

Gesellschaft

CBP sieht Vorteile eines
möglichen Pflichtjahres

S. 3

Geflüchtete

Hilfe für Ukrainer:innen
in CBP-Einrichtungen

S. 16

CBP-Info

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.

Fachkräfte unterstützen
Menschen mit Behinde-
rungen auch bei der
medizinischen Behand-
lung und Pflege.



**Gesundheit
und Pflege**
Schwerpunkt ab
S. 6

Liebe Leserinnen und Leser, gesund sein, bei Krankheit eine adäquate medizinische Diagnostik und Behandlung erhalten, fachlich nach den aktuellen Standards gepflegt werden – dies alles sind Anliegen, die Menschen mit Behinderung ganz selbstverständlich haben wie alle anderen auch. Jedoch ist es für Menschen mit Behinderung häufig nicht einfach und auch nicht selbstverständlich, ihren – rechtlichen – Anspruch auf ärztliche Behandlung oder auf kompetente Pflege einzulösen. Woran liegt das?

Unsere Sozialgesetzgebung unterscheidet zwischen verschiedenen Bedarfen eines Menschen: Medizinische Ansprüche werden im Krankenversicherungsrecht (SGB V) geregelt, die Bedarfe zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Rehabilitations- und Teilhaberecht (SGB IX), die Finanzierung von Pflegeleistungen im Pflegeversicherungs-

recht (SGB XI). Von einer Logik der Zuständigkeit her betrachtet, mag dies richtig sein; jedoch lassen sich menschliche Bedürfnisse nicht in eindeutige Kategorien pressen. Gerade bei Menschen mit mehrfacher Behinderung und komplexen Bedarfen bestehen große Schnittmengen zwischen pflegerischen und medizinischen Notwendigkeiten. Jurist:innen sprechen hier von Schnittstellen in der Gesetzeslogik; erfahrungsgemäß bestehen diese Schnittstellen sehr lange und sind schwer aufzulösen. Daher stellt sich die Frage, ob wir nicht eher von Schnittmengen als von Schnittstellen sprechen sollten: Pflegerische Erfordernisse und Teilhabebedürfnisse sind häufig zwei Seiten derselben Medaille; sie dürfen sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern müssen zusammenkommen können, idealerweise ineinander integriert erbracht von einem Leistungserbringer – aus einer Hand. »

Ein weiteres, immer wieder schwieriges Thema ist die medizinische Diagnostik und Therapie für Menschen mit mehrfacher Behinderung; viele Angehörige – aber auch die Mitarbeitenden unserer Einrichtungen und Dienste – wissen, wie schwierig es ist, mit den medizinischen Bedürfnissen mehrfach behinderter Menschen Zeit, Raum und Gehör zu finden im Medizinbetrieb eines großen Klinikums, einer Facharztpraxis oder auch „nur“ bei der Physiotherapie.

Nach wie vor gibt es viel zu wenige Medizinische Zentren für die Behandlung erwachsener Menschen mit Behinderungen (MZEB), die Zulassungsausschüsse entscheiden hier regional sehr unterschiedlich, so dass die Landschaft – wie in vielen anderen Versorgungsstrukturen auch – einem Flickenteppich gleicht. Auch kommt das Thema Behinderung in der Ausbildung von Ärzt:innen – insbesondere hinsichtlich genetisch bedingter Syndrome – kaum vor. Ausstattung und Organisation ärztlicher Betriebe sind in aller Regel nicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit mehrfacher Behinderung ausgelegt. Es fehlt an Zeit und Know-how für Menschen, die Aufforderungen nicht unmittelbar nachkommen, ärztliche Anweisungen nicht direkt umsetzen und nicht in erwarteter Weise beispielsweise bei der Diagnostik mitwirken können. Was lässt sich da tun?

Es hilft meiner Erfahrung nach nur, aktiv regionale Bündnisse und Partnerschaften mit Kliniken und niedergelassenen Ärzt:innen zu schmieden, ins Gespräch zu gehen, Bedarfe und Herausforderungen zu erläutern und in die Entwicklung von Lösungen mit einzusteigen. Wie so oft müssen wir als Leistungserbringer hier für unsere Zielgruppe(n) initiativ werden, da ihre Bedürfnisse sonst nicht wahrgenom-

men werden. Wenn die richtigen Akteure zu Partnerschaften zusammenfinden, wird viel möglich, auch mit dem bestehenden Recht und seinen zahlreichen Schnittstellen.

Der CBP wird immer wieder auf die medizinischen und pflegerischen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung sowie auf die großen Schnittmengen der Themen „Gesundheit – Pflege – Teilhabe/Reha“ aufmerksam machen.

Ein gut koordiniertes Zusammenwirken der Disziplinen – mit möglichst viel „Hilfen aus einer Hand“ – ermöglicht es Menschen mit Behinderung, gesund zu bleiben, Pflege zu erhalten und teilzuhaben am Leben in der Gesellschaft. Sehen die Disziplinen ihre Schnittmengen und das große Potenzial ihrer gegenseitigen Ergänzung, dann wird für Menschen mit Behinderung vieles möglich.

Dass der Gesetzgeber weiterhin an der Beseitigung rechtlicher Hürden und Schnittstellen, die oft echte Leistungs- und auch Teilhabehindernisse sind, arbeiten muss, versteht sich von selbst. Wir werden ihn immer wieder daran erinnern!

Ihr
Wolfgang Tyrychter



Wolfgang Tyrychter

Vorsitzender des CBP

E-Mail: wolfgang.tyrychter@drw.de

Inhalt

3 CBP begrüßt die Idee eines sozial-ökologischen Pflichtjahrs für junge Menschen

4 Personalmangel in der Eingliederungshilfe gefährdet schon heute Angebote

5 Notstand bei Sozialwohnungen

Schwerpunkt: Gesundheit und Pflege

6 Rechtliche Einordnung der Gesundheitsorge – einer Grundaufgabe der Eingliederungshilfe

10 Die neue Assistenzleistung Begleitung im Krankenhaus: Rechtspraktische Hinweise

13 Aktionsplan Gesundheit der Ampelkoalition: Forderungen des CBP

14 Wohngemeinschaften mit ambulanter Leistungserbringung aus einer Hand

15 Angehörigenbeirat im CBP teilt die Sorge um Personalgewinnung

16 Ukrainische Flüchtlinge in CBP-Mitgliedseinrichtungen

18 Erinnerungskultur: Stiftung Liebenau bietet eine inklusive Workshop-Reihe

19 Aus dem Verband

20 Nachgedacht/Impressum

CBP begrüßt Diskussion um eine allgemeine Dienstpflicht

Ein verpflichtendes sozial-ökologisches Jahr könnte junge Menschen bereichern und Angebote für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung unterstützen.

Der CBP hat die Mitte Februar getätigten Aussagen von Verteidigungsminister Boris Pistorius begrüßt, wonach dieser sich für die Diskussion um eine allgemeine Dienstpflicht ausspricht und gute Argumente für deren Einführung sieht. Der Bundesminister verspricht sich davon eine Stärkung von Katastrophenschutz, Bundeswehr und Rettungsdiensten. Doch vor allem könnte ein verpflichtendes sozial-ökologisches Jahr nach Ansicht des CBP junge Menschen bereichern sowie Einrichtungen und Dienste des Sozial- und Gesundheitswesens, beispielsweise in der Eingliederungshilfe, unterstützen.

Die soziale Kompetenz junger Menschen fördern

Der CBP schlägt daher die Schaffung eines rechtlich verbindlichen Rahmens für ein verpflichtendes sozial-ökologisches Jahr für alle jungen Menschen vor, die zu einem noch zu definierenden Stichtag das 18. Lebensjahr vollendet und das 27. Lebensjahr noch nicht abgeschlossen haben. Auf diese Weise hätten junge Menschen die Chance, Gemeinschaft zu spüren, Mitmenschlichkeit zu erleben sowie zu lernen, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Im Anschluss an eine Schulzeit, die in den Jahren der Coronapandemie neben Theorievermittlung auch von sozialer Distanz geprägt war, wären das nach Überzeugung des CBP wichtige Erfahrungen zur Stärkung emotionaler und sozialer Kompetenz.

Verteidigungsminister Pistorius hatte in seiner Äußerung betont, dass er sich ausdrücklich nicht für die Reaktivierung der Wehrpflicht ausgesprochen habe, aber die Diskussion um eine allgemeine Dienstpflicht für wertvoll halte. Für eine politische Meinungsbildung in dieser Frage müsse jedoch die Stimme der jüngeren Menschen gehört werden. Der CBP pflichtet dem bei und sähe für junge Menschen eine Chance darin, durch ein sozial-ökologisches Jahr verschiedene Facetten des Lebens kennenzulernen und ihren Blick für die Gesamtheit der Gesellschaft zu erweitern. Der Verband ist überzeugt, dass sowohl unsere Gesellschaft als auch die jungen Menschen selbst davon nur profitieren können, denn daraus kann sich eine Chance für ihre berufliche Orientierung und ihre persönliche Einstellung entwickeln.

Ein verpflichtendes sozial-ökologisches Jahr könnte soziale Berufe bei jungen Menschen im Anschluss an ihre Schulzeit besser bekannt machen und ihnen auch erste persönliche Erfahrungen mit einer

Tätigkeit im Sozial- und Gesundheitswesen, insbesondere in der Eingliederungshilfe, ermöglichen. Würde die Zeit als Anerkennungsjahr gelten oder auf die Wartezeit für die Zulassung zum Studium angerechnet werden, könnte den jungen Menschen ein zusätzlicher, echter Vorteil entstehen. Und natürlich wäre über die Ausgestaltung einer akzeptablen Vergütung nachzudenken, die beispielsweise analog zu der im bisherigen Bundesfreiwilligendienst angelegt sein könnte.

Entlastung im Sozial- und Gesundheitswesen

Eine allgemeine Dienstpflicht würde womöglich auch positive Auswirkungen auf die personelle Situation im Sozial- und Gesundheitsbereich haben. Denn der Arbeits- und Fachkräftemangel ist seit Jahren das größte Problem vieler Einrichtungen und Dienste, verstärkt nicht zuletzt durch die Abschaffung des Zivildienstes vor einigen Jahren. Bereits jetzt werden Angebote für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung aufgrund fehlenden Personals eingestellt. Es ist damit zu rechnen, dass sich dieses Problem in den kommenden Jahren weiter verschärfen wird. **ths**

Bild DCV/KNA, Harald Oppitz



Ein Jahr lang könnten junge Menschen auf Tuchfühlung gehen mit Klient:innen und auch mit Berufsmöglichkeiten in der Eingliederungshilfe.

Personalmangel gefährdet schon jetzt Angebote in der Eingliederungshilfe

CBP-Appell an die Politik: Einrichtungen und Dienste brauchen dringend Arbeits- und Fachkräfte!

Der akute Personalmangel im Sozial- und Gesundheitswesen gefährdet zunehmend die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe. Darauf hat der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP) die Politik hingewiesen und sich mit einer dringenden Problemanzeige an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gewandt. Bereits jetzt werden Angebote für Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen aufgrund fehlenden Personals eingestellt.

Dabei ist die Entwicklung nicht neu: Der Mangel an qualifizierten Fachkräften nimmt seit Jahren stetig zu und hat nun ein Ausmaß erreicht, bei dem die Versorgung von Kindern in Kitas, von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen und durch Dienste der Eingliederungshilfe, von Patient:innen in Kliniken und Praxen sowie von pflegebedürftigen Menschen in der ambulanten und stationären Pflege

Bild Cornelia Suhan/CBP



Ausländische Arbeits- und Fachkräfte sind begehrt, die bürokratischen Hürden immer noch hoch.

erheblich gefährdet ist. Insbesondere die Behindertenhilfe und die Sozialpsychiatrie benötigen auch dringend Arbeits- und Fachkräfte.

Zuwanderung von Fachkräften als Lösungsansatz

Im Sommer 2022 bekräftigte das BMAS gemeinsam mit dem Bundesinnenministerium durch die Eckpunkte zur Gewinnung von Fachkräften das Interesse, bürokratische Hürden bei der Gewinnung und Beschäftigung ausländischer Arbeits- und Fachkräfte zu minimieren. Dieses Ziel wird mit den Gesetzentwürfen zur Zuwanderung verfolgt.¹ Dies hat der CBP mit seinen mehr als 1100 Mitgliedern, die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe betreiben und über 97.000 Mitarbeitende beschäftigen, sehr begrüßt, denn ohne Arbeits- und Fachkräfte aus dem Ausland wird es in naher Zukunft nicht möglich sein, die Versorgung von über 200.000 Menschen mit Behinderung sicherzustellen. Dies muss nun jedoch zügig und unbürokratisch umgesetzt werden.

Die personelle Situation im Sozialbereich, insbesondere in der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie, ist bereits jetzt derart prekär, dass in allen oben genannten Leistungsbereichen des Sozial- und Gesundheitswesens derzeit Öffnungszeiten reduziert, Betten nicht belegt, Gruppen, Stationen und auch ganze Einrichtungen – nicht nur vorübergehend – geschlossen werden. Die Lage ist vielerorts dramatisch.

Der Arbeits- und Fachkräftemangel im Sozialwesen ist nach Überzeugung des CBP eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung, die sektorenübergreifend angegangen werden muss. Der stete Ausbau des Leistungsspektrums, zum Beispiel in der Kinderbetreuung, verschärft die Verknappung des Personals in allen Bereichen der Sozialwirtschaft weiter. Die Situation erfordert entschlossenes Handeln und die Bereitschaft, gemeinsam nach geeigneten Wegen zur Bewältigung des Problems zu suchen. Schnelle Lösungen sind – nicht zuletzt aufgrund der demografischen Entwicklung in unserer Gesellschaft – nicht zu erwarten. Umso mehr kommt es darauf an, dass die Politik jetzt zügig Entscheidungen trifft und Maßnahmen ergreift, um das Personalproblem des Sozial- und Gesundheitswesens zu beheben. **ths**

Anmerkung

1. Vgl. die Pressemitteilung des BMAS vom 30. November 2022 per Kurzlink: <https://bit.ly/3LBFHYf>

50 Milliarden Euro gefordert – um die Sozialwohnungsnot noch zu bremsen

Nachdem eine Studie für 2023 ein Rekord-Wohnungsdefizit von über 700.000 Wohnungen ermittelt hat, fordert „Soziales Wohnen“ ein kraftvolles und schnelles Gegensteuern der Politik.

„Soziales Wohnen“, ein Bündnis aus Mieterbund, Baugewerkschaft, Sozial- sowie bauwirtschaftlichen Verbänden (vgl. CBP-Info 4/2022, S. 6 f.) warnte am 12. Januar 2023 in Berlin vor einer „neuen und in ihrer Dimension beängstigenden Sozialwohnungsnot“ in diesem Jahr. Hintergrund ist eine Wohnungsbau-Studie, die das Verbändebündnis „Soziales Wohnen“ beim Pestel-Institut (Hannover) und beim Bauforschungsinstitut ARGE (Kiel) in Auftrag gegeben hatte. Als Reaktion auf die Ergebnisse der Untersuchung fordert das Bündnis den Bund und die Länder zu einer gemeinsamen „Sozialwohnungsbau-Offensive“ auf. Der Staat müsse dringend ein Sondervermögen „Soziales Wohnen“ schaffen. Erforderlich seien hierfür in einem ersten Schritt 50 Milliarden Euro bis zum Jahr 2025.

Nur so könne es gelingen, bis zum Ende der laufenden Legislaturperiode den Neubau von 380.000 Sozialwohnungen noch zu schaffen, so das Bündnis „Soziales Wohnen“. Nach einem „gescheiterten Sozialwohnungsbau-Jahr 2022“, in dem nur rund 20.000 Sozialwohnungen neu gebaut wurden, würde die Ampel-Koalition damit ihr Versprechen von 400.000 neuen Sozialwohnungen überhaupt noch halten können.

Bund muss den Löwenanteil finanzieren

Dazu notwendig sei es allerdings, dass der Bund – auf der Grundlage seiner Finanzierungsvereinbarung mit den Ländern – den Großteil des Sondervermögens bereitstelle: Er müsse gut Dreiviertel der Summe – nämlich mindestens 38,5 Milliarden Euro – aufbringen. Und das möglichst rasch. Ziel des Sonderfonds müsse es sein, „den zu erwartenden Kollaps auf dem sozialen Wohnungsmarkt abzuwenden“, erklärte das Bündnis „Soziales Wohnen“ auf seiner Pressekonferenz in Berlin (<https://bit.ly/3FDmIIZ>).

Das Bündnis verfolgt das Ziel, den sozialen Wohnungsbau deutlich zu beleben. Die Maßgabe dabei: „Vorfahrt für den sozialen Wohnungsbau“. Denn es komme jetzt darauf an, zu verhindern, dass der Neubau von Sozialwohnungen „im Krisenjahr 2023 völlig auf der Strecke bleibt“. Deshalb fordert das Bündnis auch die Absenkung der Mehrwertsteuer von 19 auf 7 Prozent für den sozialen Wohnungsbau. Eine ebenso wichtige Forderung ist die deutlich raschere Bearbeitung von Förderanträgen: Hier müsse dringend ein „Bürokratiebeschleuniger“ eingebaut werden. Vorbild dabei sei das Land Schleswig-Hol-

Bild Adobe Stock/Jürgen Fäliche



Wenig Interesse an einer Kontaktaufnahme zum potenziellen Mieter, denn bezahlbare Wohnungsangebote sind längst vergeben.

stein, wo die Bearbeitung eines Förderantrags für den Bau von Sozialwohnungen in der Regel nicht länger als vier Wochen dauere.

Darüber hinaus sollen Baurecht und Bebauungspläne den sozialen Wohnungsbau künftig stärker in den Fokus rücken: Ziel müsse es sein, den Bau von Sozialwohnungen deutlich zu erleichtern. Hierzu soll auch ein Sonderprogramm beitragen, das ein Überwechseln vom regulären Mietwohnungsbau zum sozialen Wohnungsbau unterstützt: Aus geplanten, aber noch nicht fertig gebauten Wohnhäusern sollen dabei geförderte Sozialwohnungen entstehen. Damit soll der Trend gestoppt werden, dass Bauprojekte in der Krise aus finanziellen Gründen immer häufiger komplett auf Eis gelegt werden. Und es müsse bundesweit in allen Kommunen „Wohn-Härtefallkommissionen“ geben. Diese würden dann, so das Bündnis, über ein Zehnprozentkontingent der zu vergebenden Sozialwohnungen entscheiden und gezielt benachteiligte Bevölkerungsgruppen – beispielsweise Menschen mit Behinderung – bei der Wohnungsvergabe berücksichtigen.

- ♦ Mehr Informationen zur Studie „Bauen und Wohnen in der Krise“ unter: www.bauen-und-wohnen-in-deutschland.de
- ♦ Die fünf Forderungen des Verbändebündnisses „Soziales Wohnen“ sind auf der CBP-Website zu finden. ths

Gesundheitspflege ist ein Grundpfeiler der Assistenz

Menschen mit Behinderung benötigen oft ein erhöhtes Maß an Gesundheitspflege.

Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung im Alltag. Art. 25 und 26 UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)¹ garantieren allen Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung die Gesundheitsversorgung in derselben Qualität und auf demselben Standard wie für andere Menschen, zudem auch gesundheitliche Leistungen, die Menschen mit Behinderung speziell wegen ihrer Beeinträchtigungen benötigen. Diesen menschenrechtlichen Anforderungen wird das Gesundheitssystem in Deutschland aufgrund der mangelhaften inklusiven gesundheitlichen Versorgung und Rehabilitation bisher nicht gerecht.²

Gesundheitspflege gehört zu den Aufgaben der Eingliederungshilfe

Im Gesetzgebungsverfahren zum Bundesteilhabegesetz (BTHG)³ standen Aspekte der Leistungen zur Gesundheitspflege für Menschen mit Behinderung im Mittelpunkt der Beratungen, um dem vorzubeugen, dass dieser wichtige Komplex außer Acht bleiben und ausschließlich auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung über die medizinische Rehabilitation beschränkt werden könnte.⁴ Schließlich wurden die Leistungen zur Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen als Bestandteil der Leistungen zur Sozialen Teilhabe in § 78 SGB IX gesetzlich festgelegt. Aufgrund der menschenrechtlichen Dimension der gesundheitsbezogenen Leistungen ist die vollständige Umsetzung des BTHG auch unter diesem Gesichtspunkt erforderlich, zumal durch das Gesetz die Umsetzung der UN-BRK und die Verbesserung der Lebenslagen der Menschen mit Behinderung programmatisch verankert wurden.⁵

Untrennbar vom Kontext der Teilhabe

Die Gesundheitspflege ist unter der eingliederungshilfe-spezifischen Dimension zu sehen und bei der Leistungserbringung zu konkretisieren, und zwar mit Blick auf die Definition der Gesundheitspflege im Kontext der Teilhabe.

Der Begriff Gesundheitspflege wird unterschiedlich definiert. Im Rahmen der zivilrechtlichen Betreuung können die Aufgaben der Gesundheitspflege dem:der rechtlichen Betreuer:in gerichtlich zugewiesen werden.⁶ Diese:r ist verantwortlich für die gesundheitlichen Belange des betreuten Menschen. Allerdings bezieht sich seine:ihre

Verpflichtung auf die Sicherstellung dieser Leistungen zugunsten der betreuten Person, nicht auf die Erbringung dieser Leistungen. Ein Betreuer hat beispielsweise für den Krankenversicherungsschutz des Betreuten zu sorgen oder der ärztlichen Behandlung zuzustimmen.

Auf der individuellen Ebene ist die Gesundheitspflege die Kompetenz einer Person, sich aus eigener Motivation, aus eigener Initiative und in eigener Verantwortung um die Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit zu kümmern oder nach besten Kräften an deren Wiederherstellung nach Krankheit oder Unfall mitzuwirken.⁷ In diesem Kontext wird von jedem und jeder Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erwartet, dass er:sie das Auftreten von Beschwerden oder Krankheiten erkennt und diese untersucht und behandeln lässt, für die eigene Gesundheit sorgt und möglichen Krankheiten vorbeugt. Diese Fähigkeit wird als die Eigenverantwortung in § 1 SGB V erfasst. Unter dieser Voraussetzung beschränkt sich das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich auf die Vorbeugung, Behandlung und Milderung von Krankheiten und die Verbesserung des Gesundheitszustands im Sinne des § 1 SGB V. Der Leistungskatalog des SGB V ist aus diesem Grund auf bestimmte Leistungen wie zum Beispiel der haus- und der fachärztlichen Versorgung, der Hilfs- und Heilmittelversorgung sowie der medizinischen Behandlung in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen nach SGB V beschränkt.

Um Leistungen zur gesundheitlichen Versorgung in Anspruch nehmen zu können, benötigen viele Menschen mit Behinderung weitergehende Assistenz, wenn sie keine adäquate Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld beispielsweise durch die Angehörigen finden. Im System der gesetzlichen Krankenversicherung werden die umfassenden Unterstützungsleistungen im Vorfeld der Inanspruchnahme von Leistungen grundsätzlich nicht erbracht. Die gesetzliche Krankenversicherung beschränkt sich auf die eigentlichen Leistungen, das heißt die medizinische Behandlung, und nicht auf die vorgehende Unterstützung wie zum Beispiel die Koordination und Organisation von Arztterminen. Die gesetzliche Pflegeversicherung beschränkt sich ebenfalls auf bestimmte Leistungen, die keine ganzheitliche Assistenz ermöglichen.

Menschen mit geistiger Behinderung benötigen häufig in besonderem Maße zeitweilig oder langfristig umfassende Unterstützung in

unterschiedlicher Form. Häufig treten bei ihnen neben den gewöhnlichen Alltagskrankungen weitere chronische Beeinträchtigungen der Gesundheit sowie Pflegebedürftigkeit auf. Das Leben vieler Menschen mit Behinderung ist von der Bewältigung komplexer Krankheitsbilder im Alltag gekennzeichnet. Aus diesem Grund ist die volle und wirksame gleichberechtigte Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung von besonderer Bedeutung beim Verwirklichen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gemäß § 1 SGB IX. Doch das gesundheitliche System in Deutschland ist nur bedingt zugänglich für Menschen mit geistiger Behinderung, zum Beispiel durch das Fehlen barrierefreier Heilmittel, durch Beschränkungen beim Bewilligen individueller geeigneter Hilfsmittel, durch Kommunikationsbarrieren bei der Koordination von Terminen und der medizinischen Behandlung etc. Menschen mit geistiger Behinderung benötigen häufig im Alltag individuelle Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung, etwa durch die barrierefreie Information über Möglichkeiten der ärztlichen Behandlung, durch Kommunikationshilfen bei der Organisation und bei der Begleitung zu Terminen, durch barrierefreie Beratung beim Erkennen von Krankheitsanzeichen oder durch Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten.

In diesem Kontext kommen die Leistungen der Gesundheitsorge im Rahmen der Eingliederungshilfe in Betracht, die erst die Voraus-

setzung für den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung sind: Sie sollen die Versicherten mit Behinderung individuell befähigen, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Bis zur Verabschiedung des BTHG wurden die Unterstützungsleistungen im Alltag zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Bewältigung und Milderung von Krankheiten durch die Sozialhilfe im Rahmen des § 53 SGB XII vollständig gedeckt und gehörten zum Bestandteil der komplexen Leistungen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Nunmehr besteht die Notwendigkeit der Erfassung und Konkretisierung dieser Leistungen im neuen Eingliederungshilferecht.

Gesundheitsorge im SGB IX

Mit der Verabschiedung des BTHG wurden die Leistungen zur Gesundheitsorge als Teilhabeleistungen im System der neuen Eingliederungshilfe neu geregelt. Die Teilhabeleistungen sind in § 4 SGB IX definiert und umfassen unter anderem „die notwendigen Sozialleistungen, um – unabhängig von der Ursache der Behinderung – die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“⁸.

Die Leistungen zur Teilhabe sind in bestimmte Leistungsgruppen aufgeteilt, unter anderem in Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 Nr. 1 SGB IX) und Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§ 5

Bild DCV/KNA, Harald Oppitz



Oft kann erst die Begleitung durch eine Bezugsperson – Angehöriger oder Mitarbeitender – den Erfolg einer therapeutischen Maßnahme sichern.

Nr. 5 SGB IX). Bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 42 ff SGB IX handelt es sich um Maßnahmen der kurativen Behandlung und Rehabilitation, die in SGB V geregelt sind. Sonstige gesundheitsbezogene Leistungen, die nicht unmittelbar zur kurativen Medizin gehören, aber für die Förderung der Teilhabe und für das Alltagsleben für die Menschen mit Behinderung notwendig und zweckmäßig sind, werden als Leistungen zur Sozialen Teilhabe in § 78 SGB IX geregelt. Gesundheitsbezogene Leistungen werden als Teilhabeleistungen in § 78 SGB IX ausdrücklich wie folgt erfasst:

„(1) Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages...werden Leistungen zur Assistenz erbracht. Diese umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltages wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen.“

Die gesundheitsbezogenen Leistungen sind Assistenzleistungen und sollen die Ziele der Eingliederungshilfe verfolgen, die in § 90 SGB IX festgelegt sind. Besondere Aufgabe der Leistungen zur Sozialen Teilhabe ist es nach § 90 Abs. 5 SGB IX, „die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern“. Es geht also vorrangig um die gleichberechtigte Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung und um die hierzu benötigte individuelle Assistenz für Menschen mit geistiger Behinderung.

Abgrenzung von Leistungen

Zur Abgrenzung der Leistungen von der medizinischen Rehabilitation nach SGB V ist es wichtig festzustellen, dass es sich bei gesundheitsbezogenen Leistungen um „medizinnahe“ Leistungen der Eingliederungshilfe handelt, die im Rahmen der Teilhabeförderung erfolgen. Diese sind zum Beispiel:

- ◆ Leistungen im Alltag, die unmittelbar der Gesundheit oder Bewältigung von Krankheit dienen: Deuten von Krankheitsanzeichen, Messen der Körpertemperatur, Deuten von Schmerzen;
- ◆ Information und Beratung zu Gesundheits- und Krankheitsfragen;
- ◆ Anleiten und Befähigen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit;
- ◆ Begleitung während Krankheitsphasen;
- ◆ Unterstützung beim Erkennen von medizinischem Bedarf;
- ◆ Leistungen, die die Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen im Gesundheitssystem ermöglichen: Organisation von Arztterminen oder von therapeutischen Leistungen, Vorbereitung auf Arztbesuche und Begleitung, Beförderung;
- ◆ Nachsorge zur Sicherung des Behandlungserfolgs: Unterstützung beim Befolgen ärztlicher Weisungen und Verordnungen;
- ◆ Gesundheitsförderung im Alltag: Bewegung und Gymnastik, Ernährungsberatung;

- ◆ Befähigende Unterstützung bei der Übernahme von Eigenverantwortung für die gesundheitsorientierte Lebensgestaltung.

Um die Schnittstellenproblematik zu bewältigen, ist es sehr sinnvoll, diese Leistungen bei der Bedarfsermittlung mit den zuständigen Leistungsträgern und für sie bindend festlegen zu lassen. Die Abgrenzung der Leistungen kann zweckbezogen erfolgen. Primär gelten für die Fachleistungen der Eingliederungshilfe die Teilhabeziele.

Zur Abgrenzung der Leistungen der Eingliederungshilfe von Pflegeleistungen nach SGB XI ist es wichtig festzustellen, dass es sich bei Fachleistungen um Leistungen der Eingliederungshilfe handelt, die im Rahmen der Teilhabeförderung erfolgen und die Pflege beinhalten. Diese sind zum Beispiel:

- ◆ Leistungen im Alltag zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die unmittelbar der Gesundheit oder der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit dienen;
- ◆ Information und Beratung zu Pflege;
- ◆ Anleitung und Befähigung im Umgang mit der Pflegebedürftigkeit;
- ◆ Leistungen, die die Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen ermöglichen;
- ◆ Gesundheitsförderung im Alltag: Bewegung und Gymnastik, Ernährung;
- ◆ Befähigende Unterstützung bei der Übernahme von Verantwortung für die gesundheitsorientierte Lebensgestaltung.

Neue Leistungen zur Assistenz im Krankenhaus

Seit dem 1. November 2022 gelten neue Regelungen, welche die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus verbessern können:

- ◆ **Krankengeld für Begleitpersonen/Angehörige bei Krankenhausbehandlung von Menschen mit Behinderungen**

Bei der Assistenz für Menschen mit Behinderung durch Angehörige gilt eine neue Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt wurde.⁹ Diese Richtlinie gilt nur für Fallkonstellationen der Assistenz durch Angehörige oder nahe Bezugspersonen nach § 44 b SGB V, nicht aber dann, wenn die Assistenz durch Mitarbeitende der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe erfolgt. Demnach haben seit dem 1. November 2022 Begleitpersonen von Menschen mit Behinderung (Angehörige, Bezugspersonen aus dem nahen Umfeld) bei einem Verdienstausschlag Anspruch auf Krankengeld. Die Richtlinie legt fest, wann eine Begleitung erforderlich ist: Bei einem Krankenhausaufenthalt muss sie als medizinisch notwendig erachtet werden. Dies kann bei Menschen gegeben sein, die aufgrund einer schweren geistigen Behinderung oder aufgrund von Kommunikationsbarrieren durch eine vertraute Bezugsperson unterstützt werden müssen. In folgenden Fällen kommt diese Begleitung in Betracht:

- a) bei Krankenhausbehandlung, um eine Verständigung mit der erkrankten Person zu gewährleisten,

- b) Begleitung, damit die erkrankte Person die mit ihrer Krankenhausbehandlung verbundenen Belastungssituationen besser meistern kann,
- c) um die erkrankte Person während der Krankenhausbehandlung in das therapeutische Konzept einbeziehen zu können.

♦ Assistenz im Krankenhaus durch Mitarbeitende der Eingliederungshilfe

Die Assistenz durch Mitarbeitende einer Einrichtung/eines Dienstes kann ebenfalls ab dem 1. November 2022 erfolgen. § 113 Abs. 6 beziehungsweise 7 SGB IX regelt die Erbringung dieser Assistenzleistung im Rahmen der Eingliederungshilfe nicht. Vielmehr sollen die Feststellungen zur Notwendigkeit der Assistenz Gegenstand des Gesamtplanverfahrens sein und auf diese Weise auch Gegenstand der Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen werden. Für die Finanzierung der Assistenz ist die Anpassung der Landesrahmenverträge zwecks Aufnahme der Regelung der Assistenz erforderlich.

Seit dem 1. November 2022 haben Leistungsberechtigte einen Rechtsanspruch auf Assistenz im Krankenhaus und darauf, dass dieser Bedarf bereits im Rahmen des Gesamtplanverfahrens festgestellt wird. Die Kriterien hierfür sind mit dem Träger der Eingliederungshilfe auszuhandeln. Sollte keine Anpassung der Verträge erfolgen, wären die Leistungserbringer gegebenenfalls im Rahmen der Gesamtverantwortung (meistens bisher in Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen so geregelt) verpflichtet, die Assistenzleistungen im Krankenhaus aus ihren bisherigen Vergütungen zu finanzieren.

Der CBP hat gemeinsam mit den Fachverbänden eine Handreichung zur Assistenz im Krankenhaus erarbeitet¹⁰, mit folgenden Anlagen:

- ♦ Anlage 1 – Gesetzestext und Begründung;
- ♦ Anlage 2 – Konkrete Beispiele für das Vorliegen von Begleitungsbedarf;
- ♦ Anlage 3 – Beschreibung des Personenkreises nach der ICF-Klassifikation;
- ♦ Anlage 4 – Beispiele für mögliche Leistungen der Begleitperson;
- ♦ Anlage 5 – Checkliste für das Gesamtplanverfahren.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) hat als Gemeinschaft der Leistungsträger der Eingliederungshilfe Empfehlungen zur Assistenz im Krankenhaus mit unter anderem folgenden Festlegungen herausgegeben:

- ♦ Die Assistenz kommt nur bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung in Betracht.
- ♦ Die Notwendigkeit der Begleitung ist zum Beispiel gegeben, wenn nur dank ihr die Verständigung der Menschen mit Behinderung oder ihre Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen gewährleistet werden kann.
- ♦ Die vertraute Bezugsperson muss bereits Leistungen der Eingliederungshilfe im Alltag erbringen, ist also Mitarbeitende eines Leistungserbringers.

- ♦ Es wird auch geprüft, ob die Möglichkeit der Begleitung durch Angehörige besteht.

Weiterentwicklungsbedarf der Gesundheitsvorsorge

Die Ausgestaltung des Gesundheitssystems in Deutschland muss weiterentwickelt werden, damit die individuelle – häufig lebenslange – gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung gewährleistet werden kann. Wichtige Voraussetzungen dafür sind die Barrierefreiheit medizinischer Leistungen und Einrichtungen und die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln im Alltag. Die gesundheitliche Versorgung erfolgt im Alltag als Kombination aus vielen Leistungen, zum Beispiel durch Ärzt:innen im Rahmen der Leistungen nach SGB V, durch Pflegedienste sowie durch Einrichtungen und Dienste, die im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB IX agieren. Wenn sich alle Akteur:innen in einem Verfahren bei der Bedarfsermittlung auf die Gewährung passender Leistungen einigen, kann das die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessern. Und ließe sich die Schnittstellenproblematik durch die individuelle Feststellung von Leistungen im Einzelfall reduzieren, dann würde das gesamte Gesundheitssystem vielleicht auch ein Stückchen „gesünder“.

Janina Bessenich

Geschäftsführerin/Justiziarin

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.

E-Mail: janina.bessenich@caritas.de

Anmerkungen

1. Weitere Informationen zur UN-Behindertenrechtskonvention per Kurzlink: <https://bit.ly/3ZbK92W>
2. Vgl. ForseA-Studie 2007, S. 8 ff.: BUDRONI, H.: *Ich muss ins Krankenhaus ... und nun? Dokumentation der qualitativen und quantitativen Befragung behinderter Menschen und Pflegepersonen*. Per Kurzlink: <https://bit.ly/3JAYoJ1>
3. Vollständige Bezeichnung: *Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung*. In: BGBl. 2016 Teil 1 Nr. 66 vom 29. Dezember 2016; per Kurzlink: <https://bit.ly/3ndcJUt>
4. FACHVERBÄNDE FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG: *Argumentationshilfe zu gesundheitsbezogenen Aspekten im Bundesteilhabegesetz*. 17.11.2016; per Kurzlink: <https://bit.ly/3n2KUxQ>
5. Bundestags-Drucksache 19/6929, S. 2; per Kurzlink: <https://bit.ly/3Ty1Zfk>
6. §§ 1896, 1901 BGB ff, vgl. www.betreuerrecht.de/aufgabenkreise-des-betreuers/gesundheitsvorsorge.html
7. FACHVERBÄNDE FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG: *Argumentationshilfe zu gesundheitsbezogenen Aspekten im Bundesteilhabegesetz*. A.a.O.
8. § 4 SGB IX; zu finden unter: www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/4.html
9. Die Richtlinie ist zu finden unter: www.g-ba.de/beschluesse/5595
10. Download per Kurzlink: <https://bit.ly/42rj7HE>

Assistenz im Krankenhaus: Was Leistungserbringer beachten sollten

Die neue Assistenzleistung der Begleitung bei einem Krankenhaus-Aufenthalt müssen Leistungserbringer der Eingliederungshilfe (EH) umgehend auf mehreren vertraglichen, finanziellen und organisatorischen Ebenen verankern. Hier einige rechtliche Hinweise für die Praxis.

Wie schon im vorigen Beitrag dargestellt, wird die Begleitung von Menschen mit Behinderung bei einer stationären Krankenhausbehandlung seit dem 1. November 2022 finanziert, wenn sie auf Grund der behinderungsbedingten besonderen Bedürfnisse erforderlich ist. Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung haben eine umfangreiche Handreichung zum Thema Assistenz im Krankenhaus erstellt (Download per Kurzlink: <https://bit.ly/3m143A2>). Der vorliegende Beitrag stellt kurz die wichtigsten Handlungsschritte für Leistungserbringer dar, die bei der Umsetzung des Anspruchs auf Assistenz im Krankenhaus in den Blick genommen werden müssen.

Gesetzliche Grundlagen für die Begleitung durch Mitarbeitende von Leistungserbringern

Rechtsgrundlage für die Unterstützung durch eine:n Mitarbeiter:in eines EH-Leistungserbringers ist § 113 Abs. 6 SGB IX. Voraussetzung für die (auch stundenweise) Kostenübernahme durch den Träger der EH ist, dass die begleitete Person EH-Leistungen bezieht und die Begleitung zum Sicherstellen der Durchführung der Behandlung „auf Grund des Vertrauensverhältnisses des Leistungsberechtigten zur Bezugsperson und auf Grund der behinderungsbedingten besonderen Bedürfnisse erforderlich“ ist (ebd.). Die Begleitung ist nach der Gesetzesbegründung beispielsweise zum Zweck der Verständigung oder zum Zweck der Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen erforderlich. Aber auch viele andere Fallkonstellationen sind denkbar, die von dem Gesetzeswortlaut gedeckt sind. Der Umfang der Begleitungsleistung im Krankenhaus richtet sich danach, welche Beeinträchtigungen bei dem:der Leistungsberechtigten bestehen und wie das Ziel der Begleitung – das Durchführen der Behandlung sicherzustellen – erreicht werden kann.

Wichtig ist, dass pflegerische Unterstützungsleistungen von der Begleitungsleistung nach dem Gesetz grundsätzlich ausgeschlossen sind. Nach Auffassung der Fachverbände für Menschen mit Behinderung kann es aber sinnvoll sein, dass grundpflegerische Maßnahmen – mit Blick auf das übergeordnete Ziel der Begleitungsleistung – von der Leistung umfasst sind. Das ist beispielsweise der Fall, wenn die Übernahme der grundpflegerischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Behandlung erforderlich ist oder diese aufgrund der behinde-

rungsbedingten Besonderheiten nur vonseiten vertrauter Personen geduldet werden. In solchen Konstellationen ist zu beachten, dass die Voraussetzung für eine Kostenübernahme eine entsprechende vertragliche Regelung in den Rahmenverträgen beziehungsweise in den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen ist – sie muss die Kostenübernahme für die erforderlichen grundpflegerischen Verrichtungen ausdrücklich regeln. In der Praxis ist es gut möglich, dass der Träger der Eingliederungshilfe den Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung verweigert, da er eine andere Rechtsauffassung vertritt.

Zudem sollten Leistungserbringer in jedem Fall mit ihrer Haftpflichtversicherung vorab klären, ob pflegerische Verrichtungen, die im Rahmen der Begleitung erbracht werden, im Einzelfall als betriebliche Tätigkeiten versichert sind.

Bedarfsermittlung und Geltendmachung im Gesamtplanverfahren

Die Gesetzesbegründung zur Neuregelung sieht vor, dass die EH-Träger die Erforderlichkeit einer Begleitung frühzeitig im Rahmen des Gesamtplanverfahrens (§§ 117 ff. SGB IX) prüfen und die sich ergebende Einschätzung im Gesamtplan festhalten (§ 121 Abs. 4 Nr. 7 SGB IX). Dies soll unabhängig von einer konkret anstehenden Behandlungssituation erfolgen, denn die Feststellung der Erforderlichkeit einer Begleitung gehört seit dem 1. November 2022 zu den Mindestinhalten des Gesamtplans und folgt den allgemeinen Vorschriften zum Gesamtplanverfahren (§§ 117–122 SGB IX).

Für die Gewährung von EH und damit auch für die Krankenhausbegleitung durch EH-Mitarbeitende ist für Menschen mit Behinderungen, die neu in das EH-System kommen, ein Antrag nach § 108 Abs. 1 SGB IX erforderlich. Dabei dürfen an die „vertraute Bezugsperson“ bei Neuaufnahme ins EH-System nicht zu hohe Anforderungen gestellt werden, da der Anspruch auf Assistenz im Krankenhaus durch Mitarbeitende des Leistungserbringers sonst vereitelt wird.

Bei bereits laufenden EH-Leistungen und vorliegendem Bescheid sollte in der Praxis die neue Leistung der Assistenz im Krankenhaus durch eine entsprechende Ergänzung eingebracht werden, um die Feststellung der Erforderlichkeit für diese Begleitung einzuleiten (§ 108 Abs. 2 SGB IX).

Hinweise dazu, wie Menschen mit Behinderungen und ihre Vertreter:innen den Bedarf im Gesamtplanverfahren bestmöglich darlegen, sind sehr detailliert in der eingangs erwähnten ausführlichen Handreichung der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zu finden. Gegebenenfalls ist es sinnvoll, dass der EH-Leistungserbringer die entsprechende Erstellung eines Gesamtplans oder dessen Ergänzung beim Leistungsträger anregt, beispielsweise wenn eine geplante Operation ansteht, bei der die Leistung Assistenz im Krankenhaus erbracht werden soll.

Aus Leistungserbringer-Perspektive kann zudem die Frage relevant sein, wie vorzugehen ist, wenn im Eilfall eine entsprechende Assistenzleistung erbracht wurde, ohne dass diese im Gesamtplan verankert war. In diesen Fällen übernimmt der Träger der Eingliederungshilfe die erbrachte Leistung vorläufig gemäß § 120 Abs. 4 SGB IX, oder er erstattet gemäß § 18 Abs. 6 SGB IX die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung.

Einbringen der neuen Assistenzleistung in die Ebenen des Vertragsrechts

Die Leistung Assistenz im Krankenhaus wird den Leistungsberechtigten regelmäßig als Sachleistung erbracht (Ausnahme: Persönliches Budget), die der EH-Träger dem Leistungserbringer refinanziert. Dafür muss zwischen dem Träger und dem Leistungserbringer eine Leistungs- und Vergütungsvereinbarung bezüglich dieser Assistenz bestehen. Die landeseinheitlichen Vorgaben werden in den Rahmenverträgen vereinbart. Bei der Assistenz im Krankenhaus sind Umfang und Intensität der Begleitung oft von der anstehenden Behandlung abhängig und daher im Rahmen der Gesamtplanung nicht abzusehen. Diese mangelnde Kalkulierbarkeit erfordert besondere Regelungen auf Ebene der Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen und der sie vorstrukturierenden Landesrahmenverträge, um zu gewährleisten, dass die Leistungen auskömmlich refinanziert werden und damit für den:die Leistungsberechtigten bedarfsgerecht erbracht werden kann.

In der Praxis haben die Verhandler:innen auf Landesebene gerade bei der Krankenhausbegleitung eine wichtige Schlüsselposition: Je mehr Aspekte bereits auf Landesrahmenvertragebene verhandelt werden können, desto weniger muss der einzelne Leistungserbringer eine bedarfsgerechte Finanzierung erwirken. Die Krankenhausbegleitung muss außerdem in die Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen hineinverhandelt werden, damit der erhöhte Ressourcenaufwand bei der Vergütung angemessen berücksichtigt wird. Nicht zuletzt muss der Leistungserbringer die Art und Weise der Erbringung in der Konzeption regeln und die für diese notwendigen Rahmenbedingungen von den Leistungsträgern in den Verhandlungen einfordern.

Regelungsrelevante Inhalte sind mit Blick auf das Vertragsrecht: Leistungsumfang, Qualifikation des Personals sowie ein Personalmix und die Einzelleistung. Hier empfiehlt sich in der Praxis vor dem schon benannten Hintergrund, dass Intensität, Umfang und Häufigkeit der Krankenhausbegleitung in der Regel nicht vollumfänglich

abzusehen sind, die Begleitung im Krankenhaus als Einzelleistung per Spitzabrechnung durch den Leistungsträger abzurechnen. Für die besonderen Wohnformen bedeutet dies in der konkreten Umsetzung, dass bei dieser Leistung vom pauschalen Leistungssystem (Hilfedarfsgruppen und Leistungspauschalen) abzuweichen ist. Die jeweilige Abrechnung der Krankenhausbegleitung als Einzelleistung umfasst dabei auch die zugehörigen Verwaltungs- und Fahrtkosten.

Bei besonderen Wohnformen ist zudem zu beachten, dass neben der Einzelbegleitung auch die Refinanzierung des vorzuhaltenden Personals (Springerkosten) gewährleistet sein muss; da die begleitenden Mitarbeiter:innen im Dienst für die Wohngruppe fehlen, muss eine Vertretung stets bereitstehen. Während einer stationären Krankenhausbehandlung entstehen Abwesenheitszeiten der leistungsberechtigten Person. Damit ihr Platz kostenneutral freigehalten werden kann, müssen die bereits bestehenden Abwesenheitsregelungen Anwendung finden. In der Handreichung ist hierzu auch ein konkreter Formulierungsvorschlag für den Landesrahmenvertrag zu finden.

Anpassung der internen Organisationsabläufe

Neben den bereits beschriebenen Handlungsschritten sind die internen Organisationsabläufe des Leistungserbringers nachzujustieren. Wesentlich sind vor allem die notwendigen Anpassungen in den Bereichen Personalbemessung und Dienstplanung, die Dokumentation sowie die Anpassungen im Vertragsverhältnis mit der leistungsberechtigten Person.

Mit Blick auf die Personalbemessung ist zu beachten, dass im Bedarfsfall eine mitarbeitende vertraute Person für die Unterstützung im Krankenhaus abgestellt werden muss. Gleichzeitig gelten die Mindestpersonalstandards je nach Wohnform und nach den jeweiligen Heimgesetzen. Zudem muss das in der Leistungsvereinbarung mit dem EH-Träger vereinbarte Personal nach Anzahl und Qualifikation vorgehalten werden. Dies gelingt in der Praxis durch eine Springerlösung für die Wohngruppe, die auch in der Dienstplanung zu berücksichtigen ist. Auch geplante Krankenhausaufenthalte sind bei der Dienstplangestaltung entsprechend zu berücksichtigen. In der Praxis dürfte dies viele Leistungserbringer aufgrund des Fachkräftemangels vor große Herausforderungen stellen.

Die erbrachten Leistungen sind nach Inhalt und Umfang zu dokumentieren und gegebenenfalls zu quittieren. Hier ist unter Umständen zu beachten, was in Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungsträger und -erbringer hinsichtlich der Dokumentationspflichten vereinbart wurde.

Zudem müssen die Leistungen mit der leistungsberechtigten Person vereinbart werden. Bei neuen Verträgen sollte die Begleitungsleistung in den Betreuungsvertrag aufgenommen werden, sofern ein Bedarf im Gesamtplanverfahren festgestellt worden ist. Bei bestehenden Verträgen sollte, sofern der Bedarf festgestellt wurde, die Begleitungsleistung im Wege eines Änderungsvertrages vertraglich vereinbart werden. »

Bei der Vertragsanpassung gilt es nochmals sicherzustellen, dass notwendige Einverständniserklärungen und Schweigepflichtentbindungen zur Kommunikation mit dem Krankenhauspersonal vorliegen. Ein wichtiger Hinweis für die Praxis ist dabei, dass Schweigepflichtentbindungen, die gegenüber dem ärztlichen Personal erteilt worden sind, nicht die begleitenden Mitarbeitenden von deren datenschutzrechtlichen Verpflichtungen entbinden. Es bedarf daher ebenfalls der Einwilligung/Schweigepflichtentbindung gegenüber den begleitenden Mitarbeitenden.

Abklärung haftungsrechtlicher Fragen

Der Leistungserbringer sollte eine Haftpflichtversicherung haben, die (grob) fahrlässig verursachte Schäden aus betrieblicher Tätigkeit abdeckt. Die Leistungen zur Verständigung und zur Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen, die gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX im Rahmen der Krankenhausbegleitung geleistet werden, dürften aufgrund der Gesetzesänderung zum Leistungsspektrum der Leistungserbringer und damit zur betrieblichen Tätigkeit gehören. Sie sind damit – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung – in der Regel durch die Haftpflichtversicherung des Leistungserbringers abgedeckt. Problematisch ist die Haftung jedoch, wenn die Begleitperson im Ein-

zelfall auch Verrichtungen der Pflege übernimmt, die nach dem Gesetzeswortlaut nicht von der Begleitung im Krankenhaus erfasst sind: beispielsweise, wenn sie vor einer Untersuchung beim Ausziehen hilft, da der:die Patient:in mit Behinderung dies vonseiten des Krankenhauspersonals nicht duldet. Nach Auffassung der Fachverbände lässt sich hier argumentieren, dass die Verrichtung vom Sinn und Zweck der Krankenhausbegleitung erfasst ist, folglich einer betrieblichen Tätigkeit zuzuordnen ist, die von der Haftpflichtversicherung des Leistungserbringers abgedeckt ist. Da sich auch eine andere Rechtsauffassung vertreten lässt, ist es in der Praxis wichtig, dass der Leistungserbringer vor einem Krankenhausaufenthalt die Haftungsfragen mit seiner Haftpflichtversicherung vorab schriftlich abklärt, um den Versicherungsschutz nicht zu verlieren. Maßnahmen der Behandlungspflege sind eindeutig nicht mehr vom gesetzlichen Leistungsauftrag erfasst.

Begleitende Mitarbeitende sollten über den Umfang der von ihnen zu erbringenden Leistung im Vorhinein am besten schriftlich informiert werden und diese Information gegenzeichnen.

Tatjana Sorge

Stellvertretende Geschäftsführerin des CBP

E-Mail: tatjana.sorge@caritas.de

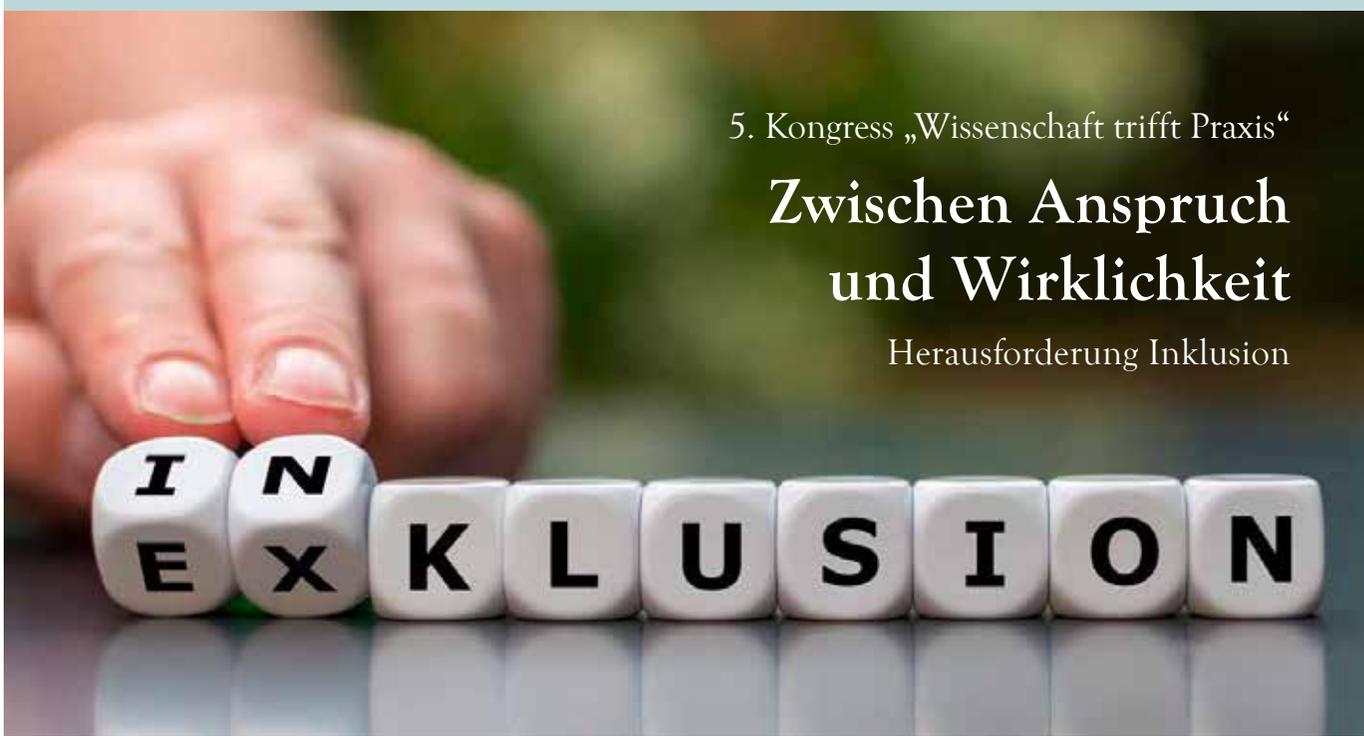
SAVE THE DATE

14. und 15. September 2023
Haus der Kirche, Kassel

5. Kongress „Wissenschaft trifft Praxis“

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Herausforderung Inklusion



Aktionsplan Gesundheit lässt auf sich warten

Für den in Aussicht stehenden Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen benennt der CBP drei Kernanliegen.

Laut dem Koalitionsvertrag der drei Regierungsparteien hätte der Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen bis Ende 2022 vorliegen sollen. Noch ist das Bundesgesundheitsministerium aber offenbar dabei, diesen Plan vorzubereiten.

Gesundheit ist für jeden Menschen ein wesentlicher Aspekt erfüllten Lebens. Für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Beeinträchtigung hat sie aber noch einmal eine besondere Bedeutung: Sie können je nach Beeinträchtigung einem erhöhten Erkrankungsrisiko ausgesetzt und entsprechend häufiger auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen sein. Für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung ist die Absicherung ihres Krankheitsrisikos daher von herausragender Bedeutung. Es ist unverzichtbar, dass sie einen ungehinderten Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem haben. Und es ist für sie von großer Bedeutung, dass mit dem in Aussicht stehenden Aktionsplan Bedarfsgerechtigkeit, Barrierefreiheit, Zugänglichkeit, Selbstbestimmung und Teilhabeorientierung auf die gesundheitspolitische Agenda gehoben worden sind.

Leider zeigt sich in der Praxis regelmäßig, dass die Versorgungssituation von Menschen mit Behinderungen eingeschränkt ist und die in der UN-Behindertenrechtskonvention festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung nicht erfüllt werden. Hinzu kommt, dass Ärzt:innen und Pflegekräfte oftmals nicht im Umgang mit Patient:innen mit spezifischen Behinderungen geschult sind. Außerdem stehen sie zumeist unter hohem Zeitdruck, was die empathische und kommunikativ aufwändige Behandlung von Menschen mit Behinderungen nicht befördert.

Nach Ansicht des Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP) muss ein Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen drei wichtige Kernanliegen berücksichtigen:

» Barrierefreiheit

Die Barrierefreiheit bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen muss weiter ausgebaut werden, um den Zugang für Menschen mit Behinderungen sicherzustellen. Barrieren, die der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entgegenstehen, sind sehr unterschiedlich, sie reichen von einer räumlich unzureichenden Gestaltung

der Gesundheitsangebote über mangelnde Zugangswege bis hin zu fehlenden Informationen und Therapieangeboten in einfacher und Leichter Sprache.

» Stärkung der Versorgungsstrukturen der MZEB, der SPZ und der Frühförderung

In einigen Bundesländern ist die praktische Bedeutung von Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) immer noch gering. Hier ist ein Ausbau dieser Zentren notwendig, um eine solche Versorgungsstruktur überhaupt zu eröffnen. Bei den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) wäre unter anderem eine Erweiterung des Leistungsangebots für nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen angezeigt, wie etwa für psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen. Diese werden zurzeit vom Leistungsangebot nicht erfasst.

» Heil-, Hilfs- und Arzneimittelversorgung

Zudem muss eine qualitativ gute Versorgung der Menschen mit Behinderungen mit Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln gewährleistet werden. Dieser Personenkreis erhält bei der Versorgung mit Heilmitteln (zum Beispiel bei der Logopädie oder der Ergotherapie) oftmals nur durch eigene Zuzahlungen Zugang zu einer passenden und notwendigen Versorgung, die auch die Teilhabe sichert. Letzteres sollte künftig unabhängig von den finanziellen Mitteln des:der Patient:in möglich sein. Für immer mehr Leistungen (zum Beispiel Arznei- und Hilfsmittel) gelten Festbeträge. In der Praxis führt dies dazu, dass die Krankenkassen ihre Leistungspflicht mit der Zahlung des Festbetrages erfüllen, unabhängig davon, ob dieser die Kosten der benötigten Versorgung abdeckt. Etwaige Mehrkosten tragen die Versicherten. Die Belastungsgrenze des § 62 SGB V, die die Zuzahlungspflicht der Versicherten begrenzt, greift in diesen Fällen nicht. Hier sollten geeignete Instrumente der Preisregulierung gefunden werden, die nicht die Versorgungssicherheit gefährden. Zudem muss für Menschen mit Behinderungen eine tragfähige Lösung für OTC-Präparate¹ gefunden werden. so

Anmerkung

1. *Rezeptfreie Mittel („Over the counter“ – über den Verkaufstresen).*

Umfassendes Angebot aus einer Hand

Wohngemeinschaften, die von ambulanter Leistungserbringung aus einer Hand unterstützt werden, ermöglichen besonders gute Teilhabe-Chancen für Menschen mit intensiver Beeinträchtigung.

Während sich Inklusion in vielen gesellschaftlichen Bereichen immer stärker etabliert, wird gleichzeitig deutlich, dass Menschen mit einer komplexen Mehrfachbehinderung Gefahr laufen, zu einer „exkludierten Restgruppe“ zu gehören. In einer Multioptionsgesellschaft, in der alle vielfältige Wahlmöglichkeiten haben, sind die konkreten Verwirklichungschancen für intensiv behinderte Menschen eher gering. Für sie ist die Realisierung von Teilhabe, vor allem des intensiven Wunsches nach selbstständigem Wohnen, nur schwer umsetzbar.

Aufgrund des hohen Unterstützungsbedarfs für diesen Personenkreis kamen in der Vergangenheit fast nur gemeinschaftliche Wohnformen in Betracht. Die St. Augustinus Gruppe hat es sich zum Ziel gesetzt, gerade diese Personengruppe auf ihrem Weg zur selbstbestimmten Teilhabe zu unterstützen. Die Mitarbeitenden der Behindertenhilfe begleiten in ihren ambulant betreuten Wohngemeinschaften auch Menschen mit intensiven Behinderungen.

Der Fachdienst „Zuhause – Ambulant Betreutes Wohnen“ und der ambulante Pflegedienst „AK-mobil“ bieten ihre Leistungen gut abgestimmt an, so dass Hilfen aus einer Hand weitestgehend möglich sind. Teilhabe, Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung sollen bei Bedarf und auf Anforderung der Klient:innen durch ein fachlich qualifiziertes, multiprofessionelles Team sichergestellt werden. Erfasst wird der Bedarf in der Pflegeplanung und ergänzend dazu im BEI NRW, dem Bedarfsermittlungsinstrument des Landes NRW.

Familienähnliche Strukturen des Wohnens

Statt Versorgerküche und Industrie-Waschmaschine stehen den Bewohner:innen gemütliche Wohnküchen und moderne Haushaltsgeräte zur Verfügung. Die Wohngemeinschaften entscheiden jeweils selbstbestimmt, wie sie sich ihr Zusammenleben wünschen: ob bei der gemeinsamen Kasse für Lebensmittel oder der Verteilung gemeinschaftlicher Aufgaben, ob im Rahmen fester WG-Zeiten oder bei der Anschaffung von neuem Inventar – die Klient:innen werden in ihrer Rolle als Mitglieder einer Wohngemeinschaft darin unterstützt, Regelungen zu vereinbaren, die jede:n Einzelne:n zufriedenstellen.

Diese Form des Wohnens ermöglicht den Bewohner:innen ein außergewöhnlich hohes Maß an Flexibilität und Teilhabe. Sie planen und gestalten ihren Tagesablauf nach individuellen Bedürfnissen. So sind Unternehmungen wie zum Beispiel ein spontaner Kinobesuch möglich, da es keine Abhängigkeit in der pflegerischen oder medizi-

nischen Versorgung zu einem externen ambulanten Pflegedienst gibt. Das Bezugspersonensystem unterstützt den Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen Mitarbeitenden und Klient:innen. Mitarbeitende des Betreuungs- oder Pflegedienstes gewährleisten situative Unterstützung durch eine 24-Stunden-Präsenz im Dreischicht-System.

Finanziert werden die Unterstützungsleistungen durch die Leistungsträger der Eingliederungshilfe, der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfe, durch Pflege- und Krankenkassen gemäß ihren abgestimmten Zuständigkeiten. Das Fallmanagement der Behindertenhilfe berät und unterstützt die Klient:innen bei der Gesamtantragsstellung. Mittels der Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII) finanzieren sie ihren Lebensalltag darüber hinaus eigenständig.

Das Modell erfordert einiges

Diese ambulante Leistungserbringung aus einer Hand birgt neben vielfältigen Chancen für selbstbestimmte gesellschaftliche Teilhabe auch organisatorische Hürden. Es bedarf gut geschulter und stetig fortgebildeter Mitarbeitender der Pflege wie auch der pädagogischen Arbeit, um die Abgrenzung der einzelnen Leistungsbereiche zu erkennen, zu bewerten und zu dokumentieren. Dies ist die wesentliche Grundlage einer stimmigen Abrechnung mit den einzelnen Kostenträgern. Der Aufwand einer genauen und korrekten Abrechnung ist somit deutlich erhöht.

Auch enorme Flexibilität wird von den Mitarbeitenden gefordert: Die Planung des Tagesablaufs ist durch die teils situationsbedingte Leistungserbringung nur eingeschränkt möglich. Ein Großteil der außerhäuslichen Aktivitäten findet am Nachmittag oder Abend statt, da die Klient:innen vielfach selbst berufstätig sind.

Die erbrachten Leistungen müssen den verschiedenen Prüfbehörden gerecht werden, dem Medizinischen Dienst, der Heimaufsicht (bei anbieterverantworteten Wohngemeinschaften) und weiteren. Da alle Mitarbeitenden einen Stellenanteil beim ambulanten Pflegedienst haben, müssen sie alle Pflichtfortbildungen zum Beispiel der Bereiche Pflege und Eingliederungshilfe absolvieren.

Sandra Sanmartin Mendez

Einrichtungsleitung

St. Augustinus-Behindertenhilfe gGmbH

E-Mail: s.mendez@ak-neuss.de

Teilhabe und Pflege: Wer soll sie (künftig) gewährleisten?

In der Eingliederungshilfe gibt es Riesenbedarf an Mitarbeiter:innen mit Kopf, Hand und vor allem Herz. Der Angehörigenbeirat im CBP teilt die Sorgen und den verbandlichen Einsatz zur Personalgewinnung.

Mit großer Sorge nehmen Angehörige und gesetzliche Betreuer:innen die Personalsituation und den Fachkräftemangel in den Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe und Psychiatrie wahr. Gerade auch die Zeit der Coronapandemie hat Angehörigen wieder einmal deutlich gemacht, wie wertvoll die unseren Kindern und Angehörigen zugewandte Pflege, Betreuung und Begleitung sind. Wir verstehen diesen Dienst der engagierten Mitarbeiter:innen als umfassende, Teilhabe ermöglichende Leistung – für uns Angehörige gehören Teilhabe und Pflege zusammen!

Der ständige Streit, wer welche Pflegeleistungen bezahlt und wer die Behandlungspflege (einfach oder komplex) durchführen darf, sowie die fortwährende Diskussion um den § 43 a SGB XI haben immer wieder auch dazu geführt, dass insbesondere Behandlungspflege zum Beispiel durch externe Pflegedienste geleistet wurde und wird. Außerdem besteht immer wieder die Gefahr, dass Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderung auf Grund ihres hohen und komplexen Pflegebedarfs in Pflegeeinrichtungen „abgeschoben“ werden. (Erwachsene) Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen brauchen aber keine „Pflegeheime“, sondern Wohn- und Arbeitsstätten, die ihnen ihre gesetzlich zustehende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen! Dazu bedarf es gut ausgebildeter, mit ihren jeweiligen Professionen anerkannter und mit ihren Arbeitsbedingungen zufriedener Mitarbeiter:innen.

Zwischen Bedarf und Umsetzbarkeit

Wir wünschen uns diesen Teilhabedienst „aus einer Hand“, denn für viele unserer Kinder und Angehörigen ist Personalkontinuität eine wichtige Konstante in ihrem Leben, die Sicherheit und Geborgenheit gibt. Doch neben den geschilderten Fragestellungen treibt uns fast noch mehr der Fachkräftemangel in den Einrichtungen um: Wir erleben zunehmend, dass der Teilhabeanspruch unserer Kinder und Angehörigen auf der Strecke bleibt. Dies zeigt sich insbesondere auch in den besonderen Wohnformen, wenn am Wochenende kaum Personal da ist, das soziale Teilhabe ermöglicht. Dabei sind wir sicher, dass auch die Mitarbeiter:innen in den Einrichtungen diesen Konflikt zwischen dem Möglichen und dem eigentlich Nötigen als sehr belastend empfinden.

Zunehmend müssen auch wir Angehörigen wieder Betreuungsleistungen übernehmen, die eigentlich in den Einrichtungen erbracht werden müssten. Auch dies bedeutet erhebliche Probleme gerade für berufstätige oder ältere Eltern und Angehörige.

Attraktive Heilerziehungspflege ist der Schlüssel

Wir unterstützen ganz entschieden alle Bestrebungen zur Behebung des Fachkräftemangels in der Eingliederungshilfe. Dankbar wissen wir um das Engagement des CBP und der übrigen Fachverbände für die Aufwertung des Berufsbildes der Heilerziehungspflege. Heilerziehungspfleger:innen sind die Basis aller Arbeit in der Eingliederungshilfe.

Wir wissen als Eltern und Angehörige, wie erfüllend und bereichernd die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen sein kann, wie lebensfroh und lebensbejahend, wie dankbar und glücklich diese Menschen sein können und wieviel davon sie auch den Betreuenden wieder zurückgeben.

Dies jungen Menschen zu vermitteln, muss eine Kernaufgabe bei der Behebung des Fachkräftemangels sein. Der CBP geht hier mit seiner Fachkräfte-Kampagne einen sehr guten Weg. Aber auch die Politik muss endlich die prekäre Personalsituation und die Bedeutung der Heilerziehungspflege für die Zukunft der Eingliederungshilfe erkennen.

Völlig unverständlich ist in diesem Zusammenhang die Weigerung der Politik, den Heilerziehungspfleger:innen die (finanzielle) Anerkennung für ihren vorbildlichen und äußerst engagierten Einsatz in der Coronapandemie zu zollen. Und noch unverständlicher ist es, wenn Heilerziehungspfleger:innen für ihre Ausbildung Schulgeld bezahlen müssen!

Hier fordern wir dringend ein Umdenken in der Bundes- und Landespolitik! Mitarbeiter:innen mit Kopf, Hand und vor allem Herz sind für unsere Kinder und Angehörigen Gold wert. Ihnen gelten unsere Wertschätzung und unser großer Dank.

Klemens Kienz und Gerold Abrahamczik

Beirat der Angehörigen im CBP

E-Mail: beirat@angehoerigenbeirat-cbp.info



In Deutschland erschließen sich die Menschen aus der Ukraine eine neue Lebenswelt.

Ukrainische Flüchtlinge: CBP-Mitglieder helfen seit über einem Jahr

Die Versorgung junger Menschen mit Behinderung, die ihre ukrainische Heimat verlassen mussten, bleibt eine herausfordernde Aufgabe – die viel Dankbarkeit bringt.

Im März 2022 brachte der CBP Bewohner:innen eines Waisenhauses in Kyiv, die zwischenzeitlich von der Caritas Opole (Polen) betreut worden waren, nach Deutschland, um ihnen sichere Unterkunft und gute Versorgung zu ermöglichen. Darüber hinaus wurden die Bewohner:innen eines Waisenhauses in Kryvij Rih im April 2022 direkt nach Bayern in eine Einrichtung evakuiert, viele von ihnen mit hohem Unterstützungsbedarf (vgl. CBP-Info 3/2022, S. 19 ff.).

Gennadiy Pidgainiy, stellvertretender Leiter des Sviatoshyn-Waisenhauses in Kyiv, begleitet eine Gruppe von Jungen und jungen

Männern in einer Einrichtung der Heimstatt Röderhof in Hildesheim. Er berichtet: „Unser Umzug nach Deutschland – oder besser gesagt, die Evakuierung aus der Ukraine – fand unter dem Beschuss russischer Invasoren statt. Mit dem Zug erreichten wir die Grenze zu Ungarn. Von dort aus ging es neun Stunden weiter mit Bussen nach Polen. Dank des dortigen Caritas-Teams konnten wir uns für eine Weile ausruhen. Die ständige physische und psychische Unterstützung des Freiwilligenteams konnte unseren Jungen den Schrecken und den Stress nicht ganz nehmen. Nach zwei Wochen der Vorberei-



Die jungen Ukrainer werden zur Verarbeitung der erlittenen Schrecken befähigt.

„Die Reise mit unseren 99 Jungen und jungen Männern sowie 18 Begleiterinnen und Begleitern fort und erreichten den Standort in Deutschland.“

Das Bewältigen der erlebten Schrecken dauert an

Insgesamt 300 Menschen mit Behinderung und ihre Betreuer:innen aus der Ukraine wurden in Mitgliedseinrichtungen des CBP in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen sowie in Bayern aufgenommen, wo sie seitdem begleitet und betreut werden. Mit der Evakuierung begann allerdings erst die eigentliche Arbeit. Zu den Aufgaben gehörte beispielsweise, die jungen Menschen zum Umgang mit den erlittenen Schrecken zu befähigen und ihnen Zugang zu allen notwendigen Leistungen zu verschaffen. „Dank der Teams in den Einrichtungen und der örtlichen Behörden gelang es, unseren verängstigten Kindern und Jugendlichen mit Behinderung einen dauerhaften Aufenthalt und die Rehabilitation zu ermöglichen“, erzählt Gennadiy Pidgainiy weiter. „In den ersten zwei bis drei Monaten waren die Kinder sehr verängstigt: Krankenwagen verursachten durch die Sirenen große Ängste. Oder sie versteckten sich, wenn ein Hubschrauber in der Nähe flog, für mehrere Stunden unter Betten. Schlimm war es auch, als an Silvester viele Feuerwerkskörper explodierten, dann versteckten sie sich ständig hinter Erwachsenen. Inzwischen haben sie den Umgang mit solchen Geräuschen oder anderen Reizen gemeistert.“

Die Refinanzierung ist teils noch immer offen

Vor dem Hintergrund des andauernden Krieges setzt sich der CBP weiterhin dafür ein, dass die Politik für Rechtssicherheit und ausreichende Finanzierung sorgt, damit die jungen Geflüchteten mit Behinderung – die teilweise keine Angehörigen mehr haben und in großer Unsicherheit leben – in Deutschland gut versorgt und betreut werden können.

Mit Respekt schaut der CBP auf seine Mitgliedseinrichtungen, die sich mit großem ehrenamtlichen Engagement und professionellem Handeln der Menschen aus der Ukraine angenommen haben. Aber mit ebenso großem Respekt gilt es den Menschen aus der Ukraine zu begegnen, die sich in Deutschland eine neue Lebenswelt erschließen.

„Wir sind Deutschland, den lokalen Behörden, der Kirche und dem freundlichen und seelenvollen CBP-Team für die Hilfe und Fürsorge sehr dankbar – auch wenn die Frage der Finanzierung an mehreren Standorten bis jetzt nicht gelöst ist, was in der Folge die Rehabilitation der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Behinderung aus der Ukraine zusätzlich beeinträchtigt“, sagt Gennadiy Pidgainiy. ths

CBP-KALENDER

4. BTHG-Fachtag 2023: Vergütungssystematik

6. Juni 2023 (digital)

» Leitungs- und Fachkräfte

Angehörigentagung

16. Juni 2023 in Fulda

» Angehörige und gesetzliche Betreuer:innen in Mitgliedseinrichtungen des CBP

CBP-Fachforum Technische Leitungen

20.–22. September 2023 in Frankfurt/Main

» Leitungs- und Fachkräfte

CBP-Mitgliederversammlung/Parlamentarischer Empfang

27./28. September 2023 in Berlin

» Führungskräfte

5. BTHG-Fachtag 2023: Wirkung und Wirksamkeit

17. Oktober 2023 (digital)

» Leitungs- und Fachkräfte

CBP-Vernetzungstreffen Kinder und Jugendliche

24./25. Oktober 2023 in Fulda

» Leitungs- und Fachkräfte

6. BTHG-Fachtag 2023: Folgen der Trennung der Leistungen und sonstige Kosten

21. November 2023 (digital)

» Leitungs- und Fachkräfte

Das Unbegreifliche hinterfragen

Unter dem Titel „Was geht mich das an?“ bietet die Stiftung Liebenau eine inklusive Workshop-Reihe zum Gedenken an die Mordopfer der NS-„Euthanasie“ an.

Bilder Stiftung Liebenau



Zum Auftakt der Workshop-Reihe wurden die Inhalte und Methoden in kleinen Gruppen erläutert. Hier erklärt Heilpädagoge Stephan Becker, warum es bei der Fahrt in die Gedenkstätte Grafeneck geht.



Mitorganisatorin Susanne Droste-Gräff führt in die Workshop-Reihe ein.

Die grauen Busse sind ein Sinnbild für Massenmord: Mehr als 500 Menschen mit Behinderung oder Erkrankung wurden in solchen Bussen (s. Bild unten) 1940/1941 aus Liebenau und Rosenharz weggebracht und in Grafeneck und Hadamar ermordet. Seit vielen Jahren gedenkt die Stiftung Liebenau Ende Januar der Opfer dieser sogenannten Euthanasie.

Jetzt bekommt die Erinnerungskultur eine neue Dimension: In Workshops, die sich teils durchs ganze Jahr ziehen, befassen sich Menschen mit und ohne Behinderung mit der Liebenauer Geschichte zur Zeit des Nationalsozialismus. Menschen mit Behinderung werden dabei so intensiv wie nie zuvor in die Erinnerungskultur der Stiftung Liebenau miteinbezogen.

Die Auftaktveranstaltung, bei der wie an Marktständen die Inhalte und Methoden aller Workshops vorgestellt wurden, fand am 27. Januar statt, dem bundesweiten Gedenktag für die Opfer des Nationalsozialismus.

„Durch unser Gedenken bekommen die Menschen, die damals wehrlos waren, wieder eine Bedeutung“, erläutert der Heilpädagoge und Mitorganisator Stephan Becker. Ihm ist nicht nur die Wissensvermittlung wichtig, sondern auch der Umgang mit den Gefühlen, die dabei entstehen. „Wir wollen aber auch Denkanstöße für die Gegenwart geben und fragen: Was können wir tun, wenn Unrecht geschieht?“, erklärt er.

Auch ohne Worte Gefühle ausdrücken

Sieben Workshops bieten die Möglichkeit, sich dieser Thematik aus verschiedenen Perspektiven anzunähern, sich in Situationen hineinzuversetzen und einen Ausdruck dafür zu finden – mit und ohne Worte. Es gibt einen Foto-Workshop, einen Theater-Workshop, eine Schreibwerkstatt und eine Gruppe, die einen Podcast erstellt. Jeder Workshop ist mit mehreren Terminen im Jahresverlauf verbunden und wird von Fachkräften der Stiftung Liebenau professionell begleitet. Zudem werden zwei Fahrten zu Gedenkstätten angeboten – zum einen in die einstige Tötungsanstalt Grafeneck, zum anderen in das damalige Arbeitslager Goldbacher Stollen bei Überlingen.

