



**Diskussionsforum Teilhabe und Prävention**

Herausgegeben von:

**Dr. Alexander Gagel & Dr. Hans-Martin Schian**

in Kooperation mit:

**Prof. Dr. Wolfhard Kohte**  
Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg

**Prof. Dr. Ulrich Preis**  
Institut für Deutsches und  
Europäisches Sozialrecht,  
Universität zu Köln

**PD Dr. Felix Welti**  
Institut für Sozialrecht und  
Sozialpolitik in Europa, Christian-  
Albrechts-Universität zu Kiel

Januar 2007

## **Forum D**

Entwicklungen und Reformvorschläge im Recht der Teilhabe und Prävention  
– Diskussionsbeitrag Nr. 1/2007 –

### **5 Jahre SGB IX – was hat sich bewährt?**

*von Dr. Hartmut Haines, BMAS*

Auf der diesjährigen IQPR/BAR-Fachtagung „Teilhabepotenziale frühzeitig erkennen und nutzen – betriebliche Eingliederung gestalten“ am 07./08. November in Bonn hat Dr. Hartmut Haines, BMAS, in einem Referat seine Einschätzung dargestellt, was sich nach 5jähriger Geltung im SGB IX bewährt hat. Das Manuskript seines Vortrags hat er uns zur Veröffentlichung im Diskussionsforum zur Verfügung gestellt.

Dem Vortrag liegen folgende Thesen zugrunde:

- 1. Wichtige Merkmale des SGB IX sind das übergreifende Ziel der Prävention, die trägerübergreifenden inhaltlichen Vorgaben für Leistungen zur Teilhabe und die Abkehr von Bevormundung behinderter Menschen hin zu individueller Unterstützung selbstbestimmten Lebens und gleichberechtigter Teilhabe insbesondere am Arbeitsleben.**
- 2. Dabei kommt es darauf an, unter Berücksichtigung des sich wandelnden Arbeitslebens Chancen statt Probleme zu suchen, zu sehen und zu bewerten.**
- 3. Die inhaltlichen Vorgaben des SGB IX gelten auch für behinderte oder von Behinderung bedrohte Berechtigte der Grundsicherung für Arbeitssuchende**
- 4. Die Umsetzung vieler im SGB IX verankerter Neuerungen - auch in die einzelnen Trägerbereiche hinein - ist noch ausbaufähig und ausbauwürdig. "Vom SGB IX lernen heißt siegen lernen."**
- 5. Die im SGB IX aus politischer Notwendigkeit verfolgte Linie, am gegliederten System von Trägerschaften festzuhalten, bringt zwar Probleme, bietet aber auch Chancen.**
- 6. Das SGB IX zielt auf Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe und gebietet daher - in einem „medizinkritischen“ Ansatz - die Einbindung der übergreifenden Zielsetzungen in Krankenbehandlung, § 27 SGB IX, und medizinische Rehabilitation, § 11 SGB IX.**
- 7. § 84 Abs. 2 SGB IX verfolgt diesen Ansatz ebenfalls insofern, als er Aktivitäten zur Sicherung des Arbeitsplatzes unabhängig von medizinischer Behandlung vorschreibt.**

Dr. Alexander Gagel  
Marcus Schian  
Dr. Hans-Martin Schian

Wir möchten Sie auch auf die Sammlung aller bisher erschienenen Diskussionsbeiträge im Internet unter [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de) aufmerksam machen und Sie herzlich einladen sich an der Diskussion durch eigene Beiträge und Stellungnahmen zu beteiligen.

**Hartmut Haines, BMAS**

## **5 Jahre SGB IX – was hat sich bewährt?**

**Beitrag zur IQPR/BAR-Fachtagung „Teilhabe potentials frühzeitig erkennen und nutzen - betriebliche Eingliederung gestalten“ am 7. und 8. November 2006**

Nachdem andere Beiträge heute die langjährige Kontinuität der Bemühungen um die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben dargestellt haben, gehe ich aufgrund meines Themas eher von den Fragen aus: Was ist neu? Was hat sich seit dem SGB IX verändert?

