

Stellungnahme der DVfR zu Inhalten der Bedarfsermittlung im SGB IX: Morbidität, Sorge um Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung

Beschlossen vom Hauptvorstand der DVfR am 16.10.2018

Die DVfR hat in ihrer „Stellungnahme zur ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)“ vom August 2017¹ die Auffassung vertreten, dass die der Behinderung zugrundeliegende Gesundheitsstörung im Rahmen der Bedarfsermittlung als ICD 10 codierte Diagnose erfasst werden sollte, um eine möglichst passgenaue Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung, die auch die Prognose berücksichtigt, durchführen zu können. Die Benennung der Gesundheitsstörung nach § 13 SGB IX ist auch bei finaler Betrachtungsweise geboten, bei der es mit Blick auf die Förderung auf die Beeinträchtigungen der Teilhabe, nicht aber auf die zugrunde liegende Diagnose ankommt. Andernfalls wäre dem Sozialleistungsträger die Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen für die Leistungsgewährung nicht möglich. Entsprechend ist die Erfassung der Gesundheitsstörung in den meisten entwickelten Instrumenten auch so vorgesehen.

Unklar ist, inwieweit neben der die Behinderung begründenden Diagnose auch weitere Erkrankungen von Menschen mit Behinderungen, die im Folgenden als „Comorbidität“ bezeichnet werden sollen, bei der Bedarfsermittlung aufgenommen werden sollten und wenn ja, an welcher Stelle dies sinnvollerweise erfolgen soll. So kann ein Mensch mit einer geistigen Behinderung z. B. an einer behandlungs- und überwachungsbedürftigen Epilepsie leiden, an einem Diabetes mellitus, an einer neurogenen Blasenentleerungsstörung, an Schmerzen, an einem Decubitus, an einer psychischen Erkrankung etc. Nicht selten bestehen auch unklare Befindlichkeitsstörungen, hinter denen sich eine Krankheit verbergen kann, und die nur durch Beobachtung und eine ggf. dann durchzuführende sorgfältige, aufdeckende Untersuchung abzuklären sind.

Diese Comorbiditäten erfordern einerseits eine Behandlung durch Ärztinnen oder Ärzte, Therapeutinnen oder Therapeuten und Pflegekräfte, andererseits auch zahlreiche Maßnahmen, für die primär die oder der Betroffene selbst verantwortlich ist: Organisation und Durchführung von Arzt- und Therapeutenbesuchen, Medikamenteneinnahme, Einhalten von Diätvorschriften etc. Man kann diese Aktivitäten, die nicht durch Behandler durchgeführt werden, als Sorge um die Gesundheit und eine entsprechende medizinisch-therapeutische Versorgung und als Aktivitäten zur Krankheitsbewältigung beschreiben, die im Folgenden kurz als „Gesundheitssorge“ bezeichnet werden sollen². Gesundheitssorge bedeutet nach dieser Definition all das, was ein Mensch ohne Behinderung für seine Gesundheit und seine

¹ https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR-Stellungnahme_ICF-Nutzung_im_BTHG_bf.pdf

² Nicht zu verwechseln mit der Gesundheitssorge im Rahmen einer rechtlichen Betreuung, vgl. Anlage.

Gesunderhaltung sowie die Krankheitsbewältigung tut oder tun kann. Menschen ohne Behinderung regeln diese alleine bzw. erhalten Hilfe durch ihr primäres soziales Netzwerk, z. B. Familienangehörige, insbesondere wenn Fremdbeobachtung erforderlich ist. Beispielsweise kann ein Mensch mit Epilepsie häufig Art und Schwere seiner Anfälle nicht selbst beschreiben. Ebenso kann auch ein Mensch mit psychischer Erkrankung sein Krankheitsbild und seine Symptome oft nicht zutreffend erkennen, einschätzen und beschreiben oder Änderungen im Rahmen einer Behandlung beurteilen. Die Entwicklung eines Decubitus im Gesäßbereich kann ebenfalls meist nicht selbst wahrgenommen werden etc.

Auf Grund einer Behinderung kann für Menschen die Möglichkeit eingeschränkt sein, die Gesundheitsvorsorge für sich selbst ganz oder teilweise zu übernehmen. Dies trifft für viele Personen zu, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen. Das kann an der Beeinträchtigung der Möglichkeiten liegen, eigene Aktivitäten der Gesundheitsvorsorge zu entfalten, aber auch daran, dass für die oder den Betroffenen in ihrer bzw. seiner Lebenssituation kein primäres soziales Netzwerk zur Verfügung steht, z. B. die Familie, die dabei unterstützen bzw. diese Aktivitäten übernehmen kann. Sind diese Voraussetzungen gegeben, benötigt der Mensch mit Behinderung Unterstützungsleistungen im Alltag im Bereich der Gesundheitsvorsorge. Dafür kommt als Leistungserbringer nur die Eingliederungshilfe in Betracht, sofern diese nicht Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der Pflegeversicherung sind.³

Aus den praktischen Erfahrungen mit der Gesundheitsvorsorge in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe aber auch aus einer Untersuchung der Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH (BBI)⁴ ergibt sich, dass die Bewältigung der Comorbiditäten in entsprechenden Fällen einen hohen, zusätzlichen Assistenzbedarf erfordern kann. So beträgt der Zeiteinsatz für die Gesundheitsförderung in der genannten Studie ca. 22 Prozent und besteht zu einem wesentlichen Anteil in der Begleitung. Ferner ist festzustellen, dass die Bewältigung der Comorbidität eine entscheidende Bedeutung für die Erreichung der Teilhabeziele haben kann: So kann z. B. eine angemessene Medikation die Symptomatik bei begleitenden psychischen Erkrankungen deutlich verbessern. Die Bewältigung von Inkontinenz durch geeignete Maßnahmen (z. B. suprapubischer Blasenkateter oder Kondomurinal) kann eine Teilnahme an Veranstaltungen ermöglichen. Mit Decubitus ist eine Teilhabe am sozialen Leben oft über längere Zeiten nicht möglich, da zur Entlastung Bettruhe eingehalten werden muss; die Vermeidung eines Decubitus hat daher auch unter Teilhabe Gesichtspunkten eine hohe Priorität. Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie können zur Behandlung sowohl der der Behinderung zugrundeliegenden Erkrankung als auch von Comorbiditäten erforderlich sein und oft die soziale Teilhabe erst ermöglichen, z. B. auch nach Operationen und Traumen.

³ Vgl. dazu ausführlich die Anlage „Sorge um Gesundheit, deren Erhaltung und Krankheitsbewältigung: Gesundheitsvorsorge in der Eingliederungshilfe“

⁴ Evaluation des Umstellungsprozesses der Hilfebedarfsgruppensystematik in vollstationären Einrichtungen für erwachsene Menschen mit geistiger und / oder Mehrfachbehinderung – (Projekt Heime), Endbericht (2014), http://www.bbi-consult.de/files/04_15_14_abschlussbericht-text.pdf, zuletzt abgerufen am 29.09.2018)

Alle diese Maßnahmen, auch wenn sie zu Lasten der GKV im Rahmen der Krankenbehandlung erbracht werden, bedürfen aber der Organisation, Begleitung und Kontrolle. Ärztliche Anweisungen müssen im Alltag umgesetzt werden. Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass die Gesamtmorbidität bei Menschen mit Behinderungen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung höher ist.

Die DVfR weist deshalb darauf hin, dass die Comorbidität, die Behandlungsbedarfe und die zu deren Sicherung erforderlichen Assistenzleistungen umfassend bei der Bedarfsermittlung zu berücksichtigen sind. Die bisher vorliegenden Bedarfsermittlungsinstrumente (z. B. BEI in Nordrhein-Westfalen, THP in Rheinland-Pfalz u. a.) berücksichtigen dies nicht hinreichend. Zum einen werden Leistungen der Gesundheitsversorgung nicht explizit erfasst, zum anderen sind keine Felder erkennbar, in denen die Comorbiditäten und der daraus resultierende Unterstützungsbedarf bei der Gesundheitsversorgung abzubilden sind.

Die DVfR hält es deshalb für erforderlich, dass bei der Bedarfsermittlung auch die Comorbidität einschließlich besonderer gesundheitlicher Risiken systematisch und explizit erfasst und der daraus resultierende Assistenzbedarf ermittelt wird. Dazu ist es in der Regel auch erforderlich, die Schädigungen auf der Funktionsebene bei der Bedarfsermittlung zu beschreiben.

Ferner weist die DVfR darauf hin, dass die Bedarfsermittlung das gesamte biopsychosoziale Konzept im Sinne der ICF zu berücksichtigen hat. Eine Reduktion der Bedarfsermittlung auf die Bereiche Aktivitäten und Teilhabe entspricht nicht der gesetzlichen Vorgabe, wie sie in § 13 Absatz 2 und § 117 ff. SGB IX formuliert ist.

Auf Grund der besonderen Bedeutung sollte die Gesundheitsversorgung, die in der ICF nur marginal abgebildet ist, ein eigener Punkt bei der Bedarfsermittlung sein. Damit ist auch die Möglichkeit verbunden zu ermitteln, welche Leistungen durch andere Leistungsträger zu erbringen sind und wie dies konkret organisiert werden kann. Es handelt sich hier meist weniger um Teilhabeleistungen anderer Rehabilitationsträger (wobei auch diese in Betracht kommen, z. B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), sondern häufiger um Leistungen der Krankenbehandlung und der Pflege. Assistenzleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe sollen dabei sicherstellen, dass Diagnostik und Behandlung stattfinden und die Behandlung dann auch erfolgreich sein kann, z. B. durch Begleitung zum Arztbesuch und Umsetzung der ärztlichen Anweisungen im Alltag, d. h. auch im Teilhabeplan etc.

Zusammenfassung:

Die DVfR weist darauf hin, dass nur durch eine angemessene Berücksichtigung der Comorbidität, der Behandlungsbedarfe und der Gesundheitsvorsorge bei der Bedarfsermittlung die Ziele nach den §§ 1 und 4 SGB IX erreicht werden können. Sie regt an, die Comorbidität und die Leistungen der Gesundheitsvorsorge explizit im Rahmen der Bedarfsermittlung zu erfassen, auch um die notwendigen Leistungen leistungsrechtlich korrekt zuzuordnen zu können.

Heidelberg, November 2018

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
Vorsitzender der DVfR

Andreas Bethke
Leiter des DVfR-Ausschusses
„Umsetzung des BTHG“

Diese Stellungnahme wurde im DVfR-Ausschuss „Umsetzung des BTHG“ erarbeitet.

Kontakt:

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)
Maaßstr. 26, 69123 Heidelberg, sekretariat@dvfr.de, Telefon: 06221 187 901-0

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

Anlage

Sorge um Gesundheit, deren Erhaltung und Krankheitsbewältigung: Gesundheits-sorge in der Eingliederungshilfe⁵

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) werden die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung aus dem Sozialhilferecht (SGB XII) herausgelöst und in das Rehabilitations- und Teilhaberecht (SGB IX) überführt. Die Leistungen werden gleichzeitig neu geordnet. Im Eingliederungshilferecht gibt es fortan Leistungen in vier Kategorien: Medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Bildung, Soziale Teilhabe. Die jeweiligen Leistungskataloge sind offen gestaltet. Übergreifende Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Jeder Leistungskategorie sind darüber hinaus besondere Aufgaben zugewiesen (§ 90 SGB IX-neu).

