



# Teilhabeorientierung in der Palliativversorgung – grundsätzliche und praktische Aspekte im Lichte der Un- Behindertenrechtskonvention

Matthias Schmidt-Ohlemann

Rehabilitationszentrum Bethesda kreuznacher diakonie

Dt. Vereinigung für Rehabilitation

Landesarzt für Körperbehinderte

Vortrag

Symposium 14. Oktober 2015 in München

Palliativversorgung als Bestandteil einer selbstbestimmten Teilhabe – wer  
braucht welche Unterstützungsleistungen?



## Teilhabe und Palliative Versorgung

- Teilhabeorientierung in der Palliativversorgung?!
- Leistungen zur Teilhabe statt Leistungen der Palliativversorgung?
- Palliativversorgung statt Leistungen zur Teilhabe?
- Palliativversorgung als Teil der Leistungen für eine selbstbestimmten Teilhabe?!
- Leistungen zur Teilhabe und Leistungen der Palliativversorgung?!



## **Dt. Hospiz- und Palliativverband zur Palliativversorgung**

Menschen mit schweren Erkrankungen, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist, bedürfen einer palliativen Versorgung, bei der nicht mehr die Heilung und Lebensverlängerung im Vordergrund steht, sondern der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität, Nähe, Zuwendung und die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen.

Im Mittelpunkt steht der kranke Mensch, seine Angehörigen und Nahestehenden, um seine individuellen Wünsche und Bedürfnisse geht es. Um diesen umfassend Rechnung zu tragen, müssen in jedem Einzelfall die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen gleichermaßen berücksichtigt werden.

Das erfordert multiprofessionelles, sektorenübergreifendes Handeln, eine intensive Kommunikation aller an der Betreuung beteiligten Haupt- und Ehrenamtlichen und partnerschaftliche Zusammenarbeit.



## Personenkreis: Menschen mit Behinderungen

Schwere Behinderung durch schwere chronische Krankheit

Schwere Behinderung mit schwerer chronischer Krankheit

Schwere Behinderung ohne schwere chronische Krankheit

Schwere Behinderung mit Gesundheit

Schwere Behinderung mit schwerer Krankheit und ungewisser oder kurzer Lebenserwartung

Vorsicht: schwere Behinderung wird mit schwerer chronischer Krankheit und Leiden gleichgesetzt. Das ist oft falsch. Auch die Lebenserwartung ist oft überraschend wenig verkürzt, Prognosen jedoch schwierig.

Menschen mit schwerer progredienter Krankheit haben oft Bedürfnisse wie Menschen mit Behinderung

Einige Menschen mit schwerer Krankheit wünschen eine umfassende





## Menschen mit schweren Behinderungen – definitionsgemäß Klienten für eine palliative Versorgung?

Menschen mit

- Schwerer Tetraspastik im Rahmen einer ICP
- Amyotropher Lateralsklerose
- Muskeldystrophie/spinale Muskelatrophien, z. B. mit Beatmung
- Schwerer Tetraparese nach Hirnblutung/Hypoxie
- Spina bifida mit ACM und Hydrocephalus und Dialyse
- (inkompletten Locked-in-Syndrom)
- Schweren Dystonien
- Genetischem Syndrom, z. B. Rett-Syndrom
- Schweren therapierefraktären Epilepsien
- Schwerer Arthrogryposis multiplex congenita (ggf. Beatmung)
- Schwerem Schädel-Hirn-Trauma
- Degenerativen Erkrankungen des ZNS, z. B. Leukencephalopathie





