

Partizipation und Teilhabe in der Rehabilitation Hirnverletzter Mpäd914 (früher MM24)

1.01.771 Teil 2: Forschungsfragen und Ethik

Apl. Prof. A. Zieger

CvO Universität Oldenburg, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

WS 2014/15

11. Nov. 2014: Rehabilitationsforschung und
Rehapädagogikforschung

I Rehabilitationsforschung ...

Wachsender Anteil von chronischen Krankheiten am Krankheitsspektrum und an der medizinischen Versorgung

- Medizinische und psychosoziale Problemlagen der Betroffenen erfordern angemessene rehabilitative Maßnahmen und Ziele
- Zentrales Ziel: Hilfestellungen zur Bewältigung von Krankheitsfolgen und zur sozialen Integration, Partizipation und Teilhabe

**Aufgabengebiet einer interdisziplinär
ausgerichteten Rehabilitationswissenschaft**



Inhalt

Definition und Darstellung der wissenschaftlichen und forschungsmethodischen Grundlagen der Rehabilitationsforschung und Forschungsinfrastruktur:

- zentrale Forschungsthemen mit Fokus auf dem Bereich der medizinischen Rehabilitation
- Forschungsstrategien und Forschungsmethoden
- Möglichkeiten des Transfers von Forschungsbefunden
- Fragen der Forschungsethik und des Datenschutzes.

Zielgruppen: Rehabilitationsforscher mit ärztlichem, psychologischem, pädagogischem und soziologischem Hintergrund, Rehabilitationskliniker, Experten im administrativen Bereich.

Entwicklung der Rehawissenschaft

Bengel & Koch 2000

Diskrepanz zwischen dem sehr gut ausgebauten Versorgungssystem der Rehabilitation und der in der Rehabilitation durchgeführten Forschung:

- Denkschrift: Die Rehabilitation in der Rentenversicherung - Gedanken zur Weiterentwicklung. Schmidt (1988): Deutsche Rentenversicherung 8-9, 519-563
- Seit 1992: Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquien (DRV)
- Seit 1996-1998: Systematische Entwicklung und Verbundforschungsförderung (BMBFT)
- 2000: Gründung der DGRW

Bestimmungsmerkmale

Definition einer wissenschaftlichen Disziplin

primär über

1. den von ihr behandelten Gegenstand „Rehabilitation“
2. die besonderen theoretischen und forschungsmethodischen Grundlagen
3. die Art und Organisation in der Erbringung der wissenschaftlichen Leistungen

Fazit: **Rehaforschung - ein eigenständiger Wissenschaftsbereich?**

1. „Rehabilitation“ als wissenschaftlicher Gegenstand Bengel & Koch 2000, 9f

- Orientierung am biopsychosozialen Modell von Gesundheit, Krankheit und Behinderung der WHO/ICF
- Fokussierung primär auf individuelle und soziale Auswirkungen von (chronischer) Krankheit, Unfall und angeborenen Leiden oder des Alterns
- **„Rehabilitation“**: alle Bemühungen, die 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 (BAR 1994).

Ziel der Rehabilitation

- Möglichst weitgehende **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**
- Nicht allein einseitiges Bemühen des Behinderten um Anpassung an die Gesellschaft, sondern eine
- Gestaltung der Umwelt mit dem Ziel einer Erleichterung des Lebens des Behinderten (z.B. „Barrierefreiheit“)
- Mit Hilfe medizinischer, beruflicher, schulisch-pädagogischer und psychosozialer Maßnahmen, möglichst weitgehend und selbständig am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft teilnehmen zu können. Bengel & Koch 2000, S.10

Chronizität vieler Erkrankungen: Ziele?

Nur selten vollständige Heilung (40%?)

- Stabilisierung der gegenwärtigen Zustandes
- Schadensbegrenzung
- Verringerung der Beeinträchtigungen
- Vermeidung von Verschlechterung
- Verlangsamung der Progression
- Linderung der Beschwerden
- Anpassung, Lernen und Training von kompensatorischen Leistungen
- Funktionsgünstige Gestaltung der persönlichen Umwelt

Resultierende Aufgaben

Erforschung der

- Entstehungsursachen und Auftretenshäufigkeiten
- Verläufe und Prognose
- Leistungsfähigkeit
- Teilhabe in Gesellschaft und Beruf

Entwicklung und Evaluation von Assessments
und Interventionen

Beantwortung von Fragen der Prognostik,
Begutachtung, Indikationsstellung, Zuweisungs-
prozessen und Therapiesteuerung

Analyse und Weiterentwicklung des
Rehabilitationssystems

2. Theoriensätze und methodische Zugänge

- Biopsychosozialer Gesundheits- und Krankheitsbegriff als Grundlage
- Individuums-, institutions-, programm-, bevölkerungs- und umweltbezogene Perspektiven (multidimensional, multiperspektiv)
- Theoretischer Pluralismus (interdisziplinär)
- Methodenvielfalt: Nutzung experimenteller wie auch nicht experimenteller Untersuchungsansätze
- Einsatz unterschiedlicher quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden

Keine genuin rehabilitationsspezifischen methodischen Zugänge Bengel & Koch 2000, S. 11

- Solche sind auch nicht zu erwarten oder zu fordern

Je nach betrachtetem Gegenstand:

- eine eher sozial- oder eher naturwissenschaftliche, ggf. auch geisteswissenschaftliche Methodik

Notwendigkeit eines intensiven Transfer von theoretischen Positionen und Forschungszugängen aus anderen Wissenschaftsbereichen

Anpassung der Methodik an die jeweils verfolgte spezifische rehabilitative Fragestellung:

Felder einer solchen Rehabilitationsforschung in den 90er Jahren:

- Erforschung des Rehabedarfes und seiner Prognose
- Bestimmung von Indikationen des Rehabilitationserfolges
- Ansätze von Prozess- und Ergebnisevaluation
- Analyse und Dokumentation von Routinedaten
- Anwendung statistischer verfahren
- Qualitätsprüfung
- Rehabilitationstechniken und computergestützte Hilfen
- Aufbau und Nutzung von Datenbanken ...

3. Als Interdisziplinär und interprofessionelle organisierte Wissenschaft

Institutionelle und organisatorische Besonderheiten:

- Konstitution in einem Spannungsfeld mehrerer Interessengruppen wie Gesundheitspolitik, Leistungs- und Kostenträger, therapeutisches Personal, Rehabilitanden und Forscher
- Verortung in einem historisch gewachsenen und gegliederten Versorgungssystem
- Stets interdisziplinär und interprofessionell ausgerichtet

Rehaforschung

- kann ihre Konditionen deutlich weniger bestimmen als naturwissenschaftlich-experimentelle Forschungsgebiete
- hat sich vielfältig versorgungsgegebenen Notwendigkeiten anzupassen
- ist damit auch in besonderem Ausmaß sozialen Einflüssen ausgesetzt (Vorschriften, Vorgaben, Gesetzen ...)
- Bedingt eine besondere Interaktion unter den beteiligten Personen wie auch Institutionen
- enge Kooperation von Wissenschaftlern und Mitarbeitern aus Institutionen verschiedenster berufliche Ausrichtung und Qualifikation

Voraussetzungen und Bedingungen

- Hohe Bereitschaft und Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit, Loslösung von starren Berufsrollen, Überwindung von Hierarchien, intensive Kommunikationsprozesse
- mühsamer Lern- und Anpassungsprozess, Lernziel „interdisziplinäre Kooperation“
- **Interdisziplinarität als „zentrales Prüfkriterium“**
- Entwicklung einer gemeinsamen Sprache im Forschungsteam, Basiskenntnisse vom anderen Fachgebiet und Berufsgruppen
- Orientierung am gemeinsamen Gegenstand (Aufgabe)
- Verantwortlichkeiten und Koordinierung

Fazit: Rehaforschung als eigenständiger Wissenschaftsbereich?

Kernthemen der Rehaforschung

- Behinderungs- und Bewältigungsfolgen, soziale Integration
- relativ thematisch „enger“ Forschungsgegenstand
- keine eigenständigen Theorie- und Methodenansätze
- bedient sich eines breiten und pluralistisch angelegten Spektrums an Theorie- und Methodenrepertoires
- an die jeweilige Fragestellung angepasst

Zeichnet sich aus durch eine Reihe von institutionellen und organisatorischen Besonderheiten

- Unterschiedliche Interessengruppen, institutionelle Kontexte und wissenschaftstheoretische Grundannahmen und Forschungstraditionen der beteiligten Disziplinen der medizinischen, beruflichen und schulisch-pädagogischen Rehabilitation
- Hohe Ansprüche und Erfordernisse an Interdisziplinarität und Kooperation
- Spannungsreiche Faktoren: inhaltliche Ausrichtung, Arbeitsprozesse, Nutzung der Ergebnisse

Konvergenz zu einer gemeinsamen rehawissenschaftlichen Disziplin durch ICF?

Argumente Pro

Zunahme der Bedeutung des Themas „Rehabilitation“ in den nächsten Jahrzehnten:

- Zunahme von chronischen Erkrankungen
- Zunahme an Beeinträchtigungen von Teilhabestörungen
- Zunahme der Lebenserwartung (Demografie)
- Zunahme des Bedarfs an Reha zwecks Vermeidung von Pflege
- Veränderter qualitativer und quantitativer Rehabilitationsbedarf durch neue Arbeitszeitmodelle

Rehamedizin, Sonder- und Rehapädagogik und Rehapsychologie können für sich allein das Forschungsthema nicht ausreichend und umfassend bearbeiten.

Rehabwissenschaften

- am ehesten den Gesundheitswissenschaften zuzuordnen

Gemeinsamkeiten

- im Gesundheits- und Krankheitsbegriff
- die Perspektive über die Krankheit und Behinderung und ihre individuelle Behandlung hinaus
- inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit
- soziale Integration/Teilhabe
- Public-Health, Health-Literacy, Inklusion ...

