



8. Reha-Symposium

Rehabilitation und Teilhabe Partizipative Ansätze in Forschung und Praxis

14.-15. November 2013

Augsburg

Deutsche Rentenversicherung Schwaben

◆ Abstracts zu den Vorträgen ◆

Titel des Vortrages	Referent/in	Seite
Teilhabe-forschung: Aktueller Stand und Entwicklungsmöglichkeiten	<i>Erik Farin-Glattacker</i>	1
Prädiktoren für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe. Die Perspektive der Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen	<i>Anna Levke Brütt</i>	2
Beteiligung von Patienten an der Forschung – das Projekt PACED	<i>Anja Berding & Andrea Reusch</i>	3
Partizipative Entscheidungsfindung im Kontext der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation	<i>Christian Gerlich</i>	4
„Aktiv in der Reha“: Eine patientenorientierte Schulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei chronisch Kranken	<i>Antje Ullrich</i>	5
Praxis Patientenschulung: Wie Patienten auch in größeren Gruppen beteiligt werden können	<i>Roland Küffner & Andrea Reusch</i>	6
Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft als Aufgabe und Ziel in der Neurorehabilitation und Langzeitversorgung (Phase E)	<i>Wilfried Schupp</i>	7
Teilhabeorientierte Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation	<i>Eleonore Anton</i>	8

Teilhabeforschung: Aktueller Stand und Entwicklungsmöglichkeiten

Erik Farin-Glattacker

Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin

„Teilhabeforschung“ stellt ein aktuell von verschiedenen Verbänden, Institutionen und Forschergruppen in Deutschland thematisiertes Forschungsfeld dar. In der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO bedeutet Teilhabe das Einbezogenensein in eine Lebenssituation. Teilhabe ist dann gegeben, wenn eine Person die sozialen Rollen, die ihr wichtig und ihrer Lebenssituation angemessen sind, einnehmen und zu ihrer Zufriedenheit ausfüllen kann. Sowohl das SGB IX als auch die deutschen Übersetzungen der ICF und der UN-Behindertenrechtskonvention stellen das Konzept der Teilhabe in den Mittelpunkt ihrer Ausführungen. Der Beitrag gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der Diskussionen zur Etablierung einer interdisziplinären Teilhabeforschung und stellt Chancen und Probleme dieses neuen Forschungsbereichs dar.

Unter Bezug auf ein Diskussionspapier des Ausschusses „Reha-Forschung“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (Arbeitsgruppe Teilhabeforschung, 2012) kann Teilhabeforschung als ein Forschungsfeld verstanden werden, das durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist: 1. Fokussierung auf Teilhabe und Selbstbestimmung, 2. Kontextorientierter Ansatz unter Einbezug person- und umweltbezogener Faktoren, 3. Beteiligung der betroffenen Menschen, 4. Interdisziplinarität, 5. Träger- und institutionenübergreifender Ansatz, 6. Sozial- und gesundheitspolitischer Anwendungsbezug, 7. Nationale und internationale Ausrichtung.

Teilhabeforschung weist Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede zu Versorgungs- und Rehabilitationsforschung auf. Krankheitsbedingte Einschränkungen eines Individuums - auf die die Rehabilitationsforschung oft fokussiert - stellen neben anderen Faktoren, z.B. auf der Ebene der Kontextfaktoren, nur eine der möglichen Ursachen für Teilhabebeeinträchtigungen dar. Teilhabeforschung ist dadurch - ähnlich wie die Versorgungsforschung - interdisziplinär ausgerichtet; je nach Fragestellung sind an ihr neben der Rehabilitationswissenschaft auch die Fächer Medizin, Ökonomie, Pädagogik, Pflegewissenschaft, Psychologie, Recht, Sozialarbeit, Soziologie, Sport- und Therapiewissenschaft und andere beteiligt. Eine besondere Bedeutung besitzt innerhalb der Teilhabeforschung die Beteiligung der betroffenen Menschen, die sich im idealen Falle auf verschiedene Phasen des Forschungsprozesses beziehen sollte. Die Chancen und Probleme der Teilhabeforschung werden beispielhaft an den Themenbereichen Interdisziplinarität und Integration person- und umweltbezogener Faktoren näher verdeutlicht (vgl. auch Farin, 2012).