## Was ist Teilhabe ?

- Teilhabe wird definiert als Einbezogenheit in eine Lebenssituation.
- Teilhabe meint im umfassenden Sinne die Möglichkeit des Individuums, in der Gesellschaft als deren Teil und als Subjekt selbstbestimmt zu handeln, d.h. die ihm wichtigen und von seinem Umfeld erwarteten Rollen, Aufgaben, Funktionen und Aktivitäten in einer Gesellschaft auszuüben bzw. dazu befähigt und in die Lage versetzt zu sein.
- Teilhaben kann ein Mensch dann, wenn er zu solchen Aktivitäten befähigt ist, die er sich auf der Basis der eigenen Lebensgeschichte und unter je konkreten Lebensbedingungen in seinem persönlichen Lebensführungskonzept konkret vorstellen und mehr oder weniger praktisch umsetzen kann,
- in den verschiedenen Bereichen der Lebenswelt und in den unterschiedlichen Situationen, so z. B. bei der unmittelbaren Lebensführung und Selbstversorgung, in der Wohnung, in der Familie, in Schule und Beruf und heute ganz wesentlich auch z. B. in den virtuellen Sozialen Netzwerken, dem Internet und der Welt der medial vermittelten Aktivitäten.





## Teilhabeförderung

- Teilhabeförderung umfasst alle Leistungen, alle Maßnahmen und zu schaffenden Rahmenbedingungen, die zur Ermöglichung der selbstbestimmten Teilhabe beitragen.
- Sie bezieht sich nicht nur
  - auf medizinische Leistungen im engen Sinne, also auf die Beseitigung oder Verminderung von Schädigungen durch Behandlung und auf die Verbesserung der Funktionen (i. S. der ICF),

sondern auch

- auf die Erweiterung von Kompetenzen und auch
  - auf die Beseitigung von Barrieren sowie
  - die Bereitstellung von Förderfaktoren in den verschiedenen Lebenslagen und Lebenssituationen (Familie, KiTa, Schule, Ausbildung, Beruf, Wohnen, Freizeit, Im Alter) und im Hinblick auf alle Dimensionen der Teilhabe, vgl. die Partizipationsdimensionen in der ICF.
- Dazu gehören medizinische, pädagogische, pflegerische, berufliche und zahlreiche weitere assistive Unterstützungsleistungen, z. B. auch im Rahmen der Eingliederungshilfe, der Pflege usw.





## Gesetzlicher Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX

Menschen mit Behinderung haben nach dem Sozialgesetzbuch, insbesondere dem SGB IX, einen umfassenden Anspruch auf Teilhabeförderung, d. h. Leistungen zur Teilhabe.

Zuständig sind verschiedene Sozialleistungsträger, die nicht zwingend Rehabilitationsträger sein müssen, so etwa die Gesetzliche Krankenversicherung, wenn sie rein kurative Leistungen erbringt oder auch die Pflegeversicherung.

Zu den Sozialleistungs- und Rehabilitationsträgern, die die Teilhabe fördern, gehört wesentlich auch die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII (I. V. m. SGB IX) für Menschen mit wesentlicher Behinderung



## Teilhabe und Lebensqualität

Das Recht auf Teilhabe und Inklusion ist ein Menschenrecht und bedarf keiner zusätzlichen Rechtfertigung.

Teilhabe zu können ist ein wesentliches Element der Lebensqualität, jedoch nicht mit ihr identisch.

Teilhabe ist kein Selbstzweck: Teilzuhaben ist Teil des Lebensführungskonzeptes des Individuums.



## Förderung der selbstbestimmten Teilhabe: Ziele im Sinne der UN-BRK im Kontext der Palliativversorgung

1. Pflegebedürftigkeit vermeiden: Reha vor Pflege
  2. Wenn Pflegebedürftigkeit/Behinderung auf Dauer bleibt: Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit
    - zu Hause bleiben
    - (weiterhin) selbst über das Alltagsleben bestimmen
    - weniger fremdbestimmt werden und weniger Angst vor Verletzungen/Fremdbestimmung haben, weniger Ohnmacht empfinden müssen
    - möglichst weitgehend das tun können, was man vorher getan hat
    - möglichst weitgehend das erleben können, was man vorher erlebt hat
    - Beziehungen zu wichtigen Personen erhalten
    - neue Lebensperspektiven entwickeln können - neue Arrangements und neues Verständnis der eigenen Rolle im familiären Kontext finden
    - die eigene Versorgung als gesichert wissen
- ➔ Gefühl von Einbezogenheit (enhanced sense of belonging): Teilhabe und Inklusion (UN-BRK)
- ➔ Gefühl von Kontrollkompetenz und Selbstwirksamkeit
- ➔ Gefühl von Achtung, Wertschätzung, Zuneigung, von "Bedeutung haben"
- ➔ Gefühl für eine gute Zukunft: "noch ein paar gute Jahre haben können"



