

bedarfsorientiert
Hochschulen
Weiterbildung
wissenschaftlich
praxisnah
Gesundheitsberufe

Lehrmaterialien

Modul: Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion

Autoren/innen

Hagenbrock, J.; Kusserow, K. M.; Babitsch, B.

Unter Beteiligung von:

Jordan, M.; Jochmaring, J.; Quack, A.; Rathmann, K.

Diese Publikation wurde im Teilvorhaben ‚Kompetenzentwicklung für Fachkräfte im Gesundheitswesen: Analyse der Kompetenzpassung und Ableitung einer akademischen, kompetenz- und zielgruppenorientierten Weiterbildung im Rahmen von Lebenslangem Lernen‘ (KeGL-UOS) ‘ der Universität Osnabrück innerhalb des niedersächsischen Verbundvorhabens ‚Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens (KeGL)‘ erarbeitet. Folgende Hochschulpartner sind an dem Verbund beteiligt:

- Hochschule Hannover, Fakultät V: Diakonie, Gesundheit und Soziales, Abteilung Pflege und Gesundheit
- Jade Hochschule, Zentrum für Weiterbildung, Oldenburg
- Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
- Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Abteilung New Public Health
- Ostfalia Hochschule, Fakultät Gesundheitswesen, Wolfsburg

Das dieser Publikation zugrundeliegende Vorhaben wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH21027 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei der Autorin/dem Autor/den Autoren.


Osnabrück, Juli 2018

Inhaltsverzeichnis

1.	Inhaltliche Ausgestaltung des Pilotmoduls „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“	4
2.	Beschreibung, Lernergebnisse und Weiterbildungsinhalte des Pilotmoduls „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“	4
3.	Präsentation Einführungsveranstaltung	5
4.	Pilotmodulspezifische Präsentation ZuVeKo.....	19
5.	Präsentation am zweiten Präsenztage „Rehabilitation, Inklusion und Teilhabe“ (Herr Jochmaring).....	23
6.	Arbeitsauftrag „Lesetagebuch“ erste Selbstlernphase zur Nachbereitung der ersten Präsenzphase	48
7.	Arbeitsaufträge „Leseauftrag Inklusion“ und „Fallbeispiel Diagnostik und Beratung“ erste Selbstlernphase zur Vorbereitung der zweiten Präsenzphase	49
8.	Präsentation am dritten Präsenztage „Inklusion im Bereich Gesundheit“ (Frau Prof. Dr. Rathmann)	50
9.	Präsentation „Information zum Modulabschluss“	81
10.	Präsentation am vierten Präsenztage „Klient*innen als Individuum“ (Frau Quack)	83
11.	Arbeitsauftrag „Mindmap“ zweite Selbstlernphase zur Nachbereitung der zweiten Präsenzphase.....	100
12.	Präsentation am fünften Präsenztage „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“ (Frau Jordan).....	101
13.	Vorbereitung Modulabschluss.....	118
14.	Modulabschluss	119

1. Inhaltliche Ausgestaltung des Pilotmoduls „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“



Präsenzzeit 42 UE = 31,5 Std.	Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion		
Freitag, 31.03.2017 14:00 - 18:30 Uhr	Einführungsphase	Projekt ZuVeKo	Erfahrungsaustausch
Samstag, 01.04.2017 08:30 - 17:00 Uhr	Grundlagen zur Selbstbestimmung im Rahmen von Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion		
Freitag, 12.05.2017 14:00 - 18:30 Uhr	Inklusion im Bereich Gesundheit		
Samstag, 13.05.2017 08:30 - 17:00 Uhr	Klient*in als Individuum – individuelle Lebenssituationen, Bedarfe und Ressourcen wahrnehmen und zielorientiert beraten		
Freitag, 09.06.2017 14:00 - 18:30 Uhr	Planungs- und Durchführungsprozess in Abstimmung mit Klient*innen/Rehabilitand*innen	Modulabschluss (Reflexion, Evaluation)	
Samstag, 10.06.2017 08:30 - 17:00 Uhr	Modulabschluss (Vorbereitung, Fallarbeit, Präsentation)	Rückblick und gemeinsamer Abschluss	
Selbstlernzeit 168 UE = 126 Std.			Gesamt: 240 UE = 180 Std.
Prüfungsvorbereitung 30 UE = 22,5 Std.	<small>Gefördert vom</small>  Bundesministerium für Bildung und Forschung		

2. Beschreibung, Lernergebnisse und Weiterbildungsinhalte des Pilotmoduls „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“

Pilot-Modultitel	Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“
Kurzbeschreibung des Moduls	Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion sind Aufgaben, mit denen Personen in Gesundheitsberufen gegenwärtig und in Zukunft zunehmend konfrontiert sein werden. Dieses Zertifikatsangebot vermittelt Grundlagen der Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion und zielt darauf ab, die Kompetenzen der Teilnehmenden in Bezug auf situations- und klientelgerechte Bedarfsbestimmung, Beratung und Planungsprozesse zu erweitern bzw. zu stärken. Mithilfe einer Kombination aus Theorie und Praxisbezug erhalten Sie die Möglichkeit diese Kompetenzen im Berufsalltag umzusetzen und zu reflektieren.
Lernergebnisse	<p>Die Teilnehmer*innen sind in der Lage,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundlagen, Unterschiede und Zusammenhänge von Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion zu erfassen und dieses Wissen in den Arbeitsalltag einzubeziehen. ▪ soziale und gesundheitliche Ungleichheiten zu erkennen und in Beziehung zu Entwicklungsprozessen von Klient*innen zu setzen. ▪ individuelle Lebenssituationen, Bedarfe und Ressourcen von Klient*innen einzuschätzen und Klient*innen und Angehörige entsprechend zu beraten. ▪ gemeinsam mit Klient*innen erreichbare Ziele zu definieren. ▪ in Absprache mit Klient*innen die Vorgehensweise zu erarbeiten und selbstständig umzusetzen.
Weiterbildungsinhalte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundlagen von Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion ▪ Heterogenität ▪ Soziale und gesundheitliche Ungleichheit ▪ Individuelle Lebenssituationen ▪ Bedarfsbestimmung ▪ Wahrnehmung und Nutzung von Ressourcen ▪ Verschiedene Beratungsansätze ▪ Zieldefinition, Planung und Durchführung in Abstimmung mit Klient*innen ▪ Situations- und klientelgerechte Umsetzung von Maßnahmen

3. Präsentation Einführungsveranstaltung



Herzlich Willkommen an der
Universität Osnabrück

KeGL | Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



Wissenschaftliche Zertifikatsangebote für Gesundheitsberufe - Pilotierung und Evaluation -

Einführungsveranstaltung
31. März und 1. April 2017
Osnabrück

Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH



KeGL | Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



Gliederung

1. Begrüßung und Vorstellung
2. Einordnung des Teilvorhabens der Universität Osnabrück in das Verbundprojekt KeGL
3. Allgemeine Planung und Organisation
4. Modulübergreifende Lernmaterialien
5. Modulabschluss
6. Offene Fragen und Anregungen
7. Evaluation

KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

3

KeGL | Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



1. Begrüßung und Vorstellung

KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

4



Die Stadt Osnabrück

- 155.000 Einwohner*innen
- Ein Großteil der Universität ist in die historische Altstadt integriert.
- Eine Stadt mit 800-jähriger Geschichte, die zahlreiche Kultur- und Freizeitaktivitäten anbietet
- Sitz der Deutschen Bundesstiftung Umwelt, der Deutschen Stiftung Friedensforschung und von terre des hommes



www.uni-osnabrueck.de 5



Universität Osnabrück in Nordwestdeutschland

- Internationale Spitzenforschung in den Naturwissenschaften, Geistes- und Sozialwissenschaften, Rechts- und Wirtschaftswissenschaften und den Humanwissenschaften
- 14.000 Studierende
- 1.715 Beschäftigte gesamt
davon 981 Personen im akademischen und wissenschaftlichen Dienst
- 211 Professor*innen

Universität Osnabrück
https://www.uni-osnabrueck.de/universitaet/zahledatenfakten.html [Letzter Zugriff am 30.03.2017]

www.uni-osnabrueck.de 6

Universität Osnabrück, Abteilung New Public Health



Fehlerberichtssysteme

Potenzial nicht ausgeschöpft

Fehlerberichtssysteme werden in der Praxis noch zu wenig eingesetzt, und das hat Folgen.
Ärztzeitsung, 21.9.2016

Universität Osnabrück, Abteilung New Public Health

NEW PUBLIC HEALTH

„Public Health ist die Wissenschaft und Praxis zur Vermeidung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Public-Health-Maßnahmen zielen primär auf die Gesunderhaltung der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen durch organisiertes gesellschaftliches Handeln.“

(Deutsche Gesellschaft für Public Health, 2012)

Universität Osnabrück, Abteilung New Public Health | Forschung

KeGL-UOS Aufstieg durch Bildung: Offene Hochschule Bildungs- und Verwirklichungschancen	Systematisierung von Ansätzen in der Prävention von Kinderübergewicht Präventionsforschung
Modellvorhaben 'Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen' – „GrundGesund“ Gute, gesunde Schule	Versorgungsstudie zu Erwachsenen mit Spina Bifida Reha-Studie zu Adipositas Neue Versorgungsmodelle
RehaVersorgungsstudie Teilhabe & Inklusion in der Gesundheitsversorgung	Hochzuverlässige Organisation im Gesundheitswesen Patientensicherheits- und Nachhaltigkeitsforschung
Gender und Transplantation Diversity & Inklusion in der Gesundheitsversorgung	... und gemeinsam mit Universität Osnabrück & Hochschule Osnabrück GesundheitsCampus Osnabrück

Universität Osnabrück, Abteilung New Public Health | Lehre

Portfolio Evidenzbasierung und Forschungsmethoden	Grundlagen von Public Health
Gesundheitssystem und -versorgung	Kommunikation und Kooperation
Management im Gesundheitssystem	Kolloquien

2. Einordnung des Teilvorhabens der Universität Osnabrück in das Verbundprojekt KeGL

KeGL | Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens

Zielsetzung

- Ermittlung von Weiterbildungsbedarfen von Gesundheitsberufen,
- Entwicklung von kompetenzorientierten wissenschaftlichen Zertifikatsangeboten zur Professionalisierung von Gesundheitsberufen,
- Beitrag zu einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung durch hoch qualifizierte Fachkräfte leisten.



Ziele des Bund-Länder-Wettbewerbs

- Erhöhung von **Bildungschancen** aller Bürger*innen
- Engere Verknüpfung von beruflicher und akademischer Bildung
- Verbesserung der **Durchlässigkeit**
- **Förderung lebenslangen, wissenschaftlichen Lernens**, insbesondere für spez. Zielgruppen (Berufstätige, Berufsrückkehrer*innen, Personen mit Familienpflichten etc.)

Zweite Wettbewerbsrunde (2014-2020)

- 37 Einzelprojekte
- 10 Verbundprojekte

Hintergrund des Verbundprojekts KeGL

Neue Anforderungen an Gesundheitsberufe u. a. durch:

- Demografische und soziale Veränderungen
- Strukturänderungen der Versorgung
- Veränderte Gesetzeslage
(vgl. Görres, 2013, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012)

Mangel an belastbaren Daten zur/zu:

- Passung vorhandener Kompetenzen hinsichtlich aktueller und zukünftiger Anforderungen der Berufspraxis
- Weiterbildungsbedarfen der Berufsangehörigen

Verbundstruktur KeGL

BMBWF-Verbundprojekt Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens (KeGL)			
Forschungsbereich A: fachspezifisch-kompetenzorientiert			
Kompetenzentwicklung und -bewertung	Komplexitätsbewältigung/interdisziplinäre Lösungsstrategien mit den einschlägigen beruflichen Professions im Adressatenspezifischer Orientierung (KAGP)	Leitung: Dr. Tobias Sauser	Hochschule Hannover ZSW - Medizin und Life
	Kompetenzpassung und Entwicklung von Berufen für die Kompetenzentwicklung aufgewählter Gesundheitsberufe (KofitG)	Leitung: Prof. Dr. Birgit Babitsch	Universität Osnabrück Fachbereich Humanwissenschaften Forschungsbereich Public Health
	Kompetenzanforderungen für multiprofessionelle Kooperationen und Schnittstellenmanagement im Gesundheitswesen auf Grundlage von Aus-, Fort- und Weiterbildungsberufen (Kobeg)	Leitung: Prof. Dr. Birgit Babitsch	Leitung des Teilvorhabens: Prof. Dr. Birgit Babitsch
	Neue Kompetenzbereiche von Gesundheitsberufen für eine zukünftige Versorgung (Konev)		
Formative und summative Evaluation der Erprobung von Modulen (Formev)			
Kompetenzentwicklung und -bewertung	Neue Aufgabenprofile von Gesundheitsberufen für eine zukünftige Versorgung Patientensicherheitsmanagement (PMSG)	Leitung: Prof. Dr. Andrea Braun von Rosenroth	Hochschule Osnabrück Fakultät Wirtschaftswissenschaften
	Kompetenzpassung und -entwicklung von Berufen für die Kompetenzentwicklung bei Gesundheit und Arbeitsunfallrisikopraxis (KAPU)	Leitung: Prof. Dr. Ulrike H. Haber	Leitung des Teilvorhabens: Prof. Dr. Andrea Braun von Rosenroth
	Forschungsbereich B: allgemein-kompetenzorientiert		
Anpassung von akademischen und beruflichen Leistungen durch innovative Formate zur Überprüfung von Kompetenzprofilen (Kovp)	Leitung: Prof. Dr. Andrea Braun von Rosenroth		
	Optimale Übergangsgestaltung von Fachleistungsprofilen zu akademischen Profilen (ÜGOp)	Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Amels-Eberle	
Datenanalyse (DatA)	Leitung: Dipl. Inf. In. Corinna	Johanna Hochschule Zentrum für Weiterbildung	
	Regulierung von Gesundheitsberufen ab 2020 für die Kompetenzentwicklung im Gesundheitsberufswesen (ReguG)	Leitung: Univ.-Prof. Dr. Tobias Sauser, Osnabrück, G.A.	Osnabrück Hochschule Fakultät Gesundheitswesen

Teilvorhaben der Universität Osnabrück

Ziele

- Identifikation von **aktuellen und zukünftigen zentralen Kompetenzen und Kompetenzbedarfen** durch empirische Erhebungen
- Ableitung von **Kompetenzprofilen zur Kompetenzentwicklung** für den Berufsalltag im Rahmen des Lebenslangen Lernens
- Überführung in Anforderungen für eine **passgenaue (Aus-, Fort- und Weiterbildung)**

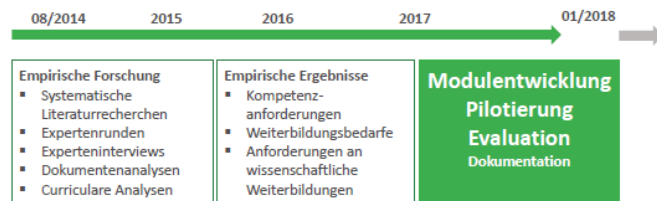
Teilvorhaben der Universität Osnabrück

Ziele

- Entwicklung von exemplarischen bedarfsorientierten wissenschaftlichen **Weiterbildungsmodulen** mit dem Ziel der Kompetenzentwicklung hinsichtlich zukünftiger Versorgungsanforderungen
- Im Rahmen des Forschungsprojektes „Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens“ (KeGL) ist die Teilnahme aufgrund von **Erprobungszwecken (Pilotcharakter)** kostenfrei.

3. Allgemeine Planung und Organisation

Projektverlauf und Forschungsdesign



Zeit, Raum und Formalitäten

MID-Modulzeit			
Prüfungsausschuss 02.07 - 01.09.2017	Freizeitg. 3 x 3 UE Semester 5 x 6 UE 5-02 UE		
Frühg. 21.03.2017 14:00 - 18:30 Uhr	Einführungsphase	Vorbereitung Teilprojekt	Durchführungsvorlesung
Samstag 03.04.2017 08:30 - 17:00 Uhr	2. Präsenztag		
Frühg. 12.06.2017 14:00 - 18:30 Uhr	3. Präsenztag		
Samstag 13.06.2017 08:30 - 17:00 Uhr	4. Präsenztag		
Frühg. 09.08.2017 14:00 - 18:30 Uhr	5. Präsenztag		
Samstag 10.08.2017 08:30 - 17:00 Uhr	Modulabschluss (Balletttag, Präsentation)	Vorbereitung Modulabschluss	
Schulferien 1.08 - 1.09.2017	Einführungsphase 28 UE = 21,5 Std.	Schulferien 2.08 - 07.09.2017	Schulferien 20 UE = 15 Std.
Prüfungsausschuss 01.07 - 01.09.2017			Schluss 7.01 UE = 5,5 Std.

4. Modulübergreifende Lernmaterialien

Inhalte, Ziele und Arbeitsweise

Inhalte

- Moodle-Lernplattform, Präsentations- und Moderationstechniken, wissenschaftliches Arbeiten, Lerntagebuch, Kollegiale Beratung

Ziele

- Modulübergreifende Auseinandersetzung mit und Reflexion von verschiedenen wissenschaftlichen Inhalten
- Anwendung der Lernmaterialien als Orientierungshilfe im Lernprozess

Arbeitsweise

- Bearbeitung und Vertiefung der Inhalte in der Selbstlernzeit (verpflichtend)
- Abgabe des Lerntagebuches (vgl. Formalien Lerntagebuch)

Lernmaterial: Wissenschaftliches Arbeiten (1)



Lernmaterial: Wissenschaftliches Arbeiten (2)

Zielsetzung

- Wissenschaftliches Arbeiten: Recherche und kritische Auseinandersetzung mit fachwissenschaftlicher Literatur

Mögliche Leitfragen

- Wie kann ich geeignete Literatur finden (Suchprozess)?
- Wo werde ich nach Literatur fündig?
- Woran erkenne ich seriöse Literaturquellen?

Arbeitsweise

- Anwendung als Orientierungshilfe im Rahmen der Präsenz- und Selbstlernphasen

Lernmaterial: Lerntagebuch (1)



KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

25

Lernmaterial: Lerntagebuch (2)

Zielsetzung

Das Lerntagebuch wird verwendet, um neben der individuellen Auseinandersetzung mit den Lehrinhalten, die Reflexion des eigenen Lernprozesses und Anknüpfungspunkte zu persönlichen Erfahrungen zu fördern.

KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

26

Lernmaterial: Lerntagebuch (3)

Mögliche Leitfragen

- „Welche weiterführenden Fragen wirft das Gelernte auf? Regt es mich zu Gedanken an, die über den Stoff im engeren Sinne hinausführen?“ (Rambow & Nückles, 2002).
- „Welche Aspekte des Gelernten fand ich interessant, nützlich, überzeugend, und welche nicht? Warum?“ (ebd., 2002).
- „Welche Aspekte des Gelernten kann ich bei gegenwärtigen oder zukünftigen Tätigkeiten selber nutzen? Wie könnte eine solche Nutzung aussehen?“ (ebd., 2002).

KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

27

Lernmaterial: Lerntagebuch (4)

Formalien

- Nutzen Sie bitte die erstellte Vorlage für die Bearbeitung Ihres Lerntagebuchs. Diese finden Sie auf der Lernplattform „Moodle“ in der Datei „Lerntagebuch“ als Anlage 1.
- Für die ersten zwei Präsenzveranstaltung und die zwei Selbstlernphasen schreiben Sie bitte ein eigenes „Kapitel“ in Ihrem Lerntagebuch.
- Sie haben zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit den aktuellen Stand Ihres Lerntagebuchs an die für Sie zuständigen Ansprechpartner*innen zu versenden. In diesem Gespräch können bspw. offene Fragen, Anmerkungen oder sonstige Angelegenheiten im Sinne einer „Lernbegleitung“ thematisiert werden.
- Das Lerntagebuch ist spätestens bis zum **08. Juni 2017** zum Nachweis Ihrer Selbstlernzeit an die entsprechenden Ansprechpartner*innen per E-Mail zu versenden.

KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

28

Lernmaterial: Präsentations- und Moderationstechniken (1)



KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

29

Lernmaterial: Kollegiale Beratung (1)



KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

31

Lernmaterial: Präsentations- und Moderationstechniken (2)

Skript

- Vorbereitung einer Moderation/ Präsentation
- Durchführung einer Moderation/ Präsentation
- Nachbereitung einer Moderation/ Präsentation

- Unterschiede Moderation – Präsentation
- Die Rolle der Moderator*in
- Moderationstechniken/-methoden
- Präsentationsmedien
- Checklisten „Vorbereitung einer Moderation/ Präsentation“

KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

30

Lernmaterial: Kollegiale Beratung (2)

Zielsetzung

- Erlernen und Anwenden eines Beratungskonzeptes für (interprofessionelle) Gruppen und Teams zur Analyse, Lösung und Reflexion von berufsbezogenen Fällen und/oder Situationen

Mögliche Fragen zur Selbstreflexion

- Was gefällt Ihnen an dem Beratungskonzept „Kollegiale Beratung“?
- Beschreiben Sie kurz, welche Voraussetzung die Teilnehmer*innen für die „Kollegiale Beratung“ mitbringen sollten?

Arbeitsweise

- Anwendung als Orientierungshilfe im Rahmen der Präsenz- und Selbstlernphasen

KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

32

Lernmaterial: Feedback (1)



KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

33

Lernmaterial: Moodle-Lernplattform (1)



KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

35

Lernmaterial: Feedback (2)

Zielsetzung

- Erlernen und Anwenden des Feedbacks in einer Gruppe anhand unterschiedlicher Kriterien des Feedback-Gebens und des Feedback-Nehmens.

Mögliche Leitfragen

- Was sind die Grundlagen des Feedbacks?
- Was sind die Regeln des Feedback-Nehmens und des Feedback-Gebens?

Arbeitsweise

- Anwendung zur Stärkung positiver Verhaltensweisen in Prüfungs- und Präsentationssituationen.

KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

34

Lernmaterial: Moodle-Lernplattform (2)



modular object-oriented dynamic learning
environment

KeGL - Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens
Teilvorhaben der Universität Osnabrück, Projektleitung Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

36

Lernmaterial: Moodle-Lernplattform (3)

Was ist Moodle?

Moodle ist eine Software für Lernplattformen im Internet, die von Bildungseinrichtungen genutzt werden können, um eigene Moodlesysteme zu betreiben und dort Lernangebote für ihre Zielgruppen bereitzustellen.

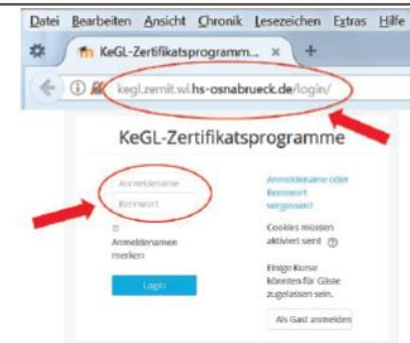
Lernmaterial: Moodle-Lernplattform (4)

Die ersten Schritte in Moodle

- Moodle finden
- Login/Anmeldung
- Profil bearbeiten
- Kurse finden

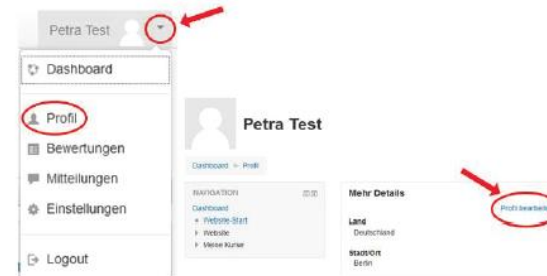
Lernmaterial: Moodle-Lernplattform (5)

Login/Anmeldung



Lernmaterial: Moodle-Lernplattform (6)

Das persönliche Moodle-Profil



Lernmaterial: Moodle-Lernplattform (7)

Arbeitsmaterial und Aktivitäten

- Hochladen von Dateien
- Aufgabe
- Chat
- Forum

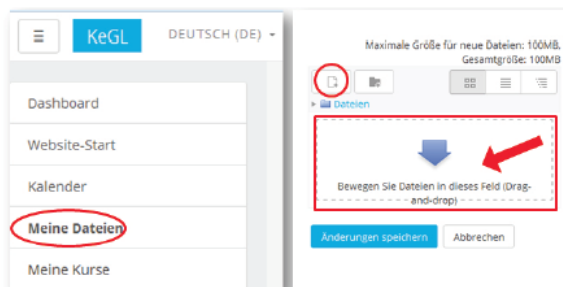
Lernmaterial: Moodle-Lernplattform (9)

Aufgabe



Lernmaterial: Moodle-Lernplattform (8)

Das Hochladen von Dateien



Lernmaterial: Moodle-Lernplattform (10)

Kommunikationsmöglichkeiten

Chat

Die Aktivität Chat ermöglicht in Echtzeit online über bestimmte Themen zu diskutieren

Forum

Die Aktivität Forum ermöglicht Meinungen auszutauschen, zu diskutieren oder Fragen zu stellen und zu beantworten

5. Modulabschluss

Modulabschluss: Formalien

Ende der 2. Präsenzzeit

- Ihre **Entscheidung der Lernbegleitung mitteilen**, welchen Modulabschluss Sie anstreben:
 - Teilnahme ohne Modulprüfung: **Teilnahmebescheinigung** bei regelmäßiger Teilnahme
 - Teilnahme mit Modulprüfung: **Hochschulzertifikat**

Modulabschlussprüfung

Vorbereitung

- **Gruppenarbeit** (ca. 3 bis 4 Personen)
- **Fallarbeit**: Auswahl zwischen eigenen Fallbeispielen oder bereits formulierten Fallbeispielen
- **Fallbearbeitung** während der 2. Selbstlernzeit
- **Lernbegleitung**

Durchführung

- **Präsentation** der Fallbearbeitung im Plenum (15 bis 20 Minuten)
- **Diskussion** der Ergebnisse im Plenum (5 bis 10 Minuten)
- **Selbstreflexion** der Fallbearbeitung (15 Minuten)

6. Offene Fragen und Anregungen

7. Evaluation

Evaluation (1)

Ziele und Zweck

- Evaluation der Qualität und der Inhalte der **Zertifikatsangebote**
- Evaluation des **Theorie-Praxis-Transfers**
- **Ableitung von Verbesserungsansätzen**

Nutzen für die Teilnehmer*innen

- **Anpassung an die Bedürfnisse/Erwartungen** der Teilnehmer*innen
- **Qualitätsverbesserung** des laufenden Weiterbildungsangebotes

Evaluation (2)

Befragung aller Akteure

- Teilnehmer*innen
- Referent*innen
- Modulentwickler*innen

→ zu unterschiedlichen Befragungszeitpunkten

Evaluation (3)

Geplante Befragungen der Teilnehmer*innen

Erhebungen	Kurzbeschreibung	Befragungszeitpunkte
1	Persönliche Angaben, Motivation, Erwartungen, schulische/berufliche Qualifikation, aktuelle berufliche Tätigkeit, besondere Bedarfe	Am Ende der Einführungsveranstaltung
2	Hemmende und fördernde Faktoren beim Lernen, Produktqualität	Am Ende der 2. Präsenzphase
3	Lernerfolg, Produktqualität, erwartete Umsetzung	Am Ende des letzten Präsenztermins
4 (optional)	Tatsächliche Umsetzung (Förder- und Hemmfaktoren)	3 Monate nach Abschluss des Weiterbildungsangebots (online-Befragung)

Evaluation (4)

Datenschutz und Einverständniserklärung

- **Freiwillige** Teilnahme
- **Vertrauliche** Behandlung der Daten
- **Keine Rückschlüsse** auf Person möglich (Anonymität)
 - Getrennte Aufbewahrung
 - Code-Generierung zum Vergleich der Daten
- Datenaufbewahrung: **2 Jahre**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.komm-weiter-gesundheitsberufe.de

4. Pilotmodulspezifische Präsentation ZuVeKo

Neue Kompetenzbereiche für eine zukünftige Versorgung - KeGL-Teilprojekt „ZuVeKo“

Einführungstag: Zertifikatsangebot „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“
31. März 2017, Osnabrück

Universität Osnabrück, Jill Hagenbrock M.Sc., Kim Marei Kusserow M.A., Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH



Gliederung

1. KeGL-Teilprojekt „ZuVeKo“
2. Methodisches Vorgehen
3. Ergebnisse
4. Zertifikatsangebot
5. Kennenlernen/Erfahrungsaustausch

1. Teilprojekt „ZuVeKo“

Universität Osnabrück

Fachbereich Humanwissenschaften

Fachgebiet New Public Health

Leitung des Teilvorhabens: Prof. Dr. Birgit Babitsch

Kompetenzpassung und Ermittlung von Bedarfen für die Kompetenzentwicklung ausgewählter Gesundheitsdienstberufe (KoWeGe)
Kompetenzanforderungen für multiprofessionelle Kooperationen und Schnittstellenmanagement im Gesundheitswesen und Ableitung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalten (Kamkos)
Neue Kompetenzbereiche von Gesundheitsdienstberufen für eine zukünftige Versorgung (ZuVeKo)
Formative und summative Evaluation der Erprobung von Modulen (ForSuVa)

1. Teilprojekt „ZuVeKo“

Theoretischer Hintergrund

- Veränderungen in den Gesundheitsberufen
durch: - Demografischen und sozialen Wandel
- medizintechnische Entwicklungen
- strukturellen Änderungen im Gesundheitssystem

1. Teilprojekt „ZuVeKo“

Zielsetzung

- Erforschung derzeitiger und zukünftiger Anforderungen an Gesundheitsberufe
- Überprüfung des vorhandenen Aus-, Fort-, Weiterbildungsangebotes in Bezug auf zukünftige Anforderungen
- Entwicklung und Pilotierung eines wissenschaftlichen Weiterbildungsmoduls auf Grundlage der Erhebung

2. Methodisches Vorgehen

Für die Erhebungen wurden exemplarisch die Berufsgruppen Physiotherapie und Heilerziehungspflege ausgewählt.

