

# Rechtliche Grundlagen einer örtlichen Teilhabeplanung<sup>1</sup>

*Felix Welti*

I. Einführung	87
II. Pflicht zur Teilhabeplanung?	89
1. Verfassungsrecht	90
2. Behindertenrechtskonvention	90
3. Bundes- und Landesgesetze	92
III. Teilhabeplanung durch Städte, Gemeinden und Kreise	93
1. Kommunale Selbstverwaltung	93
2. Kommunen als Träger staatlicher Aufgaben	94
3. Beteiligung behinderter Menschen	95
IV. Regionale Teilhabeplanung durch Sozialleistungsträger	96
1. Planungsverantwortung nach SGB I und SGB X	96
2. Planungsverantwortung für Leistungen zur Teilhabe nach SGB IX	97
3. Planungsverantwortung für Pflegeleistungen nach SGB XI	98
4. Gesundheitsplanung	99
V. Schluss	100

## *I. Einführung*

Die Aktivitäten behinderter Menschen und ihrer Verbände für mehr Selbstbestimmung und Teilhabe, die neuere wissenschaftliche und fachliche Diskussion, insbesondere über die Internationale Klassifikation der Behinderung, Funktionsfähigkeit und Gesundheit (ICF)<sup>2</sup>, und die Gesetzgebung mit SGB IX, Behindertengleichstellungsgesetz

---

1 Frühere Fassungen dieses Textes sind erschienen in ZfSH/SGB 2011, S. 401-406, und in *Dorothea Lampke/Albrecht Rohrmann/Johannes Schädler* (Hrsg.), *Örtliche Teilhabeplanung mit und für Menschen mit Behinderungen*, Wiesbaden 2011, S. 55-67.

2 Zum Zusammenhang zwischen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO und dem SGB IX auch *Wolfgang Seger/Hans-Martin Schian/Bernd Steinke/Wolfgang Heipertz/Michael Schuntermann*, *Gesundheits-, sozial-, gesellschafts- und organisationspolitische Auswirkungen der Anwendung der ICF auf eine integrierte Rehabilitation*, *Das Gesundheitswesen* 2004, S. 393-399.

zen mit Regelungen zur Barrierefreiheit<sup>3</sup>, Allgemeinem Gleichbehandlungsgesetz und der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen haben den Blick dafür geöffnet, dass Menschen nicht nur durch gesundheitliche Einschränkungen von Funktionsfähigkeit und Aktivitäten behindert sind, sondern auch durch gestaltbare gesellschaftliche Kontextfaktoren behindert werden.

Damit ist deutlicher geworden, dass die politische, gesellschaftliche und rechtliche Verantwortung des sozialen Rechtsstaats sich nicht nur darauf beschränken kann, externalisierende Interventionen bereitzustellen, die am Gesundheitszustand ansetzen oder die Ausgrenzung aus allgemeinen Lebenszusammenhängen durch besondere Dienste und Einrichtungen zu kompensieren. Die Gestaltung und Planung in der Gesellschaft soll vielmehr stärker darauf ausgerichtet werden, behinderte Menschen in Bildung, Arbeitsleben, Kultur, Politik und Gesellschaft einzubeziehen. Die sozialstaatliche Integration von Staat und Gesellschaft soll damit durch individuelle Rechte auf Teilhabe und Inklusion ergänzt und erneuert werden<sup>4</sup>.

Schon die traditionellen Unterstützungsleistungen bei Behinderung durch Träger der Bildung, der Kinder- und Jugendhilfe, der Arbeitsmarktpolitik, der Rehabilitation, Krankenbehandlung und Pflege wurden und werden vielfach in ihrer individuellen und gesellschaftlichen Wirksamkeit durch mangelnde Koordination und Kooperation eingeschränkt. Die komplexen Zuständigkeiten staatlicher und gesellschaftlicher Ebenen von Gesetzgebung und Verwaltung sowie von professionellen und wissenschaftlichen Systemen, etwa der Pädagogik, Medizin und Pflege, stehen einer „ganzheitlichen“ Hilfe entgegen<sup>5</sup>. In der modernen Lebensrealität kann „ganzheitliche“ Hilfe nur unter den ausgrenzenden Bedingung der Anstalt und des Heims erfolgen, denn nicht ausgegrenzte behinderte Menschen sind ebenso in vielfältige, voneinander getrennte Lebenszusammenhänge einbezogen wie nicht behinderte Menschen auch. Es führt also kein vernünftiger Weg zu einer radikalen Vereinfachung von Zuständigkeiten, sondern Koordination und Planung sind ebenso bei der individuellen Unterstützung für behinderte Menschen wie bei der Gestaltung der lebensweltlichen Kontextfaktoren erforderlich. Insoweit muss die personenbezogene Ausgestaltung der Leistungen Ausgangspunkt nach geltendem Recht und in Reformbemühungen<sup>6</sup> sein; sie ist jedoch auf sozialräumliche Voraussetzungen angewiesen.

3 Vgl. *Felix Welti*, Rechtliche Voraussetzungen von Barrierefreiheit in Deutschland, in: *Anja Tervooren/Jürgen Weber* (Hrsg.), *Wege zur Kultur – Barrieren und Barrierefreiheit in Kultur- und Bildungseinrichtungen*, Köln 2012, S. 67-84; aktualisiert und gekürzt in NVwZ 2012, S. 725-730.

4 Vgl. *Hans F. Zacher*, Einschluss, Ausschluss und Öffnung im Wandel, *Zeitschrift für Sozialreform* 2009, S. 25-39.

5 Vgl. *Felix Welti*, Systematische Stellung des SGB IX im Sozialgesetzbuch – Zusammenarbeit der Leistungsträger und Koordination der Leistungen, SGB 2008, S. 321-331.