Die Leistungen werden fortan dem Grundsatz der Personenzentrierung folgend gewährt; dies bedeutet, dass sie allein am individuellen Bedarf der leistungsberechtigten Person und nicht länger an deren Aufenthaltsort anknüpfen. Auf diese Weise wird die Unterscheidung der Leistungen nach den Sektoren „ambulant, teilstationär, stationär“ entbehrlich und entfällt. Das Paket „stationäre Leistung“ ist deshalb in existenzsichernde Leistungen einerseits und (Fach-)Leistungen der Eingliederungshilfe andererseits aufzuschnüren. Dies gilt zum einen auf der Seite des Leistungsrechts (Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe (§§ 90 ff. SGB IX-neu) und zum anderen auf der Seite des Leistungserbringungsrechts (Vertragsrecht §§ 123 ff. SGB IX-neu).

Im heutigen stationären Sektor trägt die Einrichtung die Gesamtverantwortung für die persönliche Lebensführung der Bewohnerinnen und Bewohner („Rund-um-die-Uhr-Betreuung“). Das Angebot umfasst u. a. Hilfen in den Bereichen emotionale und psychische Entwicklung, Gesundheitsförderung und -erhaltung (con sens im Auftrag des BMAS, 2014, vgl. auch BSG, Urteil vom 26.10.2017, Az. B 8 SO 12/16 R). Menschen mit Behinderung, die einen Rechtsanspruch auf eine stationäre Leistung der Eingliederungshilfe haben, haben damit bei Bedarf einen Rechtsanspruch auf die genannten Hilfen.

Im neuen Leistungsrecht der Eingliederungshilfe enthalten die Leistungskataloge der medizinischen Rehabilitation und der Sozialen Teilhabe Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und -erhaltung. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehen den Leistungen zur Sozialen Teilhabe vor (§ 102 Abs. 2 SGB IX-neu) und sind auf die Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt (§ 109 Abs. 2 SGB IX-neu). Im Katalog der Leistungen zur Sozialen Teilhabe sind Assistenzleistungen aufgeführt (§ 113 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX-neu), zu denen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags gehören, u. a. zur Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (§ 78 Abs. 1 S. 2 SGB IX-neu), dies sind z. B. die Verabreichung

⁵ Die Anlage stellt eine Weiterbearbeitung der Argumentationshilfe der Fachverbände der Behindertenhilfe vom 21.06.2018 zum Thema Gesundheits-sorge dar vgl. <https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2018-06-21-Gesundheits-sorgeArgumentationshilfederFVfinal.pdf>;

von Medikamenten oder die Umsetzung von Ernährungsvorgaben. Weitere Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und -erhaltung sind im neuen Leistungsrecht der Eingliederungshilfe nicht ausdrücklich genannt.

Die Gesundheitsförderung und -erhaltung – kurz: Gesundheitspflege – im alltagspraktischen Lebensvollzug reicht allerdings weit über die in § 78 SGB IX-neu explizit aufgeführten Tatbestände hinaus. Sie umfasst alle Handlungen, die eine Person im Alltag zur Förderung und Erhaltung der eigenen Gesundheit sowie zur Vermeidung und Bewältigung von Krankheit vornimmt. Den Kern der Gesundheitspflege bildet die **Selbstversorgung**, die in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, vgl. den Auszug zum Thema Gesundheitspflege im Anhang, S. 9) wie folgt beschrieben ist:

- für den eigenen physischen Komfort sorgen: bequeme Körperposition, angenehme Körpertemperatur, geeignete Beleuchtung;
- Ernährung und Fitness handhaben: gesunde Lebensmittel verzehren, sich körperlich fit halten;
- Gesundheit erhalten: das tun, was die eigene Gesundheit im Hinblick auf Gesundheitsrisiken und Krankheitsverhütung erfordert;
- sich über diese Notwendigkeiten im Klaren sein.

Über die Selbstversorgung hinaus umfasst die Gesundheitspflege **weitere Maßnahmen**:

- gesundheitsdienliche Verhaltensweisen (Rhythmus Wachen/Schlafen und Aktivität/Ruhe, Vermeidung von Stress und der Entstehung von Sucht etc.), die positive und präventive Wirkungen haben;
- Beobachtung des individuellen Gesundheitszustandes, Aufmerksamkeit für Krankheitsanzeichen und andere gesundheitliche Probleme, Umgang mit Verschlimmerung;
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Vorsorge;
- ggf. Anbahnung und Organisation ärztlicher oder (psycho-) therapeutischer Hilfen,
- Umsetzung ärztlicher Anordnungen (vgl. hierzu ausdrücklich § 78 SGB Abs. 1 SGB IX-neu zu den Assistenzleistungen: „Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages einschließlich der Tagesstrukturierung werden Leistungen für Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags [...] sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen.[...]“)
- Verarbeitung von Krankheit und Alterungsprozessen u. v. m.

Nicht alle Menschen sind gleichermaßen aus sich heraus in der Lage, für die eigene Gesundheit zu sorgen. Dies kann durch die Art und/oder Schwere einer Krankheit oder Beeinträchtigung bedingt sein; häufig steht Menschen mit Behinderung aber auch kein oder kein ausreichendes primäres soziales Netzwerk zur Verfügung, das die notwendige Unterstützung bei der Gesundheitspflege leisten könnte. Dies gilt insbesondere dort, wo komplexe Beeinträchtigungen oder Einschränkungen in der Kommunikationsfähigkeit vorliegen, die spezifische Kenntnisse oder Erfahrungen der Unterstützenden erfordern.

Menschen mit Behinderung, die ihre Gesundheitsvorsorge nicht aus eigenem Vermögen wahrnehmen können, steht **Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge** zu:

- Ziel: Vorbeugung von Gesundheitsstörungen oder Krankheiten und deren Verschlimmerung, Wiederherstellung der Gesundheit, Bewältigung von (chronischer) Krankheit, Wohlbefinden;
- Inhalt: Beobachtung, Wahrnehmung, Information, Erinnerung, Rat, Motivation/Anregung, Anleitung, Begleitung, praktische Hilfestellung, Übernahme von Handlungen/Verrichtungen (teilweise oder ganz);

Anforderungen an die fachliche Qualifikation und die persönliche Eignung der unterstützenden Person richten sich nach dem individuellen Bedarf des Menschen mit Behinderung.

Soweit die aufgeführten Maßnahmen der Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge nicht zum Aufgabenkreis „Gesundheit“ des rechtlichen Betreuers und nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Rehabilitationsträger gehören und ihrer Zielrichtung nach auch nicht Gegenstand von Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. häusliche Pflegehilfe § 36 SGB XI) sind, handelt es sich um Leistungen der Eingliederungshilfe, die – soweit sie nicht der medizinischen Rehabilitation dienen – rechtssystematisch den Assistenzleistungen zur Sozialen Teilhabe (§§ 113 Abs. 2 Nr. 2, 78 SGB IX-neu) zuzuordnen sind. Zudem sind alle pflegerischen Leistungen von der Einrichtung der Eingliederungshilfe zu erbringen, sofern die Pauschale nach § 43 a SGB XI bezogen wird und nicht Sondertatbestände nach § 37 SGB V gegeben sind.

Im Rahmen des Teilhabeplan- bzw. Gesamtplanverfahrens (§§ 12 ff., 117 ff. SGB IX-neu) ist darauf zu achten, dass sämtliche Bedarfe einer Person ermittelt und festgestellt werden. Dies betrifft vor dem Hintergrund des Wegfalls der „stationären Leistung“ in besonderer Weise den individuellen Bedarf einer Person an Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge. Die Instrumente zur Bedarfsermittlung, die sich im Übrigen künftig an der ICF zu orientieren haben (§ 118 SGB IX-neu), müssen entsprechend geschärft werden.

Auf der Seite des Leistungserbringungsrechts muss die Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge sich – auch nach dem neuen Recht (BTHG, PSG II und III) – in der Leistungsvereinbarung zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer angemessen und vergütungsfest abbilden. Im Hinblick auf die Räumlichkeiten des § 71 Abs. 4 S. 1 Nr. 3 SGB XI-neu, die im neuen Recht an die Stelle der stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe treten, sind neben den unmittelbaren Unterstützungshandlungen im alltagspraktischen Lebensvollzug insbesondere die Planung, Organisation und Überwachung der Gesundheitsvorsorge der Bewohner/innen sowie die Durchführung einfachster Maßnahmen der Behandlungspflege zu nennen.

Leistungen der Gesundheitsvorsorge können auch Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 81 SGB IX-neu sein, wenn dort z. B. gesundes Kochen, persönliche Hygiene etc. geübt wird. Auch die blindentechnische Grundausbildung im Hinblick auf die Gesundheitsvorsorge gehört dazu.

Auch die Förderung der Verständigung sowie die Verwendung von Hilfsmitteln kann sich auf den Bereich der Gesundheitsvorsorge beziehen (vgl. §§ 82, 84 SGB IX-neu).

Im Rahmen der Gesundheitsversorgung kommen auch Leistungen zur Mobilität in Betracht (§ 83 SGB IX-neu), insbesondere zum Aufsuchen von Ärzten und Therapeuten.

Fazit: Die Gesundheitsversorgung ist im neuen Eingliederungshilferecht zwar nicht in ihrer Gesamtheit ausdrücklich benannt; der Gesetzgeber hat die Leistungskataloge aber mit Bedacht offen gestaltet, um der Vielfalt der Bedarfslagen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen und sicherzustellen, dass alle individuell vorliegenden Teilhabebeeinträchtigungen unabhängig von Art und Umfang des Unterstützungsbedarfs ausgeglichen werden können. Die Unterstützung von Menschen mit Behinderung bei der Gesundheitsversorgung ist eine Assistenzleistung zur Sozialen Teilhabe (§§ 113 Abs. 2 Nr. 2, 78 SGB IX-neu). Der Rechtsanspruch von Menschen mit Behinderung auf Unterstützung bei der Gesundheitsversorgung wird durch das in Art. 25 UN-BRK garantierte Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung richtungsweisend untermauert.

Anhang

Gesundheitssorge in der ICF

Die Gesundheitssorge wird in der ICF ausdrücklich im Bereich der Selbstversorgung verortet. Im Wesentlichen finden sich die relevanten Aktivitätsbereiche unter d 570 „Auf seine Gesundheit achten“.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Items:

d570 Auf seine Gesundheit achten

Für physischen Komfort, Gesundheit sowie für physisches und mentales Wohlbefinden zu sorgen, wie eine ausgewogene Ernährung und ein angemessenes Niveau körperlicher Aktivität aufrecht erhalten, sich warm oder kühl halten, Gesundheitsschäden vermeiden, sicheren Sex praktizieren einschließlich Kondome benutzen, für Impfschutz und regelmäßige ärztliche Untersuchungen sorgen.

Inkl. Für physischen Komfort sorgen; Ernährung und Fitness handhaben; die eigene Gesundheit erhalten;

d5700 Für seinen physischen Komfort sorgen

Auf sich selbst zu achten, indem man für eine bequeme Körperposition, eine angenehme Körpertemperatur und geeignete Beleuchtung sorgt und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist;

d5701 Ernährung und Fitness handhaben

Auf sich selbst zu achten, indem man gesunde Lebensmittel auswählt und verzehrt, sich körperlich fit hält und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist;

d5702 Seine Gesundheit erhalten

Auf sich selbst zu achten, indem man das tut, was die eigene Gesundheit erfordert, und zwar im Hinblick auf Gesundheitsrisiken und Krankheitsverhütung, und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist. Hierzu gehören professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, medizinischem oder anderem gesundheitlichem Rat folgen, Gesundheitsrisiken vermeiden wie körperliche Verletzungen, ansteckende Krankheiten, Drogeneinnahme und sexuell übertragbare Krankheiten;

d5708 Auf seine Gesundheit achten, anders bezeichnet

d5709 Auf seine Gesundheit achten, nicht näher bezeichnet

Auch andere Items können das Thema Gesundheit/Krankheit bzw. Gesundheitssorge betreffen.