

MM24 Rehabilitation und Teilhabe am Beispiel der Rehabilitation Hirnverletzter (Neurorehabilitation)

Sozialmedizinische und sozialrechtliche
Aspekte, Soziales vs medizinisches
Modell von Behinderung, ICF, SGB IX

Prof. Dr. Andreas Zieger

Veranstaltung am 30.04.2012

Übersicht

1. Geschichtliches
2. Sozialrecht, -versicherung, -gesetzbuch
3. Begriffsdefinitionen, Paradigmenvergleich, vier Säulen des Gesundheitswesens
4. Akutstationäre Krankenbehandlung
5. Frührehabilitation, Rehabilitation + Teilhabe
6. Prävention
7. Selbsthilfe
8. Basis (der vier Säulen): Pflege
9. Schwerstpflege (Phase F)
10. Phase E als Brücke zur Inklusion

1. Geschichtliches (Schulin 2001)

- **Seit dem Mittelalter:** Formen öffentlicher sozialer Sicherung und Hilfe entwickelten sich in Deutschland durch Kirchen für Arme und Notleidende
- **1530:** Reichspolizeiordnung
- **17./18. Jhdt.:** Städteentwicklung/Bürgertum: Einrichtungen (Anstalten) zur Bekämpfung von Armut bzw. Erzeugung von Arbeitskräften bzw. Klassifikation der Bürger („Tüchtige“ vs. „Untüchtige“)
- **1794:** Preußisches Allgemeines Landrecht: Hilfe für Bedürftige durch den Staat
- **1845:** Preußische Allgemeine Gewerbeordnung: eine Art von Versicherungszwang in Unterstützungskassen, Ausbau des Hilfskassenwesens

- **17.11.1881:** Voranschreiten der Industrialisierung: reichseinheitliche Sozialversicherung durch **Bismarck** „die **Heilung der sozialen Schäden** nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem Wege der positiven **Förderung des Wohles der Arbeiter** zu suchen...

Den Hilfsbedürftigen größere **Sicherheit** und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie **Anspruch** haben, zu hinterlassen.“

- **15. Juni 1883:** Reichstagserlass *Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeitnehmer*
- **10. April 1892:** *Krankenversicherungsgesetz*
- **6. Juli 1884:** *Unfallversicherung*
- **22. Juni 1889:** *Invaliditäts- und Alterssicherung*
- **1911:** Zusammenfassung zur *Reichsversicherungsverordnung (RVO)*

2. Sozialrecht ...

Das der **sozialen Gerechtigkeit** und der **sozialen Sicherheit** dienende Recht, das diese Ziele durch die Gewährung von **öffentlichen Sozialleistungen** einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen zu verwirklichen versucht.

Laut § 1 Abs. 1 Satz 2 SGB I: Das Recht des SGB soll dazu beitragen:

- ein menschenwürdiges Dasein zu sichern
- gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen
- die Familie zu schützen und zu fördern.

Soziale Gerechtigkeit

Jeder Mensch soll die **Chance** haben, die seinen individuellen Kräften und Fähigkeiten entsprechende **soziale Stellung in Staat und Gesellschaft** zu erlangen und zu erhalten:

- z.B. Kinder- und Jugendhilfe (§ 8 SGB I)
- z.B. Bildungs- und Arbeitsförderung (§ 3 SGB I)
- z.B. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (§ 10 SGB I, § 1 Satz 1 SGB IX)
- z.B. Minderung des Familienaufwandes: Wohngeld, angemessene Wohnung (§§ 6 und 7 SGB I)
- z.B. Entschädigung von Soldaten (§ 5 SGB I)
- z.B. Sozialhilfe in Notsituationen (§ 9 SGB I)

Soziale Sicherung

Möglichkeit des Einzelnen, auf einer **verlässlichen Lebensbasis** (vor allem ökonomisch) sein Leben in einer der menschlichen Würde entsprechenden Weise zu gestalten.

