



**Handlungsleitfaden für die gesundheitliche
Selbsthilfe zur Mitwirkung von Betroffenen im
Rahmen der medizinischen Rehabilitation**

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	3
2.	Begriffsbestimmungen	5
2. 1	Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	5
2. 2	Medizinische Rehabilitation (§§ 26 ff. SGB IX)	5
3.	ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit	6
3. 1	Bezug der ICF zur medizinischen Rehabilitation	6
4.	Die Rolle der Selbsthilfe in der medizinischen Rehabilitation	13
4. 1	Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges.....	14
4. 2	Nachsorgemodelle	15
5.	Der Stellenwert aktiver Mitwirkung von Betroffenen (unter anderem Eigenübungen) im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und die Vermittlung entsprechender Kenntnisse in der Selbsthilfe behinderter Menschen über Schulungen	15
5. 1	Auswertung der Untersuchung (vgl. Seite 13).....	17
5. 2	Beispielgebende Maßnahmen der Mitgliedsverbände	18
5. 3	Schulungsmaßnahmen	28
5. 4	Planung und Durchführung einer Schulung - Hinweise und Tipps.....	29
5. 4. 1	Projektplanung.....	29
5. 4. 2	Planungselemente	30
5. 4. 3	Möglichkeiten der Projektförderung	32
5. 4. 4	Empfohlene Lektüre zu „Schulungsmaßnahmen“	34
6.	Infothek.....	35
6. 1	Selbsthilfefreundliche Rehabilitationsklinik.....	35
6. 2	Die Bedeutung der Selbsthilfe für die Kinder- und Jugendrehabilitation	35
6. 3	Terminologische Klarheit als Wegbegleiter für praktische Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer funktionellen Gesundheit	36
6. 4	Evaluationstools	36
6. 5	Experten beschreiben die Zukunft der medizinischen Rehabilitation	37
6. 6	Verordnung von rehabilitativen Maßnahmen wird einfacher.....	38
6. 7	Tagungsbericht „9. Deutscher REHA-Rechtstag“ am 02.10.2015 in Berlin ...	38
7.	Literatur	39

1. Einleitung

Medizinische Rehabilitation umfasst nach heutigem Verständnis einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person beschreibt - in Form von Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe - und ihre Kontextfaktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu erreichen. Dies erfordert insbesondere die umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg.

► Hier gilt es, „medizinische Rehabilitation“ zu definieren und den Bezug der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zu den Leistungen der Teilhabe aufzuzeigen.

Die für einen langfristigen Rehabilitationserfolg oft notwendigen Verhaltens- und Lebensstiländerungen sind Prozesse, die im Rahmen einer in der Regel dreiwöchigen Rehabilitationsleistung eingeleitet, aber oft noch nicht ausreichend verfestigt werden können. Ein bedeutender Faktor zur Erreichung eines nachhaltigen Rehabilitationserfolgs ist demnach die Mitwirkung des Betroffenen. Hier kommt die gesundheitliche Selbsthilfe ins Spiel. Nirgendwo sonst engagieren sich nämlich die Bürgerinnen und Bürger so intensiv und so nachhaltig für das Thema „Gesundheit“. Seit jeher sind die Selbsthilfeorganisationen bemüht, die Verschlimmerung von Behinderungen und Erkrankungen bei den eigenen Mitgliedern abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

► Hier soll die Rolle der Selbsthilfe in der medizinischen Rehabilitation herausgestellt werden.

Bei den Leistungen zur Rehabilitation hat eine andere Sichtweise und Bewertung Einzug gehalten. Heute gilt: Teilhabe statt Fürsorge. Dadurch ergeben sich bei der medizinischen Rehabilitation und in der Selbsthilfearbeit viele identische Absichten und Handlungsfelder im Erreichen der besseren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und in der sozialen Integration. Daher ist es umso erstaunlicher, dass Selbsthilfeorganisationen ihre Arbeit an der besseren Teilhabe nicht ausreichend als (Teil-) Leistung zur Rehabilitation wahrnehmen.

Obwohl die BAG SELBSTHILFE die Initiierung des Antragsverfahrens beim BMAS-Fördertitel¹ „Förderung zentraler Maßnahmen und Schriften im Bereich der medizinischen Rehabilitation“ im selben Umfang und mit derselben Sorgfalt betreibt wie bei den anderen von ihr betreuten Fördertiteln, bewerben sich im Wesentlichen immer dieselben Verbände um die BMAS-Fördermittel.

¹ BMAS: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

► Hier gilt es, die gemeinsame Zielsetzung der Rehabilitation und der Selbsthilfe zu verdeutlichen. Bereits durchgeführte Projekte von Mitgliedsverbänden der BAG SELBSTHILFE sollen beispielgebend genannt und den „konkreten Feldern der medizinischen Rehabilitation“ zugeordnet werden.

In allen Feldern der medizinischen Rehabilitation kommt der Mitwirkung des Rehabilitanden eine herausragende Bedeutung zu. Die konkrete Ausgestaltung dieser Mitwirkung, insbesondere der Eigenübungen, ist abhängig vom jeweiligen Indikationsgebiet. Es ist daher von großer Bedeutung, dass diese Ansätze in den Selbsthilfestrukturen behinderter Menschen bekannt sind bzw. bekannt gemacht werden.

► Hierzu sollen erste Ansätze für künftige Multiplikatoren-Schulungen aufgezeigt werden.

Zusammenfassend soll der Handlungsleitfaden

- das Modell der ICF2 erläutern.
- die Rolle der Selbsthilfe in der medizinischen Rehabilitation herausarbeiten.
- die Mitgliedsverbände der BAG SELBSTHILFE ermutigen, den BMAS-Fördertitel und andere Fördermöglichkeiten zur Finanzierung ihrer Projekte zu nutzen.
- Hinweise zur Planung und Durchführung künftiger Multiplikatoren-Schulungen geben, die der Mitwirkung, insbesondere den Eigenübungen, der Rehabilitanden dienen sollen.

² Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

2. Begriffsbestimmungen

2.1 Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Rehabilitative Leistungen zielen darauf ab, für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Das Sozialgesetzbuch (SGB) IX ist die Träger übergreifende rechtliche Grundlage für die verschiedenen Leistungen. Es wird in Abhängigkeit von den jeweiligen Zielen der Träger durch trägerspezifische Regelungen in den Sozialgesetzbüchern (z. B. für die Bundesagentur für Arbeit in SGB III, die gesetzliche Krankenversicherung in SGB V, die gesetzliche Rentenversicherung in SGB VI, die gesetzliche Unfallversicherung in SGB VII) ergänzt.

2.2 Medizinische Rehabilitation (§§ 26 ff. SGB IX)

Die medizinische Rehabilitation soll Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen oder eine Verschlimmerung verhüten. Sie umfasst die Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Psychotherapie, Hilfsmittel sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Auch Leistungen im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung oder Nachsorge zählen zur medizinischen Rehabilitation. Inhaltlich lassen sich die Leistungen einem somatischen Bereich (u. a. medizinische Betreuung, Sekundärprävention, körperliches Training), einem edukativen Bereich (u. a. Aufklärung, Beratung und Schulung, Verhaltensmodifikation, Compliance, Förderung der Eigenverantwortlichkeit, Risikofaktoren-Erkennung und -Behandlung), einem psychologischen Bereich (u. a. psychologische Betreuung, psychoedukative Maßnahmen, Krankheitsverarbeitung, Psychotherapie) und einem sozialmedizinischen Bereich (u. a. Maßnahmen zur verbesserten beruflichen und sozialen Wiedereingliederung, Kooperation mit behandelnden Ärzten und Betriebs-/Personalarzt, sozialmedizinische Leistungsbeurteilung) zuordnen. Sofern nach durchgeführter Leistung zur medizinischen Rehabilitation eine weitere Verbesserung eingeschränkter Fähigkeiten, die Verstetigung und Verstärkung von Selbstwirksamkeitseffekten, der nachhaltige Transfer des Gelernten in den Alltag oder die Förderung von persönlicher und sozialer Kompetenz angestrebt werden, kommen Leistungen der *Rehabilitations-Nachsorge* als Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in *Frage*.

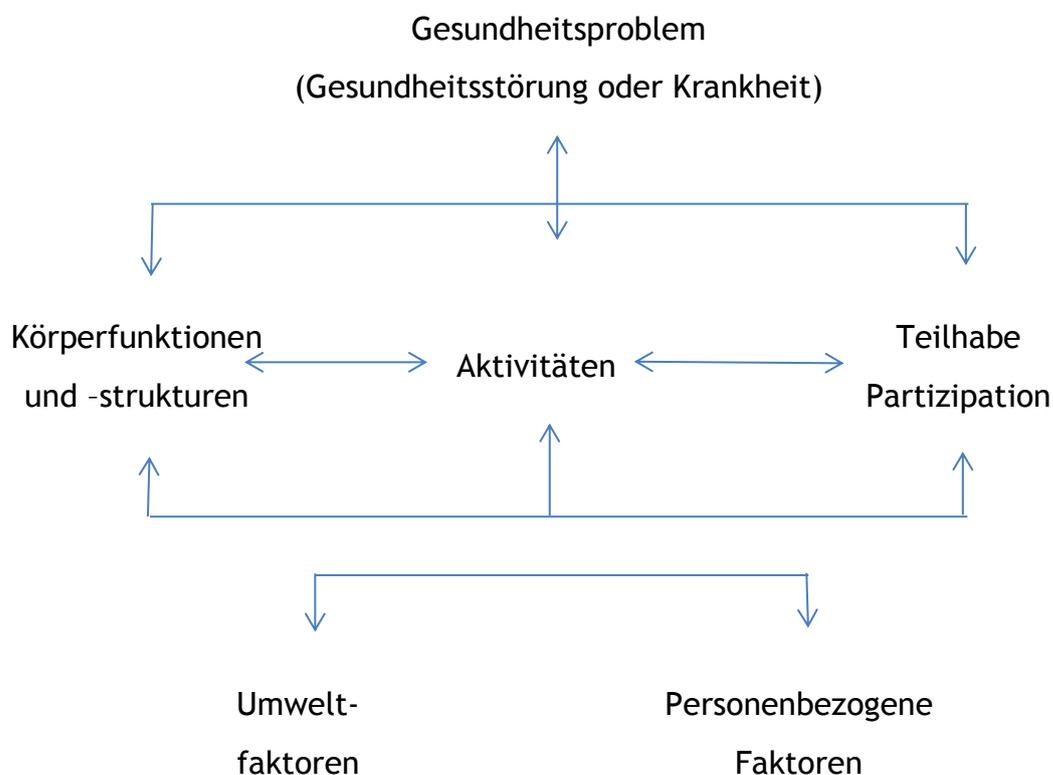
Spätestens hier, bei der Nachsorge, kann die Selbsthilfe einen wichtigen Beitrag leisten. In vielen Indikationsbereichen stellt die Selbsthilfe bereits einen nicht mehr wegzudenkenden Baustein der medizinischen Rehabilitation dar. Doch zunächst soll der Bezug der ICF zu den Leistungen der Rehabilitation und der Teilhabe aufgezeigt werden.

3. ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

3. 1 Bezug der ICF zur medizinischen Rehabilitation

a) Begriffsbestimmungen

Entsprechend der ICF sind im deutschen Sprachgebrauch unter dem Oberbegriff der Funktionsfähigkeit für die einzelnen Komponenten von Gesundheit die Begriffe Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren eingeführt und definiert worden. Auf allen Ebenen finden die unterschiedlichen Wechselwirkungen zwischen Kontextfaktoren und Gesundheitsproblemen, die auch die psycho-sozialen Komponenten umfassen, besondere Beachtung (s. Abbildung).



Im Sinne der ICF ist Behinderung vor allem eine Beeinträchtigung der Teilhabe, nicht mehr nur ein personenbezogenes Merkmal, sondern entsteht aus dem ungünstigen Zusammenwirken von gesundheitlichen Problemen einer Person und ihrer Umwelt. Diese Sichtweise wurde im Grundsatz auch in das SGB IX übernommen.

Funktionale Gesundheit

Der Begriff der Gesundheit im Titel der ICF zeigt an, dass die ICF zu den gesundheitsbezogenen Klassifikationen gehört, wie auch die ICD. Zum besseren Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells wurde im Zusammenhang mit der Einführung der ICF der Begriff der funktionalen Gesundheit etabliert.

Die **funktionale Gesundheit** bezieht sich hierbei sowohl auf die Funktionsfähigkeit als auch auf deren Beeinträchtigungen auf den in der ICF beschriebenen Ebenen

- der Körperfunktionen und Körperstrukturen
- der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen

und geht insofern über den bio-medizinischen Ansatz der ICD hinaus.

Die funktionale Gesundheit einer Person wird dabei vor dem gesamten individuellen Lebenshintergrund (umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren) betrachtet und beschreibt das Ergebnis der Interaktion zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren einer Person.

Der **Begriff der Funktionsfähigkeit** wird für Körperstrukturen und Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe einer Person an Lebensbereichen verwendet und umfasst die positiven (oder neutralen) Aspekte der funktionalen Gesundheit.

Der **Begriff der Behinderung** wird ebenfalls für Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe einer Person an Lebensbereichen verwendet und umfasst im Gegensatz dazu jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, also die negativen Aspekte der funktionalen Gesundheit.

Danach kann die funktionale Gesundheit einer Person beeinträchtigt sein, wenn

- Schädigungen im Bereich der körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und/oder der Körperstrukturen vorliegen (Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen)
- sie nicht mehr all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinne der ICD) erwartet wird (Beeinträchtigung der Aktivitäten)
- sie ihr Dasein in Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, nicht mehr in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet werden kann (Beeinträchtigung der Teilhabe an Lebensbereichen).

Komponenten der ICF

Körperfunktionen und Körperstrukturen

Während mit Körperfunktionen die physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen wie z.B. das Sehvermögen oder der Verstand bezeichnet werden, versteht man unter Körperstrukturen die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Mit dem Begriff der „funktionalen/strukturellen Integrität“ auf der Ebene der Körperfunktionen und Körperstrukturen kann die Funktionsfähigkeit einer (gesunden) Person beschrieben werden. „Schädigung“ bezeichnet dabei bei einer Person den Verlust oder eine wesentliche Abweichung auf dieser Ebene.

Hierzu zählen insbesondere Schädigungen

- der inneren Organe oder des Stoffwechsels
- der Sensorik, z.B. Schmerzen
- des Denkens, des Gedächtnisses, des Antriebs und der Stimmungslage; hierzu zählt auch die Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen
- des Stütz- und Bewegungsapparates, u.a. mit Störungen der aktiven und passiven Bewegungsfähigkeit und Haltung; hierzu zählen auch Extremitäten Defekte wie Amputationen
- der Sprach-, Hör-, oder Sehfunktion
- der Haut, z.B. durch Brandverletzungen

Aktivitäten

Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch eine Person. Eine Person ist (auf dieser Ebene) dann funktionsfähig, wenn sie alle Aktivitäten, die von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet werden, ausführen kann. Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann, werden als Beeinträchtigungen der Aktivität bezeichnet.

Beeinträchtigungen der Aktivität zeigen sich z.B.

- in der Fortbewegung, der allgemeinen körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit.
- im Verhalten
- in der Kommunikation
- in der Haushaltsführung
- im Umgang mit Stress
- in der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben

Teilhabe

Mit Teilhabe wird die Entfaltung einer Person im Sinne des Einbezogenseins in allen wichtigen Lebensbereichen bezeichnet. Eine Beeinträchtigung der Teilhabe liegt vor, wenn eine Person nicht in der Weise und in dem Umfang wie eine Person ohne gesundheitsbedingte Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten an den ihr wichtigen Lebensbereichen teilhaben kann.

Zu den Beeinträchtigungen zählen z.B. Einschränkungen in den Möglichkeiten der

- Selbstversorgung
- Mobilität (Fortbewegung in der Umgebung, Reisen)
- Bildung und Ausbildung
- Beschäftigung (Erwerbstätigkeit, Freizeit)
- sozialen Integration
- ökonomischen Eigenständigkeit (in Bezug auf die Sicherung des Lebensunterhaltes)

Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen Komponenten der IFC (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe). Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten.

Zu den Umweltfaktoren zählen

- Erzeugnisse und Technologien, z. B. Vorhandensein oder Fehlen von Hilfsmitteln zur Unterstützung bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens (Hilfsmittel zur Selbstversorgung und Haushaltsführung, Hilfsmittel für die persönliche Mobilität, Hilfsmittel zur Kommunikation und Information)
- Natürliche und von Menschen veränderte Umwelt, z. B. barrierefreie Infrastruktur, Wohn-, Geschäfts- und öffentliche Gebäude, Transportwege, Straßen
- Unterstützung und Beziehungen, z. B. Vorhandensein oder Fehlen unterstützender und helfender Personen (Familienmitglieder, Arbeitskollegen, Freunde, Selbsthilfegruppen)
- Einstellungen, Werte und Überzeugungen, z. B. Werte, Normen, Einstellungen, Überzeugungen, die das Verhalten und soziale Leben auf allen Ebenen beeinflussen, wie in zwischenmenschlichen Beziehungen, auf kommunaler Ebene bis hin zu politischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Strukturen
- Dienstleistungen, z. B. Vorhandensein oder Fehlen von lokalen oder regionalen Rehabilitationsdiensten öffentlicher oder privater Art
- Politikfelder einschließlich Organisation und Struktur, z. B. Vorhandensein oder Fehlen von Gesetzen, Verordnungen, Vorschriften, Regelungen und

Standards, die Leistungen und Dienste, Programme oder andere infrastrukturelle Aktivitäten in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft regeln und organisieren.

Personenbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, z. B. Alter, Geschlecht, Bildung und Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit und Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erlebnisse. Personenbezogene Faktoren sind nicht in der ICF klassifiziert.

Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation).

Kontextfaktoren können auch einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit haben. Einige solcher negativ wirkenden Kontextfaktoren bedeuten sogar Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken, wobei die Wirkungsmechanismen nicht immer hinreichend geklärt sind. Kontextfaktoren sind indikationsspezifisch unterschiedlich zu werten. Im Rahmen der negativ wirkenden Kontextfaktoren ist auch das etablierte Risikofaktorenkonzept der Rehabilitationsmedizin (z. B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol) zu beachten.

Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind deshalb bei der Indikationsstellung für die medizinische Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil des Rehabilitanden sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen einbezogen.

Das bio-psycho-soziale Modell nach ICF in der Zusammenfassung:

Die Begriffe der Funktionsfähigkeit und der Behinderung werden für Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe einer Person an Lebensbereichen verwendet.

Diese Komponenten stehen in Wechselwirkung mit den umweltbezogenen und personenbezogenen Kontextfaktoren, die wiederum Einfluss auf alle Komponenten der funktionalen Gesundheit haben.

Die Kontextfaktoren können einen positiven, fördernden Einfluss (Förderfaktoren) oder einen negativen, hemmenden Einfluss (Barrieren) auf die genannten Komponenten der funktionalen Gesundheit oder Behinderung haben.

b) Rehabilitationsansatz

Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person - beschrieben in Form von Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe - und ihren Kontextfaktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu erreichen. Dies erfordert insbesondere die umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg.

Dieser Rehabilitationsansatz erfordert - unter Berücksichtigung des Einzelfalls - die Anwendung von komplexen Maßnahmen auf medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Sektoren und die Verzahnung insbesondere der ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, logopädischen/sprachtherapeutischen, diätetischen und psychotherapeutischen Versorgung unter Einschluss von Hilfen zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Verhaltensänderung mit dem Ziel des Abbaus von negativ wirkenden Kontextfaktoren.

c) Abgrenzung zur kurativen Versorgung

Auch wenn es eine strikte Trennung der verschiedenen Versorgungsbereiche nicht geben kann und soll, sind doch die besonderen Schwerpunkte und primären Ziele der Kuration und Rehabilitation zu beachten. Schematisch betrachtet ergeben sich folgende Unterschiede:

Die kurative Versorgung i.S. des SGB V ist im Unterschied zur medizinischen Rehabilitation

- primär zentriert auf das klinische Bild als Manifestation einer Krankheit/Schädigung und
- zielt auf Heilung bzw. Remission (kausale Therapie) oder bei Krankheiten mit Chronifizierungstendenz auf Vermeidung einer Verschlimmerung sowie Linderung der Krankheitsbeschwerden und
- auf Vermeidung weiterer Krankheitsfolgen ab.

Kurative Versorgung ist a priori kausal orientiert. Ihr konzeptionelles Bezugssystem ist in der Regel das bio-medizinische Krankheitsmodell und die entsprechende Klassifikation die ICD.

Demgegenüber liegt der medizinischen Rehabilitation ein bio-soziales Modell von funktionaler Gesundheit und deren Beeinträchtigung zugrunde, das Gesundheit und Krankheit als Ergebnis des Ineinandergreifens physiologischer, psychischer und so-

zialer Vorgänge beschreibt. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass neben Erkenntnissen aus der medizinischen Versorgung auch die gesellschaftlichen Bedingungen, in denen die Rehabilitanden leben, Teil des Prozesses der medizinischen Rehabilitation werden.

d) Bereiche der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation umfasst insbesondere

- die Rehabilitationsdiagnostik, die die Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie die Kontextfaktoren mit ihrem fördernden oder hemmenden Einfluss beschreibt und bewertet.
- den Rehabilitationsplan mit Beschreibung des Rehabilitationsziels
- die Rehabilitationsdurchführung und ihre Überprüfung
- die Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs und der -ergebnisse, insbesondere unter Berücksichtigung des Rehabilitationsziels und/oder therapeutische Maßnahmen) und Vorbereitung der Rehabilitanden darauf.

e) Konkrete Felder der medizinischen Rehabilitation sind im Einzelnen:

1. Diagnostik der Erkrankung und der Funktionsstörung auf der Ebene der Körperstrukturen und -funktionen sowie auf der Ebene der Aktivitäten unter Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren).
2. Erstellung eines Rehabilitationsplans, der die individuellen Voraussetzungen der Rehabilitanden sowie die besonderen Anforderungen an sie im Beruf und Alltag einbezieht.
3. Fortführung, ggf. Anpassung der medizinischen Therapie und Durchführung von physikalischen, psychologischen und weiteren Therapieleistungen (z.B. Ergotherapie, Logopädie).
4. Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten. Abbau hemmend und Unterstützung fördernd wirkender Kontextfaktoren.
5. Information über die Erkrankung und deren Folgen sowie über die erforderlichen aktuellen und langfristigen Behandlungsmaßnahmen.
6. Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung: Akzeptanz irreversibler Krankheitsfolgen, Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung („Wandel vom Behandelten zum Handelnden“) und Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins.
7. Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgehen (Selbstmanagement) mit der Erkrankung.