Entwicklungserfordernisse

- Schaffung einer ausreichenden Infrastruktur für eine interdisziplinär angelegte Rehaforschung: Ausbildung, Lehre, Hochschulen, Universitäten, Stiftungsprofessuren
- Professionalisierung: „Physikalische und Rehabilitative Medizin“, „Rehabilitationswesen“
- Vernetzung, Verbundforschung, z.B. mit Trägern der Rehabilitation und ausgewählten Leistungserbringern
- Rehawissenschaftliches Kollquium (DRV)
- Fachgesellschaften: DGRW 2000, Fachzeitschriften: „Die Rehabilitation“, „Neurol. & Rehabil“
- Regelfinanzierung und Projektförderung: Drittmittel von DFG, BMBF etc.

Rehabilitationsforschung

Reha-wissenschaftliche Forschung in Norddeutschland

Norddeutscher Verbund für Rehabilitations-
forschung. Ergebnisse sechsjähriger
Forschungsarbeit

Ruth Deck, Heiner Raspe, Uwe Koch (Hrsg.)

Jacobs Verlag

2007

Gemeinsame Förderinitiative des BMBF und DRV 1998 bis 2005:

Acht Forschungsverbünde in zwei
dreijährigen Forschungsphasen

Norddeutscher Verbund für
Rehabilitationsforschung (NVRF)

In der ersten Hälfte des Förderzeitraums 8,
in der zweiten Hälfte 11 Forschungsprojekte

drei Universitäten und verschiedene Reha-
Kliniken

Themenbereiche

Bedarfsermittlung, Effektivitätssicherung
Organisationsentwicklung

Indikationsgruppen: Rückenleiden,
psychische/psychosomatische
Erkrankungen, spezifische Rehabilitations-
modelle, Interventionsstrategien
geschlechtsspezifische Besonderheiten

Sie befinden sich hier: [Reha-Wissenschaftliches Kolloquium](#) > [Tagungsbände](#)

AKTUELLES

FORSCHUNGSNETZWERK
ALTERSSICHERUNG

FORSCHUNGSDATENZENTRUM

REHA-WISSENSCHAFTEN

REHA-WISSENSCHAFTLICHES
KOLLOQUIUM

Einführung

Tagungsbände

FORSCHUNGSEINHEIT
DEMOGRAPHIE (FED)

AVID

STATISTIKEN

Präsentationen und Tagungsbände

Tagungsbände und Unterlagen

Die auf dem Kolloquium präsentierten Beiträge beschäftigen sich mit aktuellen Ergebnissen aus der Rehabilitationsforschung und werden in themenspezifischen Sessions dargeboten. Das wissenschaftliche Programm wird durch 3 Plenarvorträge und eine Plenardiskussion abgerundet. Die Plenarveranstaltungen greifen in der Regel das Motto des jeweiligen Kolloquiums auf, mit dem Bezug auf aktuelle reha-wissenschaftliche oder reha-politische Entwicklungen genommen wird. Die Kurzfassungen aller auf dem Kolloquium präsentierten Beiträge werden in einem Tagungsband im Rahmen der DRV-Schriftenreihe veröffentlicht. Dieser Tagungsband wird allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des jeweiligen Kongresses kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Tagungsbände zum 22. und 23. Reha-Kolloquium stehen noch zur Verfügung und können unter kolloquium@drv-bund.de angefordert werden.

Tagungsbände zum Herunterladen:

- 8. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Tagungsband
- 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Tagungsband
- 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Tagungsband
- 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Tagungsband
- 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Tagungsband
- 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Tagungsband
- 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Tagungsband
- 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Tagungsband
- 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Tagungsband
- 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Tagungsband
- 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Tagungsband
- 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Tagungsband

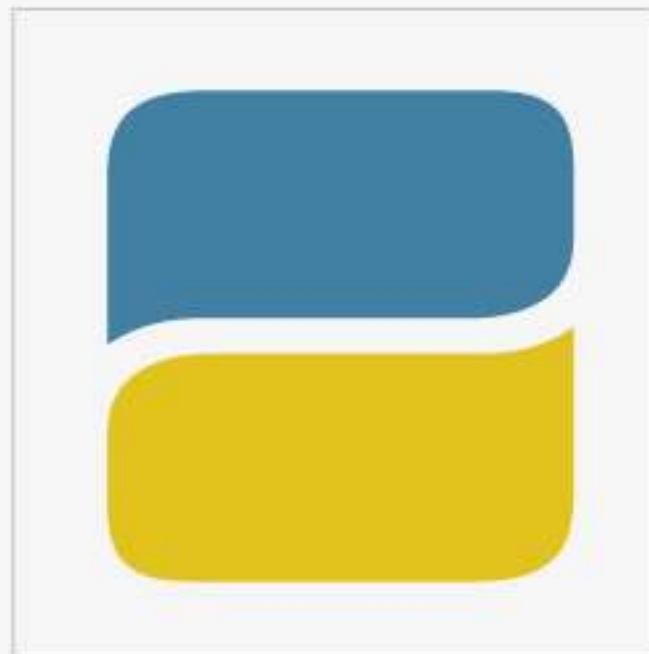
DRV-Schriften Band 101

Sonderausgabe der DRV

22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Teilhabe 2.0 - Reha neu denken?
vom 4. bis 6. März 2013 in Mainz

März 2013



Herausgeber:
Deutsche
Rentenversicherung
Bund

Ergebnisse zur Nachhaltigkeit der Intensivierten Rehabilitationsnachsorge - IRENA

Erler, K., Heyne, A., Neumann, U.

