

– Fachbeitrag E1-2023 –

15.02.2023

Gesundheitssorge als spezifische Teilhabeleistung der Eingliederungshilfe im Arbeitsfeld Suchthilfe¹

*Von Stefanie Gellert-Beckmann, Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e. V.,
Wuppertal*

I. Einleitung

Erhalt und Förderung der Gesundheit sowie Behandlung und Bewältigung auch von Komorbiditäten sind bedeutsame Themen für Personen mit schweren Substanzgebrauchsstörungen, die bei Vorhandensein einer wesentlichen Behinderung Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe (EGH) gemäß SGB IX haben. Der Behinderungsbegriff nach § 2 Abs. 1 SGB IX bezieht sich auf das bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Entstehung von Behinderung in der Gesellschaft: Gesundheitsprobleme können in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren zu Beeinträchtigungen der Teilhabe an der Gesellschaft führen.

Der Zielsetzung der Personenorientierung und der neuen Leistungs- und Vertragssystematik des SGB IX folgend, werden die Leistungen durch den Träger der EGH nicht mehr pauschal, sondern nur noch entsprechend dem individuell ermittelten Bedarf ausgekehrt. Die Leistungserbringer der EGH müssen bei der Leistungsskizzierung im Rahmen der Umsetzung der dritten Stufe des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) ihre spezifischen Angebote aus den Bedarfen der Leistungsberechtigten auf wissenschaftlich-fachlicher Basis ableiten und begründen, konzeptionell im jeweiligen Fachkonzept bzw. der Leistungsbeschreibung darlegen, mit dem Leistungsträger verhandeln und organisatorisch in den Arbeitsprozessen der Organisation abbilden.

Um die gesundheitsbezogenen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen im neuen leistungsrechtlichen Kontext des SGB IX angemessen ermitteln und korrekt zuordnen zu können, haben die Fachverbände für Menschen mit Behinderung 2018 das Konzept

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag E1-2023 in der Kategorie E: Recht der Dienste und Einrichtungen veröffentlicht; Zitiervorschlag: Gellert-Beckmann: Gesundheitssorge als spezifische Teilhabeleistung der Eingliederungshilfe im Arbeitsfeld Suchthilfe, Beitrag E1-2023 unter www.reha-recht.de; 15.02.2023. Dieser Beitrag wurde im Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV 1/2023) erstveröffentlicht; wir danken dem Verlag für die Möglichkeit der Zweitveröffentlichung.

der Gesundheitspflege erstellt, das von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) weiterentwickelt worden ist. Das Konzept ist vor dem Hintergrund des gegliederten gesundheitsbezogenen Sozialleistungssystems mit Leistungen der Krankenbehandlung, Pflege und medizinischen Rehabilitation sowie der Eingliederungshilfe in doppelter Hinsicht zielführend, da die Leistungen im Rahmen der Bedarfsermittlung im Teilhabe-/Gesamtplanverfahren einerseits träger- und leistungsrechtsspezifisch zu erheben und voneinander abzugrenzen sind² und andererseits „die aggressive Abwehr von Leistungsansprüchen im Sozialsystem nicht ausgeschlossen werden kann“³. Schmidt-Ohlemann führt zur bisherigen Beachtung der Gesundheitspflege im Kontext der EGH aus, dass die gesundheitsbezogenen Leistungen „bei der Bedarfsermittlung nicht oder nur in geringem Umfang ausdrücklich berücksichtigt worden“ sind:

*„Z. T. wurde dies von den Eingliederungshilfeträgern mit dem pauschalen Verweis auf Nichtzuständigkeit und die Leistungen aus dem SGB V abgelehnt. Die Leistungen der Gesundheitspflege sind jedoch überwiegend nicht im gesetzlichen Leistungskatalog der Kranken- und Pflegekassen enthalten“.*⁴

Menschen mit schweren Substanzgebrauchsstörungen sind in ihrer Fähigkeit, die Gesundheitspflege zuverlässig für sich selbst zu übernehmen, häufig stark eingeschränkt. Gesundheitsbezogene Teilhabeleistungen und die sorgfältige Ermittlung ihrer diesbezüglichen Bedarfe sind für die Betroffenen vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz somatischer und psychischer Komorbiditäten somit von besonderer Relevanz. Laut DVfR gehören Menschen mit psychischen Erkrankungen und erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen (zusammen mit der entsprechenden psychiatrischen Teilgruppe der Menschen mit schweren Substanzgebrauchsstörungen, die Verf.) zu den

*„Personengruppen mit einem regelhaft anzunehmenden hohen Bedarf an Unterstützung bei der Gesundheitspflege 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“*⁵ auf der Grundlage einer Bedarfsfeststellung nach §§ 13, 19, 118 SGB IX.

Die Leistungserbringer sind unter Aspekten des Vertragsrechts gefordert, in ihrem Fachkonzept zur Leistungsbeschreibung als Grundlage der Leistungsvereinbarung nach § 125 SGB IX darzustellen,

„wieso sie bestimmte Maßnahmen für wirksam halten (Wirkannahmen) und für die geplant zu unterstützende Zielgruppe in Erwägung ziehen, um die Ziele der Leistungsberechtigten und der Eingliederungshilfe zu erreichen. Die Leistungserbringer sollten

² Vgl. DVfR 2018b. Die Literaturangaben sind unter Punkt VIII zu finden.

³ Staatliche Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-Behindertenrechtskonvention 2017.

⁴ Vgl. Schmidt-Ohlemann 2021, 42.

⁵ Vgl. DVfR 2021, 42.

dort erläutern, wie wirksame Leistungen gewährleistet werden und so Fachlichkeit, Expertise und letztlich Geeignetheit (§ 124 SGB IX) darlegen“.⁶

Mit Hilfe des Konzepts der Gesundheitspflege lassen sich in der Sucht- und Drogenhilfe der professionelle Blick auf die individuellen gesundheitsbezogenen Bedarfe schärfen und die substanzkonsumstörungs- und gesundheitspezifischen Fachkenntnisse für das Gesamtplan-/Teilhabeplanverfahren und die Bedarfsermittlung erhöhen, an denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungserbringer als Begleitperson auf Wunsch der Leistungsberechtigten teilnehmen können. Zudem ist das Konzept im organisationalen Kontext der EGH für die Leistungskonfiguration, das Begründen der Assistenzformen (qualifizierte und unterstützende Assistenz) und das Entwickeln von Prozessen und Strukturen nutzbar.

II. Schwere Substanzkonsumstörungen und Komorbiditäten

Somatische und/oder psychische Komorbiditäten sind bei Menschen mit schweren Substanzgebrauchsstörungen die Regel und nicht die Ausnahme, wie die folgende unvollständige Übersicht zeigt:

- Der Konsum von Alkohol ist prinzipiell mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung akuter und chronischer somatischer und psychischer Erkrankungen verbunden. Neben der Gefahr der Entwicklung einer schweren Substanzgebrauchsstörung kann durch Alkohol nahezu jedes Körperorgan geschädigt werden. Es sind über 200 Krankheiten bekannt, die durch Alkoholkonsum verursacht werden können.⁷ So ist mit Alkohol das Risiko für Krebs (insbesondere Mundhöhle und Rachen, Kehlkopf, Speiseröhre, Leber, Dickdarm, Enddarm, weibliche Brust) verknüpft.⁸ Die Rate komorbider psychischer Erkrankungen, wie affektive Störungen, schizophrene Psychosen, Angsterkrankungen, bei Alkoholkonsumstörungen ist hoch.⁹ Alkoholkonsum wird auch mit Lebererkrankungen (chronischen Entzündungen, Verfettung und Zirrhose), Störungen des Fettstoffwechsels, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, irreversiblen Schäden des Gehirns und des Nervensystems assoziiert.
- Tabakkonsum geht einher mit erheblichen Risiken für kardiovaskuläre, Krebs-, Atemwegs- und Gefäßerkrankungen.¹⁰
- Die Opioidgebrauchsstörung als ein Beispiel für illegale Drogen „ist definitionsgemäß eine schwere multimorbide Störung mit chronischem Verlauf“¹¹. Die

⁶ Vgl. BAGüS 2021, 7.

⁷ Vgl. DHS 2021.

⁸ Vgl. John und Seitz 2018, A644.

⁹ Vgl. Preuss u. a. 2015.

¹⁰ Siehe Atzendorf u. a. 2019, 579.

¹¹ Wittchen u. a. 2011, 50.

körperlichen, psychischen und verhaltensbezogenen Symptome des Abhängigkeitssyndroms führen zu zahlreichen Folgekomplikationen, u. a. psychiatrischen Komorbiditäten (Depression, psychotische Syndrome, Angstsyndrome und -störungen, Persönlichkeitsveränderungen und -störungen, Selbstverletzung und suizidale Handlungen) und körperlichen Erkrankungen in nahezu allen Organsystemen (z. B. Infektionen der Venen, Abszesse als Folge intravenöser Injektionen, Hepatitis A, B und C, Tuberkulose, HIV und AIDS, Störungen des sexuellen Reproduktionszyklus). Die Folge ist eine massiv erhöhte frühzeitige Mortalität.¹²

- Der Missbrauch von Medikamenten kann auf organischer Ebene u. a. zu gastrointestinalen Schäden und Leber- und Nierenschädigungen führen und auf psychischer Ebene zu Interesselosigkeit, Gefühlsverflachung und Stimmungsschwankungen. Neben einer Änderung der Persönlichkeit zählen zu den typischen Folgen einer Medikamentengebrauchsstörung u. a. Depressionen und Ängste.¹³
- Zusammen mit schweren Substanzgebrauchsstörungen können Beeinträchtigungen mentaler Funktionen auftreten, z. B. Störungen des Affekts (Affektlabilität, Affektinkontinenz), Aggressivität, Selbstschädigung und Suizidalität, eine eingeschränkte Verhaltenssteuerung (häufige Impulsdurchbrüche, geringe Fähigkeit zum Belohnungsaufschub etc.), geringe Frustrationstoleranz und Belastbarkeit, geringes Selbstwertgefühl aufgrund erlebter Ausgrenzung und Stigmatisierung, geringes Selbstvertrauen aufgrund zahlreicher Rückfälle und kognitive Beeinträchtigungen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Konzentration etc.) infolge langjährigen Substanzkonsums.

III. Das Konzept der Gesundheitssorge

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung und die DVfR definieren die Gesundheitssorge folgendermaßen: „*Sie umfasst alle Handlungen, die eine Person im Alltag zur Förderung und Erhaltung der eigenen Gesundheit sowie zur Vermeidung und Bewältigung von Krankheit vornimmt*“¹⁴.

Die Aktivitäten und Maßnahmen der Gesundheitssorge lassen sich insbesondere dem ICF-Item „Auf seine Gesundheit achten“ (d570) und seinen Unterdifferenzierungen zuordnen. Üblicherweise ist die Gesundheitssorge ein Bestandteil der Selbstversorgung und somit des Alltagshandelns aller Bürgerinnen und Bürger in persönlicher Zuständigkeit und Verantwortung; im Bedarfsfall wird Unterstützung durch Angehörige oder das soziale Netz geleistet. Bei Menschen mit schweren Substanzkonsumstörungen ist die Fähigkeit zur Selbstversorgung respektive Gesundheitssorge häufig eingeschränkt und

¹² Vgl. ebd., 8.

¹³ Vgl. Poehlke u. a. 2019, 84.

¹⁴ DVfR 2018a, 6.

das familiäre oder soziale Netzwerk nicht ausreichend belastbar oder gar nicht vorhanden. „Ist dies der Fall, benötigt der Mensch mit Behinderung Unterstützungsleistungen im Bereich der Gesundheitspflege im Alltag“¹⁵, somit Assistenzleistungen gemäß § 78 SGB IX i. V. m. § 113 SGB IX. Menschen mit schweren Substanzgebrauchsstörungen sind darüber hinaus mit besonders ausgeprägten einstellungsbedingten gesellschaftlichen Barrieren konfrontiert, die zur Sicherstellung ihrer in der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) garantierten Rechte gezielt zu berücksichtigen sind.

Die Gesundheitspflege wird konzeptionell wie folgt operationalisiert:

1. Gesundheitspflege im Alltag der Menschen,
2. Entwicklung von Gesundheitskompetenz,
3. Unterstützung und Begleitung durch ein komplexes Gesundheitssystem (Lotsenfunktion),
4. Verbesserung oder Erhalt von Funktionen und Aktivitäten, d. h. der Funktionsfähigkeit als Element der Teilhabe (funktions-/ aktivitätsbezogene Leistungen),
5. pflegerische Leistungen.¹⁶

1. Gesundheitspflege im Alltag

Die Gesundheitspflege im Alltag bezieht sich auf die grundlegenden Existenzbedingungen durch basale Versorgungsleistungen und umfasst u. a. das Management von gesundheitsbezogenen Maßnahmen, das Erkennen von Krankheitszeichen/ Verschlimmerungen, eine gesundheitsfördernde Lebensweise und unterstützende psychosoziale Begleitung. Zu den erforderlichen Maßnahmen zählen z. B. das Beobachten, Wahrnehmen und Bewerten von Gesundheitszuständen, die Erinnerung und Sicherstellung von Vorsorgeuntersuchungen sowie Rat, Motivation und Anregung zur Inanspruchnahme weiterer Leistungen, zur Bewegung etc.

2. Personelle und organisationale Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz ist für die Übernahme der mündigen und selbstbestimmten Patientinnen- bzw. Patienten-Rolle im Gesundheitssystem erforderlich. Für Menschen im Eingliederungshilfebezug kann dafür ein gesundheitspflegebezogenes „Empowerment“¹⁷ nötig sein. Ziel der Gesundheitskompetenz im Bereich Gesundheitspflege im Alltag ist, „dass die Betroffenen die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Krankheit verstehen, ein Gesundheitsbewusstsein entwickeln und damit verbunden Selbstwirksamkeit erfahren können“ (DVfR 2021, 13). Dazu sind ein Grundverständnis

¹⁵ Schmidt-Ohlemann 2020, 21.

¹⁶ DVfR 2021, 10, und Schmidt-Ohlemann 2021, 16.

¹⁷ Schmidt-Ohlemann 2021, 20.

über die eigene(n multiplen) Erkrankung(en), ihre Folgen, die eigenen verhaltensbezogenen Einflussmöglichkeiten und das Wissen über Behandlungsmaßnahmen relevant. Da die Ressourcen zum Entwickeln von Gesundheitskompetenz unterschiedlich vorhanden sind und insbesondere bei Leistungsberechtigten mit wesentlichen Beeinträchtigungen auch mit befähigender Assistenz ggf. nur gering bis gar nicht ausbaufähig sein können, sind diese Personen evtl. langfristig auf gesundheitskompetente professionelle Begleitung angewiesen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Gesundheitskompetenz der Allgemeinbevölkerung in Deutschland weiterhin eher niedrig ist¹⁸ und somit von den Leistungserbringern entsprechende Fortbildungen für die Fachkräfte geplant und umgesetzt und im Rahmen der Vergütungsverhandlungen kalkuliert werden müssen.

Zu flankieren ist der Aufbau der persönlichen Gesundheitskompetenz durch konzeptionell hinterlegte systematische Strukturen und Prozesse in der Organisation, z. B. psychoedukative Trainings (wie PEGASUS), Schaffung von Zugängen zu Informationen und Angeboten, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden zu Gesundheitskompetenz und gesundheitskompetenter Kommunikation, Gruppenangebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz, personenunabhängige Sozialraumarbeit mit dem Ziel der Etablierung einer gesundheitskompetenzförderlichen Umgebung (z. B. Vernetzung mit Anbietern von Gesundheitsleistungen, Abbau von Barrieren) und Kooperationen zu weiteren Angeboten¹⁹. Unabdingbare Grundlage der Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz ist die Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.²⁰

Ein Großteil der Verfahren lässt sich auch in Beratungs- und Kontaktstellen der Sucht- und Drogenhilfe umsetzen.

3. Unterstützung und Begleitung durch ein komplexes Gesundheitssystem

Die Lotsenfunktion durch das sehr differenzierte und komplexe Gesundheitssystem umfasst ein breites Spektrum an ggf. erforderlichen Assistenzleistungen und wird als Case-Management u. a. zur Navigation durch das System, zur Inanspruchnahme der zuständigen Versorgungsangebote und Organisation und Koordination von (fach-)ärztlichen und therapeutischen Terminen benötigt. Eine gesundheitskompetente Terminbegleitung kann bei Menschen mit schweren Substanzgebrauchsstörungen erforderlich sein, um bzgl. der Anamnese, der Beschwerdeschilderung sowie der Ergebnisse der Krankenbeobachtung (z. B. im Hinblick auf Veränderungen des Substanzkonsums, die Wirkung der Medikation oder von Therapien) zu unterstützen.

Zur Überwindung von Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem sind Unterstützung und Begleitung für diesen Personenkreis auch unter Aspekten von Stigmatisierung und

¹⁸ Vgl. Deutsches Ärzteblatt 41/2022, A1758.

¹⁹ Bei dieser Auflistung handelt es sich um Ergebnisse des Forschungsprojekts QualiPEP (Qualitätsorientierte Prävention- und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe <https://www.aok-bv.de/engagement/qualipep/>), auf die die DVfR hinweist.

²⁰ Vgl. DVfR 2021, 16.

Diskriminierung relevant, wie in dem Memorandum „Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden“ eindrücklich dargestellt wird:

„Studien zeigen, dass Selbststigmatisierung die Abstinenzzuversicht schwächt, dass erlebte und befürchtete Stigmatisierung die Symptomlast der Erkrankung vergrößern und dass zur Vermeidung von Stigmatisierung Behandlung und Hilfe vermieden werden. Die Stigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankungen löst keine Probleme, sie verstärkt diese nur. [...] Im Hilfesystem sind Menschen, die in einer Notaufnahme Hilfe suchen oder sich in der medizinischen Regelversorgung befinden, häufig einer entwertenden Behandlung durch das Personal ausgeliefert. Viele Menschen vermeiden oder verzögern deshalb aus Angst vor Stigmatisierung die Inanspruchnahme von Hilfe. Menschen mit Suchterkrankungen werden aber z. B. auch hinsichtlich des Zugangs zu ambulanter Psychotherapie und bei der von der gesetzlichen Krankenversicherung bewilligten Aufenthaltsdauer im Krankenhaus gegenüber Menschen mit anderen psychischen Krankheiten diskriminiert.“²¹

Das Case-Management zur Nutzung der Leistungen des Suchthilfesystems ist für Leistungsberechtigte mit schweren Substanzgebrauchsstörungen darüber hinaus auch aufgrund der institutionellen Spezifika wichtig. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) konstatiert in ihrer Analyse der Versorgungsstrukturen für Menschen mit Substanzkonsumstörungen im Jahr 2019, dass das Suchthilfesystem im Laufe der Zeit an Komplexität gewonnen hat und leistungsrechtlich stark versäult ist; zudem führen Schnittstellenprobleme zu Schwierigkeiten bei der Verzahnung der Hilfen und Maßnahmen.²² Da die Handhabung dieser Situation aus Sicht der DHS auch für professionelle Akteure operative-fachliche Herausforderungen beinhaltet, ist offensichtlich, dass sie für die Betroffenen schnell zu einer unüberwindbaren Zugangshürde mutiert. Aus den Fallzahlen der diversen Bereiche des Suchthilfesystems leitet die DHS darüber hinaus die Vermutung ab, *„dass viele betroffene Menschen entweder eigene oder keine Wege zum Umgang mit der Problematik finden oder dass sie in anderen Teilen der medizinischen und psychosozialen Versorgung Hilfe finden bzw. sie erst Jahre nach dem Beginn einer Suchtstörung gezielte Unterstützung erhalten.“²³*

Diese stigma- und diskriminierungsbedingten sowie institutionellen Rahmenbedingungen sind für Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen unter Aspekten von Gesundheit und Gesundung fatal, denn *„ein langjähriger und chronischer Einfluss psychotroper Substanzen führt neurobiologischen Studienergebnissen zufolge zu dauerhaften strukturellen Veränderungen neuronaler Strukturen mit komplexen Ursachen. Diese Folgeschäden chronischer Suchterkrankungen unterstreichen nicht zuletzt die Bedeutung frühzeitiger Diagnostik und pharmakologischer und psychosozialer Interventionen, um diesem Prozess bei Suchterkrankungen frühzeitig entgegenwirken zu können.“²⁴*

²¹ Schomerus u. a., 4.

²² Vgl. DHS 2019, 5.

²³ Ebd.

²⁴ Walter u. a. 2015, 202.

Mit Ratifizierung der UN-BRK hat sich Deutschland 2009 verpflichtet, das Recht von Menschen mit Behinderungen „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ anzuerkennen und alle geeigneten Maßnahmen zu treffen, um den Zugang zu den erforderlichen Gesundheitsdiensten zu gewährleisten. Dazu gehört gemäß Artikel 25 UN-BRK auch, dass „die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen [...] aufgrund von Behinderung“ verhindert wird. Es lässt sich somit die spezifische Verpflichtung der Leistungsträger ableiten, bei der Bedarfsermittlung für den Personenkreis der Menschen mit schweren Substanzgebrauchsstörungen gezielt die Gesundheitsvorsorge zu fokussieren.

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

Zu diesem Bereich zählen Tätigkeiten, die unternommen werden, um die eigenen Kompetenzen bzw. die Funktionsfähigkeit zu verbessern. Es wird unterschieden zwischen a) wünschenswerten und b) notwendigen Aktivitäten, wobei die wünschenswerten in den Kontext subjektiven Wohlfühlens und eine hiermit verbundene Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten gestellt werden. Zu diesen gehören z. B. Sport, Entspannung und gesunde Ernährung. Die notwendigen Aktivitäten umfassen Aufgaben zur Erhaltung, Wiedergewinnung oder Verbesserung und Förderung von Körperfunktionen einschließlich der psychischen Funktionen, die krankheits- oder krankheitsfolgebedingt reduziert sind und die Lebensqualität und Teilhabe einschränken. Diese Maßnahmen werden z. T. als Maßnahmen der Krankenbehandlung verordnet (wie Ergotherapie oder Physiotherapie) und müssen von den Versicherten eigenständig durchgeführt werden, z. B. Entspannungsübungen zur Verbesserung der psychischen Funktionen. Auch in diesem Bereich der Gesundheitsvorsorge werden Assistenzleistungen notwendig, wenn die leistungsberechtigte Person einschränkungsbedingt nicht in der Lage ist, die entsprechenden Handlungen selbst auszuführen, und auf kein funktionierendes soziales Netz zurückgreifen kann.

Für Menschen mit schweren Substanzgebrauchsstörungen zählen zu den relevanten Maßnahmen z. B. das regelmäßige Training der Handlungsplanung incl. Neuropsychologischer Funktionen (Gedächtnis, Merkfähigkeit, Konzentration) im Alltag (z. B. Einkaufen), entlastende und helfende psychosoziale Unterstützung einschließlich der Bewältigung emotionaler Krisen und deeskalierende Kommunikationsformen.²⁵

Der letzte Punkt der Operationalisierung des Konzepts der Gesundheitsvorsorge berührt u. a. das umfangreiche Thema der Abgrenzung von Pflege und EGH und wird an dieser Stelle nicht aufgegriffen. Er ist für die Bedarfsermittlung und das Leistungsprofil erheblich.

²⁵ DVfR 2021, 23, und Schmidt-Ohlemann 2021, 34.

IV. Assistenzbedarfe zur Gesundheitspflege in der Bedarfsermittlung

Neben der ICD-basierten diagnostischen Grundlage ist die Bedarfserhebung gemäß § 118 SGB IX ICF-orientiert hinsichtlich einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in allen neun Lebensbereichen der ICF vorzunehmen. Zu berücksichtigen sind sowohl die physiologischen als auch die psychologischen Funktionen.

*„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 personenbezogene Faktoren)“.*²⁶ Es sind also nicht nur die anlassbezogenen Assistenzbedarfe z. B. in Bezug auf eine Krankenbehandlung zu ermitteln, sondern auch diejenigen im Hinblick auf die allgemeine Lebensführung und die Gesundheitskompetenz. Die unter Punkt II skizzierten Beeinträchtigungen der mentalen Funktionen weisen auf potenzielle Assistenzbedarfe hin, die sich ebenso aus den einstellungsbedingten gesellschaftlichen Barrieren in Gestalt von Stigmatisierung und Diskriminierung ergeben können.

V. Qualifizierte vs. unterstützende Assistenz nach § 78 SGB IX

Eine andere Relevanz entfaltet das Konzept der Gesundheitspflege im Kontext der EGH in Bezug auf die Gewährung der Leistungen als qualifizierte oder unterstützende Assistenz gemäß § 78 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB IX, die auf die Bedarfsermittlung folgt.

Assistenzleistungen im Bereich der Gesundheitspflege dienen dem Ziel der Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (§ 78 Abs. 1 S. 2 SGB IX) oder der selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags (§ 78 Abs. 1 S. 1 SGB IX) und *„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“.*²⁷

Qualifizierte Assistenzleistungen zielen als ausschließliche Fachkraft-Aufgabe auf die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung und umfassen Leistungen der Anleitung und Übung. Unterstützende Assistenz beinhaltet die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten; sie wird von Nicht-Fachkräften und in der Regel in deutlich geringerem Maße von Fachkräften erbracht. Im Zuge des mit dem BTHG ebenfalls verbundenen gesetzlichen Auftrags, die Kostendynamik der EGH zu begrenzen, ist das Risiko gegeben, dass Leistungen im Zweifelsfall eher der kostengünstigeren unterstützenden Assistenz zugeordnet werden, obwohl sie bei näherer fachlicher

²⁶ DVfR 2021, 33.

²⁷ DVfR 2021, 30.

Betrachtung eine qualifizierte Leistung darstellen²⁸. Ein großer Teil der gesundheitsbezogenen Aktivitäten wird mit dem Ziel der Befähigung durchgeführt. Befähigung durch qualifizierte Assistenz „*meint in diesem Zusammenhang nicht nur einen ggf. zeitlich begrenzten Lernprozess, sondern auch die faktische Ermöglichung der Alltagsbewältigung und somit der Teilhabe*“.²⁹

Zu berücksichtigen ist im Hinblick auf die verschiedenen Leistungen der Gesundheits-sorge auch, dass im Rahmen des Vertragsrechts der EGH und der geforderten Qualität und Wirksamkeit die Leistungsausführungen dem anerkannten Stand der Wissenschaft zu genügen haben und das Personal entsprechend qualifiziert und fortgebildet sein muss. Die Prozessgestaltung in der EGH unterscheidet sich somit auch hinsichtlich erforderlicher Struktur- und Prozesskriterien gravierend von der Situation in Privathaushalten.³⁰

VI. Nicht zu vergessen: Opioidabhängige in der Substitutionsbehandlung (PSB)

Das Konzept der Gesundheits-sorge lässt sich zielführend in die Leistungskonzipierung der Psychosozialen Betreuung für Substituierte (PSB) einpassen, die zum Teil auf Grundlage des Eingliederungshilferechts finanziert wird und aktuell bundesweit in vielen Regionen einem Prozess der Neustrukturierung unterworfen ist.³¹

Eine bedarfsbezogene Öffnung und Vernetzung der bis dato häufig binnendifferenzier-ten Angebote für Menschen mit schweren Substanzkonsumstörungen – z. B. hinsichtlich der oben dargestellten Angebotsstrukturen zur Förderung der Gesundheitskompetenz incl. der diesbezüglichen personenunabhängigen Sozialraumarbeit – auch für Personen mit Opioidgebrauchsstörungen sollte als Beitrag zur erforderlichen Entstigmatisierung insbesondere für diesen besonders vulnerablen Personenkreis mitbedacht werden.³²

VII. Fazit

Das Konzept der Gesundheits-sorge ist ein hervorragendes Instrument zur systematischen Ermittlung der vielschichtigen gesundheitsbezogenen Bedarfe von Menschen

²⁸ Siehe z. B. die Fallvignette 2 des Praxisleitfadens für die zukünftige Leistungssystematik in besonderen Wohnformen gem. Rahmenvertrag des Landes Nordrhein-Westfalen nach § 131 SGB IX / Projekt TexLL gem. Art. 25 Abs. 3 BTHG: Hier soll dem Rückfall einer in einer besonderen Wohnform abstinent lebenden Frau mit schwerer Alkoholgebrauchsstörung vorübergehend mit Maßnahmen der qualifizierten Assistenz begegnet werden, die als zeitlich befristet dargestellt werden: „*Sobald eine Stabilisierung eintritt, kann es sich um unterstützende Assistenz handeln*“ (LWL 2020, 9). Das Beispiel suggeriert, dass Menschen mit schweren Substanzkonsumstörungen in besonderen Wohnformen ggf. nur einen geringen Bedarf an gesundheitsspezifischer Assistenz haben. Das Konzept der Gesundheits-sorge lässt hingegen die vieldimensionalen Bedarfe sichtbar werden.

²⁹ Schmidt-Ohlemann 2020, 22.

³⁰ Vgl. DVfR 2021, 35.

³¹ Vgl. Gellert-Beckmann 2021 / 2022.

³² Vgl. Stöver 2020.

mit schweren Substanzkonsumstörungen in verschiedenen Angebotsfeldern der Sucht- und Drogenhilfe. Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe profitieren bei konsequenter Berücksichtigung der einzelnen Dimensionen hinsichtlich der Verbesserung ihrer Lebensqualität, Teilhabeoptionen und selbstbestimmten Lebensführung. Dazu trägt auch die ICF-basierte Fokussierung der einstellungsbedingten Barrieren im Gesundheitssystem bei der Bedarfsermittlung bei, die zudem den der UN-BRK erwachsenden Verpflichtungen der Leistungsträger im Diskriminierungskontext geschuldet ist.³³

Die theoretische Kenntnis des Konzepts der Gesundheitspflege gepaart mit fachlicher Anwendungskompetenz auf Seiten der Leistungsträger wie -erbringer wird positive Effekte auf das Teilhabeplan-/ Gesamtplanverfahren mit sich bringen und zur Erhöhung der substanzkonsumstörungs- und gesundheitspezifischen Professionalität in der Eingliederungshilfe beitragen. Nicht zuletzt lassen sich (Rechts-)Streitigkeiten und zeit- aufwändige administrative Tätigkeiten (wie das Einlegen von Rechtsbehelfen) vermeiden mit der Folge, dass mehr Ressourcen für die direkte Arbeit mit den Leistungsberechtigten zur Verfügung stehen.

Literatur

Atzendorf, Josefine; Rauschert, Christian; Seitz, Nicki-Nils; Lochbühler, Kirsten; Kraus, Ludwig (2019): Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 116, Heft 35–36, S. 577–584

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/209388/Gebrauch-von-Alkohol-Tabak-illegalen-Drogen-und-Medikamenten>, zuletzt abgerufen am 15.02.2023.

BAGüS (2021): Orientierungshilfe zur Durchführung von Prüfungen der Wirtschaftlichkeit und Qualität einschließlich der Wirksamkeit nach § 128 SGB IX;

https://www.lwl.org/spur-download/bag/Orientierungshilfe_Pruefungen128SGB_IX_StandJanuar2021final.pdf, zuletzt abgerufen am 15.02.2023.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2018): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Berlin.

https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf, zuletzt abgerufen am 15.02.2023.

Deutsches Ärzteblatt (2022): Diabetes. IQWiG informiert über Hilfenetzwerk. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 119, Heft 41, A1758.

³³ Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2020.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2019): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote und Zukunftsperspektiven. Update 2019.

https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf, zuletzt abgerufen am 15.02.2023.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2021): Factsheet Alkohol: Mythen und Meinungen.

https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Factsheet_Alkohol_Mythen_Meinungen.pdf, zuletzt abgerufen am 15.02.2023.

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.) (2020): Monitoring-Stelle UN-Behinder-tenrechtskonvention. Gleichberechtigung und Diskriminierung. Allgemeine Bemerkungen Nr. 6 des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Berlin.

https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Information/Information_Gleichberechtigung_und_Nichtdiskriminierung.pdf zuletzt abgerufen am 28.04.2022.

Deutscher Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (2018a): Stellungnahme der DVfR zu Inhalten der Bedarfsermittlung im SGB IX: Morbidität, Sorge um Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung.

https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_Stellungnahme_BTHG_Gesundheitsvorsorge_November_2018.pdf, zuletzt abgerufen am 15.02.2023.

Deutscher Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (2018b): Zum Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Praxis und zur Bedeutung von § 13 SGB IX. Positionspapier der DVfR zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG).

https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_Positionspapier_Bedarfsermittlung_und_-feststellung_13_November_2018.pdf, zuletzt abgerufen am 07.12.2022.

Deutscher Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (2021): Gesundheitsvorsorge – Erhalt und Förderung von Gesundheit für Menschen mit Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Eingliederungshilfe. Positionspapier der DVfR.

https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Positionspapier_der_DVfR_Gesundheitsvorsorge_Juni_2021_bf.pdf, zuletzt abgerufen am 15.02.2023.

Gellert-Beckmann, Stefanie (2021): Das Bundesteilhabegesetz als möglicher Professionalisierungstreiber für die Psychosoziale Betreuung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger. In: Sozialpsychiatrische Informationen 4/2021, 48–51.

Gellert-Beckmann, Stefanie (2022): Überlegungen zur Psychosozialen Betreuung für substituierte opioidabhängige Menschen im Kontext der UN-BRK und des BTHG – Personenzentrierte Verfahren und Zielvereinbarungen gemäß Kapitel 8 SGB IX. Beitrag E1-2022 unter www.reha-recht.de; 09.08.2022;

<https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-e1-2022/>,
zuletzt abgerufen am 14.10.2022.

John, Ulrich; Seitz, Helmut K. (2018): Konsum bedeutet immer Risiko. In: Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 14 | 6. April 2018, A640 – A644.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/197325/Alkoholumgang-Konsum-bedeutet-immer-Risiko>, zuletzt abgerufen am 15.02.2023.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (2020): Praxisleitfaden für die zukünftige Leistungssystematik in besonderen Wohnformen gem. Rahmenvertrag des Landes Nordrhein-Westfalen nach § 131 SGB IX / Projekt TexLL gem. Art. 25 Abs. 3 BTHG. Münster.

Poehlke, Thomas; Schüngel, Claudia; Belastigkeit, Matthias (2019): Medikamente. In: Belastigkeit, Matthias und Weber, Bernd (2019): Suchtmedizinische Grundversorgung. Kursbuch zum Curriculum der Landesärztekammern. Stuttgart.

Preuss, U. W.; ·Gouzoulis-Mayfrank, E.; ·Havemann-Reinecke, U.; Schäfer, I.; Beutel, M.; Mann, K. F.; Hoch, E. (2015): Psychische Komorbiditäten bei alkoholbedingten Störungen. In: Der Nervenarzt 2015. DOI 10.1007/s00115-015-4378-6. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

https://www.researchgate.net/publication/330051743_Suchterkrankungen_und_komorbide_psychische_Storungen, zuletzt abgerufen am 15.02.2023.

Schmidt-Ohlemann, Matthias (2020): Gesundheitsbezogene Teilhabeleistungen – Begründen und Realisieren. In: Kerbe 2/2020, 19–23.

Schmidt-Ohlemann, Matthias (2021): Gesundheitsvorsorge in der Eingliederungshilfe. Digitale Veranstaltung des Projekts Umsetzungsbegleitung BTHG des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. am 15.06.2021.

https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/webinare/gesundheitsvorsorge-egh/vortrag_1506021_schmidt-ohlemann.pdf, zuletzt abgerufen am 11.10.2021.

Schomerus, Georg u. a.: Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. Memorandum. https://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/aktuelles/Memorandum_Stigmatisierung.pdf, zuletzt abgerufen am 15.02.2023.

Staatliche Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-Behindertenrechtskonvention (2017): Das deutsche Betreuungsrecht im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention. Positionspapier der Staatlichen Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-BRK (Fachausschuss Freiheits- und Schutzrechte). Fassung: 26.04.2017.

www.behindertenbeauftragter.de, zuletzt abgerufen am 09.02.2020.

Stöver, Heino (2020): Suchtkrankheit, Delinquenz und Stigmatisierung – wie weiter? In: GVS Gesamtverband für Suchthilfe e. V. – Fachverband der Diakonie Deutschland (2020): Partnerschaftlich 2/2020.

<https://www.partnerschaftlich.org/themenmagazine/2020-02/suchtkrankheit-delinquenz-und-stigmatisierung-wie-weiter.html>, zuletzt abgerufen am 28.04.2022.

Walter, Marc; Dürsteler-MacFarland, Kenneth; Petijean, Sylvie A.; Euler, Sebastian (2015): Psychosoziale Behandlung bei Suchterkrankungen – Suchtspezifische Psychotherapieformen und ihre Wirksamkeit. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1399338>. Fortschr Neurol Psychiatr 2015; 83: 201–210, 202, zuletzt abgerufen am 28.04.2022.

Wittchen, Hans-Ulrich; Bühringer, Gerhard; Rehm, Jürgen (2011): PREMOS Schlussbericht. Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatment – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht PREMOS -
_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf), zuletzt abgerufen am 28.04.2022.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