Multi-Methoden-Ansatz

- Systematische Recherche (Fachliteratur, Rechtliche Grundlagen, etc.)
- Quantitative Erhebung (Online-Fragebogen)
- Qualitative Erhebung (Experteninterviews)

2. Methodisches Vorgehen

Quantitative Befragung

- Onlinebefragung
- Je Beruf zwei Fragebögen : 1x Arbeitnehmer*innen, 1x Arbeitgeber*innen, Forschung, Berufsverbände, Leistungsträger, Aus-,Fort-,Weiterbildung
- Bundesweit über Berufsverbände und regionale Arbeitgeber*innen
- Themenkomplexe: persönliche und berufliche Angaben, Bewertung der beruflichen Situation, Einschätzung der zukünftigen Kompetenzanforderungen und aktuellen Weiterbildungsangeboten
- Stichprobe

	Heilerziehungspflege	Physiotherapie
Arbeitnehmer*innen	269	181
Arbeitgeber*innen	56	138

2. Methodisches Vorgehen

Qualitative Befragung

- Leitfadengestützte Experteninterviews am Telefon
- Vertiefung der in Online-Befragung aufgezeigten Themenkomplexe (Fragen zur derzeitigen Situation der Berufsgruppe, wichtigste Kompetenzen, Pflege, Umgang mit psychischen Auffälligkeiten, Erfassung der Klient*innen, Beratung, Kommunikation, Prävention und Gesundheitsförderung, Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote)
- 49 Experten aus Berufspraxis und Verbänden

3. Ergebnisse

- Kuration, Rehabilitation und Inklusion werden in der Onlinebefragung hinsichtlich zukünftiger Kompetenzanforderungen als besonders wichtig eingeschätzt
- Experten bestätigen Ergebnisse der Onlinebefragung
- Vermittlung der Kompetenzen mittels Fort- und Weiterbildungen wird als wertvoll erachtet

3. Ergebnisse

Ergebnisse als Basis für die Entwicklung eines zielgruppenorientierten und wissenschaftlichen Weiterbildungsmoduls:

„Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“

4. Zertifikatsangebot

Pilotmodulbeschreibung

Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion sind Aufgaben, mit denen Personen in Gesundheitsberufen bereits und in Zukunft zunehmend konfrontiert sein werden. Dieses Modul vermittelt **Grundlagen der Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion** und zielt darauf ab, die Kompetenzen der Teilnehmenden in Bezug auf **situations- und klientelgerechte Bedarfsbestimmung, Beratung und Planungsprozesse** zu erweitern bzw. zu stärken. Mithilfe einer **Kombination aus Theorie und Praxisbezug** erhalten sie die Möglichkeit diese Kompetenzen im Berufsalltag umzusetzen und zu reflektieren.

4. Zertifikatsangebot

Zeitliche und inhaltliche Planung

	Präsenzzeit 42 UE = 41,5 Std.		Freitags 8 x 5 UE Samstags 3 x 9 UE = 42 UE
Freitag, 31.03.2017 14:00 - 18:30 Uhr 3 UE, 45 min Pause	Einführungsphase	Projekt ZuVieKo	Erfahrungsaustausch und Praxisbeispiele der TN
Samstag, 01.04.2017 08:30 - 17:00 Uhr 9 UE, 105 min Pause	Grundlagen zur Selbstbestimmung im Rahmen von Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion		
Freitag, 13.05.2017 14:00 - 18:30 Uhr 3 UE, 45 min Pause	Inklusion im Bereich Gesundheit		
Samstag, 13.05.2017 08:30 - 17:00 Uhr 9 UE, 105 min Pause	Klient*in als Individuum – individuelle Lebenssituationen, Bedürfnisse und Ressourcen wahrnehmen und zielorientiert beraten		
Freitag, 09.06.2017 14:00 - 18:30 Uhr 3 UE, 45 min Pause	Planungs- und Durchführungsprozess in Abstimmung mit Klient*innen/Rehabilitand*innen	Vorbereitung Modulprüfung	
Samstag, 10.06.2017 08:30 - 17:00 Uhr 9 UE, 105 min Pause	Modulprüfung (Präsentation, Poster)	Modulprüfung (Präsentation, Poster)	Modulabschluss (Reflexion, Evaluation)
Selbstlernzeit 168 UE = 126 Std.	Einführungsphase 18 UE = 13,5 Std.	Selbstlernaufgaben 180 UE = 97,5 Std.	Selbstreflexion 20 UE = 15 Std.
Prüfungsvorbereitung 30 UE = 22,5 Std.			Gesamt: 240 UE = 180 Std.

4. Zertifikatsangebot

Haben Sie Fragen oder Anmerkungen?

5. Kennenlernen/Erfahrungsaustausch

- Vorstellungsrunde
- Erwartungsabfrage

5. Kennenlernen/Erfahrungsaustausch

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

5. Präsentation am zweiten Präsenztage „Rehabilitation, Inklusion und Teilhabe“ (Herr Jochmaring)

tu technische universität dortmund fakultät rehabilitationswissenschaften Lehrstuhl für Ergotherapie und Rehabilitation KeGL Kooperationsstelle für Gesundheitswissenschaften an der TU Dortmund

Workshop am 1.4.2017

Rehabilitation, Inklusion und Teilhabe

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

1

tu technische universität dortmund fakultät rehabilitationswissenschaften Lehrstuhl für Ergotherapie und Rehabilitation KeGL Kooperationsstelle für Gesundheitswissenschaften an der TU Dortmund

Struktur und Themenblöcke

- Behinderung und Beeinträchtigung
Behinderung, Armut und soziale Ungleichheit
- Rehabilitation
- Teilhabe
Teilhabe und Behinderung
- Inklusion
Inklusion im Bildungssystem
Inklusion und Arbeitswelt

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

2

tu technische universität dortmund fakultät rehabilitationswissenschaften Lehrstuhl für Ergotherapie und Rehabilitation KeGL Kooperationsstelle für Gesundheitswissenschaften an der TU Dortmund

Behinderung und Beeinträchtigung

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

3

Raumdiskussion

Thesen

1. Einschätzung der These und räumliche Zuordnung
2. Diskussion innerhalb der Kleingruppe
3. Schlagwörter und Fragen festhalten
4. Abschließende Diskussion in der Großgruppe

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

Raumdiskussion

- Was assoziieren sie mit dem Textausschnitt?
- Welche inhaltlichen Anknüpfungspunkte sehen sie?

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

These Raumdiskussion

Eine Behinderung hat nichts mit Beeinträchtigung zu tun

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

Behinderung vs. Beeinträchtigung

- Beeinträchtigung:
Aufgrund von Besonderheiten von Körperfunktionen / Körperstrukturen liegt eine Einschränkung vor
- Behinderung:
Im Zusammenhang mit der Beeinträchtigung sind Teilhabe und Aktivitäten dauerhaft eingeschränkt

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

7

Behinderung vs. Beeinträchtigung

- Liegt aufgrund von **Besonderheiten von Körperfunktionen/-Strukturen eine Einschränkung** vor, wird dies als **Beeinträchtigung** bezeichnet
- **Erst wenn im Zusammenhang mit dieser Beeinträchtigung Teilhabe und Aktivitäten dauerhaft eingeschränkt** werden, wird von **Behinderung** ausgegangen

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

8

Behinderung gemäß §2 SGB IX

Menschen gelten als behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ (§2 SGB IX)

• Anerkannte Schwerbehinderung:




„Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des §73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.“ (SGB IX, §2 Abs. 2)

1.1 Verständnis von Behinderung und Beeinträchtigung

In der öffentlichen Debatte, der politischen Diskussion und in der wissenschaftlichen Forschung zur Thematik dieses Berichtes werden unterschiedliche Begriffe verwendet, darunter z.B. die Begriffe „Menschen mit Behinderungen“ oder „Menschen mit Beeinträchtigungen“. Diese Bezeichnungen werden häufig synonym verwendet, betonen jedoch unterschiedliche Aspekte. Während „Behinderung“ stärker auf die soziale Dimension verweist (durch Barrieren in der Umwelt „behindert werden“), ist der Begriff „Beeinträchtigung“ neutraler und bezieht sich auf konkrete Einschränkungen bei Aktivitäten in verschiedenen Lebensbereichen, mit denen die betroffenen Menschen konfrontiert sind (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 7).

Verständnis von Behinderung

Im deutschen Sozialrecht hat sich der Begriff „Behinderung“ etabliert. Menschen mit Behinderungen sind nach dem Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz - BGG) „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Als langfristig gilt ein Zeitraum, der mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert“ (§ 3 BGG).

Gegründet von
 Bundesministerium
 für Bildung

Kooperationsverbündung mit
 Universität zu Köln
 an Standort der
 Leibniz-Universität Hannover

Verständnis von Behinderung

Eine Behinderung liegt demnach vor, wenn Schädigungen oder Abweichungen von anatomischen, psychischen oder physiologischen Körperstrukturen und -funktionen einer Person mit Barrieren in ihrer räumlichen und gesellschaftlichen Umwelt so zusammenwirken, dass eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft nicht möglich ist (WHO, 2001). Abbildung 1 macht anschaulich, wie gesundheitliche Probleme, Umwelt- und personenbezogene Faktoren auf die Aktivitäten und Teilhabe einer Person einwirken.

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

13





Gegründet von
 Bundesministerium
 für Bildung

Kooperationsverbündung mit
 Universität zu Köln
 an Standort der
 Leibniz-Universität Hannover

Verständnis von Behinderung

„Dem Verständnis der UN-BRK und der ICF zu Folge ist Behinderung also nicht länger die individuell vorhandene gesundheitliche Störung [...] oder die Normabweichung. Es ist vielmehr so, dass sich die Behinderung durch Entfaltung personaler Ressourcen sowie gelingende Interaktion zwischen dem Individuum sowie seiner materiellen und sozialen Umwelt abbauen kann“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013a: 31).

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

14





Gegründet von
 Bundesministerium
 für Bildung

Kooperationsverbündung mit
 Universität zu Köln
 an Standort der
 Leibniz-Universität Hannover

Abbildung 2 Beeinträchtigungen, Behinderungen und anerkannte Behinderung

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013a: 8)





Gegründet von
 Bundesministerium
 für Bildung

Kooperationsverbündung mit
 Universität zu Köln
 an Standort der
 Leibniz-Universität Hannover

Beeinträchtigung und Behinderung: Vom 'Behindert-Sein' zum 'Behindert-Werden'

Teilhabe/Aktivitäten eingeschränkt

Bio-psycho-soziales Modell der ICF

- 2001 von der WHO veröffentlicht
- Fokussiert ebenfalls die Dimension der Teilhabe, betont aber auch den Einfluss von Kontextfaktoren
- Behinderung entsteht in der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs-/umweltbedingten Barrieren, die sie an der vollen Teilhabe an der Gesellschaft hindern
- Behinderung lässt sich durch Entfaltung personaler Ressourcen, sowie gelingender Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt abbauen
- → Begriff der Teilhabe für heutiges Verständnis von Behinderung sehr zentral

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

17

Bio-psycho-soziales Modell der ICF



Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

18

Beeinträchtigungen und Rehabilitation

Menschen mit Beeinträchtigungen können Leistungsansprüche gegenüber unterschiedlichen Rehabilitationsträgern haben, die im jeweiligen Bereich gesetzlich geregelt sind. Das SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ hat im ersten Teil vor allem die Aufgabe eines „Klammergesetzes“, das die Formen der Leistungsgewährung und die dazu erforderliche Kooperation der Rehabilitationsträger sichern und die dafür erforderlichen Strukturen schaffen soll. Die Leistungen zur Teilhabe werden in § 5 SGB IX vier Bereichen zugeordnet, für die in § 6 SGB IX die jeweilige Zuständigkeit benannt wird:

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (alle Rehabilitationsträger außer der Bundesagentur für Arbeit),
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (alle Rehabilitationsträger außer den Krankenkassen und der Alterssicherung der Landwirte),
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (alle Rehabilitationsträger außer Sozialhilfe und Jugendhilfe),
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Träger der Unfallversicherung, der Kriegsopferversorgung und -fürsorge sowie Träger der Sozialhilfe und Jugendhilfe).

19

Beeinträchtigungen und Sozialhilfe

Wenn bestimmte rechtliche Voraussetzungen erfüllt sind, haben Menschen mit Beeinträchtigungen ein Anrecht auf Leistungen der „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ nach Kapitel 6 SGB XII. Die Aufgabe der Sozialhilfe besteht darin, „den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§ 1 Satz 1 SGB XII). Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen dient dazu, „eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen“ (§ 53 Absatz 3 SGB XII). Anspruchsberechtigt sind Personen, die „wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind“ (§ 53 Absatz 1 SGB XII).

Ableism (ability = Fähigkeit)

- Sozio-kulturelle Produktion von Strukturen, Praktiken, Fähigkeiten, die als gesellschaftliche Norm gesehen werden
- „Abweichung“ bei Nichtentsprechen der Norm
- gesellschaftlich und/oder institutionell geschaffen
- mangelnde Leistungsfähigkeit

Ableism

- engl. „ability“
- beruht auf Produktion und Verinnerlichung von sozio-kulturellen Normen
- beschreibt das Ideal des leistungsfähigen, nicht- behinderten Körpers in der Gesellschaft
- Diskriminierung spiegelt sich in der Abschiebung in Sondereinrichtungen wieder („Exklusionskarriere“)

Ableism

unterstellt Menschen mit Behinderung

- mangelnde Leistungsfähigkeit
- geringe Belastbarkeit
- hohe Ausfallzeiten durch Krankheit
- Schwierigkeiten in der Interaktion

Zum Weiterlesen:

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebereich der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Kapitel 1 (Konzeptionelle und rechtliche Grundlagen)
- Hirschberg, Marianne und Köbsell, Swantje (2016): Grundbegriffe und Grundlagen: Disability Studies, Diversity und Inklusion, S.555-568. In: Hedderich, Ingeborg / Biewer, Gottfried / Hollenweger, Judith / Markowetz, Reinhard (Hrsg.): Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt (UTB).
- Bio-psycho-soziales Modell der ICF
- Sozialgesetzbuch IX

Behinderung, Armut und soziale Ungleichheit

These Raumdiskussion

Eine Behinderung verstärkt die soziale Ungleichheit

Armut und Entwicklungsgefährdung

- Familiäre **Armut zentraler Risikofaktor für eine Entwicklungsgefährdung**
- Aber **auch biolog. Risiken** (Frühgeburtlichkeit, niedriges Geburtsgewicht, Fehlernährung) **häufiger** bei Kindern in deprivierenden sozioökonomischen Lebensbedingungen
- Ebenso deutlicher Zusammenhang der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten sowie Sprachstörungen und geistigen Beeinträchtigungen bei Kindern in Armutslagen

Armut als Risikofaktor für Behinderung

- Risiko für Behinderung bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus bis zu 10 x höher als bei solchen aus Familien mit hohem Sozialstatus
- Bestimmte Formen einer Beeinträchtigung und Behinderung sind in besonderem Maße von sozialer Herkunft abhängig: **Lernbehinderungen**
- Jedoch sind auch bei allen anderen Behinderungsarten die unteren sozialen Schichten überproportional häufig betroffen
- => **Armut ist DER zentrale Risikofaktor für die Entstehung einer Behinderung, v.a. einer Lernbehinderung**

Armut und Lernbehinderung

- 80 – 90 % der Kinder mit einer Lernbehinderung kommen aus sozial benachteiligten bzw. Armutsverhältnissen
- Lebenslage dieser Kinder:
 - Niedriger Bildungs- und Erwerbsstatus der Eltern
 - Benachteiligte Wohnbedingungen
 - Unzureichende Befriedigung kindlicher Bedürfnisse
 - Wenig Ermutigung und Anregung zum Lernen, dagegen viel Medienkonsum
 - Kluft zwischen häuslicher und schulischer Sprach- und

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

Zum Weiterlesen:

- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2014): Bildung in Deutschland 2014. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen. Kapitel H: Menschen mit Behinderungen. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- Pfahl, Lisa (2012): Bildung, Behinderung und Agency. Eine wissenssoziologische Untersuchung der Folgen schulischer Segregation und Inklusion. In: Becker, R./Solga, H. (Hrsg.): Soziologische Bildungsforschung. Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (52), Wiesbaden, S. 415-436.
- Pfahl, L. (2010): Organisierte Armut. Soziale Ausgrenzung im gegliederten Schulsystem. In: WZB Mitteilungen, Heft 128, Juni 2010, S.11-13.

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

Rehabilitation

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

These Raumdiskussion

Behinderte Menschen kosten dem Staat viel Geld

These Raumdiskussion

Das Rehabilitationssystem in Deutschland ist für behinderte Menschen optimal

Rehabilitation

Textarbeit Rehabilitation

- Nehmen sie eine Begriffsklärung vor.
- Was sind die wichtigsten Punkte in der Entwicklung des deutschen Rehabilitationssystems?
- Welche Herausforderungen für das Rehabilitationssystem werden benannt?
- Welche praktischen Einblicke haben sie bisher im System der Rehabilitation sammeln können?

Clausen, Jens Jürgen (2016): Rehabilitation, S.319-324. In: Hedderich, Ingeborg / Biewer, Gottfried / Hollenweger, Judith / Markowetz, Reinhard (Hrsg.): Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt (UTB).
Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

„Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen (...), um ihre **Selbstbestimmung** und **gleichberechtigte Teilhabe** am Leben in der Gesellschaft zu **fördern**, **Benachteiligung** zu **vermeiden** oder ihnen **entgegenzuwirken**“ (§1 Abs.1 SGB IX)

SGB XII: Sozialhilfe

Kapitel 6 (§§ 53-60): Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

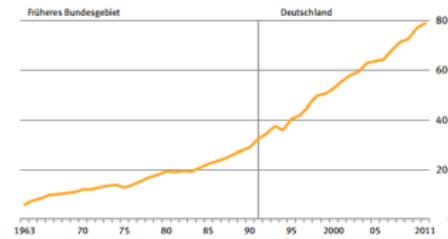
„Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die **Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft** zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die **Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit** zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich **unabhängig von Pflege zu machen**“ (§53 Abs. 3 SGB XII)

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

37

Entwicklung der Empfängerzahlen

Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in 1 000



Quelle: Statistisches Bundesamt (2010): Statistik der Sozialhilfe, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, S. 6

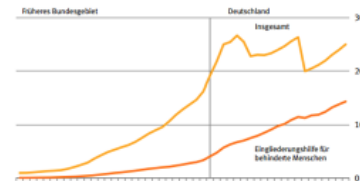
2011: 114% mehr Hilfeempfänger als 1991

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

38

Entwicklung der Ausgaben

Abb 2 Bruttoausgaben der Sozialhilfe sowie der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in Mrd. EUR



Quelle: Statistisches Bundesamt (2010): Statistik der Sozialhilfe, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, S. 7

- 2011: 254% mehr Ausgaben als 1991

- 2011: Eingliederungshilfe für behinderte Menschen 58% der Ausgaben der Sozialhilfe

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

39

Ausgaben der Eingliederungshilfe 2011

Bruttoausgaben der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen 2011 in %



Quelle: Statistisches Bundesamt (2010): Statistik der Sozialhilfe, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, S. 6

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

40

Institutionalisierte Behindertenhilfe

- Gesetzliche Grundlagen: SGB IX, SGB XII
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: §53 und §54 des SGB XII → Leistungsgewährung
 - Gehört zur Sozialhilfe (größtes Ausgabenpaket)
 - 2009: 13 Mrd. € (stetig steigend)
 - 2010: 770.000 Menschen
 - Stetige Ausdehnung des Personenkreises

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

41

§ 4 SGB IX Leistungen zur Teilhabe

(1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

42

Noch: § 4 SGB IX Leistungen zur Teilhabe

(2) Die Leistungen zur Teilhabe werden zur Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele nach Maßgabe dieses Buches und der für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften neben anderen Sozialleistungen erbracht. Die Leistungsträger erbringen die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden.

(3) Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder werden so geplant und gestaltet, dass nach Möglichkeit Kinder nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden können. Dabei werden behinderte Kinder alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung der einzelnen Hilfen beteiligt und ihre Sorgeberechtigten intensiv in Planung und Gestaltung der Hilfen einbezogen.

43

§ 10 SGB I Teilhabe behinderter Menschen

Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht (→ siehe Behinderungsdefinition nach § 2 SGB IX), haben unabhängig von der Ursache der Behinderung zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe ein **Recht auf Hilfe**, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. ihnen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern,
4. ihre Entwicklung zu fördern und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern sowie
5. Benachteiligungen auf Grund der Behinderung entgegenzuwirken.

44

Leistungsgruppen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (RuT) gemäß § 5 SGB IX

„Zur Teilhabe werden erbracht

1. Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** (=medizinische R.),
2. Leistungen zur **Teilhabe am Arbeitsleben** (=berufliche RuT),
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
4. Leistungen zur **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** (= soziale RuT).

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

45

Rehaträger und ihre Leistungsbereiche bei der RuT von Menschen mit Behinderung

Krankenversicherung	M		U	
Rentenversicherung	M	B	U	
Unfallversicherung	M	B	U	S
Versorgung	M	B	U	S
Arbeitsförderung		B	U	
Kinder- und Jugendhilfe	M	B		S
Sozialhilfe	M	B		S
REHATRÄGER	Leistungen zur RuT			

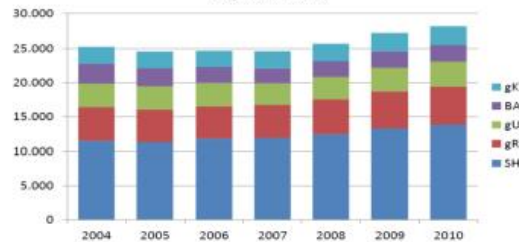
■ medizinische, berufliche, unterhaltssichernde und soziale Teilhabeleistungen

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

46

Ausgabenentwicklung Rehabilitation insgesamt nach Reha-Träger (2004-2010)

(ohne Reha-Ausgaben der Träger der Kriegsopferversorgung / sozialen Entschädigung; Angaben in Mio. €)



Quelle: IRL-DE - Informationsinstitut für Rehabilitation (IIR) - Gesundheitsberufe 2004ff, Frankfurt a. M.

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

47

Beeinträchtigungen und Rehabilitation

Menschen mit Beeinträchtigungen können Leistungsansprüche gegenüber unterschiedlichen Rehabilitationsträgern haben, die im jeweiligen Bereich gesetzlich geregelt sind. Das SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ hat im ersten Teil vor allem die Aufgabe eines „Klammergesetzes“, das die Formen der Leistungsgewährung und die dazu erforderliche Kooperation der Rehabilitationsträger sichern und die dafür erforderlichen Strukturen schaffen soll. Die Leistungen zur Teilhabe werden in § 5 SGB IX vier Bereichen zugeordnet, für die in § 6 SGB IX die jeweilige Zuständigkeit benannt wird:

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (alle Rehabilitationsträger außer der Bundesagentur für Arbeit),
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (alle Rehabilitationsträger außer den Krankenkassen und der Alterssicherung der Landwirte),
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (alle Rehabilitationsträger außer Sozialhilfe und Jugendhilfe),
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Träger der Unfallversicherung, der Kriegsopferversorgung und -fürsorge sowie Träger der Sozialhilfe und Jugendhilfe).

48

Grundstruktur der beruflichen Rehabilitation

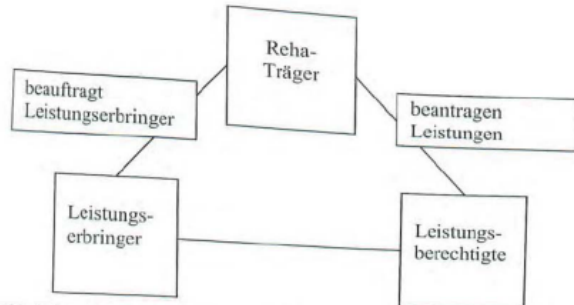


Abb. 1: Grundstruktur der beruflichen Rehabilitation

System beruflicher Rehabilitation

- Berufsbildungswerke (BBW)
- Berufsförderungswerke (BFW)
- Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)
- Kliniken zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (mbR)
- Berufliche Trainingszentren psychisch behinderter Menschen (Btz)
- Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

50

System beruflicher Rehabilitation

- SGB 2: Grundsicherung für Arbeitsuchende
- SGB 3: Arbeitsförderung
- SGB 5: Gesetzliche Krankenversicherung
- SGB 6: Gesetzliche Rentenversicherung
- SGB 7: Gesetzliche Unfallversicherung
- SGB 9: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

51

Zum Weiterlesen:

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Kapitel 5.4 (Gesundheitliche Prävention und Rehabilitation) - 5.6 (weiter Infos zu Rehabilitation, etc.)
- Seyd, Wolfgang (2015): Ziele, Prozesse und Strukturen beruflicher Rehabilitation- Situationsaufriss und Perspektivbetrachtung. In: Biermann, Horst: Inklusion im Beruf. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S.139-175

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

52

Inklusion

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

55

These Raumdiskussion

Durch die Inklusion sind alle
Menschen gleichberechtigt

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

Gruppenarbeit zu den Begriffen: Integration, Inklusion und Partizipation

- Nehmen sie eine Begriffsklärung vor.
- Stellen sie die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Text zusammen.
- Nennen sie praktische Beispiele, die sie mit diesem Begriff konzeptionell erfassen können.

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

56

Gruppenarbeit zu den Begriffen: Integration, Inklusion und Partizipation

Heimlich, Ulrich (2016): Integration, S.118-122. In: Hedderich, Ingeborg / Biewer, Gottfried / Hollenweger, Judith / Markowetz, Reinhard (Hrsg.): Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt (UTB).

Biewer, Gottfried und Sandra Schütz (2016): Inklusion, S.123-127. In: Hedderich, Ingeborg / Biewer, Gottfried / Hollenweger, Judith / Markowetz, Reinhard (Hrsg.): Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt (UTB).

Schwab, Susanne (2016): Partizipation, S.127-131. In: Hedderich, Ingeborg / Biewer, Gottfried / Hollenweger, Judith / Markowetz, Reinhard (Hrsg.): Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt (UTB).

Hess-Klein, Caroline (2016): Inklusion und Umsetzung der UNO-BRK, S.601-605. In: Hedderich, Ingeborg / Biewer, Gottfried / Hollenweger, Judith / Markowetz, Reinhard (Hrsg.): Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt (UTB).

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

Integration vs. Inklusion - Teilhabe

- Integration:** Förderung, Beratung, Training, Unterstützung des Individuums
 → **Hilfe an das Individuum**
- Inklusion:** gesellschaftliches Ganze für Vielfalt der Individuen öffnen; gleiche Rechte in Aussicht
 → **Hilfe im Sozialraum**
- Teilhabe:** Maßstab für eine Bewertung, ob und in welcher Qualität die Optionen verwirklicht werden (können)

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

57

Bewegungsspiel zur 'Pause'

- Damit die Pause nicht so langweilig wird und wir uns ganz praktisch mit dem Thema Inklusion und Teilhabe beschäftigen können, wird es einige kleine Aufgaben geben!
- Beachten sie bitte die Umsetzung der 'Pausenaufgabe' in ihrer Gruppe!
- Die anderen KursteilnehmerInnen werden NICHT mit einbezogen!

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

58

Reflektion der 'Pausengestaltung'

- Welchen 'Auftrag' hatten sie zu erfüllen?
- Welche Barrieren haben sie erlebt?
- Inwiefern hat sich ihre Wahrnehmung verändert?
- Was für 'inklusive Erfahrungen' haben sie gemacht?