- z.B. alle **Menschenrechte** und menschliche **Grundbedürfnisse** betreffend: Bildung, Arbeit, Erholung, Teilnahme am kulturellen Leben

vgl.:

- Menschenrechtskonvention (1948)
- Europäische Verfassung (Entwurf 2003)
- UN-BRK (2006/2008)

Sozialversicherungsträger

- Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
z.B. AOK, DAK, BEK, IKK, BKK
- Rentenversicherung (BfA, LVA, heute DRV)
- Gesetzliche Unfallversicherung (BG)
- Private Krankenversicherung (PKV)
- Pflegeversicherung
- Arbeitsförderung/-losenversicherung
- Sozialhilfe incl. Wiedereingliederungshilfe

Sozialgesetzbuch (SGB)

SGB I	Allgemeiner Teil
SGB II	Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB III	Arbeitsförderung
SGB IV	Vorschriften Sozialversicherung
SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Rehabilitation und Teilhabe (seit 1.7.2001)
SGB XI	Soziale Pflegeversicherung (seit 1992/1996)
SGB XII	Sozialhilfe, Eingliederungshilfe (rev. 2003)

Leistungen der GKV

Grundidee: Deckung der Behandlungskosten im Krankheitsfall sowie Förderung der Gesundheit, Verhütung und Abwendung von Verschlimmerung

- z.B. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung
- z.B. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten
- z.B. Krankenbehandlung
- z.B. zahnärztliche Behandlung
- z.B. Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln
- z.B. Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Krankengeld*, Fahrtkosten für ambulante Behandlung* (*ab 2006 Sonderbeitrag)

§11 SGB V regelt, dass Versicherte Anspruch haben auf

- medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, um einer drohenden Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten
- Mitspracherecht von Patienten beim neu eingeführten „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (GMG 1.1.2004)

3. Begriffsdefinitionen (Wrobel 2001)

Begriff	Definition	Entstehung	Dauer
Krankheit	Regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, der ärztliche Behandlung erfordert	stets erworben	vorübergehend akut
Behinderung	Regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, den den Menschen davon abhält, das Leben eines „normalen Menschen“ zu führen	angeboren oder erworben	Dauerzustand
Pflegebedürftigkeit	Erheblicher Hilfebedarf für die Verrichtungen des täglichen Lebens wegen einer Krankheit oder Behinderung	angeboren oder erworben	auf Dauer mind. 6 Monate

Paradigmen-Vergleich

Biomedizinisch- technisches Modell

- Naturwissenschaftlich-statistisch
- Gruppen-bezogen
- Monoperspektivisch
- Objektiv
- Beobachten, Messen und Erklären

Beziehungsmedizinisch- soziales Modell

- Phänomenologisch-hermeneutisch
- Einzelfall-orientiert
- Multiperspektivisch
- Subjektiv, Intersubjektiv
- Teilnehmendes Zuhören
Verstehen / Begründen

Vier
Säulen des
Gesundheitswesens

K
u
r
a
t
i
o
n

R
e
h
a
b
i
l
i
t
a
t
i
o
n

P
r
ä
v
e
n
t
i
o
n

S
e
l
b
s
t
h
i
l
f
e

Basis: Pflege

4. Akutstat. Krankenbehandlung

- ambulant
- teilstationär, Tagesklinik
- stationär

§ 12 Absatz 1 SGB V: Wirtschaftlichkeitsgebot

„Die Leistungen müssen **ausreichend**, zweckmäßig und **wirtschaftlich** sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten...“

Wer von einer „optimalen“ Behandlung redet, weiß nicht, wovon er spricht.

5. Frührehabilitation (Phase B)

§ 27 SGB V: Maßnahmen der stat./amb. Krankenbehandlung sind **auch auf rehabilitative Ziele** auszurichten.

§§ 1 u. 4 SGB IX und § 39 SGB V Abs.1(3):
„Die akutstationäre Behandlung umfasst **auch die im Einzelfall** erforderlichen und zum **frühestmöglichen Zeitpunkt** einsetzenden Leistungen zur **Frührehabilitation.**“

Weitere Rehapphasen (C, D und E)

- Stationär (Rehaklinik)
- teilstationär, Tagesklinik
- Ambulante Nachsorge und Weitergehende (mobile) Reha („Brücke zur Inklusion“)
- Berufliche/schulische Wiedereingliederung
- Berufsförderung/Umschulung
- Integration und soziale Teilhabe

Leistungen zur Rehabilitation und Eingliederung

- **Medizinische Leistungen** (GKV, RV, BG, Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden)
z.B. Rehakliniken mit Versorgungsvertrag §111 SGB V in Verbindung mit §40 SGB V
- **Berufsfördernde Leistungen** (BA, DRV, BG, Träger der sozialen Entschädigung)
- **Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung** (BG, Sozialhilfe, Träger der sozialen Entschädigung), vgl. § 53 SGB XII

Grundsätze/Prioritäten

Rehabilitation vor Rente

- § 9 Abs. 1 Satz 2 und § 116 SGB I
(Reha-Angleichungsgesetz 1974)

Rehabilitation vor Pflege

- §§ 5 und 31 PflVersG SGB XI

Integration und Teilhabe als Ziel der Rehabilitation

- §§ 1 und 4 SGB XI

Gesundheitsreformgesetz 2007

Bisher:

- Leistungen zur Rehabilitation
Ermessensleistungen der GKV

Seit 1.4.2007

- Anspruch auf Rehabilitation!

6. Prävention

Vorsorge (§ 19 SGB I)

- z.B. Vorsorgeuntersuchungen U1-U9 für Säuglinge und Kleinkinder (seit 1971)
- z.B. Krebsvorsorge

Früherkennung

- z.B. hörgeschädigte Kinder, schulärztlicher Dienst

Frühbehandlung

Frühförderung

- z.B. Förderprogramme, ambulante Frühförderstellen, pädagogische Förderung, sozialpädiatrische Zentren

Aufklärung und Motivationshilfen (§ 20 SGB V)

- für ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Betroffenen

7. Selbsthilfe

- Selbsthilfeorganisationen, -gruppen über 70.000 in Deutschland
- Lernen, mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung zu leben
- Hilfen zum Leben organisieren
- Autonomieförderung und Erfahrung
- Patientenbeauftragter beim BMG
- Behindertenbeauftragter beim BMG

8. Basis: Pflege

Gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI)(1992/1996)

- Gültig bei Eintritt von **Pflegebedürftigkeit**
- Ziel: Pflegebedürftige gegen die mit einer Pflegebedürftigkeit verbundenen Risiken abzusichern, die betroffenen Familien zu unterstützen und die Qualität der Pflege zu fördern.
- Pflegegeld dient dem Ausgleich der Mehrkosten, nicht dem Lebensunterhalt.

Leistungen der Pflegeversicherung

Häusliche Pflege

- Geldleistungen: Pflegegeld
- Sachleistungen: Pflegeeinsätze durch professionelle ambulante Pflegedienste
- Kombinationsleistung
- Verhinderungspflege (4 Wochen pro Kalenderjahr oder 1432 EUR)
- Kurzzeitpflege (4 Wochen pro Kalenderjahr oder 1432 EUR)

Teilstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege

Pflegebedürftigkeit

- Erheblicher Hilfebedarf für die **Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)** wegen einer Krankheit oder Behinderung besteht.
- **Pflegerische Hilfen**
z.B. Ernährung, Körperpflege, Ankleiden, Waschen Aufstehen, Transfer vom Bett in den Rollstuhl, Zu-Bett-Bringen
- **Hauswirtschaftlicher Hilfebedarf**
z.B. Einkaufen, Kochen, Reinigung der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche, Bügeln, Beheizen der Wohnung usw.)

Pflegebedürftigkeit ist kein Einzel - schicksal

Der Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung in den einzelnen Altersgruppen beträgt:

- rund 0,6 Prozent vor dem 60. Lebensjahr
- rund 3,9 Prozent zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr
- rund 31,8 Prozent nach dem 80. Lebensjahr.

In Deutschland sind ungefähr **2 Millionen Menschen** auf eine ambulante oder stationäre Pflege angewiesen.

Pflegestufen

Pflegestufe 1: Erheblich Pflegebedürftige

- einmal täglich
- pro Woche mindestens 90 Minuten pro Tag
- Grundpflege mindestens 45 Minuten pro Tag

Pflegestufe 2: Schwerpflegebedürftige

- dreimal täglich
- mehrfach pro Woche hauswirtschaftliche Hilfen
- Grundpflege mindestens 180 Minuten pro Tag

Pflegestufe 3: Schwerstpflegebedürftige

- täglich
- rund um die Uhr, auch nachts
- Grundpflege mindestens 240 Minuten pro Tag

Pflegestufe „0“

für Menschen, die **regelmäßig Unterstützung** brauchen, um **in den eigenen vier Wänden bleiben** zu können, **ohne umfangreiche Hilfen** zu benötigen.

Wenn **„eingeschränkte Alltagskompetenz“** (siehe BRi, S. 40-1):

- bis zu 2400 € pro Jahr für die Nutzung gerontopsychiatrischer Zusatzangebote – auch wenn keine Pflegestufe I zugesprochen wurde (seit 2008).

Mit der **Pflegereform 2012** (ab dem 1.1.2013)

- monatlich 120 € Pflegegeld
- monatlich bis zu 225 € Sachleistungen

Leistungen im Überblick (pro Monat in €)

Pflst „0“ für
Demenzkranke
(2013)

	Pflst I	Pflst II	Pflst III (a)
Häusl Sach	384	921	1432 (1918)
Geld	205	410	665
teilstat	384	921	1432
vollstat	1023	1279	1432 (1688)
KurzZpfl	1432	1432	1432
Verhinpfl	1432	1432	1432

Die Pflegeversicherung (1995) hat größte sozialpolitische Bedeutung mit einem Leistungsvolumen von über 17 Mrd. € im Jahre 2005!

Weitere Leistungen

- **Pflegehilfsmittel**
z.B. Desinfektionsmittel, saugende Bettschutzeinlagen, Einmalhandschuhe, Mundschutz
- **Technische Hilfen**
z.B. Pflegebett, Kommunikationshilfe
- **Umbaumaßnahmen**
z.B. Türverbreiterung, Rampe (bis zu 2557 EUR)
- **Beiträge für die Gesetzliche RV**
z.B. für Angehörige, die mind. 14 WoStd pflegen und mehr als 30 WoStd. erwerbstätig sind
- **Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen**

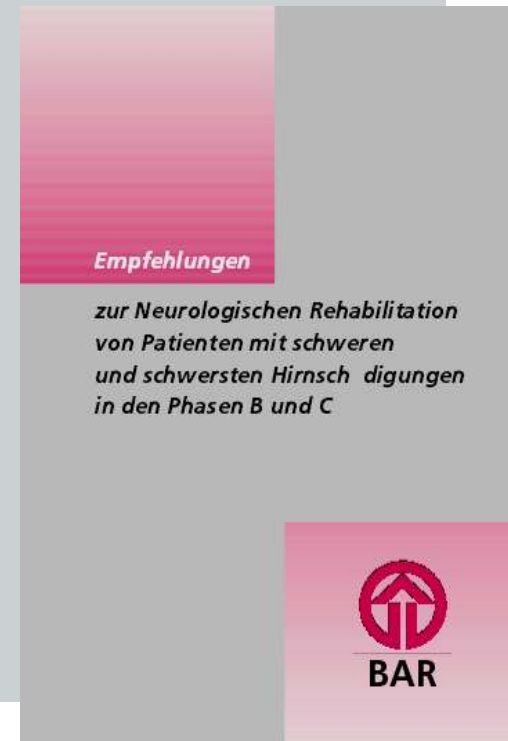
9. Schwerstpflege Phase F

Geschichtliche Entwicklung:

1989/1990 Gründung des Bundesselbsthilfeverbandes Schädel-Hirnpatienten in Not e.V. (Amberg) („Dt. Wachkoma Gesellschaft“)

1990 KURATORIUM ZNS (Bonn)

1995 Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in der Phase B und C (BAR 1995/99) („Rehaphasenmodell“)



1996: Konsensuskonferenz Phase F (Maikammer, DVfR)

1997: Fachbuch „Rund ums Koma“ (SHP in Not)

1998: Gründung LAG Phase F Niedersachsen und BAG Phase F

1999: 1. Bundesfachtagung Phase F (Kassel)

2000: Tagungsbericht (BAR)

2003: Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F (BAR)

(unterzeichnet von fast allen Kostenträgern)

Schwerstpflege Phase F

Einheitlicher Versorgungsstandard

„Empfehlungen zur stationären
Langzeitpflege und Behandlung
von Menschen mit schwere
und schwersten Schädigungen
des Nervensystems
in der Phase F“

BAR, Frankfurt/Main 2004



„Lebensfähige“ Phase F-Strukturen für die stationäre sowie für die ambulant abgesicherte, häusliche Versorgung ([Bundesfachtagung 1999](#))

- Rehabilitationsbedarf für Wachkoma- und „postapallische“ Patienten rechtlich grundsätzlich anerkennen
- gruppendifferenziert, aber doch praktisch handhabbare Standards ihrer Versorgung festlegen
- Zugänge und Übergänge für Phase F-Patienten sinnvoll definieren
- bedarfsentsprechende als auch ressourcenschonende Gestaltung der Versorgung
- Evaluation, Qualitätsmanagement
- „Mischfinanzierung“

Aufgaben/Perspektiven von Phase F - Einrichtungen

- Knotenpunkt im „kleinen sozialen Versorgungsnetzwerk“
- „Relaisstation“ auf dem durchgängigen Weg in die häuslich-familiäre Reintegration/Integration/Teilhabe (Priorität)
- Teamarbeit und Kommunikation (unter Einbeziehung von Angehörigen)
- Gute Atmosphäre, klare Gefühle und ethische Grundhaltung, Vertrauen und Zuversicht
- Anleitung zur sozialen Teilhabe und Selbsthilfe
- Gesamtgesellschaftliche Aufgabe: **Die Schwachen und Kranken zu schützen ist die Würde der Gesunden.**

10. Phase E als Brücke zur Inklusion

Empfehlungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation (i. Vorb. 2013)



- Zur Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation werden trägerübergreifende Empfehlungen für die Phase E erarbeitet.

• Zugänge zu Teilhabeleistungen ermöglichen, bedeutet Lebenschancen zu eröffnen.



Stellungnahme



DVfR
**Deutsche Vereinigung
für Rehabilitation**

Ad-hoc-Ausschuss „Postakute Neuro-
Rehabilitation und Nachsorge Erwachsener“:
(gegründet 2011)

„Stellungnahme zur Neuorientierung der postakuten Rehabilitation und Nachsorge bei Erwachsenen mit erworbenen Hirnschädigungen

- Die Gestaltung der Teilhabeleistungen für Menschen mit erheblichen Schädigungen des ZNS erfordert neben hoher Fachkompetenz eine vernetzte Zusammenarbeit aller Akteure.
- Die DVfR hat zentrale Aspekte zur Umgestaltung und Erweiterung der Phase E der Neuro-Rehabilitation in einer Stellungnahme zusammengefasst ...“

Assistenzmodell

- Jeder Mensch braucht zum Leben andere Menschen
- *Schwerstgeschädigte* Menschen (z.B. im Wachkoma) sind auf lebenslange umfassende Hilfen durch Dritte angewiesen
- BSGH: Assistenz statt „Verwahrung“
- AssistenznehmerInnen sind anleitungskompetent
- Förderung eines selbstbestimmten Lebens (Förderung von Autonomie-Entwicklung)
- „Eingliederungs*unfähigkeit*“ unterläuft Assistenzmodell (Diskriminierungsverbot)