Als ich vor fast einem Vierteljahrhundert die Branche erstmals kennen lernte, wurden dort zu meinem Erstaunen behinderte Menschen zu Bildungs„maßnahmen“ in Berufsförderungswerke „einberufen“. Daran störte mich nicht nur der militärähnliche Sprachgebrauch; mehr noch störte mich das Verständnis von „fertigen“ Maßnahmen, deren sich die Teilnehmer „nur noch unterziehen“ sollten. Und wenn solche „Maßnahmen“ den Teilnehmern nicht „passten“ (wie beispielsweise ein Stahlhelm), dann war das natürlich deren Versagen. Folgerichtig las ich dann bald in einem Jahresbericht eines bis heute stolzen Berufsförderungswerks die stolze Darstellung, dass bei einem neuen Bildungsgang, den man einige Zeit zuvor eingerichtet hatte, erfreulicherweise mehr als die Hälfte der Teilnehmer die Teilnahme abgebrochen hatten, weil sie offenkundig eines solch wertvollen Angebots nicht würdig seien ...

Von dieser Welt zu der des SGB IX war der Weg lang, nicht nur zeitlich. Wer die Vorgaben des SGB IX ernstnimmt, gibt behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen Hilfe zu ihrer Teilhabe am Arbeitsleben nicht durch „Einberufung“ zu „Maßnahmen“, sondern begleitet und unterstützt sie in zielorientierten Prozessen, bei Bedarf durch Leistungen zur Teilhabe.

Und noch etwas hat sich verändert, seit ich die Berufsförderungs- und die Berufsbildungswerke kennenlernte. Damals gingen Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik von zwei Axiomen aus: dass Kenntnisse und Fertigkeiten, die man in der Berufsausbildung gelernt hat, für das ganze Arbeitsleben zu gebrauchen sind - und zweitens, dass jeder, der eine ordentliche Berufsausbildung hat, sein ganzes Arbeitsleben lang Beschäftigung findet, und zwar in aller Regel in dem erlernten Beruf. Wer behinderten und von Behinderung

bedrohten Menschen heute Rat und Unterstützung zu ihrer Teilhabe am Arbeitsleben geben will, kann von solchen Voraussetzungen nicht mehr ausgehen.

Ausgehen können und sollen Leser und Anwender des SGB IX heute und morgen von dessen inhaltlichen Vorgaben:

- von den Zielsetzungen in § 1, also von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen (sowie der Festlegung, dass diese nicht nur für die eingangs erwähnte, potentiell militärnah anzusprechende Adressatengruppe, also für ältere Männer, sondern auch für Frauen und Kinder gelten sollen);
- von dem Behinderungsbegriff in § 2, nach dem es nicht auf körperliche, geistige oder seelische „Defizite“, sondern auf die durch sie tatsächlich bewirkten Teilhabeprobleme ankommt;
- von dem übergreifenden Ziel der Prävention von Beeinträchtigungen aller Art nach § 3;
- von den inhaltlichen Vorgaben für Leistungen zur Teilhabe, wie sie trägerübergreifend für alle Leistungsbereiche in § 4 und für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben insbesondere in § 33 festgelegt sind.

„Berufliche Rehabilitation“ ist danach nicht (mehr) Ziel, sondern „nur“ Mittel zu dem Ziel: Teilhabe am Arbeitsleben; und die Reihenfolge der beim jeweiligen Problem zu prüfenden Ansatzpunkte für Leistungen ist im § 33 Abs. 3 verbindlich festgelegt:

1. Hilfen zur a) Erhaltung oder b) Erlangung eines Arbeitsplatzes - beide einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen - ,
2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
3. berufliche Anpassung und Weiterbildung,
4. berufliche Ausbildung ...

Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden nach § 33 Abs. 1 nicht „Maßnahmen“, sondern die erforderlichen Leistungen erbracht, 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. Mit anderen Worten: Besteht eine berechnete Erwartung, dass eines dieser Ziele erreichbar ist, und gibt es keine realisierbaren alternativen Wege zum Erreichen eines dieser Ziele, dann sind die einschlägigen Leistungen „erforderlich“. Damit entspricht die von der Bundesagentur für Arbeit „erfundene“ Kategorie von „Betreuungskunden“ zumindest insoweit nicht den gesetzlichen Vorgaben, als es um behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben

geht; denn bei der genannten Kategorie werden Probleme gesucht, gesehen und bewertet, nicht aber Möglichkeiten und Chancen, um die es dem SGB IX geht. Und die gleichen inhaltlichen Vorgaben zu Gunsten behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gelten, wie im Sommer dieses Jahres noch einmal gesetzlich klargestellt wurde, auch für Berechtigte bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende, gleichgültig, ob sie - gegebenenfalls auf Vorschlag der Bundesagentur für Arbeit - von Kommunen oder von Arbeitsgemeinschaften mit den erforderlichen Leistungen auszustatten sind. Und hier wie dort gilt das Ziel der Prävention mit der Pflicht, zur Vermeidung schädlicher Entwicklungen im Einzelfall möglichst früh zu intervenieren.

