

Gesundheitssorge – Erhalt und Förderung von Gesundheit für Menschen mit Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Eingliederungshilfe

Positionspapier der DVfR

Juni 2021

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg

Telefon 06221 187 901-0
E-Mail info@dvfr.de
www.dvfr.de

INHALT

Einleitung	4
1. Das Konzept der Gesundheitspflege.....	6
1.1 Gesundheit und Behinderung	6
1.2 Gesundheitspflege.....	7
1.3 Unterstützung bei der Gesundheitspflege	9
2. Bereiche der Gesundheitspflege	10
2.1 Gesundheitspflege im Alltag der Menschen.....	10
2.2 Entwicklung von Gesundheitskompetenz.....	12
2.3 Unterstützung und Begleitung durch ein komplexes Gesundheitssystem	17
2.4 Verbesserung oder Erhalt von Funktionen und Aktivitäten bzw. der Funktionsfähigkeit.....	21
2.5 Pflege	23
2.5.1 Pflege als Bestandteil der Gesundheitspflege	23
2.5.2 Exkurs: Problemlagen und Lösungsoptionen bei der Behandlungspflege im Verhältnis zu Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe	25
2.6 Zwischenfazit: Leistungen der Gesundheitspflege	28
3. Leistungsrechtliche Grundlagen	29
3.1 Unterstützung der Gesundheitspflege als Aufgabe der Eingliederungshilfe	29
3.2 Unterstützung bei der Gesundheitspflege in der Bedarfsermittlung	32
3.3 Gesundheitspflege in der Teilhabe- und Gesamtplanung	33
4. Umsetzung der Gesundheitspflege im Bereich der Sozialen Teilhabe	34
4.1 Leistungen zur Unterstützung der Gesundheitspflege als Assistenzleistungen	34
4.2 Struktur- und Prozessqualität im Bereich der Gesundheitspflege als Voraussetzungen für die Anerkennung als geeigneter Leistungserbringer.....	35
5. Zusammenfassung.....	36
Über die DVfR	39
Anhang	40
Anhang I:	40
Anhang II:	41
Anhang III:	42
Anhang IV:.....	43
Anhang V:.....	44

Einleitung

Das Thema Gesundheit und Krankheit ist für Menschen mit Behinderungen bzw. drohenden Behinderungen von besonderer Relevanz.¹ Menschen mit Behinderungen sind statistisch deutlich häufiger von weiteren Krankheiten, oft im Sinne einer Multimorbidität betroffen.² Die Wahrscheinlichkeit einer erhöhten Morbidität steigt ferner mit zunehmendem Alter.³ Dies wird insbesondere dadurch relevant, dass Menschen mit Behinderungen heutzutage eine deutlich höhere Lebenserwartung als in früheren Jahren haben.

Mit dem Behinderungsbegriff nach § 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) IX, der auf das biopsychosoziale Modell, das der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zugrunde liegt, zurückgreift, wird die besondere Bedeutung von Gesundheit und Krankheit betont. Gesundheitsprobleme, die mit der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) verschlüsselt werden, sind wesentliche Voraussetzung für den Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation.

Bei Menschen mit Behinderungen i. S. d. § 2 SGB IX handelt es sich um eine sehr große und sehr heterogene Gruppe von Bürgerinnen und Bürgern. So gibt es allein knapp acht Millionen Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung. Darin enthalten ist eine deutlich kleinere Gruppe von Menschen mit einer wesentlichen Behinderung i. S. d. § 99 SGB IX. Die wesentliche Behinderung stellt eine der Voraussetzungen für Ansprüche auf Leistungen der Eingliederungshilfe dar. Die Ausführungen zur Gesundheitsversorgung im vorliegenden Dokument beziehen sich nur z. T. auf diese Personengruppe, da Gesundheitsversorgung auch Bestandteil des Alltagslebens von Menschen ohne Behinderung oder Menschen mit Behinderungen ist, bei denen die Voraussetzung der Wesentlichkeit nicht erfüllt ist. Ist nur die Gruppe der Menschen mit einer wesentlichen Behinderung und ggf. einem Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe gemeint, wird dies in der Regel ausdrücklich gekennzeichnet.

Die Erhaltung der Gesundheit und die Bewältigung von Krankheiten waren schon immer besonderes Thema in der Eingliederungshilfe. Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe haben Menschen mit Behinderungen bei Bedarf mehr oder weniger dabei

¹ Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, wird stellenweise nur die männliche oder nur die weibliche Form genannt; es sind aber alle Menschen jeden Geschlechts gleichermaßen gemeint.

² Im Rahmen der BAESCAP-Studie wurde die Selbstausskunft zur Komorbidität von Eingliederungshilfeempfängern mit einer seelischen Behinderung und der Allgemeinbevölkerung verglichen. Hier wurde deutlich, dass die somatische Komorbidität der Eingliederungshilfe-Population im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist und die Eingliederungshilfe-Gruppe (EGH-Gruppe) eine signifikant höhere Komorbidität aufwies (Steinhart, I. (2018)). Nur 12,10% der Befragten aus der EGH-Gruppe gaben in der Selbstausskunft an, keine somatische Erkrankung zu haben. Im Vergleich dazu gaben 44,60% der Allgemeinbevölkerung über das Sozio-ökonomische Panel an, keine somatische Erkrankung zu haben. Weiter berichtete die Mehrheit der Befragten aus der EGH-Gruppe von zwei oder mehr somatischen Leiden. Menschen mit drei oder mehr psychischen Erkrankungen leiden fast doppelt so häufig an drei oder mehr somatischen Erkrankungen als an einer. Gefragt nach der selbst eingeschätzten Gesundheit, zeigte sich, dass nur ca. ein Viertel der EGH-Gruppe ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzt (Steinhart, I. (2018)).

Kaup, P. (2014) Die Gesundheitsversorgung Erwachsener mit geistiger Behinderung. Vortrag Ärztekammer Nordrhein April 2014, Düsseldorf, abrufbar unter https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/inklusion-2014-04.pdf (Abrufdatum 24.05.2021).

³ Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der Senioreninnen und Senioren an den Erwachsenen mit geistiger Behinderung von 10% im Jahre 2010 auf 31% im Jahre 2030 steigen wird. In besonderen Wohnformen wird 2030 jeder zweite Bewohner über 60 Jahre alt sein, im ambulant betreuten Wohnen über ein Drittel (Dieckmann F., Giovis, C. (2012)).

unterstützt. In besonderen Wohnformen (früher: stationäre Einrichtungen) trugen diese sogar die Gesamtverantwortung für die gesundheitsbezogene Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner, soweit diese den Menschen mit Behinderungen nicht selbst möglich war oder diese auch mit Hilfe von Angehörigen⁴ oder rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern nicht sichergestellt werden konnte.⁵

Für Leistungsberechtigte in besonderen Wohnformen macht die Unterstützung im Rahmen der gesundheitsbezogenen Versorgung einen wesentlichen Anteil der erbrachten Leistungen aus. So betrug nach einer Studie der Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation (BBI) der Zeitanteil für die gesundheitsbezogene Versorgung ca. 22 Prozent der geleisteten Assistenzstunden.⁶ Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass trotz ihrer vergleichsweise hohen Bedeutung gesundheitsbezogene Leistungen nur selten ausdrücklich, z. B. in Förder- oder auch Teilhabeplänen, als Leistungen beschrieben, aber im Alltag häufig gleichsam implizit erbracht werden.

Zukünftig wird es von zentraler Bedeutung sein, dass auch die gesundheitsbezogenen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen differenziert im Rahmen der Bedarfsermittlung beschrieben werden. Dabei sind die einzelnen Leistungen der jeweiligen Leistungsträger zu erheben und voneinander abzugrenzen. Dies gestaltet sich häufig schwierig, insbesondere im Hinblick auf die Aufgaben der Träger der Eingliederungshilfe in Abgrenzung zu denen der Krankenbehandlung, der Pflege und der medizinischen Rehabilitation.

Um die gesundheitsbezogenen Bedarfe angemessen erfassen und leistungsrechtlich korrekt zuordnen zu können, bedarf es eines Grundverständnisses davon, wie einerseits durch die Bürgerinnen und Bürger selbst und andererseits durch sozialstaatliche Leistungen die Gesundheit erhalten und gefördert sowie die Bewältigung von Krankheiten sichergestellt werden kann. Dazu haben die Fachverbände für Menschen mit Behinderung das Konzept der

⁴ Dazu können auch Freunde, Nachbarn und andere Bezugspersonen, d. h. andere Mitglieder des primären sozialen Netzwerkes sowie Vertrauenspersonen im Sinne des § 20 Abs. 3 sowie § 117 Abs. 2 SGB IX gehören. Gelegentlich wird auch von An- und Zugehörigen gesprochen.

⁵ Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2019): Diskussionspapier Behandlungspflege in Einrichtungen/ gemeinschaftlichen/ besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderung, Stand: 18.11.2019, abrufbar unter <https://www.reha-recht.de/infotek/beitrag/artikel/die-fachverbaende-stellen-fragen-der-behandlungspflege-auf-reha-rechtde-zur-diskussion/> (Abrufdatum 19.12.2020).

⁶ DVfR (2018): Stellungnahme der DVfR zu Inhalten der Bedarfsermittlung im SGB IX: Morbidität, Sorge um Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung. Beschlossen vom Hauptvorstand der DVfR am 16.10.2018, abrufbar unter https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_Stellungnahme_BTHG_Gesundheitssorge_November_2018.pdf

BBI (2014): Evaluation des Umstellungsprozesses der Hilfebedarfsgruppensystematik in vollstationären Einrichtungen für erwachsene Menschen mit geistiger und/ oder Mehrfachbehinderung – (Projekt Heime), Endbericht (2014), abrufbar unter http://www.bbi-consult.de/files/04_15_14_abschlussbericht-text.pdf (Abrufdatum 25.05.2021).

Gesundheitssorge entwickelt, das die DVfR in ihren Positionspapieren aus dem Jahr 2018⁷ aufgenommen und konkretisiert hat.

Das hiermit vorgelegte Positionspapier soll diese konzeptionellen Grundlagen näher und differenzierter beschreiben und so die Formulierung von konkreten Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zu anderen Sozialleistungen im Kontext von Gesundheit und Krankheit erleichtern. Dies ist u. a. für die Gestaltung von Rahmenvereinbarungen und auch konkreten Leistungsvereinbarungen, die zwischen den Trägern und den Leistungserbringern der Eingliederungshilfe zu schließen sind, relevant.

1. Das Konzept der Gesundheitssorge

1.1 Gesundheit und Behinderung

Die Grundlage für das Verständnis von Gesundheitssorge bildet ein umfassender Gesundheitsbegriff. Neben der Abwesenheit von medizinisch diagnostizierbaren, systematisch beschreibbaren körperlichen und seelischen Krankheiten berücksichtigt dieser auch das subjektive Empfinden (Wohlergehen im Sinne der WHO) und die Funktionsfähigkeit im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der ICF.⁸ Ziel von Gesundheitssorge ist eine umfassende Teilhabemöglichkeit trotz Behinderung, mithin ein vollumfängliches Einbezogen sein in alle neun Lebensbereiche der ICF. Das der Funktionsfähigkeit zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell beschreibt die durch ein Gesundheitsproblem bedingten Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen mit ihren möglichen Wechselwirkungen zu den Aktivitäten, der Partizipation (Teilhabe) und den Kontextfaktoren (umwelt- und personbezogenen Faktoren).

Ziel aller Bemühungen ist es, dass eine Person mit einem Gesundheitsproblem und dadurch bedingten Beeinträchtigungen ihrer körperlichen Strukturen und Funktionen vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren trotzdem all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten) und/ oder sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen).

⁷ DVfR (2018): Positionspapier der DVfR zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG): „Zum Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Praxis und zur Bedeutung von § 13 SGB IX“, beschlossen vom Hauptvorstand der DVfR am 16.10.2018, abrufbar unter https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_Positionspapier_Bedarfsermittlung_und_-feststellung_13_November_2018.pdf

DVfR (2018): Stellungnahme der DVfR zu Inhalten der Bedarfsermittlung im SGB IX: Morbidität, Sorge um Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung, beschlossen vom Hauptvorstand der DVfR am 16.10.2018, abrufbar unter https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_Stellungnahme_BTHG_Gesundheitssorge_November_2018.pdf

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2019): Diskussionspapier Behandlungspflege in Einrichtungen/gemeinschaftlichen/besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderung, Stand: 18.11.2019, abrufbar unter <https://www.reha-recht.de/infothek/beitrag/artikel/die-fachverbaende-stellen-fragen-der-behandlungspflege-auf-reha-rechtde-zur-diskussion/> (Abrufdatum 19.12.2020).

⁸ Cibis, W. Der Begriff „Funktionale Gesundheit“ in der deutschsprachigen Fassung der ICF – Kritik an der Definition und Vorschlag zur Änderung: Gesundheitswesen (2009); 71: 429–432.

Damit geht das Konzept von Gesundheit weit über die systematische Beschreibung von Krankheiten und Klassifizierung in der ICD und damit auch deutlich über ein rein medizinisches Verständnis von Krankheit und Gesundheit hinaus.

Der im Folgenden entwickelten Konzeption von Gesundheitspflege liegt dieser umfassende Gesundheitsbegriff, der stets die Funktionsfähigkeit einschließt, zugrunde

Mit dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) verfolgen die Vereinten Nationen nach Art. 1 den Zweck, *„den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern“*.

In § 2 Abs. 1 SGB IX wird der Begriff der Behinderung legal definiert: *„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“*

Die Legaldefinition der wesentlichen Behinderung findet sich in § 99 SGB IX neu.⁹

1.2 Gesundheitspflege

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung und die DVfR haben 2018 die Gesundheitspflege wie folgt definiert: *„Sie umfasst alle Handlungen, die eine Person im Alltag zur Förderung und Erhaltung der eigenen Gesundheit sowie zur Vermeidung und Bewältigung von Krankheit vornimmt.“* Damit ist gemeint, was sie selbst tut oder tun kann. Da Gesundheit und Krankheit das ganze Leben in all seinen Vollzügen betreffen, bezieht sich auch die Gesundheitspflege auf alle Lebensbereiche der ICF und auf den gesamten Tagesablauf, d. h. auf alle 24 Stunden des Tages. Art und Umfang der Gesundheitspflege werden von umwelt- und personbezogenen Faktoren¹⁰ beeinflusst.

Gesundheitspflege ist in der ICF v. a. der Selbstversorgung zuzuordnen, die dort im Bereich der Aktivitäten und der Teilhabe unter d570 *„Auf seine Gesundheit achten“* beschrieben ist (vgl. dazu Kap. 3.).

Die Gesundheitspflege kann insbesondere folgende Elemente umfassen:

- das Praktizieren gesundheitsdienlicher Verhaltensweisen (Rhythmus Wachen/ Schlafen und Aktivität/ Ruhe, Vermeidung von Stress, Vermeidung von Suchtmitteln und der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen etc.);

⁹ § 99 SGB IX wurde im Teilhabestärkungsgesetz neu gefasst. Für die Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises im Rahmen der Eingliederungshilfe ist i. Ü. weiterhin die Eingliederungshilfeverordnung maßgeblich.

¹⁰ Nach der ICF bilden Umweltfaktoren die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Personbezogene Faktoren sind Kontextfaktoren, die sich auf die betrachtete Person beziehen. Nach ICF sind diese der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen und umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustandes sind. Kontextfaktoren sind Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund einer Person und können, nach dem Verständnis der ICF, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf allen Ebenen der Funktionsfähigkeit und mit dem Fokus auf das SGB IX die Teilhabe in Lebensbereichen positiv wie negativ beeinflussen. Vgl. BAR (2021).

