB IX, § 74 SGB V kommt vor allem Langzeitkranken und Rehabilitanden zugute, die trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten können. Dabei beginnt die wöchentliche Arbeitszeit – je nach Krankheitsbild und therapeutischer Notwendigkeit – mit zunächst wenigen Stunden und mündet dann allmählich in die betriebsübliche Arbeitszeit ein; diese Anpassungsphase kann bis zu einigen Monaten betragen. Die stufenweise Wiederaufnahme der Tätigkeit ist nicht darauf gerichtet, schon vor dem Ende der Arbeitsunfähigkeit Arbeitskraft abzufordern, und darf schon gar nicht den Genesungsprozess stören, sondern hat sich ausschließlich an rehabilitativen Zielsetzungen zu orientieren.

49 Auch bei chronischen Erkrankungen ist es oft ausreichend und zweckmäßig, anstelle einer stationären Behandlung und Rehabilitation wohnortnah die notwendigen Leistungen durchzuführen. Vorteile dabei sind z. B., Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden und das soziale Umfeld einzubeziehen, sowie die gegenüber einer stationären Versorgung in der Regel geringeren Kosten. Die Möglichkeiten zur Rehabilitation sind jedoch im Rahmen der ambulanten Versorgung bei weitem noch nicht ausgeschöpft und müssen daher mit Nachdruck von der bisher vorherrschenden „Intervalltherapie“ zu einer kontinuierlichen Langzeitrehabilitation fortentwickelt werden. Der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zusammen mit den Trägergruppen erarbeitete „Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation“ trägt dazu bei, die notwendigen Kenntnisse über gegebene Rehabilitationsmöglichkeiten zu verbessern.

50 Immer wichtiger für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist die Arbeit von (z. T. ehrenamtlichen) Betreuungsdiensten, Organisationen behinderter Menschen und Selbsthilfegruppen, die mit den Rehabilitationsträgern eng zusammenarbeiten und – bspw. bei der Bewältigung chronisch-degenerativer Erkrankungen – wichtige Ergänzungen zum professionellen System der Gesundheitssicherung leisten (§ 20 Abs. 4 SGB V, § 29 SGB IX).

Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“

51 Zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen ist meist eine qualifizierte geriatrisch-rehabilitative Behandlung notwendig. Durch intensive therapeutische Maßnahmen (auch Krankengymnastik, Bewegungs-, Sprach- und Beschäftigungstherapie) gelingt es häufig, alte Menschen so weit zu rehabilitieren, dass sie entweder wieder mit ihren Angehörigen oder bei weitgehender Selbständigkeit in einem

Seniorenheim leben können oder sogar in den Stand versetzt werden, ihren eigenen Haushalt zu führen und damit ganz oder teilweise unabhängig von Fremdleistungen zu werden. Auch dabei gilt die Regel: ambulant geht vor stationär. Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um einer (drohenden) Pflegebedürftigkeit entgegen zu wirken, sind von den Pflegekassen zu erbringen. Befindet sich ein Antragsteller für Leistungen zur Pflegeversicherung im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung erforderlich ist, so ist diese spätestens innerhalb einer Woche durchzuführen.

52 Zur Realisierung des Grundsatzes „Leistungen zur Teilhabe vor Pflege“, der in § 8 Abs. 3 SGB IX sowie in §§ 11, 23 SGB V und § 5 SGB XI gesetzlich verankert ist, wurde – neben einer stärker rehabilitationsorientierten Gestaltung der allgemeinen ambulanten und stationären medizinischen Versorgung und der stationären Altenhilfe – ein dreigliedriges System rehabilitativer Einrichtungen aufgebaut:

- geriatrische Ambulanzen der Krankenhäuser und Sozialstationen mit mobilen – insbesondere krankengymnastischen und ergotherapeutischen – Diensten, auch zur intensiven rehabilitativen Weiterbehandlung im Anschluss an einen Aufenthalt in einer stationären Einrichtung,
- für Patienten, für die eine ambulante rehabilitative Betreuung nicht ausreicht, andererseits eine stationäre Durchführung nicht oder nicht mehr erforderlich ist, Tageskliniken als teilstationäre Einrichtungen,

- für eine adäquate stationäre Versorgung von Alters- und Langzeitkranken-Einrichtungen, die u. a. Hautpflege, Blasen-training, Krankengymnastik, Ergotherapie mit Selbsthilfetrainingsprogrammen, psychologische Betreuung und Sprachtherapie anbieten.

53 Die Bereitschaft der Ärzte, das Teilhabepotenzial bei alten Patienten weitgehend zu nutzen, setzt vor allem ein Wissen um das Vorhandensein eines solchen Potenzials voraus und die Überzeugung, dass auch ein alter Mensch Anspruch hat, ein menschenwürdiges Dasein so weitgehend wie möglich unabhängig von fremder Hilfe zu führen. Selbst wenn in schweren Fällen Pflegebedürftige nur wieder dazu befähigt werden können, selbständig zu schlucken und zu essen, statt über eine Sonde ernährt zu werden oder selbständig die Toilette zu benutzen, ist damit ein wichtiges Rehabilitationsziel erreicht.

Rehabilitationssport und Versehrtenleibesübungen

54 Der Rehabilitationssport, der auf ärztliche Verordnung als ergänzende Leistung erbracht wird, wurde früher vorwiegend unter dem Gesichtspunkt der verbesserten Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des behinderten Menschen gesehen; heute dient er darüber hinaus als Beitrag zur sozialen und psychischen Stabilisierung sowie zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft insgesamt. Im Rahmen des Rehabilitationssports können behinderte Frauen und Mädchen auch an Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins teilnehmen (§ 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). In einer Rahmenvereinbarung haben die Leistungsträger der Kranken-, der Renten- und der Unfallversicherung sowie der sozialen Entschädigung zusammen mit dem Deutschen Behindertensportverband, der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen, der Deutschen Rheumaliga und unter Beteiligung der Interessen-

vertretung behinderter Frauen „Weibernetz“ und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Richtlinien über die Durchführung des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings aufgestellt.

55 Nach dem Bundesversorgungsgesetz haben Beschädigte Anspruch auf Teilnahme an Versehrtenleibesübungen zur Wiedergewinnung und Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit; entsprechendes gilt für diejenigen, die nach Gesetzen versorgt werden, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären. Versehrtenleibesübungen werden – wie der Rehabilitationssport – in Übungsgruppen unter ärztlicher Betreuung und fachkundiger Leitung im Rahmen regelmäßiger örtlicher Übungsveranstaltungen geeigneter Sportgemeinschaften durchgeführt. Rehabilitationssport gehört auch zu den Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Rahmen der Sozialhilfe.

Bildung für behinderte Menschen

56 Für alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, ob mit oder ohne Behinderungen, hat Bildung eine besondere Bedeutung; sie ermöglicht die Entwicklung einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit und entscheidet maßgeblich über die Chancen auf gesellschaftliche und berufliche Teilhabe.

57 Es ist vorrangig Aufgabe des Bildungswesens, die Kompetenzentwicklung zu fördern und dabei die individuellen Voraussetzungen und Möglichkeiten jedes Einzelnen zu berücksichtigen. Insofern sollen, behinderten Menschen soweit wie nötig und möglich, behinderungsspezifische Hilfen zur Verfügung gestellt werden, um einen erfolgreichen Bildungsprozess zu unterstützen. Dabei geht es nicht allein um die Vermittlung und Aneignung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, sondern ganz konkret auch um lebenspraktische individuelle und sozial-integrative Hilfen, und zwar sowohl im Elementarbereich, im Schulwesen, in der beruflichen Bildung und im Hochschulbereich als auch in der Weiterbildung. Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sieht in Art. 24 das gemeinsame Lernen von behinderten und nichtbehinderten Kindern als Regelfall vor. Einen individuellen Rechtsanspruch für behinderte Kinder und deren Eltern enthält das Übereinkommen jedoch nicht.

58 In den ersten Lebensjahren eines Kindes werden grundlegende Dispositionen, etwa in Bezug auf Sprache, Sozialverhalten und den Zugang zur Welt, gelegt. Gerade für Kinder mit Behinderung ist es besonders wichtig, die Entwicklungschancen

dieser frühen Lebensphase bis zur Einschulung in einer Kindertageseinrichtung bestmöglich zu nutzen. Behinderte Kinder sollen soweit möglich gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern in Kindertageseinrichtungen gefördert werden (§ 22a Abs. 4 SGB VIII).

Viele Kindertageseinrichtungen bieten für die gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder eine günstige Ausgangslage, da dort flexible Formen der individuellen Förderung praktiziert und soziales Miteinander eingeübt werden können, während – anders als in der Schule – das Problem der Leistungsnormierung keine Rolle spielt. Mit dem Ziel gemeinsamer Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderung im Vorschulalter haben sich als Organisationsformen entwickelt:

- Einzelintegration/Inklusion behinderter Kinder in Nachbarschaftskindergärten,
- integrative Gruppen in Regelkindergärten (neben Regelgruppen),
- integrative/inklusive Gruppen in Sonderkindergärten, Schulkindergärten für Kinder mit Behinderung (neben Sondergruppen),
- integrative Kindergärten mit durchgängigem Prinzip gemeinsamer Erziehung in allen Gruppen,
- Sonder- und Regelkindergarten als getrennte Organisationsformen, auch mit getrennter Trägerschaft „unter einem Dach“ (additive Form).

59 Die schulische Bildung ist in den Schulgesetzen der Bundesländer und den dazu ergangenen untergesetzlichen Regelungen sowie Erlassen (in Einzelheiten unterschiedlich) geregelt. Gemeinsam ist den schulgesetzlichen Regelungen in

allen Ländern, dass die allgemeine Schulpflicht auch für junge Menschen mit (auch schwersten) Behinderungen gilt. Behinderte Kinder und Jugendliche sollen schulisch möglichst so gefördert werden, dass sie die Bildungsziele der allgemeinen Schulen erreichen können. Darüber hinaus wird angestrebt, möglichst viele behinderte Kinder und Jugendliche in allgemeinen Schulen zu fördern und dort, falls erforderlich, zusätzliche sonderpädagogische Hilfen und sonstige angemessene Betreuung zur Verfügung zu stellen. Einen Rechtsanspruch auf bestimmte zusätzliche Hilfen vermitteln die Schulgesetze allerdings generell nicht.