Susanne Droste-Gräff

Stv. Pressesprecherin der Stiftung Liebenau

E-Mail: susanne.droste-graeff@stiftung-liebenau.de

Ludwig Loch starb an Weihnachten

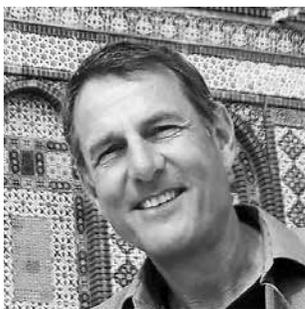


Am 24. Dezember 2022 starb Ludwig Loch im Alter von 83 Jahren. Er war 1984 als Verwaltungsleiter in den Dienst der Regens-Wagner-Stiftungen getreten. In seiner Funktion als Verwaltungsdirektor, als Direktor für Wirtschaft und Finanzen sowie zuletzt als stellvertreter Vorsitzender des Stiftungsvorstands inspirierte und begleitete Ludwig Loch noch maßgeblich die notwendig gewordenen Transformationsprozesse bei Regens Wagner hin zu einem differenzierten, subsidiär und zeitgemäß aufgestellten Verbund von Sozialeinrichtungen.

Warmherzige Menschlichkeit und ökonomisches Denken und Handeln waren für Ludwig Loch nie Gegensätze. Sein wacher Blick für das Wesentliche, sein leidenschaftlicher Fleiß und seine akribische Sorgfalt und Gründlichkeit prägten sein Leitungshandeln. In seiner klaren, verbindlichen Art erwies er Mitarbeitenden zugleich Achtung, Toleranz und Wohlwollen. In seine Zeit fällt unter anderem die Errichtung und Anerkennung von Werkstätten für Menschen mit Behinderung bei Regens Wagner. Noch vor Gründung des CBP war Ludwig Loch auf verbandlicher Ebene für die Behindertenhilfe tätig.

Warmherzige Menschlichkeit und ökonomisches Denken und Handeln waren für Ludwig Loch nie Gegensätze. Sein wacher Blick für das Wesentliche, sein leidenschaftlicher Fleiß und seine akribische Sorgfalt und Gründlichkeit prägten sein Leitungshandeln. In seiner klaren, verbindlichen Art erwies er Mitarbeitenden zugleich Achtung, Toleranz und Wohlwollen. In seine Zeit fällt unter anderem die Errichtung und Anerkennung von Werkstätten für Menschen mit Behinderung bei Regens Wagner. Noch vor Gründung des CBP war Ludwig Loch auf verbandlicher Ebene für die Behindertenhilfe tätig.

Herbert Lüdtke lebt nicht mehr



Herbert Lüdtke, Geschäftsführer der Liebenau Berufsbildungswerk GmbH, ist nach schwerer Krankheit am 1. Februar 2023 im Alter von 62 Jahren heimgegangen. Seit 2004 war er Geschäftsführer der Liebenau Berufsbildungswerk GmbH. Er führte das BBW durch schwierige Zeiten und sorgte für seine strategische Ausrichtung für die Zukunft. Mit viel Kompetenz und Fachlichkeit engagierte er sich jahrelang im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke in Berlin.

Herbert Lüdtke setzte sich mit ganzem Herzen für Jugendliche mit Behinderung, für ihre Bildung und Ausbildung ein. Seine Anliegen waren die Teilhabe von Menschen mit Behinderung und das christlich geprägte Miteinander.

Herbert Lüdtke war ein besonderer Mensch, der gerne über seinen Glauben sprach und dazu anstiftete, die Frohe Botschaft auch in der verbandlichen Arbeit zu verkünden. Jahrelang war er dem CBP sehr verbunden und engagierte sich als Mitglied im Fachausschuss Teilhabe am Arbeitsleben.

Herbert Lüdtke war ein besonderer Mensch, der gerne über seinen Glauben sprach und dazu anstiftete, die Frohe Botschaft auch in der verbandlichen Arbeit zu verkünden. Jahrelang war er dem CBP sehr verbunden und engagierte sich als Mitglied im Fachausschuss Teilhabe am Arbeitsleben.

Trauer um Philibert Magin



Philibert Magin, ehemaliger Einrichtungsleiter des KJF Berufsbildungs- und Jugendhilfezentrums St. Nikolaus in Dürrlauingen, verstarb am 12. Februar 2023 im Alter von 92 Jahren. Mehr als 40 Jahre lang war er bei der KJF Augsburg tätig gewesen, deren Geschichte er wesentlich mitgestaltete. Der Psychologe und Kunsthistoriker trat 1956 seinen Dienst in St. Nikolaus an und übernahm einige Jahre später die Leitung der Einrichtung, die er maßgeblich weiterentwickelte.

Sein Herzensanliegen war es dabei immer, benachteiligten jungen Menschen einen Weg ins Leben zu ebnet, ihnen durch individuelle Förderung gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. In St. Nikolaus lernen, leben und arbeiten junge Menschen mit Förderbedarfen in den Bereichen Lernen und emotional-soziale Entwicklung.

Darüber hinaus hat Philibert Magin die KJF Fachschule für Heilerziehungspflege und Heilerziehungspflegehilfe in Dürrlauingen begründet. 1996 wurde er in den Ruhestand verabschiedet.

Neben der KJF Augsburg hat sich Philibert Magin in mehreren fachlichen Verbänden und Arbeitsgemeinschaften engagiert. So war er auch im VKLG aktiv, einem der Vorläuferverbände des CBP.

Neben der KJF Augsburg hat sich Philibert Magin in mehreren fachlichen Verbänden und Arbeitsgemeinschaften engagiert. So war er auch im VKLG aktiv, einem der Vorläuferverbände des CBP.

LESETIPP

Paradigmenwechsel: Das Bundesteilhabegesetz bildet eine eigenständige Rechtssystematik, die nicht mehr im Sinne des Fürsorgesystems agiert, sondern auf die angemessene Unterstützung der Menschen mit Behinderung fokussiert. Diesen Wandel nahm die Stiftung Haus Lindenhof nun zum Anlass, das Magazin zu publizieren: „Auf Augenhöhe – das BTHG und seine Entwicklungen“. Darin finden sich Stimmen von Mitarbeitenden, Angehörigen und Bewohner:innen, aber auch die stiftungseigene Leistungssystematik selmA (selbst.bestimmt. leben. mit Assistenz) und eine nähere Betrachtung des Berufsbildes Heilerziehungspflege im Wandel.

» **Download: www.haus-lindenhof.de/mittendrin-30-22**



NACHGEDACHT



Janina Bessenich
Stellvertretende
Vorsitzende des CBP
E-Mail: janina.bessenich@caritas.de

Selbstbestimmtes gesundes Leben und selbstbestimmtes Sterben

Sterbehilfe getroffen und das Verbot der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung in § 217 Strafgesetzbuch für verfassungswidrig erklärt. Durch diese Entscheidung wurde die gewerbliche Sterbehilfe in Deutschland legalisiert. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts bedeutet viel mehr als die „Freigabe“ der Sterbehilfe. Das Bundesverfassungsgericht bestätigte „die Einschätzung des Gesetzgebers, dass geschäftsmäßige Suizidhilfe zu einer „gesellschaftlichen Normalisierung“ der Suizidhilfe führen und sich der assistierte Suizid als normale Form der Lebensbeendigung insbesondere für alte und kranke Menschen etablieren könne, die geeignet sei, autonomiegefährdende soziale Pressionen auszuüben“¹. Das Bundesverfassungsgericht forderte damals den Gesetzgeber auf, die Suizidhilfe gesetzlich – auch strafrechtlich – zu regulieren (beispielsweise durch „gesetzlich festgeschriebene Aufklärungs- und Wartepflichten, über Erlaubnisvorbehalte, die die Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten sichern, bis zu Verboten besonders gefahrträchtiger Erscheinungsformen der Suizidhilfe“). Nunmehr ist seit drei Jahren nichts passiert. Die Sterbehilfe ist erlaubt. Der Gesetzgeber schweigt bisher.

Im November 2022 hat der Gesetzgeber eine Triage-Regelung im Gesundheitswesen eingeführt. Es geht um die Regelung zur Entscheidung über die Selektion von Patient:innen bei knappen medizinischen Ressourcen im Falle der Pandemie in § 5 c Infektionsschutzgesetz. Die Regelung sieht vor, dass bei knappen intensivmedizinischen Ressourcen in der Pandemie die Zuteilungsentscheidung nach der aktuellen und kurzfristigen Überle-

benswahrscheinlichkeit der betroffenen Patient:innen erfolgt, das heißt, die Überlebenschancen von Patient:innen gegeneinander abgewogen werden. Das im Gesetz vorgesehene Auswahlkriterium der „aktuellen, kurzfristigen Überlebenschancenwahrscheinlichkeit“ ist nicht mit dem menschen- und verfassungsrechtlichen Grundsatz der Gleichwertigkeit allen menschlichen Lebens, der sogenannten „Lebenswertindifferenz“ vereinbar. Auf diese Weise wird der Schutz des Lebens und der individuelle Anspruch auf Krankenbehandlung im Falle der Pandemie in Frage gestellt.

Zu Beginn der Pandemie im Frühling 2020 haben viele gehofft, dass wir als Gesellschaft mehr zusammenwachsen werden. Zu Beginn der Pandemie haben wir gedacht, dass das Gesundheitssystem entsprechend ausgestattet und funktionieren wird. Durch die Pandemie haben wir gelernt, dass das Gesundheitssystem der kranke Patient des Systems ist. Durch die Pandemie wurde der Wandel in der gesellschaftlichen Haltung gegenüber dem Leben mit schwerer Behinderung oder chronischer Erkrankung beschleunigt. Die gesundheitliche Versorgung ist weiterhin nicht inklusiv und der Zugang für Menschen mit Behinderungen häufig sehr schwierig. Die gesundheitliche – auch palliative – Versorgung benötigen Menschen mit Behinderungen, um selbstbestimmt leben zu können. Diese Priorität steht für den CBP fest. Der Gesetzgeber schweigt, wenn es um ein Verbot der Sterbehilfe geht. Der Gesetzgeber handelt schnell, wenn es um die Triage geht. Das ist auch eine Antwort.

Janina Bessenich

Anmerkung

1. Pressemitteilung des Bundesverfassungsgerichts vom 26.2.2020, zu finden unter: www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html

IMPRESSUM

www.cbp.caritas.de

Redaktion: Janina Bessenich (jb, verantwortlich), Dr. Thomas Schneider (ths), Ute Dohmann-Bannenberg (udb), Annett Löwe (al), Tatjana Sorge (so), Klemens Bögner (neue caritas)

Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin, E-Mail: cbp@caritas.de, Tel. 0 30/28 44 47-8 22, Fax: 0 30/28 44 47-8 28

Vertrieb: Bettina Weber, Lambertus-Verlag GmbH; Tel. 07 61/3 68 25-0, Fax: 3 68 25-33, E-Mail: neue-caritas@lambertus.de

Titelfoto: Cornelia Suhan/CBP

Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung.
Herausgegeben vom CBP e. V. in Freiburg