Literatur

Arbeitsgruppe Teilhabeforschung (2012). Diskussionspapier Teilhabeforschung. Rehabilitation, 51, S28-S33.

Farin, E. (2012). Konzeptionelle und methodische Herausforderungen der Teilhabeforschung. Rehabilitation, 51, S3-S11.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker, Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Engelbergerstr. 21, 79106 Freiburg, E-Mail: erik.farin@uniklinik-freiburg.de

Prädiktoren für den Verlauf von Aktivitäten und Teilhabe. Die Perspektive der Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen

Anna Levke Brütt und Holger Schulz

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Einleitung: Patienten gelten nicht mehr lediglich als Rezipienten von Versorgungsleistungen sondern als Experten im subjektiven Erleben von und im Umgang mit Krankheit. Immer mehr wird deshalb auch ihre Beteiligung an Forschungsprojekten, zum Beispiel in beratender Funktion durch die Einbringung ihrer Erfahrungen, gefordert. Eine besondere Expertise können Patienten beisteuern, wenn sie ihre funktionale Gesundheit vor dem individuellen Lebenshintergrund beurteilen.

In unserem Projekt wollten wir in einem explorativen Vorgehen die wenige bisher vorliegende Evidenz zu Barrieren und Ressourcen für Aktivitäten und Teilhabe nach einer stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Behandlung um Faktoren aus der Sicht von Patienten erweitern.

Methode: In themenzentrierten Fokusgruppen wurden Barrieren und Ressourcen für Aktivitäten und Teilhabe, die ehemalige Patienten stationärer psychosomatischer/ psychotherapeutischer Einrichtungen zu Beginn, während und im Anschluss an die Behandlung wahrnahmen, diskutiert. Von 365 angeschriebenen Patienten nahmen 23 an insgesamt fünf Fokusgruppen mit 3 bis 6 Teilnehmern teil. Die Auswertung orientierte sich an der Technik der qualitativen Inhaltsanalyse. Im Vorgehen der induktiven Kategoriendefinition wurden Kategorien ohne vorab formulierte Theoriekonzepte direkt aus dem Material abgeleitet.

Ergebnisse: Aus den Aussagen der Patienten ließen sich fünf wesentliche Bereiche identifizieren, die sich auf das soziale Umfeld, Ressourcen der Person und ihren Umgang mit der Erkrankung, die Vorbereitung auf die stationäre Behandlung sowie Arbeit und Versorgungsaspekte beziehen. Zudem wurden klinische Charakteristika, wie Symptombelastung und Arbeitsunfähigkeit beschrieben.

Diskussion: Die Exploration der Barrieren und Ressourcen zeigt, dass Patienten verschiedene Faktoren mit dem Erfolg einer Behandlung assoziieren, die bisher nicht in Studien zur Vorhersage des Behandlungserfolgs einbezogen wurden. Gleichzeitig sind etablierte Risikofaktoren, wie Geschlecht und bestimmte Diagnosen in der Wahrnehmung der Betroffenen nicht relevant. Gerade deshalb ist es von Bedeutung, Barrieren und Ressourcen multiperspektivisch zu explorieren.

Ausblick: Unser kontextorientierte Ansatz, in dem vor allem Umwelt- und personbezogene Faktoren als Barrieren und Ressourcen identifiziert wurden, zeigt die Bedeutung des Einbezugs von Patienten als Experten für ihren individuellen Lebenshintergrund in Forschungsprojekte. Dennoch wurde die Patientenbeteiligung zunächst ausschließlich in der ersten, explorativen Projektphase umgesetzt. In weiteren Projekten halten wir es aufgrund dieser Erfahrungen für erstrebenswert, Patienten nicht nur konsultierend, sondern partnerschaftlich und in den gesamten Forschungsprozess einzubeziehen. Entsprechende Modelle werden von unserer Arbeitsgruppe gerade erarbeitet und sollen in Folgeprojekten evaluiert werden.