6 *Wolfgang Schütte*, Abschied vom Fürsorgerecht – Rechtliche und sozialpolitische Anforderungen an eine Reform der „Eingliederungshilfe“, in: *ders.* (Hrsg.), *Abschied vom Fürsorgerecht – Von der „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ zum Recht auf soziale Teilhabe*, Berlin 2011.

Die individuelle Teilhabeplanung ist bislang Gegenstand des Sozialleistungsrechts und hier insbesondere des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe. Die Rehabilitationsträger sind zu einer trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung verpflichtet, deren Koordination in ihrer gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“<sup>7</sup> geregelt ist. Alle Rehabilitationsträger, auch die örtlichen Träger der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe, sind verpflichtet, sich an dieser gemeinsamen Empfehlung zumindest zu orientieren<sup>8</sup>. Daneben bestehen weitere trägerspezifische Planungspflichten durch den Gesamtplan der Träger der Sozialhilfe<sup>9</sup> und den Versorgungsplan der Pflegekasse<sup>10</sup>.

Diese individuelle Teilhabeplanung<sup>11</sup> ist zu unterscheiden von einer umfassenden, auf die Verfügbarkeit von unterstützenden Leistungen und auf die Gestaltung der Kontextfaktoren im Sinne von Zugänglichkeit zielenden Teilhabeplanung auf regionaler Ebene.

Eine so verstandene örtliche Teilhabeplanung ist zunächst ein politischer und behördeninterner Prozess, dessen Ergebnis nur die Verwaltung intern bindet. Soll er Rechtsfolgen haben, die Bürgerinnen und Bürger belasten oder begünstigen, so sind diese in entsprechende Rechtsformen umzusetzen, also in den Kommunen insbesondere in Satzungen über den Haushalt oder über die Bauleitplanung, in Verwaltungsakte mit förderndem und belastendem Inhalt. Da Teilhabepläne nach jetzigem Rechtsstand keine unmittelbare Außenwirkung haben könnten, wären auch die Regelungen des Verwaltungsverfahrensrechts über Planfeststellung<sup>12</sup> nicht anwendbar. Gleichwohl wäre es sinnvoll, die dort enthaltenen Grundgedanken einer frühzeitigen und umfassenden Beteiligung der Betroffenen<sup>13</sup> bei der Teilhabeplanung zu berücksichtigen.

## II. Pflicht zur Teilhabeplanung?

Wird eine solche Teilhabeplanung für notwendig oder wünschenswert gehalten, so stellt sich die Frage, ob eine Pflicht dazu bestehen könnte.

7 Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ v. 16. Dezember 2004 auf [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de); §§ 10 Abs. 1, 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX.

8 § 13 Abs. 5 S. 2 SGB IX.

9 § 58 SGB XII.

10 § 7a Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB XI.

11 Vgl. *Wolfgang Seger*, Die prozessualen und strukturellen Schritte zur erfolgreichen trägerübergreifenden gemeinsamen Teilhabeplanung, *Sozialer Fortschritt* 2012, S. 127-132; *Felix Welti*, Rechtsfragen der Bedarfsfeststellung für Leistungen zur Teilhabe, *Die Rehabilitation* 2011, S. 7-10; *Ernst-Wilhelm Luthe*, Die Koordinationsanforderungen des SGB IX bei der Feststellung des Einzelfallbedarfs, *Behindertenrecht* 2010, S. 57-66; *Felix Welti*, Planung individueller Teilhabeleistungen durch Rehabilitationsträger, *Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen* 2006 (60), S. 50-69.

12 §§ 72-78 VwVfG und entsprechendes Landesrecht.

13 § 73 VwVfG.

## 1. Verfassungsrecht

Nach Art. 20 Abs. 1 GG ist die Bundesrepublik Deutschland ein sozialer Rechtsstaat, nach Art. 28 Abs. 1 GG müssen es auch ihre Länder sein. Ein sozialer Staat gestaltet die Gesellschaft und wertet dabei die in ihr vorhandenen Interessen gleichmäßig. Er darf behinderte Menschen nicht vernachlässigen, sondern muss ihnen jedenfalls ein Minimum an persönlicher Entfaltung garantieren.

Das Benachteiligungsverbot wegen einer Behinderung (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG) kann nicht nur als individuelles Gebot der Rechtsgleichheit verstanden werden<sup>14</sup>, sondern ist auch ein Gebot an den Staat, gleiche Chancen und Entfaltungsmöglichkeiten durch angemessene Vorkehrungen zu schaffen<sup>15</sup>. Acht deutsche Länder, darunter der Freistaat Bayern, verdeutlichen den sozialen Staatsauftrag für behinderte Menschen in ihren Verfassungen ausdrücklich<sup>16</sup>.

Aus diesen verfassungsrechtlichen Vorgaben lässt sich ablesen, dass die Verantwortung für behinderte Menschen bei allen staatlichen Ebenen liegt. Sie kann nicht, etwa durch eine spezifische Gesetzgebungs- oder Verwaltungskompetenz, Bund, Ländern, Gemeinden oder Sozialversicherungsträgern exklusiv zugeordnet werden. Diese nach dem Recht und in der Sache richtige Teilung der Verantwortung führt dazu, dass für eine Teilhabepflicht keine eindeutige Verantwortlichkeit oder Federführung abgeleitet werden kann. Vielmehr sind zunächst alle Träger der unmittelbaren und mittelbaren Staatsverwaltung jeweils im Rahmen ihrer Zuständigkeiten verpflichtet, die auf Einbeziehung behinderter Menschen gerichteten Staatsziele zu beachten. Daraus lässt sich keine konkretisierte Planungspflicht ableiten, wohl aber eine Pflicht jeweils darauf zu achten, wie sich das eigene Handeln auch außerhalb spezifisch behinderungsbezogener Aktivität auf behinderte Menschen auswirkt. Insoweit ist eine Vernetzung von Informationen und Entscheidungen jedenfalls zweckmäßig.

