

## **Matthias Schmidt-Ohlemann**

### **Medizinnahe Leistungen als Bestandteil der Teilhabeförderung**

#### **1. Einleitung**

Thema und Begriff „Medizinnahe Leistungen als Bestandteil der Teilhabeförderung“ lösen wohl nicht sofort große Begeisterung aus. Medizinnahe Leistungen – das ist ein Begriff, der bisher noch nicht eingeführt wurde oder gar offiziell verwendet wird. Ich bin übrigens selber nicht überzeugt, dass der Begriff medizinnahe Leistungen überleben wird. Wir verwenden ihn augenblicklich noch mangels eines besseren Begriffs. Sie als Zuhörer werden mich also bei einer Art Suchbewegungen begleiten müssen.

Folgende Fragen kann man in diesem Zusammenhang stellen:

1. Was soll unter medizinnahen Leistungen verstanden werden?
2. Sind medizinnahe Unterstützungsleistungen wirklich ein selbstverständlicher Bestandteil der Teilhabeförderung?
3. Werden solche Leistungen heute schon (oder noch?) in ausreichendem Umfang und in der notwendigen Qualität bereitgestellt?
4. Sind die Zuständigkeiten und die organisatorischen Abläufe im Rahmen der Teilhabeförderung wirklich geregelt?
5. Ist eine klare und korrekte leistungsrechtliche Zuordnung möglich?
6. Sind bei der Bedarfsfeststellung, Bedarfsermittlung und im Teilhabeplan gesundheitsbezogene und medizinnahe Leistungen ausreichend berücksichtigt?
7. Wer erkennt die Folgen, wenn das nicht der Fall ist? Wer dokumentiert das? Wer weiß darüber Bescheid?
8. Gibt es für die Betroffenen selbst irgendwelche Kontrollmöglichkeiten? Welche Rolle spielen sie selbst dabei?
9. Wer trägt die Verantwortung für die zuverlässige Sicherstellung eines bedarfsdeckenden Angebotes aus dem Bereich der Gesundheitsleistungen und der medizinnahen Leistungen, also die grundsätzliche die strukturelle Verantwortung?
10. Wer trägt für den einzelnen Leistungsempfänger die Verantwortung für die tatsächliche bedarfsgerechte Versorgung?

Die bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit, zur Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und zur Modifikation der Behinderung unter Nutzung medizinisch-therapeutischer Kompetenzen stellt eine zentrale Herausforderung unter den Bedingungen der Inklusion dar. Und diese Herausforderung wird sogar zunehmen unter den Bedingungen der fortschreitenden Inklusion.

#### **2. Teilhabe und Teilhabeförderung**

Teilhabe wird in der ICF definiert als das Einbezogenensein in eine Lebenssituation. Teilhabe meint im umfassenden Sinne die Möglichkeit des Individuums, in der Gesellschaft als deren Teil und als Subjekt zu handeln. Das heißt, die ihm wichtigen und von seinem Umfeld erwarteten Rollen, Aufgaben, Funktionen und Aktivitäten auszuüben bzw. dazu befähigt oder in die Lage versetzt zu sein. Teilhaben kann ein Mensch dann, wenn er zu solchen Aktivitäten befähigt ist, die er sich auf der Basis der eigenen Lebensgeschichte und unter je konkreten Lebensbedingungen in seinem persönlichen Lebensführungskonzept konkret vorstellen und praktisch umsetzen kann. Dies kann sich vollziehen in den verschiedenen Bereichen der Lebenswelt und in den unterschiedlichen Situationen,

so etwa bei der unmittelbaren Lebensführung und Selbstversorgung, in der Wohnung, in der Familie, in der Schule und im Beruf. Heute vollzieht sich das ganz wesentlich auch in virtuellen Welten, in sozialen Netzwerken, im Internet und in der Welt der medial vermittelten Aktivitäten.

Teilhabeförderung umfasst alle Leistungen, alle Maßnahmen und Rahmenbedingungen, die zur Ermöglichung der selbstbestimmten Teilhabe beitragen. Sie besteht nicht nur aus medizinischen Leistungen im engeren Sinne, also aus der Beseitigung oder Verminderung von Schädigungen durch Behandlung oder aus der Verbesserung der Körperfunktionen (im Sinne der ICF), sondern umfasst auch die Erweiterung von Kompetenzen der Person. Vor allem besteht sie in der Beseitigung von Barrieren – negativen Kontextfaktoren gemäß der ICF – sowie in der Bereitstellung von Förderfaktoren – positiven Kontextfaktoren – in den verschiedenen Lebenslagen und Lebenssituationen (Familie, Kindertagesstätte, Schule, Ausbildung, Beruf, Wohnen, Freizeit usw.). Sie richtet sich auf alle Dimensionen der Teilhabe (vgl. die Teilhabe-Dimensionen der ICF). Dazu gehören soziale, pädagogische, pflegerische, medizinische, berufliche und weitere Assistenz- oder Unterstützungsleistungen.

Menschen mit Behinderung haben nach dem Sozialgesetzbuch, insbesondere nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX), einen umfassenden Anspruch auf Teilhabeförderung. Leistungsrechtlich zuständig sind verschiedene Sozialleistungsträger, die nicht zwingend Rehabilitationsträger sein müssen, so etwa die Gesetzliche Krankenversicherung, wenn sie rein kurative Leistungen erbringt, oder auch die Pflegeversicherung. Zu den Sozialleistungs- und Rehabilitationsträgern, die die Teilhabe fördern, gehören wesentlich auch die Träger der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII (in Verbindung mit dem SGB IX).

Der Schwerpunkt der Eingliederungshilfe ist die soziale Teilhabe, insbesondere die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und – stark eingegrenzt – am Arbeitsleben.

Eingliederungshilfe soll bedarfsdeckend sein. Sie ist ihrer Bestimmung nach letztendlich eine Art Auffangnetz für die Deckung der Teilhabebedarfe einer einzelnen Person. Eingliederungshilfe ist zum überwiegenden Teil gegenüber den Leistungen der anderen Sozialleistungsträger nachrangig. Wenn eine einzelne Person etwas nicht selber leisten oder bewirken kann, sei es weil dazu eine bestimmte Fachlichkeit erforderlich ist, sei es, dass ihr dies behinderungsbedingt oder aus anderen Gründen nicht möglich ist, es aber notwendig für die Teilhabe ist und es keinen anderen Leistungsverantwortlichen gibt, hat sie einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabeförderung. Dazu können auch Leistungen zur Modifikation der Behinderung (vgl. dazu § 4 Abs. 1 SGB IX und ausdrücklich auch § 53 Abs. 3 SGB XII) und zur Förderung der Gesundheit sowie zur Bewältigung von Krankheit gehören.

### 3. Gesundheitsbezogene und medizinnähe Leistungen

Gesundheitsbezogene Leistungen lassen sich in folgende Gruppen einteilen:

1. Leistungen zur **Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Krankheiten** und ihrer Folgen einschließlich palliativer Versorgung. Leistungsrechtlich handelt es sich hier um Krankenbehandlung und Pflege, insbesondere auf der Grundlage von SGB V und SGB XI.
2. Leistungen der **medizinischen Rehabilitation** als Bestandteil der Leistungen zur Förderung der Teilhabe. Leistungsrechtlich kommen dazu insbesondere das SGB IX sowie u. a. § 40 SGB V in Betracht.
3. Leistungen von medizinisch-therapeutischen Fachleuten, die auf Funktionen, Aktivitäten und Partizipation zur **Förderung der selbstbestimmten Teilhabe**, insbesondere am Arbeitsleben, zur Teilhabe im Sinne einer selbstbestimmten und möglichst eigenständigen Lebensführung und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (= rehabilitationsmedizinische Leistungen, die leistungsrechtlich nicht Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind) gerichtet sind. Ihr Umfang bestimmt sich nach § 26 SGB IX.