Moritz Klinik GmbH & Co. KG Bad Klosterlausnitz

S. 55

Hintergrund

Die unbefriedigende Nachhaltigkeit von Rehabilitationsergebnissen erfordert die Optimierung von Nachsorgeangeboten. Die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) wird als eines dieser Konzepte favorisiert und zeigt gute Ergebnisse (Lamprecht, 2011, 2012; Erler et al., 2013). Ziel der Studie war die Evaluierung der Nachhaltigkeit der IRENA bei Patienten mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

Methode

Insgesamt wurden 276 Patienten, die im Jahr 2010 eine IRENA in der Moritz Klinik Bad Klosterlausnitz mit mehr als 10 Behandlungstagen absolviert hatten, in die Studie einbezogen. Mittels verschiedener Assessmentverfahren wurden aktuell Daten zur Lebensqualität (SF 36) und zur indikationsspezifischen funktionellen Leistungsfähigkeit (Lequesne-Index, DASH, FfbH-R) sowie mittels eines selbstentwickelten Fragebogens soziodemographische und patientenspezifische Daten erhoben. Es erfolgte ein Vergleich mit den am Ende der IRENA erhobenen Daten über einen Nachuntersuchungszeitraum von ca. 2 Jahren.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote betrug 51,6 %. Die Patienten erreichten im Untersuchungszeitraum eine signifikante Steigerung in der physischen Summenskala des SF 36 (Wilcoxon-Test, $p=0,01$; Effektstärke: $d=0,23$). Die Veränderung in der psychischen Summenskala des SF 36 war nicht signifikant. Hinsichtlich der funktionellen Leistungsfähigkeit erzielten lediglich Patienten mit Erkrankungen des Schultergelenkes mit/ ohne OP einschl. schultergelenknaher Frakturen eine signifikante Verbesserung im DASH-Score (Wilcoxon-Test, $p=0,01$; Effektstärke: $d=0,54$). Die Veränderung der funktionellen Leistungsfähigkeit in den anderen indikationsspezifischen Patientengruppen war ebenfalls nicht signifikant. Die erzielten Effektstärken lagen zwischen 0,04 und 0,28. In keinem der verwendeten Assessments traten im Untersuchungszeitraum signifikante Verschlechterungen auf. 88,6 % der Patienten gaben an, dass sich ihr Gesundheitszustand seit dem Ende der IRENA stark oder etwas gebessert bzw. nicht verändert habe. 77,9 % der Patienten haben ihren Lebensstil dauerhaft verändert. 74,8 % der Patienten fühlten sich im Alltag belastbarer und 71,8 % gaben eine positive Auswirkung auf ihre berufliche Leistungsfähigkeit an. Die Schmerzmedikation konnte bei 51,9 % der Patienten verringert werden. 89,3 % der untersuchten Patienten nahmen weitere Nachsorgeangebote, vornehmlich im Bereich Bewegung, in Anspruch.

Diskussion

Die IRENA trägt in wesentlichem Maße zur Sicherung der Rehabilitationsergebnisse und zu einer dauerhaften Lebensstiländerung im Sinne einer aktiven selbstbestimmten Lebensgestaltung bei.

Literatur

- Eler, K., Heyne, A., Neumann, U. (2012): Evaluierung der Ergebnisse der Intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA). Die Rehabilitation (eingereicht).
- Lamprecht, J., Schubert, M., Behrens, J., Steinack, R., Mau, W. (2011): Rahmenbedingungen einer IRENA-Teilnahme aus Rehabilitandensicht und Therapiegesehen im IRENA-Nachsorgeprogramm bei orthopädischen Erkrankungen. DRV-Schriften, Bd 93. 36-37.
- Lamprecht, J., Behrens, J., Mau, W., Schubert, M. (2011): Das Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeprogramm (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund - Berufsbegleitende Inanspruchnahme und Veränderungen berufsbezogener Parameter. Die Rehabilitation, 50. 186-194.

Zur Wirksamkeit des partizipativen Rehabilitationsprozessmanagements in der Nachsorge von Patienten mit Schlaganfall - Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie

*Lorenz, S. (1), Saal, S. (1), Becker, C. (5), Kurl, D. (2), Schubert, M. (4), Stang, A. (2),
Zimmermann, M. (3), Behrens, J. (1)*

(1) Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-
Wittenberg, Halle, (2) Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, (3) Mathias Hochschule Rheine,
(4) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., Frankfurt am Main,
(5) Universitätsklinikum Halle

Hintergrund

Die Behandlung von Schlaganfallkranken ist häufig durch langfristige Rehabilitationszeit-
räume geprägt. Die Betroffenen und ihre Angehörigen erfahren in der poststationären Phase
der Rehabilitation oftmals eine nur unzureichende Hilfestellung zur Unterstützung der selbst-
ständigen Lebensführung und weiteren Rehabilitation (Boter et al., 2004; Schaepe et al.,
2009). So hängt eine kontinuierliche weitere therapeutische Versorgung weitgehend von
den persönlichen Kenntnissen und sozialen Ressourcen des einzelnen Patienten und des-
sen Bezugspersonen ab (Schubert et al., 2006).

Methodik

In der randomisierten kontrollierten Studie "Partizipatives Rehabilitationsprozessmanagement - Schlaganfall in Sachsen-Anhalt" (PaReSiS) wurde untersucht, in wie weit ein einjähriges mehrdimensionales Case Management für Schlaganfallpatienten nach Ende der Krankenhausbehandlung bzw. medizinischen Rehabilitation auf die körperliche Funktionsfähigkeit wirkt. Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten die Regelversorgung. Die Studienintervention stellte den Betroffenen und Angehörigen neben persönlicher individualisierter Beratung, Information und Begleitung auch Schulungsveranstaltungen, eine Schlaganfallhotline und ein Onlineportal zu krankheitsspezifischen Themen zusätzlich zur Regelversorgung zur Verfügung. Die körperliche Funktionsfähigkeit der Teilnehmer wurde mit der Stroke Impact Scale (SIS) 3.0 vor Interventionsbeginn (nach Rückkehr in die Häuslichkeit) und ein Jahr danach erhoben, ebenso die Nebenzielgrößen Lebensqualität (WHOQOL BREF), Depressivität (GDS), Mortalität, Reinfarkt und psychische Symptombelastung (SCL-90). In die Studie wurden Patienten mit einem ersten Schlaganfall aus der Diagnosegruppe I63 und I61, einem NIHSS ≤ 25 in der Akutklinik und einem Alter über 18 Jahre eingeschlossen.

Ergebnisse

Zum Endpunkt der Befragung lagen Daten von 230 Teilnehmern vor, davon $n=119$ in der Interventionsgruppe und $n=111$ in der Kontrollgruppe. Die Teilnehmer hatten ein mittleres Alter von 67,7 (SD 12,3) Jahren. 47,8 % der Teilnehmer waren weiblich. Dabei zeigte die physische Skala der SIS keine signifikanten Gruppenunterschiede. Ein Jahr nach Interventionsbeginn waren keine signifikanten Gruppenunterschiede in der Inanspruchnahme folgender ambulanter Leistungen zu verzeichnen: Physiotherapie erhielten (IG vs. KG) 45,3 % vs. 45,4 %, Logopädie 18,1 % vs. 17,6 %, Ergotherapie 25,6 % vs. 16,7 % und Rehasport 17,1 % vs. 11,9 %.

Diskussion und Ausblick

Die Durchführung eines auf Information und Beratung zu bestehenden rehabilitativen und therapeutischen Angeboten basierenden multimodalen Case Managements in der poststationären Rehabilitationsnachsorge korreliert nicht mit einer höheren Inanspruchnahme ambulanter Leistungen. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass ein solcher Case Management-Ansatz in der Nachsorge von Schlaganfall unter den aktuellen Gegebenheiten nicht zu einer Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit führt. In den Blick zu nehmen scheinen daher über die Elemente der Beratung und Information hinaus auch Fragen der Verordnung rehabilitativ wirkender therapeutischer Leistungen in der Nachsorgephase als auch deren Therapiedichte.

Literatur

- Boter, H., Rinkel, G.J.E., de Haan, R.J. (2004): Outreach nurse support after stroke: a descriptive study on patients' and carers' needs, and applied nursing interventions. *Clinical Rehabilitation*, 18 (2). 156-163.
- Schaepe, C., Behrens, J., Schubert, M., Zimmermann, M. (2009): "... also im Prinzip [...], bin ich jetzt ein bisschen allein gelassen...". *DRV-Schriften*, Bd 83. 69-71.
- Schubert, M., Ayerle, G., Behrens, J., Höhne, A., Schaepe, C., Zimmermann, M. (2006): Rehabilitationserleben und Patientenautonomie aus Sicht von Schlaganfall-Betroffenen. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 71. 66-74.

Bsp. für Rehaforschung bei Schlaganfall

Studie aus dem Qualitätssicherungsprojekt „Schlaganfall Nordwestdeutschland“

Unrath/Kalic/Berger: Wer erhält eine Rehabilitation nach ischämischen Schlaganfall? Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Uniklinik Münster. Deutsches Ärzteblatt 2013, 100(7): 101-108

Hintergrund: Nach einem Schlaganfall senkt eine neurologische Rehabilitation das Risiko für Tod, Unselbständigkeit und Unterbringung in Pflegeeinrichtungen. Es gibt jedoch nur wenige Untersuchungen über Faktoren, die dazu beitragen, dass Hirninfarktpatienten nach der Akutbehandlung eine Rehabilitationsmaßnahme erhalten.