- die Beobachtung des eigenen individuellen Gesundheitszustandes, Aufmerksamkeit für Krankheitsanzeichen (Symptomen) und andere gesundheitliche Probleme, deren Erkennen und daraus abgeleitetes Handeln (z. B. Auswahl und Terminierung Arztbesuch), Bemerkten und Umgehen mit Änderung von Symptomen, z. B. im Sinne einer Verschlimmerung;
- Erschließen und Nutzen von Selbsthilfepotentialen, einschließlich der Mitarbeit in Selbsthilfegruppen oder ähnlichen Organisationen;
- Vorsorgeaktivitäten einschließlich der Wahrnehmung von Vorsorgeleistungen wie Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, etc.;
- das Organisieren ärztlicher oder (psycho-)therapeutischer Hilfen, der Medikamenten-, Heil- und Hilfsmittelversorgung, der Umsetzung ärztlicher Anordnungen und therapeutischer Empfehlungen, einschließlich der Beförderung, etc.;
- das Erbringen von Zu- und Aufzahlungen;
- das Stellen von Anträgen, Versenden von Dokumenten (z. B. AU-Bescheinigungen) u. a.;
- das Verarbeiten von Krankheit, Alterungsprozessen und von körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen;
- das Durchführen von gesundheitsfördernden Maßnahmen (Bewegung, Ernährung);
- das Nutzen von Hilfsmitteln.

All dies gehört zur Gesundheitsvorsorge, für die jede Bürgerin und jeder Bürger selbst zuständig und verantwortlich ist. Es bleibt letztlich ihnen überlassen, was sie davon selbst für sich umsetzen möchten.

Eine Grenze findet die Beliebigkeit der Gesundheitsvorsorge da, wo der Sozialstaat die Mitwirkung bei seinen Leistungen erwartet oder voraussetzt. So wird in § 1 SGB V ausgeführt:

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“

Diese Vorschrift enthält die Grundsätze der Mitverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit und beschreibt zudem die Aufgabe der Krankenkasse die Versicherten dabei zu unterstützen.

Im alltäglichen Leben spielt die Gesundheitsvorsorge für alle Bürger, insbesondere aber für Menschen mit Behinderungen eine große Rolle und macht oft einen erheblichen Anteil an den Alltagsaktivitäten aus, der je nach Gesundheitszustand und individuellem Lebensführungskonzept stark variieren kann. Dabei ist daran zu erinnern, dass im Selbstverständnis von Menschen mit Behinderungen ihre Behinderung selbst meist keine Krankheit darstellt („Behinderung ist keine Krankheit“).

1.3 Unterstützung bei der Gesundheitspflege

Im Alltag der Bürgerinnen und Bürger ist die Gesundheitspflege in das soziale Leben eingebettet. Sie werden dabei vielfach durch ihr primäres soziales Netzwerk (s. u.), meist durch Angehörige unterstützt. Die Unterstützung der Gesundheitspflege reicht von der Erinnerung an einen Termin, der Pflege um die Gesundheit des anderen über konkrete Unterstützung, z. B. durch Begleitung, bis hin zur Übernahme von Pflege im Krankheitsfall. Art und Umfang der Unterstützung können stark variieren und hängen dabei von Art und Schwere der Beeinträchtigungen und den Kontextfaktoren sowie der Unterstützungsbereitschaft und den Unterstützungsmöglichkeiten der Akteure im primären sozialen Netzwerk ab.

Soziale Netzwerke können in primäre und sekundäre soziale Netzwerke differenziert werden. Unter primären sozialen Netzwerken sind private Netzwerke (eigene oder Herkunftsfamilie, Verwandte oder andere Vertrauenspersonen, z. B. aus dem Freundeskreis) zu verstehen. Sekundäre Netzwerke sind solche, die unabhängig vom Individuum im Sozialraum bestehen und von vielen Bürgern genutzt werden können. Dabei kann es sich um zivilgesellschaftliche Angebote (z. B. organisierte Nachbarschaftshilfe, Vereine, Selbsthilfe) oder um professionelle Angebote (z. B. zur Pflege, Tagesstruktur im Sozialraum, auch rechtlicher Betreuung) handeln.¹¹ Im Konzept der ICF gehören Netzwerke zu den Umweltfaktoren.

Nicht alle Menschen sind gleichermaßen in der Lage, für die eigene Gesundheit selbst zu sorgen. Dies kann durch die Art oder Schwere einer Krankheit oder von Beeinträchtigungen bedingt sein. Dies gilt insbesondere dann, wenn komplexe Beeinträchtigungen vorliegen, die z. B. die Kognition, die Kommunikationsfähigkeit oder die motorischen Fähigkeiten betreffen. Hier greift oft die Unterstützung durch das primäre soziale Netzwerk. Diese praktische Unterstützung wird von den Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens häufig als für das Gelingen von Behandlungen notwendig vorausgesetzt, so z. B. bei der Begleitung von Menschen mit Behinderungen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung. Eine mit dem Subsidiaritätsgrundsatz begründbare Rechtspflicht zur Unterstützung durch die sozialen Netzwerke ist in den SGB V, VII, IX, XI und XIV allerdings nicht niedergelegt (mit grundsätzlicher Ausnahme in § 37 SGB V).

Häufig steht Menschen mit wesentlichen Behinderungen aber kein oder kein ausreichendes primäres soziales Netzwerk zur Verfügung, das die notwendige Unterstützung bei der Gesundheitspflege leisten könnte. Erfahrungsgemäß ist dies bei Nutzerinnen und Nutzern von besonderen Wohnformen oder bei manchen psychischen Erkrankungen deutlich häufiger als beim Durchschnitt der Bevölkerung der Fall.

Menschen mit Behinderungen, die ihre Gesundheitspflege nicht aus eigener Kraft wahrnehmen können und bei denen dies auch nicht durch das primäre soziale Netzwerk geleistet werden kann, benötigen Unterstützung bei der Gesundheitspflege durch sekundäre soziale Netzwerke.

Für solche Unterstützungsleistungen bei der Gesundheitspflege kommen im Wesentlichen die Leistungssysteme des SGB V, SGB VII, SGB VIII, SGB IX, SGB XI, SGB XII und SGB XIV in Betracht. Die Systeme der Krankenhausbehandlung, der Pflege und der medizinischen Rehabilitation bieten bei der Gesundheitspflege vielfache Unterstützungsleistungen und sind vorrangig verantwortlich. Aus dem Abgleich der Beschreibung der Gesundheitspflege mit den Leistungskatalogen dieser Systeme wird jedoch deutlich, dass zum einen bei diesen eine

¹¹ Schmidt-Ohlemann, M. (2011): Individuelle Rehabilitation in Sozialräumen – Impulse aus der Behindertenrechtskonvention – Einführungsvortrag auf dem Kongress der DVfR 2011 https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Veranstaltungen/110630_Umsetzung_der_BRK/Einf%C3%BChrungsvortrag_S-O_Ef.pdf (Abrufdatum 25.05.2021).

aktive Mitwirkung des betroffenen Menschen vorausgesetzt wird, die nur in einigen Settings auf ein Minimum reduziert ist (z. B. bei der stationären Krankenhausbehandlung oder in der stationären Pflege) und dass zum anderen die Leistungen im Rahmen des SGB V und SGB XI limitiert sind und in den alltäglichen Lebenssituationen die eigene Gesundheitsvorsorge nicht vollständig ersetzen können. Vielmehr wird in der Regel eine umfassende aktive Mitwirkung der Leistungsberechtigten oder ihres primären sozialen Netzwerkes vorausgesetzt oder zumindest erwartet. So sind z. B. die Leistungen nach dem SGB XI nicht voll bedarfsdeckend ausgestaltet. Art oder Umfang der Ansprüche im Rahmen des SGB V, z. B. auf Heil- und Hilfsmittelversorgung oder die Soziotherapie, sind durch gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen begrenzt, u. a. durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Im Falle des Vorliegens einer Behinderung ist es für die Klärung der Frage nach der leistungsrechtlichen Zuständigkeit für Unterstützungsleistungen bei der Gesundheitsvorsorge durch sekundäre soziale Netzwerke zunächst erforderlich, die Gesundheitsvorsorge differenziert zu beschreiben. Dabei wird von den Bedarfen der Menschen mit Behinderungen ausgegangen. Die Beschreibung soll dazu dienen, mögliche Leistungen durch die sekundären sozialen Netzwerke zu operationalisieren. Die Überlegungen lassen sich von dem Gedanken leiten, dass die Gesundheitsvorsorge zu den Aktivitäten zählt, die zur Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe gehören und dass die Vermeidung und Bewältigung von Krankheiten Ziel und Bestandteil von alltäglichen praktischen Lebensvollzügen ist, die die soziale Teilhabe, verstanden als Einbezogen sein in eine Lebenssituation, ausmachen.

2. Bereiche der Gesundheitsvorsorge

Gesundheitsvorsorge lässt sich insbesondere durch fünf Bereiche operationalisieren:

- Gesundheitsvorsorge im Alltag der Menschen;
- Entwicklung von Gesundheitskompetenz;
- Unterstützung und Begleitung durch ein komplexes Gesundheitssystem;
- Verbesserung oder Erhalt von Funktionen und Aktivitäten, d. h. der Funktionsfähigkeit als Element der Teilhabe (funktions-/ aktivitätsbezogene Leistungen);
- im Zusammenhang mit allgemeiner Pflege und als Behandlungspflege (unter Beachtung des Nachranggrundsatzes der Eingliederungshilfe).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Übergänge fließend sind und die Bereiche sich gegenseitig beeinflussen.¹²

2.1 Gesundheitsvorsorge im Alltag der Menschen

Unter Berücksichtigung der genannten Definition der Gesundheitsvorsorge (Kap. 1.) wird im Bereich „Gesundheitsvorsorge im Alltag der Menschen“ sehr deutlich, dass das Thema nicht auf vereinzelte oder punktuelle Aktivitäten, wie Organisieren von Arztterminen, Besorgen von Rezepten etc., zu reduzieren ist, sondern eine Vielzahl von Aktivitäten im Alltag jeder einzelnen Person über den gesamten Tageslauf betreffen kann. Dabei ist die Gewährleistung der Gesundheitsvorsorge im Alltag als grundlegende Existenzbedingung anzusehen. Dazu gehören basale Aktivitäten, wie die Wahrnehmung gesundheitlicher Probleme, um daraus

¹² Hinweis: Mit Ausnahme der Ausführungen zur Pflege wird auf leistungsrechtliche Aspekte in diesem Kapitel nicht eingegangen. S. dazu vielmehr Kap. 3.

Strategien zu entwickeln, gesund zu bleiben, Krankheiten zu vermeiden, zu behandeln, Krankheitsbeschwerden zu lindern und/ oder die Folgen der Krankheit zu bewältigen.

Die rechtzeitige Erkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Faktoren, die die Gesundheit beeinträchtigen oder gefährden können, ist Bestandteil des Alltags. Daraus ergeben sich ggf. nachfolgende Aktivitäten, wie das Einhalten von Bettruhe oder Schonung, ein Arztbesuch, die Wahrnehmung von therapeutischen Angeboten, Entscheidung über die Arbeitsfähigkeit, ggf. mit ärztlicher Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit usw. Auch regelmäßige Aktivitäten, wie Medikamenteneinnahme, die Durchführung bestimmter hygienischer Maßnahmen (Hautpflege), eine gesunde Ernährung oder ausreichende Bewegung, sind hier zu nennen.

Einige Aspekte von besonderer Bedeutung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge im Alltag der Menschen sind in der folgenden Übersicht beispielhaft aufgeführt.

Auf seine Gesundheit achten (d570)	Funktionen	Aktivitäten/ Teilhabe	Beispiele
Für seinen physischen Komfort sorgen (d5700)	→ mentale Funktionen, → Sinnesfunktionen, → bewegungsbezogene Funktionen	→ bewusste sinnliche Wahrnehmung, → Wissensanwendung (<i>Probleme lösen, Entscheidungen treffen</i>), → Mobilität, → Selbstversorgung	• angemessene Kleidung, • bequeme Körperposition, • geeignete Wohnung und Beleuchtung für physisches und mentales Wohlbefinden
Ernährung und Fitness handhaben (d5701)	→ mentale Funktionen, → Sinnesfunktionen, → bewegungsbezogene Funktionen	→ Wissensanwendung (<i>Probleme lösen, Entscheidungen treffen</i>), → Mobilität, → Selbstversorgung (<i>gesunde Lebensmittel auswählen und verzehren, sich körperlich fit halten</i>)	• Auswahl und Verzehr gesunder Lebensmittel, • angemessenes Niveau körperlicher Aktivität für eine gesundheitsfördernde Lebensweise
seine Gesundheit erhalten (d5702)	→ mentale Funktionen, → Sinnesfunktionen, → bewegungsbezogene Funktionen	→ Wissensanwendung (<i>Probleme lösen, Entscheidungen treffen</i>), → Selbstversorgung (<i>Gesundheitsrisiken erkennen und vermeiden, professionelle Hilfe in Anspruch nehmen</i>)	Erkennen des erforderlichen Bedarfs an • Körperpflege, • Impfschutz, • regelmäßige ärztliche Untersuchungen, • Medikamentenkontrolle und -einnahme sicherstellen, • therapeutische Maßnahmen, um Gesundheitsschäden zu vermeiden oder Krankheit zu behandeln

Unterstützende Maßnahmen	
Hilfsmittel	Zum Ausgleich geschädigter Funktionen und beeinträchtigter Aktivitäten/ Teilhabe
Unterstützungs- oder Assistenzleistungen*	Erinnern, Motivieren, Beraten, praktisches Anleiten, Erschließen von Leistungen der Sozialversicherung, Erschließen und Vermitteln von Leistungen des Sozialraums, physische Begleitung, Einüben bei der Verwendung von Hilfsmitteln und/ oder angemessenen Verhaltensweisen
Unterstützungs- oder Assistenzleistungen*	Kompetenztraining zur Verbesserung der subjektiven Handlungsfähigkeit, z. B. in sozialen Beziehungen, Kompetenzaufbau in allen Belangen der Gesundheitsorge

(*Während Unterstützungsleistungen auch durch das primäre soziale Netzwerk erfolgen können, wird von Assistenzleistungen vorwiegend im Kontext der Eingliederungshilfe gesprochen. Dann haben sie ihre leistungsrechtliche Grundlage in § 78 SGB IX i. V. m. § 113 SGB IX. Dort wird zwischen unterstützender und befähigender Assistenz unterschieden. Eine Zuordnung der beiden Assistenzformen ist im Bereich der Gesundheitsorge nicht pauschal möglich und erfolgt personenbezogen bei der Bedarfsermittlung bzw. Teilhabe-/ Gesamtplanung.)

Bei den genannten Aspekten ist zu berücksichtigen, dass manche Aktivitäten wiederum weitere Handlungsketten auslösen können, z. B.: Aus dem Arztbesuch folgt die Besorgung neu verschriebener Medikamente und Befolgung der Einnahmeverordnungen. Ändern bzw. verstärken sich Beeinträchtigungen von Funktionen oder Aktivitäten und wird dieses erkannt, kann ein Beratungsbedarf hinsichtlich möglicher Leistungen zur Förderung der Teilhabe entstehen. In diesem Zusammenhang sei z. B. auf die Regelungen in den §§ 33 und 34 SGB IX verwiesen, aus denen eine Verpflichtung für das primäre und sekundäre soziale Netzwerk zur Sicherherstellung des erkannten Beratungsbedarfs hervorgeht. Die hier aufgeführten Berufsgruppen sowie die Personensorgeberechtigten, die bei den ihnen anvertrauten Personen Beeinträchtigungen wahrnehmen, sollen diese bei einer Beratungsstelle nach § 32 SGB IX oder einer Beratungsstelle für Rehabilitation oder bei einem Arzt vorstellen.

Die Ausführungen zeigen, dass den sozialen Netzwerken gerade im Bereich der alltäglichen Gesundheitsorge bei Personen, die an der selbständigen Lebensführung und damit der Teilhabe gehindert sind, eine zentrale Rolle zukommt. Sofern private oder zivilgesellschaftliche Unterstützungsformen durch soziale Netzwerke nicht ausreichen, sind professionelle Hilfesysteme sozialstaatlich vorzuhalten und die notwendigen Unterstützungsleistungen bedarfsgerecht zu erbringen (Vorkehrungen im Sinne der UN-BRK).

2.2 Entwicklung von Gesundheitskompetenz

Um die Rolle eines mündigen und selbstbestimmten Patienten im Gesundheitssystem übernehmen zu können, sollte dieser über entsprechende Kompetenzen verfügen. Eine Strategie, die zur Gesundheitsorge und Bewältigung von Krankheiten nur auf Fremdhilfe setzt, ist unzureichend. Alle Patienten, Versicherten oder Leistungsberechtigten können Kompetenzen für ihre Gesundheitsorge haben oder erwerben.