60 Sofern behinderte Kinder und Jugendliche in anderen Schulformen nicht oder zeitweilig nicht hinreichend gefördert werden können, werden vielfach sonderpädagogische Beratungs- und Unterstützungsangebote vorgehalten (sogenannte mobile Dienste) oder sie erhalten ein sonderpädagogisches Bildungsangebot in einer Förderschule, in der sie zu den schulischen Zielen geführt werden, die für sie erreichbar sind; auch dort wird, soweit die Fähigkeiten des behinderten Kindes ausreichen, die Vermittlung von allgemeinen Abschlüssen angestrebt. In den Ländern gibt es für die verschiedenen Förderschwerpunkte auch unterschiedliche Förderschulen. In einigen Ländern werden bestimmte förderschulspezifische Bildungsangebote auslaufend gestaltet. Dort besuchen alle Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischen Förderbedarf oder einem festgestellten Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot die allgemeine Schule.

61 In Deutschland gibt es ein differenziertes und gut ausgebauten Förderschulwesen. Es gibt Förderschulen mit den Förderschwerpunkten:

- Lernen,
- Sehen,

- Hören,
- Sprache,
- Körperliche und motorische Entwicklung,
- Geistige Entwicklung,
- Emotionale und soziale Entwicklung und
- Kranke.

Im Schuljahr 2013/2014 wurden in Deutschland gut 500.500 Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf in allgemeinen Schulen und Förderschulen unterrichtet. Den größten Verbreitungsgrad haben Schulen mit dem Förderschwerpunkt „Lernen“, die 2013/2014 von rd. 194.000 Schülerinnen und Schülern besucht wurden. Für den Unterricht in den einzelnen Förderschultypen hat die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder im Laufe der Jahre eine Reihe von Empfehlungen erarbeitet. Darüber hinaus hat die Kultusministerkonferenz im Jahr 2011 die Empfehlung „Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen in Schulen“ verabschiedet, die die Rahmenbedingungen einer zunehmend inklusiven pädagogischen Praxis in den allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen darstellt.

62 In der Regel sind die Förderschulen gesetzlich verpflichtet, bis zum Ende eines jeden Schuljahres zu überprüfen, ob der Besuch der Förderschule in Zukunft noch erforderlich ist. Sie sollen in enger Zusammenarbeit mit anderen Schulen nach Möglichkeit auf eine Teilhabe ihrer Schüler am Unterricht nicht behinderter Schüler hinwirken oder nach anderen Formen der Kooperation mit Regleinrichtungen suchen.

63 Schon bisher wurde im Schulbereich ein Ausbau der integrativen Förderung angestrebt, um die schulische Bildung von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischen Förderbedarf in Gemeinschaft mit Kindern und Jugendlichen ohne einen solchen Förderbedarf über den Kindergarten hinaus fortsetzen zu können. Viele behinderte Kinder können sehr gut in allgemeinen Schulen gefördert werden, wenn sie dort zusätzliche sonderpädagogische Hilfe durch ausgebildete Fachkräfte erhalten, eine angemessene zusätzliche Betreuung sowie eine behinderungsgerechte Ausstattung gewährleistet sind; in vielen Bundesländern wurden bereits entsprechende Modelle erfolgreich erprobt und die Schulgesetze entsprechend geändert.

64 Die landesrechtlichen Regelungen enthalten insbesondere Bestimmungen über die – häufig verlängerte – Dauer der Schulpflicht für die einzelnen Förderschwerpunkte, über besondere Formen des schulisch durchgeführten ersten Jahres der Berufsausbildung (Berufsbildungsjahr in Sonderformen) sowie über Erfüllung der Berufsschulpflicht. So wird die Berufsschulpflicht von geistig behinderten Jugendlichen in der Berufsschule/Werkstufe der Förderschule erfüllt; diese Stufe bereitet auf eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder den – sich vielfach anschließenden – Übergang in die Werkstatt für behinderte Menschen vor. Allgemein haben die Förderschulen die Aufgabe, in den Abschlussklassen besonders auf die Berufswahl vorzubereiten; hierbei arbeiten sie eng mit den Berufsberatern (Reha-Beratung) der Agenturen für Arbeit zusammen. Im Rahmen der Initiative Inklusion wird über die Handlungsfelder 1 und 2 die Vorbereitung und Eingliederung von jungen Menschen mit einer wesentlichen Behinderung auf den 1. Arbeitsmarkt unterstützt.

65 Soweit die zum Besuch der allgemeinen Schule erforderliche, behinderungsspezifische Hilfe nicht von der Schule bereitgestellt werden kann, tritt die Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen der Eltern ein (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, § 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XII).

66 Die von der Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zu leistende Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung und zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf reicht über die Hilfe zum Besuch einer weiterführenden Schule bis zur schulischen Ausbildung an einer Hochschule (§ 54 SGB XII, §§ 12, 13 der Eingliederungshilfe-Verordnung). Die Sozialhilfe übernimmt auch zusätzliche therapeutische Leistungen während der Schulbildung, sofern sie nicht von vorrangig verpflichteten Trägern, z. B. den Krankenkassen, getragen werden, sowie für behinderte junge Menschen, die Ausbildung in lebenspraktischen Fertigkeiten und zur Bewältigung des Alltags.

67 Maßnahmen zur Kompensation von Benachteiligungen behinderter Menschen sind auch im Hochschulbereich erforderlich. Niemand darf auf Grund seiner Behinderung oder chronischen Krankheit vom Studium an der Hochschule seiner Wahl ausgeschlossen werden. Die Hochschulen sind landesrechtlich dazu verpflichtet, die besonderen Bedürfnisse behinderter Studierender zu berücksichtigen. Sie haben dafür Sorge zu tragen, dass behinderte Studierende in ihrem Studium die Angebote der Hochschule gleichberechtigt und diskriminierungsfrei in Anspruch nehmen können. Dafür investieren die Hochschulen und Studentenwerke in barrierefreie Strukturen. Zur Verbesserung der Studienbedingungen wurde vom Deutschen Studentenwerk (DSW) die Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung (IBS) für behinderte Studien-

interessierte und Studierende aufgebaut, die Studienmöglichkeiten für behinderte Menschen bundesweit dokumentiert und darüber Information und Beratung gibt.

68 Behinderte Studierende sind in erhöhtem Maß auf individuelle Gestaltungsspielräume im Studium angewiesen. Im Einzelfall können Fernstudiengänge oder flexible Teilzeitstudienangebote eine Alternative zum Präsenzstudium sein.

69 Behinderte und nicht behinderte Studierende haben in gleicher Weise Zugang zur Studienförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz. Zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile enthält das Gesetz einige spezifische Regelungen. So erhalten behinderte Studierende für den Zeitraum, um den sich das Studium behinderungsbedingt verlängert, über die Förderungshöchstdauer hinaus Förderungsleistungen. Die wegen einer Behinderung über die Förderungshöchstdauer hinaus geleistete Ausbildungsförderung wird in voller Höhe als Zuschuss und nicht – wie normalerweise – zur Hälfte als Darlehen geleistet. Bei der Anrechnung des Einkommens der Eltern oder des Ehegatten auf den Bedarf können auf Antrag Aufwendungen für behinderte Personen über die pauschal festgesetzten Freibeträge hinaus berücksichtigt werden, um unbillige Härten zu vermeiden.

70 Bildungsbedarf besteht in der Regel für behinderte wie für nicht behinderte Menschen ein Leben lang. Um behinderte Menschen in die Weiterbildung einzubeziehen, werden Konzepte zur Verbesserung der spezifischen Fortbildung für Dozenten in der Weiterbildung entwickelt und erprobt sowie die Modellentwicklung geeigneter Weiterbildungsangebote gefördert. Allerdings werden im BAföG keine behinderungsbedingten Mehrbedarfe berücksichtigt. Behinderungsspezifische Hilfen zum Studium werden in vielen Fällen über die Eingliederungshilfe finanziert.

Berufsberatung

71 Für behinderte Menschen ist wichtig, dass sie Zugang zum Arbeitsleben möglichst nach den gleichen Grundsätzen und Kriterien sowie an den gleichen Lernorten haben wie nicht behinderte Menschen. Grundsätzlich stehen behinderten Menschen alle beruflichen Wege und Möglichkeiten offen, die auch von nicht behinderten Menschen gewählt werden können. In der Berufsausbildung und -ausübung behinderter Menschen hat der Grundsatz der Integration daher seit jeher einen besonders hohen Stellenwert.

72 Der Wechsel von der Schule auf einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz sowie die Aufnahme eines Studiums ist Weichenstellung für die weitere Teilhabe und damit für behinderte Jugendliche ein besonders wichtiger Schritt. Die Berufs- und Studienwahl bedarf einer gründlichen und möglichst frühzeitigen Vorbereitung; Schule, Berufsberatung, Eltern und die Betroffenen selbst müssen dabei eng zusammenarbeiten. Vorbereitende Maßnahmen beginnen bereits in der Schule (allgemeine Schule oder Förderschule für die verschiedenen Behinderungsarten), indem spezielle Unterrichtsfächer (z. B. „Arbeitslehre“, „Technik/Werken“, „Wirtschaftskunde“) Grundkenntnisse von der Arbeits- und Berufswelt vermitteln. Die Einzelheiten sind in den hierfür zuständigen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Von besonderer Bedeutung für den Übergang in das Erwerbsleben ist die berufliche Orientierung. Damit Jugendliche mit Behinderungen sich schon bei der ersten Berufswahl bewusst für den Weg entscheiden, der ihren Fähigkeiten, Wünschen und Neigungen am ehesten entspricht, ist es notwendig, dass ihnen schon in der Schule alle in Betracht kommenden Alternativen für ihren künftigen Berufsweg wie z. B. auch die Unterstützte Beschäftigung aufgezeigt werden. Um vor Ort in den Schulen Strukturen einer beruflichen Orientierung auf- bzw. auszubauen, setzt der Bund im Rahmen

des Programms „Initiative Inklusion“ 80 Mio. Euro ein. Zusätzlich findet praktische Berufsorientierung über weitere Förderprogramme der Länder statt. Gegenstand der beruflichen Orientierung sind u.a. Berufswegekonferenzen und Betriebspraktika. Die Schulen nutzen dabei das umfangreiche Informationsangebot der Bundesagentur für Arbeit.

73 Die Verpflichtung der Bundesagentur für Arbeit, bei der Berufsberatung u. a. mit den Schulen zusammenzuarbeiten, ist gesetzlich festgelegt (§§ 29 ff. SGB III). Einzelheiten regeln die „Rahmenvereinbarung über die Zusammenarbeit von Schule und Berufsberatung“ der Kultusministerkonferenz und der Bundesagentur für Arbeit vom 15. Oktober 2004 sowie entsprechende Festlegungen in den einzelnen Ländern. Auf Bundes- und auf Landesebene finden regelmäßig Kontakte zwischen den Kultusbehörden und der Bundesagentur für Arbeit statt.