An dieser Stelle sind in den letzten Jahren noch einmal die Probleme sehr deutlich und schmerzhaft spürbar geworden, die sich aus der Linie des SGB IX ergeben, an der Aufteilung der verantwortlichen Leistungsträgerschaft entsprechend der traditionell gewachsenen Gliederung festzuhalten und bei Probleme Abhilfe durch eher individuell ausgerichtete Lösungen zu suchen. Ich sehe nach wie in und für Deutschland vor keine sinnvolle und realistische Alternative zu dieser Linie; aber behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen müssen für ihre Teilhabe am Arbeitsleben den gleichen Zugang zu den erforderlichen Sozialleistungen haben, gleich welcher Rehabilitationsträger für sie zuständig ist. „Die Gesellschaft“ und „die Politik“ sind im Obligo, nicht zuzulassen, dass betroffene Menschen „von Pontius zu Pilatus geschickt“, von unterschiedlichen Rehabilitationsträgern nach unterschiedlichen Maßstäben behandelt oder gar zwischen ihnen zerrieben zu werden. Aber ein Rückblick über die vergangenen Jahrzehnte zeigt, dass die Beteiligung unterschiedlicher Träger und Trägergruppen an der Gesamtaufgabe, behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen bei ihrer Teilhabe am Arbeitsleben beizustehen, das langfristige Verfolgen und das langfristige Erreichen der im SGB IX festgelegten Zielsetzungen eher stabilisiert als gefährdet hat. Ich sage das nicht nur mit Blick auf finanzielle Bedrohungen und Zwänge, die bei einzelnen Rehabilitationsträger(gruppe)n manchmal zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlicher Weise spürbar werden und dann mit Blick auf die mit dem SGB IX angestrebten gemeinsamen Zwänge manchmal leichter überwunden werden konnten und können. Ich sage das auch für die Anpassung von Leistungspraktiken der Rehabilitationsträger an die vorhin angesprochene Fortentwicklung des Arbeitslebens; beispielsweise hat die Rentenversicherung der wachsenden Bedeutung behinderungsgerecht angepasster Arbeitsplätze im Rahmen der Prioritäten des § 33 Abs. 3 viel früher Rechnung getragen als die Arbeitsverwaltung.

Die meisten „Mittäter“ des SGB IX wussten, dass die Schaffung und politische Durchsetzung das Eine war, seine Umsetzung aber das Andere, Schwierigere und Wichtigere, nachdem sie das über ein Vierteljahrhundert andauernde Siechtum des Rehabilitations-

Angleichungsgesetzes ja miterlebt, manche auch mitverursacht hatten. Wichtig für diese Umsetzung sind einmal die bereichsübergreifenden und damit automatisch systemstabilisierenden Instrumente des SGB IX wie die Pflicht zur raschen Zuständigkeitsklärung nach § 14 sowie die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger nach § 22. Mindestens ebenso wichtig ist aber die schrittweise Umsetzung von Zielen und Vorgaben des SGB IX in den einzelnen Leistungsbereichen. Die schrittweise Einführung dieser Vorgaben im Rahmen des SGB II habe ich schon angesprochen; ich wage die Aussage, dass die Probleme mit Leistungen zur Teilhabe in diesem Bereich zwar auch aus ungeklärten und ungenutzten Zuständigkeiten entstehen; vor allem aber beruhen sie auf dem Abhandenkommen früherer „Bildungsgewissheit“ und dem Mangel an überzeugenden Teilhabekonzepten. Daher wünsche ich allen Ansätzen und Versuchen viel Erfolg, im Wettbewerb von Ideen, Anbietern und Verantwortlichen solche Konzepte auch für behinderte und von Behinderung bedrohte Grundsicherungsberechtigte zu entwickeln.

Ein anderes Feld, Ideen und Wertungen des SGB IX umzusetzen, erleben wir für den Bereich der Krankenversicherung derzeit im Rahmen der - mal wieder so genannten - „Gesundheitsreform“. § 27 SGB IX hatte hier die ersten Vorgaben zur „Homogenisierung“ der zu verfolgenden Zielsetzungen gemacht, die bei der letzten - auch so genannten - „Gesundheitsreform“ insbesondere mit § 2a SGB V ausgebaut wurden. Derzeit stehen erweiterte Vorgaben hinsichtlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf der Tagesordnung, aber auch zu den präventiven Leistungen der Krankenversicherung. Auch hier muss die leistungsrechtliche Fortentwicklung vorbereitet, begleitet und umgesetzt werden durch die Fortentwicklung inhaltlicher Konzepte, etwa im Bereich geriatrischer Versorgung. - Als weiteren Bereich, der unter den Vorgaben von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe fortzuentwickeln sein wird, nenne ich hier nur die Pflegeversicherung; der bei der Behindertenbeauftragten gebildete Arbeitskreis "Teilhabeorientierte Pflege" arbeitet hierzu an zukunftsweisenden Vorschlägen. In der teilweise verwandten und angrenzenden Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in der Sozialhilfe zeigt sich insbesondere mit dem dort besonders sichtbar voranschreitenden Einsatz Persönlicher Budgets, wo wichtige Entwicklungsmöglichkeiten liegen.

Zurück zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hierzu enthält § 11 zwei Regelungen, deren Potenziale bei weitem noch nicht ausgeschöpft sind. Ich gehe zunächst auf den Absatz 2 ein; danach wird mit den Betroffenen sowie dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich geklärt, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, wenn erkennbar wird, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist. Dies ist nach §§ 4, 10 und 33 eigentlich selbstverständlich; aber die Regelung stellt klar, dass dies auch während einer

Leistung zur medizinischen Rehabilitation geschehen soll, also bereits dann, wenn medizinische Schritte zur Besserung noch nicht abgeschlossen sind.

Der erste Absatz des § 11 geht in seinem „medizinkritischen“ Ansatz noch einen Schritt weiter - mit Geltung zwar seit dem Rehabilitations-Angleichungsgesetz, aber bis heute weitgehend unbeachtet. Da heißt es: „Soweit es im Einzelfall geboten ist, prüft der zuständige Rehabilitationsträger 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.“ Der Gesetzgeber wollte und will damit zweierlei erreichen: wenn ein persönliches Problem eine berufsbezogene Lösung finden kann - beispielsweise in der Arbeitsplatzausstattung, in der Arbeitszeit oder in der Arbeitsorganisation -, dann ist auch diese Lösung anzusteuern, ohne dass man den betroffenen Menschen zu einem kranken Menschen erklären und folgerichtig zunächst erst mal alle medizinischen Wege zur Lösung des Problems ausschöpfen muss. Außerdem wird es damit möglich, viele Probleme als solche zu betrachten und zu lösen, ohne sie zunächst erst mal durch die „medizinische Brille“ wahrzunehmen; denn eines weiß jeder Psychologe: wer einen Hammer besitzt, neigt dazu, jedes Problem möglichst und erst einmal als Nagel wahrzunehmen.

Zur Regelung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement in § 84 Abs. 2 und 3 möchte ich heute nichts sagen, da dies hier morgen andere tun werden. Sie baut diesen „medizinkritischen“ Ansatz des SGB IX aus, indem sie Aktivitäten zur Sicherung des Arbeitsplatzes völlig unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung und völlig unabhängig von erfolgter medizinischer Behandlung vorsieht und vorschreibt - und zwar immer dann, wenn durch längere Abwesenheit vom Arbeitsplatz die Teilhabe am Arbeitsleben gefährdet ist, in präventiver Intervention zugunsten von Menschen, die jetzt behindert oder von Behinderung bedroht sind oder die es später einmal werden.

Was hat sich beim SGB IX bewährt? Vor allem das Ingangsetzen eines Entwicklungsprozesses unter aktiver Beteiligung der betroffenen Menschen und ihrer Organisationen, in dem sich Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen schrittweise durchsetzen lassen - auch, aber nicht nur im Sozialrecht, im Sozialleben und im Arbeitsleben.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.
---