4. Unterstützungsleistungen für das Individuum, wenn es krankheits- oder behinderungsbedingt seine **Gesundheits-sorge** nicht selbständig oder nicht selbstbestimmt und eigenverantwortlich ausführen kann. Zur Gesundheits-sorge gehören insbesondere eine gesundheitsfördernde Lebensweise, die Inanspruchnahme kurativer oder rehabilitativer Versorgungsleistungen, die Umsetzung ärztlicher, therapeutischer und pflegerischer Empfehlungen und Anordnungen und die aktive Bewältigung von Beeinträchtigungen, d. h. Aktivitäten zu deren Verminderung oder Beseitigung oder zur Verminderung ihrer teilhabe-einschränkenden Folgen. Leistungsrechtlich sind sie der Eingliederungshilfe zuzuordnen (§ 53 Abs. 3 sowie § 54, insbesondere dessen Abs. 1 Nr. 5).

Natürlich überlappen sich diese Leistungen teilweise: So gelten beispielsweise nach § 27 SGB IX die Ziele des § 26 Abs. 1 und § 10 SGB IX auch für die Krankenbehandlung. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX werden nicht nur in Settings der medizinischen Rehabilitation (sog. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation z. B. nach § 40 SGB V, oder ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, vgl. z. B. § 43 SGB V), sondern auch in anderen geeigneten Settings erbracht, etwa im in Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerken, in Kindertagesstätten, Förderschulen, Werkstätten für behinderte Menschen oder in Wohnheimen. Eine starre leistungsrechtliche Zuordnung zu einem Leistungstyp oder einem Leistungsträger ist deshalb nicht in allen Fällen möglich und hängt unter anderem vom Setting der Leistungserbringung, ab. Relativ eindeutig gelingt die Zuordnung im Bereich der kurativen Medizin und der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation.

Als medizinnahen Leistungen sollen hier nur solche Leistungen verstanden werden, die der individuellen Gesundheits-sorge oder der Förderung der Teilhabe durch Bewältigung von Behinderung unter Nutzung medizinisch-therapeutischer oder pflegerischer Fachlichkeit bzw. Kompetenzen dienen. Derartige Leistungen sollen von kurativen Leistungen und solchen der medizinischen Rehabilitation unterschieden werden. Insofern gehören dazu nur die Gruppen 3 und 4 unserer obigen Aufstellung zu den medizinnahen Leistungen.

Zu den medizinnahen Leistungen können insbesondere gehören:

1. Leistungen von therapeutischen oder pflegerischen Fachleuten, die der Bewältigung und Minderung der Behinderung dienen und die nicht in explizit kurativen oder rehabilitationsmedizinischen Settings erbracht werden.
2. Leistungen von pädagogischen oder anderen Fachleuten, die der Förderung von Funktionen und Aktivitäten dienen und auf der Grundlage eines Teilhabeplanes nach medizinisch-therapeutischen Vorgaben oder unter Nutzung medizinischen Wissens erbracht werden (z. B. regelmäßiges Stehtraining im Wohnheim, in der Wohnung oder am Arbeitsplatz).
3. Leistungen von pädagogischen oder anderen Fachleuten, die auf Grund eines ärztlichen Behandlungsplanes erbracht werden müssen, da sie der Betroffene nicht selber erbringen kann (z. B. Arzneimittelgabe gemäß ärztlicher Verordnung).
4. Unterstützungsleistungen von pädagogischen oder anderen Fachleuten während der Inanspruchnahme von kurativen oder rehabilitativen medizinischen Leistungen (z. B. Unterstützung bei der Wiedergabe der Anamnese, Schilderung der Beschwerden, beruhigende und emotional stützende Begleitung vor, bei und nach Untersuchungen).
5. Unterstützungsleistungen zur Inanspruchnahme von kurativ-medizinischen Leistungen (z. B. Terminvereinbarungen, Übermittlung von früheren Befunden)
6. Unterstützungsleistungen zur Beförderung und Wegebegleitung.
7. Unterstützungsleistungen für die Förderung einer gesundheitsdienlichen Lebensweise (z. B. Anregung zu gesunder Ernährung, ausreichender Bewegung, ausreichendem Schlaf) und zur Vermeidung gesundheitsschädlichen Verhaltens (z. B. Nikotingenuss, Alkoholmissbrauch, Spielsucht)

Zusammenfassend kann man also zwei Hauptgruppen der medizinnahen Leistungen unterscheiden:

- A. Leistungen zur Förderung der Teilhabe

## B. Leistungen zur Unterstützung bei der Gesundheitsversorgung als Bestandteil der Begleitung bei der persönlichen Lebensführung

Dabei sollen Leistungen durch Dritte und zu Lasten eines Sozialleistungsträgers nur erbracht werden, wenn der Betroffene – ggf. mit seinem persönlichen primären Netzwerk – die Wahrnehmung oder die Weiterentwicklung seiner Teilhabemöglichkeiten und die Gesundheitsversorgung nicht selbst leisten kann und dazu Unterstützung benötigt. Diese Unterstützung umfasst im Bedarfsfall auch die Übernahme der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung, soweit nicht der gesetzliche Betreuer dafür verantwortlich ist.

### 4. Zur Bedeutung der Eingliederungshilfe

Da es sich bei den medizinnahen Leistungen gemäß unserer eigenen Abgrenzung (siehe oben) ausdrücklich nicht um Leistungen zur kurativen Behandlung oder zur medizinischen Rehabilitation handelt, kommen nur Leistungen der Pflege und Leistungen zur Teilhabe an Bildung und Erziehung, am Leben in der Gemeinschaft oder am Arbeitsleben in Betracht. Entscheidend für die adäquate leistungsrechtliche Zuordnung ist deshalb für die medizinnahen Leistungen das Setting, in dem sie erbracht werden.

Im Rahmen der Eingliederungshilfe werden Unterstützungsleistungen zur Förderung und zur Sicherung der sozialen Teilhabe erbracht. Solche Unterstützungsleistungen sollten verstärkt in Form der persönlichen Assistenz oder zumindest am Prinzip der Assistenz orientiert angeboten werden, damit die selbstbestimmte Gestaltung der Leistungserbringung durch die Leistungsberechtigten möglich ist.

Leistungen der persönlichen Assistenz sind unabdingbar für die Unterstützung der sozialen Teilhabe, sie sollten jedoch bedarfsgerecht durch weitere Leistungen ergänzt werden können. Neben den erforderlichen Assistenzleistungen sind die notwendigen pädagogischen und sonstigen therapeutischen oder fachlichen Leistungen bei der Bedarfsermittlung zu erfassen und zu bewilligen, wenn dadurch die Möglichkeiten der Teilhabe – ggf. in langfristiger Perspektive – verbessert werden können.

Im Verfahren der individuellen Bedarfsermittlung ist differenziert zu eruieren, welche Leistungen aus Sicht des Betroffenen und aus fachlicher Sicht notwendig sind. Art und Umfang der Leistungen zur Teilhabe können nicht abschließend gelistet werden. Der Katalog der Leistungen muss offen für individuell notwendige Bedarfe sein. Das meint der Begriff des sog. offenen Leistungskatalogs.

Die Leistungen sollten sowohl als einzelne Leistungen als auch als gebündelte Leistungen wie aus einer Hand angeboten werden können. Die Inanspruchnahme von gebündelten Leistungen einschließlich einer pauschalen Finanzierung schließt im Übrigen die Personorientierung im Einzelfall nicht aus.

Besonderer Wert ist darauf zu legen, dass der Betroffene alle erforderlichen Leistungen von einem Hand in Hand arbeitenden interdisziplinären Team erhalten kann, wenn dies geboten ist und wenn er dies wünscht. Dies ist oft der Fall, wenn zur sozialen Teilhabe eine Förderung der persönlichen Entwicklung und persönlicher Kompetenzen im Sinne der Befähigung (siehe Capability approach) und Empowerment sowie die Gestaltung relevanter Kontextfaktoren notwendig sind, damit der Betroffene in seinen Handlungsmöglichkeiten schrittweise so frei wie möglich wird (vgl. Definition der Rehabilitation durch die WHO). Dies umfasst alle Aspekte der Lebenswelt und der selbstbestimmten Lebensführung.