74 Die Bundesagentur für Arbeit hat eine qualifizierte Berufsberatung nach den Grundsätzen der §§ 29 ff. SGB III anzubieten. Im Einzelnen obliegen den bei allen Agenturen für Arbeit gemäß § 104 Abs. 4 SGB IX eingerichteten besonderen Berufsberatungsstellen für behinderte Menschen

- Erteilung von Rat und Auskunft in Fragen der Berufswahl einschließlich des Berufswechsels,
- Berufsaufklärung (Berufsorientierung),
- Unterrichtung über Förderung der beruflichen Bildung im Einzelfall sowie
- Vermittlung in berufliche Ausbildungsstellen.

Daneben informiert die Berufsberatung auch über finanzielle Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben.

75 Die Inanspruchnahme der Berufsberatung bei den Agenturen für Arbeit ist freiwillig und kostenlos. Die Berufsberater für behinderte Menschen ziehen, falls erforderlich, zur Beurteilung von Eignung und Neigung der Jugendlichen und zur Prognose der möglichen beruflichen Förderung die ärztlichen und psychologischen Fachdienste der Agenturen für Arbeit hinzu. Für blinde Jugendliche hält die Bundesagentur für Arbeit ein besonderes Berufswahl-Informationspaket bereit. Berufsberatung und Vermittlung in Ausbildungsstellen kann auch von Dritten wahrgenommen werden, wenn dies im Interesse der Betroffenen liegt.

76 Wachsende Diskrepanz zwischen den persönlichen Voraussetzungen der Bewerber und den an sie gestellten beruflichen Anforderungen lässt die Probleme des Berufseintritts vielschichtiger und die Berufswahl schwieriger werden. Behinderungsbedingte Einschränkungen der Ausbildungs- und Berufsmöglichkeiten erfordern eine besonders systematische und zielgerichtete Berufswahlvorbereitung. Vor allem für lernbehinderte Jugendliche hat sich die in manchen Regionen bereits durchgehend eingeführte Praxis bewährt, dass (Förder-) Schule und Berufsberatung ihre Einschätzung über die Möglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsleben und die hierzu nötigen Bildungsmaßnahmen in einem gemeinsamen Gutachten festhalten; dies gibt nicht nur den Betroffenen und ihren Familien Klarheit, sondern dokumentiert zugleich den regionalen Bedarf an Förderung.

77 In Zweifelsfällen hat es sich als sinnvoll erwiesen, Eignung und Neigung behinderter junger Menschen für einen bestimmten Berufsbereich vor einer endgültigen Entscheidung über Art und Umfang einer Bildungsmaßnahme nochmals zu überprüfen. In vielen Fällen ist auch erforderlich, behinderte Menschen durch eine gezielte Vorförderung auf die geplante Bildungsmaßnahme vorzubereiten. Im Einzelfall kommen neben den Bildungsmaßnahmen im engeren Sinn in Betracht:

- Leistungen der Berufsfindung und Arbeitserprobung,
- berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen zur Vorbereitung auf eine berufliche Ausbildung oder eine Arbeitnehmertätigkeit,
- blindentechnische und vergleichbare spezielle Grundausbildungen sowie
- Vorbereitungsmaßnahmen, an die sich eine berufliche Weiterbildung anschließt.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

78 Berufliche Bildung kann eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben nicht garantieren; sie ist dennoch unverzichtbar, da behinderte Menschen nur bei möglichst guter beruflicher Qualifizierung den Wettbewerb mit nicht behinderten Menschen im Arbeitsleben bestehen können. Vorrangige Aufgabe im Zusammenwirken von Bildungs- und Sozialpolitik ist es daher auch und gerade bei Problemen auf dem Arbeitsmarkt, durch umfassende Bildungsangebote für behinderte Menschen möglichst weitgehende Chancengleichheit mit nicht behinderten Menschen im Wettbewerb um einen dauerhaften Arbeitsplatz herzustellen.

79 Nach § 33 SGB IX sollen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben alle Leistungen umfassen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Bei der Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit der behinderten Menschen sowie die Lage und die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen zu berücksichtigen. Behinderten Frauen werden gleiche Chancen im Erwerbsleben gesichert.

80 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind neben den unter Rdnr. 71-77 genannten Leistungen insbesondere

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen;

- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung;
- individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung;
- berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen;
- berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden;
- Gründungszuschuss entsprechend § 93 SGB III durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5 SGB IX;
- sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

Auf die zur Teilhabe am Arbeitsleben im Einzelfall erforderlichen Leistungen besteht teilweise ein Rechtsanspruch; teilweise sind die Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen zu erbringen.

81 In zahlreichen Fällen genügen Leistungen wie z. B. arbeitsplatzbezogene technische Arbeitshilfen, Hilfen zur behinderungsgerechten Ausstattung oder zum Erwerb eines Kraftfahrzeugs – Einzelheiten legt die Kraftfahrzeughilfe-Verordnung fest –, Ausbildungszuschüsse und Eingliederungshilfen an Arbeitgeber, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen; den Kernbereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bilden jedoch berufliche Bildungsmaßnahmen.

82 Vorrangiges Ziel der Berufsausbildung für behinderte Menschen ist nach § 64 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) oder § 42k der Handwerksordnung (HWO) die Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf. Sie soll möglichst in einem Betrieb oder einer Verwaltung zusammen mit nicht behinderten Menschen erfolgen; begleitend wird nach den Schulgesetzen der Länder die Berufsschule besucht (duale Ausbildung). Die betriebliche Ausbildung wird in zahlreichen Fällen durch Ausbildungszuschüsse an Arbeitgeber ermöglicht.

83 Soweit nötig, werden bei der Ausbildung für einen anerkannten Ausbildungsberuf die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigt; die entsprechende Möglichkeit ist in § 65 Abs. 1 BBiG und § 42l Abs. 1 HWO vorgesehen („Nachteilsausgleich“). Empfehlungen des Hauptausschusses beim Bundesinstitut für Berufsbildung (HA des BIBB) enthalten Hinweise, wie die besonderen Belange behinderter Menschen bei Zwischen-, Abschluss- und Gesellenprüfungen berücksichtigt werden können. So kann bspw. auf einzelne Ausbildungsabschnitte verzichtet werden, wenn diese für die spätere Berufstätigkeit von nachrangiger Bedeutung sind. Wenn aufgrund der Behinderung die Prüfungsanforderungen qualitativ verändert werden müssen, wird dies im Zeugnis vermerkt.

84 Für Jugendliche, für die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung eine Ausbildung in anerkannten Ausbildungsberufen nicht in Betracht kommt (trotz zusätzlicher Förderung und der Möglichkeit, von den Ausbildungsordnungen abzuweichen), verpflichten § 66 BBiG und § 42m HWO die zuständigen regionalen Stellen, Ausbildungsregelungen gemäß den Empfehlungen des HA des BIBB auf Grundlage anerkannter Ausbildungsberufe zu schaffen, die die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigen. Diese sind in der Regel theorie reduziert. Die Fachpraktikerausbildungen sollen zu einer

Abschlussqualifikation führen, die eine auf dem Arbeitsmarkt verwertbare eigenständige Berufstätigkeit ermöglicht und die Durchlässigkeit zu anerkannten Ausbildungsberufen gewährleistet. Ein großer Teil der Fachpraktikerausbildungen entfällt auf Berufe der Hauswirtschaft, danach folgen Landwirtschaft, Metallberufe, sowie Bau- und Baunebenberufe.

85 Die genannten Grundsätze zur beruflichen Ausbildung behinderter Menschen gelten auch bei der behinderungsbedingt gebotenen beruflichen Weiterbildung Erwachsener; allerdings können Erwachsene auch in andere Berufe als die anerkannten Ausbildungsberufe umgeschult werden. § 37 SGB IX regelt zur Dauer von Leistungen zur beruflichen Weiterbildung, dass diese in der Regel nicht länger als zwei Jahre betragen soll.

86 Soweit die Voraussetzungen dafür gegeben sind, sollen behinderte wie nichtbehinderte Menschen in Betrieben und Verwaltungen ausgebildet werden; entsprechendes gilt für Weiterbildung behinderter oder von Behinderung bedrohter Erwachsener. Derartige Ausbildungen bieten nach vorliegenden Erfahrungen besonders gute Chancen einer dauerhaften Teilhabe am Arbeitsleben, da sich die Auszubildenden dort schon während ihrer Ausbildung an die Situation und die üblichen Anforderungen des beruflichen Alltags gewöhnen können und meist unmittelbar in ein Beschäftigungsverhältnis übernommen werden. Wenn Betrieb und Berufsschule bereit und in der Lage sind, die Ausbildung unter angemessener Berücksichtigung der Behinderung durchzuführen, wird deshalb auch für behinderte Menschen vorrangig eine solche Ausbildung angestrebt.

Ende Dezember 2015 befanden sich 90.260 von der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geförderte behinderte Menschen in einer berufs-

vorbereitenden oder berufsfördernden Bildungsmaßnahme. Davon absolvierten 36.026 eine Berufsausbildung, 14.011 eine berufliche Weiterbildung, 13.051 nahmen an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen und 22.682 an Leistungen in Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen teil (Daten Stand: Dezember 2015).

87 Wenn bei betrieblich durchgeführten Bildungsmaßnahmen wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts erforderlich ist, werden Kosten für Unterkunft und Verpflegung übernommen (§ 33 Abs. 7 Nr. 1 SGB IX).

88 Sofern es Art und Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Erfolges der Teilhabe erfordern, werden die beruflichen Bildungsmaßnahmen in besonderen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation durchgeführt (§ 35 SGB IX). Diese Einrichtungen zur Erstausbildung behinderter junger Menschen (Berufsbildungswerke), zur Weiterbildung behinderter Erwachsener (Berufsförderungswerke) sowie vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sind mit den notwendigen (medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen) Fachdiensten ausgestattet. Die Kosten dieser Rehabilitationsmaßnahmen werden von den zuständigen Rehabilitationsträgern übernommen. Die Bildungsangebote sollen unter Berücksichtigung der individuellen Neigungen und Fähigkeiten der Rehabilitanden auf die sich fortentwickelnden Anforderungen des Arbeitsmarktes abstellen und sich der technologischen Entwicklung anpassen.