8. Verhaltensmodifikation mit dem Ziel des Aufbaus einer krankheitsadäquaten und gesundheitsförderlichen Lebensweise und des Abbaus gesundheitsschädlichen Verhaltens.
9. Beratung und Anleitung von Bezugspersonen über den adäquaten Umgang mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden und den Folgen der Gesundheitsstörung.
10. Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden.
11. Beratung im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit und das Alltagsleben auf der Basis des erreichten Leistungsvermögens.
12. Planung und Anregung weiterer Maßnahmen (Nachsorge, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Indikationsstellung für weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen) und Vorbereitung der Rehabilitanden darauf.

4. Die Rolle der Selbsthilfe in der medizinischen Rehabilitation

Den konkreten und empirisch belegten Nutzen von Selbsthilfegruppen für Rehabilitanden zeigen mehrere Studien³ auf. Gemeinsame Zielsetzung der Rehabilitation und der Selbsthilfe ist es, von zumeist chronischer Krankheit oder Behinderung betroffenen Menschen Hilfestellungen zum selbstverantwortlichen und eigenständigen Leben zu geben. Zur Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs im Alltag kann das Engagement von Rehabilitanden in einer Selbsthilfegruppe ein hilfreicher Weg sein. In vielen Indikationsbereichen (z. B. Krebserkrankungen, Rheuma, Sucht) gehört die Einbindung der Selbsthilfearbeit bereits zum Selbstverständnis der Rehabilitationseinrichtungen. In anderen Bereichen, beispielsweise den psychischen Erkrankungen oder den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems gilt es, die Selbsthilfe und die Rehabilitation noch stärker zu verbinden. Wesentliche positive Auswirkungen der Gruppenarbeit sind:

- die psychosoziale Unterstützung und soziale Aktivierung,
- der Informationsgewinn und damit verbunden die gezieltere Nutzung medizinischer und therapeutischer Angebote,
- die gegenseitige Unterstützung im Alltag und
- die Minderung körperlicher Beschwerden

³ z. B. Borgetto, Bernhard, und Klein, Martina, "Rehabilitation und Selbsthilfe." *Forschungsbericht* 9 (2007): 1862-1600.

Schon während des Aufenthalts in der Rehabilitationseinrichtung sollten die Rehabilitanden ermutigt werden, mit Selbsthilfegruppen Kontakt aufzunehmen. Häufig ist für diesen Schritt die Hemmschwelle bei den Rehabilitanden recht hoch, sind die Vorstellungen über die Gruppenaktivitäten oft eher vage, die Erwartungen diffus und dadurch Berührungängste vorhanden. Deswegen ist es erstrebenswert, den Rehabilitanden bereits während der Rehabilitation über die Möglichkeiten der Selbsthilfe zu informieren.

4. 1 Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges

Die in der zeitlich begrenzten Rehabilitationsleistung eingeleiteten Prozesse zur oft notwendigen Verhaltens- und Lebensstiländerung müssen im Alltagsleben des Rehabilitanden verfestigt werden. Das Ziel der medizinischen Rehabilitation ist nicht allein auf die Schädigung sowie die daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe ausgerichtet, sondern die Betroffenen sollen befähigt werden, Ressourcen zu mobilisieren und Fähigkeiten zu entwickeln, die eigene Zukunft aktiv und selbstbestimmt mitzugestalten. Dazu ist es notwendig, dass der Rehabilitand

- seine eigene Situation erkennt und akzeptiert.
- seine Fähigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen zielführend einsetzt.
- motiviert wird, ggf. sein Verhalten und seinen Lebensstil zu ändern.
- lernt, eigenverantwortlich zu handeln und zu entscheiden.

Lebensstiländerung

Eine Lebensstiländerung ist dann angezeigt, wenn

- verhaltensabhängige Risikofaktoren vorliegen, die Folgekrankheiten hervorrufen können, wie z. B. Rückenschmerzen, Diabetes, koronare Herzkrankheiten oder
- bereits manifestierte Erkrankungen vorliegen, deren Verlauf durch verhaltensabhängige Risikofaktoren negativ beeinflusst wird, wie z.B. chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Verhaltensabhängige Risikofaktoren

Dazu zählen:

- Bewegungsmangel
- Fehlernährung (Über- oder Untergewicht)
- Suchtmittelkonsum
- Medikamentenmissbrauch
- Stress und psychosoziale Belastungssituationen

Mangelnde Umsetzung nachsorgender Aktivitäten

Dafür können folgende Gründe vorliegen:

Sich selbst zu motivieren, die empfohlenen Aktivitäten umzusetzen, kostet Selbstüberwindung und Disziplin. Die Verpflichtungen und Forderungen des Arbeits- und Familienalltags können die anfänglichen Aktivitäten erschweren. Jedoch liegt es nicht ausschließlich an der fehlenden Motivation, die einer Umsetzung des Empfohlenen im Wege steht. Verschiedene Faktoren in Person und Umfeld (im Sinne der ICF) können Hinderungsgründe sein, wenn die Empfehlungen sich nicht mit den Lebensumständen des Rehabilitanden vereinbaren lassen. Beispielsweise seien hier genannt: das fehlende therapeutische Angebot vor Ort, die ungünstigen Arbeitszeiten, Alleinsein, Schamgefühle, Versorgungsängste, Stress u.v.m.) Mögliche Barrieren können auch andere kulturelle Hintergründe oder Sprachprobleme darstellen.

4. 2 Nachsorgemodelle

Die Leistungsträger und die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bieten verschiedene Nachsorgemodelle an. Diese Angebote können durch die Selbsthilfe sinnvoll ergänzt und ausgebaut werden. Beispielgebend für eine gute Zusammenarbeit der Leistungsträger und der Selbsthilfe sei die „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ genannt. Um sicherzustellen, dass Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach einheitlichen Grundsätzen erbracht bzw. gefördert werden, haben Rehabilitationsträger, gemeinnützige Bundesverbände und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Januar 2011 eine gemeinsame [Rahmenvereinbarung](#) getroffen.

5. Der Stellenwert aktiver Mitwirkung von Betroffenen (unter anderem Eigenübungen) im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und die Vermittlung entsprechender Kenntnisse in der Selbsthilfe behinderter Menschen über Schulungen

Das Referat Projektförderung der BAG SELBSTHILFE hat die vom BMAS und DRV⁴ Bund im Haushaltsjahr 2014⁵ geförderten Projekte der Mitgliedsverbände inhaltlich auf die zwölf „konkreten Felder“ der medizinischen Rehabilitation (s. o.) untersucht. Insgesamt wurden von 20 Verbänden 42 Projekte durchgeführt. Davon konnten 27 Maßnahmen beispielhaft den zwölf „konkreten Feldern“ der medizinischen Rehabilitation zugeordnet werden.

⁴ Deutsche Rentenversicherung Bund

⁵ In den Praxisbeispielen (Punkt 5.2) wurden auch Projekte aus dem Jahr 2015 berücksichtigt.

Dabei sind die Schulungen nach Zielgruppen zu unterscheiden. **Rehabilitandenschulungen** richten sich **direkt** an Betroffene (und ggf. deren Angehörige), **Multiplikatorenschulungen** an ehrenamtliche, in der Regel auch selbst betroffene Mitarbeiter des jeweiligen Bundesverbandes oder seiner Untergliederungen. Diese Unterscheidung ist auch im Hinblick auf die Finanzierung der Veranstaltungen wichtig, da Zuwendungsgeber auf Bundesebene in der Regel nur Veranstaltungen mit **bundesweiter Multiplikatorenwirkung** fördern.

Dementsprechend verfolgen beide Schulungsarten auch unterschiedliche Zielsetzungen (Beispiele):

Art der Veranstaltung	Zielsetzungen
Rehabilitandenschulung	<p><u>Befähigung zum Selbstmanagement / der aktiven Mitwirkung</u> durch</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationen über die Erkrankung und deren Folgen sowie über Behandlungsmaßnahmen - Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung, z. B. Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung → <u>Verhaltensänderung</u> <p>Die Schulungsteilnehmer sind <u>unmittelbare Zielgruppe</u>. Die Vermittlung von Informationen, Techniken u. Ä. soll den Teilnehmern zur Verbesserung der eigenen Lebensqualität dienen.</p>
Multiplikatorenschulung	<p><u>Befähigung zur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung von Informationen über die Erkrankung und deren Folgen sowie über Behandlungsmaßnahmen - Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung, z. B. Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung - <u>Stärkung des Selbstmanagements / der aktiven Mitwirkung von Rehabilitanden</u> <p>Die Schulungsteilnehmer sollen in ihrer ehrenamtlichen Arbeit das erworbene Wissen anwenden können (z. B. in Einzel- oder Gruppenberatungen, Rehabilitandenschulungen, bei Anfragen Ratsuchender usw.). Sie sind Vermittler des erworbenen Wissens und somit in erster Linie <u>mittelbare Zielgruppe</u>, auch wenn sie als selbst Betroffene ggf. auch unmittelbar davon profitieren können.</p>

Des Weiteren wird ein Projekt der BAG SELBSTHILFE vorgestellt (Selbsthilfekongress), das beispielhaft für die möglichen Aktivitäten eines Dachverbandes steht.

5. 1 Auswertung der Untersuchung (vgl. Seite 13)

19 Projekte (70 Prozent) konnten dem Feld Nr. 6 zugeordnet werden:

Feld Nr. 6: Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung: Akzeptanz irreversibler Krankheitsfolgen, Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung („Wandel vom Behandelten zum Handelnden“) und Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins.

16 Projekte (60 Prozent) konnten jeweils dem Feld Nr. 5 und dem Feld Nr. 7 zugeordnet werden.

Feld Nr. 5: Information über die Erkrankung und deren folgen sowie über die erforderlichen aktuellen und langfristigen Behandlungsmaßnahmen.

Feld Nr. 7: Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgehen (Selbstmanagement) mit der Erkrankung.

Weitere inhaltliche Schwerpunkte der ausgewerteten Projekte waren:

- Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten (Feld Nr. 4)
- Verhaltensmodifikation und gesundheitsfördernde Lebensweise (Feld Nr. 8)
- Beratung und Anleitung von Bezugspersonen (Feld Nr. 9)

Wie die nachfolgende Tabelle „Feld-Projekt-Zuordnung“ zeigt, haben die ersten beiden Felder bei den durchgeführten Maßnahmen keine Berücksichtigung gefunden:

- Diagnostik der Erkrankung und der Funktionsstörung (Feld Nr. 1)
- Erstellung eines Rehabilitationsplans (Feld Nr. 2)

Diese Felder bleiben den Rehabilitationseinrichtungen vorbehalten. Ansonsten wurden bei der Umsetzung der untersuchten Projekte zehn der 12 „konkreten Felder“ der medizinischen Rehabilitation abgedeckt.

Tabelle: Feld-Projekt-Zuordnung

Die 12 „Konkreten Felder“ der medizinischen Rehabilitation											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0	0	7	12	16	19	16	14	15	3	10	4
Anzahl der Projekte (von 27 Maßnahmen), die den einzelnen „Konkreten Feldern“ der medizinischen Rehabilitation zugeordnet werden konnten.											