Der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschäftigt sich mit diesem allgemeinen Thema in seinem Gutachten 2018:

„12. Zur Wahrung der Selbstbestimmung zeichnen sich insofern zwei Möglichkeiten ab, die sich nicht ausschließen, sondern sich ergänzen: Zum einen macht man sich kundig über die Optionen, die es in diesem System gibt. Damit ist vor allem die sogenannte Gesundheitskompetenz (health literacy) angesprochen, deren Stärkung auch der Rat bereits wiederholt gefordert hat. Der aufgeklärte, mündige Patient, der sich selbst im Gesundheitssystem zurechtfindet, muss soweit wie möglich Ziel und Verpflichtung der Gesundheitspolitik bleiben.

13. Die andere – ergänzende – Möglichkeit ist, sich in bestimmten Situationen einem Lotsen anzuvertrauen. Das Bild des kundigen, verlässlichen Lotsen, den der Kapitän an Bord des eigenen Schiffes holt, um mit seiner Hilfe in schwierigem Fahrwasser sicher das Ziel zu erreichen, wurde schon öfter auf die Situation des Patienten im Gesundheitssystem angewendet ... (S. 48).“¹³

Diese Überlegungen gelten auch für Menschen mit Behinderungen. Sie können grundsätzlich Gesundheitskompetenz erwerben, wenngleich dies durch die Behinderungen oder auch durch die Komplexität der medizinischen Problemlagen erschwert sein kann. Viele Menschen mit Behinderungen, insbesondere solche, die auf Grund einer wesentlichen Behinderung auf Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen sind, benötigen zum Erreichen einer Gesundheitskompetenz ein Empowerment. Auf die Notwendigkeit eines Lotsen wird in Kap. 2.3 eingegangen.

Grundlage der Gesundheitskompetenz im Bereich „Gesundheitssorge im Alltag“ ist, dass die Betroffenen die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Krankheit verstehen, ein Gesundheitsbewusstsein entwickeln und damit verbunden Selbstwirksamkeit erfahren können. Damit ist die begründete Überzeugung gemeint, in der Lage zu sein, auch schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können.

Wie im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz beschrieben, bedeutet Gesundheitskompetenz, dass Menschen angemessen mit gesundheitsrelevanten Informationen umgehen können.¹⁴ Dazu gehört die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu beurteilen, auf die eigene Lebenssituation zu beziehen und für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit nutzen zu können.

Damit ist die Gesundheitskompetenz u. a. Grundlage ...

- ... um auf Basis von Informationen selbstbestimmt gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen sowie die zur Verfügung stehenden Versorgungsleistungen zu bewerten und zu nutzen.
- ... für ein selbstbestimmtes Gesundheitshandeln im Alltag.
- ... für ein positives subjektives Gesundheitsempfinden.
- ... für die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen.
- ... für die Verbesserung der persönlichen Gesundheitschancen.
- ... für ein Gesundheitsbewusstsein.

¹³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. BT-Drucksache 19/318019. Wahlperiode 04.07.2018, abrufbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/031/1903180.pdf> (Abrufdatum 19.12.2020).

¹⁴ Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken (2020) <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/> (Abrufdatum 25.05.2021).

... für den Zugang zu Gesundheitsangeboten.

... für die selbstbestimmte Krankheitsbewältigung und Krankheitsprävention.

Die Gesundheitskompetenz kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein.¹⁵

Nicht alle Menschen mit Behinderungen können sich die Gesundheitskompetenz hinreichend selbst aneignen und weiterentwickeln. Dies gilt in besonderem Maße für Menschen mit wesentlichen Behinderungen. Das liegt u. a. an der mangelnden Barrierefreiheit von Informationen, kann aber auch durch die funktionalen Beeinträchtigungen bedingt sein. Deshalb können sie Unterstützungsleistungen beim Erwerb von Gesundheitskompetenz benötigen. Ist eine hinreichende Gesundheitskompetenz auch durch befähigende Unterstützung nicht erreichbar, bedürfen Betroffene ggf. der gesundheitskompetenten Begleitung. Diese kann durch das primäre oder durch das sekundäre soziale Netzwerk erfolgen.

Die Unterstützung im Rahmen der Gesundheitskompetenz sollte sich dabei nicht nur auf die Gesundheitsförderung beziehen, sondern auch die Bereiche Krankheitsbewältigung und Prävention berücksichtigen, wobei hier die Grenzen fließend sind und sich die Bedarfe im Lebensverlauf verändern.

Zur Ermittlung der Unterstützungsbedarfe können die zwölf Dimensionen der Gesundheitskompetenz¹⁶ herangezogen werden:



Abb. 1: Dimensionen der Gesundheitskompetenz

¹⁵ Vgl. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, Volume 15, Issue 3, September 2000, Pages 259–267, <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259> (Abrufdatum 25.05.2021).

¹⁶ Zwölf Dimensionen der Gesundheitskompetenz, abrufbar unter https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf (Abrufdatum 25.05.2021).

Der Erwerb von Gesundheitskompetenz ist Menschen mit Behinderungen in unterschiedlicher Weise möglich. Sie kann in besonderer Weise dadurch erfolgen, dass individuell die relevanten Gesundheitsfragen in Leichter Sprache situations- und ggf. anlassbezogen erläutert und erklärt werden. Alltagsroutinen können dann angepasst und eigene Ideen entwickelt werden. Darüber hinaus kommen auch allgemeine Informationen in Betracht, die insbesondere Setting-bezogen angeboten werden und die Perspektive eigenen Handelns umfassen sollten. Selbstwirksamkeit sollte erfahrbar sein.

Insbesondere gehören Kenntnisse über die eigene(n) Erkrankung(en), ihren Folgen und Verständnis für die Behandlungsmaßnahmen zu den elementaren Bestandteilen von Gesundheitskompetenz. Wo immer möglich sollten Betroffene bei der Entscheidung bzgl. therapeutischer, rehabilitativer oder präventiver Aktivitäten und Leistungen aktiv mitwirken und ggf. diese in Art und Umfang beeinflussen können. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn sich diese auf die Teilhabechancen und die Lebensqualität auswirken können.

Vor allem eingreifende medizinische Maßnahmen, z. B. Einschränkungen bei der Dauer des Sitzens wegen Dekubitusgefahr, die Einnahme von Medikamenten mit unangenehmen Wirkungen oder die Nutzung von Hilfsmitteln mit therapeutischer Funktion, z. B. Orthesen zur Nachtlagerung, Rumpforthesen (Korsette) u. a., müssen einerseits im Hinblick auf die Notwendigkeit mit besonderer Sorgfalt begründet und verträgliche Alternativen, auch im Sinne von Kompromissen, ernsthaft geprüft werden. Dabei geht es nicht nur um die Herstellung von Compliance, sondern um die Gewinnung des Menschen mit Behinderung für die Mitwirkung bei der Behandlung aus eigener Überzeugung. Dies setzt viel Zeit, Einfühlungsvermögen und die Gestaltung des Diskurses auf Augenhöhe und eine glaubhafte und überzeugende, auch einer kritischen Prüfung standhaltende Begründung der vorgeschlagenen Handlungsschritte voraus. Dieser Hinweis ist insofern von Bedeutung, als bei Menschen mit Behinderungen nicht selten von Behandlungsroutinen abgewichen werden muss, therapeutische Maßnahmen in besonderem Maße belastend wirken oder die Teilhabe erheblich beeinträchtigen können.

Persönliche Gesundheitskompetenz ist oft nur erreichbar, wenn der Lebenskontext eine solche Gesundheitskompetenz auch systematisch unterstützt. Deshalb ist bei der Diskussion um die Sicherstellung der eigenen Gesundheitsvorsorge und die Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz auch die sogenannte „systemische“ oder „organisationale Gesundheitskompetenz“ zu berücksichtigen.¹⁷ Diese beschreibt die Möglichkeiten von Systemen und Lebensumwelten regelhaft für eine barrierefreie Information und Kommunikation bzgl. gesundheitsrelevanter Themen zu sorgen, insbesondere mit Blick auf die individuelle Betroffenheit durch Gesundheitsprobleme. Dazu gehört auch die Unterstützung beim Erwerb, bei der Anwendung von Kenntnissen und Handlungskompetenzen im Bereich der Durchführung gesundheitsbezogener Aktivitäten und bei von die Gesundheit betreffenden Entscheidungen.

Die sogenannte „organisationale Gesundheitskompetenz“ ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und beschreibt, dass nicht nur der einzelne Bürger sich darum bemühen muss, das komplexe Gesundheitssystem zu durchdringen, sondern gleichermaßen Politik und Gesellschaft aufgefordert sind, fördernde Strukturen und Strategien bereitzustellen, die den Bürger bei der Entwicklung und Durchsetzung seiner Gesundheitskompetenz unterstützen

¹⁷ Der Begriff Gesundheitskompetenz bezieht sich eigentlich auf Individuen. Jedoch ist der Begriff organisationale Gesundheitskompetenz inzwischen breit eingeführt und wird deshalb hier verwendet. Vgl. z. B. Pelikan J., Dietscher C. (2015) Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern?. *Bundesgesundheitsbl.* **58**, 989–995 (2015). Abrufbar unter <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2206-6> (Abrufdatum 25.05.2021).

(vgl. Positionspapier 2019 der DGNK zur Organisationalen Gesundheitskompetenz¹⁸). Der Bereich der organisationalen Gesundheitskompetenz ist z. B. bei der Verbesserung der Information und Kommunikation im Gesundheitswesen und bei der Gestaltung von Wohnformen relevant.

Fragen der Gesundheitssorge und damit auch der Gesundheitskompetenz werden im Alltag von Menschen, die in besonderen Wohnformen oder mit Assistenz leben, im Kontext des Wohnens oder der persönlichen Assistenz, gelegentlich auch im Kontext einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen (WfbM), thematisiert. Insofern sind hier die Bedingungen und die Gestaltung des Wohnens relevant. Im Bereich des Wohnens, der Assistenz sowie der WfbM oder der Tagesförderung sollten deshalb Strukturen und Prozesse beschrieben werden, die die persönliche/ individuelle Gesundheitskompetenz unterstützen. Die Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz ist einerseits zuerst eine Frage der Haltung der in ihnen Arbeitenden und andererseits eine Frage angemessener, definierter Prozesse.¹⁹

Eine Beschreibung solcher Prozesse oder Konzepte zum Thema Gesundheitskompetenz findet sich z. B. in den Ergebnissen des Forschungsprojektes QualiPEP²⁰ (Qualitätsorientierte Prävention- und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe).

Neben den Zielen,

- die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung durch die Entwicklung entsprechender Qualitätssicherungskonzepte zu fördern und
- die betriebliche Gesundheitsförderung in den Einrichtungen und Diensten durch die Weiterentwicklung bestehender Qualitätskonzepte zu erweitern,

verfolgt das Forschungsprojekt QualiPeP das Ziel, die Gesundheitskompetenz von Leistungsberechtigten und ihren Angehörigen sowie der Beschäftigten der Leistungserbringer durch ein entsprechendes Rahmenkonzept zu stärken. Die nachfolgende Tabelle zeigt mögliche Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz.

¹⁸ Schaefer C., Bitzer EM., Dierks ML. für den Vorstand des DNGK. Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK. Köln, 15.11.2019, abrufbar unter <https://dngk.de/gesundheitskompetenz/organisationale-gesundheitskompetenz-positionspapier-2019/> (Abrufdatum 17.05.2021).

¹⁹ Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz. (<https://dngk.de>).

²⁰ AOK Bundesverband (2021): Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege. Projektwebsite abrufbar unter <https://aok-bv.de/engagement/qualipep/> (Abrufdatum 25.05.2021).

Mögliche Maßnahmen und Qualitätsanforderungen im Kontext des Wohnens im Rahmen der Förderung der Gesundheitskompetenz:

- partizipative Entwicklung und Nutzung einfach verwendbarer Hilfsmittel und Informationen
- psycho-edukative Maßnahmen (Bsp.: PEGASUS, PEPE, Mein Weg)
- Schaffung von Zugängen zu Informationen und Angeboten
- Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden zum Thema Gesundheitskompetenz und gesundheitskompetenter Kommunikation
- Gesundheitsbeauftragte in den Angeboten (z. B. beratende Pflegefachkräfte)
- Gruppenangebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz
- personenunabhängige Sozialraumarbeit mit dem Ziel eine gesundheitskompetenzförderliche Umgebung zu schaffen (z. B. Vernetzung mit Anbietern von Gesundheitsleistungen, Abbau von Barrieren)
- Kooperationen zu weiteren Angeboten

Der Aufbau von Gesundheitskompetenz kann nur durch systematische Prozesse, die in die Konzeption von Diensten und Einrichtungen der Leistungserbringer Eingang finden und dort auch als Qualitätsstandards hinterlegt sind, gewährleistet werden. Dies gilt insbesondere auch für die Kompetenz im Hinblick auf präventive Angebote, die der Gesundheitsförderung dienen.

Zugleich sind auch die Einrichtungen und Dienste im Gesundheitswesen aufgefordert, die Gesundheitskompetenz zu fördern und die Leistungsberechtigten zu unterstützen, damit sie bei der eigenen Gesundheitsversorgung mitwirken und Entscheidungen selbstbestimmt treffen können. Dazu werden sie von den Krankenkassen unterstützt (vgl. § 1 SGB V, s. o. Kap. 1.2).

2.3 Unterstützung und Begleitung durch ein komplexes Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist hochdifferenziert und umfasst zahlreiche gut ausgebaute Leistungsangebote. Es weist speziell für Menschen mit Behinderungen noch einige Defizite auf, z. B. fehlende Barrierefreiheit von Arztpraxen, seltene Verwendung von Leichter Sprache, noch geringer Verbreitungsgrad von Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB).²¹ Zugleich ist es sehr komplex. Dies bedeutet, dass für Menschen mit Behinderungen Zugangsbarrieren bestehen und sie sich in dem komplexen System oft nur schwer zurechtfinden können (vgl. dazu auch Kap. 2.2). Dies gilt insbesondere dann, wenn sie unter zahlreichen, seltenen oder komplexen Krankheitsbildern leiden und deshalb spezielle Leistungen benötigen. Der SVR diskutiert in diesem Zusammenhang den Bedarf an Lotsen bzw. Case Managern, die Leistungsberechtigte ergänzend zur individuellen Gesundheitskompetenz bei Bedarf durch das Gesundheitswesen leiten können (s. o.

²¹ In diesem Papier wird bewusst darauf verzichtet, Defizite in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen umfassend darzustellen, zumal diese überwiegend Teilbereiche betreffen oder auch regional sehr unterschiedlich ausgeprägt sind. Für die Gesundheitsversorgung können sie dann relevant werden, wenn sich daraus, wie z. B. aus der mangelnden Barrierefreiheit, ein erhöhter Bedarf an Assistenzleistungen ergibt.

Anm. 13). In der Rehabilitation wird dieses Thema insbesondere unter den Begriffen Fallmanagement,²² Teilhabemanagement²³ und Reha-Management²⁴ diskutiert.

Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist dann notwendig, wenn die Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten der Leistungsberechtigten nicht ausreichen, um die erforderlichen Leistungen bedarfsgerecht abgestimmt, „wie aus einer Hand“, selbst organisieren zu können oder dies durch die Leistungsträger oder -erbringer nicht gewährleistet werden kann. Dies ist z. B. häufig dann der Fall, wenn mehrere Fachdisziplinen beteiligt oder mehrere Leistungsträger zuständig sind, die Bedarfsermittlung sich schwierig gestaltet oder Art und Umfang der Leistungen verschiedener Leistungsträger schwierig zu bestimmen oder abzugrenzen sind.

Im Themenbereich Gesundheitssorge geht es zunächst nur um die Aktivitäten, die Menschen im Zusammenhang mit ihrer Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung selbst tun können. Leistungsrechtlich handelt es dabei in erster Linie um Aktivitäten, die sich auf Prävention, Krankenbehandlung, Pflege und ggf. die Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation beziehen. Insofern geht es hier nicht primär um ein Fallmanagement im Rahmen von Teilhabeleistungen, sondern um Unterstützung bei der Gesundheitssorge.

Das Gesundheitssystem stellt eine Fülle von Leistungen zur Verfügung, die auch Menschen mit Behinderungen in Anspruch nehmen können (siehe u. a. Anhang I und Anhang II). Um die jeweiligen Krankheiten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu vermeiden oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung (§ 27 SGB V). Der Anspruch auf Krankenbehandlung umfasst einen breit aufgestellten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (siehe u. a. Anhang I). Hier ist Eigenkompetenz der Bürger zur Inanspruchnahme der Leistungen gefordert. Systematisch kommt dabei der Unterstützung durch die behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte vor allem bei der Auswahl und beim Zugang zu diesen Leistungen eine zentrale Rolle zu. Hausärzte können jedoch nicht alle Aufgaben im Hinblick auf die Begleitung von Versicherten im Gesundheitswesen übernehmen. Ihre Aufgaben sind u. a. durch Richtlinien, Leistungskataloge, Vergütungsregelungen gesetzlich und untergesetzlich geregelt und durch die individuellen Kapazitäten limitiert.

Menschen mit und ohne Behinderungen sind deshalb bei der Nutzung des Gesundheitssystems auf ihre eigenen Kompetenzen oder die ihres primären sozialen Netzwerkes angewiesen. Ist die Kompetenz im Einzelfall bei den Versicherten oder ihrem primären sozialen Netzwerk nicht vorhanden und so der Zugang zu Leistungen zur Krankenbehandlung oder deren Inanspruchnahme und Nutzung behinderungsbedingt erschwert oder nicht möglich, kann daraus ein Unterstützungsbedarf durch sekundäre soziale Netzwerke erwachsen. Hierzu kommen bei Menschen mit einer wesentlichen Behinderung Leistungen der Assistenz in Betracht.

²² Toepler, E. (2019): Trägerübergreifendes Fallmanagement, abrufbar unter https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/vertiefungsveranstaltungen/p-18/praesentation-toepler_bf.pdf (Abrufdatum 19.12.2020).

²³ Lichtenberg N., Rexrodt C., Toepler E. (2017): Management der Rehabilitation. Case Management im Handlungsfeld der Rehabilitation. Abrufbar unter <https://www.epubli.de/shop/buch/Management-der-Rehabilitation-Edwin-Toepler-Christian-Rexrodt-Nina-Lichtenberg-9783748502708/82676> (Abrufdatum 25.05.2021).

²⁴ Wendt, WR. (2018): Stand und Positionen in der Entwicklung von Programm und Verfahren. In: Löcherbach P., Klug W., Rimmel-Faßbender R., Wendt WR. Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. Ernst Reinhardt Verlag München. S. 14–42.

Ein solcher Unterstützungsbedarf hängt auch davon ab, ob die Angebote, die von Menschen mit Behinderungen ggf. speziell benötigt werden, verfügbar und auch praktisch erreichbar sind. Das bedeutet z. B., dass die Angebote barrierefrei sein müssen. Ist dies nicht der Fall, muss auf andere, ggf. weiter entfernte Anbieter zurückgegriffen werden, so dass zu deren Inanspruchnahme, wie auch bei manchen spezialisierten Ambulanzen, oft lange Anfahrtswege in Kauf genommen werden müssen, die einer kontinuierlichen und engmaschigen Behandlung entgegenstehen. Zudem sind Ressourcen dieser Anbieter meist begrenzt. Weitere Hindernisse bei der Inanspruchnahme können nicht ausreichende Kapazitäten besonders qualifizierter Vertragsärzte oder Therapeuten sein. Hausbesuche durch Fachärzte stellen meist eine seltene Ausnahme dar. Krankenhäuser sind oft auf die Behandlung bei speziellen Behinderungsformen nicht eingestellt. Diese Beispiele sollen zeigen, dass bei einem insgesamt sehr umfangreich ausgebauten Gesundheitssystem dennoch Zugangsbarrieren bestehen können, die sich auf den Unterstützungsbedarf auswirken, z. B. in Form von Mobilitätshilfen zur Überwindung von Treppen, von Beförderung und Begleitung zu weiter entfernten Angeboten oder bei der Auswahl spezialisierter Behandlungseinrichtungen.²⁵

Es ist hier nicht der Ort, um darzulegen, welche Maßnahmen im Gesundheitssystem getroffen werden können, um den Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderungen zu verringern und/ oder ausreichende Angebote zu schaffen. Die inklusive Ausgestaltung des gesamten Gesundheitssystems ist jedoch Gebot der UN-BRK. Art. 25 UN-BRK verpflichtet dazu, Menschen mit Behinderungen Zugang zur Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung zu stellen wie Menschen ohne Beeinträchtigungen. In § 2a SGB V ist daher der Grundsatz verankert, dass den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen ist.

Festzuhalten ist, dass der Eigenkompetenz der Bürger letztlich die entscheidende Bedeutung für die Organisation ihrer medizinischen Versorgung zukommt einschließlich der Überwindung vorhandener Barrieren.

Für die Person selbst und/ oder ihre primären sozialen Netzwerke kann aus diesen Anforderungen ein erheblicher Aufwand entstehen, der sich nicht oder nicht ausreichend durch Leistungen innerhalb des Systems der Krankenbehandlung, der Pflege oder der medizinischen Rehabilitation decken lässt und deshalb anderweitige Unterstützung und Begleitung erfordert.

Beispielhaft können folgende Unterstützungsfelder genannt werden:

- Auswahl geeigneter Ärzte und Therapeuten mit den benötigten Spezialkenntnissen bzgl. der Behinderungen bzw. den diesen zugrundeliegenden Gesundheitsproblemen;
- Suche nach barrierefreien Praxen;
- Organisation von Terminen für Diagnostik, Behandlung sowie Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen (Impfungen);
- Gesundheitskompetente Begleitung zu Terminen bei Ärzten und Therapeuten (inkl. Wartezeit) und Unterstützung z. B. bzgl. der Anamnese, der Beschwerdeschilderung, der Ergebnisse der Krankenbeobachtung (Wirkung von Medikamenten, von Therapien);

²⁵ Schmidt-Ohlemann, M. (2020): Barrierefreie Gesundheitsversorgung – zwischen Zugänglichkeit allgemeiner Versorgung und Notwendigkeit besonderer Einrichtungen in Schäfers M., Welti F. (2020): Barrierefreiheit – Zugänglichkeit – Universelles Design. Zur Gestaltung teilhabeförderlicher Umwelten, Klinkhart Verlag S. 81–96.

- Zusammenarbeit mit den Orthopädietechnikern und Hilfsmittelfachleuten bei der Auswahl, Anpassung und Anwendungsmöglichkeit von Hilfsmitteln im konkreten Wohnumfeld;
- Beförderung und Begleitung zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen:
 - Organisation der Beförderung durch das primäre soziale Netzwerk zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen;
 - Begleitung während der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen;
 - Prüfung einer möglichen Übernahme der Kosten für die Beförderung zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Krankenkasse (vgl. Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses) und ggf. Organisation der Beförderung;
- Erläuterung der Gesprächsergebnisse gegenüber den Betroffenen und ihren Angehörigen bzw. den rechtlichen Betreuerinnen oder Betreuern;
- Koordination und Abstimmung der gesundheitsbezogenen Leistungen mit rechtlichen Betreuern bzw. den Angehörigen.

Ein besonderes Problem stellt die Begleitung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus dar. Auch Menschen ohne vorbestehende Behinderungen benötigen häufig Unterstützung im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt (Begleitung bei der Aufnahme, bei der Anamnese, Mitnahme persönlicher Gegenstände wie Kleidung, Hygieneartikel etc.). Menschen mit wesentlichen Behinderungen benötigen hier in manchen Fällen Unterstützung durch eine besonders vertraute Person, die Ängste, Unruhe, herausforderndes Verhalten mindert, Kooperationsbereitschaft erst herstellt oder die Akzeptanz der Behandlung fördert sowie die Fragen und Anweisungen in individuell verständliche einfache Sprache übersetzen kann, insbesondere bei Kommunikations- oder Sinnesbeeinträchtigungen (Anarthrie, Schwerhörigkeit, Blindheit u. a.). Auch hier ist vorrangig das primäre soziale Netzwerk gefordert. Steht dies, wie es häufig der Fall ist, nicht zur Verfügung oder ist es selbst überfordert (z. B. im Falle sehr alter Eltern), sind andere Unterstützungsleistungen erforderlich.

Abschließend ist noch darauf zu verweisen, dass für einige Gruppen von Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen spezielle Beratungsdienste vorhanden sind, die ggf. zur Unterstützung genutzt werden können. Dazu gehören z. B.:

- Pflegestützpunkte (für pflegebedürftige Menschen);
- Soziotherapie (bei einigen psychiatrischen Erkrankungen);
- Ansprechstellen der Reha-Träger zu Teilhabeleistungen;
- Beratung durch Kranken- und Pflegekassen.

Jedoch kann gerade auch für die Inanspruchnahme solcher Beratungsdienste auf Grund der Behinderung Unterstützung erforderlich sein. Als weitere Beratungsangebote stehen zur Verfügung:

- die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB);
- Beratungseinrichtungen der freien Wohlfahrtspflege;
- das Peer Counseling;

- Beratungsangebote der Selbsthilfe,
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD).

2.4 Verbesserung oder Erhalt von Funktionen und Aktivitäten bzw. der Funktionsfähigkeit

Zur Gesundheitsvorsorge zählen auch solche Aufgaben, die ein Mensch selbst übernimmt, um die eigenen Kompetenzen bzw. seine Funktionsfähigkeit zu verbessern. Dies kann er allein aus eigener Überzeugung und eigenem Antrieb tun oder auf Grund ausdrücklicher ärztlicher oder therapeutischer Empfehlungen, etwa im Rahmen eines Behandlungs- oder Teilhabeplanes. Dazu kann er sich durch therapeutische oder pflegerische Fachkräfte anleiten lassen, diese dann aber selbst durchführen. Auch Angehörige können sich unterweisen lassen.

Im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells können sich die Aufgaben der Gesundheitsvorsorge auf die Komponenten der Körperfunktionen und -strukturen (z. B. Beweglichkeit des Kniegelenkes) aber auch auf Aktivitäten (z. B. Kartoffelschälen nach Handverletzung als Übung) beziehen. Dabei kann man wünschenswerte Aktivitäten, die allgemein auf eine bessere Gesundheit zielen, von notwendigen Aufgaben unterscheiden.

Wünschenswerte Aktivitäten, die allgemein eine bessere Gesundheit fördern, sind in der Regel Aktivitäten, die eine Person selbständig für sich festlegt und nach eigenen Kriterien erbringt. Häufig zielen diese auf das subjektive Empfinden von Gesundheit. Dazu gehören z. B. sportliche Aktivitäten, Entspannung und gesunde Ernährung. Es kann vermutet werden, dass die Verbesserung der subjektiv empfundenen Gesundheit die Teilhabechancen insgesamt deutlich heben kann.²⁶ Das subjektive Empfinden von Gesundheit ist wiederum stark vom eigenen Gesundheitsverständnis geprägt. Jemand der nicht erkennt, dass er etwas für seine Gesundheit tun sollte, wird voraussichtlich auch keine Aktivitäten ergreifen. Für das individuelle Gesundheitsverständnis sind auch Einstellungen und Gesundheitskompetenz der sozialen Umgebung bedeutsam.

Notwendige Aufgaben sind solche, die der Erhaltung, Wiedergewinnung, Verbesserung oder Förderung solcher Körperfunktionen (einschließlich psychischer Funktionen) dienen, die krankheitsbedingt oder als Folge einer Krankheit eingeschränkt und für die Lebensqualität und die Teilhabe relevant sind. Sie sind erforderlich, für die Erhaltung oder Verbesserung von Gesundheit oder zur Bewältigung von Krankheit und ihren Folgen. Damit können wesentliche Voraussetzungen für relevante Aktivitäten und damit für die Teilhabe wiederhergestellt, erhalten oder verbessert werden. Über die Notwendigkeit entscheidet einerseits der Betroffene selbst auf Grund seiner Ziele, andererseits werden ihm solche Aktivitäten der Gesundheitsvorsorge ärztlich oder therapeutisch im Rahmen eines Behandlungsplanes oder z. B. auch im Rahmen der Nachsorge empfohlen, gegebenenfalls einschließlich einer Anleitung und Einweisung. Für einen bestimmten, stets eng begrenzten Zeitraum kann dies auch im Rahmen medizinischer Rehabilitation erfolgen.

Zur Förderung der Funktionsfähigkeit werden in der Regel zunächst Maßnahmen der Krankenbehandlung verordnet, z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder auch der medizinischen Rehabilitation. Auch die sogenannte aktivierende Pflege gehört in diesen Bereich (leistungsrechtlich erfolgt die Krankenbehandlung im Rahmen des SGB V, die Pflege

²⁶ Steinhart, I. (2018), s. Anm. 2.

im Rahmen des SGB XI und die medizinische Rehabilitation im Rahmen der SGB V, VI, VII und IX).

Hinzu kommen Aufgaben, die die Leistungsberechtigten selbst präventiv oder parallel zu therapeutischen oder pflegerischen Maßnahmen für den Erhalt, die Wiedererlangung und/oder die Verbesserung ihrer Körperfunktionen übernehmen müssen. Zu den parallelen Aufgaben zählt beispielsweise nach einer Beinfraktur das selbständige Üben der Gehfähigkeit des Patienten zu Hause, begleitend zu den physiotherapeutischen Maßnahmen. Ebenso gehören Aufgaben dazu, die sich auf die psychischen Funktionen beziehen, wie z. B. Entspannungsübungen. Nicht selten sind die Übungen, die in die genannten Aufgabenbereiche fallen, langfristig vom Leistungsberechtigten durchzuführen. Dies ist z. B. immer dann der Fall, wenn eine funktionelle Verbesserung zwar nicht mehr möglich ist, aber nur auf diese Weise der Status quo erhalten werden kann. Als Beispiel sei an dieser Stelle die spastische Lähmung erwähnt, bei der die Gehfähigkeit eingeschränkt ist und nur durch regelmäßiges eigenständiges Üben erhalten werden kann. Ein anderes Beispiel sind Schluckstörungen, bei denen die Nahrungsaufnahme regelhaft und immerwährend nach schlucktherapeutischen Kriterien erfolgen muss, um eine lebensgefährliche Aspiration zu vermeiden. Hier lassen sich Aufgaben der Gesundheitsorge im Alltag nicht immer trennscharf von solchen der Verbesserung der Funktionsfähigkeit unterscheiden.

Zahlreiche weitere Beispiele für Aufgaben der Gesundheitsorge lassen sich anführen, die notwendig sind, um die Körperfunktionen einschließlich der seelischen Verfassung so weit wie möglich zu erhalten, Verschlechterungen oder im Falle von Verhaltensauffälligkeiten Krisen und Eskalationen zu vermeiden. Ihr gemeinsames Kriterium ist, dass dazu häufig eine spezifische Unterweisung oder die Anwendung spezieller Methoden oder Techniken erforderlich sind, die mit Hilfe von Fachkräften erlernt werden können, während dies bei den allgemeinen alltäglichen Aufgaben der Gesundheitsorge nicht der Fall ist.

Solche Aufgaben der Gesundheitsorge zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit, die sich auf Funktionen und Aktivitäten beziehen, werden häufig ärztlich angeordnet oder zumindest empfohlen. Sie basieren oft auf den Methoden oder Techniken aus therapeutischen Verfahren. Sie gehören nicht zu den allgemeinen Aufgaben nach Kap. 2.1, sondern sind spezifisch bei bestimmten Krankheitsbildern bzw. Funktionsbeeinträchtigungen erforderlich. Hierzu werden die Leistungsberechtigten bei Bedarf geschult und angeleitet. Die sozialstaatliche Konzeption von Sozialleistungen geht davon aus, dass neben den Leistungsberechtigten auch ihr soziales Umfeld mit einbezogen werden kann. Das heißt, können die Leistungsberechtigten diese Übung und Förderung nicht selbst erbringen, kann ihr primäres soziales Netzwerk zur Unterstützung eingebunden werden. Die Unterstützenden können ebenfalls angeleitet werden, damit sie ggf. eine Funktion als „Co-Therapeuten“ oder als unterstützende Personen korrekt und effektiv ausüben können.