89 Um die Erfolge dieser Maßnahmen weiter zu erhöhen und den Anschluss an eine außerbetriebliche Ausbildung zu verbessern, wird häufig das Instrument der „verzahnten Ausbildung“

genutzt. Dazu wurde in § 35 Abs. 2 SGB IX die Möglichkeit geschaffen, betriebliche und außerbetriebliche Berufsausbildung so miteinander zu verzahnen, dass behinderte Jugendliche, die in einem Berufsbildungswerk oder einer anderen außerbetrieblichen Bildungseinrichtung ausgebildet werden, Abschnitte dieser Berufsausbildung auch in Unternehmen oder in der Verwaltung durchführen sollen. Bei dieser verzahnten Ausbildung bleiben die Jugendlichen während der betrieblichen Phasen Rehabilitanden der Einrichtungen, die weiterhin verantwortlich die Berufsausbildung als Leistung zur beruflichen Ausbildung ausführen und verpflichtet sind, die Arbeitgeber bei der Ausbildung und der Betreuung der Auszubildenden zu unterstützen. Damit tragen die Rehabilitationsträger auch in dieser Zeit die Kosten der Berufsausbildung, was sowohl für die Einrichtungen als auch für die Betriebe von hoher Bedeutung ist, denn dem ausbildenden Betrieb entstehen keine Kosten für die Ausbildung der behinderten Jugendlichen. Zudem werden die behinderten Jugendlichen während der Ausbildung in Betrieben und Dienststellen doppelt auf die Pflichtarbeitsplätze (vgl. Rdnr. 100) angerechnet.

90 Neben den Berufsförderungs- und den Berufsbildungswerken kommt den Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation besondere Bedeutung zu, in denen bei bestimmten (z. B. neurologischen) Erkrankungen schon während und in Verbindung mit den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erste Schritte beruflicher Förderung (z. B. Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung, Leistungen zur Weiterbildung) eingeleitet werden. Diese Einrichtungen bilden die Brücke zwischen den rein medizinisch orientierten Einrichtungen der Akutbehandlung und Erstversorgung einerseits und den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation andererseits, die der Ausbildung und Weiterbildung dienen.

91 Unterstützte Beschäftigung ist die individuelle betriebliche Qualifizierung, Einarbeitung und Berufsbegleitung behinderter Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf auf Arbeitsplätzen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes. Dieses Instrument wurde 2009 mit dem ausdrücklichen Ziel eingeführt, dass mehr Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben sollen, außerhalb einer Werkstatt für behinderte Menschen zu arbeiten. Menschen, deren Leistungspotenzial sich im Grenzbereich zwischen allgemeinem Arbeitsmarkt und Werkstatt befindet, wird über einen betrieblichen „Trainingszeitraum“ von zwei Jahren und intensiver sozialpädagogischer Begleitung ein Weg in den ersten Arbeitsmarkt eröffnet. Die Unterstützte Beschäftigung ist für behinderte Menschen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf eine Alternative für eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt; insbesondere kann sie auch für Jugendliche mit Behinderung im Rahmen der beruflichen Orientierung als Berufsweg nach der Schule in Betracht gezogen werden.

92 Während der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringt der zuständige Rehabilitationsträger in der Regel, d. h. wenn die je nach Träger unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen gegeben sind, Geldleistungen (Ausbildungsgeld bei Erstausbildung, Übergangsgeld zur Sicherung des Lebensunterhalts) und trägt die Beiträge zur Sozialversicherung (§ 44 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX). Das Übergangsgeld beträgt in der Regel 68 Prozent des Regelentgelts (80 Prozent des letzten Arbeitsentgelts, jedoch höchstens das letzte Nettoentgelt) und erhöht sich auf 75 Prozent, wenn Leistungsempfänger mindestens ein Kind im Sinne des § 32 Abs. 1, 3 bis 5 des Einkommensteuergesetzes haben oder deren Ehegatten, mit denen sie in häuslicher Gemeinschaft leben, eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben können, weil sie die Leistungsempfänger pflegen oder selbst der Pflege bedürfen und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben. Gleiches gilt für Leistungsempfänger, die ein Stiefkind

(§ 56 Abs. 2 Nr. 1 SGB I) in ihren Haushalt aufgenommen haben. Hinzu können weitere unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen kommen wie

- Rehabilitationssport oder Funktionstraining aufgrund ärztlicher Verordnung (§ 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX),
- Reisekosten (§ 53 SGB IX),
- Haushalts- oder Betriebshilfe (§ 54 Abs. 1, 2 und 4 SGB IX) sowie
- Kinderbetreuungskosten (§ 54 Abs. 3 SGB IX).

93 In aller Regel kommt für das Studium behinderter Menschen an einer Hochschule nur eine Förderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz in Betracht. Zur Finanzierung behinderungsbedingter Studienmehrbedarfe muss aber in vielen Fällen zusätzlich die Sozialhilfe eintreten, die ein Studium als Berufsbildung behinderter Menschen fördert (§ 13 Eingliederungshilfe-Verordnung).

94 Um – z. B. im Anschluss an eine erfolgreich beendete berufliche Bildungsmaßnahme – die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, sind häufig weitere Hilfen erforderlich. Zur Erleichterung der Arbeitsaufnahme kommen nach § 33 SGB IX Leistungen an behinderte Menschen selbst oder ihre Arbeitgeber in Frage. Zu den Leistungen an die Betroffenen zählen

- die Übernahme von Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgerät,
- Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung,
- der Ausgleich unvermeidbaren Verdienstaufschlags des behinderten Menschen oder einer erforderlichen Begleitperson wegen

Fahrten der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber,

- die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenten für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,
- Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,
- Kosten technischer Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind, und
- Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

95 Unter den Rehabilitationsträgern, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen, ist in erster Linie die Bundesagentur für Arbeit zu nennen, die entsprechende Leistungen nach dem SGB III erbringt. Die Bundesagentur für Arbeit ist auch Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte erwerbsfähige Leistungsberechtigte im Sinne des SGB II, sofern kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Weitere Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind die zugelassenen kommunalen Träger (Optionskommunen), die ebenfalls nach dem SGB II Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige erbringen. Die Bundesagentur für Arbeit fördert die berufliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung mit allgemeinen und besonderen Leistungen (vgl. § 113 SGB III).

Zu den allgemeinen Leistungen zählen unter anderem

- Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung sowie
- Leistungen zur Förderung der Berufsvorbereitung und Berufsausbildung einschließlich der Berufsausbildungsbeihilfe.

Die besonderen Leistungen umfassen unter anderem

- Teilnahmekosten für eine Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen und Übergangsgeld sowie
- Ausbildungsgeld

Nach dem Grundsatz „So allgemein wie möglich – so spezifisch wie nötig!“ (§ 113 Abs. 2 SGB III), leitet sich ab:

- allgemeine Leistungen vor besonderen Leistungen,
- betriebliche Maßnahmen vor außerbetrieblichen Maßnahmen,
- wohnortnahe Maßnahmen vor Internatsmaßnahmen und
- Regelausbildungen (§ 4 BBiG/§ 25 HwO) vor behindertenspezifischen Aus- und Weiterbildungsgängen (§ 66 BBiG/§ 42m HwO) zu erbringen

Die Unfallversicherung und die Träger des sozialen Entschädigungsrechts betreuen aufgrund ihrer Aufgabenstellung einen fest umgrenzten Personenkreis. Die Rentenversicherung erbringt nach ihrem Ermessen die Leistungen zur Teilhabe am

Arbeitsleben insbesondere dann, wenn die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten nach 15 Beitragsjahren wegen einer drohenden Behinderung erheblich gefährdet ist, wenn Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gezahlt wird oder ohne die Leistungen zu zahlen wäre oder wenn solche Leistungen im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung zu erbringen sind.

96 Wegen der durchweg umfassenden Leistungen anderer Träger zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen berufsfördernde Leistungen der Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nur in Einzelfällen zum Zuge. Deren Leistungen haben jedoch große Bedeutung für den Arbeitsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen (siehe dazu Rdnr. 113 ff.).

97 Für den gesamten Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat die Bundesagentur für Arbeit über ihre Funktion als Rehabilitationsträger hinaus als besondere Aufgabe, dass sie auf Anforderung eines anderen Rehabilitationsträgers zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Zweckmäßigkeit gutachterlich Stellung nimmt (§ 38 SGB IX).

Besondere Hilfen für schwerbehinderte Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben

98 Zur Verbesserung der Chancen schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben dienen neben den Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben, die selbstverständlich auch schwerbehinderte Menschen in Anspruch nehmen können, die besonderen Hilfen nach Teil 2 des SGB IX. Um den von diesen Regelungen erfassten behinderten Menschen eine Beschäftigung zu sichern und gleichzeitig die individuellen Voraussetzungen zu verbessern, sind insbesondere vorgesehen

- die Pflicht öffentlicher und privater Arbeitgeber, 5 Prozent der Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen, und eine Ausgleichsabgabe für nicht besetzte Pflichtplätze (§§ 71 ff. SGB IX),
- ein Benachteiligungsverbot und andere besondere Pflichten von Arbeitgebern gegenüber schwerbehinderten Beschäftigten (§§ 81 ff. SGB IX),
- ein besonderer Kündigungsschutz für schwerbehinderte Beschäftigte nach Ablauf von sechs Monaten (§§ 85 ff. SGB IX),
- die Vertretung der Interessen der schwerbehinderten Beschäftigten im Betrieb durch eine Schwerbehindertenvertretung (§§ 93 ff. SGB IX) sowie
- zusätzliche Leistungen der Bundesagentur für Arbeit und der Integrationsämter für schwerbehinderte Menschen zu ihrer Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 101 ff. SGB IX).

