

# Skript für die Veranstaltung: Einführung in die berufliche Reha

Dominique Zieglmayer

[dominique.zieglmayer@rwth-aachen.de](mailto:dominique.zieglmayer@rwth-aachen.de)

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einführung</b>	<b>4</b>
1.1	Allgemeines . . . . .	4
1.2	Geschichte . . . . .	4
1.3	Definition . . . . .	5
1.4	Zweck und Ziel . . . . .	5
<b>2</b>	<b>Grundlagen</b>	<b>6</b>
2.1	Heutiges Verständnis von Behinderung . . . . .	6
2.2	Chronische Krankheiten und ihre Folgen . . . . .	6
2.3	Arten der Behinderung . . . . .	7
2.4	Arbeit und ihre Anforderungen . . . . .	7
2.4.1	Instrumenteller Bereich (Handlungsebene) . . . . .	7
2.4.2	sozio-emotionaler Bereich (Reflexionsebene) . . . . .	8
<b>3</b>	<b>Rehabilitation</b>	<b>9</b>
3.1	Formen rehabilitativer Maßnahmen . . . . .	9
3.2	Grundgedanke . . . . .	9
3.3	Entscheidungsschritte im Reha-Verfahren . . . . .	9
3.4	Wege der Arbeitsunfähigkeit . . . . .	10
3.5	Träger . . . . .	10
3.6	Bedarf an Rehabilitativen Angeboten . . . . .	10
<b>4</b>	<b>Rehabilitationspsychologie</b>	<b>11</b>
4.1	Allgemein . . . . .	11
4.2	Aufgaben des Psychologen bei der Reha . . . . .	11
4.3	Diagnostik und Informationssammlung . . . . .	12
4.4	Vergleich zweier Methoden . . . . .	12
4.5	Theorie der Enthinderung . . . . .	13
<b>5</b>	<b>Verwaltungseinrichtungen der Rehabilitation</b>	<b>14</b>
5.1	Servicestelle für Rehabilitation . . . . .	14
5.1.1	Allgemein . . . . .	14
5.1.2	Aufgaben . . . . .	14
5.1.3	Leistungen . . . . .	14
5.2	Integrationsämter . . . . .	15
5.2.1	Allgemein . . . . .	15
5.2.2	Aufgaben . . . . .	15
5.3	Fachdienste . . . . .	15
5.4	Versorgungsämter . . . . .	15

<b>6</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>	<b>16</b>
6.1	Allgemein . . . . .	16
6.2	Definition . . . . .	16
6.3	Aufgabe . . . . .	16
6.4	Arten der medizinischen Reha . . . . .	17
6.5	Therapeutische Maßnahmen . . . . .	17
6.5.1	aktivierende Krankenpflege . . . . .	17
6.5.2	Physiotherapie . . . . .	17
6.5.3	Sporttherapie . . . . .	18
6.5.4	Beschäftigungstherapie . . . . .	18
6.5.5	Belastungserprobung und Arbeitstherapie . . . . .	18
6.5.6	Sprachtherapie . . . . .	19
6.5.7	Psychologie und Psychotherapie . . . . .	19
6.5.8	Pharmakotherapie . . . . .	19
6.5.9	diverse Hilfen . . . . .	20
<b>7</b>	<b>Schulische Rehabilitation</b>	<b>21</b>
7.1	Arten der schulischen Reha . . . . .	21
7.2	Integration . . . . .	21
7.3	Sonderschulen . . . . .	21
7.3.1	Allgemein . . . . .	21
7.3.2	Grundlage . . . . .	22
7.3.3	Aufgaben . . . . .	22
7.3.4	Fazit . . . . .	22
7.4	Sonderpädagogische Diagnostik . . . . .	22
7.4.1	Aufgabe . . . . .	22
7.4.2	Funktionen . . . . .	22
7.5	Lernbehinderung . . . . .	23
7.5.1	Definition . . . . .	23
7.5.2	Klassen von Lernbehinderten . . . . .	23
<b>8</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>	<b>24</b>
8.1	Arten der beruflichen Reha . . . . .	24
8.2	Wege der beruflichen Reha . . . . .	24
8.3	Auswahl und Gestaltung von Arbeitsplätzen . . . . .	24
8.4	Stufenmodell der beruflichen Rehabilitation . . . . .	25
8.5	Prävention . . . . .	25
<b>9</b>	<b>Einrichtungen der Beruflichen Rehabilitation</b>	<b>26</b>
9.1	Berufsbildungswerke . . . . .	26
9.1.1	Allgemein . . . . .	26
9.1.2	Aufgaben und Ziele . . . . .	26
9.1.3	Überblick . . . . .	27
9.1.4	Zeitlicher Ablauf der Ausbildung . . . . .	27
9.1.5	Erfolg . . . . .	27
9.1.6	Kritik . . . . .	28
9.2	Berufsförderungswerke . . . . .	28
9.2.1	Allgemein . . . . .	28
9.2.2	Aufgaben und Ziele . . . . .	28
9.2.3	Prinzipien . . . . .	29
9.2.4	Zugang zum Berufsbildungswerk . . . . .	29
9.2.5	Ablauf . . . . .	29
9.2.6	Lernziele im RVL . . . . .	30
9.2.7	Arbeitserprobung und Berufsfindung . . . . .	30

9.2.8	Tendenzen der BFW's	30
9.3	Berufstrainingszentren	31
9.3.1	Aufgaben und Ziele	31
9.3.2	Klientel	31
9.3.3	Personal	31
9.3.4	Zugang zum Berufstrainingszentrum	32
9.3.5	Trainingsmaßnahmen	32
9.3.6	Trainingsphasen	32
9.4	Werkstätten für Behinderte	33
9.4.1	Allgemein	33
<b>10</b>	<b>Theorie der Rehabilitation</b>	<b>34</b>
10.1	Zweck und Ziel	34
10.2	Dimensionen der Rehabilitation	34
10.3	Ansatzpunkte für therapeutisches Handeln	35
10.4	Fazit	36
<b>11</b>	<b>Krankheitsverarbeitung / -bewältigung</b>	<b>37</b>
11.1	Allgemein	37
11.2	Grundannahmen	37
11.3	Ziele der Krankheitsverarbeitung	38
11.3.1	Patient	38
11.3.2	Arzt / Medizinisches Personal	38
11.3.3	Soziales Umfeld	38
11.4	Modelle der Krankheitsverarbeitung	38
11.4.1	Allgemein	38
11.4.2	ältere Modelle	39
11.4.3	neuere Modelle	39
11.4.4	Bewältigung negativer Lebensereignisse	40
<b>12</b>	<b>Rehabilitation in der Gerontologie</b>	<b>41</b>
12.1	Definition	41
12.2	Sechs Sichtweisen des Alterns	41
12.2.1	Altern als dynamischer Prozess	41
12.2.2	Altern als Prozess einer zunehmenden Differenzierung	41
12.2.3	Altern als mehrdimensionaler Prozess	41
12.2.4	Altern als biographisch verankerter Prozess	42
12.2.5	Altern als sozial beeinflusster Prozess	42
12.2.6	Altern als Prozess, welcher zahlreichen Faktoren unterliegt	42
12.3	Rehabilitation	42
12.3.1	Plastizität	42
12.3.2	Reservekapazität	43
12.3.3	Grenzen des Veränderungspotentials	43
<b>13</b>	<b>Abschließende Gesichtspunkte der Rehabilitation</b>	<b>44</b>
13.1	Grundanliegen der Arbeitspsychologie	44
13.2	Beratung	44

# Kapitel 1

## Einführung

### 1.1 Allgemeines

- Einführung des Begriffs der Rehabilitation in Deutschland durch Ritter von Buss, Staatsrechtler, Arzt und Politiker, 1803-1878
- Mitte der 70er durch W. Witte als universitäres Lehr- und Forschungsgebiet in Deutschland etabliert
- Im Schnittbereich verschiedener Fachdisziplinen anzusiedeln
  - klinische Psychologie, Entwicklungspsychologie, Erziehungspsychologie, Sozialpsychologie, ...
- Brückenschlag zwischen Psychologie und Heilpädagogik

### 1.2 Geschichte

- In der Antike: Tötung von Behinderten (Romulus, Platon, ...)
- Ab 19. Jahrhundert: Umfassende Behindertenfürsorge
- 1872: Erstes REHA-Zentrum der Welt (Kopenhagen Anstalt)
- 1906: „Krüppelzählung“
  - 88,6 Prozent der Körperbehinderten waren geistig gesund, obwohl „Krüppel“ allgemein für geistesschwach gehalten wurden.
- 1925: Gebrechlichenzählung: Auch geistige Behinderungen werden einbezogen
- Seit 1974: Einbeziehung von seelischen Beeinträchtigungen und Lernbehinderungen
- Seit 1979: Ausweitung auf Persönlichkeitsstörungen und Suchtkrankheiten
- Seit 2001: Feste Eingliederung der Reha in das Sozialgesetzbuch

### 1.3 Definition

- „Rehabilitation“ nach Bengel und Koch (2000)
  - „(...) Bemühungen eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen oder zumindest die Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche auf ein Minimum zu reduzieren.“
- Ziel der Rehabilitation oft als „Soziale Integration des Behinderten“ definiert.
- „Soziale Integration“ nach Bengel und Koch (2000):
  - nicht nur einseitiges Bemühen des Behinderten um Anpassung an die Gesellschaft (Akkomodation), sondern auch Gestaltung der Umwelt mit dem Ziel einer Erleichterung des Lebens des Behinderten (Assimilation)
  - Leistungen die „chronisch Kranken und Behinderten dazu verhelfen, die Erkrankung und Behinderung sowie deren Folgen zu bewältigen, um möglichst weitgehend und selbstständig am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft teilnehmen zu können.“

### 1.4 Zweck und Ziel

- Soziale Integration
  - Gesetzlich:
    1. In §1 des Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974:
      - Dauerhafte Wiedereingliederung körperlich, geistig und seelisch behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft
    2. Im Sozialgesetzbuchs IX von 2001:
      - §1 SGB IX: „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“
      - Zusammengefasst sind die Ziele:
        - \* Behinderung abzuwenden
        - \* Einschränkungen zu vermeiden
        - \* Teilhabe am Arbeitsleben
        - \* persönliche Entwicklung zu fördern
- ⇒ Rehabilitation nach SGB IX schließt Eingriffe in das unmittelbare Umfeld und die gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen eines Betroffenen ein (Assimilation vs. Akkomodation).

# Kapitel 2

## Grundlagen

### 2.1 Heutiges Verständnis von Behinderung

- Behinderungsbegriff ist bis heute nicht eindeutig definiert:
  - Beispiele: Medizin (Jentuschura), Sozialwissenschaften (Dembo), Pädagogik (Bleidick), SGB IX §2, ...
- Übliche Behinderungsbegriffe lassen sich unter das Krankheitsfolgemodell der WHO fassen (1980):
  - disease (Krankheit)
  - impairments (Schädigung): „Jede Abweichung von der Norm, die sich in einer fehlerhaften Funktion, Struktur, Organisation oder Entwicklung des Ganzen oder eines seiner Anlagen, Systeme, Organe, Glieder oder von Teilen hiervon auswirkt.“
  - disabilities (Fähigkeitsstörung): „Jede Einschränkung oder jeder Verlust der Fähigkeit (als Folge einer Schädigung), Aktivitäten in der Art und Weise oder in dem Umfang auszuführen, die für ein gesellschaftliches Vergleichskollektiv als normal angesehen werden.“
  - handicaps (Beeinträchtigung): „Eine sich aus einer Schädigung oder Fähigkeitsstörung ergebende Benachteiligung einer betroffenen Person, die die Erfüllung einer Rolle einschränkt oder verhindert, die für diese Person normal ist.“
- Seit 1997 werden bei der WHO Behinderungen durch ein Krankheitsmodell klassifiziert, welches Schädigung, Aktivität, Teilhabe und Kontextfaktoren einbezieht.
  - Kein Folgemodell, daher realistischer
  - positiv gefasste Begrifflichkeit: activities statt disabilities und participation statt handicaps

### 2.2 Chronische Krankheiten und ihre Folgen

- erhöhte Angstwerte, depressive Symptome, erhöhter Neurotizismus, Gefühle reduzierten Selbstwerts, Körperbildstörungen, ...
- chronische Krankheiten stellen einen Dauerzustand dar, der gesellschaftlich nicht geregelt ist (Einerseits Krank, andererseits kein Anspruch auf Rücksichtnahme)

- Ziel der Reha: Betroffene trotz chronischer Krankheit zu befähigen Leistungsanforderungen in Beruf und Alltagsleben zu entsprechen

## 2.3 Arten der Behinderung

- körperliche Behinderung: angeborene Systemerkrankungen des Nervensystems, Erkrankungen der Organe, Fehlbildungen, Allergien / Hauterkrankungen
- geistige- und psychische Behinderung: nicht so klar umrissen
- Sozialunterschiede zwischen geistig- und psychisch Behinderten
  - Geistig Behinderte: Ausgeprägte Gemeinschaftsaktivitäten, Zuwendung, Zärtlichkeit, ...
  - Psychisch Behinderte: ausgeprägte Individualität, gehemmt bei Körperkontakt und „Zärtlichkeitsprobleme“
- Mehrfachbehinderung: Kombination von körperlich- und geistig-/psychischen Behinderungen
- Nach einer Behinderten- Statistik leidet der Großteil der Behinderten (67 Prozent) unter klassischen Körperbehinderungen (Früher: „Krüppel“)

## 2.4 Arbeit und ihre Anforderungen

### 2.4.1 Instrumenteller Bereich (Handlungsebene)

- Grundarbeitsfähigkeiten
  - Umgang mit z.B.
    - \* Konzentration
    - \* Zeiteinteilung
    - \* Arbeitsqualität- und quantität
- Intellektueller Bereich
  - Umgang mit z.B.
    - \* Sprache und Schrift
    - \* Zahlen
    - \* Theorie
- berufsspezifischer Bereich
  - Umgang mit z.B.
    - \* Materialien
    - \* Maschinen
    - \* Techniken

## 2.4.2 sozio-emotionaler Bereich (Reflexionsebene)

- emotionaler Bereich
  - Umgang mit z.B.
    - \* Stress
    - \* Motivation
- sozialer Bereich
  - Umgang mit z.B.
    - \* Kollegen
    - \* Vorgesetzten
    - \* Kunden
- körperlicher Bereich
  - Umgang mit z.B.
    - \* äußerem Erscheinungsbild
    - \* Stehen, Sitzen, Gehen

# Kapitel 3

## Rehabilitation

### 3.1 Formen rehabilitativer Maßnahmen

- Medizinische Rehabilitation: REHA-Kliniken, ...
  - Schulische Rehabilitation: Sonderschulen, ...
  - Berufliche Rehabilitation: Betrieblich, Außerbetrieblich
  - Selbsthilfegruppen, Vereine, andere Initiativen
- ★ Berufliche und Schulische REHA-Einrichtungen überschneiden sich (Berufsbildungswerk, Werkstatt für Behinderte)

### 3.2 Grundgedanke

Leitsatz der Rehabilitation:

- „Der richtige Rehabilitant zur richtigen Zeit in die richtige Einrichtung“

⇒ Vor dem Hintergrund von Qualitätsmanagement und beschränkten Ressourcen sehr aktuell

### 3.3 Entscheidungsschritte im Reha-Verfahren

- Berufliche Rehabilitation erforderlich wenn gilt:
  - Behinderung liegt vor bzw. Behinderung droht
  - **und** Behinderung ist nicht nur vorübergehend
  - **und** Hilfen sind notwendig
- Art der Maßnahme wird durch folgende Fragen geklärt:
  - Ausbildungsneigung gegeben?
  - Allgemeine Leistungen ausreichend?

### 3.4 Wege der Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit kann z.B. durch folgende Faktoren entstehen:

- plötzliche Ereignisse: Unfall, Schlaganfall, ...
- arbeitsbezogene Entwicklungen: Verschleiß, ...

⇒ Bei Arbeitsunfähigkeit werden durch Servicestelle und Arbeitsagentur Kostenträger und die Art der Maßnahme bestimmt (z.B. Berufsbildungswerk, ...)

### 3.5 Träger

- Arbeitsamt ist grundsätzlich in Vorleistungspflicht
- Verwirrende Gesetzesvielfalt (Träger nicht immer Eindeutig zu bestimmen)
- Träger im Einzelnen:
  - Arbeitsagentur (Hauptfederführung berufliche Reha)
  - Gesetzliche Krankenkassen (Hauptfederführung medizinische Reha)
  - Gesetzliche Rentenversicherungsträger
  - Gesetzliche Unfallversicherungsträger
  - Träger der Sozialhilfe
  - Träger öffentliche Jugendhilfe
  - Träger sozialer Entschädigung bei Gesundheitsschäden

### 3.6 Bedarf an Rehabilitativen Angeboten

- Hilfen zur Krisenbewältigung
- Anpassung des Arbeitsplatzes an Leistungsfähigkeit
- Hilfen zur „funktionalen Adaption“
- differenzierte, individuelle Diagnostik
- medizinische Behandlung
- ausführliche und verständliche Information

# Kapitel 4

## Rehabilitationspsychologie

### 4.1 Allgemein

- psychologische Forschungen sowie diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die bei Reha-Prozessen eine Rolle spielen
- Allgemein sind Erkenntnisse der (betriebs-) Psychologie anwendbar
- Es existiert jedoch auch eine eigenständige Reha-Psychologie, die sich explizit mit Menschen bestimmter Behinderungsarten beschäftigt.
- ca. 10 Prozent der Psychologen in Deutschland sind in der Reha beschäftigt
- psychologische Beteiligung nach SGB 1 nicht vorgesehen, jedoch in der Regel sehr sinnvoll

### 4.2 Aufgaben des Psychologen bei der Reha

- Akutphase
  - Psychodiagnostische Aufgaben
  - psychologisch-psychotherapeutische Gespräche
- Rehabilitationsvorbereitung und -findung
  - Diagnostische Aufgaben (z.B. Berufswahl)
  - unterstützende psychotherapeutische Maßnahmen
- Berufliche und schulische Reha
  - begleitende Diagnostik
  - Erleichterung des Lern- und Umschulungsprozess
  - psychische Stützung durch Beratung und Therapie
- Soziale und berufliche Integration
  - Eingliederungshilfen

### 4.3 Diagnostik und Informationssammlung

- Wird unter anderem zur Feststellung der Maßnahmen sowie der Berufsfindung in der Reha verwendet
- Methoden nach Häufigkeit der Anwendung
  - Exploratives Interview
  - Arbeitsmedizinische Untersuchung
  - Standardisierte Testverfahren
  - Auswertung der Akte
  - Arbeitsprobe
  - Freie Verhaltensbeobachtung
  - ...
  - Rollenspiele
  - FCE (Functional Capacity Evaluation): ERGOS, EFL

### 4.4 Vergleich zweier Methoden

- Vergleich von EFL (Evaluation der funktionalen Leistungsfähigkeit) von Isernhagen und ERGOS (Test zur Simulation arbeitstypischer Belastungen) von der Firma Work Recovery, USA
- Ziel (bei beiden): Aktivitätstest, der die Arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit auf Grundlage des Dictionary of Occupational Titles (DOT) beurteilt
- Kriterien (bei beiden): berufsbezogene Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit, Genauigkeit, ...
- Zielgruppe (bei beiden): Arbeitsfähige Erwachsene mit muskuloskeletalen Erkrankungen oder Verletzungen des Rumpfes oder der oberen Extremitäten
- Vorteile von EFL gegenüber ERGOS
  - kostet nur ein zwanzigstel (10.000 ) von ERGOS und ist relativ platzsparend, da es nicht fest installiert werden muss
  - Durchführung der Evaluation ist individuell tätigkeitsbezogen abstimmbare
- Nachteile von EFL gegenüber ERGOS
  - Evaluation mit EFL benötigt fast doppelt so viel Zeit (2x 3 Std.) wie die Evaluation mit ERGOS
  - Datenerfassung und Auswertung bei EFL sind abhängig von der Kompetenz des Beobachters im Gegensatz zum vollautomatischen System ERGOS
- Validität der Ergebnisse beider Verfahren ist bisher nur von wenigen, schlecht generalisierbaren Studien untersucht worden

## 4.5 Theorie der Enthinderung

- Grundlage: Piagets Adaptionen-Idee
- Adaptionprozess: Tendenz eines jeden Organismus sich an seine Umwelt anzupassen
- Zwei Phasen: Assimilation und Akkomodation
  - Assimilation: Anpassung der Umwelt an den Menschen
  - Akkomodation: Anpassung des Menschen an seine Umwelt
- Übertragung auf irreversible Behinderungen nach Witt (Readaption)
  - Reakkomodation: Umwelt zu menschengerechtem Lebensraum erneuern (z.B. Rollstuhl, ...)
  - Reassimilation: Individuum zum Umgang mit seiner Umwelt wiederbefähigen (z.B. durch Erlernen der Brailleschrift, ...)

# Kapitel 5

## Verwaltungseinrichtungen der Rehabilitation

### 5.1 Servicestelle für Rehabilitation

#### 5.1.1 Allgemein

- Durch SGB IX zur Verbesserung des Zugangs von Behinderten Menschen zur Rehabilitation gefordert
- Errichtung durch die Rehabilitationsträger
- zusätzliche Finanzielle Mittel dürfen hierfür nicht aufgewandt werden

#### 5.1.2 Aufgaben

- Klärung des individuellen Hilfebedarfs
- Kontaktaufnahme mit dem Rehabilitationsträger
- Mithilfe bei der unverzüglichen Einleitung des Rehabilitationsverfahrens
- Hinwirken auf unverzügliche Leistungserbringung
- Hinwirken auf eine enge Kooperation der Rehabilitationsträger mit den Integrationsämtern/ -fachdiensten

#### 5.1.3 Leistungen

- Zur medizinischen Rehabilitation:
  - Angebote zur Diagnostik und Therapie
  - Behandlung im Rahmen ambulanter oder stationärer Leistungen
  - Beratung über die Erkrankung und Hinweise auf zukünftige Lebensführung
- Zur Teilhabe am Arbeitsleben
  - Maßnahmen zur Erhaltung des vorherigen Arbeitsplatz
  - ggf. Weiterqualifizierung bzw. Umschulung
  - ggf. unterhaltssichernde Leistungen, wie Krankengeld, Versorgungsgeld,  
...

- Zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
  - Heilpädagogische Leistungen
  - Hilfe zur Verständigung mit der Umwelt
  - etc.

## 5.2 Integrationsämter

### 5.2.1 Allgemein

- Früher: Hauptfürsorgestelle
- Je nach Bundesland kommunal oder staatlich organisiert
- Länder sind nach SGB IX ermächtigt einzelne Aufgaben nach dem Schwerbehindertengesetz von den Integrationsämtern auf örtliche Fürsorgestellen zu übertragen

### 5.2.2 Aufgaben

- Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe
- Kündigungsschutz
- Begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben
- Schulungs- und Bildungsmaßnahmen für das Integrationsteam

## 5.3 Fachdienste

- Aufgabe: Prozess der Rehabilitation medizinisch, psychologisch und sozialpädagogisch zu begleiten oder im Hinblick auf technische Hilfen zu unterstützen
- Fachdienste zwar spezialisiert, folgen aber trotzdem interdisziplinären Ansatz im Sinne einer ganzheitlichen Reha
- Arten von Fachdiensten:
  - In Reha-Einrichtungen: ärztlicher Dienst, psychologischer Dienst, ...
  - In der Arbeitsagentur: ärztlicher, psychologischer und technischer Fachdienst
  - In den Integrationsämtern: Psychosozialer Dienst, beratende Ingenieure
  - Ambulanzen

## 5.4 Versorgungsämter

- Festlegung der Art sowie des Grades der Behinderung für den Nachteilsausgleich
- Ausstellung der Schwerbehindertenausweise

# Kapitel 6

## Medizinische Rehabilitation

### 6.1 Allgemein

- Im Vergleich zur traditionellen Medizin, steht in der Reha-Medizin der Patient im Mittelpunkt der verschiedensten Reha-Maßnahmen und Institutionen: Psychologie, Krankengymnastik, Logopädie, Familie, Arbeitgeber, Heimleitung, Arzt und Pflege, ...
- Zweck der medizinischen Rehabilitation ist es möglichst kurzfristig das Ausmaß von Fähigkeitsstörungen bzw. Beeinträchtigungen als Auswirkung von Krankheiten zu beseitigen oder zu verringern
- Bis heute fehlen Rehabilitationsabteilungen in allen Schwerpunktkrankenhäusern sowie Reha-Einrichtungen für besondere Schadensgruppen
- Je nach Beeinträchtigung sieht das SGB IX eine stationäre, teilstationäre oder ambulante Reha vor

### 6.2 Definition

- „Rehabilitationsmedizin“ nach Jochheim und Scholz (1975):
  - „Ein im ständigen Fließgleichgewicht befindlicher integrativer ärztlicher Handlungsprozess von Diagnostik, Therapie und Prävention mit dem Ziel der bestmöglichen Wiedereingliederung des Patienten in Familie, Arbeit und Gesellschaft“

### 6.3 Aufgabe

- Training verbliebener und Entwicklung kompensatorischer körperlicher psychischer und sozialer Funktionen
- Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Hinblick auf das Gesamtziel unter psychischem, psychischem und sozialen Aspekt

## 6.4 Arten der medizinischen Reha

- individuelle medizinische Reha
- institutionelle medizinische Reha
  - Ambulante Maßnahmen
  - Stationäre Maßnahmen
    - \* Früherkennung
    - \* Erstversorgung
    - \* Medizin./Berufl. Rehabilitation

## 6.5 Therapeutische Maßnahmen

### 6.5.1 aktivierende Krankenpflege

- Aufgabe der rehabilitativen Krankenpflege ist es:
  - Patienten so weit wie möglich von pflegerischen Hilfen unabhängig werden zu lassen (z.B. Eigenständige Insulin-Injektionen, ...)
  - Kontaktaufnahme zu den Angehörigen und Einweisung dieser in die weitere Pflege
  - Schulung der nachfolgenden Pflegeeinrichtung (wenn der Patient nicht zuhause gepflegt wird)
  - Organisation von Nachuntersuchungen und der katamnesische Nachgang des Patienten (ist eine Optimierung der Versorgung möglich?)

### 6.5.2 Physiotherapie

- heute nur noch in der Einleitungsphase passiver Art (z.B. Massage gegen Kontrakturen, lokale Durchblutungsförderung, ...)
- Bedeutungsvoller sind aktive Übungsverfahren auf neurophysiologischer Basis
  - Basieren auf der Annahme das neurophysiologische Bewegungsmuster (um-)gebahnt werden können
  - Ein solches Verfahren ist die propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF), wo durch Wärme, Kälte, Elektrizität und Wasser verschiedene Behandlungsziele erreicht werden
- Unabdingbare Bestandteile: Elektrische und manuelle Untersuchungsverfahren zur exakten Messung der Gelenkbeweglichkeit, Muskelkraft, ...
- besonderes Teilgebiet: Verständigungstraining
  - Verbindung zur modernen Beschäftigungstherapie und speziellen Krankenpflege)
  - Patient lernt hier Verantwortung im täglichen Leben wieder zu übernehmen

### 6.5.3 Sporttherapie

- zentrale Aufgaben
  - medizinische Indikation: Stabilisierung der organischen Leistungsfähigkeit und Verbesserung der motorischen Funktionsfähigkeit
  - psychosoziale Indikation: Förderung der Persönlichkeitsentfaltung, Erhöhung der psychischen Belastbarkeit und Verbesserung der sozialen Anpassungsfähigkeit
- Grundsätzlich sind zu beachten
  - frühzeitiger Beginn
  - individueller Therapieplan
  - stetige aber dosierte Belastungssteigerung
  - regelmäßige und abwechslungsreiche Durchführung
  - Übergang zu motivierenden Spielformen und Leistungsstipendien Wettbewerbsformen
  - ärztliche und psychologische Betreuung

### 6.5.4 Beschäftigungstherapie

- Enge Verbindung zur Physiotherapie
- Ziele
  - kreative Beschäftigung
  - funktionelle Bewegungsverbesserung
  - Verselbstständigung der Patienten im täglichen Leben und im Haushalt
  - Entscheidungsfindung für die weitere berufliche Eingliederung
- Aufgaben
  - Verbesserung von Beweglichkeit, Muskelkraft und Koordination
  - Erlernen von Alltagsverrichtungen
  - Einüben der Nutzung von technischen Hilfen
  - Umgang mit Hilfsmitteln zur Arbeitserleichterung
  - Umstellung auf die nichtdominante Körperseite bei Behinderung der dominanten Körperseite
  - Erprobung und Training der Arbeitsfähigkeit und -belastbarkeit
  - Erfassen und Erweitern der psychischen Leistungsbreite und der sozialen Anpassungsfähigkeit

### 6.5.5 Belastungserprobung und Arbeitstherapie

- Ziel: Patient soll im Hinblick auf den angestrebten beruflichen Einsatz physisch, psychisch und hinsichtlich seiner sozialen Anpassungsfähigkeit trainiert werden.
- Belastungserprobung schließt folgende Punkte ein:
  - Überprüfung der Leistungsfähigkeit mit standardisierten Arbeitsproben aus verschiedenen beruflichen Tätigkeitsfeldern

- Messung biologischer Parameter (Puls, Blutdruck, ...)
- Ermittlung der intellektuellen, amnestischen, konzentrativen und osycho-sozialen Leistungsfähigkeit
- Ermittlung der persönlichen Begabung und Interessenlage
- Arbeitstherapie dient über diese Erprobung hinaus der:
  - Verbesserung der Belastbarkeit
  - Erhaltung und Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten für die berufliche Wiedereingliederung
- in der Regel stationär
- Simulationsbedingungen wenn möglich am zukünftigen Arbeitsplatz
- Entscheidend ist Arbeitsqualität und -tempo

### 6.5.6 Sprachtherapie

- Einige Behinderte benötigen zusätzlich zu anderen Maßnahmen Stimm- und Sprachbehandlung
  - Schulunterricht am Krankenbett (Phase der Rekonvaleszenz)
  - Logopädie

### 6.5.7 Psychologie und Psychotherapie

Aufgaben der (Neuro-) Psychologie

- Diagnostik
  - Mitwirken bei differentialdiagnostischer Beurteilung des Patienten
  - Ermittlung der intellektuellen Leistungsfähigkeit, Gedächtnis- und Konzentrationsleistung, psychophysiologischer Koordination und Persönlichkeit
  - Aufklären bzgl. charakterlicher Eignung, Motivation, Gruppenfähigkeit, Fahrtauglichkeit, ...
- Therapie
  - klinischer Psychologe wird therapeutisch tätig
  - ohne klinischen Psychologen undenkbar

### 6.5.8 Pharmakotherapie

- Generell gilt: Pharmakon möglichst durch Maßnahmen ersetzen, die die Aktivität des Patienten erfordert
  - z.B. Ersatz von Kreislauf Präparaten durch Konditionstraining
- Aber oft schafft die pharmakologische Therapie erst die medizinische Voraussetzung für eine Reha
  - z.B. pharmakologische Beseitigung eines Blaseninfektes vor dem Blasen-training

### 6.5.9 diverse Hilfen

- medizinische Leistungen
  - Körperersatzstücke
  - orthopädische Hilfen
  - andere Hilfsmittel (z.B. Orientierungshilfen für Blinde, Hörgeräte, ...)
- berufsfördernde Leistungen und technische Arbeitshilfen
  - Arbeitsmittel, die bei bestimmten Behinderungen die Arbeitstätigkeit überhaupt erst ermöglichen
  - die Arbeitsbelastungen verringern und somit die Arbeitsausführung erleichtern
  - die die Arbeitssicherheit gewährleisten
  - z.B. Drehstuhl, höhenverstellbarer Tisch, Unterarmauflage, ...

# Kapitel 7

## Schulische Rehabilitation

### 7.1 Arten der schulischen Reha

- Individueller sonderpädagogische Förderung
- Institutionelle sonderpädagogische Förderung
  - Integrative Formen
  - Spezialisierte Formen
    - \* Sonderkindergarten
    - \* Sonderschulen
    - \* Sonderpädagogische Heime

### 7.2 Integration

- In den 70er Jahren wurden eine Reihe von Schulen eingerichtet, in denen Behinderte gemeinsam mit Nichtbehinderten unterrichtet wurden
- positiver Effekt (Entlastung von Leistungsdruck, günstigere Selbstbewertung) von Sonderschulen in Abschlussklassen wieder aufgehoben
- gemeinsame Förderung von behinderten und nichtbehinderten Kindern möglich

⇒ Kein einheitlicher Standpunkt bezüglich der Integrationspädagogik („main-streaming“)

### 7.3 Sonderschulen

#### 7.3.1 Allgemein

- nach Art der Behinderung gegliedert (Blinde, Gehörlose, Lernbehinderte ,...)
- eigenständige Schulform
- meistens Ganztagschulen
- teils Heimen angegliedert

### 7.3.2 Grundlage

- Behindert im erziehungswissenschaftlichem Sinne (Deutscher Bildungsrat)
  - Kinder und Jugendliche, „die in ihrem Leben, im sozialen oder in den psychometrischen Fähigkeiten so weit beeinträchtigt ist, dass ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft wesentlich erschwert ist“ bedürfen besonderer pädagogischer Förderung.

### 7.3.3 Aufgaben

- Fördermaßnahmen richten sich auf die im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen bestehenden Störungen im kognitiven, sozial-emotionalen und sprachlich-kommunikativen Bereich
- Vermittlung behindertenspezifischer kompensatorischer Techniken (z.B. Blindentechniken), therapeutische Maßnahmen als auch der Unterricht, der die Schüler zu einem Bildungsabschluss führen soll

### 7.3.4 Fazit

- Ehemalige Sonderschüler haben sehr schlechte Startchancen und sind unter den jugendlichen Arbeitslosen deutlich überrepräsentiert

## 7.4 Sonderpädagogische Diagnostik

### 7.4.1 Aufgabe

- Feststellung ob Sonderschulbedürftigkeit vorliegt (Art, Schwere, Dauer und Umfang der Behinderung)

### 7.4.2 Funktionen

- Auslese- bzw. Zuweisungsdiagnostik
  - kritisch diskutiert
    - \* Klassifikation schwierig wenn sich die genetischen, organischen und soziokulturellen Wirkfaktoren nicht im Verhalten widerspiegeln
    - \* hohe Schwankungsbreite (50-95 Prozent) zeigen, dass auch „nichtdiagnostische Kriterien“ (z.B. Aufnahmekapazitäten) eine Rolle spielen
    - \* diagnostische Überprüfung und Behandlung aus einer Hand (Rekrutierung einer „guten“ Schülerschaft)
- Förderdiagnostik
  - Ableitung von Behandlungshinweisen zur Optimierung individueller Förderung
  - umfasst unterschiedliche Verfahrensweisen (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder, Binet-Test, ...)

## 7.5 Lernbehinderung

### 7.5.1 Definition

- Trotz vieler Beschreibungsversuche keine klare Definition
- Sammelbegriff für Schulversagen unterschiedlichster Ursachen (Topsch 1975)
- „Lernbehindert ist, wer die Schule für Lernbehinderte besucht“ (Kniel 1979)

### 7.5.2 Klassen von Lernbehinderten

- Kanter unterteilt die Population Lernbehinderter in 3 Gruppen
  - Lernbehinderte mit deutlichen Intelligenzausfällen
  - Kinder und Jugendliche mit Lernstörungen, -schwächen und -irregularitäten
  - Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten und Milieuschädigungen
- Einordnung der Schüler nach Bestimmungsschema (Kanter 1997)
  - Unterscheidung der Beeinträchtigung des Lernens (Lernbehinderung und Lernstörung)
  - sind die Lernbehinderungen deutlich normabweichend, sind die Schüler sonderschulbedürftig

# Kapitel 8

## Berufliche Rehabilitation

### 8.1 Arten der beruflichen Reha

- Individuelle berufliche Rehabilitation
- Institutionelle berufliche Rehabilitation
  - Betriebliche Rehabilitation
  - Überbetriebliche Rehabilitation
    - \* Berufsbildungswerk (BBW)
    - \* Berufsförderwerk (BFW)
    - \* Werkstatt für Behinderte (WfB)
    - \* Berufstrainingszentrum (BTZ)
    - \* Reha-Zentrum für psychisch Kranke (RPK)

### 8.2 Wege der beruflichen Reha

- Rehabilitationsbeantragung und Beratung durch die Arbeitsverwaltung bzw. BfA, LVA
  - Vorbereitung für den „Allgemeinen Arbeitsmarkt“
    - \* BBW: Berufsfindung und Erstausbildung für Jugendliche
    - \* BFW: Berufsfindung und Umschulung für Erwachsene
    - \* BTZ: Orientierung, Abklärung und Berufliches Training, (Wieder-)Einstieg für Erwachsene in den Beruf
  - Vorbereitung für den „Besonderen Arbeitsmarkt“
    - \* WfB: Arbeitstraining und Beschäftigung für Jugendliche und Erwachsene

### 8.3 Auswahl und Gestaltung von Arbeitsplätzen

- Arbeitsplatzanforderungen und Fähigkeiten des Behinderten werden verglichen
- Klärung ob Anpassung zwischen Mensch und Arbeit notwendig / möglich
- Arbeitsgestaltung (Assimilation)
- Arbeitsunterweisung und Einarbeitung (Akkomodation)

## 8.4 Stufenmodell der beruflichen Rehabilitation

1. Keine Arbeit
2. Klinikinterne oder ambulante Ergotherapie
3. Klinikinterne oder ambulante Arbeitstherapie
4. Therapeutischer Arbeitsversuch / Praktikum
5. Berufliche Rehabilitation, Berufsfindung, geschützter Arbeitsplatz in der Werkstatt für Behinderte oder Zuverdienstfirma
6. Teilgeschützter / geförderter Arbeitsplatz auf dem zweiten Arbeitsmarkt
7. Arbeitsplatz auf den allgemeinen Arbeitsmarkt

## 8.5 Prävention

- Bemühen Behinderungen und chronische Krankheiten so weit wie möglich zu verhindern
- Arten der Prävention
  - Primäre Prävention
    - \* alle Bemühungen noch gesunde Menschen vor Gesundheitsgefährdungen zu schützen
    - \* Gesundheitstraining
  - Sekundärprävention
    - \* Menschen mit einer bestimmten Gesundheitsgefährdung oder mit Risikofaktoren vor einer Verschlimmerung des Zustandes bewahren
    - \* Früherkennung drohender Schäden
  - Tertiärprävention
    - \* Voranschreiten einer bereits bestehenden schwerwiegenden Erkrankung verhindern bzw. Behinderten unterstützen
    - \* adjuvante oder additive Therapien
- rehabilitative Maßnahmen zwecks Prävention
  - Individuelle Arbeitsplatzgestaltung
  - Einrichtung von Leicht- und Schonarbeitsplätzen
  - Veränderung von Arbeitsverhalten und Arbeitsbedingungen
  - Betriebliche Qualifikationsmaßnahmen
  - ...

# Kapitel 9

## Einrichtungen der Beruflichen Rehabilitation

### 9.1 Berufsbildungswerke

#### 9.1.1 Allgemein

- 1970 „Gründung“ der Berufsbildungswerke vom damaligen Arbeits- und Sozialminister Ahrend
- 52 BBW's mit rund 15.600 Ausbildungsplätzen und durchschnittlich 18 Ausbildungsgängen
- vorwiegend Schüler der Hauptschule mit- bzw. ohne Abschluss
- Klientel aus Sicht der BBW's
  - Sonderschüler über 18 Jahren
  - Jugendliche mit massiven Verhaltensauffälligkeiten, sozialen Anpassungsschwierigkeiten, Agression, ...
- Behinderungen in den Berufsbildungswerken:
  - 48 Prozent Lernbehinderte
  - 30 Prozent Körperbehinderte
  - 14 Prozent Sinnesbehinderte
  - 8 Prozent Psychisch Behinderte

#### 9.1.2 Aufgaben und Ziele

- berufliche Erstausbildung junger Menschen mit Behinderungen
- Ausrichtung der Ausbildung nach den Erfordernissen des Arbeitsmarktes
- Vermittlung von fachtheoretischen und fachpraktischen Ausbildungsinhalten
- Entwicklung der Persönlichkeit
- Ermöglichung der dauerhafte Teilhabe an Gesellschaft und Arbeitsleben
- Ganzheitliche Betreuung „unter einem Dach“

### 9.1.3 Überblick

- Das Berufsbildungswerk strebt ganzheitliche Betreuung an
  - Sozialer Bereich
    - \* Wohnen: Wohnen im Internat mit Wohngruppen
    - \* Freizeit: Freizeit- und Sporteinrichtungen
  - Berufsausbildung
    - \* individuelle Förderpläne, Ausbildung in anerkannten Ausbildungsberufen, ...
    - \* Duales System: Ausbildungswerkstätten (Praxis), Berufsschulunterricht (Theorie)
    - \* Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen
  - Begleitende Dienste
    - \* Ärztlicher Dienst
    - \* Psychologischer Dienst
    - \* Sozialdienst
- Zusätzlich: Verwaltung

### 9.1.4 Zeitlicher Ablauf der Ausbildung

- ein- bzw. zweitägige Eingangsuntersuchung durch Diagnostiker
- ggf. 1-3 monatiger Berufsfindungs- und Arbeitserprobungslehrgang
- Zusätzlich medizinische, psychologische und sozialpädagogische Begutachtung und berufswahlunterstützende Gruppenarbeit
- Berufsausbildung
  - Förderlehrgang (1 Jahr): Verbesserung des Arbeits- und Lernverhaltens
  - Grundausbildung (1 Jahr)
  - Fachausbildung (2 Jahre)
  - Abschlussprüfung und anschließende Vermittlung

### 9.1.5 Erfolg

- BBW Abgänger landen oft in Werkstätten für Behinderte
- Langzeitstudie von Dierich (1998) zum Eingliederungserfolg bei Absolventen der Metallausbildung eines BBW's für Lernbehinderte:
  - Bedeutsamer Prädiktor für den Erfolg der beruflichen und sozialen Eingliederung allein die Einschätzung der Ausbilder (nicht die Befunde der Eingangsdiagnostik der BBW's oder die Ergebnisse der Zwischen- bzw. Abschlussprüfung)
- In den BBW's erhalten fast sechs mal so viele Jugendliche eine Sonderausbildung nach §48 des Berufsbildungsgesetz wie in den Wirtschaftsbetrieben Berufsbildungsgesetz

### 9.1.6 Kritik

- Berufsausbildung im BBW ist sehr teuer
- Bei einem Vergleich mit den in Ausbildungsplätzen der Wirtschaft ausgebildeten lernbehinderten Jugendlichen zeigt sich, dass eine wesentlich größere Zahl der Abgänger der BBW's arbeitslos waren
- Verdrängungswettbewerb (schwächere Abgänger der Schulen für Lernbehinderte werden von den besseren -teilweise auch von den Hauptschülern- verdrängt)

## 9.2 Berufsförderungswerke

### 9.2.1 Allgemein

- 1970 im Rahmen des „Aktionsprogramms zur Förderung der Reha der Behinderten“ von der Bundesregierung eingeführt
- 28 BFW's mit rund 150.500 Plätzen (einschließlich der Spezialeinrichtungen)
- Ausbildungen für mehr als 100 Berufe mit staatlich anerkannten Abschlüssen
- generelle Lehrform: ganzheitlich und handlungsorientiert
- Klientel der BFW's (Stand 1986)
  - Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparat (51,6 Prozent)
  - Psychisch Kranke (12,7 Prozent)
  - Behinderte mit inneren Erkrankungen (12,6 Prozent)
  - ...

### 9.2.2 Aufgaben und Ziele

- Fortbildung und Umschulung behinderter Erwachsener, die in der Regel bereits berufstätig waren
  - Ausloten zwischen teilnehmergeerecht, arbeitsmarktgerecht und betriebsgerecht
- Berufsfindung
- Berufliche Vorbereitung in Form von Rehabilitationslehrgängen
  - Berufsbezogene Inhalte und Methoden
  - Allgemeine Bildungsmaßnahmen
- Wiedereingliederung in das Arbeitsleben
- gesellschaftliche Integration Behinderter

### 9.2.3 Prinzipien

- Überwindung bzw. Ergänzung des Kausalitäts- durch das Finalitätsprinzip
  - Die Ziele sind entscheidend, nicht die Ursachen der Behinderung
  - entspricht dem Partizipations-Grundsatz der WHO
- Realisierung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Rente“
  - Überprüfung ob Reha erfolgversprechend ist, anstatt direkt Rente zu zahlen
  - entspricht dem Activity-Grundsatz der WHO

### 9.2.4 Zugang zum Berufsbildungswerk

- Beratung durch das Arbeitsamt und ggf. Überweisung an den zuständigen Kostenträger, Antragstellung
- Klärung der Notwendigkeit einer Förderung durch den zuständigen Kostenträger
- Erarbeitung eines Eingliederungsvorschlags durch das Arbeitsamt
- Wartezeit zwischen Feststellung und Bewilligung der Maßnahmen
- Ausbildungszeit im BFW
- Zeitraum bis zur Eingliederung nach Ausbildungsende

### 9.2.5 Ablauf

- Aufnahmegespräch (intensiver bei psychisch behinderten)
- 10 tägige Berufsfindung und Arbeitserprobung
  - Berufsspezifische Fähigkeiten (technisch-mechanisches Verständnis, soziale Kompetenz)
  - Biographische Aspekte (familiärer Hintergrund, beruflicher Werdegang)
  - Interessen/ Beruf (Neigung für bestimmte Tätigkeiten, ...)
  - Allgemeine Leistungsmerkmale (Intelligenz, Konzentrationsfähigkeit, ...)
- 10 wöchiges Rehabilitationsvorbereitungstraining (RVT) (nur für psychisch Behinderte)
  - 4 Orientierungswochen (soziales Kompetenz- und Kommunikationstraining sowie Kennenlernen des BFW's)
  - 6 Projektwochen (Projekte zu Themen wie Gesundheit, Wirtschaftliche und historische Erkundung der Stadt, ...)
- 6 wöchiger Rehabilitationsvorbereitungslehrgang (RVL)
- Ausbildung in den Hauptlehrgängen
  - Studiengänge mit Diplomprüfung (Fachhochschulberufe)
  - Berufe mit Fachschulabschluss (Fachschulberufe)
  - Ausbildungsberufe mit IHK-Abschluss (Kammerberufe)

### 9.2.6 Lernziele im RVL

- Training von Lesen, Schreiben und Rechnen
- Sicherung der Kenntnisse in Grundlagenfächern (Hauptschulabschlussniveau)
- Stärkung des Selbstvertrauens und der Leistungsmotivation
- Aktivierung der Lernbereitschaft und Einübung des Lernens
- Verbesserung der Lern- und Arbeitstechnik
- Eigenständigkeit in der Lernstoffaneignung und Stoffverarbeitung
- Befähigung zur Zusammenarbeit / Gruppenarbeit

### 9.2.7 Arbeitserprobung und Berufsfindung

- besteht aus diagnostischen-, beratenden- und Lernelementen sowie der Arbeitserprobung an sich
- grober Ablauf
  - Tag 1-3
    - \* Einführungsveranstaltung
    - \* Arbeitsmedizinische Untersuchung und Beratung
    - \* Testpsychologische Untersuchung
    - \* Exploratives diagnostisches Gespräch
  - Tag 4-9
    - \* Arbeitserprobungen in 3 Wunschberufen
    - \* Kommunikations- und Kooperationübungen
    - \* Rückmeldegespräch
  - Tag 10
    - \* Abschlussgespräch
  - kontinuierlich begleitend
    - \* Beratung aus den verschiedenen Bereichen (sozial, psychologisch, ...)
    - \* Gruppengespräche, Lernsequenzen, ...

### 9.2.8 Tendenzen der BFW's

- Altersdurchschnitt der Teilnehmer sinkt deutlich
- Zunahme von Personen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Störungen
- Abbrecherquote liegt bei ca. 25 Prozent (nicht deutlich höher als bei anderen Erwachsenenbildungen)
- Probleme:
  - Lernsituation Erwachsener und die Bewältigung des Lebens im BFW
  - Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, sozialer Rückzug, häufiger Partnerwechsel, Suizidversuche

## 9.3 Berufstrainingszentren

### 9.3.1 Aufgaben und Ziele

- Abklärung einer realistischen beruflichen Perspektive
- Wiedereingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt
- Stabilisierung für eine anschließende Umschulung / Ausbildung

### 9.3.2 Klientel

- Erwachsene, die noch im Erwerbsleben stehen aber wegen einer der folgenden Probleme bedroht sind ihren Arbeitsplatz zu verlieren
  - psychosoziale Probleme
  - persönliche Krisen
  - seelische Erkrankungen
  - andere Persönlichkeitsstörungen
- Tägliche Belastbarkeit muss bei Beginn bei mind. 4 Stunden pro Tag liegen
- Nicht aufgenommen werden (da sie andere Leistungen benötigen)
  - Suchtkranke
  - geistig behinderte und schwer Lernbehinderte
  - schwer hirngeschädigte und Sinnesgeschädigte

### 9.3.3 Personal

- Aufgaben des interdisziplinären Personals
  - psychosoziale Mitarbeiter (1:5)
    - \* Besprechung von Problemen mit Teilnehmern
    - \* Entwicklung von Lösungsstrategien und -alternativen
    - \* Förderung der Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, ...
    - \* Entwicklung einer Konfliktfähigkeit
  - berufliche Ausbilder (1:8)
    - \* Praxisnahe Trainings
    - \* Vermittlung beruflichen Wissens
    - \* Förderung von berufsfeldspezifischen Verhaltensweisen und Einstellungen
  - Ergotherapeuten
    - \* Gewöhnung an berufl. Rahmenbedingungen
    - \* Förderung der Grundarbeitsfähigkeit
    - \* Förderung der Kommunikationsfähigkeit
    - \* Hilfe beim Aufbau von Selbstvertrauen und einer adäquaten Arbeitnehmerrolle

### 9.3.4 Zugang zum Berufstrainingszentrum

- Anstoß häufig durch Neurologen, psychiatrische Kliniken, ...
- Einleitung über Reha-Abteilung des Arbeitsamtes oder über Reha-Berater der Rentenversicherungsträger
- Konkrete Aufnahmegespräche bezüglich Voraussetzungen und Motivation
- Stellungnahme der Einrichtung (BTZ)
- Rehabilitationsträger entscheidet über Kostenzusage

### 9.3.5 Trainingsmaßnahmen

- breite Palette an qualifizierten Angeboten beruflicher Rehabilitation
- Training in verschiedenen Bereichen (Büro und Verwaltung, Technik und Handwerk, ...) mit einer Dauer von 12 - 15 Monaten
- Jeder Teilnehmer erhält ein überschaubares, kontinuierliches Bezugsteam
- Ausstattung orientiert sich an der betrieblichen Realität der Arbeitswelt
- systematisch arbeitsplatzbezogene Stufung ermöglicht, Fähigkeiten des Teilnehmers individuell zu fördern
- externe Beratung (Berufsfachleute, pädagogische Supervision, ...)

### 9.3.6 Trainingsphasen

- Orientierungsphase (bis zu 3 Monaten)
  - Gewöhnung an das Arbeitsverhalten
  - Übung von Pünktlichkeit, Verlässlichkeit und Zusammenarbeit
  - Verschaffung von Klarheit über das gewünschte Berufsfeld
  - langsame Steigerung der Arbeitsbelastung (quantitativ und qualitativ)
- Qualifizierungsphase (ca. 9 Monate)
  - Berufsbezogenes Arbeitstraining in den vorgesehenen Berufsbereichen
  - Förderung fachspezifischer beruflicher Kompetenz
  - Praktika von mindestens einem Monat
- Wiedereingliederungsphase (ca. 3 Monate)
  - Verlagerung der Aktivität des Teilnehmers auf die berufliche Praxis
  - Erleichterung der Wiedereingliederung durch Gespräche mit dem BTZ

## 9.4 Werkstätten für Behinderte

### 9.4.1 Allgemein

- Bieten Behinderten die noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können einen Arbeitsplatz oder Gelegenheit zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit
- 520 WfB's in denen ca. 170.000 Behinderte arbeiten (1999)
- Aufnahme durch 1. Fachausschuss und 2. Eingangsverfahren
- Arbeitszeit durchschnittlich von über 5 Stunden
- Übergangsquote auf allgemeinen Arbeitsmarkt relativ gering (ca. 1 Prozent)
- ersten beiden Jahre durch Mittel der Bundesanstalt für Arbeit bezahlt
- WfB's ursprünglich nur für geistig, später auch für psychisch behinderte

# Kapitel 10

## Theorie der Rehabilitation

### 10.1 Zweck und Ziel

- Finden eines theoretischen Modells auf Basis des ICDH-2 Krankheitsmodell der WHO (1997),
  - das verschiedenen Disziplinen und Professionen innerhalb des Rehabilitationssystems ihre spezifische Aufgabe zuweist
  - das einen gemeinsamen übergeordneten Bezugsrahmen für Kommunikation und Kooperation zwischen den beteiligten bereitstellt
- Schaffen einer Basis für ganzheitliche Rehabilitation von Behinderten und chronisch kranken

### 10.2 Dimensionen der Rehabilitation

- Gesundheitsschaden / -störung
  - „Aufhänger für Rehabilitation“
  - Kern der Reha ist eine soziale Zielsetzung
  - Eingrenzung der Zielgruppe (durch persönliche Schuldfreiheit)
  - Definition der Anspruchsberechtigten zwiespältig und vor allem kritisch zu betrachten (sind Arme oder „aus der Bahn geratende“ nicht anspruchsberechtigt)
- Partizipation
  - Zieldimension der Rehabilitation
  - Verbesserung der Partizipation, d.h. der Teilhabe am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft
  - Störungen der Partizipation werden im Modell durch Störungen in der Aktivität bedingt
- Bewältigungsprozess
  - zusätzliche Dimension, die widerspiegelt, dass Gesundheitsschäden immer ein einschneidendes Erlebnis für den Betroffenen darstellt, das wahrgenommen und verarbeitet werden muss
  - Rehabilitant ist primärer Akteur

- Mediatorvariable zwischen „Gesundheitsschaden“(UV) , „Aktivität“ und „Partizipation“(AV)
- sich wiederholender Prozess (siehe feedback-Schleife)
- Persönliche Ressourcen
  - gegliedert in psychische- (Motivation, psychische Stabilität, Copingstrategien) und soziale Ressourcen (soziales Netz, ökonom. Situation, soziale Sicherung)
  - beeinflussen den zentralen Bewältigungsprozess
- Gesundheitsverhalten
  - neu im Modell, da nur bei chronisch Kranken die zugrundeliegende Krankheit und ihre Progredienz beeinflusst werden kann
  - zentraler Faktor für langfristigen Verlauf chronischer Krankheiten
- Umweltfaktoren
  - externe Rahmenbedingungen, die hilfreich oder hinderlich sein können und kaum beeinflussbar sind
  - Einbettung des gesamten Rehabilitationsprozesses (auswirkungen auf (fast) alle anderen Dimensionen)

### 10.3 Ansatzpunkte für therapeutisches Handeln

- Medizin, physikalische Therapien, Pflege
  - Gesundheitsschaden /-störung
  - Bewältigungsprozess
- Physio-, Ergo-, Logo-, und Bewegungstherapeuten
  - Bewältigungsprozess
  - Aktivität
- Schulung, Diätberatung
  - Gesundheitsverhalten
- Psychologische Verfahren
  - Bewältigungsprozess
  - Persönliche Ressourcen (psychisch, sozial)
- Sozialberatung
  - Persönliche Ressourcen (psychisch, sozial)
  - Aktivität
  - Umweltfaktoren

## 10.4 Fazit

- Das Modell ist stimmig und praxisnah
- professionsübergreifender Bezugsrahmen für interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation
- „Reha-Bedürftigkeit“ ist laut Modell gegeben, wenn:
  1. eine chronische Krankheit / Gesundheitsschaden vorliegt und
  2. Störungen oder Hilfebedarf in folgenden Reha-spezifischen Bereichen bestehen:
    - Aktivitätstörungen, die gebessert werden können
    - psychische Belastungen, die eine produktive Krankheitsverarbeitung behindern
    - soziale Probleme, die Krankheitsverarbeitung oder Partizipation erschweren
    - Bedarf an edukativen Maßnahmen für krankheitsgerechtes Verhalten, bzw. tertiäre Prävention
- Reha-spezifische Diagnostik müsste systematisch den somatischen funktionalen, psychischen, sozialen und edukativen Status abklopfen, um auf Grundlage dieser fünf Dimensionen (somatisch, funktional, ...) die Therapieziele festzulegen

# Kapitel 11

## Krankheitsverarbeitung / -bewältigung

### 11.1 Allgemein

- Basiert auf der sozialen Stresstheorie nach Lazarus und Folkmann (1966)
- Definition der „Krankheitsverarbeitung / -bewältigung“ nach Heim (1988):
  - Bemühen, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional-kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln zu reduzieren, auszugleichen oder zu verarbeiten.
- Heutzutage besteht weitgehende Übereinkunft, dass Krankheitsbewältigung auf verschiedenen Ebenen erfolgen kann:
  - emotional (unbewusste Abwehrvorgänge, sowie vorausschauende oder bewusste emotionale Haltungen)
  - kognitiv (rationale Vorbereitungsmechanismen)
  - handlungsbezogen (Reaktion, die ein direktes Handeln zulässt)

### 11.2 Grundannahmen

- Krankheitsverarbeitung...
  - ist ein kontinuierlicher und interaktionaler Prozess der Auseinandersetzung mit der Krankheit, ihren Belastungen und Folgen
  - kann auf Ebenen des Denkens (Kognition), Fühlens (Emotion) und Handelns erfolgen
  - wird durch Bewertungsprozesse des Individuums gesteuert
  - wird durch personale Ressourcen wie dispositionale Persönlichkeitsfaktoren, Lerngeschichte, frühere Copingverhalten, ... beeinflusst
  - kann durch soziale Ressourcen (Partner, Familie, Freunde, professionelle Helfer) unterstützt, aber auch behindert werden

## 11.3 Ziele der Krankheitsverarbeitung

### 11.3.1 Patient

- Wiedergewinn von Wohlbefinden und Durchhalten der Belastungen
- Wiederherstellen eines emotionalen Gleichgewichts
- Erarbeiten eines neuen Lebenskonzepts und von Zukunftsperspektiven

### 11.3.2 Arzt / Medizinisches Personal

- Mitwirken des Patienten bei Diagnostik und Therapie
- Anpassung an Krankenhaus-Regeln
- Aktives Mitwirken des Patienten bei der Reha
- Geringe psychische Auffälligkeiten

### 11.3.3 Soziales Umfeld

- Aufrechterhaltung oder Wiedergewinn:
  - familiärer Beziehungen
  - beruflicher Tätigkeit
  - finanzieller Ressourcen
  - sozialer Beziehungen

## 11.4 Modelle der Krankheitsverarbeitung

### 11.4.1 Allgemein

- Zur Erklärung der Wechselwirkungen von belastenden Ereignissen und Entstehung von Krankheit lassen sich zwei zentrale Modelle unterscheiden:
  - pathogenetisches Modell
    - \* Suche nach krankheitsverursachenden Faktoren bzw. Identifikation von Risikofaktoren, die die Gesundheit beeinträchtigen können
    - \* Erkenntnis, dass nicht allein somatische, sondern auch soziale und psychische Einflussfaktoren eine Rolle spielen
  - Modell der Salutogenese
    - \* Identifikation von Ressourcen, die sowohl protektiv (Gesundheitsprävention) wirken können, als auch verbesserte Bewältigungsstrategien in Krankheit oder anderen Lebenskrisen ermöglichen
    - \* komplementär zum pathogenetischen Modell

### 11.4.2 ältere Modelle

- Ältere Modelle postulieren regelmäßigen Ablauf gewisser Phasen (bedenklich!) und unterscheiden sich lediglich in der Akzentsetzung und Anzahl der Phasen
- Phasen der Behinderungsbewältigung nach Falek und Britton (1974):
  - Leugnung
  - Angst, Furcht
  - Ärger, Feindseligkeit, Bitterkeit
  - Depressionen
  - Äquilibration (Aufhebung des inneren Spannungszustandes durch Organisation und Adaption)
- Deskriptive Modelle nach Schontz:
  - prelude: erstes Auftauchen der Symptome
  - warning stage: Person zieht von zu bedrohlicher Realität zurück
  - impact: Neubewertung der Symptome und Akzeptieren der zutreffenden Diagnose
  - encounter: Massive psychische Desorganisation und emotionale Verwirrung
  - retreat: Rückzug von der Realität als Beginn der Nacheinwirkungsphase
  - acknowledgement: zeitlich am weitesten ausgedehnte Stufe

### 11.4.3 neuere Modelle

- Neuere Modelle betonen Diskontinuität und Dynamik des Bewältigungsprozess
- Neueres Bewältigungsmodell nach Shontz (1975)
  - Ständiges Wechselspiel zwischen
    - \* Tendenz zur Annäherung an die Realität (adäquat wahrnehmen und erkennen)
    - \* Tendenz zur Vermeidung der Realität (Rückzug, wenn zu bedrohlich)
- aktive Modelle (individuelle Bewältigungsfertigkeiten)
  - Der transaktionale Ansatz von Streß und Streßbewältigung hebt die Bedeutung kognitiver Prozesse der Bewertung für die individuelle Bewältigung von Belastungen hervor
  - Neben Handlungsaktivitäten (Verbesserung der problematischen Situation) zählt Lazarus folgende Mechanismen zu Bewältigungsstrategien:
    - \* Aktionshemmung (z.B. eine Handlung trotz starker aggressiver Impulse unterlassen → motorisch)
    - \* Informationssuche (z.B. genaue Informationen über Entstehung, Behandlungsmöglichkeiten und Prognose einer chronischen Erkrankung einholen → kognitiv)
    - \* Intrapsychische Strategien (z.B. Leugnung, kognitive Strategien zur Entspannung oder Affektbekämpfung → affektiv und kognitiv)

#### 11.4.4 Bewältigung negativer Lebensereignisse

- Assimilations-Akkomodations-Theorie (= Zwei Prozess-Theorie von Brandstätter, 1989)
  - auch aktives Bewältigungsmodell sowohl auf Handlungsebene als auch auf kognitiver Ebene
- Theorie aktiv-kämpferischer Bewältigungsversuche mit akkomodativen kognitiven Anpassungen an Lebenssituationen
  - Krise bezeichnet hier eine Ist-Soll Diskrepanz
  - Auflösung der Diskrepanz durch
    1. aktive assimilative Bemühungen (Erlernen von Braille-Schrift, ...)
    2. akkomodative Prozesse durch entlastende Deutung negativer Ereignisse (Abwertung, positive Nebenbedeutung, ...)

# Kapitel 12

## Rehabilitation in der Gerontologie

### 12.1 Definition

- Definition nach Fröhlich (1998)
  - Gerontologie ist ein Teilgebiet der Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Sozialpsychologie, das sich mit altersspezifischen Veränderungen des Menschen im weitesten Sinne beschäftigt.

### 12.2 Sechs Sichtweisen des Alterns

#### 12.2.1 Altern als dynamischer Prozess

- früher: Defizit-Modelle die besagten, dass im Alter ausschließlich Abbauprozesse stattfinden
- heute: Kompetenzmodelle, die Entwicklungs- und Wachstumsprozesse im Alter beschreiben (Physiotherapie als auch kognitive Trainings somit auch im Alter wichtig)

#### 12.2.2 Altern als Prozess einer zunehmenden Differenzierung

- früher: Altern als homogener Prozess mit geringer interindividueller Variabilität
- heute: Annahme, interindividuelle Unterschiede nehmen mit dem Alter zu (Ansatzpunkt ist immer die individuelle Situation des alten Menschen)

#### 12.2.3 Altern als mehrdimensionaler Prozess

- Der Altersprozess zeigt in den verschiedenen Funktionsbereichen (Dimensionen) der Person unterschiedliche Verläufe (intraindividuelle Unterschiede)
  - Variabilität innerhalb der individuellen Kompetenzstruktur nimmt mit dem Alter erheblich zu (biographische Erfahrungen, Interessen, ...)
  - in individueller Kompetenzstruktur spiegeln sich situative Faktoren wider

⇒ Rehabilitation hat immer an individuellen Fähigkeiten anzusetzen

### 12.2.4 Altern als biographisch verankerter Prozess

- Erleben und Auseinandersetzung mit Krankheit muss berücksichtigt werden
  - Einstellungen des älteren Menschen zur Krankheit ist relativ stabil
  - nur psychotherapeutische Techniken können Veränderung bewirken

### 12.2.5 Altern als sozial beeinflusster Prozess

- Die Einstellung des sozialen Umfeldes zum Altersprozess wirkt sich besonders stark aus. Um zu gewährleisten, dass die erzielten Therapieerfolge nicht durch falsches Handeln des sozialen Umfeldes gefährdet werden, sollten:
  - Angehörige des Patienten in die Reha einbezogen werden
  - negative Vorurteile der Angehörigen abgebaut werden
- Weitere Berücksichtigung sollte folgende Gesichtspunkte erhalten:
  - Art und Weise wie alte Menschen ihr Altern wahrnehmen
  - Ausmaß, in dem sie sich neuen Aufgaben zuwenden
  - Ausmaß, in dem sie die biographisch gewachsenen Fähigkeiten und Erfahrungen einsetzen

### 12.2.6 Altern als Prozess, welcher zahlreichen Faktoren unterliegt

- Faktoren, die für die Reha von großer Bedeutung sind:
  - ökonomische Faktoren
  - ökologische Faktoren
  - Bildungsstand des Individuums
  - zu berücksichtigender „Begleitfaktor“ stellt die Lage und Ausstattung der Wohnung dar. Entsprechend sind möglicher Weise hier Veränderungen vorzunehmen

## 12.3 Rehabilitation

### 12.3.1 Plastizität

- Unter Plastizität versteht man:
  - Prozess der Reorganisation von Subsystemen des Zentralen Nervensystems (ZNS) aufgrund von Lernen
  - Übernahme von Funktionen eines geschädigten Subsystems des ZNS durch ein anderes (funktionelle Substitution)
  - Entstehung von neuen Subsystemen innerhalb des ZNS sowie die Ausbildung von neuen Operationen und Abläufen im ZNS
  - Möglichkeit der Veränderung von sensomotorischen und psychomotorischen Abläufen
- In der Rehabilitation ist es notwendig:
  - Verbesserung der sensomotorischen und psychomotorischen Leistung erzielen

- einzelne Bewegungsabläufe sowie Koordination von Bewegungen zu trainieren
- kognitive Fähigkeiten zu verbessern
- Fazit: reichhaltig, motivierende und zur Eigeninitiative anregende Umwelt

### 12.3.2 Reservekapazität

- Ziel: Ausschöpfung der „Reservekapazität“ älterer Patienten in der Reha
- Voraussetzungen hierfür sind:
  - differenzierte Diagnostik, die umfassenden Überblick über geschädigte und intakte Funktion vermittelt (Kompetenzdiagnostik)
  - differenzierte Erfassung der Verläufe in den einzelnen Funktionsbereichen (Veränderungspotential)
  - ausführliche Information des Patienten und der Angehörigen über die Krankheit, die Krankheitsfolgen und Behandlungsmöglichkeiten
  - Anregung des Patienten durch ein förderndes und forderndes Umfeld
  - Motivation des Patienten durch Verstärkung von Verhaltensweisen, sie auf größere Selbstständigkeit zielen
  - Rückmeldung über erreichte bzw. noch nicht erreichte Funktionsverbesserung

### 12.3.3 Grenzen des Veränderungspotentials

- Einflussfaktoren
  - allgemeiner Gesundheitszustand
  - spezielle Funktionsbereiche, in denen Schädigungen aufgetreten sind
  - Plastizität des psychophysischen Organismus
  - Motivation des Patienten
  - Erlebens- und Reaktionsformen des Patienten (Coping)
  - Gestaltung der Umwelt
  - Verhalten des sozialen Umfeldes
- Grenzen
  - Verringerte Anpassungsfähigkeit durch gesundheitliche Störungen
  - Vorliegen mehrerer Krankheiten (Multimorbidität), die zu einer Beeinträchtigung des psychophysischen Organismus führen und damit die Fähigkeit zur Restitution (Wiederherstellung) einschränken
  - erhöhte Empfänglichkeit für Schädigungen von Organen und Organfunktionen
  - wachsende Schädigung von Leitungsbahnen im ZNS
  - verringerte Geschwindigkeit in der Informationsverarbeitung
  - verringerte Fähigkeit zur Selektion und Verarbeitung komplexer Stimuli

# Kapitel 13

## Abschließende Gesichtspunkte der Rehabilitation

### 13.1 Grundanliegen der Arbeitspsychologie

- Arbeitsanalyse im Sinne einer
  - Aufgaben- oder Tätigkeitsanalyse
  - Arbeitsbedingungsanalyse und
  - Anforderungs- sowie Ablaufanalyse

⇒ psychologische Analyse gibt individuelle Arbeitshilfe  
(Individuum-Behinderung-Arbeit)
- Arbeitsgestaltung im Sinne einer Gestaltung von Arbeitsbedingungen, die dem Menschen in seiner Gesamtheit gerecht werden
  - d.h. Erhaltung der Leistungsfähigkeit
  - Erhöhung der Arbeitsmotivation und -zufriedenheit

⇒ optimales Verhältnis von Arbeitsaufwand und Erfolg
- Mitarbeitergewinnung und Plazierung
  - möglichst viel Info's an potentielle Bewerber
  - Besten Auslese
- Arbeitsunterweisung, -übung und -erziehung

### 13.2 Beratung

- Die Beratung des erwachsenen behinderten Mitarbeiters bezieht sich auf drei Aspekte:
  1. Neugewöhnung an den Rhythmus und an die Anforderungen des Arbeitslebens
  2. Umgewöhnung an andere Arbeitstätigkeiten
  3. Eingewöhnung in ein neues betriebliches Umfeld unter sozialen Gesichtspunkten