

Berlin, 21.06.2018

Gesundheitssorge in der Eingliederungshilfe nach SGB IX, 2. Teil (ab 2020)

Eine Argumentationshilfe der Fachverbände für Menschen mit Behinderung

Vorbemerkung

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung begleiten mit hoher Aufmerksamkeit gemeinsam die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und bringen ihre Expertise in die zentralen politischen und fachlichen Gremien ein. Die wichtigsten Positionspapiere werden auf die gemeinsame Homepage gestellt: www.diefachverbaende.de.

Das BTHG folgt dem Grundsatz der Personenzentrierung und trennt die Leistungen in existenzsichernde Leistungen und Fachleistungen der Eingliederungshilfe. Auf diese Weise entfällt die Unterscheidung der Leistungen nach „stationär, teilstationär, ambulant“. Die Fachverbände haben bereits im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens zum BTHG darauf aufmerksam gemacht, dass die Trennung der Leistungen wesentliche Auswirkungen auf den Kernbereich der persönlichen Lebensführung von Menschen mit Behinderung haben kann: **die Gesundheitssorge**. Vor diesem Hintergrund haben sie am 20.01.2017 eine gemeinsame Fachtagung „Gesundheitsbezogene Aufgaben in der Eingliederungshilfe – Herausforderungen für Dienste und Einrichtungen“ durchgeführt (Dokumentation siehe Homepage). Im Rahmen dieser Veranstaltung wurde u.a. herausgearbeitet, dass es künftig wesentlich darauf ankommen wird, im Rahmen des Gesamtplanverfahrens der Eingliederungshilfe (§§ 117 ff. SGB IX-neu) bzw. des Teilhabeplanverfahrens (§§ 19 ff. SGB IX-neu) die Bedarfe der Leistungsberechtigten im Bereich der Gesundheitssorge umfassend zu beschreiben und festzustellen, damit eine notwendige Assistenz in diesem Kernbereich der persönlichen Lebensführung auch in Zukunft sichergestellt ist. Denn das BTHG weist nur einige wenige Leistungen zur Gesundheitssorge ausdrücklich aus; darüber hinausgehende Bedarfe müssen als Anspruch auf Assistenzleistungen zur Sozialen Teilhabe (§§ 113 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. 78 SGB IX-neu) geltend gemacht werden.

Mit der vorliegenden Information möchten die Fachverbände den Mitarbeitenden in ihren Mitgliedsorganisationen dieses wichtige Thema noch einmal gezielt nahebringen.



**Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.**

Reinhardtstraße 13
10117 Berlin
Telefon 030 284447-822
Telefax 030 284447-828
cbp@caritas.de



Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

Leipziger Platz 15
10117 Berlin
Telefon 030 206411-0
Telefax 030 206411-204
bundesvereinigung@lebenshilfe.de



**Bundesverband anthroposophisches
Sozialwesen e.V.**

Schloßstraße 9
61209 Echzell-Bingenheim
Telefon 06035 81-190
Telefax 06035 81-217
bundesverband@anthropoi.de



**Bundesverband evangelische
Behindertenhilfe e.V.**

Invalidenstr. 29
10115 Berlin
Telefon 030 83001-270
Telefax 030 83001-275
info@beb-ev.de



**Bundesverband für körper- und
mehrfachbehinderte Menschen e.V.**

Brehmstraße 5-7
40239 Düsseldorf
Telefon 0211 64004-0
Telefax 0211 64004-20
info@bvkm.de

Gesundheitssorge in der Eingliederungshilfe

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) werden die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung aus dem Sozialhilferecht (SGB XII) herausgelöst und in das Rehabilitations- und Teilhaberecht (SGB IX) überführt. Die Leistungen werden gleichzeitig neu geordnet. Im Eingliederungshilferecht gibt es fortan Leistungen in vier Kategorien: Medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Bildung, Soziale Teilhabe. Die jeweiligen Leistungskataloge sind offen gestaltet. Übergreifende Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, 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. Jeder Leistungskategorie sind darüber hinaus besondere Aufgaben zugewiesen (§ 90 SGB IX-neu).

