

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

apl. Prof. Dr. Andreas Zieger

[www.a-zieger.de](http://www.a-zieger.de)

---

19. Mai 2015: Sozialmedizinische und  
sozialrechtliche Aspekte

# Übersicht

---

- I Geschichtliches
- II Begriffsdefinitionen
- III Fünf Säulen des Gesundheitswesens
  - Kuration: stationär, ambulant; (Früh-)
  - Rehabilitation; Prävention; Selbsthilfe;
  - Palliation
- IV Basis: Pflege, Schwerstpflege (Phase F)
- V Aktuelle Gesetzgebung
  - Ausbau Phase E; Pflegestärkungsgesetze,
  - Ausbau der Palliativversorgung, Bundesteil-
  - habegesetz

# I Geschichtliches (Schulin 2001)

- **Seit dem Mittelalter:** Formen öffentlicher sozialer Sicherung und Hilfe entwickelten sich in Deutschland durch Kirchen für Arme und Notleidende
- **1530:** Reichspolizeiordnung (Städteentwicklung)
- **17./18. Jhdt. 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)*

# 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: Wohngeld, angemessene Wohnung (§§ 6 und 7 SGB I)
- z.B. Kinder- und Jugendhilfe (§ 8 SGB I)
- z.B. Sozialhilfe in Notsituationen (§ 9 SGB I)
- z.B. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (§ 10 SGB I, § 1 Satz 1 SGB IX)

## ... 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 X Sozialverwaltungsverfahren und -datenschutz
- SGB XI Soziale Pflegeversicherung (seit 1992/1996)
- SGB XII Sozialhilfe, Eingliederungshilfe (rev. 2003)



## Bsp. (1): SGB V - Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

**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, Krankengeld\*, Fahrtkosten für ambulante Behandlung\* (\*ab 2006 Sonderbeitrag)

## §11 regelt den Anspruch von Versicherten 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“ (G-BA, GMG 1.1.2004)

## §12 regelt das Wirtschaftlichkeitsgebot

- (1) Die Leistungen müssen **ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich** sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
- (2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag ...

## § 40 regelt die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse **aus medizinischen Gründen** erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht ...

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse **stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung** in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für **pflegende Angehörige** kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer **zertifizierten Rehabilitationseinrichtung** erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.

## Bsp. (2): SGB I §10 - Teilhabe behinderter 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.

## Bsp. (3): 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 ...



## ... 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

## II 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 <b>Verrichtungen des täglichen Lebens</b> wegen einer Krankheit oder Behinderung	angeboren oder erworben bzw. „erlitten“	auf Dauer mind. 6 Monate

# 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 ...

# Behinderungsbegriff nach ICF

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

Dieser Behinderungsbegriff ist **wesentlich weiter** gefasst als der des SGB IX.

Im Bereich der Sozialleistungsträger sollte nur der Behinderungsbegriff des SGB IX verwendet werden, um Missverständnisse zu vermeiden.“

Schuntermann [www.dvr.de](http://www.dvr.de): Kurzeinführung in die ICF  
(o.J.)

„Im Gegensatz zum bio-medizinischen Modell ICHDH2 (1980) wird in der ICF (2001) 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.

