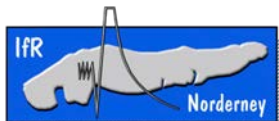


# Partizipative Rehabilitation organisieren

Dr. Susanne Dibbelt  
Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e. V.  
Abteilung Bad Rothenfelde

Impulsbeitrag für WS 9  
DVfR-Kongress 2016  
Berlin



# Definition Partizipation - Teilhabe

- WHO-Definition: Teilhabe = Einbezogen sein in eine Lebenssituation
- Der Begriff **Partizipation** (lat., Substantiv *participatio* aus lat., Substantiv *pars*: *Teil* und Verb *capere*: *fangen, ergreifen, sich aneignen, nehmen* usw., bedeutet *Teilhaftigmachung, Mitteilung* wird übersetzt mit *Beteiligung, Teilhabe, Teilnahme, Mitwirkung, Mitbestimmung, Mitsprache, Einbeziehung*

<https://de.wikipedia.org/wiki/Partizipation>

# Ebenen der Teilhabe in der Rehabilitation

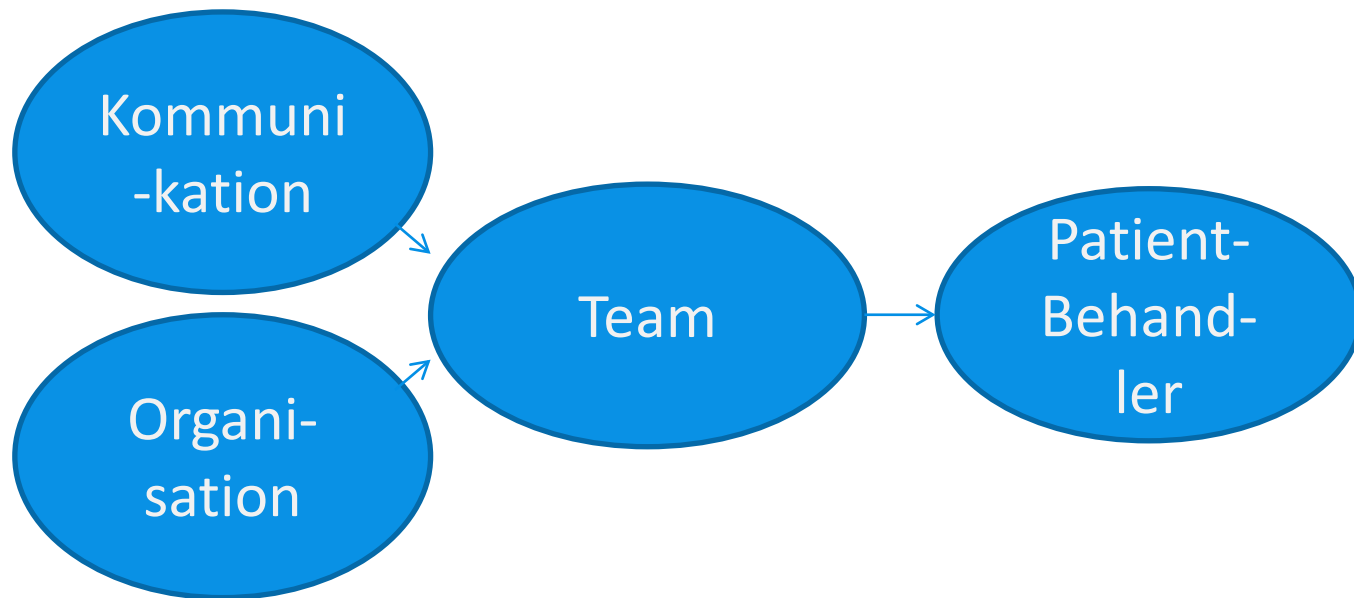
## Personenbezogene Faktoren

- Soziale und finanzielle Ressourcen
- Zugang zu Bildung und Arbeitsmarkt
- Reha-Fähigkeit
- Gesundheitskompetenz:
  - Krankheitswissen
  - Krankheitsbewältigung
  - Selbstmanagement (Lebensstiländerung)
- (Veränderungs-) Motivation:
  - Wichtigkeit (betroffene Lebensziele)
  - Dringlichkeit (Risiken)
  - Fähigkeit (Selbstwirksamkeit)
  - Autonome Entscheidungen

## Umweltbezogene Faktoren

- Zugang zu Reha-Leistungen (Leistungen zur Teilhabe)
- Wunsch- und Wahlrecht SGB IX
- Partizipative Ausgestaltung der Maßnahmen
- Patientenschulungen
- Eingehen auf individuelle Problem- und Motivationslagen (z. B. nach dem Transtheoretischen Modell (Di Clemente und Prochaska))