## 2. Behindertenrechtskonvention

Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (BRK) gilt seit dem 26. März 2009 als einfaches Bundesrecht<sup>17</sup>. Sie bindet auch die Länder im Bereich ihrer Kompetenzen<sup>18</sup>. Die BRK kann, wie andere Menschenrechtsübereinkommen<sup>19</sup>, auch

14 Dazu BVerfG v. 19. Januar 1999, BVerfGE 99, 341.

15 BVerfG v. 8. Oktober 1997, BVerfGE 96, 288, 303; Art. 5 Abs. 3 BRK; Art. 5 RL 2000/78 EG.

16 Art. 118a S. 2 BayVerf; Art. 11 S. 2 BlnVerf; Art. 45 Abs. 3 BbgVerf; Art. 17a MVVerf; Art. 64 RhPfVerf; Art. 7 Abs. 2 SächsVerf; Art. 38 LSAVerf; Art. 2 Abs. 4 ThürVerf.

17 BGBl. II 2008, S. 1420.

18 *Valentin Aichele*, Die UN-Behindertenrechtskonvention in der gerichtlichen Praxis, AnwBl 2011, S. 727-730; *Eibe Riedel/Michael Arend*, Im Zweifel Inklusion. Zuweisung an eine Förderschule

herangezogen werden, um die entsprechenden Grundrechte des Grundgesetzes auszulegen<sup>20</sup>. Die BRK verdeutlicht, dass der volle und gleichberechtigte Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch Menschen mit Behinderungen nicht alleine eine Frage des Sozialleistungsrechts ist, sondern als Gestaltungsaufgabe in allen Bereichen von Recht und Politik beachtet werden muss. Die Vertragsstaaten haben sich verpflichtet, alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen der Umsetzung zu treffen<sup>21</sup> und dabei die Menschen mit Behinderungen durch ihre Verbände aktiv einzubeziehen<sup>22</sup>. Daraus ergibt sich noch keine eindeutige Pflicht zu bestimmten Planungsprozessen auf einer bestimmten Ebene. Die Pflichten, geeignete Informationen zu sammeln (Art. 31 BRK) und eine oder mehrere staatliche Anlaufstellen zu schaffen, die als Koordinierungsmechanismus die Durchführung der entsprechenden Maßnahmen in verschiedenen Bereichen und auf verschiedenen Ebenen erleichtern sollen (Art. 33 BRK), weisen darauf hin, dass der BRK das Konzept eines koordinierten und geplanten Vorgehens zu Grunde liegt. Da Vertragspartner der BRK die nationale Ebene ist – und die Bundesregierung das BMAS als Anlaufstelle benannt hat – kann daraus für eine regionale oder lokale Teilhabeplanung wenig abgeleitet werden. Immerhin wird diese Ebene aber in der BRK mehrfach erwähnt. So wird der Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten als Voraussetzung unabhängiger Lebensführung (Art. 19 lit. b BRK)<sup>23</sup> und einer an Einbeziehung orientierten Rehabilitation (Art. 26 lit. b BRK) ausdrücklich gefordert. Die Zugänglichkeit von gemeindenahen Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit für behinderte Menschen (Art. 19 lit. c BRK) wird ebenfalls ausdrücklich erwähnt. In der Übersetzung von „community support services“<sup>24</sup> mit „gemeindenaher Unterstützungsdienste“ ist der Bezug zur örtlichen Gemeinschaft und damit auch zur kommunalen Selbstverwaltung nicht hinreichend wie-

---

nach Inkrafttreten der BRK, NVwZ 2010, S. 1346; *Markus Krajewski*, Ein Menschenrecht auf integrativen Schulunterricht, JZ 2010, S. 120.

19 BVerfG, B. v. 14.10.2004, Az. 2 BvR 1481/04, BVerfGE 111, 307.

20 BVerfG, B. v. 23.3.2011, NJW 2011, 2113, Az. 2 BvR 882/09, Rz 52 f.; vgl. BT-Drucks. 16/10808, S. 48.

21 Art. 4 Abs. 1 lit. a BRK; Dazu *Theresia Degener*, Welche legislativen Herausforderungen bestehen in Bezug auf die nationale Implementierung der UN-Behindertenrechtskonvention in Bund und Ländern?, *Behindertenrecht* 2009, S. 34-51; *Bernd Schulte*, Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen – Von der „Integration“ zur „Inklusion“: Änderungsbedarf im deutschen Behindertenrecht, *Behindertenrecht* 2011, S. 41-48; *Peter Masuch*, Die UN-Behindertenrechtskonvention anwenden!, in: *Christine Hohmann-Dennhardt/ders./Mark Villiger* (Hrsg.), *Grundrechte und Solidarität*, Festschrift für Renate Jaeger, Kehl am Rhein 2011, S. 245-263; *Minou Banafsche*, Die UN-Behindertenrechtskonvention und das deutsche Sozialrecht – eine Vereinbarkeitsanalyse anhand ausgewählter Beispiele (Teil I), *SGb* 2012, S. 373-379.

22 Art. 4 Abs. 3 BRK.

23 Vgl. *Klaus Lachwitz/Peter Trenk-Hinterberger*, Zum Einfluss der Behindertenrechtskonvention (BRK) der Vereinten Nationen auf die deutsche Rechtsordnung, *Rechtsdienst der Lebenshilfe* 2010, S. 45-52.

24 Vgl. ILO, *Community Based Rehabilitation – CBR: A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities*, 2005.

dergegeben. Eine Übersetzung mit „kommunal“ hätte den Bedeutungsgehalt der – nach Art. 50 BRK verbindlichen – englischen Fassung besser wiedergegeben als das gewählte „gemeindenah“, das in Deutschland zu Unrecht in einem rein geographischen Sinne verstanden werden könnte.

### 3. Bundes- und Landesgesetze

Bundes- und Landesgesetze können eine regionale oder örtliche Teilhabeplanung vorschreiben und regeln, soweit die Bund oder Land zur Gesetzgebung berufen sind. Da der Bund Gemeinden und Gemeindeverbänden keine Aufgaben übertragen darf, kann Bundesgesetzgebung jedoch nur die Länder binden<sup>25</sup>. Diese können möglicherweise verpflichtet sein, die von ihnen landesgesetzlich bestimmten Träger von Aufgaben zur örtlichen oder regionalen Planung zu verpflichten. Diese Träger sind dann häufig Gemeinden oder Gemeindeverbände<sup>26</sup>. So bestehen sozialrechtliche Planungspflichten nach § 19 Abs. 1 SGB IX und § 95 SGB X, die insbesondere Kreise und kreisfreie Städte als Träger der Sozialhilfe betreffen können. Ebenso müssen Teilhabeaspekte vom Aufgabenträger des öffentlichen Nahverkehrs nach § 8 PBefG im Nahverkehrsplan berücksichtigt werden.

Die Länder können für sich selbst, für regionale Landesbehörden wie Regierungsbezirke und für Städte, Kreise und Gemeinden sektorale oder umfassende Pflichten zur Teilhabeplanung regeln. Sie können damit im Bereich ihrer Gesetzgebungskompetenzen umfassend tätig werden und für die Kommunen Pflichtaufgaben – unter Beachtung der finanzverfassungsrechtlichen Vorgaben<sup>27</sup> – statuieren. Angesichts der sich aus Verfassungsrecht und der BRK ergebenden Wertigkeit des Themas und des Erfordernisses, auch behinderten Menschen gleichwertige Lebensverhältnisse und Freizügigkeit im Bundesgebiet zu ermöglichen, wäre eine solche Pflicht kaum als unverhältnismäßiger Eingriff in die kommunale Selbstverwaltung anzusehen<sup>28</sup>.

25 Art. 84 Abs. 1 S. 7 GG; Vgl. *Felix Welti/Reza Fakhr Shafaei*, Auswirkungen der Reform der bundesstaatlichen Ordnung auf das Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, insbesondere auf die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII, in: Bundesverband für evangelische Behindertenhilfe; Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte; Bundesvereinigung Lebenshilfe; Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie; Verband für anthroposophische Heilpädagogik; Sozialtherapie und soziale Arbeit (Hrsg.), *Föderalismusreform und Behindertenhilfe* 2008, S. 79-141.

26 § 3 Abs. 2 SGB XII.

27 Art. 71 Abs. 3 S. 2, 3 BWVerf; Art. 83 Abs. 3 BayVerf; Art. 97 Abs. 3 S. 2, 3 BbgVerf; Art. 137 Abs. 6 HessVerf; Art. 72 Abs. 3 S. 1, 2 MVVerf; Art. 57 Abs. 4 NdsVerf; Art. 78 Abs. 3 NWVerf; Art. 49 Abs. 5 RhPfVerf; Art. 120 Abs. 1 S. 2 SLVerf; Art. 85 Abs. 2 SächsVerf; Art. 87 Abs. 3 S. 2, 3 LSAVerf; Art. 49 Abs. 2 SHVerf; Art. 93 Abs. 1 S. 2 ThürVerf.

28 Vgl. zur Pflicht, Gleichstellungsbeauftragte für die Gleichstellung der Geschlechter einzuführen: BVerfG v. 26. Oktober 1994, 2 BvR 445/91, BVerfGE 91, 228; VerfG LSA v. 12. Dezember 1997, LVG 9/95, LVerfG 7, 284; NdsStGH v. 13. März 1996, StGH 1, 2, 4, 6-20/94, NdsVBl. 1996, 87.

### III. Teilhabeplanung durch Städte, Gemeinden und Kreise

#### 1. Kommunale Selbstverwaltung

Die Gemeinden, Städte und Kreise sind der rechtlich und politisch vorgegebene Sozialraum oder sie definieren ihn<sup>29</sup>. Eine an der Inklusion in die örtliche Gemeinschaft und in allgemeine Lebenszusammenhänge orientierte Umsetzung des Rechts behinderter Menschen und eine entsprechende Behindertenpolitik müssen daher eine (Re-) Kommunalisierung der Behindertenpolitik diskutieren<sup>30</sup>.

Die Selbstverwaltung der Städte und Gemeinden sowie der Gemeindeverbände, insbesondere der Kreise, ist durch das Verfassungsrecht der Länder<sup>31</sup> und durch Art. 28 Abs. 2 GG garantiert. Die kommunale Selbstverwaltung umfasst vor allem das Recht, im Rahmen der Gesetze die örtlichen Angelegenheiten selbst zu finden und zu bestimmen, eigenes Satzungsrecht zu geben, eigene Haushaltsmittel auch mit Hilfe eigener Finanzquellen auszugeben und die eigene Verwaltung selbst zu organisieren<sup>32</sup>.

Die kommunalen Hoheiten umfassen auch das Recht, einen umfassenden Planungsprozess zur Teilhabe behinderter Menschen auf dem Gebiet der jeweiligen kommunalen Körperschaft in Gang zu setzen. Dabei sind die Schranken des Landes- und Bundesrechts einzuhalten.

Wenn Art und Umfang der Teilhabeplanung von den Städten, Gemeinden und Kreisen im Rahmen ihrer gewählten Volksvertretungen selbst definiert werden, kann dies vorzugswürdig gegenüber einer nur widerwillig administrierten Pflichtaufgabe sein. Der bis zum Beschluss über Art und Umfang einer Teilhabeplanung notwendige Diskussionsprozess kann bereits Bestandteil notwendiger Prozesse der Bewusstseinsbildung<sup>33</sup> und Veränderung sein. Zudem kann ein selbst gestalteter Planungsprozess örtliche Besonderheiten und Erfahrungen besser aufgreifen als eine gesetzlich verordnete Planung. Er kann mit der Bau- und Flächenplanung verknüpft werden, die einen gewichtigen Einfluss auf Teilhabechancen hat<sup>34</sup>.