Ausdrücklich gehören dazu auch alle Leistungen, die dazu dienen, dass die behinderte Person in die Lage versetzt wird, ein höchstmögliches Maß an Gesundheit zu erreichen im Sinne des Artikels 25 der UN-Behindertenrechtskonvention: „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“. Ferner artikuliert die UN-Behindertenrechtskonvention in Artikel 26 einen umfassenden Anspruch auf Förderung der Teilhabe.

Diese beinhalten Unterstützungsleistungen (hier: medizinische Leistungen) bei der Sorge für die Gesundheit des Betroffenen im Sinne von gesundheitsförderndem Verhalten (z. B. gesunde Ernährung, Bewegungsförderung, Stressvermeidung), Umsetzung von ärztlich angeordneten Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamenteneinnahme, Blutdruckkontrolle), Hilfe bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (z. B. Beförderung, Auswahl, Kooperation und Kommunikation mit behandelnden Ärzten oder Therapeuten), Mitwirkung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln sowie die Mitwirkung an allen zur Behandlung von Krankheiten notwendigen Leistungen und Maßnahmen etc. Von einem durchschnittlichen Bürger, einem durchschnittlichen Krankenversicherten erwartet man alles dies als eigenmotivierte und selbstständige Leistungen, erbracht in individueller Eigenverantwortung. Menschen mit Behinderung, namentlich mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, können in Eigenmotivation und in der praktischen Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Ausführung mehr oder minder beeinträchtigt sein.

Der Unterstützungsbedarf zu Lasten der Eingliederungshilfe besteht insoweit, als diese Leistungen nicht im Rahmen der Krankenhilfe oder der Pflege erbracht.

## 5. Förderung der Teilhabe durch medizinische Kompetenz

Auf Körperfunktionen und Aktivitäten bezogene Förderung ist keineswegs allein eine Sache der Medizin. Wir haben sie deshalb zu den medizinischen Leistungen gezählt.

Funktionelle Förderung, Förderung von Körperfunktionen und Aktivitäten, kann sowohl als Fortsetzung, als Ergänzung als auch als Vorbereitung medizinisch-therapeutischer Maßnahmen sowie als eigenständige Förderung der Teilhabe verstanden werden. Sie bezieht sich im Sinne der ICF u. a. auf folgende Dimensionen der Teilhabe:

- Lernen und Wissensanwendung
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Häusliches Leben
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Bedeutende Lebensbereiche
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

Es sind Leistungen der Teilhabeförderung, die man als medizinisch bezeichnen kann,

- wenn und weil sie an den Krankheitsfolgen bzw. Ausprägungen, nämlich bei den Funktionen ansetzen, was simplifizierend ausschließlich der Medizin zugeordnet wird – und demgemäß übrigens das überholte medizinische Modell von Behinderung repräsentieren würde –, und
- wenn und weil sie auch von therapeutischen Fachkräften ausgeführt werden. Sie können aber nach Anleitung von Angehörigen anderer Berufsgruppen (z. B. Erziehern, Lehrern, Sozialpädagogen) übernommen werden.

Sie lassen sich oft ausschließlich einer Berufsgruppe zuordnen, sondern sie werden im Rahmen eines interdisziplinären Teams erbracht, das die Aufgabe der Teilhabeförderung übernimmt.

Natürlich werden für die Förderung der motorischen Funktionen, der kognitiven Funktionen, des Lernens usw. qualifizierte Therapeuten, also medizinisch ausgebildetes Personal, eingesetzt. Solche Förderung ist aber auch eine wesentliche Aufgabe der Alltagsassistenten, der Unterstützer im Alltag. Erzieher, Heilerziehungspfleger, Sozialpädagogen und andere sind dazu qualifiziert – oder sollten es sein. Die in den Alltag integrierte Förderung von Körperfunktionen und Aktivitäten ist deren Aufgabe, nicht nur die von Therapeuten. Die Frage ist aber: Können sie – unter fachlichem Blickwinkel – das in jedem Falle gut genug? Machen sie dabei Fehler? Damit entsteht die Frage, ob diese alltagsnahe Förderung evtl. doch besser jemand anderes – zwar alltagsnah, aber dennoch medizinisch qualifiziert – übernehmen sollte. Es kann also sinnvoll und sogar erforderlich sein, auch die alltagsnahe Förderung durch medizinisch qualifiziertes Personal, erbringen zu lassen. Aber nicht jede Förderung durch eine medizinisch qualifizierte Person ist schon deshalb gleich eine medizinische Leistung.

Wie relevant diese Überlegungen in leistungsrechtlicher Hinsicht sind, mögen Sie an folgendem Beispiel sehen: Der Gemeinsame Bundesausschuss, das höchste leistungssteuernde Beschlussgremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, erlässt u. a. die Heilmittelrichtlinien. Sie regeln die Details der Heilmittelversorgung zu Lasten der Krankenkassen. In diesen Heilmittelrichtlinien sind auch Ziele für die Erbringung der Heilmittel enthalten. Und nun das Problem: Für die Physiotherapie findet sich kein einziges Teilhabeziel formuliert. Der Physiotherapie ist damit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auferlegt, sich auf die Therapie im engen Sinne zu beschränken, d. h. allenfalls mittelbar die Teilhabe zu fördern. Sie soll sie aber nicht unmittelbar bezwecken dürfen. Will man also Körperfunktionen alltagsnah zum Zwecke der Teilhabeförderung mit physiotherapeutischen Mitteln verbessern, kann dies nicht zu Lasten der Krankenversicherung geschehen.

Übrigens sind therapeutische Leistungen, die in das Alltagssetting und die mit der Alltagsbewältigung verbundenen Aufgaben, Aktivitäten usw. eingebunden sind, sowohl unter methodischem als auch unter motivationalem Aspekt sehr effektiv.

Noch ein wichtiger Aspekt bedarf der ausdrücklichen Erwähnung. Häufig erbringt nicht nur eine einzelne Person die Leistungen, sondern zumeist mehrere. Dies funktioniert immer dann gut, wenn man auf interdisziplinäre Teams zurückgreifen kann, die die Kompetenzen verschiedener Professionen vereinen und die gut koordiniert sind. Die Koordination der Leistungen ist übrigens eine zentrale Herausforderung und mit einigem Aufwand verbunden.

Einige Beispiele für die Teilhabeförderung durch medizinische Fachkräfte außerhalb oder in Kombination mit der Krankenbehandlung mögen den Charakter solcher Leistungen veranschaulichen:

**Beispiel 1: Funktionsbezogene Bewegungseinschränkung des Ellenbogengelenkes nach einem Unfall, Wiederherstellung eines normalen Alltagslebens:** Es handelt sich um eine Person, die Eingliederungshilfe bezieht. Ein Physiotherapeut kann – zu Lasten der Krankenkasse – isoliert die Funktion des Ellenbogens – Beugung und Streckung – üben, um sie soweit wie möglich wieder herzustellen oder wenigstens zu verbessern. Er kann aber auch Greifen und Hantieren in der alltäglichen lebensweltlichen Umgebung des Patienten üben (z. B. beim Anziehen, beim Reinigen der Wohnung). Er kann den Klienten zum Sport begleiten, um dort mit ihm die Funktion des Armes zu üben. Die funktionelle Übung ist zweifellos unter inhaltlichem Gesichtspunkt eine

krankengymnastische Leistung. Das Üben und das Training im Alltag außerhalb einer Therapiestunde ist jedoch leistungsrechtlich keine Therapie im Sinne einer Heilmittelerbringung, sondern alltagsnahes Funktionstraining, das üblicherweise ein durchschnittlicher Patient selber durchführt. Ist er dazu, wie der Klient im vorliegenden Falle, nicht in der Lage, benötigt er dazu Unterstützung. Es leuchtet ein, dass dies ein Physiotherapeut optimal leisten kann.