Die Leistungen werden fortan dem Grundsatz der Personenzentrierung folgend gewährt; dies bedeutet, dass sie allein am individuellen Bedarf der leistungsberechtigten Person und nicht länger an deren Aufenthaltsort anknüpfen. Auf diese Weise wird die Unterscheidung der Leistungen nach den Sektoren „ambulant, teilstationär, stationär“ entbehrlich und entfällt. Das Paket „stationäre Leistung“ ist deshalb in existenzsichernde Leistungen einerseits und (Fach-)Leistungen der Eingliederungshilfe andererseits aufzuschnüren. Dies gilt zum einen auf der Seite des Leistungsrechts (Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe §§ 90 ff. SGB IX-neu) und zum anderen auf der Seite des Leistungserbringungsrechts (Vertragsrecht §§ 123 ff. SGB IX-neu).

Im heutigen stationären Sektor trägt die Einrichtung die Gesamtverantwortung für die persönliche Lebensführung der Bewohner*innen („Rund-um-die-Uhr-Betreuung“); das Angebot umfasst u.a. Hilfen in den Bereichen emotionale und psychische Entwicklung, Gesundheitsförderung und -erhaltung (con_sens im Auftrag des BMAS, 2014). Menschen mit Behinderung, die einen Rechtsanspruch auf eine stationäre Leistung der Eingliederungshilfe haben, haben 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-neu) und sind auf die Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt (§ 109 Abs. 2 SGB IX-neu). Im Katalog der Leistungen zur Sozialen Teilhabe sind Assistenzleistungen aufgeführt (§ 113 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX-neu), zu denen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags gehören, u.a. zur Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (§ 78 Abs. 1 S. 2 SGB IX-neu), dies sind z.B. die Verabreichung von Medikamenten oder die Umsetzung von Ernährungsvorgaben. Weitere Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und -erhaltung sind im neuen Leistungsrecht der Eingliederungshilfe nicht ausdrücklich genannt.

Die Gesundheitsförderung und -erhaltung – kurz: Gesundheitssorge – im alltagspraktischen Lebensvollzug reicht allerdings weit über die in § 78 SGB IX-neu explizit aufgeführten Tatbestände hinaus. Sie umfasst alle Handlungen, die eine Person im Alltag zur Förderung und Erhaltung der eigenen Gesundheit sowie zur Vermeidung und Bewältigung von Krankheit vornimmt. Den Kern der Gesundheitssorge bildet die **Selbstversorgung**, die in der Internatio-

nenen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wie folgt beschrieben ist:

- für den eigenen physischen Komfort sorgen: bequeme Körperposition, angenehme Körpertemperatur, geeignete Beleuchtung;
- Ernährung und Fitness handhaben: sich ausgewogen ernähren, sich körperlich fit halten;
- Gesundheit erhalten: das tun, was die eigene Gesundheit im Hinblick auf Gesundheitsrisiken und Krankheitsverhütung erfordert;
- sich über diese Notwendigkeiten im Klaren sein.

Über die Selbstversorgung hinaus umfasst die Gesundheitspflege **weitere Maßnahmen**:

- gesundheitsdienliche Verhaltensweisen (Rhythmus Wachen/Schlafen und Aktivität/Ruhe, Vermeidung von Stress und der Entstehung von Sucht etc.), die positive und präventive Wirkungen haben;
- Beobachtung des individuellen Gesundheitszustandes, Aufmerksamkeit für Krankheitsanzeichen und andere gesundheitliche Probleme, Umgang mit Verschlimmerung;
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Vorsorge;
- ggf. Anbahnung und Organisation ärztlicher oder (psycho-) therapeutischer Hilfen, Umsetzung ärztlicher Anordnungen;
- Verarbeitung von Krankheit und Alterungsprozessen u.v.m.

Nicht alle Menschen sind gleichermaßen aus sich heraus in der Lage, für die eigene Gesundheit zu sorgen. Dies kann durch die Art und/oder Schwere einer Krankheit oder Beeinträchtigung bedingt sein; häufig steht Menschen mit Behinderung aber auch kein oder kein ausreichendes primäres soziales Netzwerk zur Verfügung, das die notwendige Unterstützung bei der Gesundheitspflege leisten könnte. Dies gilt insbesondere dort, wo komplexe Beeinträchtigungen oder Einschränkungen in der Kommunikationsfähigkeit vorliegen, die spezifische Kenntnisse oder Erfahrungen der Unterstützenden erfordern.

Menschen mit Behinderung, die ihre Gesundheitspflege nicht aus eigenem Vermögen wahrnehmen können, steht **Unterstützung bei der Gesundheitspflege** zu:

- Ziel: Vorbeugung von Gesundheitsstörungen oder Krankheiten und deren Verschlimmerung, Wiederherstellung der Gesundheit, Bewältigung von (chronischer) Krankheit, Wohlbefinden;
- Inhalt: Beobachtung, Wahrnehmung, Information, Erinnerung, Rat, Motivation/Anregung, Anleitung, Begleitung, praktische Hilfestellung, Übernahme von Handlungen/Verrichtungen (teilweise oder ganz);
- Anforderungen an die fachliche Qualifikation und die persönliche Eignung der unterstützenden Person richten sich nach dem individuellen Bedarf des Menschen mit Behinderung.

Die Unterstützung bei der Gesundheitsversorgung ist im Sinne eines „Empowerment“ als Assistenz bei der Ausübung und zur Stärkung der Selbstbestimmung zu verstehen und muss deshalb dem Wunsch des Menschen mit Behinderung entsprechen. Soweit die aufgeführten Maßnahmen der Unterstützung bei der Gesundheitsversorgung nicht zum Aufgabenkreis „Gesundheit“ des rechtlichen Betreuers und nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Rehabilitationsträger gehören und ihrer Zielrichtung nach auch nicht Gegenstand von Leistungen der Pflegeversicherung (z.B. häusliche Pflegehilfe § 36 SGB XI) sind, handelt es sich um Leistungen der Eingliederungshilfe, die – soweit sie nicht der medizinischen Rehabilitation dienen – rechtssystematisch den Assistenzleistungen zur Sozialen Teilhabe (§§ 113 Abs. 2 Nr. 2, 78 SGB IX-neu) zuzuordnen sind.

Im Rahmen des Teilhabeplan- bzw. Gesamtplanverfahrens (§§ 19 ff., 117 ff. SGB IX-neu) ist darauf zu achten, dass sämtliche Bedarfe einer Person ermittelt und festgestellt werden. Dies betrifft vor dem Hintergrund des Wegfalls der „stationären Leistung“ in besonderer Weise den individuellen Bedarf einer Person an Unterstützung bei der Gesundheitsversorgung. Die Instrumente zur Bedarfsermittlung, die sich im Übrigen künftig an der ICF zu orientieren haben (§ 118 SGB IX-neu), müssen entsprechend geschärft werden.

Auf der Seite des Leistungserbringungsrechts muss die Unterstützung bei der Gesundheitsversorgung sich – auch nach dem neuen Recht (BTHG, PSG II und III) – in der Leistungsvereinbarung zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer angemessen und vergütungsfest abbilden. Im Hinblick auf die Räumlichkeiten des § 71 Abs. 4 S. 1 Nr. 3 SGB XI-neu, die im neuen Recht an die Stelle der stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe treten, sind neben den unmittelbaren Unterstützungshandlungen im alltagspraktischen Lebensvollzug insbesondere die Planung, Organisation und Überwachung der Gesundheitsversorgung der Bewohner*innen sowie die Durchführung einfachster Maßnahmen der Behandlungspflege zu nennen.

Fazit: Die Gesundheitsversorgung ist im neuen Eingliederungshilferecht zwar nicht in ihrer Gesamtheit ausdrücklich benannt; der Gesetzgeber hat die Leistungskataloge aber mit Bedacht offen gestaltet, um der Vielfalt der Bedarfslagen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen und sicherzustellen, dass alle individuell vorliegenden Teilhabebeeinträchtigungen unabhängig von Art und Umfang des Unterstützungsbedarfs ausgeglichen werden können. Die Unterstützung von Menschen mit Behinderung bei der Gesundheitsversorgung ist eine Assistenzleistung zur Sozialen Teilhabe (§§ 113 Abs. 2 Nr. 2, 78 SGB IX-neu). Der Rechtsanspruch von Menschen mit Behinderung auf Unterstützung bei der Gesundheitsversorgung wird durch das in Art. 25 UN-BRK garantierte Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung richtungsweisend untermauert.

Erarbeitet vom Arbeitskreis Gesundheitspolitik der Fachverbände für Menschen mit Behinderung unter Leitung von Herrn Dr. Daniel Vater