---

29 Vgl. Mario Rund/Ronald Lutz/Tilo Fiegler, Kommunale Teilhabeplanung im Kontext Integrierter Sozialraumplanung Behindertenpolitik, in: Lampke/Rohrmann/Schädler (Fußn. 1), S. 89-104.

30 Albrecht Rohrmann, (Re)kommunalisierung der Behindertenpolitik, in: Lampke/Rohrmann/Schädler (Fußn. 1), S. 25-37.

31 Art. 71 BWVerf; Art. 11 BayVerf; Art. 97 BbgVerf; Art. 144 BremVerf; Art. 137 HessVerf; Art. 72 MVVerf; Art. 57 NdsVerf; Art. 78 NWVerf; Art. 49 RhPfVerf; Art. 117 SLVerf; Art. 84 SächsVerf; Art. 87 LSAVerf; Art. 91 ThürVerf.

32 BVerfG v. 23. November 1988, BVerfGE 79, 127.

33 Art. 8 BRK.

34 Vgl. VGH München v. 4.3.2005, N 04.2100.



Dagegen ist zu bedenken, dass die Kommunen schon bisher frei waren, eine Teilhabeplanung durchzuführen und dies in ihrer großen Mehrheit nicht getan haben<sup>35</sup>. Da behinderte Menschen eine strukturelle Minderheit sind, bedeutet ein Warten auf den freiwilligen Start, dass die behinderten Menschen auf die Einsicht einer nichtbehinderten Mehrheit angewiesen sind. Unter den Bedingungen einer zum Teil bis zur Notlage angespannten Haushaltslage ist zudem zu befürchten, dass jede freiwillige Aufgabe notleidender Kommunen bis zur Grenze der Vernachlässigung zurückgestellt wird und zurückgestellt werden muss.

Die Länder können die Kommunen verpflichten, Selbstverwaltungsaufgaben zu erfüllen (pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben). In diesen Fällen ist nur die Entscheidung über das „Ob“ gesetzlich getroffen, während das „Wie“ den Kommunen überlassen bleibt. Es besteht dann nur eine Rechtsaufsicht des Landes, die den Kommunen erheblichen Spielraum belässt.

## 2. Kommunen als Träger staatlicher Aufgaben

Kommunen können auch von den Ländern als Träger staatlicher Aufgaben bestimmt werden. Je nach Ausgestaltung der Kommunalverfassung in den Ländern können dies Weisungsaufgaben sein, bei denen Landesbehörden die Fachaufsicht übernehmen und so den kommunalen Handlungsspielraum einengen, oder die Kommunen können im Wege der Organleihe vollständig in die Landesverwaltung eingegliedert werden.

Eine Übertragung von Teilhabeplanung als staatliche Weisungsaufgabe kann sinnvoll sein, wenn das Land sich eine fachliche Beteiligung und Standardisierung vorbehalten will, insbesondere weil bei der Planung Bereiche unmittelbarer Landesverwaltung einbezogen werden, wie vor allem der Schulbereich. Auch das für die Barrierefreiheit wichtige Bauordnungsrecht<sup>36</sup> ist kommunale Weisungsaufgabe.

Ebenso wie bei pflichtigen Selbstverwaltungsaufgaben besteht bei der Übertragung von Weisungsaufgaben und bei der Organleihe eine in den Landesverfassungen garantierte und landesrechtlich ausgestaltete Pflicht zum Ausgleich der Kosten, die Konnexität von Aufgabenübertragung und finanziellem Ausgleich<sup>37</sup>. Das gilt allerdings nicht für Aufgaben, die schon bisher bestanden und nur vernachlässigt wurden, wie etwa oft die Überwachung der Barrierefreiheit im Bauordnungsrecht. Auch löst eine Konkretisierung des Stands der Technik in Planungsprozessen noch keine Ausgleichspflicht aus.

35 Vgl. hierzu positiv gewendet: *Kerstin Steinfurth*, Ein neuer kommunaler Planungsoptimismus und seine Chancen für die Behindertenpolitik, in: *Lampke/Rohrmann/Schädler* (Fußn. 1), S. 79-88.

36 *Joachim Steinbrück*, Barrierefreiheit von Wohn- und öffentlich zugänglichen Gebäuden – Regelung Gehalt, Wirkung und Durchsetzung baurechtlicher Bestimmungen, *Behindertenrecht* 2009, S. 157 ff.; OVG Sachsen-Anhalt v. 16.12.2010, 2 L 246/09 – juris.

37 Vgl. VerfGH Rheinland-Pfalz, Urt. v. 16.3.2001, VGH B 8/00 (Förderung von Betreuungsvereinen).



### 3. Beteiligung behinderter Menschen

Unabhängig von Art, Ausmaß und Rechtsform der örtlichen Teilhabeplanung ist die Beteiligung behinderter Menschen zu regeln. Sie ist zweckmäßig, um den mehrheitlich nichtbehinderten Entscheidungsträgern in Verwaltung und Selbstverwaltung die Lebenssituation behinderter Menschen zu vermitteln. Sie ist auch durch Art. 4 Abs. 3 BRK geboten, wonach bei Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung der BRK und bei anderen Entscheidungsprozessen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, die Vertragsstaaten mit diesen über ihre Organisationen enge Konsultationen führen und sie aktiv einbeziehen müssen. Diese rechtliche Positivierung des Prinzips „nichts über uns ohne uns“ bindet alle Ebenen der öffentlichen Gewalt. Sie ist eine notwendige partizipative Ergänzung aktivierender Strategien<sup>38</sup>.