99 Die Feststellung, wer als schwerbehinderter Mensch anzusehen ist, nimmt das Versorgungsamt auf der Grundlage der Versorgungsmedizinverordnung vor. Ausgedrückt wird die Schwere der Einschränkung als „Grad der Behinderung“, und zwar in Zehnergraden von 20 bis 100. Dass diese Feststellung generell und nicht bezogen auf einen konkreten Arbeitsplatz vorgenommen wird, bewirkt den Schutz von schwerbehinderten Menschen auch und gerade auf Arbeitsplätzen, bei denen sich ihre Behinderung (möglichst) wenig auswirkt. Schwerbehinderte Menschen erhalten auf Antrag einen Ausweis, der den festgestellten Grad der Behinderung belegt und die Wahrnehmung von Rechten und Nachteilsausgleichen erleichtert. Wenn behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger

als 50, aber wenigstens 30 infolge ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erhalten oder behalten können, werden sie von der Agentur für Arbeit auf Antrag schwerbehinderten Menschen gleichgestellt. Seit dem 1. Januar 2013 kann der neue Schwerbehindertenausweis ausgestellt werden. Er ist spürbar benutzerfreundlicher, da er wie der Führerschein oder die Bankkarte eine handliche Plastikkarte ist. Blinde Menschen können ihren neuen Ausweis an der Buchstabenfolge sch-b-a in Braille-Schrift erkennen. Ein Hinweis auf die Schwerbehinderung ist auch in englischer Sprache enthalten. Die alten Ausweise bleiben weiterhin gültig. Alle Nachteilsausgleiche können auch mit dem alten Ausweis in Anspruch genommen werden.

100 § 81 Abs. 1 des SGB IX verpflichtet alle Arbeitgeber, bei der Besetzung freier Stellen zu prüfen, ob sie schwerbehinderte oder ihnen gleichgestellte Menschen darauf beschäftigen können. Außerdem schreibt das Gesetz vor, dass die Arbeit der Behinderung angepasst wird durch

- Ausstattung der Arbeitsplätze mit den notwendigen technischen Arbeitshilfen,
- Gestaltung und Unterhaltung von Arbeitsräumen, Einrichtungen, Maschinen und Geräten mit dem Ziel, dass eine möglichst große Zahl von schwerbehinderten Menschen beschäftigt werden kann,
- Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen so, dass sie ihre Kenntnisse und Fertigkeiten voll verwerten können und
- Förderung beruflichen Fortkommens und Erleichterung der Teilnahme an ständiger beruflicher Weiterbildung.

Auch die besonderen Vorschriften und Grundsätze für die Besetzung der Beamten- und Richterstellen sind so zu gestalten,

dass die Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen gefördert und ein angemessener Anteil schwerbehinderter Menschen unter den Beamten und Richtern erreicht wird.

101 Von besonderer Bedeutung für die Sicherung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen an Arbeits- oder Ausbildungsstellen ist die Beschäftigungspflicht. Arbeitgeber, die über mindestens 20 Arbeitsplätze verfügen, haben wenigstens 5 Prozent davon mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen. Diese Verpflichtung gilt nicht nur für private, sondern auch für öffentliche Arbeitgeber. Bei der Anrechnung auf Pflichtplätze kann die Agentur für Arbeit einen schwerbehinderten Menschen auf mehr als einen – höchstens drei – Pflichtplätze anrechnen, wenn seine Teilhabe am Arbeitsleben besonders schwierig ist.

102 Von den rd. 150.000 Arbeitgebern, die 2012 beschäftigungspflichtig waren, hatten rd. 39.000 keinen schwerbehinderten Menschen beschäftigt (2002 waren es noch rd. 58.000). Die Beschäftigungsquote im Bundesgebiet betrug 2013 4,7 Prozent.

103 Für jeden nicht mit einem schwerbehinderten Menschen besetzten Pflichtarbeitsplatz muss eine Ausgleichsabgabe gezahlt werden. Die Ausgleichsabgabe beträgt

- 125 Euro bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigungsquote von 3 Prozent bis weniger als 5 Prozent,
- 220 Euro bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigungsquote von 2 Prozent bis weniger als 3 Prozent,
- 320 Euro bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigungsquote von weniger als 2 Prozent.

Mittel der Ausgleichsabgabe dürfen nur für Zwecke der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben verwandt werden; Einzelheiten regelt die Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung.

104 Das Aufkommen aus der Ausgleichsabgabe beträgt rd. ½ Mrd. Euro jährlich. Davon erhalten die Integrationsämter der Länder 80 Prozent, die Bundesagentur für Arbeit 16 Prozent und der Ausgleichsfonds beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales 4 Prozent.

105 Bei der besonderen Förderung der Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen geht es um Gruppen schwerbehinderter Menschen, die infolge ihrer Behinderung, wegen fortgeschrittenen Alters oder aus anderen Gründen besondere Schwierigkeiten auf dem Arbeits- oder Ausbildungsstellenmarkt haben. Dazu zählen insbesondere schwerbehinderte Menschen,

- die zur Ausübung der Beschäftigung einer besonderen Hilfskraft oder sonstiger außergewöhnlicher Aufwendungen bedürfen,
- deren Beschäftigung infolge ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend mit außergewöhnlichen Aufwendungen für den Arbeitgeber verbunden ist,
- die infolge ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend offensichtlich nur eine wesentlich verminderte Arbeitsleistung erbringen können,
- bei denen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 allein infolge geistiger oder seelischer Behinderung oder eines Anfallsleidens vorliegt,

- die wegen Art oder Schwere der Behinderung keine abgeschlossene Berufsbildung im Sinne des Berufsbildungsgesetzes haben oder
- schwerbehinderte Menschen, die 50 Jahre und älter sind (§ 72 Abs. 1 SGB IX).

Für die Einstellung dieser schwerbehinderten Menschen können Arbeitgeber, die die Beschäftigungspflicht erfüllen oder nicht beschäftigungspflichtig sind, von der Bundesagentur für Arbeit nach § 90 SGB III Lohnkostenzuschüsse bis zu 70 Prozent des Arbeitslohns bis zu 5 Jahren, bei älteren schwerbehinderten Menschen bis zu 8 Jahren erhalten.

106 Die begleitende Hilfe im Arbeitsleben führen die Integrationsämter oder – in ihrem Auftrag – örtliche Fürsorgestellen in enger Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit durch. Sie soll dahin wirken, dass schwerbehinderte Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken, auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können sowie befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen zu behaupten.

107 Außer den finanziellen Leistungen der Integrationsämter insbesondere zur Einrichtung behinderungsgerechter Ausbildungs- und Arbeitsplätze und zum Ausgleich außergewöhnlicher betrieblicher Belastungen durch die Beschäftigung besonders betroffener schwerbehinderter Menschen sind auch ihre sonstigen Hilfen wichtig, insbesondere die Beratungen schwerbehinderter Menschen, überwiegend am Arbeitsplatz, und die Betriebsbesuche. Die Integrationsämter beteiligen zur Unterstützung von schwerbehinderten Menschen bei der Aufnahme,

Ausübung und Sicherung einer möglichst dauerhaften Beschäftigung die Integrationsfachdienste, die bundesweit flächendeckend eingerichtet wurden. An der psychosozialen Betreuung als Teil der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben können die Integrationsämter auch freie Träger beteiligen; sie ist von Bedeutung nicht nur für psychisch behinderte Menschen, sondern für alle schwerbehinderten und ihnen gleichgestellten Menschen, bei denen eine solche Betreuung nach den Umständen des Einzelfalles nötig ist.

108 entfällt

109 Ein weiteres wichtiges Instrument zur Sicherung und Erhaltung des Arbeitsplatzes für schwerbehinderte Menschen ist der besondere Kündigungsschutz; er setzt sechs Monate nach Beschäftigungsbeginn ein. Die Pflicht des Arbeitgebers, vor einer Kündigung die Zustimmung des Integrationsamtes einzuholen, zielt insbesondere auf die Prüfung aller Hilfen, die den Fortbestand der Beschäftigung sichern, und auf die Abwägung der beiderseitigen Interessen; führen diese Schritte zu dem Ergebnis, dass eine Weiterbeschäftigung des schwerbehinderten Menschen nach den Umständen des Einzelfalles unzumutbar ist, wird die Zustimmung zur Kündigung erteilt. Dies ist in der Mehrzahl der eingeleiteten Kündigungsschutzverfahren der Fall; dieser Kündigungsschutz ist daher kein Einstellhemmnis, für das viele Arbeitgeber ihn trotz verstärkter Aufklärung nach wie vor halten.

110 In Betrieben und Verwaltungen werden die besonderen Interessen schwerbehinderter Menschen von den Betriebs- und Personalräten gewahrt. Werden ständig mehr als fünf schwerbehinderte Menschen beschäftigt, ist zusätzlich noch eine Vertrauensperson als Schwerbehindertenvertretung zu wählen. Sie hat vor allem die Einhaltung aller zugunsten behinderter

Menschen geltenden Vorschriften zu überwachen und diesen Menschen mit Rat und Hilfe zur Seite zu stehen. Die Schwerbehindertenvertretungen können aufgrund ihrer Fachkenntnisse und ihrer Erfahrungen über die Abläufe in Betrieben und Verwaltungen einen wertvollen Beitrag zu einer verstärkten Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben leisten.

- Bei der Prüfung, ob freie Arbeits- oder Ausbildungsplätze mit schwerbehinderten Menschen, insbesondere bei der Agentur für Arbeit arbeitslos oder arbeitsuchend gemeldeten schwerbehinderten Menschen besetzt werden können, sind sie vom Arbeitgeber in der Regel zu beteiligen.
- Sie haben ein umfassendes Informations- und Anhörungsrecht. Ist eine Maßnahme ohne ihre Beteiligung getroffen worden, ist die Durchführung oder Vollziehung auszusetzen, bis die vorgeschriebene Beteiligung nachgeholt ist.
- Sie sind zu allen Monatsbesprechungen zwischen Arbeitgeber und der kollektiven Interessenvertretung der Beschäftigten hinzuzuziehen, weil es immer auch um Angelegenheiten gehen kann, die schwerbehinderte Menschen berühren können.
- Sie haben ständig Verbindung zur örtlichen Agentur für Arbeit und zum Integrationsamt zu halten und mit diesen Behörden eng zusammenzuarbeiten (§ 99 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

Einzelheiten der Wahl der Vertrauensleute sind in der „Wahlordnung Schwerbehindertenvertretungen“ (SchwbVVO) festgelegt.

111 Der Bundesagentur für Arbeit obliegt nach § 104 SGB IX die Berufsberatung, Ausbildungs- und Arbeitsvermittlung schwerbehinderter Menschen sowie die Beratung der Arbeitgeber bei der Besetzung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen mit schwerbehinderten Menschen. Für die Arbeits- und Berufsförderung behinderter Menschen sind bei den Agenturen für Arbeit besondere Beratungs- und Vermittlungsstellen eingerichtet.

112 Zu den Nachteilsausgleichen für schwerbehinderte Menschen gehört der Anspruch auf in der Regel fünf Tage pro Jahr bezahlten Zusatzurlaub (§ 125 SGB IX). Außerdem sind schwerbehinderte Menschen auf ihr Verlangen von Mehrarbeit freizustellen (§ 124 SGB IX).