Der aktiven Mitwirkung der Versicherten und ihres Umfeldes kommt deshalb eine hohe Bedeutung zu, da die Leistungen der Krankenbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege nach Art und Umfang begrenzt sind. Jene Leistungen sind häufig allein nicht ausreichend, um nachhaltige Effekte im Alltag zu erzielen. Die eigenständige Mitwirkung des Patienten und gegebenenfalls seines Umfeldes ist vielfach unerlässlich. Hinzu kommt, dass das Ziel der Leistungen insbesondere der Heilmittel in erster Linie die Verbesserung der Körperfunktionen ist und nur mittelbar die Verbesserung von Aktivitäten und Teilhabe umfasst.²⁷ Deshalb ist eine

²⁷ Schmidt-Ohlemann, M. (2020): Zum Verhältnis von Heilmitteln nach § 32 SGB V und der Tätigkeit therapeutischer Berufe zu befähigenden Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX in RP-Reha 2/2020.

aktive Mitwirkung der Versicherten gerade dann unabdingbar, wenn es um die Verbesserung von Aktivitäten geht. Gesundheitspflege umfasst also nicht nur die Mitwirkung bei der Krankenbehandlung im engen Sinne, sondern auch alles das, was ein Mensch selbst zur Verbesserung seiner Funktionsfähigkeit tun kann.

Ist der Mensch behinderungsbedingt nicht in der Lage, diese Aufgaben der Gesundheitspflege zu übernehmen, und kann er oder sie auf kein primäres Netzwerk zurückgreifen, benötigt die Person auch bei diesen Anteilen der Gesundheitspflege Unterstützung durch Dienste oder Einrichtungen aus dem sekundären sozialen Netzwerk.

Die Bereiche, bei denen im Rahmen der Gesundheitspflege zur Verbesserung oder Erhaltung der Funktionsfähigkeit insbesondere Unterstützungsleistungen in Betracht kommen, lassen sich zusammenfassend so beschreiben:

- Grob- und Feinmotorik vor allem im Bereich der ADL (activities of daily living), der beruflichen Tätigkeiten einschließlich einer Beschäftigung in einer WfbM und anderer alltäglicher praktischer Lebensvollzüge;
- Mobilität (im Wohnbereich, außer Haus, Reisen);
- Kommunikation (z. B. unterstützte Kommunikation, Kulturtechniken, Social Media, Notruf, einfache und Leichte Sprache, Deutsche Gebärdensprache), vgl. dazu auch § 17 Abs. 2 SGB I, § 82 SGB IX u. a.;
- Kulturtechniken;
- Handlungskompetenzen (Planung, Bewältigung allgemeiner Anforderungen);
- Sicherstellung einer gefahrlosen Nahrungsaufnahme (Schluckstörungen);
- entlastende und helfende psychosoziale Unterstützung einschließlich der Bewältigung emotionaler Krisen;
- Förderung einer barrierefreien oder behinderungsadaptierten Umgebungsgestaltung (Kontextfaktoren) einschließlich Wohnumgebung und gruppenbezogenen Maßnahmen (z. B. bei Autismus-Spektrum-Störungen);
- Unterstützung bei einer bedarfsgerechten Hilfsmittelausstattung und Nutzung.

2.5 Pflege

Eng verbunden mit dem Thema der Gesundheitspflege sind die pflegerischen Leistungen im Sinne der SGB V, SGB XI und SGB XII. Auf Grund der laufenden Prozesse zum Zusammenspiel von Eingliederungshilfe, Pflege (SGB XI) und der Hilfe zur Pflege (SGB XII) sowie der Behandlungspflege nach § 37 SGB V soll im Folgenden das Thema Pflege und Gesundheitspflege nur im Hinblick auf die Gesundheitspflege behandelt werden. Eine umfassende Behandlung würde den Rahmen dieses Positionspapieres sprengen. Dabei ist jeweils zu prüfen, inwiefern die Eingliederungshilfe in der jeweiligen Problemkonstellation nachrangig ist.

2.5.1 Pflege als Bestandteil der Gesundheitspflege

Wie dargestellt gehören zur Gesundheitspflege alle Aktivitäten, die sich auf die Förderung der Gesundheit und Bewältigung von Krankheiten richten und grundsätzlich vom Versicherten selbst erbracht werden oder erbracht werden können. Aufgaben der Gesundheitspflege können deshalb auch solche sein, die im Rahmen der Bestimmung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI der Pflege oder der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zugeordnet

werden. Wie bei den vorab beschriebenen Aufgaben schon dargestellt, können Menschen mit Behinderungen dabei auf die Unterstützung durch ihr primäres soziales Netzwerk oder im Falle von dessen unzureichender Leistungsfähigkeit durch sekundäre soziale Netzwerke angewiesen sein.

Im Unterschied zu den in den Kap. 2.1 bis 2.4 dargestellten Aufgaben gibt es für den Fall einer anerkannten Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, die gleichbedeutend ist mit dem Vorliegen von Unterstützungsbedarf, für die pflegerischen Verrichtungen einen klar definierten Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung (vgl. Anhang II). Dieser Anspruch besteht unabhängig davon, ob die Leistungen durch Fachdienste aus dem sekundären sozialen Netzwerk erbracht werden oder durch Mitglieder des primären sozialen Netzwerkes. Die Leistungen können vom Versicherten zur finanziellen Unterstützung seines primären sozialen Netzwerkes oder zur Finanzierung von Leistungen sekundärer sozialer Netzwerke verwendet werden. Dazu existieren Pflegedienste und andere Unterstützungsformen wie z. B. Pflegestützpunkte. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind begrenzt (sog. Teilkasko), so dass häufig Unterstützungsleistungen im Bereich der Pflege zusätzlich zu den von der Pflegeversicherung finanzierten Leistungen erbracht werden müssen. Diese können wiederum durch das primäre soziale Netzwerk oder ggf. nach Beauftragung vom Betroffenen (selbst finanziert oder unter bestimmten Bedingungen nach dem SGB XII) durch sekundäre soziale Netzwerke erbracht werden.

Alle alltäglichen gesundheitsbezogenen Verrichtungen gehören bei Menschen mit Behinderungen konzeptionell zur Gesundheitsvorsorge, d. h. auch solche, die im Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI erfasst sind. Neben den Leistungsansprüchen gegenüber der Pflegekasse kommen auch Leistungen der Eingliederungshilfe in Betracht. Leistungsrechtlich spiegelt sich dies im Verhältnis von Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen, zu dem der Gesetzgeber auslegungsbedürftige Regelungen getroffen hat, die sich u. a. bei den verschiedenen Wohnformen unterscheiden.

Für die hier behandelte Fragestellung zur Bedeutung der Gesundheitsvorsorge im Verhältnis zur Eingliederungshilfe ist es hinreichend festzuhalten, dass es Aufgaben der Gesundheitsvorsorge und darauf bezogene Unterstützungsleistungen gibt, die einen pflegerischen Charakter haben und die nicht oder nicht vollständig von der Pflegeversicherung finanziert werden. Auch hier bleiben meist relevante Aufgaben für den Betroffenen oder sein primäres soziales Netzwerk übrig. Können diese die Aufgaben nicht leisten, benötigen die Betroffenen, wie auch für die anderen Aufgaben der Gesundheitsvorsorge, Unterstützung durch sekundäre soziale Netzwerke.

Solche Unterstützungsleistungen mit pflegerischem Charakter müssen nicht zwingend Pflegefachkräfte oder Pflegedienste erbringen. Werden solche Leistungen durch Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht, muss allerdings sichergestellt sein, dass die Leistungen dem Stand der Wissenschaft entsprechen, also Qualitätsstandards unterliegen, die im privaten Bereich nicht verpflichtend sind.

Welche Unterstützungsleistungen ggf. durch die Pflegeversicherung (Voraussetzung: anerkannte Pflegebedürftigkeit) gewährleistet werden und welche durch die Eingliederungshilfe zu erbringen sind (Voraussetzung: wesentliche Behinderung), wird bei der Bedarfsermittlung erhoben und im Teilhabe- bzw. Gesamtplan festgestellt. Für die Eingliederungshilfe sind für die Zuordnung der Leistungen und die Formen der Leistungserbringung Regelungen in den Landesrahmenverträgen maßgebend.²⁸

²⁸ Mögliche Ansprüche auf Pflegeleistungen gegenüber anderen Leistungsträgern bleiben hier unberücksichtigt.

Von der Pflege nach SGB XI ist die medizinische Behandlungspflege zu unterscheiden. Die medizinische Behandlungspflege ist ein Bestandteil der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Die Leistungen, die im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet werden können, sind in der Anlage zur „Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege“ genannt. Demnach wird auch hier davon ausgegangen, dass zunächst der Versicherte oder eine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Behandlungspflege selbständig ausführen kann und dies auch in seinem eigenen Interesse liegt. Nur wenn dies nicht der Fall ist, kommen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Betracht (§ 37 Abs. 3 SGB V).

Insofern gehören die Aufgaben der medizinischen Behandlungspflege zur Gesundheitsvorsorge. Auch hier gilt, dass Menschen mit Behinderungen und ihr primäres soziales Netzwerk mit der Behandlungspflege überfordert sein können. Dies kommt häufig vor. Dann sind Unterstützungsleistungen durch das sekundäre soziale Netzwerk erforderlich.

Die Zuständigkeit für die Gewährleistung der Behandlungspflege und ihre Finanzierung ist gesetzlich geregelt. Der Leistungsanspruch besteht nach § 37 SGB V gegenüber der Krankenkasse und ist bedarfsdeckend ausgelegt. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung, die die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA berücksichtigt.

Auch Menschen mit Behinderungen haben einen gesetzlichen Anspruch gegenüber der Krankenkasse auf Behandlungspflege ohne dass Pflegebedürftigkeit vorliegen muss. Die Behandlungspflege ist daher nicht Teil der in den Landesrahmenverträgen vereinbarten Leistung zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und dem Leistungserbringer nach § 125 SGB IX, soweit es sich nicht um einfachste Leistungen der Behandlungspflege gemäß BSG-Rechtsprechung handelt. Das gilt auch, wenn es sich um Einrichtungen handelt, die behandlungspflegerische Maßnahmen nach ihrem Aufgabenprofil, der Ausrichtung auf eine bestimmte Bewohnerschaft und insbesondere aufgrund ihrer sächlichen und personellen Ausstattung selbst zu erbringen haben (vgl. BSG, Urteil vom 25. Februar 2015, Az.: B 3 KR 11/14 R, Rz. 28 und 30-31; BSG Urteil vom 22. April 2015, Az.: B 3 KR 16/14 R, Rz. 32) (Anhang IV: Liste zur beispielhaften Nennung von einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege laut BSG-Rechtsprechung).

In der Praxis ist die Umsetzung dieses Anspruches jedoch oft schwierig, insbesondere dann, wenn die Art der Leistungserbringung die Möglichkeiten der Teilhabe beschneidet.

2.5.2 Exkurs: Problemlagen und Lösungsoptionen bei der Behandlungspflege im Verhältnis zu Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe

Folgende Schwierigkeiten bei der Erbringung der Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste lassen sich für Menschen mit Behinderungen, die Assistenzleistungen beziehen, identifizieren:

- a. Behandlungspflege kann mit den Krankenkassen abgerechnet werden, wenn die Leistungen durch einen anerkannten Pflegedienst oder eine anerkannte Pflegeperson erbracht werden. Solche Pflegedienste stehen nicht immer an jedem Ort und zu jeder Zeit zur Verfügung. Dies kann u. a. durch die organisatorischen Begrenzungen eines Pflegedienstes (Dienstpläne), durch Personalmangel (bei generellem Mangel an Pflegekräften) oder durch unvorhersehbare Pflegebedarfe bedingt sein. Dies gilt analog auch für die Präsenz von Pflegekräften in besonderen Wohnformen. Bisweilen fallen fest eingeplante Leistungen auch einfach aus (z. B. Unfall oder akute Erkrankung einer

Pflegekraft).²⁹ Pflegeleistungen sind jedoch nach § 29 SGB IX budgetfähig, auch ausdrücklich für die Krankenkassen (vgl. § 29 Abs. 1 S. 5 SGB IX), so dass Behandlungspflege auch im Rahmen eines Persönlichen Budgets erbracht werden kann.

- b. Während mancher Aktivitäten im Rahmen sozialer Teilhabe (z. B. bei einem Ausflug, einem längeren Jahrmarktbesuch, beim Besuch von Freunden; hier erfolgt die Begleitung und Versorgung lediglich durch Assistenzkräfte ohne pflegfachliche Ausbildung) oder auch Teilhabe an Bildung kann eine Pflegekraft u. U. nicht anwesend sein. Würde die Behandlungspflege nicht auf anderem Wege sichergestellt, könnte das bedeuten, dass solche sozialen Aktivitäten dem Menschen mit Behinderung nicht möglich sind. Beispiele sind hierfür der intermittierende Katheterismus bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder das Absaugen bei liegendem Tracheostoma.
- c. Es werden zahlreiche Erfahrungen berichtet, dass Menschen mit Behinderungen Behandlungspflege von mit ihnen möglichst vertrauten Bezugspersonen wünschen, die insbesondere die individuelle Anatomie kennen und über langfristige Erfahrungen mit ihnen verfügen, z. B. weil sie die spezifischen Leistungen schon häufig, oft auch regelmäßig durchgeführt haben. Sie bevorzugen die Durchführung der Behandlung von ihnen bekannten Assistenzkräften, bei denen sie sich sicher und zuverlässig gepflegt wissen, auch wenn diese keine fachpflegerische Qualifikation aufweisen. (Das beruht auch darauf, dass diese Assistenzkräfte mit dem individuell vereinbarten Behandlungspflegekonzept im Detail vertraut gemacht und darin personenbezogen speziell geschult wurden, eine Voraussetzung, die bei Pflegefachkräften nicht gegeben sein muss.) Nicht immer kann dies von den vorhandenen Pflegediensten oder Pflegefachkräften der Dienste und Einrichtungen gewährleistet werden. Insofern kommen in diesen Fällen vertraute Assistenzkräfte (nach § 78 SGB IX) in Betracht.
- d. Menschen mit Behinderungen wünschen die Pflege durch vertraute Bezugspersonen auch deshalb, weil diese häufig ohnehin anwesend sind und die Pflege situationsgerecht, zeitlich passend und ggf. sehr flexibel leisten können, ohne dass die soziale Teilhabe durch die organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pflegemaßnahme gestört wird.

Daraus ergibt sich, dass im Einzelfall Konstellationen bestehen, bei denen es aus der Perspektive der Betroffenen gewünscht ist und als sinnvoll empfunden wird sowie als bedarfsgerecht festgestellt werden kann, dass auch die komplexe Behandlungspflege (s. Anhang III) bei Menschen mit Behinderungen durch nicht pflegfachlich ausgebildete Personen erbracht wird.³⁰ Wünsche der Betroffenen sind relevant für die Teilhabeziele und sind bei der Gesamtplanung nach §§ 117 f. SGB IX zu berücksichtigen. Ein solcher Bedarf ist auf der Basis der Bedarfsermittlung im Rahmen der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung festzustellen.

Damit stellt sich die Frage, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen behandlungspflegerische Leistungen solche der Assistenz im Zusammenhang mit der Sicherstellung der Gesundheitssorge sein können. Zur Beantwortung sind umfangreiche Abwägungen unter fachlichen, haftungsrechtlichen und leistungsrechtlichen Aspekten erforderlich. Dazu aufgestellte Überlegungen sind im Diskussionspapier „Behandlungspflege

²⁹ Erfahrungen aus der Praxis.