Die Form der Beteiligung behinderter Menschen und ihrer Organisationen ist nicht vorgeschrieben. Klar ist jedoch, dass eine rein advokatorische Beteiligung durch einzelne Beauftragte – seien diese behindert oder nicht – nicht ausreicht, da es darauf ankommt, die behinderten Menschen in der Vielfalt ihrer Beeinträchtigungen und Lebenssituationen zu erreichen. Werden Beauftragte eingesetzt, so muss deren Aufgabe sinnvollerweise darin bestehen, die Konsultation mit den behinderten Menschen und ihren Organisationen zu institutionalisieren, also als ständiger Ansprechpartner und Vermittler sowie Interessenvertreter in der Verwaltung zu agieren. Ergänzend oder alternativ zum Konzept des Beauftragten steht die Beteiligung durch Beiräte, in denen typischerweise die Vielfalt behinderter Menschen und ihrer Organisationen abgebildet wird. Sowohl Beauftragte als auch Beiräte sind in den Kommunalverfassungen der Länder als Ausgestaltung der kommunalen Selbstverwaltung zum Teil ausdrücklich zugelassen<sup>39</sup>, anderenfalls können sie mit beratenden Funktionen im Rahmen der Organisationshoheit eingerichtet werden.

Besonders zu beachten ist, dass bei Konsultationen und organisierter Repräsentanz behinderter Menschen bestimmte Gruppen nicht ausgegrenzt werden. Hier sind zunächst die Kinder mit Behinderungen zu nennen, die in Art. 4 Abs. 3 BRK ausdrücklich genannt werden. Sie sind auch, und zwar nicht nur über ihre Eltern und Erziehungsberechtigten, einzubeziehen. Die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen ist ihrerseits Gegenstand des Kinder- und Jugendhilferechts<sup>40</sup> und von Kommunalverfassungen<sup>41</sup>. Sie sollte so ausgestaltet werden, dass behinderte Kinder und Jugendliche an ihr teilhaben. Weiterhin sind zu beachten die jeweils durch eine besondere Situation betroffenen behinderten Frauen, behinderten Migrantinnen und Migranten sowie die seelisch und

38 Michael Spörke, Behindertenpolitik im aktivierenden Staat und ihre Auswirkungen auf die kommunale Ebene, Behindertenpolitik, in: Lampke/Rohrmann/Schädler (Fußn. 1), S. 39-54.

39 Z.B. § 47d GO SH (sonstige Beiräte).

40 § 8 SGB VIII.

41 Z.B. § 8c HGO; § 47 f GO SH.

geistig behinderten Menschen, die sich zum Teil nicht in traditionellen und bisher üblichen Formen beteiligen können.

#### *IV. Regionale Teilhabeplanung durch Sozialleistungsträger*

##### *1. Planungsverantwortung nach SGB I und SGB X*

Die Sozialleistungsträger sind nach § 17 Abs. 1 SGB I verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass jede berechnigte Person die ihr zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält, die zur Ausführung der Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und umfassend zur Verfügung stehen, der Zugang zu den Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet wird, ihre Verwaltungs- und Dienstgebäude frei von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren sind und Sozialleistungen in barrierefreien Räumen und Anlagen ausgeführt werden. Diese Verantwortung macht deutlich, dass die Sozialleistungsträger keine bloßen „Kostenträger“ sind – das Wort kommt aus gutem Grund im Gesetz nicht vor –, sondern eine umfassende Verantwortung haben, die Zugänglichkeit von Sozialleistungen als Voraussetzung der gesetzlichen Leistungsansprüche zu gewährleisten.

Um dieser Verantwortung gerecht zu werden, haben die Leistungsträger ihre Verwaltung entsprechend zu gestalten, insbesondere im Bereich der Auskunft und Beratung<sup>42</sup>. Je nach spezifischen Rechtsgrundlagen erbringen sie die Sozialleistungen selbst durch eigene Dienste und Einrichtungen oder sie schließen Verträge mit freien und gemeinnützigen oder privaten freiberuflichen oder gewerblichen Leistungserbringern (vgl. § 17 Abs. 1 SGB IX). Diese Verträge sind oft in kollektive Rahmenverträge auf Landesebene<sup>43</sup> mit Vergütungs- und Qualitätsregelungen eingebettet, mit denen gleichmäßige, regional und fachlich hinreichende Leistungsangebote gewährleistet werden sollen. Auch die Förderung von Einrichtungen, Diensten und Selbsthilfegruppen kann im Rahmen des Haushaltsrechts ein Instrument der Gewährleistung sein<sup>44</sup>.

Ein weiteres Instrument der Sozialleistungsträger ist die Planung. Nach § 95 SGB X sollen die Sozialleistungsträger Planungen, die auch für die Willensbildung und Durchführung von Aufgaben der anderen Leistungsträger von Bedeutung sind, im Benehmen miteinander abstimmen sowie gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne in ihrem Aufgabenbereich über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereit-

42 Vgl. § 22 SGB IX (Gemeinsame Servicestellen); dazu *Reza Fakhr Shafaei*, Die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, 2008; § 92c SGB XI (Pflegetützpunkte); dazu *Thomas Klie/Hannes Ziller*, Zur Organisationsstruktur von Pflegetützpunkten, NDV 2009, S. 173-178.

43 § 21 Abs. 2 SGB IX; § 78 f SGB VIII; § 75 SGB XI; § 79 SGB XII.

44 §§ 19 Abs. 5, 29 SGB IX.

stellung und Inanspruchnahme, anstreben<sup>45</sup>. Die jeweiligen Gebietskörperschaften sowie die gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen sollen hinsichtlich der Bedarfsermittlung beteiligt werden. Auch zu diesem Zweck können nach § 94 SGB X Träger der Sozialversicherung, Verbände von Trägern der Sozialversicherung und die Bundesagentur für Arbeit insbesondere zur gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung, Koordinierung und Förderung der engen Zusammenarbeit im Rahmen der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben Arbeitsgemeinschaften bilden. Die Träger der unmittelbaren Staatsverwaltung und die Gemeinden, Städte und Kreise als Sozialleistungsträger sind hier deshalb nicht genannt, weil ihre Verwaltungsorganisation alleine in die Gesetzgebungskompetenz der Länder fällt. Auch insoweit wäre es zweckmäßig, die Zusammenarbeit von Sozialleistungsträgern zum Zwecke der Planung – auch Teilhabeplanung – landesgesetzlich auszugestalten.

## 2. Planungsverantwortung für Leistungen zur Teilhabe nach SGB IX

Verdeutlicht wird die Planungsverantwortung der Sozialleistungsträger für die Rehabilitationsträger als Träger der Leistungen zur Teilhabe in § 19 Abs. 1 SGB IX. Danach sind diese verpflichtet, gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierung darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen.

Problematisch für die Praxis ist, dass die Rehabilitationsträger – die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit sowie die nach Landesrecht bestimmten Träger der sozialen Entschädigung, der Kinder- und Jugendhilfe und der Sozialhilfe – bislang über keine gemeinsamen Strukturen verfügen, in denen sie der Planungsverantwortung nachkommen können. Das gegliederte System der Leistungen zur Teilhabe ist nicht nur vertikal auf sieben Gruppen von Rehabilitationsträgern verteilt, die jeweils nach eigenen Grundsätzen die Infrastruktur ihrer Leistungen planen – oder auch nicht –, es ist auch horizontal so gegliedert, dass die einen Träger vorrangig auf Bundesebene agieren – wie die Bundesagentur –, andere auf Bundes- und Landesebene in einer zum Teil konkurrierenden Binnengliederung – wie Rentenversicherung und Krankenkassen – und wieder andere verteilt auf die Landes- und Kommunalebene – wie Sozialhilfe und Jugendhilfe. Einen in den Gemeinden präsenten Verwaltungsunterbau haben längst nicht alle Träger. Vielmehr haben Fusionen und Zentralisierung dazu geführt, dass sich viele von ihnen aus der örtlichen Ebene zurückgezogen haben und mit Bürgern und Leistungserbringern nicht mehr unmittelbar kommunizieren.

---

45 Vgl. *Ernst-Wilhelm Luthe*, Sozialplanungsrecht, ZSR 1994, S. 762-780, 838-855.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist als privatrechtlicher Verein öffentlich-rechtlicher und privatrechtlicher Akteure ausgestaltet, der als Rahmen für Einigungsprozesse der Rehabilitationsträger im Rechtsraum des Bundes dient. Dagegen können die Länder und die kommunalen Sozialleistungsträger sich zwar aus eigener Einsicht an diesen Prozessen beteiligen, können aber bundesrechtlich nur gebunden werden, sich an ihnen zu orientieren (§ 13 Abs. 6 SGB IX).

In § 12 Abs. 2 SGB IX ist geregelt, dass die Rehabilitationsträger regionale Arbeitsgemeinschaften bilden sollen. Diese Arbeitsgemeinschaften wären geeignet, die Planung der Dienste und Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe auf regionaler und örtlicher Ebene zu operationalisieren. Bislang sind regionale Arbeitsgemeinschaften nicht gebildet worden. Nötig wären entweder freiwillige Entscheidungen der einzelnen Rehabilitationsträger oder landesrechtliche Regelungen, die zwar möglich<sup>46</sup>, bislang aber unterblieben sind. Spätestens seit der Föderalismusreform kann das SGB IX nicht ohne aktive Beteiligung der Länder umgesetzt werden.

### *3. Planungsverantwortung für Pflegeleistungen nach SGB XI*

Die Sicherstellungsverantwortung für die Leistungen der Pflegekassen liegt nach § 69 SGB XI bei den Pflegekassen, die verpflichtet sind, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten<sup>47</sup>. Als Instrumente hierzu sind benannt Versorgungsverträge, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern. Die Pflegekassen sind aber nicht die einzigen Träger von Pflegeleistungen, sondern werden hierbei von den Trägern der Sozialhilfe ergänzt (§ 61 SGB XII).

Nach § 8 Abs. 2 SGB XI wirken die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Sie sollen danach zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen beitragen; das soll insbesondere für die Ergänzung des Angebots an häuslicher und stationärer Pflege durch neue Formen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege sowie für die Vorhaltung eines Angebots von der Pflege ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten. Sie sollen darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Be-

46 Vgl. Welti/Shafaei (Fußn. 25), S. 125.

47 Vgl. Felix Welti, Qualitätssicherung, Fallmanagement und räumliche Versorgungsstrukturen, in: Karl-Jürgen Bieback (Hrsg.), Die Reform der Pflegeversicherung 2008, Berlin 2009; Silke Hamdorf, Öffentliche und private Verantwortung für Qualität in der Pflege, Berlin 2009.

treuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen unterstützen und fördern und so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hinwirken. Diese allgemeine bundesrechtliche Zielvorgabe ist in den Pflegegesetzen der Länder in unterschiedlicher Weise operationalisiert worden. Überwiegend ist eine kommunale Pflegeplanung ausdrücklich vorgesehen<sup>48</sup>, die in eine umfassendere Teilhabeplanung einbezogen werden müsste.

Da Menschen mit Pflegebedarf eine Teilgruppe behinderter Menschen sind, ist die örtliche Pflegeplanung ein wichtiger Teilbereich von Teilhabeplanung. Die bisherige Trennung der Regelungsbereiche von Teilhabe und Pflege im Sozialrecht sollte nicht dazu führen, die notwendigen Überschneidungen und Wechselwirkungen zwischen der notwendigen Infrastruktur von Diensten, Einrichtungen und Selbsthilfe aus dem Blick zu nehmen<sup>49</sup>. Sie kann auch die Verbindung zu Planungsprozessen im Sinne älterer Menschen<sup>50</sup> herstellen.