Werkstätten für behinderte Menschen

113 Für behinderte Menschen, die trotz aller Hilfen wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht oder noch nicht (wieder) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, bieten Werkstätten für behinderte Menschen eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt (§ 136 SGB IX). Nach dieser Vorschrift sollen die Werkstätten allen behinderten Menschen – unabhängig von Art und Schwere der Behinderung – offen stehen, die spätestens nach Teilnahme an Maßnahmen im Berufsbildungsbereich ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen können; die Werkstätten müssen es den behinderten Beschäftigten ermöglichen, ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln. Die fachlichen Anforderungen an die

Werkstatt für behinderte Menschen sowie das Anerkennungsverfahren sind in der Werkstättenverordnung geregelt. Es gibt rd. 700 anerkannte Werkstätten, in denen rd. 303.000 behinderte Menschen beschäftigt sind.

114 Auch für Menschen, für deren Betreuung und individuelle Förderung aufgrund der Behinderung eine besondere personelle Ausstattung erforderlich ist und deren Betreuung und Förderung daher in besonderen Fördergruppen erfolgt, sind die Werkstätten für behinderte Menschen vorgesehen. Soweit behinderte Menschen die Voraussetzungen für eine Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen nicht oder noch nicht erfüllen, können sie in Einrichtungen, die der Werkstatt angegliedert sind, unter deren „verlängertem Dach“ aufgenommen werden.

115 Zur Vorbereitung auf eine Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstätten werden nach § 40 SGB IX Leistungen zur Teilnahme an Maßnahmen im Eingangsverfahren anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen bis zu drei Monaten und in deren Berufsbildungsbereich bis zu zwei Jahren erbracht, und zwar überwiegend durch die Bundesagentur für Arbeit. Aufgabe der Werkstätten ist es, behinderte Menschen so zu fördern, dass sie bis zum Abschluss der Maßnahmen im Berufsbildungsbereich in die Lage versetzt werden, ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen, darüber hinaus jeden einzelnen so weit zu fördern, dass er das Optimum seiner Leistungsfähigkeit erreicht. Zur Erfüllung dieser Aufgaben haben die Werkstätten für behinderte Menschen ein möglichst breites Angebot an Berufsbildungs- und Arbeitsplätzen zur Verfügung zu stellen.

116 Die Förderung im Arbeitsbereich gehört nach § 54 SGB XII i. V. m. § 41 SGB IX in der Regel zu den Aufgaben der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Zuständig sind gemäß § 97 SGB XII die überörtlichen Träger der Sozialhilfe, sowie Landesrecht keine andere Regelung trifft. Für Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen haben die Träger der Sozialhilfe im Jahr 2014 rd. 4,2 Mrd. Euro aufgebracht. Das Arbeitsentgelt für die in den Werkstätten tätigen behinderten Menschen beträgt im Durchschnitt monatlich 181 Euro. Zusätzlich bekommen die in den Werkstätten Beschäftigten bis zu einem Gesamtarbeitsentgelt in Höhe von 325 Euro ein Arbeitsförderungsgeld in Höhe von monatlich 26 Euro. Die Mitwirkung der behinderten Beschäftigten in Werkstätten für behinderte Menschen ist in der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung geregelt.

117 Die im Arbeitsbereich der Werkstätten beschäftigten behinderten Menschen stehen nach § 138 SGB IX in der Regel in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis. Sie sind in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung pflichtversichert. Bei Vorliegen der Voraussetzungen erhalten sie Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII. Nach einer Beschäftigungszeit von wenigstens 20 Jahren erhalten die Werkstattbeschäftigten eine Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

118 Entsprechend den Grundvorschriften in §§ 1 und 4 SGB IX sowie § 10 SGB I ist die umfassende Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft das eigentliche Ziel aller einschlägigen Leistungen und Bemühungen. Gezielte Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die ebenso wie die medizinischen und beruflichen Leistungen zur Teilhabe diesem Ziel dienen, werden – außer von den Trägern der Unfallversicherung und der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des sozialen Entschädigungsrecht für den jeweils von ihnen betreuten Personenkreis – von den Trägern der öffentlichen Jugend- und der Sozialhilfe als den Rehabilitationsträgern mit der umfassendsten Aufgabenstellung erbracht.

119 Während die Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53 ff. SGB XII in Verbindung mit der nach § 60 SGB XII erlassenen Eingliederungshilfeverordnung einen grundsätzlich alle Gruppen wesentlich behinderter Menschen umfassenden Leistungsauftrag hat, erbringen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe ihre Teilhabeleistungen nur für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII.

120 Die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umfassen insbesondere die

- Versorgung mit nicht medizinischen und nicht beruflichen Hilfsmitteln,
- heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
- Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die Neuregelung des Rundfunkbeitragsrechts hinzuweisen. Auch Menschen mit Behinderung müssen sich seit dem 1. Januar 2013 grundsätzlich an der Rundfunkfinanzierung beteiligen. Befreiungen von der Rundfunkbeitragspflicht sind dann in der Regel nur noch aus finanziellen Gründen und sozialer Bedürftigkeit möglich.

Im Gegenzug dazu soll der barrierefreie Zugang zu den Programmangeboten für Menschen mit Behinderung im öffentlichen Rundfunk ausgebaut werden. Seit dem 1. Januar 2013 kommt es im Gegensatz zu der bisherigen Regelung auch nicht mehr darauf an, ob überhaupt ein Rundfunkgerät vorhanden ist. Die Beiträge werden vielmehr unabhängig von der tatsächlich vorhandenen Anzahl der Geräte je Wohnung erhoben.

121 Der angestrebten möglichst weitgehenden individuellen Selbständigkeit und Unabhängigkeit dient die Versorgung mit Hilfsmitteln und technischen Hilfen im weitesten Sinne. Dies sind insbesondere Kommunikations- und Mobilitätshilfen für hör-, seh- und sprachbehinderte Menschen, aber auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens. Hinzu kommen die Hilfen und Erleichterungen im Bereich des Post- und Fernmeldewesens (insbesondere Gebührenermäßigungen, Angebote besonderer Fernsprecheinrichtungen u. a.).

122 Wesentliche Voraussetzung für die Teilhabe behinderter Menschen insgesamt ist eine behindertenfreundliche Gestaltung der Umwelt. Hierzu zählt die Schaffung von behinderungsgerechten Wohnungen, die nicht nur eine möglichst weitgehende eigenständige Lebensführung ermöglichen, sondern auch den Kontakt mit nichtbehinderten Menschen erleichtern und in denen bei Bedarf die nötige Betreuung sichergestellt werden kann. Nach dem Zweiten Wohnungsbaugesetz werden Wohnungen für schwerbehinderte Menschen besonders gefördert. Auch das Wohngeldgesetz enthält besondere Vergünstigungen. Das Mietrechtsreformgesetz hat die Nutzung von Mietobjekten durch behinderte Menschen und die hierfür notwendigen baulichen Veränderungen erleichtert.

123 Für behinderte Menschen, die in Heimen leben, sichern die Heimgesetze der Länder und die auf ihrer Grundlage erlassenen Verordnungen rechtliche, bauliche und pflegerische Mindestanforderungen sowie die Mitwirkung der Heimbewohner.

124 Die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wird weiter durch den Abbau von Mobilitätshemmnissen gefördert. Rechtsvorschriften wie insbesondere das Gesetz des Bundes zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) und die entsprechenden Gesetze der meisten Länder, DIN-Normen und Förderbestimmungen ermöglichen, die Belange behinderter Menschen in den Lebensbereichen „Bauen“, „Wohnen“ und „Verkehr“ angemessen zu berücksichtigen. Ziel ist, eine barriere- und gefährdungsfreie Umwelt für behinderte Menschen zu schaffen und diesen Menschen hierdurch ein Leben in weitgehender Unabhängigkeit von fremder Hilfe zu ermöglichen. So wurden bspw. bereits viele Straßen, Wege und Plätze barrierefrei gestaltet und die baulichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die meisten öffentlichen Gebäude für behinderte Menschen frei zugänglich sind. Durch die Berücksichtigung der Belange dieser Menschen bei Neu- und Umbauten von Bahnhofsanlagen (z. B. durch den Einbau von Rampen und Aufzügen) sowie den Einsatz von Service-Wagen, die bedarfsgerechte Plätze für Rollstuhlfahrer bieten, wird auch schwer körperbehinderten Menschen die Eisenbahnbenutzung ermöglicht oder erleichtert.

125 Der Verbesserung der Mobilität von schwerbehinderten Menschen, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind, dienen die Regelungen über die unentgeltliche Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr nach §§ 145 ff. SGB IX. Voraussetzung für die „Freifahrt“ im Nahverkehr ist neben der Feststellung der einschlägigen Behinderungen durch das Versorgungsamt eine Eigenbeteiligung von 80 Euro jährlich in Form einer Jahreswertmarke; Blinde, Hilflose sowie finanziell besonders bedürftige schwerbehinderte Menschen erhalten die Wertmarke kostenlos. Ist eine ständige Begleitung notwendig, fährt die Begleitperson immer kostenlos, auch im Fernverkehr der Eisenbahn. Die Verkehrsunternehmen sind verpflichtet, freifahrtberechtigte schwerbehinderte

Menschen kostenfrei zu befördern. Die Einnahmeausfälle, die ihnen dadurch entstehen, werden ihnen erstattet. Bund und Länder wenden hierfür jährlich rd. 500 Mio. Euro auf.

126 Für behinderte Menschen, die wegen ihrer Behinderung weder öffentliche Verkehrsmittel noch ein Taxi benutzen können, werden von kommunalen Einrichtungen, Hilfsorganisationen und Wohlfahrtsverbänden Sonderfahrdienste angeboten. Die von den Städten und Kreisen als maßgebliche Träger der Benutzerkosten erlassenen Benutzungsregelungen sind nicht einheitlich.