Korrespondenzadresse:
Dr. phil. Anna Levke Brütt, Dipl.-Psych.
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, Haus W26
20246 Hamburg
Tel: ++49(0)40/74105-7313
Fax: ++49(0)40/74105-4940
Mail: a.bruett@uke.de

Beteiligung von Patienten an der Forschung – das Projekt PACED

Anja Berding^{1,2} & Andrea Reusch²

¹ Deutsche Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV e. V.), Berlin;

² Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Zentrum Patientenschulung

In jüngster Zeit wird immer häufiger die Beteiligung von Betroffenen an der Forschung gefordert (Kirschning et al., 2013). Im Projekt PACED waren Betroffene von Beginn an in allen Phasen des Forschungsprozesses beteiligt. PACED steht für eine umfangreiche Studie zur Entwicklung und Evaluation einer Patientenschulung für Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Das Projekt wird von der Universität Würzburg in Kooperation mit dem Reha-Zentrum Bad Mergentheim und der Selbsthilfeorganisation Deutsche Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV) durchgeführt. Ziel des Vortrags ist es, exemplarisch am Projekt PACED Möglichkeiten und Grenzen der Partizipation Betroffener am Forschungsprozess zu diskutieren. Dargestellt werden in dialogischer Form der gesamte Forschungsprozess von der gemeinsamen Zieldefinition und Antragsstellung über die Schulungsentwicklung und -durchführung bis zur Wahl der Evaluationsmethode.

Bereits bei der *Bestimmung des Forschungsbedarfs* waren die Perspektiven unterschiedlich. Die DCCV hatte im Jahr 2006 seitens ihrer Mitglieder einen hohen Bedarf an Fachinformationen ermittelt, der über die bisherigen Patienteninformationen nicht ausreichend gedeckt werden konnte (s. a. Raspe et al., 2005). Es entstand also die Idee, eine DCCV-eigene, mehrstündige (pharmaunabhängige) Patientenschulung zu entwickeln. In der stationären Rehabilitation der Klinik Taubertal, Bad Mergentheim, wurde hingegen seit vielen Jahren ein mehrstündiges Gruppenprogramm für Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen angeboten. Die Manualisierung und Evaluation des Programms stand jedoch noch aus und sollte in Kooperation mit der Universität Würzburg und dem Zentrum Patientenschulung geleistet werden. Trotz des unterschiedlichen Hintergrundes war das Ziel beider Projektarme die Entwicklung und Evaluation einer inhaltlich konsistenten CED-Schulung für den stationären und ambulanten Einsatz. Die erste Phase des Projektes beinhaltete die *Abstimmung des Schulungskonzepts* und der Manualisierung des Gruppenprogramms. Die inhaltlichen Anforderungen an das Programm, z. B. bezogen auf die Anteile medizinischer und psychologischer Einheiten, waren in weiten Teilen vergleichbar, wobei die Betroffenenvertreter ein deutlich stärkeres Maß an fachlicher Tiefe der medizinischen Informationen wünschten. Die formalen Rahmenbedingungen mussten aber für den stationären und ambulanten Arm sehr unterschiedlich gestaltet werden. Während die stationäre Schulung sich über insgesamt acht Module im Zeitraum einer dreiwöchigen Rehabilitation erstreckte, sollte das ambulante Seminar der DCCV an einem Wochenende angeboten werden. Der zeitliche Umfang wurde aber identisch gehalten. Letztlich resultierten zwei Programme, das „Wochenendseminar - Morbus Crohn & Colitis ulcerosa“ der DCCV mit einem achtstündigen Tag mit „medizinischen“ Inhalten und einem dreistündigen Tag mit „nicht-medizinischen“ Inhalten und die stationäre „Patientenschulung CED“ mit fünf „medizinischen“ und drei „psychologischen“ Modulen. Diese Programme wurden in der ersten Phase des Projektes formativ evaluiert und optimiert. Auch bei der anschließenden *summativen Evaluation* mussten unterschiedliche Vorgehensweisen gewählt werden. Während in der Klinik Taubertal die geeigneten Patientengruppen clusterrandomisiert einer Experimental- oder einer Kontrollbedingung (Schulung ohne psychologische Module) zugewiesen wurden, wurde im ambulanten Setting ein Wartegruppensdesign realisiert. Auf Grund der gegebenen Unterschiede wurde bereits bei der Antragstellung geplant, bei der *Datenauswertung* beide Studienzentren getrennt voneinander zu betrachten. *Publikationen* werden sowohl gemeinsam als auch getrennt erfolgen, die *Dissemination* beider Programme ist unterschiedlich geplant. Die Kooperation aus erfahrenen Therapeuten der stationären Rehabilitation, Betroffenenvertretern und Wissenschaftlern ist gelungen, alle Partner und teilnehmende Patienten konnten voneinander profitieren.

Kontakt

Anja Berding, DCCV e. V.
aberding@dccv.de

Andrea Reusch, Universität Würzburg
a.reusch@uni-wuerzburg.de

Partizipative Entscheidungsfindung im Kontext der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation

Christian Gerlich, Matthias Lukasczik, Silke Neuderth

Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften

Der Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung wurde in das Indikationsgespräch im Rahmen der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) integriert, um den Einfluss auf die Motivation zur Bearbeitung beruflicher Problemlagen und die Zufriedenheit mit dem Indikationsgespräch und der darin getroffenen Entscheidung zu untersuchen. Ärzte und Behandler wurden entsprechend den von Simon et al. (2008) vorgeschlagenen Prozessschritten der Partizipativen Entscheidungsfindung geschult. Darüber hinaus konnten sich die Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen über die einzelnen arbeits- und berufsbezogenen Maßnahmen der Klinik informieren, um sich vor dem Indikationsgespräch mit dem Angebot auseinandersetzen und am Indikationsgespräch als informierte Partner teilnehmen zu können.

Vor und nach Einführung des Ansatzes wurden zwei unabhängige Gruppen von Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen zu den Zielgrößen Motivation und Zufriedenheit befragt. Es zeigten sich keine bedeutsamen Effekte. Jedoch ließen die Antworten im Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB-9, Kriston et al. 2010) vier unterschiedliche Interaktionsformen der erlebten Patientenorientierung erkennen:

- [1] Partizipative Entscheidungsfindung. Rehabilitanden berichteten die strukturierte Einbindung in die Behandlungsentscheidung entsprechend allen neun definierten Prozessschritten der Partizipativen Entscheidungsfindung.
- [2] Eine patientenorientierte Interaktionsform, bei der sich Rehabilitanden am Entscheidungsprozess beteiligt erlebten, ohne dass jedoch eine vollständig strukturierte Einbindung erreicht wurde (sechs der neun definierten Prozessschritte).
- [3] Eine patientenorientierte Interaktionsform, bei der sich Rehabilitanden aber nicht am Entscheidungsprozess beteiligt erlebten.
- [4] Keine patientenorientierte Interaktionsform.

Vor diesem Hintergrund zeigten sich Rehabilitanden am zufriedensten, die sich strukturiert im Sinne der Partizipativen Entscheidungsfindung in das Indikationsgespräch eingebunden erlebten. Die Rehabilitanden der beiden patientenorientierten Interaktionsformen zeigten sich zufriedener als die, die keine patientenorientierte Interaktion erlebten. Für die Motivation zur Bearbeitung beruflicher Problemlagen zeigten sich allerdings auch hier keine Unterschiede.

Auch wenn nicht gezeigt werden konnte, dass mit der Einführung des strukturierten Konzepts der Partizipativen Entscheidungsfindung ein Effekt auf die Motivation zur Bearbeitung beruflicher Problemlagen erzielt werden konnte, legen die Erfahrungen aus der Untersuchung es dennoch nahe, Partizipative Entscheidungsfindung im Bereich der MBOR zu etablieren und Ärzte und Therapeuten hierin weiterzubilden. Denn eine fundierte Wissensbasis in Bezug auf das Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung und die Abgrenzung gegenüber konkurrierenden Konzepten stellt die Voraussetzung dar, Partizipative Entscheidungsfindung als Teil der Patientenorientierung im Gesundheitswesen für den Bereich der MBOR weiter zu erschließen.

Korrespondenzadresse

Christian Gerlich, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg
Klinikstraße 3, 97070 Würzburg
christian.gerlich@uni-wuerzburg.de

„Aktiv in der Reha“: Eine patientenorientierte Schulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei chronisch Kranken

Ullrich, A.¹, Nagl, M.², Schöpf, A.C.¹, Farin-Glattacker, E.¹

⁽¹⁾ Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin

⁽²⁾ Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie

In der rehabilitativen Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten haben sich Patientenschulungen als ein zentrales Behandlungselement zur Steigerung der Patientenorientierung etabliert [1]. Ein mögliches Hindernis beim Verständnis von gesundheitsbezogenen Informationen und der Umsetzung einer aktiven Beteiligung am Behandlungsprozess kann eine gering ausgeprägte Gesundheitskompetenz (GK) des Patienten darstellen [2]. In Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation [3] kann man unter GK die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und Fertigkeiten verstehen, über die eine Person verfügen muss, um Informationen aufzunehmen, Fertigkeiten zum Gesundheitsverhalten zu erlernen und selbstverantwortlich anzuwenden. Eine geringe GK wird auch in Europa als ein weit verbreiteter Risikofaktor angesehen [4].

Im Rahmen eines vom BMBF im Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ geförderten Projekts „Entwicklung und Evaluation einer Patientenschulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz von chronisch Kranken“ wurde eine auf die besonderen Bedürfnisse von Rehabilitanden mit geringer GK abgestimmte Schulung entwickelt. Diese Basisschulung fokussiert auf die Optimierung der individuellen Voraussetzungen des Patienten um Informationen aus bereits in den Rehabilitationseinrichtungen etablierten Patientenschulungen stärker nutzen zu können.

Die neu entwickelte Schulung „Aktiv in der Reha“ besteht aus vier Modulen (jeweils 60 Minuten). Die drei zentralen Themen der Module sind: „Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell“, „Eigene Reha-Ziele entwickeln“ und „Die Kommunikation mit Behandlern“. Die Schulung wurde manualisiert. Im Rahmen der Entwicklung der Schulung wurde ein Expertentreffen und vor der Implementierung der Schulung wurden Train-the-Trainer-Seminare in den beteiligten Kliniken durchgeführt. Die Implementierung der Patientenschulung fand im Zeitraum von Januar bis September 2013 in sechs Rehabilitationseinrichtungen statt. Die Einrichtungen führten fünf bis acht Durchgänge der Schulung parallel zu den etablierten Patientenschulungen in der Klinik und möglichst in den ersten 14 Tagen nach Reha-Beginn durch. Die Akzeptanz der einzelnen Module der Schulung wurde mit Hilfe eines einseitigen, in Anlehnung an Meng et al. [5] entwickelten Evaluationsbogens (Patienten- und Dozentenbögen) erfasst. Nach Abschluss der Implementierungsphase wurden alle Kliniken zu ihren Eindrücken zur Schulung und deren Implementierung mit Hilfe eines selbstentwickelten Nachbefragungsbogens befragt.

Der Vortrag beinhaltet neben der inhaltlichen Konzeption und Entwicklung der Schulung „Aktiv in der Reha“ auch erste Ergebnisse zur Bewertung und Akzeptanz der Schulung (formative Evaluation). Zudem werden erste Ideen für eine weitere Optimierung der Schulung, die sich aus den Praxisrückmeldungen ergeben, dargestellt.

Literatur

- 1) Faller H, Reusch A, Meng K. DGRW-Update: Patientenschulung. *Rehabilitation* 2011; 50: 284–291
- 2) Dirmaier J, Härter M. Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation. *Bundesgesundheitsbl* 2011; 54: 411–419
- 3) WHO World Health Organization. Health Promotion Glossary (1998). Im Internet: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>; Stand: 16.08.2013
- 4) HLS-EU Consortium. Comparative Report of Health Literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (2012) , Im Internet: <http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Institutes/FHML/CAPHRI/DepartmentsCAPHRI/InternationalHealth/ResearchINTHEALTH/Projects/HealthLiteracyHLSEU/MeasuringHealthLiteracyInEurope.htm>; Stand: 16.08.2013
- 5) Meng K, Seekatz B, Roßband H et al. Entwicklung eines standardisierten Rückenschulungsprogramms für die orthopädische Rehabilitation. *Rehabilitation* 2009; 48(6): 335-344

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Antje Ullrich, Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Engelbergerstr. 21, 79106 Freiburg
Tel.: 0761-27074870, Fax: 0761-27073310, E-Mail: antje.ullrich@uniklinikum-freiburg.de

Praxis Patientenschulung: Wie Patienten auch in größeren Gruppen beteiligt werden können

Roland Küffner & Andrea Reusch

Zentrum Patientenschulung e.V., Würzburg

Patientenschulung ist ein etablierter Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Ihr Ziel ist es, die Folgen chronischer Krankheiten zu verringern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Diese Ziele sind mit einem hohen Maß an Eigenverantwortung und Selbstmanagement der Patienten zu erreichen. Die Aktivierung und Motivierung der Betroffenen stehen also im Mittelpunkt moderner Patientenschulung. Die Wirksamkeit solcher aktivierenden Schulungskonzepte konnte in Evaluationsstudien bestätigt werden (siehe z. B. Faller et al., 2011). Die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung sehen deshalb vor, dass Patientenschulung dem Großteil der Rehabilitanden angeboten werden sollten.

Die methodisch-didaktischen Konzepte legen die Durchführung von Patientenschulungen in Kleingruppen nahe. Übungen, Diskussionen und der Bezug zum Lebensalltag der Patienten können am besten in kleineren Gruppen hergestellt werden. Deshalb wurden bei einer Expertenbefragung durch das Zentrum Patientenschulung kleine Gruppen auch als Qualitätsmerkmal für Patientenschulungen definiert (Ströbl et al., 2007).

In der Praxis trifft diese Forderung allerdings häufig auf knappe personelle Ressourcen. Um allen Rehabilitanden ein Angebot machen zu können werden deshalb nicht selten Schulungsinhalte in Vorträgen mit größeren Gruppen vermittelt. Mit der Größe der Gruppe ändert sich aber das didaktische Vorgehen der Dozenten. Bei Großgruppen werden meistens Frontalvorträge gehalten, die durch Zurufabfragen ergänzt werden. Dabei kann nicht gewährleistet werden, dass alle Patienten aktiv beteiligt sind. Das Zentrum Patientenschulung hat im Jahr 2010 bundesweit Reha-Einrichtungen befragt, die durch die Deutsche Rentenversicherung belegt sind. Hier zeigte sich, dass in kleinen Gruppen mehr interaktive Methoden und weniger Vorträge angegeben wurden als in größeren Gruppen (Reusch et al., 2013).

Vor diesem Hintergrund werden im Vortrag didaktische Möglichkeiten vorgestellt, mit denen man auch Patienten in großen Gruppen aktiviert und persönlich angesprochen werden können.

Literatur

- Faller, H., Reusch, A. & Meng, K. (2011). Innovative Schulungskonzepte in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 54(4), 444-450.
- Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2007). Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20, 11-14.
- Reusch, A., Schug, M., Küffner, R., Vogel, H. & Faller, H. (2013). Gruppenprogramme der Gesundheitsbildung, Patientenschulung und Psychoedukation in der medizinischen Rehabilitation 2010 – Eine Bestandsaufnahme. Rehabilitation, 52 (4), 226-232. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1327688>.

Kontakt

Roland Küffner, Psychologe
Universität Würzburg
Abteilung Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie
und Rehabilitationswissenschaften
Klinikstraße 3
97070 Würzburg

roland.kueffner@uni-wuerzburg.de

Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft als Aufgabe und Ziel in der Neurorehabilitation und Langzeit-Versorgung (Phase E)

Wilfried Schupp

Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung Neurologie/Neuropsychologie

In Deutschland erfolgten 2012 knapp 38 000 stationäre und gut 4500 ambulante medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der DRV im Bereich Neurologie. Bei den Diagnosen führt der Schlaganfall mit 72 %, dann folgten entzündliche (GBS) und andere akute Polyneuropathien mit 9 %, Multiple Sklerose (MS) mit 7 %, Schädel-Hirn-Trauma (SHT) mit 5 % und andere erworbene Hirnschäden (einschließlich Tumoren) mit 7 %. Degenerative Hirnerkrankungen wie Parkinson- oder Demenz-Syndrome lagen bei 0,6 %. Maßnahmen zum Erhalt bzw. Wiederherstellung der Teilhabe am Arbeitsleben sind seit langem schon wesentlicher Bestandteil der Neurorehabilitation. Prognostisch sind bei allen Erkrankungen kognitive und psychische Beeinträchtigungen wie Depression, Fatigue oder organisch bedingte Neurasthenie sehr viel schwerwiegender als motorische Defizite. Die stärkste prognostische Validität hat nach wie vor Selbstständigkeit in Alltagsaktivitäten, gemessen mit Barthel-Index (BI) oder Functional Independence Measure (FIM). Ein gut strukturierter Reha-Prozess mit möglichst nahtlosen Übergängen von der medizinischen Rehabilitation zu arbeits- und berufsbezogenen Interventionen wie stufenweise Wiedereingliederung oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind ebenfalls von hoher prognostischer Bedeutung für die Teilhabe.

Mit Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) rückte auch Erhalt bzw. Wiederherstellung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft als Ziel von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ins Blickfeld. Unter Federführung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) wurde hierzu inzwischen ein Positionspapier erarbeitet, das "Phase E-der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion" ausgestalten will. Abgestellt auf Schweregrad der Teilhabebeeinträchtigung sollen strukturübergreifend und alltagsorientiert, gesteuert nach individuellem Bedarf und Assessment hierfür in allen Sozialleistungsbereichen entsprechende Netzwerke organisiert und modulare Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Dabei kann an vorhandene Strukturen und Gesetze aus fast allen Sozialgesetzbüchern (SGB I, V, VI, VII, IX, XI, XII) angeknüpft werden. Dazu ist aber notwendig, dass Mitarbeiter in allen entsprechenden Bereichen sich "Neurokompetenz" aneignen, dass zusätzlich rehabilitativ und Teilhabe orientierte Angebote von der vertragsärztlichen Versorgung, über Heilmittelerbringer und bei Hilfsmittelversorgung, über differenzierte Teilhabe ermöglichende, alltagsstrukturierende Angebote bis hin zu differenzierten Angeboten im Bereich der Wohnformen für Menschen mit erworbenen Hirnschäden und anderen neurologisch Erkrankte entwickelt und etabliert werden. Dies alles muss wohnort- und lebensnah ("sozialräumlich") organisiert (bei Bedarf auch mobil-aufsuchend) und durch eine Sozialleistungsträger übergreifende Fallbegleitung vernetzt werden. Ein wichtiger Aspekt für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist auch die "Krafftahreignung". Auch hier hat die Forschung zu spezifischen Interventionen zu Erhalt und Wiederherstellung erst begonnen.

Weiterführende Literatur:

SCHUPP W: DGRW Update Neurologie: Von empirischen Strategien hin zu evidenzbasierten Interventionen. Rehabilitation 2011; 50: 354 - 362.

SCHUPP W: DGNR-Leitlinienprojekt Schlaganfall: Schlaganfall und Beruf. Neurol Rehabil 2012; 18 (5): 342-355

DVfR: (Hrsg): Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion. Positionspapier und Stellungnahme. Im Internet: www.dvfr.de

Dr. med. Wilfried Schupp,
Chefarzt der Abteilung Neurologie/Neuropsychologie, Fachklinik Herzogenaurach
In der Reuth1, 91074 Herzogenaurach

Teilhabeorientierte Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der beruflichen Orientierung (MBOR)

Eleonore Anton

St. Franziska Stift, Bad Kreuznach;
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG e.V.), Berlin

Die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie die Vermeidung von Benachteiligungen stehen in der medizinischen Rehabilitation gleichberechtigt neben dem Auftrag der individuell bestmöglichen physischen und psychischen Gesundheit. Die Rehabilitationsträger stehen in der Verantwortung die Hilfen und Leistungen zur Sicherstellung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten.

Unabdingbare Voraussetzung zur Umsetzung des Rechtes auf selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe sowie einer sektorenübergreifenden Organisation von Leistungen und Hilfen ist eine qualifizierte teilhabeorientierte Beratung und Fallbegleitung, die ausgehend von der individuellen Lebenssituation die betroffenen Menschen umfassend unterstützt, Empowerment fördert und die Angebote der unterschiedlichen Leistungssysteme bündelt.

Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation trägt mit einer teilhabeorientierten Beratung mit Verantwortung dafür, dass Rehabilitanden ihre gesundheitlichen Probleme und deren Folgen verarbeiten, annehmen und ihr Leben nach einer einschneidenden Krise oder chronischer Erkrankung selbstbestimmt organisieren können. Soziale Arbeit gibt Rehabilitanden und ihren Angehörigen eine Orientierung im komplizierten System der sozialen Sicherung.

Professionelle teilhabeorientierte Beratung geht über eine reine Weitergabe von Information hinaus und dient der Klärung und Lösung von gesundheitsbezogenen und betroffenenbezogenen Problemkonstellationen, ist prozessorientiert und versteht sich als unterstützende Begleitung. Ein wesentlicher Aspekt einer qualitativen Beratung ist die Leistungerschließung und Bedarfsfeststellung, die nicht von Systemlogiken geleitet, sondern vom betroffenen Menschen aus gedacht wird. Aus der Reflexion und Interpretation von Problemen werden materielle und soziale Ressourcen erschlossen, die dem bio-psycho-sozialen Leitbild des Rehabilitationssystems entspricht. Grundsätzlich erfordert eine ICF-basierte Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung in der Rehabilitation neben medizinischer/psychologischer Diagnostik auch eine (psycho-)soziale Diagnostik, damit die personalen sowie sozialen Kontextfaktoren in der Bedarfsfeststellung und dem weiteren Rehabilitationsprozess adäquat berücksichtigt werden und dieser konsequent auf Teilhabeziele und nicht nur auf medizinische Ziele ausgerichtet wird.

Das ethische Grundverständnis Sozialer Arbeit bildet die Basis kompetenter, teilhabeorientierter Sozialberatung. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist dabei geprägt von einem ganzheitlichen Blick, der die Menschen sowohl mit ihren gesundheitlichen Problemen als auch ihre psychische und soziale Situation individuell und differenziert berücksichtigt. Hierbei steht der intensive Dialog mit Menschen mit chronischen Erkrankungen, häufig in emotional schwierigen Lebenslagen und ihrer vielfältigen Problemen im Vordergrund.

Veränderte Rahmenbedingungen – demografischer Wandel, erhöhte Anforderungen des Arbeitsmarktes (Arbeitsverdichtung, prekäre Beschäftigungsverhältnisse) und stärkere berufliche Orientierung in der med. Rehabilitation (MBOR) - stellen hohe Anforderungen an die teilhabeorientierte Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation.

Korrespondenzadresse:

St. Franziska Stift, Sozialdienst
Eleonore Anton
Franziska Puricellistr.3, 55543 Bad Kreuznach
eleonore.anton@dvsg.org

Schlüsselwörter: Teilhabeorientierte Sozialberatung, Teilhabe am Arbeitsleben, Orientierung in einem komplizierten System