## Teilhabeförderung: Ziele im Sinne UN-BRK

1. Das alltägliche Verhalten aller orientiert sich am individuellen Lebenskonzept, dass ggf. unter den neuen Bedingungen (Pflegebedürftigkeit) neu formuliert werden muss
2. Es gelingt, ein Pflege und Assistenzarrangement zu verwirklichen, dass sich an der Teilhabe orientiert
3. Es gelingt, ein gutes Managementkonzept für die medizinischen und pflegerischen Probleme umzusetzen

Zu beachten:

- ➔ Das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung ist für das Erreichen dieser Ziele nur begrenzt relevant. Entscheidend sind die Kontextfaktoren. Beides ist maßgeblich für die Entscheidungsfreiheiten und die Chancen auf Aktivitäten
- ➔ Die Lebens- und Teilhabeziele sind bei gegebenem Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung entscheidend für das Ausmaß des Hilfe- und Assistenzbedarfes
- ➔ Eine Zielbestimmung und die Erarbeitung eines (neuen) Lebens- und Assistenzkonzeptes bedarf im Hinblick auf die zur Verfügung zu stellenden Leistungen nicht nur eines Pflegeplanes sondern einer individuellen Teilhabeplanung, d.h. zumindest in besonderen Fällen eines Bedarfsfeststellungsverfahrens für einen Teilhabeplan im Sinne des § 10 SGB IX , ggf. sogar mit Teilhabekonferenz.



# UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention - BRK)

**Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen  
aus dem Jahr 2006 ist seit dem 26. März 2009 für Deutschland  
geltendes Recht.**

**UN-BRK : Meilenstein in der Behindertenpolitik weltweit**

## **BRK Artikel 1: Zweck**

**Zweck dieses Übereinkommens ist es, die volle und gleichberechtigte Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle behinderten Menschen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung ihrer angeborenen Würde zu fördern.**

**Der Begriff behinderte Menschen umfasst Menschen mit langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesschädigungen, die sie im Zusammenwirken mit verschiedenen Barrieren daran hindern können, gleichberechtigt mit anderen uneingeschränkt und wirksam an der Gesellschaft teilzunehmen.**



## Modell der Behinderung in der BRK

**Behindertenpolitisch markiert die BRK den Paradigmenwechsel vom medizinischen zum menschenrechtlichen Modell von Behinderung auf internationaler Ebene.**

**Während das medizinische bzw. individuelle Modell von Behinderung, die körperliche, psychische oder kognitive Schädigung des Einzelnen in den Blick nimmt, diesen mit Diagnose, Therapie und Förderung begegnet, ist das menschenrechtliche Modell von Behinderung auf die äußeren, gesellschaftlichen Bedingungen gerichtet, die behinderte Menschen aussondern und diskriminieren.**

**Das menschenrechtliche Modell von Behinderung basiert auf der Erkenntnis, dass die weltweite desolate Lage behinderter Menschen weniger mit individuellen Beeinträchtigungen als vielmehr mit gesellschaftlich konstruierten Entrechtungen (gesundheitlich) beeinträchtigter Menschen zu erklären ist.**

# UN-Behindertenrechtskonvention 2006

Präambel

**Art. 1 Zweck**

Art. 2 Definitionen

Art. 3 Allg. Grundsätze

Art. 4 Allg. Verpflichtungen

Art. 5 Nichtdiskriminierung

Art. 6 Frauen mit Behinderung

Art. 7 Kinder mit Behinderung

Art. 8 Förderung des Bewusstseins

*Art. 9 Zugänglichkeit*

Art. 10 Recht auf Leben

Art. 11 Gefahrensituationen

**Art. 12 Rechts-/Geschäftsfähigkeit**

Art. 13 Zugang zur Justiz

Art. 14 Persönliche Freiheit ...

Art. 15 Freiheit von Folter ...

Art. 16 Freiheit von Ausbeutung ...

**Art. 17 Schutz der Unversehrtheit..**

Art. 18 Freizügigkeit und  
Staatsangehörigkeit

**Art. 19 Unabhängiges Leben und  
Teilhabe an der Gemeinschaft**

Art. 20 Persönliche Mobilität

Art. 21 Meinungsfreiheit ...

Art. 22 Schutz der Privatsphäre

Art. 23 Achtung von Heim und Familie

Art. 24 Bildung

**Art. 25 Gesundheit**

**Art. 26 Rehabilitation**

Art. 27 Arbeit und Beschäftigung

Art. 28 Angemessener Lebensstandard

Art. 29 politische Teilhabe

Art. 30 kulturelle Teilhabe

Art. 31 Statistik und Datensammlung

Art. 32 Intl. Zusammenarbeit

## UN-BRK: aus der Präambel m)

**in Anerkennung des wertvollen Beitrags, den Menschen mit Behinderungen zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten und leisten können,**

**in der Erkenntnis, dass die Förderung des vollen Genusses der Menschenrechte und Grundfreiheiten durch Menschen mit Behinderungen sowie ihrer uneingeschränkten Teilhabe ihr Zugehörigkeitsgefühl verstärken und zu erheblichen Fortschritten in der menschlichen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Gesellschaft und bei der Beseitigung der Armut führen wird,**



## UN-BRK Artikel 12

### Gleiche Anerkennung vor dem Recht

Menschen mit Behinderungen haben das Recht, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden.

Menschen mit Behinderungen genießen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit.

Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.

## UN-Konvention Artikel 26 Habilitation und Rehabilitation

Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich betreffend die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein **Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten** sowie die **volle Einbeziehung und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren**. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten **umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme**, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme

a) im **frühestmöglichen Stadium einsetzen** und auf einer **multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken** beruhen;

b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und **Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten**.

.....



## Konzeptionelle Elemente der BRK

Der Behinderungsbegriff der BRK umfasst nicht nur grundständig behinderte Menschen sondern auch Kranke, Pflegebedürftige, Frührentner, alte Menschen, also auch Menschen mit Schädel-Hirn-Verletzung, vgl. dazu oben Art 1 BRK. Bezüge auf das Lebensalter oder eine feste Dauern fehlen im Unterschied zum deutschen Sozialgesetzbuch.

Das Konzept der angemessenen Vorkehrungen: staatliche und gesellschaftliche Handlungsaufträge, für verlässliche Strukturen zu sorgen

Die Konzeption des universellen Designs umfasst Kontextfaktoren in der gesamten Lebenswelt für alle Bürger

Barrierefreiheit wird als universelles Prinzip formuliert



## Konzeptionelle Elemente der BRK

Das Diskriminierungsverbot erfasst nicht nur aktive Diskriminierung sondern auch das Unterlassen möglicher Inklusionsleistungen, z.B. wird in dieser Denkweise die Nichtermöglichung eines Besuches der Regelschule als Diskriminierung angesehen.

Der Zugang zu notwendigen Leistungen (auch für Gesundheit und Rehabilitation) muss sichergestellt und gleich sein.

Der Staat ist verpflichtet, in den verschiedenen Lebensbereichen Maßnahmen zu treffen, die Teilhabe und Inklusion ermöglichen.

Disability mainstreaming

Anerkennung von Verschiedenheit (Diversity) als Normalität

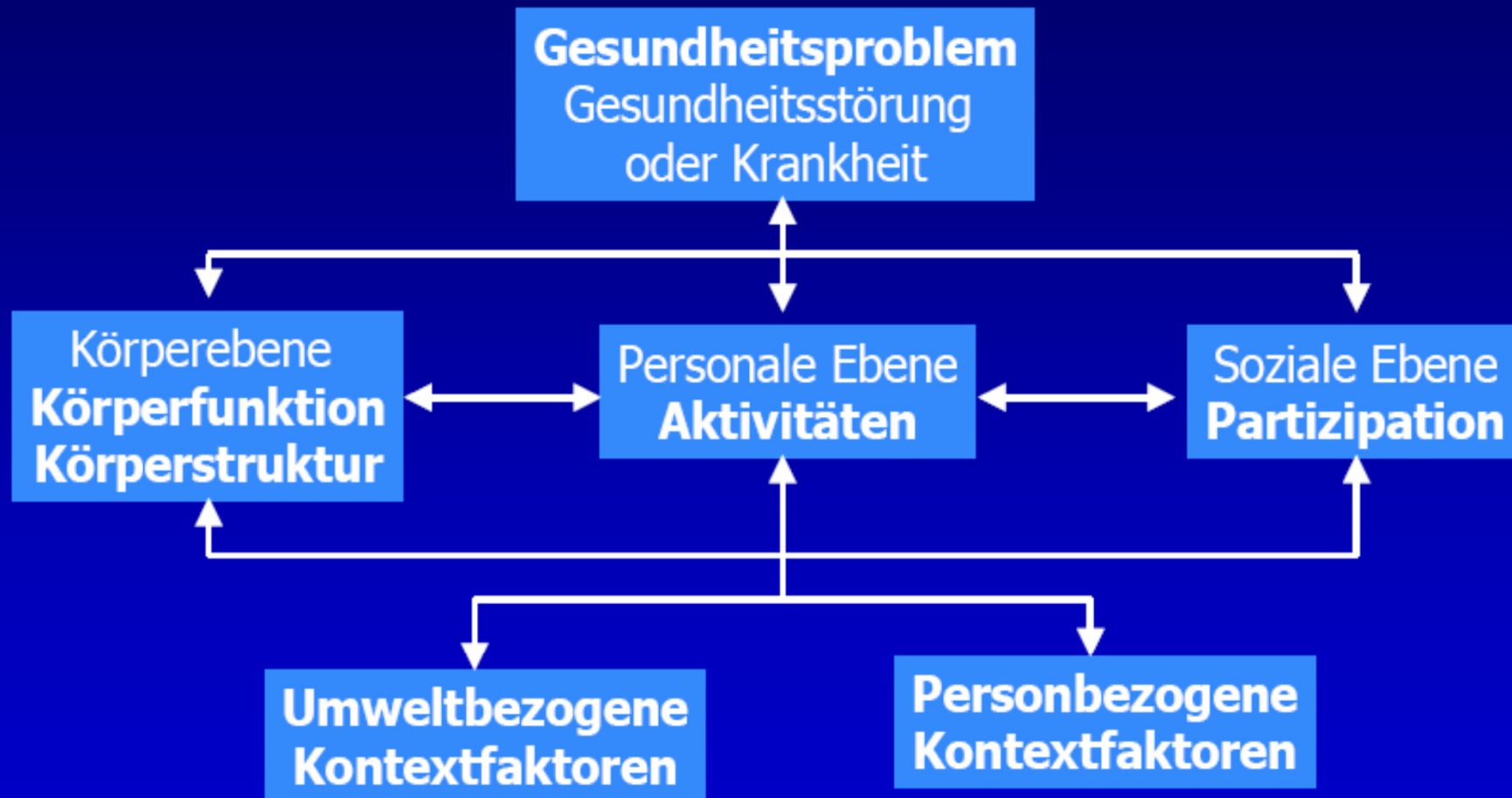
Umfassende Ansprüche auf Rehabilitation (Art 26)







# Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



Bei mittlerer Beeinträchtigung der Funktion können die Aktivitäten stärker und die Teilhabe sehr stark beeinträchtigt sein.

<b>Funktion</b>	0/.....	<b>X</b> .....	/10
<b>Aktivitäten</b>	0/.....	.....	<b>X</b> ...../10
<b>Teilhabe</b>	0/.....	.....	..... <b>X</b> .. /10

(Grad der Beeinträchtigung (x) in einer Skala von 0-10)

Bei gleicher Beeinträchtigung der Funktionen können die Aktivitäten weniger stark beeinträchtigt und die Teilhabe in sehr hohem Umfang möglich sein .  
[1]

<b>Funktion</b>	0/.....	<b>X</b> .....	/10
<b>Aktivitäten</b>	0/.....	<b>X</b> .....	/10
<b>Teilhabe</b>	0/... <b>X</b> .....	.....	/10

(Grad der Beeinträchtigung (x) in einer Skala von 0-10)

[1] Zudem kann die Fähigkeit zur Teilhabe von der praktizierten Teilhabe abweichen. Die ICF kennt dafür den Unterschied zwischen Capacity und Performance und zur Beschreibung und Erklärung der Unterschiede in der Beeinträchtigung der Teilhabe die Methode der systematischen Variation der Kontextfaktoren.



## UN-BRK: Enhanced sense of belonging: Zugehörigkeitsgefühl

Der Begriff des Zugehörigkeitsgefühls kommt bislang in keiner internationalen Menschenrechtskonvention vor und gehört bislang nicht zum etablierten Vokabular des Menschenrechtsdiskurses.

Er steht symbolisch für eine spezifische Stoßrichtung der Behindertenrechtskonvention, die gegen die Unrechtserfahrung gesellschaftlicher Ausgrenzung eine *freiheitliche und gleichberechtigte soziale Inklusion einfordert*.

Nach der Konvention gehören *individuelle Autonomie und soziale Inklusion unauflöslich zusammen*; sie müssen für ein angemessenes Verständnis zusammen gelesen und auch in der praktischen Umsetzung der Konventionsverpflichtung stets zusammen bedacht werden.

➔ Es ist normal, verschieden zu sein.



## **Förderung der Teilhabe und Inklusion durch Konzepte der Teilhabesicherung**

**Aus der Langzeitbetreuung von pflegebedürftigen schwerstbehinderten im Rahmen der Eingliederungshilfe haben wir das Konzept der Teilhabesicherungskonzepte (TSK) entwickelt, das wesentliche Reha-Strategien aufnimmt und auf die Ermöglichung von Teilhabe trotz u. U. schwerer Pflegebedürftigkeit und ggf. nahendem Ende des Lebens zielt.**

**TSK bestehen aus einem problem- und lebensbereichsbezogenen Ziel-, Methoden und Maßnahmenkatalog, der individuell modifiziert unter Beachtung der Kontextfaktoren unter Nutzung rehabilitationsmedizinischen Wissens entwickelt und zur Anwendung gebracht wird und eine strukturierte Problembewältigung mit dem Ergebnis verbesserter Aktivitäten und Teilhabe ermöglicht.**

## Mobile Rehabilitation

**Mobile Rehabilitation ist ein anerkanntes, aber immer noch wenig umgesetztes Konzept der ambulanten wohnortnahen medizinischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V), bei dem**

- ambulante aufsuchende Rehabilitationsleistungen
- durch ein interdisziplinäres Team (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Rehabilitationspflege, Ernährungsberatung, Neuropsychologie und Sozialberatung)
- unter ärztlicher Leitung
- in der Häuslichkeit des Rehabilitanden selbst
- auf der Basis eines Rehabilitationskonzeptes
- mit gesicherter Struktur-, Prozess und nachgewiesener Ergebnisqualität
- durch eine wohnortnahe Einrichtung
- auf der Grundlage eines Vertrages nach § 111 c SGB V