127 Schließlich können behinderte Menschen, die wegen Art und Schwere ihrer Behinderung zum Zweck ihrer Teilhabe auf die regelmäßige Benutzung eines Kraftfahrzeugs angewiesen sind, im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in angemessenem Umfang Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges sowie zur Erlangung der Fahrerlaubnis und zum Betrieb und zur Unterhaltung des Fahrzeuges erhalten (§§ 8, 10 der Eingliederungshilfe-Verordnung). Derartige Kraftfahrzeughilfen kommen – neben den zur Teilhabe am Arbeitsleben geleisteten Hilfen nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung – unter besonderen Voraussetzungen in Frage, um eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

128 Freizeit und Urlaub haben für behinderte Menschen als Ausgleich für den Verlust von sozialen Kontakten in anderen Lebensbereichen besonderes Gewicht. Vor allem Angebote für Freizeit und Urlaub zusammen mit nichtbehinderten Menschen tragen zur gesellschaftlichen Teilhabe bei. Zur gezielten Unterweisung behinderter Menschen und ihrer Angehörigen über Freizeit- und Urlaubsmöglichkeiten werden öffentliche Mittel

eingesetzt. Ferner werden Bau und Einrichtung von gemeinnützigen Familienferienstätten mit Bundes- und Landesmitteln gefördert. Der weit gespannte Leistungsrahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ermöglicht es, im Einzelfall die mit Freizeitaktivitäten und Urlaub verbundenen behinderungsspezifischen Kosten zu übernehmen.

129 Der Begegnung mit nichtbehinderten Menschen und damit der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dient in besonderem Maße der Behindertensport, soweit er als Freizeit-, Breiten- oder Leistungssport betrieben wird. Bund und Länder bemühen sich gemeinsam, die erforderliche Entwicklung des Behindertensports einschließlich seiner Finanzierung fortzuführen.

Aufklärung, Auskunft und Beratung

130 Als Mittel zur Information sind zunächst Aufklärung, Auskunft und Beratung durch die Sozialleistungsträger zu nennen. Hierzu finden sich in §§ 13, 14 und 15 SGB I ausdrückliche allgemeine Regelungen. Nach §§ 22 ff. SGB IX ist es die Aufgabe gemeinsamer Servicestellen der Rehabilitationsträger in allen Landkreisen und kreisfreien Städten

- über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen der Rehabilitationsträger, besondere Hilfen im Arbeitsleben sowie über die Verwaltungsabläufe zu informieren,
- bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe, bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets und der besonderen Hilfen im Arbeitsleben sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu helfen,
- zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, auf klare und sachdienliche Anträge hinzuwirken und sie an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten,
- bei einem Rehabilitationsbedarf, der voraussichtlich ein Gutachten erfordert, den zuständigen Rehabilitationsträger darüber zu informieren,
- die Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers in Fällen, in denen die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe offenkundig ist, so umfassend vorzubereiten, dass dieser unverzüglich entscheiden kann,

- bis zur Entscheidung oder Leistung des Rehabilitationsträgers den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen unterstützend zu begleiten,
- bei den Rehabilitationsträgern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinzuwirken und
- zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung zu koordinieren und zu vermitteln,
- Beratung und Unterstützung der potenziellen Budgetnehmer über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme insbesondere eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets,
- umfassende Beratung von Betrieben über die gesetzlichen Grundlagen und die Möglichkeiten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements,
- Unterstützung der Arbeitgeber beim Erarbeiten betrieblicher Lösungen zur Überwindung von Arbeitsunfähigkeit bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes.

131 Besondere Beratungspflichten gegenüber behinderten Menschen haben darüber hinaus

- Ärzte und Landesärzte nach §§ 61 und 62 SGB IX sowie § 92 Abs. 1 Nr. 8, § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V sowie
- Sozialämter gemäß § 10 SGB XII.

132 Angesichts der vielen unterschiedlichen Leistungen und sonstigen Hilfen, die zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen in Betracht kommen, ist ferner auf § 16 SGB I hinzuweisen. Danach sind die Leistungsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden. Für Leistungen zur Teilhabe sichert § 14 SGB IX mit einem besonderen Zuständigkeitsklärungsverfahren rasche Entscheidungen.

133 Informationen bietet zudem auch das Internetportal „einfach-teilhaben.de“. Bei diesem Webportal des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales handelt es sich um ein Informationsangebot speziell für Menschen mit Behinderungen, ihre Angehörigen und Arbeitgeber. Da Leistungen für behinderte Menschen, deren Angehörige und Arbeitgeber von unterschiedlichen Trägern auf allen staatlichen Ebenen erbracht werden, soll dieses Portal zunächst alle Informationen zum Thema Behinderung bündeln und auf einer zentralen Plattform zur Verfügung stellen. Die Informationen stehen in Alltagssprache, so genannter „leichter Sprache“ und Gebärdensprache zur Verfügung und sind nach Lebensbereichen, wie zum Beispiel „Kindheit und Familie“, „Schule und Studium“, „Alter“, „Bauen und Wohnen“ geordnet.

Geschichtliche Entwicklung

134 Als am Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland die ersten einheitlichen Rechtsgrundlagen im Sozialrecht geschaffen wurden, war die Zeit für umfassende und „runde“ Regelungen, wie sie jetzt insbesondere mit § 4 SGB IX und § 10 SGB I bestehen, noch nicht gekommen; vielmehr schuf man Regelungen für einzelne Gruppen von Betroffenen und ihre spezifischen Probleme. So begannen auf der Grundlage des Unfallversicherungsgesetzes aus dem Jahr 1884 die zuständigen Träger bald damit, die Heilfürsorge möglichst früh einzusetzen – seit 1890 auch in eigenen Unfallkrankenhäusern –, um die Auswirkungen von Arbeitsunfällen wirkungsvoll zu begrenzen und zugleich die sonst notwendigen Rentenzahlungen zu mindern. Auch in der Rentenversicherung ermöglichte schon im Jahr 1889 das Gesetz den Trägern, Heilverfahren zu übernehmen, wenn Erwerbsunfähigkeit und Invalidenrente drohten, und ging damit von Anfang an vom Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ aus. Die reichseinheitlichen Regelungen zur Kriegsbeschädigtenfürsorge – zuerst 1919 – zielten ebenfalls darauf ab, die Kriegsbeschädigten nach Möglichkeit wieder in das Wirtschaftsleben zurückzuführen. Sie wurden – ebenfalls zuerst 1919 – ergänzt durch Vorschriften, die die Arbeitgeber zur Beschäftigung Schwerbeschädigter – zunächst der Kriegs- und Unfallopfer – verpflichteten. Für die Eingliederung behinderter Menschen, die den schon genannten Gruppen nicht angehörten, gab es die ersten speziellen reichseinheitlichen Regelungen in den Fürsorgegrundsätzen von 1924, in denen behinderte Menschen als „heilbare Arme“ betrachtet wurden. Auch zu den Aufgaben der 1927 gesetzlich geregelten Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung gehörte von Anfang an die Beratung und Vermittlung Beschädigter, die 1969 – im Zeichen einer „aktiven Arbeitsmarktpolitik“ – ergänzt wurden durch eine weit reichende Zuständigkeit für Aufgaben der beruflichen Rehabilitation.

135 In den folgenden Jahrzehnten wurden

- die Zielsetzung der Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen ins Arbeitsleben und in die Gesellschaft insgesamt vor und nach der Zeit des Nationalsozialismus immer zielstrebig und umfassender verfolgt,
- daher auch der Grundsatz möglichst frühzeitiger Intervention immer konsequenter beachtet und nicht zuletzt
- positive Ansätze, Erfahrungen und Beispiele aus einzelnen Sozialleistungsbereichen mehr und mehr auch in andere Bereiche übertragen.

136 Anfang der 70er Jahre wurden die unterschiedlichen Ansätze und Traditionen zusammengeführt und – entsprechend dem Grundsatz der Finalität – die Sozialleistungen zur Eingliederung (jetzt: Teilhabe) möglichst aller behinderten Menschen möglichst weitgehend einander angeglichen. Dies geschah

- durch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Schwerbehindertenrechts von 1974, mit dem – neben zahlreichen sonstigen Verbesserungen
 - der geschützte Personenkreis auf alle schwerbehinderten Menschen weitgehend unabhängig von Art oder Ursache der Behinderung ausgedehnt und
 - einheitliche Grundvorgaben für Werkstätten für Behinderte festgelegt wurden, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können; weiter
- durch das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, ebenfalls von 1974, mit dem
 - jetzt auch die Krankenversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen,

- für alle Träger der Sozialversicherung und der Kriegsopferversorgung sowie die Bundesanstalt für Arbeit die Sachleistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie die während der Rehabilitationsmaßnahmen zu zahlenden Lohnersatzleistungen weitgehend vereinheitlicht – und auch inhaltlich weiterentwickelt –, ferner
- für alle erfassten Sozialleistungsbereiche und Träger einheitlich eine Reihe von Grundsätzen festgelegt wurden mit dem Ziel, die möglichst dauerhafte Eingliederung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen wirkungsvoll zu erreichen; schließlich

Schließlich:

- durch Aufnahme des „sozialen Rechts“ zur Eingliederung behinderter Menschen im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuchs 1975.

137 Mit dem Einigungsvertrag vom 3. Oktober 1990 wurde das in der Bundesrepublik Deutschland geltende Recht auch in den beigetretenen Bundesländern wirksam; das Recht, das vorher in der DDR galt, trat – mit Ausnahmen und Übergangsregelungen – außer Kraft.

138 Schon während der Gesetzgebungsverfahren zu den genannten Gesetzen, vor allem aber nach ihrem In-Kraft-Treten und bei ihrer Anwendung wurde deutlich, dass die Aufgabe, die Rechtsgrundlagen der wegen einer Behinderung erbrachten Sozialleistungen einander anzugleichen und zum besseren Zusammenwirken im Interesse behinderter Menschen aufeinander abzustimmen, nur teilweise vollbracht war. Neben vielen kleineren Unstimmigkeiten, die in der Rechtsentwicklung der folgenden Jahre eher vermehrt als abgebaut wurden, bedurfte vor allem der Korrektur, dass

- die Regelungen der vom Rehabilitations-Angleichungsgesetz erfassten Leistungsbereiche nicht voll untereinander und gar nicht mit denen der Sozialhilfe und
- die Regelungen des Schwerbehindertengesetzes nicht auf die zur Rehabilitation abgestimmt waren.