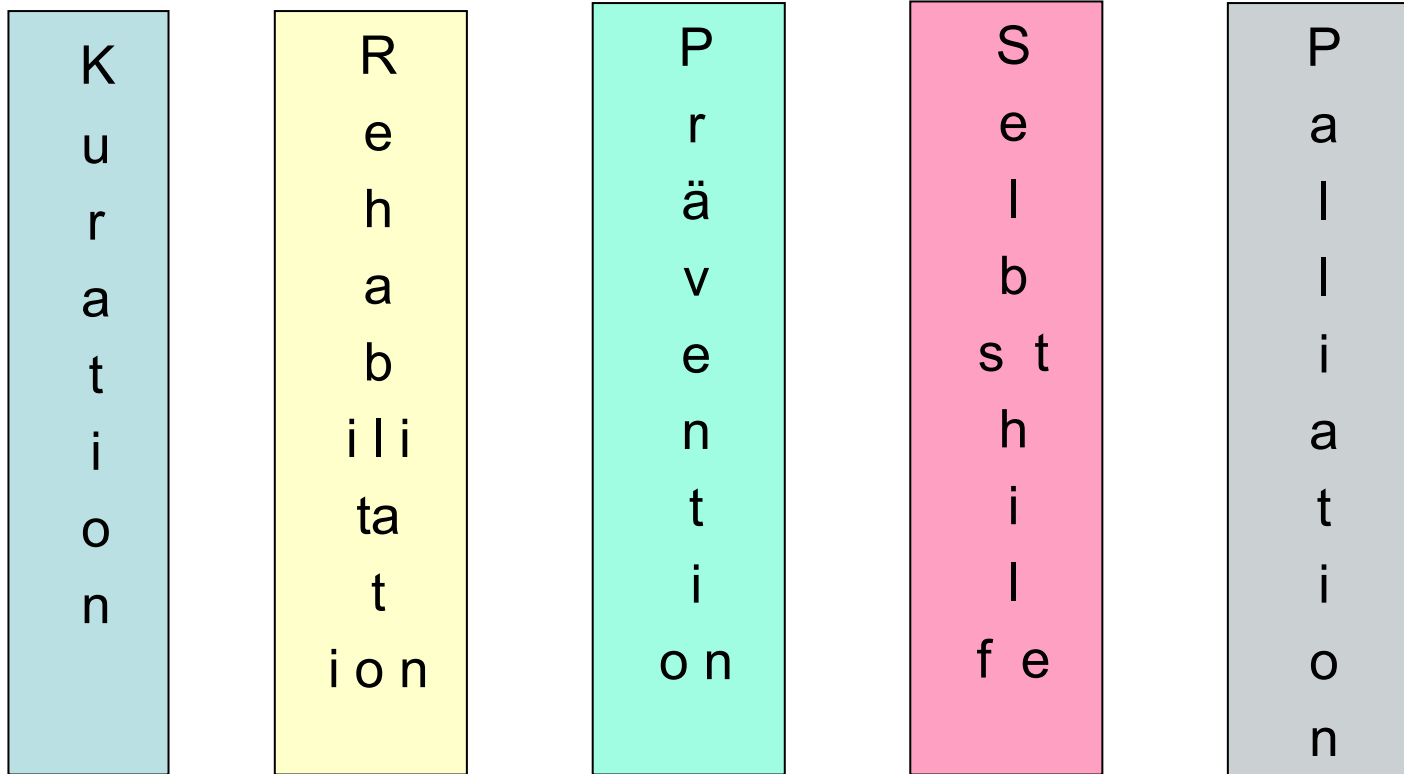
Eine **Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit** einer Person ist das Ergebnis der **negativen Wechselwirkung** zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren ...

# Behinderungsbegriff der UN-BRK

## Artikel 1, Satz 2:

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

# III Fünf Säulen des Gesundheitswesens



Basis: **Pflege**

# Akut-Krankenbehandlung

- ambulant
- teilstationär, Tagespflege, Nachtpflege
- 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.



# FrühRehabilitation (Phase B)

SGB V § 27:

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

SGB V § 39 Abs.1(3):

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

# Neurologisches Rehaphasenmodell

„Vom Koma zurück in die Gemeinde ...“

(modifiziert nach BAR 1995/2003)

**F** Integration/Teilhabe/Inklusion

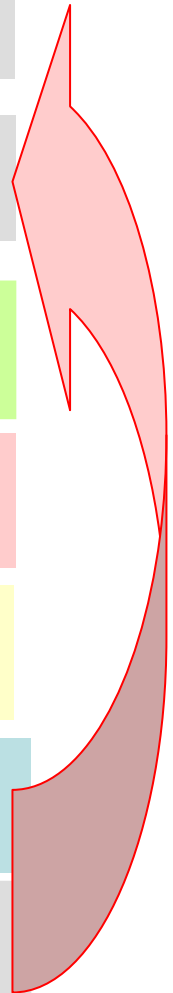
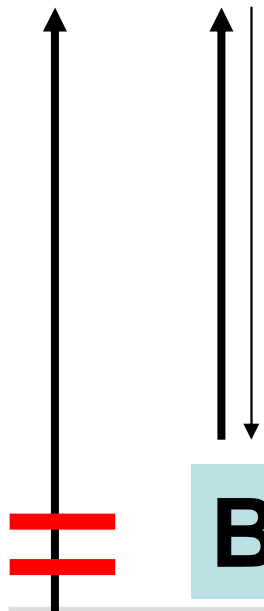
**E** Amb. Nachsorge, berufl. Reha

**D** Rehabilitation (AHB), teilstat. Reha

**C** Frühmobilisation, weiterführende Reha

**B** Frührehabilitation „Schnittstelle“ A/B

**A** Akutphase: OP, Intensivstation, Stroke Unit



# 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!

# 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

# Erste Lesung im Deutschen Bundestag am 20. März 2015

## **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Primärprävention!, A.Z.)**

(Präventionsgesetz – Prävg)

### **A. Problem und Ziel**

Die demografische Entwicklung mit einer anhaltend niedrigen Geburtenrate, einem erfreulichen Anstieg der Lebenserwartung und der damit verbundenen Alterung der Bevölkerung sowie der Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen und die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt erfordern eine effektive Gesundheitsförderung und Prävention. Ziel dieses Gesetzes ist es, unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angeboten zu stärken, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterzuentwickeln und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz zu verbessern.

Ab 2016: Ausgaben der GKV für Prävention soll mit 7 € pro Versicherten mehr als verdoppelt werden (von aktuell 83 Mio auf dann 280 Mio EUR)

## Settings/Aufgaben

- Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz
- Regionale Koordinierungsstellen
- Kinder- und Jugendgesundheit
- Impfschutz
- Nichtbetriebliche Settings wie Kitas, Schulen, Stadtteile

Zentraler Akteur: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Eigenständiges SGB XIII?



# 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

# Selbsthilfeförderung durch die GKV

Krankenkassen und ihre Verbände fördern gemäß § 20c SGB V gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen (Beratungsstellen?):

Zwei Förderstränge

- 1) Kassenartenübergreifende Gesundheitsförderung
- 2) Krankenkassenindividuelle **Projektförderung**

Leitfaden zur Selbsthilfeförderung und Antragsformulare unter

z.B. [www.vdek.com/vertragspartner/Selbsthilfe.html](http://www.vdek.com/vertragspartner/Selbsthilfe.html)

# 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 ...“

# Palliation - Hospiz-/Palliativversorgung

## Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen:

- Symptom- statt ursachenorientierter Behandlung einschließlich Schmerztherapie im ambulanten und stationären Bereich
- Patientinnen und Patienten werden insbesondere durch Vertragsärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen palliativmedizinisch versorgt

Q.:

<http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/leistungen/palliativversorgung.html>

# Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die Leistung zielt darauf ab,

- dem Wunsch schwerstkranker Menschen zu entsprechen,
- möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung in Würde zu sterben

Kann unter bestimmten Voraussetzungen beansprucht (beantragt) werden:

- Palliativpatienten zu mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass hierdurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie eine besonders aufwändige Versorgung benötigen

# IV Basis: Pflege - Schwerstpflege

## Gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI)

(1992/1996, Reform 2013, 2015, i. Vorb. 2017)

- 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

- Erheblicher Hilfebedarf für die **Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)** wegen einer Krankheit oder Behinderung besteht (> 6 Monate)
- **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:

- ca. 0,6 % vor dem 60. Lebensjahr
- ca. 3,9 % zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr
- ca. 31,8 % nach dem 80. Lebensjahr (2011).

In Deutschland sind ungefähr **2,6 Millionen Menschen** auf eine ambulante (ca. 70% der Pflegebedürftigen) oder stationäre (ca. 30% der Pflegebedürftigen) Pflege angewiesen (2013).

# Leistungen der Pflegeversicherung

## Häusliche Pflege

- Geldleistungen: Pflegegeld
- Sachleistungen: Pflegeeinsätze durch professionelle ambulante Pflegedienste
- Kombinationsleistung
- Verhinderungspflege: 4 Wo pro Jahr oder Geldleistung
- Kurzzeitpflege: 4 Wo pro Jahr oder Geldleistung

## Teilstationäre Pflege (Tag-/Nachtpflege)

## Vollstationäre Pflege

# Pflegestufen – Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

## Pflegestufe 1: Erheblich Pflegebedürftige

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

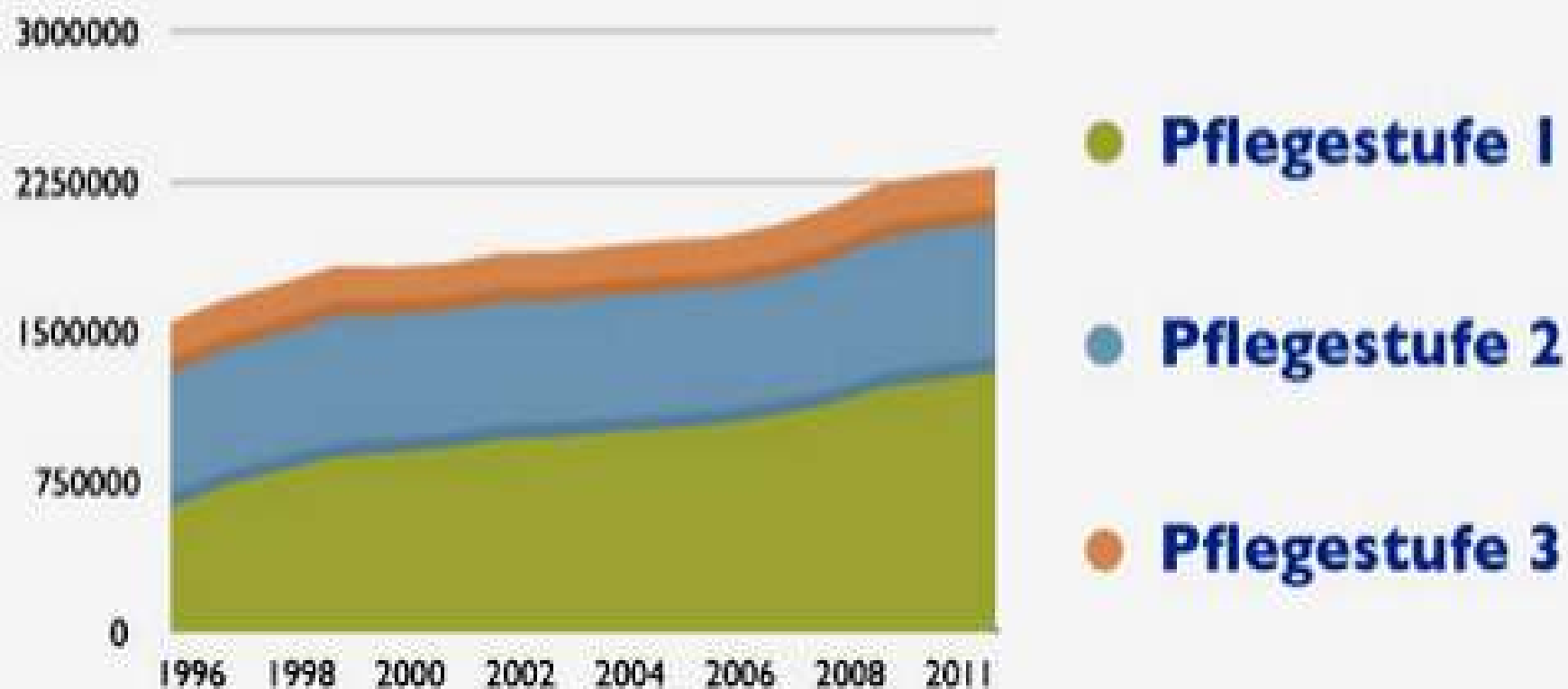
## Pflegestufe 2: Schwerpflegebedürftige

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

## Pflegestufe 3: Schwerstpflegebedürftige

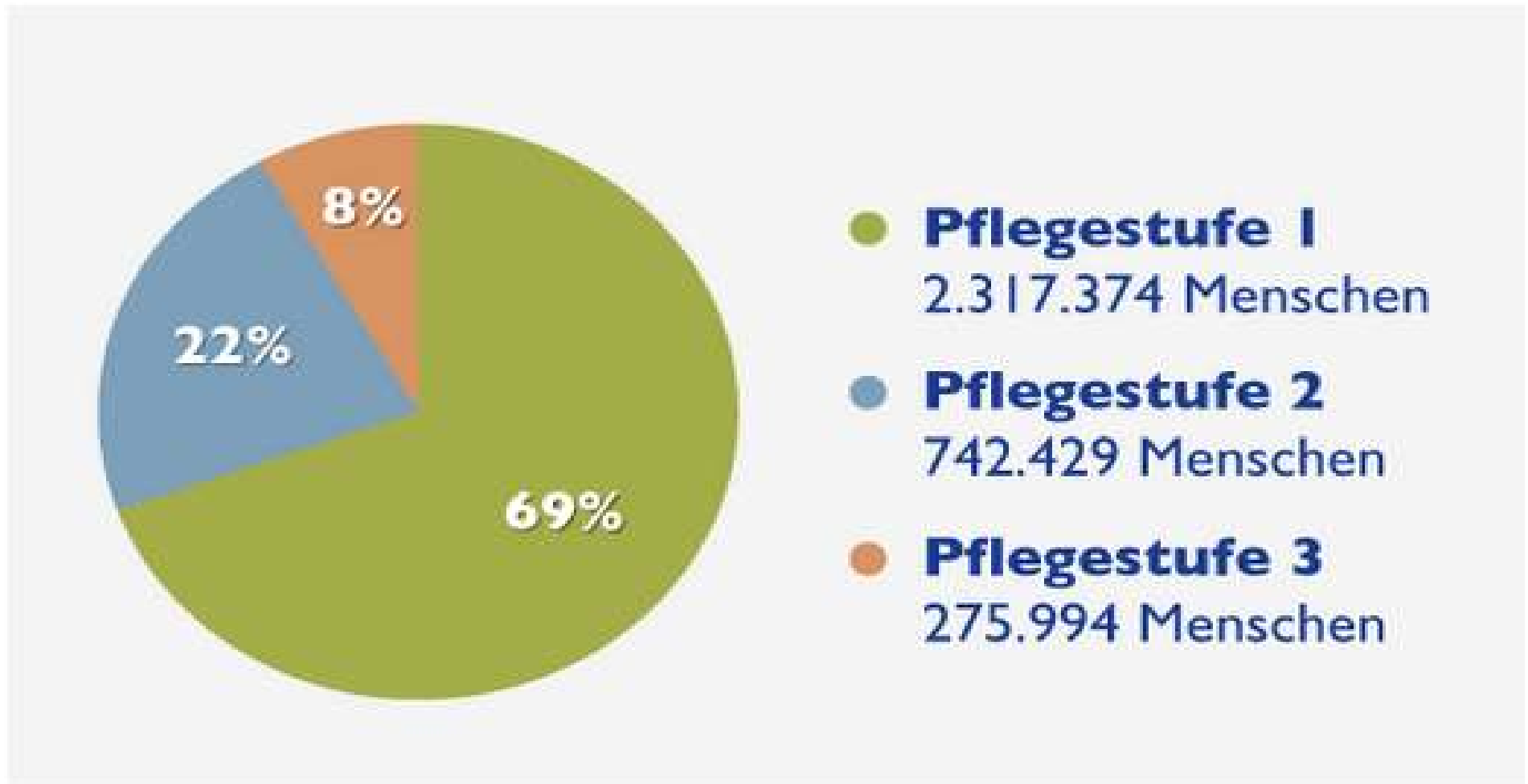
- täglich
- rund um die Uhr, auch nachts
- Grundpflege mindestens 240 Minuten pro Tag

## Entwicklung der Leistungsempfänger der soz. Pflegeversicherung nach Pflegestufen (1996-2011)



Quelle: *Bundesministerium für Gesundheit (2013): Statistiken zur Pflegeversicherung, Berlin*

# Anzahl der Pflegebedürftigen je Pflegestufe im Jahr 2011



Quelle: Barmer GEK

# Pflegestufe 0

Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012) seit Januar 2013 in Kraft:

- Kein oder nur sehr geringer Pflegebedarf
- Alltag kann jedoch trotzdem nicht selbstständig bewältigt werden
- Auf Hilfe angewiesen

Überwiegend für demenzkranke, psychisch erkrankte oder geistig behinderte Menschen

Menschen mit „eingeschränkter Alltagskompetenz“:

- unkontrollierte Verlassen der Wohnung
- Verursachen gefährlicher Situationen
- Wehren gegen Pflegemaßnahmen

# Pflegeleistungen der Stufe 0

mit erheblichem allgemeinem **Betreuungs-**  
bedarf:

- Pflegegeld: 123 €/Monat
- Pflegesachleistungen: bis zu 231 €/Monat

**Häusliche Betreuung:** Unterstützung bei der Alltagsgestaltung, z.B. Vorlesen oder Spazierengehen.

**Zusätzliche Sonderleistungen (siehe Stufe I-III):** Verhinderungspflege, Verbesserung des Wohnumfeldes etc.



## Quelle: BMG 2015

		Pflegestufe 0 Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwerpflegebedürftige (Institutionsfall)
Häusliche Pflege von rein körperlich hilfebedürftigen Menschen	Pflegegeld € monatlich <sup>1)</sup>	-	244	458	728
	Pflegesachleistungen bis zu € monatlich <sup>1)</sup>	-	468	1.144	1.612 (1.995)
Häusliche Pflege von Versicherten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	Pflegegeld € monatlich	123 (0+123) <sup>2)</sup>	316 (244 + 72) <sup>2)</sup>	545 (458 + 87) <sup>2)</sup>	728
	Pflegesachleistungen bis zu € monatlich	231 (0+231) <sup>2)</sup>	689 (468 + 221) <sup>2)</sup>	1.298 (1.144 + 154) <sup>2)</sup>	1.612 (1.995)
Verhinderungspflege <sup>3)</sup>	Pflegeaufwendungen für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr bis zu €				
durch nahe Angehörige <sup>4)</sup>	von rein körperlich hilfe- bedürftigen Menschen	-	366 (1,5fache von 244)	687 (1,5fache von 458)	1.092 (1,5fache von 728)
	von Versicherten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	184,50 (1,5fache von 123)	474 (1,5fache von 316)	817,50 (1,5fache von 545)	1.092 (1,5fache von 728)
durch sonstige Personen <sup>5)</sup>		1.612	1.612	1.612	1.612
Kurzzeitpflege <sup>6)</sup>	Pflegeaufwendungen für bis zu 4 Wochen im Kalenderjahr bis zu € jährlich <sup>7)</sup>	1.612	1.612	1.612	1.612

# Weitere Pflegeleistungen

- **Pflegehilfsmittel**  
z.B. Desinfektionsmittel, saugende Bettschutzeinlagen, Einmalhandschuhe, Mundschutz
- **Technische Hilfen**  
z.B. Pflegebett, Kommunikationshilfe
- **Umbaumaßnahmen**  
z.B. Türverbreiterung, Rampe
- **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**

# Erstes Pflegestärkungsgesetz (seit 1.1.2015)

Pflegeleistungen sind entsprechend der Inflation der letzten Jahre um mindestens 4% gestiegen.

- Pflegestufe I 468€ statt zuvor 450€
- Pflegestufe II 1.144€ statt 1.100€.
- Pflegestufe III 1.612€ statt 1.550€

Anhebung des Pflegegeldes, der Leistungen für die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Kombination der Leistungen erleichtert:

- Tages- und Nachtpflege ungekürzt neben den Leistungen für die ambulante Pflege
- Jahrespauschalen für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege flexibler einsetzbar: z.B. 50% der Leistungen für die Kurzzeitpflege können auch für die Verhinderungspflege eingesetzt werden.
- 100% der Leistungen können für die Verhinderungspflege auf die Kurzzeitpflege verwendet werden

Erleichterung für Angehörige von Demenzkranken.

## Verbesserungen des Pflegegeldes

Q.: <http://www.jedermann-gruppe.de/pflegegrade-1-2-3-4-5-2017/#begriff>

	Pflegegeld 2014	Pflegegeld 2015
<b>Pflegestufe 0</b> + eingeschränkte Alltagskompetenz	120 €	123 €
<b>Pflegestufe 1</b>	235 €	244 €
<b>Pflegestufe 1</b> + eingeschränkte Alltagskompetenz	305 €	316 €
<b>Pflegestufe 2</b>	440 €	458 €
<b>Pflegestufe 2</b> + eingeschränkte Alltagskompetenz	525 €	545 €
<b>Pflegestufe 3</b>	700 €	728 €

## Verbesserungen der Pflegesachleistungen

Q.: <http://www.jedermann-gruppe.de/pflegegrade-1-2-3-4-5-2017/#begriff>

	Pflegesachleistungen 2014	Pflegesachleistungen 2015
<b>Pflegestufe 0 + eingeschränkte Alltagskompetenz</b>	<b>225 €</b>	<b>231 €</b>
<b>Pflegestufe 1</b>	<b>450 €</b>	<b>468 €</b>
<b>Pflegestufe 1 + eingeschränkte Alltagskompetenz</b>	<b>665 €</b>	<b>689 €</b>
<b>Pflegestufe 2</b>	<b>1100 €</b>	<b>1144 €</b>
<b>Pflegestufe 2 + eingeschränkte Alltagskompetenz</b>	<b>1250 €</b>	<b>1298 €</b>
<b>Pflegestufe 3</b>	<b>1550 €</b>	<b>1612 €</b>
<b>Härtefall</b>	<b>1918 €</b>	<b>1995 €</b>

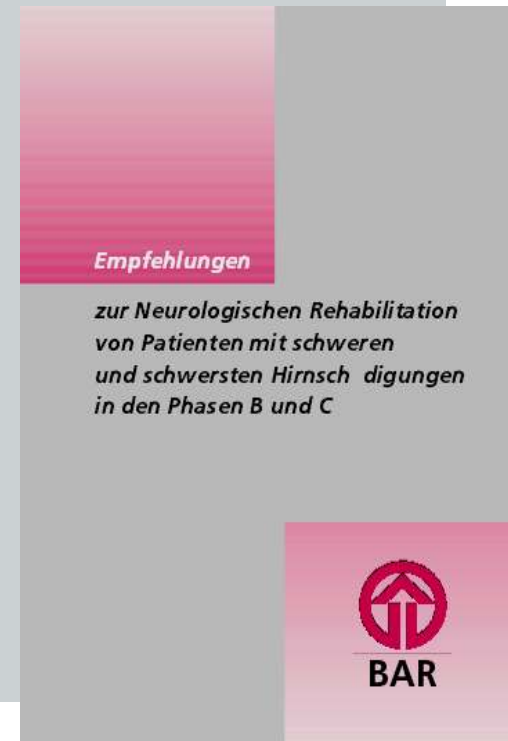
# Schwerstpflege Phase F

## 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 schweren  
und schwersten Schädigungen  
des Nervensystems  
in der Phase F“

BAR 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.**

# Fazit: „Pflegesituation in Deutschland ...

	2011	2013
<b>Pflegebedürftige (100%)</b>	<b>2,5 Mio</b>	<b>2,6 Mio</b>
• im Heim versorgt	764.000	740.000
• <b>zu Hause versorgt (ca.75%)</b>	<b>1.76 Mio</b>	<b>1.86 Mio</b>
davon		
• <b>durch Angehörige</b>	<b>1.18 Mio</b>	<b>1.25 Mio</b>
• zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste	576.000	616.000

Süddeutsche Zeitung vom 13.3.2015, Politik, S. 5

... für Pflegende ein täglicher Kraftakt“

Ambulante Pflegefälle versorgt durch	2011	2013
• ambulante Dienste	12.300	12.700
• Beschäftigte	291.000	320.000
Pflegefälle im Heim werden versorgt		
• durch Einrichtungen	12.400	13.000
• Beschäftigte	610.000	685.000

Süddeutsche Zeitung vom 13.3.2015, Politik, S. 5

# Pflegeheime und Beschäftigte

# 2013

<p><b>Pflegeheime (teil-/vollstationär)</b> <b>insgesamt</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• freigemeinnützig (Diakonie, Caritas) 54%</li><li>• privat 41%</li><li>• öffentlich 5%</li></ul>	<p><b>13.000</b></p> <p>im Durchschnitt 63 Pflegefälle pro Pflegeheim</p>
<p><b>Beschäftigte im Pflegeheim</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Frauen 85%</li><li>• Vollzeitkräfte 30%</li><li>• Teilzeitkräfte 62%</li><li>• Auszubildende und Helfer 8%</li></ul>	<p><b>685.000</b></p>

Süddeutsche Zeitung vom 13.3.2015, Politik, S. 5

# V Aktuelle Gesetzgebung

1. Ausbau von Phase E als Brücke zur Inklusion/Teilhabe
2. Pflegestärkungsgesetz I u II (2015, 2017)
3. Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung (ca. 2016/2017)
4. Bundesteilhabegesetz (2017?)

# 1. Ausbau Phase E

## Empfehlungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation (2014) als Brücke zur Inklusion



- Zur Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation sind trägerübergreifende Empfehlungen für die Phase E erarbeitet worden.
- **Zugänge zu Teilhabeleistungen ermöglichen, bedeutet Lebenschancen zu eröffnen!**



# Phase E als Brücke zur Inklusion – Inklusion braucht Rehabilitation



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 ...“



## 2. Pflegestärkungsgesetze (PSG)

### PSG 1, seit 1.1.2015

- Ausweitung der Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen
- Erhöhung der Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen
- Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds

## PSG 2, noch in dieser Wahlperiode geplant (2017)

- Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
- Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens
- Wegfall der bisherige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und Demenzkranken
- Im Zentrum steht der individuelle Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen
- Neue Grundlage der Pflegeversicherung!

# Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Neues Bewusstsein für Pflegebedürftigkeit und Demenz

- Pflegebedürftige mit demenziellen Erkrankungen nicht mehr gesondert, sondern in ihrer Gesamtheit als hilfsbedürftige Menschen betrachtet werden
- Bei den neuen Pflegegraden werden geistige und körperliche Faktoren der Pflegebedürftigkeit in gleichem Maße berücksichtigt
- Im Vordergrund steht der individuelle Hilfebedarf für eine größtmögliche Selbständigkeit/Teilhabe im/am Alltagsleben

# Umstellung von 3 auf 5 Pflegestufen

## Aktuelle Pflegestufe

## Pflegegrad ab 2017

0

Q.: <http://www.jedermann-gruppe.de/pflegegrade-1-2-3-4-5-2017/#begriff>

Pflegegrad 1

I

Pflegegrad 2

I + eingeschränkte Alltagskompetenz

Pflegegrad 3

2

Pflegegrad 3

2 + eingeschränkte Alltagskompetenz

Pflegegrad 4

3

Pflegegrad 4

3 + eingeschränkte Alltagskompetenz

Pflegegrad 5

Härtefall

Pflegegrad 5

# Neue Begutachtungsrichtlinien für MDK

**Hilfen bei Alltagsverrichtungen:** Wie viel Zeit wird für die alltäglichen Verrichtungen aufgewendet?

**Psychosoziale Unterstützung:** Welcher Hilfebedarf besteht im Hinblick auf psychosoziale Unterstützung?

**Nächtlicher Hilfebedarf:** Wie viel Unterstützung ist während der Nacht nötig?

**Präsenz am Tag:** Über welche Zeitspanne kann der oder die Pflegebedürftige tagsüber alleine gelassen werden?

**Unterstützung beim Umgang mit krankheitsbedingten**

**Anforderungen:** Wie viel Unterstützung ist im Bereich der krankheitsbedingten Anforderungen (z.B. bei der Medikamentengabe oder dem Verbandswechsel) notwendig?

**Organisation der Hilfen:** Wer übernimmt die Hilfeleistungen? Angehörige oder professioneller Pflegedienst?

# 3. Ausbau der Palliativversorgung

**Gesetzentwurf  
der Bundesregierung**

Kabinettsvorlage vom 29.4.2015

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland**

(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

## **A. Problem und Ziel**

Schwerkranke und sterbende Menschen benötigen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung. Dies erfordert eine gezielte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Zwar sind in den letzten Jahren beim Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung bereits Fortschritte erzielt worden. Insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen fehlt es jedoch noch an ausreichenden Angeboten. Ziel des Gesetzes ist deshalb, durch Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind.



## Am Ende zählt der Mensch

Ist nur die Würde des  
gesunden Menschen  
unantastbar?



Für den Ausbau der  
Hospiz- und Palliativversorgung

Jetzt informieren:  
beim Hospiz- und Palliativdienst in  
Ihrer Nähe oder unter [www.dhpv.de](http://www.dhpv.de)

Wir freuen uns, dass auch Sie sich für die Situation und die Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen interessieren.

Menschen jeden Lebensalters - das gilt für Kinder ebenso wie für alte Menschen, ihre Familien und die ihnen Nahestehenden - benötigen in dieser letzten Lebensphase die Zuwendung und Unterstützung von uns allen.

Die Grundposition muss lauten, das Leben in seiner Gesamtheit und das Sterben als einen Teil des Lebens zu begreifen und ein Leben - und somit auch ein Sterben - in Würde zu ermöglichen. Dazu gehören größtmögliche Autonomie bis zuletzt, Schmerzfreiheit und gleichzeitig Geborgenheit in vertrauter Umgebung und im Kreis der Familie und

Freunde, professionelle palliativmedizinische und -pflegerische Betreuung sowie verlässliche psychosoziale wie spirituelle Begleitung.



## 4. Bundesteilhabegesetz (in Vorb. 2016/17)

Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen verbessern und das deutsche Recht im Licht der UN-Behindertenrechtskonvention weiterentwickeln:



- Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickeln
- Orientierung der Leistungen am persönlichen Bedarf (bundeseinheitlich personenbezogen ermittelt)
- Leistungen personenzentriert bereitstellen
- Selbstbestimmung/individuelle Lebensplanung verbessern
- Koordinierung der Rehaträger, Reform SGB IX etc.
- Ohne eine neue Ausgabendynamik ...

Q.: [http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/BRK/DE/StdS/Bundesteilhabegesetz/bundesteilhabegesetz\\_node.html](http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/BRK/DE/StdS/Bundesteilhabegesetz/bundesteilhabegesetz_node.html)





# teilhabegesetz.org

## Für ein gutes Bundesteilhabegesetz

[Startseite](#)[Teilhabegesetz](#)[Mitreden](#)[Mitmachen](#)[Aktuelles](#)[Presse](#)[Kontakt / Impressum](#)


[Start](#) » [Startseite](#)

## Teilhabe jetzt - Für ein gutes Bundesteilhabegesetz



Bis Ende 2015 soll das Bundesteilhabegesetz entwickelt und bis Mitte 2016 im Bundestag und Bundesrat beschlossen werden. Mischen Sie mit und treten Sie mit uns dafür ein, dass wir ein **gutes Bundesteilhabegesetz** bekommen, das die Selbstbestimmung, Teilhabe und Inklusion behinderter Menschen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention in den Mittelpunkt stellt.

[Informationen in einfacher Sprache hier.](#)

Folgende Kernpunkte haben wir für ein gutes Bundesteilhabegesetz entwickelt 

[Spenden](#)

## Termine

**Nächster Termin ist am  
21.05.2015**

**Fachtagung: Das  
Bundesteilhabegesetz - Ein  
Meilenstein für Menschen mit  
Assistenzbedarf?**

Wo: Berlin (), Wann: 21.05.2015  
am 21. und 22. Mai 2015, Info:

[Link zur Taunusausschreibung.](#)