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

59



AKTION
MENSCH

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

Entwicklung und Qualitätsstufen der Behindertenpolitik und -Pädagogik

Stufen des Modells:

0. Extinktion = Auslöschung
1. Exklusion = Ausschluss
2. Segregation = Absonderung/Trennung
3. Integration = "Wiederherstellung" (z.t. einbeziehen)
4. Inklusion = Einschluss

→ **Paradigmenwechsel**

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

81

Begriff Inklusion

- Lateinischer Ursprung:
inclusio= Einschließung, Einbeziehung
- die inhaltliche Bedeutung des Begriffs ist wenig eindeutig
- gegenwärtig gibt es viele wissenschaftliche Diskurse die verschiedene Bedeutungsinhalte haben

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

82

Begriff Inklusion

„Inklusion heißt für uns: Alle. Gemeinsam. Selbstverständlich. Immer. Überall.“

(Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen)

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

83




Begriff Inklusion

Verschiedene Verwendungen in Disziplinen:

- Soziologie: das Miteinbezogen sein; gleichberechtigte Teilhabe an etwas (Begriffs-Gegensatz: Exklusion)
- Pädagogik: gemeinsame Erziehung und Bildung behinderter und nicht behinderter Kinder in Kindergärten und (Regel)schulen
- Soziale Arbeit: sieht Notwendigkeit darin soziale Ungleichheit/ Ausschließung zum Thema zu machen

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

84

kompetenzentwicklung von
 hochschuldidaktischem
 im Kontext des
 Lebenslangen Lernens

Begriff Inklusion

- der menschenrechtliche Inklusionsgrundsatz gilt für **alle Menschen und alle Lebensbereiche**
- Es dominieren die bildungspolitischen und pädagogischen Debatten
- für SchülerInnen mit Migrationshintergrund
- Integrationsmaßnahmen (interkulturelle Pädagogik)
- Geschlechterdimensionen
- Gender-Mainstreaming- Programme (gendersensible Pädagogik)

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de








kompetenzentwicklung von
 hochschuldidaktischem
 im Kontext des
 Lebenslangen Lernens

Inklusion in der UN-BRK

- UN-BRK: Das “Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen”
- verabschiedet 2006 in New York
- trat am 26.März 2009 in der BRD in Kraft
- die UN-BRK schafft **keine Sonderrechte, sondern konkretisiert und spezifiziert die universellen Menschenrechte** (vor allem für die Lebenssituation von MmB)
- Inklusion erfasst alle Lebensbereiche**
- grundlegend ist der Gedanke der Inklusion:
Menschen mit Behinderung gehören von Anfang an mitten in die Gesellschaft

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de








kompetenzentwicklung von
 hochschuldidaktischem
 im Kontext des
 Lebenslangen Lernens

Kritisch reflexiver Inklusionsbegriff

- Inklusion als Prozess geht auch unvermeidbar mit Prozessen der Selektion und Ausgrenzung einher
- der kritische Inklusionsbegriff fragt nicht danach, wie MmB inkludiert werden können, sondern wie Verschiedenheiten durch soziokulturelle Strukturen zusammenwirken

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

kompetenzentwicklung von
 hochschuldidaktischem
 im Kontext des
 Lebenslangen Lernens

Kritisch reflexiver Inklusionsbegriff

Paradoxe Inklusionseffekte

- Alle Kinder haben gleiches Recht auf Bildung und Arbeit entsprechend ihrer Bedürfnisse:

ABER: Schulen entscheiden an Leistungs-, Entwicklungs- und Verhaltensstandards über Chancen auf Bildungserfolg!

ABER: Auf dem Arbeitsmarkt herrschen Ausschlusskriterien und es gilt das Leistungsprinzip!

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

Kritisch reflexiver Inklusionsbegriff

- **Inklusion ist kein Garant für erfolgreiche Teilhabe!**
- Qualität der Teilhabemöglichkeiten hängt von Funktionssystemen und individuellen Voraussetzungen ab

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

69

Kritisch reflexiver Inklusionsbegriff Einflussfaktoren der Funktionssysteme:

- folgen ihren jeweiligen Programmen
- geben Bedingungen vor

Einflussfaktoren der Individuen:

- ökonomische, soziale und kulturelle Ressourcen
- Fähigkeiten und Fertigkeiten
- askriptive Merkmale (Gender, Alter, Behinderung)

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

70

Zum Weiterlesen:

- Wansing, G. (2015). Was bedeutet Inklusion? Annäherung an einen vielschichtigen Begriff. In T. Degener & E. Diehl (Hrsg.), Handbuch Behindertenrechtskonvention. (Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S.43–54.
- Wocken H. (2009): Inklusion & Integration. Ein Versuch, die Integration vor der Abwertung und die Inklusion vor Träumerei zu bewahren. http://www.inklusion20.de/material/inklusion/inklusion%20vs%20Integration_Wocken.pdf [30.09.2016].
- Grosche, M. (2015): Was ist Inklusion? In: Kuhl, P., Stanat, P., Lütje-Klose, B., Gresch, C., Pant, H.A., Prenzel, M. (Hrsg.): Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen. Wiesbaden: Springer VS, S.17-39.

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

71

Inklusion im Bildungssystem

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

72

Artikel 24, Absatz 5 in der UN-BRK

- „Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen Zugang zu allgemeiner Hochschulbildung, Berufsausbildung, Erwachsenenbildung und lebenslangem Lernen haben. Zu diesem Zweck stellen die Vertragsstaaten sicher, dass für Menschen mit Behinderungen angemessene Vorkehrungen getroffen werden.“

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

73

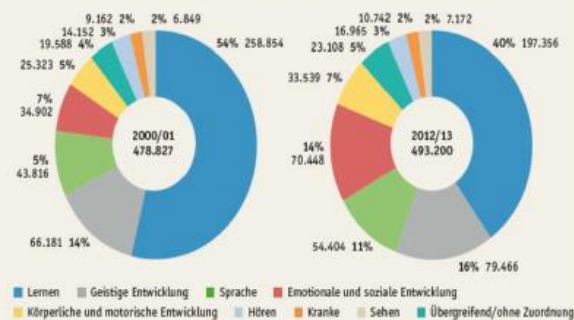
„Inklusion ist ein Prozess der Ausrichtung auf und der Berücksichtigung von Vielfalt von Bedürfnissen aller Lernenden durch die Erweiterung von Partizipation beim Lernen, in Kulturen und Gemeinschaften, sowie der Reduktion von Exklusion in und von Bildung. Dass umfasst Änderungen und Modifikationen von Inhalten, Strukturen und Strategien, mit der allgemeinen Vision, die alle Kinder in einer bestimmten Altersspanne einschließt und die Überzeugung, dass es die Verantwortung des Allgemeinen Schulsystems ist, alle Kinder zu unterrichten“ (UNESCO 2005, S. 13)

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

74

Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014: 163

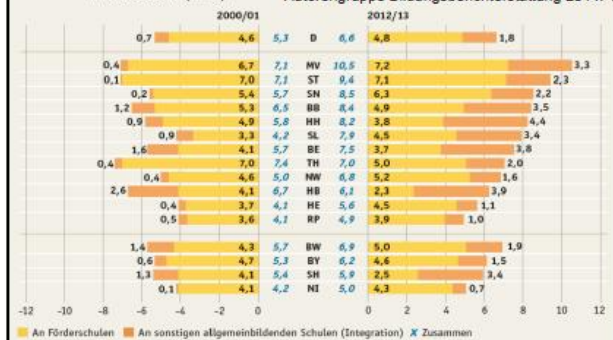
Abb. H1-1: Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung in allgemeinbildenden Schulen 2000/01 und 2012/13 nach Förderschwerpunkten



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Schulstatistik; Sekretariat der KMK, Sonderpädagogische Förderung in Schulen

→ Tab. H1-4web

Abb. H3-2: Sonderpädagogische Förderung* 2000/01 und 2012/13 nach Ländern und Förderort (in %)



* In den meisten Ländern werden Schülerinnen und Schüler erfasst, bei denen ein sonderpädagogischer Förderbedarf förmlich festgestellt wurde. In vier Ländern wird sonderpädagogische Förderung hingegen unabhängig davon erfasst, ob der Förderbedarf förmlich festgestellt wurde.

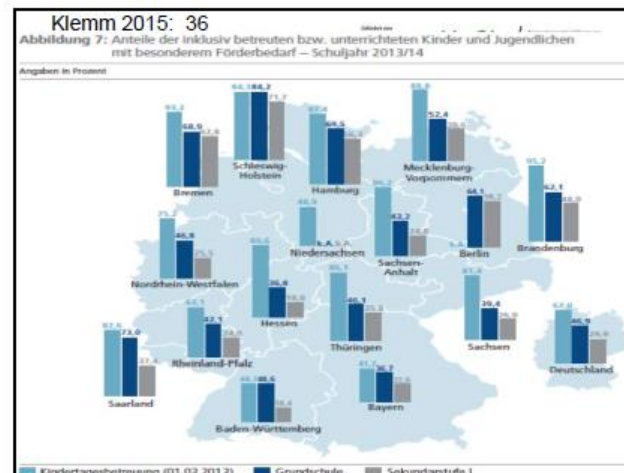
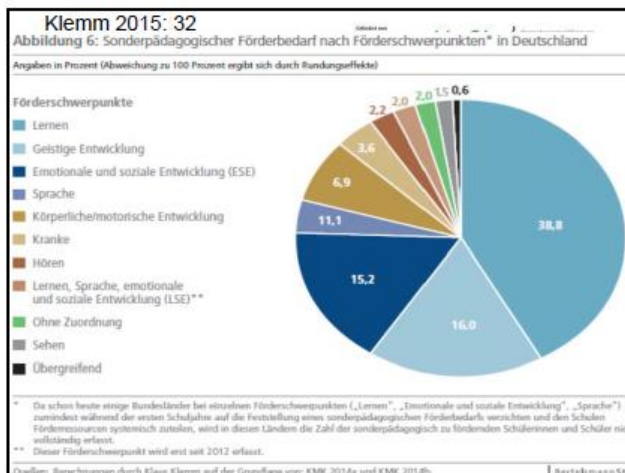
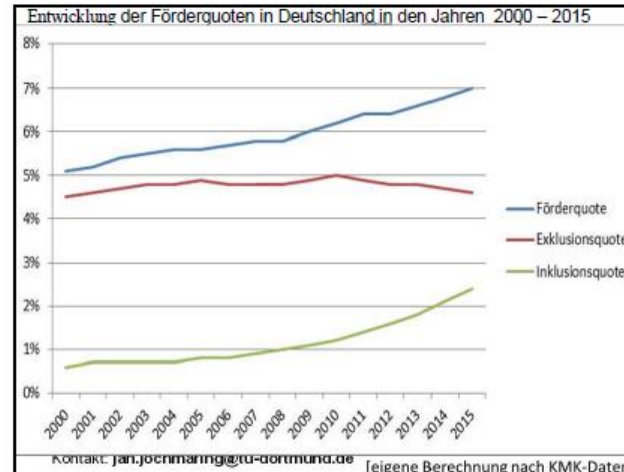
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Schulstatistik; Sekretariat der KMK, Sonderpädagogische Förderung in Schulen

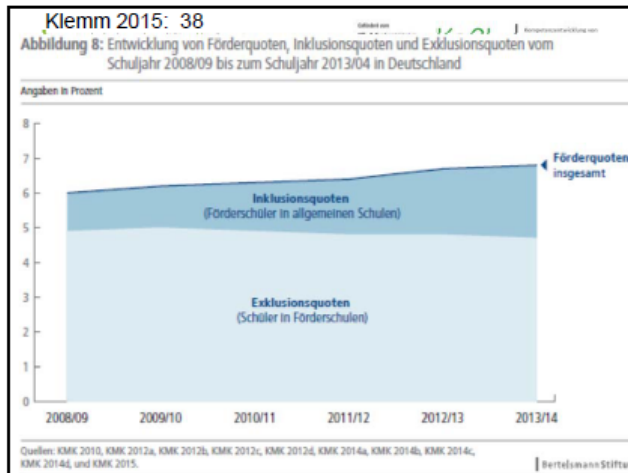
→ Tab. H3-16web

Euler/ Severing 2014: 26
Abbildung 2: Prinzipien von Exklusion, Separation, Integration und Inklusion in der Schul- und Berufsbildung

Form gesellschaftlichen Umgangs mit Behinderungen	Erklärung	Beispiel allgemeinbildende Schulen	Beispiel berufliche Bildung
Exklusion 	Ausschluss aus dem System	Befreiung von der Schulpflicht	keine Ausbildungs- bzw. Beschäftigungsmöglichkeit
Separation 	Aussondern von Menschen, die von der Norm abweichen	Förderschulen	Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen (keine Ausbildungsmöglichkeit)
Integration 	Einbindung ins System, jedoch als Sonderweg	Integrationsklassen	Ausbildung von Menschen mit Behinderungen zu „Fachpraktikern“ (nach § 5 66 BBiG/42 HwO)
Inklusion 	Zugehörigkeit aller Menschen, Systemanpassung an individuelle Voraussetzungen	Inklusive Schule	Ein flexibilisiertes System, das jedem Jugendlichen die Chance auf eine Berufsausbildung ermöglicht

Zusammenstellung: Aline Holbein | BertelsmannStiftung





tu technische universität dortmund | fakultät rehabilitationswissenschaften | KeGL | Kompetenzentwicklung von Gesundheitstechnologien im Kontext des Lebenslangen Lernens

Zum Weiterlesen:

- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2014): Bildung in Deutschland 2014. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen. Kapitel H: Menschen mit Behinderungen. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- Powell, Justin J.W. / Pfahl, Lisa (2012): Sonderpädagogische Fördersysteme. In: Bauer, Ullrich [Hrsg.]: Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie. Wiesbaden: Springer VS, S. 721.739.
- Klemm, Klaus (2015): Inklusion in Deutschland. Daten und Fakten. Erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

tu technische universität dortmund | fakultät rehabilitationswissenschaften | KeGL | Kompetenzentwicklung von Gesundheitstechnologien im Kontext des Lebenslangen Lernens

Inklusion und Arbeitswelt

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

These Raumdiskussion

Die Inklusion verbessert die Chancen für behinderte Menschen am Arbeitsmarkt

Artikel 27 in der UN-BRK

- „Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird [...]“

Herausforderung im Kontext Arbeit und Inklusion

- Zugang zu Ausbildung und beruflicher Qualifizierung
- Erwerbsarbeit
- Einkommen
- Barrierefreiheit
- Akzeptanz seitens der Arbeitgeber
- Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit

Problematik

- sozio-kulturelle Produktion von Normen und Normalität bzgl. Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Geschlecht, Religion, Herkunft, Nationalität etc.
- es werden so Barrieren geschaffen
- Mehrfachdiskriminierung der Menschen, die von bestimmten Normen abweichen

Veränderte Kontextfaktoren von Arbeit

- Zunehmende Globalisierung der Wirtschaft
- Veränderte Struktur der Ökonomie: Bedeutungsverlust der Industriearbeit; steigender Bedarf an mittleren und hohen Qualifikationen
- Demografischer Wandel
- Destandardisierung von Beschäftigungsverhältnissen und zunehmende Prekarisierung von Arbeit
- Erhöhte Flexibilisierung, Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit

Strukturelle Barrieren

- Mangelnde Qualifikationen, Unsicherheit über Belastungsfähigkeit und Konstanz der Leistung
 - Fehlendes Wissen über spezielle Förderungsmöglichkeiten
 - Stigmatisierung von Menschen mit Behinderung als leistungsschwächer
 - Dominanz der Fürsorgeperspektive (v.a. in einer WfbM)
 - Komplexe Bürokratie
 - Fehlende Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Behinderung
 - Befürchtungen bezüglich AU-Zeiten
 - Übereilte Verortung in WfbM (ohne Suche nach adäquater Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt)
- Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

Teilsystemische Inklusionsbedingungen und Exklusionsrisiken

- (formale) berufliche mittlere bis hohe Qualifikation
- Mobilität und Flexibilität
- Soziale Kompetenzen der (interkulturellen) Kommunikation und Kooperation
- Fähigkeit zur Selbstorganisation
- Leistungsbereitschaft und Belastbarkeit
- Fähigkeiten und Kompetenzen zur Bewältigung von beruflicher Unsicherheit und Veränderung

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

Exklusion betrifft vor allem...

- Geringqualifizierte
- Angehörige unterer Berufsklassen
- Junge Arbeitsmarkteinsteiger
- Frauen
- Menschen mit Behinderungen ohne (formale) Qualifikationen
- Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

Inklusion und Arbeitswelt

- Trend zur „limitierten Inklusion“
- Unternehmen werben mit „Diversity Management“ und „social innovation“

→ Fazit:

„Nur Formen der Vielfalt, die im Sinne von Unternehmens- und Gewinnmaximierungspolitiken als „verwertbar“ angesehen werden [...]“

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de



Euler/ Severing 2014: 26

Abbildung 2: Prinzipien von Exklusion, Separation, Integration und Inklusion in der Schul- und Berufsbildung

Form gesellschaftlichen Umgangs mit Behinderungen	Erklärung	Beispiel allgemeinbildende Schulen	Beispiel berufliche Bildung
<p>Exklusion</p>	Ausschluss aus dem System	Befreiung von der Schulpflicht	Keine Ausbildungs- bzw. Beschäftigungsmöglichkeit
<p>Separation</p>	Aussenden von Menschen, die von der Norm abweichen	Förderschulen	Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen (keine Ausbildungsmöglichkeit)
<p>Integration</p>	Einbindung ins System, jedoch als Sonderweg	Integrationsklassen	Ausbildung von Menschen mit Behinderungen zu „Fachpraktikern“ (nach §§ 66 BBiG/42 HwO)
<p>Inklusion</p>	Zugänglichkeit aller Menschen; Systemanpassung an individuierte Voraussetzungen	inklusiv Schule	Ein flexibilisiertes System, das jedem Jugendlichen die Chance auf eine Berufsausbildung ermöglicht

Zusammenstellung: Aline Hohnlein | Bertelsmann Stiftung

tu technische universität dortmund | fakultät rehabilitationswissenschaften | KeGL | Kompetenzzentrum für Berufshilfenleistungen im Bereich der Lebenslangen Lernen

Zum Weiterlesen:


- Biermann, Horst (2015): Berufliche Teilhabe – Anspruch und Realität. In: Biermann, H. (Hrsg.): **Inklusion im Beruf**. Stuttgart, S.17-56.
- Biermann, Horst (2013): **Inklusiver Ausbildungs- und Arbeitsmarkt oder: Benachteiligt durch Förderung**. In: Thielen, M. ; Katzenbach, D. ; Schnell, I. (Hrsg.): **Prekäre Übergänge. Erwachsenwerden unter den Bedingungen von Behinderung und Benachteiligung**. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S.37-64.
- Euler,Dieter; Severing, Eckart (2014): **Inklusion in der beruflichen Bildung. Daten, Fakten, offene Fragen**. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.


Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

tu technische universität dortmund | fakultät rehabilitationswissenschaften | KeGL | Kompetenzzentrum für Berufshilfenleistungen im Bereich der Lebenslangen Lernen

Teilhabe

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de





Begriff der Teilhabe

- Fünf Merkmale des Teilhabebegriffs

1. Teilhabe ist historisch relativ zu verstehen
2. Teilhabe ist mehrdimensional
3. Es gibt verschiedene Abstufungen ungleicher Teilhabe
4. Teilhabe ist ein dynamisches Konzept
5. Teilhabe ist aktiv

(Bartelheimer 2007, 8)
Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

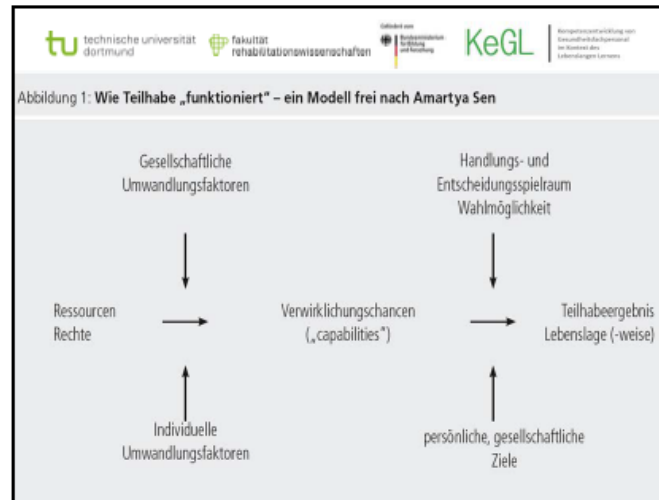









Abbildung 2: Teilhabeformen

Teilhabeformen	gesellschaftliche Ressourcen und Umwandlungsfaktoren	Teilhabeergebnis
Erwerbsarbeit	Haushalt, Betrieb / Unternehmen Arbeitsmarkt, Arbeitsmarktpolitik	Erwerbsbeteiligung (wie sicher?) Erwerbseinkommen (existenzsichernd?)
Soziale Nahbeziehungen informelle Arbeit	Haushalt / Familie, Betrieb, Quartier andere	Netzwerke, Isolation, empfangene / geleistete informelle Arbeit, Unterhalt
Bürgerliche, politische Rechte	Staat, Parteien, Verbände	Bürgerstatus, politische Partizipation
Soziale Rechte	System sozialer Sicherung	Transfereinkommen, soziale Dienstleistungen
Bildung, Kultur	Bildungssystem	Qualifikation (Kompetenz), Werteorientierung

Zum Weiterlesen:

- **Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Kapitel 1 (Konzeptionelle und rechtliche Grundlagen) und Kapitel II (Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen)**
- **Bartelheimer, Peter (2007): Politik der Teilhabe. Ein soziologischer Beipackzettel. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Projekt Gesellschaftliche Integration. Fachforum Analysen und Kommentare, Arbeitspapier No.1.Berlin.**

Kontakt: jan.jochmaring@tu-dortmund.de

6. Arbeitsauftrag „Lesetagebuch“ erste Selbstlernphase zur Nachbereitung der ersten Präsenzphase



Arbeitsauftrag: Lesetagebuch

Bitte notieren Sie die Literatur, Keywords (Schlüsselbegriffe), Kernaussagen und eine kurze Zusammenfassung der Literatur, die Sie im Verzeichnis „Arbeitsmaterial“ der Veranstaltung „Grundlagen zu Selbstbestimmung im Rahmen von Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“ finden. Die Gestaltung Ihrer Verschriftlichung steht Ihnen offen. Ihre Ausarbeitung laden Sie bitte in Moodle im Rahmen der Aufgabe „Lesetagebuch“ hoch.

Name (Vor- und Zuname)
Moodle-Verzeichnis Arbeitsmaterial der Veranstaltung „Grundlagen zu Selbstbestimmung im Rahmen von Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“

Literatur (Geben Sie die gelesenen Quellen an(Autor, Erscheinungsjahr, Titel)

Keywords (Notieren Sie die Schlüsselbegriffe des Dokumentes)
--

Kurze Zusammenfassung (Fassen Sie die Kerninhalte des Textes (maximal eine halbe Seite) zusammen)

Kernaussagen (Notieren Sie stichpunktartig die für Sie wichtigen Aussagen des Textes)

Reflektion (Reflektieren Sie das Gelesene vor dem Hintergrund Ihrer bisherigen beruflichen Erfahrungen. Notieren Sie, wo Sie Verknüpfungen oder Widersprüche zu Ihren persönlichen und beruflichen Erfahrungen erkennen)
--

7. Arbeitsaufträge „Leseauftrag Inklusion“ und „Fallbeispiel Diagnostik und Beratung“ erste Selbstlernphase zur Vorbereitung der zweiten Präsenzphase



Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

Bitte lesen Sie zur Vorbereitung die folgenden Texte:

- Haveman M, Stöppler R (2014). Definitionen von Gesundheit und Krankheit. In: ders. (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Kohlhammer, S. 26-33.
- Mielck A (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In: Brähler E, Kiess J, Schubert C, Kiess W (Hrsg.): Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 129-145.
- Haveman M, Stöppler R (2014). Barrieren für eine inklusive medizinische Begleitung. In: ders. (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Kohlhammer, S. 58-68.

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

zur Vorbereitung auf unseren gemeinsamen Tag im weiten Feld der Diagnostik und Beratung möchte ich Sie nicht mit einem Lektüreberg beglücken, sondern Sie zu einem reflexiven Blick auf Ihre eigene Praxis einladen.

Ich bitte Sie daher, einen Fall aus Ihrer Praxis zu beschreiben und diese schriftliche Darstellung, die keineswegs sprachlich ausgefeilt sein muss, am Samstag mitzubringen. Anregungen zum Aufbau/zum Inhalt der Falldarstellung finden Sie anbei.

8. Präsentation am dritten Präsenztage „Inklusion im Bereich Gesundheit“ (Frau Prof. Dr. Rathmann)

tu technische universität dortmund
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Rehabilitationssoziologie

Weiterbildungsmodul: „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“

**Modulschwerpunkt:
„Inklusion im Bereich Gesundheit“**

Universität Osnabrück
12. Mai 2017

Vertr.-Prof. Dr. Katharina Rathmann

Gefördert vom
Bundesministerium für Bildung und Forschung

KeGL
Kooperativer Aufbau von Gesundheitsleistungen im Bereich des Lebenslangen Lernens

Katharina Rathmann | Inklusion im Bereich Gesundheit | 12. Mai 2017

Inhalte und zeitlicher Ablauf

- Vorstellungsrunde und erstes Kennenlernen
- bis ca. 15.30h: Daten zur Gesundheit von Menschen mit Behinderung
- bis ca. 17.15h: Inklusion im Bereich der Gesundheit (ICF und UN-BRK)
- bis 18.20h: Barrieren und Barrierefreiheit im Rahmen der UN-BRK
- Fazit und Verabschiedung

2

Katharina Rathmann | Inklusion im Bereich Gesundheit | 12. Mai 2017

Gesundheit von Menschen mit Behinderung/Beeinträchtigung (MmB)

Katharina Rathmann | Inklusion im Bereich Gesundheit | 12. Mai 2017

Zahlen: MmB in Deutschland

2. Teilhabebericht (2016):

- Ca. 10 Mio. Menschen leben mit einer amtlich anerkannten Behinderung in Deutschland (13 % der Gesamtbevölkerung)
- 7,5 Millionen Menschen mit Schwerbehinderung
- 2,7 Millionen Menschen leben mit einer leichteren Behinderung
- 85% der schweren Behinderungen sind die Folge von Krankheiten
- 2/3 der schweren Behinderungen basieren auf körperlichen Beeinträchtigungen
- Anzahl von Menschen mit Behinderung nimmt kontinuierlich zu (demographischer Wandel)

4

Zahlen: MmB in Deutschland

Menschen mit Schwerbehinderung 2015: 7.615.560

- Männer 50,8 %
- Frauen 49,2 %
- 65 Jahre und älter 55,0 %

Schwerbehindertenquote 2015

- bei 45- bis 54-Jährigen 6,8 %
- bei über 64-Jährigen 24,2 %

5

Menschen mit Schwerbehinderung, differenziert nach Form der Behinderung

Tabelle 3: Menschen mit Schwerbehinderung nach Form der schwersten Behinderung – Anzahl in 1.000

Form der schwersten Behinderung	Jahr			Veränderung 2005-2013
	2005	2009	2013	
Körperliche Behinderung	4.445	4.523	4.699	6%
Blindheit und Sehbehinderung	347	353	357	3%
Sprach- oder Sprechstörung, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörung	276	295	316	14%
Psychische Behinderung	349	433	546	57%
Geistige Behinderung, Lernbehinderung	264	277	299	13%
Sonstige Behinderung	1.084	1.221	1.332	23%
Insgesamt	6.765	7.102	7.549	12%

Quelle: Schwerbehindertenstatistik 2005, 2009, 2013, Berechnung des ISG.

(Teilhaberbericht 2016, S. 40)

6

Menschen mit Schwerbehinderung, differenziert nach Alter, Geschlecht und Form der Behinderung

Tabelle 4: Menschen mit Schwerbehinderung nach Alter, Geschlecht und Form der schwersten Behinderung

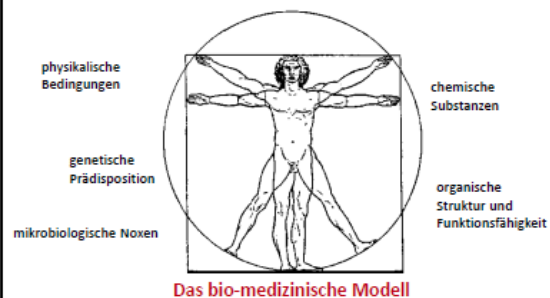
Form der schwersten Behinderung	Geschlecht		Altersgruppe		
	Männer	Frauen	unter 45 J.	45-64 J.	ab 65 J.
Körperliche Behinderung	52%	48%	7%	32%	61%
Blindheit und Sehbehinderung	41%	59%	9%	22%	70%
Sprach- oder Sprechstörung, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörung	53%	47%	13%	29%	58%
Psychische Behinderung	48%	52%	18%	57%	25%
Geistige Behinderung, Lernbehinderung	59%	41%	59%	33%	9%
Sonstige Behinderung	51%	49%	15%	36%	48%
Insgesamt	51%	49%	12%	34%	54%

Quelle: Schwerbehindertenstatistik 2013, Berechnung des ISG.

(Teilhaberbericht 2016, S. 41)

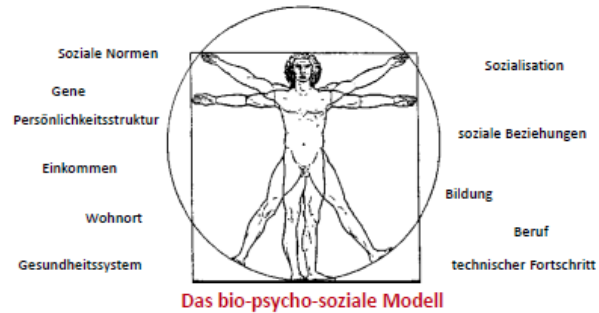
7

Was konstituiert die Gesundheit?



8

Was konstituiert die Gesundheit?



9

Definitionen von Gesundheit

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“
(WHO 1946, Vertretung der Weltgesundheitsorganisation)

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“
(Hurrelmann (2003): Gesundheitssoziologie. 5. Aufl. Weinheim: Juventa)

„Gesundheit ist ein Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.“
(Hurrelmann (2010): Gesundheitssoziologie. 7. Aufl. Weinheim: Juventa)

10

Definitionen von Gesundheit: Ottawa-Charta

- Gesundheit wird in der alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt.
- Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt.
- Gesundheit heißt selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben.
- Gesundheit heißt, dass die Gesellschaft, Bedingungen herstellt, die jeder Person Gesundheit ermöglichen.

11

Zentrale Kriterien von Krankheit

- Das Vorhandensein objektiv feststellbarer körperlicher, geistiger oder seelischer Störungen (Befund).
- Die Störung des körperlichen, seelischen Wohlbefindens.
- Eine Einschränkung von Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung.
- Die Notwendigkeit professioneller (medizinischer) und sozialer Betreuung.

(Quelle: Franke (2012). Modelle von Gesundheit und Krankheit)

12

Definitionen von Gesundheit

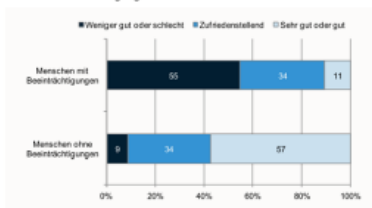
- Verständnis von Gesundheit ist abhängig von der Definitionsinstanz:
 - **Epidemiologie:** Erfassung von Gesundheit in Dimensionen wie Kindersterblichkeit, Mortalität, Lebenserwartung, QUALY
 - **Ärzt_innen:** Gesundheit als Fehlen von Krankheit (Negativdefinition, defizitorientierte Definition)

Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigung/Behinderung

Ergebnisse aus dem Teilhabebericht (2013)

Gesundheitseinschätzung

Abbildung 4-48: Subjektive Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustands von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen



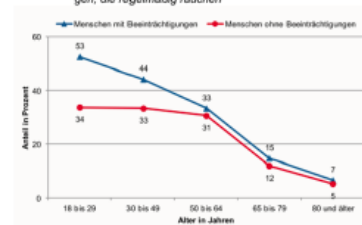
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

(Quelle: Bundesteilhaberbericht 2013)

Ergebnisse aus dem Teilhabebericht (2013)

Regelmäßiger Tabakkonsum

Abbildung 4-56: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die regelmäßig rauchen



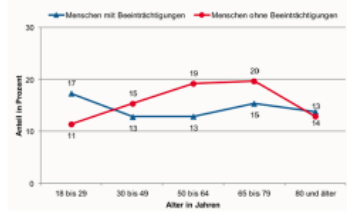
Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

(Quelle: Bundesteilhaberbericht 2013)

Ergebnisse aus dem Teilhabebericht (2013)

Regelmäßiger Alkoholkonsum

Abbildung 4-57: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die regelmäßig alkoholische Getränke trinken

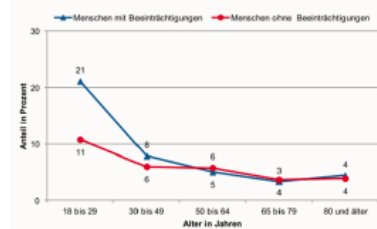


Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. (Quelle: Bundesteilhaberbericht 2013) 17

Ergebnisse aus dem Teilhabebericht (2013)

Ungesunde Ernährung

Abbildung 4-58: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die gar nicht auf gesundheitsbewusste Ernährung achten

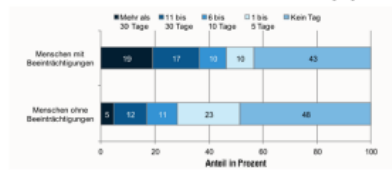


Quelle: SOEP-Daten der Befragungswelle 2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG. (Quelle: Bundesteilhaberbericht 2013) 18

Ergebnisse aus dem Teilhabebericht (2013)

Anzahl Krankheitstage (in letzten 12 Monaten)

Abbildung 4-52: Anzahl der Krankheitstage in den letzten zwölf Monaten bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen



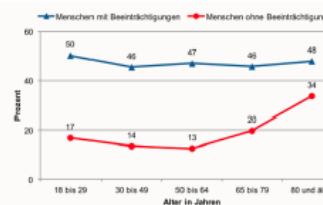
Quelle: GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

(Quelle: Bundesteilhaberbericht 2013)

Ergebnisse aus dem Teilhabebericht (2013)

mehr als 6 Arztbesuche (in letzten 12 Monaten)

Abbildung 4-55: Anteil der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen mit mehr als sechs Arztbesuchen die in den letzten zwölf Monaten



Quelle: GEDA-Daten der Befragungswelle 2009/2010, gewichtet. Eigene Berechnungen Prognos AG.

(Quelle: Bundesteilhaberbericht 2013) 20

Zusammenfassung der Ergebnisse

- MmB bewerten ihren **körperlichen Gesundheitszustand** und ihr **psychisches Wohlbefinden schlechter** als Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- MmB sind häufiger von **Adipositas** betroffen als Menschen ohne Beeinträchtigung.
- MmB haben ein **höheres Risiko für Bluthochdruck** als Menschen ohne Beeinträchtigung .
- MmB müssen - gemessen an der Häufigkeit der Arztbesuche - **häufiger medizinische Leistungen** in Anspruch nehmen als Menschen ohne Beeinträchtigungen.



(Quelle: Bundesteilhabereport 2013, 2016)

21

Die UN-BRK, Gesundheit und Behinderung

22

Convention on the Rights of Persons with Disabilities



Artikel 1 Zweck

Zweck dieses Übereinkommens ist es, die volle und gleichberechtigte Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle behinderten Menschen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung ihrer angeborenen Würde zu fördern.

Der Begriff behinderte Menschen umfasst Menschen mit langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesschädigungen, die sie im Zusammenwirken mit verschiedenen Barrieren daran hindern können, gleichberechtigt mit anderen uneingeschränkt und wirksam an der Gesellschaft teilzunehmen.

Benachteiligungsverbot

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“

(Artikel 3, Abs. 3, Satz 2, Grundgesetz, 1994)



24

Allgemeine Zielsetzung...

unseres Sozialstaats ist es...

...**Teilhabemöglichkeiten** der von Ausgrenzung Betroffenen oder Bedrohten zu verbessern!

... **Interventionen** umzusetzen, die dieses soziale Problem lösen:

- Rechtliche Interventionen
- Ökonomische Interventionen
- Pädagogisch-ökologische Interventionen

Soziale Interventionen – Rehabilitation

Rechtliche Interventionen

- **UN Konvention (UN-BRK)**
- Benachteiligungsverbot (Grundgesetz/GG)
- Behindertengleichstellungsgesetz (BGG)
- Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG)
- SGB IX (z.B. Kündigungsschutz)
- u.a.

Ökonomische Interventionen

- Grundsicherung (GsiG)
- Nachteilsausgleiche (Steuervorteile, Parkausweise, Befreiung Rundfunkgebühren usw.)
- u.a.

Ökologische Intervention

- Arbeitsmarktprogramme

Pädagogische Intervention

- Gute Verwaltung / gemeinsame Servicestellen
- Dienstleistung aus einer Hand
- Leistungen zur Teilhabe
- Persönliches Budget

Wandel in den letzten Jahre

Ziele	Perspektivenwechsel	Interventionen
<ul style="list-style-type: none"> • Chancengleichheit, Gleichstellung • Integration; Teilhabe • Verbesserte Startchancen • Vermeidung von Diskriminierung • Abbau von Barrieren • Sicherung der Menschenwürde 	<ul style="list-style-type: none"> • Bürgerpolitik statt Randgruppenpolitik • Ansprüche und Rechte statt Mitleid • Subjekt statt Objekt • Selbstbestimmung statt Fremdbestimmung • Partizipation, Mitbestimmung 	<ul style="list-style-type: none"> • UN-Konvention • Benachteiligungsverbot • Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) • Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) • Arbeitsmarktprogramme • SGB IX • Gute Verwaltung/ gemeinsame Servicestellen • Dienstleistung aus einer Hand • Persönliches Budget

Behindertengleichstellungsgesetz (BGG, 2002)

- regelt die **Gleichstellung behinderter Menschen** im Bereich des öffentlichen Rechts, soweit der Bund zuständig ist
- zentrale Elemente: **Benachteiligungsverbot, Barrierefreiheit**

Benachteiligung liegt vor, „wenn behinderte und nicht behinderte Menschen ohne zwingenden Grund unterschiedlich behandelt werden und dadurch behinderte Menschen in der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unmittelbar oder mittelbar beeinträchtigt werden“.
(§ 7 Abs. 2 BGG).

Sozialrechtliche Konstruktion von Behinderung (SGB IX)

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit **länger als sechs Monate** von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX)

„Menschen sind (...) **schwerbehindert**, wenn bei ihnen ein **Grad der Behinderung von wenigstens 50** vorliegt (...). (§ 2 Abs. 2 SGB IX)

Behinderung laut UN-BRK (Art. 1)

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

- Behinderung ≠ individuelles Schicksal
- Behinderung = Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigungen von MmB und den Barrieren der Gesellschaft

Behinderung = Beeinträchtigte Teilhabe:

Ein soziales Problem



Health is the ability to live life to is full potential.

Ermöglichung von Teilhabe

Rehabilitation:

- Vermeidung von Ausgrenzung,
- Ermöglichung von Teilhabe (Inklusion)

- Barrieren und Diskriminierung beseitigen,
- Schutzfaktoren/Ressourcen stärken und aufbauen,
- Zugang zu allen Gesellschaftsbereichen ermöglichen,
- unterstützen und befähigen, ein selbst gewähltes und selbstbestimmtes Leben zu führen.

Gesundheit, Beeinträchtigung und Behinderung

- Gesundheit, Beeinträchtigung und Behinderung sind eng miteinander verbunden (WHO 2013).
- **Gesundheit**: wichtigste Voraussetzung und Ressource für die Teilhabe von MmB am Leben in der Gesellschaft.
- Menschen mit einer geistigen Behinderung: wesentliche Exklusionsrisiken bzgl. Gesundheitsversorgung und -bildung (Haveman & Stöppler 2014, Stöppler 2014, Schmidt & Reker 2014, Wecker 2013).

33

Die Artikel der UN-BRK

...

Artikel 9: **Zugänglichkeit und Barrierefreiheit**

...

Artikel 25: **Gesundheit**

Artikel 26: **Habilitation und Rehabilitation**

...

34

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)



35

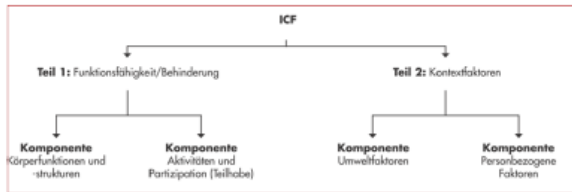
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

- Instrument zur Klassifikation der Phänomene **Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit** (ICF: *International Classification of Functioning*)
- 2001 von der WHO verabschiedet
- ICF ergänzt die ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
- ICF = diagnose-unabhängige Klassifikation

(Quellen: BAR 2016, DVFR 2014)

36

Struktur der ICF



(Quelle: BAR 2016)

Die ICF besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten.

- Teil 1: „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ (enthält die Komponenten „Körperfunktionen und -strukturen“, „Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)“).
- Teil 2: „Kontextfaktoren“ (mit den beiden Komponenten „Umweltfaktoren“ und „personenbezogene Faktoren“)

Definition „Gesundheitsproblem“ (engl.: health condition) in der ICF

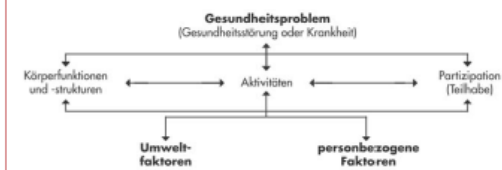
Als Gesundheitsproblem werden z.B. bezeichnet:

- Krankheiten, Gesundheitsstörungen,
 - Verletzungen oder Vergiftungen, und
 - andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz.
- Das Gesundheitsproblem wird für viele andere Zwecke typischer Weise als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD erfasst bzw. klassifiziert.
 - Ein Gesundheitsproblem führt zu einer Veränderung an Körperstrukturen und/oder Körperfunktionen und ist damit Voraussetzung zur Nutzung der ICF.

(Quelle: BAR 2016)

Wechselwirkungen zwischen ICF-Komponenten

Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)

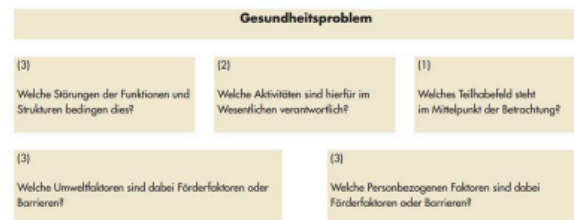


(Quelle: BAR 2016)

Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung

- All das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder
- sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

Domänen der ICF



(Quelle: BAR 2016)

Domänen der ICF



41

Übung: Austausch mit dem/der NachbarIn



- Welche Beispiele fallen Ihnen zu den einzelnen Domänen der ICF ein?
- Tauschen Sie sich aus und machen Sie Notizen!
- Zeit: max. 15 Min.

42

ICF: Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen

Klassifikation der Körperfunktionen (Kapitel der ICF)

1. Mentale Funktionen
2. Sinnesfunktionen und Schmerz
3. Stimm- und Sprechfunktionen
4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems
5. Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems
6. Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems
7. Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen
8. Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde

(Quelle: BAR 2016)

Klassifikation der Körperstrukturen (Kapitel der ICF)

1. Strukturen des Nervensystems
2. Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen
3. Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
4. Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
5. Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen
6. Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem in Zusammenhang stehende Strukturen
7. Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
8. Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

43

ICF: Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen

- Als **Körperfunktion** werden die einzelnen, isoliert betrachteten **physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen** bezeichnet (bspw. Insulinausschüttung in der Bauchspeicheldrüse oder die Beweglichkeit im Hüftgelenk), aber auch die **mentalen Funktionen** (z.B. Konzentrationsfähigkeit).
- Unter **Körperstrukturen** versteht man die **anatomischen Teile des Körpers** (Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile: z.B. die Bauchspeicheldrüse, oder einzelne Körperbestandteile wie Stammzellen).
- **Negative Abweichungen** werden bei den Körperfunktionen und -strukturen als **Schädigungen** bezeichnet.

(Quelle: BAR 2016)

44

ICF: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe

Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe (Kapitel der ICF)

1. Lernen und Wissensanwendung
(z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
(z. B. Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
3. Kommunikation
(z. B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)
4. Mobilität
(z. B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)
5. Selbstversorgung
(z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)
6. Häusliches Leben
(z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
(z. B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
8. Bedeutende Lebensbereiche
(z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben) (Quelle: BAR 2016)
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben
(z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität) 45

ICF: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe

- **Aktivität:** bezieht sich auf die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen in einer bestimmten Situation.
- **Beeinträchtigungen der Aktivität** = Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung von Aktivitäten haben kann (z.B. beim Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, bei der Körperpflege).
- **Teilhabe (Partizipation):** kennzeichnet das Einbezogensein in eine Lebenssituation (bspw. Familienleben, Arbeitswelt, Fußballverein).

(Quelle: BAR 2016)

46

ICF: Klassifikation der Umweltfaktoren

Tabelle 3: Klassifikation der Umweltfaktoren - Kapitelzuordnung

Kap. Umweltfaktoren (Kapitel der ICF)

1. Produkte und Technologien
(z. B. Lebensmittel, Medikamente, Hilfsmittel, Vermögenswerte)
2. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt
(z. B. demografischer Wandel, Pflanzen, Tiere, Klima, Laute, Geräusche, Luftqualität)
3. Unterstützung und Beziehungen
(z. B. Familie, Freunde, Vorgesetzte, Hilfs- und Pflegepersonen, Fremde)
4. Einstellungen
(z. B. individuelle Einstellungen der Familie, von Freunden, gesellschaftliche Einstellungen)
5. Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze
(z. B. des Wohnungs-, Versorgungs-, Transport-, Gesundheitswesens, der Wirtschaft, Rechtspflege, Politik)

(Quelle: BAR 2016)

47

ICF: Klassifikation der Umweltfaktoren

- **Umweltfaktoren:** materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten.
- liegen **außerhalb der Person**.
- **Fördernde Umweltfaktoren:** u.a. barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Sozialleistungen.
- **Hindernde Umweltfaktoren (Barrieren):** u.a. schlechte Erreichbarkeit von Leistungserbringern, fehlende soziale und finanzielle Unterstützung.

(Quelle: BAR 2016)

48

ICF: Klassifikation der personenbezogenen Faktoren

Personbezogene Kontextfaktoren (Beispiele aus der ICF)

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| - Alter | - Erziehung |
| - Geschlecht | - Bildung/Ausbildung |
| - Charakter | - Beruf |
| - Lebensstil | - Erfahrung |
| - Fitness | - Copingstrategien |
| - sozialer Hintergrund | - genetische Prädisposition |

(Quelle: BAR 2016)

- Bislang noch nicht von der WHO klassifiziert.

49

ICF: Klassifikation der personenbezogenen Faktoren

„Personbezogene Faktoren können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialen Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen (vergangene oder gegenwärtige Ereignisse), allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen.“

(Quelle: BAR 2016, S. 15)

50

Konzept der Funktionalen Gesundheit

ICF baut auf dem Konzept der Funktionalen Gesundheit auf und unterscheidet sechs zentrale Elemente sowie deren Zusammenspiel:

- Der selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe und Teilnahme einer Person in Gesellschaft und Umwelt (**Partizipation**)
- Der individuellen und kompetenten Handlungen eines Menschen (**Aktivitäten**), die zur Teilhabe und Teilnahme notwendig sind
- Dem Körper einer Person (**Körperstrukturen, Körperfunktionen**)
- Der Persönlichkeit (**personenbezogene Faktoren**)
- Aller externer Gegebenheiten (**Umweltfaktoren**)
- Möglicher Gesundheitsprobleme

51

Konzeption der ICF: das bio-psycho-soziale Modell

- Funktionsfähigkeit und Behinderung eines Menschen

=

Ergebnis / Folge der Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen **Umwelt- und personenbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren)**

Bio-psycho-soziales Modell:

- Berücksichtigt Wechselwirkungen
- Nicht statisch
- Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit = dynamischer Prozess
- Komplexität der Wechselwirkungen ermöglicht vielfältige Interventionsansätze

52

Behinderung = Beeinträchtigte Teilhabe

Neben der Beeinträchtigung von Körperfunktionen und -strukturen sowie von Aktivitäten manifestiert sich Behinderung vor allem als **Einschränkung der Partizipation** in wesentlichen Lebensbereichen.



53

Behinderung: Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit (ICF)

- **Behinderung (ICF):** Resultiert aus dem Gesundheitsproblem einer Person eine **Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit**, liegt nach dieser Konzeption eine **Behinderung** vor.

Der **Behinderungsbegriff im SGB IX (§2)** ist hingegen **enger gefasst**: Demnach sind Menschen nur dann behindert, wenn

- ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von dem abweichen, was für das Lebensalter als typischer Zustand bezeichnet werden kann,
- dieser Zustand mit hoher Wahrscheinlichkeit **länger als sechs Monate** anhält, und
- daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

54

ICF: Integratives Modell von Behinderung

Integratives Modell

Medizinisches Modell
Behinderung als Problem des Individuums, verursacht durch Krankheit, Trauma oder andere gesundheitsbezogene Zustände

Soziales Modell
Behinderung hauptsächlich als gesellschaftlich bedingtes Problem

(Quelle: Seidler 2013)

Ziele und Nutzen der ICF

- Erweiterung des bisherigen Verständnisses von Krankheit und Behinderung → Gesundheitsprobleme und Folgen werden nicht mehr nur isoliert voneinander betrachtet.
- Unterstützung der Teilhabeorientierung der dt. Sozialgesetzgebung.
- Unterstützung bei der Umsetzung der UN-BRK.
- Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erreichen.
- Stellt gemeinsame Sprache zur Verfügung.
- Kommunikation zw. Fachleuten aus unterschiedlichen Disziplinen und MmB zu verbessern.
- Unterstützende Funktion bei der Realisierung von Rehabilitationsansprüchen und -zielen.



(Quelle: DVR 2014)

55

Notwendigkeit der ICF: Interventionsansätze

Komplexität der Wechselwirkungen ermöglicht vielfältige Interventionsansätze, u.a.:

- Die Behandlung der Körperstruktur- und Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fertigkeiten,
- Die Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten, sowie
- Die Verbesserung oder der Ausgleich einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

57

Gesamtbetrachtung der Teilhabesituation auf Grundlage der ICF → funktionaler individueller Befund

- Die bloße Nutzung von einzelnen ICF-Items reicht nicht aus, um Teilhabe und Partizipation zu ermöglichen!
- Denn der Mensch (und damit die Beeinträchtigung seiner Funktionsfähigkeit) ist nicht als die Summe seiner Funktionsschädigungen und Aktivitätsbeeinträchtigungen in einem bestimmten Kontext zu sehen.

Die Frage muss vielmehr lauten:

- Welche **Aktivitäten** und welche **Strukturen und Funktionen** bedingen, dass ein Mensch in einer konkreten Situation (mit ihren Kontextbedingungen) eine **Beeinträchtigung der Teilhabe** hat?

(Quelle: BAR 2016)

58

Gesundheit und Behinderung



59

Gesamtbetrachtung der Teilhabesituation auf Grundlage der ICF

- Die WHO hebt dies in den ethischen Leitlinien (Nr. 7) zur ICF deutlich hervor:

„Weil ein klassifiziertes Defizit immer resultiert aus dem Zusammenspiel zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und dem materiellen und sozialen Kontext, in dem sie lebt, sollte die ICF ganzheitlich verwendet werden.“

- Erst eine **Gesamtbetrachtung** ermöglicht es, das bio-psycho-soziale Modell im individuellen Fall und insbesondere bei der Teilhabeplanung konsequent zu nutzen.
- Gesamtschau ermöglicht erst einen **funktionalen individuellen Befund**

(Quelle: BAR 2016)

60

Teilhabe als Rehabilitationsziel

- Vor allem **Teilhabe (Partizipation)** stellt zentrale/übergeordnete **Zielkomponente** für die **Rehabilitation (SGB IX)** dar.
- Allerdings: Therapieziele werden häufig nur bzgl. der Symptome/Defizite auf **Körperfunktionsebene** definiert.
- Andere Komponenten der ICF werden bei der Planung von Therapiezielen selten berücksichtigt (BAR 2016).
- Durch die ICF wird die **Sichtweise um die Soziale Dimension „Teilhabe“** systematisch erweitert: **stärkere Orientierung an individuellen Bedürfnissen und Zielen** des Rehabilitanden!
- **Teilhabeziel** sollte im Vordergrund stehen.

61

Teilhabe als Rehabilitationsziel

- Der Gesetzgeber hat im SGB IX den **Teilhabebegriff** der ICF für sich aufgenommen.
- Ziel der Rehabilitation: die **Selbstbestimmung** und **gleichberechtigte Teilhabe** am Leben in der Gesellschaft.
- Wesentliches Charakteristikum zur Umsetzung der Zielsetzung (Rehabilitation): **Teilhabeziele können nur in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden und ggf. seinen Angehörigen** formuliert werden.
- Rehabilitand/Patient = **aktiver Partner** in der Umsetzung von **Rehabilitationszielen** und damit auch **Erreichung von Teilhabe**

62

Bsp.: Nutzung der ICF als Basis für teilhabeorientierte Zielfindung (BAR 2016, S. 23ff.)

Anamnesebericht: „Impingement-Syndrom“ (ICD-10: M75.4)

- Eine Rehabilitandin, 45 Jahre, leidet am Impingement-Syndrom in der rechten Schulter. Sie ist Rechtshänderin. Die Neutral-0-Messung des rechten Arms ergibt einen Winkel von 60°, bis zu dem der gestreckte Arm schmerzfrei gehoben werden kann. Die Rehabilitandin klagt, dass sie nachts kaum schlafen könne, weil sie beim Liegen auf der Schulter große Schmerzen habe.
- Die Rehabilitandin arbeitet als Angestellte in einem Büro. Oftmals könne sie vor Schmerzen den Computer nicht bedienen. Sie könne Akten aus Regalen nur in Augenhöhe, aus höheren gar nicht entnehmen und sei auf die Hilfe von Kolleginnen angewiesen.
- Bei der Körperpflege könne sie sich mit Mühe nur mit der linken Hand die Haare waschen, kämmen und frisieren sei schwierig. Pullover Anziehen und Ausziehen könne sie nur unter starken Schmerzen. Die Rehabilitandin wohnt allein und erhält gelegentlich Hilfe von ihrer Schwester.
- Da sie sich nur sehr langsam und mit Schmerzen An- und Ausziehen könne, gehe sie nicht mehr zum Sport (u. a. Volleyball) und zum Tanzen, was sie früher gern getan habe. Außerdem müsse sie z.B. beim Frisieren, Schminken Pausen einlegen, weil die Bewegungen schmerzhaft seien. In ihrer Wohnung habe sie es sich inzwischen angewöhnt, die wichtigsten Dinge maximal in Augenhöhe abzulegen.

63

Bsp.: Nutzung der ICF als Basis für teilhabeorientierte Zielfindung (BAR 2016, S. 23ff.)

Körperfunktionen/-strukturen

- Gelenkschmerz b28016
- Beweglichkeit Schultergelenk b710
- Funktionen des Schlafens b1343
- Gelenke der Schulterregion s7201

Aktivitäten/Partizipation

- Nach etwas langen d4452
- Hände oder Arme drehen oder verdrehen d4453
- Werfen d4454
- Fangen d4455
- Sich waschen d510
- Das Haar pflegen d5202
- Kleidung anziehen d5400
- Kleidung ausziehen d5401
- Den Wohnbereich reinigen d6402
- Ein Arbeitsverhältnis behalten d8451
- Sport d9201

Kontextfaktoren als Förderfaktoren oder Barrieren

Umweltfaktoren

- Medikamente (Schmerzmittel) e1101
- Allgemeine Produkte (hohe Möbel/Regale) e1150
- Allg. Produkte/Technologien Erwerbstätigkeit (Büroausstattung) e1350
- Engster Familienkreis (Schwester) e310
- Unterstützung durch Kollegen e325
- Einstellung von Kollegen e425
- Einstellung von Vorgesetzten e430
- Dienste der sozialen Sicherheit (Reha, Anpassung Arbeitsplatz) e570
- Dienste des Gesundheitswesens (Behandlung, Rehabilitation) e580

Personbezogene Faktoren

- weiblich, 45 Jahre, Rechtshänderin, allein lebend, kaufmännische Angestellte,
- Hobbies: Sport, Tanzen

64

Bsp.: Nutzung der ICF als Basis für teilhabeorientierte Zielfindung (BAR 2016, S. 23ff.)

Therapie nach bio-medizin. Modell (ICD):

- Es wird eine schmerzhafte Einschränkung des Armhebens zwischen 60° und 120° diagnostiziert (**Bezugssystem: bio-medizinisches Modell/ICD**).
- Die Zielsetzung der Therapie ist eine schmerzfreie Bewegung des Arms im Schultergelenk zwischen 0° und 180°. Trotz verschiedener Behandlungen konnte nur eine Verbesserung im Bereich zwischen 60° bis 90° erreicht werden. Für die Schmerzen, insbesondere nachts, erfolgt eine medikamentöse Schmerzbehandlung.

65

Bsp.: Nutzung der ICF als Basis für teilhabeorientierte Zielfindung (BAR 2016, S. 23ff.)

Therapie nach bio-psycho-sozialen Modell (ICF):

- Körperfunktionen und -strukturen werden nicht isoliert betrachtet.
- Die Rehabilitandin kann sich nur unter Schmerzen anziehen, frisieren, duschen. Höher abgestellte Gegenstände wie Akten im Büro, Gegenstände in Hochschränken in ihrer Wohnung kann sie nicht ergreifen. Ihre Freizeit und Teilhabe am sozialen Leben (Tanzen und Sport) ist eingeschränkt.
- Als **personbezogener Faktor** ist die Rechtshändigkeit bedeutsam, da die rechte Schulter betroffen ist.
- Verschiedene **umweltbezogene Faktoren wirken als Barrieren**: Im Büro hoch abgestellte Akten, in der Wohnung Hochschränke, nicht adäquates Badezimmer. **Fördernde Faktoren** sind die gelegentliche Hilfe der Schwester und einer Kollegin und Schmerzmittel sowie eigene Techniken, die bestimmte Bewegungen schmerzfrei ermöglichen.

66

Bsp.: Nutzung der ICF als Basis für teilhabeorientierte Zielfindung (BAR 2016, S. 23ff.)

Therapie nach bio-psycho-sozialen Modell (ICF):

Die **Rehabilitationsziele** könnten aus Sicht der Rehabilitandin wie folgt formuliert werden:

„Ich möchte mich wieder ohne Schmerzen in üblicher Zeit waschen, anziehen und frisieren können. Ich möchte im Büro arbeiten können, ohne die Kollegin zu oft um Hilfe bitten zu müssen. Ich möchte wieder Sport machen und Tanzen gehen. Ich möchte nachts durchschlafen, ohne durch Schmerzen geweckt zu werden“.

→ Allerdings: ggf. **Anpassung der Umweltbedingungen!**

→ **Erhöhung der Teilhabe**: durch medizin. Behandlung und Anpassung der Umweltbedingungen.

67

Nutzung der ICF: Zielfestlegung und -dokumentation (BAR 2016, S. 25ff.)

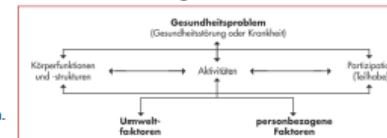
- **Zielsetzungsprozess**:
 - Wie werden Ziele identifiziert/festgelegt?
 - Werden diese Ziele für den Patienten oder gemeinsam mit dem Patienten formuliert?
 - Insbesondere: Wie wird mit Differenzen zwischen Rehabilitanden und Reha-Team bei Teilhabezielen umgegangen?
 - Sind diese Ziele kurz-, mittel- oder langfristig zu erreichen?
 - Wie kann die Zielerreichung gemessen werden?
- Auf der Ebene von **Funktionen und Aktivitäten** lassen sich meist durch die PatientInnen konkrete realisierbare Ziele zur Verbesserung der Teilhabe formulieren.
- **Zielformulierung nach der SMART-Formel**: passend (specific), messbar (measurable), erreichbar (achievable), bedeutsam (relevant) und zeitlich bestimmt (timed).

68

Gruppenübung: Anwendung der ICF (Fallbeispiele)

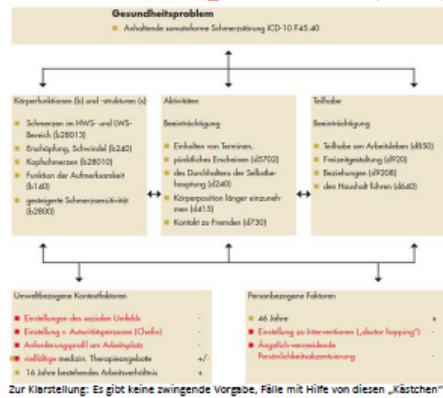
Gruppenübung: Fallbeispiele (ICF)

- Bitte finden Sie sich in 3er/4er Gruppen zusammen.
- Fallbeispiel: Auszüge aus (Sozial-) Anamnese-Bericht.
- Bitte versuchen Sie anhand des Kurzberichts die Inhalte auf die Komponenten des ICF-Modells zu übertragen!



- Zeit: max. 30 Min.
- Anschließend: Besprechung/Kurzpräsentation der Fallkonstruktion nach der ICF.

Fallstrukturierung nach der ICF (BAR 2016, S. 35)



Grenzen und Probleme der ICF

- häufige Kritik: Teilhabekonzept in der ICF nur unzureichend gelungen.
- Es mangle an einem Konzept von personenbezogenen Faktoren (keine klare Definition).
- was wäre ggf. noch zu kritisch zu betrachten?

(Quelle: DVR 2014)

Anwendung der ICF in der Praxis

- Schulungen der MitarbeiterInnen.
- Anwendung des ICF-/bio-psycho-sozialen Modells der WHO.
- Unterstützung durch die Leitungsperson.
- Benennung eines ICF-Beauftragten.
- Einführung einer ICF-basierten Dokumentation.

(Quelle: DVfR 2014)

73

Inklusion im Bereich der Gesundheit

Handouts: Auszüge aus der UN-BRK (Artikel 9, 25 und 26)

74

Die Gesundheit von MmB in der UN-BRK

- Der Zugang zu Gesundheitsdiensten unentgeltlich und erschwinglich ermöglicht werden (UN-BRK Art. 25)
- Die „Gesundheitsversorgung soll in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung gestellt werden, wie bei anderen Menschen“ (UN-BRK Art. 25a).
- Das Angebot von Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, z.B. Früherkennung, wie für Kinder und ältere Menschen, ist sicherzustellen (UN-BRK Art. 25b, Art. 26a).
- Des Weiteren wird ein Höchstmaß an Unabhängigkeit durch frühestmögliche, multidisziplinäre und gemeindenahe Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme gefordert.



75



Was fällt Ihnen zum Begriff **Barrierefreiheit** ein?

76

Begriff „Barrierefreiheit“

- Im außerdeutschen Sprachgebrauch wird der Zustand einer Barrierefreiheit als **leichte, einfache Zugänglichkeit** (engl.: Accessibility) bezeichnet.



Treppenstraße in Kassel
←
(viel zu steil!!)



- Der im deutschen Sprachraum in diesem Zusammenhang kursierende Begriff „behindertengerecht“ wird zunehmend **ungebräuchlich**, da mit dieser Benennung keine umfassende Zugänglichkeit und Benutzbarkeit für alle Menschen bezeichnet werden kann.

77

Begriff der Barrieren (ICF, UN-BRK Art. 9)

Der Begriff der Barrieren ist in der ICF (WHO 2001) und UN-BRK (Art. 9, „Zugänglichkeit“) konzeptualisiert:

„Barrieren sind alle Faktoren der physischen und sozialen Umwelt, die der unbeeinträchtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen im Wege stehen.“

„Barriere“: keineswegs nur bauliche, gebäudetechnische Hindernisse!

→ Auch mentale Barrieren

78

Behindertengleichstellungsgesetz (BGG)



Das deutsche Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) definiert die Barrierefreiheit in §4:

- „Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.“*

79

Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

Bestandsaufnahme und Herausforderungen

UN-BRK: Gesundheit (Art. 25)

Artikel 25:

- Gesundheitsversorgung in **derselben Bandbreite**, von **derselben Qualität** und auf demselben Standard **wie für andere Menschen**
- **Gesundheitsleistungen**, die von Menschen mit Behinderungen **speziell wegen ihrer Behinderungen** benötigt werden.

UN-BRK: Gesundheit (Art. 26)

Festlegungen in Artikel 26 der UN-BRK:

- Maßnahmen, ... um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an **Unabhängigkeit**, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle **Einbeziehung** in alle Aspekte des Lebens und die volle **Teilhabe** an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren,
- Entwicklung der **Aus- und Fortbildung** für **Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen** in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten,
- Förderung der Verfügbarkeit, der Kenntnis und die Verwendung unterstützender **Geräte und Technologien**.

Gesundheitsversorgung von MmB (SGB V)

§ 2a SGB V:

„Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“

Gesundheitlicher Versorgungsbedarf

Im Spiegel der Erfahrungsberichte von Menschen mit Behinderungen und deren Angehörigen stehen aber der bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung in der alltäglichen Wirklichkeit vielfältige Barrieren entgegen.

Es geht darum, diese Barrieren zu identifizieren und zu beseitigen.



Gesundheitsversorgung: Perspektive der MitarbeiterInnen (negative Aspekte) (Quelle: Hasseler 2015)

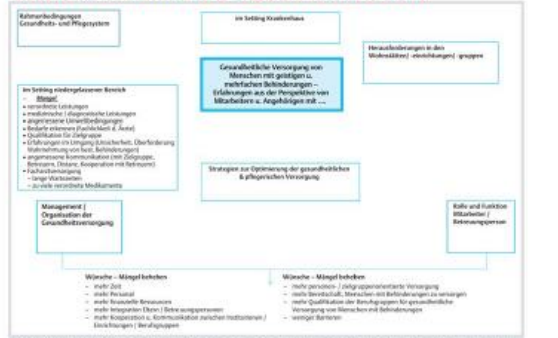


Abb. 1 Kongressmaterial: Übersicht negativ Erfahrungen mit gesundheitlicher Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen (Unterkategoriën wegen Komplexität der Gesamtangabe der Studie nur für Kategorie „Inklusionsbereich“ dargestellt).

Gesundheitsversorgung: Perspektive der MitarbeiterInnen (negative Aspekte) (Quelle: Hasseler 2015)



Abb. 1 Kongressmaterial: Übersicht negativ Erfahrungen mit gesundheitlicher Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen (Unterkategoriën wegen Komplexität der Gesamtangabe der Studie nur für Kategorie „Inklusionsbereich“ dargestellt).

Gesundheitsversorgung: Perspektive der MitarbeiterInnen (positive Aspekte) (Quelle: Hasseler 2015)

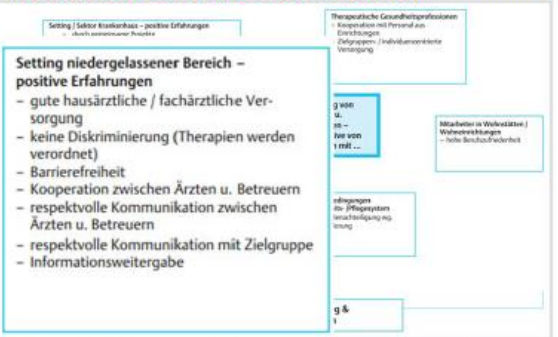


Abb. 2 Kongressmaterial: Positive Erfahrungen mit gesundheitlicher Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen.

Studie in Hamburg: Defizite in der Versorgung



MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG
Defizite in der Versorgung
Ergebnisse einer explorativen Untersuchung in zwei Hamburger Bezirken

(Quelle: Steffen/Blum 2012: Menschen mit geistiger Behinderung. Defizite in der Versorgung. Ergebnisse einer explorativen Untersuchung in zwei Hamburger Bezirken. In: Deutsches Ärzteblatt 109 (17), S. A860-A862)

Bauliche Barrierefreiheit von Arztpraxen

Abbildung 78: Barrierefreiheit von Arzt-psychotherapeutischen Praxen



Quelle: Auswertung der Daten des Ärzteportals www.vdek-arztliste.de; Darstellung des ISG

(Quelle: Bundestellhaberbericht 2016, S. 321)

89

Bauliche Barrierefreiheit von Arztpraxen

Tabelle 4-62: Anteile von Arztpraxen unterschiedlicher Fachrichtungen, die Aspekte der Barrierefreiheit erfüllen

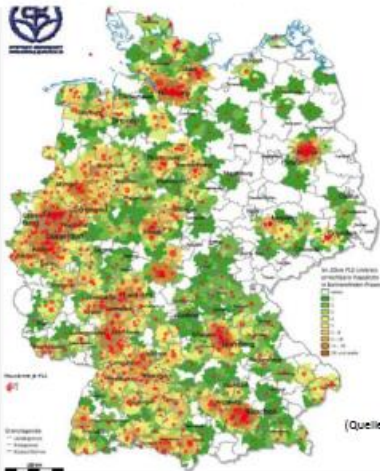
Fachrichtungen	Anzahl erfasster Praxen	Zugang (ebenerdig oder mit Aufzug)	Praxisräume (rollstuhlgerecht)	Parkplätze (behindertengerecht)	WC (barrierefrei)	Untersuchungsmöbel (flexibel)
Allgemeinmedizin	44.380	22%	22%	4%	2%	2%
Zahnmedizin, Kieferchirurgie	44.084	16%	16%	2%	1%	4%
Psychiatrie und Psychotherapie	27.792	17%	16%	2%	1%	0%
Interne Medizin	19.832	29%	28%	6%	4%	3%
Frauenheilkunde	9.510	33%	25%	6%	3%	4%
Kinder- und Jugendmedizin	5.937	28%	27%	6%	3%	1%
Kinder- / Jugendpsychiatrie	5.870	16%	14%	2%	1%	1%
Augenheilkunde	5.145	26%	25%	9%	3%	5%
Neurologie	4.623	28%	28%	3%	4%	2%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3.831	33%	31%	8%	4%	7%
Herz-Kreisläufkrankheiten	3.467	30%	27%	6%	3%	6%
Urologie	2.606	34%	33%	9%	6%	7%
Radioonkologie	2.563	37%	38%	9%	7%	6%
Rehabilitative Medizin	811	32%	32%	7%	6%	6%

Quelle: Sonderauswertung Arbeitskreis der Stiftung Gesundheit. Eigene Darstellung. Prognose AG.

(Quelle: Bundestellhaberbericht 2013: 201)

90

Gut 5% aller Allgemeinarztpraxen in Deutschland haben rollstuhlgerechte Praxisräume!



Erreichbarkeit von räumlich barrierefreien Hausarztpraxen

- Stadt-Land-Gefälle
- Ost-West-Gefälle

(Quelle: Bundestellhaberbericht 2016, S. 316)

91

Strukturelle Barrieren des Gesundheitssystems

- Unzureichende bauliche und ausstattungsbedingte Barrierefreiheit schränkt das **Recht auf freie Arztwahl** (§76 SGB V) faktisch ein.
- **Wahlfreiheit ist eingeschränkt**, wenn Menschen mit Behinderung darauf achten müssen, dass an ihrem Wohnort auch eine adäquate medizinische Versorgung möglich ist.

(Quelle: Bundesärztekammer 2013, Schülle 2016, Weber 2015)

92

Barrieren: Inhaltliche Barrieren

- Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme
- Kommunikationsbarrieren
- fehlende Angebote von Hausbesuchen
- unerfahrenes Personal



(Quelle: Bundesärztekammer 2013, Schülle 2016)

Parallelbericht der BRK-Allianz (2013)

Für Selbstbestimmung,
gleiche Rechte,
Barrierefreiheit,
Inklusion!

Einem Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der
UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland



BRK-Allianz (Hg.)

AKTION
MENSCH

- UN-BRK (Art. 25): Vielfältige Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen (Wissensdefizite, Kompetenzmängel, leistungsrechtliche Probleme, usw.)
- konkrete Forderungen zur Verbesserung der Situation (Seiten 51-59).

Forderung

„Der Abbau der Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung beginnt im Kopf und im Herzen einer jeden Ärztin, eines jeden Arztes.“ (Seidel 2013)



Es sollten konkrete Handlungen (u.a. bzgl. Wissenserwerb, Abbau von Barrieren in Praxis und Krankenhaus, usw.) erfolgen.

INTERVIEW

„Barrierefreiheit beginnt mit der Wertschätzung der Menschen“

Mit dem Autor des Buches „Barrierefreiheit beginnt mit der Wertschätzung der Menschen“ über die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland.

Barrierefreiheit beginnt mit der Wertschätzung der Menschen. Das ist die zentrale Botschaft des Buches „Barrierefreiheit beginnt mit der Wertschätzung der Menschen“ von Dr. med. habil. Dr. med. h.c. Seidel. In dem Buch geht es um die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Ein zentraler Aspekt ist die Wertschätzung der Menschen mit Behinderungen. Dr. Seidel betont, dass Barrierefreiheit nicht nur eine Frage der baulichen Zugänglichkeit ist, sondern vor allem eine Frage der Haltung und der Einstellung der Menschen. Er fordert, dass wir die Menschen mit Behinderungen als gleichberechtigte Mitglieder unserer Gesellschaft anerkennen und ihre Bedürfnisse ernst nehmen. Dies ist die Grundlage für die Schaffung einer inklusiven Gesellschaft.



(Quelle: Seidel 2013, Deutscher Ärztebeleg, Jg. 110, Heft 33-34)

Zusammenfassung der Studienergebnisse

- Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen haben **viele unerfüllte Gesundheits- und Rehabilitationsbedürfnisse**.
- Im **Zugang zum medizinischen Versorgungssystem** existieren für Menschen mit Behinderungen verschiedenste und vielfältige **bauliche, finanzielle- strukturelle und kompetenzbezogene Barrieren**.
- Die **medizinische Versorgung im Regelversorgungssystem genügt** besonders dem speziellen Bedarf von Menschen mit **geistiger und mehrfacher Behinderung nicht**.



Es bedarf **weiterer Maßnahmen zur Verwirklichung eines inklusiven Gesundheitssystems!**

(Quelle: Bundesärztekammer 2013, Schülle 2016, Weber 2015)

Zusammenfassung: Teilhabe von MmB im Bereich Gesundheit (UN-BRK)

- **Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen:** Die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen einschließlich der Gesundheitsförderung hängt in entscheidendem Maß davon ab, inwieweit sie **barrierefrei zugänglich** sind und ob entsprechende **Angebote wohnortnah** zu erreichen sind.
- **Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung:** Menschen mit Beeinträchtigungen haben das Recht auf eine gleichwertige Behandlung in allen gesundheitlichen Belangen. Um dies zu erreichen, bedarf es u.a. **jeweils geeigneter Kommunikationsformen**; das Gesundheitspersonal muss entsprechend **geschult** werden und die **zeitlichen Ressourcen** hierfür müssen zur Verfügung gestellt werden. MmB haben gleichzeitig das **Recht auf spezielle Gesundheitsleistungen**, die sie aufgrund ihrer Beeinträchtigungen benötigen.
- **Gesundheitliche Prävention und Rehabilitation** dienen der Vermeidung von gesundheitlichen Risiken, der Prophylaxe, der Wiederherstellung von Gesundheit sowie der Abwendung einer Behinderung bzw. Milderung ihrer Folgen. Menschen mit Behinderungen haben das **Recht auf gleichberechtigten Zugang zu allen Maßnahmen** der Prävention und Rehabilitation (Artikel 25/26 UN-BRK).

(Quelle: Bundesteilhaberbericht 2016, S. 302/303) 97

Forderung der Ärzteschaft (2009)

Der 112. Deutsche Ärztetag (2009) forderte bspw., dass

- Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung **nicht** aufgrund einer Behinderung von **gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen** ausgegrenzt werden dürfen;
- Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung die **gesundheitsbezogenen Leistungen** bekommen, die sie wegen der Behinderung und insbesondere zur **Förderung ihrer sozialen Teilhabe** dringend benötigen;
- **gesetzliche Grundlagen für Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung** (in Anlehnung an die Sozialpädiatrischen Zentren) geschaffen werden.

(Quelle: <http://www.bundesaerztekammer.de/verztetag/beschlusprotokolle-ab-1996/112-deut-2009/punkt-iv/1-gesundheit-und-soziale-teilhabe/>) 98

Forderung: Teilhabeorientierte Versorgung

- Eine **teilhabeorientierte Versorgung** setzt differenzierte und **gestufte Versorgungsangebote** voraus.
- Soll jedem Menschen mit Behinderung eine angemessene Behandlung im allgemeinen Gesundheitssystem mit haus- und fachärztlicher ambulanter sowie stationärer Versorgung **gewährt** werden.
- Reaktion des Gesetzgebers: GKV-Versorgungsstrukturgesetz (§119c SGB V): Einrichtung von **Medizinische Zentren für Erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB)** als Folgeeinrichtung der SPZ.

(Quelle: Mau et al. 2015) 99

Versorgungsstärkungsgesetz (SGB V, §119c): Einführung von MZEB



GEISTIG ODER MEHRFACH BEHINDERTE ERWACHSENE

Bessere Versorgung möglich

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (§ 119 c SGB V) wurden Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) eingeführt. Solche Zentren schließen eine schon seit langem bestående Versorgungslücke.

§ 119 c SGB V

Medizinische Behandlungszentren

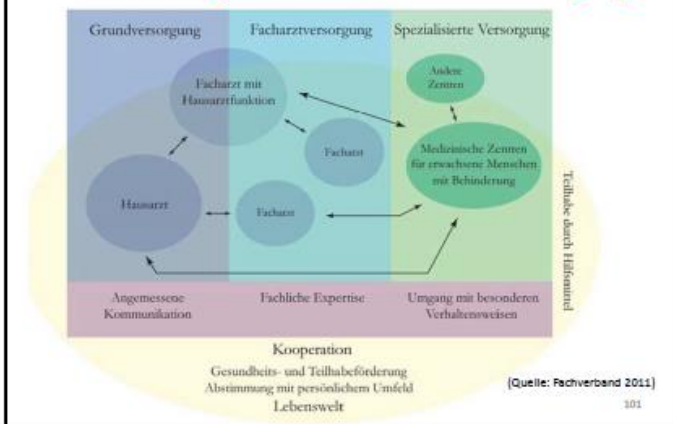
(1) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist,

um eine ausreichende Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sicherzustellen.

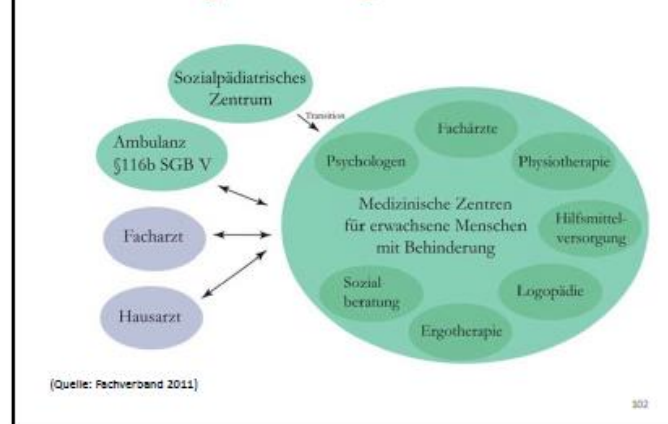
(2) Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.

(Quelle: Mau et al. 2015)

Modell einer gestuften Gesundheitsversorgung



MZEB als Folgeeinrichtung von SPZ



Spezialisierte Versorgung durch MZEB

- spezialisierte Versorgung durch Einführung von regional zuständigen Spezialambulanzen: MZEB (analog zu SPZ).

Schwerpunkte der Arbeit für diese spezialisierten Einrichtungen:

- Neuromuskuläre Störungen
- Neurologische Erkrankungen, insbesondere Epilepsie
- Geistige Behinderung und psychische Erkrankung
- Sinnesbehinderung / Mehrfachbehinderung
- Schwerste Mehrfachbehinderung mit intensivem medizinischem Behandlungsbedarf

Wenn Sie an Ihr Arbeitssetting denken...

...wie ist es dort um die **Barrierefreiheit** bestellt?

Machen Sie einen „Spaziergang im Geiste“ zu Ihrer und durch Ihre Arbeitsstätte (angefangen vom Weg zu Ihrem Arbeitsort, vom Parkplatz, Eingangstür, Empfang,....., durch die einzelnen Räume, das WC, etc.)!

Tauschen Sie sich bitte in 2er-Teams zu potentiellen Barrieren und Barrierefreiheit in Ihrem Arbeitssetting aus (ggf. mit Fokus auf Ihre Klientel)!

Zeit: max. 20 Min. (anschließende Sammlung von zentralen Punkten)



Umsetzung von Barrierefreiheit

105

Die 10 Gebote der Barrierefreiheit

(Handouts)



(Quelle: BAR (2016): <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitsmaterialien/downloads/BAR10Gebote5.pdf>)

106

Kommunikation in der Arztpraxis

- Direkte Ansprache des Menschen mit Behinderung
- Einfache Ausdrucksweise, ggf. Gebärdendolmetscher
- Anschauungsmaterial, auch zum Tasten
- Informationen in Leichter Sprache und Braille
- Genügend Zeit
- Sorgfältige Abstimmung von Zielen und Prioritäten
- Ggf. Traumatisierungen beachten



Rahmenbedingungen in der Arztpraxis

- Ruhige Atmosphäre, evtl. Vorgeschichte separat klären
- Wenig Wartezeit → Randtermine
- Durch Begleitpersonen: Dokumentation mit Eckdaten der Vorgeschichte und aktuellen Beobachtungen
- Vor Untersuchungen Vertrauen aufbauen und informieren
- Bei Untersuchungen Vertrauenspersonen einbeziehen
- barrierefreie Untersuchungsmöglichkeiten
- Ggf. mehrere Termine!



Erschwerter Zugang zum Gesundheitssystem

- häufig keine eigene Initiative für Arztbesuch durch MmB
- Erschwerte Kommunikation
- Erschwerter Zugang zu Praxen
- Anamnese- und Untersuchung oft schwierig und langwierig, da verschiedene Personen beteiligt:
 - Betreuer aus Wohnstätte oder Werkstatt, Angehörige, gesetzliche Betreuer, verschiedene Ärzte
- „Menschenbild“ und (ärztliche/professionelle) „Haltung“



Mangelnde Fachlichkeit

- Zuwenig Kenntnisse bei Ärzten und Pflegenden zu Besonderheiten im Auftreten, der Häufigkeit und der Symptomatik von Krankheiten (nicht Gegenstand von Aus-, Fort- und Weiterbildung)
- Fehlende Erfahrung, auch im Umgang und in der Kommunikation
- Große Variabilität und fehlende Zentrenbildung erschwert den Erwerb von Fachlichkeit und Erfahrung
- Spezialisierung im Kindesalter (SPZ) geht bei erwachsenen Menschen mit Behinderung verloren, wenn MZEB nicht weiter etabliert werden.



Häufige Probleme bei der Diagnosestellung

- Fehlende Eigenbeobachtung
- Atypische Symptome
- Mangelnde Kommunikationsmöglichkeiten
- „Duldende Haltung“ erfordert aufdeckende Herangehensweise
- Zuschreibung zur Behinderung
- Andere Krankheitshäufigkeiten besonders ausgeprägt bei schwerer, mehrfacher Behinderung und chronischem Verlauf

Anforderungen an die Versorgungsstruktur

- Gemeindenahe Regelversorgung
- Ergänzung durch spezialisierte Versorgungsangebote
- Koordination gesundheitlicher Leistungen
- Dokumentationssysteme für die Kommunikation
- Verbesserung der Fachlichkeit
- Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme schaffen
- besondere Bedarfe in der Organisation berücksichtigen

Zugänglichkeit in der Arztpraxis: Beispiele für Barrierefreiheit

- Informationsmaterialien in Leichter Sprache
- Leitsysteme
- Rollstuhlgerechte Räume und Toiletten
- Zugängliche Untersuchungsliegen und -geräte
- Lagerungsmöglichkeiten
- Ruhige Atmosphäre (u.a. Ruheräume)



→ weitere Informationen zum Thema „Barrieren in Praxisräumen abbauen“:
http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen.pdf

Beispiele zur Umsetzung von Barrierefreiheit

Tabelle 5: Den Kontext für Gesundheitskompetenz in Einrichtungen des Gesundheitswesens verbessern: ein Werkzeugkasten

Bereich	Herausforderungen	Vorgeschlagene Maßnahmen
Interne	<ul style="list-style-type: none"> • Bei der Gestaltung wird generell mehr Wert auf Attraktivität als auf Benutzerfreundlichkeit gelegt 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Navigation und die Rückkehr auf die Startseite vereinfachen • Nutzer können Fragen stellen • Antworten auf oft gestellte Fragen liefern
Telefon	<ul style="list-style-type: none"> • Automatische Ansagen werden häufig sehr schnell gesprochen • Der Telefonist kann nicht viele Fragen beantworten • Die Wartezeiten sind lang und die Verbindungen werden häufig getrennt 	<ul style="list-style-type: none"> • Anrufer-sorgfältig formulieren und lesen • Orientierungshilfen und Weiterbildungen anbieten • Für oft gestellte Fragen ein Skript erstellen
Eingangsbereich	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beschilderung ist nicht klar • Unterschiedliche Eingänge sind nicht nach ihrem Zweck gekennzeichnet 	<ul style="list-style-type: none"> • Straßen- und Eingangsschilder klar und eindeutig beschriften
Sich zurechtfinden	<ul style="list-style-type: none"> • An der Rezeption ist man häufig nett, aber die Auskünfte sind nicht immer klar • Viele Beschäftigte kennen sich in der Einrichtung nicht aus • Pläne sind sehr komplex • Schilder sind nicht einheitlich oder verständlich beschriften 	<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterungen und Schulungen in Bezug auf leicht verständliche Sprache anbieten • Orientierungsbroschüren für Patienten und Angehörige bereitstellen • Bei Notfällen die Beschäftigung nicht nur dem Personal überlassen • Personal als Lotsen anbieten und entsprechend einweisen
Mündlicher Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> • Zu viel Fachjargon 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal entsprechend einweisen • Personal zu leicht verständliche Sprache weiterbilden

(Quelle: WHO 2016, S. 59)

114

Prinzip der Barrierefreiheit im weiteren Sinne

I.w.S. zielt das **Prinzip der Barrierefreiheit** darauf ab, dass nicht nur Menschen mit Beeinträchtigungen (bspw. ältere Menschen mit Geh-, Seh- oder Gleichgewichtsstörungen), sondern auch Personen mit Kleinkindern (Kinderwagen) oder Menschen, die auf Rollatoren angewiesen sind in die frei zugängliche Nutzung der baulich gestalteten Umwelt einbezogen werden.



- Diese weitergehende Sichtweise unterscheidet nicht mehr zwischen einzelnen Personengruppen, vielmehr sollen die **Bedürfnisse aller Menschen berücksichtigt** werden (Stichwort: demografischer Wandel, Überalterung der Gesellschaft).
- Verständnis der Barrierefreiheit: als „**Design für Alle**“ oder „**universelles Design**“.

(Quelle: Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit, [barrierefreiheit.de](http://www.barrierefreiheit.de/bgg_barrierefreiheit.html))

115

Inklusion durch „Design für alle“

Inklusion geht alle an.
 In Deutschland leben 18,1 Mio. Menschen mit einer Beeinträchtigung – das sind mehr als **20 % der Bevölkerung.**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit/Bundesregierung für die Rechte behinderter Menschen, 2016

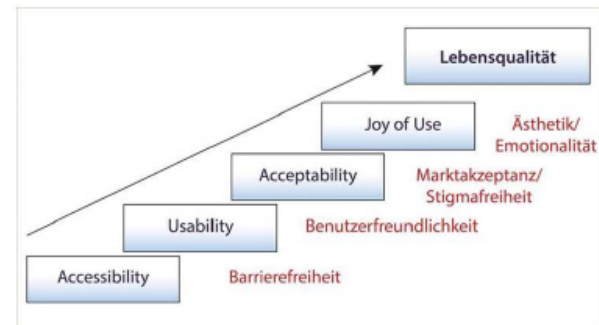
116

Inklusion und Teilhabe durch barrierefreies „Design für alle“



117

Barrierefreiheit zur Routine machen: Teilhabe und Lebensqualität erhöhen



118

Und zu guter Letzt

Alle Anforderungen an eine inklusive Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention und dem Gebot der umfassenden Barrierefreiheit lassen sich in einer einzigen Botschaft zusammenfassen:

Abbau aller Barrieren im umfassenden Sinne!

(Quelle: übernommen von Seidel 2013)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und Mitarbeit!

Kontakt:

Vertr.-Prof. Dr. Katharina Rathmann

Lehrgebiet für Rehabilitationssoziologie
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Technische Universität Dortmund

E-Mail: katharina.rathmann@tu-dortmund.de

Web: <https://www.fk-reha.tu-dortmund.de/Soziologie/cms/de/Lehrgebiet/index.html>

Web (privat): www.kathinarathmann.de



120

Weiterführende Literatur und Weblinks

- Aktion Mensch: Barrierefreiheit. <http://www.aktion-mensch.de/themen/informationen-und-diskussionen/barrierefreiheit.html>
- BAR/Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016). ICF-Praxisleitfaden 2. Medizinische Rehabilitationsleistungen. 2. Aufl. Frankfurt a.M.
- Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit. http://www.bundeskompetenzzentrum-barrierefreiheit.de/typ_bundeskompetenzzentrum-barrierefreiheit.html
- Barrierefreiheit in Praxistexten: http://www.bbv.de/media/bv/Praxistexte_barriere_freiheit_Abbau.pdf
- Dudoni (2007). „Ich muss ins Krankenhaus, was nun?“. Qualitative und quantitative Untersuchung behinderter Menschen und Pflegepersonen. http://www.forsa.de/sonderhefte/Krankenhaus/Dokumentation_ich_muss_ins_Krankenhaus.pdf
- Bundesärztekammer (2009). <http://www.bundesarztekkammer.de/arbeit/warbericht/warbericht-1996/117-dpa-2009/sozial-1/gesundheitspolitik.html>
- Bundesärztekammer (2013). Inklusion von Menschen mit Behinderung im Sinne der UN-BR: aus der Sicht der Bundesärztekammer. In: GVG (2013): Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Ein Zwischenstand. Köln. <http://gvg.org/cms/media/155/155130710117021400001.pdf>
- DVR (2014). Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem. Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVR). http://www.dvr.de/fileadmin/user_upload/publications/DVR_2014Nutzung_der_ICF_Stand_9_10_14.pdf
- Hassler (2014). Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung. Review Artikel. In: Deut Med Wochenschr 139:2030-2034
- Hassler (2015). Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in der gesundheitlichen Versorgung. Ausgangspunkte Ergebnisse einer qualitativ-explorierenden Untersuchung mit dem Fokus auf defizitäre Erfahrungen. In: Die Rehabilitation 54:339-374
- Hassler (2016). Gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Anforderungen und Herausforderungen. In: Teilgabe 55:271-77

Weiterführende Literatur und Weblinks

- Heeman, Stöcker (2016). Barrieren für eine inklusive medizinische Begleitung. In: deis. (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Köln/Banner, S. 39-46.
- Heeman, Stöcker (2016). Definitionen von Gesundheit und Krankheit. In: deis. (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Köln/Banner, S. 29-33.
- Informationen zum Thema www.gesundheitserleben.de
- Mink (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In: Erdle, Kris, Schubert, Kris, (Hrsg.). Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft. Sätzigler, Vandenhoeck & Ruprecht, S. 129-145.
- Positionspapier der Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2015). http://www.lbbwh.de/w/Deutsch/aus_fachliche_sicht/verbände/gesundheitsversorgung.php?file=1
- Quenzel, Schaeffer (2016). Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universit. Bielefeld
- Schmidt, Weber (2014). Partizipation und Teilhabe an Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitschrift Erwachsenenbildung und Behinderung 02/2014, 48-52.
- Schüle (2016). Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Teil 1 – Empirische Erkenntnisse. Beitrag (16-05-2016) www.wfbv.de/de/25.08.2016
- Selke (2013). „Barrierefreiheit beginnt mit der Wertschätzung der Menschen“. In: Deutscher Arzteblatt 110 (18-19) S. A1549-A 1550.
- Dierkes, Blum (2013). Menschen mit geistiger Behinderung. Defizite in der Versorgung. Ergebnisse einer explorativen Untersuchung in zwei Hamburger Bezirken. In: Deutscher Arzteblatt 109 (17), S. A840-A842
- Teilhabebericht (2016). <http://www.klinik.de/SharePoint/Download/DK/1016-Teilhaberichtes/1315-11-teilhabebericht.pdf> teilhabe@klinik.de
- Teilhabebericht (2016). <http://www.klinik.de/SharePoint/Download/DK/1016-Teilhaberichtes/1315-11-teilhabebericht.pdf> teilhabe@klinik.de
- Weber (2015). Umsetzung der UN-BR in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Stand und Perspektiven. Sozialer Fortschritt 11/2015, S. 273-278.
- WHO (2016). Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Genf: WHO. <http://whodocuments.tcd.ie/handle/document/1697/36762>

9. Präsentation „Information zum Modulabschluss“



Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion

Informationen zum Modulabschluss
12.05.2017, Osnabrück

Universität Osnabrück, Jill Hagenbrock M.Sc., Kim Marei Kusserow M.A., Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH



Modulabschluss

- Teilnahme ohne Modulprüfung:
Teilnahmebescheinigung bei regelmäßiger Teilnahme
- Teilnahme mit Modulprüfung:
Hochschulzertifikat

Informationen zum Modulabschluss: „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“
- Universität Osnabrück, Jill Hagenbrock M.Sc., Kim Marei Kusserow M.A., Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH



Teilnahme ohne Modulprüfung

Informationen zum Modulabschluss: „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“
- Universität Osnabrück, Jill Hagenbrock M.Sc., Kim Marei Kusserow M.A., Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH



Teilnahme ohne Modulprüfung

- Teilnahme an den Präsenzveranstaltungen (33 UE)
- Erfolgreicher Abschluss der Selbstlernphasen (168 UE)
→ Gesamt: 201 UE
- Keine Prüfungsvorbereitung und Modulprüfung am 10.06.2017

Informationen zum Modulabschluss: „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“
- Universität Osnabrück, Jill Hagenbrock M.Sc., Kim Marei Kusserow M.A., Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

Teilnahme mit Modulprüfung

Informationen zum Modulabschluss: „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“
- Universität Osnabrück, Jili Hagenbrock M.Sc., Kim Marei Kusserow M.A., Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

Teilnahme mit Modulprüfung

- Teilnahme an den Präsenzveranstaltungen (42 UE)
- Erfolgreicher Abschluss der Selbstlernphasen (168 UE)
- Vorbereitung des Modulabschlusses (30 UE)
→ Insgesamt 240 UE
- Modulprüfung am 10.06.2017

Informationen zum Modulabschluss: „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“
- Universität Osnabrück, Jili Hagenbrock M.Sc., Kim Marei Kusserow M.A., Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

Teilnahme mit Modulprüfung

Zweite Präsenzphase

- Team-/Gruppenbildung oder Entscheidung zur Einzelarbeit

Vorbereitung des Modulabschlusses in der Selbstlernphase vom 14.05. – 08.06. 2017

- Wahl eines Fallbeispiels
(aus der Veranstaltung vom 13.05.2017 oder Konstruktion eines neuen Fallbeispiels)
- Bearbeitung des Fallbeispiels

Modulabschluss in der dritten Präsenzphase, 10.06.2017

- Vorbereitung des Modulabschlusses (ca. 1,5 Std.)
- Präsentation und Diskussion (jeweils ca. 15-20 Min.)
- Ausklang des Moduls

Informationen zum Modulabschluss: „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“
- Universität Osnabrück, Jili Hagenbrock M.Sc., Kim Marei Kusserow M.A., Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Informationen zum Modulabschluss: „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“
- Universität Osnabrück, Jili Hagenbrock M.Sc., Kim Marei Kusserow M.A., Prof. Dr. Birgit Babitsch MPH

10. Präsentation am vierten Präsenztage „Klient*innen als Individuum“ (Frau Quack)

Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion

Tag 4: Klient*innen als Individuum

Angela Quack, Dipl. Heilpäd.
Mai 2017

Struktur

- Lebensqualität als übergeordneter Referenzrahmen
- Einführung in ein weites Feld: Care und Case Management
 - Ziele
 - Prinzipien
 - Phasen im Ablauf
 - Ausgewählte Methoden des Assessments und der Hilfeplanung
- Kommunikative Interventionsstrategien - Beratung

Gutes Leben?

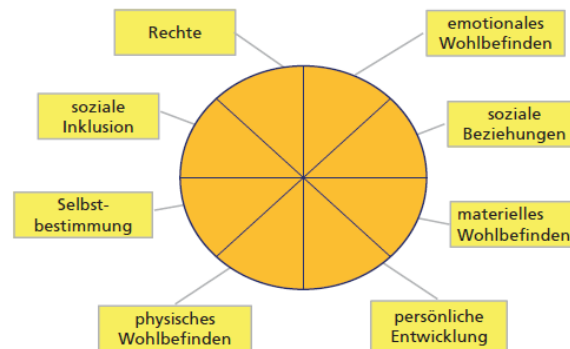


Was macht einen Tag zu einem guten Tag für Sie?

Welches sind die Kernbegriffe/Dimensionen Ihrer Lebensqualität?

- Schreiben Sie bitte wesentliche Begriffe (z.B. große Villa ☺) auf einzelne Karten
- Pinnen Sie bitte Ihre Karten an die Metaplanwand – clustern Sie!

Lebensqualität: Ein multidimensionales und sehr individuelles Konstrukt



(Schalock et al, 2002)

Dimensionen der Familienlebensqualität

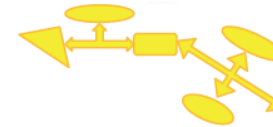


Übergeordnetes Ziel

der Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen ist es, Menschen so zu begleiten, dass sie ihre Lebensqualität verbessern bzw. erhalten können.

Stimmen Sie zu?
Wie definieren Sie Ziele Ihrer Arbeit?

Was ist ein Fall ?



- trägt zumeist den Namen einer Person, ist jedoch nicht äquivalent mit dieser – die Person ist nicht der Fall.
- wird von Fachkraft/Organisation konstituiert
- Variabler Gegenstand sind die Probleme, die bezeichnet und beschrieben werden (nur Ressourcen machen keinen Fall)

Lebenssituation ≠ Fall

Person im Zentrum

- Soziale Einbindung
 - Biografischer Zeitpunkt
 - Anstehende Probleme
- nicht zu erfassen in Programmen, Verordnungen Gesetzen

Falleinschätzung umfasst sowohl die Beurteilung der Dynamik der Lebenssituation als auch der Logik des Hilfe- und Sanktionssystems

(Pantucek, 2007)

Ihre Fallvignette?

Lesen bzw. überdenken Sie bitte die von Ihnen mitgebrachte Fallvignette in Hinblick auf das Thema Lebensqualität.

- Welche Lebensqualitäts-Dimensionen (individuell oder familiär) sind aus Ihrer Sicht in dem von Ihnen mitgebrachten Fall besonders wichtig? Markieren Sie diese bitte in Ihrem Handout.
- Auf welche Lebensqualitätsdimension(en) zielt Ihr Assistenz-Angebot? Welche anderen Dimensionen sind für Ihre Klientin Ihren Klienten darüber hinaus wichtig? Werden diese bereits von anderen Diensten/Institutionen beantwortet?

Care und Case Management

- hat viele Gesichter
- antwortet auf komplexe Problemlagen
- ist keine therapeutische Methode, sondern eine Verfahrensweise, ein Handlungsansatz
- Fallbezogene Aktivitäten werden mit Umweltressourcen sinnvoll verknüpft und methodisches Handeln im Einzelfall strukturiert, damit eine angemessene Versorgung sichergestellt werden kann (Kollak & Schmidt, 2014).
- hat den Anspruch, Personen passgenaue Assistenz zu ermöglichen trotz versäulter und zergliederter Hilfelandschaften, finanzschwacher Kommunen und mit einander in Konkurrenz stehender Leistungsträger – und das alles effektiv, effizient und transparent!

Ziele

- Individuelle Versorgungsbedarfe werden über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg abgedeckt.
- Anforderungen des alltäglichen Lebens und der Gesundheitsvorsorge sind für KlientInnen zu bewältigen
- Teilhabe/Partizipation ist im von KlientInnen erwünschten Umfang möglich.

(vgl. auch DGCC, 2015)

Wo findet CM Anwendung?

- z.B. in
- Pflege
 - Sozialer Arbeit
 - Medizin
 - Arbeitsmarktintegration
 - Versicherungswesen

Professionelle Rollen im CM

- Advocacy – Interessen vertreten
- Broker – Makeln/vermitteln zwischen KlientInnen und Ressourcensystem
- Gate-Keeper – Ressourcen gerecht verteilen; Unter/Übersorgung vermeiden

Ethische und ökonomische Prinzipien

Ethisch:

- Partizipation und AdressatInnenorientierung– „nichts über mich ohne mich“
- Beziehungsgestaltung
- Empowerment
- Ressourcenorientierung
- Lebensweltorientierung
- Kooperation im Prozess

Ökonomisch

- Steigerung von Effektivität und Effizienz
- Transparenz

(Hardegger, 2012)

Ablauf Case Management



Klärungsphase

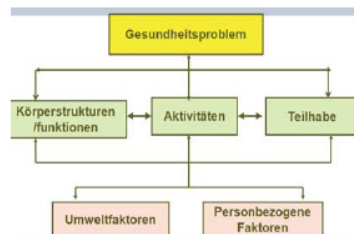
Access, Case Finding, Intaking

- Kontaktaufnahme
- Klärung der Angemessenheit
- Vereinbarung zur Einleitung CM - Kontrakt

Assessment



- In Kontakt/Beziehung treten
- Differenzierte und mehrdimensionale Wahrnehmung, Erfassung und Beschreibung
 - Lebenssituation
 - Problem/Bedarfs- und Versorgungslage
 - Ressourcen
 - Ziele/Wünsche



Serviceplanung

Festlegung der Ziele und Unterstützungen im Einzelfall

Es wird

- ein Plan erstellt, der auf die individuellen Bedürfnisse der Zielperson (Klientin/Klient) umfassend antwortet
- die Verantwortlichkeit für die einzelnen Schritte/Maßnahmen festgelegt; Kosten und Leistungsträger werden ermittelt
- eine realistische Zeitschiene (einschließlich Überprüfungsintervall) erarbeitet

Ziele und Vorgehensweisen werden mit der Zielperson gemeinsam erarbeitet, gewichtet und abgestimmt

(Kollak & Schmidt, 2016)

Linking; Umsetzung; Monitoring

- Vermittlung passender Unterstützungsangebote (Linking)
- Umsetzung/Ausführung der geplanten Handlungsschritte
 - Erwünschte und notwendige Assistenz in gewünschter Weise?
 - Interventionen angemessen und zielführend?
 - Zeitlicher Rahmen realistisch?
- Beobachtung, Beratung, Kontrolle der Assistenzprozesse – Monitoring
 - Persönliches Gespräch
 - Technische Kommunikationsmittel
 - Patiententagebuch

(Kollak & Schmidt, 2016)

Evaluation

Auswertung

- Zufriedenheit?
- Zielerreichung?
- Gute/weniger gute Aspekte des Prozessverlaufs?
- Lernzugewinn in Hinblick auf die Kooperation?
- Effektivität der eingesetzten Verfahren/Instrumente?
- Perspektive?

Lektüre

- Lesen Sie bitte den vorliegenden Text und vollziehen die einzelnen Bausteine des geschilderten CM Prozesses nach.
- Wo sehen Sie Chancen, Hürden und Risiken einer solchen Vorgehensweise in Hinblick auf den von Ihnen mitgebrachten Fall?

Alles super? Kritische Aspekte

- Wenn der umfassende Blick und ganzheitliche Anspruch Autonomie (auch das Recht auf Geheimnisse) beschneiden...
- Wenn schematisiertes Vorgehen den Blick auf die Person verstellt (und damit das Ganze ad absurdum führt)...
- Wenn die Steuerung von Abläufen und Kosten im Vordergrund stehen.... (Pantucek, 2007)

CM Prozesse werden in der Praxis u.a. erschwert durch

- Misstrauen und Konkurrenzen unter Trägern und Anbietern (z.B. Weitergabe von Informationen wird behindert)
- Eher traditionelles und angebotsorientiertes Professionsverständnis einiger Mitarbeitenden
- Dienste, die noch wenig auf CM eingestellt sind (Fortbildung, Supervision, Dienststrukturen)

(Schulz, 2001)

Ausgewählte Methoden

Assessment

- Bedarfs-Check Lebensbereichsorientiert
- (standardisierte Assessmentbögen)
- Lebensereignisskala
- Befindlichkeitskalen
- Ressourcen Karte oder auch als Mindmap
- Netzwerkkarte

Serviceplanung

- Zielformulierung SMART
- Lebensbereichsorientierte Hilfeplanung

Erstkontakt ggfs. Hausbesuch

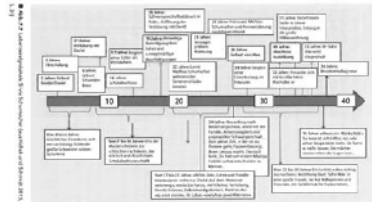
- Worauf achten Sie? Was erfragen Sie? Was vermeiden Sie?



Lebensereignisskala

Wichtige Ereignisse werden auf einem Zeitstrahl eingezeichnet und kommentiert.

Unter dem Zeitstrahl ist Raum für persönliche Kommentierungen.



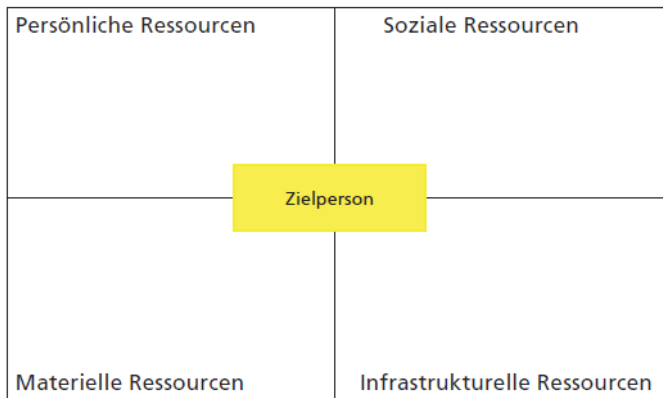
Ziel:

- Muster, Ressourcen, ggfs. Fehleinschätzungen erkennen

Bedarfs-Check

(F)Q, Dimension Lebensbereiche	Situation/Probleme	Ressourcen (pers./Netzwerk)	Hilfedarfe

Ressourcenkarte



Befindlichkeitsskalen

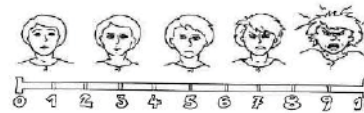


Abb. 7.10 Wut-Skala

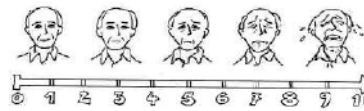
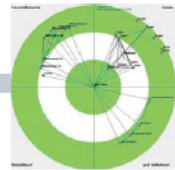


Abb. 7.11 Trauer-Skala

(Kollak & Schmidt, 2016)

Netzwerkkarte



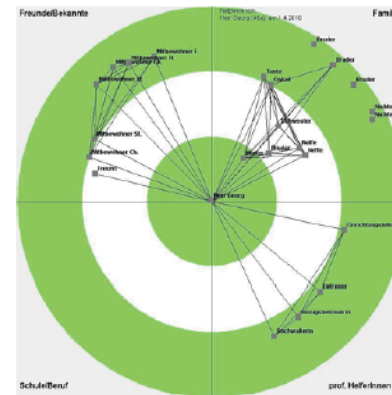
- „Bildgebendes“ Verfahren
- Interaktionssysteme werden abgebildet
- Für kooperative DAG geeignet („Schuler an Schulter“)
- Eröffnet interpretative Optionen
- Kostenlose E-Version im WWW
 - <http://www.easynwk.com/index.php/download> oder einfach googlen: easynwk

Reziprozität - Gegenseitigkeit

- ist die Grundlage menschlicher Beziehungen
- Beziehung ist aufrecht/ aktivierbar, wenn Konten offen sind - Investment ist notwendig
- Nach langer Brache wieder belebbar, z.B. mit Bezug auf die Beziehungsgeschichte oder mit Hinweis auf Verwandtschaftsbeziehung
- Kontostand ist nicht objektivierbar
 - Subjektives Gefühl zu niedrigen oder zu hohem Kontostand
- Immaterielle Güter sind durchaus erwünscht
- Gabe - Gegengabe ist nicht gleich Äquivalententausch
- Bestimmte Rollenpositionen sind mit Erwartungen verknüpft (Pantucek, 2005)

Netzwerkinterview

Freund_innen/
Bekannte



Familie

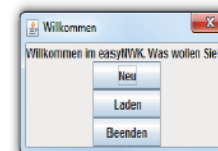
Schule/Beruf

Professionelle
Helfer_innen

Vorbereitung

<http://www.easynwk.com/>

Sie klicken auf Download und dann auf die angezeigte Datei, um diese zu öffnen.



Sie klicken auf „Neu“ und geben Name und Alter der Ankerperson ein.

Einstieg

Es erscheint die soeben abgebildete Grafik mit den konzentrischen Kreisen. Die Bildmitte repräsentiert die Zielperson



Einstiegsfrage:

z.B. : „Wen gibt es so in Ihrem Leben? Wo soll ich die Person hinzeichnen?“

Verlauf

Sie fragen

- gezielt nach möglichen Personen in den Feldern
- gezielt nach (Weak-Ties) – „wem erzählen Sie schon mal was von sich?“
- alle Personen ab, über deren Existenz Sie wissen.

Sie klicken ins Feld – tragen in die Maske Namen und Geschlecht der Person ein und schieben den Punkt auf den gewünschten Abstand zur Bildmitte.

Sie

- überprüfen die Positionierung nach Plausibilität
- verbinden Personen im Netzwerk, zwischen denen eine Beziehung besteht.

Besondere Notierungen

von Personen, die

- verstorben sind
- zu denen kein Kontakt mehr besteht
- zu denen nur virtueller Kontakt besteht

und zu Haustieren und imaginären Personen



Name/Funktion eintragen – aber Kante auf 0 stellen (keine Verbindungslinie)

Analyse

- Netzwerkgröße: Anzahl der Knoten mit Kante zur Ankerperson (> 40 bei Personen mit vielfältige soz. Bez.)
- Dichte: Personenpaare im Netz – Indikator dafür wie eng, zentriert ein soziales Netz ist (> 0,5 = hoch) – kann sich nachteilig auf die Autonomie einer Person auswirken.
- Verteilung auf Sektoren: Unterschiedlich in den Lebensphasen eines Menschen
- Intersektionale Beziehungen: Kann ein Indikator für die Einschränkung der Autonomie der Ankerperson sein.
- Cluster: Clique – gern mehrere; Unterstützungsleistungen können so auf unterschiedliche Schultern verteilt werden

Besondere Positionen

- Position „Isolierte“: Nur eine Kante zur Ankerperson - Eignet sich gut als Berater_in
- Position „Star“: Mit den meisten Beziehungen – sektorübergreifend – sehr einflussreich.
- Position „Brücke“: Knotenpunkt, der mehreren Clustern angehört, kann Schlüsselrolle im Netzwerk übernehmen; (oft Mütter von NutzerInnen stationärer Wohnangebote der Behindertenhilfe)
- Multiplexe Beziehung: Unklare, mehrere Rollen, „Krebszelle“ – Hochrisiko (Kantenwert 2)

Auswertung+Interpretation

- Welche Chancen und Risiken ergeben sich angesichts der vorgefundenen Beziehungen für die Ankerperson?
- Welche Beziehungsabbrüche drohen (z.B. durch Wechsel des Settings, durch Beendigung einer Maßnahme, durch die Überlastung einer multiplexen Beziehung?)
- Was kann getan werden, um brachliegende Beziehungen wiederzubeleben, wie können „weak ties“ reaktiviert oder neu rekrutiert werden?
- Wo müssen professionelle Dienste kritisch in den Blick genommen werden in Hinblick auf Veränderungen im Netzwerk?

Serviceplanung lebensbereichsorientiert

(F)okal-Dimension Lebensbereiche	Situation/Probleme	Ressourcen (pers./Netzwerk)	Hilfsbedarfe	Ziele SMART	Maßnahmen	Zuständigkeit	Zeitraum

Serviceplanung – Ziele SMART formulieren

- S** – Spezifisch (klar und konkret?)
- M** – Messbar (nachweisbar?)
- A** – Akzeptabel (für alle Beteiligten?)
- R** – Realistisch (erreichbar?)
- T** – Terminiert (bis zu welchem Datum soll was genau erreicht sein?)

Zusammenfassung zu Ihrem Fall

- Welche Problembereiche konnten Sie identifizieren?
- Welche Ressourcen (personal und netzwerkbezogen) haben Sie als nutz- und aktivierbar erkannt?
- Sind alle vorhandenen Informationen gesichert oder müssen sie überprüft werden? Welche Informationen fehlen Ihnen noch?
 - Welche Assessmentinstrumente sind zum Einsatz gekommen, bzw. müssten im Verlauf zum Einsatz kommen?
- Erstellen Sie nun einen Serviceplan – orientieren Sie sich soweit wie möglich am Raster zur lebensbereichsorientierten Serviceplanung
- Wie könnte das Monitoring der Umsetzung Ihrer Serviceplanung gestaltet sein?

Natürlich haben wir die **kommunikativen Interventionsstrategien** bis hierher schon gebraucht, aber jetzt werfen wir noch einen etwas gezielteren Blick darauf.....



Eine mögliche Definition von Beratung

- Beraten ist als ein Handeln definiert, das auf die Änderung – wie auch immer verursacht – Zustands der Hilfsbedürftigkeit, auf die Bewältigung einer Krise gerichtet ist.

(Schulz-Wallerheim 2002)

Interventionslogik der Beratung

- Problemlösung durch **Kompetenzförderung**

(Nestmann et al 2004; Schaeffer/Dewe 2012)

- Milderung von Unsicherheit
- Stärkung der Selbststeuerungskompetenz
- Ressourcenmobilisierung
- Befähigung zur Problembewältigung durch Stärkung der Kompetenzen

Interventionslogik der Beratung

Problemlösung durch Perspektivwechsel

(Nestmann et al 2004; Schaeffer/Dewe 2012)

- Aufschlüsselung des individuellen Problems
- fallbezogene Deutungshilfe
- Herstellung reflexiver Distanz
- Ermöglichung einer neuen Sichtweise
- Minderung von Desorientierung

Interventionslogik der Beratung:

Problemlösung durch Wissensvermittlung

(Nestmann et al 2004; Schaeffer/Dewe 2012)

- Vermittlung von problem- und fallbezogenen Wissens
- Strukturierungs- und Klärungshilfe
- Health Literacy
- Transformation abstrakter Information in handlungspraktisches Wissen

Beratungsansätze:

- Ressourcenorientierte Beratung
- Systemische Beratung
- Lösungsorientierte Beratung

Beratungsgespräch

Phasen

1. Kontakt/Situationsklärung: Begrüßung, Kontakt, Gespräch rahmen
2. Thema herausfinden: Themen erfragen, setzen, aushandeln
3. Ist-Zustand erforschen: Explorieren, Fokussieren, Tiefung
4. Ziele entwickeln: Zukunftsbilder, Zielbildung, Zielwahl
5. Umsetzung planen: Handlungsstrategie, Plan, Umsetzung
6. Zusammenfassen: Einordnen, Vereinbarungen, Aufgaben
7. Situation abschließen: Ballast abwerfen, Blitzlicht, Abschied

(Widule 2012)

Techniken der Gesprächsführung

- Stellen Sie einen guten Kontakt zum Klienten her
 - Achten Sie auf Körpersprache, Tonlage, Sprechgeschwindigkeit, etc.
 - Passen Sie sich ggf. an (pacen)
- Beachten Sie „verborgene“ Fragen
 - Plötzliche Fragen sollten unmittelbar beantwortet werden
- Fassen Sie das Gesagte zusammen
 - Spiegeln und paraphrasieren
- Wiederholen Sie die wichtigsten Gesprächspunkte
 - Lassen Sie sich ihr Verständnis bestätigen
- Beenden Sie das Gespräch mit einem Ergebnis
 - Fassen Sie die Vereinbarungen noch einmal zusammen

Techniken der Gesprächsführung

- Ermutigen Sie ihren Klienten zum Reden
 - Wer fragt kontrolliert das Gespräch
- Stellen Sie offene und öffnende Fragen
 - W-Fragen (wer, was, wann, wie, etc.)
 - Vermeiden Sie geschlossene Fragen
 - Vermeiden Sie suggestive Fragen
- Hören Sie zu
 - Signalisierung Sie verbale und non-verbale Aufmerksamkeit
 - Machen Sie sich Notizen
- Vermeiden Sie Negativ-Fragen
 - Was gefällt Ihnen nicht? vs. Was möchten Sie verbessern?
- Formulieren sie Denkweisen und Wahrnehmung um
 - Starrköpfig vs. innerlich gefestigt
 - Passiv sein vs. Dinge akzeptieren

Offene/öffnende Fragen

sind Erzählungs-generierende Fragen. Sie können dazu führen, dass Situationen differenzierter wahrgenommen, genauer hinterfragt werden

- Woran haben Sie gemerkt, dass...?
- Wie sind Sie darauf gekommen.....?
- Wie kann ich mir das vorstellen.....?
- Inwiefern hat/kann/macht...?
- Woran liegt das Ihrer Meinung nach, dass..?
- Wie macht er/sie?
- Was denken Sie, wie ...?
- Was müsste passieren, damit....?
- Was hoffen Sie, wird.....?

....

Kleine Sequenz

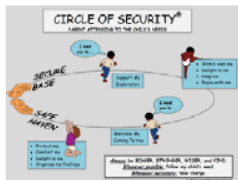


Veränderung

ist bedrohlich
besonders für die,
die eine unsichere
Orientierung haben

Ermutigung zur Veränderung

funktioniert auf der Basis des Vertrauens zur beratenden Person



- Klärung des Nutzens von Veränderung
- Vertrauen auf die eigenen Ressourcen
- Suche nach früheren und aktuellen Erfolgen
- Die Suche nach Helfer- und Unterstützer* innen

Bewältigungsstrategien...

...und Abwehrmechanismen erkennen:

Welche Stärken hat die Klientin/der Klient?

Welche Strategien hat sie/er entwickelt um sich vor schwierigen,
schmerzhaften Gefühlen zu schützen?

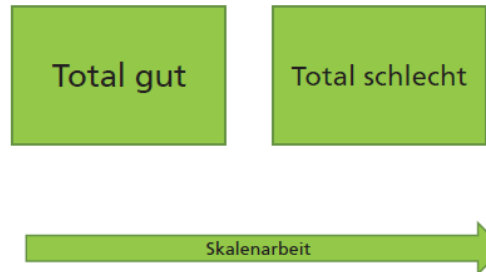
- Bagatellisieren
- Rationalisieren
- Intellektualisieren
- Dramatisieren
- Ablenken
- Ausweichen (und „Schotten dicht machen“)

Veränderungsstrategien

- Bewältigungsstrategien und Abwehrmechanismen erkennen
- Infragestellen einer ALLES oder NICHTS-Haltung
- Reframing und Perspektivenwechsel
- Lösungsperspektiven entwickeln

Alles oder Nichts

Das Gute und das Schlechte bestehen nebeneinander



Wunderfrage

*Angenommen, es wäre Nacht und Sie legen sich schlafen.
Während Sie schlafen geschieht ein Wunder und das Problem,
das Sie schon seit längerer Zeit belastet, ist gelöst.
Da Sie geschlafen haben, wissen Sie nicht, dass dieses Wunder geschehen ist.
Was wird Ihrer Meinung nach morgen früh
das erste kleine Anzeichen sein, welches Sie darauf hinweist,
dass sich etwas verändert hat?*

Bei Kindern darf auch die gute Fee kommen...

Präzisierung

*Angenommen, es wäre Nacht und Sie legen sich schlafen.
Während Sie schlafen geschieht ein Wunder und das Problem,
das Sie schon seit längerer Zeit belastet, ist gelöst.
Da Sie geschlafen haben, wissen Sie nicht, dass dieses Wunder geschehen ist.
Was wird Ihrer Meinung nach morgen früh
das erste kleine Anzeichen sein, welches Sie darauf hinweist,
dass sich etwas verändert hat?*

- Was genau wäre anders?
- Wie würden Sie sich anders verhalten?
- Welche Gedanken/Gefühle sind dann anders?
- Wer in Ihrer Umwelt würde bemerken, dass dieses Wunder geschehen ist?
- Wann war es in letzter Zeit schon einmal so ein bisschen wie nach dem Wunder?
- Was können Sie jetzt tun, um ein Stück dieses Wunders schon jetzt passieren zu lassen?

Umgang mit Widerstand

Widerstand ist ein Interaktionsphänomen

- Verlangt von Beratungsperson die Überprüfung eigener Strategien
- Kann positiv genutzt werden – ist eine Chance
- Ist oft Ausdruck nicht gewürdigter Ambivalenz
- Gehört zum Kern jeder Interaktion
- Entspricht den Motiven und entsteht im Spiel der Akteure

Wichtig: Im Kontakt bleiben

Umgang mit Widerstand

- Je mehr Widerstand die Klientin, der Klient zeigt, desto unwahrscheinlicher ist es, dass sie/er sich verändert
- Starkes Abwehrverhalten korreliert mit einem vorzeitigen Beratungsabbruch
- Widerstand ist ein Problem der beratenden Person
- Das Ausmaß des Widerstands wird durch den Beratungsstil geprägt

Widerstand umlenken

- Nicht für eine Veränderung argumentieren
- Widerstand nicht direkt begegnen
- Zu neuen Perspektiven einladen – nicht vorschreiben
- Widerstand ist ein Signal, damit das eigene Vorgehen verändert wird
- Klient*innen sind die beste Quelle für Antworten und Lösungen.

Wohldefinierte Ziele

Kriterium	Schlüsselwort	Musterfrage
1. Positiv	stattdessen	Was wirst Du stattdessen tun?
2. prozesshaft	Wie? Verbalform	Wie wirst du es machen?
3. Hier und Jetzt	jetzt	Was wirst Du jetzt bei der nächsten Gelegenheit tun?
4. spezifisch	Ganz genau	Wie machst Du das jetzt ganz genau?
5. Eigener Kontrollbereich	Du	Was kannst Du persönlich dazu tun?

Motivation =



Haben wir noch Zeit

für eine Beratungssituation?

Ertrag

Welche Fragen und welche Anregungen ergeben sich aus der Arbeit des heutigen Tages für Ihre Berufspraxis?



11. Arbeitsauftrag „Mindmap“ zweite Selbstlernphase zur Nachbereitung der zweiten Präsenzphase



Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

bitte schauen Sie sich das hinterlegte Video (Quelle: Youtube) an und stellen Sie die Informationen über die Ressourcen von Lukas Müller in einer übersichtlichen Mindmap dar. Im Zentrum der Mindmap sollen dabei die Ressourcen von Lukas Müller stehen. Bitte gestalten Sie die Mindmap unter Einbezug der folgenden Ressourcen

- Materielle Ressourcen
- Eigene Stärken
- Soziale Kontakte
- Formelle Hilfen

Bitte nutzen Sie zur Erstellung Ihrer Mindmap die folgende Seite <https://bubbl.us/>. Um mit der Gestaltung der Mindmap zu beginnen, klicken Sie auf der Startseite auf "start brainstorming". Speichern (Save as) Sie Ihre Mindmap nach der Fertigstellung als JPG und laden Sie diese Bilddatei im Rahmen dieser Aufgabe hoch.

Viel Erfolg bei der Bearbeitung der Aufgabenstellung.

Jill Hagenbrock und Kim Marei Kusserow

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

12. Präsentation am fünften Präsenztage „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“ (Frau Jordan)

Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion

Osnabrück, 09. Juni 2017

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion



Meine ARBEITSSCHWERPUNKTE

- Peer Counseling: unabhängige Beratung von und für Menschen mit Behinderung(-en) und/oder chronischer Erkrankung in der nationalen und internationalen Entwicklung
- Selbstbestimmte Lebensführung und Lebensweltgestaltung bei Behinderung (Wunsch- und Wahlrecht, Leben mit persönlicher Assistenz, Inklusion und Partizipation)
- Organisation und Entwicklung der unabhängigen Interessensvertretung behinderter und chronisch kranker Menschen
- Pädagogik der Psychotraumatologie und Förderung der Selbstorganisation und -hilfe bei komplexen Traumafolgestörungen
- Einsatz- und Interventionsmöglichkeiten von biografischer Theaterarbeit (insbesondere Playback-Theater) in der Persönlichkeitsbildung, Stressbearbeitung und Stabilisierung

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Kurzvita: Leonora Micah Jordan

- Seit 01/2016 **Wissenschaftliche Mitarbeiterin** am Fachbereich Humanwissenschaften, im Fachgebiet „Behinderung und Inklusion“, Universität Kassel
- Seit 04/2015 **Lehraufträge** im Modul „Schlüsselkompetenzen“ am Institut für Sozialwesen, Universität Kassel
- 12/2015 Abschluss des Master-Studienganges „Soziale Arbeit und Lebenslauf“ (*Master of Arts*)
- Seit 08/2015 Mitarbeiterin im Bereich der *Persönlichen Assistenz*, Pflegearche Kassel
- Seit 01/2010 **Lehrfähigkeit** an der „Deutschsprachigen Schule für Playbacktheater“
- 08/2009 Abschluss des Diplom-Studienganges „Sozialwesen“ (*Diplom Sozialarbeiterin und -pädagogin*)
- 2004 – 2011 **Hospizhelferin** im Hospiz Kassel
- Seit 2003 Mitarbeit in der online-Beratung mit traumatisierten Menschen: Administratorentätigkeit und Beratung
- 2002 – 2009 Ausbildung zur **Playback-Theater-Practitioner**, Center for Playback-Theater, New York (Graduation Diploma)
- 1996 – 1999 Ausbildung zur **Physiotherapeutin**, Schule für Physiotherapie Hess. Lichtenau
- 08/1996 **Abitur**, Albert-Einstein-Gymnasium, Buchholz in der Nordheide
- 1994 – 1995 Ausbildung zur **Schwesterhelferin**, Kreiskrankenhaus Lehrte
- 06/1994 Highschool-Abschluss, Weatherford High, Weatherford, Texas (*Graduation Diploma*)

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Themen und Inhalte des Seminars

- **INKLUSION – Wer? Warum? Wie?**
- **EMPOWERMENT**: Was kann dieser Ansatz in der Beratungsarbeit leisten?
- Wie können **RESSOURCEN** identifiziert werden?
- Wozu brauchen wir **DIAGNOSEN** in der Beratungstätigkeit?
- Funktionale Gesundheit und Einschränkungen – Anwendungsfelder der ICF
- Die Persönliche Zukunftsplanung mit **PATH – das Leben neu entdecken**
- Juristische Aspekte von Rehabilitation und **TEILHABE**
- **PEER COUNSELING – der Schlüssel zum Erfolg?!**

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Was bedeutet INKLUSION ?



- „Die selbstverständliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung allen gesellschaftlichen Bereichen wird als ‚Inklusion‘ bezeichnet.“
- „Eine ‚inklusive Gesellschaft‘ lässt Ausgrenzungen nicht zu, eine Teilung der Gesellschaft in Menschen mit und ohne Behinderung wird nicht akzeptiert.“
- „Inklusion ist ausgerichtet auf die Stärkung der Selbstkompetenz, der Selbstvertretung und der Autonomie („Empowerment“), der Selbstbestimmung und der Partizipation.“
- „Inklusion umsetzen heißt: Gesellschaftliche Veränderungen im Denken und Handeln anzustoßen.“

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (2007): Politik für Menschen mit Behinderung. Gesamtfortschritt. Kiel

In einer inklusiven Gesellschaft haben alle Menschen die gleichen Rechte – Unterschiede werden als Bereicherung und natürliche Vielfalt (*diversity*) wahrgenommen.



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

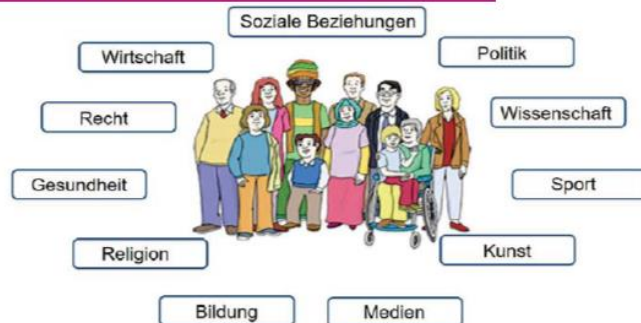
Inklusion und der Empowermentansatz

Lass uns gemeinsam Knoten lösen, um neue Verknüpfungen zu ermöglichen!



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Was bedeutet INKLUSION ?



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Was versteht man unter EMPOWERMENT ?

- Das Substantiv **Empowerment** leitet sich von dem englischen Verb *to empower* (dt.: jemanden ermächtigen, etwas zu tun, bzw. jemandem die Vollmacht erteilen, etwas zu tun oder die Vollmacht/Befugnis innehaben, etwas zu tun) ab.
- In Wörterbüchern finden sich die Umschreibungen „give authority to s.o.“ und „give s.o. the power or legal right to do something“ neben den Verweisen auf **enable** (dt.: jemanden ermächtigen, etwas zu tun, „es jdm. ermöglichen or möglich machen, etw. zu tun“ und **entitle** (dt.: das Recht/den Anspruch auf etwas zu haben bzw. etwas zu tun).
- Ergänzend kann **to be empowered** auch einen Seinszustand abbilden, der quasi eine Wirkung, ein Ergebnis oder einen Prozess beschreibt.

Nach HERRIGER (2006: 20) bedeutet Empowerment „(...) Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung, Stärkung von Eigenmacht, Autonomie und Selbstverfügung. Empowerment beschreibt mutmachende Prozesse der Selbstbemächtigung, in denen Menschen in Situationen des Mangels, der Benachteiligung oder der gesellschaftlichen Ausgrenzung beginnen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, in denen sie sich ihrer Fähigkeiten bewußt werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen.“

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Was versteht man unter EMPOWERMENT ?

- Unter **Empowerment** werden sowohl bestimmte theoretische Annahmen, wie Programme, inhaltliche Konzepte und Leitideen als auch Beratungs- und Förderansätze verstanden, die neben einer (Lebens-) Grundhaltung auch Prozesse der Persönlichkeitsbildung beinhalten (vgl. THEUNISSEN 2007; MILLER und PANKOFER 2000).
- Albert LENZ und Wolfgang STARK (2002) sprechen von einem Ansatz mit dem Fokus auf die (Wieder-)Gewinnung von Stärke und Inspiration zur **Gestaltung der eigenen Lebensverhältnisse**.
- Erstmals wird der Begriff des Empowerment 1976 von Barbara SOLOMON im Zusammenhang mit der US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung (*civil-rights-movement*) in der **sozialraumbezogenen politischen Gemeinwesenarbeit** verwendet.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Was versteht man unter EMPOWERMENT ?

In der Literatur werden **vier Handlungsebenen** beschrieben:

- **INDIVIDUALEBENE**: systematischer Einbezug individueller Fähigkeiten, Stärken und Talente unter Berücksichtigung sozioökonomischer und finanzieller der KlientInnen mit unterschiedlichen Verfahren und Methoden.
- Einbezug **SOZIALER NETZWERKE**: z.B. Angehörige, (professionelle) UnterstützerInnen, Interessenvertretungen und -verbände, Selbsthilfegruppen u.a.
- „Innere Reform“ auf **INSTITUTIONELLER EBENE**: Förderung eines partizipativen Ansatzes mit aktiver Einbindung der KlientInnen
- (Lokal-) **POLITISCHES ENGAGEMENT**: Einbezug und Mitarbeit in Bürgerinitiativen, Beiräten oder Ausschüssen, um die eigenen Interessen und Bedürfnisse zu vertreten.

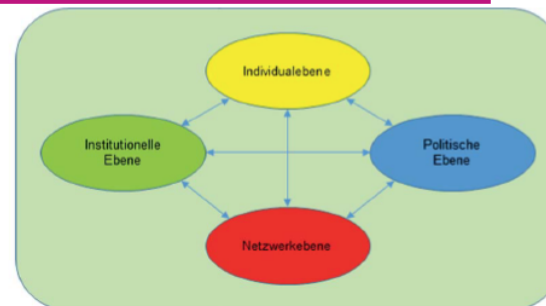
Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Was versteht man unter EMPOWERMENT ?

- Die aktive **politische Selbstvertretung** mit dem Ziel von Partizipation und soziopolitischer Veränderung sowie der Dekonstruktion von Machtungleichheiten prägen die Anfänge der Empowermenttradition (auch) in den „neuen“ sozialen Bewegungen (etwa der Bürgerrechts-, Frauen-, Friedens-, Ökologie-, Anti-Globalisierungs- oder Behindertenbewegung).
- Ziel ist das (Wieder-)Erlangen von Selbstbestimmung sowie eine ausbalancierte Neuausrichtung von sozialer und/oder politischer (Macht-)Ungleichheit.
- In der **psychozialen Arbeit** beinhaltet der Empowermentansatz u.a. das Vorhalten von entsprechenden Mitteln (z.B. Dienstleistungen, Zugang zu barrierefreien Informationen) und Ressourcen, um KlientInnen anzuleiten, zu ermuntern und auf dem Weg zu begleiten, die eigenen Kompetenzen und Stärken zu erkennen und einzusetzen.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Was versteht man unter EMPOWERMENT ?



Handlungsebenen von Empowerment. Eigene Darstellung. (Jordan 2015: 16)

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Was sind RESSOURCEN ?

Positive Personenpotentiale (**PERSONALE RESSOURCEN**), Kapitalsorten (**STRUKTURELLE POTENTIALE**) und Umweltpotentiale (**SOZIALE RESSOURCEN**) können zur Sicherung der psychischen Integrität, der Krisen- und Konfliktbewältigung sowie dem Umgang mit Brüchen und Übergangssituationen beitragen.

PERSONALE RESSOURCEN beinhalten

- **Beziehungsfähigkeit:** emotionale und soziale Intelligenz, Empathie, Bindungsfähigkeit, Wahrnehmung und Kommunikation von Gefühlen, Bedürfnissen, Wünschen und Emotionen
- **Selbstakzeptanz und Selbstwertüberzeugung:** Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl, Lebensziele und -werte wahrnehmen, verfolgen und umsetzen wollen
- **Internale Kontrollüberzeugung:** Bewältigungsoptimismus, Gestaltungskompetenzvertrauen, Glaube an die Gestaltbarkeit von (sich verändernden) Umwelt- und Lebenssituationen
- **Aktiver Umgang mit Problemen:** Problemlösungs- und Zielfindungskompetenzen, aktive Auseinandersetzung mit (nicht vorhergesehenen/nichtvorhersehbaren) Umwelthanforderungen
- **Flexible Anpassung an biografische Brüche:** Lebensplan- und Lebensentwurfsänderungen in das eigene Leben integrieren können
- **Veröffentlichungsbereitschaft:** eigene Hilfebedarfe und Unterstützungsbedürfnisse erkennen und kommunizieren können

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Was sind SOZIALE Ressourcen?

Das soziale Eingebunden-Sein (*embedding*) des Individuums in bestehende (unterstützenden) soziale Strukturen und Netzwerke wird als **SOZIALE RESSOURCEN** in der Literatur beschrieben. Die Unterstützungsformen können variieren, können jedoch in Lebenskrisen aktiviert werden.

- **Emotionale Unterstützung:** Wertschätzende Grundhaltung mit Ich-stützendem Anerkennung, Stärkung des Selbstwertgefühls, Verhinderung von Abhängigkeits-, Isolations- und Ohnmachtserfahrungen.
- **Instrumentelle Unterstützung:** handlungsorientierte Hilfen, materielle Unterstützung, Vermittlung von entlastenden Hilfen (und Dienstleistungen) bei Brüchen, Krisen und Übergängen
- **Kognitive (informationelle) Unterstützung:** Orientierungshilfe, Aufklärung und Informationen über bestehende Rechtsansprüche, Vermittlung von (sozialen) Dienstleistungen
- **Aufrechterhaltung der sozialen Identität:** Stärkung von Selbstwertgefühl und Anerkennung für eine positive Ich-Identität
- **Vermittlung von neuen sozialen Kontakten:** Stärkung der Eingebundenheit in soziale Gruppen, Vermittlung von Peer-Kontakten, Zugehörigkeit zu Menschen in vergleichbarer Lebenslage

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

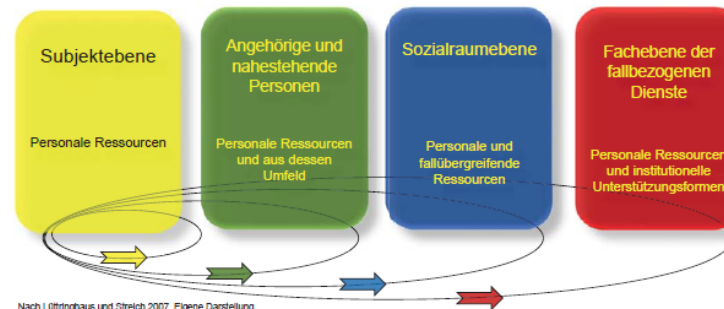
Was sind STRUKTURELLE Ressourcen?

Strukturelle Potentiale (**STRUKTURELLE RESSOURCEN**) beinhalten Variablen von Lebensqualität, welche an die soziale Lebenslage des Individuums gebunden sind und subjektive Erfahrungen von Sicherheit, Gestaltungsvermögen u.a. Kapitalsorten (nach Pierre Bourdieu 1992: 55f) beinhalten.

- **Ökonomisches Kapital:** (Erwerbs-)Einkommen, Vermögen, Besitztümer (geldwertes Kapital wie Grundbesitz, Wohneigentum, Mieterträge, Eigentum von Produktionsmitteln, Aktien, Schmuck, Kunstwerke u.a.m.)
- **Kulturelles Kapital:** formale Bildungsabschlüsse, (nicht-) formales und analytisches Wissen, zertifizierte Qualifikationen, die Summe der individuellen Bildungsbiografie
- **Symbolisches Kapital:** Verankerung an ein bestehendes (ethisches/religiöses/sozio-politisches) Glaubens- und Wertesystem, Einbindung in eine subjektive Handlungsethik mit Normen und Regeln mit Chancen auf Anerkennung und soziales Prestige
- **Ökologisches Kapital:** Zugangsmöglichkeiten zu einer anregungsreichen, aktivierenden Umwelt, angemessene (bauliche) Wohnbedingungen, Zugang zur kulturellen Umwelt (kulturelle Teilhabe)
- **Soziales Kapital:** Zugehörigkeit zu einer Gruppe (peers), Gesamtheit der mobilisierbaren solidarischen Beziehungen und Kontakte (Netzwerkaufbau)

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Ressourcenorientierung im CASE – MANAGEMENT



Nach Löttringhaus und Streich 2007. Eigene Darstellung.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Was sagen Diagnosen über einen Menschen wirklich aus?

Wir müssen der Diagnose ihre eigentliche Funktion wiedergeben – den Menschen kennen zu lernen.

Andrea Canavaro



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Zur FUNKTIONALEN Gesundheit nach der ICF

- Die ICF beschreibt die funktionale Gesundheit von Menschen.
- Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit werden in der ICF als „Behinderung“ bezeichnet.
- Das ICF-Modell geht deutlich über die bio-medizinische Sichtweise von Behinderung und Krankheit hinaus.
- Der Mensch wird als handelndes, gleichberechtigtes und selbstbestimmtes Subjekt verstanden.
- Kontextfaktoren können förderlichen und schädigenden Einfluss auf die Gesundheit haben.
- Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit sind das Ergebnis von Wechselwirkungen von Gesundheitsproblemen und Kontextfaktoren.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Das Klassifikationsmodell der ICF

- Mittels der – 2001 von der WHO herausgegebenen – *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), einer Klassifikation der
FUNKTIONSFÄHIGKEIT (Körperfunktionen und -strukturen),
BEHINDERUNG und GESUNDHEIT sowie
AKTIVITÄTEN, TEILHABE und UMWELTFAKTOREN und
können länder- und fachübergreifend sowohl der *funktionale Gesundheitszustand* (Körperfunktion und -struktur), die Form von *bio-psycho-sozialer Beeinträchtigung* (Partizipation) als auch relevante *Umgebungsfaktoren* eines Individuums erfasst und beschrieben werden.
- Die ICF stellt eine Ergänzung zur *International Classification of Diseases* (ICD-10 / ICD-10-GM) und dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) dar.
- Perspektiven des *rehabilitativen Denkens und Handelns* werden berücksichtigt und ermöglicht.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Das Konzept der KONTEXTFAKTOREN in der ICF

- KONTEXTFAKTOREN beinhalten den gesamten Lebenshintergrund des Menschen und setzen sich zusammen aus den **Umweltfaktoren** und **personenbezogenen Faktoren**.
- UMWELTFAKTOREN setzen sich aus dem **materiellen Hintergrund** sowie der **sozialen und einstellungsbezogenen Umwelt** des Individuums zusammen.
- **Biografische Gegebenheiten** und die **Lebensführung** des Individuums bilden die **PERSONENBEZOGENEN FAKTOREN**, welche unabhängig von dem Gesundheitsproblem gewertet werden.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Strukturbaum der ICF



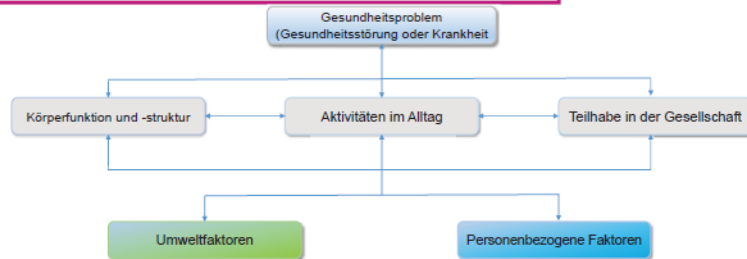
Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Fallbeispiel 1: Rheuma-Patientin



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Fallbeispiel 1: Rheuma-Patientin



Modell zur Klassifikation von Gesundheit nach dem DIMDI 2005, 21. Eigene Darstellung.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Arbeit an einem Fallbeispiel

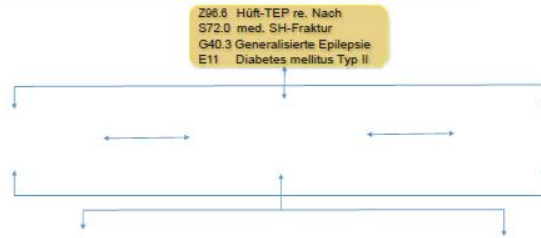
Ein 36-jähriger WfbM-Beschäftigter hat sich bei einem Sturz beim Äpfelpflücken im heimischen Garten den Oberschenkelhals gebrochen; seine Frau hat zeitnah den Notruf abgesetzt.

Im Krankenhaus wurde der Bruch operativ mit einer Totalendoprothese (H-TEP) versorgt. Er leidet unter Epilepsie, der medikamentös eingestellt ist, zusätzlich ist er an seit kurzem an einem Diabetes erkrankt. Regelmäßig nimmt er an Reha-Sport (Schwimmen) teil, wohin seine Frau ihn fährt.

- Welche Störungen der Körperfunktionen und -strukturen liegen vor?
- Wie wirken sich diese auf seine Aktivitäten aus?
- In welchen Bereichen kann die Teilhabe dadurch eingeschränkt sein?
- Welche umweltbezogenen und personenbezogenen Faktoren bilden Förderfaktoren und Barrieren?

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Fallbeispiel 2: Patient nach Hüft-OP



Micha Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Ohne Fragen keine Antworten...

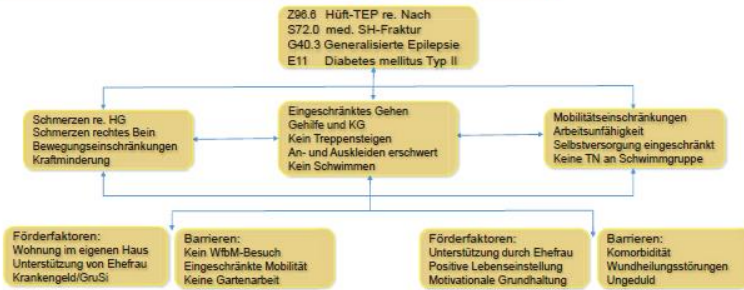
„Eine kluge Frage ist die halbe Weisheit.“

Francis Bacon



Micha Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Fallbeispiel 2: Patient nach Hüft-OP

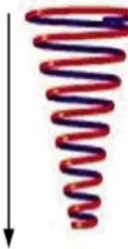


Micha Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Problem: Institutionelle HILFEPLANUNG

Der FOKUS der (institutionalisierten) Hilfeplanung liegt auf:

- Defiziten, Schwächen der Person,
- Behinderung(-en),
- Schwierigkeiten und Probleme der Person,
- Interventionen, die bereits erfolglos geblieben sind,
- einer problembelasteten Zukunft,
- vorliegenden Gutachten und Stellungnahmen



Micha Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Die Persönliche Zukunftsplanung (PZP)

- Ausgehend von dem Ansatz des personenzentrierten Denkens können – vor inklusivem Hintergrund – (neue) Wege für ein selbstbestimmte(-re-)s und unabhängig(-er-)es Leben mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit/ohne Behinderung erarbeitet und aufgezeigt werden.
- Das Individuum steht im Mittelpunkt.
- Der Mensch kann Vorstellungen von einer guten Zukunft entwickeln, sich Ziele setzen und erkennen, wie schrittweise die selbstgewählten Ziele – unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen – erreicht werden können.
- Diese Methode kann sowohl mit einzelnen Menschen, als auch in der Organisationsentwicklung eingesetzt werden.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Hilfeplan vs Persönliche Zukunftsplanung (PZP)

Institutionelle Hilfeplanung	Persönliche Zukunftsplanung
Orientierung an der Behinderung	Orientierung an Wünschen des Individuums
Betonung von Defiziten und katalogisierten Bedürfnissen	Suche nach Ressourcen, Fähigkeiten und Stärken
Ziele: Reduktion von unerwünschtem Verhalten	Ziel: Verbesserung der Lebensqualität
Geprägt von Gutachten, professionellen Einschätzungen und Standards im Kontext der verfügbaren Massnahmen	Geprägt vom Individuum, dem persönlichen Lebens-umfeld, sozialer Einbettung und professionellen UnterstützerInnen
Professionelle Distanz durch Betonung der Unterschiede	Begegnung und Austausch mit ModeratorIn der PZP
Staatlich geregelte Abläufe und Verfahren aus Perspektive der Kostenträger und Leistungserbringer	Methodischer Ansatz ist die Blickrichtung der betroffenen Person
Betroffene Person ist häufig nur indirekt in die Hilfeplanung einbezogen	Betroffene Person steuert die Planentwicklung und die gewünschten Aktivitäten

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Die Persönliche Zukunftsplanung (PZP)

Die Einsatzmöglichkeiten der Persönlichen Zukunftsplanung (PZP) sind vielfältig und universell in / bei sich verändernder Lebenssituation in allen Teilhabebereichen:

- (Aus-)Bildung, Schule, Studium
- Erwerbstätigkeit
- Familie, Familienplanung
- Freizeitgestaltung
- Gesundheitsvorsorge
- (Politische) Selbstvertretung
- Wohnen, Wohnsituation

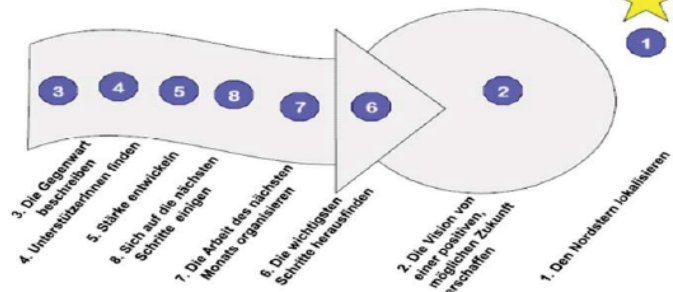
Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Die Methoden MAPS und PATH in der PZP

- Entwicklung des **Making-Action-Plans (MAPS)** von Marscha Forrest und Jack Pearpoint in den 1980er Jahren:
 - Benennen, Wahrnehmen und Erkundung von Träumen und Alpträumen, sowie Gaben, Fähigkeiten und Talenten der Hauptperson. Erarbeitung und Konkretisierung der nächsten Schritte.
- Entwicklung des **Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH-Prozesses)** von John O'Brien, Marscha Forrest und Jack Pearpoint Anfang der 1990er Jahre:
 - Beschreibung der aktuellen (Lebens-)Situation und einer gewünschten zukünftigen Situation (oder einem Ziel); gemeinsames Erarbeiten von Möglichkeiten, Zwischenschritten, Ressourcenaktivierung und Entwicklung eines Aktionsplanes, um das Ziel zu erreichen.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)



[Überblicksplakat PATH-Prozess nach O'Brien, Pearpoint, Kahn 2010]

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)

1. Den Nordstern lokalisieren

- Der persönliche Nordstern umschreibt das, was die Hauptperson im Leben leitet: Wünsche, Ziele, Werte oder Ideale.
- Das Bild vom Nordstern beschreibt einen Punkt der Orientierung, wie ihn Seefahrende und EntdeckerInnen nutzten, um auf rauher See oder in unübersichtlichem Gelände weiter in die richtige Richtung zu reisen. Er ist ein strahlender Fixpunkt.
- In diesem Schritt wird UnterstützerInnen ermöglicht, zu sehen/hören, was der planenden Hauptperson im Leben wichtig ist. Das Allerwichtigste wird herausgefiltert und notiert oder gezeichnet – eben der Nordstern.
- Ideale sind wie Sterne: Wir erreichen sie vielleicht niemals, aber wir können unseren Lebenskurs daran ausrichten!

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)

1. Den Nordstern lokalisieren

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

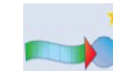
Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)

1. Den Nordstern lokalisieren

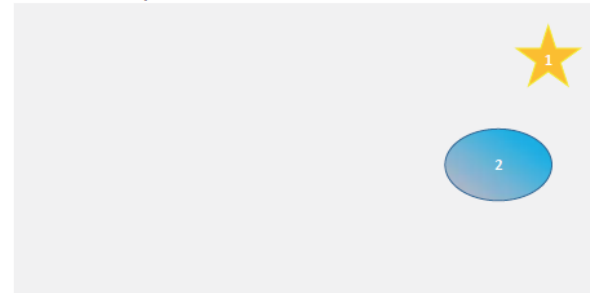
Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion



2. Die Vision einer positiven Zukunft



2. Die Vision einer positiven Zukunft



2. Die Vision einer positiven Zukunft

- Es geht in diesem Schritt darum, ein lebendiges Bild von den Möglichkeiten zu entwerfen, die der Unterstützerkreis zusammen mit der planenden Person in den nächsten ein bis zwei Jahren schaffen kann.
- Dazu reisen die Beteiligten mit einer Zeitmaschine ein bis zwei Jahre in die Zukunft. Beginnend und endend bei der Hauptperson wird im Präsens beschrieben, welche positiven Veränderungen möglich geworden sind und was die wichtigsten Erfolgsfaktoren und Schritte waren, um dieses zu erreichen.



3. Die Gegenwart beschreiben

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)



3. Die Gegenwart beschreiben

- Die erste Spalte des „Weges“ wird mit heutigem Datum überschrieben und die Situation der Gegenwart wird kurz skizziert.
- Im weiteren Verlauf werden nun keine detaillierten Metaphern und Bilder gesammelt, sondern wichtige Fakten gesammelt, die ggf. um kleine „Wegmarkierungen“ ergänzt werden.
- Am Ende kann die Hauptperson gefragt werden, ob er/sie eine Metapher oder ein Bild für die jetzige Situation hat und ob es Spannungen zwischen der Gegenwart und der visualisierten Zukunft resp. dem Nordstern gibt.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

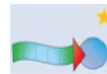
Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)



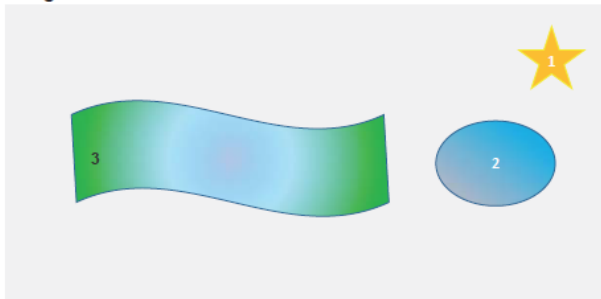
4. UnterstützerInnen und BündnispartnerInnen finden

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)



3. Die Gegenwart beschreiben



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)



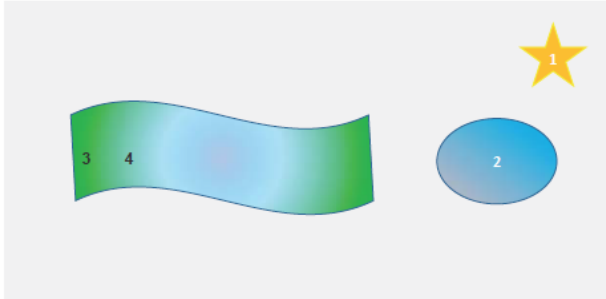
4. UnterstützerInnen und BündnispartnerInnen finden

- Nun stellt sich die Frage, wer mit welchen verfügbaren Ressourcen und Möglichkeiten die Hauptperson aktiv am Erreichen der positiven Zukunft unterstützen kann und will.
- Auf dem PATH-Plakat werden alle UnterstützerInnen eingetragen, die an der Umsetzung und Verwirklichung des Zukunftsplanes der Hauptperson teilhaben und mitwirken wollen, können und sollten.
- Weitere, nicht anwesende Personen und/oder Dienstleistungen werden identifiziert und aufgeschrieben. UnterstützerInnen können aus dem familialen Nahraum, der Sozialraumbene oder Dienstleistungsunternehmen sein.
- Die Mitwirkung der UnterstützerInnen sollte positiv sein und realisierbar sein.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)

4. UnterstützerInnen und BündnispartnerInnen finden



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)

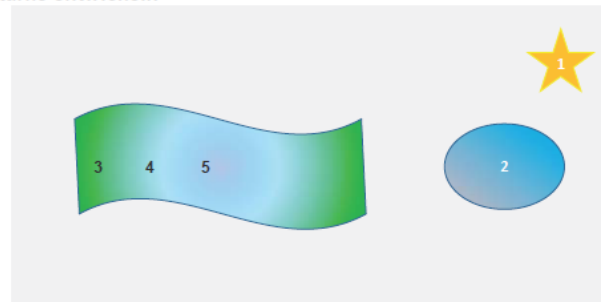
5. Stärke entwickeln

- Der Weg zur Verwirklichung der positiven Zukunftsversion erfordert Kraft. In einem Brainstorming werden die (vorhandenen und/oder aktivierbaren) Kompetenzen, Ressourcen, Fähigkeiten und Talente der Hauptperson ermittelt und notiert.
- Mögliche Leitfragen könnten so formuliert sein:
 - Menschen und Beziehungen: Wen kennen wir?
 - Organisationen und Vereine: Wo gehören wir dazu?
 - Know-How: Welche Informationen, Kenntnisse und Fähigkeiten liegen vor?
 - Systeme: Was können die Systeme für uns tun (Rechtsgrundlagen)?
 - Persönliche Gesundheit: Was können wir tun, um uns zu stärken?

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)

5. Stärke entwickeln



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)

5. Stärke entwickeln

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)

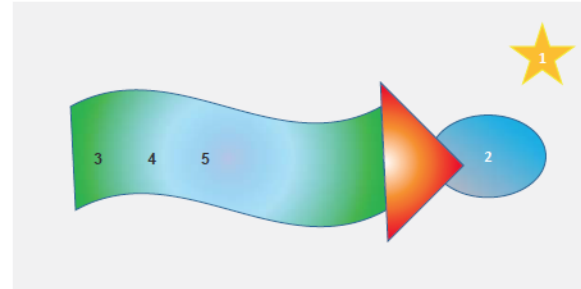
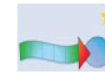
6. Die wichtigsten Schritte herausfinden



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)

6. Die wichtigsten Schritte herausfinden



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)

6. Die wichtigsten Schritte herausfinden



- Ziel dieses Schrittes im PATH-Prozess ist, herauszufinden, was etwa nach der Hälfte der Gesamtzeit (z.B. nach einem halben Jahr) erreicht sein sollte, um die Zukunftsvision der Hauptperson zu verwirklichen.
- Hier sollten zwei oder drei große Schritte (Meilensteine) identifiziert werden, die für den Gesamterfolg entscheidend sind. Diese können um jeweils zwei bis drei Unterpunkte ergänzt werden, um überprüfen zu können, ob alle noch auf dem richtigen Weg sind.
- Mögliche Leitfragen könnten sein:
 - Sind die wichtigsten Schritte bisher erfolgt?
 - Werden die zentralen Aspekte unseres Zieles berücksichtigt?
 - Stimmen die Schwerpunkte mit dem Nordstern überein?

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)

7. Die Arbeit des nächsten Monats organisieren



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)



7. Die Arbeit des nächsten Monats organisieren

- Der erste Monat nach der PATH-Entwicklung stellt einen kritischen Zeitraum sowohl für die Hauptperson als auch den Unterstützerkreis dar. Erste, detaillierte Absprachen werden unter den Beteiligten getroffen, andere Personen/UnterstützerInnen einbezogen und weitere Informationen eingeholt.
- Ziele (ca. 2-3) für den ersten Monat werden formuliert und es wird geklärt, wer die Hauptperson darin unterstützen kann; ggf. werden weiterführende Informationen und/oder Angebote von Leistungserbringern eingeholt und verglichen. Die Hauptperson wird von den UnterstützerInnen über jeweilige Zwischenergebnisse informiert.
- Leitfragen könnten sein:
 - Was ist bereits verwirklicht?
 - Wer hat was wann getan?
 - Was wurde bisher getan und was liegt als nächstes an?

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)



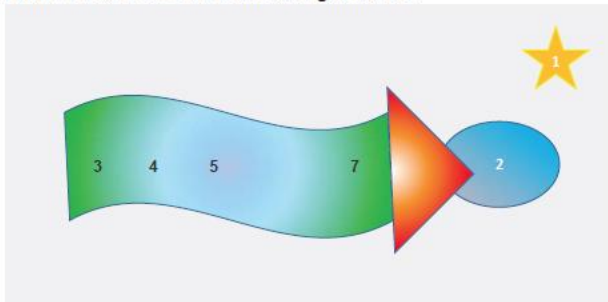
8. Sich auf die nächsten Schritte einigen

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)



7. Die Arbeit des nächsten Monats organisieren



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)



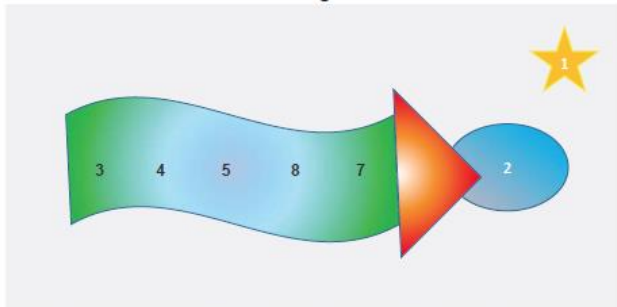
8. Sich auf die nächsten Schritte einigen

- Ziel des letzten Schrittes ist, Vereinbarungen zu treffen, damit die Hauptperson und UnterstützerInnen sofort mit der Umsetzung des Zukunftsplanes starten können und beginnen, zusammenzuarbeiten.
- Alle überlegen, was er/sie jeweils in den nächsten 24 bis 72 Stunden tun kann, um der Zukunftsvision einen kleinen Schritt näher zu kommen.
- Die Hauptperson beschreibt, was sie/er als nächstes tun möchte; die UnterstützerInnen unterbreiten der planenden Person ihre Angebote und die Hauptperson entscheidet, ob sie/er diese annehmen möchte.
- Die abgesprochenen Aktionen werden auf dem PATH-Plakat notiert.
- Leitfragen könnten so formuliert sein:
 - Was ist der erste Schritt?
 - Was ist das größte Hindernis (auf dem Weg/für den ersten Schritt)?
 - Wer wird den ersten Schritt wie unterstützen und begleiten?

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)

8. Sich auf die nächsten Schritte einigen



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

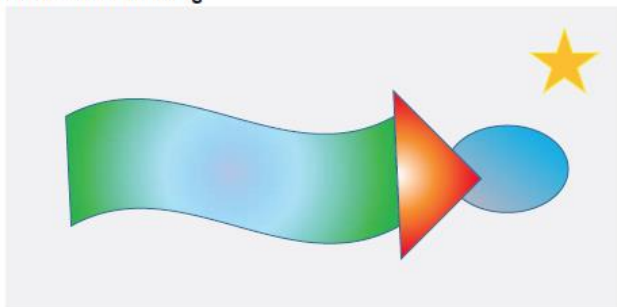
Mehr als
die
Vergangenheit
interessiert mich die
Zukunft,
denn in ihr gedenke ich zu leben.

[Albert Einstein]

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Planning Alternatives Tomorrow With Hope (PATH)

9. Abschlussbetrachtung



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Rehabilitation und Teilhabe – rechtliche Grundlagen

- Mit dem Inkrafttreten von UN-BRK und des Fakultativprotokolls werden die Rechte von Menschen mit Behinderung konkretisiert und der Forderung nach gleichberechtigter Teilhabe am gesellschaftlichen Leben politischer Nachdruck verliehen.
- Es wird explizit betont, dass behinderte Menschen Teil der Gesellschaft sind, ihnen die gleiche Würde und Achtung zusteht und sie ein Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung haben. Gemäß Art. 4, Abs. 3 der UN-BRK sollen

„bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens (...), die Menschen mit Behinderungen betreffen (...), über sie vertretende Organisationen (...)“ aktiv mit einbezogen werden.

Vgl.: URL: <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>, S. 18.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Rehabilitation und Teilhabe – rechtliche Grundlagen

- Art. 26 Abs 1 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK):
„Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen (...) um die Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige und soziale Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe in allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.“
- Nach §1 SGB IX erhalten Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen,
„(...) um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligung zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“
- Neuregelungen im BTHG fördern explizit die Selbstbestimmungs- und Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Peer Counseling als Teilhabe-Instrument



- **Peer Counseling** ist eine alternative und ergänzende Beratungsform zum etablierten Beratungsangebot für Menschen mit Behinderungen. Diese Beratungsmethode zielt u.a. darauf ab, Empowermentprozesse bei den Ratsuchenden auszulösen, wie er auch in Kontexten der Sozialen Arbeit verwendet wird (vgl. HERMES 2006).
- Die Ratsuchenden sollen durch die Anwendung von *Empowermentstrategien* ermächtigt werden, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt werden und mehr Unabhängigkeit von der Unterstützung durch Dritte zu gewinnen. (Vgl.: RÖSCH, 1995.)
- In der (Beratungs-)Praxis wird von einem „situativen peer“, nämlich gleichartigen/ähnlichen Lebenserfahrungen, der Grundhaltung gegenüber Behinderung/chronischer Krankheit sowie dem positiven Rollenmodell der Beratenden für ein „erlebnisbetontes Lernen“ nach Grundsätzen des Empowerment ausgegangen. Anders das Konzept des „konzeptionellen peers“: hier steht die parteiliche Unterstützung und kritische Reflexion gesellschaftskontextueller Faktoren im Vordergrund.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

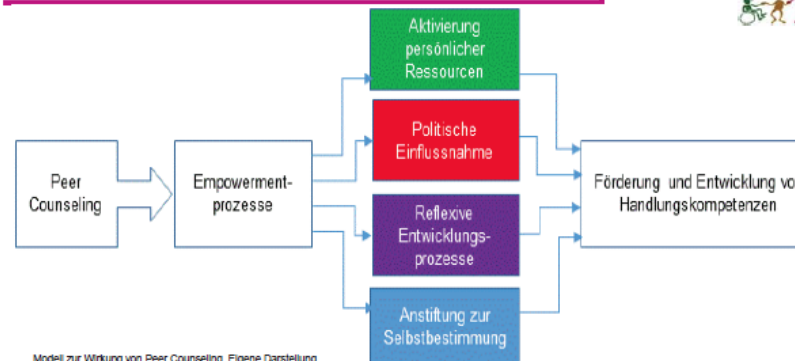
Rehabilitation und Teilhabe – rechtliche Grundlagen

- Die Stärkung von Rechten von Menschen mit Behinderung auf eine selbstbestimmte und unabhängige Lebensführung mit gleichberechtigter Teilhabe rücken vor der aktuellen Diskussion um das **Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung**, dem so genannten Bundesteilhabegesetz (BTHG) in den Fokus der politischen Aufmerksamkeit.
- Die Förderung **ergänzender unabhängiger Teilhabeberatung** durch Betroffene (§ 32 SGB IX neu) als eine Ergänzung zur gesetzlichen Beratungs- und Unterstützungspflicht der Rehabilitationsträger (§§ 14, 15 SGB I) ist im BTHG in Art. 32 enthalten.



Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

Peer Counseling als Teilhabe-Instrument



Modell zur Wirkung von Peer Counseling. Eigene Darstellung.

Micah Jordan | Universität Kassel | FB Humanwissenschaften | Institut für Sozialwesen | Fachgebiet Behinderung & Inklusion

13. Vorbereitung Modulabschluss

KeGL – Teilverhaben Universität Osnabrück | Zertifikatsangebot „Förderung der Selbstbestimmung“



Modulabschluss „Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“

Ankündigungen, Freitag 12.05.2017

1. Format
2. Gruppengröße
3. Aufgabenstellung präsentieren
4. Medien/ Materialien, die zur Verfügung stehen.
5. Möglichkeiten des Modulabschlusses
 - Teilnahmebescheinigung
 - Hochschulzertifikat

Die Abschlussprüfung zur Vergabe des Zertifikates beinhaltet neben der eigentlichen Prüfung auch die Vorbereitung auf den Modulabschluss. Die Vorbereitung auf die Prüfung ist dabei in zwei Phasen einzuteilen.

Die erste Vorbereitungsphase vom 14.05.-08.06.2017

Im Rahmen dieser Vorbereitungsphase:

1. treffen Sie bitte zunächst die Entscheidung, ob Sie in einer Gruppe, einem Team oder in Form von Einzelarbeit die Modulprüfung absolvieren werden.
2. stellen Sie sich bitte gegenseitig die Ihnen zur Verfügung stehenden Fallbeispiele vor.
3. bestimmen Sie ein Fallbeispiel, welches Sie für den weiteren Prüfungsverlauf nutzen möchten. (Alternativ kann auch ein neues Fallbeispiel konstruiert werden. Planen Sie bitte dabei den zeitlichen Mehraufwand ein.)

14. Modulabschluss

KeGL – Teilvorhaben Universität Osnabrück | Zertifikatsangebot „Förderung der Selbstbestimmung“



Modulabschluss

„Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“

1. Arbeitsauftrag:

Vorbereitung der Modulprüfung in der Selbstlernzeit vom 14.05.-08.06.2017

1. Team-/Gruppenbildung oder Entscheidung zur Einzelarbeit
2. Wahl eines Fallbeispiels, dass Sie im Rahmen der Veranstaltung „Klient*in als Individuum“ erarbeitet bzw. entwickelt haben.
3. Bearbeiten Sie das Fallbeispiel im Sinne der Auswahl eines gemeinsamen Settings.
4. Bearbeiten Sie das Fallbeispiel unter der Berücksichtigung der nachfolgenden Fragestellungen:
 1. Beschreiben Sie die Barrieren für eine inklusive medizinische Begleitung, die sich in diesem Fall zeigen sowie die individuellen Sozialisationsbedingungen der Klient*innen.
 2. Welche Besonderheiten müssen in Hinblick auf die kommunikativen Bedürfnisse der Klient*innen bei der Beratung und Gesprächsführung berücksichtigt werden?
 3. Könnte es in diesem Fall von Vorteil sein die Angehörigen bzw. das soziale Umfeld mit einzubeziehen? Wenn ja, wie binden Sie diese in das Vorgehen ein?
 4. Welche Strukturen des Case-Managements/Reha-Managements können Sie auf Ihre Fallbeispiele übertragen/ anwenden?
5. Bitte laden Sie Ihr Fallbeispiel bis zum 05.08.2017 in Moodle hoch (Abschnitt Modulabschluss, Aufgabe *Fallbeispiel Modulprüfung*).

KeGL – Teilvorhaben Universität Osnabrück | Zertifikatsangebot „Förderung der Selbstbestimmung“



Modulabschluss

„Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“

2. Arbeitsauftrag:

Vorbereitung der Modulprüfung in der dritten Präsenzphase, 10.06.2017.

Arbeiten Sie die Präsentation Ihrer Ergebnisse aus.

1. Bereiten Sie sich auf die Diskussion Ihrer Ergebnisse vor. Nutzen Sie dazu das Skript „Feedback“.
2. Bereiten Sie sich auf die Reflexion Ihrer Modulprüfung zu den folgenden Punkten vor:
 - Aufbau der Präsentation
 - Inhalt der Präsentation
 - Durchführung der Präsentation
 - Gewähltes Medium
 - Kommunikation/ Vortragsstil



Modulabschluss

„Förderung der Selbstbestimmung zur Teilhabe, Rehabilitation und Inklusion“

3. Arbeitsauftrag: Modulprüfung, je Gruppe max. 45 Minuten (ab ca. 10:15 Uhr)

1. Bitte präsentieren Sie innerhalb eines zeitlichen Rahmens von ungefähr 15-20 Minuten Ihre Ergebnisse.
2. Diskutieren Sie bitte im Plenum Ihre Ergebnisse unter Einbeziehung Ihrer vorbereiteten Fragen.
3. Reflektieren Sie im Anschluss der Diskussion den Verlauf Ihres Modulabschlusses.

4. Ausklang des Moduls

1. Evaluation
2. Aushändigung des Zertifikats oder der Teilnahmebescheinigung
3. Verabschiedung