Methoden: Hirninfarktfälle (ICD 10 I63) der Jahre 2010 und 2011 aus NRL Kliniken des Qualitätsprojekts. Als Zielgruppe wurde definiert: Barthel-Index bei Entlassung von 65, keine prämorbidie Pflegebedürftigkeit, keine Weiterverlegung in eine Akutklinik. Einflussfaktoren wurden mittels binärlogischer Regression und logistischer Mehrebenenanalyse untersucht.

Ergebnisse: N = 96.955 Fälle aus 127 Kliniken. 40,8% der Patienten erhielten eine neurologische und 11,4% eine geriatrische Rehabilitation.

In der Zielgruppe (n = 14.486) erhielten 14,9% **keine** Rehabilitationsmaßnahme. Die Chance einer nachfolgenden Rehabilitation war höher für Patienten mit Paresen und Sprechstörungen bei Aufnahme.

Weibliches Geschlecht, höheres Alter, Bewusstseinsstörungen bei Aufnahme sowie vorhergehende Insulte waren wie das Fehlen eines Informationsgespräche durch den Sozialdienst mit einer geringeren Rehabilitationswahrscheinlichkeit assoziiert.

Schlussfolgerungen: 54,4% aller Hirninfarktpatienten sowie 85,1% in der primären Zielgruppe erhielten eine Rehabilitation.

Für ältere Patienten und diejenigen mit vorherigem Schlaganfall war die Wahrscheinlichkeit, Rehamassnahmen zu erhalten, geringer. Informationsgespräche durch den Sozialdienst erhöhten die Wahrscheinlichkeit.

Es sollte im Einzelfall geprüft werden, ob hohes Alter tatsächlich eine Ausschlußkriterium für Rehabilitationsmaßnahmen darstellt.

DGRW im Überblick

Kommissionen und Arbeitsgruppen

Kommission Leitlinien
Kommission Aus-, Fort- und
Weiterbildung
Arbeitsgruppe ICF
Arbeitsgruppe Methoden
Arbeitsgruppe Recht und Politik in
der Rehabilitation
Arbeitsgruppe Reha-Pflege
Arbeitsgruppe Bewegungstherapie
Arbeitsgruppe Prävention und
Rehabilitation
Arbeitsgruppe Rehabilitation und
Arbeit
gemeinsamer
Forschungsausschuss von DGRW
und DVfR

Kommissionen und Arbeitsgruppen

Derzeit sind in der DGRW zwei Kommissionen und sieben Arbeitsgruppen aktiv:

- Kommission Leitlinien
- Kommission Aus-, Fort- und Weiterbildung
- AG ICF
- AG Methoden
- AG Recht und Politik in der Rehabilitation
- AG Reha-Pflege
- AG Bewegungstherapie
- AG Prävention und Rehabilitation
- AG Rehabilitation und Arbeit

Darüber hinaus wurde im Juli 2010 ein **gemeinsamer Forschungsausschuss von DGRW und der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)** gegründet, dessen Arbeitsschwerpunkt sich auf die Betroffenenbeteiligung an der Rehabilitationsforschung bezieht.

Von 2000 bis 2009 bestand die AG Nachwuchs- und Forschungsförderung (Prof. U. Koch, Prof. M. Bullinger, Dr.

Gemeinsamer Forschungsausschuss von DGRW und DVfR

Sprecher und Koordinatoren:

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
Prof. Dr. Karl Wegscheider

In der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR, www.dvfr.de) arbeitete seit vielen Jahren ein Arbeitsausschuss Interdisziplinäre Reha-Forschung, der sich unter der Leitung von PD Dr. Michael Schuntermann insbesondere mit der ICDH bzw. ICF beschäftigte. Anschließend stand unter der Leitung von Prof. Karl Wegscheider die Betroffenenbeteiligung an der Reha- Forschung im Mittelpunkt der Arbeit des Ausschusses.

Seit 2010 arbeitet der Ausschuss als gemeinsamer Forschungsausschuss von DGRW und DVfR (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation). Aus der DGRW arbeiten u. a. folgende Personen im Ausschuss mit: Dr. Thomas Ewert, Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker, Prof. Gesine Grande, Dr. Silke Kirschning, Prof. Thorsten Meyer, Prof. Matthias Morfeld, Verena Pimmer, Prof. Felix Welti.

Der Ausschuss beschäftigt sich – in drei Arbeitsgruppen – mit drei Themenfeldern:

1. Beteiligung von Menschen mit Behinderungen an der Forschung
2. Forschung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen („Teilhabeforschung“)
3. Teilhabeberichterstattung.

Zur Beteiligung von Menschen mit Behinderungen an der Forschung hat der Ausschuss im September 2014 unter dem Titel „Partizipation an der Forschung – eine Matrix zur Orientierung“ ein Arbeitspapier erarbeitet, dem die Vorstände der DGRW und der DVfR zugestimmt haben. Das Arbeitspapier ist [in der Infobox rechts zum Download](#) verfügbar.

Beteiligung von Menschen mit Behinderungen an der Forschung

["Partizipation an der Forschung – eine Matrix zur Orientierung"](#)

Teilhabeforschung

[Diskussionspapier](#)

Stellungnahme zur Teilhabeberichterstattung

[Stellungnahme des gemeinsamen Ausschusses von DGRW und DVfR](#)

II Rehapädagogikforschung

Forschungsfragen der Pädagogischen Rehabilitation Ahrbeck 2000, 70

- „Lernen und pädagogische Begleitung beschränken sich nicht auf das Schulalter, sondern werden als lebenslanger Prozess verstanden.“
- Von der „Frühförderung“ von Menschen mit angeborener oder erworbener chronisch kranker oder behinderter Kinder bis zur „Begleitung sterbender alter Menschen.“

Subdisziplinen: Heil-, Sonder-, Behinderten- oder Rehabilitationspädagogik

- „Minderung oder Kompensation der negativen Auswirkungen von Behinderung auf das Lernen und die soziale Eingliederung.“ Bleidick 1981, 45
- „Ein pädagogischer Begriff von Behinderung liegt dann vor, wenn sich der Educans aufgrund seiner Behinderung nicht mit den 'üblichen' Mitteln erziehen und unterrichten läßt und spezieller 'besonderer' pädagogischer Verfahrensweisen bedarf.“ Bleidick 1998, 28
- „Therapeutische“ Pädagogik mit besonderer Nähe zur Medizin und Psychologie

Forschungsbedarf Ahrbeck 2000, S. 71-73

- Schulischer Sektor, außerschulischer Kontext
- Vor- und nachschulisches Lebensalter
- Nutzung neuer Informations- und kommunikationstechnischer Hilfsmittel
- Gestaltung des Wohnumfeldes und des öffentlichen Raumes
- Erleichterung von Bildungsprozessen und beruflicher Qualifikation
- Beleitung und Betreuung von Menschen mit progredienten Erkrankungen, Sterbebegleitung und Verarbeitung von Sterben und Tod
- Normalisierung und Integration der Lebenswelt

Rehapädagogikforschung Baudisch et al 2004, 282f

„Grundlegende Zusammenhänge **theoriegeleiteter Erkenntnisgewinnung und empirischer Forschung** auf dem Feld der Rehabilitationspädagogik.“

Relativ junge Theoriegeschichte mit folgenden **methodischen Positionen**:

- Wurzeln mehr zu Behinderungen als zur Erziehungswissenschaft
- Klinische Betrachtungsweise
- Fremdbestimmung durch Expertentum
- Theorieschwäche durch angewandte Forschung

Systematisierung der Forschungszusammenhänge

Baudisch 2004, 285

- Wertegeleitete Heilpädagogik
Hanselmann 1946, Moor 1954, Haeberlin 1992
- Anthropologisch begründete Behindertenpädagogik
Bach 1986, Bleidick 1974, 1996
- Ökosystematisch begründete Heil- bzw. Behindertenpädagogik
Sander 1993, Speck 1989
- Interaktionistisch-sozialkritisch begründete Behindertenpädagogik
Jantzen 1987, 1990, Feuser 1989, Rödler 1994
- Person-Umfeld-Analyse PUA, Schulze 2010, 2012

Besonderheiten Baudisch et al 2004, 285ff.

- **Ethische Dimension des Gegenstandes**
z.B. Lebenswertdebatte
- **Förderung von Entwicklung durch Erziehung**
verminderte Auseinandersetzung von Behinderten mit der Umwelt verlangt besondere Aktivitäten, Stimulation und Interaktion, Hilfen für selbstbestimmtes Leben
- **Einheit von Logischem und Historischem**
Lösungen von Sozialisations- und Lebensfragen im konkreten gesellschaftlichen Kontext und sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen
- **Interdisziplinäre Strategien**
Kooperative Bearbeitungsprozesse von Fragestellungen und Lösungen

- **Aspekte der Multikulturalität**
Studium und Anwendung von Konzepten anderer Länder und Kulturen
- **Gender Mainstreaming**
Aufzeigen und Überwinden von Ungleichheiten und Diskriminierungen aufgrund von Geschlechtszugehörigkeit
- **[Disability Mainstreaming] Waldschmidt 2000**
Beteiligung von Menschen mit Erfahrung von einem Leben mit Behinderung als Experten am Rehaforschungsprozess:
Entwicklung von Fragen, Methodenauswahl, Durchführung der Untersuchung, Ergebnisauswertung und Evaluation der Ergebnisse wie auch der Beteiligungsprozesses selber

Bezug zur Teilhabeforschung und partizipativen Forschung!