139 Der Deutsche Bundestag hatte daher mehrfach gefordert, die Rechtsvorschriften zur Eingliederung behinderter Menschen so bald wie möglich in einheitlicher und übersichtlicher Form zusammengefasst in das Sozialgesetzbuch einzufügen. Zudem hatte in der Politik für behinderte Menschen ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Eine tiefgreifende Wandlung des Selbstverständnisses von behinderten Menschen und der Grundlagen der Behindertenpolitik zeigte sich auch im interfraktionellen Entschließungsantrag „Die Integration von Menschen mit Behinderungen ist eine dringliche politische und gesellschaftliche Aufgabe“, den der Deutsche Bundestag am 19. Mai 2000 einstimmig annahm (Bundestags-Drucksache 14/2913). „Im Mittelpunkt der politischen Anstrengungen stehen nicht mehr die Fürsorge und die Versorgung von behinderten Menschen, sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen.“ Durch die Ergänzung des Art. 3 Abs. 3 GG um den Satz 2 im Jahr 1994 habe der Deutsche Bundestag „auch eine Verpflichtung für Politik und Gesellschaft geschaffen, sich aktiv um die Integration von Menschen mit Behinderungen in die Familie, in den Beruf und in das tägliche Leben zu bemühen. Diese Verpflichtung einzulösen, ist eine dringliche politische und gesetzgeberische Aufgabe, nicht zuletzt vor dem ethischen Hintergrund der historischen Erfahrungen in Deutschland.“ Die Entschließung sah einen Bedarf an einer „Gesetzgebung, die den Anspruch von Menschen mit Behinderung auf Unterstützung und Solidarität als Teil

selbstverständlicher und universeller Bürgerrechte erfüllt“ als Voraussetzung für das Ziel, „Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen“. Mit einem Sozialgesetzbuch IX sollte „anstelle von Divergenz und Unübersichtlichkeit im bestehenden Rehabilitationsrecht Bürgernähe und verbesserte Effizienz auf der Basis eines gemeinsamen Rechts und einer einheitlichen Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik gesetzt werden.“

140 Das SGB IX, das seit 1. Juli 2001 in Kraft ist, entspricht diesen Vorgaben; es wurde vom Bundestag mit Billigung des Bundesrates ohne Gegenstimmen verabschiedet. Das Gesetz zeichnet sich durch seine Betroffenen- und Selbsthilfeorientierung aus. Es stellt den behinderten Menschen in den Mittelpunkt; Teilhabe und Selbstbestimmung treten nach vorn. Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen wird es ermöglicht, ihre eigenen Belange so weitgehend wie möglich selbst und eigenverantwortlich zu bestimmen. Dabei erhalten sie durch die besonderen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft die Unterstützung und Solidarität, die sie benötigen, Behinderungen zu vermeiden, auszugleichen oder zu überwinden, um zu einer gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe zu kommen. Dazu hat das SGB IX die individuellen Rechtspositionen zur Rehabilitation und Teilhabe gestärkt.

141 2001 beschloss die Generalversammlung der Vereinten Nationen, Vorschläge für ein umfassendes internationales Übereinkommen zur Förderung und zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen zu entwickeln. Ergebnis ist die 2006 verabschiedete UN-Behindertenrechtskonvention. Deutschland hat die Konvention und das Zusatzprotokoll am 24. Februar 2009 ratifiziert. Am 26. März 2009 ist das Übereinkommen in Deutschland in Kraft getreten.

Die UN-Behindertenrechtskonvention konkretisiert die universellen Menschenrechte für die speziellen Bedürfnisse und Lebenslagen behinderter Menschen. Inklusion ist dabei die durchgängige Haltung und das zentrale Handlungsprinzip. Damit wird das Prinzip der Inklusion zur Leitlinie und zu einer klaren Orientierung für die praktische Umsetzung der Konvention.

Ziel ist, dass Menschen mit und ohne Behinderungen von Anfang an gemeinsam in allen Lebensbereichen selbstbestimmt leben und zusammenleben. Auf Basis des Grundsatzes gleichberechtigter Teilhabe werden für Menschen mit Behinderungen die gleiche Qualität und der gleiche Standard in den jeweiligen Lebensbereichen erwartet, der auch für Menschen ohne Behinderungen gilt. Es geht um gleichberechtigte Teilhabe am politischen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben, um Chancengleichheit in der Bildung, um berufliche Integration und um die Aufgabe, allen Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit für einen selbstbestimmten Platz in einer barrierefreien Gesellschaft zu geben. Dies bezieht eine dem individuellen Bedarf und der jeweiligen Lebenssituation angepasste Unterstützungsleistung ein.

Inklusion heißt Gemeinsamkeit von Anfang an. Sie beendet das aufwendige Wechselspiel von Exklusion (= ausgrenzen) und Integration (= wieder hereinholen).

142 Mit dem Nationalen Aktionsplan (NAP) von 2011 hat die Bundesregierung ein Instrument geschaffen, mit dem sie die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in einem Zeitraum von zehn Jahren systematisch vorantreiben will.

Die Bundesregierung hat mit dem NAP deutlich gemacht, dass Politik für Menschen mit Behinderungen nicht nur ein Feld der Sozialpolitik ist, sondern im Sinne des disability mainstreaming in allen Ressorts als Querschnittsaufgabe seinen Platz finden

muss. Dieses Verständnis spiegelt sich auch in den über 200 Maßnahmen des ersten NAP (NAP 1.0) wider. Um die umfassenden Herausforderungen einer inklusiven Gesellschaft zu verdeutlichen, ist der Aktionsplan durch zwölf Handlungsfelder und sieben Querschnittsthemen strukturiert. Die sieben Querschnittsthemen – Assistenzbedarf, Barrierefreiheit, Gender Mainstreaming, Gleichstellung, Migration, Selbstbestimmtes Leben und Vielfalt von Behinderung – sind in allen Handlungsfeldern berücksichtigt.

Denn der erste NAP ist auch das Ergebnis eines konstruktiven und kritischen Dialogs mit den Bürgerinnen und Bürgern, ins-besondere Menschen mit Behinderungen. Daran wird die Bundesregierung auch in Zukunft festhalten. Institutionalisiert ist die Beteiligung darüber hinaus auch durch den Ausschuss zum Nationalen Aktionsplan, der aus Vertreterinnen und Vertretern der Behinderten-, Sozial- und Wohlfahrtsverbände sowie der Sozialpartner und der Wissenschaft besteht.

Eine Vielzahl der Maßnahmen und Initiativen aus dem ersten NAP sind bereits umgesetzt bzw. auf den Weg gebracht worden. Für die Bundesregierung ist damit die Arbeit aber noch lange nicht erledigt. Mit der Entwicklung des ersten Nationalen Aktionsplans ist vielmehr ein erster wichtiger Schritt hin zu einer gemeinsamen ressort-übergreifenden behindertenpolitischen Agenda auf Bundesebene getan worden. Auch wenn von den Interessenvertretungen behinderter Menschen vielfach Kritik an den einzelnen, aus Sicht der Kritiker zu wenig ambitionierten Maßnahmen des Aktionsplans geübt wurde, so hat allein der Entstehungsprozess des Aktionsplans dazu geführt, dass sich auch die Ressorts, die keine Federführung für die Umsetzung der Konvention haben, in ihrem jeweiligen Politikfeld mit den Belangen von Menschen mit Behinderungen intensiv befasst haben. Ein Prozess, den es in der Vergangenheit so bisher nicht gegeben hat. Darüber hinaus haben alle Ressorts eigene Anlaufstellen benannt, die als zentrale Ansprechpartner und Koordinierungsstellen für die UN-BRK dienen.

Der Aktionsplan ist keineswegs als abgeschlossenes Dokument zu verstehen, sondern als ein dynamisches, lebendiges behindertenpolitisches Programm, dessen Prozesse und Inhalte evaluiert und regelmäßig weiterentwickelt werden müssen. Ende September 2013 hat das BMAS eine erste wissenschaftliche Evaluation des NAP beauftragt, deren Ergebnisse in die Weiterentwicklung des NAP 2.0 einfließen werden. Diese Evaluation hat Erkenntnisse zum Stand der Umsetzung des Aktionsplans und seiner Maßnahmen, auch im Kontext der UN-BRK, sowie Aufschlüsse über das Funktionieren und die Wirkung der Prozesse geliefert.

Die Ergebnisse der Evaluierung und der ersten deutschen Staatenprüfung vor dem UN-BRK Vertragsausschuss geben zusammen mit den Ergebnissen des 2013 veröffentlichten Teilhabeberichts der Bundesregierung Aufschluss darüber, an welchen Stellen angesetzt werden muss, um die Umsetzung der UN-BRK und damit die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen weiter voranzubringen. Auf dieser Basis soll der Nationale Aktionsplan in 2015/2016 gemeinsam mit den Menschen mit Behinderungen und ihren Organisationen weiterentwickelt werden.

Der Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen erscheint in jeder Legislaturperiode. Er beschreibt die unterschiedlichen Lebenslagen mit aussagekräftigen Indikatoren mittels derer das Maß der Teilhabe und die Wahrnehmung von Teilhabechancen von Menschen mit Beeinträchtigungen abgebildet werden. Dabei stützt sich der Bericht auf Daten aus repräsentativen Untersuchungen. So bietet der Teilhabebericht Informationen zu den Lebenslagen „Familie und soziales Netz“, „Bildung und Ausbildung“, „Erwerbsarbeit und Einkommen“, „Alltägliche Lebensführung“, „Gesundheit“, „Freizeit, Kultur und Sport“, „Sicherheit und Schutz vor Gewalt“ sowie „Politik und Öffentlichkeit“.

Bürgertelefon

Montag bis Donnerstag von 8 bis 20 Uhr

Sie fragen – wir antworten

Rente: **030 221 911 001**

Unfallversicherung/Ehrenamt: **030 221 911 002**

Arbeitsmarktpolitik und -förderung: **030 221 911 003**

Arbeitsrecht: **030 221 911 004**

Teilzeit, Altersteilzeit, Minijobs: **030 221 911 005**

Infos für behinderte Menschen: **030 221 911 006**

Europäischer Sozialfonds/Soziales Europa: **030 221 911 007**

Mitarbeiterkapitalbeteiligung: **030 221 911 008**

Informationen zum Bildungspaket: **030 221 911 009**

Informationen zum Mindestlohn: **030 60 28 00 28**

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de

Gebärdentelefon:

gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales,
Referat Information, Monitoring,
Bürgerservice, Bibliothek
53107 Bonn



Stand: Januar 2016

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: A 990
Telefon: 030 18 272 272 1
Telefax: 030 18 10 272 272 1
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Internet: <http://www.bmas.de>

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service:
E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Gebärdentelefon:
gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Satz/Layout: Grafischer Bereich des BMAS, Bonn
Druck: Asterion Germany GmbH, Viernheim
Fotos: ©Colourbox.de (Titelbild: Pressmaster)

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung. Bitte senden Sie zusätzlich ein Belegexemplar an den Herausgeber.