Weitere Aussagen zu den ausgewerteten Maßnahmen der Behindertenverbände im Rahmen der Projektförderung zur medizinischen Rehabilitation im Jahr 2014:

- Überwiegend handelt es sich um zwei-/dreitägige Seminare, mit einer Ausnahme: Modulprojekt mit Sportangeboten über mehrere Monate
- Die Seminare richten sich vorrangig an GruppenleiterInnen, PatientenbetreuerInnen und BeraterInnen, die ihr erworbenes Wissen an kommunale Beratungsstrukturen oder direkt an die Betroffenen weitergeben (**Multiplikatorenschulungen**).
- Bei den DRV-Projekten steht die medizinische Rehabilitation im Hinblick auf die Erhaltung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit im Vordergrund.
- Im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation wurden zwei der 27 Maßnahmen durchgeführt.
- Die Mitwirkung der Rehabilitanden durch Eigenübungen lässt sich besonders bei Sportangeboten, physikalischen Therapien, Krankengymnastik, Atem- und Entspannungsübungen sowie bei Methoden zur Förderung der Achtsamkeit und der Gedächtnisleistung veranschaulichen.
- Aber auch zur Reduzierung verhaltensabhängiger Risikofaktoren wird über die Selbstkontrolle eine Art „Eigenübung“ ausgeführt.
- Das Ziel aller Projekte ist die verbesserte Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben, wozu auch der Arbeitsalltag zählt.

Zusammenfassend bestätigen die Ergebnisse der Untersuchung, dass über die notwendigen Informationen zur Erkrankung, die Motivation zur Mitwirkung und zum eigenverantwortlichen Handeln im Mittelpunkt aller durchgeführten Maßnahmen steht.

5. 2 Beispielgebende Maßnahmen der Mitgliedsverbände

An dieser Stelle könnten weit mehr als die hier ausgewählten Beispiele stehen. Die letztlich getroffene Auswahl der Maßnahmen orientiert sich an

- der indikationsübergreifenden Anwendbarkeit (Transferpotenzial) der Projektziele und dem
- Zusammenwirken von Multiplikatorenschulungen, aktiver Mitwirkung des Rehabilitanden (insbesondere durch Eigenübungen) und dem Ziel der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges

Selbstmanagement I

Verband:	Deutsche Rheuma Liga e.V.	Deutsche Rheuma Liga e.V.
Projekt / Angebot:	Selbstmanagementkurse „Herausforderung Rheuma - nimm Dein Leben in die Hand“ (fortlaufende	Train-the-trainer-Kurs für die Selbstmanagementkurse „Herausforderung Rheuma - nimm Dein

Selbstmanagement I

	Angebote)	Leben in die Hand“
Art der Veranstaltung:	Rehabilitandenschulung	Multiplikatorenschulung
Ziele:	<p>In den Kursen sollen die TeilnehmerInnen erfahren, wie man</p> <ul style="list-style-type: none"> - seine Handlungsmöglichkeiten entdeckt und erweitert, - mit Ärzten und anderen über seine Krankheit und was einen beschäftigt spricht, - Schmerz und Müdigkeit überwindet, - sich besser entspannt und beweglich bleibt. 	<p>Der Trainerkurs hat zum Ziel, Menschen mit einer rheumatischen Erkrankung für die ehrenamtliche Aufgabe vorzubereiten und zu motivieren, selber Selbstmanagement-Kurse zu leiten. Dabei gilt es das Spannungsfeld zwischen vorgegebenen Inhalten und Methoden und einem prozessbezogenen Arbeiten mit den Teilnehmer/innen zu wahren. Die Trainer/innen sind derart ausgewählt, dass sie zwar hohe Anforderungen (Kursleitung, Moderation, Motivation, Kommunikation, etc.) erfüllen sollen, aber gerade als Laien bewusst mit eigener Betroffenheit diese Aufgabe vollbringen. Der Selbstmanagement-Kurs setzt auf die Kompetenz aus Betroffenheit und verzichtet auf Fachreferenten. Die zukünftigen Trainer/innen brauchen dazu oft ein Stück Ermutigung und Stärkung des Selbstbewusstseins, manchmal auch die Befreiung von überzogenen Erwartungen und Ansprüchen an die eigene Kursleitung. Grundelemente der Kommunikation, Präsentationstechniken etc. runden das Programm ab.</p>
Inhalte / Durchführung:	<p>Die Kurse werden von geschulten Betroffenen geleitet. In 6 Modulen à 2,5 Stunden lernen die Betroffenen viel über ihre Erkrankung. Aber vor allem lernen sie, das Leben mit Rheuma selbst in die Hand zu nehmen und zu managen. Sie setzen sich Ziele für ihr persönliches Leben, sie tauschen sich mit der Gruppe aus und berichten sich gegenseitig, wie weit sie mit ihren Zielen gekommen sind. Zusätzlich hat der Kurs viele interessante und ansprechende Elemente: Traumreisen zur Entspannung, Techniken zur Schmerzbewältigung, Informa-</p>	<p>Für die Trainer/innen im Kursprogramm (Wochenende mit ca. 12 Teilnehmer/innen) gibt es ein eigenes <u>Trainerhandbuch</u>, das diese vor dem Ausbildungskurs erhalten. Voraussetzungen für eine Teilnahme am Trainerkurs sind die vorherige Teilnahme an einem Selbstmanagementkurs und die eigene Betroffenheit.</p> <p>Zum Trainerhandbuch gibt es einen <u>Foliensatz</u>, der zu jedem Modul eingesetzt werden kann. Weiterhin werden Vertragsformulare und andere Papiere als Arbeitsmaterialien</p>

Selbstmanagement I

	<p>tionen zu Bewegung, Ernährung, medizinische Versorgung, etc.</p> <p>Über Train-the-Trainer-Seminaren konnten mittlerweile 40 Trainer/innen ausgebildet werden, die nun ihre Arbeit in verschiedenen Verbänden der Deutschen Rheuma-Liga aufnehmen. Eine bundesweite Ausdehnung des Programms ist vorgesehen. Grundlage für die Kurse ist ein 150 seitiges Handbuch.</p>	<p>benötigt. Das Handbuch ist didaktisch und methodisch von der Stanford University sehr gut erarbeitet und leitet die Trainer/innen durch jedes Modul.</p> <p>Die Kursleiter/innen arbeiten mit einem handlungsorientierten Ansatz - die Trainer/innen probieren vor der Gruppe einzelne Aktionen aus und geben sich nachher ein Feedback dazu. Am Ende des Kurses gibt es Einzelgespräche mit jedem/r Teilnehmer/in über Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten als Trainer/in, manchmal auch die Verabschiedung von dieser ehrenamtlichen Aufgabe.</p>
konkrete Felder der medizinischen Rehabilitation	<u>Feld Nr. 7:</u> Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgehen (Selbstmanagement) mit der Erkrankung	<u>Feld Nr. 7:</u> Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgehen (Selbstmanagement) mit der Erkrankung
Info:	Flyer, WDR-Fernsehbeitrag	
Förderer:	EULAR , Krankenkassen	BMAS

Selbstmanagement II

Verband:	BAG SELBSTHILFE
Projekt / Angebot:	INSEA aktiv, Bestandteil des Selbsthilfekongresses 2015
Art der Veranstaltung:	Selbsthilfekongress (Veranstaltung für Multiplikatoren)
Ziele:	<p>Schwerpunkte des Selbsthilfekongresses waren „Selbstmanagement“ und „Patientenschulungen“ mit dem Ziel der Gesundheitsförderung. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem das Netzwerk INSEA vorgestellt.</p> <p>INSEA⁶ verfolgt unter anderem das Ziel, ein überregionales Netzwerk zur Förderung des Selbstmanagements für chronisch Erkrankte, ihrer Angehörigen und Freunde aufzubauen und mit mehreren Einrichtungen und</p>

⁶ Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben

Selbstmanagement II

	<p>Praxispartnern zu betreiben. Zudem interessiert INSEA sich für die Überprüfung der Wirksamkeit des Programms für die Teilnehmenden in Deutschland.</p> <p>Der Selbsthilfekongress selbst verfolgt das Ziel, Konzepte des Selbstmanagements und der Patientenschulung vorzustellen und zu diskutieren. Die Selbsthilfeverbände sollen ermutigt werden, vergleichbare Konzepte zu entwickeln und umzusetzen.</p>
Inhalte / Durchführung:	<p>Bei dem INSEA-Programm handelt es sich um einen standardisierten Kurs mit einem festgelegten Kursprogramm und einem evaluierten Begleitbuch, das sich am bewährten «Chronic Disease Self-Management Program» (CDSMP) der Universität Stanford (USA) orientiert und immer wieder getestet wurde. Positive Effekte konnten in den Bereichen Wohlbefinden, Symptommanagement, Erschöpfungszustand, Bewegung, Kommunikation mit Fachpersonen im Gesundheitswesen, soziale Teilhabe, gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung, Fatigue und bei Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten nachgewiesen werden. Es konnte nachgewiesen werden, dass bei den teilnehmenden Personen die Lebensqualität verbessert wird, dass sich die Energie, aber auch das psychische Wohlbefinden steigern. Erschöpfung und soziale Isolation nahmen dagegen ab. Auch verbesserte sich die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten.</p>
konkrete Felder der medizinischen Rehabilitation	<p>Feld Nr. 7: Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgehen (Selbstmanagement) mit der Erkrankung</p>
Info:	<p>INSEA-Netzwerk</p>
Förderer:	<p>Barmer GEK</p>

Vermittlung Lebenspraktischer Fähigkeiten (LPF)

Verband:	<p>Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.</p>
Projekt / Angebot:	<p>regelmäßige Beraterschulungen</p> <p>Workshop 2015: „Allgemeine Hilfsmittel für blinde und sehbehinderte Menschen zur Unterstützung Lebenspraktischer Fähigkeiten (LPF) ...“</p>
Art der Veranstaltung:	<p>Multiplikatorenschulung</p>
Ziele:	<p>Die Maßnahme wendet sich bundesweit an alle ehrenamtlichen blinden oder sehbehinderten Hilfsmittelberater/innen in den 20 Landesvereinen des DBSV, die in ihrem Verantwortungsbereich hilfeschuchende blinde und sehbehinderte Menschen sowie deren Angehörige hinsichtlich notwendiger Hilfsmittel unterschiedlichster Bestimmung zur Bewältigung des Alltags und der mit der Behinderung verbundenen Nachteile beraten.</p>

Selbstmanagement II

	<p>Der Workshop hat das Ziel,</p> <ul style="list-style-type: none"> - alle HilfsmittelberaterInnen auf den neuesten Stand in Sachen Hilfsmittel für blinde und sehbehinderte Menschen zu bringen, - wesentlich zu einer Verbesserung der Beratungsleistung für hilfesuchende blinde und sehbehinderte Menschen vor Ort in den Landesvereinen zur Bewältigung des Alltags beizutragen und insbesondere auch auf die Bedürfnisse von neu Betroffenen einzugehen, - die Teilnehmer/innen für die Beratung von blinden und sehbehinderten Personen zu qualifizieren, - bundesweit einen gleichen Informationsstand für die Beratung blinder und sehbehinderter Menschen zu schaffen, - die Teilnehmer/innen zu befähigen, ihre Multiplikatorenfunktion in den Landesvereinen gegenüber weiteren Hilfsmittelberatern in den unteren Gliederungen besser auszuüben und erworbenes Wissen sach- und fachbezogen anzuwenden. <p>Der DBSV führt selbst keine LPF-Schulungen durch. Er informiert auf seinem Internetauftritt über Möglichkeiten der Schulung (siehe auch „Info“) und stellt ehrenamtliche Berater zur Verfügung (siehe oben).</p> <p>Im LPF-Unterricht lernen blinde und sehbehinderte Menschen spezielle Techniken, Methoden und Strategien, um ihren Alltag insbesondere im häuslichen Bereich eigenständig zu bewältigen und ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten.</p>
<p>Inhalte / Durchführung:</p>	<p>Mit Hilfe von Vorträgen, Kleingruppenarbeit und Diskussionen wurden unter anderem folgende Themen behandelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit LPF im Alltag und eigene Tipps und Tricks für Betroffene auch unter Einbeziehung von Mehrfachbehinderung in der Beratung - Vorstellen und Ausprobieren mitgebrachter Hilfsmittel - Vorstellung von sehbehinderten- und blindengerechter Brauner und Weißer Ware (Unterhaltungselektronik und Haushaltsgeräte) - Kantenfilterbrillen und Blendschutz
<p>konkrete Felder der medizinischen Rehabilitation</p>	<p><u>Feld Nr. 9:</u> Beratung und Anleitung von Bezugspersonen über den adäquaten Umgang mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden und den Folgen der Gesundheitsstörung. Im Zusammenwirken mit anderen Feldern, z. B.</p> <p><u>Feld Nr. 4:</u> Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten. Abbau hemmend und Unterstützung fördernd wirkender Kontextfaktoren.</p>
<p>Info:</p>	<p>Ratgeber zu LPF</p>
<p>Förderer:</p>	<p>BMAS</p>

Das McKenzie-Konzept in der Schmerzbehandlung

Verband:	Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e.V.
Projekt / Angebot:	Schulung der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen der Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen: „Die Behandlung von Schmerzen bei Skoliose“ (2014)
Art der Veranstaltung:	Multiplikatorenschulung
Ziele:	<p>Ziel der Maßnahme war es, die Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen des Verbands in die Lage zu versetzen, die gewonnenen Informationen in ihre Arbeit vor Ort einzubinden und an Betroffene und deren Angehörige weiterzugeben. Die TeilnehmerInnen der Schulung wurden von einem skolioseerfahrenen Schmerztherapeuten über Ursachen und verschiedenen Arten von Schmerzen sowie über deren Diagnose und geeignete Therapieformen informiert.</p> <p>Dabei wurde das von Robin McKenzie (Neuseeland) entwickelte McKenzie-Konzept MDT (Mechanical Diagnosis & Therapie) vorgestellt. Eine McKenzie-Untersuchung findet heraus, welche Haltungen und Bewegungen die Beschwerden des Patienten verschlechtern und welche sie verbessern. Neben einer klar strukturierten Befragung nutzt der geschulte Therapeut bestimmte, wiederholt ausgeführte Bewegungstests. Reicht die Eigenbehandlung nicht aus, unterstützt der Therapeut die Übungen kurzfristig mit bestimmten Handgriffen. Indikationen sind z.B. Probleme mit den Nervenwurzeln (Bandscheibenvorfall) und mechanische Schmerzen mit Lokalisationen im Nacken, Rücken, Gesäß und Oberschenkeln. Nicht anzuwenden ist die Methode bei Schmerzen aufgrund von Infektionen, Verletzungen/ Frakturen und durch Krebserkrankungen.</p> <p>McKenzie-Übungen kann man einfach und überall ausführen. Mittlerweile gibt es mehr als 300 zertifizierte McKenzie-Therapeuten in Deutschland, Österreich und der Schweiz.</p>
Inhalte / Durchführung:	<p>Die Schulung wurde durch Vorträge über die „Behandlungsmöglichkeiten bei chronifizierten Schmerzen“ eingeleitet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Man spricht von chronifizierten Schmerzen, wenn sie länger als drei Monate anhalten und der Schmerz seine Warnfunktion verliert. - Darüber hinaus können Angst, Vermeidungsstrategien und auch Medikamente die Schmerzen verstärken. <p>In einem weiteren Vortrag wurden die angewandten therapeutischen Maßnahmen (u.a. MDT) der Schmerzklinik in Bad Wildbad erläutert: „Die Schmerzbehandlung soll mit behutsamer und achtsamer Aktivität erfolgen. So soll man z.B. beim Gerätetraining Wert auf richtiges Verhalten, sichere Bewegungen und mehr Wiederholungen, weniger auf die Gewichte legen. Wichtig ist die regelmäßige Bewegung. Auf keinen Fall sollen die sportlichen Bewegungen die Schmerzen verstärken. An physiotherapeutischen Konzepten bieten sich u.a. die Skoliostherapie nach Schroth (Haltungsverbesserung), McKenzie (Schmerzbehandlung), Reflexlokomotion nach Vojta / Bronkow, Akrodynamik (Koordination), Achtsamkeitslenkung (besserer Umgang mit Stress, Angst und Krankheit), Osteopathie oder Naturheilverfahren bzw. physikalische Therapien - je nachdem, was</p>

Das McKenzie-Konzept in der Schmerzbehandlung

	<p>einem gut tut, an. Im Ausgleich dazu bieten verschiedene Entspannungsmethoden zur Körperwahrnehmung, wie z.B. autogenes Training oder progressive Muskelentspannung, die erforderliche Balance zwischen Aktivität und Ruhe. In dem Bewusstsein, dass jeder sein eigener Therapeut ist, wachsen Selbstwahrnehmung und die Kompetenz, Eigentherapie in den Alltag zu integrieren.“ (Zitat: Kölnberger, SHG Ruhrgebiet / Lichtblick 3-2014) Nach den Vorträgen wurden praktische Übungen nach dem McKenzie-Konzept durchgeführt.</p>
konkrete Felder der medizinischen Rehabilitation	<p><u>Feld Nr. 9:</u> Beratung und Anleitung von Bezugspersonen über den adäquaten Umgang mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden und den Folgen der Gesundheitsstörung. Im Zusammenwirken mit anderen Feldern, z. B.</p> <p><u>Feld Nr. 7:</u> Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgehen (Selbstmanagement) mit der Erkrankung</p>
Info:	MDT nach R.A. McKenzie
Förderer:	BMAS

Gedächtnistraining

Verband:	Deutsche Epilepsievereinigung e.V.
Projekt / Angebot:	Seminar: „Gedächtnistraining für Menschen mit Epilepsie“
Art der Veranstaltung:	Rehabilitandenschulung (regelmäßige Kursangebote)
Ziele:	<p>Ziel des Seminars war es vor allem, den Teilnehmenden Strategien im Umgang mit ihren Gedächtnisproblemen zu vermitteln, die sie im Alltag anwenden können. Dies erhöht zum einen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich, da sie im Laufe der Zeit lernen, Defizite anzuerkennen und auf konstruktive Art und Weise mit ihnen umzugehen. Auf der anderen Seite können aber auch berufsbedingte Probleme durch den gezielten Einsatz der vermittelten Techniken zwar nicht vollkommen vermieden, aber doch verringert werden.</p>
Inhalte / Durchführung:	<p>Im Mittelpunkt des Seminars standen vor allem praktische Übungen, die dem Erlernen von Kompensationsstrategien dienen, mit denen die Folgen defizitärer Gedächtnisleistungen verringert werden können. Mit einer Einführung in den Aufbau des Gehirns, die Struktur des Gedächtnisses und den Ursachen epilepsiebedingter Gedächtnisdefizite, die sowohl organisch als auch durch medikamentöse Epilepsiebehandlung bedingt sein können, wurde zunächst erreicht, dass sich die Teilnehmenden für die Zeit des Seminars und vor allem für die Zeit danach, realistische Ziele setzen konnten. Die Teilnehmenden wurden immer wieder auf den spielerischen Umgang mit den erlernten Techniken hingewiesen. Es geht</p>

Gedächtnistraining

	nicht darum, besonders gut zu sein und schnell Fortschritte zu erzielen. Gedächtnistraining soll in erster Linie Spaß machen, denn nur dann ist die Gewähr dafür gegeben, dass diese Techniken auch im Alltag kontinuierlich geübt und angewendet werden.
konkrete Felder der medizinischen Rehabilitation:	<p><u>Feld Nr. 4:</u> Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von Beeinträchtigungen Funktionen und Aktivitäten. Abbau hemmend und Unterstützung fördernd wirkender Kontextfaktoren. Im Zusammenwirken mit</p> <p><u>Feld Nr. 6:</u> Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung: Akzeptanz irreversibler Krankheitsfolgen, Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung („Wandel vom Behandelten zum Handelnden“) und Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins.</p>
Info:	Flyer zu Gedächtnisproblemen
Förderer:	DRV Bund

Funktionelle Oberkörpergymnastik

Verband:	<p>Deutscher Rollstuhl-Sportverband (DRS)</p> <p>Folgende Mitgliedsverbände der BAG SELBSTHILFE sind Mitglieder im DRS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrocephalus e.V. (ASBH) -Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK) -Bundesverband Poliomyelitis e.V.
Projekt / Angebot:	<p>DRS-Kampagne: „Gemeinsam was ins Rollen bringen“</p> <p>Bestandteil: Funktionelle Oberkörpergymnastik</p>
Art der Veranstaltung:	Kann in eine Rehabilitanden- oder Multiplikatorenschulung integriert werden.
Ziele:	Die Kampagne des DRS will für mehr Sport und Bewegung im Rollstuhl motivieren. Mit prominenten Botschaftern, Plakataktionen und vielen Schnupperkursen transportiert die Kampagne, dass Bewegung und Sport auch bei Behinderung Teil eines gesunden Lebens sind. Mit der funktionellen Oberkörpergymnastik werden die Schulter- und Nackenmuskulatur gestärkt, die bei Rollstuhlfahrern besonders belastet wird.
Inhalte / Durchführung:	Die Oberkörpermuskulatur wird bei Rollstuhlfahrern stark beansprucht. Schäden an der Schulter können im schlimmsten Fall den Umstieg auf einen E-Rollstuhl bedeuten. Regelmäßige Gymnastik kann helfen, die Mobilität zu erhalten oder gar zu verbessern. Dafür hat der DRS die spezielle DVD „ Funktionelle Oberkörpergymnastik für Rollstuhlfahrer “ herausgegeben. In mehreren Videos werden Übungen für den Alltag gezeigt, die man im Sitzen zur Kräftigung der Oberkörpermuskulatur mit

Funktionelle Oberkörpergymnastik

	geringem Zeitaufwand ausüben kann. (Laufzeit 120 min, in fünf Sprachen erhältlich)
konkrete Felder der medizinischen Rehabilitation	<p>Feld Nr. 4: Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von Beeinträchtigungen Funktionen und Aktivitäten. Abbau hemmend und Unterstützung fördernd wirkender Kontextfaktoren. Im Zusammenwirken mit</p> <p>Feld Nr. 6: Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung: Akzeptanz irreversibler Krankheitsfolgen, Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung („Wandel vom Behandelten zum Handelnden“) und Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins.</p>
Info:	Kampagne und Bestellung DVD
Förderer:	Die DRS-Kampagne: „Gemeinsam was ins Rollen bringen“ wird u. a. von der Aktion Mensch gefördert. Der Bestandteil „ Funktionelle Oberkörpergymnastik “ kann als Thema in Multiplikatorenschulungen zur medizinischen Rehabilitation eingebaut, die Förderung einer solchen Schulung beim BMAS und/oder den Krankenkassen (Projektförderung; vgl. auch Abschnitt 5.4.3) beantragt werden. Als Bestandteil einer Rehabilitandenschulung ist das Thema bei der DRV Bund prinzipiell dann förderfähig, wenn das Ziel der Schulung die Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bzw. die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der bereits geminderten Erwerbsfähigkeit ist.

Schulungen zur Patientenbetreuung

Verband:	Deutsche ILCO e.V.	Kehlkopfooperierte e.V.
Projekt / Angebot:	Gesprächsrunden in Reha-Kliniken für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs	Schulungen in den Landesgruppen zur Patientenbetreuung
Art der Veranstaltung:	Multiplikatorenschulung	Multiplikatorenschulung
Ziele:	Ehrenamtliche, selbstbetroffene Verbandsmitglieder sollen als Besuchsdienstmitarbeiter befähigt werden, mit Neu-Erkrankten in Reha-Kliniken Gesprächsrunden zu bilden und zu leiten, um den Rehabilitanden Mut und Zuversicht im Umgang mit der Erkrankung zu geben sowie die Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten und deren	Die inhaltlichen Schwerpunkte der einzelnen Schulungen sind unterschiedlich. Ein Ziel haben aber alle Maßnahmen gemeinsam: den erkrankten Patienten in der Akut-Klinik und/oder den Rehabilitanden in der Reha-Klinik bei ihren physischen und psychischen Belastungen mit der eigenen Erfahrung als Betroffener und mit erworbener Kompetenz hilfreich zur Seite zu

Schulungen zur Patientenbetreuung

	Folgen zu erörtern.	stehen.
Inhalte / Durchführung:	<p>Vermittlung von Basiswissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - über Unterschiede zwischen Besuchsdiensten in Akut-Kliniken und Gesprächsrunden in Reha-Kliniken - über Krankheitsbilder und -verläufe, Behandlungen - über organisatorische Fragen zum Ablauf der Gesprächsrunden, - Vorstellung der Kooperationsvereinbarungen, die mit den Reha-Kliniken abgeschlossen worden sind: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ansprechpartner in den Rehakliniken ✓ Datenschutz ✓ Rahmenbedingungen (Räumlichkeiten, Fahrtkosten, Teilnahme eines Klinikvertreters, Weitergabe von Infos an den Patienten) <p>Basisinfos zur sozialen Unterstützung, zur beruflichen Leistungsfähigkeit und Wiedereingliederung</p> <p>Gestaltung der Gesprächsrunden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung, Eröffnung - Regeln zur Vertraulichkeit - strukturierter Verlauf - Angebote der ILCO vermitteln 	<p>Vermittlung von Wissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - über die Krankheit und deren Bewältigung - über Behandlungsmethoden sowie Therapieformen und deren mögliche Folgen - zum Behinderten- und Sozialrecht (niederschwellige Rechtsberatung) und zur Rentenversicherung - über den Umgang mit betroffenen Erkrankten in verschiedenen Krankheits- und Versorgungsstadien - über Kooperationsvereinbarungen mit den Kliniken - zum Datenschutz / zur Informationsweitergabe - über Selbstschutz vor Überlastungen
konkrete Felder der medizinischen Rehabilitation	<p><u>Feld Nr. 9:</u> Beratung und Anleitung von Bezugspersonen über den adäquaten Umgang mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden und den Folgen der Gesundheitsstörung. Im Zusammenwirken mit den Feldern</p> <p><u>Feld Nr. 5:</u> Information über die Erkrankung und deren Folgen sowie über die erforderlichen aktuellen und langfristigen Behandlungsmaßnahmen</p> <p><u>Feld Nr. 6:</u> Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung: Akzeptanz irreversibler Krankheitsfolgen, Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung („Wandel vom Behandelten zum Handelnden“) und Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins</p> <p><u>Feld Nr. 8:</u> Verhaltensmodifikation mit dem Ziel des Aufbaus einer krankheitsadäquaten und gesundheitsförderlichen Lebensweise und des Abbaus gesundheitsschädlichen Verhaltens</p> <p><u>Feld Nr. 11:</u> Beratung im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit und das Alltagsleben auf der Basis des erreichten Leistungsvermögens</p>	

Schulungen zur Patientenbetreuung

	Feld Nr. 12: Planung und Anregung weiterer Maßnahmen (Nachsorge, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Indikationsstellung für weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen) und Vorbereitung der Rehabilitanden darauf	
Info:	Deutsche ILCO Netzwerk	HNO-Kliniken und Patientenbetreuer
Förderer:	DRV	DRV

Nachgelesen: Veröffentlichungen der Mitgliedsverbände

ABC Rehabilitation

Praktische Tipps und Ratschläge zur Rehabilitation

Hrsg.: Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. / 2. Auflage 2014

Mit Selbsthilfe aktiv ins Leben

Förderung von Bewegung und Aktivität für die Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihrer Angehörigen

Hrsg.: BAG SELBSTHILFE / Leitfaden 2015

Herausforderung Rheuma - Nimm dein Leben in die Hand!

Handbuch zum Selbstmanagement-Kurs

Hrsg.: Deutsche Rheuma-Liga e.V. / 2014

Lernbehinderung im Spiegel der ICF

24 Seiten in der Zeitschrift LERNEN FÖRDERN

Hrsg.: Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Lernbehinderungen e.V. / Heft 2 - 2015

Lust zum Leben

Erfahrungen von Stomaträgern

Hrsg.: Deutsche ILCO e.V. / 2014

5.3 Schulungsmaßnahmen

In allen Feldern der medizinischen Rehabilitation kommt der Mitwirkung des Rehabilitanden eine herausragende Bedeutung zu. Die konkrete Ausgestaltung dieser

Mitwirkung, insbesondere der Eigenübungen, ist abhängig vom jeweiligen Indikationsgebiet. Es ist daher von großer Bedeutung, dass diese Ansätze in den Selbsthilfestruckturen behinderter Menschen bekannt sind bzw. bekannt gemacht werden.

Die Schulungsmaßnahmen müssen sich daher an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Selbsthilfeverbänden wenden. Gegenstand kann entweder direkt die Vermittlung von Kenntnissen zur Umsetzung von Mitwirkungshandlungen der Betroffenen sein (Rehabilitandenschulung) oder die Befähigung, Betroffene dabei zu unterstützen, die Mitwirkungshandlungen umzusetzen (Multiplikatoren-schulung).

Neben den fachlichen Inhalten kommt es dabei auch auf die Verbesserung der Schulungskompetenz der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren an. Hier sind insbesondere folgende Aspekte zu beachten:

- Setting, in dem die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren das Wissen vermitteln wollen (in Kursen, in Einzelberatung oder im Internet)
- Zusammensetzung der Zielgruppe (Alter, Geschlecht, Vorkenntnisse, Krankheitsstadium)
- Kompetenzen der SchulungsleiterInnen (Qualifikationsanforderungen, die nach der Maßnahme, die vom BMAS oder einem anderen Zuwendungsgeber gefördert wird, für die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gelten soll.)
- Methodik der Wissensvermittlung (insbesondere: Grundlagen der Gesprächsführung)
- Evaluationskonzept

Der zuletzt genannte Aspekt, die Evaluationskonzepte, werden häufig unterschätzt. Es fehlt an geeigneten Messinstrumenten zur qualitativen Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Schulungsmaßnahmen. Das Landeszentrum Gesundheit NRW bietet einen Leitfaden und regelmäßig Workshops zum Thema Selbstevaluation an. (s. Infothek).

5. 4 Planung und Durchführung einer Schulung - Hinweise und Tipps

Möglicherweise haben die bisherigen Informationen Sie dazu angeregt, selbst eine Veranstaltung zum Thema medizinische (berufliche) Rehabilitation zu konzipieren und durchzuführen. Daher möchten wir Ihnen in diesem Kapitel einige Hinweise und Tipps geben. Neben der inhaltlichen Konzeption sollen auch organisatorische und finanzielle Aspekte angesprochen werden, vor allem Möglichkeiten der Finanzierung durch die öffentliche Hand (z. B. Projektförderung durch das BMAS, die DRV Bund, Krankenkassen: s. hierzu Abschnitt 5. 4. 3).

5. 4. 1 Projektplanung

Insbesondere für Menschen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung ist eine gute Projektplanung von großer Bedeutung, damit unnötiger Stress, der sich wieder-

rum negativ auf den persönlichen Gesundheitszustand auswirken kann, vermieden wird. Zudem sollten Ihre Motivation und Ihr Engagement, mit dem Sie sich dem bevorstehenden Projekt widmen, bis zum erfolgreichen Abschluss des Projekts erhalten bleiben. Daher ist es auch wichtig, Verantwortung zu delegieren. Dazu eignet sich die Bildung eines Projektteams, in dem die Zuständigkeiten wie Vorbereitung, Durchführung, verwaltungsmäßige Abwicklung usw. klar festgelegt sind.

5. 4. 2 Planungselemente

Folgende Aspekte spielen unter anderem bei der Planung einer Veranstaltung eine Rolle:

- Inhalte / Themen / Zielgruppe
- Vermittlungsformen / Arbeitsformen
- Evaluation
- Kooperationspartner
- Finanzierung

Inhalte / Themen / Zielgruppe

- An welche Zielgruppe richtet sich die geplante Veranstaltung?
- In welchen Inhalten / Themen besteht Informations- / Schulungsbedarf?
- Welches Ausgangsproblem ist für die Zielgruppe offen, ungeklärt, oder zu bewältigen?

Hinsichtlich der Zielgruppe ist zu klären, ob es sich um eine **Rehabilitandenschulung** oder eine **Multiplikatorenschulung** handeln soll. Zielsetzung einer Rehabilitandenschulung ist die Vermittlung von Kenntnissen zur Umsetzung von Mitwirkungshandlungen der Betroffenen, während in der Multiplikatorenschulung die Teilnehmer befähigt werden sollen, Betroffene dabei zu unterstützen, die Mitwirkungshandlungen umzusetzen, also beispielsweise Rehabilitandenschulungen durchzuführen (siehe auch Tabelle Seite 16). Diese Unterscheidung ist auch im Hinblick auf die Finanzierung der Veranstaltungen wichtig, da die meisten Zuwendungsgeber auf Bundesebene nur Veranstaltungen mit **bundesweiter Multiplikatorenwirkung** fördern.

Bei der Klärung dieser Fragen sollten Sie von vorne herein die Ziele möglichst präzise formulieren, am besten schriftlich. Im Verlauf der weiteren Planung können diese dann ggf. weiter verfeinert werden. Hilfreich ist dieses Vorgehen auch dann, wenn Sie planen, Fördermittel bei einem (öffentlichen) Zuwendungsgeber zu beantragen. Die Projektziele sind ein wichtiges Kriterium für die Förderentscheidung.

Vermittlungsformen

- Welche **Vermittlungsformen** sind geeignet, die Ziele zu verwirklichen?

Das Projektteam sollte auch darüber sprechen, ob eine Schulung zur Erreichung der Ziele sinnvoll ist. Möglicherweise ist es bei bestimmten Themen effektiver und effizienter, die geplanten Ziele beispielsweise mit Hilfe einer Broschüre zu erreichen.

Arbeitsformen

Sie sollten neben dem Vortrag auch andere Schulungsmethoden in Betracht ziehen, um die Motivation der Teilnehmer zu fördern. Ideal ist die Berücksichtigung der verschiedenen Lerntypen. Es bietet sich daher an, möglichst auch handlungsorientierte Einheiten einzuplanen, etwa im Rahmen von Partner- oder Gruppenarbeit. Auch durch Diskussionen im Plenum oder andere Formen des gegenseitigen Austauschs wird erreicht, dass sich die Teilnehmer als Mitwirkende wahrnehmen können.

In diesen Zusammenhang gehört auch die Frage nach dem Einsatz externer Referenten. Zu empfehlen ist, zunächst im eigenen verbandlichen Umfeld zu schauen, ob die gewünschte Expertise vorhanden und verfügbar ist. Je nach Thema kann die Kompetenz aus eigener Betroffenheit heraus die beste Voraussetzung für die Tätigkeit als Referent sein. Auch der berufliche Hintergrund ist oft hilfreich. Wenn externe Referenten erforderlich sind, sollten Sie auf die Qualifikationen achten. Auch die Unabhängigkeit von wirtschaftlichen Interessen ist kein unerheblicher Aspekt. Achten Sie daher darauf, aus welchem beruflichen Umfeld die Referenten kommen, und wählen Sie gezielt nur solche Referenten, denen die neutrale und sachliche Vermittlung von Informationen wichtiger ist als die Interessen eines Wirtschaftsunternehmens.

Evaluation

- Wie lässt sich prüfen, ob die angestrebten Ziele erreicht worden sind?

Auch hierüber sollten Sie sich bereits im frühen Stadium der Projektplanung Gedanken machen, zumal die öffentlichen Zuwendungsgeber in der Regel auch darüber Ausführungen erwarten. Teilnehmer-Feedbacks stellen dabei eine wichtige Grundlage der Evaluation dar.

Kooperationspartner

Insbesondere für Verbände, die ähnliche Krankheitsbilder vertreten, bietet es sich an, über gemeinsame Veranstaltungen nachzudenken.

Finanzierung

Das Projektteam sollte sich zunächst einen Überblick darüber verschaffen, welche Finanzierungsquellen zur Umsetzung der Veranstaltung in Frage kommen. Mögliche Finanzierungsquellen sind:

- **Eigenmittel**

Eigenmittel sind freie Mittel aus dem Haushalt Ihres Verbandes, die zur Erfüllung des Vereinszwecks zur Verfügung stehen. Dazu gehören beispielsweise Mitgliederbeiträge, Spenden, Mittel aus der Pauschalförderung der Krankenkassen, Erträge

aus wirtschaftlichen Zweckbetrieben. Finanzielle Mittel, die erst durch das Projekt generiert werden, sind keine Eigenmittel. In der Regel verlangen die Zuwendungsgeber den Einsatz eines bestimmten Prozentsatzes der projektbezogenen Gesamtausgaben als Eigenmittel.

- **Teilnehmerbeiträge**

Zuwendungsgeber erwarten in der Regel auch eine angemessene Eigenbeteiligung der Teilnehmer, insbesondere wenn Übernachtung und Vollverpflegung angeboten werden. Auf Grund der häuslichen Ersparnis sollten Teilnehmerbeiträge auch unabhängig von Vorgaben der Zuwendungsgeber eine feste Größe in der Projektkalkulation darstellen.

- **öffentliche Förderung**
- **Stiftungen**
- **private Spender oder Sponsoren**

Spenden, die ausdrücklich für das Projekt gewährt werden, sind nicht Teil der Eigenmittel, sondern im Falle der Beantragung von Fördermitteln als sonstige oder Drittmittel anzugeben. Wenn Sie Sponsoren zur Kofinanzierung gewonnen haben, beachten Sie bitte auch die Leitsätze der BAG SELBSTHILFE⁷.

5. 4. 3 Möglichkeiten der Projektförderung

Wie oben bereits erwähnt, ist die finanzielle Unterstützung durch die öffentliche Hand als Projektförderung eine mögliche Quelle zur Finanzierung einer Veranstaltung.

Förderung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund / Rheinland

Als Mitgliedsverband haben Sie die Möglichkeit, am Sammelantragsverfahren der BAG SELBSTHILFE teilzunehmen.⁸ Die BAG SELBSTHILFE informiert per Verbandsdienst über die Möglichkeiten der Antragstellung, berät bei der Erstellung der Projektanträge, bei der sachgerechten Projektabwicklung und der Erstellung der Verwendungsnachweise für die Projekte des entsprechenden Fördertitels. Die Fördertitel, die die BAG SELBSTHILFE zum Thema medizinische /berufliche Rehabilitation betreut, werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund/Rheinland bewirtschaftet. Umfangreiches Informationsmaterial und die notwendigen Formulare finden Sie im geschützten Bereich unserer Homepage:

<http://bund.bag-selbsthilfe.de/projektfoerderung.html>

Zur ersten Orientierung sei das folgende Dokument

⁷ [Leitsätze der Selbsthilfe für die Zusammenarbeit mit Personen des privaten und öffentlichen Rechts, Organisationen und Wirtschaftsunternehmen, insbesondere im Gesundheitswesen.](#)

⁸ Am Sammelantragsverfahren der DRV Bund können auch Bundesverbände teilnehmen, die nicht Mitglied der BAG SELBSTHILFE sind.

Übersicht Projektförderung auf Bundesebene

empfohlen.

Förderung durch die Krankenkassen⁹

Seit dem 01.01.2008 sind die Krankenkassen durch die Schaffung des § 20c SGB V zur Förderung der Selbsthilfe verpflichtet. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz-PrävG) vom 17.06.2015 wurde der bisherige §20c in den §20h umgewandelt. Neben der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung (**Pauschalförderung**) gibt es auf allen Fördererebenen die sog. **kassenindividuelle Selbsthilfeförderung**, die von den Krankenkassen überwiegend als **Projektförderung** ausgestaltet ist. Die inhaltliche Ausrichtung der kassenindividuellen Förderung durch die einzelnen Krankenkassen und Verbände kann variieren. Die Förderschwerpunkte der Krankenkassen auf Bundesebene für 2016 finden Sie hier:

<http://www.bag-selbsthilfe.de/foerderschwerpunkte-der-kassen-auf-bundesebene.html>

Auf diese Weise lassen sich möglicherweise Krankenkassen finden, die Veranstaltungen zur Verstetigung des Rehabilitationserfolgs fördern.

Förderung durch Soziallotterien und Stiftungen

Außerhalb der von uns betreuten Fördertitel kann Aktion Mensch als Förderer in Frage kommen, in der Regel mit dem Förderstrang „Projektförderung“. Weitere Informationen unter:

<https://www.aktion-mensch.de/projekte-engagieren-und-foerdern/foerderung/foerderprogramme/behinderung/projektfoerderung.html>

Auch andere Soziallotterien (z. B. Glücksspirale) und Stiftungen (<http://www.deutsches-stiftungszentrum.de/stiftungen/index.html>) sind häufig geeignete Ansprechpartner für Projektförderungen.

Unabhängig von der Wahl des passenden Förderers sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:

Projektbeschreibung

In der Projektbeschreibung stellen Sie die Notwendigkeit, die Inhalte und Ziele Ihrer geplanten Veranstaltung dar. In der Regel erwarten Zuwendungsgeber zumindest Aussagen zu folgenden Punkten:

- **Ausgangslage des Projekts**

⁹ Besteht Beratungsbedarf zur Selbsthilfeförderung der gesetzlichen Krankenversicherung, dann steht Ihnen bei der BAG SELBSTHILFE Frau Regine Hildebrandt für Rückfragen gerne zur Verfügung. (E-Mail: regine.hildebrandt@bag-selbsthilfe.de; Tel: 0211 31006 23; Fax: 0211 31006 48).

Begründung des Bedarfs, mutmaßliches Bundesinteresse an der Förderung (bei Bundesministerien), geplante Ziele des Projekts (zusammenfassend), Angaben zur Zielgruppe des Projekts.

- **Arbeits- und Zeitplan, geplante Durchführung**

Die einzelnen Inhalte und Ziele sollten ausführlich dargestellt und mit einem Programmablauf versehen werden.

- **Verbreitung, Verwertung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse / Multiplikatorenwirkung¹⁰**

Darstellung der geplanten Veröffentlichung der Ergebnisse, der Öffentlichkeitsarbeit für Fach- und Laienpublikum (Beiträge auf Kongressen, Publikationen, Pressemitteilungen, Internet etc.), der Zugänglichkeit der Ergebnisse für mögliche Nutzer (Verfügbarkeit über Internet); Anwendung des erworbenen Wissens „vor Ort“ (Landesebene, regional, lokal); weitere Implikationen der Ergebnisse (z. B. für weiterführende Fragestellungen)?

Projektkalkulation

- **realistische Kalkulation der Ausgaben**

Bei bestimmten Ausgabenpositionen sind gesetzliche Einschränkungen zu beachten, zum Beispiel das Bundesreisekostengesetz (BRKG).

- **Angebote einholen**

In der Regel erwarten zumindest die öffentlichen Zuwendungsgeber bei der Vergabe externer Aufträge, dass pro Auftrag mindestens drei Angebote von unterschiedlichen Unternehmen eingeholt werden. Das kommt beispielsweise bei der Buchung von Tagungsstätten oder der Herstellung von Druckerzeugnissen in Frage.

- **Reserven vorsehen, beispielsweise für unerwartete Erhöhung einzelner Positionen**
- **Buchhaltung, Einnahmen und Ausgaben im Auge behalten**

5. 4. 4 Empfohlene Lektüre zu „Schulungsmaßnahmen“

- BAG SELBSTHILFE, Lernort Selbsthilfe. (<http://www.bag-selbsthilfe.de/lernort-selbsthilfe.html>)
- BAG SELBSTHILFE, Projektförderung auf Bundesebene. Förderstellen, Zielsetzungen, Abwicklung. (http://bund.bag-selbsthilfe.de/tl_files/projektfoerderung-bundesebene-nov-2015-schreibschutz_neu.pptx)

¹⁰ Die DRV Bund fördert auch Rehabilitandenschulungen. In diesem Falle sind Ausführungen zur Multiplikatorenwirkung nicht erforderlich.

- BAG SELBSTHILFE, Förderschwerpunkte der Krankenkassen auf Bundesebene für 2016. (<http://www.bag-selbsthilfe.de/foerderschwerpunkte-der-kassen-auf-bundesebene.html>)
- Sippel, Hans-Jörg, *Eine Veranstaltung planen*. Tipps und Anregungen. Arbeitshilfen für Selbsthilfe- und Bürgerinitiativen Nr. 5. 7. überarbeitete Auflage. Stiftung Mitarbeit (Bonn 2006)

6. Infothek

6.1 Selbsthilfefreundliche Rehabilitationsklinik

Auf der [Fachtagung](#) „Integration nach medizinischer Reha - Fallmanagement, Nachsorge, berufliche Integration und weitere Versorgung“ am 05. Mai 2015 in Berlin hat Antje Liesner (Bundeskoordinationsstelle Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen - Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e. V.) in ihrem Vortrag „Baustein Selbsthilfe“ die Bedeutung der Selbsthilfe im Anschluss an stationäre Rehabilitationsaufenthalte herausgestellt. Selbsthilfe könne bei frühzeitiger Kontaktaufnahme schon während der Rehabilitationsmaßnahme einen entscheidenden Beitrag zur Integration des Rehabilitanden leisten und reiche anschließend über den stationären Aufenthalt hinaus. Problematisch seien bislang noch bestehende Mängel in der Kooperationsbeziehung zwischen Rehabilitationseinrichtung und Selbsthilfe. Diese könnten nach Liesner durch die Umsetzung des Konzepts Selbsthilfefreundlichkeit nachhaltig behoben werden. Zudem biete das Konzept den Rehabilitationseinrichtungen die Möglichkeit, vom Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit das [Gütesiegel](#) „Selbsthilfefreundliche Rehabilitationsklinik“ zu erhalten.

(Goldbach: Beitrag zur Fachtagung „Integration nach medizinischer Reha - Fallmanagement, Nachsorge, berufliche Integration und weitere Versorgung“ am 5. Mai 2015 in Berlin; Forum E, Beitrag E4-2015 unter www.reha-recht.de; 05.08.2015)

6.2 Die Bedeutung der Selbsthilfe für die Kinder- und Jugendrehabilitation

Ein [Diskussionsbeitrag](#) von Dr. Annette Mund, Kindernetzwerk e.V.

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Bedeutung der Selbsthilfe für die Kinder- und Jugendrehabilitation. Die Autorin thematisiert zunächst den Begriff sowie das Ziel der Selbsthilfe. Sie unterscheidet zwischen der privaten und der organisierten Selbsthilfe. Die organisierte Selbsthilfe unterstütze die Gruppe und damit den Einzelnen, die Folgen der Krankheit oder einer schweren Lebenssituation zu bewältigen, um schließlich eine Teilhabe an der Gesellschaft wieder zu ermöglichen. Anschließend werden Daten und Fakten sowohl der organisierten Selbsthilfe, als auch der Kinder- und Jugendrehabilitation dargestellt und die gegenseitige Bedeutung für einander betont. Die Selbsthilfe könne ihre durch eigene Erfahrungen

gewonnene Kompetenz einbringen sowie zur weiteren Entwicklung der Rehabilitations- und Teilhabemöglichkeiten beitragen.

(Mund: Die Bedeutung der Selbsthilfe für die Kinder- und Jugendrehabilitation; Forum D, Diskussionsbeitrag D25-2015 unter www.reha-recht.de; 06.08.2015)

6. 3 Terminologische Klarheit als Wegbegleiter für praktische Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer funktionellen Gesundheit

Im vorliegenden Beitrag thematisiert der Autor Michael Harm terminologische Differenzen des Behinderungsbegriffs der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) und des Sozialgesetzbuches (SGB) IX, deren uneinheitliche Verwendung er als hinderlich für die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer funktionellen Gesundheit ansieht. Er kritisiert die kategorische, zweigliedrige Definition in § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX, nach der eine Behinderung dann vorliegt, wenn eine mindestens sechsmonatige Abweichung der körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit vom alterstypischen Zustand vorhanden ist und dadurch eine Teilhabebeeinträchtigung am Leben in der Gemeinschaft vorliegt.

Harm fordert, sich an der dynamischen Definition des Behinderungsbegriffs in der UN-BRK und der ICF zu orientieren, wonach Behinderung als Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern und sich das Verständnis von Behinderung ständig weiterentwickelt. Dazu geht er auf den „Gesetzesentwurf zur sozialen Teilhabe“ des Forums behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ) ein, in welchem auf eine notwendige terminologische Differenzierung hingewiesen wird. Des Weiteren nimmt er eine Klärung der Begriffe Inklusive Teilhabe, Behinderung, Funktionelle Teilhabebeeinträchtigungen, Zugangsbarrieren, Gesundheitliche Habilitation und Rehabilitation sowie Teilhabebezogene Rehabilitationspädagogik vor.

(Harm: Terminologische Klarheit als Wegbereiter für die praktische Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer funktionellen Gesundheit; Forum D, Beitrag D37-2015 unter www.reha-recht.de; 10.11.2015)

6. 4 Evaluationstools

Viele Praktikerinnen und Praktiker interessieren sich nicht nur für die Planungs-, Struktur- und Prozessqualität, sondern auch dafür, ob das eigene Angebot das gewünschte Ergebnis bringt. Dies ist eine typische Frage der Ergebnisevaluation. Evaluationsstudien setzen zwar zumeist eine methodische Expertise voraus, da üblicherweise mit Vorher-Nachher-Messungen und randomisierten Studiendesigns gearbeitet werden muss, um zuverlässig die beobachtete Veränderungen auf die Inter-

vention zurückführen zu können. Dennoch lassen sich auch mit geringeren methodischen Kenntnissen Hinweise auf die Effekte des eigenen Angebots erlangen.

Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) Bremen hat eine [Internet-seite](#) aufgebaut, auf der Sie Informationen, anschauliche Praxisbeispiele sowie Evaluationsinstrumente für die Erfassung der Ergebnisqualität finden. Mit dieser Seite erhalten vor allem Praktikerinnen und Praktiker einen Einblick in das Thema Evaluation und die Möglichkeit, geeignete Instrumente für das eigene Evaluationsvorhaben ausfindig zu machen. Der Schwerpunkt liegt bei Angeboten, die eine ernährungs- oder bewegungsbezogene Komponente haben.

(Quelle: Landeszentrum für Gesundheit NRW)

6. 5 Experten beschreiben die Zukunft der medizinischen Rehabilitation

Im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) haben 14 Experten aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen ein [Positionspapier](#) zur Zukunft der medizinischen Rehabilitation in Deutschland erarbeitet. Die Ergebnisse wurden im Rahmen des Strategietages Reha OWL am 27. Oktober 2015 in Bad Lippspringe vorgestellt.

Der Mensch soll künftig noch mehr im Mittelpunkt der medizinischen Rehabilitation stehen. Mit Hilfe der Rehabilitation kann die Arbeitsfähigkeit des Menschen gesichert und die Unabhängigkeit von Pflegebedürftigkeit im Alter bei steigender Lebenserwartung erreicht werden. Die Expertenrunde plädiert dafür, Reha-Maßnahmen künftig nicht mehr genehmigen sondern verordnen zu lassen. In dieser Loslösung von den Kostenträgern sieht sie einen möglichen Weg, um den Zugang zur Rehabilitation transparenter und einfacher zu machen.

Weitere Forderungen aus dem [Positionspapier](#) sind:

- niedrigschwelliger, diskriminierungsfreier Zugang zu Reha, beispielsweise auch für Migranten, die die vorhandenen Angebote häufig nicht in Anspruch nehmen
- bedarfsgerechte Reha für Kinder und Jugendliche, die häufig wegen Stress, Mobbing und Bewegungsarmut behandelt werden müssen
- neue Struktur der Reha-Landschaft durch Einrichtung eines Bundesausschusses Reha sowie stärkere Vernetzung von medizinischer und beruflicher Reha
- Politik wird aufgefordert, Rahmen für Neuausrichtung der Reha zu schaffen. So soll auf die älter werdende Gesellschaft und eine sich verändernde Arbeitswelt reagiert werden.

Das Positionspapier gewährt auch einen kurzen Überblick zu den Ausgaben der Kostenträger, zur Auslastung der Leistungserbringer und den Indikationen der Patientinnen und Patienten.

6. 6 Verordnung von rehabilitativen Maßnahmen wird einfacher

Die Verordnung von medizinischer Rehabilitation wird deutlich einfacher. Das Formular 60 fällt ab 1. April 2016 weg. Damit ist kein „Antrag auf den Antrag“ mehr erforderlich. Auch dürfen dann alle Vertragsärzte Rehabilitationsleistungen verordnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Änderung auf den Weg gebracht. Die Rehabilitations-Richtlinie wurde entsprechend geändert. Das von den Ärzten immer wieder kritisierte zweistufige Verordnungsverfahren wird abgeschafft. Damit werden die Praxen deutlich entlastet.

Ab April 2016 können Vertragsärzte Rehabilitationsleistungen direkt auf dem Formular 61 verordnen. Das Formular 60 zur Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten entfällt. Bisher nutzen Ärzte das Formular, um vor der Verordnung prüfen zu lassen, ob die gesetzliche Krankenversicherung leistungsrechtlich zuständig ist. Diese Prüfung ist künftig nicht mehr vorgeschrieben.

Sollte sich ein Arzt bei einem Patienten nicht sicher sein, ob die gesetzliche Krankenversicherung leistungsrechtlich zuständig ist oder ein anderer Kostenträger, zum Beispiel die Unfall- oder Rentenversicherung, kann er dies vorab von der Krankenkasse klären lassen.

Dazu wird es einen neuen Teil A auf Formular 61 (Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers) geben, den der Arzt für seine Anfrage nutzen kann. Hierüber kann auch eine Beratung des Patienten durch die Krankenkassen veranlasst werden.

Zudem kann künftig jeder Vertragsarzt eine medizinische Rehabilitation verordnen. Der Nachweis einer zusätzlichen Qualifikation ist nicht mehr erforderlich. Damit entfällt die bislang notwendige Abrechnungsgenehmigung.

Um die speziellen Kenntnisse in der Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), die zwar weitestgehend Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung sind, gegebenenfalls zu erweitern und zu vertiefen, wird es zukünftig Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen geben.

(Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Newsletter / November 2015)

6. 7 Tagungsbericht „9. Deutscher REHA-Rechtstag“ am 02.10.2015 in Berlin

Die Autorinnen Maren Giese, Christiane Goldbach, Diana Ramm und Cindy Schimank berichten vom [9. Deutschen REHA-Rechtstag](#). Dieser wurde am 2. Oktober 2015 von der DeutscheAnwaltAkademie gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) und der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) veranstaltet. Im Fokus der Tagung standen das Reformvorhaben des Bundesteilhabegesetzes und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Leistungserbringer in der Rehabilitation.

Weitere Themen waren die Übernahme von Fahrtkosten durch Rehakliniken sowie die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Recht der Rehabilitation und der Verbraucherschutz. Im Anschluss daran fanden zwei Arbeitsgruppen statt, aus denen die Autorinnen berichten. Die erste Arbeitsgruppe befasste sich mit dem Thema „Neue EU-Richtlinien zum Vergaberecht - Auswirkungen auf die Sozialversicherung und die Beschaffung von Leistungen zur Rehabilitation“, die zweite Arbeitsgruppe mit der „Heilmittelerbringung - Probleme der Einordnung in das Leistungsrecht“.

(Schimank/Giese/Goldbach/Ramm: Tagungsbericht „9. Deutscher REHA-Rechtstag“ am 02.10.2015 in Berlin; Forum D, Beitrag D39-2015 unter www.reha-recht.de; 03.12.2015)

7. Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF-Praxisleitfaden 1/2006

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Praxisleitfaden - Strategien zur Nachhaltigkeit / 2008

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages