

Sozialrechtliche/-medizinische Grundlagen

PD Dr. med. A. Zieger: Klinische Visite, 6. Februar 2006

- Geschichtliches
- Sozialrecht, -versicherung, -gesetzbuch
- Begriffsdefinitionen
- Vier Säulen des Gesundheitswesens + Basis
- Akutmedizinische Versorgung
- Frührehabilitation, Rehabilitation + Teilhabe
- Prävention
- Selbsthilfe
- Basis: Pflege, Schwerstpflege (Phase F)

Geschichtliches (Schulin 2001)

- Formen öffentlicher sozialer Sicherung entwickelten sich in Deutschland seit dem Mittelalter
- Hilfe 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“ und „Untüchtige“)
- 1794 Preußisches Allgemeines Landrecht: Hilfe für Bedürftige durch den Staat
- 1845 Preußische Allgemeine Gewerbeordnung: eine Art von Versicherungszwang in Unterstützungskassen, Ausbau des Hilfskassenwesens

- Voranschreiten der Industrialisierung:
reichseinheitliche Sozialversicherung durch *Bismarck*
vom 17.11.1881:

„die **Heilung der sozialen Schäden** nicht ausschließlich im Wege der
Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern
gleichmäßig auf dem 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: Reichstagerlass *Gesetz betreffend die
Krankenversicherung der Arbeitnehmer*
- 10. April 1892: *Krankenversicherungsgesetz*
- 6. Juli 1884: *Unfallversicherung*
- 22. Juni 1889: *Invaliditäts- und Alterssicherung*
- 1911: Zusammenfassung zur *Reichsversicherungs-
verordnung (RVO)*

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 des
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 1, § 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. Europäische Verfassung (Entwurf 2003)

Sozialversicherungsträger

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

Sozialgesetzbuch (SGB)

SGB I	Allgemeiner Teil
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)

Leistungen der GKV

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

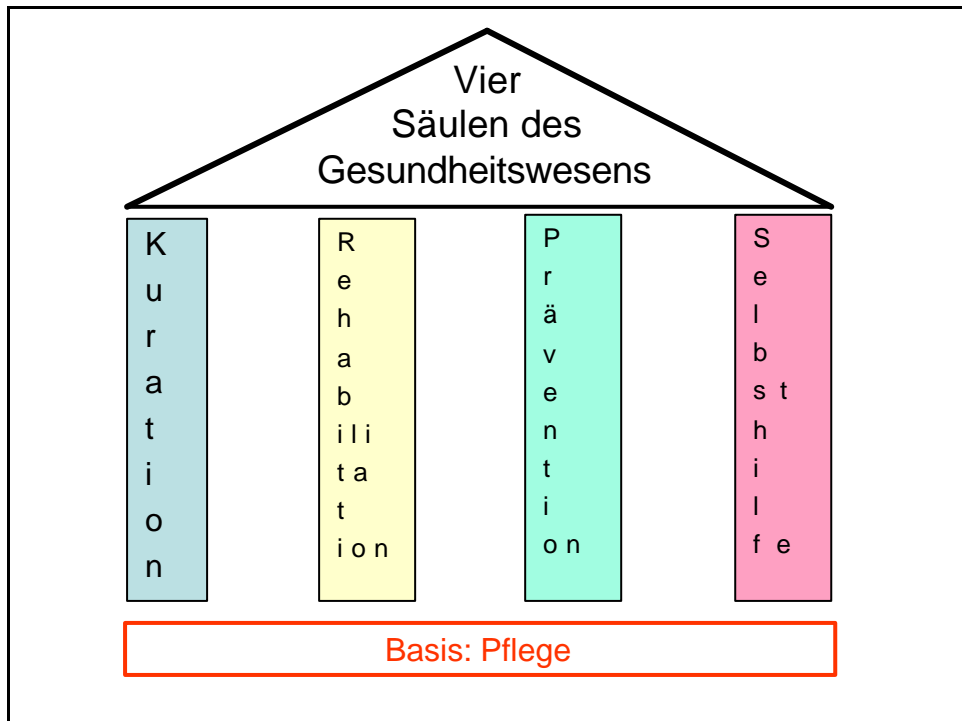
- z.B. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung
- z.B. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten
- z.B. Krankenbehandlung
- z.B. zahnärztliche Behandlung
- z.B. Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln
- z.B. Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Krankengeld*, Fahrtkosten für ambulante 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 einer Verschlimmerung zu verhüten
- Mitspracherecht von Patienten beim neu eingeführten „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (GMG 1.1.2004)

Begriffsdefinitionen

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



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.