Es ist jedoch auch möglich, dass diese Unterstützung durch einen Angehörigen erbracht wird. Falls ein solcher nicht zur Verfügung steht, muss diese Unterstützungsleistung durch einen pädagogischen Mitarbeiter eines Dienstes, einer Einrichtung der Behindertenhilfe erbracht werden. Die Orientierung auf die Teilhabe ist hier offenkundig, weil als Ziel angestrebt ist, dass der Betroffene im Ergebnis mit dem geschädigten Arm sein Essen wieder selbständig einnehmen, sich anziehen und am Rehabilitationssport teilnehmen kann. Im Hinblick auf die Teilhabe ist das entscheidende Ziel nicht, dass der Ellenbogen um einige Grade mehr oder weniger beweglich wird, sondern dass der Betroffene seinen Alltag und das, was er gerne tun möchte, tun kann. Dabei gibt es große Unterschiede hinsichtlich der Ziele zwischen den Personen, da z. B. ein Turner vielleicht doch die vollständige Beweglichkeit und Belastbarkeit des Ellbogens benötigt, während das nicht alle Ärzte brauchen.

Ideal ist es, wenn therapeutische und funktionsfördernde Leistungen im Alltag kombiniert erbracht werden können, z. B. durch einen Physiotherapeuten, der sowohl die Therapie erbringt als auch im Alltag durch Anleitung unterstützend wirken kann. Man kann dann von einer Bündelung verschiedener Leistungen sprechen, so dass der Betroffene eine Leistung aus einer Hand erhält, obwohl die Krankenkasse nur die Therapiestunde finanziert, während die Eingliederungshilfe für den Teilhabeanteil im konkreten Lebensumfeld zuständig ist.

**Beispiel 2: Schwere Mehrfachbehinderung nach Schädel-Hirn-Trauma: Erarbeitung der Möglichkeit des Sitzens über mindestens sechs Stunden täglich und der Rollstuhlmobilität,** siehe Abschnitt 7.

**Beispiel 3: Training am Arbeitsplatz durch Ergotherapeuten in der Werkstatt für behinderte Menschen.** Das ist keine medizinische Leistung im Sinne der Krankenbehandlung auf der Grundlage des SGB V, dennoch wird sie durch therapeutische Fachkräfte, hier ausgebildete Ergotherapeuten erbracht, zumindest angeleitet. Auch wenn zur sachgerechten Durchführung unzweifelhaft ihre fachliche Kompetenz notwendig ist, bleibt die Leistung leistungsrechtlich eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. zur Beschäftigung in der Werkstatt.

**Beispiel 4: Bewegungsförderung und Krankengymnastik an Förderschulen.** Zentraler Auftrag der Schule, dem sich Physiotherapeuten unterordnen müssen, bleibt die Bildung. Zu diesem zentralen Auftrag kann der Physiotherapeut beitragen, indem er alltägliche, in der Schule oder zum Lernen notwendige Funktionen, übt und zugleich den Schüler bei deren konkreter Anwendung im Unterricht begleitet oder beaufsichtigt. Auch kann er im interdisziplinären Team der Schule an der Beratung der Lehrer, der Schüler und Eltern sowie bei der Erstellung realistischer und sinnvoller Lernziele und der Unterrichtsgestaltung mitwirken. Beispielsweise kann er mitberaten, welche Teile des Unterrichts im Stehen durchgeführt werden können und sollen.

Diese vier Beispiele machen deutlich, wie Teilhabeförderung mit kurativen Leistungen kombiniert werden kann und dass auch therapeutische Fachdienste Leistungen der Eingliederungshilfe erbringen können.

**6. Leistungen zur Gesundheitsvorsorge als Bestandteil von Leistungen zur Begleitung bei der persönlichen Lebensführung und Verantwortung für medizinnahe Leistungen**

Zu den medizinnahen Leistungen gehören auch Leistungen der Gesundheitspflege und all das, was für eine sinnvolle Inanspruchnahme des Gesundheitswesens notwendig und zur Sicherung des Behandlungserfolges erforderlich ist.

Dazu gehören (vgl. Abschnitt 3):

- Information und Beratung zu Gesundheit und Krankheit
- Anleitung zum Umgang mit Gesundheit und Krankheit
- Anleitung zu gesundheitsorientierter Lebensgestaltung
- Erfassung und Rekonstruktion der Krankheitsgeschichte einschl. stattgefundener Behandlungsmaßnahmen
- Begleitung während Krankheitsphasen
- Erkennung des Bedarfes an medizinischen Leistungen, also von Krankheitszeichen
- Ermöglichung der Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Leistungen
- Begleitung und Assistenz bei medizinischen Maßnahmen
- Beförderung
  
- Nachsorgende Leistungen zur Sicherung des Erfolges ärztlicher Behandlung (z. B. Funktionelle Förderung, Prophylaxen, Alltagsgestaltung), Pflege (z. B. Medikamenteneinnahme, Hautpflege, Kontinenzmanagement, Überwachung Vitalzeichen, Wärme/Kälte/Kleidung, Hygiene)
- Hilfsmittelversorgung (z. B. Auswahl, Anwendung, alltäglicher Umgang)

Zusammengefasst handelt es sich um gesundheitsbezogene Leistungen, die leistungsrechtlich keine Leistungen der kurativen Medizin oder der medizinischen Rehabilitation sind, und nicht primär auf die Förderung der Teilhabe zielen ( s. Abschnitt 5), aber für die Inanspruchnahme von medizinischen bzw. gesundheitsbezogenen Leistungen oder für die Sicherung von deren Wirkung und für die Förderung und Erhaltung der Gesundheit notwendig, unentbehrlich und zweckmäßig sind.

#### Wer trägt die **Verantwortung für die Gesundheitspflege**?

Kleiner Exkurs: Stellen wir uns vor, wir haben in Zukunft in Deutschland einmal viele Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung MZEB). Wie wird sich dadurch die Gesundheitsversorgung in einer kleinen Wohngruppe, in der vielleicht drei oder vier Leute zusammenleben, verbessern lassen? Wie kann das konkret aussehen?

Wir verfügen in Bad Kreuznach, in der Kreuznacher Diakonie, über eine große rehabilitationsmedizinische Ambulanz für Menschen mit Behinderungen. Unsere Erfahrungen zeigen, die Tatsache, dass es eine solche Ambulanz mit spezialisierten, in den Alltag eingebundenen (auch durch Präsenz in den Wohnbereichen) und mit kooperativen externen Ärzten gibt, löst die Probleme keineswegs schon von alleine. Vielmehr hängt sehr viel davon ab, dass es in der Wohngruppe Mitarbeitende gibt, die die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bewohner der Wohngruppe im Alltag zuverlässig und konkret übernehmen. Wenn das nicht gewährleistet ist, geht die Existenz eines noch so spezialisierten medizinischen Angebots sozusagen ins Leere. Dessen Leistungen werden bestenfalls sehr spät, hoffentlich nicht zu spät in Anspruch genommen. Und schließlich – und das wird aus meiner Sicht bei der Teilhabeplanung oft vernachlässigt – sind es zumeist pädagogische Mitarbeiter, die die Inanspruchnahme medizinischer und rehabilitativer Leistungen im Gesundheitssystem überhaupt erst ermöglichen. Es geht u. a. um die Terminorganisation, um die Beförderung zur Ambulanz usw.

Medizinnahen Leistungen sind also auch solche, die der Gesundheitspflege im weitesten Sinne, d.h. auch der Inanspruchnahme oder der Ausführung empfohlener Maßnahmen zur Sicherung des



Behandlungserfolges dienen, ohne dass sie selbst diagnostische oder therapeutische Leistungen darstellen.

Medizinnaher Leistungen – was ist darunter inhaltlich außerdem noch zu verstehen? Es sind beispielsweise die Information und Beratung zu Fragen der Gesundheit und Krankheit und der darauf bezogenen Maßnahmen. Kein Mensch will das alles nur vom Arzt hören. Wen fragen Sie denn, wenn Sie klären wollen, welche Auswirkungen eine Krankheit für Sie haben könnte? Natürlich, Sie fragen Ihren Arzt, Ihre Ärztin. Aber Sie fragen doch auch Ihre Freunde, Ihre Familie. Wie ist das bei einer Person mit einer geistigen Behinderung, die möglicherweise nicht einmal mehr Kontakt zu Verwandten hat? Wer ist deren Ansprechpartner? Wer kümmert sich mit dieser Person und für diese Person um ein gesundes Leben? Wer begleitet sie während der Krankheitszeiten? Dies ist natürlich eine Aufgabe von vertrauten Menschen. Bei Menschen mit Behinderung sind es die Mitarbeitenden der Dienste und Einrichtungen. Bei ihnen ist also die Gesundheitsvorsorge nicht zufällig, sondern systematisch ein Teil ihrer Arbeit. Leider gibt es Mitarbeitende oder Dienste und Einrichtungen, die sich hierfür nicht zuständig fühlen.