**erbracht werden.**



## Teilhabesicherungskonzepte (1)

1. Ermöglichung des ggf. mehrstündigen Sitzens im Sinne der Teilhabe am Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmittel
2. Ermöglichung von Sitz, Mobilität und Pflege durch an die Wohnumgebung und die Assistenzpersonen angepasste Transfertechniken bzw. Hilfsmittel.
3. Ermöglichung von Kommunikation durch Verwendung von im konkreten persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache
4. Ermöglichung der im sozialen Kontext akzeptierten Ernährung bei orofazialer Dysfunktion unter Förderung der Kompetenzen des sozialen Umfeldes bei Zubereitung und Nahrungsaufnahme (Schlucktraining) ggf. einschließlich der Akzeptanz veränderter Essensgewohnheiten
5. Bewältigung der Inkontinenz mit dem Ziel der (ggf. relativen) Kontinenz einschließlich Hilfsmittel, Management, Toilettengang und Toilettentraining im häuslichen Umfeld
6. Optimierte Lokomotion, d.h. eigenständige Beweglichkeit ggf. mit Hilfsmitteln zur Lagerung und Bewegung von ort zu Ort einschließlich Anleitung zur Eigenübung, Kontrollkompetenz



## Teilhablesicherungskonzepte (2)

7. Sicherstellung der Mobilität in Wohnung, Nachbarschaft, naher Stadt und Fernbereich.
8. Sonstige Aktivitäten des täglichen Lebens (selbstständig, mit Hilfe, mit Hilfsmitteln, ggf. Kontrollkompetenz, im konkreten Kontext)
9. Strategien zur Bewältigung eingeschränkter Sinnesfunktionen, u. a. zur Orientierung, Kommunikation, Kulturtechniken, soziale Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln
10. Förderung der Belastbarkeit und Handlungskompetenz im konkreten, individuellen Alltagsleben, insbesondere der Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld
11. Optimierung der Möglichkeiten der Steuerung (Hilfsmittel) mit dem Ziel der Umfeldkontrolle
12. Ermöglichung des Lernens, der Wissensanwendung und Förderung der kognitiven Funktionen einschließlich Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld
13. Ermöglichung eines selbstgesteuerten Schmerzmanagements unter häuslichen Bedingungen
14. Bewältigung psychischer Probleme, Erkennung, Behandlung, Bewältigung psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbiditäten, insbesondere im sozialen Kontext





## Teilhabesicherungskonzepte (3)

15. **Bewältigung von Atmungsproblemen, u. a. bei Schluckstörungen, rez. Infekten, COPD, Unterbeatmung, Sauerstoffgabe, intermittierende oder dauerhafte Beatmung in häuslicher Umgebung**
16. **Vermeidung und Bewältigung von Hautschäden (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe einschließlich der Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld**
17. **Praktische Ermöglichung und Förderung der Ausübung von Kulturtechniken im Alltag**
18. **Ermöglichung relevanter Beschäftigung im Alltag einschließlich solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen Bedeutung geben können**
19. **Ermöglichung einer Tagesstruktur, ggf. durch Nutzung von Angeboten der Senioren- oder Eingliederungshilfe**
20. **Förderung und Stabilisierung des sozialen Netzes durch Information, Beratung, Stützung, Beseitigung von Begegnungshindernissen, Erschließung des öffentlichen Raumes (z. B. Gaststätten)**



## Teilhablesicherungskonzepte (4)

21. Information und Kontakt zu Organisationen der Selbsthilfe, ggf. Selbstorganisation
22. Ermöglichung und Förderung eines fachgerechten, teilhabefördernden medizinischen Managements bei Pflegebedürftigkeit, interkurrenten Erkrankungen oder Komplikationen der Grunderkrankungen in der eigenen Häuslichkeit durch das primäre und sekundäre soziale Netz
23. Ermöglichung und Förderung der Beantragung und Organisation sozialstaatlicher Leistungen unter den konkreten häuslichen Bedingungen u. a. als bedarfsgerechter Hilfemix
24. Stützung und Beratung der Bezugspersonen
25. Förderung des regionalen sozialraumbezogenen sekundären sozialen Netzwerks.
26. Ermöglichung von Kontrollkompetenz und Souveränität im Hinblick auf die Gestaltung der Pflegeverrichtungen, die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, die Zeit und die Assistenz
27. Förderung, Ermöglichung konstanter persönlicher Beziehungen und eines stabilen, angstfreien offenen, freundlichen Umfeldes mit verlässlichen Partnern, Bezugspersonen

## TSK mehrstündiges Sitzen

Mehrstündiges Sitzen ( minimal 3 besser 6 Stunden) erweitert die Möglichkeit der Teilhabe gravierend.

Sitzen kann heute so gelernt oder unterstützt werden, dass es einen bettlägerigen „Dauerpflegefall“ heute nicht mehr geben muss (– mit wenigen Ausnahmen)

Voraussetzungen für ein Sitzen im mobilen Stuhl von 3 bis 6 Stunden :

- Posturale Stabilisierung (ggf. d. spezielle Hilfsmittel)
- Mobilität im Sitz innen und außen gegeben
- Keine Schmerzen
- Stabiler Kreislauf
- Kein Toilettengang erforderlich
- Transfers gesichert
- Vorbeugung Decubitus
- Facilitierung von Bewegungen
- Signalgeber und Notruf vorhanden
- Keine Unterbrechung von PEG/O2 Gabe
- Möglichkeiten für eigenes Handeln und Beteiligung sind gegeben



## Notwendige Dienste und Einrichtungen in einer Region

- ▶ auf Teilhabeförderung spezialisierter ärztlicher Dienst (z. B. Rehabilitationsmedizinischer Dienst (RMD) als ermächtigte Institutsambulanz oder in Zukunft als MZeB nach § 119 c SGB V
- ▶ Auf Teilhabeförderung spezialisierte Heilmittelerbringung speziell für Menschen mit Behinderung (z.T. im Rahmen der Eingliederungshilfe)
- ▶ Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation und elektronische Hilfen
- ▶ Mobile Rehabilitation
- ▶ Spezialisierte Kooperation mit Hilfsmittelfirmen zur Hilfsmittelversorgung im interdisziplinären team
- ▶ Teilhabeorientierte Rehapflege und – Beratung (z. B. im Rahmen der Eingliederungshilfe)

Für verschiedene Settings:

- ▶ Ambulanter Dienst – Wohnen zu Hause
- ▶ Persönliche Assistenz
- ▶ Wohneinrichtung im Rahmen der Eingliederungshilfe
- ▶ Pflegeeinrichtung



## Botschaften

1. Menschen mit Pflegebedarf unter 60 Jahren gehören nicht ins Pflegeheim sondern in eine Einrichtung der Eingliederungshilfe!
2. Aus rehabilitationsmedizinischer Sicht: Kein Mensch mit Pflegebedarf muss heute auf Dauer ein bettlägeriger Pflegefall bleiben: Auch Pflegebedürftige haben die Chance und das Recht auf Eingliederung und Teilhabe!
3. Teilhabefördernde Interventionen wo möglich und sinnvoll: Eingliederungshilfe und rehabilitationsmedizinische Versorgung vor und bei Pflegebedürftigkeit
4. Teilhabeorientierung in der palliativen Versorgung
5. Kein Pflegeplan ohne Teilhabeplan
6. Nutzung der Option Mobile Rehabilitation zur Teilhabeförderung auch bei schwerstbetroffenen Menschen!







**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**

Kontakt:

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann  
Rehabilitationszentrum Bethesda kreuznacher diakonie

Waldemarstr. 24

55543 Bad Kreuznach

Tel. 0671/605-3611; Fax – 3869

[rmdo@kreuznacherdiakonie.de](mailto:rmdo@kreuznacherdiakonie.de)

## Dt. Hospiz- und Palliativverband zur Palliativversorgung

### Definitionen der WHO

#### WHO 1990

Palliative Care ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.

#### WHO 2002

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des Leidens mittels frühzeitiger Erkennung und korrekter Beurteilung der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art.