#### 4. Gesundheitsplanung

Die Sicherstellungsverantwortung für die allgemeine gesundheitliche Versorgung liegt in Bezug auf Krankenhäuser bei den Ländern, die nach ihren Krankenhausgesetzen Krankenhauspläne erstellen, bei denen die Gemeinden und Kreise zumeist beteiligt sind. Für die vertragsärztliche Versorgung liegt der Auftrag zur Sicherstellung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 72 SGB V), die darüber Verträge mit den Krankenkassen auf Landesebene schließen. Für nichtärztliche Teile der Krankenbehandlung wie etwa die Versorgung mit Hilfsmitteln und Heilmitteln liegt die Verantwortlichkeit bei den Krankenkassen. Diese uneinheitliche Verantwortung im Bereich der Krankenbehandlung führt zu Abstimmungsproblemen. Sie ist nicht günstig für eine umfassend an den besonderen Bedürfnissen chronisch kranker und behinderter Versicherter orientierte Infrastruktur (vgl. § 2a SGB V). Eine ergänzende Funktion in der Gesundheitsversorgung hat der landesrechtlich geregelte öffentliche Gesundheitsdienst, der meist auf örtlicher Ebene von den Kreisen und kreisfreien Städten getragen wird. Ihm wird in einigen Landesgesetzen eine Planungsfunktion zugeschrieben<sup>51</sup>.

48 § 6 PflG NW; § 4 Pflege-V-AG SN; § 2 ThürAG PflegeVG; § 5 Abs. 2 LPflegeG M-V; §§ 4, 5 NPflegeG; § 2 LPflegeASG Rheinland-Pfalz; § 4 Abs. 2 HessAG PflegeVG; § 2 HmbLPG; § 4 BremAGPflegeVG; § 4 LPflgG BW; § 2 LPflegEG Berlin; § 3 LPflegeG SH; Art. 69 AGSG Bayern.

49 Vgl. *Felix Welti*, Bietet das SGB IX einen geeigneten Rahmen für Teilhabe und Pflege?, Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 2010, H. 3, S. 46-62.

50 Vgl. *Cordula Barth*, Örtliche Teilhabeplanung für ältere Menschen mit und ohne Behinderung Behindertenpolitik, in: *Lampke/Rohrmann/Schädler* (Fußn. 1), S. 257-268.

51 § 6 GDG Berlin; § 24 ÖGDG NRW; § 9 Abs. 3 BbgGDG; § 12 ÖGDG Bremen; § 5 HmbGDG; § 12 GDG LSA.

## *V. Schluss*

Insgesamt ist eine regionale und örtliche Teilhabeplanung ein zweckmäßiges, jedenfalls im Bereich der Sozialleistungen auch notwendiges und im Gesetz angelegtes, wenn auch nicht ausgeformtes Instrument, um die staatliche und öffentliche Verantwortung für behinderte Menschen wahrzunehmen. Teilhabeplanung kann aus der kommunalen Selbstverwaltung heraus angeregt und entwickelt werden. Dabei sollte an die bestehenden kommunalen Kompetenzen in der Pflege- und Gesundheitsplanung angeknüpft werden. Um umfassend wirksam zu werden, sind aber auch die nicht-kommunalen Rehabilitationsträger und die Pflegekassen sowie Landes- und Bundesbehörden einzubeziehen.

Politisch sinnvoll wäre es daher, die örtliche und regionale Teilhabeplanung im Bundesrecht – am Besten im SGB IX – explizit zu verankern. Dabei müsste zugleich verdeutlicht werden, dass die Länder die nähere Ausgestaltung regeln können und müssen. Auf eine solche Regelung sollte aber nicht gewartet werden, denn Handlungsbedarf und Handlungsmöglichkeiten bestehen schon heute.



# Barrieren im Sozialraum – ein Kommentar

*Markus Schäfers*

I. Einführung	101
II. Teilhabeförderliche Umwelt schaffen	102
III. Unterstützungssysteme reformieren	103
IV. Positives Bild von Behinderung in der Öffentlichkeit vermitteln	104
V. Literatur	105

## *I. Einführung*

Wie lassen sich teilhabeförderliche Umwelten schaffen? Moderne fachliche und sozialpolitische Konzepte richten ihren Blick – stärker als in der Vergangenheit – auf die Umwelten, in denen Menschen mit Behinderung leben und ihren Alltag zu bewältigen versuchen. Damit wird den sozialen Einflussgrößen bei der Entstehung und Ausprägung von Behinderung größerer Stellenwert eingeräumt. Konkrete Umwelten umfassen nicht nur die baulich-materielle Umgebung, sondern auch Aspekte wie die Zugänglichkeit von Informationen, die Einstellung und das Verhalten von Mitbürgerinnen und Mitbürgern gegenüber Menschen mit Behinderung oder die Beschäftigungspolitik von Arbeitgebern.

Insofern erscheint es vielversprechend, bei der Frage danach, wie sich die Möglichkeitsräume von Menschen mit Behinderung zur gesellschaftlichen Teilhabe erweitern lassen, bei den vielfältigen gesellschaftlich geprägten Umweltbarrieren anzusetzen. Welche Zielrichtungen, Strategien und Konzepte erscheinen dabei zukunftsweisend?

Ich möchte von drei Thesen ausgehen, um zentrale Herausforderungen, die mit dem Thema „Inklusionsbarrieren“ zusammenhängen, zu identifizieren und da, wo es möglich erscheint, Ansätze zur Lösung und Überwindung folgender Herausforderungen abzuleiten:

1. Die „Inklusionsfähigkeit“ der Gesellschaft ist begrenzt
2. Traditionelle Hilfesysteme werden als ineffektiv beurteilt und als Instanzen, die selbst exkludierend wirken