Menschen, die die Gesundheitsvorsorge übernehmen, finden sich gelegentlich auch „einfach so“. Eine diesbezügliche Chance haben Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung aber meist nur in ihrem eigenen privaten Netzwerk, in der Familie oder allenfalls bei nahen Freunden. Der gesetzliche Betreuer – wenn es nicht Angehörige sind – übernimmt in der Regel nur zentrale Elemente der Steuerung gesundheitsbezogener Aktivitäten. Er wirkt nur dort mit, wo er durch seinen Wirkungskreis zuständig ist oder wo sein Einverständnis erforderlich ist. Nicht von ungefähr besteht eine große Angst von Angehörigen darin, dass innerhalb des Systems der Eingliederungshilfe – stationär oder erst recht im ambulanten Setting – gesundheitsbezogene Leistungen nicht mehr genügend erbracht werden. Fragen Sie einmal, etwa auf einem Angehörigentreffen, ob die Angehörigen die Abschaffung der Heime wollen. Dann werden sie von vielen Eltern hören: „Um Gottes Willen, was passiert dann? Wer erkennt, dass mein Kind krank wird? Es kann sich doch nicht selber äußern. Wer kümmert sich, wenn mein Kind ernsthaft krank ist? Davor habe ich Angst.“ Diese Ängste müssen wir ernst nehmen. Wir dürfen im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung nicht nur auf das Gesundheitssystem schauen, sondern müssen auch auf das notwendigen Leistungsangebot der Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe kritisch in den Blick nehmen. Es muss gründlich bedacht werden, welche Rolle das Thema Gesundheit im alltäglichen Kontext der Teilhabeförderung spielt und spielen muss. Diese Aspekte müssen nicht nur pragmatisch im Alltag berücksichtigt werden, sondern explizit auch bei der Teilhabeplanung.

Das beinhaltet auch, auf Krankheitszeichen zu achten und den Bedarf an medizinischen bzw. gesundheitsbezogenen Leistungen zu erkennen. Je schwerer jemand behindert ist, desto mehr muss an seiner Stelle sein personelles Umfeld, sein Unterstützungssystem auf ihn achten. Dafür muss es ihn gut kennen und die Entwicklung des Gesundheitszustandes über eine längere Zeit wahrnehmen. Dafür ist nicht zuletzt eine hinreichende personelle Konstanz in der Begleitung und Unterstützung notwendig. Mögen Übergaben zwischen den Dienstschichten und die Dokumentationen noch so perfekt organisiert, ohne personelle Konstanz ist das nicht hinzubekommen.

Die gezielte Veranlassung notwendiger medizinisch-therapeutischer Leistungen durch Mitarbeitende der Eingliederungshilfe ist überhaupt nicht selbstverständlich. Denn es gibt Mitarbeitende der Behindertenhilfe, die eine ausgeprägt antimedinische Haltung haben. Es gibt unter ihnen vielfach Skepsis gegen Medizin und Pflege. Das hängt vielleicht mit schlechten eigenen Erfahrungen und vielleicht manchmal mit schlechten Erfahrungen in Einrichtungen zusammen, wenn die Medizin unbegründet den Alltag unangemessen dominiert oder dominierte.

Ein Beispiel: Wie verhält sich eine Mitarbeiterin, die eine Person mit einer mehrfachen Behinderung begleitet, die davon ausgeht, dass diese doch ganz normal und völlig selbstbestimmt leben können soll? Es kann es doch nicht gut sein, wenn dieser arme Mensch nun durch ein Stützkorsett eingeeignet

wird. Und wenn der Betroffene das Korsett nicht anziehen will, dann soll er das auch nicht müssen. Da spricht sozusagen der gesunde Menschenverstand. Sie geht von sich aus. Sie empfindet ein Korsett als einengend und damit als unzumutbar. Würde sie das aber ebenso sehen, wenn sie in der gleichen Situation wäre, wenn sie selbst ein solches Korsett benötigte? Wenn sie ihre Verantwortung für die Gesundheitssorge ernst nimmt und als Teil ihres professionellen Auftrages versteht, darf sie nicht unreflektiert von sich auf andere schließen. Ihre Aufgabe ist es vielleicht, nach Notwendigkeit und Sinn des Korsetts zu fragen oder mit dem Arzt Alternativen zu überlegen. Wenn das Korsett aber unbedingt notwendig ist, muss sie dem Betroffenen helfen, damit zurechtzukommen und das Korsett zu akzeptieren.

Zur Professionalität der Mitarbeitenden der Behindertenhilfe gehört es also auch, danach zu fragen, wie man die Akzeptanz für Hilfsmittel usw. verbessern kann. Im konkreten Beispiel heißt das, sich damit auseinanderzusetzen, dass viele Menschen mit Behinderung ein Korsett überraschend gut annehmen können, wenn es gut angepasst ist usw. Es hilft dem Betroffenen nicht, wenn die Mitarbeiterin ihn nur bedauert, die Akzeptanz des Korsetts erschwert und durch unreflektierte Projektion ihrer Gefühle dem Betroffenen die Chance auf stabiles Sitzen und Verhinderung der Progredienz des Haltungsverfalls nimmt.

Sie sehen an dem gewählten Beispiel, dass es schwierig und anspruchsvoll sein kann, sich in die medizinischen Notwendigkeiten von Menschen mit Behinderungen hineinzusetzen, wenn deren Lebenssituation so ganz anders ist als die eigene. Gelingt der Mitarbeiterin tatsächlich die professionelle Distanz, bekommt sie den notwendigen Perspektivenwechsel hin oder bleibt sie in der eigenbezüglichen Perspektive gefangen? Sie muss reflektieren können: Auch wenn ich das für mich anders sehe, kann eine bestimmte Behandlung, ein bestimmtes Hilfsmittel für den Klienten notwendig, sinnvoll, zumutbar und mit Teilhabe und guter Lebensqualität vereinbar sein. Das hinzubekommen stellt eine zentrale Herausforderung dar.

Medizinnahe Leistungen beinhalten auch die Begleitung und Assistenz von medizinischen Maßnahmen. Alle Menschen, nicht nur Menschen mit Behinderung, wollen und müssen begleitet werden, jeder weiß das, nicht nur zum Arzt, während des Arztbesuches, sondern im Krankenhaus erst recht.

Damit ist der wichtige Punkt der Beförderung zur Gesundheitsversorgung und der Wegebegleitung angesprochen: Wie geschieht das in einer dezentral gelegenen Einrichtung? Die erforderlichen medizinischen Angebote sind vielleicht weit weg. Wer übernimmt die Beförderung und die personelle Begleitung für den Besuch beim Zahnarzt, beim Physiotherapeuten, in einer Spezialsprechstunde? Wenn man an die künftigen Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schwerer Mehrfachbehinderung denkt, muss gewährleistet werden, dass die Menschen, die darauf angewiesen sind, auch tatsächlich dahin kommen. Es ist also eine Frage der Zugänglichkeit. Unsere eigene Beobachtung geht dahin, dass die Nutzung von fachärztlichen Spezialisten, von Beratungsstellen, von Ambulanzen, von Hilfsmittelfirmen etc. mit zunehmender Entfernung vom Wohnort und mit steigendem Aufwand geringer wird.

Die zentrale Frage ist: Wer trägt die Verantwortung für alles das, was im Hinblick auf die Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit unstrittig erforderlich ist? In diesem Sinne muss sich Eingliederungshilfe oder Teilhabeförderung gerade nicht nur auf die Leistungen der Teilhabeförderung im engeren Sinne beziehen, sondern ausdrücklich auch auf eine gesundheitsorientierte Lebensgestaltung und auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dazu muss man natürlich den Stellenwert von Gesundheit als wichtige Voraussetzung von Teilhabe anerkennen. Krankheit und Behinderung beeinträchtigen in aller Regel die Teilhabe mehr oder minder.

Die angesprochene Verantwortung obliegt nicht allein dem individuellen Mitarbeiter, der individuellen Mitarbeiterin oder den Mitarbeitenden der Wohngruppe. Vielmehr vertrete ich die

These: Es ist Aufgabe der Träger der Behindertenhilfe, die Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Das sollte auch beinhalten, dafür zu sorgen, dass gesundheitsfördernde und medizinische Leistungen tatsächlich erreichbar und verfügbar sind, und – zumindest wenn sie die Ressourcen haben – solche Angebote oder Leistungen selbst vorzuhalten (z. B. Physiotherapie oder Medizinische Behandlungszentren). Solche Leistungen können oft in optimaler Zusammenarbeit mit Leistungen der Eingliederungshilfe erbracht werden. Es ist geradezu ein Abschieben von Verantwortung, wenn Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sich mit dem unzureichenden Angebot der medizinischen Regelversorgung abfinden. Auch sie tragen eine systematische und strukturelle Mitverantwortung, die gesundheitsbezogenen Leistungen, die Menschen mit Behinderung für ihre Gesundheitsversorgung, zur Förderung der Teilhabe und zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung benötigen, bereitzustellen. Nicht jeder Träger wird das leisten können. Vielen ist das allein auf Grund ihrer Größe gar nicht möglich. Hier sind also besonders die großen Träger, Trägerverbände und Netzwerke angesprochen.

## 7. Zwischenfazit

Betrachtet man die gesundheitsbezogene Versorgung zusammenfassend, sind fünf Anteile inhaltlich und leistungsrechtlich zu trennen:

- die medizinischen Leistungen der Krankenbehandlung,
- die Leistungen der medizinischen Rehabilitation (aus denen derzeit behinderte Menschen in hohem Maße ausgeschlossen sind),
- die interdisziplinären Leistungen der Teilhabeförderung in den verschiedenen Settings,
- die im engeren Sinne medizinischen Leistungen der Gesundheitsversorgung und
- schließlich die Pflege.

Wenn wir in Zukunft sachgerecht über Teilhabeförderung und Teilhabeplanung sprechen wollen, müssen wir diese fünf Aspekte stärker als bisher systematisch und konzeptionell einbeziehen. Leistungen zur Förderung der Teilhabe und der Gesundheitsversorgung bei Menschen mit Behinderung können einen hohen Umfang annehmen, wenn die Betroffenen an Komplikationen leiden, wenn zugrundeliegende Schädigung im Sinne der Verschlechterung fortschreitet oder wenn es sich um Menschen mit erworbenen Behinderungen handelt (z. B. schwere psychische Erkrankungen oder erworbenen Hirnschäden).

## 8. Gesetzliche Grundlagen für medizinnahe Leistungen

Die Erbringung medizinischer Leistungen ist nicht nur eine gewissermaßen selbst zugeschriebene fachliche Herausforderung für die Behindertenhilfe, sondern es gibt dafür heute schon (oder noch?) eindeutige gesetzliche Grundlagen.

Nach § 11 Abs. 1 Nr. 3 Heimgesetz hat das Heim „eine angemessene Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, auch soweit sie pflegebedürftig sind, in dem Heim selbst oder in angemessener anderer Weise einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung (zu) sichern“. Das heißt nicht, dass jeweilige Heim müsse alles selber leisten. Jedoch hat das Heim eine eigene unmittelbare Verantwortung, die man weder auf die Betroffenen noch deren Angehörige abwälzen kann. Auch wenn Angehörige solche Aufgaben übernehmen, das Heim bleibt zuständig.

Auch im SGB XII findet sich eine einschlägige und eindeutige gesetzliche Bestimmung. § 54 Abs. 1 Nr. 5 SGB XII lautet: „...nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.“ Das ist ein eindeutiger gesetzlicher Auftrag. Wenn beispielsweise ein Arzt dem Bewohner einer Einrichtung oder dem Klienten eines Dienstes der Behindertenhilfe – etwa nach einem Schlaganfall – das Gehen zu üben aufgibt, dann wird es Aufgabe der Einrichtung oder des Dienstes der Behindertenhilfe, die Unterstützung, Anleitung usw. zu übernehmen, soweit der Betroffene das nicht selbst kann.

Im Augenblick herrscht vielerorts – auch aus Gründen eines zunehmend eklatanten Personalmangels in der Behindertenhilfe –, eher der Trend, diese Verantwortung zu negieren oder abzuwälzen und solche Aufgabe den Heilmittelerbringern, in der Regel niedergelassenen Therapeuten, zu überlassen. Leider werden auch solche Bedarfe bei der Bedarfsfeststellung und der Teilhabeplanung durch den Leistungsträger der Eingliederungshilfe nicht immer anerkannt. Auch dort wird auf die Physiotherapie zu Lasten der Krankenkasse verwiesen. Für die Begleitung von Gehübungen im Alltag sei die Eingliederungshilfe nicht zuständig. Das ist aber falsch, denn dabei handelt es sich nicht um eine Behandlung im engeren Sinne, sondern um die Sicherung des Erfolges einer Behandlung.

Ein weiteres Beispiel finden wir im § 10 der Werkstättenverordnung. Der § 10 zu den begleitenden Dienste besagt:

- (1) Die Werkstatt muss zur pädagogischen, sozialen und medizinischen Betreuung der behinderten Menschen über begleitende Dienste verfügen, die den Bedürfnissen der behinderten Menschen gerecht werden. Eine erforderliche psychologische Betreuung ist sicherzustellen. § 9 Abs. 1 gilt entsprechend.
- (2) Für je 120 behinderte Menschen sollen in der Regel ein Sozialpädagoge oder ein Sozialarbeiter zur Verfügung stehen, darüber hinaus im Einvernehmen mit den zuständigen Rehabilitationsträgern pflegerische, therapeutische und nach Art und Schwere der Behinderung sonst erforderliche Fachkräfte.
- (3) Die besondere ärztliche Betreuung der behinderten Menschen in der Werkstatt und die medizinische Beratung des Fachpersonals der Werkstatt durch einen Arzt, der möglichst auch die an einen Betriebsarzt zu stellenden Anforderungen erfüllen soll, müssen vertraglich sichergestellt sein.

Im Hinblick auf die begleitenden Dienste wird also in erstaunlicher Deutlichkeit klargestellt, dass sie notwendig sind – und zwar nicht als Anbieter kurativer Leistungen, sondern im Sinne der Teilhabeförderung im Bereich des Arbeitslebens.

## **8. Leistungsbündelung und interdisziplinäre Teamarbeit**

Häufig wird man von mehreren gesetzlich verbrieften Ansprüchen eines Betroffenen ausgehen müssen, die im Rahmen der Unterstützung, der Förderung und der Begleitung bei der persönlichen Lebensführung miteinander kombiniert auftreten und eine Bündelung verschiedener Leistungen verlangen.

Ein Beispiel möge dies verdeutlichen: Ein schwerstbehinderter Mann ohne kognitive Beeinträchtigungen hat keine Möglichkeit, einen gezielten motorischen Output zu bewerkstelligen, nicht durch Mimik oder durch kontrollierte Augenbewegungen oder durch Sprache. Er kann dennoch teilhaben, da für ihn speziell ein myoelektronischer Sensor konstruiert wurde. Damit kann er über Muskelimpulse Signale aussenden. Die Versorgung mit einem solchen myoelektrischen Sensor erfordert eine spezialisierte Hilfsmittelversorgung und zum praktischen Einüben Ergotherapie. Die Kostenübernahme für das Gerät obliegt zweifellos der gesetzlichen Krankenversicherung. Doch im Alltag muss diese Kommunikationsmöglichkeit zuverlässig und effektiv eingesetzt werden können. Dafür muss sie geduldig und sorgfältig eingestellt, justiert und äquilibriert werden. Andernfalls können die Impulse nicht sicher erfasst und die Signale nicht adäquat ausgesendet werden. Dies erfordert über die Hilfsmittelversorgung hinaus Fachleute für Unterstützte Kommunikation. Bei guter Einstellung des Sensors ist der Mann nämlich in der Lage, sich über dieses System präzise mitzuteilen. Er kann vermitteln, ob er Schmerzen, ob er Hunger oder Durst hat, ob er etwas bestimmtes möchte. Dank dieser technischen Ausstattung ist er nicht darauf angewiesen, dass Mitarbeitende oder andere Personen sein Verhalten richtig deuten können, ihn „irgendwie verstehen“. Die Anwendung eines solchen Hightech-Gerätes der Unterstützten Kommunikation erfordert neben den Aktivitäten der Spezialisten für UK unbedingt die Einbindung der Alltagsassistenten. Das zu koordinieren ist teilweise mit teilweise enormem Zeitaufwand verbunden. Der personelle Aufwand eines interdisziplinären Teams muss im Teilhabeplan angemessen abgebildet sein.

Man kann den fachlichen Aufwand für ein interdisziplinäres Team im Rahmen der Eingliederungshilfe auch am Beispiel des Sitzens und des darauf gerichteten Trainings zeigen: Die zentrale Voraussetzung für soziale Teilhabe ist, dass schwer behinderte Menschen nicht nur im Bett liegen müssen, sondern wenigstens zeitweise sitzen und in einem Rollstuhl – gegebenenfalls mit Sitzschale ausgestattet – mobil sein können. Angestrebt werden hier mindestens sechs Stunden. Andernfalls sind weder ein Ausflug, noch ein Werkstattbesuch möglich.

Man muss heute mit Nachdruck verlangen, dass durch ein interdisziplinäres Team erreicht wird, dass kein Bewohner, kein Klient nur im Bett liegt, sondern mehrere Stunden im Rollstuhl mobilisiert wird – von ganz wenigen, gut begründeten Ausnahmen abgesehen. Dieses mehrstündige Sitzen zu erreichen ist zumeist eine ausgesprochen schwierige und aufwändige Aufgabe. Eine Reihe von Voraussetzungen sind erforderlich. Es wird ein multiprofessionelles Team gebraucht. Es müssen folgende Voraussetzungen geschaffen werden:

1. Die Sitzposition wird so gewählt und die Sitzschale oder der Sitz sind so gestaltet, dass keine Schmerzen entstehen.
2. Der Sitz ist so gestaltet, dass eine stabile Haltung einschließlich Kopfkontrolle gewährleistet ist. Beeinträchtigende Spastik und Dystonie werden inhibiert.
3. Sitz und Sitzposition sind so gewählt, dass einem Dekubitus vorgebeugt wird.
4. Durch die Positionierung während des Sitzens werden fein- und grobmotorischer Aktivitäten ermöglicht und ggf. facilitiert.
5. Die Sitzposition kann selbständig, notfalls durch eine Hilfskraft, durch Verstellung der Rückenlehne und Sitzkantelung leicht und stufenlos verändert werden.
6. Schmerzursachen werden ggf. operativ beseitigt oder Schmerzen werden im Rahmen professioneller Schmerztherapie medikamentös oder mittels anderer Maßnahmen gelindert.
7. Der Kreislauf wird durch regelmäßiges Training und eine entsprechende Medikamente stabilisiert.

8. Kontrakturen und Bewegungseinschränkungen werden behandelt oder zumindest so berücksichtigt, dass das Sitzen über längere Zeit möglich ist.
9. Es ist dafür gesorgt, dass für den Toilettengang nur eine Betreuungsperson benötigt wird.
10. Alternativ ermöglichen angemessene Inkontinenzversorgung einschließlich Management von Stuhlgang (z. B. Toilettentraining) und Urinausscheidung (z. B. Urinalkondom) ein längeres Sitzen ohne Geruchsentwicklung und ohne Hautschäden.
11. Spezielle Transfertechniken (Kinästhetik), Lifter, individuelles – im Sitz verbleibendes – Liftertuch oder Rutschbrett ermöglichen, dass der Transfer durch nur eine Begleitperson erfolgen kann.
12. Signalgeber und ein Notruf sind vorhanden und können bedient werden.
13. Im Sitzen ist im Bedarfsfall eine kontinuierliche Gabe von Nahrung (evtl. über PEG) oder Sauerstoff (mobiles Gerät) möglich.
14. Möglichkeiten für eigenständige Mobilität werden geschaffen: Trippelmodus, elektrischer Antrieb, ggf. Sondersteuerungen.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass vor einer zu starken leistungsrechtlichen Zergliederung der Leistungen zu warnen ist. Je komplexer, je vielfältiger der gesundheitsbezogene Hilfebedarf, desto eher wird interdisziplinäre Teamarbeit, ein Team, das aus einer Hand arbeitet, benötigt. Entsprechend vielfältig müssen die Qualifikationen und Kompetenzen der Mitarbeiterschaft der Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sein. Das trifft ausdrücklich auch auf den ambulanten Bereich zu.

Deshalb noch ein Beispiel aus dem ambulanten Bereich: Man muss im Alltag dafür sorgen, dass der Transfer einer immobilen Person sicher und sachgerecht gelingt. Wenn man dafür vielleicht zwei Leute benötigt, scheitert der Transfer im häuslichen Umfeld regelmäßig. Lebt nämlich die betreffende Person in einem Wohnsetting, in dem noch vier andere leben und zumeist nur ein Mitarbeiter anwesend ist, ist dieser Mitarbeiter schon überfordert. Man muss also schrittweise erreichen, dass eine Person den Transfer sicher beherrschen kann. Das ist schwierig. Auch dieser Prozess ist in der Regel eine Aufgabe für ein interdisziplinäres Team, das Kinästhetik beherrscht, über geeignete Hilfsmittel verfügt, zielgerichtet geschult ist und nicht zuletzt auch immer wieder den Betroffenen aktiv einbezieht. Wie geht es ihm mit den Abläufen? Fühlt er sich sicher? Tut ihm dabei etwas weh? Ist ihm dabei etwas peinlich oder unangenehm? Leistungsrechtlich ist das keineswegs automatisch eine Leistung der Krankenkassen. Ebenso ist die Durchführung nicht ausschließlich an Therapeuten zu delegieren. Zugleich kann man aber auch nicht pauschal behaupten, das obliege alles immer der Einrichtung oder dem Dienst der Behindertenhilfe und sei durch die Leistungsträger der Eingliederungshilfe zu finanzieren.

Wir sind deshalb herausgefordert zu überlegen, wie wir die vorläufig so genannten medizinischen Leistungen erstens interdisziplinär in angemessener Qualität und bedarfsgerecht erbringen und zweitens sachgerecht refinanzieren können.

Wenn man von der Zuständigkeit verschiedener Sozialleistungsträger ausgeht, könnte man am ehesten von einer Leistungsbündelung sprechen. Der Begriff der Komplexleistung wäre sachlich zwar noch treffender. Doch das Beispiel der Frühförderung hat gezeigt, wie schwierig es ist, die sogar gesetzlich verankerte Komplexleistung der Frühförderung bundesweit zu vereinbaren. Deswegen wird sich wahrscheinlich als leistungsrechtliche Realisierungsform die Leistungsbündelung empfehlen. Diesen Begriff gibt bisher nicht; er meint, dass ein Träger eines Dienstes oder einer Einrichtung dem Betroffenen die notwendigen Leistungsbestandteile aus einer Hand anbietet und sich im Hintergrund die Finanzierung der individuell zusammengesetzten Leistungsanteile von den

verschiedenen Leistungsträgern besorgt. Dabei ist der für das jeweilige Setting zuständige Sozialleistungsträger, z. B. der Träger der Eingliederungshilfe, dafür verantwortlich, dass diese Bündelung gelingen kann. Das ist rechtlich geboten, setzt aber zugleich ein gewisses Verständnis des Sozialleistungsträgers für die Problematik voraus. Der Leistungserbringer hingegen muss in der Lage sein, selbst die verschiedenen Leistungen für die verschiedenen Sozialleistungsträger erbringen zu können. Das könnte etwa der Grundlage eigener Zulassungen oder Verträge geschehen. Zumindest muss der Leistungserbringer diese Leistungen verlässlich organisieren können.

### **9. Teilhabeförderung und Gesundheitsvorsorge in ambulanten und dezentralen Strukturen**

Wir sind im Zuge der fortschreitenden Transformation der Behindertenhilfe hin zu dezentralen und ambulanten Formen der Hilfen zunehmend mit anderen Organisationsformen und vor allem zumeist geringerer Ressourcenausstattung der Arbeit unter ambulanten und dezentral-stationären Bedingungen konfrontiert. Gerade deshalb ist es wichtig, die Verantwortlichkeiten für die Teilhabeförderung und die Gesundheitsvorsorge zu klären. Dazu gehört auch zu klären, ob die Übertragung von sehr schwierigen Aufgaben an ein kleines Team in einer kleinen selbständigen Wohngruppe verantwortet werden kann bzw. welche Voraussetzungen dafür zwingend notwendig sind. Ich erinnere mich selbst an einen Mann mit einer fortschreitenden Muskelerkrankung und deshalb u. a. an einer Lungenfunktionsstörung mit Unterbeatmung litt. Der Mann, zunächst nicht kognitiv beeinträchtigt, war auf seinen eigenen Wunsch aus der Einrichtung ausgezogen. Aber er konnte seine gesundheitliche Situation nicht umfassend beurteilen. In der gesamten Teilhabepflicht, die ohne interdisziplinäres Team erstellt worden war, war keinerlei Vorkehrung für diese Situation getroffen worden. Mit der Zeit ging es ihm immer schlechter. Doch das Betreuungsteam konnte sich nicht erklären, was mit ihm los ist. Da er aber nicht geklagt hat – er war doch nur ein bisschen „benebelt“ – und selbst keinen Anlass sah, sich in ärztliche Behandlung zu begeben – die mentalen Fähigkeiten waren durch die hohe Kohlendioxid-Konzentration zunehmend eingeschränkt – hat es zu lange gedauert, bis die Gefährdung erkannt wurde. Als das ambulante Betreuungsteam – es war übrigens kein Krankenpfleger im Team, keine medizinische Kompetenz vorhanden – unsicher wurde und ihm die Müdigkeit doch abnorm vorkam, war es zu spät. Der Mann ist verstorben – und das war keineswegs ein schicksalhafter Verlauf.

Das eben angeführte Beispiel soll illustrieren, dass wir, wenn wir Inklusion ernst nehmen, auch ausdrücklich sorgfältig über die Gestaltung der Versorgungssettings für alle gesundheitsbezogenen Leistungen einschließlich Teilhabeförderung und Gesundheitsvorsorge unter ambulanten Bedingungen sprechen müssen. Gerade dort müssen wir die Frage beantworten: Wie können wir die erforderlichen medizinischen und medizinischen Leistungen in bedarfsgerechtem Umfang, in notwendiger Qualität und verlässlich erbringen oder organisieren? Leider, und hier wiederhole ich mich, werden die gesundheitsbezogenen und medizinischen Leistungen eben nicht überall als selbstverständlicher Bestandteil der Bedarfsermittlung verstanden. Sie werden nicht bei der Teilhabepflicht berücksichtigt. Sie werden nicht in den Konzepten von Einrichtungen und Diensten verankert. Diese Tatsache ist einerseits dem Selbstverständnis der Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe geschuldet, andererseits den Vorgaben der Leistungsträger der Eingliederungshilfe.

Damit ist ein systematisches Problem benannt: Im stationären Setting der Behindertenhilfe gibt es die Verpflichtung zu einer ganzheitlichen Leistung, zu der es Regelungen und Vorgaben z. B. im

Heimgesetz gibt. Die Zuständigkeit ist im Grunde genommen klar. Die Heimaufsichten prüfen die Umsetzung. Im ambulanten Bereich hingegen gibt es keine vergleichbaren Vorgaben; es gibt keine klaren Regel und Normen und schon gar keine wirksamen Kontrollen bezüglich gesundheitsbezogener Leistungen, auch wenn die Menschen mit Behinderung in erheblichem Umfang auf solche Leistungen angewiesen sind.

Es gibt nur wenige Erkenntnisse darüber, wann und wie sich das für die Betroffenen auswirkt, welche Fehler und Komplikationen auftreten. Für die Betroffenen und deren Angehörigen gibt es kaum Kontroll- oder Reaktionsmöglichkeiten. Ungeklärt bleibt oft, wer in welchem Setting die Verantwortung für die Sicherstellung gesundheitsbezogener Leistungen übernimmt. In der Regel gibt es auch keine Informationen darüber, bei welchem Anbieter welche Kompetenzen und Erfahrungen vorliegen. Jemand, der für sich selbst oder einen Dritten ein bedarfsgerecht ausgestattetes Unterstützungssettings sucht, sollte doch erfahren können: Auf welche Fachlichkeit, mit welchen Ausstattungen des Team und mit welchen Leistungen kann ich zuverlässig rechnen? Wer kennt sich beispielsweise mit Beatmung aus? Wer begleitet kompetent und verantwortlich, wenn es gesundheitliche Probleme gibt? Die Selbstzuschreibungen von Kompetenzen, wie sie auf Websites von Trägern zu finden sind, geben dabei leider oft keine konkrete und verlässliche Auskunft.

## **10. Schlussbemerkung**

Es wurde versucht darzustellen, dass die gesundheitsbezogene Versorgung mehr umfasst als die Krankenbehandlung oder die medizinischen Rehabilitation, die wir die bei den Leistungserbringern des Gesundheitswesens zu Lasten der Krankenkassen finden. Vielmehr müssen wir uns Gedanken machen über interdisziplinäre Arbeit bei der Gesundheitsversorgung und der Förderung der Teilhabe, die eben auch medizinische Kompetenzen und medizinische Professionen benötigt.

Gesundheitsbezogene und medizinnaher Leistungen müssen ausdrücklich und systematisch Bestandteile der Teilhabeförderung und damit der Bedarfsermittlung und der Teilhabepflege sein. Damit schlagen wir eine Brücke zur aktuellen Diskussion des Bundesteilhabegesetzes. Unser Diskussionsgegenstand ist hoch aktuell.

Eigentlich ist die bedarfsdeckende Sicherstellung der Hilfen für Menschen mit Behinderung die Aufgabe des jeweils führenden Sozialleistungsträgers, das wird hier häufig der Leistungsträger der Eingliederungshilfe sein. Aber letztendlich muss die Bedarfsermittlung trägerübergreifend erfolgen. Sie muss am konkreten Alltag des Betroffenen und seinem Bedarf anknüpfen. Der Bedarf hängt keineswegs allein von der Person des Betroffenen selbst ab, sondern auch von den Faktoren und Bedingungen seiner konkreten Umwelt, in der er lebt, arbeitet und sich betätigt. In der Terminologie der ICF und im integrativen Modell von Behinderung sind das die Kontextfaktoren. Die Ermittlung des Hilfebedarfs muss diese sozialen und physischen Kontextfaktoren und deren Wechselwirkung mit der Person erfassen – und dies nicht nur einmalig, sondern wiederholt. Dazu gehören auch Angebote der Gesundheitsversorgung und der medizinnaher Leistungen – und zwar nicht abstrakt und allgemein, sondern konkret unter dem Aspekt der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit

Als letztes noch einmal die konstruktiv-kritische Frage: Wer wird in Zukunft für Menschen mit Behinderung in einem inklusiven Setting die Verantwortung für die bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung übernehmen, wenn diese Menschen das selbst nicht leisten können? Zugespitzt formuliert: Sind wir in den Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe dafür wirklich richtig



aufgestellt? Werden wir der übernommenen Verantwortung in allen Settings ambulanter und stationärer Angebote auch tatsächlich gerecht?

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann,

Ltd. Arzt des Rehabilitationszentrums Bethesda kreuznacher diakonie, Landesarzt für Körperbehinderte, Waldemarstr. 24, 55543 Bad Kreuznach. Tel. 0671/6053615. Mail: [Matthias.Schmidt.Ohlemann@googlemail.com](mailto:Matthias.Schmidt.Ohlemann@googlemail.com)