Anspruch auf Frührehabilitation

§ 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.**“

Rehabilitation

- Stationär (Rehaklinik)
- teilstationär, Tagesklinik
- ambulant
- Berufliche/schulische Wiedereingliederung
- Berufsförderung / Umschulung
- Integration und 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, RV, BG, Träger der sozialen Entschädigung)
- Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung (BG, Sozialhilfe, Träger der sozialen Entschädigung)

Grundsätze/Prioritäten

Rehabilitation vor Rente

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

Rehabilitation vor Pflege

- §§ 5 und 31 PflVersG

Integration und Teilhabe als Ziel der Rehabilitation

- §§ 1 und 4 SGB IX

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 für ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Betroffenen (§ 20 SGB V)

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 BMGS
- Behindertenbeauftragter beim BMGS

Pflege

Kuration/Rehabilitation/Prävention/Selbsthilfe

- stationär
- ambulant

Gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI)(1995)

- 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.

Pflegebedürftigkeit

wenn ein 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

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

Leistungen im Überblick (pro Monat in €)

	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**

Schwerstpflege Phase F

Geschichtliche Entwicklung:

- 1989/1990: Gründung des Bundesselbsthilfeverbandes Schädel-Hirnpatienten in Not e.V. (Amberg)
- 1990: KURATORIUM ZNS (Bonn)
- 1995: Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in der Phase B und C (VDR/BAR) [„Rehaphasenmodell“]
- 1996: Konsensuskonferenz Phase F (Maikammer, DVfR)
- 1997: Fachbuch „Rund ums Koma“
- 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)

Fast alle Kostenträger haben diese Empfehlungen mitgetragen und auch verbindlich unterzeichnet.

In Deutschland heute:

- Versorgung in Phase F: häuslich-familiär ambulant ca. 70%; stationär ca. 30%, davon nur 10% in qualifizierten Pflegeheimen
- ca.150 Einrichtungen mit ca.1000 stat. Plätzen Phase F

Aufgaben und Perspektiven für Phase F - Einrichtungen

- Knotenpunkt im „kleinen sozialen Versorgungsnetzwerk“
- Durchgängige „Relaisstation“ für die häuslich-familiäre Reintegration (Priorität)
- Teamarbeit und Kommunikation (Einbeziehung von Angehörigen)
- Gute Atmosphäre, klare Gefühle und ethische Grundhaltung
- Vertrauen und Hoffnung
- Anleitung zur sozialen Teilhabe und Selbsthilfe
- Gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Die Schwachen und Kranken zu schützen ist die Würde der Gesunden.

Phase G - Konzept (junge Betroffene)

- Betreutes Wohnen in der Langzeitrehabilitation
- Nachgehende Sorge und aufsuchende Hilfe von Beratung, Betreuung, Pflege und Therapie
- Lebenslange ambulante pflegerische, therapeutische, sozialpädagogische und neuropsychologische Hilfsangebote

Prinzipien:

- Analog wie bei psychisch Kranken (gemeindenaher Psychiatrie)
- Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig
- Hinführen zu einem selbstbestimmten Leben mit sozialer Einbindung (kleines soziales Netzwerk, Förderkreis, Wohngruppe)

Assistenzmodell

- Jeder Mensch braucht zum Leben andere Menschen
- *Schwerstgeschädigte* Menschen wie Menschen im Wachkoma sind lebenslang auf umfassende Hilfen durch Dritte angewiesen
- BSHG: Assistenz statt „Verwahrung“
- AssistenznehmerInnen sind anleitungskompetent
- Beste Möglichkeit zur Förderung eines selbstbestimmten Leben (Förderung von Autonomie-Entwicklung)
- „Eingliederungsunfähigkeit“ unterläuft Assistenzmodell (Diskriminierungsverbot)

„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
- notwendiges Angebot sowohl bedarfsentsprechend als auch ressourcenschonend gestalten
- Evaluation, Qualitätsmanagement
- Regelung der Finanzverantwortung („Mischfinanzierung“)

Schwerstpflege Phase F

Einheitlicher Versorgungsstandard

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

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt/Main 2003

Die Gesellschaft wird stetig weiter "altern":

- Die Zahl der über 60-Jährigen in den nächsten 10 Jahren um rund 1,8 Millionen steigen.
- Schon heute hat ein 60-jähriger Mann noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von 18,9 Jahren, eine gleichaltrige Frau von 23,2 Jahren.
- Immer mehr Menschen werden älter als 80 Jahre und erreichen damit ein Alter mit einem höheren Risiko der Pflegebedürftigkeit.
- Immerhin meistern fast siebzig Prozent der über 80-Jährigen ihren Alltag noch selbstständig.

