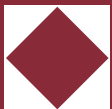


Daniel Hlava

Barrierefreie Gesundheitsversorgung

Rechtliche Gewährleistung unter besonderer Berücksichtigung
der Rechtsdurchsetzung



Nomos

Band 46

Schriften zum Sozialrecht

hervorgegangen aus den von Prof. Dr. Ulrich Becker begründeten
„Schriften zum deutschen und europäischen Sozialrecht“

Herausgegeben von

Prof. Dr. Peter Axer | Prof. Dr. Ulrich Becker, LL.M. | Prof. Dr. Karl-Jürgen
Bieback | Prof. Dr. Winfried Boecken | Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf |
Prof. Dr. Hermann Butzer | Prof. Dr. Ulrike Davy | Prof. Dr. Ingwer Ebsen |
Prof. Dr. Dr. h.c. Eberhard Eichenhofer | Prof. Dr. Maximilian Fuchs |
Prof. Dr. Richard Giesen | Prof. Dr. Alexander Graser | Prof. Dr. Andreas
Hänlein | Prof. Dr. Friedhelm Hase | Prof. Dr. Timo Hebeler | Prof. Dr.
Hans Michael Heinig | Prof. Dr. Stefan Huster | Prof. Dr. Gerhard Igl |
Prof. Dr. Jacob Joussen | Prof. Dr. Markus Kaltenborn | Prof. Dr. Thorsten
Kingreen | Prof. Dr. Wolfhard Kohte | Prof. Dr. Heinrich Lang | Prof. Dr.
Elmar Mand | Prof. Dr. Johannes Münder | Prof. Dr. Ulrich Preis | Prof. Dr.
Stephan Rixen | Prof. Dr. Christian Rolfs | Prof. Dr. Reimund Schmidt-De
Caluwe | Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer | Prof. Dr. Astrid
Wallrabenstein | Prof. Dr. Raimund Waltermann | Prof. Dr. Felix Welti

Daniel Hlava

Barrierefreie Gesundheitsversorgung

Rechtliche Gewährleistung unter besonderer Berücksichtigung
der Rechtsdurchsetzung



Nomos

Dissertation an der Universität Kassel im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften.
Datum der Disputation: 14.11.2017

u.d.T.: Rechtliche Gewährleistung einer barrierefreien Gesundheitsversorgung – unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsdurchsetzung

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Zugl.: Kassel, Univ., Diss., 2017

ISBN 978-3-8487-4899-0 (Print)

ISBN 978-3-8452-9086-7 (ePDF)

1. Auflage 2018

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2018. Gedruckt in Deutschland. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Vorwort

Die vorliegende Arbeit wurde im Oktober 2017 von der Universität Kassel unter dem Titel „Rechtliche Gewährleistung einer barrierefreien Gesundheitsversorgung – unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsdurchsetzung“ als Dissertation angenommen und stellenweise überarbeitet sowie aktualisiert.

Ein Vorwort bietet die Gelegenheit, all den Menschen zu danken, die direkt oder indirekt zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben. An erster Stelle gilt hier mein ganz besonderer Dank Herrn Prof. Dr. Felix Welti für seine stets hilfreiche und zielführende Begleitung und Unterstützung während der Erstellung der Dissertation sowie für seine darüber hinausgehende Förderung. Herrn Prof. Dr. Peter Rott danke ich für die kurzfristige Erstellung des Zweitgutachtens.

Herzlich bedanken möchte ich mich bei meinen Eltern und meiner Familie für die Unterstützung vor und während der Promotionszeit und insbesondere bei meiner Partnerin für ihren Rückhalt, ihre Geduld und ihr Verständnis.

Weiter danke ich meinen Kolleginnen und Kollegen an der Universität Kassel und dem Hugo Sinzheimer Institut sowie all denjenigen, die mich auf diesem Wegabschnitt in vielfältiger Weise unterstützt haben, deren namentliche Nennung aber den gewöhnlichen Umfang eines Vorworts überstrapazieren würde. Stellvertretend danke ich – insbesondere für sorgfältige Korrekturen und Anregungen – Maren Conrad-Giese, Florian Emge, Henning Groskreutz, Christiane Goldbach, Andreas Mann, Dr. Diana Ramm, Alexandra Treml und Sarah Viehmeier.

Inhaltsübersicht

Abkürzungsverzeichnis	29
A. Einführung	33
B. Historische Entwicklung des Behindertengleichstellungsrechts	44
C. Übergeordnete Rechtsquellen einer barrierefreien Gesundheitsversorgung	66
D. Barrierefreie Gesundheitsversorgung im einfachen Recht	134
E. Individuelle Rechtsdurchsetzung und Sanktionen	277
F. Kollektive Rechtsdurchsetzung und Präzisierung	337
G. Behördliche Rechtsdurchsetzung	454
H. Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungsvorschläge	493
Literaturverzeichnis	511

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	29
A. Einführung	33
I. Ausgangslage und Problemstellung	33
II. Untersuchungsgegenstand	37
III. Gang der Untersuchung	39
IV. Einführung in das Recht der Gesundheitsversorgung	39
B. Historische Entwicklung des Behindertengleichstellungsrechts	44
I. Antidiskriminierungsgesetzgebung in den USA	44
II. Behindertenbewegung in der Bundesrepublik Deutschland	45
III. Düsseldorfer Appell von 1991	46
IV. DDR-Verfassungsdiskussion im Kontext der Wiedervereinigung	47
V. Aufnahme des Benachteiligungsverbots in das Grundgesetz	49
VI. Der Weg zum Behindertengleichstellungsgesetz	52
1. Einführung des SGB IX	53
2. Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie	54
3. FbJJ-Entwurf eines Behindertengleichstellungsgesetzes	54
4. Verabschiedung eines Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen	56
VII. Das zivilrechtliche Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz	58
VIII. Die Entstehung der UN-Behindertenrechtskonvention	60
IX. Neuere Entwicklungen	63

C.	Übergeordnete Rechtsquellen einer barrierefreien Gesundheitsversorgung	66
I.	Völkerrecht	66
1.	Allgemeine völkerrechtliche Bestimmungen zu einer barriere- und diskriminierungsfreien Versorgung	66
a.	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte	66
b.	Das Recht auf Gesundheit nach dem UN-Sozialpakt	67
c.	Diskriminierungsfreie medizinische Grundversorgung nach der EMRK	70
d.	Weitere völkerrechtliche Diskriminierungsverbote und Gesundheitsrechte	72
2.	UN-Behindertenrechtskonvention	73
a.	Allgemeines	73
aa.	Zielsetzungen	73
bb.	Verbindlicher Wortlaut	75
cc.	Verständnis von Behinderung	75
dd.	UN-Fachausschuss	76
b.	Benachteiligungsverbot und angemessene Vorkehrungen	77
aa.	Gleichberechtigung	77
bb.	Nichtdiskriminierung	78
cc.	Angemessene Vorkehrungen	80
c.	Zugängliche Gesundheitsversorgung	82
aa.	Allgemeine Anforderungen nach Art. 9 UN-BRK	82
bb.	Anforderungen nach Art. 25 UN-BRK	84
cc.	Ergänzende Vorgaben für die medizinische Rehabilitation nach Art. 26 UN-BRK	86
d.	Rechtswirkungen des Diskriminierungsverbots und der Zugänglichkeit	87
aa.	Stellung der UN-BRK im deutschen Recht	87
bb.	Stellung der UN-BRK im Unionsrecht und Bedeutung für das nationale Recht	91
cc.	Subjektiver Anspruch auf eine barriere- bzw. diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung aus der UN-BRK	92
	(1) Unmittelbare Anwendbarkeit von Vertragsnormen	92

	(2) Progressionsvorbehalt	94
	(3) Anspruchsqualität von Art. 5 Abs. 2 UN-BRK	94
	(4) Anspruchsqualität von Art. 9 UN-BRK	96
	(5) Anspruchsqualität von Art. 25 UN-BRK	97
	e. Ergebnisse der ersten Staatenberichtsprüfung Deutschlands	99
II.	Unionsrecht	100
	1. Kompetenzen und Einflüsse des Unionsrechts im Gesundheitswesen	100
	a. Grundsätze der Rechtsetzungskompetenzen der EU	100
	b. Kompetenzen der EU im Gesundheitswesen	101
	c. Anwendungsbereich grenzüberschreitender Sachverhalte	102
	2. Zugängliche Gesundheitsversorgung im Primärrecht, speziell der EU-GRC	102
	3. Barrierefreiheit im Sekundärrecht	105
	a. Arzneimittelrichtlinie	105
	b. Patientenrichtlinie	106
	c. Vergaberichtlinie	107
	d. Richtlinie zur Barrierefreiheit von Internetangeboten öffentlicher Stellen	108
	4. Ausblick – politische Strategien	109
III.	Verfassungsrecht	110
	1. Wirkungsdimensionen von Grundrechten	110
	2. Allgemeine Grundrechtsbezüge einer barrierefreien Gesundheitsversorgung	113
	a. Menschenwürde	113
	aa. Inhalt der Menschenwürdegarantie	113
	bb. Bedeutung für eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung	115
	b. Allgemeine Handlungsfreiheit	116
	c. Recht auf Gesundheit	117
	d. Informationsfreiheit	120
	3. Gleichbehandlung und Benachteiligungsverbot	121
	a. Allgemeiner Gleichheitssatz nach Art. 3 Abs. 1 GG	121
	b. Wertentscheidung von Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG	121

c.	Persönlicher Anwendungsbereich von Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG – Verständnis von Behinderung	122
aa.	Rechtsprechung des BVerfG von 1997	123
bb.	Wandel des Verständnisses im einfachen und internationalen Recht	123
d.	Benachteiligungsbegriff nach Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG	125
e.	Rechtfertigung von Ungleichbehandlungen	128
4.	Sozialstaatsprinzip	129
a.	Anliegen des Sozialstaats in Bezug auf behinderte Menschen	129
b.	Auftrag zur Schaffung möglichst weitgehender Barrierefreiheit	131
IV.	Zwischenergebnis	132
D.	Barrierefreie Gesundheitsversorgung im einfachen Recht	134
I.	Begriffsbestimmungen	134
1.	Behinderung	134
a.	Grundverständnis und alter Behinderungsbegriff	134
b.	Neuer Behinderungsbegriff im Behindertengleichstellungsrecht	136
c.	Neuer Behinderungsbegriff im Sozialrecht	137
d.	Verständnis von Behinderung im AGG	138
e.	Zusammenfassung	140
2.	Barrierefreiheit	140
a.	Definition	140
b.	Menschen mit einer Behinderung als Adressaten von Barrierefreiheit	141
c.	Gestaltete Lebensbereiche	142
aa.	Wortlaut	142
bb.	Systematik	142
cc.	Historie	143
dd.	Normzweck	144
ee.	Ergebnis	145
d.	Zugänglichkeit und Nutzbarkeit	145
e.	Die allgemein übliche Weise	145
f.	Keine besondere Erschwernis	146
g.	Grundsatz der Eigenständigkeit	147
h.	Zusammenfassung	148

i.	Relativierung und Begrenzung umfassender Barrierefreiheit	149
aa.	Normative Konkretisierung der gebotenen Barrierefreiheit	149
bb.	Vorbehalt des Möglichen	150
cc.	Spannungsverhältnis zu öffentlichen und privaten Interessen	151
II.	Öffentliches Recht	152
1.	Bedeutung barrierefreier Gesundheitsversorgung für den Kontakt mit öffentlichen Trägern	152
2.	Behindertengleichstellungsrecht	154
a.	Anwendungsbereiche der Behindertengleichstellungsgesetze	155
aa.	Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Behindertengleichstellung	155
bb.	Anwendungsbereich des BGG im Bereich der medizinischen Versorgung	156
(1)	Anwendungsbereich des BGG im Allgemeinen	156
(2)	Bindung öffentlicher Träger der Gesundheitsversorgung an das BGG	157
(i)	Sozialversicherungsträger	158
(α)	Körperschaften öffentlichen Rechts	158
(β)	Allgemeine Zuordnung zur Bundes- oder Landesverwaltung	158
(γ)	Kriterium der räumlichen Zuständigkeit am Beispiel von Krankenkassen	159
(δ)	Rentenversicherungsträger	160
(ε)	Unfallversicherungsträger	161
(ii)	Weitere Sozialleistungsträger, insbesondere Kommunen	161
(α)	Zuordnung von Versorgungsämtern, Jugendhilfeträgern und Sozialhilfeträgern	161

(β) Bindung kommunaler Träger an § 7 BGG	162
(γ) Einbeziehung kommunaler Träger in die Länder-BGG	163
cc. Zwischenergebnis	164
b. Benachteiligungsverbot öffentlicher Träger nach § 7 BGG	164
c. Barrierefreiheit baulicher Anlagen	167
aa. Neu-, Um- und Erweiterungsbauten	167
bb. Bestandsgebäude	168
cc. Mietobjekte	170
d. Barrierefreie Kommunikation	171
e. Barrierefreie Dokumente	173
aa. Rechtsgrundlage für die Zugänglichmachung von Dokumenten	173
bb. Anspruchsinhalt	174
cc. Sonderproblem nicht barrierefreier Bescheide	175
f. Leichte Sprache	177
aa. Zielrichtung	177
bb. Übergangsregelung bis Ende 2017	177
cc. Regelungsinhalt ab 2018	178
g. Barrierefreie Informationstechnik	180
aa. Rechtsgrundlage	181
bb. Standards barrierefreier Informationstechnik	182
cc. Hinwirkungspflicht bei privaten Internetangeboten	183
3. Sozialrecht	183
a. Sozialrechtliches Benachteiligungsverbot nach § 33c SGB I	184
aa. Inanspruchnahme sozialer Rechte	184
bb. Umfang des Benachteiligungsverbots	185
cc. Adressaten und Anwendungsfelder	186
(1) Bindung der Sozialleistungsträger	186
(2) Geltung im Verhältnis Leistungsträger zu Leistungserbringer	187
(3) Bindung der Leistungserbringer im Verhältnis zu Leistungsempfängern	188
(i) Einschlägigkeit von § 33c SGB I bei der Leistungserbringung	188

(ii) Verhältnis zum AGG	190
dd. Rechtfertigung	191
ee. Rechtswidrigkeit eines gegen § 33c SGB I verstoßenden Verwaltungsakts	192
b. Berücksichtigung besonderer Belange behinderter Menschen	193
aa. Besondere Belange behinderter Menschen in der Gesundheitsversorgung und ihre normative Berücksichtigung	193
bb. Bedeutung und Rechtsfolgen von § 2a SGB V	195
(1) Verbindliche Berücksichtigung bei der Rechtsanwendung	196
(2) Barrierefreiheit als Folge von § 2a SGB V?	197
c. Nebenpflicht aus dem Sozialrechtsverhältnis und aus allgemeinen Fürsorgepflichten	198
aa. Inhalt des Sozialrechtsverhältnisses	198
bb. Hinwirkung auf Barrierefreiheit als behördliche Fürsorgepflicht	199
cc. Barrierefreiheit als Bestandteil einer Sozialleistung	200
dd. Zusammenfassung	201
d. Sicherstellungsauftrag	202
e. Pflichten der Leistungsträger nach § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB I	205
aa. Hinwirkung auf die eigene Barrierefreiheit nach § 17 Abs. 1 Nr. 4 Halbs. 1 SGB I	205
(1) Barrierefreiheit von Verwaltungs- und Dienstgebäuden	205
(2) Bedeutung der Hinwirkungspflicht	207
(i) Rechtliche Qualität der Hinwirkungspflicht – nur ein bloßer Programmsatz?	207
(ii) Zeitlicher Horizont der Hinwirkungspflicht	209
bb. Hinwirkung auf eine barrierefreie Leistungserbringung nach § 17 Abs. 1 Nr. 4 Halbs. 2 SGB I	211
(1) Umfang der Hinwirkungspflicht auf Barrierefreiheit der Leistungserbringer	211

(2) Rechtspflicht zur Nutzung verfügbarer Instrumente	212
f. Barrierefreie Kommunikation bei Behandlungen	213
aa. Einsatz von Kommunikationshilfen	213
bb. Verständlichkeit und Leichte Sprache	216
g. Sonstige sozialrechtliche Vorgaben	217
aa. Berichte zur klinischen Krebsregistrierung	217
bb. Barrierefreie Information über Patientenrechte	217
cc. Barrierefreie Begutachtung	218
4. Weitere Regelungen barrierefreier Infrastruktur	219
a. Bauordnungsrecht	219
aa. Inhalt	219
bb. Ausnahmen	222
b. Landeskrankenhausrecht	225
c. Apothekenrecht	226
5. Weiteres leistungsbezogenes Recht	227
a. Asylbewerberleistungsrecht	227
b. Berufsrecht	229
aa. Ärzte	229
bb. Zahnärzte	230
cc. Psychotherapeuten	231
dd. Pflegeberufe	232
c. Weitere Regelungen im öffentlichen Recht	233
aa. Gebärdensprachdolmetscher im Beihilferecht	234
bb. Gebärdensprachdolmetscher im Opferentschädigungs- und Bundesversorgungsrecht	234
III. Zivilrecht	235
1. Allgemeines Zivilrecht	235
a. Behandlungsvertrag und Krankenhausaufnahmevertrag	235
aa. Gegenstand	235
bb. Rechtsnatur des Behandlungsverhältnisses	236
b. Benachteiligungsschutz durch zivilrechtliche Generalklauseln	238
aa. Rücksichtspflichten nach Treu und Glauben	238
bb. Bedeutung der Rücksichtspflichten für eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung	240

2. AGG – Zivilrechtliches Benachteiligungsverbot	241
a. Anwendbarkeit des AGG für den Bereich der Gesundheitsversorgung nach § 2 Abs. 2 S. 1 AGG i.V.m. § 33c SGB I?	242
aa. Anwendungsbereich und Bereichsausnahme	242
bb. Doppelte Einschlägigkeit von § 19 AGG und § 33c SGB I	243
b. Gesundheitsleistungen als Massengeschäft?	245
aa. Sachlicher Anwendungsbereich gemäß § 19 Abs. 1 AGG	245
bb. Charakter eines Massengeschäfts	245
(1) Vielzahl von Fällen	246
(2) Zu vergleichbaren Bedingungen	247
(3) Ohne Ansehen der Person	247
cc. Ergebnis	249
c. Ausschluss aufgrund eines besonderen Nähe- und Vertrauensverhältnisses nach § 19 Abs. 5 AGG?	250
d. Bedeutung des Benachteiligungsverbots nach § 19 AGG für eine barrierefreie Gesundheitsversorgung	252
aa. Unmittelbare und mittelbare Diskriminierungen	253
(1) Unmittelbare Benachteiligungen	253
(2) Rechtfertigung nach § 20 Abs. 1 AGG	254
(3) Mittelbare Benachteiligungen	255
bb. Verhinderung geschäftlicher Kontakte durch Barrieren	257
cc. Versagung angemessener Vorkehrungen	258
(1) Unterlassen angemessener Vorkehrungen als Benachteiligung nach § 19 Abs. 1 AGG	258
(2) Abgrenzung angemessener Vorkehrungen zu den nicht umfassten besonderen Anpassungs- und Teilhabeleistungen	260
dd. Barrierefreiheit als Anforderung aus § 19 AGG?	262
(1) Grenzen des Diskriminierungsgrunds der Versagung angemessener Vorkehrungen	262

(2) Barrieren als verbotene mittelbare Diskriminierung nach § 19 i.V.m. § 3 Abs. 2 AGG	263
(i) Barrieren als verbotene Diskriminierung – Das Beispiel Österreich	263
(ii) Barrieren als mittelbare Diskriminierung i.S.v. § 19 i.V.m. § 3 Abs. 2 AGG	264
(iii) Bekräftigende Auslegung im Lichte der UN-BRK	265
ee. Begrenzung des Diskriminierungsverbots insbesondere in Bezug auf Barrieren	266
(1) Vertragsbezug – Begrenzung auf ein Mindestmaß an Barrierefreiheit	266
(2) Verhältnismäßigkeit und weitere Rechtfertigungsmöglichkeiten	268
e. Ergebnis	269
3. Versicherungsvertragsrecht und barrierefreie Kommunikation	270
a. Kostenübernahme für Versicherte im Basistarif	270
b. Kostenübernahme für Versicherte in anderen Tarifen	271
IV. Zwischenergebnis	275
E. Individuelle Rechtsdurchsetzung und Sanktionen	277
I. Garantie effektiven Rechtsschutzes	277
II. Durchsetzung des Benachteiligungsverbots nach § 19 AGG gegen Leistungserbringer	279
1. Beseitigungs- und Unterlassungsanspruch nach § 21 Abs. 1 AGG	280
a. Anspruchsinhalt	280
b. Ergebnis für den Zugang zur Gesundheitsversorgung	282
2. Schadensersatzanspruch nach § 21 Abs. 2 AGG	283
a. Ersatz von Vermögensschäden	283
aa. Bedeutung des Anspruchs	283
bb. Reduzierung bei Mitverschulden	284

cc.	Ausschluss bei rechtmäßigem Alternativverhalten	285
dd.	Verschuldensabhängigkeit	285
b.	Ersatz immaterieller Schäden	287
aa.	Bedeutung des Anspruchs	287
bb.	Entstehung und Bemessung des Anspruchs	288
	(1) Bemessung der Anspruchshöhe bei Diskriminierungen im Gesundheitswesen	289
	(2) Kein Verschuldenserfordernis	291
c.	Verhältnis zu § 823 BGB	292
3.	Geltendmachung	293
a.	Schlichtungsverfahren für AGG-Streitigkeiten	293
aa.	Obligatorische Schlichtungsverfahren der Länder nach § 15a EGZPO	293
bb.	Schlichtung und Unterstützung durch Antidiskriminierungsstelle	295
cc.	Schlichtung durch Berufsverbände	295
b.	Beweiserleichterung nach § 22 AGG	296
aa.	Hintergrund und Inhalt	296
bb.	Bedeutung und Voraussetzungen der Beweislastverteilung nach § 22 AGG	297
cc.	Möglichkeit des Gegenbeweises	299
dd.	Bedeutung von Zielvereinbarungen bei der Beweislast	300
c.	Ausschlussfrist nach § 21 Abs. 5 AGG	301
aa.	Beginn und Dauer der Ausschlussfrist	301
bb.	Nachträgliche Geltendmachung bei unverschuldetem Fristversäumnis	302
	(1) Unverzügliche Geltendmachung nach Wegfall des Verhinderungsgrunds	302
	(2) Bestimmung der Unverzüglichkeit	303
cc.	Form der Geltendmachung	305
III.	Durchsetzung von Barrierefreiheit gegen öffentliche Träger	306
1.	Unmittelbare gerichtliche Durchsetzung individueller Rechte	306
a.	Herstellung von Barrierefreiheit	306
b.	Einstweiliger Rechtsschutz	308

2.	Schlichtungsverfahren nach § 16 BGG	308
a.	Allgemeines	308
b.	Gegenstand der Schlichtung in Individualverfahren	310
c.	Rechtliche Gewährleistungen im Schlichtungsverfahren	312
d.	Ablauf des Verfahrens	312
e.	Verhältnis zum Widerspruchsverfahren	314
aa.	Beginn der Widerspruchsfrist	314
bb.	Keine Entbehrlichkeit des Vorverfahrens	314
3.	Amtshaftungsanspruch	317
a.	Grundlagen	317
aa.	Allgemeines	317
bb.	Voraussetzungen	318
cc.	Haftungsausschlüsse	321
	(1) Anderweitige Ersatzmöglichkeit	321
	(2) Schadensabwendung durch Rechtsmittel	321
	(3) Kein genereller Ausschluss bei § 33c SGB I	322
b.	Schlussfolgerungen für die Amtshaftung von Krankenkassen	322
c.	Amtshaftung in der öffentlichen Heilbehandlung	323
4.	Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch	326
a.	Grundlagen	326
aa.	Allgemeines	326
bb.	Voraussetzungen und Rechtsfolgen	327
b.	Bedeutung für eine barrierefreie Gesundheitsversorgung	328
aa.	Sozialrechtliche Anknüpfungspunkte	328
bb.	Fallbeispiele	329
cc.	Resümee und Verhältnis zum Amtshaftungsanspruch	330
5.	Erstattungsanspruch bei Selbstbeschaffung einer barrierefreien Leistung	331
IV.	Internationale Durchsetzungsinstrumente	332
1.	Rechtsdurchsetzung vor dem EuGH	332
2.	Individualbeschwerdeverfahren vor dem EGMR	333

3.	Individualbeschwerdeverfahren vor dem UN- Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen	333
V.	Zwischenergebnis	335
F.	Kollektive Rechtsdurchsetzung und Präzisierung	337
I.	Zielvereinbarungen	337
1.	Einordnung und Zweck von Zielvereinbarungen zur Herstellung von Barrierefreiheit	337
2.	Rechtsnatur und Vertragstypus von Zielvereinbarungen	341
3.	Vertragsparteien	344
a.	Verbände behinderter Menschen	344
b.	Unternehmen und Unternehmensverbände	344
4.	Inhalt und Reichweite von Zielvereinbarungen	347
a.	Vorrang entgegenstehenden Rechts	347
aa.	Bedeutung des Vorrangs	347
bb.	Rechtsfolge eines Verstoßes	348
b.	Reichweite	349
c.	Mindestinhalte	349
d.	Beispiele für weitere Vertragsinhalte	350
aa.	Vertragsstrafenabrede	351
bb.	Außergerichtliche Streitbeilegung	351
cc.	Musterzielvereinbarungen	352
5.	Verfahren	353
a.	Öffentliche Bekanntmachung und Dokumentation	353
b.	Beitritt zu Verhandlungen	355
c.	Verhandlungsanspruch	356
aa.	Bedeutung des Verhandlungsanspruchs	356
bb.	Präklusion des Anspruchs	357
d.	Abschluss von Zielvereinbarungen	359
aa.	Form	359
bb.	Fehlender Kontrahierungszwang	359
cc.	Scheitern von Verhandlungen	360
dd.	Anreize für den Abschluss	360
6.	Durchsetzung	361
7.	Gründe für mangelnde Zielvereinbarungen	362
8.	(Ziel-)Vereinbarungen außerhalb von § 5 BGG	364

II.	Verbandsklage gegen Leistungsträger	365
1.	Allgemeines	366
a.	Ausnahme vom Grundsatz des Individualrechtsschutzes	366
b.	Rechtlicher Hintergrund der Einführung von Verbandsklagen im Behindertenrecht	367
c.	Zielsetzung und Nutzen von Verbandsklagen	368
d.	Vereinbarkeit von Verbandsklagen mit Art. 19 Abs. 4 GG	370
aa.	Grundsätzliche Vereinbarkeit mit Verfassungsrecht	370
bb.	Grenzen der Zulässigkeit von Verbandsklagen	371
2.	Prozessstandschaft nach § 14 BGG	372
a.	Voraussetzungen	373
aa.	Behinderung als Anknüpfungspunkt	373
bb.	Verletzung eigener Rechte	374
cc.	Einbezogene Rechtsverletzungen	375
	(1) Listenvorschriften in Halbsatz 1	375
	(2) Generalklausel in Halbsatz 2	376
dd.	Einverständnis des Betroffenen	377
ee.	Akzessorische Zulässigkeitsvoraussetzungen	380
ff.	Berechtigte Verbände	381
gg.	Vermeidung von Interessenkollisionen	382
b.	Rechtsfolgen	383
aa.	Gesetzliche Prozessstandschaft	383
	(1) Annäherung in Abgrenzung zu anderen verbandlichen Rechtsschutzmöglichkeiten	383
	(i) Abgrenzung zur Prozessvertretung	383
	(ii) Abgrenzung zur gewillkürten Prozessstandschaft	383
	(iii) Abgrenzung zur altruistischen Verbandsklage	384
	(iv) Abgrenzung zur Geltendmachung aus abgetretenem Recht – der Verband als Zessionar	385
	(2) Wirkung der Prozessstandschaft	386
	(3) Verfahrenskosten	387
bb.	Ermessen der Verbände	388
cc.	Zulässige Verfahrensarten	389

3. Verbandsklage nach § 15 BGG	390
a. Einordnung der Verbandsklage	390
b. Zulässigkeitsvoraussetzungen und Verfahren der Verbandsklage	392
aa. Zulässige Klagegegenstände	392
(1) Benachteiligungsverbot und Barrierefreiheitsgebote des BGG	392
(i) Einbezogene Vorschriften des BGG	392
(ii) Keine analoge Anwendung weiterer BGG-Normen	394
(iii) Normverstoß als verbandsklagefähige Benachteiligung	395
(2) Hinwirkungspflichten nach § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB I	395
(3) Einsatz von Kommunikationshilfen und Leichter Sprache nach § 17 Abs. 2, 2a SGB I	396
(4) Weitere Anwendungsbereiche der Verbandsklage	397
bb. Keine Durchbrechung der Rechtskraft	398
cc. Satzungsgemäßer Aufgabenbereich des Verbandes	399
dd. Subsidiarität der Verbandsklage	399
ee. Feststellungsklage als statthafte Klageart	401
ff. Rechtswegzuständigkeit	403
gg. Vor- und Schlichtungsverfahren	405
(1) Vorverfahren als Zulässigkeitsvoraussetzung	405
(i) Durchbrechung des Grundsatzes durch gesetzliche Ausnahmen	405
(ii) Charakterisierung des Vorverfahrens und Fristenregime	406
(2) Schlichtungsverfahren	409
hh. Berechtigte Verbände	411
(1) Vorschlagsrecht des Beirats für die Teilhabe behinderter Menschen	412
(2) Anerkennung durch das BMAS	412
(3) Rechtsnatur der Anerkennung	415
(4) Anerkannte Verbände	416

(5) Diskussion von Sinn und Zweck der Anerkennung	416
c. Kosten der Verbandsklage	418
4. Praxis des Verbandsklagerechts	419
a. Abgeschlossene Verbandsklageverfahren	419
b. Gründe für zurückhaltende Inanspruchnahme	419
c. Erfahrungen aus Österreich und der Schweiz	420
III. Verbandsklage und Unterstützung gegen Leistungserbringer	421
1. Beistandschaft nach § 23 AGG	421
a. Voraussetzungen	422
aa. Berechtigte Verbände	422
(1) Antidiskriminierungsverband	422
(2) Einzelfälle – Gewerkschaften und kirchliche Verbände	424
(3) Verbandsgröße	427
bb. Einwilligung	427
b. Wirkungen der Beistandschaft	428
aa. Bedeutung	428
bb. Einordnung in die allgemeinen Verfahrensvorschriften	429
cc. Anwendungsbereich	430
dd. Verhältnis zu verbandlichen Klagerechten	431
2. Verbraucherschützende Verbandsklage nach UKlaG	432
a. Anwendungsbereich im Diskriminierungsschutz	432
aa. Klauselkontrolle nach § 1 UKlaG	432
(1) Diskriminierende AGB	432
(2) Verstoß gegen sonstiges zwingendes Recht	433
bb. Verstöße gegen Verbraucherschutzgesetze nach § 2 UKlaG	434
(1) Verbraucherschutzvorschriften	435
(2) § 19 AGG als Verbraucherschutznorm	436
(i) Rechtsprechung	436
(ii) Bewertung	437
(iii) Ergebnis	439
b. Berechtigte Verbände und Stellen	439
aa. Eintragung als qualifizierte Einrichtung	440
bb. Behindertenverbände als qualifizierte Einrichtungen	442

cc. Gewerkschaften als klagebefugte Stellen	442
c. Anspruchsinhalt	444
aa. Dogmatische Einordnung der Ansprüche aus §§ 1, 2 UKlaG	444
bb. Berührung kollektiver Verbraucherinteressen	445
cc. Unterlassungsanspruch nach § 2 UKlaG gegen das Unterlassen angemessener Vorkehrungen	445
dd. Beseitigungsanspruch nach § 2 UKlaG gegen anhaltende Diskriminierungen aufgrund von Barrieren	447
ee. Unterlassungs- und Widerrufsanspruch nach § 1 UKlaG gegen diskriminierende AGB	448
d. Ausschluss bei Rechtsmissbrauch	448
3. Verbandsklage im verbraucherschützenden Wettbewerbsrecht des UWG	448
a. Beseitigungs- und Unterlassungsanspruch gegen unlautere Handlungen	449
b. Verhältnis von § 8 UWG zu § 2 UKlaG	450
c. Berechtigte Verbände und Stellen	450
IV. Zwischenergebnis	450
1. Zielvereinbarungen	451
2. Prozessuale Instrumente kollektiver Rechtsdurchsetzung	452
G. Behördliche Rechtsdurchsetzung	454
I. Richtlinien des G-BA	454
1. Richtlinienkompetenzen des G-BA	454
2. Ausgewählte Regelungsbereiche	456
a. Ambulante Versorgung	456
b. Stationäre Krankenhausbehandlung	457
c. Medizinische Rehabilitation	458
3. Sanktionen bei Richtlinienverstößen	459
II. Versorgungsplanung und Zulassungsrecht	460
1. Bedarfsplanung und Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung	460
a. Zulassungskriterien des SGB V	460
b. Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA	461

c.	Entzug der Zulassung bei schwerwiegenden Diskriminierungen	462
d.	Zusammenfassung	463
2.	Versorgungsverträge	463
a.	Pflicht zur Nutzung des Leistungserbringungsrechts	463
b.	Nutzbare Vertragsbeziehungen	464
c.	Umsetzungsbeispiele	465
3.	Krankenhausplanung	466
a.	Bedeutung der Aufnahme in den Krankenhausplan	466
b.	Beispiele ausgewählter Krankenhauspläne	468
4.	Rechtliche Konsequenzen der Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern	469
a.	Anreiz- und Sanktionssystem seitens der Länder nach KHG	469
b.	Anreiz- und Sanktionssystem seitens der Krankenkassen nach SGB V	470
c.	Zusammenfassung	471
III.	Allgemeines Vergabeverfahren	472
IV.	Kontroll- und Sanktionsbefugnisse der Aufsichtsbehörden	474
1.	Bauaufsicht	474
2.	Gewerbeaufsicht bei AGG-Verstößen	475
a.	Gewerberechtliche Konsequenzen bei Unzuverlässigkeit	476
b.	Unzuverlässigkeit aufgrund von Diskriminierungen	477
3.	Aufsicht über Sozialversicherungsträger am Beispiel von Krankenkassen	479
a.	Umfang und Gegenstand der Aufsicht	479
b.	Reaktionsmöglichkeiten bei Rechtsverletzungen	481
c.	Ergänzende interne Kontrollaufgaben	482
4.	Aufsicht über weitere Akteure im Gesundheitswesen	482
a.	Kassenärztliche Vereinigungen	482
b.	Gemeinsamer Bundesausschuss	483
c.	Ärzte- und Psychotherapeutenkammern	484
d.	Krankenhäuser	484
e.	Apotheken	484
f.	Private Krankenversicherungen	485

V.	Disziplinarmaßnahmen gegen Leistungserbringer	485
1.	Disziplinarmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen	486
2.	Berufsrechtliche Sanktionen	486
a.	Aufgaben der Berufskammern	486
b.	Berufsrechtliche Verfahren am Beispiel des Heilberufsgesetzes Hessens	487
VI.	Beschwerde- und Unterstützungsstellen der Krankenkassen	488
1.	Begrenzte Unterstützung bei Behandlungsfehlern	488
2.	Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	489
3.	Unterstützung durch Krankenkassen aufgrund allgemeiner Grundsätze	490
VII.	Zusammenfassung	491
H.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungsvorschläge	493
I.	Rechtliche Gewährleistung einer barrierefreien Gesundheitsversorgung	493
II.	Rechtliche Durchsetzung einer barrierefreien Gesundheitsversorgung	498
1.	Ergebnisse zur individuellen Rechtsdurchsetzung	498
2.	Ergebnisse zur kollektiven Rechtsdurchsetzung	500
3.	Ergebnisse zur behördlichen Rechtsdurchsetzung	502
III.	Abschließendes Fazit	503
IV.	Vorschläge zur Förderung der Rechtsanwendung	503
V.	Vorschläge de lege ferenda	504
1.	Präzisierung von § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB I	504
2.	Einrichtung zentraler Beschwerdestellen bei den Krankenkassen	505
3.	Umsetzung der UN-BRK in den Ländern	505
4.	Weiterentwicklung des zivilrechtlichen Benachteiligungsbegriffs	506
5.	Berücksichtigung von Kommunikationshilfen in der privaten Krankenversicherung	507
6.	Stärkung von Zielvereinbarungen zur Schaffung von Barrierefreiheit im Privatrechtsverkehr	507

Inhaltsverzeichnis

7. Verbandsklagerechte und Schlichtungsverfahren	508
Literaturverzeichnis	511

Abkürzungsverzeichnis

a.A.	anderer Ansicht
a.F.	alte Fassung
ABl.	Amtsblatt
ADA	Americans with Disabilities Act
ADG-E	Anti-Diskriminierungsgesetz (Entwurf FbJJ)
AEMR	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
AnwBl	Anwaltsblatt (Zeitschrift)
ApBetrO	Apothekenbetriebsordnung
ApoG	Apothekengesetz
APuZ	Aus Politik und Zeitgeschichte (Zeitschrift)
ASR	Anwalt/Anwältin im Sozialrecht (Zeitschrift)
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AuR	Arbeit und Recht (Zeitschrift)
BAG	Bundesarbeitsgericht
BÄO	Bundesärzteordnung
BayBGG	Bayerisches Behindertengleichstellungsgesetz
BB	Betriebs-Berater (Zeitschrift)
BbgBGG	Brandenburgisches Behindertengleichstellungsgesetz
Begr.	Begründer
BehGleichstG-E	FbJJ-Entwurf eines Behindertengleichstellungsgesetzes
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BfJ	Bundesamt für Justiz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGG LSA	Behindertengleichstellungsgesetz Sachsen-Anhalt
BGG NRW	Behindertengleichstellungsgesetz Nordrhein-Westfalen
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz des Bundes
BGH	Bundesgerichtshof
BGleiSV	Behindertengleichstellungsschlichtungsverordnung
BGStG	Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (Österreich)
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
BNatSchG	Bundesnaturschutzgesetz
br	Behindertenrecht (Zeitschrift)

Abkürzungsverzeichnis

BR-Drs.	Bundesratsdrucksache
BremBGG	Bremisches Behindertengleichstellungsgesetz
BSG	Bundessozialgericht
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
DIN	Deutsches Institut für Normung
DNotZ	Deutsche Notar-Zeitschrift
DÖV	Die Öffentliche Verwaltung (Zeitschrift)
DVB1	Deutsches Verwaltungsblatt (Zeitschrift)
DVP	Deutsche Verwaltungspraxis (Zeitschrift)
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EGZPO	Einführungsgesetz zur Zivilprozessordnung
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
ESC	Europäische Sozialcharta
EU	Europäische Union
EuGH	Gerichtshof der Europäischen Union
EU-GRC	Charta der Grundrechte der Europäischen Union
EUV	Vertrag über die Europäische Union
EuZW	Europäische Zeitschrift für Wirtschaftsrecht
FbJJ	Forum behinderter Juristinnen und Juristen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GesR	GesundheitsRecht (Zeitschrift)
GewArch	GewerbeArchiv (Zeitschrift)
GewO	Gewerbeordnung
GG	Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVG	Gerichtsverfassungsgesetz
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HeilBerG	Heilberufsgesetz Hessen
HessBGG	Hessisches Behinderten-Gleichstellungsgesetz
HKHG	Hessisches Krankenhausgesetz
HmbGGbM	Hamburgisches Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen
Hrsg.	Herausgeber
HStR	Handbuch des Staatsrechts
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHV	Kommunikationshilfenverordnung
KrV	Die Krankenversicherung (Zeitschrift)
KStG	Körperschaftssteuergesetz
KV	Kranken- und Pflegeversicherung (Zeitschrift)
Länder-BGG	Behindertengleichstellungsgesetze der Länder

L-BGG BaWü	Landes-Behindertengleichstellungsgesetz Baden-Württemberg
LBGG M-V	Landesbehindertengleichstellungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern
LBGG S-H	Landesbehindertengleichstellungsgesetz Schleswig-Holstein
LG	Landgericht
LGBG Bln	Landesgleichberechtigungsgesetz Berlin
LGGBehM RhPflz	Landesgesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen Rheinland-Pfalz
LSG	Landessozialgericht
MBO	Musterbauordnung
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDR	Monatsschrift für Deutsches Recht (Zeitschrift)
n.F.	neue Fassung
NBGG	Niedersächsisches Behindertengleichstellungsgesetz
NJ	Neue Justiz (Zeitschrift)
NJW	Neue Juristische Wochenschrift (Zeitschrift)
NZA	Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
OLG	Oberlandesgericht
RDG	Rechtsdienstleistungsgesetz
RdLh	Rechtsdienst der Lebenshilfe (Zeitschrift)
RL	Richtlinie
RP-Reha	Recht und Praxis der Rehabilitation (Zeitschrift)
SächsIntegrG	Sächsisches Integrationsgesetz
SBGG	Saarländisches Behindertengleichstellungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SGb	Die Sozialgerichtsbarkeit – Zeitschrift für das aktuelle Sozialrecht
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SR	Soziales Recht (Zeitschrift)
SRa	Sozialrecht aktuell (Zeitschrift)
SuP	Sozialrecht+Praxis (Zeitschrift)
ThürGlG	Thüringer Gesetz zur Gleichstellung und Verbesserung der Integration von Menschen mit Behinderungen
UAbs.	Unterabsatz
UKlaG	Unterlassungsklagengesetz
UmwRG	Umwelt-Rechtsbehelfsgesetz
UN-BRK	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Abkürzungsverzeichnis

UN-Sozialpakt	Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte
UN-Zivilpakt	Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VBD	Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung
VGH	Verwaltungsgerichtshof
VN	Vereinte Nationen (Zeitschrift)
VSSR	Vierteljahresschrift für Sozialrecht (Zeitschrift)
VuR	Verbraucher und Recht (Zeitschrift)
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung
VwVG	Verwaltungs-Vollstreckungsgesetz
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WRP	Wettbewerb in Recht und Praxis (Zeitschrift)
WzS	Wege zur Sozialversicherung (Zeitschrift)
ZESAR	Zeitschrift für Europäisches Sozial- und Arbeitsrecht
ZFSH/SGB	Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch
zit.	zitiert als
ZMGR	Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht
ZRP	Zeitschrift für Rechtspolitik
ZTR	Zeitschrift für Tarifrecht

A. Einführung

I. Ausgangslage und Problemstellung

Gesundheit ist ein hohes Gut, das auch von menschenrechtlicher Relevanz ist. Ein funktionierendes Gesundheitssystem ist daher für alle Menschen von besonderer Bedeutung. Damit jeder die im Krankheitsfall benötigte Versorgung in Anspruch nehmen kann, muss dieses System allen Menschen unterschiedslos und diskriminierungsfrei offenstehen.

In Deutschland leben rund 10,2 Millionen Menschen mit einer anerkannten Behinderung (entspricht 13 % der Bevölkerung), darunter ca. 7,5 Millionen schwerbehinderte Menschen.¹ Diese Menschen haben i.d.R. einen besonderen Bedarf an Gesundheitsversorgung.² Eine der Behinderung zugrundeliegende Beeinträchtigung beruht nicht selten auf einer chronischen Krankheit, die neben der Versorgung anderer Krankheiten eine stärkere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erforderlich macht als dies bei nicht behinderten Menschen der Fall ist. Zugleich stellt die medizinische und rehabilitative Versorgung oftmals eine wesentliche Voraussetzung dar, damit Menschen mit einer Behinderung³ möglichst weitgehend und selbstständig am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Internationale Studien weisen darauf hin, dass dieser erhöhte Bedarf behinderter Menschen an medizinischer Versorgung nicht hinreichend gedeckt wird.⁴ Deutliche Mängel bestünden sowohl im fachlichen Umgang

1 Daten auf Basis der Ergebnisse des Mikrozensus 2013, vgl. *Statistisches Bundesamt*, Behinderte Menschen.

2 *WHO*, World report on disability, S. 81; vgl. auch die Anzahl an Arztbesuchen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung im zweiten Teilhabebericht der Bundesregierung, Teilhabebericht 2016, BT-Drs. 18/10940, S. 232.

3 Hinweis: Die Begriffe „Menschen mit Behinderungen“ und „behinderte Menschen“ werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet, ohne dass hiermit eine bestimmte Wertigkeit zum Ausdruck kommen soll.

4 Zu den dahingehenden Erkenntnissen vgl. die Übersicht und Nachweise bei *Schülle*, Fachbeitrag D33-2016 unter www.reha-recht.de.

mit dieser Personengruppe als auch in der strukturellen Organisation des Gesundheitswesens.⁵

Damit die benötigte Gesundheitsversorgung gleichberechtigt in Anspruch genommen werden kann, muss diese die besonderen Bedarfe behinderter Menschen berücksichtigen. Anforderungen ergeben sich dabei für einen Teil dieser Menschen an die barrierefreie Zugänglichkeit und Nutzbarkeit des Angebots. Eine barrierefreie Versorgung bietet aber auch für andere Personengruppen wie Kinder, kranke und ältere Menschen Vorteile. Die Datenlage zum Stand der Barrierefreiheit im deutschen Gesundheitswesen kann weitgehend als unzureichend bezeichnet werden. Dennoch weisen die vorhandenen Erhebungen deutlich darauf hin, dass es nicht selten noch an der Zugänglichkeit von Arztpraxen, Krankenhäusern, Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen sowie weiteren Leistungserbringern mangelt.

Nach dem ersten Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen aus dem Jahr 2013 verfügte jede fünfte Allgemeinarztpraxis über rollstuhlgerechte Praxisräume.⁶ Das Vorhandensein barrierefreier Sanitärräume (dies ist je nach Fachgebiet lediglich in 1 bis 7 % der Praxen der Fall) und Untersuchungsgegenstände (in 0 bis 7 % der Praxen) stellte dagegen ebenso wie das Vorhalten von Behindertenparkplätzen (bei 2 bis 9 % der Praxen) bereits eine Ausnahme dar.⁷ Die dem zweiten Teilhabebericht (2016)⁸ zugrundeliegenden Daten zeigen hier keine nennenswerte Veränderung der Situation. Während der rollstuhlgerechte Zugang zu ärztlichen und psychotherapeutischen Praxisräumen bzw. deren Nutzbarkeit mit 21 % bzw. 23 % angegeben wurde, seien flexible Untersuchungsgegenstände und barrierefreie WCs nur in 3 % der Praxen vorhanden.⁹

Barrierefreiheit darf jedoch nicht lediglich mit Maßnahmen für einen „rollstuhlgerechten“ Zugang gleichgesetzt werden, sondern ist umfassend

5 Vgl. Schülle, Fachbeitrag D33-2016 unter www.reha-recht.de; für die Problemstellung in Deutschland s. auch den Parallelbericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-BRK, herausgegeben von der *BRK-Allianz*, Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion!, S. 51 ff.

6 Unter Bezugnahme auf die Daten der Stiftung Gesundheit vgl. Teilhabebericht 2013, BT-Drs. 17/14476, S. 137.

7 Teilhabebericht 2013, BT-Drs. 17/14476, S. 138 mit Aufschlüsselung nach ärztlichen Fachrichtungen.

8 Teilhabebericht 2016, BT-Drs. 18/10940, S. 233 f.

9 Teilhabebericht 2016, BT-Drs. 18/10940, S. 234.

zu verstehen. Es hat die besonderen Bedürfnisse aller Behinderungsarten in den Blick zu nehmen. Neben der räumlichen Barrierefreiheit betrifft dies auch die Kommunikation mit dem Praxispersonal zur Terminvergabe und das Behandlungsgespräch mit einem Arzt¹⁰, woraus sich für Patienten mit einer geistigen oder Sinnesbehinderung besondere Anforderungen an die Verwendung von Leichter Sprache oder den Einsatz eines Gebärdensprachdolmetschers ergeben können. Gleiches gilt für die Nutzbarkeit des Internetauftritts eines Leistungserbringers durch blinde Menschen sowie für die Möglichkeit, in der Packungsbeilage angegebene Nebenwirkungen von Arzneimitteln erkennen zu können. Im Teilhabebericht 2013 merkte die Bundesregierung an, dass einige dieser Kriterien „so gut wie gar nicht erfüllt [werden]“¹¹. Dies wurde auch im Teilhabebericht 2016 bestätigt, wonach – auf Grundlage von Selbstauskünften – lediglich 11 % der Praxen mindestens drei von insgesamt zwölf Barrierefreiheitskriterien erfüllten.¹²

Ebenso wies der 112. Deutsche Ärztetag bereits 2009 ausdrücklich darauf hin, dass der Anteil der ambulanten Praxen und Versorgungszentren, die einen barrierefreien Zugang gewährleisten und über entsprechendes Mobiliar und Sanitäreinrichtungen verfügen, nicht ausreichend sei und damit eine gleichberechtigte Gesundheitsversorgung behinderter Menschen nicht gewährleistet werde.¹³ In der stationären Versorgung würde die erforderliche bauliche Barrierefreiheit und Ausstattung der meisten Krankenhäuser weitgehend erfüllt; es bestehe jedoch ein „deutlicher Verbesserungsbedarf“ bei Hilfssystemen für Menschen mit einer Sinnesbeeinträchtigung.¹⁴ Ferner hatte auch der Deutsche Ethikrat in einer Stellungnahme aus dem Jahr 2016 eine bessere Versorgung behinderter Menschen in Krankenhäusern angemahnt und politische Maßnahmen zur Verwirklichung von Inklusion und einer barrierefreien Versorgung empfohlen.¹⁵

10 Hinweis: Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der vorliegenden Untersuchung auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet; es sind jedoch stets beide Geschlechter angesprochen.

11 Teilhabebericht, BT-Drs. 17/14476, S. 138.

12 Teilhabebericht 2016, BT-Drs. 18/10940, S. 233.

13 *Deutscher Ärztetag*, Beschlussprotokoll des 112. Deutschen Ärztetages vom 19. – 22. Mai 2009 in Mainz, S. 35.

14 *Deutscher Ärztetag*, Beschlussprotokoll des 112. Deutschen Ärztetages vom 19. – 22. Mai 2009 in Mainz, S. 35.

15 *Deutscher Ethikrat*, Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, S. 110, 140 f.

Die Ergebnisse der im Jahr 2014 abgeschlossenen Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes¹⁶ deuten ebenfalls auf Defizite in der barrierefreien Gesundheitsversorgung behinderter Menschen hin. Die befragten Vertreter von Verbänden behinderter Menschen gaben an, Anlass für Beschwerden im Bereich des Gesundheitswesens seien insbesondere Kommunikationsschwierigkeiten (56,0 %), eine fehlende Wahlfreiheit in der ärztlichen Versorgung (46,7 %) und bauliche Gegebenheiten (44,5 %).¹⁷ Von den ebenfalls befragten Beschäftigten der Krankenkassen gab die überwiegende Mehrheit an, keine Informationen über die Barrierefreiheit von Arztpraxen und Rehabilitationseinrichtungen zu erhalten.¹⁸

Das Problem mangelnder Barrierefreiheit zeigt sich speziell im ländlichen Raum. Die regional bestehende Unterversorgung¹⁹ an haus- und fachärztlicher Versorgung verschärft sich für Menschen mit einer Behinderung, wenn die vorhandenen Dienste und Einrichtungen nicht hinreichend barrierefrei zugänglich sind. So sind barrierefreie Hausarztpraxen in zahlreichen ländlichen Regionen, besonders in östlichen Bundesländern, nicht oder nur vereinzelt wohnortnah verfügbar, was eine Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts von Patienten mit Behinderung zur Folge haben kann.²⁰

Es gab von den öffentlichen und privaten Akteuren im Gesundheitswesen bereits verschiedene Initiativen, die Barrierefreiheit zu verbessern (insbesondere mittels Aufklärungsmaßnahmen und Leitfäden für eine barrierefreie Gestaltung von Praxisräumen).²¹ Die vorliegenden Daten zeigen jedoch, dass weiterhin Handlungsbedarf besteht.²²

16 *Welti/Groskreutz/Hlava/Ramausek/Ramm/Wenckebach*, Evaluation des BGG; eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zur Barrierefreiheit im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen findet sich bei *Ramm/Welti*, Gesundheitswesen 2017, e56 ff.

17 *Welti u.a.*, Evaluation des BGG, S. 239.

18 *Welti u.a.*, Evaluation des BGG, S. 318 f.

19 Zu diesem Thema von *Stackelberg*, GesR 2012, S. 321 ff.

20 Teilhabebericht 2016, BT-Drs. 18/10940, S. 234 f.

21 Vgl. z.B. das auf der Grundlage des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-BRK gestartete Projekt „Praxistool Barrierefreiheit“ des BMAS, der Stiftung Gesundheit Fördergemeinschaft e.V. und der Stiftung Gesundheit unter <http://www.praxis-tool-barrierefreiheit.de/> (Stand: 15.04.2018); hierzu auch *Rohde*, DGUV Forum 3/2016, S. 20, 21.

22 Zum Handlungsbedarf auch *Schmidt-Ohlemann*, Gesundheit und Rehabilitation in einem inklusiven Gemeinwesen, in: *Degener/Diehl*, Handbuch Behindertenrechtskonvention, S. 204, 206 f.

Neben der Gesundheitsversorgung im engeren Sinne, die zuvörderst die Erbringung von Gesundheitsleistungen umfasst, ist nach einem weiter gefassten Verständnis auch das Verhältnis von Bürgern zu staatlichen Leistungsträgern zu berücksichtigen. Insbesondere die Sozialversicherungsträger – allen voran die Krankenkassen – sind Anlaufstellen für die Beratung und Information über Ansprüche auf Gesundheitsleistungen und entscheiden über deren Gewährung. Die Zugänglichkeit dieser Träger für Versicherte mit einer Behinderung ist daher ebenso bei einer barrierefreien Ausrichtung des Gesundheitswesens zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche rechtlichen Vorgaben für ein barrierefreies Gesundheitssystem bestehen. Spätestens mit dem Inkrafttreten des Behindertengleichstellungsgesetzes im Jahr 2002 gewann das Thema Barrierefreiheit in Deutschland auch normativ zunehmend an Bedeutung. Um Menschen mit einer Behinderung eine möglichst umfassende Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, wurden auf unterschiedlichen Ebenen Regelungen zur Umsetzung der Barrierefreiheit getroffen. Mit der Ratifikation der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und dem vielzitierten Paradigmenwechsel, der mit dieser Konvention einhergeht,²³ erhielt die Diskussion über die Zugänglichkeit aller Lebensbereiche für behinderte Menschen schließlich neuen Aufwind. Um dem gesamtgesellschaftlichen Anliegen an die Inklusion behinderter Menschen gerecht zu werden, bedarf es neben materiell-rechtlicher Normen über die Herstellung von Barrierefreiheit hinaus effektiver Instrumente zur Durchsetzung des subjektiven und objektiven Rechts.

II. Untersuchungsgegenstand

Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, welche relevanten normativen Vorgaben *de lege lata* zu einem diskriminierungsfreien Zugang behinderter Menschen zur Gesundheitsversorgung beitragen. Diese sollen systematisch dargestellt und anhand rechtswissenschaftlicher Methoden darauf untersucht werden, inwieweit sie unter Berücksichtigung der UN-BRK für dieses Ziel nutzbar gemacht werden können. Im Schwerpunkt werden die besonderen rechtlichen Instrumente zur Durchsetzung

23 Vgl. Degener, VN 2010, S. 57 ff.; Schulte, SGb 2013, S. 691, 692; BMAS, Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft – Nationaler Aktionsplan 2.0, S. 13.

einer barrierefreien Gesundheitsversorgung behandelt. Auf diese Weise sollen die Rechtssicherheit erhöht, die tatsächliche Rechtsdurchsetzung gefördert und Ansätze für weitergehende Forschung aufgezeigt werden. In Anknüpfung an die herausgearbeiteten Problemfelder werden Reformvorschläge *de lege ferenda* entwickelt.

Neben der „Barrierefreiheit“ haben „angemessene Vorkehrungen“ eine bedeutende Rolle für ein zugängliches Gesundheitswesen. Angemessene Vorkehrungen sind im Einzelfall dort vorzunehmen, wo allgemeine Barrierefreiheit noch nicht erreicht wurde. Ihre Versagung stellt nach Art. 2 UAbs. 3 UN-BRK eine Diskriminierung dar. Nicht selten überschneiden sich die Maßnahmen der beiden Rechtsinstrumente, weshalb das Konzept der angemessenen Vorkehrungen im Rahmen der Untersuchung ebenso in den Blick genommen wird.

Welche Rechtsvorschriften einer barrierefreien Versorgung dienlich sind und wie sich diese durchsetzen lassen, wurde bislang nur vereinzelt rechtswissenschaftlich untersucht.²⁴ Die Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes²⁵ hat weitere Erkenntnisse zur rechtlichen Ausgestaltung der Barrierefreiheit zu Tage gebracht, die jedoch nicht speziell das Gesundheitswesen in den Blick nehmen. Die Evaluationsergebnisse fließen an geeigneten Stellen in die nachfolgende Untersuchung mit ein.

Für den Untersuchungsgegenstand „Gesundheitsversorgung“ wird das weite Verständnis aus Art. 25 UN-BRK zugrunde gelegt. Dies umfasst die in § 27 Sozialgesetzbuch (SGB) V definierte Krankenbehandlung, u.a. in Form von ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung, der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sowie Arznei- und Verbandmitteln, die Krankenhausbehandlung, die medizinische Rehabilitation und die Palliativversorgung. Nicht gesondert untersucht werden das komplexe Feld der Prävention und der Langzeitpflege. Mit diesem weiten Verständnis des Rechts der Gesundheitsversorgung geht die Notwendigkeit einher, die Einflüsse unterschiedlicher Rechtsgebiete zu untersuchen. Von den Diensten und Einrichtungen, die Krankenbehandlung erbringen (Leistungserbringer), werden besonders Ärzte und Krankenhäuser in den Blick genommen.

24 Zu nennen sind insbesondere die Darstellungen bei *Welti*, vgl. u.a. *ders.*, Beiträge D7-2016 (Teil 1) und D8-2016 (Teil 2) unter www.reha-recht.de.

25 *Welti/Groskreutz/Hlava/Rambausek/Ramm/Wenckebach*, Evaluation des BGG.

III. Gang der Untersuchung

Die Untersuchung ist wie folgt aufgebaut: Um die Hintergründe des geltenden Rechts besser verstehen zu können, werden nach einer kurzen Einführung in das Recht der Gesundheitsversorgung zunächst die rechtshistorischen Entwicklungslinien dargestellt. Anschließend werden übergeordnete Regelungen des Völker-, Unions- und Verfassungsrechts erläutert, die grundlegende Wertentscheidungen und Vorgaben für eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung treffen. Hierbei stehen die Anforderungen der UN-BRK im Fokus.

Sodann wird auf dieser Grundlage das einfache Recht dahingehend betrachtet, welche öffentlich-rechtlichen und zivilrechtlichen Normen Diskriminierungen behinderter Menschen durch Leistungsträger und Leistungserbringer im Gesundheitswesen verbieten und die Herstellung von Barrierefreiheit zum Gegenstand haben. Im öffentlichen Recht stehen hierbei das Behindertengleichstellungsrecht und das Sozialrecht im Vordergrund sowie im Zivilrecht das Allgemeine Gleichbehandlungsrecht.

Nach Darstellung der Rechtsgrundlagen werden im Schwerpunkt die Möglichkeiten zur Rechtsdurchsetzung näher betrachtet. Aus unterschiedlichen Perspektiven werden die Durchsetzungsinstrumente gegen Leistungserbringer und Leistungsträger erläutert, die behinderten Menschen sowohl individuell als auch kollektiv über ihre Verbände zur Verfügung stehen. Aufgrund ihrer rechtlichen Besonderheiten stehen die verbandlichen Unterstützungsmöglichkeiten im Vordergrund. Weiter wird auf die vielfältigen Instrumente staatlicher Akteure in diesem Bereich eingegangen.

Die Untersuchung schließt mit einer Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse und zeigt Reformoptionen auf.

IV. Einführung in das Recht der Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung findet innerhalb eines komplexen Normengefüges statt. An ihr ist eine Vielzahl staatlicher und privater Akteure beteiligt. Nachfolgend wird ein einführender Überblick über die Materie gegeben.

Begrifflich befasst sich die gesundheitliche Versorgung zunächst mit der menschlichen Gesundheit. Nach der Definition aus der Präambel der Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheit

„a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“²⁶

Dadurch, dass Gesundheit damit weit mehr als die Abwesenheit von Krankheit ist, sondern einen Zustand völligen körperlichen, geistigen bzw. seelischen und sozialen Wohlbefindens darstellt, lässt sich bereits die Komplexität des Rechtsgebiets „Gesundheitsrecht“ erahnen.²⁷ *Igl* spricht in diesem Zusammenhang treffend von einer „Querschnittsmaterie“, die sich durch ihre „Rechtsinterdisziplinarität“ auszeichnet.²⁸ Das „Recht der Gesundheitsversorgung“ engt diesen weiten Gegenstand etwas ein und legt den Fokus auf die Versorgung der Bevölkerung mit Gütern in Form von Waren und Dienstleistungen, die dem Erhalt oder der Wiederherstellung der Gesundheit sowie der Linderung von Krankheitsbeschwerden dienen. Dies entspricht auch dem Ansatz des Gesetzgebers, der als grundlegende Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in § 1 S. 1 SGB V festlegte, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“.²⁹ Damit bleibt das Rechtsgebiet gleichwohl unübersichtlich.

Die gesundheitliche Versorgung umfasst neben Leistungen zur Heilung einer Erkrankung (Kuration), die Prävention und Gesundheitsförderung, Palliativleistungen, Langzeitpflege sowie medizinische Rehabilitation für Menschen mit einer Behinderung.³⁰ An der Versorgung ist eine Vielzahl an Gesundheits- und Gesundheitsfachberufen, wie Ärzte, Zahnärzte, psychologische Psychotherapeuten und Apotheker, Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Arzthelfer, Gesundheits- und Krankenpfleger, medizinisch-technische und pharmazeutisch-technische Assistenten, Altenpfleger, Heilpäd-

26 Satzung der WHO, angenommen auf der International Health Conference am 22.07.1946, abrufbar unter <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (Stand: 15.04.2018).

27 Zur Einführung in diesen weiten Rechtsbereich s. *Igl* in: *Igl/Welti, Gesundheitsrecht*, S. 5 ff.

28 *Igl* in: *Igl/Welti, Gesundheitsrecht*, S. 5, 7.

29 Vgl. auch *Axer*, der diese Zielrichtung jedoch allgemein zur Eingrenzung des Gesundheitsbegriffs bzw. seines Inhalts verwendet und nicht lediglich auf die Gesundheitsversorgung bezieht, s. *ders.*, Gesundheitswesen, in: *Isensee/Kirchhof, HStR IV*, § 95 Rn. 1.

30 Im Einzelnen *Igl* in: *Igl/Welti, Gesundheitsrecht*, S. 7 ff.

agogen, Optiker, Orthopäden, Gesundheitsingenieure etc., beteiligt.³¹ Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2015 insgesamt rund 5,3 Millionen Personen im Gesundheitswesen beschäftigt (einschließlich Verwaltung etc.).³²

Leistungserbringer im Gesundheitswesen können private Unternehmen (z.B. Arztpraxen, gewerbliche Krankenhäuser), freigemeinnützige Träger (z.B. Krankenhäuser kirchlicher Träger und der freien Wohlfahrtspflege, wie Rotkreuz-Kliniken) sowie öffentliche Träger in Form von Gebietskörperschaften (z.B. städtische Krankenhäuser und Universitätskliniken) oder Sozialversicherungsträgern (insbesondere Unfallkliniken der Berufsgenossenschaften und Rehabilitationseinrichtungen der Rentenversicherungsträger) sein.³³ Die Leistungen werden ambulant und stationär erbracht.

Die Verantwortung für die Sicherstellung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Versorgung obliegt dem Staat im Rahmen seiner Daseinsvorsorge.³⁴ Er nimmt diese Aufgabe auf unterschiedlichen Ebenen wahr.³⁵ Der Schutz im Krankheitsfall wird in der Rechtsprechung des BVerfG „in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes [als] eine der Grundaufgaben des Staates“³⁶ angesehen. Ihr kam der Gesetzgeber durch die Einführung der GKV, die für einen Großteil der Bevölkerung Krankenschutz bietet, nach.³⁷ Neben den gesetzlichen Krankenkassen sichern private Krankenversicherer das Krankheitsrisiko ab. Daneben sind weitere öffentlich-rechtliche Träger in die Gesundheitsversorgung einbezogen, insbesondere weitere Sozialleistungsträger wie die Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger.

31 Vgl. z.B. *Igl*, Situation und aktuelle rechtliche Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsberufe, in: Pundt/Kälble, Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte, S. 107, 110; sowie *Ratzel/Knüpfer* in: Ratzel/Luxenburger, HdB Medizinrecht, 5. Kapitel Berufsrecht der Gesundheitsberufe Rn. 1.

32 *Statistisches Bundesamt*, Gesundheitspersonal, Ergebnis – 23621-0001.

33 Zur Unterscheidung der Trägerschaften von Krankenhäusern *Rehborn/Thomae* in: Ratzel/Luxenburger, HdB Medizinrecht, 30. Kapitel Krankenhausplanung, Krankenhausfinanzierung, Versorgungsverträge Rn. 38 ff.

34 *Axer*, Gesundheitswesen, in: Isensee/Kirchhof, HStR IV, § 95 Rn. 45; *Hartmannsgruber* in: Ratzel/Luxenburger, HdB Medizinrecht, 7. Kapitel Vertragsarztrecht Rn. 1.

35 Vgl. Abschnitte D.II.3.d. und D.II.4.b.

36 BVerfG vom 31.10.1984 – 1 BvR 35/82 u.a., BVerfGE 68, 193, juris-Rn. 43.

37 BVerfG vom 31.10.1984 – 1 BvR 35/82 u.a., BVerfGE 68, 193, juris-Rn. 43.

Es existiert keine einheitliche Gesetzgebungskompetenz für das Recht der Gesundheitsversorgung, sodass dieses auch nicht in einem einzigen Gesetzeswerk kodifiziert ist, sondern in unterschiedlichen Rechtsgebieten einzelne Regelungen zu finden sind. Der Bund wird auf der Grundlage seiner ausschließlichen Gesetzgebungskompetenz (z.B. Art. 73 Abs. 1 Nr. 13 GG über die Versorgung der Kriegsgeschädigten und -hinterbliebenen) und der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz (u.a. Art. 74 Abs. 1 Nrn. 7 u. 12 GG für das weitere Sozialrecht; Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG über private Krankenversicherungen; Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG über das Zulassungsrecht für Ärzte und andere Heilberufe, das Recht des Apothekenwesens, der Arzneien, Medizinprodukte und Heilmittel; Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG über die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser sowie der Krankenhauspflegesätze; Art. 74 Abs. 1 Nr. 26 GG zur Organtransplantation etc.) tätig.³⁸ Weiter haben die Länder im Rahmen ihrer allgemeinen Zuständigkeit (Art. 70 Abs. 1 GG) im Bereich des Gesundheitswesens u.a. Gesetze über Krankenhäuser, die Pflege, das Heim- und Einrichtungsrecht und den öffentlichen Gesundheitsdienst erlassen sowie das Berufsrecht der Heilberufe geregelt.³⁹ Auch die Kommunen nehmen Aufgaben im Bereich der Gesundheitsversorgung (bspw. Gesundheitsämter und Sozialhilfeträger) wahr, die ihnen teilweise durch Landesgesetz übertragen wurden.⁴⁰ Bund und Länder üben innerhalb ihrer Zuständigkeiten jeweils die Aufsicht über die Einhaltung der Gesetze aus.

Ein allgemeines „Recht auf Gesundheit“ kommt in verschiedenen völkerrechtlichen Übereinkommen zum Ausdruck (u.a. Art. 12 Abs. 1 UN-Sozialpakt⁴¹ und Art. 25 UN-BRK⁴²) und könnte zudem Verfassungsrang haben.⁴³ Im einfachen Recht nimmt die Gesundheitsversorgung insbesondere im bundesweit geltenden Sozialrecht einen bedeutenden Stellenwert ein. Dort finden sich wesentliche Vorgaben für den Inhalt, die Gewährung und Erbringung von Gesundheitsleistungen (vgl. u.a. im Recht der GKV: §§ 27 ff. SGB V, §§ 69 ff. SGB V; in der gesetzlichen Rentenversicherung:

38 *Ratzel* in: Ratzel/Luxenburger, HdB Medizinrecht, 4. Kapitel Das Gesundheitswesen in der Verfassung der BRD Rn. 1 ff.; *Welti* in: Igl/Welti, Gesundheitsrecht, S. 32 f.

39 *Welti* in: Igl/Welti, Gesundheitsrecht, S. 34.

40 *Welti* in: Igl/Welti, Gesundheitsrecht, S. 34 f.; vgl. z.B. § 5 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen.

41 Vgl. Abschnitt C.I.1.b.

42 Vgl. Abschnitt C.I.2.c.bb.

43 Vgl. Abschnitt C.III.2.c.

§ 15 SGB I; in der gesetzlichen Unfallversicherung: §§ 27 ff. SGB VII; im Rehabilitations- und Teilhaberecht: §§ 42 f. SGB IX). Daneben lassen sich aus verschiedenen weiteren Rechtsgebieten Regelungen zur Gesundheitsversorgung entnehmen (z.B. im Beihilfe- und Versicherungsrecht über die Kostenerstattung für Behandlungen; im Landeskrankenhausrecht und Berufsrecht u.a. Qualitätsvorgaben für die Leistungserbringer; im Bauordnungsrecht bauliche Vorgaben für Gesundheitseinrichtungen etc.). Inwieweit diese und weitere Normen für einen gleichberechtigten Zugang von Menschen mit Behinderungen zur gesundheitlichen Versorgung nutzbar gemacht werden können, wird in Kapitel D. untersucht. Relevant sind in diesem Kontext insbesondere die öffentlich-rechtlichen und zivilrechtlichen Regelungen zur Gleichstellung behinderter Menschen.

B. Historische Entwicklung des Behindertengleichstellungsrechts

Das (Schwer-)Behinderten- und Rehabilitationsrecht kann auf eine traditionsreiche Entstehungsgeschichte zurückblicken.⁴⁴ Die rechtliche Gleichstellung von Menschen mit einer Behinderung begann dagegen erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts. Die bisherige Entwicklung des Behindertengleichstellungsrechts soll für ein besseres Verständnis im Folgenden nachskizziert werden.

I. Antidiskriminierungsgesetzgebung in den USA

Im Zuge der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung entwickelten sich in den USA allmählich auch besondere Schutznormen gegen die Diskriminierung von Menschen mit einer Behinderung heraus, die im Jahr 1973 zur Schaffung von Section 504 des *Vocational Rehabilitation Act* (Rehabilitationsgesetz) führte.⁴⁵ Diese Norm beinhaltet das allgemeine Verbot, jemanden auf Grund seiner Behinderung bei der Teilhabe an bundesstaatlich finanziell unterstützten Programmen oder Maßnahmen zu benachteiligen. Auf dieser Grundlage folgten weitere Verordnungen und mehrere Gerichtsentscheidungen, die den Diskriminierungsschutz z.B. durch die barrierefreie Gestaltung des Arbeitsplatzes, den Zugang behinderter Menschen zu Colleges u.v.m. verfestigten.⁴⁶

Mit dem *Americans with Disabilities Act* (ADA) wurde diese Linie 1990 fortgeführt. Die wesentliche Neuerung dieses Antidiskriminierungs-

44 Zur geschichtlichen Entwicklung s. *Lachwitz/Welti* in: Lachwitz/Schellhorn/Welti, HK-SGB IX, Einführung Rn. 7 ff.; sowie eingehend *Welti*, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, S. 183 ff.; ausführlich zur Geschichte der medizinischen Rehabilitation s. auch *Walling*, Das Prinzip der Individualisierung von Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung, S. 34 ff.

45 *Miles-Paul*, Paragraphen mit Biß verändern das Bewußtsein, in: Heiden, „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“, S. 201.

46 Einen Überblick zu diesen „regulations“ und den drei wegweisenden Entscheidungen des Supreme Court bietet *Fuerst*, Behinderung zwischen Diskriminierungsschutz und Rehabilitationsrecht, S. 92 ff.

gesetzes lag darin, dass das Benachteiligungsverbot behinderter Menschen nunmehr auch auf private Rechtsverhältnisse und öffentliche Stellen ausgeweitet wurde, die keine finanzielle Förderung des Bundesstaats erhalten.⁴⁷

II. Behindertenbewegung in der Bundesrepublik Deutschland

In der deutschen Nachkriegszeit war die Behindertenpolitik wesentlich von der Rehabilitation der Kriegsoffer geprägt. Daneben kam es gerade für Menschen mit einer Lernbehinderung zu einer zunehmenden Ausgrenzung durch die Etablierung spezieller Einrichtungen wie Sonderschulen und Tages-/Werkstätten für geistig behinderte Menschen.⁴⁸ Parallel zu dieser Entwicklung gründeten sich einige Selbsthilfeorganisationen neu, die während der Zeit der nationalsozialistischen Herrschaft zerschlagen oder von dieser kontrolliert wurden.⁴⁹ Ab Ende der 1960er Jahre entstanden zudem neue Organisationen wie die „Clubs der Behinderten und ihrer Freunde“ und die „Krüppelbewegung“.⁵⁰ Diese auf Basis von Selbsthilfe und Selbstvertretung agierenden Interessengemeinschaften hatten zum Ziel, eine Bewusstseinsänderung in der Gesellschaft herbei zu führen und Bevormundung durch die Politik entgegen zu wirken.⁵¹ Weiterhin setzten sie sich insbesondere auf lokaler Ebene für den Abbau von alltäglichen Barrieren ein.⁵²

Mit einer zunehmenden Bedeutung der sozialen Eingliederung behinderter Menschen folgten Anfang der 1970er Jahre erstmals größere offensive Versuche, bauliche Barrieren im gesellschaftlichen Leben abzubauen und bspw. die Zugänglichkeit von öffentlichen Gebäuden oder Verkehrs-

47 Näher zu den Auswirkungen des ADA eingehend *Fuerst*, Behinderung zwischen Diskriminierungsschutz und Rehabilitationsrecht, S. 99 ff.

48 *Rudloff*, ZSR 2003, S. 863, 873.

49 *Heiden*, Die Fakten liegen auf dem Tisch, in: Heiden, „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“, S. 29.

50 Bei dem Begriff „Krüppel“ handelte es sich Anfang des 20. Jahrhunderts um eine gängige Bezeichnung für mobilitätsbehinderte Menschen, der u.a. mit dem Krüppelfürsorgegesetz von 1920 auch Einzug in die Rechtssprache fand, vgl. hierzu *Welti*, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, S. 18 f.

51 *Rudloff*, ZSR 2003, S. 863, 874 f.

52 *Bösl*, APuZ 23/2010, S. 6, 10 f.

mitteln zu verbessern.⁵³ Zu dieser Zeit war es auch nicht unüblich, dass Rollstuhlfahrer die Fahrten mit der Deutschen Bundesbahn im Gepäckwagen verbrachten, da der finanzielle Aufwand für die Umrüstung der allgemeinen Reisewagons als zu hoch und nicht realisierbar angesehen wurde.⁵⁴

Als die Vereinten Nationen das Jahr 1981 zum Internationalen Jahr der Behinderten erklärten, wurde vielfach Kritik an der Objektstellung behinderter Menschen geäußert, die „eingegliedert“ werden sollten. Die Diskussionen führten zu einer zunehmenden Politisierung der Behindertenbewegungen. Zudem läuteten sie allmählich einen Perspektivenwechsel ein, der vom bislang überwiegenden Verständnis von behinderten Menschen als Objekt der Fürsorge zu gleichberechtigten Bürgern führte.⁵⁵

In den folgenden Jahren wurden die nationalen Interessenvertretungen stark von der US-amerikanischen Behindertenrechtsbewegung beeinflusst. In den 1980er Jahren reisten viele Vertreter von Behindertengruppen in die Vereinigten Staaten, wo mittels der Antidiskriminierungsgesetzgebung die Möglichkeit der Selbstbestimmung behinderter Menschen bereits weiter voran geschritten war.⁵⁶ Die Erfahrungen, welche Maßnahmen in den USA unternommen wurden, um behinderten Menschen eine weitgehend gleichberechtigte, barrierefreie Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen, löste hierzulande eine große Begeisterung aus.⁵⁷

III. Düsseldorfer Appell von 1991

Geprägt von diesen Beobachtungen in den USA, formulierte der verbandsübergreifende „Initiativkreis Gleichstellung Behinderter“ anlässlich der REHA-Messe 1991 in Düsseldorf einen Appell zur Verankerung eines Benachteiligungsverbots behinderter Menschen im Grundgesetz und zur Schaffung eines Gleichstellungsgesetzes.⁵⁸ Es wurde gefordert, behinderte

53 Rudloff, ZSR 2003, S. 863, 877.

54 Bericht der 86. Sitzung des Deutschen Bundestages am 15.03.1974, S. 5693.

55 Heiden, Die Fakten liegen auf dem Tisch, in: Heiden, „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“, S. 30 f.

56 Heyer, The ADA on the Road: Disability Rights in Germany, Law & Social Inquiry 2002, S. 723, 734.

57 Siehe nur die Erfahrungsberichte von Nabben und Arnade im Sammelband von Hermes, Traumland USA?, S. 29 ff. (Nabben) sowie S. 67 ff. (Arnade).

58 Miles-Paul/Drewes, Heilpädagogik online 01/2002, S. 12, 12.

Menschen „mit wirksameren, einklagbaren Rechten“ auszustatten, welche „unter dem Dach eines umfassenden Gleichstellungs- bzw. Antidiskriminierungsgesetzes zusammengefasst werden [sollten], das als Rahmengesetz die Gleichstellungsansprüche auf allen politischen und gesellschaftlichen Ebenen regelt“⁵⁹. Zur Begründung dieser Aufforderung wurden verschiedene Beispiele alltäglicher Benachteiligungen behinderter Menschen benannt, wie die Einschränkung ihrer Mobilität aufgrund nicht barrierefrei ausgestalteter Wohnungen oder die fehlende Zugänglichkeit von Sanitäreinrichtungen. Diese Lebensbedingungen führten dazu, dass behinderte Menschen ihre grundgesetzlich garantierten Rechte nicht hinreichend wahrnehmen könnten. Durch ein umfassendes Gleichstellungsgesetz sollte daher – wie es auch in den USA durch den ADA geschehen ist – Diskriminierungen sowohl durch staatliche Stellen als auch durch Private verhindert werden. So war bspw. auch die Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs zu allen Arztpraxen ein ausdrückliches Anliegen der Unterzeichner des Appells.⁶⁰

In der Folgezeit kam es wiederholt zu Demonstrationen und Kundgebungen, um die formulierten Ziele des Düsseldorfer Appells gesellschaftlich und politisch hervorzuheben. Ausgangspunkt war hierfür insbesondere der „Europäische Protesttag der Menschen mit Behinderungen“ 1992, der viele Interessenvereinigungen zu intensiver Öffentlichkeitsarbeit veranlasste.⁶¹

IV. DDR-Verfassungsdiskussion im Kontext der Wiedervereinigung

Kurz zuvor wurden in der DDR nach dem Mauerfall am „Zentralen Runden Tisch“⁶² zwischen Dezember 1989 und März 1990 von verschiedenen

59 Düsseldorf Appell gegen die Diskriminierung Behinderter – Mit Gleichstellungsgesetz Unrecht beenden, abgedruckt in: Heiden, „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“, S. 223-227.

60 Düsseldorf Appell, abgedruckt in: Heiden, „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“, S. 223, 226 f.

61 Zu den Bemühungen einzelner Verbände in dieser Zeit s. *Spörke*, Behindertenpolitik im aktivierenden Staat, S. 112.

62 Die Sitzungsprotokolle, Ergebnisse und weitere Informationen zum Zentralen Runden Tisch sind abrufbar über das Bundesarchiv unter <http://www.argus.bstu.bundesarchiv.de/DA3-26498/index.htm?kid=af906aa9-f66f-43af-88c1-407530c26969> (Stand: 15.04.2018).

Gruppierungen und Parteien Vorschläge zur Überwindung der Krise in der DDR beraten.⁶³

Im Zuge der Beitrittsverhandlungen der DDR verabschiedete der Zentrale Runde Tisch am 05.03.1990 eine Sozialcharta, die in die Verhandlungen mit der BRD zur zukünftigen Politik eines vereinigten Deutschlands eingebracht werden sollte.⁶⁴ Die Sozialcharta enthielt unter Nummer 7 die Pflicht zur sozialen Integration und der Betreuung von behinderten Menschen und Rehabilitanden, indem u.a. ihr rechtlicher Status gesichert und komplexe Rehabilitations- und Betreuungsmaßnahmen gewährleistet werden.⁶⁵

Weiter lies der Zentrale Runde Tisch in seiner letzten Sitzung im März 1990 einen Verfassungsentwurf⁶⁶ erarbeiten, der sich in seiner wesentlichen Struktur am Grundgesetz der BRD orientierte, aber in einigen Teilbereichen darüber hinausging und Bestimmungen konkreter fasste, wobei besonders die Menschenrechte stärker betont wurden.⁶⁷ Ausdrücklich wurde in dem Verfassungstext auch auf Menschen mit einer Behinderung Bezug genommen.⁶⁸ Art. 1 Abs. 2 des DDR-Verfassungsentwurfs sah ein Verbot der Benachteiligung u.a. aufgrund einer Behinderung vor. Konkret wurde folgende Formulierung vorgeschlagen:

„Jeder schuldet jedem die Anerkennung als Gleicher. Niemand darf wegen (...) seiner Behinderung (...) benachteiligt werden.“

Nach Art. 23 Abs. 1 S. 2 DDR-Verfassungsentwurf habe das Gemeinwesen eine Behinderung zu respektieren. Ein Recht auf soziale Folgensicherung bei Invalidität, Behinderung und Pflegebedürftigkeit war in Art. 23 Abs. 2 DDR-Verfassungsentwurf vorgesehen. Ebenso findet sich im Entwurf der staatliche Auftrag, den Bau behinderungsgerechten Wohnraums

63 Vgl. Beschluss des Rundtischgespräches am 07./08.12.1989, Bundesarchiv DA 3/1, 1; zu den Teilnehmern und Positionen des Runden Tisches vgl. *Semtner*, Der Runde Tisch in der DDR, S. 40 ff.

64 *Thaysen*, Der Zentrale Runde Tisch der DDR, S. XVIII; *Semtner*, Der Runde Tisch in der DDR, S. 104; vgl. auch *Ramm*, Die Rehabilitation und das Schwerbeschädigtenrecht der DDR im Übergang zur Bundesrepublik Deutschland, S. 151 ff.

65 Ergebnisse der 15. Sitzung des Rundtischgespräches am 5. März 1990, Bundesarchiv DA 3/15, 73.

66 Der DDR-Verfassungsentwurf ist abrufbar unter http://www.documentarchiv.de/ddr/1990/ddr-verfassungsentwurf_runder-tisch.html (Stand: 15.04.2018).

67 Näher zum Inhalt des Entwurfs *Hahn*, Der Runde Tisch, S. 140 ff., 149.

68 S. hierzu näher *Ramm*, Die Rehabilitation und das Schwerbeschädigtenrecht der DDR im Übergang zur Bundesrepublik Deutschland.

zu fördern (Art. 25 Abs. 2 S. 2). Daneben waren ein erweiterter Kündigungsschutz (Art. 27 Abs. 5) und die Verantwortung der kommunalen Träger für die Daseinsversorgung von Menschen mit Behinderung (Art. 50 Abs. 3 Nr. 8) im Verfassungsentwurf vorgesehen.

Sowohl die Forderungen aus der Sozialcharta als auch des Verfassungsentwurfs finden sich im Allgemeinen zwar nicht in den Ergebnissen des Einigungsprozesses wieder,⁶⁹ förderten aber die Diskussionen um die rechtliche Gleichstellung behinderter Menschen in Gesamtdeutschland.⁷⁰

V. Aufnahme des Benachteiligungsverbots in das Grundgesetz

Im Zuge der Wiedervereinigung wurde 1991 mit der Überarbeitung des Grundgesetzes begonnen. Im Rahmen dieses Prozesses wurde auch verstärkt die Forderung nach einer Ergänzung des allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatzes (Art. 3 Abs. 1 GG) um ein besonderes Benachteiligungsverbot aufgrund von Behinderung eingebracht.⁷¹ Der Schutz behinderter Menschen zielt wesentlich auf die soziale Gleichheit aller Menschen. Die Herstellung dieser Gleichheit war bereits bei der Schaffung des Grundgesetzes der stärkste Antrieb der sozialen Bewegung⁷² und floss ebenso in die spätere Diskussion über eine Verfassungsänderung mit ein.⁷³

Während die Verfassungskommission über die Reformen beriet, wurden in den neuen Bundesländern die Landesverfassungen verabschiedet. In diesen Konstitutionen erhielten Freiheitsrechte und soziale Grundrechte eine besondere Bedeutung und erstmals fand der Tatbestand Behinderung eine ausdrückliche Berücksichtigung in deutschen Landesverfassungen.⁷⁴ Beeinflusst wurde diese Entwicklung durch den von einer Arbeitsgruppe

69 Vgl. *Hahn*, Der Runde Tisch, S. 135 f., 149 f.

70 Vgl. *Ramm*, Die Rehabilitation und das Schwerbeschädigtenrecht der DDR im Übergang zur Bundesrepublik Deutschland, S. 153 ff.

71 *Heiden*, Die Fakten liegen auf dem Tisch, in: Heiden, „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“, S. 32 f.

72 *Zacher*, Das soziale Staatsziel, in: Isensee/Kirchhof, HStR II, § 28 Rn. 34.

73 *Straßmair*, Der besondere Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG, S. 137.

74 So z.B. in Art. 12 Abs. 2 Verfassung des Landes Brandenburg vom 20.08.1994, GVBl. I S. 298, der das Merkmal Behinderung als Diskriminierungstatbestand benennt; näher bei *Straßmair*, Der besondere Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG, S. 129 f.; *Welti*, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, S. 237.

des Zentralen Runden Tisches entwickelten Verfassungsentwurf der DDR.⁷⁵ Hieraus gaben sich im Weiteren wegweisende Impulse für die Überarbeitung des Grundgesetzes.⁷⁶

Einen weiteren Grund für die Diskussion, um die Aufnahme eines Benachteiligungsverbots in das Grundgesetz, bildete der Umgang mit behinderten Menschen im Privatrechtsverkehr und in der Rechtsprechung. Gerade letztere wurde in der Vergangenheit von der Öffentlichkeit zuweilen als diskriminierend kritisiert.⁷⁷ Bekanntheit erlangte in diesem Zusammenhang insbesondere das sog. „Frankfurter Behindertenurteil“ vom 25.02.1980. Diesem lag die Klage eines Reisenden zugrunde, der sich durch die Anwesenheit einer Gruppe von schwerbehinderten Menschen in seinem Hotel gestört fühlte und daher eine Minderung des Reisepreises geltend machte. Das Landgericht Frankfurt kam hier zu dem Ergebnis, dass der Anblick der körperlich und geistig behinderten Menschen und deren Verhalten einen Reisemangel darstellen könnten.⁷⁸ Eine ähnliche Entscheidung fällte noch 1992 das Amtsgericht Flensburg, das einer Familie die Minderung ihres Reisepreises zusprach, da die Anwesenheit behinderter Menschen bei den Mahlzeiten „nicht zu einem typischerweise erwarteten Urlaubsverlauf“ gehörten und die Urlaubsentspannung damit beeinträchtigt würde.⁷⁹ Mediale Aufmerksamkeit erhielt zudem die damalige und inzwischen aufgegebene Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, wonach für eine als Folge eines Unfalls eingetretene schwere Behinderung nur ein verminderter Schmerzensgeldanspruch geltend gemacht werden könnte, wenn der Verletzte seine Beeinträchtigung nicht mehr bewusst wahrnehmen und somit die Ausgleichsfunktion des Schadensersatzes nicht erfüllt werden könne.⁸⁰

75 Vgl. *Welti*, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, S. 228 f. (m.w.N.), 237; ferner *Hahn*, Der Runde Tisch, S. 150.

76 *Straßmair*, Der besondere Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG, S. 129 f.; *Sachs*, Besondere Gleichheitsgarantien, in: Isensee/Kirchhof, HStR VIII, § 182 Rn. 120.

77 Vgl. *Jürgens*, Auf bessere Einsicht zu warten genügt nicht, in: Heiden, „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“, S. 163 ff.

78 LG Frankfurt vom 25.02.1980 – 2/24 S 282/79, NJW 1980, 1169.

79 AG Flensburg vom 27.08.1992 – 63 C 265/92, NJW 1993, 272.

80 BGH vom 02.06.1982 – VI ZR 247/80, NJW 1982, 2123; ebenso BGH vom 16.12.1975 – VI ZR 175/74, NJW 1976, 1147; diese Rechtsprechung bereits vor der Aufnahme des Benachteiligungsverbots in das GG aufgebend: BGH vom

Inwieweit vor dem Hintergrund dieser verschiedenen Entwicklungen und Missstände besondere Vorschriften für einen stärkeren Schutz behinderter Menschen in das Grundgesetz aufgenommen werden könnten, sollte der Staatsrechtler *Herdegen* untersuchen. In seinem Gutachten⁸¹ befasste er sich mit den drei Varianten, die hierzu in der Diskussion standen. Diese waren im Einzelnen die Aufnahme eines speziellen Diskriminierungsverbots zugunsten behinderter Menschen, die Einführung eines Gleichstellungsgebots, das einen grundrechtlichen Anspruch gegen den Staat auf Förderung behinderter Menschen beinhalten würde, oder die Festschreibung der Integration behinderter Menschen als eine weitere Staatszielbestimmung in Ergänzung zum Sozialstaatsprinzip. *Herdegen* sprach sich für ein spezielles Diskriminierungsverbot aus, das in einem neuen Absatz des Art. 3 GG zu regeln wäre.⁸²

In der entscheidenden Abstimmung der Verfassungskommission konnte der Antrag auf die Aufnahme einer entsprechenden Regelung jedoch nicht die erforderliche Zweidrittelmehrheit der Kommissionsmitglieder erreichen.⁸³ Vorbehalte bestanden insbesondere aufgrund der Annahme, dass die staatliche Verantwortung gegenüber behinderten Menschen durch das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) bereits hinreichend abgesichert sei und eine Konkretisierung insofern wenig sinnvoll erscheine.⁸⁴ Gleichwohl einigten sich die politischen Parteien schließlich im Oktober 1994 darauf, den Passus

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“

als zweiten Satz in Art. 3 Abs. 3 GG aufzunehmen.⁸⁵ In der Plenarsitzung zur Abstimmung über den Verfassungsentwurf brachte der Unionspolitiker

13.10.1992 – VI ZR 201/91, BGHZ 120, 1; s. auch das nachträglich veröffentlichte weitere Urteil des BGH vom 16.02.1993 – VI ZR 29/92, NJW 1993, 1531.

81 Das Gutachten wurde ohne wesentliche Änderungen abgedruckt in: *Herdegen*, VSSR 4/1992, S. 245 ff.

82 *Herdegen*, VSSR 4/1992, S. 262 f.

83 Ein entsprechender Antrag der SPD erhielt 30 Ja-Stimmen und 22 Nein-Stimmen, vgl. Bericht der Gemeinsamen Verfassungskommission vom 05.11.1993, BT-Drs. 12/6000, S. 52 f.

84 BT-Drs. 12/6000, S. 53; zur damaligen Diskussion s. *Firsching*, Der Schutz Behindertener als Staatsziel, in: *Wissing/Umbach*, 40 Jahre Landessozialgerichtsbarkeit, S. 167, 181 ff.

85 42. Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 27.10.1994, BGBl. I S. 3146, auf Beschlussempfehlung des Vermittlungsausschusses vom 02.09.1994, BT-Drs. 12/8423.

Jahn zum Ausdruck, dass die Anliegen behinderter Menschen zwar bereits über die Menschenwürdegarantie und das Sozialstaatsgebot im Grundgesetz verankert seien, die ausdrückliche Erwähnung aber ein Signal an die Gesellschaft bedeute, mehr für behinderte Menschen zu tun.⁸⁶ Die Verankerung des Diskriminierungsschutzes behinderter Menschen in der Verfassung sollte insofern eine „Signalwirkung“ haben und einen Bewusstseinswandel in der Bevölkerung bewirken.⁸⁷

VI. Der Weg zum Behindertengleichstellungsgesetz

Auf einfachgesetzlicher Ebene setzten sich die Behindertenverbände weiterhin für die Konzeption eines Gleichstellungsgesetzes ein, um Diskriminierungen in Rechtsvorschriften, der Rechtsprechung und allgemein im Privatrechtsverkehr (z.B. beim Abschluss von Versicherungsverträgen) ähnlich wie in den USA zu bekämpfen.⁸⁸ Aus diesem Antrieb heraus gründete sich bereits im Februar 1992⁸⁹ das Forum behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ), das die Ausarbeitung eines entsprechenden Gesetzentwurfs zum Ziel hatte.⁹⁰ Ebenso verfolgte der „Initiativkreis Gleichstellung Behindelter“ nun unter dem Namen „Netzwerk Artikel 3“ neben zahlreichen anderen Vereinigungen die rechtliche Gleichstellung behinderter Menschen weiter.⁹¹

Um die Jahrtausendwende wurden auf nationaler und europäischer Ebene verschiedene weitere Initiativen eingeleitet, die die Situation behinderter Menschen in unterschiedlichen rechtlichen Bereichen verbessern sollten.

86 Vgl. Sitzung des Deutschen Bundestages am 30.06.1994, Plenarprotokoll 12/238, S. 20949.

87 BT-Drs. 12/8165, S. 29.

88 Beispiele für rechtliche Diskriminierungen bei *Jürgens*, Auf bessere Einsicht zu warten genügt nicht, in: Heiden, Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden, S. 163 ff.

89 *Köbsell*, Wegweiser Behindertenbewegung, S. 26.

90 *Jürgens*, Beitrag D23-2013, S. 2 unter www.reha-recht.de.

91 *Köbsell*, Wegweiser Behindertenbewegung, S. 27, 72.

1. Einführung des SGB IX

Das neue Grundrecht aus Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG führte nicht nur zu intensiveren Bemühungen, Benachteiligungen aufzudecken und zu beseitigen. Es wurde überdies auch als eine Verpflichtung aufgefasst, das Leistungsspektrum für behinderte Menschen weiter auszubauen.⁹² Hierbei sollte gerade die Führung eines selbstbestimmten Lebens die zentrale Schlüsselrolle bei den Reformen einnehmen.⁹³ Die Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen legten hierzu im Januar 2001 einen Gesetzentwurf⁹⁴ zur Schaffung des SGB IX vor, welches nach weiteren Beratungen⁹⁵ sodann am 19.06.2001 verkündet wurde.⁹⁶

Das SGB IX wurde nicht als ein eigenes Leistungsgesetz konzipiert, sondern enthält – vergleichbar dem SGB I, IV und X – gemeinsame, bereichsübergreifende Regelungen für das gesamte Rehabilitationsrecht. Eine wesentliche Aufgabe dieses Rahmengesetzes ist es, die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen zu koordinieren und die Zusammenarbeit der verschiedenen Rehabilitationsträger zu fördern (u.a. §§ 19, 25 SGB IX bzw. §§ 10 ff. SGB IX in der Fassung bis 31.12.2017). Um die zentrale Zielsetzung von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben (§ 1 S. 1 SGB IX) zu erreichen, stellt es ferner verschiedene Grundprinzipien wie das Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX bzw. § 9 SGB IX a.F.) auf, die in allen Zweigen des Sozialrechts von den Rehabilitationsträgern Beachtung finden müssen. Ferner beinhaltet das Gesetz Vorgaben zur barrierefreien Leistungserbringung (§ 36 Abs. 1 S. 2 SGB IX bzw. § 19 Abs. 1 S. 2 SGB IX a.F.). Zudem erhielten die Verbände behinderter Menschen in § 85 SGB IX (bzw. § 63 SGB IX a.F.) erstmals die Möglichkeit, bei Verstößen gegen die neuen Regelungen eine Verbandsklage zu erheben bzw. eine Prozessstandschaft einzugehen.

92 Hierzu Große Anfrage der CDU/CSU-Fraktion vom 01.12.1999, BT-Drs. 14/2290, S. 2 (Antwort der Bundesregierung in BT-Drs. 14/3681 vom 28.06.2000).

93 Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung vom 15.03.2000, BT-Drs. 14/2913, S. 3.

94 BT-Drs. 14/5074.

95 Der Beratungsverlauf wird bei *Lachwitz/Welti* in: *Lachwitz/Schellhorn/Welti*, HK-SGB IX, Einführung Rn. 44 ff. skizziert.

96 BGBl. I S. 1046; eingehend zur Entstehungsgeschichte des SGB IX s. *Walling*, Das Prinzip der Individualisierung von Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung, S. 132 ff.