³⁰ Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2019): Diskussionspapier Behandlungspflege in Einrichtungen/ gemeinschaftlichen/ besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderung, Stand: 18.11.2019, abrufbar unter <https://www.reha-recht.de/infothek/beitrag/artikel/die-fachverbaende-stellen-fragen-der-behandlungspflege-auf-reha-rechtde-zur-diskussion/> (Abrufdatum 19.12.2020).

in Einrichtungen/ gemeinschaftlichen/ besonderen Wohnformen“³¹ der Fachverbände für Menschen mit Behinderung über ihren „Arbeitskreis Gesundheitspolitik“ zusammengetragen worden. Fragen der Leistungserbringung und Leistungszuständigkeit bei der Behandlungspflege wurden darin systematisch bearbeitet sowie Möglichkeiten und Grenzen ihrer konkreten Organisation aufgezeigt. Dabei werden sowohl das Interesse von Menschen mit Behinderungen an möglichst umfangreicher selbstbestimmter Teilhabe und an fachlich guter Pflege als auch die leistungs- und professionsbezogenen Grundlagen der Leistungserbringung berücksichtigt.

Nach der dort beschriebenen Position können unter Berücksichtigung der oben entwickelten Definition der Gesundheitssorge behandlungspflegerische Leistungen, die nach der Rechtsprechung³² zu den Leistungen gehören, die über die einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege hinausgehen, im Einzelfall und in besonderen Konstellationen als Unterstützungsleistung durch Assistentinnen bzw. Assistenten erbracht werden. Ob ein solcher Bedarf besteht, ist im Rahmen der Bedarfsermittlung zu klären und bei der Teilhabe-/ Gesamtplanung zu berücksichtigen (s. u.). Die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines Persönlichen Budgets ist zu berücksichtigen. Auf die obigen Ausführungen zum Gebot der inklusiven Ausgestaltung nach der UN-BRK im Sinne einer übergreifenden Norm wird verwiesen.

Eine Finanzierung von Pflegeleistungen durch die GKV, die nicht durch anerkannte Pflegedienste erbracht werden, könnte aber über ein Persönliches Budget erfolgen, über dessen Verwendung der Mensch mit einer wesentlichen Behinderung selbst entscheidet.³³ In diesem Falle könnte er sich für die Erbringung derselben durch Assistenzkräfte im Rahmen der Eingliederungshilfe entscheiden. Dafür gelten dann die entsprechenden gesetzlichen Vorschriften nach § 29 SGB IX.³⁴

Exkurs Ende.

³¹ Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2019): Diskussionspapier Behandlungspflege in Einrichtungen/ gemeinschaftlichen/ besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderung, s. Anm. 30.

³² Behandlungspflege in der Eingliederungshilfe: Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V kann prinzipiell auch in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI erbracht werden. Hierfür wurde § 37 SGB V im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes III um den Satz ergänzt: „Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.“ Höchstrichterliche Urteile haben in der Vergangenheit immer wieder festgelegt, in welchem Umfang Behandlungspflege in Einrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI nach Satz 1 vom Einrichtungsträger zu leisten ist. Der Landesrahmenvertrag in NRW folgt dieser Auffassung („Leistungen der häuslichen Behandlungspflege nach § 37 SGB V sind nicht Teil der vereinbarten Leistung, soweit es sich nicht um einfachste Maßnahmen der Behandlungspflege handelt“) und führt die Leistungen der einfachsten Behandlungspflege gemäß BSG-Rechtsprechung auf.

³³ Die DVfR weist in diesem Zusammenhang auf eine Lösungsmöglichkeit hin, die aus Rheinland-Pfalz berichtet wird: Dort können Menschen mit Behinderungen für Leistungen der Behandlungspflege von der Krankenkasse eine Art persönliches Budget erhalten, das auf der Basis der vertragsärztlichen Verordnung von HKP errechnet wird. Der Betroffene leitet den erhaltenen Betrag an den zuständigen Träger für die Assistenzleistungen weiter, wenn die behandlungspflegerischen Leistungen durch Assistenzkräfte (§ 78 SGB IX, s. unten Kap. 3. und 4.) erbracht wurden.

³⁴ Zu Details, u. a. auch zu haftungsrechtlichen Fragen vgl. das Diskussionspapier der Fachverbände zur Behandlungspflege in Einrichtungen/ gemeinschaftlichen/ besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderung, s. Anm. 30.

Zusammenfassend kann die Erbringung von Leistungen der Behandlungspflege im Konzept der Gesundheitspflege durch Assistenzkräfte ohne fachpflegerische Qualifikation als systematisch mögliche Lösungsoption angesehen werden, wenn dies im Einzelfall für das Ziel einer selbstbestimmten und umfassenden Teilhabe erforderlich ist und insbesondere der Bedarf entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ermittelt und festgestellt wurde. Denn dem Konzept der Gesundheitspflege liegt das Primat der eigenständigen Durchführung der Gesundheitspflege zugrunde, damit der individuellen Lebensführung und Teilhabe der Vorzug eingeräumt werden kann und den Betroffenen ermöglicht wird, trotz ihrer Erkrankung eigenständig ohne Abhängigkeit von einem Leistungsanbieter im Bereich der Pflege den Alltag im größtmöglichen Umfang selbst zu gestalten. Sollen solche Leistungen als Assistenzleistungen mit behandlungspflegerischem Charakter erbracht werden, sind allerdings eine Reihe spezieller Voraussetzungen zu beachten,³⁵ die im Diskussionspapier der Fachverbände näher beschrieben sind. Zur Finanzierung durch die GKV kann die Behandlungspflege im Einzelfall als Persönliches Budget ausgestaltet werden.

2.6 Zwischenfazit: Leistungen der Gesundheitspflege

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Gesundheitspflege zunächst stets die Aktivitäten beinhaltet, die Bürger bzw. Versicherte selbst im Rahmen der Förderung ihrer Gesundheit und zur Bewältigung von Krankheiten ausführen oder ausführen können. Ggf. benötigen sie dazu auf Grund ihrer Behinderung Unterstützung. Die Wahrnehmung der Gesundheitspflege ist ein Element der Sozialen Teilhabe und in der ICF im Bereich der Aktivitäten abbildbar.

Die Gesundheitspflege lässt sich in fünf Bereiche gliedern:

- Gesundheitspflege im Alltag der Menschen;
- Entwicklung von Gesundheitskompetenz einschließlich Vorkehrungen bei Diensten und Einrichtungen zur Förderung von Gesundheitskompetenz;
- Unterstützung und Begleitung durch ein komplexes Gesundheitssystem;
- Verbesserung oder Erhalt von Funktionen und Aktivitäten, d. h. der Funktionsfähigkeit als Element der Teilhabe (funktions-/ aktivitätsbezogene Leistungen);
- Pflege als allgemeine und als Behandlungspflege.

Dementsprechend wurden die Unterstützungsbedarfe im Hinblick auf die Gesundheitspflege näher beschrieben.

In allgemeiner gesundheitspolitischer Perspektive lassen sich vier Handlungsebenen unterscheiden:

1. Das Gesundheitssystem soll die speziellen Belange von Menschen mit Behinderungen berücksichtigen und die Inanspruchnahme von Leistungen durchgängig barrierefrei und speziell benötigte Angebote bedarfsgerecht verfügbar und erreichbar gestalten. Dadurch kann der Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderungen im Gesundheitssystem verringert werden.
2. Beratungs- und andere Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen im Hinblick auf die Gesundheitspflege sind bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

³⁵ Vgl. Diskussionspapier der Fachverbände zur Behandlungspflege in Einrichtungen/ gemeinschaftlichen/ besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderung, s. Anm. 30.

3. Die individuelle Unterstützung bei der Gesundheitspflege durch primäre soziale Netzwerke ist zu fördern. Dazu können auch die Nutzung und die Förderung der Selbsthilfe beitragen.
4. Reichen die Vorkehrungen nach Nr. 1 bis 3 nicht aus, sind für die Gewährleistung der Gesundheitspflege personenbezogene, d. h. individuelle oder organisationale Unterstützungsleistungen erforderlich, die in ein individuelles Unterstützungskonzept einzubringen sind. Dabei kann es sich für Menschen mit einer wesentlichen Behinderung um Assistenzleistungen im Sinne des § 78 i. V. m. § 113 SGB IX handeln.

Die Thematik zu den Nrn. 1 bis 3 wird in diesem Positionspapier nicht vertieft. Es konzentriert sich im Folgenden auf die Frage, wann ein Anspruch auf Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe besteht und wie er durch Einrichtungen und Dienste bedarfsgerecht eingelöst werden kann. Auf die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Diskussion zur Weiterentwicklung eines barrierefreien und teilhabefördernden Gesundheitswesens wurde bereits oben verwiesen.

3. Leistungsrechtliche Grundlagen

Mit der 3. Reformstufe des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), die am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, wurden die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen aus dem Sozialhilferecht (SGB XII) herausgelöst und in das Rehabilitations- und Teilhaberecht (SGB IX) überführt. Die Leistungen wurden gleichzeitig neu geordnet. Im Eingliederungshilferecht gibt es nach § 90 SGB IX Leistungen in den vier Kategorien: Medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Bildung und soziale Teilhabe, wobei die Nachrangregelungen untereinander (§ 91 SGB IX) zu beachten sind.

3.1 Unterstützung der Gesundheitspflege als Aufgabe der Eingliederungshilfe

Nach § 90 Abs. 1 SGB IX ist es Aufgabe der Eingliederungshilfe, *„Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können“*. Jeder Leistungsgruppe sind darüber hinaus besondere Aufgaben zugewiesen (§ 90 Abs. 2–5 SGB IX).

Die Leistungen werden dem Grundsatz der Personenzentrierung folgend gewährt; dies bedeutet, dass sie allein am individuellen Bedarf der leistungsberechtigten Person und nicht an deren Aufenthaltsort anknüpfen. Auf diese Weise wird die Unterscheidung der Leistungen nach den Sektoren „ambulant, teilstationär, stationär“ entbehrlich und entfällt.

Im bis zur 3. Reformstufe des BTHG vorhandenen stationären Sektor trug die Einrichtung die Gesamtverantwortung für die persönliche Lebensführung der Bewohnerinnen und Bewohner („Rund-um-die-Uhr-Betreuung“). Das Angebot umfasste u. a. Hilfen in den Bereichen emotionale und psychische Entwicklung, Gesundheitsförderung und -erhaltung (consens im Auftrag des BMAS, 2014, vgl. auch BSG, Urteil vom 26.10.2017, Az. B 8 SO 12/16 R). Menschen mit wesentlichen Behinderungen, deren Unterstützungsbedarf durch eine stationäre Leistung der Eingliederungshilfe gedeckt war, hatten damit bei Bedarf einen Rechtsanspruch auf die genannten Hilfen.

Im neuen Leistungsrecht der Eingliederungshilfe enthalten die Leistungskataloge der medizinischen Rehabilitation und der Sozialen Teilhabe Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und -erhaltung. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehen

den Leistungen zur Sozialen Teilhabe vor (§ 102 Abs. 2 SGB IX) und sind auf die Rehabilitationsleistungen der GKV begrenzt (§ 109 Abs. 2 SGB IX), die neben der Rentenversicherung meist auch der vorrangige Leistungsträger ist.

Bei den Leistungen zur Sozialen Teilhabe wurden die Assistenzleistungen als grundlegende Änderung im Rehabilitationsrecht eingeführt. In § 78 Abs. 2 SGB IX werden zwei Assistenzformen unterschieden:

„1. die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten und

2. die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung.

Die Leistungen nach Nummer 2 werden von Fachkräften als qualifizierte Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere die Anleitungen und Übungen in den Bereichen nach § 78 Abs. 1 Satz 2“.

Diese sind:

„die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen.“

Im Katalog der besonderen Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilferecht) sind Leistungen zur Sozialen Teilhabe in § 113 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX benannt. Eine nähere inhaltliche Beschreibung der Leistungen erfolgt im neuen Leistungsrecht der Eingliederungshilfe nicht, so auch nicht für den Bereich der Gesundheitsversorgung. Es handelt sich um einen offenen Leistungskatalog.

Für die Assistenzleistungen im Bereich der Gesundheitsversorgung kann folgende Grundlage herangezogen werden. Zum einen kann es sich um Leistungen handeln, die der Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen dienen (vgl. § 78 Abs. 1 S. 2 SGB IX). Zum anderen kann es sich um Leistungen handeln, die zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags (§ 78 Abs. 1 S. 1 SGB IX) notwendig sind.

Leistungen zur Unterstützung bei der Gesundheitsversorgung können in den alltagspraktischen Lebensvollzügen über die in § 78 Abs. 1 S. 2 SGB IX explizit, nicht abschließend aufgeführten Tatbestände hinausreichen. Sie umfassen alle Handlungen, die eine Person im Alltag zur Förderung und Erhaltung der eigenen Gesundheit sowie zur Vermeidung und Bewältigung von Krankheit selbst vornimmt oder vornehmen möchte.

Den Kern der Gesundheitsversorgung bildet in der Domäne d5 „Selbstversorgung“ der ICF das Item „Auf seine Gesundheit achten“ (d570) und dessen weitere Differenzierungen (d5700–5709).

d570	Auf seine Gesundheit achten	Für physischen Komfort, Gesundheit sowie für physisches und mentales Wohlbefinden zu sorgen, wie eine ausgewogene Ernährung und ein angemessenes Niveau körperlicher Aktivität aufrechterhalten, sich warm oder kühl halten, Gesundheitsschäden vermeiden, sicheren Sex praktizieren einschließlich Kondome benutzen, für Impfschutz und regelmäßige ärztliche Untersuchungen sorgen; inkl. für physischen Komfort sorgen; Ernährung und Fitness handhaben; die eigene Gesundheit erhalten;
d5700	Für seinen physischen Komfort sorgen	Auf sich selbst zu achten, indem man für eine bequeme Körperposition, eine angenehme Körpertemperatur und geeignete Beleuchtung sorgt und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist.
d5701	Ernährung und Fitness handhaben	Auf sich selbst zu achten, indem man gesunde Lebensmittel auswählt und verzehrt, sich körperlich fit hält und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist.
d5702	Seine Gesundheit erhalten	Auf sich selbst zu achten, indem man das tut, was die eigene Gesundheit erfordert, und zwar im Hinblick auf Gesundheitsrisiken und Krankheitsverhütung, und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist. Hierzu gehören professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, medizinischem oder anderem gesundheitlichen Rat folgen, Gesundheitsrisiken vermeiden wie körperliche Verletzungen, ansteckende Krankheiten, Drogeneinnahme und sexuell übertragbare Krankheiten.
d5708	Auf seine Gesundheit achten, anders bezeichnet	Kein Beschreibungstext vorhanden
d5709	Auf seine Gesundheit achten, nicht näher bezeichnet	Kein Beschreibungstext vorhanden

Im Kap. 2. des vorliegenden Papiere wurde detailliert dargestellt, welche Aktivitäten zur Gesundheitssorge gehören. Dazu sind auch Aktivitäten in Betracht zu ziehen, die sich nicht unter d570 der ICF finden.

Wie bereits dargestellt, sind nicht alle Menschen gleichermaßen in der Lage, für die eigene Gesundheit zu sorgen. Ist eine Unterstützung bei der Gesundheitssorge erforderlich und steht diese nicht aus dem primären sozialen Netzwerk zur Verfügung und bestehen keine Ansprüche auf Leistungen anderer Sozialleistungsträger, kann ein Anspruch auf unterstützende Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe entstehen, sofern die Leistungsvoraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind. Leistungen zur Unterstützung bei der Gesundheitssorge gehören zu den Assistenzleistungen, da sie für die Erreichung der Ziele der Eingliederungshilfe erforderlich sein können und der Zweckbestimmung der Assistenz nach § 78 Abs. 1 SGB IX entsprechen. Dabei umfasst die Aufgabe der Eingliederungshilfe grundsätzlich alle neun Lebensbereiche der ICF. Das gilt auch, wenn die Einstellung des Menschen eine Barriere gegen die Gesundheitssorge darstellt. Dann ist ggf. hinsichtlich der Veränderung der Einstellung und der Lebensgewohnheiten Unterstützung zu

leisten. Dabei ist stets zu prüfen, ob die benötigten Leistungen durch vorrangig zuständige Träger zu erbringen sind.

Leistungen der Gesundheitspflege als Assistenzleistungen können folgende fünf Bereiche umfassen (vgl. Kap. 2.):

- Gesundheitspflege im Alltag der Menschen;
- Entwicklung von Gesundheitskompetenz einschließlich Vorkehrungen bei Diensten und Einrichtungen zu Förderung von Gesundheitskompetenz;
- Unterstützung und Begleitung durch ein komplexes Gesundheitssystem;
- Verbesserung oder Erhalt von Funktionen und Aktivitäten, d. h. der Funktionsfähigkeit als Element der Teilhabe (funktions-/ aktivitätsbezogene Leistungen);
- Im Zusammenhang mit allgemeiner Pflege und als Behandlungspflege (unter Beachtung des Nachranggrundsatzes der Eingliederungshilfe).

Abzugrenzen ist das hier verwendete Konzept der Gesundheitspflege, wegen der Verwendung der gleichen Begrifflichkeit, von den Tätigkeitsfeldern der rechtlichen Betreuung mit dem Aufgabengebiet „Gesundheitspflege“ (Beispiel: Sicherstellung der ärztlichen Heilbehandlung). Inhaltlich unterscheiden sich die Aufgaben aber deutlich.

Wie bereits ausgeführt, können für einige Aktivitäten der Gesundheitspflege Ansprüche gegenüber anderen Sozialleistungsträgern bestehen. Hier ist insbesondere auf die häusliche Krankenpflege, auf die Soziotherapie und auf die Leistungen der Pflege nach SGB XI hinzuweisen. Anhang I und II listen relevante Leistungen nach SGB V und XI auf. Diese Leistungen sind jedoch spezifischen Limitierungen unterworfen, so dass diese in Abhängigkeit von der konkreten Fallgestaltung ggf. keine hinreichende Unterstützung bei der Gesundheitspflege gewährleisten können.³⁶

3.2 Unterstützung bei der Gesundheitspflege in der Bedarfsermittlung

Bedarfe an Leistungen zur Unterstützung der Gesundheitspflege sind bei der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX i. V. m. § 118 SGB IX umfassend und vollständig zu erheben. Eine auf die Gesundheitspflege zielende Bedarfsermittlung kann nicht mit dem Hinweis abgelehnt werden, dass hier grundsätzlich eine Zuständigkeit des Eingliederungshilfeträgers nicht gegeben sei. Vielmehr ist dann ggf. ein anderer Rehabilitations- oder auch Leistungsträger zu beteiligen.

³⁶ Schmidt-Ohlemann, M. (2017 a): Medizinnahe Leistungen als Bestandteil der Teilhabeförderung. Abrufbar unter <https://www.diefachverbaende.de/files/veranstaltungen/2017-01-20-Matthias-Schmidt-Ohlemann.pdf> (Abrufdatum 19.02.2020).

Schmidt-Ohlemann, M. (2017 b): Gesundheitsbezogene Eigenverantwortung, Aktivitäten der Versicherten – Beeinträchtigungen und Ressourcen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder mit chronischen seelischen Erkrankungen. Vortrag auf der Fachtagung „Gesundheitsbezogene Aufgaben in der Eingliederungshilfe – Herausforderungen für Dienste und Einrichtungen“ 20.01.2017 Kassel. Abrufbar unter <https://www.diefachverbaende.de/files/veranstaltungen/2017-01-20-Gesundheitspflege-Schmidt-Ohlemann.pdf> (Abrufdatum 20.02.2020).

Schmidt-Ohlemann, M. (2018): Ist die Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen eine Teilhabeleistung? In: Sozialpsychiatrische Informationen 48. Jahrgang 4/2018 14–19.

Schmidt-Ohlemann, M. (2019): Gesundheitsversorgung, medizinische Rehabilitation und Teilhabeförderung durch Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe. In: Rehabilitation 2019; 58(04): 221–224 Stuttgart New York. Georg Thieme Verlag.

Schmidt-Ohlemann, M. (2020): Zum Verhältnis von Heilmitteln und den Tätigkeiten therapeutischer Berufe zu befähigenden Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX in RP-Reha 2/2020.

Die Darstellung der möglichen Unterstützungsbedarfe im Bereich der Gesundheitspflege hat gezeigt, dass bei Menschen mit Behinderungen häufig ein Bedarf an gesundheitsbezogenen Assistenzleistungen vorliegt. Dieser ist freilich nur dann korrekt zu ermitteln, wenn einerseits die konkret im Einzelfall notwendigen Maßnahmen der Krankenbehandlung oder der Pflege erfasst und der dabei auftretende Unterstützungsbedarf erhoben wird und andererseits auch solche Bedarfe erhoben werden, die sich nicht anlassbezogen darstellen, sondern die Lebensführung und die Gesundheitskompetenz allgemein betreffen. Näheres zur Bedarfsermittlung ist in den §§ 13 und 118 SGB IX festgelegt.

Bei der Bedarfsermittlung sind die physiologischen und die psychologischen Funktionen gleichermaßen zu betrachten. Zu beachten ist ferner, dass die ICD nicht die alleinige Grundlage für die Bedarfsermittlung sein kann. Die ICF weist Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen krankheitsunabhängig aus. Deren Beschreibung ist nicht nur im Zusammenhang mit Prävention oder mit der Feststellung eines Behandlungsbedarfs von Klientinnen und Klienten zu nutzen, sondern insbesondere im Hinblick auf ihre Folgen für Aktivitäten und Teilhabe und unter Beachtung der Kontextfaktoren (umwelt- und personbezogene Faktoren).

Bei Menschen mit wesentlicher Behinderung zeigt sich bei der Bedarfsermittlung oftmals ein Unterstützungsbedarf im Bereich der Gesundheitspflege. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn entsprechende Verordnungen, ausdrückliche Anordnungen oder Empfehlungen eines Arztes, eines Psychotherapeuten oder anderer Behandler vorliegen. Auch wenn dies nicht der Fall ist, ist im Rahmen der Bedarfsermittlung zu prüfen, ob der Mensch mit Behinderung Unterstützung im Bereich der Gesundheitspflege benötigt, z. B. im Sinne einer befähigenden Assistenz zur Verbesserung seiner Kompetenzen im Bereich der Körperfunktionen, sofern jene Kompetenzen notwendig sind, um die Ziele der Eingliederungshilfe, und hier insbesondere der Sozialen Teilhabe zu erreichen. Im Anhang III des vorliegenden Papiers findet sich eine nicht abschließende, abstrakte Aufzählung von Personengruppen, bei denen regelhaft ein Bedarf an Assistenzleistungen im Bereich der Gesundheitspflege besteht, und zwar auch auf solche, die sich auf Übung und Förderung von Körperfunktionen im Zusammenhang mit der Förderung von Aktivitäten und der Teilhabe beziehen (vgl. Kap. 2.4).

Bei der individuellen Bedarfsermittlung ist auch zu prüfen, ob es sich um befähigende oder kompensatorische bzw. rein begleitende Unterstützungsleistungen handelt und welche Qualifikation dafür erforderlich ist. Näheres dazu in Kap. 4.

3.3 Gesundheitssorge in der Teilhabe- und Gesamtplanung

Die Bedarfsermittlung erfolgt durch den leistenden Rehabilitationsträger im Rahmen der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung, gegebenenfalls wird die Pflegekasse beteiligt (vgl. § 22 SGB IX). Ausdrücklich ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenkassen lediglich als Rehabilitationsträger, nicht aber als Träger der Krankenbehandlung gegebenenfalls zu beteiligen sind. Im Rahmen dieser Planung werden die Bedarfe festgestellt und die Leistungen und die Anforderungen an die Leistungserbringer näher bestimmt.

In diesem Verfahren ist zu klären, welche Leistungen durch andere Sozialleistungsträger und welche im Rahmen der Eingliederungshilfe zu erbringen sind. Da es sich hierbei nicht nur um Leistungen zur Teilhabe, sondern auch um Maßnahmen der Krankenbehandlung oder der Pflege handelt, kommt es dabei nicht nur auf die Zuständigkeitsklärung nach §§ 14 ff. SGB IX an.

Um die Zuordnung im Einzelfall korrekt vornehmen zu können, sind umfangreiche Kenntnisse des Leistungsrechts aus dem SGB V und SGB XI erforderlich.

4. Umsetzung der Gesundheitsversorgung im Bereich der Sozialen Teilhabe

4.1 Leistungen zur Unterstützung der Gesundheitsversorgung als Assistenzleistungen

Die im Kap. 2. beschriebenen Bereiche der Gesundheitsversorgung gehen fließend ineinander über und ergänzen sich. In welcher Assistenzform – unterstützend oder befähigend – die Leistungen erbracht werden, hängt vom jeweiligen Ziel der Leistung ab. Folgt man der oben genannten Beschreibung der Gesundheitsversorgung, dürfte ein Großteil der Leistungen durch eine in § 78 Abs. 1 S. 2 SGB IX beschriebene Assistenz mit dem Ziel der Befähigung erbracht werden. Diese trifft insbesondere auf die Leistungen zur Förderung der Funktionsfähigkeit, also von Funktionen und Aktivitäten als Bestandteil der Teilhabeförderung (funktions-/aktivitätsbezogene Leistungen), aber auch auf Leistungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz und solche der Begleitung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, zu. Hier muss die Assistenzleistung selbst meist gesundheitskompetent erfolgen, da eine hinreichende Gesundheitskompetenz und Handlungsfähigkeit bei den Menschen mit Behinderungen häufig nicht oder noch nicht gegeben ist.

Die Art und der Umfang der Assistenzleistungen sind dabei von weiteren Faktoren abhängig, z. B. von:

- der Art und Schwere der Behinderung einschließlich Verhaltensauffälligkeiten, Kommunikationsfähigkeit sowie Pflegebedarf;
- der individuellen Morbidität der Person und bestehenden Krankheitsrisiken;
- der Verfügbarkeit eines primären sozialen Netzwerkes, insbesondere von Bezugspersonen (z. B. Familie);
- der Verfügbarkeit eines sekundären sozialen Netzwerkes im Sozialraum wie z. B. bürgerschaftlich engagierte Unterstützung;
- den Umweltfaktoren, wie Erreichbarkeit/ Barrierefreiheit von Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens;
- den personbezogenen Faktoren, wie z. B. Faktoren der Persönlichkeit, Einstellungen, Kompetenzen, Verhaltensgewohnheiten;
- der Art und dem Umfang der ärztlich veranlassten Leistungen bzw. des Behandlungsplanes;
- der notwendigen Prophylaxe und den gesundheitsfördernden Leistungen (insbesondere bei spezifischen Gesundheitsrisiken).

Neben der direkten Leistungserbringung müssen auch die mit den Unterstützungsleistungen zur Gesundheitsversorgung zusammenhängenden indirekten Leistungen berücksichtigt werden, z. B. Leistungen zur Qualifizierung des Personals, systematische Förderung der Gesundheitskompetenz durch Einrichtungen, Vorhalten geeigneter Beförderungsmittel. Dabei handelt es sich um Leistungen, die nicht primär personenbezogen erbracht werden, sondern durch die Einrichtungen und Dienste vorgehalten werden müssen. All diese Leistungen sind in den Konzeptionen der Einrichtungen und Dienste zu beschreiben, wobei die Bedingungen zu deren Erbringung in den Landesrahmenverträgen zu regeln sind.

Grundlegend für die Leistungserbringung durch Einrichtungen und Dienste sind also einerseits die Ergebnisse der personenbezogenen Bedarfsermittlung für die einzelnen

Leistungsempfänger und andererseits die vertraglichen Vereinbarungen zur Struktur- und Prozessqualität.

4.2 Struktur- und Prozessqualität im Bereich der Gesundheitspflege als Voraussetzungen für die Anerkennung als geeigneter Leistungserbringer

Damit Einrichtungen und Dienste Leistungen im Rahmen der Gesundheitspflege und insbesondere befähigende Leistungen im Sinne der Übung und Förderung im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit erbringen können, bedarf es der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Qualität der Leistungen, anders als im Privathaushalt, u. a. durch die in §§ 121, 128 SGB IX geforderte Wirksamkeit und Wirkung der Leistung sowie wegen der Garantenstellung gegenüber den Leistungsberechtigten durch entsprechende Prozesse sicherzustellen ist. Leistungen müssen dem anerkannten Stand der Wissenschaft entsprechen. Neben weiteren Struktur- und Prozesskriterien spielen hier die Qualifikation und Fortbildung der Mitarbeitenden eine zentrale Rolle.

Der Personalmix innerhalb von Einrichtungen und Diensten sollte an die Bedarfe aus dem Bereich der Gesundheitspflege angepasst werden. Um Bedarfe gerade aus dem Bereich Förderung von Körperfunktionen und Aktivitäten als Bestandteil der Teilhabeförderung (funktions-/ aktivitätsbezogene Leistungen) decken zu können, sind Psychologen, Therapeuten (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden) als Fachkräfte und ein hinreichender Umfang von Pflegekräften im Stellenplan entsprechend dem Bedarf vorzusehen. Aber auch die anderen Berufsgruppen wie Erzieher, Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen und Fachkräfte der Sozialen Arbeit (Bachelor, Diplom, Master) sollten Aufgaben der Assistenz im Bedarfsfall gesundheitskompetent ausführen können. Gerade die Durchführung eines qualifizierten Case-Managements wird heute an entsprechende Qualifikationen gebunden, wie sie insbesondere die Fachkräfte der Sozialen Arbeit aufweisen können.

Entscheidend ist, dass ein interdisziplinäres Team vorhanden ist, das die Gesundheitspflege in all ihren Facetten unterstützen kann. Davon lassen sich Aufgaben des allgemeinen Teilhabe- bzw. eines Fallmanagements nicht immer trennen. Jedoch ist es nicht Bestimmung dieses Positionspapieres, die Aufgaben von Einrichtungen und Diensten in der Eingliederungshilfe insgesamt und umfassend zu beschreiben. Die Beschreibung des Gesamtangebotes ist in der Konzeption der jeweiligen Einrichtung zu leisten.

Um die Aufgaben der Unterstützung der Gesundheitspflege bedarfsgerecht leisten zu können, stellt die Qualifizierung der Mitarbeitenden einen wichtigen Bestandteil der Prozess- und damit der Ergebnisqualität dar und sollte analog der Einweisung und Anleitung der Patienten oder ihrer Bezugspersonen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe erfolgen. Diese Qualifizierung von Mitarbeitenden in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe ist nicht Aufgabe der Vertragsärzte, Psychotherapeuten oder Heilmittelerbringer. Sie muss im Rahmen der Eingliederungshilfe durch qualifizierte Expertinnen und Experten erfolgen. Dafür kommen die o. g. Fachkräfte in Betracht.

Neben dem Personalmix in den Teams und der Qualifikation und Fortbildung der Mitarbeitenden spielt die sog. „systemische“ oder „organisationale Gesundheitskompetenz“ eine zentrale Rolle (vgl. Kap. 2.2). Diese beschreibt die Gesundheitskompetenz von Systemen und Lebensumwelten (z. B. Verbesserung der Information und Kommunikation im Gesundheitswesen). Im Zusammenhang mit der sozialen Teilhabe kann die organisationale Gesundheitskompetenz als Sicherstellung der für die Gesundheitspflege relevanten Kontextfaktoren beschrieben werden. Hierfür sollten fördernde Strukturen benannt werden, die

die persönliche/ individuelle Gesundheitskompetenz unterstützen. Organisationale Gesundheitskompetenz ist zuerst eine Frage der Haltung der in den Einrichtungen und Diensten Arbeitenden und dann eine Frage angemessener, definierter Prozesse.³⁷

Zur Sicherstellung der qualifizierten Leistungserbringung im Bereich der Gesundheitspflege kommen verschiedene Organisationsformen in Betracht: Zum einen können diese Leistungen durch qualifizierte Teams in den verschiedenen Wohnformen und in Verbindung mit tagesstrukturierenden Leistungen erbracht werden. Zum anderen können Leistungen zur Unterstützung der Gesundheitspflege, insbesondere zur Erbringung funktionsfördernder Leistungen auch in Fachdiensten organisiert werden. Neben der direkten Leistungserbringung kann über solche oder externe Fachdienste auch die Qualifizierung und Begleitung der Mitarbeitenden sichergestellt werden.

Sofern der Fachdienst als Leistungserbringer gemäß SGB V zugelassen ist (z. B. nach § 124f SGB V), besteht die Möglichkeit, die übenden und fördernden Leistungen im Rahmen der Assistenz mit solchen der Behandlung zu kombinieren. Dies kann sogar im unmittelbaren örtlichen und zeitlichen Zusammenhang erfolgen. Insofern können sich durch die Leistungsbündelung von SGB-V-Leistungen in Kombination mit Assistenzleistungen zahlreiche Synergieeffekte bei gleichzeitig korrekter Leistungszuordnung ergeben. Das mit dem Bundesteilhabegesetz ausgegebene Ziel, Leistungen wie „aus einer Hand“ anzubieten, könnte so in der Praxis umgesetzt werden.

Auf Grund der Relevanz des Themas Gesundheitspflege und des Umfangs der Unterstützungsbedarfe sollte dies schon bei der Gestaltung der Landesrahmenverträge berücksichtigt werden. Dies gilt auch für die Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen, die zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern abgeschlossen werden müssen, und ebenso für die vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Leistungsempfängern und den Diensten und Einrichtungen.

Eine aktuelle Herausforderung, der sich alle Akteure, so auch die Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, unbeschadet der Aufgaben der rechtlichen Betreuer, stellen müssen, besteht darin, die Betroffenen zu unterstützen, die vorhandenen Leistungsansprüche auf die verschiedenen Unterstützungsleistungen anderer Sozialleistungsträger geltend zu machen und die Leistungen entsprechend zu organisieren bzw. zu koordinieren. Dies gilt sowohl für die Leistungen des Gesundheitssystems (z. B. Pflege, Soziotherapie, Beratung durch speziell erfahrene Ärzte) als auch für solche aus dem Sozialraum (Beratungsangebote, EUTB). Dazu können auch Bildungsmaßnahmen für Betroffene durch Volkshochschulen oder andere Bildungsträger, die sowohl Angebote für Menschen mit Behinderungen als auch ihre Assistenzkräfte anbieten, beitragen. Insofern sind alle Möglichkeiten der Verbesserung der Gesundheitskompetenz aller Akteure im Sozialraum zu nutzen.

5. Zusammenfassung

Das Thema Gesundheit und Krankheit ist für Menschen mit Behinderungen von besonderer Relevanz. Menschen mit Behinderungen sind statistisch deutlich häufiger von weiteren Krankheiten, oft im Sinne einer Multimorbidität, betroffen. Die Wahrscheinlichkeit einer erhöhten Morbidität steigt ferner mit zunehmendem Alter.

Förderung und Erhaltung der Gesundheit und die Bewältigung von Krankheiten sind Aktivitäten und wesentliche Aufgabe der Bürger und Versicherten selbst. Dafür wurde das

³⁷ Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz (<https://dngk.de>, Abrufdatum 20.02.2020).

Konzept der Gesundheitssorge entwickelt, das Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit und Bewältigung von Krankheiten im Alltag, zur Förderung der Gesundheitskompetenz, zur selbstbestimmten und bedarfsgerechten Nutzung der Angebote im Gesundheitswesen, zur Erhaltung oder Verbesserung der Funktionsfähigkeit und der Pflege umfasst. Sofern Menschen mit einer wesentlichen Behinderung bei der Gesundheitssorge Unterstützung benötigen und diese durch das primäre soziale Netzwerk nicht hinreichend geleistet werden kann, kommen dafür außer in der Unfallversicherung und im Entschädigungsrecht Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe in Betracht, wenn die Leistungen vorrangig zuständiger Angebote im Gesundheitswesen nicht ausreichen. Da die Leistungen im Gesundheitswesen regelmäßig limitiert und nicht immer auf den vollständigen Ausgleich der behinderungsbedingten Einschränkungen bei der Gesundheitssorge ausgerichtet sind, ist die Inanspruchnahme von Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe derzeit häufig der Fall.

Unbeschadet dessen wird an der Leitvorstellung einer möglichst inklusiven Ausgestaltung der vorrangigen Leistungssysteme festgehalten. Art. 25 UN-BRK verpflichtet dazu, Menschen mit Behinderungen Zugang zur Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung zu stellen wie anderen Menschen. In § 2a SGB V ist daher der Grundsatz verankert, dass den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen ist. Dieser Grundsatz gilt für alle an der Versorgung Beteiligten (u. a. Krankenhäuser) ebenso für die Krankenkassen.

Solange dies noch nicht der Fall ist, muss auf Grund der hohen Relevanz der Gesundheitssorge bei weit überdurchschnittlicher Morbidität bei Menschen mit wesentlichen Behinderungen und den drohenden oder bestehenden krankheitsbedingten Einschränkungen der Teilhabemöglichkeiten die Gesundheitssorge regelhaft bei der Bedarfsermittlung sowie der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung im Rahmen der Eingliederungshilfe berücksichtigt werden. Einrichtungen und Dienste haben systematisch Unterstützungsleistungen bei der Gesundheitssorge vorzusehen und in ihre Qualitätsmanagement-Systeme zu integrieren. In den Landesrahmenverträgen muss die Sicherstellung der Gesundheitssorge bei der Leistungsbeschreibung und -gestaltung einbezogen sowie als wichtiges Element in den Vergütungsvereinbarungen berücksichtigt werden. Dabei ist die Abgrenzung zu den Leistungen anderer vorrangiger Leistungsträger allgemein, aber im jeweiligen Fall auch personenbezogen erforderlich.

Leistungsrechtliche Grundlagen für die Erbringung von Leistungen zur Gewährleistung der Gesundheitssorge im Rahmen der Eingliederungshilfe sind insbesondere in den §§ 78, 90, 113 SGB IX zu finden, zumal der Leistungskatalog in § 78 SGB IX offen ist. Ob eine Klarstellung durch den Gesetzgeber sinnvoll ist, sollte diskutiert werden.

Eine Bündelung von Assistenzleistungen (SGB IX) und therapeutischen Leistungen (SGB V) ist rechtlich möglich und kann ein sinnvolles Angebot von Diensten und Einrichtungen zur Ermöglichung von Hilfe „wie aus einer Hand“ darstellen, das in der Einrichtungskonzeption darzulegen ist und entsprechender Leistungsvereinbarungen bedarf.

Diese Stellungnahme wurde im Fachausschuss „Umsetzung des BTHG“ erarbeitet und vom Hauptvorstand der DVfR am 22. Juni 2021 beschlossen.

Heidelberg, Juni 2021

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

Vorsitzender der DVfR

Andreas Bethke

Leiter des Fachausschusses „Umsetzung des BTHG“

Die DVfR dankt Herrn Christian Henning, Stiftung Bethel, für die Vorarbeit und freundliche Unterstützung sowie die Überlassung der Präsentationen, die im Projekt „BTHG bewegt“ zur Gesundheitsvorsorge entstanden sind.

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

Anhang

Anhang I:

Überblick über die relevanten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheitssorge:

SGB V
1. Ärztliche Leistungen, z. B. <ul style="list-style-type: none">• Hausärztliche Leistungen• Fachärztliche Leistungen• Psychotherapeutische Leistungen• Zahnärztliche Leistungen• Besondere Leistungsformen, z. B.<ul style="list-style-type: none">○ Vorsorge/Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene und andere Präventionsleistungen (§§ 20 ff. SGB V)○ Leistungen in besonderen Formen durch<ul style="list-style-type: none">i. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA, § 118 SGB V),ii. Sozialpädiatrische Zentren (SPZ, §§ 43 a, 119 SGB V),iii. Medizinische Behandlungszentren für Menschen mit Behinderungen (MZEB, §§ 43 b, 119 c SGB V),iv. Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 119 b SGB V)v. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 132 d und g)
2. Krankenhausleistungen Auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten oder bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus
3. Hospizversorgung
4. Veranlasste Leistungen (im ambulanten Setting), insbesondere <ul style="list-style-type: none">• Arznei- und Verbandmittel,• Heilmittel, Hilfsmittel,• häusliche Krankenpflege einschließlich psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, Kurzzeitpflege (§ 39 c SGB V),• Soziotherapie,• Krankentransporte• Haushaltshilfe• Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen (§ 43 a), MZEB (§ 43 b),• sozialmedizinische Nachsorge für Kinder und Jugendliche (§ 43 Abs. 2)• spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 37b)
5. Medizinische Rehabilitation und medizinische Vorsorge
6. Weitere Leistungen durch Vertragsärzte z. B. <ul style="list-style-type: none">• Anordnung der Hilfeleistungen anderer Personen• Bescheinigungen und Berichte für Krankenkassen bzw. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MdK)
7. Weitere Leistungen <ul style="list-style-type: none">• Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche• Entlassmanagement

Anhang II:

Überblick über die relevanten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheitsvorsorge:

SGB XI
<ol style="list-style-type: none">1. Pflegesachleistung (§ 36),2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),7. Kurzzeitpflege (§ 42),8. vollstationäre Pflege (§ 43),9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),9a. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),12a. Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),13. Entlastungsbetrag (§ 45b),14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches,15. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a).

Anhang III:

Überblick über die Personengruppen mit einem regelhaft anzunehmenden hohen Bedarf an Unterstützung bei der Gesundheitsversorgung insbesondere in Form befähigender Assistenzleistungen zur Erhaltung oder Verbesserung der Funktionsfähigkeit, durch Übung und Förderung von Körperfunktionen im Zusammenhang mit der Förderung von Aktivitäten und der Teilhabe. Ausschlaggebend ist die Bedarfsfeststellung nach §§ 13, 19, 118 SGB IX.

Dazu gehören insbesondere:

- Menschen, die eine Beeinträchtigung im Rahmen der Autismus-Spektrum-Störungen³⁸ aufweisen
- Menschen mit Prader-Willi-Syndrom
- Menschen mit komplexem Behinderungsbild (oft als schwerstmehrfachbehindert bezeichnet)
- Menschen mit erheblicher kognitiver Beeinträchtigung
- Menschen mit schweren Verhaltensauffälligkeiten einschließlich Krisen, insbesondere bei gleichzeitiger kognitiver Beeinträchtigung
- Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und psychischer Erkrankung
- Menschen mit erworbenen Schädigungen des ZNS (SHT, Tumoren, Entzündungen), ggf. in Kombination mit neuromuskulären Beeinträchtigungen sowie mit FAS
- Menschen mit Spina bifida, Hydrocephalus, besondere Fälle von Querschnittlähmung
- geriatrische Patienten (s. Definition des Kompetenzzentrums Geriatrie) mit vorbestehender kognitiver oder schwerer körperlicher Behinderung
- Menschen mit progredienten neurologischen, neuromuskulären Erkrankungen, die das Überleben deutlich verkürzen
- Menschen mit schweren Schluckstörungen
- Menschen mit spezifischen Syndromen bzw. Fehlbildungen (Herzfehler, Rett-Syndrom, Angelman-Syndrom)
- Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und schweren chronischen oder akuten Erkrankungen (hohe Krankheitslast), z. B. Dialyse, chronische Polyarthritis, neurogener Blasenentleerungsstörung
- Menschen ohne aktive Sprache (Anarthrie, schwere Dysarthrie, Aphasie, Mutismus)
- Menschen mit Blindheit oder Hörverlust
- Menschen mit schweren Atemstörungen und Sauerstoffgabe, intermittierender oder dauerhafter Beatmung
- Menschen mit psychischen Erkrankungen und erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen
- Menschen mit mehrfachen Behinderungen, z. B. auch einschließlich von Sinnesbehinderungen

³⁸ Siehe z. B. <https://www.autismus.de/was-ist-autismus.html> oder <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugend-psychiatrie/erkrankungen/autismus-spektrum-stoerung-ass/was-sind-autismus-spektrum-stoerungen/> (Abrufdatum 20.02.2020).

Anhang IV:

Liste einfachster Maßnahmen der Behandlungspflege gemäß BSG-Rechtsprechung³⁹

Lfd. Nr. gemäß HKP-RL	Leistungsbeschreibung
10	Blutdruckmessung
11	Blutzuckermessung
15	Flüssigkeitsbilanzierung
17	Inhalation
19	Injektion, Richten von
21	Kälteträger, Auflegen von
22	Katheter, Versorgung eines suprapubischen Katheters zur Abdeckung ohne Entzündung (Schutzfunktion)
26	Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)
31	Verbände: Abnehmen eines Kompressionsverbandes
31	Verbände: An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen
31	Verbände: Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden

Analog zum BSG-Urteil können zu den Maßnahmen einfachster Behandlungspflege aus fachlicher Sicht insbesondere folgende weitere Maßnahmen zählen:

- Messung der Körpertemperatur
- Messung der Pulsfrequenz
- Beobachtung eines Pulsoxymeters, Messergebnisse werden nicht bewertet, es werden keine Maßnahmen eingeleitet
- Kälte- und Wärmeanwendung
- Entleeren eines Urinablaufsystems
- Anlegen eines Urinalkondoms
- Inhalationen nach ärztlicher Anweisung
- Wechsel eines Stomabeutels
- Nahrungsgabe über eine PEG- oder eine liegende Nasensonde
- Anlegen einer Maske oder O2-Brille bei regelmäßiger intermittierender Beatmung; sofern die qualifizierte Krankenbeobachtung durch eine Pflegefachkraft abgesichert ist

Die fachgerechte Durchführung der einfachsten Behandlungspflege muss qualitätsgesichert erfolgen. Deshalb sind Anleitung und Schulung der ausführenden Mitarbeitenden sicherzustellen.

³⁹ s. Anm. 30.

Anhang V:

Maßnahmen der komplexen Behandlungspflege⁴⁰

Maßnahmen der komplexen Behandlungspflege sind solche, die über die einfachste Behandlungspflege hinausgehen. Sie finden sich u. a. im Katalog der verordnungsfähigen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und sind grundsätzlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen Vertragsarzt verordnungsfähig.

Zu den Maßnahmen der komplexen Behandlungspflege, die nach Auffassung der Fachverbände unter den spezifischen in Kap. 2.5 des Diskussionspapiers aufgeführten Voraussetzungen von geschulten Fachkräften ohne pflegfachliche Ausbildung im Rahmen einer Langzeitbehandlung ausgeführt werden können, gehören insbesondere:

1. Stufe:
<ul style="list-style-type: none">• Steuerung, Einstellung und Bedienung einer Medikamentenpumpe nur im Rahmen einer leitliniengerechten Einarbeitung, der Beauftragung durch den verordnenden Arzt und nach einem Therapieschema mit festgelegten Dosierungskorridors bzw. einem Medikationsplan• subkutane Insulingabe und andere subkutane Injektionen• Bewertung von Messergebnissen (s. einfachste Behandlungspflege)• Verbandwechsel und Spülung einer liegenden PEG- oder Nasensonde• Fortführung der Behandlung eines Dekubitus 1. und 2. Grades nach ärztlicher Anweisung• Pflege eines liegenden Uro- oder Colostomas• Verbandwechsel bei einem liegenden Port
2. Stufe:
<p>Nur in Ausnahmefällen, die einer besonderen Begründung und Abwägung sowie der Prüfung durch den behandelnden Arzt bedürfen</p> <ul style="list-style-type: none">• Digitales Ausräumen im Rahmen der Behandlung einer häufig auftretenden Obstipation• Katheterismus der Harnblase nur bei regelmäßigem intermittierendem (Selbst)Katheterismus oder regelmäßiger Anlage eines Dauerkatheters nach leitliniengerechter Anleitung durch den verantwortlichen Arzt• Absaugen des Mund- und Rachenraumes im Rahmen häufig wiederkehrender Absaugung, insbesondere bei liegendem Tracheostoma, ggf. einschließlich Pflege der Trachealkanüle nach ärztlicher Einweisung im Rahmen eines speziellen Behandlungspläne• Blasenspülungen und -instillationen bei einem liegenden Katheter Eine Übernahme durch Fachkräfte ohne pflegfachliche Ausbildung kommt nur in Betracht, wenn es sich um regelmäßig erforderliche Maßnahmen im Rahmen einer Langzeitbehandlung wegen chronischer Erkrankung handelt. Sie scheidet aus, wenn die Maßnahme im Rahmen einer akuten Erkrankung und eines akuten Handlungsbedarfes erfolgen muss.

⁴⁰ s. Anm. 30.