

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 20.05.2014

Übersicht

1. Geschichtliches
2. Sozialrecht, -gesetzbuch, -versicherung
3. Begriffsdefinitionen, 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 Sozialrecht soll laut SGB I (1), „Aufgaben des Sozialgesetzbuches“, 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,
- den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine freigeählte Tätigkeit zu ermöglichen und
- besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.

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. Bildungs- und Arbeitsförderung (§ 3 SGB I)
- z.B. Entschädigung von Soldaten (§ 5 SGB I)
- z.B. Minderung des Familienaufwandes:

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 (2006/2009)

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 (SGB V)

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)

SGB I § 10: Teilhabe behinderteter Menschen

Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, haben **unabhängig von der Ursache der Behinderung zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe** ein **Recht auf Hilfe**, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,

2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. ihnen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern,
4. ihre Entwicklung zu fördern und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern sowie
5. Benachteiligungen auf Grund der Behinderung entgegenzuwirken.

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

3. Begriffsdefinitionen (Wrobel 2001)

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

„Im Gegensatz zum bio-medizinischen Modell (ICD) wird in der ICF der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren (bio-psycho-soziales Modell der ICF) aufgefasst.

Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person ist das Ergebnis der **negativen Wechselwirkung** zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren.

Jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird in der ICF Behinderung genannt.

Dieser Behinderungsbegriff ist wesentlich weiter als der des SGB IX gefasst. Im Bereich der Sozialleistungsträger sollte nur der Behinderungsbegriff des SGB IX verwendet werden, um Missverständnisse zu vermeiden.“

Schuntermann www.dvr.de: Kurzeinführung in die ICF (o.J.)

Behinderungsbegriff nach SGB IX § 2

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2) Menschen sind ... **schwerbehindert**, wenn bei ihnen ein **Grad der Behinderung** von **wenigstens 50** vorliegt ...

SGB IX § 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- (1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht ...
- (2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen ...
- (3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und **pädagogische** Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten ...

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. Akut-Krankenbehandlung

- ambulant
- eilstationär, 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)

SGB V § 27:

„Maßnahmen der stationären/ambulanten Krankenbehandlung sind **auch auf rehabilitative Ziele** auszurichten...“

SGB V § 39 Abs.1(3) und SGB IX §§ 1 u. 4:

„Die akutstationäre Behandlung umfasst **auch die im Einzelfall** erforderlichen und zum **frühestmöglichen Zeitpunkt** einsetzenden Leistungen zur **Frührehabilitation**.“

Weitere Rehapphasen (C, D, E und F)

- Stationär (Rehaklinik) (Phase C und D)
- Teilstationär, Tagesklinik (Phase E)
- Ambulante Nachsorge und Weitergehende (mobile) Reha („Brücke zur Inklusion“) (Phase E)
- Berufliche/schulische Wiedereingliederung (Phase E)
- Berufsförderung/Umschulung (Phase E)
- Integration und soziale Teilhabe (Phase E)
- Zustanderhaltende Langzeitpflege (Phase F)

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

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

Rehabilitation vor Pflege

- SGB XI §§ 5 und 31 (PflegeVersGesetz)

Integration und Teilhabe als Ziel der Rehabilitation

- SGB IX §§ 1 und 4

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 / Empowerment

Ergebnisse der behindertenpolitischen Bewegungen seit den 60/70er Jahren

- Selbsthilfeorganisationen, -verbände, -gruppen: über 70.000 in Deutschland
- Hilfen zum Leben gemeinsam organisieren
- Lernen, mit einer Behinderung zu leben
Erfahrungen untereinander austauschen und an „Nicht-Behinderte“ weitergeben
- Behindertenbeauftragter beim BMG
- Behindertenbeiräte in Kommunen / Landkreisen

Gesetzliche Maßnahmen, die die Selbstbestimmung/Teilhabe fördern:

1.) Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

- § 9 SGB IX stellt für den Bereich der Teilhabe behinderte Menschen umfassend sicher, dass ihren berechtigten Wünschen hinsichtlich der Auswahl sowie der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe entsprochen und dabei Rücksicht auf ihre persönliche Lebenssituation sowie ihre geschlechtsspezifischen und religiösen Bedürfnisse genommen wird.

2.) Persönliche Assistenz

- §§ 33 und 102 SGB IX

Jede Form der persönlichen Hilfe, die AssistenznehmerInnen in die Lage versetzt, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten

Hilfen sind z.B. Körperpflege, Haushaltshilfe, Krankenpflege, kommunikative Hilfen, Vorlesedienste für Blinde

Wird von den AssistenznehmerInnen ausgesucht und angeleitet

Zeit, Ort und Ablauf der Assistenz wird selbst bestimmt ausgesucht

“Betrieb im eigenen Haushalt” mit Entlohnung (Arbeitgeber-Modell: Finanzamt, Krankenkasse)

3.) Persönliches Budget

- § 17 SGB IX Ausführung von Leistungen

„(2) Auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen...

Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht ...

(3) Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung ausgeführt, bei laufenden Leistungen monatlich ...“

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**

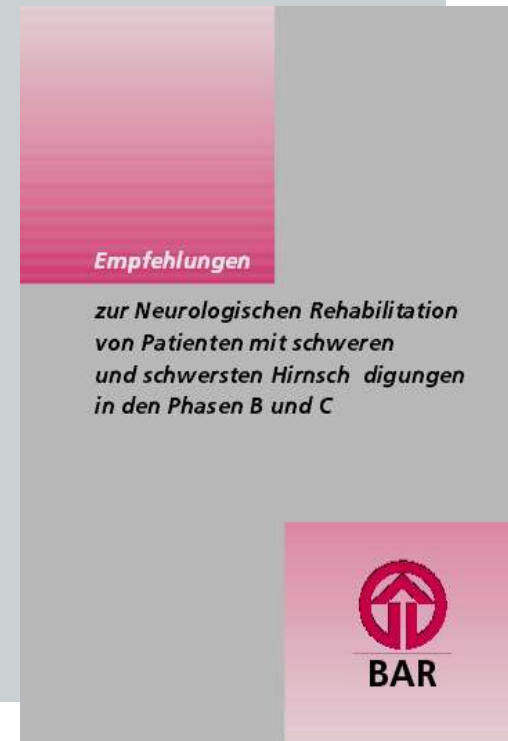
9. Schwerstpflege Phase F

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 (2014)



- Zur Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation sind trägerübergreifende Empfehlungen für die Phase E erarbeitet worden.
- **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) (Kurzfassung 2013, Langfassung 2014)

„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 ...“