# Ebenen der Partizipation in der Reha-Einrichtung



# Partizipative Kommunikation ist effektive Kommunikation

<http://www.each.eu/>

als Voraussetzung für Partizipation in der Reha:

- Die **European Association for Communication in Healthcare (EACH)** ist eine globale Organisation, deren Mission es ist, Gesundheitskommunikation zwischen Patienten, Angehörigen und im Gesundheitswesen Tätigen zu fördern, die effektiv, patientenorientiert und evidenzbasiert ist.
- **Breite Evidenz zeigt, dass effektive Kommunikation essentiell für qualifizierte medizinische Praxis ist und zu folgenden Effekten führt:**
  - Individuelle Versorgung, die die Autonomie der Patienten respektiert
  - Sicherere und effektivere medizinische Versorgung
  - Bessere Behandlungsergebnisse
  - Zufriedenere und selbstständigere (autonome) Patienten
  - Mehr Effizienz (bessere Leistung bei gleichen oder geringeren Kosten)

Die Evidenz zeigt auch, dass effektive Kommunikation

- jedem Tätigen im Gesundheitswesen vermittelt werden kann
- und in die tägliche Praxis implementiert werden kann

# Evidenz

für den positiven Einfluss von guter Kommunikation auf

- Patientenzufriedenheit
- Arbeitszufriedenheit (der Ärzte)
- Diagnostische Qualität
- **Partizipation, Adhärenz**
- Schmerzen, Funktionsstatus
- Klinische Ergebnisse: Blutdruck & Blutzucker
- Rückkehr (der Patienten) zur Arbeit
- Diagnose- und Behandlungsfehler

(z. B. Stewart, 1995; 1999; Di Blasi, 2001; Dasinger et al., 2001; Van Dulmen, 2002; Griffin et al., 2004; Mead & Bower, 2000; Dibbelt et al., 2008, 2010; Zolnierek & DiMatteo, 2009; Sheldon, 2011)

# Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)

- Rahmenmodell für gemeinsame Entscheidungsfindung bei wichtigen medizinischen Entscheidungen,
- dass einen Interaktionsprozess beschreibt, der das Ziel hat, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Arzt und Patient auf der Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft/Entscheidung zu kommen (Härter, 2004)
- Hauptgegenargumente:
  - Evidenz uneinheitlich
  - Zeitbedarf
  - Patienten sind überfordert

# Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)

- Berücksichtigung der Präferenz der Rehabilitanden (RE) für eine
  - Paternalistische Vorgehensweise: Arzt informiert RE und entscheidet allein (Bieber et al., 2007; Simon, Loh & Härter, 2007; von **12%** der RE präferiert: Dierks & Seidel, 2005)
  - Informationsmodell: Arzt informiert, RE entscheidet allein (Charles, Gafni & Whelan, 1999; von **29%** präferiert)
  - Partizipative Entscheidungsfindung (PEF, SDM): Arzt und RE informieren gegenseitig und entscheiden gemeinsam (Bieber et al., 2007; Simon et al., 2007; von **59%** präferiert)



# Definition PEF

- Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Arzt und Patient auf der Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen (Härter, 2004)

# Schritte der PEF (nach Körner et al.)

- Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht
- Gleichberechtigung der Partner formulieren
- Über Wahlmöglichkeiten informieren
- Information über Vor- und Nachteile der Optionen
- Präferenzen ermitteln
- Entscheidung aushandeln und festlegen
- Vereinbarung der Umsetzungsschritte
- Anwendung: Aushandeln von Behandlungsoptionen, z. B. Schmerzmedikation, Psychologische Beratung u. a.

# PEFIT Trainingsprogramm

Körner et al., 2009, 2016

- Teilnehmer: Behandler in Führungspositionen
- Zwei Module (à 4 h) in 5 Reha-Einrichtungen
- Modul 1: PEF mit RE (Adaptation nach Bieber et al. (2007))
- Modul 2: In-formation, Kommunikation, Abstimmung, Koordination und Kooperation im Behandlungs-team

# Beispiel 2: PARZIVAR - Partizipative Zielarbeit

## PARZIVAR Intervention

### Wesentliche Kennzeichen:

- Dialog
- Teilhabeorientiert
- Partizipation
- Messbarkeit
- Prozessorientiert
- Ziele Zuhause

1. Manual gestützte Erarbeitung spezifischer, nachprüfbarer, individueller & *teilhabeorientierter* Ziele
2. **Entwicklung und Aushandlung von Zielen im Dialog: Problem-> Teilhabeziel/Aktivität-> Reha-Ziel**
3. Bestimmung von Indikatoren (messbaren Ist- und Sollwerten, wenn möglich)
4. Maßnahmen auf **Teilhabeziel** beziehen: Wie tragen sie zur Zielerreichung bei?
5. Überprüfung von Anfangszielen und Maßnahmen im Reha-Prozess und ggf. Veränderung (Bilanzen)
6. Dokumentation **der Zielarbeit für Patienten und Team zugänglich (Arbeitsblatt Reha-Ziele)**
7. Langfristige Perspektive: Umsetzungsplanung der Ziele zuhause

# Arbeitsblatt K1 (Anfangsziele)

ID RehabilitandIn:

ID BehandlerIn:

K



Besprochen am: \_\_\_\_\_

Arbeitsblatt Reha Ziele (Klinik)

Seite 1: Anfangsziele

Meine größten Probleme, Anliegen oder Wünsche sind:

Weniger Schmerzen, längere Strecken laufen, selbstversorgen können

Mögliche Zielbereiche:  
Mobilität, Freizeit, Beruf, Stimmung,  
Soziale Kontakte

Mein wichtigsten positiven Teilhabeziele:

Ich will wieder selbstständig meinen Haushalt führen, z.B. einkaufen, saubermachen

Um mein Teilhabeziel zu erreichen, vereinbaren wir die folgenden Reha Ziele:

|                                    | Reha Ziel 1   | Reha Ziel 2  | Reha Ziel 3                                       |
|------------------------------------|---|--|---|
| Mein Ziel für die Reha (Sollwert)? | Einkaufen gehen= 20 Minuten gehen ohne Schmerzen                | Schmerzen von auf VAS=5 reduzieren                             | Klären, wie es nach der Reha beruflich weitergeht |
| Wie ist es jetzt (Istwert)?        | Maximal 5 Minuten   | Im Mittel VAS=8  | Weiß nicht, ob ich weiter arbeiten kann           |
| Was kann ich tun?                  | Rückengruppe, Medizinische Trainingstherapie, Krankengymnastik, | Rückengruppe, Medizinische Trainingstherapie, Krankengymnastik | Sozialberatung, Rücksprache mit Arbeitgeber       |

Meine Notizen (RehabilitandIn):

Gemeinsam vereinbart:

Unterschrift RehabilitandIn \_\_\_\_\_

Unterschrift BehandlerIn \_\_\_\_\_

# Ergebnisse aus Evaluationsstudie PARZIVAR II

|  | %<br>Kontrolle<br>% Ja<br>(N=100) | %<br>Inter-<br>vention<br>% Ja<br>(N=100) | %<br>Zuwachs |
|--|-----------------------------------|---|--------------|
| Hat der Arzt/die Ärztin...                       |                                   |   |              |
| Zu Beginn über Reha-Ziele<br>gesprächen?*        | 83                                | 96  | +13          |
| Nach persönlichen Zielen gefragt?***             | 75                                | 98  | +23          |
| <b>Ziele mit Ihnen gemeinsam<br/>vereinbart?</b> | <b>46</b>                         | <b>86</b>                                 | <b>+40</b>   |
| Therapien erklärt?                               | 90                                | 95  | +5           |
| Im Verlauf über Ziele gesprochen?***             | 60                                | 87  | +27          |
| Am Ende über Ziele gesprochen?                   | 71                                | 91  | +19          |
| Über Ziele nach Reha gesprochen?***              | 70                                | 91  | +21          |

# Barrieren und Förderfaktoren Partizipativer Strukturen (nach Körner et al., 2007)

## Barrieren

### Organisation:

- hohe Arbeitsbelastung
- Hierarchisch und intransparent
- Unstrukturierte Abläufe
- Zugewiesene Partizipation (nur wenn man gefragt wird)

### Kommunikation:

- Indirekte Kommunikation (Hierarchie)
- Wenig vernetzt
- Barrieren (Störsignale, Sekretariat)
- Wenig geregelte Kommunikationswege

## Förderfaktoren

### Organisation:

- Angemessene Arbeitsbelastung
- Feste Zeitfenster für Teambesprechungen
- Wenig hierarchisch und transparent
- Strukturierte Abläufe
- Autonome Partizipation (Jeder kann Beitrag leisten)
- Gleichberechtigung der Professionen

### Kommunikation:

- Direkte Kommunikation
- Gute Vernetzung
- Kommunikation wird „belohnt“, nicht bestraft
- Geregelte Kommunikationswege -> Wer was wie an wen?

# Merkmale einer erfolgreichen Reha-Einrichtung

(MeeR-Studie, Meyer et al., 2014)

Drei überdurchschnittlich erfolgreiche und drei unterdurchschnittlich erfolgreiche Reha-Einrichtungen (Schmerzreduktion) werden im Rahmen von jeweils einwöchigen Visitationen besucht:

- Beobachtungen
  - Gruppendiskussionen mit Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen und Rehabilitandinnen/Rehabilitanden
  - Interviews mit Leitungspersonen
- Wodurch unterscheiden sich erfolgreiche und weniger erfolgreiche Einrichtungen?



# Ergebnisse aus der MeeR Studie

(Meyer et al., 2014)

Überdurchschnittlich erfolgreiche Reha-Einrichtungen unterscheiden sich von weniger erfolgreichen Einrichtungen in Bezug auf:

(1) Partizipative Festlegung der Reha-Ziele und des Therapieplans mit Rehabilitanden:

- Aushandeln versus Vorgeben, Zielgespräch als Formalität behandeln

(2) Partizipative Teamarbeit:

- Teaminteraktion versus ärztliche Dominanz

# Partizipative Rehabilitation organisieren

Wertschätzung, Empathie und Partizipative Organisation im Team und in der Interaktion mit Rehabilitanden:

- Feste Zeitfenster für Teamsitzungen und Patientenkontakte
- Geregelte Abläufe und Informationswege
- Zugang (für alle) zu relevanten Informationen
- Beteiligungsmöglichkeiten schaffen und zugestehen
- Entscheidungsspielräume schaffen
- Weitgehende Gleichberechtigung der Professionen
- Angemessene (Arbeits-)belastung

# Leitfragen RehaInnovativen

Welche erfolgreichen Modelle für Teilhabe-Orientierung gibt es?

- Beispiel SDM, PARZIVAR: Teilhabeziele auf Reha-Ziele bezieh.
- Alle Maßnahmen, RE zu informieren, Abläufe und Entscheidungen transparent zu machen
- Entscheidungsfreiheit ermöglichen
- Individualisierung

Welche neue Herausforderungen ergeben sich in Bezug auf die Teilhabe-Orientierung?

Grunddilemmata:

- Standardisierung versus Individualisierung
- Individuelle Erfahrung versus Expertise, Fachwissen, Evidenz
- Ökonomie versus Ressourcenforderung
- Geforderte und verfügbare Kompetenzen

# Herausforderungen - Dilemmata

(1) Standardisierung – Individualisierung:

- Wieviel Raum bleibt für individuelle Versorgung angesichts von Leitlinien und Therapiestandards?

(2) Individuelle Erfahrung der RE – Expertise, Fachwissen, Evidenz:

- Wie soll die Individuelle Erfahrung der RE gegenüber der Evidenz und dem Fachwissen gewichtet werden? Wem gibt man den Vorrang?

# Herausforderungen - Dilemmata

## (3) Ökonomie – Ressourcenforderung:

- Partizipation fordert (zunächst) mehr Ressourcen - wie diese realisieren angesichts einer immer stärker werden ökonomischen Orientierung?

## (4) Geforderte und verfügbare Kompetenzen:

- Partizipative Strukturen setzen partizipative Kompetenz bei Behandlern voraus – wie diese realisieren angesichts von Personalmangel, Sprachbarrieren und eher paternalistischen Überzeugungen?

# Leitfragen tägliche Praxiserfahrung

- Welche Erwartungen haben RE im Hinblick auf die Teilhabe-Orientierung Ihrer Reha?
  - Unterschiedliche, abhängig von Alter, Geschlecht, Hintergrund
  - In jedem Fall müssen aber Erwartungen geklärt und Abweichungen davon erklärt werden
- Welche Einstellungen haben Behandler zur Teilhabe-Orientierung und wie wirkt sich das aus? Worauf?
  - Unterschiedliche, abhängig von Alter, Geschlecht, Hintergrund und Ressourcen
- Spielt die Teilhabe-Orientierung für die Zufriedenheit der RE eine Rolle?
  - Ja, s. Evidenz zur Kommunikation
- Wie sollte die Beteiligung der RE in der Reha gestaltet sein, um Teilhabe besser zu fördern?
  - Routine-Situationen, z. B. Zielvereinbarungen, partizipativ gestalten, Entscheidungs- und Handlungsspielräume schaffen (s.o.)