Dimensionen der Forschungsmethodik

Soziale Dimensionen

- Sozial-historische Eingebundenheit, Kontinuitäten und Diskontinuitäten

Ethisch-moralische Dimension

- Uneingeschränkte Akzeptanz des Lebensrechtes, Achtung der Würde und Autonomie des Menschen

Paradigmatische Dimension

- Theoretische Modellierung, Ansätze und Vernetzung

Methodische Dimension

- Erfüllung der Gütekriterien des Forschungsprozesse, insbesondere
- Verpflichtung auf selbstbestimmtes Leben in alle biographischen Abschnitten
- Förderung von Entwicklung und Selbstverwirklichung durch Stimulation, Hilfe und Begleitung

Handlungsleitende Dimension

- Nutzung interdisziplinärer Erkenntnismöglichkeiten bei Wahrung der Ganzheitlichkeit

Beispiele aus Forschungszusammenhängen, Institut für Sonder- und Rehapädagogik, CvO Uni Oldenburg



Publikationen

Baumann/Schmitz/Zieger (Hrsg.) (2010):

Rehapädagogik – Rehamedizin – Mensch.

Einführung in den interdisziplinären Dialog humanwissenschaftlicher Theorie- und Praxisfelder.

Baltmannsweiler: Schneiderverlag Hohengehren

- Praxis: Fließende und verschwimmene Grenzen von Medizin und Sonderpädagogik
- Forschungsgrundlagen: Theoretische Reflexionen zum Verhältnis von Medizin und Sonderpädagogik
- Psychiatrie, Neuropädagogik, akute Erkrankungen

Schulze/Zieger (Hrsg.) (2012): Erworbene Hirnschädigungen. Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

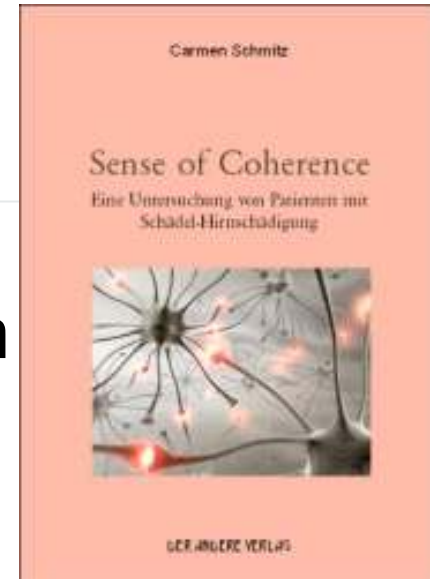
- Theoretische Grundlagen: Medizin (Engelhart) Kooperation von Medizin und Rehapädagogik (Zieger) Bedeutung für Versorgungsforschung am Beispiel Partizipations- und Teilhabeförderung (Schulze), Gemeinsame Aufgabe für die Pflege und Rehapädagogik (Hasseler)
- Interdisziplinäre theoretische Zugänge
- Rehapädagogische Arbeitsfelder mit Kindern- und Jugendlichen
- Rehabilitationspädagogische Arbeitsfelder mit Erwachsenen



Doktorarbeiten

Carmen Schmitz (Feldhaus) (2011):
Sense of Coherence in der Rehabilitation
Eine Untersuchung von Patienten mit Schädel-
Hirnschädigung. Uelvesbüll: Der Andere Verlag

- Inhaltsverzeichnis
- Einleitung
- Gegenstandsverständnis - Gegenstand (Sense of Coherence, SOC)
- Anwendungsbereiche
- Forschungsdesign - Auswertung (Methodik)
- Diskussion und Interpretation
- Reflexion
- Überlegungen zu einer Didaktik in der Rehabilitation
- Fazit und Ausblick



Jana Alber (2014): Partnerschaften nach Schlaganfall – Untersuchung zu Förderfaktoren und Barrieren im Rehaprozess (im öffentlichen Begutachtungsverfahren)

- Inhaltsverzeichnis
- Einleitung
- Bedeutung der Pädagogik im Kontext von Rehabilitation
- Rehabilitation nach Schlaganfall
- Herleitung der Fragestellung - Methodisches Verfahren
- Darstellung der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfragen
- Diskussion und Interpretation der Ergebnisse
- Reflexion und rehapädagogische Empfehlungen
- Fazit und Ausblick
- Literaturverzeichnis

Aufbau einer empirischen Arbeit

Purpose

- Problemhintergrund und Zielstellung, Forschungsstand

Method

- Material und Methode, Forschungsdesign, Mess- und Auswertungsmethoden, quantitativ – qualitativ

Results

- Ergebnisse, Darstellung, Interpretation

Discussion

- Vor dem Hintergrund und im Vergleich mit anderen Studien und Ergebnissen

Conclusions

- Schlussfolgerungen, Fazit, Ausblick, Empfehlungen für die Weiterarbeit, nachfolgende Studien etc.

Literatur

Ahrbeck, B (2000) Forschungsfragen der Pädagogischen Rehabilitation. In Bengel & Koch, S. 70-73

BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (1994) Rehabilitation Behinderter. Köln: Deutscher Ärzteverlag

Baudisch et al (2004) Einführung in die Rehabilitationspädagogik. Stuttgart: Kohlhammer

Bengel J & Koch U (Hrsg.) (2000) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer

Bleidick U et al (1981) Einführung in die Behindertenpädagogik I (2. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer

Bleidick U et al (1998) Einführung in die Behindertenpädagogik I (5. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer